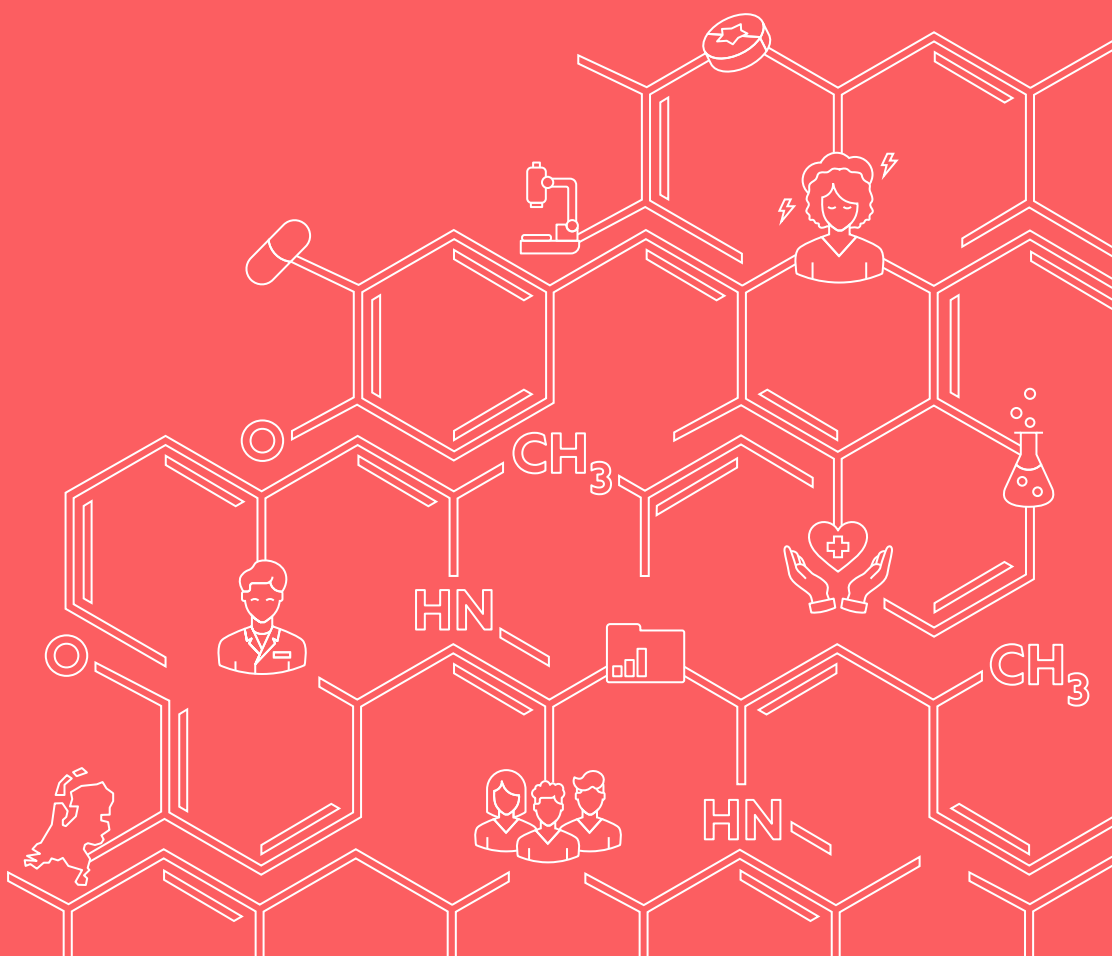


Rapport van de
Staatscommissie
MDMA ///

MDMA ///

Voorbij de extase



Rapport van de
Staatscommissie
MDMA ///

MDMA ///

Voorbij de extase

Dit is een uitgave van de Staatscommissie MDMA.

Vormgeving & visualisaties

Kate Snow Design

Fotografie

Freek van den Bergh

Druk

Xerox, Den Haag

© 2024 Staatscommissie MDMA, Den Haag

NUR 860

ISBN 978-90-903862-0-1

Inhoud ///

Samenvatting Voorwoord

Vorbij de extase

Inleiding **14**

1

Een kleine geschiedenis van MDMA **20**

Deel I: Recreatief gebruik van MDMA

Introductie **36**

2

Werking, effecten en gebruik **40**

3

Het Nederlandse MDMA-beleid:
praktijk en uitdagingen **72**

4

Het debat over regulering van MDMA **122**

Deel II: De therapeutische toepassing van MDMA

Introductie **140**

5

MDMA-ondersteunde therapie **148**

6

Rechten en plichten inzake MDMA-AT **172**

7

Komt MDMA-AT naar Nederland? **186**

8

Therapeutisch gebruik van MDMA
buiten de behandelkamer **208**

Nawoord

Bijlage 1: Lijst met geraadpleegde personen en organisaties

Bijlage 2: Instellingsbrief

Staatscommissie MDMA ///

Op 1 april 2023 is de Staatscommissie MDMA als tijdelijk, onafhankelijk adviescollege ingesteld bij koninklijk besluit.

Leden



Prof. mr. dr. Brigit Toebes

Voorzitter

Brigit Toebes is hoogleraar Gezondheidsrecht in internationaal perspectief aan de Rijksuniversiteit Groningen en wetenschappelijk directeur van de Aletta Jacobs School of Public Health.



Prof. dr. Wim van den Brink,

Vicevoorzitter

Wim van den Brink is arts-epidemioloog en emeritus hoogleraar Verslavingszorg bij de Universiteit van Amsterdam en het Amsterdam UMC, gespecialiseerd in verslaving en psychiatrische comorbiditeit. Hij is voorzitter van de ZonMW-commissie Zorg voor vluchtelingen.



Drs. Femke Gresnigt

Femke Gresnigt is spoedeisende hulp arts bij het OLVG in Amsterdam en medische achterwacht intoxicaties bij het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum in het Universitair Medisch Centrum Utrecht.



Drs. Martha de Jonge

Martha de Jonge is coördinator van het team Drugspreventie bij het Trimbos-instituut. Daarnaast is zij nationaal trainer van het European Prevention Curriculum en adviseert professionals over effectieve preventie.



Prof. dr. Emile Kolthoff

Emile Kolthoff is hoogleraar Criminologie aan de Open Universiteit en aldaar voorzitter van de Sectie Strafrecht van de faculteit Rechtswetenschappen. Hij is gespecialiseerd in georganiseerde misdaad en ondermijnende criminaliteit.



Prof. dr. Eric Vermetten

Eric Vermetten is psychiater, hoogleraar Medisch-biologische en psychiatrische aspecten van psychotrauma, en staflid van de afdeling Psychiatrie van het Leids Universiteit Medisch Centrum. Hij is kolonel b.d. vanwege zijn inzet bij Defensie.

Bureau

Philippus Zandstra

Secretaris

Ward de Kock

Secretaris

Bart Visser

Communicatieadviseur

Samenvatting

Hoofdstuk 1: Een kleine geschiedenis van MDMA

Hoofdstuk 1 geeft een korte geschiedenis van MDMA. De stof werd in 1912 ontdekt in een zoektocht naar stollingsmedicatie en 65 jaar later herontdekt als middel om de effecten van psychotherapie te ondersteunen. Het duurde tot begin jaren 80 tot MDMA op de dansvloer werd signaleerd, waarna in 1988 in Nederland een verbod volgde. In het uitgaansleven is die pil – beter bekend als ecstasy – nog steeds populair. Sinds de jaren 10 zijn er nieuwe wetenschappelijke onderzoeken naar het potentieel van MDMA-ondersteunde therapie voor psychische klachten.

Hoofdstuk 2: Werking, effecten en gebruik

Hoofdstuk 2 beschrijft de werking en de effecten van MDMA en het recreatieve gebruik van ecstasy. MDMA is nauwelijks verslavend, wat het een totaal ander middel maakt dan bijvoorbeeld alcohol of cocaïne. MDMA vergroot de sociale verbondenheid die gebruikers ervaren, het vermogen intense prikkels te verwerken en het vergroot het uithoudingsvermogen. Jaarlijks gebruiken ruim een half miljoen Nederlanders incidenteel MDMA. Nog nooit eerder was dat aantal in Nederland zo hoog. Ook is dat in vergelijking met andere landen een relatief groot aantal gebruikers.

Vergeleken met het gebruik van diverse andere middelen is gebruik van ecstasy relatief minder risicovol. Onderzoek laat zien dat MDMA-gebruik niet leidt tot verminderde cognitieve capaciteiten op korte termijn. Studies naar de langetermijneffecten blijken lastig uitvoerbaar, omdat frequente MDMA-gebruikers vaak ook andere middelen gebruiken. Een gemiddelde ecstasypil in Nederland bevat momenteel echter veel MDMA: een hoeveelheid die het middel schadelijker maakt dan nodig is. De schadelijkheid van ecstasy verschilt sterk per setting en per persoon. Risicovol is bijvoorbeeld het gebruik in een warme ruimte waar de gebruiker langdurig danst of ook andere middelen gebruikt. Dit kan leiden tot oververhitting en in sommige gevallen zelfs tot orgaanfalen en overlijden. Dergelijke zeldzame complicaties zijn nog onvoldoende onderzocht. Daarnaast ontbreken cijfers over het exacte aantal ecstasiododen in Nederland, omdat autopsies in Nederland uitzonderlijk zeldzaam zijn en het Nederlandse sterfteregister te weinig onderscheid maakt tussen verschillende druggerelateerde overlijdens.

Hoofdstuk 3: Het Nederlandse MDMA-beleid: praktijk en uitdagingen

Hoofdstuk 3 analyseert het Nederlandse beleid ten opzichte van MDMA. Dit beleid heeft twee kanten: enerzijds de bevordering van de (volks)gezondheid en anderzijds de handhaving van de Opiumwet en bestrijding van georganiseerde criminaliteit. In Nederland krijgt (volks)gezondheid altijd voorrang op handhaving, met goede reden. Zo wordt prioriteit gegeven aan het voorkomen van (verdere) schade aan het individu en de samenleving. Dit past binnen het bredere streven om stigmatisering van drugsgebruik te beperken, zodat gebruikers of naasten geen schaamte of angst voelen om hulp te zoeken.

Het Nederlandse beleid boekt vanuit (volks)gezondheidsperspectief verschillende successen. Alhoewel er veel gebruikers zijn, is het gebruik van ecstasy per gebruiker relatief laag. Het aantal ecstasygerelateerde doden is hierdoor waarschijnlijk ook laag in vergelijking met buurlanden. Nederlanders lijken doorgaans goed in staat de risico's van gebruik te mitigeren. Onder meer dankzij goede voorlichting, goede monitoring van de ecstasymarkt en adequate zorg en voorzieningen op feesten en festivals. Effectief preventiebeleid maakt onderscheid tussen doelgroepen en is gebaseerd op wetenschappelijke inzichten. Beleid dat hier niet aan voldoet, kan contraproductief werken.

De andere kant van het MDMA-beleid is gericht op het verbod op bezit, productie en handel. Bezit van een enkele ecstasypil wordt gedoogd, tenzij er een aanwijzing is dat deze voor de handel bestemd is. In toenemende mate heeft de politie haar handen vol aan het bestrijden van symptomen van drugsproductie en -handel, zoals geweld en afvallozingen. Er is te weinig capaciteit om criminele netwerken – die hoofdzakelijk produceren voor de wereldmarkt – adequaat aan te pakken. Hierdoor zijn in Nederland het beleid op het ecstasygebruik enerzijds en vermindering van de illegale ecstasyproductie anderzijds twee totaal verschillende beleidsopgaven.

Drugsbeleid in Nederland is gestoeld op een integrale overheidsvisie uit 1995. In 2009 is deze voor het laatst geëvalueerd. In 1995 waren de voornaamste drugsgerelateerde problemen heroïne en straatoverlast, terwijl nu cocaïne, designerdrugs en de grootschalige georganiseerde criminaliteit het grootste probleem vormen. Een geactualiseerde visie op het nationale drugsbeleid, getoetst door relevante kennisinstellingen, is hard nodig.

Daarnaast is overstijgend beleid nodig. Voor rekrutering maakt de georganiseerde misdaad gebruik van jongeren, vooral afkomstig uit sociaal-economisch achtergestelde wijken, de zogenaamde 'nieuwe aanwas'. Jongeren zijn extra kwetsbaar voor rekrutering door criminelen. Investeer daarom structureel en langdurig in jongerenwerkers, onderwijs en achterstandswijken.

Hoofdstuk 4: Het debat over regulering van MDMA

Hoofdstuk 4 constateert dat er een politiek debat wordt gevoerd over regulering van drugs. De staatscommissie ziet daarin vaak oneigenlijke argumenten voorbijkomen. Alhoewel de deelnemers het over veel problemen eens zijn, worden er oplossingen voorgesteld die niet toereikend zijn. De staatscommissie roept op om het debat op basis van feiten en wetenschappelijke inzichten te voeren.

De gezondheidseffecten zijn in vergelijking met andere verboden middelen op Lijst I niet ernstig en lijken verplaatsing naar Lijst II te legitimeren. Los van de discussie over de gezondheidseffecten stelt de staatscommissie echter dat het debat over MDMA in zekere zin gegijzeld wordt door de criminaliteit. Totdat de zekerheid gegeven is dat de georganiseerde criminaliteit wordt teruggedrongen en de mogelijkheden tot regulering concreet zijn uitgewerkt, is het onverstandig om op dit moment MDMA uit de Opiumwet te schrappen of te verplaatsen naar Lijst II. Lijst I van de Opiumwet is op dit moment het enige wettelijke kader dat politie en justitie adequate handvatten biedt om drugscriminaliteit te bestrijden. De staatscommissie adviseert daarom om onder de huidige omstandigheden de plaatsing van MDMA op Lijst I van de Opiumwet te handhaven.

Hoofdstuk 5: MDMA-ondersteunde therapie

Hoofdstuk 5 beschrijft toepassing van MDMA in de gezondheidszorg, via zogenoemde MDMA-ondersteunde therapie. Deze therapie, afgekort uit het Engels naar MDMA-AT, is tot nu toe voornamelijk onderzocht voor het behandelen van mensen met een (ernstige) posttraumatische stressstoornis (PTSS). Voor PTSS zijn weliswaar effectieve behandelingen beschikbaar, maar deze werken niet altijd en niet voor iedereen. Het lijden van mensen met PTSS is groot, evenals de druk op de zorg en op de directe omgeving. Uit recent klinisch wetenschappelijk onderzoek lijkt MDMA-AT een veilige en bijzonder effectieve therapie voor mensen met PTSS te zijn, in het bijzonder wanneer bestaande behandelingen niet of onvoldoende werken. Vanwege positieve resultaten is MDMA-AT voor goedkeuring aangeboden bij de Amerikaanse registratie-autoriteit en registratie als geneesmiddel in de Verenigde Staten voor de behandeling van PTSS wordt verwacht eind 2024. Dit betekent echter niet dat het beschikbaar is voor de Europese of de Nederlandse markt. Er is grote behoefte naar wettelijke ruimte voor de beschikbaarheid van MDMA voor de klinische toepassing bij ernstige PTSS in Nederland.

Hoofdstuk 6: Rechten en plichten inzake MDMA-AT

Hoofdstuk 6 betreft een juridische analyse van wetgeving relevant voor MDMA-AT. Hierbij staan mensenrechten, drugsverdragen van de Verenigde Naties, Europese en Nederlandse wetgeving centraal. Alhoewel MDMA internationaal en nationaal geldt als een verboden middel, is er geen wetgeving die de registratie van MDMA voor een medische toepassing belemmert. Er zijn daarnaast grond- en mensenrechten die patiënten met PTSS onder voorwaarden handvatten geven om aanspraak te maken op bewezen effectieve behandelingen waaronder in de nabije toekomst mogelijk ook MDMA-AT.

Hoofdstuk 7: Komt MDMA-AT naar Nederland?

Hoofdstuk 7 beantwoordt de vraag of MDMA-AT beschikbaar kan worden gemaakt in Nederland. De Verenigde Staten en Australië hebben al concrete stappen gezet richting het aanbieden van MDMA-AT. Binnen de Europese Unie is er vooralsnog geen zicht op een formele registratie van MDMA-AT bij de medicijnautoriteiten, aangezien geen bedrijf of organisatie zich heeft aangemeld om een dergelijke registratie voor Europa of Nederland aan te vragen.

Gezien het overtuigende wetenschappelijke bewijs voor de veiligheid en effectiviteit van MDMA-AT en de grote lijdensdruk bij de patiëntengroep, adviseert de staatscommissie om de implementatie van MDMA-AT bij PTSS zo snel als mogelijk te faciliteren. Zonder formele registratie als geneesmiddel is dit waarschijnlijk alleen mogelijk door MDMA-AT beschikbaar te stellen voor hiertoe geselecteerde patiënten via een meerjarig en grootschalig naturalistisch onderzoek binnen de kaders van wetenschappelijk onderzoek. Dit onderzoek kan ook inzicht geven in onder andere de uitvoerbaarheid en kosteneffectiviteit van MDMA-AT in Nederland.

Hoofdstuk 8: Therapeutisch gebruik van MDMA buiten de behandelkamer

Hoofdstuk 8 laat zien dat het denken over MDMA-AT al een eigen leven begint te leiden in Nederland, buiten de wettelijke kaders. De staatscommissie ziet dat deze groeiende belangstelling leidt tot onwenselijke ontwikkelingen, zoals gebruik van ecstasy voor therapeutische doeleinden zonder adequate begeleiding en een groeiend aantal commerciële, vaak onbekwame aanbieders van therapieën geïnspireerd door reguliere MDMA-AT. De staatscommissie adviseert de overheid beleid te maken op aanbieders van psychedelica-ondersteunde therapie. Dit aanbod dient ingedamd te worden en de potentiële doelgroep geïnformeerd over de veiligheidsrisico's.

Beleid op MDMA-AT en op aanbieders van MDMA-sessies buiten reguliere zorginstellingen zal de komende jaren steeds relevanter worden, omdat ook andere psychedelica wetenschappelijk worden onderzocht voor diverse therapeutische toepassingen bij psychische klachten. De staatscommissie adviseert de regering dan ook de adviezen van de staatscommissie over te nemen.

MDMA /// Voorbij de extase

ex·ta·se /ɛkstazə/ (de; v; meervoud: extases)

1 toestand van verrukking

Voor u ligt het rapport *MDMA: Voorbij de extase* van de Staatscommissie MDMA. Het is een titel met meerdere interpretaties. Allereerst refereert het aan het effect van MDMA op de gebruiker; aan een roes die eindig is. Een roes die 550.000 Nederlanders in 2022 minstens één maal ondergingen, een recordaantal. Dat gaat meestal goed, maar niet altijd, getuige de ernstige gezondheidsincidenten waarbij MDMA in het spel is – enkele keren per jaar zelfs met een dodelijke afloop. Ondanks de gezondheidsrisico's heeft zo'n 10 procent van de Nederlandse bevolking ervaring met het gebruik van MDMA. Bovendien zijn er geen signalen dat het gebruik afneemt.

Daarnaast verwijst de titel ook naar de invloed van MDMA op onze maatschappij. De productie van MDMA heeft specifiek in Nederland bijkans industriële vormen aangenomen. Ons land is een exportmacht als het gaat om de handel in synthetische drugs als ecstasy. De gevolgen hiervan zijn in alle lagen van de Nederlandse samenleving merkbaar. Of het nu om dumpingen van afval gaat, de rekrutering van jongeren door drugsbendes of de geldstromen die naar de bovengrondse economie leiden: de prijs die onze samenleving betaalt voor de productie van deze pillen is hoog.

Tegelijkertijd is er de laatste jaren steeds meer aandacht gekomen voor een geheel andere kant van MDMA. Voor de behandeling van patiënten met een posttraumatische stressstoornis is er namelijk steeds meer wetenschappelijk bewijs dat MDMA in combinatie met therapie een helende werking kan hebben. Deze toepassing plaatst zowel de geestelijke gezondheidszorg als de overheidsinstanties voor lastige vragen en complexe problemen. Immers, vooruitlopend op de officiële goedkeuring door de autoriteiten, zijn er nú al therapeuten en coaches die experimenteren met deze stof, met alle risico's van dien.

Al deze facetten komen samen in één en dezelfde stof. Dat vraagt om een evenwichtig perspectief. Dat is niet eenvoudig gezien de brede aandacht voor het onderwerp. Daarnaast is er in toenemende mate sprake van een gepolariseerd debat over welke kant het nu op moet met het Nederlandse beleid ten aanzien van MDMA, waarbij middenposities nauwelijks aan bod komen.

De regering vroeg de Staatscommissie MDMA vanuit een multidisciplinair perspectief over beide aspecten van dit middel te adviseren: de status van recreatief ecstasygebruik in het kader van de volksgezondheid en de voor- en nadelen van therapeutisch MDMA-gebruik. De staatscommissie heeft ervoor gekozen beide aspecten uitgebreid te belichten. Daarbij heeft het begrip volksgezondheid een brede, maatschappelijk georiënteerde interpretatie gekregen.

De staatscommissie brengt in dit rapport de historische, juridische, beleidsmatige, (volks)gezondheidswetenschappelijke en therapeutische aspecten van MDMA in kaart. Hoe is dit middel ontstaan? Hoe is het momenteel gereguleerd? Wat zijn de fysieke effecten en risico's van het gebruik van dit middel? Wat zijn de maatschappelijke dimensies? Hoe effectief is een behandeling in een medische setting en wat is ervoor nodig om dit middel voor deze toepassing beschikbaar te krijgen?

Deze onafhankelijke staatscommissie kende een multidisciplinaire samenstelling. Dit stelde ons in staat om een veelheid aan perspectieven bij elkaar te brengen. Het eindresultaat is een rapport dat op een neutrale en feitelijke manier adviseert over (het gebruik van) MDMA, zowel in de recreatieve als in de medisch-therapeutische setting.

Om deze bevindingen te vatten in dit rapport, heeft de staatscommissie kunnen leunen op de schrijfvaardigheden van twee uitstekende secretarissen: Philippus Zandstra en Ward de Kock. Daarnaast hebben we gebruik kunnen maken van de deskundigheid van een flink aantal gesprekspartners, die een veelheid aan maatschappelijke organisaties vertegenwoordigen. Als staatscommissie bedanken we daarnaast onze student-assistenten, de tegenlezers en verder ieder ander die ons heeft geholpen tijdens ons werk.

Tot slot: MDMA is, zo concludeert de staatscommissie, een middel dat zowel kansen biedt als vragen oproept. Die vragen zijn niet van de ene op de andere dag beantwoord. Het beantwoorden van deze vragen en het oplossen van navenante problemen om verdere stappen te kunnen zetten, kost meer tijd dan we – in veel gevallen – zouden willen. De staatscommissie hoopt met dit rapport en haar aanbevelingen een duurzame invloed te hebben op het Nederlandse ecstasybeleid, evenals op de medische toepassing van MDMA in ons land.

Brigit Toebes

Voorzitter Staatscommissie MDMA

Voorbij de extase

Inleiding

Aanleiding en urgentie

Nederlanders gebruiken al bijna 40 jaar MDMA als partydrug. Inmiddels heeft ruim één op de tien Nederlanders dit in ons land verboden middel minimaal één keer gebruikt. Geheel los daarvan kent MDMA ook een medische toepassing, net als bijvoorbeeld ketamine en cannabis. Naar deze medische toepassing wordt al bijna 50 jaar onderzoek gedaan. MDMA is dus bepaald geen nieuwigheid in onze maatschappij, maar al decennialang aanwezig. Waarom dan juist nu een Staatscommissie MDMA?

Verschillende ontwikkelingen geven hiertoe aanleiding. Gebruikerscijfers stijgen nog steeds, en ook de plek van recreatief gebruik maakt een ontwikkeling door. Wat begon op ondergrondse bijeenkomsten (in dit verband raves genoemd), verplaatste zich naar discotheken en is inmiddels thuis op grootschalige evenementen. Op de achtergrond perst een groeiende en steeds gewelddadigere criminele wereld de pillen voor de binnenlandse en wereldmarkt. Deze bendes opereerden voorheen ondergronds, maar hebben zich in de afgelopen decennia meer en meer weten te wortelen in de bovengrondse wereld.

Rondom het gebruik van MDMA en de criminaliteit die de productie van dit middel met zich meebrengt, is in de afgelopen jaren een fel debat ontstaan. Soms gaat het dan om een oproep om meer 'regie' te krijgen op de productie van MDMA. In andere gevallen draait het om de gebruiker die zich onvoldoende bewust zou zijn van de criminaliteit die een ecstasypil met zich meebrengt.

Parallel hieraan spelen de recente ontwikkelingen binnen het medische domein. Door het groeiende bewustzijn over het belang van mentale gezondheid is er steeds meer ruimte voor onderzoek naar de medische toepassing van MDMA bij bepaalde aandoeningen. Deze studies zijn dusdanig succesvol dat medicijnautoriteiten in Australië, Canada, de Verenigde Staten en Zwitserland MDMA-ondersteunde therapieën hebben geïntegreerd of gaan integreren in hun geestelijke gezondheidszorg (ggz).

In ons land zijn vooralsnog weinig stappen gezet om tot een duurzaam en wetenschappelijk onderbouwd drugsbeleid te komen dat zich verhoudt tot deze ontwikkelingen. Het Nederlandse drugsbeleid is sinds 1995 niet meer herzien en de laatste evaluatie dateert alweer van 2009. Dit beleid, dat de volksgezondheid moet beschermen maar ook sociale schade wil tegengaan, stamt uit een ander tijdperk. In het licht van de geschetste ontwikkelingen is het hard aan een grondige revisie toe. De Staatscommissie MDMA heeft niet de opdracht gekregen het gehele drugsbeleid te herzien. Wat dit rapport wel biedt, is een analyse van de huidige situatie op het gebied van MDMA en een aantal aanbevelingen om die situatie duurzaam te verbeteren.

De opdracht aan de staatscommissie

In december 2021 kwamen de Tweede Kamerfracties van VVD, CDA, D66 en ChristenUnie tot het coalitieakkoord *Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst*. Daarin werd de Staatscommissie MDMA aangekondigd.¹ Op 24 maart 2023 werd deze staatscommissie ingesteld via een koninklijk besluit. De opdracht luidde als volgt:

“De staatscommissie heeft tot taak de status van MDMA in het kader van de volksgezondheid te onderzoeken en de regering te adviseren over de voordelen en nadelen van medicinaal gebruik van MDMA, met inbegrip van een analyse vanuit verschillende disciplines van risico's voor de gezondheid, preventie en de Europese context en relevante verdragen.”²

De staatscommissie heeft binnen deze opdracht twee deelopdrachten geïdentificeerd. Als eerste hebben de coalitiepartners de staatscommissie gevraagd de status van MDMA in het kader van de volksgezondheid te onderzoeken. Hieraan is gehoor gegeven in het eerste deel van dit rapport. De staatscommissie heeft hiertoe gesprekken gevoerd met relevante partijen, waaronder beleidsmakers, preventie- en handhavingsorganisaties, zorgprofessionals en wetenschappers. Vervolgens heeft de staatscommissie op basis hiervan een aantal problemen geïdentificeerd die de basis vormen voor het eerste deel van het rapport. Het gaat hier om verschillende aspecten die de volksgezondheid beïnvloeden, waaronder ook de criminaliteit die voortkomt uit de productie van MDMA-pillen (ecstasy). De staatscommissie draagt geen enkelvoudige oplossing aan voor alle geïdentificeerde problemen. Er is namelijk geen heilige graal, zoals het uitbannen van drugsgebruik of legaliseren van het middel. De staatscommissie roept op een debat over de toekomst van het drugsbeleid te voeren dat gestoeld is op wetenschappelijke inzichten, geeft hier handvatten voor en roept op ruimte te maken voor tussenposities.

Ten tweede bevat de opdracht aan de staatscommissie het verzoek de regering te adviseren over de voor- en nadelen van het medicinaal gebruik van MDMA. De aanleiding hiervoor is de opeenstapeling van wetenschappelijk onderzoek naar de behandeling van posttraumatische stressstoornis (PTSS) middels MDMA-ondersteunde therapie. Hieraan is de tweede helft van dit rapport gewijd.

1 VVD, D66, CDA en ChristenUnie, *Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst: Coalitieakkoord 2021 - 2025* (15 december 2021) 22.

2 Ministerie van VWS, "Instellingsbesluit Staatscommissie MDMA", *Staatscourant* 11158 (24 maart 2023).

De staatscommissie wil hierbij meteen opmerken dat zij bij voorkeur zal spreken over MDMA-ondersteunde therapie en de therapeutische toepassing van MDMA, en niet over “medicinaal gebruik van MDMA”. Het woord “medicinaal” roept namelijk het misplaatste beeld op dat MDMA als medicatie geslikt wordt, net zoals bijvoorbeeld het dagelijks slikken van een antidepressivum. MDMA-ondersteunde therapie onderscheidt zich juist van dergelijke behandelvormen doordat MDMA hierin een bewezen effectief onderdeel is van een begeleide en therapeutische behandeling binnen een zorginstelling.

Overeenkomsten en verschillen

Wat de twee deelopdrachten gemeen hebben, zijn de stof MDMA en de Opiumwet waaronder dit middel valt. Ook vragen beide deelopdrachten om een interdisciplinaire analyse van de risico's voor de gezondheid en van preventiemogelijkheden. Daarnaast vragen deze deelopdrachten om een analyse van de Opiumwet en de internationale en Europese verdragen.

Buiten deze aspecten om zijn beide onderwerpen echter fundamenteel verschillend. Bij het recreatieve gebruik van MDMA is er immers sprake van een volstrekt andere doelgroep dan het geval is bij de patiëntenpopulatie van het therapeutische vraagstuk. Ook de setting kan niet meer verschillen: bij recreatief gebruik gaat het dan vaak om een evenement, bij therapeutisch gebruik om een gecontroleerde omgeving, zoals een behandelkamer. De recreatieve gebruiker betreft MDMA van een ongereguleerde en illegale markt, de patiënt krijgt juist een hoogwaardig en farmaceutisch geproduceerd middel toegediend. Bij recreatief gebruik spelen preventie en de opsporing een grote rol in het beleid, bij therapeutisch gebruik gaat het veel meer om de positie in de ggz. Naast de Opiumwet komen er bij beide vraagstukken geheel andere wetten kijken en zijn de beleidsvraagstukken dus ook erg verschillend.

Het advies van de Staatscommissie MDMA is dan ook georganiseerd op basis van de twee opdrachten die hierboven zijn geïdentificeerd. In deel I draait het om het recreatieve gebruik, in deel II om de therapeutische toepassing. Voorafgaand aan deze delen biedt hoofdstuk 1 – om de context te schetsen – een overkoepelende geschiedenis van de opkomst van MDMA in Nederland. Deel I is vervolgens opgedeeld in drie hoofdstukken. In het eerste hoofdstuk bespreekt de staatscommissie de werking en schadelijkheid van MDMA. Hierbij komen ook de prevalentie en gebruikerspatronen aan bod. In het volgende hoofdstuk ligt de focus op het Nederlandse beleid rondom de aanpak van gebruik en het aanbod van MDMA, en daarnaast bij de schadebeperkende maatregelen. Hoofdstuk 4 behandelt het recent opgelaaide debat over het reguleren van MDMA. De staatscommissie neemt hierbij standpunt in in dit debat.

Deel II opent met hoofdstuk 5, dat een overzicht biedt van de stand van de wetenschap rondom de inzet van MDMA in het medische domein. De juridische aspecten van MDMA-ondersteunde therapie komen in hoofdstuk 6 aan bod en in hoofdstuk 7 de uitdagingen rondom implementatie van deze vorm van therapie in Nederland. De problemen die het gevolg kunnen zijn van een niet-tijdige invoering van MDMA-ondersteunde therapie, zijn onderwerp van hoofdstuk 8.

Voor alle duidelijkheid gebruikt de staatscommissie de afkorting MDMA als het gaat om de actieve stof en haar eigenschappen. Voor de pillen die door dealers illegaal worden aangeboden, spreekt de staatscommissie van ecstasy. Bij MDMA gaat het dus om de zuivere stof (meestal met een bekende dosering), bij ecstasy om de tabletten die illegaal geproduceerd worden, die ook andere stoffen kunnen bevatten en waarvan de dosering bij aankoop niet goed bekend is.

Werkwijze

In het *Instellingsbesluit Staatscommissie MDMA* stellen de ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties dat de staatscommissie geen nieuw, eigen onderzoek zal verrichten naar MDMA, gezien het korte tijdsplan.³ De staatscommissie heeft voor dit rapport gesproken met relevante instanties, overheidsorganen en experts. Daarbij is geprobeerd om zoveel mogelijk perspectieven op dit onderwerp aan bod te laten komen. Deze gesprekken vormden het uitgangspunt voor een uitvoerige literatuurstudie.⁴ Voor statistische informatie is onder meer geput uit publicaties van het Trimbos-instituut, zoals de Nationale Drug Monitor (NDM)⁵, Het Grote Uitgaansonderzoek 2023 en eerdere iteraties van deze studies.⁶

3 Ministerie van VWS, "Instellingsbesluit Staatscommissie MDMA", *Staatscourant* 11158 (24 maart 2023).

4 Ministerie van VWS, "Instellingsbesluit Staatscommissie MDMA", *Staatscourant* 11158 (24 maart 2023).

5 Nationale Drug Monitor, "Home" (Utrecht: Trimbos-instituut).

6 R.J.J. van Beek, K. Monshouwer, F. Schutten, W. den Hollander, R. Andree en M. van Laar, *Het Grote Uitgaansonderzoek 2023: Uitgaanspatronen, middelengebruik, gezondheid en intentie tot stoppen of minderen onder uitgaande jongeren en jongvolwassen* (Utrecht: Trimbos-instituut).

1 Een kleine geschiedenis van MDMA

Een kleine geschiedenis van MDMA

- **1912** De firma Merck synthetiseert MDMA voor de ontwikkeling van een bloedstollingsmiddel; de formule voor de stof belandt echter in het archief.
- **1938** Chemicus Albert Hoffman synthetiseert voor het eerst LSD voor de Zwitserse medicijnfabrikant Sandoz.
- **1943** Hoffman ontdekt per ongeluk de hallucinogene kwaliteiten van LSD.
- **1947** Sandoz maakt LSD beschikbaar voor onderzoekers, en de stof duikt steeds meer op in de psychiatrie.
- **1961** De Nederlandse psychiater Jan Bastiaans behandelt kampoverlevenden met LSD.
- **1966** LSD wordt in Nederland verboden wegens zorgen om een mogelijke stunt van de provo's tijdens het huwelijk van prinses Beatrix en Claus von Amsberg.
- **1967** De Verenigde Staten verbieden LSD; het onderzoek naar de therapeutische toepassing komt internationaal stil te liggen.
- **1969** Filmaker Louis van Gasteren brengt de docu *Begrijpt u nu waarom ik huil?* uit, waarin te zien is hoe Bastiaans een patiënt begeleidt tijdens een LSD-ondersteunde sessie.
- **1975** Chemicus Alexander Shulgin hoort over de psychotrope effecten van MDMA. Hij maakt de stof zelf en begint ermee te experimenteren.
- **1977** Shulgin introduceert MDMA bij Leo Zeff, een psychotherapeut die daarna collega's wijst op de mogelijkheden van MDMA voor therapeutische doeleinden.
- **1981** MDMA krijgt voor het eerst de straatnaam ecstasy. De stof duikt steeds meer op buiten de behandelkamer.
- **1984** De DEA kondigt aan MDMA te verbieden. Therapeuten en wetenschappers tekenen bezwaar aan.
- **1985** De WHO brengt MDMA onder het Verdrag Inzake Psychotrope Stoffen; tegelijkertijd beveelt het lidstaten aan om deze 'interessante substantie' te onderzoeken.

Na een reeks juridische procedures komt MDMA alsnog onder de Amerikaanse Opiumwet.
- **1986** Oprichting van de Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS), een Amerikaanse organisatie die zich inzet voor de therapeutische inzet van stoffen zoals MDMA.

- **1988** In de zomer breekt house door in Nederland, en daarmee ook MDMA; in oktober volgt een verbod op de stof. Het Adviesburo Drugs test ter plekke pillen of ze wel MDMA bevatten en geen andere (giftige) stoffen.
- **1994** Na twee ecstasygerelateerde sterfgevallen komt MDMA voor het eerst hoog op de politieke agenda.
- **1995** Publicatie van Stadhuis en House, waarmee gemeentes aanwijzingen krijgen hoe om te gaan met de nieuwe uitgaanscultuur en drugs.

Er breekt een diplomatieke rel met Frankrijk uit om het Nederlandse drugsbeleid.
- **1996** Oprichting Unit Synthetische Drugs (USD) om de ecstasybendes aan te pakken en het buitenland tevreden te houden.
- **2004** De USD gaat na een aantal grote successen op in de Nationale Recherche.
- **2007** Bij een aantal feesten pakken undercoveragenten bezoekers op die worden betrapt met een kleine hoeveelheid drugs.
- **2009** Nederlandse producenten kunnen niet meer aan grondstoffen komen, waardoor er tijdelijk sprake is van een ecstasydroogte.
- **2018** Publicatie van het rapport *Waar een klein land groot in kan zijn* waarin onderzoekers de omvang schatten van de Nederlandse synthetische drugsindustrie op zo'n 18,6 miljard euro per jaar.

Onderzoekers van MAPS presenteren in *The Lancet* de resultaten van een klinische studie naar de toepassing van MDMA bij de behandeling van PTSS.
- **2019** De gerenommeerde wetenschapsjournalist Michael Pollan publiceert met *How To change Your Mind* een internationale bestseller over psychedelica.
- **2024** Australië maakt het mogelijk om PTSS te behandelen met MDMA geassisteerde therapie; de Amerikaanse medicijnautoriteit FDA gaat de stof beoordelen voor de behandeling van PTSS.

De geschiedenis van MDMA gaat terug tot het begin van de vorige eeuw. Twee Duitse farmaceuten Bayer en Merck waren op dat moment verwickeld in een strijd om dominantie op de markt voor bloedstollingsmiddelen. Toen Bayer als eerste een synthetische formule patenteerde, voelde Merck zich gedwongen een alternatief te ontwikkelen dat zonder patenten van de concurrent geproduceerd kon worden. De chemicus Anton Köllisch, in dienst van Merck, synthetiseerde tijdens die zoektocht MDMA als een verbinding die zou kunnen leiden tot nieuwe stollingsmedicatie.¹ De stof werd in 1912 gepatenteerd. Er werd evenwel geen concrete toepassing gevonden voor MDMA, waardoor de verbinding in het archief belandde.² Op dat moment was er niets bekend over de inmiddels beter bekende psychotrope effecten van de stof.³

Psychotrope middelen

Een psychotroop middel is een middel dat na inname de mentale processen van een gebruiker beïnvloedt. Het kan gaan om mentale processen die bepalend zijn voor gedrag, perceptie, bewustzijn, stemming of emotie. Een aantal psychotrope middelen wekken ook een hallucinogeen effect op, zoals LSD of psilocybine. De effecten van MDMA komen in [hoofdstuk 2](#) uitgebreid aan bod.

De ‘ontdekking’ van MDMA als psychotroop middel hangt samen met de ontwikkeling van een ander middel, in 1938. Chemicus Albert Hoffman synthetiseerde voor de Zwitserse farmaceut Sandoz in dat jaar voor het eerst lysergeenzuur-di-ethylamide – een middel dat tegenwoordig beter bekendstaat als LSD. Toen Hoffman in 1943 per ongeluk een kleine hoeveelheid van deze stof binnenkreeg, ontdekte hij dat LSD sterk hallucinogene kwaliteiten had. Voor Sandoz was dit het begin van een zoektocht naar een concrete toepassing. De farmaceut stuurde LSD daarom naar onderzoekers in verschillende landen om te kijken op welke manier het ingezet kon worden.

Met name de psychiatrie bleek geïnteresseerd. Doordat LSD de gebruikers bepaalde ervaringen kon laten herbeleven – dus ook traumatische gebeurtenissen – zagen behandelaars het potentieel ervan voor het behandelen van traumagerelateerde stoornissen. Het bleef overigens niet bij LSD, want rond eind jaren 50 en begin jaren 60 kwamen er ook andere psychedelische stoffen op de radar van onderzoekers, zoals mescaline (uit cactussen) en psilocybine (uit truffels en paddo's).⁴

LSD-ondersteunde therapie in Nederland

Ook in Nederland was er veel belangstelling voor therapie met psychedelica. In 1961 was de Nederlandse psychiater en hoogleraar Jan Bastiaans begonnen met LSD-ondersteunde psychotherapie bij overlevenden van concentratiekampen. Vele ernstig getraumatiseerde patiënten waren positief over hun ervaringen bij Bastiaans. Zij leden aan wat de psychiatrie toen aanduidde met KZ-syndroom

1 Een bekend misverstand is dat MDMA als eetlustremmer werd ontwikkeld.

2 Torsten Passie, *The History of MDMA* (2023) 10.

3 Roland Freudenmann et al., "The origin of MDMA (ecstasy) revisited: the true story reconstructed from the original documents", *Addiction* (2006).

4 Bram Enning, *De oorlog van Bastiaans* (2009) 73.

(post-concentratiekamp). Dit uitte zich in het constant 'aan' staan van de patiënt en het niet of nauwelijks kunnen aangaan van relaties. Later viel dit KZ-syndroom onder de meer algemene noemer posttraumatische stressstoornis (PTSS).⁵ Documentairemaker Louis van Gasteren filmde een LSD-ondersteunde sessie van Bastiaans met een patiënt voor de documentaire *Begrijpt u nu waarom ik huil?* (1969). Als gevolg hiervan kwam er in Nederland meer aandacht voor traumatische ervaringen en het lot van overlevenden van de holocaust. Tegelijkertijd waren er veel twijfels rondom de effectiviteit en de veiligheid van deze therapievorm. De wetenschappelijke basis was beperkt, omdat het meestal ging om kleine studies en er vaak geen controlegroepen werden gebruikt.⁶

Naar recreatief gebruik van LSD

Ontwikkelingen buiten de behandelkamer leidden tot een kentering in de tot dan toe positieve reputatie van LSD als medicijn. Zo kwam in de Verenigde Staten in de jaren 60 een mediahype op gang over het recreatief gebruik van LSD door studenten.⁷ Binnen de hippiebeweging riep onderzoeker en activist Timoty Leary op om de Amerikaanse samenleving via het gebruik van LSD de rug toe te keren: "Turn on, tune in and drop out." Steeds vaker ging het over de excessen – "bad trip" met soms dodelijke afloop – en steeds minder vaak over de therapeutische toepassing. Nadat een aantal Amerikaanse staten de stof verboden, volgde in 1967 een federaal verbod op de stof.⁸ Een onbedoeld gevolg van deze ontwikkeling was dat het officiële onderzoek naar LSD stil kwam te liggen.

In Nederland viel de stof al vanaf 1966 onder de Opiumwet. Ook hier lag de oorzaak buiten de behandelkamer. Provo's (aanhangers van een anarchistische protestbeweging) kondigden in 1966 aan dat ze het huwelijk van prinses Beatrix met Claus van Amsberg gingen verstoren. De paarden voor de Gouden Koets die het bruidspaar door Amsterdam vervoerden, zouden suikerklontjes van de provo's krijgen die waren aangelengd met LSD. Na berichtgeving in *De Telegraaf* werd LSD van de ene op de andere dag verboden.⁹

De zoektocht naar een alternatief voor LSD

Door het verbod op LSD begon onder wetenschappers en behandelaars de zoektocht naar een alternatief. Al snel kwam MDA (3,4-methyleendioxyamfetamine) in beeld. Therapeuten werkten daar aan het begin van de jaren 60 al mee; na het verbod op LSD leek het een werkbaar alternatief. De belangstelling in MDA viel echter weg nadat er medische complicaties optraden, die soms zelfs tot de dood leidden.¹⁰

In die zoektocht naar een alternatief voor LSD en MDA herontdekte de chemicus Alexander Shulgin MDMA (3,4-methyleendioxymethamfetamine). In zijn laboratorium in het Californische stadje Lafayette onderzocht hij psychoactieve stoffen en

5 Leo van Bergen, Dutch newspapers on war victims and their LSD-treatment by Jan Bastiaans: from KZ-syndrome to PTSD (2023).

6 Bram Enning, *De oorlog van Bastiaans* (2009) 86.

7 Martin Lee et al., *Acid Dreams* (1988) 150.

8 Martin Lee et al., *Acid Dreams* (1988) 149.

9 Philippus Zandstra et al., *XTC: een biografie* (2020) 19-20.

10 Torsten Passie, "The early use of MDMA ('Ecstasy') in psychotherapy (1977-1985)", *Drug Science, Policy and Law* (2018).

testte deze ook op vrijwilligers en vaak ook op zichzelf. Eerst deed hij dat voor het chemieconcern Dow Chemical, maar het bedrijf zegde in 1966 de samenwerking op. Shulgin ging als onafhankelijk onderzoeker verder en kreeg een ontheffing om te werken met stoffen die op Lijst I van de Amerikaanse Opiumwet stonden. Hij werkte daarbij samen met het Amerikaanse drugsagentschap, de Drug Enforcement Administration (DEA).¹¹

Shulgin maakte mogelijk in 1965 al eens MDMA, maar zonder het middel zelf te gebruiken. In 1975 hoorde hij over de psychotrope effecten van de stof, waarna hij ermee op zichzelf begon te experimenteren. Zo kon het gebeuren dat Shulgin twee jaar later zijn vriend Leo Zeff een dosis MDMA gaf. Zeff was een gepensioneerd psychotherapeut, die vrijwel direct na het gebruik was gegrepen door het therapeutisch potentieel van MDMA. Hij besloot zijn oude beroep weer op te pakken en introduceerde het middel bij andere therapeuten.¹²

MDMA zette dus een ontwikkeling voort die eerder door LSD was ingezet. Het therapeutische gebruik van MDMA bleef in deze jaren grotendeels geheim, omdat behandelaars vreesden voor hetzelfde scenario als bij LSD. Daardoor zijn er uit deze tijd nauwelijks wetenschappelijke onderzoeken over de effectiviteit van MDMA bij therapeutisch gebruik.

Van MDMA naar ecstasy

De geheimzinnigheid kon echter niet voorkomen dat de stof begin jaren 80 alsnog onder een kleine groep recreatieve gebruikers aansloeg. In 1981 dook in het Amerikaanse undergroundmagazine *Wet* voor het eerst de naam *ecstasy* op. Het betrof een verhaal over de werking van de stof: verschillende redacteuren hadden MDMA ingenomen en beschreven in het artikel hun ervaringen.¹³

Op 27 juli 1984 kondigde de DEA aan dat het de stof wilde verbieden. Aanleiding waren signalen uit diverse staten dat het gebruik was toegenomen.¹⁴ Het voornemen van de DEA leidde tot kritiek van onderzoekers en therapeuten die reeds jaren ervaring hadden met een stof die in hun ogen ongevaarlijk was en tijdens therapie sessies tot veelbelovende resultaten leidde. Volgens de DEA was er geen sprake van medisch gebruik, maar de therapeuten betoogden dat dit wel degelijk het geval was.

Het proces om MDMA onder de wet te brengen duurde daardoor langer dan verwacht. Pas na een reeks juridische procedures viel de stof op 1 juli 1985 daadwerkelijk onder de Controlled Substances Act. Onder die wet kwam MDMA op Lijst I te staan in de Verenigde Staten, die volgens de opstellers stoffen omvat die geen geaccepteerde medische toepassing hebben en een groot risico op misbruik kennen ("substances, or chemicals are defined as drugs with no currently accepted medical use and a high potential for abuse").¹⁵

11 Udo Benzenhöfer et al., "Rediscovering MDMA (ecstasy): the role of the American chemist Alexander T. Shulgin", *Addiction* (2010).

12 Udo Benzenhöfer et al., "Rediscovering MDMA (ecstasy): the role of the American chemist Alexander T. Shulgin", *Addiction* (2010).

13 Torsten Passie, *The History of MDMA* (2023) 88.

14 Torsten Passie, *The History of MDMA* (2023) 116.

15 DEA, "Drug Scheduling", *dea.gov* (2018).

In dezelfde maand dat de DEA de procedure startte om MDMA in de Verenigde Staten te verbieden, diende het agentschap ook een verzoek in bij het Expert Committee on Drug Dependence (ECDD) van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) om de stof internationaal in de ban te doen. Dit deed het agentschap via het *Verdrag inzake Psychotrope Stoffen* (zie [hoofdstuk 3](#)).

Het comité van experts oordeelde in april 1985 dat MDMA op Lijst I van dit verdrag thuishoorde. In hun ogen was MDMA een stof met een serieus risico voor de volksgezondheid, waarvan de therapeutische waarde op dat moment niet was erkend. Opvallend aan dit proces was dat het Expertcomité geen consensus kon bereiken en dat een stemming nodig was. Zo had de voorzitter van de ECDD het advies over MDMA liever uitgesteld om meer data te ontvangen over de therapeutische toepassing van MDMA.¹⁶ In het uiteindelijke rapport concludeerde de ECDD dat MDMA weliswaar op Lijst I van het *Verdrag inzake Psychotrope Stoffen* hoorde te staan, maar tegelijkertijd werd aanbevolen dat landen het onderzoek naar “deze interessante substantie” zouden moeten faciliteren.¹⁷ Deze aanbeveling kon niet voorkomen dat het onderzoek naar de therapeutische toepassing van MDMA volledig stil kwam te liggen.

MDMA in Nederland

Op het moment dat de ECDD de aanbevelingen over MDMA publiceerde, was Nederland nog geen partner bij het *Verdrag inzake Psychotrope Stoffen*. De lijn van de Nederlandse overheid was destijds – midden jaren tachtig - om buiten dat verdrag te blijven; naar het oordeel van de toenmalige Hoofdinspecteur voor de Geneesmiddelen vielen er te veel stoffen onder het verdrag waarvan men nauwelijks wist of er sprake van misbruik was.¹⁸ Daarnaast was de Nederlandse lijstensystematiek, met sinds 1976 een Lijst I voor softdrugs en een Lijst II voor harddrugs, lastig te verenigen met de vier lijsten van het *Verdrag inzake Psychotrope Stoffen*.¹⁹ MDMA viel in 1985 dus nog niet onder de Nederlandse Opiumwet. Het drugsbeleid richtte zich in Nederland voornamelijk op cannabis, cocaïne en de heroïne-epidemie, die in de binnensteden voor veel overlast zorgde. Gebruikersaantallen van MDMA zijn voor deze tijd niet beschikbaar, al zijn er aanwijzingen dat het middel wel binnen bepaalde kringen werd gebruikt.

Ook zelfverklaard therapeutisch gebruik kwam voor, met name onder therapeuten die banden hadden met de op dat moment populaire Bhagwansekte.²⁰ Het betrof hier groepssessies met zo'n tien deelnemers, onder toezicht van een of meer begeleiders. Tijdens deze bijeenkomsten bespraken deelnemers met name problemen binnen de relationele sfeer. Vooraf kregen ze een ‘handleiding’ met teksten over onder meer de werking van de stof en wat een goede voorbereiding was voor zo'n sessie.²¹

¹⁶ Torsten Passie, *The History of MDMA* (2023) 120.

¹⁷ WHO Expert Committee on Drug Dependence, *Twenty-Second Report* (1988) 25.

¹⁸ Correspondentie Hoofdinspectie voor de Geneesmiddelen (1988).

¹⁹ Correspondentie Hoofdinspectie voor de Geneesmiddelen (1988).

²⁰ Philippus Zandstra et al., *XTC: een biografie* (2020) 18.

²¹ Philippus Zandstra et al., *XTC: een biografie* (2020) 20.

1988 tot 2010: De partydrug

In de Nederlandse media dook de term ecstasy rond 1986 voor het eerst op. Soms betrof het een ‘trip report’ waarin een schrijver vertelde wat hij had ervaren, soms een beschrijvend verhaal over ecstasy als de nieuwste trend in de uitgaansscene.²² Het bleef echter bij incidentele berichten. Van een wijdverbreid gebruik zoals bij cannabis of cocaïne was vooralsnog geen sprake.

Dit veranderde met de doorbraak van *house*. Aanvankelijk bleef dit muziekgenre vooral een fenomeen dat zich in bepaalde clubs op Ibiza concentreerde. Het eiland trok een enorme variatie mensen aan, zoals de allereerste dj's, hippies en toeristen – waaronder ook liefhebbers uit Nederland. De drug ecstasy bleek binnen deze kringen aan te slaan.

In Nederland brak house in de late zomer van 1988 door. Aanvankelijk was er geen belangstelling voor house binnen het reguliere uitgaanscircuit – een enkele club daargelaten. Dit veranderde toen de eerste ‘raves’ werden georganiseerd: feesten op gekraakte of verlaten locaties, buiten de gebruikelijke discotheken om. House introduceerde dus niet alleen een nieuw muziekgenre, maar ook een compleet ander concept van uitgaan waarbij bezoekers de hele nacht door dansen en contact met elkaar maken.

Ecstasy paste daar uitstekend in. Enerzijds wekt het middel veel energie op, waardoor gebruikers nachtenlang konden dansen, anderzijds riep het een gevoel van openheid en empathie op, wat paste binnen het hippieachtige karakter van de vroege housebeweging. Zo speelden de raves in op een groeiende behoefte om afscheid te nemen van een grauw decennium van werkloosheid en nucleaire dreiging. Er werd dan ook gesproken van een ‘*second summer of love*’, in navolging van 1967, toen de hippiecultuur op haar hoogtepunt was. En ecstasy leek het passende middel hiervoor te zijn. Treffend was in dit verband de omschrijving die twee tv-presentatoren in 1988 over de drug gaven: “Ecstasy is aspirine voor de jaren 80, vitamine voor de jaren 90.”²³

De jaren 80: ook Nederland verbiedt MDMA

Tijdens de doorbraak van house in 1988 viel MDMA nog niet onder de Opiumwet. Waarschuwingen over de vermeende gezondheidsschade bereikten weliswaar de media, maar casuïstiek en harde data over eventuele negatieve effecten waren nog niet beschikbaar. Voor de Nederlandse overheid was er daarom geen reden om tot handelen over te gaan; zo was er volgens de Hoofdingspectie voor de Geneesmiddelen tot augustus 1988 “geen misbruik” bekend van het middel.²⁴ Toch kwam MDMA kort na de ‘doorbraak’ op Lijst I van de Opiumwet te staan. De Criminele Recherche en Informatiedienst (CRI) beschikte over informatie dat een grote hoeveelheid PMK vanuit Duitsland onderweg was naar Nederland. PMK is een zogeheten *precursor*, een chemische verbinding die nodig is om MDMA te kunnen produceren, en kent nauwelijks andere toepassingen.

22 "XTC: te mooi om waar te zijn", *Nieuwe Revu* (1988) 8-11.

23 Uitzending van *Jonge Helden* (1988).

24 Correspondentie Hoofdingspectie voor de Geneesmiddelen (1988).

Wat de zending nog verdachter maakte, was het feit dat de klanten reeds een achtergrond hadden in de productie van amfetamine: *speed*. Zolang MDMA niet onder de Opiumwet viel, kon deze groepering zonder enige juridische belemmeringen PMK importeren. Via een Aanwijzing kwam MDMA daarom in oktober 1988 versneld op Lijst I van de Opiumwet, samen met vier andere stoffen.²⁵

Overigens zou MDMA dat jaar sowieso op de Opiumwet geplaatst worden. Nederland trad eind dat jaar toe tot het Verdrag inzake Psychotrope Stoffen. Hierdoor moesten ook de onder dit verdrag vallende stoffen door Nederland in de Opiumwet verankerd worden. Ook zonder de aanleiding van het CRI was MDMA dus verboden in 1988, zij het een paar maanden later.²⁶ De speedbende bespoedigde de verbodstelling.

De jaren 90: verbod, vervuiling, verspreiding

Het verbod kon niet voorkomen dat ecstasy een steeds grotere rol ging spelen in de Nederlandse drugscene. Wederom bleek dat vooral door jeugdcultuur te komen. Waar house aanvankelijk werd gezien als een hype, bleek het in de jaren na de doorbraak het muzieklandschap blijvend te veranderen. De uitgaanswereld onderging daardoor ook een transformatie, en zo nam de populariteit van ecstasy nog verder toe.

Illegale producenten voorzagen in de vraag naar MDMA, maar lieten zich daarbij leiden door economische afwegingen. Zo kwam het vaak voor dat er in plaats van MDMA andere, potentieel schadelijke stoffen in de pillen zaten. Deze vervuiling leidde tot gevaarlijke situaties, omdat gebruikers – zeker aan het begin van de houserage – slecht geïnformeerd waren over wat ze moesten doen als het fout gaat. Een bijkomend probleem was dat dit ook vaak gold voor de organisatoren van (illegale) feesten. Zo was er dikwijls een gebrek aan gratis water, verkoelende chill-outruimtes, EHBO-medewerkers en goede ventilatie.²⁷

In 1990 doken de eerste berichten op over sterfgevallen waarbij ecstasy in het spel zou zijn. Hierdoor brak een felle discussie uit over de schadelijkheid van MDMA. Is de stof op zichzelf dodelijk, of is de context waarbinnen deze wordt gebruikt misschien veel belangrijker? Dat er weinig bekend was over de exacte werking en schadelijkheid, hielp niet bij het inschatten van de risico's.

De overheid had op dat moment nog nauwelijks aandacht voor de stof. Het Adviesburo Drugs, een onafhankelijke organisatie uit Amsterdam, testte al in 1988 op feesten pillen van bezoekers en gaf daarbij voorlichting over de risico's. Wanneer er een gevaarlijke pil werd aangetroffen, kondigde het Adviesburo een *red alert* af. Het verspreiden van dat *alert* ging via gerichte acties met flyers en advertenties in relevante media. Zo waarschuwde het Adviesburo gebruikers voor een specifieke pil, compleet met beschrijving. In sommige gevallen volgde zelfs een stevig gesprek met de producent. Het Adviesburo testte ook op werkdagen drugs, en naarmate de houserage voortduurde, doken er steeds meer testpunten op in Nederland, bij lokale ggd'en en bij de verslavingsinstellingen.

²⁵ "Aanwijzing middelen die met onmiddellijke ingang onder de Opiumwet vallen", *Staatscourant* (1988).

²⁶ Philippus Zandstra et al., *XTC: een biografie* (2020) 68-70.

²⁷ Philippus Zandstra et al., *XTC: een biografie* (2020) 136-137.

Groeiende zorgen over recreatief gebruik

Deze ontwikkeling kon niet voorkomen dat de zorgen over gebruik op de feesten bleven toenemen. Met name over de gabberbeweging waren veel zorgen. Het subgenre kwam op in 1992 en kenmerkte zich door het extreem hoge tempo van de hardcoretracks die tijdens feesten werden gedraaid. Om de muziek bij te benen, lag het middelengebruik bij deze feesten op een hoog niveau. Tegelijkertijd nam het aantal feesten toe, terwijl gemeenten op dat moment nauwelijks kennis hadden van deze nieuwe uitgaanscultuur en de drugs die daarbij genomen werd. En waar de housecultuur voorheen vooral iets van buiten de reguliere uitgaanscultuur was, drong deze nu ook steeds meer binnen in de traditionele discotheken en bardancings.

Tegen deze achtergrond kwam ecstasy in 1994 op de nationale politieke agenda. In één week vielen twee doden waarbij de drug in het spel was. De regering kreeg meer dan honderd Kamervragen over ecstasy en verzoeken om uitleg over het beleid.

Onder het nieuw aangetreden kabinet-Kok kwam er in 1995 een handreiking, *Stadhuis en House*, waardoor gemeenten beter wisten waar ze op moesten letten als een feest werd georganiseerd. Zo kwamen er eisen voor toegang tot water, ventilatie en het faciliteren van chill-outruimtes.²⁸ Op die manier kon de setting waarbinnen ecstasy werd gebruikt ervoor zorgen dat er minder gezondheidsincidenten zouden plaatsvinden. De problemen met vervuilde pillen bleven echter bestaan, waardoor het belang van drugstesten onverminderd groot bleef. Gelijktijdig met de zorgen over de gezondheid van de gebruikers was er ook steeds meer te doen rondom de oorsprong van de pillen. Eind jaren 80 werden die nog voornamelijk geïmporteerd uit de VS en Duitsland, maar Nederlandse producenten sprongen begin jaren 90 handig in op de groeiende vraag naar ecstasy. Door internationale doorvoerlijnen (Rotterdam en Schiphol), de nabijheid van de chemische industrie voor grondstoffen en een fijnmazige financiële industrie, bood Nederland een ideaal vestigingsklimaat voor producenten. Een bijkomende factor was dat de Nederlandse onderwereld al ervaring had met de productie en distributie van synthetische middelen; ver voor ecstasy waren hier al bendes actief die amfetamine (speed) maakten.

De aanpak van synthetische drugs had in de eerste helft van de jaren 90 niet de aandacht van de politie. Enerzijds speelde mee dat men nauwelijks bekend was met het fenomeen ecstasylabs, anderzijds lag de focus op roversbendes, hooligan-geweld en de hasjteelt. Wat niet hielp was de IRT-affaire, waarbij de politie begin jaren 90 zendingen drugs op gecontroleerde wijze aan de grens door liet gaan om bepaalde bendes aan te pakken. Deze methode en de inzet van informanten uit criminele hoek leidden in 1993 tot een enorme controverse, resulterend in een parlementaire enquête. Door de langdurige nasleep van de IRT-affaire liep de opsporingscapaciteit van de politie veel schade op, waardoor ecstasiebendes – die voorheen al niet veel aandacht kregen – zich nog steviger konden wortelen.

²⁸ Hoofdafdeling Alcohol-, Drug- en Tabaksbeleid, *Stadhuis en House: Handreikingen voor gemeentelijk beleid inzake grootschalige manifestaties en uitgaansdrugs (1995)*.

Ideologische kritiek op Nederland

Onder internationale druk schaalde de regering de aanpak van de bendes echter op. Het Nederlandse onderscheid tussen hard- en softdrugs was menig land een doorn in het oog. Ook was er de perceptie dat Nederland niet genoeg deed tegen de export en productie van drugs. Zo dreigde Frankrijk in 1995 het Schengenverdrag op te zeggen en weer grenscontroles in te stellen omdat Nederlandse heroïne via België in Nice terecht zou komen – een bewering die niet klopte, aangezien op dat moment feitelijk Marseille de doorvoerhaven was van heroïne.²⁹ Volgens de Nederlandse regering was veel van de kritiek dan ook ideologisch, en met name gericht op het onderscheid tussen hard- en softdrugs:

“Recente buitenlandse rapporten van gezaghebbende drugsdeskundigen ondersteunen het door de Nederlandse wetgever gemaakte onderscheid tussen soft- en harddrugs. Kritiek die voortkomt uit opvattingen over gezondheidsrisico’s waarvoor in de wetenschappelijke literatuur geen steun meer valt te vinden, kan uiteraard geen grond zijn om het Nederlandse beleid aan te passen.”³⁰

Toch bleek op dat moment uit een analyse van de politie dat de aanpak van de synthetische drugscriminaliteit in Nederland al jaren weinig prioriteit had gehad. Door het samenbrengen van informatie identificeerde het toenmalige Kernteam Zuid een aantal groeperingen die op grootschalige wijze ecstasy produceerden.³¹ In combinatie met de internationale kritiek was dit in 1996 de aanleiding voor minister Sorgdrager van Justitie om de Unit Synthetische Drugs (USD) op te richten. De eenheid was samengesteld uit meerdere instanties, zoals de politie, de douane en de Belastingdienst. De eenheid was een succes en wist in een hoog tempo labs te ontmantelen en bendes op te rollen. Daarmee werd ook het imago van Nederland opgepoetst.

De jaren 0: stabilisatie, zero tolerance en tekorten

In de jaren 0 leek het ecstasygebruik in Nederland af te vlakken. Het middel leek minder populair onder jongeren doordat de houserage inmiddels voorbij was. Het genre was onderdeel geworden van het reguliere nachtleven. Tegelijkertijd nam het gebruik van cocaïne toe door de dalende prijzen op de wereldmarkt.

Aan het begin van de huidige eeuw nam tevens het aantal opgerolde labs af, een verdienste van de USD. De eenheid had de meeste bendes aangepakt en werd mede daarom afgeschaald. In 2004 ging de USD op in de Nationale Recherche, als voorbode van de grotere reorganisatie naar de Nationale Politie. Daarbij speelde ook mee dat er qua opsporing aan andere vormen van misdaad prioriteit werd gegeven.

Op lokaal niveau was veel te doen rondom ‘zero tolerance’. Voor de politie en het OM gold een lange tijd dat het bezit van een kleine hoeveelheid drugs geen reden was tot vervolging, om de justitiële keten niet te doen verstoppelen. Rond 2007 werd besloten het bezit van kleine hoeveelheden drugs niet langer te gedogen, met name op evenementen in en rond Amsterdam. Undercoveragenten

²⁹ Philippus Zandstra et al., *XTC: een biografie* (2020) 162.

³⁰ Tweede Kamer, *Vergaderjaar 1994-1995* (1995) 9.

³¹ Philippus Zandstra et al., *XTC: een biografie* (2020) 166.

arresteerden ter plekke gebruikers die betrappt werden met (kleine) hoeveelheden drugs. Op een hiervoor vrijgemaakt gedeelte van het festivalterrein kregen bezoekers vervolgens een schikkingsvoorstel van het OM.

De inzet van deze zogeheten rechtstraten op evenementen kreeg veel kritiek. Na acceptatie van een schikkingsvoorstel kon iemand namelijk geen Verklaring Omtrent het Gedrag (VOG) meer krijgen, wat voor een aantal beroepen een vereiste is. Daarnaast waren er geen advocaten aanwezig om opgepakte gebruikers bij te staan. De proportionaliteit en rechtmatigheid van deze maatregel kwamen dan ook ter discussie te staan.

Aan het einde van het decennium kwam de toevoer van ecstasy in het gedrang door een gebrek aan precursoren, de chemicaliën die nodig zijn voor de productie van ecstasy. Steeds meer landen – en dan met name China – gingen strenger toezien op de productie en export van de precursor PMK, waardoor Nederlandse ecstasybendes in de problemen raakten. Als gevolg hiervan was op Koninginnedag 2009 in sommige steden zelfs sprake van een ecstasydroogte.³² Het tekort leidde tot de introductie van het middel mefedron (4-MMC), als alternatief voor MDMA.

De jaren 10: ondermijning, opsporing, festivals

De tekorten van 2009 bleken tijdelijk, want aan het begin van het nieuwe decennium veranderde de ondergrondse industrie ingrijpend. Door de introductie van nieuwe productiemethodes konden criminele groeperingen in Nederland nu zelf precursoren maken, in plaats van ze te moeten importeren uit het buitenland. Dit leidde tot een toename van ecstasygerelateerde criminaliteit. Ook steeg het aantal illegale dumpingen in de natuur, omdat er meer ondergrondse chemische activiteit was. Tegelijkertijd kwam de term ‘ondermijning’ in zwang. Hiermee wordt het volgende bedoeld:

“De ontwrichting van maatschappelijke structuren en fundamenten en aantasting van de rechtsstaat, door verwevenheid van onderwereld en bovenwereld, als gevolg van of verbonden met georganiseerde criminaliteit.”³³

In het rapport *Waar een klein land groot in kan zijn* geven onderzoekers van de Politieacademie in 2018 een gedetailleerd beeld van de manier waarop de Nederlandse ondergrondse industrie werkt. Ouderwetse, zogenaamd verticaal georiënteerde, bendes bestaan niet meer en zijn vervangen door los georganiseerde samenwerkingsverbanden, waarbij de hoofdrolspelers moeilijker te traceren zijn. De lage pakkans maakte volgens de onderzoekers Nederland tot een ideaal land voor de productie van synthetische drugs; de reorganisatie naar de Nationale Politie verergerde dit.³⁴ De onderzoekers schatten de omvang van de Nederlandse synthetische drugsindustrie op 18,6 miljard euro per jaar; de export zou 80 procent van het totale aantal pillen beslaan. In een rectificatie stelde de Politieacademie het exportpercentage bij naar 99 procent. Dit betekende dat Nederlandse gebruikers ‘slechts’ zo’n 1 procent consumeren van wat criminelen hier produceren.³⁵

³² Hans van der Beek, "Help, de XTC is op!", *Dagblad van het Noorden* (2009).

³³ Emile Kolthoff, "Ondermijning van het platteland", *Cahiers Politiestudies* (2021).

³⁴ Pieter Tops et al., *Waar een klein land groot in kan zijn* (2018).

³⁵ Politieacademie, "Meer xtc-export, dan hogere omzet", *politieacademie.nl* (2018).

Er was veel discussie over het rapport, maar desondanks was de impact van het rapport groot. Vanuit het ministerie van Justitie werden de nodige financiële middelen vrijgemaakt om de aanpak van drugs te intensiveren. Kort daarop laaide ook de discussie over de positie van de gebruiker op, aangezien die volgens sommigen de markt voor drugs in stand zou houden.

MDMA raakte in deze periode steeds meer in zwang op festivals. Niet alleen waren er meer evenementen (in 2016 een recordaantal van 1.344 festivals),³⁶ maar een deel bood naast een dagprogramma ook een nachtprogramma aan. Ecstasy brak daardoor ook door buiten de elektronische scene.

De coronapandemie luidde een trendbreuk in. Door de lockdowns in 2020-2021 gingen zowel het nachtleven als de festivalsector op slot, bij uitstek de plekken waar MDMA in een recreatieve setting werd gebruikt. Op het moment dat de regering de maatregelen tegen corona afbouwde, nam het aantal feesten weer toe en daarmee ook het gebruik. In [hoofdstuk 2](#) staat een uitgebreide analyse over de gebruikscijfers.

De psychedelische renaissance

Een opmerkelijk en voor dit rapport cruciale ontwikkeling is de hernieuwde belangstelling voor de therapeutische beloften van MDMA vanaf de jaren 10. Onderzoekers waren met name geïnteresseerd in de toepassing van MDMA bij de behandeling van patiënten met PTSS. Het betrof hier een combinatie van MDMA met psychotherapie.

De onderzoeken naar MDMA pasten binnen een bredere maatschappelijke trend: een groeiende interesse in middelen met psychoactieve kwaliteiten. Zo kwam er ook steeds meer aandacht voor microdosing, waarbij gebruikers (zeer) kleine hoeveelheden psilocybine of LSD gebruiken om het creatieve proces aan te wakkeren. Ook therapeutisch (thuis)gebruik kon rekenen op belangstelling, getuigen de vele publicaties in kranten en tv-series rondom psychedelica. Zo schreef de gelauwerde wetenschapsjournalist Michael Pollan met *How To Change Your Mind* een internationale bestseller over hoe middelen als LSD, DMT en psilocybine zijn leven veranderden. Van het boek verscheen in 2022 een vierdelige documentaire op het Amerikaanse platform Netflix.

In Australië werd het vanaf januari 2024 mogelijk om voor PTSS met MDMA behandeld te worden, al was het aantal gekwalificeerde behandelaren bij aanvang nog beperkt. Naar verwachting zal eind 2024 de Amerikaanse medicijnautoriteit, de Food and Drug Administration (FDA), een positief oordeel geven over de toepassing van MDMA bij PTSS in de VS. Als dat het geval is, krijgt MDMA voor het eerst in de geschiedenis een medicinale status en toepassing.

Literatuurlijst

- "Aanwijzing middelen die met onmiddellijke ingang onder de Opiumwet vallen", *Staatscourant* 227 22 (16 november 1988).
- "XTC: te mooi om waar te zijn", *Nieuwe Revu* (4 augustus 1988) 8-11.
- Beek, Hans van der, "Help, de XTC is op!", *Dagblad van het Noorden* (6 juni 2009).
- Benzenhöfer, Udo en Torsten Passie, "Rediscovering MDMA (ecstasy): the role of the American chemist Alexander T. Shulgin", *Addiction* 105.8 (9 juli 2010) 1355-1361.
- Bergen, Leo van, *Dutch newspapers on war victims and their LSD-treatment by Jan Bastiaans: from KZ-syndrome to PTSD* (Cambridge Scholars Publishing 2023).
- Correspondentie Hoofdinspectie voor de Geneesmiddelen (29 augustus 1988).
- DEA, "Drug Scheduling", *dea.gov* (10 juli 2018).
- Enning, Bram, *De oorlog van Bastiaans* (Atlas-Contact 2009).
- Freudenmann, Roland W., Florian Öxler en Sabine Bernschneider-Reif, "The origin of MDMA (ecstasy) revisited: the true story reconstructed from the original documents", *Addiction* 101 (8 augustus 2006) 1241-1245.
- Hoofdafdeling Alcohol-, Drug- en Tabaksbeleid, Stadhuis en House: *Handreikingen voor gemeentelijk beleid inzake grootschalige manifestaties en uitgaansdrugs* (Rijswijk: Ministerie van VWS 1995).
- Kolthoff, Emile, "Ondermijning van het platteland", *Cahiers Politiestudies* 61 (april 2021) 155-167.
- Lee, Martin A. en Bruce Shlain, *Acid Dreams* (New York: Grove Press 1988).
- Passie, Torsten, "The early use of MDMA ('Ecstasy') in psychotherapy (1977-1985)", *Drug Science, Policy and Law* 4 (11 april 2018).
- Passie, Torsten, *The History of MDMA* (Oxford: Oxford University Press 2023) 10.
- Politieacademie, "Meer xtc-export, dan hogere omzet", *politieacademie.nl* (2018).
- Tops, Pieter, Judith van Valkenhoef, Edward van der Torre en Luuk van Spijk, *Waar een klein land groot in kan zijn* (Den Haag: Boom 2018).
- Tweede Kamer der Staten-Generaal, *Vergaderjaar 1994-1995 24077.3* (Den Haag: Sdu Uitgeverij 1995) 9.
- Uitzending van *Jonge Helden* met Martijn van Beem (VPRO 27 maart 1988).
- Vliet, Harry van, *Muziekfestivalatlas 2019* (juni 2020).
- WHO Expert Committee on Drug Dependence, *Twenty-Second Report* (Genève: WHO 1988) 25.
- Zandstra, Philippus en Wietse Pottjewijd, *XTC: een biografie* (Amsterdam: Querido Fosfor 2020).

Deel I: Recreatief gebruik van MDMA Introductie

Zoals het voorgaande hoofdstuk beschreef, is de wetenschappelijke kennis over MDMA door de jaren heen fors toegenomen. Ook is de positie van MDMA in de samenleving door de jaren heen veranderd.

De komende hoofdstukken gaan op beide aspecten dieper in. Onder meer benadrukt de staatscommissie hier het belang van een actueel beleid; een beleid dus dat meegroeit met ontwikkelingen in de samenleving. Daaraan heeft het de afgelopen 30 jaar ontbroken.

De laatste keer dat een Nederlands kabinet een integrale drugsnota opstelde, was in 1995. De beleidsvraagstukken en de gebruikspatronen van die tijd vormden toen het fundament van die nota. De komende drie hoofdstukken richten zich op verschillende opgaven die verbonden zijn met de tijd waarin we nu leven.

Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beschrijft de werking van MDMA, waaronder de psychotrope effecten, het verslavingspotentieel en de schadelijkheid. De staatscommissie geeft een analyse van de (mogelijke) schadelijke effecten, de daaruit voortkomende complicaties en sterfgevallen en de registratie daarvan. Daarnaast geeft de staatscommissie een overzicht van de gebruikscijfers, gebruiksmotivaties, de ingeschatte veiligheid door gebruikers en de gevaren van het gebruik van illegaal geproduceerde ecstasypillen. Vergelijkingen met andere drugs en andere landen zijn opgenomen waar dit meer duiding geeft aan de status van MDMA voor de Nederlandse volksgezondheid.

Hoofdstuk 3 geeft een analyse van MDMA in het kader van de Opiumwet en van het Nederlandse drugsbeleid en schetst daarnaast een overzicht van mogelijke beleidsstrategieën. De staatscommissie doet hierbij verschillende constatering over het gebrek aan een actuele, overkoepelende beleidsvisie op drugs en de grote gevolgen die dit gebrek heeft. De nadruk in dit hoofdstuk ligt verder op het aanbrengen van kaders voor drugsbeleid dat gestoeld is op wetenschappelijke inzichten. In dat licht staat de staatscommissie stil bij de gevaren van beleid dat niet leert van het verleden en dat wetenschappelijk onderzoek negeert.

Dit hoofdstuk staat ook stil bij de criminologische aspecten van het drugsbeleid. Centraal hierbij staan de opsporings- en vervolgingsprioritering binnen de politie en het justitiële apparaat, de beweging naar symptoombestrijding en de organisatie van en werving door de georganiseerde criminaliteit.

Hoofdstuk 4 gaat over het debat dat momenteel gevoerd wordt over MDMA. Steeds vaker wordt op congressen en in de media de vraag gesteld of het huidige MDMA-beleid nog wel gerechtvaardigd is. De staatscommissie constateert dat dit debat vaak een gepolariseerd karakter heeft. In dit hoofdstuk komen verschillende veelgehoorde argumenten van beide kanten in dit debat voorbij, inclusief de toetsing op feitelijke juistheid. Ook de staatscommissie zélf neemt, tot slot, in dit debat een standpunt in.

2

Werking, effecten en gebruik

Inleiding

Vanaf de doorbraak van MDMA als uitgaansdrug is er gewaarschuwd voor de gezondheidsrisico's van het gebruik. In de beginjaren was er nog weinig bekend over de lange- en kortetermijneffecten. Ook anno 2024 wordt er nog steeds onderzoek gedaan naar kennishiaten rondom de schadelijkheid van MDMA voor de gebruiker.

In dit hoofdstuk gaat de staatscommissie dieper in op de werking van MDMA. Zoals zal blijken, reageren mensen verschillend op het gebruik van MDMA. Dit kan komen door de gebruiker zelf, maar ook door verschillen in de dosering en de context waarbinnen het gebruik plaatsvindt, al dan niet in combinatie met andere middelen.

De tweede helft van dit hoofdstuk beschrijft de risico's van het gebruik van deze stof. In dit deel wordt ook stilgestaan bij factoren die de schadelijkheid kunnen vergroten of verkleinen, zoals de dosering en zuiverheid van de MDMA. Tot slot komen in dit hoofdstuk de kennislacunes aan bod, aangezien over sommige zaken nog geen duidelijkheid bestaat.

2 Werking, effecten & gebruik

Constateringen

De staatscommissie constateert het volgende:



/// **MDMA neemt een bijzondere plek in tussen andere uitgaansmiddelen.** In tegenstelling tot alcohol, tabak en drugs zoals cocaïne en speed, kan MDMA niet elke dag worden gebruikt om het gewenste effect te ervaren. Dit maakt dat het middel nauwelijks verslavingspotentieel heeft.

/// **In 2022 gebruikten 550.000 mensen in Nederland minimaal één keer MDMA.** Dit was 3,9 procent van de Nederlandse volwassen bevolking. Vergeleken met eerdere jaren is dit – na een periode van stabiliteit – een stijging. Deze stijging kan deels verklaard worden door het einde van de coronaperiode, toen het uitgaansleven weer van start ging. Aan de andere kant was er in 2019 ook al een stijging waarneembaar.



/// **De belangrijkste redenen om ecstasy te gebruiken, zijn de behoefte aan het beleven van sociale verbondenheid en intense zintuigelijke waarneming, de behoefte om een verhoogde energie en uithoudingsvermogen te ervaren, nieuwsgierigheid en soms ook groepsdruk en zelfverkenning.**

/// **In vergelijking met andere landen gebruiken relatief veel Nederlanders MDMA.** Nederlanders zijn ook veel opener over hun gebruik, waardoor de gebruikscijfers betrouwbaarder zijn dan die van landen waar gebruik verboden of gestigmatiseerd is. De werkelijke verschillen tussen Nederland en andere Europese landen zouden dus iets kleiner kunnen zijn dan nu uit cijfers blijkt.



/// Het gemiddelde gehalte MDMA in ecstasypillen is hoog, maar wel flink gedaald sinds 2019 (van 172 milligram MDMA base naar 136 milligram MDMA base in 2022). Slechts bij een fractie wordt een vervuiling aangetroffen, waardoor de samenstelling van een ecstasypil op dit moment geen reden tot zorg is voor de volksgezondheid. Aangezien het om illegale productie gaat, kan deze situatie in theorie elk moment veranderen en verslechteren.

/// Over de schadelijkheid van het gebruik van MDMA bestaat uitgebreide wetenschappelijke literatuur. Verschillende zeldzame complicaties zijn echter nog niet voldoende onderzocht.



/// Er is onzekerheid over het exacte aantal dodelijke incidenten. Doordat sterfteregistratie niet verplicht is, blijven sterfgevallen gerelateerd aan MDMA-gebruik – net als bij andere toxische stoffen – naar alle waarschijnlijkheid ondergerapporteerd.

/// Het aantal MDMA-gerelateerde incidenten ligt weer op het niveau van voor de coronaperiode. Bij deze incidenten is er regelmatig sprake van een combinatie van MDMA met andere middelen, maar vaker is dit niet het geval. Het aantal incidenten met MDMA stijgt en ten opzichte van andere drugs zijn de patiënten relatief jong (mediaan 23 jaar).



/// Er is enig onderzoek geweest naar de langetermijneffecten van het gebruik van MDMA op het geheugen. Uit de meest recente studies kwam naar voren dat recent MDMA-gebruik niet leidde tot verminderde cognitieve capaciteiten. Groot nadeel van dergelijke studies is dat de respondentengroepen over het algemeen bestaan uit hoogopgeleide jonge mensen die naast MDMA ook andere middelen gebruiken. Effecten op een ouder brein of effecten van mono-gebruik van MDMA blijven onduidelijk. Wetenschappers waarmee de staatscommissie heeft gesproken, lijken – gezien de geringe omvang van de vastgestelde effecten – hierover niet erg bezorgd.

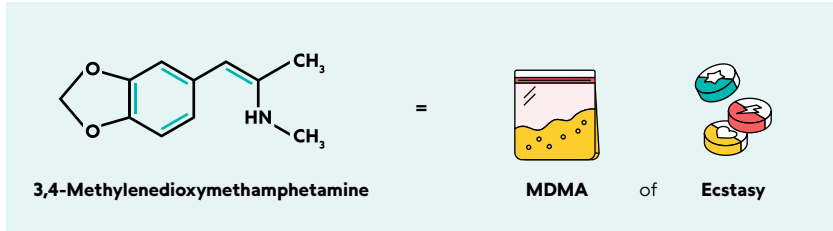
/// Jongeren die uitgaan schatten de risico's van ecstasiegebruik steeds iets lager in. Mogelijk leidt dit tot meer risicovol gebruik van ecstasie, zoals combinatiegebruik of hoge doseringen.



/// De gewenste en de negatieve effecten van MDMA verschillen sterk per persoon en context van het gebruik. De meeste uitgaanders schatten de schadelijkheid van één of twee ecstasypillen per jaar laag in. Er bestaat een kleine groep van jongeren die niet goed op de hoogte lijken van de risico's en schadebeperkende maatregelen, maar die wel overwegen om ecstasie te gaan gebruiken.

Hoe werkt MDMA?

/// MDMA neemt een bijzondere plek in tussen andere uitgaansmiddelen. In tegenstelling tot alcohol, tabak en drugs zoals cocaïne en speed, kan MDMA niet elke dag worden gebruikt om het gewenste effect te ervaren. Dit maakt dat het middel nauwelijks verslavingspotentieel heeft.



Ecstasy of XTC: het zijn verschillende aanduidingen voor een drug met dezelfde werkzame stof, namelijk 3,4-methyleendioxyamfetamine (MDMA). Zuivere MDMA is te verkrijgen in kristalvorm en als poeder. Wanneer de werkzame stof is vermengd met een bindmiddel en tot tablet is geperst, noemt men het vaak ecstasy. Deze tabletten zijn de meestvoorkomende verschijningsvorm van MDMA. MDMA en ecstasy zijn dus andere benamingen voor dezelfde drug.

MDMA bevordert de afgifte van serotonine in het brein en blokkeert tegelijkertijd de heropname van deze stof. Serotonine speelt een belangrijke rol bij de communicatie tussen zenuwcellen binnen het zenuwstelsel. De stof vervult onder andere een functie bij de temperatuurregulatie en in het voelen van verschillende emoties.¹ Daarnaast blokkeert MDMA de heropname van noradrenaline en dopamine. Noradrenaline speelt een belangrijke rol in het omgaan met stress. Dopamine speelt een rol in het ervaren van beloning bij gemotiveerd gedrag. Doordat serotonine, noradrenaline en dopamine gedurende de werking van MDMA niet opnieuw opgenomen worden in de zenuwcellen, blijven deze stoffen signalen zenden naar elkaar.²

Ook stimuleert MDMA de afgifte van oxytocine. Oxytocine speelt een rol in het tot stand brengen van sociale banden, in het herkennen van emoties van anderen en het verlangen om in sociaal contact te zijn. De stof speelt bijvoorbeeld een essentiële rol bij kind-ouderbinding, het vormen en onderhouden van vriendschappen, bij romantiek en bij seksualiteit. In de volksmond heet deze stof ook wel het "knuffelhormoon".³

- 1 Thierry Favrod-Coune et al., "The Health Effect of Psychostimulants: A Literature Review", *Pharmaceuticals* (2010).
- 2 Thierry Favrod-Coune et al., "The Health Effect of Psychostimulants: A Literature Review", *Pharmaceuticals* (2010).
- 3 Cihan Atila et al., "Oxytocin in response to MDMA provocation test in patients with arginine vasopressin deficiency (central diabetes insipidus): a single-centre, case-control study with nested, randomised, double-blind, placebo-controlled crossover trial", *The Lancet Diabetes & Endocrinology* (2023).

Ten slotte zorgt MDMA voor een toegenomen afgifte van het antidiuretisch hormoon. Dit hormoon reguleert de urineproductie en concentratie ervan door water vast te houden. Gebruikers kunnen hierdoor niet plassen.⁴

Na orale inname van MDMA kan het zo'n 20 tot 60 minuten duren voor de stof werkt. Na anderhalf uur zijn de effecten het sterkst. De effecten duren ongeveer drie tot zes uur, tenzij de gebruiker extra MDMA neemt en de serotoninevoorraad nog niet is uitgeput.

De effecten van MDMA zijn tweeledig. Enerzijds ervaren gebruikers meer energie en alertheid, en krijgen ze behoefte om te bewegen of te dansen. Anderzijds is er een bewustzijnsveranderend effect, dat ook wel entactogeen wordt genoemd. Dit effect kenmerkt zich door het intenser beleven van muziek, geuren en kleuren en een sterk gevoel van verbondenheid met anderen, waarbij sociale remmingen wegvallen. Entactogene bewustzijnsverandering gaat specifiek over de manier waarop de stof de emotionele en sociale interactie beïnvloedt. Het gebruik van MDMA resulteert niet in een hallucinogene bewustzijnsverandering, waarbij de visuele perceptie verandert. Dit maakt MDMA een zogenaamd 'atypisch' psychedelicum, net als bijvoorbeeld ketamine.⁵



Naast deze effecten kent MDMA ook verschillende fysieke en mentale bijwerkingen. Zo gaan de hartslag en bloeddruk omhoog en stijgt de lichaamstemperatuur, wat tot oververhitting en in sommige situaties tot ernstige of zelfs fatale incidenten kan leiden. Het lichaam maakt onder invloed van MDMA geen extra serotonine aan, maar put de bestaande voorraad serotonine uit. Het resulterende tekort aan serotonine kan in de dagen na gebruik leiden tot een gevoel van neerslachtigheid, wat ook wel bekend staat als de 'dinsdagdip'. En er kunnen in de week na gebruik problemen zijn met het concentratievermogen en het geheugen.

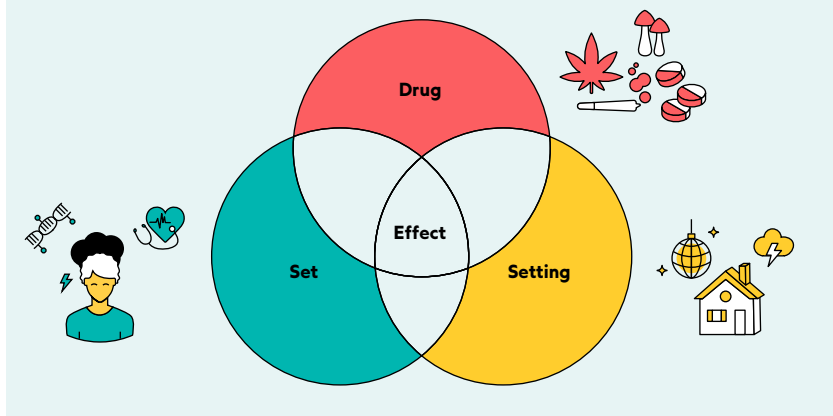
MDMA is niet verslavend. Het middel leidt niet of nauwelijks tot misbruik, afhankelijkheid of een stoornis in het gebruik. Als iemand binnen korte tijd opnieuw MDMA gebruikt, dus voordat de serotoninevoorraad is aangevuld, treedt het entactogene effect niet meer op. Het lichaam heeft namelijk tijd nodig om de voorraad serotonine weer aan te vullen. Wat in dat geval resteert, is de noradrenerge, stimulerende werking van het middel. Dit levert wel de energie en alertheid op, maar niet meer het euforische en sociale gevoel. Het kan enkele weken duren voor de serotoninevoorraad weer op het oude niveau is.

⁴ John Henry et al., "Low-dose MDMA ('ecstasy') induces vasopressin secretion", *The Lancet* (1998).

⁵ Nationale Drug Monitor, "18.1 Over psychedelica", *Nationale Drug Monitor* (2024).

De precieze uitwerking van MDMA is afhankelijk van een aantal factoren. Niet iedereen die MDMA gebruikt ervaart namelijk dezelfde effecten. Men spreekt in dit verband vaak over drug, set en setting.

Figuur 15
Effect ligt aan de drug, set, en setting.⁶



Drug, set en setting

Drug verwijst naar het middel zelf en de hoeveelheid MDMA die een gebruiker per sessie inneemt.

Set gaat over de persoon die het middel gebruikt en diens eigenschappen. Factoren die daarbij een rol spelen, zijn onder meer de verwachtingen die iemand heeft, de fysieke en mentale conditie, het voedingspatroon en mogelijke onderliggende aandoeningen. Ook het gelijktijdig gebruik van alcohol en andere drugs beïnvloedt de effecten, wat polydruggebruik wordt genoemd.

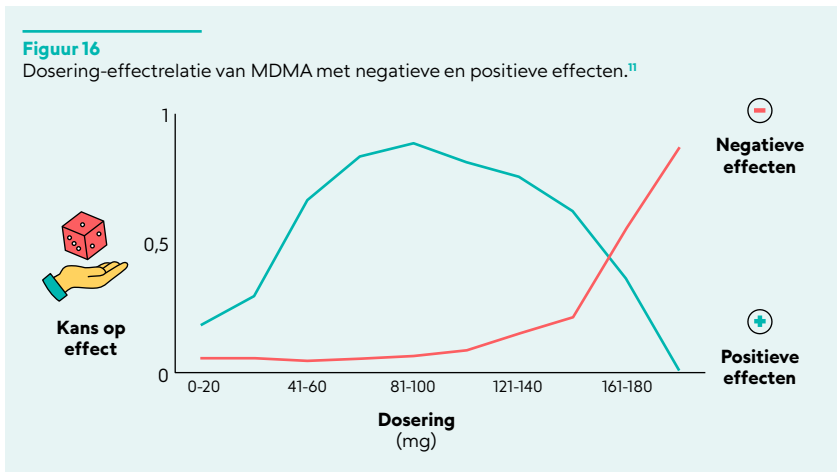
Setting slaat op de locatie en de sociale context waarbinnen het gebruik plaatsvindt. In het geval van recreatief gebruik van MDMA kan dat variëren van rustig bij iemand thuis, tot het drukke uitgaansleven waar een gebruiker van MDMA danst in een zeer warme omgeving. Bij een klinische toepassing van MDMA vormt de setting een rustige behandelkamer in aanwezigheid van twee therapeuten (zie [hoofdstuk 5](#)).

Al deze variabelen kunnen van verregaande invloed zijn op het ervaren van gewenste en ongewenste effecten.^{7, 8, 9, 10}

- 6 Norman E. Zinberg M.D., "Drug, Set, and Setting The Basis for Controlled Intoxicant Use". Yale University Press (1984)
- 7 Jan van Amsterdam et al., "Hard Boiled: Alcohol Use as a Risk Factor for MDMA-Induced Hyperthermia: a Systematic Review", *Neurotoxicity Research* (2021).
- 8 Esther Papaseit et al., "MDMA interactions with pharmaceuticals and drugs of abuse", *Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology* (2020).
- 9 Marion Istvan et al., "First results of the French OCTOPUS survey among festival attendees: a latent class analysis", *Harm Reduction Journal* (2023) 43.
- 10 Li-Tzy Wu et al., "The variety of ecstasy/MDMA users", *The American Journal on Addictions* (2010).

/// Het gehalte MDMA in ecstasypillen is hoog, maar wel flink gedaald sinds 2019. Sinds begin jaren tien is er sprake van bijna zuivere MDMA op de illegale markt, waardoor de samenstelling van een ecstasypil op dit moment geen reden tot zorg is voor de volksgezondheid. Aangezien het om illegale productie gaat kan deze situatie echter elk moment veranderen/verslechteren.

Een belangrijk aspect bij het ervaren van gewenste en ongewenste effecten van de drug MDMA is de hoeveelheid die de gebruiker neemt. Onderzoek uit 2012 laat zien dat er een correlatie bestaat tussen de subjectieve gewenste en ongewenste effecten enerzijds en de hoeveelheid ingenomen MDMA anderzijds. Het ging daarbij om door de gebruikers gerapporteerde effecten.¹¹ De onderzoekers vroegen naar gewenste effecten als 'het leuk vinden' (algemeen), euforie voelen, ontspannenheid, opwindend en de sociale uitwerking.



Ook werd gevraagd naar ongewenste effecten als misselijkheid, duizeligheid, hoofdpijn, hallucinaties, allergische reacties, hyperthermie, buikkrampen, hartkloppingen en geprikkeldheid. Het onderzoek laat zien dat de kans op deze ongewenste effecten toeneemt met de hoeveelheid genomen MDMA. Bij 80 tot 100 milligram MDMA is de kans op een gewenst effect het grootst en de kans op een ongewenst effect juist het kleinste. Bij een dosis die hoger ligt dan 120 milligram per tablet neemt de kans op positieve effecten snel af, terwijl die op negatieve effecten juist toeneemt. Bij een dosis rond de 160 milligram is de kans op positieve of negatieve effecten even groot, en daarna heeft de kans op ongewenste effecten de overhand. Een te hoge dosering gaat dus gepaard met een grotere kans op ongewenste effecten.¹²

¹¹ Tibor Brunt et al., "Linking the pharmacological content of ecstasy tablets to the subjective experiences of drug users", *Psychopharmacology* (2011).

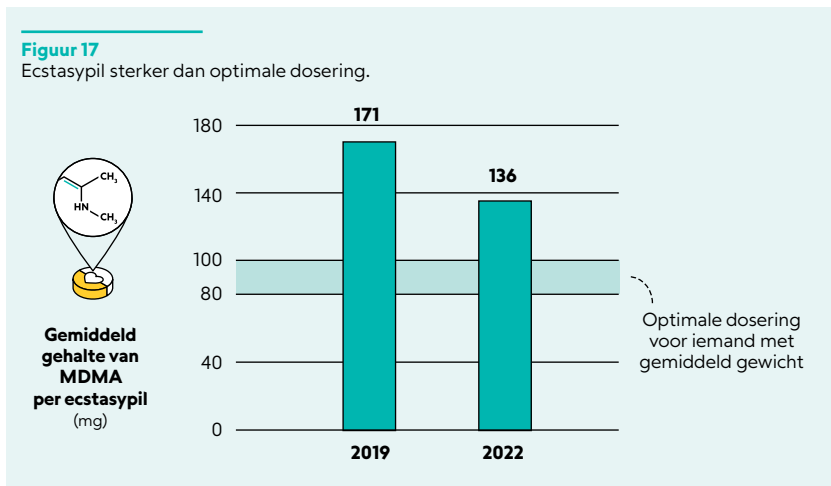
¹² Tibor Brunt et al., "Linking the pharmacological content of ecstasy tablets to the subjective experiences of drug users", *Psychopharmacology* (2011).

Dit gaat om door gebruikers zelfgerapporteerde effecten, maar het beeld wordt bevestigd in een analyse van de Monitor Drugsincidenten (MDI), van onder meer ambulancediensten, SEH-afdelingen van ziekenhuizen en politieartsen. Ook uit deze monitor blijkt dat de ernst van de incidenten toeneemt naarmate er meer MDMA is gebruikt.¹³ In het tweede deel van dit hoofdstuk wordt er meer uitgelegd over de aard en frequentie van deze incidenten.

Aanbod

In Nederland is sprake van een zeer zuiver aanbod op de illegale markt: in 2022 bevatte van alle als ecstasy bij de testpunten aangeleverde monsters, 94,4 procent daadwerkelijk MDMA. Gemiddeld bevatte een pil 136 milligram MDMA. Opvallend is dat tot 2019 het gemiddelde gehalte MDMA in een pil steeg. Dat jaar lag het gemiddelde op 172 milligram MDMA per tablet, ver boven voor wat gebruikers zien als de optimale hoeveelheid van 100 tot 120 milligram. Ondanks de recente daling hebben ecstasytabletten in Nederland dus nog steeds een te hoge dosering.¹⁴ Deze sterkere pillen leidden tot meer gezondheidsincidenten. Gebruikers hebben daardoor hun gedrag op de hooggedoseerde pillen aangepast: ze nemen gemiddeld niet meer dan één tot twee pillen per gelegenheid.¹⁵ De Antenne (dit is een langlopend kwalitatief onderzoek onder Amsterdamse uitgaanders) meldt dat er eerder één dan twee pillen op een avond worden gebruikt. Daar komt bij dat gebruikers melden dat ze een tablet niet in een keer slikken, maar het breken en in brokken over de avond doseren ('kwartje-halfje-kwartje').¹⁶

Wat de hoge concentraties MDMA uit de periode tot 2019 verklaart, blijft onderwerp van speculatie, net als de daling van het MDMA-gehalte in recente jaren.



¹³ Lotte Wijers et al., *Kenmerken en klinische gegevens van patiënten met ernstige ecstasyintoxicaties* (2016) 14-16.

¹⁴ Nationale Drug Monitor, "6.8 Aanbod en markt", *Nationale Drug Monitor* (2024).

¹⁵ Nationale Drug Monitor, "6.2.3 Gebruikspatronen", *Nationale Drug Monitor* (2024).

¹⁶ Ton Nabben et al., *Antenne 2019* (2020) 57-58.

4-FA

De hooggedoseerde ecstasypillen leidden onder gebruikers tot een zoektocht naar alternatieven. Zo dook rond 2017 4-FA op, een stof die in tegenstelling tot MDMA niet illegaal was, en in populaire media en op fora werd omschreven als 'ecstasy-light'. Deze omschrijving suggereerde dat de stof een veilig alternatief was voor de hooggedoseerde ecstasypillen. Ten onrechte, want al gauw bleek dat 4-FA hersenbloedingen kon veroorzaken.¹⁷ Het middel werd daardoor onder de Opiumwet gebracht. Naast preventie en specifieke waarschuwingen voor de risico's daalde het gebruik door die verbodstelling snel, ten faveure van het 'oude' middel MDMA.

Het gebeurt vaker dat een stof die qua werking enigszins lijkt op MDMA opgang maakt zodra er aan de aanbodzijde problemen zijn. In 2009 was er sprake van een groot tekort aan de grondstoffen voor ecstasy, waardoor mefedron (4-MMC) kortstondig opkwam. Toen het aanbod voor ecstasy weer aan de vraag kon voldoen, werd de vraag naar mefedron ook minder. In 1992 leidde de massale vervuiling van ecstasypillen tot de opkomst van MDEA, ook wel Eva genoemd. MDEA viel niet onder de Opiumwet en won als 'betrouwbaar' alternatief snel aan populariteit. Na aanhoudende berichtgeving in de media werd het middel in 1993 op Lijst I van de Opiumwet geplaatst.

Gebruik in Nederland

/// In 2022 gebruikten 550.000 mensen in Nederland minimaal één keer MDMA. Dit was 3,9 procent van de Nederlandse volwassen bevolking. Vergeleken met eerdere jaren is dit – na een periode van stabiliteit – een stijging. Deze stijging kan deels verklaard worden door het einde van de coronaperiode, toen het uitgaansleven weer van start ging. Aan de andere kant was er in 2019 ook al een stijging waarneembaar.

In tegenstelling tot veel andere landen is er in Nederland vrij goed zicht op wat er aan (illegale) middelen wordt gebruikt. Bevolkingsonderzoeken en monitors onderscheiden doorgaans drie categorieën gebruik: ooit-, laatstemaand- en laatstejaargebruik. Ooitgebruikers zijn zowel mensen die regelmatig MDMA gebruiken als mensen die slechts één keer in hun leven een tablet hebben genomen. In totaal hebben in 2022 zo'n 1,42 miljoen Nederlanders minimaal één keer in hun leven MDMA gebruikt. Dit komt neer op zo'n 10,1 procent van de bevolking boven de achttien jaar. In 2015 was dit ooitgebruik nog 7 procent.¹⁸

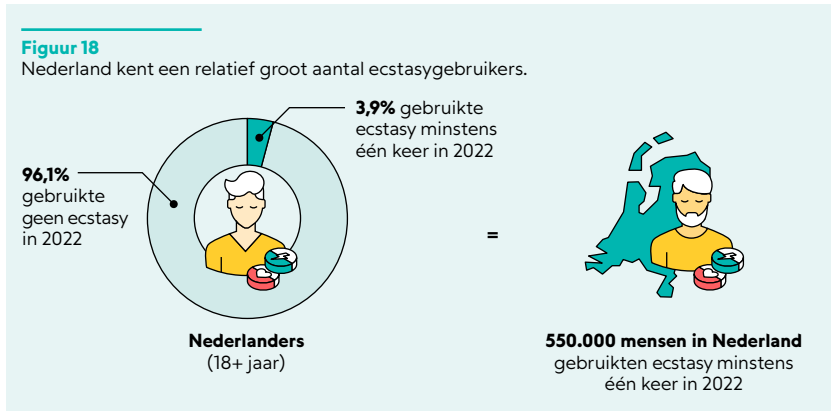
Dit getal geeft enkel een indicatie van de ervaring van de Nederlandse bevolking met MDMA. Het zegt verder niks over trends in het gebruik. Daarvoor kijken onderzoekers liever naar het laatstejaargebruik. In 2022 gebruikten 550.000 mensen minimaal één keer MDMA, zo'n 3,9 procent van de Nederlandse bevolking boven de achttien jaar.¹⁹ Vergeleken met eerdere jaren is dit een flinke stijging. Vanaf 2015 leek het gebruik stabiel, met een uitschieter in 2019. De daling in 2020 en 2021 laat zich verklaren door de coronapandemie die in maart 2020 uitbrak. Door de lockdowns ging het nachtleven op slot, en aangezien MDMA vooral tijdens

¹⁷ Commissie Risicobeoordeling nieuwe drugs, *Risicobeoordeling 4-fluoramfetamine (4-FA)* (2016).

¹⁸ Nationale Drug Monitor, "6.2 Gebruik: algemene bevolking", *Nationale Drug Monitor* (2023).

¹⁹ Nationale Drug Monitor, "6.2 Gebruik: algemene bevolking", *Nationale Drug Monitor* (2023).

evenementen wordt gebruikt, zakte het gebruik ook in.²⁰ De stijging in 2022 lijkt dit te bevestigen en staat in het nachtleven als 'knaldrang' bekend: na twee jaar van beperkingen zijn veel Nederlanders de verloren tijd gaan 'inhalen'. Of deze stijging een begin van een piek is of op dit niveau stabiliseert, moet nog blijken.



Meer dan een derde van de 550.000 gebruikers die in 2022 ecstasy gebruikte, hield het dat jaar bij één keer. Meer dan de helft (56,7 procent) deed het een paar keer, maar niet maandelijks. 7,6 procent van gebruikers nam maandelijks of vaker MDMA. Het gebruik per gelegenheid (denk aan een club of een festival) lijkt daarnaast laag. Zoals eerder gemeld ligt het gemiddelde op één tot twee pillen per gelegenheid. Ruim een derde van alle gebruikers nam minder dan één pil per gelegenheid en krap een derde van de gebruikers hield het bij één pil. 4,6 procent nam bij een gelegenheid meer dan twee pillen.²¹

Hoe wordt drugsgebruik in Nederland onderzocht?

De kwantitatieve bepaling van drugsgebruik gebeurt hoofdzakelijk via bevolkingsonderzoeken en enquêtes, zoals de Leefstijlmonitor, de Global Drug Survey en Het Grote Uitgaansonderzoek. Een andere meetmethode voor trends in gebruik is rioolwateronderzoek. Al deze methodes kennen voor- en nadelen. Enquêtes kunnen niet garanderen dat elke doelgroep vertegenwoordigd is in hun dataset, waardoor conclusies voor de bevolking als geheel een vertekend beeld kunnen opleveren.

Rioolwateronderzoek is in de laatste paar jaar in opkomst. Deze meetmethode sluit geen enkele groep uit en kan ook meer vergelijkingsmateriaal opleveren tussen steden, zowel nationaal als internationaal. Het kan alleen niet garanderen dat MDMA gevonden in het riool ook daadwerkelijk het resultaat is van gebruik, want ook drugsafvallozingen kunnen van invloed zijn op de resultaten.²² Voor het SCORE-onderzoek uit 2024 is in Rotterdam, Amsterdam, Leeuwarden, Utrecht en Eindhoven het rioolwater geanalyseerd als onderdeel van een vergelijking tussen 88 Europese steden, maar de

²⁰ Ruben van Beek et al., *Het Grote Uitgaansonderzoek 2023 (2024)* 67.

²¹ Nationale Drug Monitor, "6.2.3 Gebruikspatronen", *Nationale Drug Monitor* (2024).

²² Laura Smit-Rigter, "Meer drugs in stedelijk rioolwater, maar wat zegt dat?", *Trimbos.nl* (2020).

resultaten van Eindhoven ontbreken omdat daar sprake was van een afvallozing.²³ Daarnaast is rioolwateronderzoek een momentopname: vaak is er slechts één periode in het jaar een meting (in het geval van SCORE is dat maart). Een periode waarin bijvoorbeeld veel evenementen zijn levert een ander beeld op dan een tijdspanne zonder.

De Leefstijlmonitor (LSM) is de basis voor veel onderzoek naar drugsgebruik in Nederland. Het is ook de basis voor de cijfers over MDMA in de Nationale Drug Monitor (NDM). Deze enquête, opgezet door onder andere het CBS, kent meerdere sterke punten. Er is gekozen voor een doelgroepgerichte benadering op basis van het bevolkingsregister, waarmee gepoogd wordt om per doelgroep een voldoende respons op te halen. Daarnaast vraagt de LSM in één vragenlijst alle leefstijlfactoren uit bij de respondenten, waardoor diverse dwarsverbanden kunnen worden gelegd, die vervolgens ook kunnen worden gekoppeld aan andere bevolkingsonderzoeken van het CBS. De LSM blijft echter een vragenlijstonderzoek, waarbij representativiteit een uitdaging is. Bepaalde doelgroepen reageren minder, zoals personen met een laag inkomen of een migratieachtergrond. Daarnaast zijn er doelgroepen die niet in de steekproef van de LSM zitten en zijn er kenmerken waarop niet geselecteerd kan worden (waaronder gezondheidsklachten).²⁴

MDMA kent vooral gebruikers in het uitgaansleven, en dan specifiek feest- en festivalbezoekers.²⁵ Uit het Grote Uitgaansonderzoek van 2023 blijkt dat 53,8 procent van de respondenten MDMA had gebruikt in de laatste twaalf maanden.²⁶ Het was hiermee de meest gebruikte drug, waarbij alcohol en tabak niet als drugs werden meegerekend. Dit is een stijging van het gebruik sinds het laatste Grote Uitgaansonderzoek uit 2020, dat toen nog op 44 procent lag.²⁷ De vragenlijsten voor deze editie waren overigens gericht op het gebruik vóór de lockdowns tijdens de coronapandemie.²⁸ In 2016 lag dat percentage op 46 procent.²⁹

Dat MDMA vooral gebruikers kent in het uitgaansleven doet vermoeden dat gebruikers ook vooral in de jongere leeftijdsgroepen zijn te vinden. Wordt het laatstejaargebruik uitgesplitst naar leeftijd, dan is dit inderdaad het geval: in de categorieën 20 tot 24 jaar en 25 tot 29 jaar ligt het gebruik van MDMA het hoogst. In de categorie 30 tot 39 jaar vindt juist een sterke daling plaats, wat nog verder afneemt bij de categorie 40-49 jaar.

MDMA lijkt dus een middel dat populair is in een bepaalde levensfase (studie of eerste baan en geen gezin). De Antenne bevestigt dit beeld. Uit interviews met mensen die ooit MDMA gebruikten, blijkt dat ze op zeker moment het middel ontgroeien: "Het middel wordt voorspelbaar, de bijwerkingen heviger of de impact van de roes past niet meer in iemands leven."³⁰

²³ EWDD, "Wastewater analysis and drugs – a European multi-city study" (20 maart 2024).

²⁴ Ellen de Hollander et al., "De Leefstijlmonitor", *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen* (2022).

²⁵ Ruben van Beek et al., *Het Grote Uitgaansonderzoek 2023* (2024) 67.

²⁶ Ruben van Beek et al., *Het Grote Uitgaansonderzoek 2023* (2024) 61.

²⁷ Karin Monshouwer et al., *Het Grote Uitgaansonderzoek 2020* (2021) 49.

²⁸ Karin Monshouwer et al., *Het Grote Uitgaansonderzoek 2020* (2021) 6.

²⁹ Karin Monshouwer et al., *Het Grote Uitgaansonderzoek 2016* (2016) 47.

³⁰ Ton Nabben et al., *Antenne 2019* (2020) 55.

Zoals gezegd is er sinds het heropenen van het uitgaansleven een stijging in MDMA-gebruik te zien. De coronacrisis alleen kan echter niet de gehele gedragsverandering verklaren. Vanuit de evenementenbranche zijn signalen afgegeven dat door de hoge bier- en entreprijzen bezoekers meer andere middelen zijn gaan gebruiken. De prijs van een pil ligt bijna gelijk aan die van één drankje op een festival, maar kent in tegenstelling tot een glas alcohol een werking die uren duurt. Dit zou met name aantrekkelijk zijn voor jongere bezoekers die minder kapitaalkrachtig zijn.³¹ Een ander recent fenomeen betreft het openlijk gebruiken van drugs. Sinds het einde van de coronalockdowns zijn jonge gebruikers minder discreet geworden in het gebruik van drugs. Snuiven of slikken op de dansvloer wordt meer gesignaleerd, waar dat voorheen buiten het zicht gebeurde. Voor de coronacrisis gaven ervaren uitgaanders gebruiksnormen door aan jongere generaties. Het zou kunnen dat door de coronalockdowns die overdracht twee jaar lang is verstoord. Voor een aantal clubs is het overmatig en openlijke gebruik aanleiding geweest om de leeftijdsgrens te verhogen, in een poging de 'coronageneratie' buiten de deur te houden.³²

Waarom gebruikt men MDMA?

/// De belangrijkste redenen om ecstasy te gebruiken, zijn de behoefte aan het beleven van sociale verbondenheid en intense zintuigelijke waarneming, de behoefte om een verhoogde energie en uithoudingsvermogen te ervaren, nieuwsgierigheid en soms ook groepsdruk en zelfverkenning.moment veranderen/verslechteren.

Motieven voor recreatief gebruik van MDMA zijn beschreven in enkele internationale en nationale studies.³³ De uitkomsten zijn consistent: jongvolwassenen vertellen dat ze verwachten vrolijke, gelukkige gevoelens te hebben, een leuke tijd met vrienden door te brengen en minder (sociale) remmingen te voelen. Tegelijkertijd wordt muziek intenser beleefd; er is meer energie en het lijkt alsof iedereen op dezelfde golflengte zit. Er is grotere beleving van sociale verbondenheid, verhoogde energie en uithoudingsvermogen, intense zintuiglijke waarneming, nieuwsgierigheid en soms ook groepsdruk, en zelfverkenning.

Uit verschillende studies blijkt dat ecstasy voornamelijk gebruikt wordt in de sociale context van festivals en feesten.^{34,35} In mindere mate duikt het middel ook op bij huisfeestjes en in de club. Gebruik van ecstasy komt nauwelijks voor op straat, in de keet of in de kroeg.³⁶

MDMA is een sociale drug, wat blijkt uit de zeer scherpe daling van het gebruik tijdens de lockdowns. Zonder gelegenheid om andere mensen te ontmoeten, was MDMA – zij het voor korte duur – kennelijk niet interessant voor potentiële gebruikers. Een nieuwe ontwikkeling zijn de onderzoeken naar de MDMA-ondersteunde

³¹ Gesprek met de Vereniging Nederlandse Poppodia en Festivals en de Vereniging van Evenementen Makers.

³² Tahrim Ramdjan, "Een pil op de bank, een snuif aan de bar", *Het Parool* (2022).

³³ Martha de Jonge et al., "What Do Young Adults Expect from the Recreational Use of Ecstasy?", *European Addiction Research* (2023).

³⁴ Martha de Jonge, *Persona's in Middelengebruik: Eindrapportage* (2021).

³⁵ Ruben van Beek et al., *Het Grote Uitgaansonderzoek 2023* (2024) 86.

³⁶ Ruben van Beek et al., *Het Grote Uitgaansonderzoek 2023* (2024) 86.

therapie bij PTSS. Dergelijke publicaties krijgen veel aandacht in de media en kunnen ook hun weerslag hebben op recreatieve gebruikers. Onder de doelgroep van het Grote Uitgaansonderzoek is hier in 2023 voor het eerst naar gevraagd. Zo'n 6,7 procent van de respondenten die MDMA gebruikt, doet dit onder meer om (tijdelijk) psychische of emotionele problemen te verminderen. Het overgrote deel van deze groep is op de hoogte van de onderzoeken.³⁷

Omdat het voor het eerst is dat naar dit type gebruik is gevraagd, kunnen er nog geen conclusies over trends worden getrokken. Daarbij moet ook worden opgemerkt dat de therapeutische toepassing van MDMA ouder is dan de recreatieve toepassing: het middel werd voor de doorbraak van house al door onderzoekende therapeuten gebruikt. Het valt dus niet te zeggen of die 6,7 procent gebruikers een nieuwe groep is of een voortzetting van een oudere traditie van gebruik.

Wat nu de invloed is van berichtgeving over de therapeutische toepassing van deze middelen op het recreatieve gebruik is nog onbekend. Bij een onderzoek naar ketaminegebruik onder uitgaanders is sinds de introductie van de therapeutische toepassing voornamelijk geen sprake van een effect op het gebruik of hoe er tegen de risico's werd aangekeken. Wel betreft het hier een ander middel waardoor het de vraag is of deze resultaten ook op MDMA van toepassing zijn.³⁸

Gebruik in internationaal perspectief

/// In vergelijking met andere landen gebruiken relatief veel Nederlanders MDMA. Nederlanders zijn echter ook veel opener over hun gebruik, waardoor de gebruikscijfers betrouwbaarder zijn dan die van landen waar gebruik verboden of gestigmatiseerd is. De werkelijke verschillen tussen Nederland en andere Europese landen zouden dus iets kleiner kunnen zijn dan nu uit cijfers blijkt.

Het Europees drugswaarnemingscentrum EWDD³⁹ in Lissabon brengt alle data rondom drugsgebruik in de Europese Unie plus Turkije en Noorwegen samen, waardoor een internationale vergelijking mogelijk is. In de vergelijkingen van het EWDD staat Nederland bovenaan met een laatstejaargebruik van 3,9 procent. Het gebruik bij de nummer twee Ierland ligt op 2,7 procent, gevolgd door Tsjechië (1,9 procent) en Finland (1,4 procent). Turkije en Portugal zijn met 0,1 procent de landen met de laagste gebruikscijfers.⁴⁰

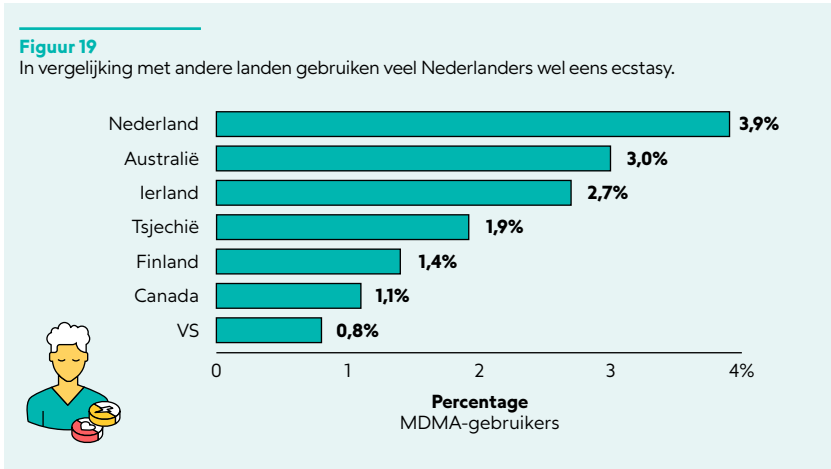
³⁷ Ruben van Beek et al., *Het Grote Uitgaansonderzoek 2023* (2024) 122.

³⁸ Meryem Grabski et al., "Is approving esketamine as an antidepressant for treatment resistant depression associated with recreational use and risk perception of ketamine?", *International Journal of Drug Policy* (2022).

³⁹ De EWDD wordt in Nederland ook vaak aangeduid met de Engelstalige naam European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Op 2 juli 2024 wordt dit instituut omgedoopt tot het Europees Drugsagentschap.

⁴⁰ EWDD, *European Drug Report 2023* (2023).

Ook buiten Europa geldt Nederland als het land met het hoogste MDMA-gebruik. In Australië ligt het laatstejaargebruik op 3 procent (veertien jaar en ouder),⁴¹ terwijl dat voor Canada 1,1 procent is (vijftien jaar en ouder) en voor de Verenigde Staten 0,8 procent (achttien jaar en ouder).⁴²



De manier van meten verklaart (deels) deze verschillen en het relatief hoge percentage MDMA-gebruik in Nederland ten opzichte van andere landen. In Nederland is al jaren veel onderzoek gedaan naar drugsgebruik, terwijl dat in een aantal landen niet of nauwelijks het geval is. De bij het EWDD aangeleverde data zijn daarnaast niet altijd recent: Nederland heeft voor 2021 nog cijfers aangeleverd, terwijl de meest recente cijfers van Turkije stammen uit 2016. Ook zijn de categorieën in sommige gevallen anders: terwijl de Nationale Drug Monitor in Nederland onderscheid tussen volwassenen en minderjarigen maakt, kijkt de EWDD naar twee categorieën, namelijk 15 tot 64 jaar, en 15 tot 34 jaar.

Een ander probleem is dat de houding ten aanzien van drugs per land enorm kan verschillen. De data in deze vergelijking komen voort uit vragenlijsten. Of iemand een eerlijk antwoord geeft over zijn of haar druggebruik kan variëren per land en de daar heersende opstelling ten opzichte van drugs en drugsgebruik. Zo is in Nederland gebruik van drugs niet strafbaar, in tegenstelling tot veel andere landen. In combinatie met een beleid gericht op destigmatisering van gebruik kunnen de antwoorden op dergelijke vragen eerlijker (en cijfers dus betrouwbaarder) zijn dan in andere landen waar juist veel meer een taboe op drugsgebruik ligt. Het is daardoor niet duidelijk of de prevalentiecijfers in andere landen reëel zijn, of dat de destigmatisering van Nederlandse gebruikers zich vertaalt in grotere gerapporteerde verschillen tussen de landen dan daadwerkelijk het geval is.

Rioolwateronderzoek kan een instrument zijn om hier meer zicht op te krijgen. Een analyse uit 2023 laat zien dat in steden in België, Frankrijk, Duitsland, Nederland en Spanje de hoogste concentraties MDMA zijn gevonden.⁴³

⁴¹ Australian Institute of Health and Welfare, "Illicit drug use", *AHW.gov.au* (2024).

⁴² Nationale Drug Monitor, "6.5 Gebruik: internationale vergelijking", *Nationale Drug Monitor* (2024).

⁴³ EWDD, "Wastewater analysis and drugs: a European multi-city study", *emcdda.europa.eu* (2024).

Minderjarigen en MDMA

Een groep die specifieke aandacht verdient, zijn de minderjarigen. Voor het middelbaar onderwijs zijn naast data van het Peilstationsonderzoek de cijfers beschikbaar van de studie Health Behaviour in School-aged Children (HSBC). Bij deze studie wordt het laatstejaargebruik niet gemeten.

Het oitgebruik in de groep van twaalf tot zestien jaar lag in 2021 op 1,9 procent. Het varieerde van 0,9 procent onder twaalfjarigen en 1,5 procent onder veertienjarigen tot 5,7 procent bij de zestienjarigen. Vergeleken met voorgaande jaren zitten hier geen grote fluctuaties in. Sinds 2003 schommelt het gebruik in de leeftijdsgroep twaalf tot zestien jaar rond de 2 procent. Er zijn geen significante verschillen in opleidingsniveau.⁴⁴

Schadelijkheid van MDMA

/// Over de schadelijkheid van het gebruik van MDMA bestaat uitgebreide wetenschappelijke literatuur. Verschillende zeldzame complicaties zijn echter nog niet voldoende onderzocht.

Sinds de doorbraak van MDMA in 1988 is er veel informatie verzameld over de werking en de gevolgen van het gebruik. Het overgrote deel betreft informatie die is verkregen na recreatief gebruik via zelfrapportage of vanuit EHBO-posten en ziekenhuizen. Zoals uitgelegd in het kader 'Drugs, set, setting', hangen de risico's en effecten van gebruik van drugs samen met (de dosering van) het gebruikte middel, de persoon die het inneemt en de omstandigheden waaronder dit gebeurt. Omdat lang niet al deze omstandigheden geregistreerd worden bij gezondheidsincidenten, zijn de data niet altijd even goed vergelijkbaar. Er is bijvoorbeeld niet één standaard ecstasypil op de markt, maar een groot aantal varianten die door verschillende illegale producenten worden gemaakt.

Verder maken de omstandigheden van het gebruik het lastig om goede vergelijkingen uit te voeren. De setting van gebruik loopt uiteen van festivals in de buitenlucht tot slecht geventileerde clubs of thuisgebruik. Ze verschillen bijvoorbeeld in temperatuur, in mogelijkheden om tot rust te komen en af te koelen, aanbod van water, ijs of etenswaren en in de aanwezigheid van vrienden of ervaren professionals die probleemsituaties in een vroeg stadium kunnen signaleren en opvangen. Ten slotte compliceert de toestand van de gebruiker het maken van goede vergelijkingen. Combinatiegebruik (ecstasy samen met alcohol of andere drugs) kan de kans op klachten of gezondheidsincidenten vergroten. Gebruikers die voorafgaand aan gebruik niet lekker in hun vel zitten of psychische klachten hebben, vergroten door gebruik de kans op een paniekaanval of mentale klachten. Ook kan iemand die ecstasy gebruikt tot dan toe onbekende, onderliggende aandoeningen hebben, zoals een hartziekte. Tot slot is er een kleine groep van gebruikers van ecstasy die zonder aanwijsbare reden heel slecht reageert op de effecten van MDMA, soms met zeer ernstige gevolgen. Deze zeldzame complicaties zijn in de meeste gevallen niet voldoende onderzocht. Het achterhalen van deze factoren die de toestand van de gebruiker beïnvloeden is lastig, aangezien de patiënt in feite wilsonbekwaam is en dus minder goed in staat een verhaal te vertellen.

⁴⁴ Maartje Boer et al., *HBSC 2021: Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland* (2022).

Over het algemeen geldt dat ecstasygebruik kan leiden tot incidenten die in de overgrote meerderheid mild zijn en waarvoor dus geen opname in het ziekenhuis is vereist. Veel van deze incidenten kunnen ter plekke op de EHBO van een evenement worden behandeld. Uit het rapport *Ranking van Drugs* (2009), waarin drugs met elkaar vergeleken werden op schadelijkheid, blijkt dat tabak en alcohol veel hoger scoren op schadelijkheid dan ecstasy. Dat heeft ook te maken met het feit dat veel meer mensen alcohol en tabak gebruiken, waardoor de totale schade voor de samenleving vele malen groter is. De precieze schadelijkheid van ecstasy blijft daarom lastig in te schatten.

De complicaties bij MDMA-gebruik zijn onder te verdelen in fysieke en mentale complicaties. Voorbeelden van milde fysieke klachten zijn: misselijkheid, snelle hartslag of ademhaling, of pijn op de borst. Ten aanzien van ernstige complicaties kunnen onder andere oververhitting, watervergiftiging, kaakklem, leverfalen, hersenbloeding, hartinfarct en pneumomediastinum (lucht in de ruimte tussen de longen) optreden. Al deze complicaties kunnen fataal zijn.

Lichte mentale complicaties direct na gebruik hebben meestal te maken met angstgevoelens. In de dagen na gebruik worden ook wel depressieve klachten genoemd. Zeer zeldzaam is het optreden van aanhoudende visuele verstoringen na het MDMA-gebruik, hetgeen een bekende complicatie is bij juist hallucinogene psychedelica zoals LSD. Sommige mensen ontwikkelen na gebruik van ecstasy langdurige mentale klachten, bijvoorbeeld een depressie of angststoornis. Depersonalisatie, of een gevoel van vervreemding, kan daarbij optreden.

In het addendum bij het slot van dit hoofdstuk staat een overzicht van de meest voorkomende complicaties bij gebruik van MDMA.

Incidenten

/// Het aantal MDMA-gerelateerde incidenten ligt weer op het niveau van voor de lockdowns in de coronaperiode. Bij deze incidenten is er regelmatig sprake van een combinatie van MDMA met andere middelen, maar vaker is dit niet het geval. Het aantal incidenten met MDMA stijgt en ten opzichte van andere drugs zijn de patiënten relatief jong (mediaan 23 jaar).

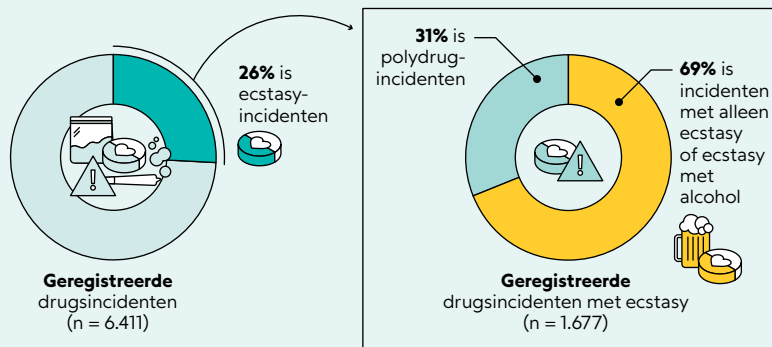
Een ander belangrijk aspect van de gezondheidseffecten van MDMA zijn de acute incidenten, dus wat er mis kan gaan op feesten en evenementen. Het Trimbos-instituut registreert via de Monitor Drugsincidenten (MDI) data van drugsintoxicaties bij meerdere ziekenhuizen, ambulancediensten, EHBO-diensten op evenementen en forensische artsen. Dit geeft een indicatie van de ontwikkelingen in het aantal en de ernst van drugsgerelateerde gezondheidsincidenten in Nederland, maar het is geen totaalbeeld van alle incidenten in Nederland. Het betreft een steekproefsgewijze monitor, die niet alle SEH's bestrijkt.

In 2022 registreerde de Monitor Drugsincidenten (MDI) 1.677 gezondheidsincidenten die gerelateerd waren aan MDMA-gebruik. Dat is zo'n 26 procent van alle 6.411 geregistreerde drugsincidenten in dat jaar. Daarmee liggen de incidenten weer op hetzelfde niveau als voor de coronalockdowns, want in 2021 lag dit aantal nog op 583 incidenten.

De staatscommissie benadrukt dat het onderscheid tussen MDMA-incidenten enerzijds en polydrugincidenten met MDMA anderzijds belangrijk is. Wanneer de gebruiker alleen MDMA heeft gebruikt, wordt dit monogebruik genoemd. Bij polydrugincidenten is te zien dat de gebruiker naast MDMA bijvoorbeeld ook ketamine, cocaïne of GHB gebruikte. Van de eerdergenoemde 1.677 incidenten in 2022 was bij 1.161 (69 procent) sprake van alléén MDMA of MDMA met alcohol.⁴⁵

Figuur 20

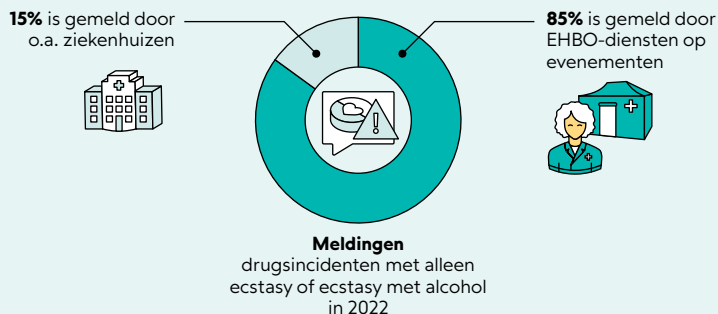
Drugsgerelateerde incidenten in 2022.



Het aandeel ernstige gezondheidsincidenten is gestegen van 2 procent in 2019 naar 15 procent in 2021, om vervolgens te dalen naar 11 procent in 2022. Volgens het Trimbos-instituut duidt dit mogelijk op een toename van risicovol ecstasygebruik, vooral bij jonge en daarmee vaak onervaren gebruikers die na meer dan een jaar aan coronamaatregelen voor het eerst zijn gaan gebruiken. Opvallend is ook de jonge leeftijd van jongeren die zich met klachten melden bij de EHBO's op feesten en festivals. In 2022 lag die leeftijd voor alle drugs op 28 (mediaan), maar voor ecstasy op 23 jaar (mediaan), en in 2021 op 22 jaar.⁴⁶

Figuur 21

Locaties waar gezondheidsincidenten met ecstasy zijn gemeld in 2022.



⁴⁵ Laura Smit-Rigter et al., *Jaarrapportage Meldpunt Nieuwe Drugs 2022* (2023).

⁴⁶ Laura Smit-Rigter et al., *Jaarrapportage Meldpunt Nieuwe Drugs 2022* (2023).

In Nederland zijn er, afhankelijk van de grootte van een evenement en de eisen van de gemeente, EHBO-diensten op evenementen. Deze diensten zijn vaak private bedrijven met eigen zorgpersoneel, die de organisator van een evenement inhuurt. MDMA-incidenten worden doorgaans vooral door deze diensten gemeld en ter plaatse behandeld. Daarmee wordt voorkomen dat patiënten naar een spoedeisende hulp van een ziekenhuis moeten, waardoor er ook geen beroep wordt gedaan op het collectieve zorgsysteem. Dergelijke EHBO-diensten meldden in 2022 het merendeel (85 procent) van de ecstasy-incidenten (mono-intoxicatie). De overige 15 procent werd geregistreerd door ziekenhuizen, ambulancediensten en forensisch artsen.⁴⁷

EHBO tijdens Amsterdam Dance Event

Uit een onderzoek tijdens Amsterdam Dance Event 2016 blijkt dat van de geschatte 375.000 bezoekers, 459 mensen zich met klachten na drugsgebruik hadden gemeld bij een EHBO-dienst; die was op iets meer dan de helft van de feesten aanwezig. Ambulance Amsterdam zag in die periode 113 patiënten met klachten na drugsgebruik; 81 patiënten werden gezien op de Amsterdamse spoedeisende hulpen (SEH). Dit was voor de Ambulance Amsterdam een toename van 225 procent en voor de SEH's een toename van 236 procent van het aantal drugsgerelateerde klachten ten opzichte van andere weken in 2016. Van de 81 SEH-patiënten hadden er 34 patiënten alleen MDMA gebruikt en de rest had meerdere drugs tegelijkertijd gebruikt.⁴⁸

Een andere bron om inzicht te krijgen in de problemen na gebruik, is het Nationaal Vergiftigingen Informatiecentrum (NVIC), dat door zorgprofessionals is te raadplegen als er advies nodig is over intoxicaties. Denk daarbij aan huisartsen of artsen op de spoedeisende hulp. Tussen 2018 en 2022 werd het NVIC 833 keer geraadpleegd over een MDMA-intoxicatie bij patiënten van dertien jaar of ouder. Daarbij is een duidelijke toename in de afgelopen jaren te zien. Ook hier was er vaak sprake van polygebruik: 54 procent van de patiënten combineerde MDMA met alcohol of andere drugs. Eén patiënt waarvoor het NVIC werd gebeld, overleed in deze periode. Het betrof een door een laboratorium bevestigde mono-intoxicatie met MDMA.⁴⁹

Wat zeggen deze data nu over hoe groot de kans is op een incident? In Nederland is de geschatte kans op een ernstige complicatie na MDMA-gebruik 1 op de 900 gebruikte pillen (0,11 procent). Het is moeilijk om een vergelijking te maken met andere middelen. Voor cocaïne is de kans op een ernstige complicatie 1 op 1600 doses (0,06 procent) en voor GHB 1 op 95 dosis (1,05 procent).⁵⁰ Dit klinkt alsof MDMA veel gevaarlijker is dan cocaïne, maar in de praktijk is dit niet waar. Een groot verschil zit in de hoeveelheid doses die een gebruiker op een dag neemt, hoe vaak zulke dagen voorkomen en of iemand medische hulp inschakelt. Zoals beschreven levert dagelijks gebruik van MDMA niet de effecten op die de gebruiker zoekt.

⁴⁷ Lonja Schürmann et al., "Monitor drugsincidenten: Factsheet 2021" (2021).

⁴⁸ Femke Gresnigt et al., "Recreational Drug Use During the Amsterdam Dance Event, Substance Use: Research and Treatment" (2022) 16.

⁴⁹ Johanna Nugteren-van Lonkhuyzen, "Vergiftigingen met MDMA gemeld bij het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum" (2018-2022) (zonder datum).

⁵⁰ Jan van Amsterdam et al., "Fatal and non-fatal health incidents related to recreational ecstasy use", *Journal of Psychopharmacology* (2020).

De meeste gebruikers van MDMA nemen tussen de één en twee pillen op een avond en zijn daarna voldaan. Een beginnende cocaïnegebruiker kan echter al meerdere lijntjes op één avond nemen en een ervaren gebruiker neemt zes of meer lijntjes per avond.⁵¹ Daarnaast kunnen mensen dagelijks cocaïne gebruiken zonder verlies van het effect, waardoor het aantal lijntjes cocaïne per jaar snel oploopt in vergelijking met het aantal pillen dat ervaren ecstasygebruikers jaarlijks slikken.

Sterfte

/// Er is onzekerheid over het exacte aantal dodelijke incidenten. Doordat sterfteregistratie niet verplicht is, blijven sterfgevallen gerelateerd aan MDMA-gebruik – net als bij andere toxische stoffen – naar alle waarschijnlijkheid ondergerapporteerd.

Gebruik van MDMA kan leiden tot een fataal incident. Om hoeveel gevallen het jaarlijks in Nederland gaat, is moeilijk te zeggen. In Nederland is namelijk geen landelijke meldplicht voor intoxicaties of voor overlijden gerelateerd aan intoxicaties. Hierdoor zijn overlijdensgevallen door het gebruik van MDMA (en andere drugs) geen betrouwbare absolute aantallen bekend. Van fatale overdoseringen is bovendien vaak niet vastgelegd welke andere factoren mogelijk een rol speelden in het overlijden.

Zo kunnen omgevingsfactoren een rol spelen bij een overlijden, zoals een te hoge temperatuur in een ruimte tijdens een evenement. Ook kan iemand te veel water hebben gedronken, waardoor er een tekort aan natrium in het bloed (hyponatriëmie) optreedt. Een overlijden kan tevens voorkomen door het gebruik van meerdere middelen tegelijk.

Los van de factoren die de kans op een fataal incident doen toenemen, zijn er ook gevallen waarbij er geen risicofactoren aanwezig waren en waar geen duidelijke oorzaak is vastgesteld. Deze gevallen staan waarschijnlijk los van de gebruikte dosis, de waterinname en of er wel of geen sprake is van meerdere middelen. Wat aan deze sterfgevallen dan wel ten grondslag ligt, is meestal niet duidelijk, wél dat het ook mensen betreft die al ervaring hadden met MDMA.

Met andere woorden: weliswaar is de kans uiterst klein dat iemand aan een dosis MDMA overlijdt, die kans is wel degelijk aanwezig. En gebruikers kunnen alle voorzorgsmaatregelen nemen die er zijn, maar daarmee is de kans op een sterfgeval nog steeds niet weggenomen.

Doordat er geen adequate sterfteregistratie is, blijft dit aspect van ecstasygebruik omstreden. De onduidelijkheid zit een heldere en volledige analyse van de gezondheidseffecten van MDMA in de weg. Vooralsnog lijkt het in Nederland te gaan om vijf tot tien overlijdens per jaar. In de periode van 1999 tot en met 2015 werden 77 MDMA-gerelateerde sterfgevallen gerapporteerd, dat wil zeggen gemiddeld vier tot vijf per jaar.⁵² In 2022 – het meest recente jaar dat er data beschikbaar zijn – overleden er zeven mensen aan ecstasy, waarvan in vijf gevallen ecstasy het enige

⁵¹ Jellinek, Hoe gebruikt men cocaïne?, *jellinek.nl* (2015).

⁵² Annabel Vreeker et al., *MDMA-gerelateerde sterfgevallen onderzocht door het Nederlands Forensisch Instituut* (2017).

gebruikte middel was.⁵³ Dit is waarschijnlijk een onderschatting en het aantal kan hoger uitvallen als de sterfte beter in kaart wordt gebracht.

In het Verenigd Koninkrijk is wel sprake van verplichte registratie bij ecstasygerelateerde sterfte en zijn er ook redelijke schattingen over het totale aantal gebruikers. Een analyse uit 2020 poogt de kansen in te schatten op een fataal incident bij gebruik van ecstasy. Daaruit bleek dat een op de 2.000 tot 10.000 gebruikers was overleden ten gevolge van een ecstasygerelateerd incident. Daarmee was de kans op een fataal incident bij ecstasygebruikers wat groter dan bij amfetamine-gebruikers (1 op 20.000 gebruikers), gelijk of wat kleiner dan datzelfde risico bij cocaïnegebruikers (1 op 2.000 gebruikers) en veel kleiner dan bij heroïnegebruikers (1 op 290 gebruikers). De kans dat iemand door een ecstasypil kwam te overlijden, werd vastgesteld op 1 per 20.000 tot 33.000 gebruikte pillen. De marge is onder andere afhankelijk van combinatiedruggebruik.⁵⁴

Nederland en het Verenigd Koninkrijk laten zich echter lastig vergelijken. In Schotland lag het aantal gelegenheden en het aantal pillen per gelegenheid bijvoorbeeld een stuk hoger dan in Nederland en zelfs dan in Engeland. Daarnaast zijn er andere factoren te bedenken die een significante invloed kunnen hebben op een vergelijking tussen Nederland en het Verenigd Koninkrijk, zoals de sterkte en kwaliteit van de ecstasypillen, het harm reduction-beleid, de algemene volksgezondheid en de uitgaans- en drinkcultuur. De cijfers van het Verenigd Koninkrijk lijken ook onwaarschijnlijke getallen te geven wanneer ze worden geëxtrapoleerd naar de Nederlandse situatie. Uitgaande van 550.000 gebruikers in Nederland in 2022 zouden er dat jaar minimaal 55 gebruikers zijn komen te overlijden. Dit is een veel hoger aantal dan in Nederland geregistreerd is. Het Centraal Bureau voor de Statistiek meldt dat het aantal sterfgevallen tussen 2013 en 2022 door gebruik van psychostimulantia (waaronder MDMA, maar ook middelen als speed) varieerde tussen 4 en 28 gevallen per jaar.⁵⁵

Cognitieve effecten

/// Er is enig onderzoek geweest naar de langetermijneffecten van het gebruik van MDMA op het geheugen. Uit de meest recente studies kwam naar voren dat recent MDMA-gebruik niet leidde tot verminderde cognitieve capaciteiten. Groot nadeel van dergelijke studies is dat de respondentengroepen over het algemeen bestaan uit hoogopgeleide jonge mensen die naast MDMA ook andere middelen gebruiken. Effecten op een ouder brein of effecten van mono-gebruik van MDMA blijven onduidelijk. Wetenschappers lijken – gezien de gering omvang van de vastgestelde effecten – hierover niet erg bezorgd.

Er bestaat ondanks veel onderzoek nog geen definitieve conclusie over het causale karakter en de ernst van cognitieve problemen door het gebruik van ecstasy. Zo lijkt MDMA een klein negatief effect te hebben op het functioneren van het brein; mensen die MDMA hebben gebruikt lijken meer moeite te moeten doen om dezelfde cognitieve taken uit te voeren. Een jaar na het laatste gebruik zijn

⁵³ Laura Smit-Rigter et al., *Jaarrapportage Meldpunt Nieuwe Drugs 2022* (2023).

⁵⁴ Jan van Amsterdam et al., "Fatal and non-fatal health incidents related to recreational ecstasy use", *Journal of Psychopharmacology* (2020).

⁵⁵ Nationale Drug Monitor, "6.7.2. Sterfte", *Nationale Drug Monitor* (2024).

deze neurologische effecten echter niet meer zichtbaar. Van blijvende schade lijkt daarom geen sprake.⁵⁶

Een groot manco daarbij is dat de meeste onderzoeken naar deze effecten voornamelijk worden uitgevoerd onder een specifieke groep respondenten: gezonde en hoogopgeleide jonge mensen die naast MDMA ook andere drugs gebruiken. Het is bij deze groep lastig om een direct verband tussen deze kleine effecten te leggen en MDMA-gebruik, want het kan mogelijk ook door een andere stof of een combinatie zijn veroorzaakt.

Ook kan het zijn dat in een brein met een hoge neuroplasticiteit – zoals bij deze groep het geval is – de hersenen zich snel aanpassen en kunnen compenseren voor de neurotoxische schade. Dit leidt ertoe dat de effecten van MDMA (en andere drugs) minder opvallen. Onder oudere respondentengroepen zouden de effecten van drugsgebruik op de cognitie mogelijk meer opvallen, maar gegevens over deze groep zijn vaak niet beschikbaar.

De therapeutische inzet van MDMA kan op termijn mogelijk antwoorden geven op de causale vraag: deze populatie gebruikt alléén MDMA en binnen een gecontroleerde setting, wat nieuwe inzichten kan opleveren.

Een ander aspect waarop onderzoekers de staatscommissie wezen, was dat de onduidelijkheid rondom de langdurige effecten ook zou zijn aangewakkerd door zogeheten funding bias. Onderzoeken die specifiek op de negatieve effecten van MDMA gericht waren, maakten met name in de VS een grotere kans op financiering. Hoewel de negatieve effecten werden gesignaleerd, werd vaak niet vermeld hoe gering deze effecten waren. En ook niet dat deze waarschijnlijk slechts een tijdelijke impact hadden op de cognitieve functies.

Voor de staatscommissie is er – op basis van het bewijs dat er nu ligt – geen duidelijke aanwijzing dat MDMA blijvende cognitieve schade veroorzaakt. De deskundigen die de staatscommissie daarover gesproken heeft, tonen zich niet onder de indruk van de ernst van de mogelijke cognitieve schade.

Verslavingsrisico

Het verslavingsrisico van MDMA is minimaal, aangezien de werking van de stof frequent gebruik in de weg staat. Iemand die dagen achtereen MDMA zou gebruiken, ervaart na de uitwerking van de eerste pil bij een volgende pil niet meer dezelfde effecten. Dit komt doordat de serotoninevoorraad na die eerste keer meestal is uitgeput, en om serotonine aan te maken is juist een periode van geen gebruik nodig. Dit maakt MDMA na LSD en paddo's de minst verslavende drug op de markt.⁵⁷ Toch zijn er sporadische gevallen bekend van mensen die verslavingshulp zoeken, primair voor hun MDMA-gebruik.

Het Landelijk Alcohol en Drugs Informatiesysteem (LADIS) verzamelt gegevens van de verslavingszorg. Op basis van de laatste data blijkt dat in 2021 minder dan 1 procent van alle mensen die hulp zocht voor een verslaving, een MDMA-verslaving

⁵⁶ Catharine Montgomery et al., "Neurological and cognitive alterations induced by MDMA in humans", *Experimental Neurology* (2021).

⁵⁷ Jan van Amsterdam et al., *Ranking van drugs* (2009) 83.

als hoofdprobleem had. In absolute getallen zijn dat 130 gevallen, op een totaal van 54.865 mensen die hulp zochten. Verslaving aan MDMA komt vergeleken met andere recreatieve drugs dus zeer weinig voor.⁵⁸

Hoe zien gebruikers deze risico's?

/// Jongeren die uitgaan schatten de risico's van ecstasygebruik steeds iets lager in. Mogelijk leidt dit tot meer risicovol gebruik van ecstasy, zoals combinatiegebruik of hoge doseringen.

Het gebruik van MDMA is niet zonder risico's. Toch vormt dat voor veel mensen geen beletsel om alsnog MDMA te gebruiken – in 2022 alleen al betrof het 550.000 mensen, voornamelijk in de leeftijdscategorie van 18 tot 25 jaar. In dit verband is het relevant om te begrijpen hoe er naar de schadelijkheid van MDMA wordt gekeken. Uit het Grote Uitgaansonderzoek, dat peilt onder uitgaanders in de leeftijd van 16 tot 35 jaar, blijkt dat de respondenten de risico's van MDMA in de laatste paar jaar lager zijn gaan inschatten. Zo vindt 68 procent van de ondervraagde uitgaanders in 2023 dat regelmatig MDMA gebruiken schadelijk is, terwijl in 2019 nog 73 procent dat vond. Van de ondervraagden vindt 9 procent één tot twee pillen per jaar schadelijk, tegen 15 procent in 2019.^{59,60}

/// De gewenste en de negatieve effecten van MDMA verschillen sterk per persoon en context van het gebruik. De meeste uitgaanders schatten de schadelijkheid van één of twee ecstasypillen per jaar laag in. Er bestaat een kleine groep jongeren die niet goed op de hoogte lijkt van de risico's en schadebeperkende maatregelen, maar wel overweegt om te gaan gebruiken.

Onderzoek dat zich niet beperkt tot uitgaanders, onder de meest gebruikende leeftijdscategorie van 18 tot 25 jaar, geeft een fijnmaziger beeld van hoe zij de risico's van ecstasy inschatten.⁶¹ Er zijn hierbij twee groepen te onderscheiden: jongeren met ervaring met MDMA en jongeren zonder ervaring met MDMA.

De jongeren die geen MDMA gebruiken en ook geen intentie hebben het te gebruiken, hebben voornamelijk negatieve verwachtingen en schatten de schadelijkheid en de risico's zeer hoog in. Jongeren die ervaring hebben met MDMA en ook vrienden met ervaring hebben, zien wel risico's aan MDMA-gebruik. Zij vinden echter niet dat deze risico's opwegen tegen de gewenste effecten.

Binnen de groep onervaren jongeren bestaat een groep die interesse heeft om MDMA te gebruiken, nieuwsgierig is, en mogelijk behoefte heeft aan zelfverkenning. Soms is er sprake van sociale of groepsdruk. Deze jongeren komen in aanraking met gebruikers, maar zijn niet altijd goed op de hoogte van de schadelijkheid en de potentiële risico's van ecstasy. Zij zijn soms sneller geneigd de risico's en de schadelijkheid van MDMA te onderschatten en zijn ook niet goed

⁵⁸ Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem, *Tussenrapportage Kerncijfers Verslavingszorg 2016-2021* (2023).

⁵⁹ Karin Monshouwer et al., *Het Grote Uitgaansonderzoek 2020* (2021).

⁶⁰ Ruben van Beek et al., *Het Grote Uitgaansonderzoek 2023* (2024).

⁶¹ Martha de Jonge et al., "What Do Young Adults Expect from the Recreational Use of Ecstasy?", *European Addict Research* (2023).

op de hoogte van eventuele maatregelen om die risico's te verkleinen. Deze groep verdient vanuit drugspreventie bijzondere aandacht.⁶²

Conclusie

Het gebruik van ecstasy onder de Nederlandse bevolking stijgt al jaren langzaam maar gestaag. Inmiddels heeft meer dan 10 procent van de bevolking ervaring met MDMA, de werkzame stof in ecstasy. In de laatste paar jaar zijn er wel de nodige verschuivingen geweest. De coronacrisis en de daaropvolgende lockdowns leidden tot de sluiting van het nacht- en festivalleven, waardoor ook het gebruik in deze jaren daalde. Het gebruik van ecstasy is dus echt verbonden aan uitgaan.

Sinds de opheffing van de coronamaatregelen lijkt er sprake te zijn van een inhaalslag, en in 2022 hadden liefst 550.000 mensen ecstasy gebruikt. Dit ging gepaard met meer incidenten onder met name jonge gebruikers, waarvan een kwart een matige of ernstige intoxicatie had. Daarbij is het opvallend dat jongeren de schadelijkheid van MDMA steeds lager zijn gaan inschatten.

Qua schadelijkheid neemt MDMA een bijzondere positie in op het drugspectrum. Zo is het middel nauwelijks verslavend. De schadelijkheid is verder sterk afhankelijk van de dosering, de gebruiker en de context van gebruik. Tegelijkertijd zegt dat ook weer niet alles: ernstige complicaties komen voor en er zijn overlijdens bekend bij juist een lage dosis, maar waardoor dat komt is niet duidelijk. Het bijhouden van ecstasygerelateerde sterfte en drugssterfte in het algemeen is in Nederland niet verplicht, waardoor het aantal sterfgevallen naar alle waarschijnlijkheid een onderschatting is van het werkelijke aantal doden.

Daarnaast is nog onvoldoende bekend over de langetermijneffecten van MDMA-gebruik op het geheugen. Onderzoeken naar deze effecten zijn vaak 'vervuild', omdat respondenten naast MDMA ook andere drugs gebruiken. Een onderzoekspopulatie vinden die louter MDMA gebruikt blijkt een lastige opgave. Hoewel de huidige beschikbare informatie niet wijst op grote schadelijkheid voor de cognitie, is meer onderzoek nodig onder een gevarieerdere respondentengroep.

Aanbevelingen

1 **Continueer de bestaande monitoring van de prevalentie van drugsgebruik, evenals gedragingen en attitudes betreffende drugsgebruik. Breid deze monitoring waar mogelijk uit naar andere doelgroepen.**

Op nationaal niveau wordt prevalentie van drugsgebruik gemonitord onder de algemene bevolking, studenten, uitgaande jongeren en middelbare scholieren. Daarnaast wordt onder gebruikers van drugs informatie verzameld op het gebied van attitude, sociale normen, motieven, behoefte om te minderen of stoppen, risico-inschatting, verkrijgbaarheid, schadebeperkende maatregelen en meer. De staatscommissie acht de voortzetting van deze monitoring noodzakelijk voor de onderbouwing en verbetering van het drugs(preventie)beleid. Ook moet het mogelijk zijn monitoring (tijdelijk of blijvend) uit te breiden om nieuwe doelgroepen, soorten drugs en gedragingen te omvatten.

⁶² Martha de Jonge et al., "What Do Young Adults Expect from the Recreational Use of Ecstasy?", *European Addict Research* (2023).

2 Maak het forensisch onderzoeken van, het registreren van en het jaarlijks rapporteren over de betrokkenheid van MDMA en andere middelen bij sterfte verplicht.

Continueer de monitoring van drugserelateerde incidenten. Er is veel kennis rondom de schadelijkheid van het gebruik van MDMA. Er bestaat echter nog wel onduidelijkheid over het aantal dodelijke incidenten. Doordat een dergelijke sterfteregistratie niet verplicht is, blijven incidenten en sterfgevallen als gevolg van MDMA naar alle waarschijnlijkheid ondergerapporteerd. Deze aanbeveling geldt ook voor andere middelen. De staatscommissie stelt daarom voor om:

- a Forensisch toxicologisch onderzoek verplicht te maken, waarbij ook de context van overlijden wordt geregistreerd;**
- b Een daartoe aangewezen instelling periodiek te laten rapporteren over drugssterfte in Nederland en indien nodig ook ad-hoc te kunnen laten rapporteren;**
- c De kennis opgedaan uit deze rapportages mee te nemen in het drugspreventiebeleid.**

In 2021 wees het Trimbos-instituut in haar rapport *Drugserelateerde sterfte in beeld* reeds op het ontbreken van een voldoende informatieve registratie van drugserelateerde sterfte.⁶³

3 Verzeker adequate kennis bij zorgverleners die zorg verlenen bij drugsincidenten.

De staatscommissie heeft signalen uit het veld opgevangen dat MDMA-gerelateerde zorg beter had kunnen zijn als er meer toxicologische kennis aanwezig was geweest bij de betreffende behandelaar. Het is van belang dat iedere arts die zorg draagt voor geïntoxiceerde patiënten hier voldoende kennis van heeft. Toxicologie is nu niet in de medische basisopleiding opgenomen.

4 Continueer de prehospitalale zorg bij evenementen.

Spoedeisendehulpartsen melden dat prehospitalale zorg op evenementen enorm helpt de werkdruk in ziekenhuizen te verlichten. De prehospitalale zorg is gediend bij een goede inschatting van de benodigde prehospitalale zorg. Het is daarom van belang dat gemeenten goed op de hoogte zijn van de hiervoor bestemde leidraad voor gemeenten.⁶⁴

5 Zorg voor heldere communicatie over MDMA-ondersteunde therapie richting de groep recreatief gebruikers van ecstasy.

Een deel van de mensen die ecstasy recreatief gebruikt, doet dit vanuit zelftherapeutisch oogpunt. In de communicatie over MDMA-ondersteunde therapie (zie hoofdstukken 5 tot en met 8) is het van belang dat de suggestie dat het innemen van MDMA effectief is tegen psychische problematiek wordt tegengegaan. Het ongebeleid gebruiken van ecstasy bij psychische klachten kan leiden tot een verergering van bestaande psychische klachten.

⁶³ Eefje Vercoulen, Manon Ceelen, Tina Dorn, Marcel Buster, Esther Croes en Margriet van Laar, *Drugserelateerde sterfte in beeld: Onderzoek naar de praktijk van de detectie en registratie van drugserelateerde sterfte en ontwikkeling van een blauwdruk voor een speciaal register* (Utrecht: Trimbos-instituut 2021).

⁶⁴ J. de Greeff, F.X. Goossens, A.M.L. Sannen, C. Harreveld, H. Kooke en N.E. van Hasselt, *Alcohol, drugs en tabak op evenementen: Leidraad voor gemeenten 3.0* (Utrecht: Trimbos-instituut 2019).

Literatuurlijst

- Amsterdam, J.G.C. van, A. Opperhuizen, M.W.J. Koeter, L.A.G.J.M. van Aerts en W. van den Brink, [Ranking van drugs: Een vergelijking van de schadelijkheid van drugs](#) (RIVM 2009) 83.
- Amsterdam, Jan van, Ed Pennings en Wim van den Brink, ["Fatal and non-fatal health incidents related to recreational ecstasy use"](#), *Journal of Psychopharmacology* 34.6 (7 januari 2020) 591-599.
- Amsterdam, Jan van, Tibor M. Brunt, Mimi Pierce en Wim van den Brink, ["Hard Boiled: Alcohol Use as a Risk Factor for MDMA-Induced Hyperthermia: a Systematic Review"](#), *Neurotoxicity Research* 39.6 (23 september 2021) 2120-2133.
- Atila, Cihan, Friederike Holze, Rakithan Murugesu, Nikki Rommers, Nina Hutter, Nimmy Varghese, Clara O. Sailer, Anne Eckert, Markus Heinrichs, Matthias E. Liechti en Mirjam Christ-Crain, ["Oxytocin in response to MDMA provocation test in patients with arginine vasopressin deficiency \(central diabetes insipidus\): a single-centre, case-control study with nested, randomised, double-blind, placebo-controlled crossover trial"](#), *The Lancet Diabetes & Endocrinology* 11.7 (13 mei 2023) 454-464.
- Beek, Ruben van, Karin Monshouwer, Frederiek Schutten, Wouter den Hollander, Rosa Andree en Margriet van Laar, [Het Grote Uitgaansonderzoek 2023](#) (Utrecht: Trimbos-instituut 2024).
- Boer, Maartje, Saskia van Dorsselaer, Margreet de Looze, Simone de Roos, Hilde Brons, Regina van den Eijnden, Karin Monshouwer, Willem Huijnk, Tom ter Bogt, Wilma Vollebergh en Gonneke Stevens, [HBSC 2021: Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland](#) (Utrecht: Universiteit Utrecht 2022).
- Brunt, Tibor M., Maarten W. Koeter, Raymond J. M. Niesink en Wim van den Brink, ["Linking the pharmacological content of ecstasy tablets to the subjective experiences of drug users"](#), *Psychopharmacology (Berl)* 220.4 (13 oktober 2011) 751-762.
- Commissie Risicobeoordeling nieuwe drugs, [Risicobeoordeling 4-fluoramfetamine \(4-FA\)](#) (Bilthoven: Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs 2016).
- EWDD, ["Wastewater analysis and drugs: a European multi-city study"](#), *emcdda.europa.eu* (20 maart 2024).
- EWDD, [European Drug Report 2023: Trends and Developments](#) (Luxembourg: Publications Office of the European Union 2023).
- Favrod-Coune, Thierry en Barbara Broers, ["The Health Effect of Psychostimulants: A Literature Review"](#), *Pharmaceuticals* 3.7 (22 juli 2010) 2333-2361.
- Grabski, Meryem, Jon Waldron, Tom P. Freeman, Margriet van Laar en H. Valerie Curran, ["Is approving esketamine as an antidepressant for treatment resistant depression associated with recreational use and risk perception of ketamine? Results from a longitudinal and cross-sectional survey in nightlife attendees"](#), *International Journal of Drug Policy* 102 (9 februari 2022).
- Gresnigt, Femke M.J., Pedram Ghaem Maghami, Pieterneel van Exter, Annelieke Noordhoff, Tobias van Dijk, Ronald van Litsenburg, Frits Holleman, Mark H.H. Kramer en Prabath W.B. Nanayakkara, ["Recreational Drug Use During the Amsterdam Dance Event: Impact on Emergency Services"](#), *Substance Use: Research and Treatment* (19 oktober 2022) 16.
- Henry, John A., John K. Fallon, Andrew T. Kicman, Andrew J. Hutt, David A. Cowan en Mary Forsling, ["Low-dose MDMA \('ecstasy'\) induces vasopressin secretion"](#), *The Lancet* 351.9118 (13 juni 1998) 1784.

Hollander, Ellen de, Christianne Hupkens, Saskia van Dorselaar, Wanda Wendel-Vos, Ellen Kemler, Hanneke de Graaf, Annette Stafleu, Karen Hospers, Nannah Tak, Caroline van Rossum, Koenraad Vermey en Marieke Hiemstra, "De Leefstijlmonitor: Cijfers voor gezondheidsbeleid", *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen* 100 (13 mei 2022) 98-106.

Istvan, Marion, Vincent Bresdin, Marie Mainguy, Pauline Laigo, Marie Grall-Bronnec, Vincent Eudeline, Jean-Emmanuel Guillet, Manon Guillo, Laurent Babonnaud, Pascale Jolliet, Benoit Schreck en Caroline Victorri-Vigneau, "First results of the French OCTOPUS survey among festival attendees: a latent class analysis", *Harm Reduction Journal* 20.1 (29 maart 2023) 43.

Jellinek, "Hoe gebruikt men cocaïne?", *jellinek.nl* (augustus 2015).

Jonge, M.C. de, A.J. Bukma, T. ter Bogt, S.A. Onrust en M. Kleinjan, "What Do Young Adults Expect from the Recreational Use of Ecstasy (3,4-Methylenedioxymethamphetamine/ Molly)? A Latent Class Analysis of a Convenience Sample of Dutch Young Adults", *European Addict Research* 29.3 (2023), 231-240.

Jonge, Martha C. de, Andrea J. Bukman, Tom ter Bogt, Simone A. Onrust en Marloes Kleinjan, "What Do Young Adults Expect from the Recreational Use of Ecstasy (3,4-Methylenedioxymethamphetamine/ Molly)? A Latent Class Analysis of a Convenience Sample of Dutch Young Adults", *European Addict Research* 29.3 (2023) 231-240.

Jonge, Martha C. de, Persona's in Middelengebruik: Eindrapportage (Utrecht: Trimbos-instituut 2021).

Jonge, Martha de, Andrea Bukman, Tom Ter Bogt, Simone Onrust en Marloes Kleinjan, "What Do Young Adults Expect from the Recreational Use of Ecstasy (3,4-Methylenedioxymethamphetamine/ Molly)? A Latent Class Analysis of a Convenience Sample of Dutch Young Adults", *European Addiction Research* 29.3 (2023) 1-10.

Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem, Tussenrapportage Kerncijfers Verslavingszorg 2016-2021 (Houten: Stichting Informatie Voorziening Zorg 2023).

Monshouwer, Karin, Charlotte van Miltenburg, Ruben van Beek, Wouter den Hollander, Frederiek Schouten, Marloes van Goor, Matthijs Blankers en Margriet van Laar, Het Grote Uitgaansonderzoek 2020 (Utrecht: Trimbos-instituut 2021) 6.

Monshouwer, Karin, Peggy van der Pol, Yvonne Drost en Margriet van Laar, Het Grote Uitgaansonderzoek 2016 (Utrecht: Trimbos-instituut 2016) 47.

Montgomery, Catharine en Carl A. Roberts, "Neurological and cognitive alterations induced by MDMA in humans", *Experimental Neurology* 347.113888 (6 oktober 2021).

Nabben, Ton en Annemieke Benschop, Antenne 2019: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers (Amsterdam: Rozenberg Publishers 2020).

Nationale Drug Monitor, "18.1 Over psychedelica", *Nationale Drug Monitor* (Utrecht: Trimbos-instituut / Den Haag: WODC 2024).

Nationale Drug Monitor, "6.2 Gebruik: algemene bevolking", *Nationale Drug Monitor* (Utrecht: Trimbos-instituut / Den Haag: WODC 2023).

Nationale Drug Monitor, "6.2.3 Gebruikspatronen", *Nationale Drug Monitor* (Utrecht: Trimbos-instituut / Den Haag: WODC 2024).

- Nationale Drug Monitor, "6.5 Gebruik: internationale vergelijking", *Nationale Drug Monitor* (Utrecht: Trimbos-instituut / Den Haag: WODC 2024).
- Nationale Drug Monitor, "6.7.2. Sterfte", *Nationale Drug Monitor* (Utrecht: Trimbos-instituut / Den Haag: WODC 2024).
- Nationale Drug Monitor, "6.8 Aanbod en markt", *Nationale Drug Monitor* (Utrecht: Trimbos-instituut / Den Haag: WODC 2024).
- Nugteren-van Lonkhuysen, Johanna J., "Vergiftigingen met MDMA gemeld bij het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (2018-2022)" (ongepubliceerde data Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum).
- Papaseit, Esther, Clara Pérez-Mañá, Marta Torrens, Adriana Farré, Lourdes Poyatos, Olga Hladun, Arantza Sanvisens, Roberto Muga en Magi Farré, "MDMA interactions with pharmaceuticals and drugs of abuse", *Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology* 16.5 (12 april 2020) 357-369.
- Ramdjan, Tahrin, "Een pil op de bank, een snuif aan de bar: hoe drugsgebruik steeds normaler wordt", *Het Parool* (1 oktober 2022).
- Schürmann, Lonja, Huib Valkenberg en Esther Croes, "Monitor drugsincidenten: Factsheet 2021" (Utrecht: Trimbos-instituut 2021).
- Smit-Rigter, Laura, "Meer drugs in stedelijk rioolwater, maar wat zegt dat?", *Trimbos.nl* (12 maart 2020).
- Smit-Rigter, Laura, Pieter Oomen, Lavinia Stegemann en Daan van der Gouwe, "Jaarrapportage Meldpunt Nieuwe Drugs 2022" (Utrecht: Trimbos-instituut 2023).
- Vreeker, Annabel, Esther Croes, Tibor Brunt, Raymond Niesink, Margriet van Laar, Beitske Smink, Bela Kubat en Klaas Lusthof, "MDMA-gerelateerde sterfgevallen onderzocht door het Nederlands Forensisch Instituut" (Utrecht: Trimbos-instituut 2017).
- Wijers, Lotte, Esther Croes, Femke Gresnigt, Annabel Vreeker, Ronald van Litsenburg, Tibor Brunt, Raymond Niesink, Margriet van Laar, "Kenmerken en klinische gegevens van patiënten met ernstige ecstasyyntoxicaties" (Utrecht: Trimbos-instituut 2016) 14-16.
- Wu, Li-Tzy, Andy C. Parrott, Christopher L. Ringwalt, Chongming Yang en Dan G. Blazer, "The variety of ecstasy/MDMA users: results from the National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions", *The American Journal on Addictions* 18.6 (18 februari 2010) 452-461.

Addendum: overzicht complicaties na MDMA-gebruik

Hieronder zijn de meest voorkomende complicaties bij MDMA-gebruik beschreven. Een oorzakelijke relatie van deze klachten en ecstasy gebruik kan op grond van de huidige wetenschappelijke evidentie echter niet of slechts deels worden bewezen.

Het combineren van MDMA met andere middelen kan zorgen voor een verhoogd risico op andere gezondheidsproblemen zoals het ontwikkelen van een serotoninesyndroom. Dit wordt veroorzaakt door een overschot aan serotonine en kan ontstaan wanneer MDMA wordt gecombineerd met andere middelen die het serotoninegehalte verhogen, zoals antidepressiva, stimulerende drugs of pijnstillers van het opioïdentype.⁶⁵

Fysieke complicaties

Oververhitting

Oververhitting na MDMA-gebruik kan ernstige gevolgen hebben, zelfs overlijden. MDMA verhoogt de hoeveelheid serotonine. Dit is een signaalstof in het zenuwstelsel en is onder andere betrokken bij de temperatuurregulatie. De lichaamstemperatuur stijgt na gebruik van MDMA. Dit effect is waarschijnlijk dosisafhankelijk. Daarnaast wordt MDMA vaak gebruikt op feesten of festivals waar gebruikers in een warme omgeving lichamelijk actief zijn (dansen). De combinatie hiervan kan leiden tot ernstige oververhitting. Naarmate de temperatuur hoger wordt, kunnen ernstige complicaties ontstaan met orgaanfalen en zelfs overlijden tot gevolg.⁶⁶

Watervergiftiging

MDMA zorgt er ook voor dat water minder makkelijk wordt afgevoerd omdat er na gebruik minder geplast wordt door de MDMA-geïnduceerde toename van een bepaald hormoon (antidiuretisch hormoon). Wanneer iemand dan veel water drinkt, worden de elektrolyten verdund, wat kan resulteren in een levensgevaarlijk laag natriumgehalte in het lichaam. Dit treedt al op na inname van de recreatieve dosering. Patiënten met een watervergiftiging zijn meestal jonge vrouwen (89 procent). Een watervergiftiging kan leiden tot verwardheid, verminderd bewustzijn, epileptische aanvallen en zwelling van de hersenen met overlijden tot gevolg.⁶⁷ In een Nederlands onderzoek naar MDMA-geïntoxiceerde patiënten die werden opgenomen op de intensive care bleek dat 20 procent hiervan werd opgenomen vanwege een watervergiftiging.⁶⁸

⁶⁵ Tigran Makunts et al., "Reported Cases of Serotonin Syndrome in MDMA Users in FAERS Database", *Frontiers in Psychiatry* (2022).

⁶⁶ Jessica Mead et al., "Mephedrone and MDMA", *Brain Research* (2020).

⁶⁷ Ana Carolina Faria et al., "Drinking to death", *Drug and Alcohol Dependence* (2020).

⁶⁸ M. Zuidema et al., "Acute complications and treatment in critically ill MDMA-intoxicated patients" (2023).

Kaakklem

In het hierboven genoemde onderzoek naar intensivere patiënten bleek dat 31 procent van de MDMA-geïntoxiceerde patiënten werd opgenomen vanwege het risico op een bovenste luchtwegobstructie door een kaakklem. Een kaakklem kan gevaarlijk zijn als de patiënt zelf niet goed de luchtweg kan vrijhouden, bijvoorbeeld bij een verminderd bewustzijn, aangezien het dan niet mogelijk is om de mond te openen.⁶⁹

Complicaties voor het ongeboren kind

Gebruik van MDMA tijdens de zwangerschap heeft ook effect op het ongeboren kind. Een onderzoek toonde aan dat kinderen die prenataal aan MDMA werden blootgesteld (n=28) na één jaar een slechtere mentale en motorische ontwikkeling doormaakten dan kinderen die niet waren blootgesteld aan MDMA (n=68).⁷⁰ De ontwikkelingsachterstand in fijne en grove motoriek persisteerde na 24 maanden.⁷¹ MDMA kan ook acute en lange termijn mentale complicaties veroorzaken.

Mentale klachten

Depressie- en angstklachten

Depressie- en angstklachten worden vaak gezien bij matig tot forse ecstasygebruikers; dat zou theoretisch gezien goed kunnen komen door de uitputting van de serotoninevoorraden, aangezien serotonine effect heeft op de stemming en emoties.⁷² Er zijn verschillende onderzoeken die een hoger risico op depressie vonden onder MDMA-gebruikers.⁷³ Daartegenover staat dat in een ander onderzoek, MDMA-gebruik het risico op een ernstige depressie juist vermindert.⁷⁴ Onderzoek toont ook aan dat mensen met depressie- en angstklachten juist ecstasy gaan gebruiken. *De exacte relatie tussen ecstasygebruik en depressie en angst is op dit moment niet duidelijk.*⁷⁵ Ecstasygebruik verhoogt ook de cortisolspiegel (het stresshormoon) en langdurige afwijkingen hiervan kunnen leiden tot psychische problemen. Of dit bij ecstasygebruikers ook het geval is, is niet onderzocht. Ecstasygebruik is ook gerelateerd aan acute en waarschijnlijk ook langdurige slaapproblemen.

Cognitieve functies

MDMA-gebruik kan ook op de lange termijn mentale klachten veroorzaken. Dieronderzoek toont aan dat ecstasy de zenuwen in de hersenen kan beschadigen. Voor mensen is dit minder duidelijk, maar veranderingen in de hersenen worden bij beeldvormende (neuroimaging) studies bij forse ecstasygebruikers gezien. Ook lijken verschillende hogere cognitieve functies (zoals geheugen en het uitvoeren

⁶⁹ M. Zuidema et al., "Acute complications and treatment in critically ill MDMA-intoxicated patients" (2023).

⁷⁰ Lynn Singer et al., "One-year outcomes of prenatal exposure to MDMA and other recreational drugs", *Pediatrics* (2012).

⁷¹ Lynn Singer et al., "Motor delays in MDMA (ecstasy) exposed infants persist to 2 years", *Neurotoxicol Teratology*, (2016) 22-28.

⁷² Esther Croes et al., *Langdurige klachten na ecstasygebruik* (2017).

⁷³ Jessica Mead et al., "Mephedrone and MDMA", *Brain Research* (2020).

⁷⁴ Grant M. Jones et al., "Lifetime use of MDMA/ecstasy and psilocybin is associated with reduced odds of major depressive episodes", *Journal of Psychopharmacology* (2022) 57-65.

⁷⁵ Esther Croes et al., *Langdurige klachten na ecstasygebruik* (2017).

van complexe taken) langdurig aangetast bij ecstasygebruikers.⁷⁶ Hoewel de onderzoekskwaliteit matig is, lijkt ook licht gebruik van ecstasy het geheugen te verminderen, waarbij de klinische relevante nog onduidelijk is. Ook is onbekend of dit herstelt na het staken van MDMA-gebruik.⁷⁷

Hallucinogen Persisting Perception Disorder

Een andere psychische aandoening die beschreven is na MDMA-gebruik is de persisterende waarnemingsstoornis door hallucinogenen (in de Engelse literatuur beschreven als hallucinogen persisting perception disorder; HPPD), waarbij gebruikers halo's, kleurenflitsen, verkeerde bewegingen van objecten, of een 'sneeuwbeeld' (zoals bij een televisie die stooft) zien, terwijl ze weten dat dit in werkelijkheid niet zo is. Hoe vaak dit voorkomt is onbekend. Mensen kunnen ook HPPD-symptomen hebben zonder daar last van te hebben. De meest gemelde HPPD-symptomen (93/116) waren sneeuwbeelden, 'floaters' (storende deeltjes in het oogglasvocht), tintelingen in het hoofd, gevoelens van een 'droog brein', duizelingen, nabeelden, lichtflitsen of een storende toon in hun oren.⁷⁸

Depersonalisatie en derealisatie

Ook lijkt er een relatie te bestaan tussen ecstasygebruik en langetermijnsymptomen van depersonalisatie en derealisatie (een gevoel van vervreemding van zichzelf en de wereld, het depersonalisatiesyndroom), maar goed onderzoek ontbreekt. Verder komt depersonalisatie en derealisatie in de algemene bevolking ook voor zonder voorafgaand drugsgebruik. Bij een retrospectief onderzoek onder 126 patiënten (50 procent ≤ 24 jaar en 75 procent man) met subjectieve HPPD en depersonalisatie-klachten had 50 procent al een jaar of langer klachten. Het totaal aantal ecstasypillen (gedurende het gehele leven) varieerde van 1 tot 1000 en er zat ook grote variatie in het aantal pillen per keer, waarbij de dosering onbekend was. Vaak was er sprake van combinatie drugsgebruik, vooral met alcohol, cannabis en andere stimulerende middelen.⁷⁹

De meeste patiënten met depersonalisatiesymptomen (81/119) hadden een mengbeeld van depersonalisatie en derealisatie, met veel overlap met HPPD. Angst en panieklachten werden beschreven door 88 patiënten met depersonalisatiesymptomen (75 procent), veel meer dan in de algemene bevolking, en depressieve klachten bij bijna de helft van de 108 patiënten met depersonalisatie-symptomen. Meer dan 50 procent van hen (uit 104 patiënten) rapporteerde concentratieproblemen en vermoeidheidsproblemen, iets minder dan 50 procent noemde geheugenklachten en bij bijna 40 procent was er sprake van slaapproblemen. Een voorgeschiedenis met psychische klachten, voornamelijk AD(H)D, stemmingsstoornissen, of verslaving, werd gerapporteerd door 44 van de 97 patiënten met depersonalisatiesymptomen. Een oorzakelijke relatie van deze klachten en ecstasygebruik kan op grond van dit onderzoek echter niet worden bewezen. Wel bestaat er bij de onderzoekers een vermoeden dat deze patiënten een gevoeligheid of kwetsbaarheid voor het ontwikkelen van chronische, negatieve effecten van ecstasy-gebruik hebben.⁸⁰

⁷⁶ Esther Croes et al., *Langdurige klachten na ecstasygebruik* (2017).

⁷⁷ Esther Croes et al., *Langdurige klachten na ecstasygebruik* (2017).

⁷⁸ Esther Croes et al., *Langdurige klachten na ecstasygebruik* (2017).

⁷⁹ Esther Croes et al., *Langdurige klachten na ecstasygebruik* (2017).

⁸⁰ Esther Croes et al., *Langdurige klachten na ecstasygebruik* (2017).

Literatuurlijst

Croes, Esther, Annabel Vreeker, Nina de Ruiten en Gerard Alderliefste, *Langdurige klachten na ecstasygebruik: Een verkenning van ecstasy-gerelateerde hallucinogene perceptiestoornis en depersonalisatie op basis van de literatuur, dossieronderzoek en interviews met patiënten* (Utrecht: Trimbos-instituut 2017).

Faria, Ana Carolina, Helena Carmo, Félix Carvalho, João Pedro Silva, Maria de Lourdes Bastos en Diana Dias da Silva, "Drinking to death: Hyponatraemia induced by synthetic phenethylamines", *Drug and Alcohol Dependence* 212 (29 april 2020) 108045.

Jones, Grant M. en Matthew K. Nock, "Lifetime use of MDMA/ecstasy and psilocybin is associated with reduced odds of major depressive episodes", *Journal of Psychopharmacology* 36.1 (5 januari 2022) 57-65.

Makunts, Tigran, Lisa Jerome, Ruben Abagyan en Alberdina de Boer. "Reported Cases of Serotonin Syndrome in MDMA Users in FAERS Database", *Frontiers in Psychiatry* 12 (24 januari 2022).

Mead, Jessica en Andrew Parrott, "Mephedrone and MDMA: A comparative review", *Brain Research* 1735 (18 februari 2020) 146740.

Singer, Lynn T., Derek G. Moore, Meeyoung O. Min, Julia Goodwin, John J. D. Turner, Sarah Fulton en Andrew C. Parrott, "One-year outcomes of prenatal exposure to MDMA and other recreational drugs", *Pediatrics* 130 (20 augustus 2012) 407-413.

Singer, Lynn T., Derek G. Moore, Meeyoung O. Min, Julia Goodwin, John J. D. Turner, Sarah Fulton en Andrew C. Parrott, "Motor delays in MDMA (ecstasy) exposed infants persist to 2 years", *Neurotoxicol Teratology* 54 (21 januari 2016) 22-28.

Zuidema, M., E. Reimerink, D. Akhoundzadeh, B. van den Bogaard en Femke M.J. Gresnigt, "Acute complications and treatment in critically ill MDMA-intoxicated patients" (ISICEM congress poster 2023).

3

Het Nederlandse MDMA-beleid: praktijk en uitdagingen

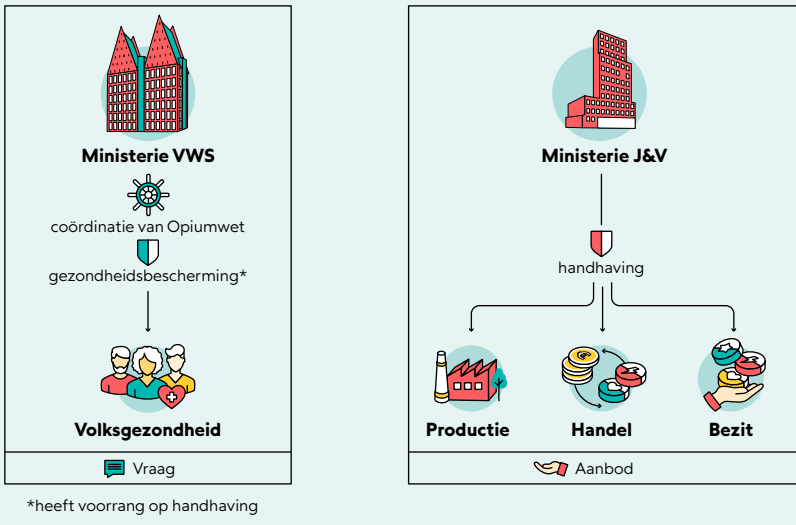
Inleiding

Adviseren over de status van MDMA voor de volksgezondheid vraagt niet alleen om een analyse van de gezondheidseffecten van MDMA. Overheidsbeleid heeft namelijk ook directe en indirecte invloed op de mate waarin de stof schadelijk is voor de volksgezondheid.

Hoe dit beleid tot stand komt en welke doelen hierin geprioriteerd worden, verschilt sterk per land. In Nederland staat de volksgezondheid voorop in het drugsbeleid.¹ In Nederland hebben het voorkomen van drugsgebruik en de daarmee samenhangende schade voor de gebruiker en omgeving altijd voorrang op strafrechtelijke vervolging. De wettelijke vertaling hiervan is dat gebruik van drugs niet strafbaar is. In internationaal verband wordt hierop soms met waardering, soms ook met onbegrip op gereageerd, want er zijn ook landen die er een zerotolerancebeleid op nahouden.

Figuur 22

Verhouding verantwoordelijkheden t.o.v. het drugsbeleid in NL.



Onderdeel van het Nederlandse drugsbeleid is ook het bestrijden van de illegale handel en productie. De productie van ecstasy plaatst Nederland voor een enorme opgave, aangezien in ons land illegaal honderden miljoenen ecstasypillen worden geproduceerd voor met name de buitenlandse markt. Ook al is er in de laatste jaren fors geïnvesteerd in de bestrijding van de georganiseerde drugscriminaliteit, de beschikbaarheid van illegale ecstasy is nog steeds groot en de prijs per pil blijft laag. De gezondheidsdoelen (gericht op de gebruikers) en de criminaliteitsdoelen (gericht op de producenten) zijn twee verschillende opgaven. Die beide opgaven zijn dan ook ondergebracht bij twee verschillende, maar samenwerkende departementen: Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) enerzijds en Justitie en Veiligheid (JenV) anderzijds, met een coördinerende verantwoordelijkheid van het ministerie van VWS.² In recente jaren lijkt de scheiding van deze twee opgaven steeds minder inzichtelijk geworden. De grootte van de justitiële opgave verleidt politici de criminaliteitsdoelen óók terug te laten komen in nieuw beleid gericht op *gebruikers*. De volksgezondheid en het werk van de organisaties die verantwoordelijk zijn voor de bevordering daarvan – zoals het ministerie van VWS en gespecialiseerde (verslavings)zorginstellingen – lijden hier echter onder. De argumentatie om gebruikers verantwoordelijk te stellen voor de productie lijkt op

¹ Margriet van Laar et al., *Evaluatie van het Nederlandse drugsbeleid* (2009) 35, 50.

² Ministerie van VWS, "Uitgangspunten huidig drugsbeleid" (2015).

het eerste gezicht hout te snijden: zonder vraag bestaat er immers geen aanbod. De crux is echter in welke mate Nederlandse gebruikers daadwerkelijk invloed hebben op een criminele wereld die vooral produceert voor de wereldmarkt.

Het tegengaan van de drugsproductie en -verkoop heeft haar weerslag op de volksgezondheid. Minder aanbod kan leiden tot minder gebruik (zoals het alcohol-beleid heeft aangetoond³), maar tegelijkertijd leidt effectieve bestrijding van de productie tot mindere kwaliteit van de producten en een onzuivere markt – met potentieel meer gezondheidsincidenten tot gevolg. De verschillende doelstellingen van het drugsbeleid kunnen dus niet los van elkaar worden gezien: wat in het ene domein wordt bereikt, kan onbedoelde gevolgen hebben voor het andere domein. In dit hoofdstuk geeft de staatscommissie weer wat Nederland aan beleid ten aanzien van MDMA kent. Hierbij tekent de commissie aan dat het vaak gaat om algemeen drugsbeleid, dat dus ook van toepassing is op andere middelen.

Preventie, harm reduction en criminaliteit

Dit hoofdstuk omvat drie thema's. De gezondheidsdoelstellingen staan nader uitgelegd in de paragrafen over preventie en over harm reduction (letterlijk: schadebeperking). Het justitiële doel van het drugsbeleid komt terug in de paragrafen over drugscriminaliteit. Dat derde thema, de drugscriminaliteit, lijkt niet meteen voor de hand liggend in dit rapport, aangezien de opdracht van de staatscommissie zich beperkt tot de status van MDMA voor de volksgezondheid. Toch raken bepaalde aspecten van de productie van MDMA óók de volksgezondheid. Deze worden daarom genoemd in het laatste deel van dit hoofdstuk.

Het *Harm Minimisation*-model biedt de structuur voor dit hoofdstuk. De principes van dit model kunnen gebruikt worden om het Nederlandse drugsbeleid te ordenen en uit te leggen. Drugsbeleid wordt opgedeeld in drie onderdelen:

- 1 Het terugdringen van de 'vraag' naar drugs, door middel van effectief preventiebeleid;
- 2 Het terugdringen van maatschappelijke en gezondheidsschade als gevolg van drugsgebruik, door middel van harm reduction;
- 3 Het terugdringen van het 'aanbod' van drugs, door middel van het opsporen en vervolgen van producenten en handelaars.⁴

Ook in de Europese drugsstrategie voor 2021-2025 komen deze elementen terug.⁵ De hierboven genoemde doelstellingen 1 en 2 hebben voornamelijk betrekking op gezondheid en zijn het beleidsdomein van het ministerie van VWS. Doelstelling 3 betreft openbare orde en veiligheid en behoort tot het beleidsdomein van het ministerie van JenV. Dit deel van het rapport is opgebouwd aan de hand van de verdeling uit dit model. Allereerst komt de Opiumwet aan bod, aangezien deze wet aan de basis ligt van het hier gevoerde beleid. Doelstellingen 1 en 2, die dus over de volksgezondheid gaan, komen aan bod in [hoofdstuk 3a](#). Daarna volgt een analyse rondom de belangrijkste uitdagingen. Onderdeel 3, het terugdringen van de handel en productie van drugs, wordt in [hoofdstuk 3b](#) besproken.

3 Robyn Burton et al., "A rapid evidence review of the effectiveness and cost-effectiveness of alcohol control policies: an English perspective", *The Lancet* (2017).

4 Anneke van Wamel et al., *Modelplan lokaal drugspreventiebeleid* (2023).

5 Secretariaat-Generaal van de Raad van de Europese Unie, *EU Drugs Strategy 2021-2025* (2021).

3a Gezondheid

Constateringen

De staatscommissie constateert het volgende:



/// **Ten opzichte van drugsgebruik is het Nederlandse drugsbeleid gericht op het beschermen van de (volks)gezondheid, niet op het tegengaan van gebruik en/of bezit.**

/// **Criminaliseren van gebruik en gebruikers van drugs gaat ten koste van de volksgezondheid.** De stigmatisering die voortkomt uit het vervolgen of verantwoordelijk houden van gebruikers, leidt bij hen tot schaamte en uitstel om hulp te zoeken bij incidenten of problemen.



/// **Sinds 1995 is er geen expliciete overheidsvisie geformuleerd omtrent het drugsbeleid.** Het is onduidelijk in hoeverre de oude visie nog van kracht is en aan welke integrale visie en interdepartementale doelstellingen het huidige beleid getoetst wordt.

/// **Om gerichte en effectieve preventieactiviteiten te kunnen uitvoeren, is informatie over de doelgroep, context van gebruik en gedragsdeterminanten essentieel.** Deze informatie wordt momenteel op landelijk niveau verzameld via diverse monitors en jaarlijks samengevat in de Nationale Drug Monitor.



/// **Drugspreventiebeleid dat niet op wetenschap gebaseerd is, kan contraproductief werken en daarmee de schade voor gezondheid en samenleving vergroten.** Daarnaast kan wetenschappelijk ongeïnformeerd beleid het gezag van de overheid schaden.

/// **Het gebruik in Nederland ligt hoog.** Niettemin lijkt het Nederlandse (preventie)beleid ook successen te boeken: het gebruik per persoon en de hoeveelheid gebruikte ecstasy per gelegenheid is relatief laag en ook het aantal ecstasy-gerelateerde doden is tot nu toe ook relatief laag (in vergelijking met bijvoorbeeld het Verenigd Koninkrijk of Duitsland).



/// **Drugsvoorlichting blijft noodzakelijk, maar moet doelgroepgericht gebeuren en gericht zijn op specifieke risico's en daarop gerichte preventieve maatregelen.** Algemene publiekscampagnes hierover zijn niet raadzaam, omdat ze zowel normaliserend als stigmatiserend kunnen werken.

/// **Het onderzoeken van de effecten van het drugspreventiebeleid is mogelijk, mits aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan.**

Dit omvat onder meer het definiëren van specifieke doelstellingen en doelgroepen voor het preventiebeleid, en het waarborgen van voldoende financiële middelen voor het verrichten van implementatie- en effectonderzoek.



/// **Het DIMS-netwerk zorgt ervoor dat de ecstasemarkt in Nederland goed gemonitord wordt.** Het biedt de mogelijkheid om gericht te waarschuwen voor drugs die extra risicovol blijken en het biedt een contactmoment met gebruikers waarin schadebeperkende informatie kan worden gegeven.

/// **Als gevolg van de veranderende maatschappelijke context van drugsbeleid worden er met enige regelmaat drugspreventie-initiatieven uitgerold vanuit partijen in de veiligheidshoek.** Dergelijke initiatieven maken niet altijd gebruik van de wetenschappelijke inzichten en kwaliteitsstandaarden rond drugspreventie die bekend zijn onder gedragswetenschappers en preventieprofessionals, en kunnen schadelijke effecten hebben.



/// **De debatten over de 'normalisering' van drugsgebruik zaaien verwarring over de daadwerkelijke prevalentie van ecstasgebruik: in werkelijkheid gebruikt slechts een fractie van de Nederlandse bevolking ecstasy.** Tegelijkertijd komt in bepaalde groepen van de bevolking gebruik juist vaak voor. Deze discussie bemoeilijkt de ondersteuning van groepen met veel risicovol gebruik. Verder kan het gesprek over normalisering het gebruik stimuleren, door ten onrechte de indruk te wekken dat drugsgebruik reeds algemeen aanvaard is.

/// **Het ontbreekt aan een landelijke, wetenschappelijk onderbouwde visie op drugspreventie.** Als gevolg bestaat het interventieaanbod in Nederland uit een mengsel van effectieve, niet-effectieve en potentieel zelfs schadelijke interventies. Aanbieders variëren van verslavingszorginstellingen tot commerciële marketingbureaus.



/// **Het is de vraag of er voor gemeenten genoeg financiële middelen beschikbaar zijn voor preventie.** Effectieve preventie is een zaak van de lange adem en vereist dan ook een structurele investering.

/// **Een doelgroep waarover grote zorgen bestaan, zijn buitenlandse bezoekers van evenementen in Nederland.** Zij gebruiken op een meer risicovolle wijze MDMA, waarschijnlijk door slechtere voorlichting in hun moederland. Dit leidt tot incidenten die voorkomen hadden kunnen worden, en legt een extra last op het Nederlandse zorgsysteem.

De juridische kaders

MDMA onder de wet

Op 23 januari 1912 tekenden twaalf landen in Den Haag het eerste *Internationale Opiumverdrag*. Dit markeerde het startpunt van de ontwikkeling van een internationaal drugsbestrijdingsregime. Centraal stond het bedwingen van de productie en handel van de bestaande stoffen opium en morfine, evenals de nieuwe middelen cocaïne en heroïne. Dit verdrag signaleerde de gevaren van het recreatief gebruik van opium en de niet-medische handel in opium en andere drugs. Aanvankelijk was er geen handhaving van het verdrag, tot in 1919 de onderhandelaars het verdrag meenamen in de vredesbesprekingen na de Eerste Wereldoorlog in Versailles. Dit resulteerde in de bekrachtiging van het Opiumverdrag en in de oprichting van de Volkenbond, die op de handhaving moest toezien.⁶

Na de Tweede Wereldoorlog werd het internationale drugscontroleregime overgeheveld van de Volkenbond naar de Verenigde Naties. Verschillende wijzigingen werden opgenomen in bestaande verdragen, wat leidde tot versnippering en de wens om toe te werken naar één verdrag. Om dat te realiseren werd in 1961 het *Enkelvoudig Verdrag inzake verdovende middelen* (Enkelvoudig Verdrag; EV) aangenomen.⁷

Het internationale drugsregime bestaat momenteel uit drie verdragen: het *Enkelvoudig Verdrag* dat van kracht werd in 1964; het *Verdrag inzake psychotrope stoffen* uit 1971 (Verdrag inzake psychotrope stoffen) en het *Verdrag van de Verenigde Naties tegen sluikhandel in verdovende middelen en psychotrope stoffen* van 1988 (Verdrag tegen Sluikhandel).^{8,9} Nederland is partij bij al deze verdragen en moet dus de bijbehorende verplichtingen naleven. Deze verdragen vormen de grondslag van de Nederlandse Opiumwet.¹⁰

Het verdragsstelsel

Het *Enkelvoudig Verdrag* (1961) en het *Verdrag inzake psychotrope stoffen* (1971) leggen beide meer dan honderd middelen vast. Ieder verdrag doet dat met vier eigen lijsten. Plaatsing op een lijst is afhankelijk van de therapeutische waarde en mogelijke schade in geval van misbruik. Deze lijsten zijn regelmatig gewijzigd. Dat wil zeggen: plaatsing van een nieuw middel of stof op de lijst, of verplaatsing van een middel van de ene naar de andere lijst.¹¹ Deze lijstensystematiek kent verschillende maten van toezicht en controle. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) adviseert over elke wijziging in de lijsten van deze twee verdragen.^{12,13} Het Internationale Comité van Toezicht

6 Kathryn Meyer et al., *Webs of Smoke* (1998) 40.

7 Voor een uitgebreide analyse zie: Martin Jelsma et al., "Drugs and crime" (2019).

8 Dit verdrag heeft vooral de strafrechtelijke maatregelen aangescherpt om niet-medicinaal misbruik te criminaliseren en is daarmee minder relevant voor deze advisering.

9 Twee recentere VN-verdragen die zich meer richten op criminaliteit komen in dit rapport niet aan de orde: het *VN-verdrag tegen grensoverschrijdende georganiseerde misdaad* (UNTOC 2003) en het *VN-verdrag tegen corruptie* (UNCAC 2003).

10 Henk Garretsen et al., *Drugs in lijsten* (2011).

11 Henk Garretsen et al., *Drugs in lijsten* (2011).

12 VN-Bureau voor Drugs en Criminaliteit, "United Nations Commission on Narcotic Drugs" (z.d.).

13 Henk Garretsen et al., *Drugs in lijsten* (2011) 20.

op verdovende middelen (*International Narcotics Control Board*; INCB) is verantwoordelijk voor het administratieve controlesysteem van de verdragen (1961 en 1971) en doet aanbevelingen voor wijziging van de lijsten van het *Verdrag tegen Sluikhandel* (1988) voor substanties die vaak gebruikt worden voor de illegale productie van gecontroleerde drugs.

De *besluitvorming* over de wijziging van de lijsten is vervolgens opgedragen aan de bij de verdragen ingestelde Commissie voor verdovende middelen van de Economische en Sociale Raad van de VN: de *Commission on Narcotic Drugs* (CND) een politiek orgaan waarin 53 van de Staten die partij zijn bij de drugsverdragen zijn vertegenwoordigd.¹⁴ Beslissingen op basis van de WHO- of INCB-aanbevelingen worden door de CND genomen op basis van een simpele meerderheid in geval van het verdrag van 1961, en vereisen een tweederdemeerderheid voor wijziging van de lijsten van de verdragen van 1971 en 1988.

Naast de VN-drugsverdragen bieden de mensenrechtenverdragen bepalingen die relevant zijn als het gaat om drugsbeleid. Een mensenrechtenbenadering betekent een nadruk op preventie, schadebeperkende maatregelen en de bescherming van de rechten van drugsgebruikers.¹⁵ Vanuit dit discours wordt veel nadruk gelegd op decriminaliseren.¹⁶ In die zin is er een zekere spanning met de VN-drugsverdragen, die meer repressief van aard zijn.

Meer recentelijk lijken de beide internationale kaders meer naar elkaar toe te groeien. In april 2016 stond de drugsproblematiek prominent op de agenda van de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties. In een *outcome document* doen staatshoofden een toezegging om drugsbeleid meer in overeenstemming te brengen met mensenrechten.¹⁷ Twee jaar later werd deze benadering nog eens bevestigd in een reeks beginselen van de VN.¹⁸

Het kader van de Europese Unie sluit nauw aan bij het Enkelvoudig Verdrag (1961) en het Sluikhandel Verdrag (1988). Bij het laatstgenoemde verdrag is de Europese Unie zelf partij, voor zover het de punten betreft die onder de bevoegdheid van de Unie vallen.

Op het niveau van de Europese Unie is volksgezondheid een belangrijk thema, maar is drugwetgeving feitelijk schaars. Het *Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie* (TFEU) bepaalt dat bij de uitvoering van elk beleid en elk optreden van de Unie een hoog niveau van de menselijke gezondheid wordt verzekerd. Het beschermen van de volksgezondheid ligt wel primair bij de Lidstaten (artikel 168). De Europese Unie complementeert dus de Lidstaten, ook als het gaat om het reduceren van drugsgerelateerde gezondheidsschade (artikel 168).

¹⁴ Henk Garretsen et al., *Drugs in lijsten* (2011) 20-21.

¹⁵ VN-ontwikkelingsprogramma, *International Guidelines on Human Rights and Drug Policy* (2019).

¹⁶ Zie bijvoorbeeld verklaring van de Hoge Commissaris voor de Rechten van de Mens: Michelle Bachelet, "Aligning Drug Policies with Human Rights" (2022).

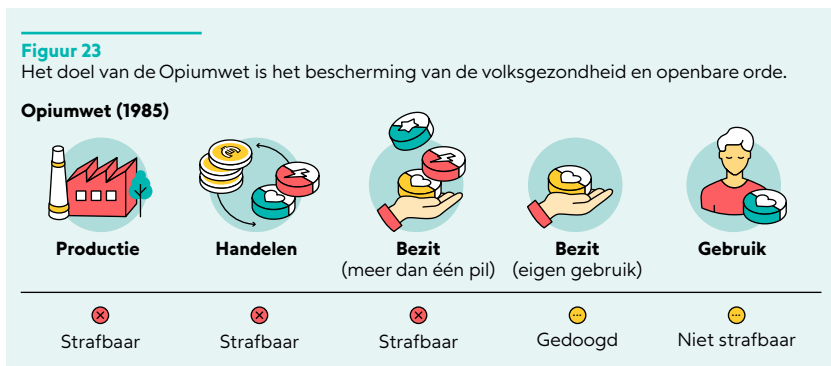
¹⁷ Verenigde Naties, *Outcome Document of the 2016 United Nations General Assembly Special Session on the World Drug Problem* (2016).

¹⁸ Verenigde Naties, *United Nations system common position supporting the implementation of the international drug control policy through effective inter-agency collaboration* (2018).

Daarnaast biedt artikel 83(1) het Europees Parlement en de Europese raad de mogelijkheid om bij richtlijn minimumvoorschriften vast te stellen. Dit moet dan wel betrekking hebben op de bepaling van strafbare feiten en sancties in verband met vormen van zware criminaliteit met een grensoverschrijdende dimensie, waaronder illegale drugshandel. Onder het *Verdrag van Lissabon* is (op basis van artikel 83(1) TFEU) slechts één zo'n drugsgerelateerde richtlijn aangenomen, gericht op het wijzigen van de definitie van drugs in een Kaderbesluit over illegale drugshandel.¹⁹ Het EU-controlemechanisme sluit aan bij de hierboven genoemde VN-drugsverdragen.²⁰ Het EMCDDA beoordeelt namelijk de mogelijke risico's van handel in en het gebruik van nieuwe middelen en brengt daarvan verslag uit. Op basis van deze advisering beslist de Raad van de Europese Unie bij meerderheid of een middel al dan niet onder controle moet worden gebracht.²¹ Lidstaten moeten deze besluiten uitvoeren in overeenstemming met hun nationale wetgeving.²² Bij deze procedure worden overigens geen lijsten gehanteerd.²³

Opiumwet Nederland

/// Ten opzichte van drugsgebruik is het Nederlandse drugsbeleid gericht op het beschermen van de (volks)gezondheid, niet op het tegengaan van gebruik en/of bezit.



Het oorspronkelijke doel van de Nederlandse Opiumwet was de bescherming van de volksgezondheid. Uit de Memorie van Toelichting blijkt dat de Opiumwet, sinds de wijziging in 1976, zowel gericht is op de volksgezondheid als op de openbare orde.²⁴ De maatregelen in de Opiumwet hebben als doel het voorkomen van schade aan de gezondheid van de gebruiker en het voorkomen van schade

¹⁹ Raad van de Europese Unie, *Kaderbesluit 2004/757/jbz van de Raad* (2004).

²⁰ Het gemeenschappelijke optreden nr. 97/396/JBZ van 16 juni 1997 vastgesteld door de Raad van de Europese Unie op basis van artikel K.3 van het Verdrag betreffende de Europese Unie, betreffende de informatie-uitwisseling, risicoanalyse en controle van nieuwe synthetische drugs (PbEU L 167 van 25 juni 1997), zoals gewijzigd door besluit 2005/387/JBZ van 10 mei 2005 van de Raad van de Europese Unie (PbEU L 127 van 20 mei 2005). Zie: Henk Garretsen et al., *Drugs in lijsten* (2011) 21.

²¹ Henk Garretsen et al., *Drugs in lijsten* (2011) 21.

²² Henk Garretsen et al., *Drugs in lijsten* (2011) 21.

²³ Henk Garretsen et al., *Drugs in lijsten* (2011) 21.

²⁴ Tweede Kamer, *Kamerstukken II 13407.3* (1974-1975).

voor de samenleving. Om dit te bereiken, bevat de wet bepalingen over het voorkomen van de productie, de handel en het gebruik van in de wet genoemde verboden middelen. De internationale verdragen werken door in de manier waarop middelen onder de wet worden gebracht. Zo is in artikel 3a van de huidige Opiumwet bepaald dat bij een wijziging van de lijsten van het Enkelvoudig Verdrag of het Psychotrope Stoffenverdrag ook de plaatsing op een lijst van de Opiumwet wordt aangepast. Hetzelfde geldt voor een besluit van de Raad van de Europese Unie.²⁵ De minister van VWS is daarnaast bevoegd om middelen naar eigen inzicht onder de Opiumwet te brengen, die (nog) niet onder het verdragsstelsel zijn gebracht. Onder artikel 3a, tweede lid, betreft het middelen die aan lijst I of II worden toegevoegd “indien is gebleken dat deze het bewustzijn van de mens beïnvloeden en bij gebruik door de mens kunnen leiden tot schade aan zijn gezondheid en schade voor de samenleving.”²⁶

In alle gevallen gaat dit via een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB), tenzij een middel “onverwijld” moet worden verboden. In dat geval kan een stof met een ministerieel besluit worden aangewezen. Er moet dan wel gelijktijdig het ontwerp van een AMvB met dezelfde inhoud aan de ministerraad worden voorgelegd.²⁷ Nederland was in 1988 – toen MDMA werd verboden – nog geen partner bij het Verdrag inzake psychotrope stoffen, maar zou dat eind dat jaar wel worden. Doordat er vóór toetreding tot het verdrag al signalen waren dat lokale bendes interesse hadden om MDMA te gaan produceren, was snel handelen door de minister noodzakelijk. Door een ministerieel besluit werd MDMA op 22 november 1988 “onverwijld” onder de Opiumwet gebracht.²⁸ Op 6 september 1989 volgde een AMvB.

Twee lijsten

MDMA staat op Lijst I van de Opiumwet. Het onderscheid tussen Lijst I en II is ingegeven door een wetswijziging in 1976. Cannabis en hennep kwamen op Lijst II: zogeheten softdrugs, die minder risicovol zijn dan harddrugs. Op Lijst I staan de harddrugs, zoals heroïne en cocaïne, die “schadelijker voor de gezondheid [zijn] dan softdrugs”.²⁹ Met de tweelijstensystematiek wilde de overheid in 1976 de drugsmarkten scheiden. Wie cannabis wilde kopen, kon dat doen via speciale kanalen die enkel dat product verkochten (de coffeeshops). Daardoor bleef cannabisgebruikers de gang bespaard naar straatdealers die naast cannabis drugs aanboden die veel gevaarlijker en verslavender waren, zoals heroïne.

De tweelijstensystematiek maakte het ook mogelijk twee verschillende strafmaten te onderscheiden. Het idee hierachter was stigmatisering van gebruikers tegen te gaan. Door het hanteren van een andere strafmaat voor Lijst II, werd het bezit van een geringe hoeveelheid aangemerkt als een overtreding, en niet als een misdrijf zoals bij Lijst I het geval is.

De twee drugsverdragen van de Verenigde Naties, waaraan ook Nederland gebonden is, kennen beide vier lijsten met ieder weer een andere indeling. De Nederlandse regering heeft hierover in 2011 advies gevraagd aan de commissie-

²⁵ Henk Garretsen et al., *Drugs in lijsten* (2011) 25.

²⁶ Opiumwet, artikel 3a, tweede lid (2024).

²⁷ Henk Garretsen et al., *Drugs in lijsten* (2011) 25.

²⁸ "Aanwijzing middelen die met onmiddellijke ingang onder de Opiumwet vallen", *Staatscourant* (1988).

²⁹ Ministerie van JenV et al., "Wat maakt verschil tussen harddrugs en softdrugs", *Rijksoverheid.nl* (z.d.).

Garretsen, die concludeerde dat er op dat moment geen wrijving bestond tussen de internationale verdragen en de nationale wetgeving.³⁰ Dit betekent dat de manier waarop Nederland drugs classificeert en reguleert, hoewel mogelijk afwijkend van sommige andere landen, toch in lijn is met de internationale verplichtingen die het land heeft aangenomen.

Gedoogbeleid

Omdat MDMA een drug op Lijst I van de Opiumwet is, is het simpele bezit van het middel al aangemerkt als een misdrijf. Er wordt in de praktijk echter onderscheid gemaakt tussen bezit voor eigen gebruik en bezit voor handel (een zogeheten dealerindicatie). In de *Aanwijzing Opiumwet* uit 2015, die betrekking heeft op de opsporing en de vervolging van personen die delicten uit de Opiumwet begaan, staat dat in het geval van een geringe hoeveelheid voor eigen gebruik de hulpverlening aan de gebruiker voorop dient te staan. Het gaat dan concreet om de hoeveelheid van één ecstasypil. Treft de politie bij een gebruiker een dergelijke kleine hoeveelheid aan, dan wordt deze in beslag genomen, maar er volgt geen invezekeringstelling en de verdachte krijgt geen strafblad. Worden er meerdere pillen aangetroffen dan is er in principe sprake van een dealerindicatie, en kan er tot vervolging worden overgegaan.³¹

De *Richtlijn voor strafvordering Opiumwet* uit 2019 van het Openbaar Ministerie hanteert hetzelfde uitgangspunt als de *Aanwijzing Opiumwet*, namelijk dat een gebruikershoeveelheid van één pil slechts leidt tot 'onttrekking aan het verkeer' van de pil en dat het verder geen consequenties heeft. Bij een grotere hoeveelheid lopen de straffen snel op, waarbij iets grotere hoeveelheden niet automatisch tot een dealerindicatie hoeven te leiden, maar wel altijd worden bestraft. Uit feiten en omstandigheden kan blijken dat een iets grotere hoeveelheid nog steeds voor eigen gebruik is, zonder dat er sprake is van een dealerindicatie. De *Richtlijn* hanteert tabellen, waarbij het bezit van pillen voor eigen gebruik wordt bestraft met bijvoorbeeld een geldboete van 375 euro voor het bezit van twee pillen voor eigen gebruik en een taakstraf van 80 uur bij een dealerindicatie. Bij herhaalde recidive kan het bezit van twee pillen voor eigen gebruik oplopen tot één maand onvoorwaardelijke gevangenisstraf en bij een dealerindicatie tot tien weken onvoorwaardelijke gevangenisstraf.³²

Concluderend betekent dit dat het in bezit hebben van een gebruikershoeveelheid drugs van maximaal één pil in Nederland wordt gedoogd. Dit is een cruciaal onderdeel van het Nederlandse drugsbeleid en wordt later in dit hoofdstuk nader toegelicht.

Het Nederlandse drugsbeleid door de jaren heen

Tot aan de jaren 60 vormde cannabis geen groot probleem voor de Nederlandse samenleving. Toen het gebruik zich echter snel ontwikkelde en de politie cannabisgebruikers bleef arresteren, dreigde de justitiële keten verstopt te raken. In 1970 kregen agenten bij het Holland Pop Festival in Kralingen voor het eerst de instructie om *niet* te handhaven. Dit heeft uiteindelijk geleid tot een wetwijziging in 1976, waarbij er een onderscheid kwam tussen hard- en softdrugs, zoals cannabis. De verkoop van cannabis in coffeeshops (waar

³⁰ Henk Garretsen et al., *Drugs in lijsten* (2011) 16.

³¹ *Aanwijzing Opiumwet* (2015).

³² College van procureurs-generaal, *Richtlijn voor strafvordering Opiumwet, harddrugs* (2019).

verder geen andere drugs verkocht mocht worden) zorgde er ook voor dat men niet meer met straatdealers in contact kwam die heroïne aanboden.

Heroïne kwam begin jaren 70 op en zou gedurende twee decennia de Nederlandse binnensteden teisteren. De behoefte om aan heroïne te komen ging vaak gepaard met (vermogens)criminaliteit en openbare ordeproblemen die de leefbaarheid van complete buurten uitholden. Aanvankelijk werden gebruikers gedwongen om af te kicken, maar eenmaal terug in de samenleving vervielen ze weer in oude en destructieve patronen. Daarom werd gekozen voor de strategie van harm reduction: tot het moment dat iemand uit vrije wil wilde stoppen, moest de schade voor die persoon én de omgeving zo minimaal mogelijk blijven. Met succesvolle maatregelen als spuitenruil, methadon en later de verstrekking van heroïne werd de schade voor gebruiker en samenleving zoveel mogelijk onder controle gebracht: op het hoogtepunt van de crisis in de jaren 80 waren er zo'n 30.000 gebruikers, terwijl het er nu niet meer dan 14.000 zijn.³³ Zo'n 6.700 gebruikers van heroïne of vervangende middelen zijn in beeld bij de verslavingsinstellingen.³⁴ Van overlast door gebruikers is nu niet of nauwelijks meer sprake.

De opkomst van **MDMA** op de recreatieve markt in de jaren 80 zette een nieuwe ontwikkeling in gang. Terwijl de vraag naar ecstasy snel groeide, nam ook het aantal slechte pillen toe. Na een reeks incidenten in 1994 werd daarom ingezet op een testservice waar gebruikers hun pillen konden laten onderzoeken op de samenstelling. Bleek er een gevaarlijke pil tussen te zitten (bijvoorbeeld vanwege samenstelling of hoge dosering), dan kwam er een gerichte voorlichtingscampagne (*red alert*) op gang om gebruikers te waarschuwen. Tegenwoordig zijn er verspreid over Nederland 32 testpunten. *Red alerts* komen – zij het sporadisch – nog steeds voor.

Advisering

Een middel dat onder de internationale verdragen wordt gebracht, komt in Nederland dus 'op de Opiumwet' te staan, zelfs als er van gebruik in ons land geen sprake is. Dit gebeurt op basis van internationale risicobeoordelingen van de VN of de EMCDDA.

Het kan ook zo zijn dat een middel specifiek in Nederland opduikt (4-FA), of dat er sprake is van een bestaande stof die opeens een nieuw gebruik kent (lachgas). In dat geval kan de minister van VWS advies inwinnen bij het Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs (CAM). De Commissie Risicobeoordeling van het CAM stelt sinds 1999 risicobeoordelingen op van nieuwe drugs. Ze beoordeelt daarbij op vier criteria:

- 1 De gezondheidsrisico's voor het individu;
- 2 De risico's voor de volksgezondheid;
- 3 De risico's voor de openbare orde;
- 4 Het risico op de betrokkenheid van (georganiseerde) criminaliteit.³⁵

³³ Guus Cruts et al., *Aantal en kenmerken van problematische opiatengebruikers in Nederland* (2013).

³⁴ LADIS, *Tussenrapportage Kerncijfers verslavingszorg 2016-2021* (2023).

³⁵ Peter Keizers et al., *Basisnotitie Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs* (2018).

Na het afwegen van deze risico's kan het CAM een scala aan maatregelen voorstellen aan de minister, waaronder plaatsing op de Opiumwet. Het betreft hier een advies en geen dwingende maatregel. Zo werd in 2013 het licht stimulerende middel qat tegen het advies van het CAM in toch door de minister op de Opiumwet geplaatst.³⁶

Veel middelen, waaronder ook MDMA, zijn opgenomen in de Opiumwet vóór de oprichting van het CAM. De Tweede Kamer nam in 2021 een motie aan waarin zij de regering opriep te onderzoeken of de indeling van verschillende relevante middelen op de lijsten van de Opiumwet te rechtvaardigen was volgens objectief wetenschappelijk onderzoek.³⁷

Herbeoordeling van MDMA

Naar aanleiding van deze motie heeft het CAM met een werkgroep een 'quickscan' (lichte beoordeling) uitgevoerd naar de risico's van cannabis, cocaïne, GHB, LSD, oxycodon, 3-MMC en MDMA. Hierbij is gebruikgemaakt van de beschikbare informatie over deze middelen en de expertise van de leden van de werkgroep. Het CAM concludeerde dat MDMA terecht onder de werking van de Opiumwet is gebracht. Verder schrijft de werkgroep:

“Voor MDMA is er de overweging om in een volledige risicobeoordeling dieper in te gaan op de stof-specifieke data van MDMA. Er is meer inzicht gewenst in hoe de risico's van het gebruik van MDMA zich verhouden ten opzichte van die van andere drugs.”³⁸

De staatscommissie is van mening dat nader onderzoek door het CAM naar de plaatsing van MDMA op één van de twee lijsten van de Opiumwet gewenst is, ook met het oog op de maatschappelijke discussie over deze thematiek (zie ook [hoofdstuk 5](#)). De staatscommissie stelt dat deze advisering van grote meerwaarde kan zijn voor de politieke en maatschappelijke discussie wanneer het CAM in het verslag van haar risicobeoordeling transparant is over de totstandkoming van haar advies en de weging van de argumenten.

Volksgesondheid

/// Criminaliseren van gebruik en gebruikers van drugs gaat ten koste van de volksgesondheid. De stigmatisering die voortkomt uit het vervolgen of verantwoordelijk houden van gebruikers, leidt bij hen tot schaamte en uitstel om hulp te zoeken bij incidenten of problemen.

Het gebruik van drugs is in Nederland in de eerste plaats een gevaar voor de individuele gezondheid en de volksgesondheid. Strafrechtelijk optreden dient alleen als allerlaatste optie ingezet te worden.³⁹ In de praktijk betekent dit dat het ministerie van VWS haar beleid afstemt met het ministerie van Justitie en Veiligheid (JenV)

³⁶ Tweede Kamer, "Verslag schriftelijk overleg inzake het Ontwerpbesluit houdende wijziging van lijst II, behorende bij de Opiumwet", *Vergaderjaar 2011-2012* (2012).

³⁷ Tweede Kamer, "Motie van het lid Van Nispen over onderzoek naar de wetenschappelijke rechtvaardiging van de huidige omgang met typen drugs", *Vergaderjaar 2020-2021* (2021).

³⁸ M.W. van Laar et al., "Totaalrapportage 'Motie van Nispen'" (1 mei 2024).

³⁹ Margriet van Laar et al., *Evaluatie van het Nederlandse drugsbeleid* (2009) 383.

en het ministerie van Buitenlandse Zaken (BZ). Zo is VWS ook de eindverantwoordelijke voor de Opiumwet, waar alle verboden stoffen zoals MDMA onder vallen. Net als in ieder ander land zijn dus hier productie, handel en bezit van harddrugs verboden. Wat verschilt met veel andere landen is onze nadruk op de volksgezondheid, en daarmee de positie van de gebruiker in het beleid. Wie in Nederland drugs gebruikt, is namelijk niet strafbaar, aangezien de Opiumwet gebruik niet verbiedt. Doel van dit beleid is om het stigma weg te nemen.

Stigma is een sterke sociale afkeuring van persoonlijke kenmerken of overtuigingen die afwijken van sociale normen. Stigma kan leiden tot uitsluiting en discriminatie. Zodra iemand die drugs gebruikt een incident of een probleem heeft, is het belangrijk dat hij of zij zo snel mogelijk hulp krijgt. Stigma kan dit in de weg zitten, want wie bang is om aan de politie overgedragen te worden, blijft langer rondlopen met klachten en zal een verdere verslechtering zien van de eigen gezondheid. Openheid maakt snel handelen mogelijk.^{40, 41}

Niettemin is een belangrijk uitgangspunt dat drugsgebruik géén onderdeel is van een normale en gezonde leefwijze. Er wordt bij het huidige beleid van drugspreventie ingezet op het voorkomen van gebruik, en als er dan toch sprake is van gebruik, dienen sociale, maatschappelijke en gezondheidsproblemen zoveel mogelijk voorkomen te worden.⁴²

Drugsnota 1995

/// Sinds 1995 is er geen expliciete overheidsvisie geformuleerd omtrent het drugsbeleid. Het is onduidelijk in hoeverre de oude visie nog van kracht is en aan welke integrale visie en interdepartementale doelstellingen het huidige beleid getoetst wordt.

De laatste keer dat een Nederlands kabinet het drugsbeleid in een integrale visie vatte, was in een nota van het eerste paarse kabinet. In 1995 formuleerde het de centrale opgave van het Nederlandse drugsbeleid als het “tegaan van nadelige gevolgen van drugsgebruik voor volksgezondheid en het beheersbaar houden van het gebruik van riskante drugs als gezondheids- en maatschappelijk probleem”. Met het “maatschappelijk probleem” doelde het kabinet hier niet hoofdzakelijk op (georganiseerde) drugscriminaliteit. In de jaren 90 baarde vooral de drugsoverlast zorgen. Die overlast zorgde voor verloederde straatbeelden, publieke onveiligheid en de aanwezigheid van problematische gebruikers in het straatbeeld. Dankzij effectief beleid gericht op zorg en gerichte handhaving is dat nu verleden tijd. Internationale scepsis jegens dit beleid is inmiddels getransformeerd in internationale erkenning en soms zelfs bewondering en bestudering.⁴³ Zoals hieronder verder wordt beschreven, richtte dit beleid zich hoofdzakelijk op harm reduction, waarbij de behoeften van de gebruikers een centrale rol speelden. Repressie gericht op gebruikers was overigens wel aanwezig in dit beleid, bijvoorbeeld bij het verplaatsen van verslaafde

⁴⁰ Lisa Maher et al., "Collateral damage and the criminalisation of drug use", *The Lancet HIV* (2017).

⁴¹ David Dixon et al., "Anh Hai: Policing, Culture and Social Exclusion in a Street Heroin Market", *Policing and Society* (2010).

⁴² Staatssecretaris van Volksgezondheid, "Voortgang aanpak drugspreventie" (2023).

⁴³ John-Peter Kools et al., "Hedendaagse drugsituatie vraagt om hedendaags beleid", *trimbos.nl* (2024).

dakloze personen van een winkelcentrum naar een tunnel, maar dit was geen onderdeel van de uiteindelijke oplossing.⁴⁴ Tijdens het opstellen van de nota uit 1995 was de situatie ten aanzien van MDMA nauwelijks te vergelijken met de huidige. Er was een gebrek aan kennis over de schadelijkheid van MDMA, en op de markt was sprake van veel giftige en gevaarlijke pillen. Gemeenten probeerden daarnaast – ieder op een eigen manier – om te gaan met een nieuwe uitgaanscultuur die niet alleen beperkt bleef tot clubs en discotheken, maar die zich vooral manifesteerde op feesten en al dan niet illegale *raves*.

De laatste evaluatie van 2009

Het Nederlandse drugsbeleid werd in 2009 voor het laatst geëvalueerd. Toen bleek dat er geen duidelijke criteria zijn om te meten of en hoe het beleid effectief is geweest. Daarbij speelt mee dat verscheidene zaken door elkaar heen lopen. Zo is de Drugsnota uit 1995 niet duidelijk in haar primaire focus. Gaat het om de preventie en beheersing van risico's, de preventie van het gebruik zelf, of juist beide?

Gekeken naar dat eerste criterium (risicobeheersing) is het doel 'redelijk' behaald. Ten aanzien van het tweede criterium (preventie van gebruik zelf) is volgens de Drugsnota het beleid "minder succesvol". De onderzoekers vragen zich daarbij af of dit problematisch is, omdat drugsgebruik een voorbijgaand fenomeen is met een piek tussen de 20 en 30, om na het 30^e jaar sterk te dalen. Toch is juist deze groep kwetsbaar, aangezien op deze leeftijd het brein nog in ontwikkeling is.

Ten aanzien van drugs in het algemeen merken de onderzoekers op dat het beleid in Nederland niet heeft kunnen tegengaan dat het gebruik vanaf eind jaren 80 tot midden jaren 90 is toegenomen, ook onder jongeren. Toch ligt het drugsgebruik hier lager dan in sommige andere landen – met uitzondering van ecstasy. Op het gebied van individuele risico's schrijven de onderzoekers dat het beleid deels is geslaagd. Ten aanzien van partydrugs zijn er weliswaar acute gezondheidsincidenten, "maar voor zover bekend leiden deze zelden tot ernstige complicaties."

In de evaluatie wordt verder de vraag opgeworpen in welke mate beleid het drugsgebruik heeft beïnvloed, en of het überhaupt wel beïnvloedbaar is. Uit de evaluatie blijkt dat preventieactiviteiten "hooguit bescheiden effecten hebben op drugsgebruik zelf." Daarnaast suggereert de evaluatie ook dat interventies aan de aanbodzijde weliswaar van invloed zijn op de prijs en de zuiverheid van drugs, maar ook dat "het gebruik geen noemenswaardige veranderingen laat zien." Het gaat hier dan wel om de effecten op korte termijn; op lange termijn zijn de effecten nog niet bekend.⁴⁵

De Drugsnota van 1995 werkt dus nog steeds door. De nadruk op het voorkomen van gebruik komt prominent terug in de zogenaamde 'trap' waarlangs het ministerie

⁴⁴ Jasper Bongers, "Menselijkheid in Hoog Catharijne", in: *Cohesie en polarisatie in de stad* (Den Haag 2022) 31-32.

⁴⁵ Margriet van Laar et al., *Evaluatie van het Nederlandse drugsbeleid* (2009).

van VWS het Nederlandse drugsbeleid tegenwoordig vormgeeft, zoals blijkt uit een bijlage van een Kamerbrief uit 2015 en gesprekken met ambtenaren van VWS. De 'trap' is opgebouwd uit de volgende treden:

- 1 Het voorkomen van gebruik;
- 2 Als er toch wordt gebruikt: voorkomen van gezondheidsschade (acute incidenten, verslaving et cetera);
- 3 De inzet van vroegsignalering en kortdurende interventies om te voorkomen dat mensen een verslaafd raken;
- 4 Het zorgen voor adequate behandeling van mensen die in de problemen komen door middelengebruik en verslaving;
- 5 Het beperken van gezondheidsschade, ofwel harm reduction.⁴⁶

Het ministerie van VWS licht zelf toe: "Voorkomen is beter dan behandelen, behandelen is beter dan harm reduction en harm reduction is beter dan niets doen."⁴⁷ Voor MDMA geldt dat met name trede 1, 2 en 5 relevant zijn. In het vervolg van dit deel zal daarom de nadruk op deze elementen liggen. Treden 3 en 4 draaien vooral om verslaving (stoornis in het gebruik van middelen), en daar is bij MDMA slechts sporadisch sprake van (en als er sprake van is, betreft het vaak een combinatie met andere middelen).

Preventiebeleid

Trede 1: Het voorkomen van gebruik

Preventie is het fundament onder het drugsbeleid van VWS. Om gezondheidsschade door drugsgebruik te voorkomen, wordt gebruikgemaakt van wetenschappelijk onderbouwd preventiebeleid, gericht op het voorkomen van gebruik, problematisch gebruik, afhankelijkheid en sociale en gezondheidsproblemen als gevolg van gebruik. Daarnaast is ondersteuning bij minderen en stoppen met gebruik onderdeel van het preventiebeleid.

Om effectief preventieve interventies in te zetten, moet vooraf een onderbouwde keuze worden gemaakt in doelgroep en determinanten van gebruik waarop gericht wordt. Deze kennis komt voort uit monitors op nationaal en lokaal niveau en uit wetenschappelijke kennis over risico- en beschermende factoren. Informatie over soorten drugs, gebruikersgroepen, gebruikspatronen, context van gebruik, gedragsdeterminanten die leiden tot gebruik of juist minderen of stoppen wordt in Nederland op nationaal niveau gemonitord door het Trimbos-instituut. In de Nationale Drug Monitor (NDM) worden onder andere gegevens van De Leefstijlmonitor, Het Grote Uitgaansonderzoek en de Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten samengevat. Kennis die uit de nationale monitors voortkomt, geeft op haar beurt aanleiding voor de inzet of ontwikkeling van preventieve interventies voor bepaalde doelgroepen.

/// Om gerichte en effectieve preventieactiviteiten te kunnen uitvoeren, is informatie over de doelgroep, context van gebruik en gedragsdeterminanten essentieel. Dergelijke informatie wordt momenteel op landelijk niveau verzameld via diverse monitors en samengevat in de Nationale Drug Monitor.

⁴⁶ Ministerie van VWS, "Uitgangspunten huidig drugsbeleid" (2015).

⁴⁷ Ministerie van VWS, "Uitgangspunten huidig drugsbeleid" (2015).

Vier niveaus van preventie

Dit deel van het rapport refereert herhaaldelijk aan preventietechnieken. Deze activiteiten kunnen universeel, selectief of geïndiceerd worden ingezet, en de onderlinge verschillen zijn belangrijk om bij het lezen van dit rapport in het achterhoofd te houden:

- 1 Universele preventie richt zich op een algemene populatie zonder dat er rekening gehouden wordt met eventuele risicofactoren.
- 2 Selectieve preventie is bestemd voor groepen waarvan bekend is dat zij een verhoogd risico lopen op (problematisch) gebruik. Denk daarbij aan jongeren in bepaalde wijken of op bepaalde scholen.
- 3 Geïndiceerde preventie richt zich op personen die een verhoogd risico lopen op het ontwikkelen van (problematisch) gebruik, bijvoorbeeld omdat ze onder bepaalde omstandigheden opgroeien, te maken hebben met psychische klachten of een trauma, of omdat ze eerdere ervaring hebben met drugsgebruik.⁴⁸

Dan is er nog harm reduction. letterlijk 'schadebeperking'. Harm reduction heeft als doel om de sociale en gezondheidsproblemen die het gevolg kunnen zijn van middelengebruik zo klein mogelijk te houden, zonder het middelengebruik op zich direct te ontmoedigen. Er bestaat een onderscheid tussen 'traditionele' harm reduction en harm reduction voor recreatieve gebruikers. Traditionele harm reduction-interventies zijn bijvoorbeeld het beschikbaar stellen van folie, rookpijpjes, schone injectienaalden of de verstrekking van methadon, waarmee de bijkomende schade van drugsgebruik, zoals infectieziekten, kan worden teruggebracht. Deze worden toegepast bij ernstige patronen van gebruik, veelal van opiaten en/of cocaïne. Dergelijke maatregelen leiden tot een hogere levensverwachting van gebruikers en minder maatschappelijke overlast. Tegelijkertijd zijn de kosten van dergelijke interventies laag.⁴⁹

Harm reduction voor recreatieve gebruikers van ecstasy bestaat vooral uit het testen van drugs en het beschikbaar stellen van gratis water en chill-out ruimtes tijdens festivals om de risico's van het gebruik te verminderen.

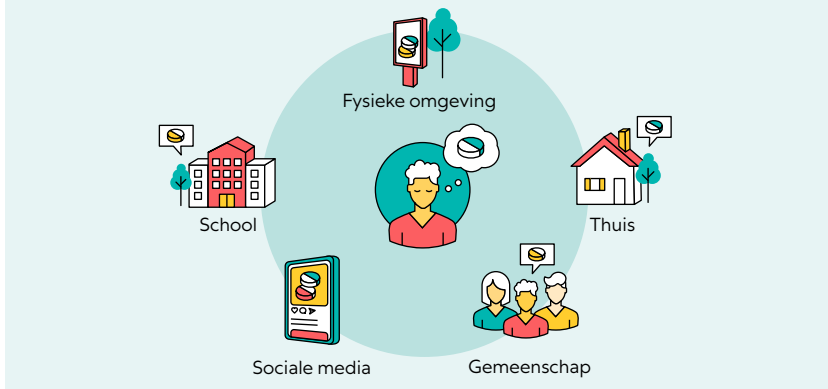
Drugspreventie wordt in verschillende settingen uitgevoerd, waarbij iedere setting te maken heeft met een eigen doelgroep. De belangrijkste settingen zijn: 1) in het gezin/de thuissituatie; 2) op scholen; 3) op het werk; 4) in de gemeenschap; 5) in de fysieke omgeving; 6) via (sociale) media. Daarbij is een belangrijke rol weggelegd voor lokale en regionale partijen, zoals preventieafdelingen van verslavingszorginstellingen en GGD'en. Drugspreventie is het meest effectief als er vanuit meerdere settingen op een bepaalde doelgroep wordt ingezet, als integrale aanpak. Hieronder geeft de staatscommissie toelichting op drugspreventie binnen enkele settingen. Dit overzicht is niet uitputtend, maar geeft een overzicht van de belangrijkste denkrichtingen voor drugspreventie.

⁴⁸ VZInfo.nl, "Wat is preventie?" (zonder datum).

⁴⁹ Marcel Dijkgraaf et al., "Cost utility analysis of co-prescribed heroin compared with methadone maintenance treatment in heroin addicts in two randomised trials", *BMJ* (2005).

Figuur 24

Een integrale preventieaanpak is het meest effectief.



Preventie via ouders

Een effectieve manier om het eerste gebruik van MDMA bij jongeren uit te stellen, is het benaderen van de (sociale) omgeving. Hierbij wordt ingezet op bijvoorbeeld de schoolomgeving of ouders. Niet de jongeren zelf, maar juist de ouders krijgen voorlichting over de risico's van het gebruik, over het signaleren van gebruik en gespreksvoering. Doel van deze vorm van preventie is ouders en opvoeders te stimuleren met hun kind in gesprek te gaan over bijvoorbeeld MDMA en daarmee het gebruik ervan uit te stellen of te voorkomen.

Dergelijke interventies worden aangeboden in de vorm van voorlichtingsbijeenkomsten voor ouders (bijvoorbeeld via school), websites en socialemediakanalen voor ouders, podcasts en trainingen via de preventieafdelingen van regionale verslavingszorginstellingen.

Preventie in het onderwijs

Een belangrijk voordeel van preventie op school is dat het mogelijkheden biedt om veel kinderen tegelijk te bereiken. Effectieve schoolinterventies bestaan uit meerdere componenten, zoals lesprogramma's voor leerlingen, ouderavonden, deskundigheidsbevordering voor docenten en een helder schoolbeleid rond risicogedrag en gezond gedrag. Tot slot kan een schoolinterventie ook de fysieke omgeving en het schoolklimaat positief beïnvloeden, wat een positieve uitwerking heeft op het gedrag en daardoor kan leiden tot minder drugsgebruik.

Wat veel scholen succesvol doen, is universele preventie richten op de beschermende factoren en risicofactoren die de kans op drugsgebruik (en ander risicogedrag) beïnvloeden. Zo weten we dat problemen met emotieregulatie en perceptie, gebrek aan gezondheidsonderwijs en gebrek aan naschoolse activiteiten de kans op problematisch drugsgebruik vergroten. Veel scholen kiezen daarom voor universele preventie gericht op de ontwikkeling van sociaal-emotionele vaardigheden. Daarmee wordt de kans op risicogedragingen zoals drugsgebruik kleiner. In Nederland is *Helder op School* één van de meest ingezette schoolinterventies voor preventie van tabaks-, alcohol- en drugsgebruik. In de *Richtlijnen verslavingspreventie* binnen het onderwijs is per leeftijd en schooltype opgenomen welke preventieve interventies er bestaan en welke beter vermeden kunnen worden.

Preventie in de residentiële en justitiële jeugdzorg

Een andere belangrijke doelgroep voor preventie zijn jongeren in de residentiële en justitiële jeugdzorg. We weten dat jongeren in de residentiële jeugdzorg (jongeren in tehuizen of instellingen) vaker te maken hebben met risicofactoren die de kans op drugsgebruik groter maken. Uit een onderzoek naar middelengebruik onder kwetsbare jongeren blijkt ook dat zij vaker ervaring met MDMA hebben dan hun leeftijdsgenoten.⁵⁰ Preventie in deze setting heeft vaak betrekking op beleidsontwikkeling en ondersteuning van de professionals in het signaleren van en omgaan met drugsgebruik door jongeren in de zorg.

Preventie via campagnes

Landelijke preventiecampagnes hebben een groot bereik. Ze worden ingezet om een norm te stellen of om beleidsmaatregelen te ondersteunen. Dergelijke campagnes zijn vooral effectief wanneer de boodschap voor de meerderheid van de ontvangers relevant is. Voorbeelden zijn de campagnes BOB en NIX18. Beide campagnes hebben het doel om een sociale norm te stellen en alcoholbeleid te ondersteunen: een nul-norm voor bestuurders en minderjarigen. Beide campagnes richten zich (deels) op de sociale omgeving van de einddoelgroep. De thema's alcoholgebruik in het verkeer en door minderjarigen zijn geschikt om landelijk onder de aandacht te brengen, omdat bijna 80 procent van de volwassen Nederlandse bevolking in het afgelopen jaar alcohol dronk.⁵¹

Voor ecstasy geldt dat meer dan 90 procent van de volwassen bevolking er nooit mee in aanraking is geweest en er geen interesse in heeft. Een universele campagne gericht op het verminderen van MDMA-gebruik bereikt dus voornamelijk mensen die geen ervaring hebben met of interesse in het gebruik van MDMA. Op basis van de wetenschappelijke inzichten over gedragsverandering kunnen we verwachten dat een dergelijke campagne niet zal leiden tot minder gebruik van MDMA.⁵² Er kan mogelijk wel effectief worden gesorteerd met een doelgroepgerichte campagne met handelingsperspectief, bijvoorbeeld voor ouders van uitgaande jongeren of festivalgangers.

Een landelijke campagne gericht op het voorkomen van drugsgebruik kan wel schadelijke effecten hebben, zoals stigmatisering, beperking van de toegang tot zorg, polarisering en mogelijk zelfs het creëren van een gevoel van onveiligheid.⁵³ In dit licht vindt de staatscommissie het dan ook zorgelijk dat de Tweede Kamer op 13 februari 2024 heeft ingestemd met een motie om een landelijke campagne uit te rollen 'waarin drugsgebruikers worden geconfronteerd met de gevolgen van drugsgebruik voor de samenleving'.

/// Beleid dat niet op wetenschap gebaseerd is, kan contraproductief werken en de schade voor gezondheid en samenleving vergroten. Daarnaast kan wetenschappelijk ongeïnformeerd beleid het gezag van de overheid schaden.

⁵⁰ Marjan Möhle et al., *Preventie en gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere middelen in de residentiële jeugdzorg* (2021).

⁵¹ Nationale Drug Monitor, "11.2 Gebruik: volwassenen", *NDM* (2024)

⁵² Martha de Jonge et al., "Drugsvoorlichting in de klas: een slecht idee", *Tijdschrift Verslaving & Herstel* (2023).

⁵³ Edwin Kruisbergen et al., "Voorkomen is beter dan genezen..., toch? Over goed bedoelde maar potentieel schadelijke vormen van preventie van ondermijning", *Tijdschrift voor Veiligheid* (2023).

/// Het gebruik in Nederland ligt hoog. Niettemin lijkt het Nederlandse (preventie) beleid ook successen te boeken: het gebruik per persoon en de hoeveelheid gebruikte ecstasy per gelegenheid is relatief laag en ook het aantal ecstasy-gerelateerde doden is tot nu toe ook relatief laag (in vergelijking met bijvoorbeeld het Verenigd Koninkrijk of Duitsland).

Een belangrijk onderdeel van het drugspreventiebeleid is het bieden van informatie over de risico's van drugsgebruik. Preventieafdelingen van regionale verslavingszorginstellingen en het Trimbos-instituut hebben een officiële rol vanuit de overheid om aan gebruikers van MDMA en hun sociale omgeving voorlichting te bieden over de risico's. De doelgroep voor deze vorm van preventie zijn gebruikers van MDMA en mensen die serieus overwegen om weer eens MDMA te gaan gebruiken. Voorbeelden van schadebeperkende gebruikersinformatie rond MDMA zijn informatie over de dosering, informatie over het belang van afkoelen en informatie over het drinken van water.^{54, 55}

Figuur 25

Voorbeelden van schadebeperkende informatie rondom ecstasygebruik.



Dosering



Testen



Belang
van afkoelen



Voldoende maar niet
te veel water drinken

Door het verspreiden van deze informatie wordt een deel van de potentiële gezondheidsincidenten voorkomen. Het betreft hier selectieve preventie, die specifiek gericht is op mensen die drugs gebruiken of dit van plan zijn. Het doel is om alle informatie te bieden die zij nodig hebben om een afgewogen besluit te nemen over het al dan niet gebruiken van MDMA en om gezondheidsincidenten door drugsgebruik te voorkomen. Alhoewel relatief veel Nederlanders ecstasy gebruiken, lijken Nederlandse gebruikers wel minder risicovol ecstasy te gebruiken ten opzichte van bijvoorbeeld gebruikers in het Verenigd Koninkrijk en Duitsland.^{56, 57} Het Nederlandse preventiebeleid kan hieraan ten grondslag liggen.

Een veelgehoorde misvatting is dat het bieden van voorlichting over de risico's van drugs ook zou leiden tot minder gebruik van drugs. Dit is niet het geval. Internationaal wetenschappelijke literatuur laat zien dat het geven van voorlichting over drugs en de risico's van drugs, aan jongeren die daar geen ervaring mee

⁵⁴ Drugs en Uitgaan, "Beperk de risico's van XTC", drugsenuitgaan.nl (z.d.).

⁵⁵ Unity, "MDMA / XTC", unity.nl (z.d.).

⁵⁶ Ruben van Beek et al., "Polydrug Use Typologies of Regular Ecstasy Users Visiting Electronic Dance Music Events: A Latent Class Analysis", *European Addiction Research* (2023).

⁵⁷ Tessa-Virginia Hannemann et al., "Consumption Patterns of Nightlife Attendees in Munich", *Substance Use & Misuse* (2017).

hebben en er ook geen interesse in tonen, niet leidt tot minder drugsgebruik. Wel kunnen dergelijke interventies juist leiden tot meer interesse en dus een grotere kans op (beginnend) drugsgebruik.^{58, 59}

D.A.R.E. – Hoe het niet moet

In de Verenigde Staten werd in 1983 D.A.R.E. gelanceerd, wat staat voor Drug Abuse Resistance Education. Kern was dat politieagenten in het basis- en middelbaar onderwijs voorlichting gaven over de risico's van drugs (ook alcohol) en gangcriminaliteit. Het programma behelsde zeventien sessies waarbij kinderen ook merchandise kregen, zoals T-shirts en andere kleding met het D.A.R.E.-logo. Scholieren moesten zo weerbaarder worden tegen groepsdruk om drugs te gebruiken of bij een jeugdbende te gaan. Rond het midden van de jaren 90 was het programma op zo'n driekwart van alle Amerikaanse scholen uitgerold. Het programma was niet onomstreden. Agenten namen in beslag genomen sportauto's mee van dealers om te laten zien dat een carrière in de criminaliteit niet loonde, maar maakten daarbij juist reclame voor de glamoureuze kant van het dealerbestaan. Daarnaast betrof de voorlichting een populatie kinderen die voor het grootste deel niks wist van drugs, maar nu werd gewezen op het bestaan ervan. Dit leidde tot meer interesse en in sommige gevallen tot gebruik.⁶⁰

Gezien de hoge kosten van het programma (geschat op 750 miljoen dollar) besloot de Amerikaanse Rekenkamer, het *Government Accountability Office* (GAO), in 2003 een grootschalige evaluatie uit te voeren, waarbij werd gekeken naar de effecten vijf en tien jaar na de laatste interventie. Daaruit bleek dat scholieren op scholen met D.A.R.E. niet significant minder illegale drugs waren gaan gebruiken dan de controlegroep. Wat er wel aan positieve gedragsverandering werd bereikt, was na een jaar verdwenen.⁶¹ Ook uit andere studies bleek dat het programma ineffectief was.^{62, 63}

Ook op het gebied van voorlichting over drugs in het kader van drugspreventie nemen veiligheidspartijen steeds vaker een rol op zich. Denk daarbij aan de wijkagent voor de klas, of projecten vanuit de Regionale Informatie- en Expertise Centra (RIEC's). Criminaliteitspreventie en drugsvoorlichting worden regelmatig binnen één project of bijeenkomst behandeld.

⁵⁸ Martha de Jonge et al., "Drugsvoorlichting in de klas: een slecht idee", *Tijdschrift Verslaving & Herstel* (2023).

⁵⁹ VN-Bureau voor Drugs en Criminaliteit, *International Standards on Drug Use Prevention* (2019).

⁶⁰ Dennis Rosenbaum et al., *Assessing the Effects of School-Based Drug Education: A Six-Year Multi-Level Analysis of Project D.A.R.E.* (1998).

⁶¹ Marjorie Kanof, *Youth Illicit Drug Use Prevention: DARE Long-Term Evaluations and Federal Efforts to Identify Effective Programs* (2003).

⁶² Susan Ennett et al., "Long-term evaluation of drug abuse resistance education", *Addictive Behaviors* (1994).

⁶³ Richard Clayton et al., "The Effectiveness of Drug Abuse Resistance Education (Project DARE): 5-Year Follow-Up Results", *Preventive Medicine* (1996).

/// Drugsvoorlichting blijft noodzakelijk, maar moet doelgroepgericht gebeuren en gericht zijn op specifieke risico's en daarop gerichte preventieve maatregelen. Algemene publiekscampagnes hierover zijn niet raadzaam, omdat ze zowel normaliserend als stigmatiserend kunnen werken.

Preventie van verslaving

Relatief onbekend onder gebruikers van drugs is het aanbod dat voorafgaat aan 'verslavingszorg'. Preventieafdelingen van regionale verslavingszorginstellingen bieden een laagdrempelig aanbod voor mensen die zich zorgen maken over hun eigen gebruik van middelen, of die daar vragen over hebben. Er worden adviesgesprekken aangeboden en online zelftesten waarbij zij beter zicht krijgen op hun eigen gebruik en hoe dit te verminderen. Ook bestaat vanuit het Trimbos-instituut de Drugsinfolijn, met hetzelfde doel: om voorlichting en advies te bieden. Indien nodig wordt een doorverwijzing naar meer gerichte zorg of de verslavingskliniek afgegeven.

Is preventie effectief?

Bij het beantwoorden van deze vraag dringt zich een belangrijk probleem op: er is alleen bekend wat er gebeurd is, niet wat er is voorkómen. In de data van het Trimbos-instituut is te zien wat de prevalentie van het gebruik is en hoeveel incidenten er zijn geweest, maar deze gegevens zijn niet te vergelijken met een controlegroep die een ander drugsbeleid heeft ervaren. Het is bijvoorbeeld niet bekend wie een ecstasypil heeft geweigerd, of daarmee ook een incident is voorkomen en of dit komt door preventie-inspanningen.

In de laatste evaluatie van het Nederlandse drugsbeleid uit 2009 wordt de vraag gesteld in welke mate beleid het drugsgebruik heeft beïnvloed, en of het überhaupt wel beïnvloedbaar is. Uit die evaluatie blijkt dat preventieactiviteiten wél bijdragen aan de risicobeheersing maar 'hooguit bescheiden effecten hebben op drugsgebruik zelf'.⁶⁴

Sinds 2009 is het drugspreventiebeleid in Nederland geprofessionaliseerd en wordt er zoveel mogelijk ingezet op bewezen effectieve interventies. Toch blijft het lastig om de effectiviteit van beleid in haar totaliteit te onderzoeken. Beter is het om de effecten van een specifieke interventie of maatregel op een specifieke gedraging van een specifieke doelgroep te onderzoeken. Daarbij komt dat de meeste financiering voor preventie lijkt te gaan naar ontwikkeling van nieuwe interventies, en er weinig tot geen financiering wordt vrijgemaakt voor implementatieonderzoek of effectonderzoek naar bestaande beleidsmaatregelen of effectieve interventies.

/// Het onderzoeken van de effecten van het drugspreventiebeleid is mogelijk, mits aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan. Dit omvat onder meer het definiëren van specifieke doelstellingen en doelgroepen voor het preventiebeleid en het waarborgen van voldoende financiële middelen voor het verrichten van implementatie- en effectonderzoek.

⁶⁴ Margriet van Laar et al., *Evaluatie van het Nederlandse drugsbeleid* (2009) 386.

Harm reduction

Trede 5: Harm reduction

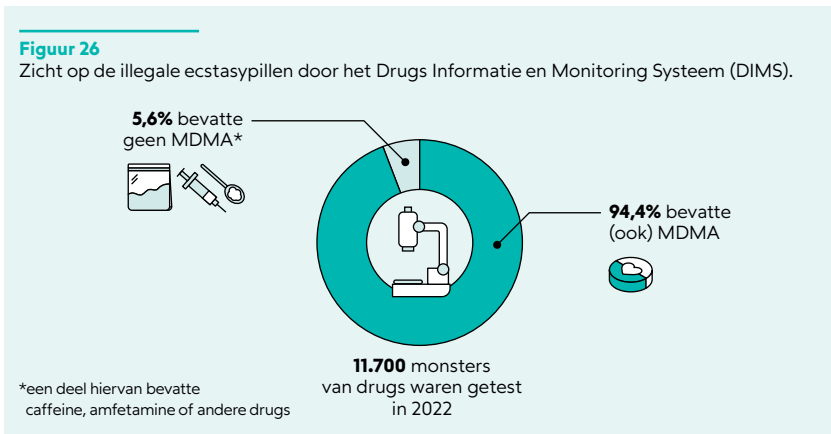
Harm reduction heeft als doel om de sociale en gezondheidsproblemen die het gevolg kunnen zijn van middelengebruik zo klein mogelijk te houden, zonder het middelengebruik op zich direct te ontmoedigen. Hierbij draait het om het zoveel mogelijk beperken van de schade als iemand toch besluit om te gebruiken.

Gebruikers van MDMA hebben niet vaak te maken met klassieke vormen van harm reduction, zoals gebruikersruimten of spuitomruil. Voor hen zijn andere vormen van schadebeperkende maatregelen relevanter. De belangrijkste doelgroep voor deze interventies is de groep uitgaanders in de leeftijd van 20 tot 30 jaar, omdat het gebruik van MDMA binnen deze leeftijdsgroep het hoogst is. Zichtbaar zijn vooral de interventies die zich richten op het voorkomen van gezondheidsproblemen als gevolg van gebruik.

Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS)

Een belangrijk instrument is het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). Dit is een landelijk netwerk van testlocaties met als doel inzicht te krijgen in de markt van illegale drugs. In Nederland zijn 32 testpunten waar mensen anoniem hun pillen (en andere drugs) kunnen laten testen.

In 2022 werden bijna 18.000 monsters bij de testpunten ingeleverd. 65 procent van deze monsters was verkocht als ecstasy. Hiervan bleek 94,4 procent ook daadwerkelijk MDMA te bevatten. De overige 5,6 procent van de ingeleverde tabletten bevatte (ook) andere stoffen, zoals amfetamine of cafeïne. Soms zaten er in plaats van MDMA andere stoffen in, zoals 2C-B, 4-MMC, 3-CMC of 4-CMC.⁶⁵



Naast dat het DIMS leidt tot beter zicht op de illegale drugsmarkt en ook kan bijdragen aan kennis onder gebruikers over de risico's van drugsgebruik, biedt het systeem de mogelijkheid om extra risicovolle drugs snel te herkennen. Als dat gebeurt kan er een red alert worden afgekondigd, waarna er een waarschuwingscampagne start om gebruikers te waarschuwen voor deze drug. Zo werd in 2015 een red alert afgekondigd voor een zeer hoog gedoseerde pil met het logo van

⁶⁵ Nadia Hutten et al., *DIMS Jaarbericht 2022* (2023).

Amsterdam Dance Event die 300 milligram MDMA bevatte. Een jaar later was er een red alert voor een pil met het Supermanlogo met een hoge dosis PMMA, een stof waarbij het langer duurt voor een gebruiker een effect voelt. Het risico bestaat dat iemand dan meer gebruikt, wat kan resulteren in een overdosis.

/// Het DIMS-netwerk zorgt ervoor dat de ecstasymarkt in Nederland goed gemonitord wordt. Het biedt de mogelijkheid om gericht te waarschuwen voor drugs die extra risicovol blijken en het biedt een contactmoment met gebruikers waarin schadebeperkende informatie kan worden gegeven.

Hoe werkt testen?

Bij het testen van een ecstasy-pil schraapt een medewerker een klein beetje van de pil af en laat daar vervolgens een druppel van het Marquis-reagens op los. Verkleurt het schraapsel naar donkerblauw, dan betekent dat dat er MDMA in zit. Bij oranje is het speed, groen is 2C-B en heroïne paars. Tijdens het testen vindt ook een gesprek plaats over de risico's van gebruik en wordt er informatie verzameld over de context van het gebruik en over de plaats en prijs van aanschaf.

Een blauwe kleur zegt weliswaar dat er MDMA in een pil zit, maar niet hoeveel. Daarom wordt de pil ook gecheckt op vorm, afmeting en logo. Met die kenmerken raadplegen medewerkers het DIMS-archief om te zien of deze pil al elders is opgedoken, en zo ja, wat de samenstelling was. Blijkt de pil niet bekend (omdat het een nieuwe batch van een producent is), dan kan de eigenaar deze afstaan voor verder onderzoek. De gegevens van de pil worden daarna opgenomen in het DIMS-archief. De indiener kan op donderdag – dus vóór het weekend – bellen voor de testuitslag.

Harm reduction op festivals en evenementen

Een belangrijke schakel voor harm reduction vormen de organisaties achter evenementen en clubs. De meeste festivals hanteren een zerotolerancebeleid en hebben afspraken met de verstrekker van hun vergunning (meestal de gemeente) dat drugsgebruik niet getolereerd wordt. De invulling van een dergelijk beleid varieert per festival of evenement. Voorbeelden van maatregelen die genomen worden, zijn het gebruik van dropboxen of drugskluizen, fouilleren, controle met drugshonden of leeftijdscontrole.⁶⁶

Uit pragmatische overwegingen (vaak komt er toch in meer of mindere mate drugsgebruik voor op festivals) wordt er naast een zerotolerancebeleid ook ingezet op schadebeperkende maatregelen. De meeste gemeenten stellen dat, als verstrekker van de vergunning, ook als eis aan de organisatoren. Hierdoor worden evenementenorganisatoren een belangrijke schakel in het tegengaan van schade door druggebruik. Zo zijn er meerdere schadebeperkende maatregelen die ter plaatse ingezet kunnen worden. Voorbeelden van dergelijke maatregelen zijn de toegang tot getraind EHBO-personeel, beschikbaar stellen van gratis kraanwater en inrichting van chill-out ruimtes.⁶⁷ Deze maatregelen zijn in 1995 al in de notitie

⁶⁶ J. de Greeff et al., *Alcohol, drugs en tabak op evenementen: Leidraad voor gemeenten 3.0* (2019).

⁶⁷ J. de Greeff et al., *Alcohol, drugs en tabak op evenementen: Leidraad voor gemeenten* (2019).

Stadhuis en House opgenomen, waarmee gemeentes handvatten kregen om met de toen nog relatief nieuwe housecultuur om te gaan.

Sommige festivals en recreatieve evenementen maken ook gebruik van Unity: een initiatief waarbij ervaringsdeskundigen uit de doelgroep voorlichting over drugs geven. Omdat het hier om mensen uit dezelfde groep gaat, is de drempel om het gesprek aan te gaan lager. Vanuit een aantal feest- en festivalorganisatoren wordt middels het initiatief Celebrate Safe ook aan bevorderen van schadebeperkende maatregelen gedaan, in samenwerking met Unity.

De maatregelen die evenementen in samenwerking met de EHBO-aanbieders nemen, leiden tot een enorme afvang voor de reguliere ziekenhuiszorg (zie ook [hoofdstuk 2](#); de meeste intoxicaties worden op evenementen gemeld). Een persoon met een lichte of matige intoxicatie kan ter plaatse op het festivalterrein al geholpen worden en hoeft niet met de ambulance naar een ziekenhuis. De GHOR adviseert gemeenten, mede op basis van de landelijke Veldnorm Evenementenzorg (VNEZ), over de benodigde inzet van zowel kwantitatief als kwalitatief toereikende medische hulpverlening.⁶⁸

Harm reduction in de praktijk

Voor ecstasy worden in folders, online, door Unity en op de testlocaties de volgende harm reduction-maatregelen uitgedragen voor het beperken van de bijwerkingen en risico's. Daarbij wordt altijd de volgende boodschap uitgedragen: *Gebruik van MDMA is niet zonder risico's. Wil je geen risico lopen? Gebruik dan geen MDMA.*

- Laat je ecstasy testen zodat je weet wat je neemt.
- Dosen: Ga uit van een recreatieve dosis die ligt tussen 1 en 1,5 mg MDMA per kilo lichaamsgewicht per avond/nacht en maximaal één keer per twee à drie maanden.
- Zorg voor afkoeling en rust door af en toe even de dansvloer te verlaten en uit te rusten in de chill-out. Zo maak je de kans op oververhitting kleiner.
- Combineer ecstasy niet met alcohol of andere drugs.
- Drink regelmatig water maar drink niet te veel, ook al heb je dorst. Eén glas drinken per uur is al voldoende.
- Zorg voor herstel van je lichaam door gezond en goed te eten en te rusten.

Uitdagingen in het beleid: terugbrengen van de vraag en harm reduction

Volksgesondheid versus drugscriminaliteit

Het Nederlandse drugsbeleid ligt sinds een paar jaar onder een vergrootglas. Door onze status als productie- en exportland voor MDMA en speed én als doorvoerland voor cocaïne uit Zuid-Amerika, is er steeds meer aandacht voor de criminele uitwassen. Het is dus niet het beleid zelf dat is veranderd, maar de maatschappelijke context waarbinnen datzelfde beleid wordt uitgevoerd. Partijen in het veiligheidsdomein die zich bezighouden met criminaliteitspreventie, maken

⁶⁸ Marieke Cottaar et al., *Veldnorm Evenementenzorg* (2019).

steeds vaker een zijstap naar drugspreventie of voorlichting over drugs. Ondanks de wetenschappelijke consensus over de zin en onzin van grote publiekscampagnes, is in recente jaren een discussie op gang gekomen om juist wél dergelijke campagnes op te zetten. Daarbij gaat het niet om het tegengaan van mogelijke gezondheidsschade onder gebruikers, maar om de rol die gebruikers spelen bij het in stand houden van een crimineel systeem dat steeds vaker doordringt in de bovenwereld.

Deze ontwikkeling werd in gang gezet toen de toenmalig korpschef Erik Akerboom in 2018 sprak van “cocaine yogi’s” (vertaald in de pers als ‘yogasnuivers’). Hij bedoelde daarmee een gebruiker die door de week een verantwoord en gezond leven leidt, en in het weekend MDMA (of cocaïne) neemt.⁶⁹ Dit leidde tot een discussie over het primaat van preventie, waarbij er vanuit organisaties en instellingen die op het eerste gezicht niks met verslavingszorg te maken hebben, campagnes werden opgezet om gebruik in te dammen met een moreel appel op de gebruiker.

/// Als gevolg van de veranderende maatschappelijke context van drugsbeleid worden er met enige regelmaat drugspreventie-initiatieven uitgerold vanuit partijen in de veiligheidshoek. Dergelijke initiatieven maken niet altijd gebruik van de wetenschappelijke inzichten en kwaliteitsstandaarden rond drugspreventie die bekend zijn onder gedragswetenschappers en preventieprofessionals uit de gezondheidshoek.

In 2022 lanceerde de politie de game xtcwatjijnietsiet.nl. Het persbericht hierover: “Gebruikers staan niet stil bij de schade die een in hun ogen ‘onschuldig’ pilletje kan aanrichten.” Door middel van het spel wilde de politie de doelgroep stimuleren “om over ecstasy te praten met vrienden, vriendinnen, ouders en leraren.”⁷⁰ De doelgroep betrof kinderen vanaf groep 8, die middels de figuurtjes Molly en Pipa bewust werden gemaakt van de gewelddadige wereld achter ecstasy. De game werd na kritiek van preventie-experts over de ongerichte aanpak en veel te jonge doelgroep offline gehaald. De politie gaf als reden hiervoor dat er “nieuwe inzichten van onderzoekers” waren.⁷¹ Deze inzichten waren echter al geruime tijd gemeengoed bij verslavingsinstellingen, GGD’en en het Trimbos-instituut.

In 2023 lanceerde de gemeente Rotterdam in samenwerking met een reclamebureau een postercampagne in bushokjes met spreuken als “aan jouw pil kleeft bloed” en “jouw lijntje, zijn liquidatie”. Een probleem met een dergelijke campagne is dat deze niet voldoende is gericht. De meeste gebruikers zullen zich niet aangesproken voelen. Daarnaast is er geen handelingsperspectief voor mensen die zich wél aangesproken voelen.⁷² Ondanks waarschuwingen uit de verslavingsbranche zette de gemeente deze campagne toch door. De zeer begrijpelijke behoefte om ‘iets’ te doen tegen drugscriminaliteit lijkt hier in de plaats te komen van op wetenschap gebaseerd beleid.⁷³

⁶⁹ Ton den Boon, “yogasnuiver”, *Lexiton Taalbank* (2018).

⁷⁰ Politie, “Game om jeugd bewust te maken van XTC-wereld”, *politie.nl* (2022).

⁷¹ Peter Huting, Games over drugs die kinderen uit criminaliteit moeten houden: nuttig of weggegooid geld?”, *EenVandaag* (2023).

⁷² Kim Witte et al., “A meta-analysis of fear appeals”, *Health Education and Behavior* (2000).

⁷³ Martha de Jonge et al., “Drugsvoorlichting in de klas: een slecht idee”, *Tijdschrift Verslaving & Herstel* (2023).

Op landelijk niveau rezoneerde de Rotterdamse aanpak. Tijdens een debat over de nieuwe wetgeving inzake nieuwe psychoactieve stoffen (NPS) nam de Tweede Kamer een motie aan om een op Rotterdamse leest gestoelde campagne op landelijk niveau op te zetten. Voor de minister van Justitie en Veiligheid was het lastig om uit te leggen waarom een dergelijke campagne ineffectief is, en het onbegrip uit de Kamer hierover was groot.⁷⁴

In al dit soort situaties pleit de staatscommissie voor een wetenschappelijke toetsing van nieuwe preventieve initiatieven en een zorgvuldige afweging van kosten, baten en eventuele negatieve gevolgen. Een dergelijk toetsing wordt bij voorkeur uitgevoerd door onafhankelijke expertisecentra, zoals het Trimbos-instituut en het RIVM.

Normalisering van drugsgebruik

Verbonden aan het moreel appel op gebruikers speelt de discussie rondom de vermeende normalisering van drugsgebruik. Vanuit verschillende maatschappelijke organisaties zijn signalen opgevangen dat drugs door sommige groepen jongeren als iets 'normaals' worden gezien. Vooral in de media zijn geregeld berichten te lezen waarvan de strekking steevast is dat drugs zoals MDMA 'erbij horen'. Het is vaak onduidelijk wat er in dergelijke berichtgeving met normalisering wordt bedoeld. Soms draait het om openlijk gebruik, bijvoorbeeld in kroegen of op huisfeesten, in andere gevallen wordt de openheid bedoeld waarmee men over (eigen) drugsgebruik praat. Sommige artikelen bedoelen met normalisering dat 'steeds meer' jongvolwassenen ervaring hebben met gebruik van drugs.

/// De debatten over de 'normalisering' van drugsgebruik zaaien verwarring over de daadwerkelijke prevalentie van ecstasygebruik: in werkelijkheid maakt slechts een fractie van de Nederlandse bevolking gebruik van ecstasy. Deze discussies bemoeilijken de ondersteuning van groepen waar aanzienlijk risicovol gebruik voorkomt. Verder kan het gesprek over normalisering het gebruik stimuleren, door ten onrechte de indruk te wekken dat drugsgebruik reeds algemeen aanvaard is.

Wetenschappelijk gezien heeft normalisering betrekking op meerdere dimensies, te weten: de beschikbaarheid en toegankelijkheid van drugs; de prevalentie van gebruik (ooitgebruik én laatstejaargebruik); sociale normen rond het gebruik van drugs en de maatschappelijke acceptatie van drugsgebruik. Zoals uitgelegd in een recente blog van het Trimbos-instituut, wordt in onze samenleving als geheel niet aan deze dimensies voldaan.⁷⁵ De meeste mensen in onze samenleving hebben nog nooit ecstasy gebruikt en weten niet hoe ze eraan moeten komen. De meeste mensen vinden het ook niet normaal als zij iemand in hun buurt drugs zien gebruiken.

Onder jongeren ligt het gebruik van ecstasy hoger, maar ook daar is te zien dat gebruik van ecstasy vooral sociaal geaccepteerd wordt door jongeren die het zelf ook gebruiken. Onderzoek uit het regionale project SKIP naar normalisering in Oost-Brabant laat bijvoorbeeld zien dat mensen die niet gebruiken vaak negatief staan ten opzichte van middelengebruik en gebruik niet normaal vinden.⁷⁶ Ook data uit Het Grote Uitgaansonderzoek lieten een directe relatie zien tussen het

⁷⁴ Tweede Kamer, 27e plenaire vergadering (2023).

⁷⁵ Desirée Spronk, "Wees voorzichtig met zeggen dat drugsgebruik normaal is", *Trimbos.nl* (2023).

⁷⁶ Regioproject SKIP, *Determinanten en normalisering van drugsgebruik* (z.d.).

hebben van vrienden die ecstasygebruik geaccepteerd vinden en de eigen ervaring met ecstasy. Acceptatie van gebruik lijkt dus vooral plaats te vinden binnen bepaalde groepen en contexten, en is daardoor relatief.

De discussie over ‘normalisering’ kan paradoxaal genoeg leiden tot méér gebruik. Als het in de berichtgeving lijkt dat drugs reeds genormaliseerd zijn, zal de drempel voor een nooit-gebruiker om alsnog te gaan gebruiken lager zijn. De suggestie is immers dat de maatschappelijke norm rondom drugs reeds is dat gebruik ‘normaal’ is.⁷⁷

De staatscommissie is van mening dat de term ‘normalisering’ verwarrend is, vaak ten onrechte wordt gebruikt en zelfs aanleiding kan geven tot een *toename* van het aantal gebruikers.⁷⁸ Zij adviseert preventiewerkers en overheidsinstanties voorzichtig te zijn met het gebruik van de term ‘normalisering’ en de daaraan verbonden verklaringsmodellen. Een alternatief woord zou ‘sociale acceptatie’ kunnen zijn, omdat dit woord minder de implicatie draagt van standaardisatie van drugsgebruik en meer ruimte biedt voor nuance en context in de discussie over drugs en het beleid daaromtrent.

Noodzaak landelijke strategie op drugspreventie

Een ander probleem dat vanuit de hulpverlening aan de staatscommissie is meegegeven, is de wisselende kwaliteit van het preventieaanbod. Op Europees en internationaal niveau wordt gewerkt met kwaliteitsstandaarden voor drugspreventie. Deze kwaliteitsstandaarden vormen de basis voor een wetenschappelijk onderbouwd drugspreventiebeleid. In Nederland werken de samenwerkende verslavingszorginstellingen hieraan via het basispakket verslavingspreventie, dat bestaat uit een samenhangend pakket van zoveel mogelijk bewezen effectieve interventies. Ook wordt gewerkt aan de implementatie van deze kwaliteitsstandaarden door de uitrol van een landelijke basistraining middelenpreventie als standaardopleiding voor preventiewerkers. Voor scholen en gemeenten is ondersteuning beschikbaar voor de uitrol van een effectief preventiebeleid, zoals een Modelplan Lokaal Drugsbeleid en de Richtlijnen Verslavingspreventie in het onderwijs.^{79,80}

/// Het ontbreekt aan een landelijke, wetenschappelijk onderbouwde visie op drugspreventie. Als gevolg bestaat het interventieaanbod in Nederland uit een mengsel van effectieve, niet-effectieve en zelfs schadelijke interventies. Aanbieders variëren van verslavingszorginstellingen tot commerciële marketingbureaus. Het preventieaanbod is versnipperd en niet altijd even eenduidig.

GGD'en en verslavingszorginstellingen kiezen dus steeds meer voor uniform werken en wetenschappelijk onderbouwde interventies. De uitvoering is echter aan de gemeenten, via de Wet publieke gezondheid. Middelengebruik varieert immers per gemeente; op de ene plek kan GHB een probleem zijn, terwijl het elders om amfetamine (speed) kan gaan. Gemeenten weten daardoor het beste wat zij nodig hebben op het gebied van drugspreventie.

⁷⁷ Desirée Spronk, "Wees voorzichtig met zeggen dat drugsgebruik normaal is", *Trimbos.nl* (2023).

⁷⁸ Lisa Williams, "Muddy waters?: Reassessing the dimensions of the normalisation thesis in twenty-first century Britain", *Drugs: Education, Prevention and Policy* (2016).

⁷⁹ Anneke van Wamel et al., *Modelplan lokaal drugspreventiebeleid* (2023).

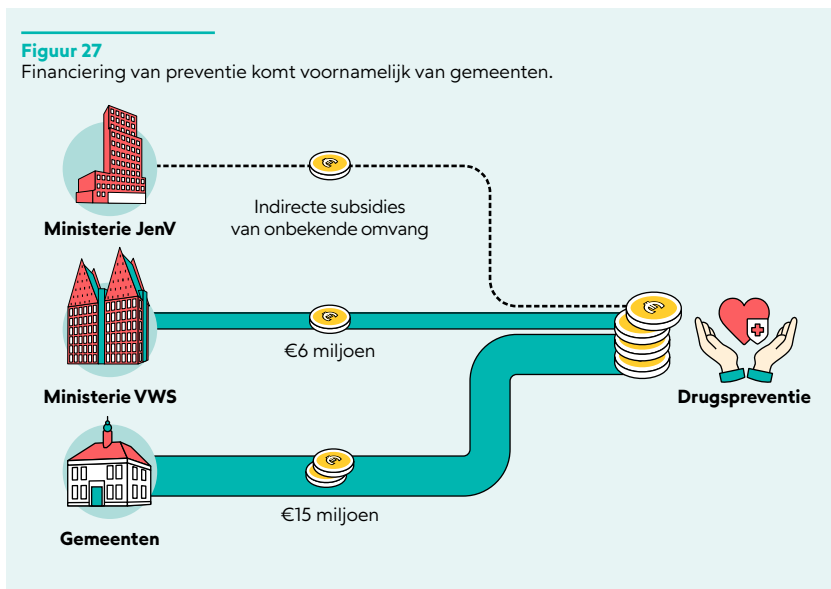
⁸⁰ Simone Onrust et al., *Richtlijnen verslavingspreventie binnen het onderwijs* (2021).

Een probleem is echter dat de kennis die er reeds ligt over middelengebruik en preventie niet altijd het lokale niveau bereikt. Er wordt niet altijd voor wetenschappelijk onderbouwde interventies of een integrale aanpak gekozen, want ook andere partijen buiten de GGD en verslavingszorg krijgen soms een rol in hun preventiebeleid. Zo kan er een wirwar van aanbieders en interventies ontstaan met zeer uiteenlopende wetenschappelijke onderbouwingen of bewijs van effectiviteit. Landelijke kaders, sturing of een visie op wetenschappelijk onderbouwde, effectieve preventie, ontbreken immers.

/// Het is de vraag of er voor gemeenten genoeg financiële middelen beschikbaar zijn voor preventie. Effectieve preventie is een zaak van de lange adem en vereist dan ook een structurele investering.

De financiering van preventie

Daarnaast speelt ook de financiering van preventie. Vaak blijft het een sluitpost, op projectmatige basis. De nadruk ligt vaak op de ontwikkeling van nieuwe interventies en er zijn relatief weinig financiële mogelijkheden om maatregelen en interventies te implementeren of te onderzoeken op effectiviteit. Dit ondanks het feit dat preventie juist een kosteneffectieve maatregel is. Het ministerie van VWS gaf in 2022 6,6 miljoen euro uit aan preventiemaatregelen voor drugs, op een totale begroting van 35 miljard euro.⁸¹ Het ministerie van JenV draagt financieel bij aan bepaalde projecten, zoals de Nationale Drug Monitor.⁸²



Aangezien preventie vanuit de Wet publieke gezondheid een gemeentelijke aangelegenheid is, zijn ook daar uitgaven aan preventie. Dit geld komt uit het Gemeentefonds en het varieert per gemeente wat deze uitgaven zijn (vaak speelt hier ook mee wat een lokale coalitie belangrijk vindt). Afhankelijk van de grootte

⁸¹ Minister van Financiën, "XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport" (2024).

⁸² Staatssecretaris van Volksgezondheid, "Voortgang aanpak drugspreventie" (2023).

zit er een verschil in de financiële middelen: een grotere gemeente kan één fte invullen voor middelenpreventie, terwijl een kleinere, minder kapitaalkrachtige gemeente daar geen mogelijkheden toe heeft. Veel gemeenten geven er dan ook de voorkeur aan om dit samen te doen met een verslavingszorginstelling, aangezien daar de meeste kennis zit. Op basis van een schatting van brancheorganisatie Verslavingskunde Nederland (VKN) wordt door de 342 Nederlandse gemeenten 15 miljoen euro aan preventieactiviteiten besteed. Dit bedrag is inclusief de preventie voor alcohol.⁸³

De ene gemeente kan dus investeren in een langdurige strategie om middelengebruik tegen te gaan, terwijl het voor een andere op z'n best slechts incidenteel gebeurt. Juist voor preventie is het zaak om beleid te maken voor de lange adem. Binnen een context waarin de vraag naar zorg blijft groeien terwijl het aanbod slinkt, is het inzetten op het voorkomen van gezondheidsschade een kostenefficiënte maatregel. De vraag is of deze mogelijkheid van preventie met de huidige (financiële) middelen genoeg wordt benut. De staatscommissie juicht dan ook het initiatief van de Nationale Rapporteur Verslavingen (NRV) toe om in de komende periode te komen tot een richtlijn voor verslavingspreventie.⁸⁴ In het bijzonder als deze richtlijn kan dienen als een instrument voor het versterken van de volksgezondheid en het verminderen van de sociale en economische lasten van verslaving.

/// Een doelgroep waarover grote zorgen bestaan, zijn buitenlandse bezoekers van evenementen in Nederland. Zij gebruiken op een meer risicovolle wijze MDMA, waarschijnlijk door slechtere voorlichting in hun moederland. Dit leidt tot incidenten die voorkomen hadden kunnen worden, en legt een extra last op het Nederlandse zorgsysteem.

Een punt van zorg vanuit zowel het werkveld als de evenementenbranche zijn de toeristen. Evenementen in Nederland zijn een internationale aangelegenheid, met niet alleen artiesten uit het buitenland, maar ook veel internationale bezoekers. Bij een onderzoek tijdens het Amsterdam Dance Event in 2016 bleek dat 51 procent van de opnames op de SEH buitenlandse bezoekers betrof.⁸⁵

Deze groep is minder goed op de hoogte van de risico's van MDMA en andere stoffen, en welke doseringen de minst mogelijke schade opleveren. De informatie vanuit Nederlandse verslavingsinstellingen komt niet of nauwelijks aan bij deze groep. Daar komt bij dat voor buitenlandse bezoekers de drempel hoog ligt om een EHBO te bezoeken. Niet iedereen is bekend met het Nederlandse beleid waarbij gebruik niet strafbaar is, in tegenstelling tot meer repressief beleid in het land van herkomst. De angst bestaat dat wie zich met gezondheidsklachten bij een EHBO of beveiliging meldt, vervolgens aan de politie wordt overgedragen. Hierdoor lopen buitenlandse bezoekers langer rond met klachten, waardoor de gezondheidsschade toeneemt. Een lichte intoxicatie die snel door de EHBO op een evenement was op te lossen, kan dan eindigen in een ambulancerit naar een ziekenhuis – of nog erger.

⁸³ Staatssecretaris van Volksgezondheid, "Voortgang aanpak drugspreventie" (2023).

⁸⁴ Nationaal Rapporteur Verslavingen, *Gokken met Gezondheid: Advies over online kansspelen* (2024).

⁸⁵ Femke Gresnigt et al., "Recreational Drug Use During the Amsterdam Dance Event", *Substance Use: Research and Treatment* (2022).

3b Criminaliteit

Constateringen

De staatscommissie constateert het volgende:



/// **De minister van VWS deelt zijn verantwoordelijkheid voor het drugsbeleid met de minister van Justitie en Veiligheid (JenV).** Het justitionele domein richt zich op de handhaving van de Opiumwet, die het bezit, de productie en handel verbiedt. In de praktijk wordt er vrijwel alleen gehandhaafd op productie, handel en het bezit van hoeveelheden drugs die duiden op handel.

/// **De huidige handhavingsstrategie van opsporing en vervolging van productie en handel, en het 'gedogen' van bezit in gebruikershoeveelheden past in de Nederlandse cultuur en voldoet redelijk.** Politie en justitie zijn echter in toenemende mate bezig met het bestrijden van symptomen van drugsproductie en -handel, zoals zichtbaar geweld en drugsafvallozingen. Hierdoor blijft er minder capaciteit over om de wortel van deze problemen – de productie zelf – aan te pakken.



/// **De productie en handel zijn ingebed in criminele samenwerkingsverbanden.** De ontwikkeling van dit crimineel circuit is verweven met parallelle sociaal-economische ontwikkelingen, bijvoorbeeld het leefklimaat in achterstandswijken.



/// **Jongeren zijn extra kwetsbaar voor rekrutering door criminele samenwerkingsverbanden.** Dit begint vaak op jonge leeftijd en houdt mede verband met sociaal-economische status. De aandacht van justitie richt zich primair op de door deze jongeren gepleegde drugsdelicten en niet op vormen van criminele uitbuiting⁸⁶ waar deze jongeren het slachtoffer van kunnen zijn.

/// **Het legaliseren of reguleren van MDMA lijkt geen invloed te zullen hebben op de ecstasyproductie.** Slechts de binnenlandse handel (volgens schattingen maximaal 10 procent van de totale productie en handel in Nederland) kan erdoor afnemen, al is dat de vraag. Het illegale product is op dit moment immers meestal zuiver, betrouwbaar en goedkoop. Het legale aanbod zou met dat illegale aanbod moeten kunnen concurreren, aangezien het illegale aanbod niet verdwijnt zolang Nederland een productie- en exportland blijft.

⁸⁶ Criminele uitbuiting is een vorm van mensenhandel en strafbaar gesteld in artikel 273f van het Wetboek van Strafrecht.

De aanpak van het aanbod

Sinds de laatste drugsnota van 1995 is er aan de aanbodzijde veel veranderd. Inmiddels is de georganiseerde drugscriminaliteit een miljardenindustrie. Met deze explosieve groei zijn de financiële belangen van de criminaliteit meegegroeid. De grenzen van waartoe de georganiseerde misdaad bereid is te gaan in het verdedigen van hun belangen, zijn verder verlegd dan velen zich hadden kunnen voorstellen – al is er in bewustzijn daarover met de moorden op Derk Wiersum en Peter R. de Vries wel duidelijk verandering gekomen. Onderzoek van de Politieacademie uit 2018 leerde nog dat de omzet van in Nederland geproduceerde ecstasy ongeveer € 10,7 miljard bedroeg.⁸⁷ Volgens later onderzoek van *Denkwerk* in 2022 bedraagt de omzet van ecstasy echter ‘slechts’ tussen de 0,5 en 0,7 miljard en is de omzet in Nederland van bijvoorbeeld cocaïne vele malen hoger.⁸⁸

Wat de werkelijke waarde is van de ecstasyindustrie in Nederland blijft, kortom, giswerk. Het illegale karakter maakt het onmogelijk om een helder beeld te krijgen van de omvang en omzet. Dát het aanbod groot is, blijkt uit de straatprijs voor ecstasy. Bij een aanbod dat krimpt, stijgt normaliter de prijs, maar in het geval van ecstasy ligt de prijs in Nederland al jaren rond de 4 à 5 euro per pil. Dit betekent dat er qua beschikbaarheid nog geen grote verschuivingen zichtbaar zijn.

De Nederlandse ecstasyproductie bevoorraadt de complete thuismarkt. Deze industrie is echter vooral georiënteerd op de buitenlandse markt: naar schatting wordt 90 tot 99 procent van de in Nederland geproduceerde synthetische drugs geëxporteerd.^{89, 90} Dit betekent dat drugscriminaliteit niet is op te lossen door bijvoorbeeld regulering of legalisering van deze drugs in Nederland alleen, of door het aanspreken van Nederlandse gebruikers op hun drugsconsumptie.

Daarmee zit Nederland in een bijzondere en lastige positie: ondanks het relatief grote aantal gebruikers, is ons land een zeer kleine afzetmarkt voor lokale producenten. Tegelijkertijd is Nederland wél het grootste productieland van ecstasy. De productie van ecstasy in Europa concentreert zich volgens het EWDD in Nederland en België.⁹¹

De aanpak van het aanbod komt dan ook met enorme uitdagingen voor de overheid, het Openbaar Ministerie, de politie en ten slotte ook de rechterlijke macht. Alvorens hier dieper op in te gaan bespreekt de staatscommissie kort enkele aspecten van de Nederlandse productie en handel in ecstasy. Deze aspecten laten zien dat drugscriminaliteit een complex probleem is, dat op meerdere manieren doorwerkt in de samenleving.

Schade aan de omgeving van de gebruiker

Zoals beschreven in [hoofdstuk 2](#), brengt het gebruik van MDMA bepaalde risico's met zich mee voor de gezondheid van de gebruiker. Daarnaast kan het gebruik van drugs ook sociale schade veroorzaken: schade voor de (sociale) omgeving

⁸⁷ Politieacademie, "Meer xtc-export, dan hogere omzet", *politieacademie.nl* (2018).

⁸⁸ Barbara Baarsma et al., *Drugs de baas: Hoe Nederland zijn drugsprobleem onder controle kan krijgen* (2022) 20.

⁸⁹ Politieacademie, "Meer xtc-export, dan hogere omzet", *politieacademie.nl* (2018).

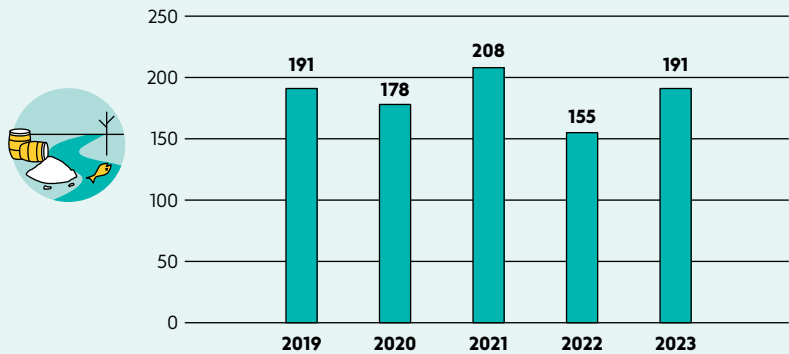
⁹⁰ Gjalt-Jorn Peters, "Nederland gebruikt veel minder XTC pillen dan geschat", *Gjalt-Jorn Peters' website* (2018).

⁹¹ EWDD, *European Drug Report 2023* (2023) 68.

van de gebruiker. Daarbij valt te denken aan naasten van mensen die afhankelijk zijn van drugs, of die problematisch gebruiken, maar ook aan schade aan de omgeving door het gedrag van mensen die onder invloed zijn. Concrete voorbeelden van schade aan de omgeving zijn: grensoverschrijdend gedrag tijdens het uitgaan, rijden onder invloed, agressie of vandalisme en verstooring van de openbare orde. Verschillende onderzoeken laten zien dat door de aard van de effecten van het middel dergelijke schade met betrekking tot ecstasy meevalt in vergelijking met andere drugs.⁹²

Figuur 28

Aantal aangetroffen drugsafvaldumpingen.



Milieuschade

Een geheel andere categorie van maatschappelijke schade betreft het dumpen van drugsafval door drugsproducenten in het milieu. Bij de productie van deze synthetische drugs komt veel chemisch afval vrij en dit drugsafval wordt door criminelen op verschillende manieren illegaal gedumpt, vooral in het buitengebied en in het oppervlaktewater.⁹³

Tussen 2001 en 2010 daalde het aantal aangetroffen synthetische-drugsafvaldumpingen in Nederland.⁹⁴ Daarna vond een sterke toename plaats: werden in 2010 landelijk 35 dumpingen geregistreerd, daar was in 2012 dit aantal verdubbeld en in 2014 stond de teller op 172 incidenten. Na een kleine afname in 2015 (n=161) zette de stijging in 2016 door tot 177 dumpingen.⁹⁵ In 2023, het meest recente jaar dat

⁹² Zie bijvoorbeeld: Jan van Amsterdam et al., "Ranking the harm of alcohol, tobacco and illicit drugs for the individual and the population", *European addiction research* (2010).

⁹³ Yvette Schoenmakers et al., "Drugsafval in Brabant", *Justitiële verkenningen* (2017).

⁹⁴ R. Neve, M. van Ooyen-Houben, J. Snippe en B. Bieleman, *Samenspannen tegen XTC. Eindevaluatie van de XTC-nota*, Groningen/Den Haag: IntraVal/WODC 2007, p. 79; KLPD, *Synthetische drugs en precursoren: criminaliteitsbeeldanalyse*, Woerden: Korps Landelijke Politiediensten - Dienst Nationale Recherche 2012, p. 83.

⁹⁵ Y. Schoenmakers, S. Mehlbaum, M. Everartz en C. Poelarents, *Elke dump is een plaats delict. Dumping en lozing van synthetisch drugsafval: verschijningsvormen en politieaanpak*, Apeldoorn: Politie & Wetenschap 2016, p.45; J. van Den Besselaar en M.van Grootel, *ERISSP meldingen. Synthetische drugs, precursoren, nieuwe psychoactieve stoffen 2014, 2015 en 2016. Meldingen omtrent productielocaties*,

er data beschikbaar zijn, telde de politie 191 dumpingen.⁹⁶ Deze recentere cijfers betreffen alle dumpingen van drugsproductie, dus MDMA, speed, meth en afval van de verwerking van heroïne en cocaïne. Waarschijnlijk is dit een behoorlijke onderschatting omdat niet alle ontdekte dumpingen worden gemeld bij de politie, en omdat meldingen niet eenduidig worden afgehandeld en geregistreerd.⁹⁷ Grondeigenaren en lokale overheden worden geconfronteerd met forse financiële schade om de aangetroffen afvalstromen op een veilige manier te verwijderen. Daarnaast leveren de illegale dumpingen direct gevaar op voor de volksgezondheid wanneer deze bijvoorbeeld in het oppervlaktewater terecht komen. Ook kunnen mensen en dieren verwond raken door direct contact met de chemische stoffen.

Effecten van productie en handel op leefklimaat

Een andere vorm van sociale en maatschappelijke schade die gepaard gaat met de productie van en handel in chemische drugs, waaronder MDMA, betreft het leefklimaat in de woonomgeving van mensen. Buiten de bebouwde kom, maar met name ook in bepaalde woonwijken, ontstaat een cultuur van weggijken en angst als drugscriminaliteit een bepalende factor wordt. Ook de fysieke veiligheid is in het geding; kijk bijvoorbeeld naar het grote aantal aanslagen met explosieven in het kader van criminele afrekeningen en intimidaties.

Fysieke schade als gevolg van de productie van synthetische drugs

Door ondeskundig handelen in laboratoria voor de productie van synthetische drugs vinden regelmatig ongevallen plaats, soms met dodelijke afloop. Zo vonden drie Rotterdammers in januari van dit jaar de dood als gevolg van een explosie die waarschijnlijk ontstond in een aldaar aanwezig drugslaboratorium.⁹⁸ Bij de productie van ecstasy zijn er meerdere chemische stoffen nodig in een mix die kan exploderen bij ondeskundig gebruik. Ook worden regelmatig mensen onwel door het vrijkomen van chemische stoffen als gevolg van ondeskundig handelen in een laboratorium. In extreme gevallen kan dit ook dodelijke gevolgen hebben.⁹⁹ Het gevaar voor omwonenden van een dergelijk illegaal laboratorium is navenant.

Criminele uitbuiting binnen productie en handel

Een laatste vorm van sociale schade in deze niet-uitputtende opsomming is die van criminele uitbuiting van jongeren, die geronseld worden voor werkzaamheden in de productie van en handel in drugs. In een onderzoek onder scholieren van het voortgezet onderwijs en het middelbaar beroepsonderwijs in Zeeland bleek dat ruim 4 procent van de scholieren wel eens te maken had gehad met criminele uitbuiting en dat bijna 11 procent wel eens was gevraagd iets te doen wat als criminele uitbuiting valt te definiëren.¹⁰⁰

opslaglocaties en dumplocaties, Politie Landelijk Eenheid/Dienst Landelijke Recherche 2017.

⁹⁶ Politie, "Nationaal overzicht drugslocaties 2023", politie.nl (1 mei 2024), 7-8.

⁹⁷ Y. Schoenmakers, S. Mehlbaum, M. Everartz en C. Poelarents, *Elke dump is een plaats delict. Dumping en lozing van synthetisch drugsafval: verschijningsvormen en politieaanpak*, Apeldoorn: Politie & Wetenschap 2016, p. 53-58.

⁹⁸ Zie voor berichtgeving hierover bijvoorbeeld: "Zo gevaarlijk is een drugsclub in een woonwijk: 'Grootschalige controle nodig'", NOS (2024).

⁹⁹ Zie voor berichtgeving hierover bijvoorbeeld: Sebastiaan Quekel et al., "Twee mannen dood bij drugsclub in Kaatsheuvel: woningen ontruimd vanwege explosiegevaar", *Brabants Dagblad* (2017).

¹⁰⁰ Ayten Üstüner-Tüfekci et al., *Criminele uitbuiting onder scholieren en studenten in Zeeland* (2022).

Ondermijning door druggerelateerde criminaliteit

Ten slotte wijst de staatscommissie op de ondermijnende gevolgen van drugsgereleerde criminaliteit, die inmiddels een behoorlijke vlucht hebben genomen door corruptie van legale systemen en structuren van onze maatschappij. Ondermijning betekent letterlijk het weggraven of aantasten van de ondergrond of fundamente, waardoor gebouwen of andere structuren in elkaar storten. Ondermijning in de context van georganiseerde misdaad, definieert de staatscommissie als volgt:

De ontwrichting van maatschappelijke structuren en fundamente en aantasting van de rechtsstaat, door verwevenheid van onderwereld en bovenwereld, als gevolg van of verbonden met georganiseerde criminaliteit.¹⁰¹

Ondermijning is dus niet hetzelfde als georganiseerde misdaad, maar één van de gevolgen ervan. Door de verweving van onderwereld en bovenwereld worden de fundamente van de samenleving aangetast. Legale bedrijven treden – bewust of onbewust – op als facilitator van criminele activiteiten en organisaties.¹⁰² Banken verstrekken rekeningen en leningen, makelaars zorgen voor huisvesting, koeriersbedrijven rijden drugs door heel Nederland rond en accountants, advocaten en notarissen zorgen voor de nodige juridische en wettelijke dekmantels. En de overheid verstrekt vergunningen, verzuimt te handhaven of geeft de economie prioriteit boven misdaadbestrijding. Een belangrijk kenmerk van georganiseerde misdaad is de bereidheid tot het toepassen van geweld en het compromitteren van de overheid en andere legale structuren van onze maatschappij.¹⁰³

De eerste manifestaties van het begrip ondermijning in de literatuur vinden we in het midden van de jaren 90 van de vorige eeuw. Men spreekt dan nog niet zozeer van ‘ondermijnende criminaliteit’, maar wel van de ondermijnende gevolgen van (meestal georganiseerde) misdaad. In de Engelstalige literatuur heeft men het meestal kortweg over ‘corruptie’ en heeft men vooral oog voor de effecten op het economisch verkeer. De Italiaanse econoom Paolo Pinotti liet in een uitvoerige studie voor het eerst gedetailleerd zien wat de precieze economische gevolgen zijn van georganiseerde misdaad.¹⁰⁴ De activiteiten van de mafia in twee Italiaanse regio’s die zijn onderzocht, laten een verlies van 16 procent op het bruto nationaal product zien vergeleken met twee controleregio’s waar de mafia minder actief is. Ook de Amerikaanse beleidsonderzoekers John McDowell en Gary Novis nemen het economisch perspectief als uitgangspunt voor hun bespreking van de gevolgen van witwassen als laatste schakel in de keten van georganiseerde misdaad.¹⁰⁵ Volgens hen is het legale financiële en bancaire systeem bijna altijd betrokken bij witwassen en alleen al daardoor lopen de gevestigde systemen het risico op aantasting van hun integriteit. Maar ook de legale private sector (met name het midden- en kleinbedrijf) wordt volgens McDowell en Novis aangetast door de activiteiten van criminele organisaties die hun criminele opbrengsten willen

¹⁰¹ Emile Kolthoff, "Ondermijning van het platteland", *Cahiers Politiestudies* (2021).

¹⁰² Emile Kolthoff et al., "Ondermijnende aspecten van georganiseerde criminaliteit en de rol van de bovenwereld", *Tijdschrift voor Criminologie* (2016).

¹⁰³ Maarten van Traa et al., *Inzake opsporing* (1996).

¹⁰⁴ Paolo Pinotti, "The economic consequences of organized crime: Evidence from Southern Italy", *The Economic Journal* (2015) 3.

¹⁰⁵ J. McDowell et al., "Consequences of Money Laundering and Financial Crime", *Economic Perspectives* (2001) 6-8.

witwassen. De daders gebruiken vaak dekmantelbedrijven (frontstores) voor hun activiteiten, wat weer gevolgen heeft voor het leefklimaat in wijken.

Zo wordt ondermijnende criminaliteit steeds meer en steeds openlijker in verband gebracht met of zelfs bijna synoniem verklaard aan georganiseerde misdaad. In de internationale literatuur blijft de nadruk liggen op grensoverschrijdende criminaliteit. Zo benadrukt het *United Nations Office on Drugs and Crime* dat transnationale georganiseerde misdaad – zoals mensenhandel, drugshandel, cybercrime en *witwassen* – de economische, sociale, culturele, politieke en democratische ontwikkeling van samenlevingen wereldwijd ondermijnt.¹⁰⁶

Ook in Nederland duikt het begrip ondermijning halverwege de jaren 90 van de vorige eeuw op. Dit gebeurde met name tijdens de parlementaire enquête opsporingsmethoden (de commissie-Van Traa), die plaatsvond naar aanleiding van de zogenaamde IRT-affaire, waarbij de politie was gefiltreerd in het criminele circuit en betrokken was geraakt bij de gecontroleerde doorlevering van drugs.¹⁰⁷ In 2008 verscheen het rapport van de parlementaire werkgroep Joldersma met de titel *Verwevenheid van de bovenwereld met de onderwereld*.¹⁰⁸ Hoewel het rapport zich uitsluitend baseert op resultaten van opsporingsonderzoek (en daarmee per definitie een deel van de werkelijkheid mist), biedt het toch belangrijke inzichten en aanknopingspunten. Waar de commissie-Van Traa in 1996 nog concludeerde dat legale sectoren in Nederland niet in de greep van de georganiseerde misdaad zijn en geen aanleiding zag om privileges van beroepsgroepen als notarissen en advocaten (zoals verschoningsrecht en geheimhouding) ter discussie te stellen, gaat de commissie-Joldersma ruim tien jaar later een stap verder. Zij stelt dat uit vervolgonderzoek en de Monitors Georganiseerde Criminaliteit blijkt dat steeds meer mensen uit de bovenwereld betrokken raken bij criminele activiteiten. Uit een onderzoek uit 2017 bleek dat veel disciplinaire onderzoeken tegen opsporingsambtenaren wegens banden met de georganiseerde misdaad te maken hadden met drugscriminaliteit.¹⁰⁹

De aanpak in de praktijk

De inspanningen van de politie en het Openbaar Ministerie richten zich bij de aanpak van drugscriminaliteit op de georganiseerde misdaad in het algemeen, die in Nederland voornamelijk – maar niet uitsluitend – drugsgerelateerd is. De opsporingsinstanties die hierbij betrokken zijn, betreffen vooral de gespecialiseerde recherche-eenheden in de tien regionale eenheden van de Nationale Politie en de Eenheid Landelijke Opsporing en Interventies. Daarnaast spelen organisaties als de Douane en een aantal landelijke inspectiediensten een belangrijke rol bij de opsporing van drugsdelicten. Verder zijn er de tien Regionale Informatie- en Expertisecentra (RIEC's) en het Landelijk Informatie- en Expertisecentrum (LIEC) die zich richten op de samenwerking bij de bestrijding van georganiseerde criminaliteit. Ze verbinden informatie, expertise en capaciteit van de verschillende overheidsinstanties. Daarnaast stimuleren en ondersteunen de RIEC's en het

¹⁰⁶ VN-Bureau voor Drugs en Criminaliteit, "Transnational organized crime: the globalized illegal economy", *unodc.org* (z.d.).

¹⁰⁷ Maarten van Traa et al., *Inzake opsporing* (1996).

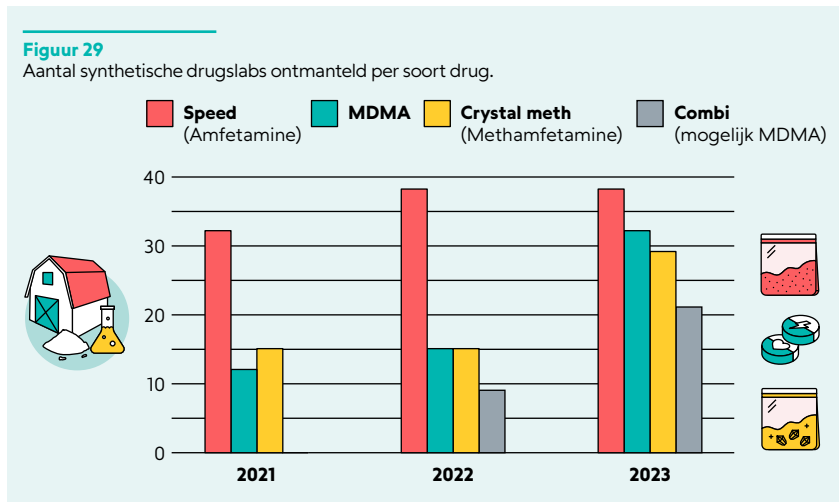
¹⁰⁸ C. Joldersma et al., *Verwevenheid van de bovenwereld met de onderwereld: Rapport van de parlementaire werkgroep verwevenheid onderwereld/bovenwereld* (2008) 8.

¹⁰⁹ Hans Nelen et al., *Schaduwten over de rechtshandhaving* (2017).

LIEC de publiek-private samenwerking bij de aanpak van ondermijning.

Na het verzamelen en veredelen van informatie, kunnen de RIEC's zogenaamde signaaldossiers aanbieden aan de lokale driehoek (het geïnstitutionaliseerde overleg tussen burgemeester, hoofdofficier van justitie en politiechef). Die besluit vervolgens welke aanpak het meest geëigend is, waarbij zowel strafrechtelijke als bestuurlijke interventies tot de mogelijkheden behoren.

De beleidsbeslissingen die halverwege de jaren 90 van de vorige eeuw zijn gemaakt met betrekking tot prioriteit voor de generale taakstelling (blauw op straat), zijn ten koste gegaan van allerlei specialismen bij de politie. Parallel daaraan is de actuele trend dat experts binnen de politie met pensioen gaan. Dit zorgt voor capaciteitsproblemen binnen de opsporing, wat voor het drugsdossier lastig is. De verwachting is dat het dal in 2026 is bereikt.



Bij de opsporing van drugsriminaliteit ligt de prioriteit op dit moment bij de productie van en handel in synthetische drugs. Er wordt gerechercheerd op synthetische drugs, waarbij niet bij voorbaat onderscheid wordt gemaakt in soorten drugs. Het aantal labs is in recente jaren toegenomen, en de veronderstelling is dat het werkelijke aantal nog hoger ligt. In 2023 werden er 32 MDMA-labs opgerold, terwijl dat er in 2021 nog 12 waren. Het totaal aantal productielocaties voor synthetische drugs, is in die periode toegenomen van 93 naar 125. Daar vallen ook de gecombineerde productielocaties onder, waarbij MDMA, amfetamine en meth op één plek worden geproduceerd omdat ze (deels) dezelfde grondstoffen en hardware gebruiken.¹¹⁰

Binnen de opsporing wordt steeds meer geïnvesteerd in inlichtingstechnologie. Het onderscheppen van berichten met encryptie en het verder ontwikkelen van forensische opsporing en technologie gebeuren steeds succesvoller. Zo is uit het hacken van de versleutelde berichtendienst EncroChat gebleken dat veel criminelen de overstap willen maken naar methamfetamine, waar de marges veel hoger zijn. Doordat er in Nederland al veel ervaring is met synthetische drugs zoals MDMA en eerder amfetamine, is deze overstap vrij makkelijk; de logistieke infrastructuur en kennis

¹¹⁰ Politie, "Nationaal overzicht drugslocaties 2023", politie.nl (1 mei 2024), 5-6.

is hier al.¹¹¹ Uit de onlangs afgeronde twee jaar durende proeftuin Syndru van de Eenheid Oost-Nederland en de Landelijke Eenheid van de Nationale Politie bleek dat gericht forensisch sporenonderzoek in drugslabs veel meer kan blootleggen dan alleen de identiteit van 'koks'. Samen met het Openbaar Ministerie, het Nederlands Forensisch Instituut en het private forensisch instituut Eurofins TMFI onderzocht de politie tussen 2021 en 2023 in totaal achttien productielocaties in Oost-Nederland. Daarbij bleek dat behalve degenen die de synthetische drugs vervaardigen in de labs, ook andere verdachten in het criminele netwerk zoals drugslabbouwers, leveranciers van hardware tot zelfs personen die namens opdrachtgevers handelen, kunnen worden geïdentificeerd. De samenwerking van forensische opsporing, inlichtingen en tactisch rechercheren bleek van meerwaarde en verdient opvolging.¹¹²

De staatscommissie acht de verdere ontwikkeling van dergelijke initiatieven veelbelovend en ziet het 'slimmer' maken van opsporen als een belangrijke trend die mogelijk meer toekomstig effect gaat krijgen dan het steeds maar uitbreiden van de capaciteit.

Uitdagingen – Aanpak van het aanbod

De coördinerende verantwoordelijkheid van het ministerie van VWS voor de Opiumwet lijkt op gespannen voet te staan met de steeds grotere rol van het ministerie van JenV als het gaat om de handhaving van de Opiumwet. Waar het ministerie van VWS verantwoordelijk is voor het verkleinen van de vraag naar drugs door middel van preventie, ligt de rol van JenV in het inperken van het aanbod door productie en handel aan te pakken.

/// De minister van VWS deelt de verantwoordelijkheid voor het totale drugsbeleid met de minister van JenV. Het justitiële domein richt zich op het verlagen van het aanbod door middel van handhaving van de Opiumwet, die bezit, productie en handel verbiedt.

Hoewel deze verdeling van de verantwoordelijkheden voor de beleidsmedewerkers van de ministeries wel duidelijk is, constateert de staatscommissie dat deze verdeling niet is vastgelegd in één overkoepelend drugsbeleid. Daarnaast is de rol van JenV gedurende de laatste jaren flink meegegroeid met de toenemende drugsriminaliteit, waardoor de coördinerende rol van VWS soms (financieel) overschaduwd wordt. Daardoor kunnen onduidelijkheden ontstaan over de verdeling van verantwoordelijkheden. Het is daarom nodig dat het kabinet reflecteert op de verhoudingen, de verantwoordelijkheden en de kosteneffectiviteit binnen het bestaande Opiumwetstelsel.

/// De huidige aanpak van de handhaving richt zich op opsporing en vervolging van productie en handel in drugs, terwijl het bezit van kleine hoeveelheden voor persoonlijk gebruik wordt gedoogd. Dit sluit goed aan bij de Nederlandse samenleving en werkt over het algemeen goed. Politie en justitie worden echter steeds meer geconfronteerd met de neveneffecten van drugsproductie en -handel. Denk aan de toename van georganiseerde criminaliteit, openlijk geweld en het dumpen van chemisch afval. Dit legt een grote druk op de beschikbare capaciteit, waardoor er minder middelen overblijven voor het aanpakken van de drugsproductie zelf.

¹¹¹ Pieter Vermaas, "Het elan tegen synthetische drugs is terug", *Opportuun* (2021).

¹¹² Eenheid Oost-Nederland et al., *Proeftuin Syndru* (2024).

De handhaving van de huidige Opiumwet loopt tegen grenzen aan die veroorzaakt worden door de personeelstekorten. Juist de inzet van de politie als het gaat om zwaar drugsgeweld en de (volledig gerechtvaardigde) beveiliging van rechters, advocaten en officieren van justitie tegen dit geweld, gaat ten koste van alle andere dossiers.¹¹³ De staatscommissie wijst de regering erop dat ook de wortel van dit drugsgeweld – de drugsproductie – minder effectief bestreden kan worden door de grote aandacht die het drugsgeweld vraagt.

Rechtbanken kampen ook met personeelstekorten, met achterstanden bij de behandeling van rechtszaken als gevolg. Het aantal rechtszaken dat door personeelsgebrek wordt geschrapt, zal in de komende jaren blijven toenemen, zo meldde de Nederlandse Vereniging voor Rechtspraak in 2023 aan de NRC.¹¹⁴ Het betreft hier hoofdzakelijk zaken waarbij “geen slachtoffers” betrokken waren, aldus het Openbaar Ministerie. Veel drugsgerelateerde zaken vallen ook onder deze categorie, wanneer dit bezit of teelt betreft.¹¹⁵

Dit personeelstekort is niet zomaar opgelost, omdat het hier ook een demografisch probleem betreft.¹¹⁶ Zelfs met de voorgenomen maatregelen om meer rechters op te leiden, neemt hun aantal de komende jaren door vergrijzing af.¹¹⁷ Deze tekorten, waaronder bij rechtbanken in Noord-Brabant, bekend om haar drugscriminaliteitsprobleem, leiden tot uit nood geboren keuzes.¹¹⁸ Zo krijgt een overtreding van de Opiumwet door het bezit van een beperkte hoeveelheid MDMA geen voorrang op zwaardere drugsgerelateerde zaken.

/// De productie van MDMA is verweven met criminele netwerken. De ontwikkeling van dit criminele circuit is verweekeld met parallelle sociaal-economische ontwikkelingen. Jongeren zijn extra kwetsbaar, met name voor criminele uitbuiting.

De georganiseerde, drugsgerelateerde misdaad in Nederland is een resultaat van de winstgevendheid van de drugsproductie met name via de export. Het feit dat sommige mensen (vaak in slechtere sociaal-economische omstandigheden) deze misdaad overwegen om hun lot te verbeteren of zich daartoe laten verleiden, is een bron van sociale en maatschappelijke schade.

In onderzoeken naar drugscriminaliteit wijzen onderzoekers de invloed van (sociale) netwerken het vaakst aan als reden voor mensen om in de criminaliteit te belanden.¹¹⁹ Bij jongeren geldt dat hoe meer netwerkleiden (bijvoorbeeld binnen

¹¹³ Christel van der Meer, "Belangrijk politieonderzoek blijft liggen door personeelstekort, ook minder inzet bij voetbalduels", *Omroep Brabant* (2019).

¹¹⁴ Bram Endewijk et al., "De rechter ligt er wakker van: het lukt niet meer om op tijd én goed te vonnissen", *NRC* (2023).

¹¹⁵ Loes Bomers, "Openbaar Ministerie kan door personeelstekort sommige strafbare feiten niet meer vervolgen: 'We moeten scherper kiezen'", *EenVandaag* (2023).

¹¹⁶ Minister voor Rechtsbescherming, "Rechtertekort en opleidingscapaciteit rechterlijke ambtenaren" (2023).

¹¹⁷ Bram Endewijk et al., "De rechter ligt er wakker van: het lukt niet meer om op tijd én goed te vonnissen", *NRC* (2023).

¹¹⁸ Advocatie.nl-redactie, "LinkedIn-oproep: rechters gezocht!", *advocatie.nl* (2023).

¹¹⁹ CBS, "Onderscheidende kenmerken van jonge drugsverdachten", *cbs.nl* (2023). Op basis van: Francesco Calderoni et al., "Recruitment into organised criminal groups: A systematic review",

de familiale of huiselijke kring) betrokken zijn bij criminaliteit, hoe groter de kans is om in de criminaliteit te belanden.¹²⁰ Ook op school- en wijkniveau worden jongeren gerekruteerd door de georganiseerde misdaad. Onderzoekers aan de Open Universiteit schatten dat tienduizenden kinderen in Nederland in aanraking komen met de drugsindustrie. Veel jongens in achterstandswijken zien drugscriminaliteit als 'een *way out*'.¹²¹ Jarenlange bezuinigingen op jongeren- en wijkwerk zijn hier mede debet aan.

Om duurzaam beleid tegen drugscriminaliteit te maken, moeten beleidsmakers een stap terug zetten. Het aanpakken van incidenten is niet duurzaam. De staatscommissie constateert dat bij het bestrijden van de maatschappelijke problemen die komen kijken bij drugscriminaliteit, er ook verder moet worden gekeken dan de beleidsterreinen van de ministeries VWS en JenV. De overheid moet investeren in achterstandswijken, in jongerenwerk, werkgelegenheid voor kansarme jongeren en onderwijs. Inmiddels is het besef breed doorgedrongen dat drugsbestrijding meer is dan opsporing, en dat er een belangrijke taak ligt bij (lokale) overheden en maatschappelijke instellingen om vooral preventief beleid te voeren. Dit vergt een langetermijnvisie, die verder reikt dan de gemiddelde zittingsduur van Nederlandse bestuurders en die nadrukkelijk rekening houdt met de maatschappelijke kwetsbaarheid van aanzienlijke groepen – vooral jongeren – binnen onze bevolking.¹²² Niet alleen drugscriminaliteit is groter dan VWS en JenV, dit geldt ook voor de maatschappelijke problemen voortkomend uit drugsgebruik. De commissie-Garretsen gaf in 2011 voorbeelden van de sociale en maatschappelijke schade van drugs, waarbij ze ook schooluitval, arbeidsverzuim, verkeersongevallen en internationale imagoschade voor Nederland noemde. Deze voorbeelden zijn nog steeds actueel.¹²³

Trends & issues in crime and criminal justice (2020).

120 CBS, "Onderscheidende kenmerken van jonge drugsverdachten", *cbs.nl* (2023). Op basis van: Brenda Bos et al., "Persoonsnetwerken en criminaliteit van Nederlandse jongeren", *Tijdschrift voor Criminologie* (2022).

121 Emile Kolthoff et al., "Georganiseerde misdaad aanpakken begint in de wijk", *ou.nl* (2023).

122 N. Vettenburg et al., "Maatschappelijke kwetsbaarheid: een theorie over systematische delinquentie door jongeren", in: P. Goris et al. (red.), *Van kattenkwaad en erger* (2002).

123 Henk Garretsen et al., *Drugs in lijsten* (2011) 29.

Conclusie

In dit hoofdstuk heeft de staatscommissie gekeken naar het beleid ten aanzien van MDMA in Nederland. Opvallend is dat er sinds 1995 geen nieuwe drugsnota is geschreven. In dat jaar was MDMA nog een relatief nieuwe drug: veel over de stof was nog onbekend. Van opsporing van de ecstasyproducenten was nog nauwelijks sprake.

Inmiddels is er veel meer bekend over de schadelijke gevolgen van ecstasygebruik. Er is een uitgebreid systeem van testpunten opgezet om de drugsmarkt te monitoren, waarbij gebruikers zich veilig genoeg voelen om informatie te vragen. Tegelijkertijd zijn er, zoals in het vorige hoofdstuk is beschreven, zorgen over de perceptie van de schadelijkheid onder jongeren: die daalt. Het ontbreekt aan een landelijke, wetenschappelijk onderbouwde visie op drugspreventie. Het preventieaanbod in Nederland is te veel versnipperd, incidenteel en ook nog eens ondergefinancierd. In een tijd waarin de schadelijkheid van ecstasy – in combinatie met andere middelen of ander bepaalde omstandigheden – in toenemende mate wordt onderschat, levert dit een zorgwekkende situatie op.

De criminaliteit die verband houdt met de productie in en handel van MDMA is sinds 1995 ook veel complexer geworden. De netwerken achter de productie kenmerken zich door een enorm adaptief vermogen; men weet de bovenwereld daarbij handig te gebruiken. De aanpak van deze vorm van criminaliteit kan niet alleen aan de politie en het OM zijn, maar vergt een veel breder front, waarin lokaal bestuur, maatschappelijke instellingen en belanghebbenden een belangrijke rol spelen.

De hardnekkigheid van de drugscriminaliteit en de vele vertakkingen daarvan hebben in recente jaren geleid tot een nieuwe focus op de gebruiker, die er ten onrechte van wordt beschuldigd met zijn of haar drugsconsumptie een crimineel systeem in stand te houden. Vanuit deze gedachte zijn er initiatieven ontplooid om de vraag terug te dringen en zo het verdienmodel van criminelen te ondermijnen. Deze initiatieven zijn vooral ingegeven door de wens om 'iets' te doen, en missen vaak een gedegen wetenschappelijke basis waardoor ze mogelijk zelfs een tegenovergesteld effect hebben.

Een nieuwe drugsvisie dient daarom in de eerste plaats een wetenschappelijke basis te hebben. Het is reeds bekend wat werkt en wat niet, maar van deze inzichten wordt te weinig gebruikgemaakt. Vanuit die wetenschappelijke basis blijft het cruciaal dat de volksgezondheid in een nieuwe visie op het eerste plan komt. Ook moeten er duidelijke doelstellingen geformuleerd worden, zodat het mogelijk is om de voortgang in kaart te brengen. In de laatste evaluatie van het drugsbeleid – alweer uit 2009 – werd dit punt ook al gemaakt.

Aanbevelingen

1 **Continueer de Nederlandse benadering van drugsbeleid door de primaire nadruk te blijven leggen op het bevorderen van de individuele volksgezondheid. Criminaliseer nooit de gebruiker van drugs.**

De staatscommissie constateert dat het criminaliseren van drugsgebruik niet zal leiden tot minder gebruik van drugs, maar mogelijk wel tot stigmatisering en een verslechterde toegang tot ondersteuning en zorg. Een benadering gericht op het tegengaan van drugsproductie en -handel leidt tot de beste uitkomsten voor volksgezondheid en maatschappij.

Om de schade van het gebruik van MDMA voor individuele gebruikers zoveel mogelijk te beperken, doet de staatscommissie de volgende aanbevelingen met betrekking tot harm reduction:

a **Bied doelgroepgerichte drugsvoorlichting aan.**

Voorlichting over de schadelijkheid en risico's van ecstasgebruik blijft noodzakelijk, maar moet doelgroepgericht gebeuren. Mensen die ecstasy willen gebruiken, moeten op de hoogte zijn van de specifieke risico's en daarop gerichte preventieve maatregelen. Algemene publiekscampagnes zijn niet raadzaam, omdat ze de neiging hebben het gebruik en de gebruikers te stigmatiseren of te normaliseren.

b **Handhaaf de financiering van het DIMS en behoud daarmee de mogelijkheid om ecstasypillen anoniem te laten testen op dosering en de aanwezigheid van schadelijke bijmengingen.**

Naast dat het DIMS leidt tot beter zicht op de illegale drugsmarkt en ook kan bijdragen aan meer kennis bij gebruikers van de risico's van drugsgebruik, biedt het systeem de mogelijkheid om gevaarlijke drugs snel te herkennen.

c **Zorg voor goede harm reduction-maatregelen op evenementen, zoals chill-outruimtes en voldoende water.**

Bepaalde harm reduction-maatregelen, zoals chill-outruimtes en voldoende drinkwater, kunnen zelfs voorkomen dat gebruikers gebruik moeten maken van de pre-hospitale zorg op evenementen. Het is daarom van belang dat evenementenmakers goed op de hoogte zijn van de veldnorm voor evenementenzorg¹²⁴ en gemeenten goed op de hoogte van de leidraad voor gemeenten.¹²⁵

d **Ontwikkel beleid voor buitenlandse toeristen en bezoekers van evenementen.**

Over de buitenlandse toeristen en bezoekers van evenementen in Nederland bestaan veel zorgen. Nederlandse preventieve interventies bereiken hen niet, en zij gebruiken op een risicovollere wijze ecstasy, waarschijnlijk door minder goede voorlichting in hun thuislanden. Incidenten in deze groep leggen een extra beslag op het Nederlandse zorgsysteem.

¹²⁴ Marieke Cottaar et al., *Veldnorm Evenementenzorg* (2019).

¹²⁵ J. de Greeff et al., *Alcohol, drugs en tabak op evenementen: Leidraad voor gemeenten* (2019).

2 Ontwikkel een nieuwe, integrale en duurzame visie op het Nederlandse drugsbeleid.

De staatscommissie benadrukt de noodzaak van een nieuwe, integrale en duurzame visie op het Nederlandse drugsbeleid. Daarin moeten ook aansluitende landelijke strategieën worden verwoord en moeten de verantwoordelijkheden binnen het Opiumwetstelsel expliciet worden gemaakt. Deze visie, de strategieën en de verantwoordelijkheden moeten een plek krijgen in een actuele drugsnota. Maak bij de ontwikkeling van de visie, strategieën en nota gebruik van wetenschappelijke inzichten rondom effectieve preventie. Laat de visie, strategieën en de nota zelf toetsen door onafhankelijke expertisecentra, zoals het RIVM en het Trimbos-instituut.

a Hanteer het centrale uitgangspunt uit 1976.

De drugsnota uit 1995, *Continuïteit en verandering*, leent zich goed als uitgangspunt voor de nieuwe nota. Het centrale uitgangspunt van het drugsbeleid moet vastgehouden te worden, zoals deze is vastgelegd door de Tweede Kamer met de fundamentele wijziging van de Opiumwet in 1976: het voorkomen van schade en het bevorderen van de (volks)gezondheid. Daarnaast zullen uiteraard ook het tegengaan van overlast en het bestrijden van drugscriminaliteit een duidelijke plek moeten krijgen in het beleid.

b Ontwikkel een visie op de samenwerking tussen de betrokken departementen, lagere overheden en betrokken (overheids)organisaties en leg deze samen met de verschillende verantwoordelijkheden op het terrein van drugsbeleid duidelijk vast.

In de praktijk draagt het ministerie van VWS de verantwoordelijkheid voor het terugdringen van de vraag naar drugs, terwijl het ministerie van JenV verantwoordelijk is voor het terugdringen van het aanbod. Beide ministeries werken hiervoor met elkaar én met een meerderheid van de overige departementen samen. De verantwoordelijkheden en de afspraken omtrent de samenwerking zijn niet vastgelegd. De staatscommissie beschouwt het formaliseren van de verhoudingen binnen het drugsbeleid tussen de departementen als noodzakelijke voorwaarde voor het ontwikkelen van een effectieve, integrale en duurzame drugsstrategie. Houd bij dit alles de minister van VWS hoofverantwoordelijk voor de Opiumwet als wet en als stelsel.

c Ontwikkel vanuit het ministerie van VWS een wetenschappelijk onderbouwde visie op drugspreventie en neem deze op in een Nationale Drugspreventiestrategie.

Het ontbreekt aan een landelijke, wetenschappelijk onderbouwde visie op drugspreventie. Als gevolg bestaat het interventieaanbod in Nederland uit een mengsel van effectieve, niet-effectieve en potentieel schadelijke interventies. Aanbieders variëren van verslavingszorginstellingen tot commerciële marketingbureaus. De staatscommissie ziet een rol voor het ministerie van VWS om een drugspreventievisie te ontwikkelen als mede kwaliteitsstandaarden voor drugspreventie. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van de bestaande internationale kwaliteitsstandaarden. De staatscommissie juicht het initiatief van de Nationaal Rapporteur Verslavingen toe om in de komende periode tot een integratie van preventieactiviteiten en een integrale richtlijn verslavingspreventie te komen.¹²⁶

d Stel genoeg financiële middelen beschikbaar voor effectief uitvoeren en evalueren van het preventiebeleid.

Gemeenten zijn een cruciale partner in het preventiebeleid, getuige hun wettelijke verantwoordelijkheid. Zorg bij de uitvoering van het preventiebeleid daarom voor financiële continuïteit.

e Integreer in het nieuwe beleid een visie op de communicatie over en het wetenschappelijk onderzoek naar het klinisch gebruik van psychedelica.

De staatscommissie behandelt in hoofdstukken 5, 6 en 7 de voor- en nadelen van MDMA-ondersteunde therapie. Gezien de potentiële positieve effecten van bepaalde drugs onder gecontroleerde omstandigheden, adviseert de staatscommissie om in het beleid ook dit aspect in ogenschouw te nemen om zodoende gezondheidsschade door beoogd therapeutisch gebruik buiten een klinische omgeving te beperken.

3 Expliciteer de overwegingen en de afwegingen in de ministeriële besluitvorming tussen het advies van de CAM en het besluit tot plaatsing van middelen op de lijsten van de Opiumwet.

De staatscommissie onderschrijft de conclusie van het CAM dat er een grondige herbeoordeling moet plaatsvinden van MDMA, met als doel een juiste plaatsing van MDMA op de Opiumwet.

4 Draag zorg voor voldoende handhavingsmogelijkheden om de productie van en handel in ecstasy aan te kunnen pakken, wanneer de status van MDMA in de Opiumwet zou veranderen.

Als MDMA op enig moment niet meer onder de Opiumwet valt, verdwijnt een belangrijke pijler onder het handhavingsbeleid. Handhaving (ook via artikel 140Sr, deelname aan een criminele organisatie) zal dan moeten plaatsvinden op grond van de Wet op de Economische Delicten, milieuwetgeving (173a Strafrecht bijvoorbeeld), of op grond van de Wet op de geneesmiddelen als MDMA-AT een toegestane therapie wordt. Al deze alternatieven behelzen echter veel lichtere maximumstraffen. Bovendien worden dan de Inspecties primair met de handhaving belast, waar zij onvoldoende capaciteit voor hebben.

5 Investeer in de preventie van de zogenaamde 'jonge aanwas' in de drugscriminaliteit door meer geld vrij te maken voor voorlichtingscampagnes in het onderwijs en voor voorzieningen voor jongeren in de wijken (jongerenwerkers, jeugdhonken, coaching et cetera). Besteed hierbij speciale aandacht aan de kwetsbaarheid van jongeren.

Naar schatting zijn al tienduizenden jongeren in Nederland in aanraking gekomen met drugscriminaliteit. Jarenlange bezuinigingen op jongeren- en wijkwerk, hebben reeds kwetsbare jongeren nog kwetsbaarder gemaakt. Investeer daarom in achterstandswijken, in jongerenwerk, werkgelegenheid voor kansarme jongeren en onderwijs om te voorkomen dat jongeren het slachtoffer worden van georganiseerde drugscriminelen.

Literatuurlijst

- Advocatie.nl-redactie, "[LinkedIn-oproep: rechters gezocht!](#)", *advocatie.nl* (28 augustus 2023).
- Amsterdam, Jan van, Antoon Opperhuizen, Maarten Koeter en Wim van den Brink, "[Ranking the harm of alcohol, tobacco and illicit drugs for the individual and the population](#)", *European addiction research* 16.4 (2010) 202-207.
- Baarsma, Barbara, Bernard ter Haar, Boudewijn Wijnands, Frans Blom, Hans Wijers, Haroon Sheikh, Jaap Winter, Marelle van Beerschoten, Marion Koopman en Jérôme Crijs, "[Drugs de baas: Hoe Nederland zijn drugsprobleem onder controle kan krijgen](#)" (online: Denkwerk 2022).
- Bachelet, Michelle, "[Aligning Drug Policies with Human Rights](#)" (1 juni 2022).
- Beek, Ruben van, Marthijs Blankers, Marloes Kleinjan, Jon Waldron, Meryem Grabski, Tom Freeman, Valerie Curran, Peggy van der Pol en Margriet van Laar, "[Polydrug Use Typologies of Regular Ecstasy Users Visiting Electronic Dance Music Events: A Latent Class Analysis](#)", *European Addiction Research* 30.1 (28 december 2023).
- Besselaar, J. van den en M. van Grootel, *ERISSP meldingen: Synthetische drugs, precursoren, nieuwe psychoactieve stoffen 2014, 2015 en 2016: Meldingen omtrent productielocaties, opslaglocaties en dumplocaties* (Eindhoven: Dienst Landelijke Recherche 2017).
- Bomers, Loes, "[Openbaar Ministerie kan door personeelstekort sommige strafbare feiten niet meer vervolgen: 'We moeten scherper kiezen'](#)", *EenVandaag* (31 augustus 2023).
- Bongers, Jasper, "Menselijkheid in Hoog Catharijne. Jasper Bongers interviewt Hans Spekman", in: Emile Kolthoff en Janine Janssen, *Cohesie en polarisatie in de stad: De veilige stad 4* (Den Haag: Boom criminologie 2022) 31-32.
- Boon, Ton den, "[yogasuver](#)", *Lexiton Taalbank* (13 april 2018).
- Bos, Brenda, Marjolijn Das, Hanneke Posthumus, Jan van der Laan, Vincent de Heij en Paul Nieuwbeerta, "[Persoonsnetwerken en criminaliteit van Nederlandse jongeren: Een toepassing van nieuwe netwerkdata van het CBS](#)", *Tijdschrift voor Criminologie* 2.64 (2022) 170-195.
- Burton, Robyn, Clive Henn, Don Lavoie, Rosanna O'Connor, Clare Perkins, Kate Sweeney, Felix Greaves, Brian Ferguson, Caryl Beynon, Annalisa Belloni, Virginia Musto, John Marsden en Nick Sheron, "[A rapid evidence review of the effectiveness and cost-effectiveness of alcohol control policies: an English perspective](#)", *The Lancet* 389.10078 (15 april 2017) 1558-1580.
- Calderoni, Francesco, Gian Maria Campedelli, Tommaso Comunale, Martina E. Marchesi en Ernesto U. Savona, "[Recruitment into organised criminal groups: A systematic review](#)", *Trends & issues in crime and criminal justice* 583 (januari 2020).
- Centraal Bureau voor de Statistiek, "[Onderscheidende kenmerken van jonge drugsverdachten](#)", *cbs.nl* (4 december 2023).
- Clayton, Richard R., Anne M. Cattarello en Bryan M. Johnstone, "[The Effectiveness of Drug Abuse Resistance Education \(Project DARE\): 5-Year Follow-Up Results](#)", *Preventive Medicine* 25.3 (mei 1996) 307-318.
- College van procureurs-generaal, "[Richtlijn voor strafvordering Opiumwet, harddrugs](#)" (Den Haag: Openbaar Ministerie 2019).
- Cottaar, Marieke, Pim de Ruijter, Vincent Peters en Hans van der Pols, "[Veldnorm Evenementenzorg 1.0a](#) (zonder plaats 2019).
- Cruts, Guus, Margriet van Laar en Marcel Buster, "[Aantal en kenmerken van problematische opiatengebruikers in Nederland](#)" (Utrecht/Amsterdam: Trimbos-instituut/GGD Amsterdam 2013).

- Dijkgraaf, Marcel G. W., Bart P. van der Zanden, Corianne A. J. M. de Borgie, Peter Blanken, Jan M. van Ree en Wim van den Brink, "Cost utility analysis of co-prescribed heroin compared with methadone maintenance treatment in heroin addicts in two randomised trials", *BMJ* 330 (2 juni 2005).
- Dixon, David en Lisa Maher, "Anh Hai: Policing, Culture and Social Exclusion in a Street Heroin Market", *Policing and Society* 12.2 (27 oktober 2010).
- Drugs en Uitgaan, "Beperk de risico's van XTC", *drugsenuitgaan.nl* (zonder datum).
- Eenheid Oost-Nederland en de Landelijke Eenheid, "Proeftuin Syndru" (Apeldoorn: Nationale Politie 2024).
- Emile Kolthoff en Susanne Geuze, "Georganiseerde misdaad aanpakken begint in de wijk", *ou.nl* (2023).
- Endewijk, Bram, Camil Driessen en Wafa Al Ali, "De rechter ligt er wakker van: het lukt niet meer om op tijd én goed te vonnissen", *NRC* (8 januari 2023).
- Ennett, Susan T., Dennis P. Rosenbaum, Robert L. Flewelling, Gayle S. Bieler, Christopher L. Ringwalt en Susan L. Bailey, "Long-term evaluation of drug abuse resistance education", *Addictive Behaviors* 19.2 (april 1994) 113-125.
- EWDD, "European Drug Report 2023: Trends and Developments" (Lissabon: EWDD 2023).
- Garretsen, H.F.L., T. Blom, H. van de Bunt, J.A.F.J. Jaspers, M. van Laar, R.J.J.Ch. Lousberg, D. van de Mheen, C.J.W.M. van Spienburg, I. de Vries, M.A.C.L.M. Bonn en K. Hollemans, "Drugs in lijsten" (zonder plaats: Expertcommissie Lijstensystematiek Opiumwet 2011).
- Greeff, J. de, F.X. Goossens, A.M.L. Sannen, C. Harreveld, H. Kooke en N.E. van Hasselt, "Alcohol, drugs en tabak op evenementen: Leidraad voor gemeenten 3.0" (Utrecht: Trimbos-instituut 2019).
- Gresnigt, Femke M.J., Pedram Ghaem Maghami, Pieter van Exter, Annelieke Noordhoff, Tobias van Dijk, Ronald van Litsenburg, Frits Holleman, Mark H.H. Kramer, and Prabath W.B. Nanayakkara, "Recreational Drug Use During the Amsterdam Dance Event: Impact on Emergency Services", *Substance Use: Research and Treatment* (19 oktober 2022).
- Hannemann, Tessa-Virginia, Ledwig Kraus en Daniela Piontek, "Consumption Patterns of Nightlife Attendees in Munich: A Latent-Class Analysis", *Substance Use & Misuse* 52.11 (19 mei 2017).
- Huting, Peter, "Games over drugs die kinderen uit criminaliteit moeten houden: nuttig of weggegooid geld? 'Wakkert juist interesse aan'", *EenVandaag* (22 augustus 2023).
- Hutten, Nadia en Laura Smit-Rigter, "DIMS Jaarbericht 2022" (Utrecht: Trimbos-instituut 2023).
- Intel & Expertise Drugs Landelijke Eenheid, "Nationaal Overzicht Drugslocaties 2022" (Woerden: Dienst Landelijke Recherche 2023).
- Jelsma, Martin en David Bewley-Taylor, "Drugs and crime", in *The Oxford Handbook of United Nations Treaties* (Oxford: OUP 2019) 267-284.
- Joldersma, C., F. Teeven, J. de Wit, T. Heerts, E. Anker en E. de Roon, "Verwevenheid van de bovenwereld met de onderwereld: Rapport van de parlementaire werkgroep verwevenheid onderwereld/bovenwereld" (Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal 2008) 8.
- Jonge, Martha de en Simone Onrust, "Drugsvoorlichting in de klas: een slecht idee", *Tijdschrift Verslaving & Herstel* 3.1 (2023).
- Kanof, Marjorie E., "Youth Illicit Drug Use Prevention: DARE Long-Term Evaluations and Federal Efforts to Identify Effective Programs" (15 januari 2003).

- Keizers, Peter, Dana Ohana, Leon van Aerts, Bastiaan Venhuis en R. Janssen, Basisnotitie Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs (RIVM 2018).
- Kolthoff, E.W., "Ondermijning van het plateland", *Cahiers Politiestudies* 61 (april 2021) 155-167.
- Kolthoff, Emile en Sjaak Khonraad, "Ondermijnende aspecten van georganiseerde criminaliteit en de rol van de bovenwereld", *Tijdschrift voor Criminologie* 58.2 (2016) 76-90.
- Kools, John-Peter, Margriet van Laar en Thomas Martinelli, "Hedendaagse drugs-situatie vraagt om hedendaags beleid", *trimbos.nl* (2024).
- Korps Landelijke Politiediensten, Synthetische drugs en precursoren: criminaliteitsbeeldanalyse (Woerden: Dienst Nationale Recherche 2012).
- Kruisbergen, Edwin en Martha de Jonge, "Voorkomen is beter dan genezen..., toch? Over goed bedoelde maar potentieel schadelijke vormen van preventie van ondermijning", *Tijdschrift voor Veiligheid* 22.3 (juli 2023).
- Laar, Margriet van, "Totaalrapportage 'Motie van Nispen' [brief aan het ministerie van VWS] (1 mei 2024).
- Laar, Margriet van en Marianne van Ooyen-Houben, Evaluatie van het Nederlandse drugsbeleid (Utrecht: Trimbos-instituut 2009).
- LADIS, Tussenrapportage Kerncijfers verslavingszorg 2016-2021 (Houten: Stichting Informatie Voorziening Zorg 2023).
- Maher, Lisa en Thomas C. Dixon, "Collateral damage and the criminalisation of drug use", *The Lancet HIV* 4.8 (14 mei 2017).
- McDowell, J. en G. Novis, "Consequences of Money Laundering and Financial Crime", *Economic Perspectives* 6.2 (30 april 2001) 6-8.
- Meer, Christel van der, "Belangrijk politieonderzoek blijft liggen door personeelstekort, ook minder inzet bij voetbalduels", *Omroep Brabant* (28 november 2019).
- Meyer, Kathryn en Terry Parssinen, *Webs of Smoke: Smugglers, Warlords, Spies, and the History of the International Drug Trade* (Lanham: Rowman & Littlefield Publishers 1998) 40.
- Minister van Financiën, "XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport" (Den Haag: Ministerie van Financiën 2024).
- Minister voor Rechtsbescherming, "Rechtertekort en opleidingscapaciteit rechterlijke ambtenaren" [brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer met kenmerk 4721100] (27 juni 2023).
- Ministerie van JenV, ministerie van VWS en ministerie van BZ, "Wat maakt verschil tussen harddrugs en softdrugs", *Rijksoverheid.nl* (zonder datum).
- Ministerie van VWS, "Uitgangspunten huidig drugsbeleid" 2015D41825 (3 november 2015).
- Möhle, Marjan, Nadine van Gelder, Marieke Rombouts, Tessa Scheffers-van Schayck en Karin Monshouwer, Preventie en gebruik van alcohol, tabak, cannabis en andere middelen in de residentiële jeugdzorg (Utrecht: Trimbos-instituut 2021).
- Nationaal Rapporteur Verslavingen, Gokken met Gezondheid: Advies over online kansspelen (Den Haag: NRV 2024).
- Nationaal Rapporteur Verslavingen, Jaarverslag 2023 (Den Haag: Ministerie van VWS 2024) 12.
- Nationale Drug Monitor, "11.2 Gebruik: volwassenen", *Nationale Drug Monitor* (5 maart 2024).
- Nelen, Hans en Emile Kolthoff, Schaduwten over de rechtshandhaving. Georganiseerde criminaliteit en integriteitsschendingen van functionarissen in de rechtshandhaving (Den Haag: Boom criminologie 2017).

- Neve, R., M. van Ooyen-Houben, J. Snippe en B. Bieleman, Samenspinnen tegen XTC. Eindevaluatie van de XTC-nota (Groningen/Den Haag: Intraval/WODC 2007).
- Onrust, Simone, Geerke Haasjes, Bernard van 't Klooster, Novadic-Kentron en Marijke Bouts, Richtlijnen verslavingspreventie binnen het onderwijs (Utrecht/Amersfoort: Trimbos-instituut/VKN 2021).
- Peters, Gjalte-Jorn, "Nederland gebruikt veel minder XTC pillen dan geschat", *Gjalte-Jorn Peters' website* (28 augustus 2018).
- Pinotti, Paolo, "The economic consequences of organized crime: Evidence from Southern Italy", *The Economic Journal* 125 (18 augustus 2015) 3.
- Politie, "Game om jeugd bewust te maken van XTC-wereld", *politie.nl* (1 februari 2022).
- Politieacademie, "Meer xtc-export, dan hogere omzet", *politieacademie.nl* (2018).
- Quekel, Sebastiaan, Jan van den Oord en Erik van Hest, "Twee mannen dood bij drugsclub in Kaatsheuvel: woningen ontruimd vanwege explosiegevaar", *Brabants Dagblad* (3 november 2017).
- Raad van de Europese Unie, Kaderbesluit 2004/757/jbz van de Raad van 25 oktober 2004 betreffende de vaststelling van minimumvoorschriften met betrekking tot de bestanddelen van strafbare feiten en met betrekking tot straffen op het gebied van de illegale drugshandel (Brussel: Europese Unie 2004).
- Regioproject SKIP, Determinanten en normalisering van drugsgebruik (zonder datum).
- Rosenbaum, Dennis P. en Gordon S. Hanson, Assessing the Effects of School-Based Drug Education: A Six-Year Multi-Level Analysis of Project D.A.R.E. (Chicago: University of Illinois 1998).
- Schoenmakers, Y., S. Mehlbaum, M. Everartz en C. Poelarents, Elke dump is een plaats delict. Dumping en lozing van synthetisch drugsafval: verschijningsvormen en politieaanpak (Apeldoorn: Politie & Wetenschap 2016).
- Schoenmakers, Yvette en Shanna Mehlbaum, "Drugsafval in Brabant", *Justitiële verkenningen* 43.2 (2017).
- Secretariaat-Generaal van de Raad van de Europese Unie, EU Drugs Strategy 2021-2025 (Brussel: Europese Unie 2021).
- Spronk, Desirée, "Wees voorzichtig met zeggen dat drugsgebruik normaal is", *Trimbos.nl* (14 december 2023).
- Staatssecretaris van Volksgezondheid, "Voortgang aanpak drugspreventie" (21 maart 2023).
- Traa, Maarten van, Thom de Graaf, Alis Koekkoek, Otto Vos, Mohamed Rabae, Liesbeth Aiking-van Wageningen en André Rouvout, Inzake opsporing (Den Haag: Enquêtecommissie Opsporingsmethoden 1996).
- Tweede Kamer der Staten-Generaal, "Motie van het lid Van Nispen over onderzoek naar de wetenschappelijke rechtvaardiging van de huidige omgang met typen drugs", *Vergaderjaar 2020-2021 24077.479* (8 juli 2021).
- Tweede Kamer der Staten-Generaal, "Verslag schriftelijk overleg inzake het Ontwerpbesluit houdende wijziging van lijst II, behorende bij de Opiumwet", *Vergaderjaar 2011-2012 33255.2* (22 augustus 2012).
- Tweede Kamer der Staten-Generaal, 27^e plenaire vergadering (20 december 2023).
- Tweede Kamer der Staten-Generaal, Kamerstukken II 13407.3 (1974-1975).
- Tweede Kamer der Staten-Generaal, Opiumwet, artikel 3a, tweede lid.
- Unity, "MDMA / XTC", *unity.nl* (zonder datum).

- Üstüner-Tüfekci, Ayten, Marjolein de Winter, Imke Smulders, Janine Janssen en Emile Kolthoff, *Criminele uitbuiting onder scholieren en studenten in Zeeland: Een onderzoek in het voorgezet onderwijs en Middelbaar beroepsonderwijs* (Breda: Avans Hogeschool 2022).
- Verenigde Naties, *Outcome Document of the 2016 United Nations General Assembly Special Session on the World Drug Problem* (Wenen: VN-Bureau voor Drugs en Criminaliteit 2016).
- Verenigde Naties, *United Nations system common position supporting the implementation of the international drug control policy through effective inter-agency collaboration* (Wenen: VN-Bureau voor Drugs en Criminaliteit 2018).
- Vermaas, Pieter, "Het elan tegen synthetische drugs is terug: Over de opkomst van crystal meth, een cultuurverandering en nieuwe wetgeving", *Opportuuin* 2 (14 mei 2021).
- Vettenburg, N., L. Walgrave en I. van Welzenis, "Maatschappelijke kwetsbaarheid: een theorie over systematische delinquentie door jongeren", in: P. Goris en L. Walgrave (red.), *Van kattenkwaad en erger: actuele thema's uit de jeugdcriminologie* (Antwerpen/Apeldoorn: Garant 2002) 39-75.
- VN-Bureau voor Drugs en Criminaliteit, "Transnational organized crime: the globalized illegal economy", *unodc.org* (zonder datum) (geraadpleegd op 2-10-2023)
- VN-Bureau voor Drugs en Criminaliteit, "United Nations Commission on Narcotic Drugs" (zonder datum).
- VN-Bureau voor Drugs en Criminaliteit, *International Standards on Drug Use Prevention* (Wenen: Verenigde Naties 2019).
- VN-Ontwikkelingsprogramma, *International Guidelines on Human Rights and Drug Policy* (New York: United Nations Development Programme 2019).
- VZinfo.nl, "Wat is preventie?" (zonder datum).
- Wamel, Anneke van, Aukje Sannen, Patrick van Iperen, Jeroen de Greeff en Lex Lemmers, *Modelplan lokaal drugspreventiebeleid* (Utrecht: Trimbos-instituut 2023).
- Williams, Lisa, "Muddy waters?: Reassessing the dimensions of the normalisation thesis in twenty-first century Britain", *Drugs: Education, Prevention and Policy* 23.3 (30 maart 2016).
- Witte, Kim en Mike Allen, "A meta-analysis of fear appeals: Implications for effective public health campaigns", *Health Education and Behavior* 27.5 (oktober 2000) 591-615.
- Zonder auteur, "Aanwijzing middelen die met onmiddellijke ingang onder de Opiumwet vallen", *Staatscourant* 22722 (16 november 1988).
- Zonder auteur, "Zo gevaarlijk is een drugslab in een woonwijk: 'Grootschalige controle nodig'", *NOS* (4 februari 2024).
- Zonder auteur, *Aanwijzing Opiumwet* (Den Haag 2015).

4

Het debat over regulering van MDMA

Inleiding

In de laatste paar jaar is er in de media, op diverse congressen en tal van andere plekken veelvuldig zowel voor als tegen het reguleren van verschillende soorten drugs gepleit.¹ De staatscommissie constateert dat bijna alle deelnemers aan dit debat over het hervormen van ons drugsbeleid belangrijke doelstellingen gemeen hebben: het verbeteren van de volksgezondheid en het efficiënter bestrijden van de criminaliteit rond de productie van en handel in drugs. Toch is het debat gepolariseerd.

¹ Femke Halsema, "As the mayor of Amsterdam, I can see the Netherlands risks becoming a narco-state", *The Guardian* (2024); Evenementenorganisatie Amsterdam, "Conference Dealing with Drugs: Cities and the quest for regulation" (z.d.). Het congres vond plaats op 26 januari 2024 in de Beurs van Berlage; LEAP Nederland, "30 januari Symposium: Hoe verder met het drugsbeleid?", *Leap-Europe.org* (2023); John van den Heuvel, "Nieuwe politiebaas wil drugs legaliseren: wat uit te leggen aan FBI en DEA", *De Telegraaf* (2024); Anton Slotboom, "Rotterdamse burgemeester Aboutaleb: 'Miljoenen extra nodig voor aanpak drugscriminaliteit'", *Trouw* (2024); John-Peter Kools et al., "Hedendaagse drugsituatie vraagt om hedendaags beleid", *trimbos.nl* (2024).

4

Het debat over regulering van MDMA

Constateringen

De staatscommissie constateert het volgende:



/// **Het politieke debat over drugsbeleidshervorming is gepolariseerd.** Dit bemoeilijkt een gedegen debat en verhindert dat er geluisterd wordt naar tussenposities.



/// **De gezondheidseffecten van MDMA lijken verplaatsing van Lijst I naar Lijst II te legitimeren.** De georganiseerde criminaliteit en de maatschappelijke schade die voortkomt uit hun productie- en handelspraktijken, maken het echter onwenselijk om MDMA nú van lijst te verplaatsen.

Er zijn in het debat twee hoofdstromingen ontstaan, waarbij het steeds moeilijker is geworden om tussenposities in te nemen. Een van de oorzaken hiervan is het veelvuldig gebruik van vertekende, karikaturale voorstellingen van de standpunten van de ander. Degenen die regulering nemen als uitgangspunt voor nieuw drugsbeleid, zouden drugs willen 'vrijgeven', terwijl zij die het drugsgebruik in de eerste plaats fors willen terugbrengen, een *war on drugs* zouden voeren. Het gesprek dat nu wordt gevoerd, zit helaas vast en biedt daardoor geen oplossingen voor de complexe problematiek waarmee politieagenten, preventiewerkers, beleidsmakers, jeugdzorgmedewerkers en evenementenorganisatoren dagelijks te maken hebben.

In dit hoofdstuk staat de staatscommissie stil bij dit debat en de verschillende argumenten en aannames van de deelnemers. De staatscommissie hoopt hiermee vooral het debat over de toekomst van het MDMA-beleid van meer feitelijke informatie te voorzien.

Polarisatie?

/// Het politieke debat over drugsbeleidshervorming is gepolariseerd. Dit bemoeilijkt een geëgen debat en verhindert dat er geluisterd wordt naar tussenposities.

In het debat over drugsbeleidshervorming zijn twee groepen te onderscheiden. Beide groepen nemen ogenschijnlijk tegengestelde posities in. In de actualiteit zijn deze twee posities bijvoorbeeld te herkennen in twee gemeentelijke projecten. Amsterdam kondigde in november haar congres over drugsregulering aan. Dit congres ging gepaard met een oproep om de georganiseerde misdaad aan te pakken door internationaal reguleringsmogelijkheden te verkennen.² Een maand eerder lanceerde Rotterdam haar publiekscampagne om drugsgebruikers te wijzen op hun aandeel in het in stand houden van een crimineel systeem. De Maasstad kampt immers met schrikwekkend veel drugsgelateerd geweld, waaronder tweehonderd explosies in 2023.³

Beide groepen staan anders in deze beleidsopgave. De ene groep is bang dat de ander de weg wil bereiden voor laagdrempelige drugsconsumptie. De andere groep vreest dat er wordt voorgesorteerd op een *war on drugs*. Beide scenario's zijn inderdaad onwenselijk. De drooglegging van de Verenigde Staten tussen 1920 en 1933 en de Amerikaanse *war on drugs* vanaf 1971 hebben allebei laten zien dat het uitbannen van gebruik via de justitiële weg altijd averechtse effecten heeft of op andere manieren desastreuze maatschappelijke uitwerkingen kent. Het verantwoordelijk stellen van gebruikers voor de georganiseerde criminaliteit is wel een denkstap die aan de *war on drugs* voorafging, maar vooralsnog worden er in Nederland geen pogingen gedaan om drugsgebruik daadwerkelijk te criminaliseren. Het vrijgeven van de drugsmarkt heeft inderdaad ook onwenselijke maatschappelijke uitkomsten. Vrijgeven wordt in het politieke debat echter niet serieus bepleit. Dit zou immers leiden tot de commercialisering van de drugsmarkt en mogelijk tot toename van het gebruik van middelen met serieuze gezondheidsrisico's.

² Femke Halsema, "As the mayor of Amsterdam, I can see the Netherlands risks becoming a narco-state", *The Guardian* (2024).

³ Jeroen den Blijker, "Aboutaleb bepleit mediastilte in strijd tegen drugsgeweld", *Trouw* (2024).

De voorstanders van regulering pleiten eerder voor verschillende modellen van drugsproductie en -verkoop, die de verstrekking onder voorwaarden wil stellen. Deze groepen verwachten dat hierdoor criminelen hun afzetmarkt verliezen en dat gebruik veiliger kan worden gemaakt.

Reguleren, legaliseren, decriminaliseren

In de discussie rondom drugsbeleid lopen verschillende termen door elkaar heen.

Regulering slaat op de voorwaarden waaronder een stof mag worden aangeboden. Te denken valt aan het type verkooppunt dat een middel mag aanbieden, leeftijdslimieten, dosering en het al dan niet toestaan van reclame voor het middel. Tabak en alcohol zijn voorbeelden van middelen waarvoor wereldwijd een grote variëteit aan reguleringen bestaat.

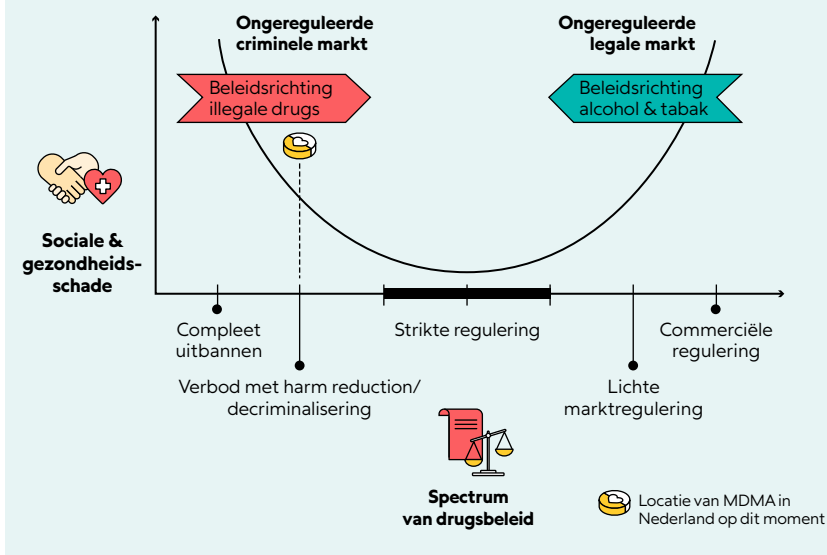
Legalisering slaat op het proces om het verbodsregime waaronder een middel valt te beëindigen. Waar regulering erop gericht is om een middel onder voorwaarden te verstrekken, is dat bij legalisering niet het geval. Om een legaal product te kunnen produceren en (streng) gereguleerd beschikbaar te stellen, is legalisering wel nodig.

Vaak komt ook het begrip **decriminaliseren** voorbij. Hierbij draait het niet om legalisering of regulering van een stof, maar om de positie van de gebruiker: gebruik en/of bezit zijn niet strafbaar. In Nederland is sprake van decriminalisering, aangezien het gebruik niet strafbaar is en bezitters van zeer kleine hoeveelheden drugs (voor persoonlijk gebruik) niet worden vervolgd. In tegenstelling tot legalisering, is decriminalisering onder de internationale verdragen wel mogelijk.⁴

Reguleren van een middel dat nu nog onder de Opiumwet valt, is geen kwestie van *one size fits all*. Ieder middel dat is gereguleerd kent weer andere regels. Zo publiceerde de Britse denktank Transform Drug Policy in 2020 het rapport *How to regulate stimulants* waarin onderstaande grafiek staat. De horizontale as toont beleidsopties die variëren van een totaalverbod tot aan het vrijgeven – compleet met reclame voor een middel. De verticale as staat voor de sociale en gezondheidschade van een middel. Deze schade neemt zowel toe bij het compleet vrijgeven van een stof als bij een totaalverbod. Immers, in beide situaties is geen sprake meer van regulering om de schade te beperken.

⁴ Steve Rolles et al., *How to regulate Stimulants: A practical guide* (2020).

Figuur 30
Spectrum van beleidsoptie.⁵



In deze grafiek boven staan tabak en alcohol, twee middelen die legaal verkrijgbaar zijn. Het beleid voor tabak schuift steeds meer op richting een streng gereguleerd model. De overheid heft hoge accijnzen op de verkoop van het middel en er mag geen reclame voor gemaakt worden. De verpakking bevat een gezondheidswaarschuwing en het aantal verkooppunten wordt steeds verder beperkt. Verkoop onder de 18 is verboden.

Voor een middel als cannabis geldt dat in een aantal landen bewegingen zijn van een verbod naar een gereguleerde markt. Denk hierbij ook aan het Nederlandse wietexperiment, waarbij eisen zijn gesteld aan de productie, verpakking en verkoop van een middel dat onder Lijst II van de Opiumwet valt.

In het geval van ecstasy geldt dat er sprake is van een verbod, waardoor er een ongereguleerde criminele markt kon (en is) ontstaan. Tegelijkertijd is er sprake van decriminalisering en *harm reduction* om de schade door gebruik te beperken.

Voor regulering zijn meerdere scenario's denkbaar. De Britse beleidsanalist Steve Rolles stelt dat er grofweg vijf reguleringscategorieën te onderscheiden zijn:

Voorschriften op recept: Een gebruiker haalt een dosis onder strenge voorwaarden op bij een verstrekpunt en moet het middel al dan niet ter plekke (vaak onder supervisie) gebruiken. Dit is vergelijkbaar met de verstrekking van heroïne in Nederland. Deze vorm van regulering is dus niet bedoeld voor recreatief gebruik, maar betreft wel een gereguleerde verstrekking van drugs.

⁵ Marks, J. "The paradox of prohibition", *Mersey Drugs Journal* 1 (1987).

Apotheekmodel: Er is geen recept nodig, maar de verkoop kent strenge voorwaarden en loopt via gespecialiseerde apothekers die bekend zijn met de bijwerkingen van het middel. Ze kunnen informatie geven over de stof en letten op hoeveel er per klant wordt verkocht.

Vergunde verkoop voor consumptie ter plekke: Het middel wordt op basis van een vergunning verkocht om ter plekke geconsumeerd te worden (denk aan de verkoop van alcohol in kroegen). In dit model kunnen verkopers de verkoop staken zodra iemand te veel heeft geconsumeerd of ingrijpen als het fout gaat. Tegelijkertijd is de omgeving waarbinnen wordt gebruikt aan bepaalde voorwaarden onderworpen om de schadelijkheid zoveel mogelijk te beperken.

Vergunde verkoop voor consumptie elders: Dit valt te vergelijken met de verkoop van cannabis in Nederlandse coffeeshops en in Canada, waar speciale zaken met een vergunning cannabis mogen verkopen. Er kunnen voorwaarden gesteld worden aan leeftijd, prijs en hoeveelheid. De consumptie geschiedt meestal elders.

Vrije verkoop: Ieder verkooppunt kan het middel aanbieden. Hierbij valt te denken aan hoe cafeïne, een stimulerend middel, in de supermarkt wordt aangeboden. Er zijn geen restricties op hoeveel ervan gekocht kan worden en aan wie. Er is wel controle op het product zelf.⁶

Argumenten uit het publieke debat

De staatscommissie is zich ervan bewust dat het debat rondom de risico's en daarmee de wettelijke status van MDMA complex is. Om het debat verder te helpen, staat de staatscommissie hieronder stil bij diverse argumenten die regelmatig in het publieke debat opduiken. Sommige argumenten zal de staatscommissie bevestigen, andere ontkrachten, nuanceren of vaststellen dat meer onderzoek nodig is. In niet elk geval was het mogelijk om tot een eenvoudige conclusie te komen.



“Door MDMA te legaliseren en een legale markt te creëren, wordt MDMA makkelijker verkrijgbaar en zullen er meer mensen gebruik van gaan maken.”

Deze aanname is gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek naar alcohol- en cannabisbeleid. Uit onderzoek naar alcoholgebruik is bekend dat een groei in aanbod leidt tot een groei in gebruik. Hoe makkelijker een product verkrijgbaar is, hoe meer het gekocht of gebruikt zal worden.⁷

Studies naar de effecten van legalisering van cannabis in delen van de Verenigde Staten en Canada laten zien dat de prevalentie van gebruik daar iets steeg na legalisering, onder sommige leeftijdsgroepen meer dan onder andere.^{8,9} Hierbij spelen de mogelijke effecten van commercialisering, zoals reclame en potentiële effecten van normalisering. Als MDMA in aantrekkelijke winkels zou worden verkocht of verkrijgbaar is bij apotheken, kan dat de suggestie wekken dat het een veilig product is dat past in een gezonde of normale leefstijl.

Het is bij dit argument echter wel belangrijk dat in acht wordt genomen dat legalisering vele vormen kent. Een strikte regulering met goede voorlichting voorkomt commercialisering en misverstanden over de veiligheid van het middel.

In het geval van MDMA moet ook worden opgemerkt dat het niet duidelijk is in hoeverre de markt verzadigd is. Het illegale aanbod is op dit moment groot en de pillen zijn goedkoop. Het is in principe mogelijk dat iedereen die MDMA wil afnemen hiertoe reeds de weg heeft gevonden. Tegen deze redenering kan echter ingebracht worden dat het niet bekend is hoeveel gebruikers zelf toegang hebben tot een dealer en of zij MDMA alleen kunnen verkrijgen via bijvoorbeeld een vriend op de locatie van gebruik. Onderzoek naar het aandeel gebruikers dat direct toegang heeft tot ecstasy en het aandeel dat alleen indirect ecstasy kan verkrijgen, kan beter inzicht geven in de feitelijke toegankelijkheid van de illegale markt.

⁷ Robyn Burton et al., "A rapid evidence review of the effectiveness and cost-effectiveness of alcohol control policies: an English perspective", *The Lancet* (2017).

⁸ Dafna Rubin-Kahana et al., "The impact of cannabis legalization for recreational purposes on youth", *Frontiers in psychiatry* (2022).

⁹ Michelle Rotermann, "What has changed since cannabis was legalized?", *StatCan.gc.ca* (2020).



“Het huidige gedoogbeleid omtrent het bezit van een ‘gebruikershoeveelheid’ suggereert dat MDMA niet erg schadelijk is. Door bezit en gebruik te gaan bestraffen, zal de vraag dalen.”

De aanname hier is dat bestraffen van gebruikers een afschrikwekkende werking zal hebben.

Een vergelijking met andere landen, zoals de Verenigde Staten, leert dat het voeren van een strenge *war on drugs* het gebruik niet of nauwelijks doet afnemen. In 2023 stelde de Hoge Commissaris voor de Mensenrechten van de Verenigde Naties dat ondanks decennia aan strafmaatregelen de productie en consumptie van drugs niet waren afgenomen. Tegelijkertijd was deze *war on drugs* verantwoordelijk voor een verslechtering van de volksgezondheid en onderdrukking van bepaalde groepen. Ook leidde dit beleid tot overvolle gevangenissen.¹⁰

In Nederland wordt een dergelijk soort *war on drugs* op grote schaal niet gevoerd. Toen in de jaren nul van deze eeuw sommige gemeenten strenger gingen handhaven op het openlijk gebruik van MDMA bij feesten en festivals, leidde dat tot veel kritiek over de proportionaliteit van deze maatregelen. Er zijn geen aanwijzingen dat dit zogeheten *zerotolerancebeleid* leidde tot minder vraag naar of tot minder gebruik van ecstasy.¹¹

Het gebrek aan bewijs voor de effectiviteit van *zerotoleranceinterventies* is reeds genoeg reden om *niet* voor dit beleid te pleiten. Daarnaast kan *zerotolerance* ook veel schade berokkenen. De criminalisering van gebruikershoeveelheden kan leiden tot de stigmatisering van gebruik. Alhoewel stigmatisering het gevaarlijkst is bij middelen met een verslavingsrisico, is het van groot belang dat ook MDMA-gebruikers zich niet geremd voelen om problematisch gebruik te bespreken of medische hulp in te schakelen wanneer dat noodzakelijk is.



“Door MDMA op Lijst I te houden, waarschuwt de overheid voor MDMA.”

Zodra een nieuw middel op de markt verschijnt, wordt de symbolische waarde van Lijst I vaak aangehaald. Men hoopt dat met het plaatsen van een stof op Lijst I het gebruik zal afnemen.

In 2017, 2021 en 2024 werden respectievelijk 4-FA, 3-MMC en lachgas op de Opiumwet geplaatst. Al deze drie stoffen zijn schadelijk voor de gezondheid. Het gebruik van 4-FA en lachgas nam inderdaad af na de verbodstelling. Het gebruik van 3-MMC nam echter niet af en na plaatsing op de Opiumwet bleef het gebruik zelfs stijgen.¹²

¹⁰ VN-Mensenrechtenraad, *Human rights challenges in addressing and countering all aspects of the world drug problem* (2023) 19-20.

¹¹ Ton Nabben, *High Amsterdam: Ritme, roes en regels in het uitgaansleven* (2010) 300-310.

¹² Ruben van Beek et al., *Het Grote Uitgaansonderzoek 2023* (2024) 71.

Gebruikers leggen dus niet altijd een direct verband tussen plaatsing op de Opiumwet en de schadelijkheid van een middel. Als plaatsing op de Opiumwet al een factor is voor gebruikers, dan is het blijkbaar slechts één van de variabelen die meegenomen worden in de afweging om al dan niet te gaan gebruiken.

Een andere belangrijke factor is in hoeverre gebruikers bekend zijn met de schadelijkheid van een middel. Rondom de verbodstellingen van de drie genoemde middelen was veel media-aandacht over de gezondheidseffecten. De ingeschatte schadelijkheid van lachgas steeg sterk onder gebruikers nadat de media berichtten over verlammingen en andere gezondheidseffecten.¹³ 4-FA verloor aan populariteit nadat het risico op hersenbloedingen duidelijk werd; gebruikers stapten hierna (weer) over op ecstasy.¹⁴ 3-MMC brengt, naast de te verwachten risico's op hart- en vaatproblemen, aanzienlijke risico's met zich mee op het gebied van slaap, angst, depressie en afhankelijkheid.¹⁵ Toch is het gebruik ervan momenteel hoger dan ooit. Mogelijk is er nog onvoldoende bekend over de gezondheidsrisico's van dit middel, of wegen voor veel gebruikers de positieve effecten die zij ervan ervaren vooralsnog op tegen deze risico's.



“Legale productie van MDMA voorkomt vervuilde ecstasypillen en pillen met een zeer hoge of onduidelijke dosering.”

De beschikbaarheid van legale en farmaceutisch geproduceerde MDMA-tabletten voorkomt gezondheidsincidenten. Op dit moment geldt echter ook dat er in het illegale aanbod nauwelijks sprake van vervuiling is. Wel zijn veel ecstasypillen te hoog gedoseerd. Deze situatie kan in theorie snel veranderen als er zich bepaalde ontwikkelingen voordoen binnen de criminele wereld, zoals een plotseling tekort aan grondstoffen waardoor er schadelijke vervangers worden gebruikt. Door legale productie is dus inderdaad een constante goede kwaliteit en dosering gegarandeerd, met minder gezondheidsincidenten tot gevolg.

Zuivere pillen met alleen MDMA en een ‘normale’ dosering kunnen echter alsnog (ernstige) gezondheidsproblemen veroorzaken. Er is nog steeds niet genoeg bekend over de vraag waarom voor enkele gebruikers MDMA-gebruik fataal uitpakt, zoals eerder in [hoofdstuk 2](#) is uitgelegd. Ook al zouden er minder incidenten zijn door een betere en verantwoorde dosering, incidenten kunnen nooit volledig worden voorkomen.

¹³ Desirée Spronk, "Lachgas", *trimbos.nl* (z.d.).

¹⁴ "Bij drug 4-FA werkt een slecht imago beter dan een verbod", NOS (2017).

¹⁵ "3-MMC: Risico's", *DrugsInfo* (z.d.).



“Legale verkoop van MDMA via de staat met een staats-monopolie geeft meer mogelijkheden om de verkoop te controleren.”

Op dit moment is de gehele ecstasymarkt in handen van dealers die niet vragen naar de leeftijd van een klant. Een gereguleerd aanbod van MDMA zou van aanbieders kunnen eisen een leeftijdsgrens te hanteren. Bij een legale markt kan er ook een bepaalde (bijvoorbeeld hogere) minimumprijs afgedwongen worden, waardoor het met name voor jongeren moeilijker wordt om het middel te kopen.

Om effectief te kunnen zijn, moet het illegale aanbod echter wel verdrongen worden. Zolang er een illegale markt blijft bestaan – en gezien de enorme export is dat te verwachten – blijven er mogelijkheden bestaan om voor een lage prijs ecstasy te kopen bij drugsdealers. Een legaal aanbod moet daarnaast ook kunnen concurreren met het gemak waarmee dealers bij gebruikers thuis hun waren komen afleveren.



“Legale verkoop van MDMA biedt meer ruimte voor het overbrengen van een preventie- of harm reduction-boodschap tijdens de verkoop.”

Wanneer mensen hun ecstasy aan een balie bij een verkoopmedewerker moeten kopen, biedt dat mogelijkheden voor een preventiegesprek. Daarin kan de beslissing om ecstasy te gebruiken besproken worden. Ook kennis over schadebeperkende maatregelen kan worden gedeeld, en de verpakking of een bijsluiter van legaal verkochte MDMA kan voorlichtingsinformatie bevatten. In het huidige beleid wordt deze informatie aangeboden wanneer iemand zijn of haar pil laat testen bij een testservice, maar lang niet iedereen staat daarvoor open.



“Door MDMA van Lijst I naar Lijst II te verplaatsen, is de overheid consistenter in het toepassen van de Opiumwet. Die dicteert namelijk dat middelen op Lijst I schadelijker zijn dan middelen op Lijst II.”

In 2009 deed het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) vergelijkend onderzoek naar de schadelijkheid van drugs, waaronder alcohol en tabak. Zij trokken de conclusie dat onder andere alcohol en tabak schadelijker zijn dan MDMA en dat ecstasy minder schadelijk is dan cannabis.¹⁶ Het lijkt alsof hierdoor de wetenschappelijke werkelijkheid en de juridische werkelijkheid uiteenlopen, doordat de Opiumwet stelt dat harddrugs schadelijker zijn dan softdrugs, en dat beiden op de Opiumwet thuishoren.

¹⁶ Jan van Amsterdam et al., *Ranking van drugs: Een vergelijking van de schadelijkheid van drugs* (2009) 9, 20.

Alhoewel dergelijk onderzoek behulpzaam kan zijn om wetgeving wetenschappelijker te maken, blijft het belangrijk te beseffen dat verbodstellingen altijd contextgebonden zijn. Dit komt hoofdzakelijk doordat een dergelijke ranglijst tot op zekere hoogte appels met peren vergelijkt.¹⁷ De maatschappelijke en gezondheidsschadelijkheid van tabak is bijvoorbeeld van heel andere aard dan die van MDMA en is hierdoor voor beleidstoepassingen bijna onvergelijkbaar.



“Door MDMA te legaliseren en een legale markt te creëren, zullen criminele organisaties minder tot geen MDMA meer kunnen verkopen.”

Aanhangers van deze economische argumentatie stellen dat door het wegnemen van de Nederlandse afzetmarkt de illegale productie bijna of geheel zal verdwijnen. Immers, bij een legale markt zullen klanten die eerder hun ecstasy van dealers kochten, naar verwachting overstappen naar legale aanbieders. Daardoor worden dealers en producenten rechtstreeks geraakt in hun verdienmodel.

Voor wat betreft MDMA in Nederland is het echter aannemelijker dat er na een hypothetische legalisering twee markten naast elkaar zullen ontstaan, waarbij een deel van de afnemers bewust kiest voor het illegale circuit. Redenen daarvoor kunnen liggen in de hogere prijzen van het legale aanbod, een gehanteerde leeftijdslimiet of het gemak van een dealer die snel ter plekke kan leveren. De ervaring met cannabis in Canada leert dat een paar jaar na legalisering er nog steeds gebruikers zijn die op de illegale markt kopen.

Daarnaast is meer dan 90 procent van de Nederlandse productie bedoeld voor het buitenland. Dus ook al zou de vraag naar illegale MDMA dalen in Nederland, de vraag uit het buitenland blijft bestaan. En daarmee blijven de illegale productie en handel overeind, net als de daarmee gepaard gaande (georganiseerde) criminaliteit en de milieuschade.



“Door MDMA van de Opiumwet te halen, wordt het moeilijker om criminele organisaties aan te pakken en te bestraffen.”

Als MDMA niet meer onder de Opiumwet valt, is de productie van of de handel in MDMA geen misdrijf meer op basis van deze wet. Daarmee vervalt de mogelijkheid om artikel 11b van de Opiumwet of artikel 140 van het Wetboek van Strafrecht toe

¹⁷ Doordat de maatschappelijke en sociale schadelijkheid van verschillende drugs zo anders van aard zijn, is er ook niet slechts één manier om deze tegen elkaar af te kunnen wegen. Daarnaast moet er rekening gehouden worden met veranderende inzichten en maatschappelijke ontwikkelingen betreffende de onderzochte middelen. Duits vergelijkend onderzoek uit 2020 illustreert dit: de onderzoekers kwamen op een andere rangschikking uit dan het RIVM in 2009. Het Duitse onderzoek concludeerde dat ecstasy min of meer even schadelijk is als cannabis. Zie: Udo Bonnet et al., "Ranking the Harm of Psychoactive Drugs Including Prescription Analgesics to Users and Others—A Perspective of German Addiction Medicine Experts", *Frontiers in Psychiatry* (2020).

te passen bij de vervolging van producenten van en handelaren in ecstasy.¹⁸ Deze stelling is dus correct. Weliswaar kunnen criminelen nog wel worden vervolgd voor milieudelicten en andere strafbare feiten, maar een belangrijke opsporingsgrond is wel vervallen. Om criminele MDMA-producenten te kunnen vervolgen zonder de Opiumwet, moet er een alternatieve wet gevonden en geschreven worden om de productie en handel ervan adequaat te kunnen vervolgen.

Een alternatief voor dit doel kan worden gevonden in de Geneesmiddelenwet, mits MDMA zou zijn geregistreerd als onderdeel van een medische behandeling. In de komende hoofdstukken bespreekt de staatscommissie deze therapeutische toepassing van MDMA nader. Als MDMA-ondersteunde therapie een reguliere medische behandeling wordt, zal MDMA onder de Geneesmiddelenwet vallen en is illegale productie en handel op basis van die wet strafbaar.¹⁹ Deze wet kent alleen wel veel lichtere straffen dan de Opiumwet. Daarnaast geldt voor de Geneesmiddelenwet dat de opsporing van misdrijven is toegewezen aan inspectiediensten.

Een ander gevolg van een dergelijke stap is dat Nederland nog aantrekkelijker wordt voor internationale bendes. Dit zal zeker het geval zijn als Nederland dit als enige doet en er zich geen andere landen bij een dergelijk initiatief aansluiten.



“Door MDMA naar Lijst II te verplaatsen, zal minder opsporingscapaciteit worden vrijgemaakt om criminele organisaties aan te pakken en te bestraffen.”

Voor illegale activiteiten met middelen die op Lijst II van de Opiumwet staan, gelden lagere straffen dan voor middelen op Lijst I. Als MDMA naar Lijst II gaat, zullen de straffen voor handel en productie dus ook lichter worden. Door de lagere maximale straffen voor de productie van en handel in stoffen die op Lijst II staan, is voorlopige hechtenis bij deze delicten niet mogelijk en (dientengevolge) ook aanhouding buiten heterdaad niet, tenzij de verdachte in de uitoefening van een beroep of bedrijf handelt. Ook zouden voorbereidingshandelingen voor de productie en handel in MDMA niet meer strafbaar zijn. Voorbereidingshandelingen zijn immers strafbaar gesteld in artikel 10a van de Opiumwet en betreffen een zelfstandig delict, dat kan variëren van bijvoorbeeld het ter beschikking stellen van ruimtes tot het verkopen van bepaalde goederen die dienstbaar kunnen zijn bij drugsdelicten.

Al deze omstandigheden zullen tot gevolg hebben dat de opsporing en vervolging van de productie van en handel in MDMA voor politie en Openbaar Ministerie minder prioriteit krijgen. Op het hoogste niveau wordt dit beleid vastgesteld in een richtlijn van het Openbaar Ministerie. Het algemeen uitgangspunt van het beleid in de laatste richtlijn is “het onderscheid dat in de Opiumwet is gemaakt tussen middelen op Lijst I (harddrugs) en andere middelen (softdrugs)”.²⁰

¹⁸ Artikel 11 b van de Opiumwet (2024).

¹⁹ Hoofdstuk 11 van de Geneesmiddelenwet (2024).

²⁰ Artikel 2.1 van de Aanwijzing Opiumwet (2015).

De laatste richtlijn dateert echter al van 2015. In de toelichting op het beleid met betrekking tot stoffen vermeld op Lijst II wordt slechts ingegaan op cannabis en paddo's (psilocine, psilocybine, muscimol). Ook stelt de richtlijn: "Indien er bij overtreding van de Opiumwet tevens sprake is van georganiseerde criminaliteit zal, zo mogelijk, artikel 11b van de Opiumwet of artikel 140 van het Wetboek van Strafrecht moeten worden toegepast."²¹ Dit is echter alleen van toepassing bij stoffen die op Lijst I van de Opiumwet staan.

In de praktijk zullen recherche-eenheden en officieren van justitie hun capaciteit daar inzetten waar het meeste 'rendement' valt te halen. Bij verplaatsing van MDMA naar Lijst II zal de prioriteit dalen.



"Door MDMA naar Lijst II te verplaatsen, worden recreatieve gebruikers mogelijk minder gestigmatiseerd. Het gebruik van MDMA in een ggz-behandeling kan minder zorgen oproepen."

Zoals beschreven, is het voor de volksgezondheid beter om het gebruik van drugs te destigmatiseren. Of een verplaatsing van MDMA naar Lijst II daaraan bijdraagt, is echter niet zeker. Veel Nederlanders zijn niet bekend met het onderscheid tussen de lijsten, waardoor een verplaatsing waarschijnlijk weinig rendement zal opleveren. Tegelijkertijd kan het zijn dat de term 'softdrugs' wel minder stigmatiseert dan 'harddrugs'. Er is echter te weinig onderzoek gedaan naar de ervaren signaalwaarde door het lijstenonderscheid om hier conclusies over te kunnen trekken.

Voor patiënten die gebruik zouden maken van MDMA-ondersteunde therapie (zie hoofdstuk 5), kan een onderscheid ook potentieel van belang zijn. Het inzetten van harddrugs in een medisch traject kan bij een patiënt leiden tot afwijzing van de behandelmethodede of tot zelfstigmatisering. Goede voorlichting van de arts kan hierin een groot verschil maken, maar de gevestigde reputatie van een middel kan hardnekkig zijn en een rol blijven spelen zolang het middel een harddrug blijft.



"Legale productie van MDMA voorkomt drugsafval."

Bij de productie van MDMA komt drugsafval vrij. Het illegaal dumpen van dit chemisch afval van drugslaboratoria voor de productie van MDMA is een groot probleem, vooral in regio's waar de productie van synthetische drugs hoog is. Dergelijk afval wordt vaak in de natuur achtergelaten, wat ernstige ecologische schade en gezondheidsrisico's voor de lokale bevolking met zich meebrengt. Het opruimen van deze dumpsites is bijzonder kostbaar en complex en de milieuschade kan bovendien langdurig zijn. Door het illegale karakter van de productie zijn er geen mogelijkheden om dat afval via legale wegen te verwerken.

Bij legale productie komt ook afval vrij, maar dit kan op een professionele manier worden verwerkt. Voor legale productiefaciliteiten kunnen de kosten voor het verwerken van afval aanzienlijk zijn, maar deze worden vaak beschouwd als een

²¹ Artikel 2.3 van de Aanwijzing Opiumwet (2015).

essentieel onderdeel van verantwoordelijke bedrijfsvoering en naleving van de wet. De verwachting is dat hierbij hoge kosten komen kijken (investeringen in de infrastructuur voor afvalbeheer, operationele kosten, en kosten voor naleving van milieureguleringen en -standaarden) die hun weerslag zullen vinden op de prijs van de legale MDMA. Het grote voordeel is wel dat afval in dit geval niet in de natuur komt. Daarbij moet wederom gezegd worden dat bij een legale markt de illegale export blijft bestaan, en daarmee dus ook het afval van de illegale productie. De bovengenoemde stelling is dus alleen waar als de criminele productie van MDMA effectief wordt teruggedrongen.



“Internationale verdragen zijn nooit in beton gegoten, dus ook niet het internationale verbod op MDMA.”

Het verbod op MDMA is vastgelegd in het internationale verdragssysteem. Ten aanzien van het Verdrag inzake psychotrope stoffen uit 1971 valt MDMA onder het strengste regime, waardoor landen die partner zijn bij dat verdrag MDMA in hun eigen Opiumwet moeten opnemen. Aangezien dit verdrag verder geen sancties kent als een land iets anders doet, zou een eigen koers van Nederland in principe mogelijk moeten zijn.

De realiteit is een stuk weerbarstiger. Wat een land besluit op het ene terrein (MDMA uit de Opiumwet halen), kan flinke gevolgen hebben voor andere beleidsterreinen die voor Nederland relevant zijn. Denk hierbij aan de rechten van minderheden en rechtsgelijkheid, waarvoor Nederland zich internationaal sterk maakt. Door eenzijdig het verdrag van 1971 niet na te komen, verspeelt Nederland veel krediet. Dit kan een negatief effect hebben op de legitimiteit van andere verdragen die voor ons land belangrijk zijn.

Weging van de staatscommissie

/// De gezondheidseffecten van MDMA lijken verplaatsing van Lijst I naar Lijst II te legitimeren. De georganiseerde criminaliteit en de maatschappelijke schade die voortkomt uit hun productie- en handelspraktijken, maken het echter onwenselijk om MDMA nu van lijst te verplaatsen.

De staatscommissie heeft in de voorgaande paragrafen kaders willen aanbrengen in de discussie rondom regulering, repressie en de denkrichtingen die daartussen zitten. De staatscommissie heeft hierover zelf ook het gesprek gevoerd, onderling en met experts op het gebied van volksgezondheid, individuele gezondheid, opsporing en vervolging.

Op basis van de in hoofdstuk 2 beschreven schadelijkheid voor de gezondheid, is het niet vanzelfsprekend dat MDMA op Lijst I van de Opiumwet staat. Vergeleken met andere middelen op die lijst is MDMA lang niet zo schadelijk of verslavend. De veiligheidsrisico's die veertig jaar geleden aan het toen nog nieuwe ecstasy werden toegeschreven, zijn inmiddels grotendeels ontkracht. Zoals ook is beschreven, is er echter wel een (zeer) kleine kans dat mensen overlijden aan een dosis MDMA. Over de oorzaken daarvan is nog te weinig bekend. Er zijn zowel redenen om deze overlijdenskans aan te merken als een aanvaardbaar risico (dus een softdrug) als een onaanvaardbaar risico (een harddrug). In beide gevallen is plaatsing op de Opiumwet te verdedigen.

De staatscommissie is van mening dat MDMA op de Opiumwet moet blijven. Daarbinnen stelt de staatscommissie dat de individuele en gezondheidsrisico's en de door gebruikers veroorzaakte overlast beperkt genoeg zijn om plaatsing van MDMA op Lijst II te rechtvaardigen. De risico's van MDMA zijn vergelijkbaar of zelfs kleiner dan andere risico's die wij als samenleving acceptabel vinden, zoals verkeersdeelname, ruiter- en bergsport en het drinken van alcohol. MDMA zou dan een middel zijn met een *aanvaardbaar* gezondheidsrisico. De effecten van een dergelijke stap hebben op diverse terreinen weer een andere uitwerking.

Gebruikers

Voor de huidige groep gebruikers leidt plaatsing op Lijst II niet tot verandering. Nu al is gebruik niet verboden, en zeer kleine gebruikershoeveelheden worden gedoogd. Mensen die MDMA willen gebruiken, weten nu al de testservice van het DIMS te vinden, en op evenementen durven ze bij een incident naar de EHBO te gaan zonder angst voor vervolging.

Voor sommige mensen die momenteel geen MDMA gebruiken, kan de classificering van onaanvaardbaar naar aanvaardbaar risico het laatste zetje zijn om alsnog te overwegen een keer of vaker MDMA te gebruiken. Het gebruik in Nederland ligt echter nu al op een hoog niveau, waardoor een grote toename niet aannemelijk is. Wellicht kan plaatsing op Lijst II wel van effect zijn op de frequentie van gebruik: dat de huidige populatie gebruikers vaker MDMA gaat gebruiken omdat het risico aanvaardbaar is. Hierbij moet worden herhaald dat de ingeschatte schadelijkheid van MDMA in recente jaren is gedaald.

Criminaliteit

Voor de criminaliteit heeft plaatsing op Lijst II wél – maar dan vooral ongewenste – gevolgen. De strafmaat voor productie en handel gaat in een dergelijk scenario omlaag, waardoor de ondergrondse MDMA-industrie voor criminelen nóg aantrekkelijker kan worden. De lage strafmaat komt bovenop de voor criminele bendes aantrekkelijke infrastructuur die Nederland al jaren biedt voor de productie van MDMA. Het is daarbij niet alleen zo dat plaatsing op Lijst II voor Nederlandse criminelen de productie en handel van MDMA nog aantrekkelijker maakt; het maakt Nederland ook aantrekkelijker voor buitenlandse criminelen om hun activiteiten voort te zetten dan wel te ontplooiën – ook weer dankzij de hier reeds bestaande infrastructuur. Hier kan wel tegenin worden gebracht dat de strafmaat voortkomend uit de Opiumwet - ongeacht de lijst waarop MDMA staat - slechts een onderdeel is van de complete aanklacht tegen een opgerolde drugsbende. Het kan echter wel invloed hebben op de toepasbaarheid van bijvoorbeeld artikelen die zien op 'het deelnemen aan een criminele organisatie'.

Plaatsing op Lijst II kan ook voor de opsporing consequenties hebben. De politie en het Openbaar Ministerie maken hun eigen afwegingen in de prioritering van opsporing. Daarbij is de strafmaat een belangrijke factor. Als die lager komt te liggen, dan is het mogelijk dat er minder middelen ingezet worden op de opsporing en bestrijding van de illegale MDMA-industrie. Gezien de grote impact op het maatschappelijk leven van deze vorm van criminaliteit is dat niet aannemelijk, maar politie en justitie worden dan wel gehinderd door juridische belemmeringen zoals het niet langer strafbaar zijn van voorbereidingshandelingen en het niet toe kunnen passen van voorlopige hechtenis in bepaalde gevallen. Wél wordt door de aanzuigende werking op de criminaliteit mogelijk juist méér gevraagd van de politie, terwijl de opsporingscapaciteit nu al onder druk staat.

Conclusie

De staatscommissie pleit voor een debat over drugsbeleidshervorming dat gebaseerd is op wetenschappelijke inzichten over de werkelijke effecten van deze hervormingen. Dit debat dient te leiden tot een integrale toekomstvisie die recht doet aan de complexe problematiek waarmee alle betrokken legitieme partijen te maken hebben. Totdat de georganiseerde criminaliteit is teruggedrongen en dit debat gevoerd is, oordeelt de staatscommissie dan ook dat het onverstandig is MDMA uit de Opiumwet te schrappen of te verplaatsen naar Lijst II.

Aanbevelingen

1 Voer het maatschappelijke en politieke debat over de toekomst van het drugsbeleid op basis van wetenschappelijke inzichten.

De staatscommissie heeft geconstateerd dat er oneigenlijke argumenten in het debat over de toekomst van het drugsbeleid gebruikt worden. Er is veel kennis over de effectiviteit van drugsbeleidsinterventies die niet of nauwelijks wordt gebruikt in het gepolariseerde debat. De staatscommissie roept op om ruimte te bieden aan wetenschappelijk onderbouwde ‘tussenposities’.

2 Handhaaf onder de huidige omstandigheden de plaatsing van MDMA op Lijst I van de Opiumwet.

De gezondheidseffecten zijn in vergelijking met andere verboden middelen niet ernstig en lijken dan ook verplaatsing te legitimeren. Maar los van de discussie over de gezondheidseffecten concludeert de staatscommissie dat het debat over MDMA in zekere zin gegijzeld wordt door de criminaliteit. Totdat de zekerheid gegeven is dat de georganiseerde criminaliteit wordt teruggedrongen en de mogelijkheden tot regulering concreet zijn uitgewerkt, is het onverstandig om op dit moment MDMA uit de Opiumwet te schrappen, noch op Lijst II te plaatsen.

Literatuurlijst

- Amsterdam, J.G.C. van, A. Opperhuizen, M.W.J. Koeter, L.A.G.J.M. van Aerts en W. van den Brink, [Ranking van drugs: Een vergelijking van de schadelijkheid van drugs](#) (Bilthoven: RIVM 2009).
- Beek, Ruben van, Karin Monshouwer, Frederiek Schutten, Wouter den Hollander, Rosa Andree en Margriet van Laar, [Het Grote Uitgaansonderzoek 2023](#) (Utrecht: Trimbos-instituut 2024).
- Blijker, Jeroen den, ["Aboutaleb bepleit mediastilte in strijd tegen drugsgeweld"](#), *Trouw* (25 januari 2024).
- Bonnet, Udo, Michael Specka, Michael Soyka, Thomas Alberti, Stefan Bender, Torsten Grigoleit, Leopold Hermlé, Jörg Hilger, Thomas Hillemacher, Thomas Kuhlmann, Jens Kuhn, Christian Luckhaus, Christel Lüdecke, Jens Reimer, Udo Schneider, Welf Schroeder, Markus Stuppe, Gerhard A. Wiesbeck, Norbert Wodarz, Heath McAnally en Norbert Scherbaum, ["Ranking the Harm of Psychoactive Drugs Including Prescription Analgesics to Users and Others-A Perspective of German Addiction Medicine Experts"](#), *Frontiers in Psychiatry* 11.592199 (26 oktober 2020).
- Burton, Robyn, Clive Henn, Don Lavoie, Rosanna O'Connor, Clare Perkins, Kate Sweeney, Felix Greaves, Brian Ferguson, Caryl Beynon, Annalisa Belloni, Virginia Musto, John Marsden en Nick Sheron, ["A rapid evidence review of the effectiveness and cost-effectiveness of alcohol control policies: an English perspective"](#), *The Lancet* 389.10078 (15 april 2017) 1558-1580.
- Evenementenorganisatie Amsterdam, ["Conference Dealing with Drugs: Cities and the quest for regulation"](#) (Gemeente Amsterdam).
- Halsema, Femke, ["As the mayor of Amsterdam, I can see the Netherlands risks becoming a narco-state"](#), *The Guardian* (5 januari 2024).
- Heuvel, John van den, ["Nieuwe politiebaas wil drugs legaliseren: wat uit te leggen aan FBI en DEA"](#), *De Telegraaf* (31 januari 2024).
- Kools, John-Peter, Margriet van Laar en Thomas Martinelli, ["Hedendaagse drugsituatie vraagt om hedendaags beleid"](#), *trimbos.nl* (2024).
- LEAP Nederland, ["30 januari Symposium: Hoe verder met het drugsbeleid?"](#), *Leap-Europe.org* (26 november 2023).
- Nabben, Ton, [High Amsterdam: Ritme, roes en regels in het uitgaansleven](#) (Amsterdam: Rozenberg Publishers 2010).
- Rijksoverheid, [Aanwijzing Opiumwet](#) (2015).
Rijksoverheid, [Geneesmiddelenwet](#) (2024).
Rijksoverheid, [Opiumwet](#) (2024).
- Rolles, Steve, Harvey Slade en James Nicholls, [How to regulate Stimulants: A practical guide](#) (Bristol: Transform Drug Policy Foundation 2020).
- Rotermann, Michelle, ["What has changed since cannabis was legalized?"](#), *StatCan.gc.ca* (21 februari 2020).
- Rubin-Kahana, Dafna Sara, Jean-François Crépault, Justin Matheson en Bernard Le Foll, ["The impact of cannabis legalization for recreational purposes on youth: A narrative review of the Canadian experience"](#), *Frontiers in psychiatry* 13.984485 (23 september 2022).
- Slotboom, Anton, ["Rotterdamse burgemeester Aboutaleb: 'Miljoenen extra nodig voor aanpak drugscriminaliteit'"](#), *Trouw* (16 februari 2024).
- Spronk, Desirée, ["Lachgas"](#), *trimbos.nl* (z.d.).
- VN-Mensenrechtenraad, [Human rights challenges in addressing and countering all aspects of the world drug problem: Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights](#) (Genève: Bureau van de Hoge Commissaris van de Verenigde Naties voor de Mensenrechten 2023).
- Zonder auteur, ["3-MMC: Risico's"](#), *DrugsInfo* (zonder datum).
- Zonder auteur, ["Bij drug 4-FA werkt een slecht imago beter dan een verbod"](#), *NOS* (18 december 2017).

Deel II: De therapeutische toepassing van MDMA Introductie

Een nieuwe wind

Hoofdstuk 1 beschreef de maatschappelijke ontwikkelingen die in de jaren 60 bijdroegen aan het einde van het klinisch onderzoek naar psychedelica-ondersteunde therapie. Sinds het begin van de 21e eeuw waait er echter een nieuwe wind. Het wetenschappelijk onderzoek naar het therapeutisch potentieel van psychedelische stoffen is weer opgepakt.

Deze heropleving is te danken aan een aantal ontwikkelingen. De staatscommissie bespreekt er drie, die het meest invloedrijk waren.

Het uitblijven van effectieve innovatie

Ten eerste bevindt de biologische psychiatrie zich sinds het einde van de vorige eeuw in een crisis. Psychische aandoeningen worden al decennialang en in toenemende mate behandeld met medicatie, zoals antidepressiva, kalmeringsmiddelen, opioïde pijnstillers en andere psychoactieve middelen.¹ Het aantal patiënten wordt echter niet kleiner. Integendeel: deze groep patiënten lijkt alleen maar groter te worden. De biologische psychiatrie, weliswaar ondersteund door innovatieve medische technologieën, heeft niet bijgedragen aan een vermindering van het aantal psychische stoornissen. Dit was wel de verwachting.

Ondertussen maakte de inrichtingspsychiatrie (waarin psychiatrische ziekenhuizen de hoofdrol speelden) plaats voor een ambulante aanpak. Medicijnen moesten het daarbij mogelijk maken voor patiënten om beter te re-integreren in de samenleving. Dat lukte echter maar ten dele en men kwam vaak niet verder dan het onderdrukken van symptomen.

Interessant in deze ontwikkeling is de plaats voor traumagerelateerde aandoeningen. Sinds 1980 is er een eigen plaats gegeven aan bekende stoornissen die al lang geassocieerd werden met oorlog, blootstelling aan doodsb bedreiging en ernstig letsel. Het werkingsmechanisme van de biologische psychiatrie ging maar ten dele op voor de behandeling van deze stoornissen, in het bijzonder de posttraumatische stressstoornis (PTSS). Bepaalde traumagerelateerde klachten waren weliswaar te verminderen door het dagelijks gebruik van antidepressiva, maar dat was niet voldoende voor het werkelijk verwerken van het trauma.²

Inmiddels zijn we in een situatie beland waarin de biologische psychiatrie al decennialang geen nieuwe effectieve behandelingen heeft voortgebracht. Sommige farmaceutische bedrijven hebben zich actief teruggetrokken uit het onderzoek naar nieuwe middelen tegen psychische stoornissen.

Mentale gezondheid krijgt gepaste aandacht

Ten tweede is er een toenemend maatschappelijk bewustzijn over de individuele en collectieve ziektelast van psychische stoornissen. Lange tijd was het gebruikelijk deze last te ontkennen of deze zelfs te ridiculiseren. Mensen met psychische gezondheidsklachten of -aandoeningen zijn, meer dan mensen met lichamelijke ziekten, nog steeds het slachtoffer van stigmatisering.³ Er is sinds kort echter meer aandacht voor destigmatisering en een goede erkenning en behandeling van psychische problemen, zoals depressie, angststoornissen en verslavingen. De Nederlandse regering bood hierom in 2022 de nota "Mentale gezondheid: van ons allemaal" aan aan de Tweede Kamer.⁴ Ook op Europees niveau staat het onderwerp op de agenda en in 2023 publiceerde de Europese Commissie een

1 Petra Gaffke et al., "1,2 miljoen Nederlanders slikken antidepressiva, dat zijn meer mensen dan ooit: 'Medisch model wordt te snel toegepast'", *EenVandaag* (2023).

2 Anne Harrington, "Mental Health's Stalled (Biological) Revolution: Its Origins, Aftermath & Future Opportunities", *Daedalus* (2023).

3 Wulf Rössler, "The stigma of mental disorders: A millennia-long history of social exclusion and prejudices", *EMBO reports* (2016).

4 Maarten van Ooijen et al, "Aanbieding aanpak 'Mentale gezondheid: van ons allemaal'" (2022).

strategie om de mentale gezondheid in Europa te verbeteren.⁵ Deze ontwikkelingen dragen bij aan een hernieuwde aandacht voor nieuwe behandelingen, maatschappelijk bewustzijn, en ook voor nieuwe vormen van preventie.

Alhoewel de staatscommissie zich in dit rapport richt op MDMA-ondersteunde therapie, onderstreept zij ook dat voorkomen altijd beter is dan genezen achteraf. Dit is ook een maatschappelijke uitdaging. Het Trimbos-instituut wijst bijvoorbeeld op verschillende ontwikkelingen die bijdragen aan de toename van mentale gezondheidsklachten, zoals sterke individualisering van de samenleving, flexibilisering van de arbeidsmarkt, ongenueanceerde nadruk op zelfredzaamheid, eenzaamheid en afnemende sociale cohesie.⁶ De Europese Commissie wijst daarnaast ook nog op de gevolgen van de coronapandemie, de impact van de oorlog in Europa (in Oekraïne) en op andere plekken in de wereld, de energiecrisis, inflatie, klimaatverandering, verlies van biodiversiteit en milieuvervuiling.⁷ De staatscommissie erkent dat de tijd waarin wij leven vraagt om een integrale benadering voor het bevorderen van onze mentale gezondheid en het effectief behandelen van psychische aandoeningen.

Er valt veel te winnen bij de bevordering van onze mentale gezondheid en het terugdringen van psychische stoornissen – zowel vanuit medemenselijkheid als vanuit economisch oogpunt. In Nederland gaat 25 procent van de collectieve uitgaven naar de gezondheidszorg, waarvan een steeds groter gedeelte naar de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Tussen 2003 en 2018 stegen de uitgaven aan de ggz van 5 naar 8 miljard euro.⁸

Het effectief voorkomen van psychische stoornissen kan financiële en personele middelen vrijmaken voor behandelingen die echt bijdragen aan het genezen van ggz-patiënten. Er zijn diverse initiatieven, waaronder ook de MDMA-ondersteunde therapie, die als baanbrekend kunnen worden beschouwd. Hiermee is het van groot belang dat voor een dergelijke behandeling – met gebleken effectiviteit en veiligheid – voldoende geld en personeel vrij gemaakt moet worden voor een bestending in de zorg.

Het stigma rondom psychedelica neemt af

Ten derde spelen bepaalde ontwikkelingen benoemd in het voorgaande deel van dit rapport een rol. In verschillende landen en diverse steden beginnen beleidsmakers vragen te stellen bij het nut, de effectiviteit en de uitwassen van de internationale *War on Drugs*. Ze vragen zich onder andere af of de gevaren van het gebruik van psychedelica als MDMA en psilocybine in het verleden niet te zwaar zijn ingeschat, en of (alle) psychedelica wel op een lijst met verboden middelen moesten staan. Binnen de psychiatrie leiden deze maatschappelijke ontwikkelingen in ieder geval tot stagnatie van kennisopbouw en klinisch-wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit en veiligheid van psychedelica.⁹

⁵ Directoraat-generaal Gezondheid en Voedselveiligheid, *A comprehensive approach to mental health* (2023) 1.

⁶ Laura Shields-Zeeman et al., *Samen werken aan een mentaal gezonde samenleving: Bouwstenen voor mentale gezondheidsbevordering en preventie* (Utrecht: Trimbos-instituut 2021) 5.

⁷ Directoraat-generaal Gezondheid en Voedselveiligheid, *A comprehensive approach to mental health* (2023) 1.

⁸ "Troonrede biedt aanknopingspunten voor Preventieakkoord GGZ", Trimbos-instituut (2018).

⁹ David Nutt et al., "Effects of Schedule I drug laws on neuroscience research and treatment

Binnen deze context ontstond begin deze eeuw, onder andere naar aanleiding van diverse goed geprogrammeerde onderzoeksinitiatieven,¹⁰ een hernieuwde wetenschappelijke belangstelling voor therapeutische toepassing van psychedelica.¹¹ In de wetenschap is het stigma rondom het onderzoek naar de therapeutische toepassing van psychedelica afgenomen. Er worden weer klinische studies ontworpen en uitgevoerd, die methodologisch steeds beter zijn en in omvang steeds groter worden. De resultaten van deze nieuwe studies zijn zozeer baanbrekend dat ze van de FDA de status *Breakthrough Therapy* hebben gekregen.

Zoals bij elke innovatie zijn er ook kritische geluiden te horen,¹² bijvoorbeeld over de blinding bij de onderzoeken en de langetermijneffecten van de behandeling, en worden studievoorstellen steeds verder verbeterd.¹³ Een gevolg hiervan, en van de drie hiervoor besproken ontwikkelingen, is dat behandelaren en hulpzoekenden tegenwoordig met meer openheid en acceptatie spreken over het steunen van onderzoek naar en de ontwikkeling van behandelmethoden die lange tijd taboe waren. De volgende hoofdstukken gaan in op deze nieuwe ontwikkelingen.

innovation", *Nature Reviews Neuroscience* (2013).

10 Mede onder aansturing van psychofarmacoloog Roland Griffith aan het Johns Hopkins Instituut in Baltimore.

11 Michael Pollan, *How to Change Your Mind* (London 2018) 29.

12 L. Jacob Flaming et al., "Expectancy Effects Cannot Be Neglected in MDMA-Assisted Therapy Research", *ACS Chemical Neuroscience* (2023).

13 Michiel van Elk et al., "History repeating: guidelines to address common problems in psychedelic science", *Therapeutic Advances in Psychopharmacology* (2023).

Leeswijzer

Hoofdstuk 5 gaat in op de definitie en de symptomen van PTSS, de bestaande behandelingen en de effectiviteit daarvan. Vervolgens beschrijft het MDMA-ondersteunde therapie en geeft het een overzicht van onderzoeken naar de effectiviteit en veiligheid van deze nieuwe behandeling. Ook benoemt de staatscommissie enkele aandachtspunten die nader onderzoek vereisen. Het oordeel van de staatscommissie is dat MDMA-AT een veelbelovende, effectieve behandeling is, die voorziet in een behoefte voor behandelaren en patiënten.

Hoofdstuk 6 betreft een juridische analyse van de rechten en plichten rondom MDMA-AT. Hierbij staan mensenrechten, de drugsverdragen van de Verenigde Naties, Europese wetgeving en Nederlandse wetgeving centraal.

Hoofdstuk 7 beantwoordt de vraag of MDMA-AT beschikbaar wordt of kan worden gemaakt in Nederland. Hier ziet de staatscommissie verschillende uitdagingen, zoals het ontbreken van een voor de hand liggende financiële stimulans voor de farmaceutische industrie om deze behandeling te laten registreren op Europees of nationaal niveau. De staatscommissie beschrijft verschillende zogenoemde alternatieve routes en noemt hierbij de voor- en nadelen van deze alternatieven. Op zoek naar oplossingen die elders lijken te werken kijken we ook naar de implementatie van MDMA-AT in Australië en de Verenigde Staten, en de lange ervaring in Zwitserland.

Hoofdstuk 8 laat zien dat MDMA-AT al een eigen leven begint te leiden in Nederland buiten de wettelijke kaders om. Er lijkt sprake van een groeiende belangstelling voor en vraag naar MDMA-AT buiten de reguliere zorginstellingen. De staatscommissie ziet dat dit leidt tot verschillende onwenselijke ontwikkelingen, namelijk 1) patiënten en belangstellenden die bij wijze van experiment zelf een therapeutisch effect nastreven onder invloed van illegaal geproduceerde en verhandelde ecstasy; 2) zorgprofessionals en patiënten die beiden overtuigd zijn van de effectiviteit en veiligheid van MDMA-AT, elkaar vinden en een illegale behandelafpraak maken; en 3) commerciële aanbieders van therapieën geïnspireerd door MDMA-AT, die patiënten behandelen zonder dat ze daartoe bekwaam zijn. De staatscommissie constateert in dit hoofdstuk dat hier geen effectief toezicht op bestaat en dat er geen mogelijkheden bestaan voor patiënten met slechte ervaringen om hun beklag te doen.

Literatuurlijst

Directoraat-generaal Gezondheid en Voedselveiligheid, *A comprehensive approach to mental health* (Brussel: Europese Commissie 7 juni 2023) 1.

Elk, Michiel van en Eiko I. Fried, "History repeating: guidelines to address common problems in psychedelic science", *Therapeutic Advances in Psychopharmacology* 13 (2023) 1-20.

Flameling, L. Jacob, Jacob S. Aday en Michiel van Elk, "Expectancy Effects Cannot Be Neglected in MDMA-Assisted Therapy Research", *ACS Chemical Neuroscience* 14.23 (2023) 4062-4063.

Gaffke, Petra en Mirjam Bartelsman, "1,2 miljoen Nederlanders slikken antidepressiva, dat zijn meer mensen dan ooit: 'Medisch model wordt te snel toegepast'", *EenVandaag* (14 februari 2023).

Harrington, Anne, "Mental Health's Stalled (Biological) Revolution: Its Origins, Aftermath & Future Opportunities", *Daedalus* 152.4 (2023) 166-178.

Nutt, David, Leslie King en David Nichols, "Effects of Schedule I drug laws on neuroscience research and treatment innovation", *Nature Reviews Neuroscience* 14.8 (2013) 577-585.

Ooijen, Maarten van, Conny Helder, Robbert Dijkgraaf, Dennis Wiersma, Gunay Uslu, Karien van Gennip en Carola Schouten, "Aanbieding aanpak 'Mentale gezondheid: van ons allemaal'", [3382139-1030472-PG] (10 juni 2022).

Pollan, Michael, *How to Change Your Mind* (London 2018) 29.

Rössler, Wulf, "The stigma of mental disorders: A millennia-long history of social exclusion and prejudices", *EMBO reports* 17.9 (2016) 1250.

Shields-Zeeman, Laura, Marja van Bon-Martens en Filip Smit, *Samen werken aan een mentaal gezonde samenleving: Bouwstenen voor mentale gezondheidsbevordering en preventie* (Utrecht: Trimbos-instituut 2021) 5.

"Troonrede biedt aanknopingspunten voor Preventieakkoord GGZ", *Trimbos-instituut* (18 september 2018).

5 MDMA- ondersteunde therapie

Inleiding

De laatste jaren is MDMA onder meer in het nieuws vanwege het recreatieve gebruik en de illegale productie en handel. Daarnaast staat het ook in de belangstelling als mogelijke nieuwe therapeutische toepassing bij bepaalde psychische klachten. Het gaat daarbij met name om het zich opstapelende bewijs voor de effectiviteit van MDMA-ondersteunde therapie (MDMA-AT¹) bij de behandeling van patiënten met langdurig bestaande klachten van PTSS.

1 De afkorting MDMA-AT staat voor de gangbare Engelstalige benaming *MDMA-assisted therapy*.

5 MDMA- ondersteunde therapie

Constateringen

De staatscommissie constateert het volgende:



/// Er is een aantal bewezen effectieve behandelingen voor PTSS, zoals farmacotherapie, cognitieve gedragstherapie (CGT) en Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Niet alle patiënten blijken hier voldoende baat bij te hebben. Er zijn patiënten met een chronische of therapieresistente PTSS waarvoor nog te weinig behandel mogelijkheden zijn.

/// De lijdensdruk van patiënten met PTSS is hoog. En ook de zorglasten voor de naasten zijn aanzienlijk, net als de zorgkosten en de druk op de zorgpersoneels capaciteit.



/// MDMA-AT is een bewezen effectieve interventie voor de behandeling van PTSS. Deze behandeling kan uitkomst bieden voor patiënten bij wie CGT en EMDR met of zonder farmacotherapie niet afdoende werkt.

/// De specifieke behandeling waarvan de effectiviteit onderzocht is, bestaat uit twee tot drie MDMA-ondersteunde therapie sessies, gevolgd door therapeutische integratiesessies. Bij alle sessies zijn twee behandelaren aanwezig en één patiënt.



/// Er is voldoende bewijs om te constateren dat MDMA-ondersteunde therapie bij PTSS binnen een klinische gecontroleerde setting niet alleen effectief is, maar ook relatief veilig.



/// **Er is geen wetenschappelijk bewijs dat het (herhaald) toedienen van enkel MDMA zonder psychotherapie een effectieve interventie is voor de behandeling van PTSS.** Er is geen onderzoek verricht naar MDMA als een puur-medicamenteuze interventie, aangezien er ook geen aanwijzingen zijn dat dit werkzaam is.

/// **Voor de advisering kijkt de staatscommissie alleen naar de behandeling van PTSS met MDMA-AT, dus behandeling met MDMA in combinatie met psychotherapie.** Over de mogelijke toepassing van MDMA-AT bij andere psychiatrische of neurologische aandoeningen is nog te weinig bekend om daar op dit moment met enige zekerheid uitspraken over te doen. De staatscommissie is zich ervan bewust dat op termijn een bredere toepassing zou kunnen plaatsvinden van MDMA-AT in de behandelkamer, dus voor andere aandoeningen dan PTSS.



/// **MDMA-AT voor behandeling van ernstige en doorgaans langdurige PTSS in klinische studies is steeds uitgevoerd binnen de bestaande wettelijke kaders.** Het gebeurde met MDMA van farmaceutische kwaliteit, en werd uitgevoerd door hiervoor gecertificeerde therapeuten in speciaal daartoe uitgeruste behandelomgevingen.

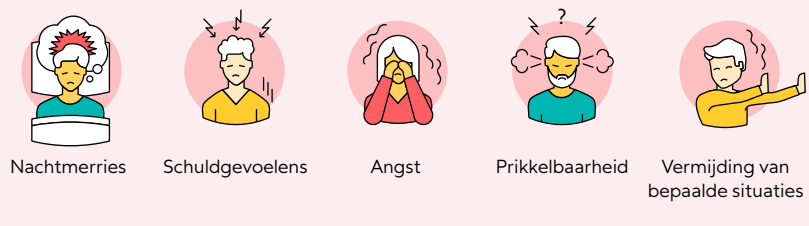
/// **De staatscommissie ziet MDMA-ondersteunde therapie als een veelbelovende behandeling, die effectief is en voorziet in een behoefte van mensen met lang bestaande of therapieresistente PTSS.**

Posttraumatische stressstoornis

/// Er is een aantal bewezen effectieve behandelingen voor PTSS, zoals farmacotherapie, cognitieve gedragstherapie (CGT) en Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Niet alle patiënten blijken hier voldoende baat bij te hebben. Er zijn patiënten met een chronische of therapieresistente PTSS waarvoor nog te weinig behandelmogelijkheden zijn.

Figuur 1

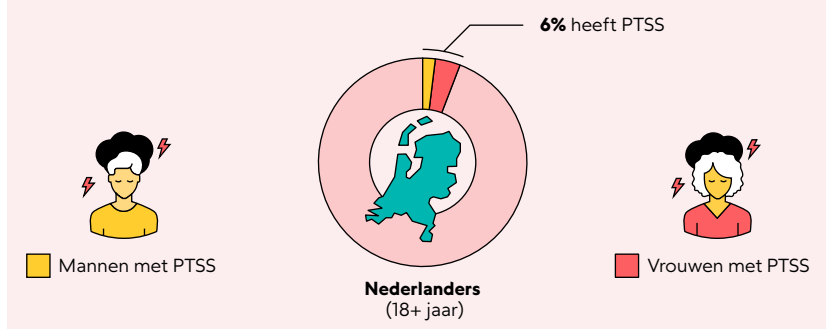
Kenmerkende symptomen van posttraumatische stressstoornis (PTSS).



Nachtmerries, angst, schuldgevoelens, prikkelbaarheid en vermijding. Het zijn maar enkele van de symptomen van een posttraumatische stressstoornis. De kwaliteit van het leven van een geschatte 400.000 Nederlanders lijdt onder deze aandoening. De oorzaak kan zijn het meemaken van een potentieel traumatiserende gebeurtenis, waarbij sprake is van confrontatie met de dood, ernstig letsel of ook (vroegkinderlijk) fysiek, emotioneel of seksueel misbruik.² PTSS komt twee keer zoveel voor bij vrouwen als bij mannen, onder andere omdat vrouwen vaker slachtoffer zijn van seksueel geweld. Ook bij bepaalde beroepen komt PTSS meer voor dan gemiddeld, zoals bij zorgmedewerkers, politiefunctionarissen, defensiepersoneel, brandweermensen en treinmachinisten en -conducteurs.³

Figuur 2

Posttraumatische stressstoornis komt vaker voor bij vrouwen.



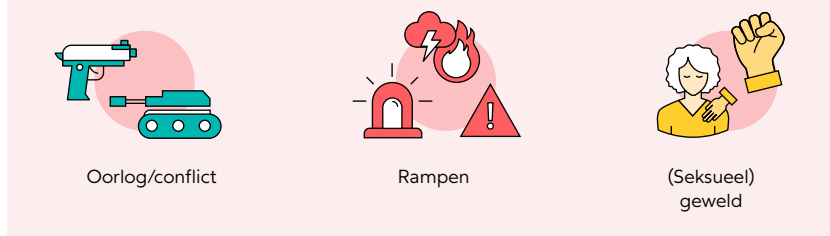
² Zorginstituut Nederland, *Verbetersignalement: Posttraumatische stress-stoornis* (2020) 4-10.

³ VZinfo.nl, "Posttraumatische stressstoornis" en subpagina's (RIVM).

De symptomen kunnen bestaan uit het herbeleven van het trauma in flashbacks en nachtmerries, slecht slapen, het vermijden van gesprekken, plaatsen en mensen, overdreven waakzaamheid, het onvermogen positieve emoties te ervaren, angst en soms ook gevoelens van schuld en schaamte. Deze symptomen kunnen leiden tot prikkelbaarheid, depressie en lichamelijke klachten, maar ook verslaving en soms zelfdestructief gedrag. Niet alleen de kwaliteit van het leven van de mensen met posttraumatische stress lijdt hieronder, het heeft ook invloed op de levens van naasten. Bovendien brengt het maatschappelijke druk met zich mee.⁴

Figuur 3

Oorzaken posttraumatische stressstoornis (PTSS).



Van de geschatte 400.000 mensen met PTSS, krijgen er jaarlijks circa 90.000 hulp in de ggz. Daarnaast speelt PTSS een rol bij naar schatting 18 tot 23 procent van alle mensen die in de ggz hulp zoeken. Uit onderzoek van Zorginstituut Nederland blijkt dat ongeveer 39 procent van de mensen met PTSS een traumagerichte behandeling krijgt, wat de interventie van eerste voorkeur is. In 2020 schreef het Zorginstituut een signalement over PTSS, waarin het opriep om mensen met PTSS meer traumagerichte psychologische behandelingen aan te bieden.⁵

Figuur 4

PTSS komt vaker voor bij mensen met geüniformeerde beroepen.

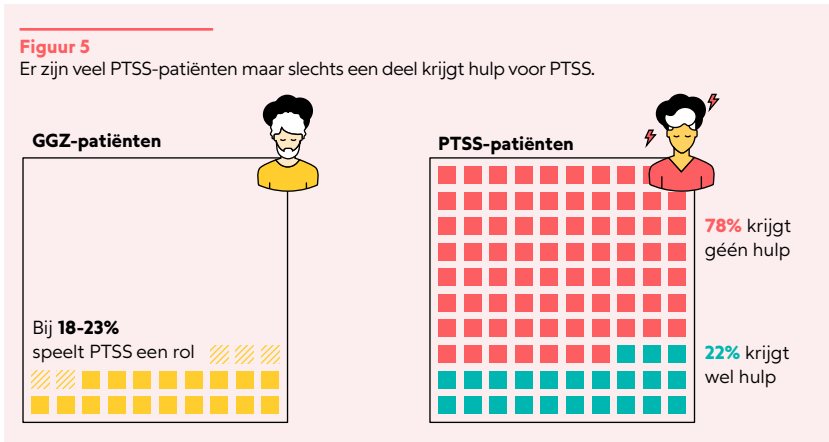


⁴ Zorginstituut Nederland, *Verbetersignalement: Posttraumatische stress-stoornis* (2020) 4-10.

⁵ Zorginstituut Nederland, *Verbetersignalement: Posttraumatische stress-stoornis* (2020) 4.

Beschikbare behandelingen voor PTSS

Het Zorginstituut Nederland adviseert in zijn rapport een behandeling voor PTSS met traumagerichte psychotherapie. Patiënten ontvangen nu hoofdzakelijk cognitieve traumagerichte gedragstherapie (TF-CGT), bijvoorbeeld exposuretherapie, of *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR). Er worden ook andere interventies aangeboden waarbij exposure centraal staat. Bij een deel van de behandelde personen nemen hierna de symptomen en gezondheidsklachten af. Zij ervaren een toename in de kwaliteit van leven en van het sociaal en werkgerelateerd functioneren.



Van de 90.000 mensen met PTSS in de ggz ontvangt 61 procent geen traumagerichte behandeling. Bijvoorbeeld omdat er geen plaats is of soms ook omdat de patiënt de behandeling als te intensief ervaart en de behandeling te veel angst oproept. Deze patiënten blijven kampen met symptomen, en komen niet goed toe aan trauma-verwerking. In plaats van een traumagerichte behandeling, ontving het merendeel van deze groep een combinatie van een ondersteunende behandeling (bijvoorbeeld gesprekscontacten waarbij het leren reguleren van stress en emoties centraal staat) en farmacotherapie, meestal benzodiazepinen en/of bepaalde antidepressiva.⁶

Benzodiazepinen zijn potentieel verslavende middelen die vaak worden voorgeschreven bij slaap- en angstproblemen, en daarom ook bij PTSS. Ook worden er antidepressiva voorgeschreven bij PTSS. Het betreft hier altijd symptoombehandeling en geen medicamenteuze behandeling van de PTSS zelf. Er zijn twee middelen geregistreerd voor de behandeling van PTSS.⁷ Uit recent onderzoek blijkt echter dat die vaak tot chronisch gebruik leiden en niet beter zijn dan psychotherapie.⁸ In zijn rapport riep het Zorginstituut artsen ook op minder benzodiazepine voor te schrijven.⁹ Medicatie wordt alleen voorgeschreven voor specifieke symptomen bij crises, extreme angst, slapen of ontregelende achterdocht.

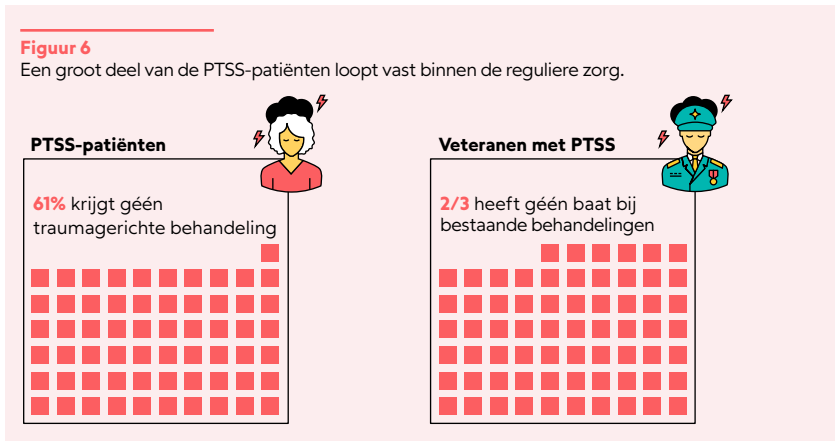
⁶ Zorginstituut Nederland, *Verbetersignalement: Posttraumatische stress-stoornis* (2020) 14, 55.

⁷ Dit betreft de selectieve serotonineheropnameremmers sertraline en paroxetine.

⁸ Ghazi Al Jowf et al., To Predict, Prevent, and Manage Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD): A Review of Pathophysiology, Treatment, and Biomarkers, *International Journal of Molecular Sciences* (2023) 5238.

⁹ Zorginstituut Nederland, *Verbetersignalement: Posttraumatische stress-stoornis* (2020) 4.

Het Zorginstituut Nederland wijst exposuretherapie aan als de voorkeursbehandeling voor PTSS. Deze vorm van therapie, die patiënten op een systematische en gecontroleerde manier blootstelt aan traumagerelateerde herinneringen, heeft bewezen effectief te zijn in het verminderen van PTSS-symptomen. Door de confrontatie met traumatische ervaringen in een veilige therapeutische omgeving kunnen patiënten leren hun angst te verminderen en een nieuwe betekenis aan hun ervaringen te geven. Deze aanpak wordt consistent ondersteund door klinisch onderzoek en wordt als eerstekeuzebehandeling aanbevolen in richtlijnen voor PTSS-behandeling.¹⁰



Hoewel bestaande traumagerichte therapie voor een deel van de patiënten effectief is, reageert een ander deel niet afdoende. Zij blijven worstelen met de symptomen van PTSS. Dit is in het bijzonder zo bij specifieke doelgroepen, vaak geüniformeerde beroepsgroepen. Bij veteranen in behandeling voor PTSS is onderzocht hoe effectief de beschikbare behandelingen zijn. Slechts een derde van hen bleek met de beschikbare behandelingen van hun PTSS-diagnose af te komen.¹¹

/// De lijdensdruk van patiënten met PTSS is hoog. En ook de zorglasten voor de naasten zijn aanzienlijk, net als de zorgkosten en de druk op de zorgpersoneelscapaciteit.

Over de gehele Nederlandse patiëntenpopulatie met PTSS zullen de bestaande behandelingen dus bij enkele tienduizenden niet aanslaan. Deze patiënten hebben al enkele therapieën geprobeerd maar hadden daar geen baat bij. Dit wordt “therapieresistent” genoemd – wat overigens niet betekent dat zij bij geen enkele therapie gebaat zouden zijn. Deze patiënten blijven kampen met een hoge lijdensdruk, vaak gecompliceerd door bijkomende problematiek zoals depressie, angststoornissen of middelenmisbruik en een verhoogd risico op suïcidaal gedrag of een wens tot een andere vorm van levensbeëindiging.¹²

¹⁰ Zorginstituut Nederland, *Verbetersignalement: Posttraumatische stress-stoornis* (2020) 9-11.

¹¹ Maria Steenkamp et al., "Psychotherapy for Military-Related PTSD: A Review of Randomized Clinical Trials", *Journal of the American Medical Association* (2015) 489-500.

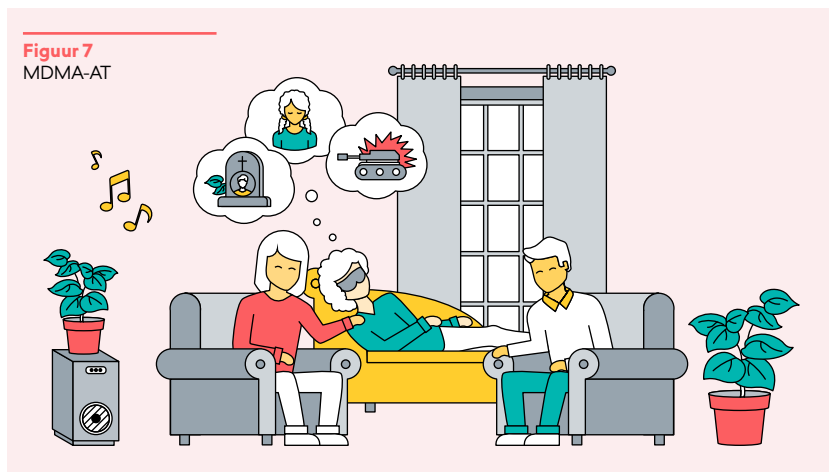
¹² Rahat Akbar et al., "Posttraumatic stress disorder and risk of suicidal behavior: A systematic review and meta-analysis", *Suicide and Life-Threatening Behavior* (2022) 163-185.

De staatscommissie stelt vast dat deze therapieresistente patiëntengroep geholpen moet worden. Dat is niet alleen van belang voor het verbeteren van hun levenskwaliteit en die van hun naasten, maar ook om de algehele maatschappelijke en economische belasting als gevolg van PTSS te verminderen. Hierbij wil de staatscommissie ook opmerken dat in sommige gevallen PTSS voorkomen kan worden, wanneer slachtoffers tijdig na het ervaren van een traumatische gebeurtenis hulp kunnen zoeken.

De staatscommissie roept de regering op meer onderzoek mogelijk te maken naar variaties op bestaande behandelmethoden en naar innovatieve nieuwe behandelmethoden, in het bijzonder de inmiddels bewezen effectieve MDMA-AT. Het verkennen van deze en andere nieuwe interventies kan leiden tot effectievere behandelingen en kan beter aansluiten bij een gepersonaliseerde zorg, waarbij patiënt en behandelaar samen besluiten welke behandeling aansluit bij de individuele behoeften en omstandigheden van patiënten.

De werking van MDMA bij MDMA-AT

/// MDMA-AT is een bewezen effectieve interventie voor de behandeling van PTSS. Deze behandeling kan uitkomst bieden voor patiënten bij wie CGT en EMDR met of zonder farmacotherapie niet afdoende werkt.



Een cruciaal verschil met reguliere farmacotherapeutische behandelingen van psychiatrische stoornissen, waaronder hier ook bij PTSS, is dat MDMA alleen wordt gebruikt als katalysator binnen psychotherapie sessies. Benzodiazepinen en antidepressiva zijn bedoeld om depressie en angst in het dagelijks leven van de patiënt te verminderen. Er is geen bewijs dat het gebruik van MDMA op zich leidt tot verlichting van PTSS-klachten, maar het draagt eraan bij dat de patiënt door het ervaren van minder angst meer ontvankelijk is voor traumaverwerking en daarmee ook de therapie.

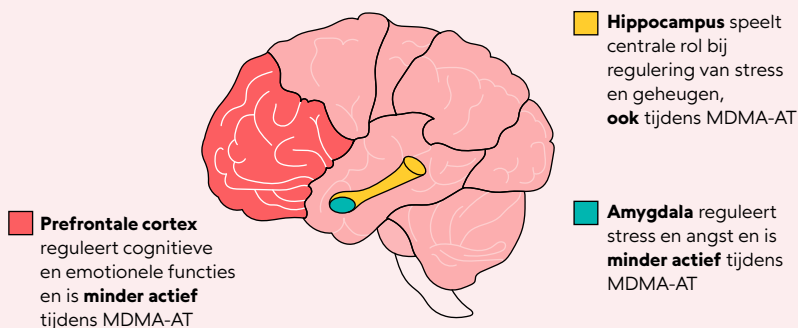
Bij MDMA-AT neemt de patiënt de MDMA onder begeleiding van medische professionals en blijven deze therapeuten tijdens de gehele werkingsduur van het middel (afhankelijk van de dosering vier tot zes uur of zes tot acht uur) bij de patiënt. Een dergelijke met MDMA ondersteunde therapeutische sessie vindt in een typisch protocol twee- of driemaal plaats. In tegenstelling tot bestaande

medicijnen tegen PTSS, zoals antidepressiva of benzodiazepinen, slikt een patiënt dus niet dagelijks of gedurende een langere periode tabletten. De MDMA katalyseert het therapieproces, en maakt traumaverwerking mogelijk voor hen bij wie dat anders niet goed lukt.

Zoals het Zorginstituut in 2020 nog schreef is exposuretherapie de meest werkzame behandeling voor mensen met PTSS.¹³ Bij exposuretherapie speelt bij een deel van de patiënten mee dat het emotioneel zo belastend is om mentaal terug te keren naar de traumatische ervaring dat ze geen verbetering ervaren bij reguliere psychotherapie.¹⁴ De ondersteuning met MDMA tijdens een therapeutische sessie helpt patiënten om hun angst te verminderen en zich met meer rust open te stellen. Hierdoor kan de effectieve verwerking van traumatische herinneringen op gang komen en kan die na de MDMA-sessie besproken worden.^{15, 16} Door herse-nactiviteit te meten is vastgesteld dat mensen die MDMA hebben gebruikt een minder reactieve amygdala hebben. Dit is het deel van de hersenen dat een centrale rol speelt bij de verwerking en regulering van stress, angst en andere negatieve emotionele prikkels. Het lijkt erop dat MDMA het op deze manier voor patiënten mogelijk maakt om een traumatische ervaring mentaal opnieuw te beleven zonder emotioneel overweldigd te raken. Vervolgens kunnen de patiënt en de psychothe-rapeut deze ervaring aangrijpen bij de verwerking van de traumatische ervaring en samen zoeken naar de nieuwe betekenis die hier het best bij past.¹⁷

Figuur 8

MDMA vergroot de 'window of tolerance' (de mate waarin mensen intense emoties op een gezonde manier kunnen verwerken).

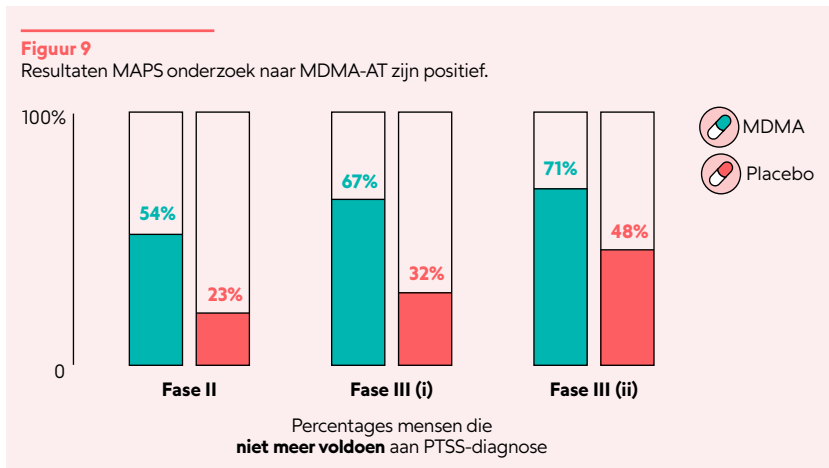


- 13 Zorginstituut Nederland, *Verbetersignalement: Posttraumatische stress-stoornis* (2020) 9-11.
- 14 Catrin Lewis et al., "Dropout from psychological therapies for post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults: systematic review and meta-analysis", *European Journal of Psychotraumatology* (2020).
- 15 Friederike Holze et al., "Distinct acute effects of LSD, MDMA, and D-amphetamine in healthy subjects", *Neuropsychopharmacology* (2019) 462-471.
- 16 Cédric Hysek et al., "MDMA enhances emotional empathy and prosocial behavior", *Social Cognitive and Affective Neuroscience* (2013) 1645-1652.
- 17 Jennifer Mitchell et al., "MDMA-assisted therapy for severe PTSD: a randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3 study", *Nature Medicine* (2021) 1025-1033.

Onderzoeken naar MDMA-AT

De Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS), een Amerikaanse ngo, speelt een voortrekkersrol in het internationale onderzoek naar de toepassing van MDMA bij PTSS. Sinds de jaren 80 is MAPS actief in het bevorderen van onderzoek naar psychedelica bij verschillende psychische aandoeningen. Dankzij financiering door grote donaties en door het Pentagon kreeg MAPS de mogelijkheid om kleinschalige klinische studies op te zetten naar de effectiviteit en veiligheid van MDMA bij veteranen met ernstige PTSS. De organisatie zette vervolgens zes fase-II-studies op (totale n=103), die gebundeld werden gepubliceerd in het medisch tijdschrift *The Lancet*. Hieruit bleek dat 54 procent van de deelnemers die MDMA kregen toegediend, niet langer voldeed aan de criteria voor PTSS, tegen 23 procent in de groep die een actief placebo kreeg met ondersteunende psychotherapie; een zeer aanzienlijk effect.¹⁸

/// MDMA-AT voor behandeling van ernstige en doorgaans langdurige PTSS in klinische studies is steeds uitgevoerd binnen de bestaande wettelijke kaders. Het gebeure met MDMA van farmaceutische kwaliteit, en werd uitgevoerd door hiervoor gecertificeerde therapeuten in speciaal daartoe uitgeruste behandelomgevingen.



De gebruikte MDMA in de onderzoeken naar MDMA-AT is geproduceerd door daarvoor bevoegde medicijnfabrikanten. De gebruikte MDMA-capsules voldoen aan de medicijnstandaard van de Wereldgezondheidsorganisatie, de *Good Manufacturing Practices* (GMP). De onderzoeken vonden plaats in behandelinstellingen die voor MDMA-AT waren ingericht. Zie [hoofdstuk 6](#) voor de wettelijke kaders rondom MDMA-AT.

/// Er is geen wetenschappelijk bewijs dat het (herhaald) toedienen van enkel MDMA zonder psychotherapie een effectieve interventie is voor de behandeling van PTSS. Er is geen onderzoek verricht naar MDMA als een puur-medicamenteuze interventie, aangezien er ook geen aanwijzingen zijn dat dit werkzaam is.

¹⁸ Michael Mithoefer et al., "MDMA-assisted psychotherapy for treatment of PTSD: study design and rationale for phase 3 trials based on pooled analysis of six phase 2 randomized controlled trials" (2019) 2735-2745.

De studies naar MDMA-AT onderzochten altijd de combinatie van MDMA met psychotherapie voor de behandeling van PTSS. Er is dus geen onderzoek verricht naar de MDMA als puur-medicamenteuze interventie. Als gevolg is er geen wetenschappelijk bewijs voor het toeschrijven van een op zichzelf staande therapeutische werking aan de stof MDMA.

Klinisch onderzoek in vier fases

Bij de ontwikkeling van een behandeling (bijvoorbeeld een farmacologische behandeling met een geneesmiddel) worden vier fasen van onderzoek onderscheiden. Onderzoekers volgen bij elke studie naar een nieuwe behandeling de volgende fasen.

Fase I

In de eerste onderzoeksfase staat de vraag centraal of het medicijn of een ander soort behandeling veilig is. Deze fase duurt doorgaans korter dan een jaar. Er neemt meestal een klein aantal gezonde vrijwilligers deel, maar ook patiënten waarbij andere behandelingen niet hielpen, kunnen onderdeel zijn van de studie. De onderzoekers letten op de tolerantie en veiligheid van het medicijn of de behandeling. Een belangrijk onderdeel van fase I-studies is het bepalen van een maximale dosering voordat de toxiciteit ontoelaatbaar wordt. Een manier om deze schadelijkheid te onderzoeken is door de dosering van een middel stapsgewijs te verhogen totdat een vooraf bepaalde toxiciteit bereikt wordt.¹⁹

Fase II

In de tweede onderzoeksfase staat de werkzaamheid van de behandeling bij (een klein aantal) patiënten met de betreffende aandoening centraal. Als de behandeling niet effectief lijkt, stopt het onderzoek in deze fase. In bepaalde gevallen bestaat deze fase uit een IIa- en een IIb-studie. In fase IIa onderzoekt men welke dosering het meest ideaal lijkt en in fase IIb kijkt men naar gewenste effecten en de bijwerkingen. Deze fase duurt doorgaans enkele jaren. Idealiter doen tussen de 100 en 300 zorgvuldig geselecteerde patiënten mee aan fase-II-onderzoek.^{20, 21}

Fase III

In de derde onderzoeksfase worden de bevindingen van fasen I en II bevestigd door middel van een drie- tot vierjarig onderzoek met enkele honderden en soms enkele duizenden patiënten die langdurig worden gevolgd. Op deze manier is er meer ruimte om ook de langetermijneffecten te meten. In deze fase vergelijken onderzoekers de effecten met bestaande behandelingen en/of met een placebo. De resultaten van een fase-III-studie vormen de basis voor het indienen van een registratiedossier bij een medicijnautoriteit.²²

¹⁹ Lawrence Friedman et al., *Fundamentals of Clinical Trials* (2015) 5-7.

²⁰ CCMO, "Fase I, II, III en IV", *ccmo.nl* (z.d.).

²¹ Lawrence Friedman et al., *Fundamentals of Clinical Trials* (2015) 7-9.

²² CCMO, "Fase I, II, III en IV", *ccmo.nl* (z.d.).

Fase IV

Onderzoeksfase IV begint na de registratie van de onderzochte behandeling. Vanaf dit moment kunnen artsen het medicijn of de behandeling voorschrijven, maar worden zij verplicht om hun patiënten te volgen en nieuwe bijwerkingen te rapporteren bij de medicijnautoriteiten.^{23,24}

De resultaten van deze studies waren in 2017 voor de Amerikaanse Food and Drug Administration (FDA) aanleiding om de therapie de status van *Breakthrough Therapy* toe te kennen. Deze status biedt onderzoekers de mogelijkheid om in samenwerking met de medicijnautoriteit het registratie-traject versneld te voltooien.²⁵ De FDA erkende dat MDMA-AT een substantieel voordeel bood ten opzichte van bestaande behandelingen bij PTSS, zoals behandeling met antidepressiva.²⁶

Als vervolg op de *Breakthrough Therapy*-status werden twee fase-III-studies opgezet. Dit is een gebruikelijke volgorde bij klinische studies met geneesmiddelen. Fase-III-studies evalueren de effectiviteit en veiligheid van een nieuwe behandeling in vergelijking met bestaande standaardbehandelingen en betrekken doorgaans grote aantallen deelnemers. Deze studies zijn essentieel voor de goedkeuring van nieuwe geneesmiddelen door de regelgevende instantie zoals de FDA in de Verenigde Staten en het Europese Geneesmiddelenbureau (EMA) (zie [kader op pagina 159](#)).

In 2021 werden de resultaten van de eerste fase-III-studie in het gezaghebbende tijdschrift *Nature Medicine* gepubliceerd. Om de ernst van de klachten te meten werd hier de standaard onderzoeksmethode voor het diagnosticeren van PTSS gebruikt, de Clinician Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5). Met de CAPS-5 wordt in een interview aan de hand van de antwoorden van de patiënt op 30 vragen vastgesteld of en in welke mate er sprake is van PTSS. Wanneer de patiënt binnen bepaalde symptoomcategorieën (onderscheiden in het CAPS-5-interview) boven een bepaalde drempel (meestal 35) uitkomt, kan de diagnose PTSS vastgesteld worden.²⁷ In deze eerste fase-III-studie daalde de CAPS-5-score van de groep die MDMA-AT ontving met 24,4 punten, tegenover 13,9 punten bij de groep die een placebo kreeg. Met een zogenaamde effectgrootte van $d=0.91$ was dit opnieuw een zeer aanzienlijk effect. Na de behandeling met MDMA-AT kwam 67 procent van de deelnemers onder de PTSS-drempel, tegenover 32 procent bij de placebogroep.²⁸

Er zijn twee fase-III-studies nodig voor het aanvragen van een registratieprocedure bij de FDA. De tweede fase-III-studie, gepubliceerd in 2023, bevestigde de resultaten van de eerste studie. Deze studie toonde aan dat 71 procent van de deelnemers in de MDMA-AT-groep niet langer voldeed aan de criteria voor PTSS, tegenover

²³ CCMO, "Fase I, II, III en IV", ccmo.nl (z.d.).

²⁴ Lawrence Friedman et al., *Fundamentals of Clinical Trials* (2015) 9-10.

²⁵ MAPS, "FDA Grants Breakthrough Therapy Designation for MDMA-Assisted Therapy for PTSD, Agrees on Special Protocol Assessment for Phase 3 Trials", maps.org (2017).

²⁶ Allison Feduccia et al., "Breakthrough for trauma treatment: Safety and efficacy of MDMA-assisted psychotherapy compared to paroxetine and sertraline", *Frontiers in Psychiatry* (2019) 1-9.

²⁷ Arq Psychotrauma Expert Groep, "Clinician-administered PTSD Scale voor de DSM-5 (CAPS-5)", psychotraumadiagnostics.org (2018) 1-22.

²⁸ Jennifer Mitchell et al., "MDMA-assisted therapy for severe PTSD: a randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3 study", *Nature Medicine* (2021) 1025-1033.

48 procent in de placebogroep. Deze studie betrok ook deelnemers van diverse etnische achtergronden, zonder dat er significante verschillen in het gevonden effect waren tussen de verschillende etnische groepen.²⁹

Recent zijn ook de langetermijnresultaten van de eerste fase-III-studie gepresenteerd. Daaruit blijkt dat de positieve effecten van de interventie duurzaam waren zonder terugval of verhoogde neiging tot herhaald MDMA-gebruik.³⁰

MAPS heeft eind 2023 de resultaten van deze en eerdere studies ingediend bij de FDA voor de aanvraag voor registratie van MDMA-AT als behandeling voor PTSS. De verwachting is nu dat goedkeuring eind 2024 of begin 2025 zal plaatsvinden.³¹

/// De specifieke behandeling waarvan de effectiviteit onderzocht is, bestaat uit twee tot drie MDMA-ondersteunde therapie sessies, gevolgd door therapeutische integratiesessies. Bij alle sessies zijn twee behandelaren aanwezig en één patiënt.

Het verloop van de behandeling

De MDMA-AT-behandelingen zijn klinisch onderzocht in studies gefinancierd door de ngo MAPS. Die studies volgen een eensluitend protocol. Samenvattend valt de gehele behandeling met MDMA in drie onderdelen op te splitsen.

- 1 Voorbereidingsfase:** De patiënt overlegt met de therapeuten wat de doelen zijn en op welke wijze die gerealiseerd kunnen worden met MDMA-AT. Daarnaast werken de patiënt en de therapeuten aan het opbouwen van een vertrouwensband en onderzoeken ze de verwachtingen en de ondersteuning thuis. In de regel worden hier drie sessies aan besteed van elk 90 minuten. In deze fase wordt ook de psychiatrische en medische achtergrond en het medicatiegebruik van de patiënt vastgesteld.³²
- 2 Sessies met MDMA:** Met een maand interval vinden er twee of drie sessies ondersteund door MDMA plaats. De patiënt krijgt aan het begin van een sessie een capsule met 80 tot 120 milligram MDMA aangeboden. Aanvullend kan nog een tablet met 40 tot 60 milligram worden aangeboden. Vanwege de lange werkingsduur van MDMA duurt deze sessie zes tot acht uur. Door de werking van MDMA kunnen patiënten zich richten op een innerlijk proces. MDMA maakt de weg vrij om verbinding te leggen met momenten en gebeurtenissen die tijdens traumablootstelling te pijnlijk, schokkend of verwarrend waren. Daardoor kunnen verschillende emotionele ervaringen worden verkend en gedeeld. De rol van de behandelaren is anders dan bij traumagerichte therapie. Ze stellen zich in deze sessies non-directief op: de patiënt bepaalt het tempo en de richting, terwijl de behandelaren het proces volgen. Deze sessies kenmerken zich verder door het gebruik van instrumentale (non-verbale) muziek en de patiënt kan een oogmasker gebruiken om zonder externe visuele prikkels contact te maken met

²⁹ Jennifer Mitchell et al., "MDMA-assisted therapy for moderate to severe PTSD: a randomized, placebo-controlled phase 3 trial", *Nature Medicine* (2023) 2473-2480.

³⁰ Jennifer Mitchell, "Primary Findings From a Long-Term Observational Follow-Up Study on MDMA-Assisted Therapy for Treatment of PTSD: MPLONG", *Neuropsychopharmacology* (2023) 1-62.

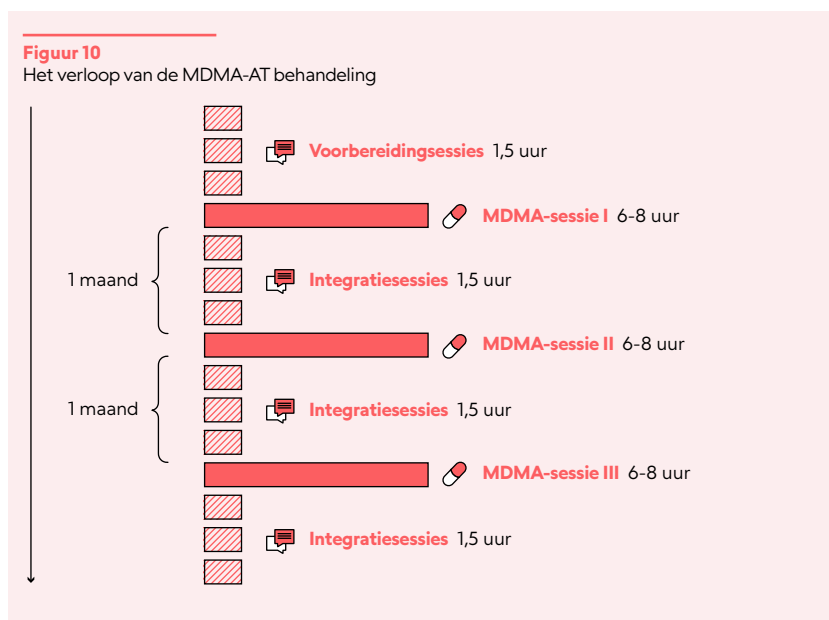
³¹ MAPS, "MAPS Celebrates Submission of New Drug Application to FDA for MDMA-Assisted Therapy for PTSD", *maps.org* (2023).

³² William Richards et al., "Psychedelic Psychotherapy: Insights From 25 Years of Research", *Journal of Humanistic Psychology* (2016) 323-337.

de geïntensiveerde beleving. Regelmatig is er verbaal contact om de patiënt te kunnen volgen. Typierend voor de MDMA-ondersteunde sessies is dat de patiënt onder invloed van MDMA de emotionele belasting van traumatische herinneringen beter kan verkennen dan in reguliere psychotherapeutische sessies doordat deze onder druk van angst of andere vorm van weerstand onbereikbaar zijn.

- 3 Integratie:** Na elke MDMA-ondersteunde sessie vinden in de regel drie tot vier therapeutische sessies plaats, waarvan de eerste meteen op de ochtend na de sessie met MDMA. De patiënt bespreekt in deze therapeutische sessies hoe de indrukken van de MDMA-ondersteunde sessies kunnen worden vertaald naar het dagelijkse leven. Ook onderzoeken de patiënt en de behandelaren samen hoe bijvoorbeeld dierbaren en andere naasten van de patiënt betrokken zijn bij het proces. Zij kunnen hier eventueel ook over meepraten. In deze fase draait het vooral om het zoeken naar betekenis bij de ervaringen van de MDMA-ondersteunde sessie en de betekenis van de toegang tot elementen van het traumatisch verleden die niet eerder konden worden onderzocht. Er wordt verkend hoe deze ervaringen tot inzichten kunnen leiden. In meer klassieke termen: “verwerking” of “cognitieve herstructurering”.^{33, 34, 35}

Tussen de MDMA-ondersteunde sessies zit in principe een maand, waardoor een complete behandeling ongeveer vier maanden duurt. Binnen die periode krijgt een patiënt dus in de regel drie keer – onder begeleiding – MDMA toegediend.



33 Giorgio Mauro et al., "Psychedelica en psychedelica-ondersteunde psychotherapie", *Tijdschrift voor Psychotherapie* (2023).

34 Michael Mithoefer, *A manual for MDMA-assisted psychotherapy in the treatment of posttraumatic stress disorder* (2017).

35 Macha Godes et al., "Perceived key change phenomena of MDMA-assisted psychotherapy for the treatment of severe PTSD: an interpretative phenomenological analysis of clinical integration sessions", *Frontiers in Psychiatry* (2023).

/// Er is voldoende bewijs om te constateren dat MDMA-ondersteunde therapie bij PTSS binnen een klinische gecontroleerde setting niet alleen effectief is, maar ook relatief veilig.

Veiligheid

De veiligheid van MDMA-AT is een onderwerp in het huidige onderzoek.³⁶ De actuele klinische studies laten het volgende zien:

- 1 MDMA-AT lijkt een veilig profiel te hebben wanneer het in een klinische setting wordt gebruikt onder toezicht van getrainde behandelaars. De sessies vinden plaats in een gecontroleerde, therapeutische omgeving met grondige voorafgaande screening, nauwgezette monitoring tijdens de sessies, en nazorg.
- 2 Er zijn bijwerkingen gemeld bij het gebruik van MDMA in therapeutische settings, zoals vermoeidheid, hoofdpijn, slaperigheid en emotionele ontregeling kort na de sessie. Ernstige bijwerkingen, zoals die kunnen voorkomen bij het recreatieve gebruik van MDMA (zoals oververhitting, natriumtekort en overmatige spierafbraak), zijn nog niet beschreven na het gebruik van MDMA onder professionele begeleiding.
- 3 Screening vooraf is belangrijk, aangezien MDMA risico's met zich kan meebrengen, vooral voor personen met bepaalde medische aandoeningen zoals hartproblemen.
- 4 Onderzoek naar de veiligheid en effectiviteit van MDMA-AT is nog in volle gang. Grootschalige klinische trials en langetermijnstudies zijn noodzakelijk om een vollediger beeld te krijgen van de veiligheid en werkzaamheid.

Bijwerkingen

Bijwerkingen van MDMA-AT kunnen worden onderverdeeld in drie verschillende tijdsperiodes na de inname van MDMA en op basis van de waargenomen bijwerkingen.^{37,38}

Eerste 24 uur na inname: Patiënten kunnen last hebben van vermoeidheid, slaperigheid en paniekaanvallen. Fysieke bijwerkingen in deze fase omvatten hoofdpijn, tandenknarsen en duizeligheid.

24 tot 72 uur na inname: Symptomen zoals hoofdpijn, slaperigheid en hartkloppingen kunnen optreden, evenals psychologische effecten zoals vermoeidheid en angst. Deze bijwerkingen lijken soms op de 'dinsdagdip' die door recreatieve gebruikers wordt ervaren,³⁹ maar kunnen ook gerelateerd zijn aan het verwerkingsproces na een therapeutische MDMA-sessie.⁴⁰

³⁶ National Library of Medicine, "Search Results", *clinicaltrials.gov* (z.d.).

³⁷ Joost Breeksema et al., "Adverse events in clinical treatments with serotonergic psychedelics and MDMA: A mixed-methods systematic review", *Journal of Psychopharmacology* (2022) 1100-1117.

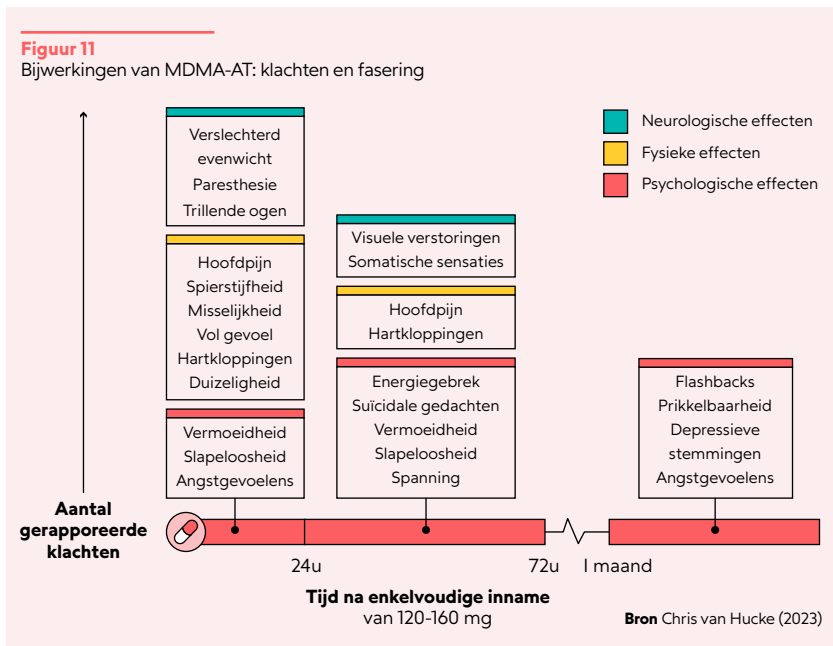
³⁸ Christiaan Hucke, "Tolerability and Safety of MDMA-Assisted Psychotherapy: A Systematic Review Insights for Public Health and Treatment Decisions" (2023).

³⁹ Ben Sessa et al., "Debunking the myth of 'Blue Mondays': No evidence of affect drop after taking clinical MDMA", *Journal of Psychopharmacology* (2021) 360-367.

⁴⁰ Jacob Flameling et al., "Not too quick on Debunking the myth of 'Blue Mondays'", *Journal of Psychopharmacology* (2022) 1001-1004.

Tijdens de onderzoeken naar MDMA-AT zijn geen bijwerkingen zoals blijvende visuele vervormingen (Hallucinogen Persisting Perception Disorder, HPPD) gesignaleerd. Deze bijwerkingen treden bijvoorbeeld wel – zij het zeldzaam – op bij recreatieve gebruikers van psychedelica.⁴¹ In de fase-III-studies meldden 2 van de 90 patiënten suïcidale gedachten, waarvoor één deelnemer ook werd opgenomen. In beide gevallen betrof het deelnemers in de controlegroep, die een placebo in plaats van MDMA hadden genomen.⁴²

72 uur tot een maand na inname: Er zijn geen fysieke bijwerkingen meer, maar psychologische bijwerkingen zoals angsten, irritatie, neerslachtigheid en flashbacks kunnen voorkomen en kunnen gerelateerd zijn aan de initiële klachten waarmee de patiënt het traject begon. Dit benadrukt het belang van screening (zie [figuur 10](#)).⁴³



Deze bijwerkingen deden zich voor ondanks de klinische setting en het gebruik van farmaceutisch geproduceerde MDMA. Hoewel ernstige bijwerkingen dus zeldzaam zijn, blijft waakzaamheid geboden.

In een review naar negatieve bijwerkingen in klinische studies rondom MDMA kwam naar voren dat deze bijwerkingen vaak niet consistent en duidelijk zijn gedefinieerd. Dat maakt vergelijking tussen studies moeilijk. Uniforme registratiemethoden zijn essentieel voor een beter inzicht in deze bijwerkingen en hoe ze zijn te voorkomen.

⁴¹ Christiaan Hucke, "Tolerability and Safety of MDMA-Assisted Psychotherapy: A Systematic Review Insights for Public Health and Treatment Decisions" (2023) 9, 16.

⁴² Joost Breeksema et al., "Adverse events in clinical treatments with serotonergic psychedelics and MDMA: A mixed-methods systematic review", *Journal of Psychopharmacology* (2022) 1100-1117.

⁴³ Joost Breeksema et al., "Adverse events in clinical treatments with serotonergic psychedelics and MDMA: A mixed-methods systematic review", *Journal of Psychopharmacology* (2022) 1100-1117.

Contra-indicaties en waarschuwingen

Een contra-indicatie is een aanwijzing of omstandigheid die tegen het voorschrijven van een bepaalde behandeling of geneesmiddel pleit. De veiligheid en effectiviteit van MDMA-AT worden nog steeds onderzocht, waardoor nieuwe informatie nog kan leiden tot aanpassing van de op dit moment gehanteerde contra-indicaties. De contra-indicaties voor MDMA-AT omvatten factoren die het gebruik van MDMA gevaarlijk of ongeschikt maken voor bepaalde individuen. Ze luiden als volgt:

- 1 **Hartaandoeningen:** Personen met bestaande hartaandoeningen zoals ongecontroleerde hypertensie, hartfalen of een eerder hartinfarct lopen een verhoogd risico door de stimulerende effecten van MDMA, waardoor de hartslag en bloeddruk omhoog kunnen gaan.
- 2 **Neurologische aandoeningen:** Mensen met epilepsie of andere neurologische aandoeningen kunnen een verhoogd risico lopen op bijwerkingen door MDMA-gebruik.
- 3 **Zwangerschap en borstvoeding:** Het gebruik van MDMA wordt afgeraden tijdens de zwangerschap of borstvoeding vanwege risico's voor de baby.
- 4 **Interacties met medicijnen:** MDMA kan gevaarlijke interacties aangaan met bepaalde medicijnen, zoals MAO-remmers, sommige antidepressiva (inclusief SSRI's en SNRI's), en andere psychoactieve of stimulerende middelen.
- 5 **Lever- of nierproblemen:** Mensen met klinisch significante lever- of nierproblemen kunnen een verhoogd risico lopen door de manier waarop MDMA wordt gemetaboliseerd en uitgescheiden met een kans op overdosering. Dit is een theoretisch risico, aanwezig bij alle medicijnen.
- 6 **Ernstige psychologische instabiliteit:** Mensen die momenteel ernstig psychologisch instabiel zijn of een hoge mate van suïcidaliteit vertonen, zijn mogelijk geen geschikte kandidaten voor MDMA-therapie.

Tot slot is er voorzichtigheid geboden bij personen met psychiatrische aandoeningen zoals bipolaire stoornis, schizofrenie of andere psychotische stoornissen, aangezien MDMA symptomen van deze aandoeningen kan verergeren. Dit is geen contra-indicatie, maar wel een punt van aandacht.

Depressie en angststoornis gelden op zich niet als contra-indicatie bij het onderzoek naar MDMA-AT bij PTSS.⁴⁴

⁴⁴ Michael Mithoefer et al., "MDMA-assisted psychotherapy for treatment of PTSD: study design and rationale for phase 3 trials based on pooled analysis of six phase 2 randomized controlled trials", *Psychopharmacology* (2019) 2735-2745.

Behandelcapaciteit

Therapeuten die MDMA-AT-sessies uitvoeren, moeten specifiek opgeleid zijn in het werken met patiënten die onder invloed zijn van deze psychedelische stof binnen een therapeutische context. Deze opleiding omvat kennis van de effecten van MDMA. Maar ook vaardigheden in het begeleiden van patiënten tijdens de vaak intense processen en de daarbij behorende intense emoties die het gebruik van MDMA kan teweegbrengen. Daarom is het van belang dat de beschikbaarheid van MDMA-AT beperkt wordt tot die instellingen en professionals die de juiste training en kwalificaties hebben om deze gespecialiseerde vorm van therapie veilig en effectief aan te kunnen bieden. Dit vereist een aanzienlijke investering in training en infrastructuur, die noodzakelijk is om de behandelcapaciteit en daarmee de toegankelijkheid van deze behandelingsvorm adequaat te krijgen.

De effectiviteit van MDMA-AT

Recent is het aantal geregistreerde onderzoeken naar de klinische effectiviteit van MDMA-AT voor PTSS aanzienlijk toegenomen. Sinds 2001 zijn er ongeveer 33 van deze klinische studies uitgevoerd of nog steeds actief. Voor een niet-geregistreerde behandeling is dat relatief veel. Het onderzoek naar MDMA-AT bij PTSS concentreerde zich aanvankelijk in de Verenigde Staten op veteranen en andere geüniformeerde professionals.⁴⁵ Dat wil zeggen de beroepsgroepen waar PTSS het vaakst tot therapieresistentie en ook tot suicide leidt.⁴⁶ Voor veel patiënten met PTSS die geen baat hadden bij traditionele, bewezen effectieve behandelmethoden, heeft MDMA-AT aanzienlijke effectiviteit laten zien, zo blijkt uit de verschillende klinische trials. Deze benadering leidt niet alleen tot een effectieve verlichting van symptomen, maar kan in een aantal gevallen zelfs resulteren in het verdwijnen van de diagnose PTSS, wat effectief neerkomt op genezing.

De staatscommissie oordeelt hier alleen over de inzet van MDMA-AT bij de diagnose PTSS, aangezien er voor andere aandoeningen nog veel minder studies hebben plaatsgevonden. Wel is de staatscommissie zich bewust van een op termijn mogelijke bredere toepassing van MDMA in de behandelkamer. Hiervoor zou de eventuele effectiviteit nog beoordeeld moeten worden. In de advisering wordt echter toch rekening met een toekomst waarin MDMA-AT mogelijk breder toegepast zal worden.

⁴⁵ Aaron Wolfgang et al., "Psychedelic-Assisted Therapy in Military and Veterans Healthcare Systems: Clinical, Legal, and Implementation Considerations", *Current Psychiatry Reports* (2023) 514.

⁴⁶ Rahat Akbar et al., "Posttraumatic stress disorder and risk of suicidal behavior: A systematic review and meta-analysis", *Suicide and Life-Threatening Behavior* (2022) 163-185.

MDMA-AT voor andere aandoeningen

Op PTSS na staat het onderzoek naar de overige indicaties nog in de kinderschoenen. Het unieke entactogene effect van MDMA, waarmee gevoelens van emotionele openheid, empathie en verbondenheid worden versterkt, toont potentie voor behandeling van aandoeningen zoals autisme^{47,48}, sociale angst⁴⁹, alcoholverslaving⁵⁰ en eetstoornissen.⁵¹ Ook de angst die gepaard gaat met een naderend levenseinde heeft aandacht. Naast onderzoek bij veteranen en andere geüniformeerde beroepsgroepen (politie, zorgprofessionals) zou toekomstig onderzoek zich kunnen uitstrekken tot andere doelgroepen, zoals vluchtelingen en adolescenten, en tot verschillende indicaties, zoals persisterende complexe rouwstoornis en minder bekende indicaties zoals moreel trauma.⁵² De transdiagnostische grenzen van MDMA-AT zijn nog niet volledig bepaald, aangezien het onderzoek buiten PTSS vaak beperkt blijft tot één of slechts enkele studies.

/// Voor de advisering kijkt de staatscommissie alleen naar de behandeling van PTSS met MDMA-AT, dus behandeling met MDMA in combinatie met psychotherapie. Over de mogelijke toepassing van MDMA-AT bij andere psychiatrische of neurologische aandoeningen is nog te weinig bekend om daar op dit moment met enige zekerheid uitspraken over te doen. De staatscommissie is zich ervan bewust dat op termijn een bredere toepassing zou kunnen plaatsvinden van MDMA-AT in de behandelkamer, dus voor andere aandoeningen dan PTSS.

⁴⁷ Alicia Danforth, "Embracing Neurodiversity in Psychedelic Science: A Mixed-Methods Inquiry into the MDMA Experiences of Autistic Adults", *Journal of Psychoactive Drugs* (2019) 146-154.

⁴⁸ Alicia Danforth et al., "Reduction in social anxiety after MDMA-assisted psychotherapy with autistic adults: A randomized, double-blind, placebo-controlled pilot study", *Psychopharmacology* (2018) 3137-3148.

⁴⁹ Jason Luoma et al., "Potential processes of change in MDMA-Assisted therapy for social anxiety disorder: Enhanced memory reconsolidation, self-transcendence, and therapeutic relationships", *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental* (2021).

⁵⁰ Ben Sessa et al., "First study of safety and tolerability of 3,4-methylenedioxyamphetamine-assisted psychotherapy in patients with alcohol use disorder", *Journal of Psychopharmacology* (2021) 375-383.

⁵¹ Timothy Brewerton et al., "MDMA-assisted therapy significantly reduces eating disorder symptoms in a randomized placebo-controlled trial of adults with severe PTSD", *Journal of Psychiatric Research* (2022) 128-135.

⁵² Ook bekend als *moral injury*: een beschadiging van het morele kompas bij bijvoorbeeld veteranen en politiepersoneel nadat zij getuigen of medeplichtig waren aan schendingen van hun eigen morele verwachtingen en overtuigingen. *Moral injury* kan zich vertalen naar boosheid, schaamte, schuldgevoel en morele desoriëntatie. Zie: Tine Molendijk, "Warnings against romanticising moral injury", *The British Journal of Psychiatry* (2021) 1-3.

Reeds in de onderzoeken naar MDMA-AT bij PTSS werd gekeken naar het alcohol- en drugsgebruik van deelnemers, aangezien dit onder patiënten met PTSS hoger ligt. Een kleinschalige studie naar MDMA-AT bij PTSS met veertien deelnemers toonde een positieve verandering aan op het alcoholgebruik, maar er is meer onderzoek nodig om de effectiviteit van MDMA-AT voor middelenmisbruik te bewijzen.⁵³

Tot slot is er een potentiële toepassing van MDMA-AT bij existentiële angst, vooral bij terminaal zieke patiënten. Hier biedt MDMA de potentie om patiënten te helpen vrede te vinden met hun sterfelijkheid, hun angst voor het einde van het leven te verminderen en hun kwaliteit van leven in de laatste dagen te verbeteren. Net als bij de studie naar alcoholisme is het wetenschappelijk bewijs voor de toepassing in de palliatieve zorg vooralsnog beperkt.^{54, 55}

Conclusie

De wetenschappelijke basis voor de therapeutische toepassing van MDMA is in de laatste paar jaar snel toegenomen. Voor de belangrijkste indicatie – de behandeling van PTSS – lijkt in de optiek van de staatscommissie inmiddels genoeg bewijs te bestaan voor de effectiviteit. Naast een significante vermindering van klachten is bij patiënten vaak een verlies van de PTSS-diagnose waargenomen. Verder blijkt uit de studies dat deze behandeling binnen een klinische setting veilig is. Er zijn echter nog steeds onduidelijkheden over de aandoeningen die na de PTSS-behandeling aan het licht kunnen komen. Gezien de beperkte behandelopties voor ernstige PTSS, beschouwt de staatscommissie MDMA-AT als een waardevolle aanvulling voor de geestelijke gezondheidszorg.

/// De staatscommissie ziet MDMA-ondersteunde therapie als een veelbelovende behandeling, die effectief is en voorziet in een behoefte van mensen met lang bestaande of therapieresistente PTSS.

Aanbevelingen

Op basis van de voorliggende kennis is de staatscommissie tot enkele aanbevelingen gekomen. Deze zijn gebundeld met de aanbevelingen van [hoofdstuk 7](#) op pagina's 203-205.

- 53** Ben Sessa et al., "First study of safety and tolerability of 3,4-methylenedioxymethamphetamine-assisted psychotherapy in patients with alcohol use disorder", *Journal of Psychopharmacology* (2021) 375-383.
- 54** Philip Wolfson, "MDMA-assisted psychotherapy for treatment of anxiety and other psychological distress related to life-threatening illnesses: A randomized pilot study", *Scientific Reports* (2020) 20442.
- 55** Xuepeng Jing et al., "Psychedelic medicines for end-of-life care: Pipeline clinical trial review 2022", *Palliative & Supportive Care* (2023) 1-8.

Literatuurlijst

- Akbar, Rahat, Vikas Arya, Elizabeth Conroy, Holly C. Wilcox en Andrew Page, "Posttraumatic stress disorder and risk of suicidal behavior: A systematic review and meta-analysis", *Suicide and Life-Threatening Behavior* 53.1 (16 november 2022) 163-185.
- Al Jowf, Ghazi I., Ziyad T. Ahmed, Rick A. Reijnders, Laurence de Nijs en Lars M.T. Eijssen, "To Predict, Prevent, and Manage Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD): A Review of Pathophysiology, Treatment, and Biomarkers", *International Journal of Molecular Sciences* 24.6 (9 maart 2023) 5238.
- Arq Psychotrauma Expert Groep, "Clinician-administered PTSD Scale voor de DSM-5 (CAPS-5)", *psychotraumadiagnostics.org* (Stichting Arq Centrum '45 27 maart 2018) 1-22.
- Breeksema, Joost J., Bouwe W. Kuin, Jeanine Kamphuis, Wim van den Brink, Eric Vermetten en Robert A. Schoevers, "Adverse events in clinical treatments with serotonergic psychedelics and MDMA: A mixed-methods systematic review", *Journal of Psychopharmacology* 36.10 (26 augustus 2022) 1100-1117.
- Brewerton, Timothy D., Julie B. Wang, Adele Lafrance, Chelsea Pamplin, Michael Mithoefer, Berra Yazar-Klosinski, Amy Emerson en Rick Doblin, "MDMA-assisted therapy significantly reduces eating disorder symptoms in a randomized placebo-controlled trial of adults with severe PTSD", *Journal of Psychiatric Research* 149 (5 maart 2022) 128-135.
- Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (CCMO), "Fase I, II, III en IV", *ccmo.nl* (zonder datum).
- Danforth, Alicia L., "Embracing Neurodiversity in Psychedelic Science: A Mixed-Methods Inquiry into the MDMA Experiences of Autistic Adults", *Journal of Psychoactive Drugs* 51.2 (25 maart 2019) 146-154.
- Danforth, Alicia L., Charles S. Grob, Christopher Struble, Allison A. Feduccia, Nick Walker, Lisa Jerome, Berra Yazar-Klosinski en Amy Emerson, "Reduction in social anxiety after MDMA-assisted psychotherapy with autistic adults: A randomized, double-blind, placebo-controlled pilot study", *Psychopharmacology (Berl.)* 235.11 (8 september 2018) 3137-3148.
- Feduccia, Allison A., Lisa Jerome, Berra Yazar-Klosinski, Amy Emerson, Michael C. Mithoefer en Rick Doblin, "Breakthrough for trauma treatment: Safety and efficacy of MDMA-assisted psychotherapy compared to paroxetine and sertraline", *Frontiers in Psychiatry* 10 (12 september 2019) 1-9.
- Flameling, Jacob, Floor van der Does, Nancy van Veelen en Eric Vermetten, "Not too quick on 'Debunking the myth of 'Blue Mondays''", *Journal of Psychopharmacology* 36.8 (4 augustus 2022) 1001-1004.
- Friedman, Lawrence M., Curt D. Furberg, David L. DeMets, David M. Reboussin en Christopher B. Granger, *Fundamentals of Clinical Trials* (Cham: Springer 2015) 5-7.
- Godes, Macha, Jasper Lucas en Eric Vermetten, "Perceived key change phenomena of MDMA-assisted psychotherapy for the treatment of severe PTSD: an interpretative phenomenological analysis of clinical integration sessions", *Frontiers in Psychiatry* 14 (7 juli 2023).
- Holze, Friederike, Patrick Vizeli, Felix Müller, Laura Ley, Raoul Duerig, Nimmy Varghese, Anne Eckert, Stefan Borgwardt en Matthias E. Liechi, "Distinct acute effects of LSD, MDMA, and D-amphetamine in healthy subjects", *Neuropsychopharmacology* 45.3 (16 november 2019) 462-471.
- Hucke, Christiaan, "Tolerability and Safety of MDMA-Assisted Psychotherapy: A Systematic Review Insights for Public Health and Treatment Decisions" [onderzoek in het kader van het vak Research Internship binnen de opleiding Psychiatrie aan de Vrije Universiteit Amsterdam] (13 oktober 2023).

Hysek, Cédric M., Yasmin Schmid, Linda D. Simmler, Gregor Domes, Markus Heinrichs, Christoph Eisenegger, Katrin H. Preller, Boris B. Quednow en Matthias E. Liechti, "MDMA enhances emotional empathy and prosocial behavior", *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 9.11 (28 oktober 2013) 1645-1652.

Jing, Xuepeng, Nicholas R. Hoeh en David B. Menkes, "Psychedelic medicines for end-of-life care: Pipeline clinical trial review 2022", *Palliative & Supportive Care* 21.4 (19 juni 2023) 1-8.

Lewis, Catrin, Neil P. Roberts, Samuel Gibson en Jonathan I. Bisson, "Dropout from psychological therapies for post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults: systematic review and meta-analysis", *European Journal of Psychotraumatology* 11 (9 maart 2020) 1709709.

Luoma, Jason B., Ben Shahar, M. Kati Lear, Brian Pilecki en Anne Wagner, "Potential processes of change in MDMA-Assisted therapy for social anxiety disorder: Enhanced memory reconsolidation, self-transcendence, and therapeutic relationships", *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental* 37.3 (5 november 2021) e2824.

MAPS, "FDA Grants Breakthrough Therapy Designation for MDMA-Assisted Therapy for PTSD, Agrees on Special Protocol Assessment for Phase 3 Trials", *maps.org* (26 augustus 2017).

MAPS, "MAPS Celebrates Submission of New Drug Application to FDA for MDMA-Assisted Therapy for PTSD", *maps.org* (13 december 2023).

Mauro, Giorgio en Renske Blom, "Psychedelica en psychedelica-ondersteunde psychotherapie", *Tijdschrift voor Psychotherapie* 4 (2023).

Mitchell, Jennifer M., "Primary Findings From a Long-Term Observational Follow-Up Study on MDMA-Assisted Therapy for Treatment of PTSD: MPLONG" op: "ACNP 62nd Annual

Meeting: Panels, Mini-Panels and Study Groups", *Neuropsychopharmacology* 48 (Suppl. 1; 2023) 1-62.

Mitchell, Jennifer M., Marcela Ot'alara G., Bessel van der Kolk, Scott Shannon, Michael Bogenschutz, Yevgeniy Gelfand, Casey Paleos, Christopher R. Nicholas, Sylvestre Quevedo, Brooke Balliett, Scott Hamilton, Michael Mithoefer, Sarah Kleiman, Kelly Parker-Guilbert, Keren Tzarfaty, Charlotte Harrison, Alberdina de Boer, Rick Doblin, Berra Yazar-Klosinski en de MAPP2 Study Collaborator Group, "MDMA-assisted therapy for moderate to severe PTSD: a randomized, placebo-controlled phase 3 trial", *Nature Medicine* 29 (14 september 2023) 2473-2480.

Mitchell, Jennifer M., Michael Bogenschutz, Alia Lilienstein, Charlotte Harrison, Sarah Kleiman, Kelly Parker-Guilbert, Marcela Ot'alara G., Wael Garas, Casey Paleos, Ingmar Gorman, Christopher Nicholas, Michael Mithoefer, Shannon Carlin, Bruce Poulter, Ann Mithoefer, Sylvestre Quevedo, Gregory Wells, Sukhpreet S. Klaire, Bessel van der Kolk, Keren Tzarfaty, Revital Amiaz, Ray Worthy, Scott Shannon, Joshua D. Woolley, Cole Marta, Yevgeniy Gelfand, Emma Hapke, Simon Amar, Yair Wallach, Randall Brown, Scott Hamilton, Julie B. Wang, Allison Coker, Rebecca Matthews, Alberdina de Boer, Berra Yazar-Klosinski, Amy Emerson en Rick Doblin, "MDMA-assisted therapy for severe PTSD: a randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3 study", *Nature Medicine* 27.6 (10 mei 2021) 1025-1033.

Mithoefer, Michael C., *A manual for MDMA-assisted psychotherapy in the treatment of posttraumatic stress disorder* (MAPS 2017).

Mithoefer, Michael C., Allison A. Feduccia, Lisa Jerome, Anne Mithoefer, Mark Wagner, Zach Walsh, Scott Hamilton, Berra Yazar-Klosinski, Amy Emerson en Rick Doblin, "MDMA-assisted psychotherapy for treatment of PTSD: study design and rationale for phase 3 trials based on pooled analysis of six phase 2 randomized controlled trials", *Psychopharmacology (Berl)* 236.9 (7 mei 2019) 2735-2745.

- Mithoefer, Michael C., Allison A. Feduccia, Lisa Jerome, Anne Mithoefer, Mark Wagner, Zach Walsh, Scott Hamilton, Berra Yazar-Klosinski, Amy Emerson en Rick Doblin, "[MDMA-assisted psychotherapy for treatment of PTSD: study design and rationale for phase 3 trials based on pooled analysis of six phase 2 randomized controlled trials](#)" *Psychopharmacology* 236 (7 mei 2019) 2735-2745.
- Molendijk, Tine, "[Warnings against romanticising moral injury](#)", *The British Journal of Psychiatry* 220.1 (5 augustus 2021) 1-3.
- National Library of Medicine, "[Search Results](#)" [Condition: "PTSD, Post Traumatic Stress Disorder"], Intervention: "MDMA-assisted Therapy", *clinicaltrials.gov* (geraadpleegd 6 februari 2024).
- Richards, William A., "[Psychedelic Psychotherapy: Insights From 25 Years of Research](#)", *Journal of Humanistic Psychology* 57.4 (29 september 2016) 323-337.
- Sessa, Ben, Jacob S. Aday, Steve O'Brien, Valerie Curran, Fiona Measham, Laurie Higbed en David J Nutt, "[Debunking the myth of 'Blue Mondays': No evidence of affect drop after taking clinical MDMA](#)", *Journal of Psychopharmacology* 36.3 (13 december 2021) 360-367.
- Sessa, Ben, Laurie Higbed, Steve O'Brien, Claire Durant, Chloe Sakal, Daniel Titheradge, Tim M. Williams, Anna Rose-Morris, Elsa Brew-Girard, Sam Burrows, Chantelle Wiseman, Sue Wilson, James Rickard en David J. Nutt, "[First study of safety and tolerability of 3,4-methylenedioxyamphetamine-assisted psychotherapy in patients with alcohol use disorder](#)", *Journal of Psychopharmacology* 35.4 (18 februari 2021) 375-383.
- Steenkamp, Maria M., Brett T. Litz, Charles W. Hoge en Charles R. Marmar, "[Psychotherapy for Military-Related PTSD: A Review of Randomized Clinical Trials](#)" *Journal of the American Medical Association (JAMA)* 314.5 (4 augustus 2015) 489-500.
- VZinfo.nl, "[Posttraumatische stressstoornis](#)" en subpagina's (Bilthoven: RIVM, zonder datum).
- Wolfgang, Aaron S. en Charles W. Hoge, "[Psychedelic-Assisted Therapy in Military and Veterans Healthcare Systems: Clinical, Legal, and Implementation Considerations](#)", *Current Psychiatry Reports* 25 (8 september 2023) 514.
- Wolfson, Philip E., Julane Andries, Allison A. Feduccia, Lisa Jerome, Julie B. Wang, Emily Williams, Shannon C. Carlin, Evan Sola, Scott Hamilton, Berra Yazar-Klosinski, Amy Emerson, Michael C. Mithoefer en Rick Doblin, "[MDMA-assisted psychotherapy for treatment of anxiety and other psychological distress related to life-threatening illnesses: A randomized pilot study](#)", *Scientific Reports* 10.1 (24 november 2020) 20442.
- Zorginstituut Nederland, "[Verbetersignalement: Posttraumatische stress-stoornis](#)", Zinnige Zorg ICD-10:F43,1 (9 juni 2020) 4-10.

6

Rechten en plichten inzake MDMA-AT

Inleiding

Bij het toepassen van een psychotroop middel als medicijn zijn een aantal internationale verdragen en de Nederlandse wetgeving van belang. Bij de internationale verdragen gaat het zowel om drugs- als om mensenrechtenverdragen van de Verenigde Naties. Op Europees niveau is er geen wetgeving die zich expliciet richt op MDMA-AT; de Europese Unie volgt de verdragen van de Verenigde Naties. In de komende pagina's ontleedt de staatscommissie de juridische kaders die raken aan het legaal toepassen van MDMA-ondersteunde therapie.

6 Rechten & plichten inzake MDMA-AT

Constateringen

De staatscommissie constateert het volgende:



/// **De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) adviseert de Commission on Narcotic Drugs over een mogelijke verplaatsing van een stof van de ene naar de andere lijst.** Om meer juridische armsglag te creëren, kan Nederland de WHO verzoeken om de huidige plaatsing van MDMA op Lijst I van het Verdrag inzake psychotrope stoffen uit 1971 te evalueren en zo nodig te heroverwegen.

/// **De Verenigde Naties staan gebruik van MDMA voor zeer beperkte medische doeleinden toe met het Verdrag inzake psychotrope stoffen uit 1971 (hierna: Verdrag).** Op basis van het verdragscommentaar en de bestaande praktijk is er voldoende ruimte om MDMA voor te schrijven in het kader van MDMA-AT.



/// **Mensenrechten liggen verankerd in verdragen van de Verenigde Naties en van de Raad van Europa.** Deze leggen andere accenten dan de drugsverdragen, maar zijn er niet mee in strijd als het gaat om MDMA-AT.

/// **Mensenrechten bieden patiënten aanspraak op een bewezen effectieve psychiatrische behandeling, mits Nederland voldoende financiële (en andere) middelen heeft om die behandeling beschikbaar te stellen.** De betaalbaarheid van het middel speelt hier dus een rol.



/// **Europese wetgeving legt geen juridische beperkingen op aan het medisch gebruik van MDMA.**

/// **Als MDMA wordt gezien als geneesmiddel zijn zowel de Geneesmiddelenwet als de Opiumwet van kracht.** De Opiumwet komt dus niet te vervallen wanneer MDMA als geneesmiddel wordt aangemerkt. Een ontheffing op basis van de Opiumwet blijft daarmee vereist.



/// **Aanvullend op de Opiumwet is er het zogeheten Opiumwetbesluit.** Om de therapeutische toepassing van MDMA mogelijk te maken, moet MDMA worden opgenomen in Bijlage 1 van het Opiumwetbesluit.

Internationale verdragen

Doel van de VN-drugsverdragen

In hoofdstuk 3 zijn de drugsverdragen van de Verenigde Naties besproken. Zoals daar is uitgelegd, is het wezen van deze VN-drugsverdragen het voorkomen van sociale en gezondheidsproblemen. Tegelijkertijd borgen zij het medisch en wetenschappelijk gebruik. Zo blijkt uit de inleidende tekst van het Verdrag uit 1971:

“Noting with concern the public health and social problems resulting from the abuse of certain psychotropic substances,”¹

én:

“Recognizing that the use of psychotropic substances for medical and scientific purposes is indispensable and that their availability for such purposes should not be unduly restricted.”²

Doel van de twee drugsverdragen is dus het vastleggen van beheersmaatregelen om de beschikbaarheid van verdovende middelen en psychotrope stoffen voor medische en wetenschappelijke doeleinden te waarborgen, en tegelijkertijd te voorkomen dat deze in illegale kanalen terechtkomen. De verdragen richten zich dus op het vinden van een balans tussen het faciliteren van medisch en wetenschappelijk gebruik enerzijds en het voorkomen van illegale handel en andere vormen van misbruik anderzijds. Juristen Piet Hein van Kempen en Masha Federova spreken in deze context van een ‘dubbel principieel doel’.³

Beide verdragen staan de productie, distributie of bezit van betreffende stoffen toe voor medisch en wetenschappelijk gebruik. Echter, geen van de twee verdragen definieert dit medisch en wetenschappelijk gebruik, wat Verdragsstaten ruimte biedt voor interpretatie.⁴

/// De WHO adviseert de Commission on Narcotic Drugs over een mogelijke verplaatsing van een stof van de ene naar de andere lijst. Om meer juridische armslag te creëren, kan Nederland de WHO verzoeken om de huidige plaatsing van MDMA op Lijst I van het Verdrag inzake psychotrope stoffen uit 1971 te evalueren en zo nodig te heroverwegen.

MDMA is geplaatst onder Lijst I van het *Verdrag inzake psychotrope stoffen* uit 1971. Dit betekent dat het onderworpen is aan strikte controles en strafbaar is gesteld in de meeste landen. Artikel 7(a) van het Verdrag verplicht “partijen ieder gebruik van stoffen op Lijst I te verbieden, behalve het gebruik voor wetenschappelijke en *zeer beperkte medische doeleinden* (...).”⁵

¹ Preambule van het *Verdrag inzake psychotrope stoffen* (1971).

² Idem. Vergelijkbare zinsneden worden vermeld in de preambule van het *Enkelvoudig Verdrag inzake verdovende middelen* (New York 1961).

³ Piet Hein van Kempen et al., *Internationaal recht en cannabis* (2014) 15. Onder verwijzing naar: Verenigde Naties, *Commentary on the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961* (1973) 110. Zie ook: Centrum voor Internationaal Recht, “Drugsbestrijding”, centruminternationaalrecht.nl.

⁴ Verenigde Naties, *Commentary on the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961* (1973) 111.

⁵ Artikel 7(a) van het *Verdrag inzake psychotrope stoffen* (1971). Cursief door de auteurs.

/// De Verenigde Naties staan gebruik van MDMA voor zeer beperkte medische doeleinden toe op basis van het Verdrag inzake psychotrope stoffen uit 1971. Het verdragcommentaar en de bestaande praktijk bieden voldoende ruimte voor het voorschrijven van het middel voor MDMA-AT.

De vraag die rijst, is hoe ruim de zinsnede “zeer beperkte medische doeleinden” in het Verdrag geïnterpreteerd kan worden. Deze verdragstekst laat in beginsel weinig ruimte voor medisch gebruik; alleen gebruik voor medisch wetenschappelijk onderzoek wordt toegestaan. In de praktijk wordt deze bepaling niet gehanteerd als een harde conditie, maar eerder als een aanbeveling, zo blijkt uit gesprekken die de staatscommissie heeft gevoerd met experts.⁶

Deze benadering sluit aan bij de Commentaren (hierna: het commentaar) bij het Verdrag. Deze kunnen beschouwd worden als de VN-richtlijn voor de verdragsimplementatie. Het commentaar geeft aan dat het uiteindelijke besluit over gebruik voor medische doeleinden wordt overgelaten aan verdragspartijen.⁷ Volgens het commentaar kán het niet de bedoeling van de opstellers van het Verdrag geweest zijn om het medisch gebruik geheel te verbieden of onnodig te beperken. Het commentaar geeft verder aan dat het lastig is te overzien of een middel in de toekomst van nut kan zijn bij de behandeling van ziekten. Het kan – aldus het commentaar – in zulke omstandigheden nuttig zijn om dit gebruik toch toe te staan. Dat gebeurt dan onder de strikte controlebepalingen die Lijst I hanteert, zonder daarmee het middel naar een andere lijst te verschuiven.⁸

Strikte voorwaarden voor medisch gebruik

Het commentaar erkent dus dat Verdragsstaten verschillende benaderingen kiezen als het gaat om het therapeutisch gebruik van een drug.⁹ Wel suggereert het commentaar om alleen een beperkt aantal medisch experts toe te staan deze middelen te gebruiken voor therapeutische doeleinden.¹⁰ Als er geschikte middelen van andere lijsten zijn, moeten die worden ingezet.¹¹ Voorwaarde is ook dat dit beleid het drugsbeleid in andere landen niet ondermijnt.¹²

Naast deze restrictie van medisch gebruik bevat het Verdrag nog een aantal strikte controlemaatregelen om niet-medisch gebruik en illegale handel te voorkomen. Zo vraagt artikel 6 om het bijhouden van een speciale administratie. De artikelen 7b tot en met 7f leggen vereisten op als het gaat om de productie, handel en distributie, en het bijhouden van een medisch dossier. Ook leggen ze beperkingen op aan de import en export. Artikel 8 schrijft een vergunningensysteem voor en artikel 9 vereist dat de middelen alleen op medisch voorschrift (een recept dus) beschikbaar gesteld kunnen worden.¹³

⁶ Onder andere gesprek met Martin Jelsma van het Transnational Institute (11 oktober 2023).

⁷ Verenigde Naties, *Commentary on the Convention on Psychotropic Substances* (1971) 138-140.

⁸ Verenigde Naties, *Commentary on the Convention on Psychotropic Substances* (1971) 138 § 3.

⁹ Idem, 139 § 6.

¹⁰ Idem, 139 § 4.

¹¹ Idem, 139 § 5.

¹² Idem, 139 § 6.

¹³ Artikelen 6 tot en met 9 van het *Verdrag inzake psychotrope stoffen* (1971).

Deze administratieve verplichtingen hoeven in beginsel geen barrière te zijn voor het mogelijk maken van medisch gebruik van MDMA. Een voorwaarde is wel dat alle betrokken overheidsinstanties op één lijn zitten voor het goed kunnen doorvoeren van deze vereisten. Weerstand of inadequate medewerking vanuit een van de ministeries of van opsporingsambtenaren kunnen het lastig maken om de vereiste vergunningen of autorisatie te krijgen voor een onderzoeksproject of medisch experiment, of om daadwerkelijk de substantie in handen te krijgen voor de uitvoering. Onderzoekers lopen hier in verschillende landen veelvuldig tegenaan, zeker als het gaat om middelen die op Lijst I staan van het verdrag inzake Psychotrope Stoffen.¹⁴ MDMA van Lijst I van het Verdrag uit 1971 verplaatsen naar een andere lijst zou dit probleem mogelijk kunnen verkleinen. Plaatsing op een andere lijst geeft een gradueel lichter juridisch regime, maar ieder land dat partij is bij het verdrag dient nog steeds de uitvoer, de invoer, de afgifte en de voorraden van, de handel in en het gebruik en het bezit van de stoffen vermeld op de Lijsten II, III en IV, tot medische en wetenschappelijke doeleinden te beperken.¹⁵ Om de medische toepassing van MDMA-AT te bevorderen, kan de Wereldgezondheidsorganisatie overwegen de plaatsing binnen het Verdrag te evalueren.

Mensenrechtenbepalingen

/// **Mensenrechten bieden patiënten aanspraak op een bewezen effectieve psychiatrische behandeling, mits Nederland voldoende financiële (en andere) middelen heeft om die behandeling beschikbaar te stellen. De betaalbaarheid van het middel speelt hier dus een rol.**

Uit het bovenstaande is al gebleken dat de VN-drugsverdragen in beginsel geen al te grote barrières opwerpen als het gaat om het toestaan van MDMA als geneesmiddel in een therapeutische context. Parallel daaraan rijst de vraag hoe MDMA-AT benaderd wordt vanuit een mensenrechtenperspectief. In feite gaat het om de vraag of en op welke manier de mensenrechtenverdragen complementair zijn aan de VN-drugsverdragen.¹⁶ Hierbij rijzen vragen als: Welke rechten staan centraal? Hoe reguleren, faciliteren of beperken zij het medisch gebruik van MDMA? Hoe sluit dit aan bij de VN-drugsverdragen?

Mensenrechten liggen verankerd in verdragen van de Verenigde Naties en van de Raad van Europa. Ook het *Handvest van de Grondrechten van de Europese Unie* bevat een gezaghebbende mensenrechtencatalogus, die van belang is voor zowel de EU zelf als voor de Lidstaten. Ook veel nationale grondwetten, waaronder de Nederlandse Grondwet, bevatten een grondrechtencatalogus.¹⁷

De relevante mensenrechten in deze context zijn het recht op gezondheid, het recht op leven, het recht op vrijwaring van onmenselijke behandeling, het recht op een privéleven en het recht op fysieke en mentale integriteit.¹⁸ [Tabel 1](#) geeft een overzicht van de relevante mensenrechtenbepalingen.

¹⁴ In gesprek met Martin Jelsma van het Transnational Institute, 11 oktober 2023.

¹⁵ Artikel 5 van het *Verdrag inzake psychotrope stoffen* (1971).

¹⁶ Piet Hein van Kempen et al., *Internationaal Recht en cannabis II* (2016).

¹⁷ Hoofdstuk 1 van de *Grondwet* (2023).

¹⁸ Piet Hein van Kempen et al., *Internationaal Recht en cannabis II* (2016) 3.

Tabel 1

Relevante mensenrechten in het kader van medisch gebruik MDMA.

Norm	Bepaling
 Recht op gezondheid	12 IVESCR (1966) ¹⁹ 12 VN-Vrouwenverdrag (1979) ²⁰ 24 VN-Kinderrechtenverdrag (1989) ²¹ 25 VN-Verdrag Handicap (2006) ²² 11 Europees Sociaal Handvest (1996) ²³ 35 Handvest EU (2000) ²⁴ 22-1 Nederlandse Grondwet ²⁵
 Recht om te profiteren van wetenschappelijke vooruitgang en de toepassing daarvan	15-1-b IVESCR
 Recht op leven	6 IVBPR (1966) ²⁶ 2 EVRM (1950) ²⁷
 Recht op vrijwaring van onmenselijke behandeling	7 IVBPR 3 EVRM 4 Handvest EU
 Recht op privé- en gezinsleven	8 EVRM 7 Handvest EU 10 Nederlandse Grondwet
 Recht op fysieke en mentale integriteit	3 Handvest EU 11 Nederlandse Grondwet

/// Mensenrechten liggen verankerd in verdragen van de Verenigde Naties en van de Raad van Europa. Deze leggen andere accenten dan de drugsverdragen, maar zijn er niet mee in strijd.

Is toegang tot MDMA-AT een recht? Artikel 12 van het *Internationaal Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten* (IVESCR, 1966) verankert het recht op gezondheid. Dit verdrag verplicht Lidstaten om een “zo goed mogelijke lichamelijke en geestelijke gezondheid” te garanderen voor ingezetenen. Dit verdrag benadrukt dus expliciet de geestelijke gezondheid, waar ook de psychiatrische zorg onder valt. De overheid heeft op basis van deze norm de juridische verplichting om deze vormen van zorg te verschaffen. Zij mag hierbij wel rekening houden met de beschikbare financiële en andere middelen.²⁸ Een kosten-batenanalyse kan hier dus aan de orde zijn.

¹⁹ Verenigde Naties, *Internationaal Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten* (1966).

²⁰ Verenigde Naties, *Verdrag inzake de uitbanning van alle vormen van discriminatie van vrouwen* (1979).

²¹ Verenigde Naties, *Verdrag inzake de rechten van het kind* (1989).

²² Verenigde Naties, *Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap* (2006).

²³ Raad van Europa, *Europees Sociaal Handvest (herzien)* (1996).

²⁴ Europees Parlement, *Handvest van de grondrechten van de Europese Unie* (2000).

²⁵ Hoofdstuk 1 van de *Grondwet* (2023).

²⁶ Verenigde Naties, *Internationaal Verdrag inzake burgerrechten en politieke rechten* (1966).

²⁷ Raad van Europa, *Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens* (1950).

²⁸ Artikel 2-1 van het *Internationaal Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten* (1966).

Een gezaghebbende uitleg (de Algemene Aanbeveling) bij het recht op gezondheid zoals beschreven in artikel 12 van het IVESCR stelt dat toegang verschaffen tot essentiële medicijnen een “minimumverplichting” is onder het recht op gezondheid.²⁹ Een minimum- of kernverplichting is een overheidsplicht met een dwingend karakter. Gezien het dynamische karakter van de verplichtingen onder het IVESCR, hebben bepaalde verplichtingen dus een dwingender karakter.³⁰ Lidstaten moeten met sterke argumenten komen als ze niet aan een dergelijke verplichting voldoen.³¹ Essentiële medicijnen zijn volgens deze Aanbeveling middelen die vallen onder het *WHO Action Programme on Essential Drugs*. Vermelding van MDMA op deze lijst zou de aanspraak erop binnen psychedelicum-ondersteunde therapie dus versterken.

Niettemin kan medische toepassing van MDMA zonder die plaatsing onder dat WHO-programma óók onder het recht op gezondheid vallen. Dat is het geval wanneer vaststaat dat deze behandeling bewezen effectief is. De onderzoeken naar MDMA-AT en het feit dat de FDA voorsorteert om MDMA-AT te gaan registreren, wijzen op deze bewezen effectiviteit. Deze aanspraak wordt versterkt door artikel 15-1-b van het IVESCR: het recht om te profiteren van wetenschappelijke vooruitgang en de toepassing daarvan.

Algemene Aanbeveling 14 stelt ook dat noodzakelijke zorg beschikbaar, toegankelijk, aanvaardbaar en kwalitatief goed moet zijn. Bij toegankelijkheid gaat het om gelijke toegang (non-discriminatie), bereikbaarheid, betaalbaarheid en toegankelijkheid van informatie rondom deze zorg.³² Deze voorwaarden kunnen een rol spelen bij het nader vormgeven van de toegang tot therapeutische toepassing van MDMA.

Naast artikel 12 van het IVESCR is ook *het Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap* (VN-Verdrag Handicap) van belang. Dit verdrag beschermt de rechten van mensen met een fysieke en mentale (psychosociale) beperking.³³ De WHO kwalificeert PTSS als een psychische stoornis.³⁴ PTSS valt daarmee onder de reikwijdte van het VN-Verdrag Handicap. Zo bevat artikel 25 het recht op gezondheid van mensen met een fysieke en mentale beperking, en formuleert het een recht op toegang tot zorg, inclusief zorg die nodig is vanwege hun beperking. Deze zorg moet verdere beperkingen terugdringen en voorkomen.³⁵

Andere relevante mensenrechten in deze context zijn het recht op leven, het verbod op foltering en wrede, onmenselijke behandeling, en het recht op privacy

²⁹ VN-comité voor economische, sociale en culturele rechten, *CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health* (Art. 12) (2000) § 43(d).

³⁰ Zie ook: Piet Hein van Kempen et al., *Internationaal Recht en cannabis II* (2016) 53.

³¹ VN-comité voor economische, sociale en culturele rechten, *CESCR General Comment No. 3 (1990) on the Nature of States Parties' Obligations* (Art. 2, Para. 1, of the Covenant) (1990) § 10.

³² VN-comité voor economische, sociale en culturele rechten, *CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health* (Art. 12) (2000) § 12.

³³ Voor een evaluatie over de gebezigde terminologie zie Natalie Abrokwa, *The right to mental health: A human rights approach* (2023) 17-20. In aanvulling op “mentale beperking” wordt de term “psychosociale beperking” gebruikt.

³⁴ WHO, “Mental disorders”, who.int (2022).

³⁵ Artikel 25(b) van het *Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap* (2006).

en een gezinsleven. Het gezaghebbende Europese Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) vindt deze normen in toenemende mate toepasbaar in een medische context en met betrekking tot tal van gezondheid-gerelateerde thema's, waaronder euthanasie, abortus, en milieuhygiëne. Zonder hier uitgebreid op in te gaan, ziet de staatscommissie dat het recht op privacy en een gezinsleven mogelijk recht geeft op MDMA-AT, als dit bijdraagt aan het gezinsleven en het welzijn van de patiënt.³⁶

Geen sprake van botsende verdragen

Dus hoe verhouden de mensenrechten zich tot de VN-drugsverdragen als het gaat om MDMA-AT? Mensenrechten zijn – zoals hierboven beschreven – onder meer gericht op het beschermen van de mentale gezondheid. Toegang tot MDMA-AT kan hier een onderdeel van zijn. Hierboven heeft de staatscommissie geconstateerd dat de VN-drugsverdragen in beginsel ruimte laten voor de toepassing van MDMA-AT. Bovendien dienen deze drugsverdragen volgens experts met inachtneming van de mensenrechten te worden uitgevoerd.³⁷ De staatscommissie constateert dat er dan ook – als het gaat om MDMA-AT – geen sprake is van een botsing tussen de VN-drugsverdragen en de mensenrechtenverdragen.³⁸

Recht op preventie

Het recht op gezondheid is in artikel 12 van het IVESCR en in artikel 22-1 van onze Grondwet expliciet gericht op de *publieke gezondheid*. Dit omvat heel duidelijk het aspect van preventie, in dit geval: het voorkomen van schade door MDMA-gebruik. Artikel 22-1 van onze Grondwet verplicht de overheid om maatregelen te nemen ter bevordering van de volksgezondheid. Daarmee vertolkt het recht op gezondheid tevens de dualiteit die ook voortvloeit uit de VN-drugsverdragen: enerzijds toepassing voor medisch gebruik waarborgen en anderzijds negatieve gevolgen voorkomen door preventie.

De staatscommissie concludeert dat de verschillende verdragen en rechten weliswaar een andere richting kiezen, maar elkaar niet tegenspreken.

/// Europese regelgeving legt geen expliciete juridische beperkingen op aan het medisch gebruik van MDMA.

Ten behoeve van de volledigheid besteedt de staatscommissie hier kort aandacht aan relevante regelgeving met betrekking tot MDMA-AT. Er is (nog) geen expliciete Europese regelgeving die beperkingen of voorwaarden oplegt aan MDMA-AT. De Europese regelgeving volgt hierin de VN-drugsverdragen. Het Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving (EWDD) in Lissabon is wel een Europese instelling die zich met drugsgebruik bezighoudt. Het EWDD heeft zich echter (nog) niet over uitgesproken over MDMA-AT. Deze instantie zou een rol kunnen spelen in de beleidsvorming in Europa rond deze thematiek.³⁹

³⁶ Voor een uitgebreide analyse van de gezondheidsgerelateerde jurisprudentie van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens zie Aart Hendriks, "The Council of Europe", in Brigit Toebes et al., *Health and human rights: Global and European perspectives* (2022) 119-161.

³⁷ Piet Hein van Kempen et al., *Internationaal Recht en cannabis II* (2016) 269.

³⁸ Voor een vergelijkbare benadering van cannabisteelt en -handel zie: Piet Hein van Kempen et al., *Internationaal Recht en cannabis II* (2016) 269-300.

³⁹ Voor een zeer beperkte verwijzing van het EWDD naar medisch gebruik zie: "MDMA ('Ecstasy') drug profile", *EWDD* (z.d.).

Relevante Nederlandse wetgeving

/// Als MDMA wordt gezien als geneesmiddel, zijn zowel de Geneesmiddelenwet als de Opiumwet van kracht. De Opiumwet komt dus niet te vervallen wanneer MDMA als geneesmiddel wordt aangemerkt. Een ontheffing op basis van de Opiumwet blijft daarmee vereist.

De Opiumwet bepaalt dat het verboden is om MDMA binnen of buiten het grondgebied van Nederland te brengen; om MDMA te bereiden, te bewerken, te verwerken, te verkopen, af te leveren, te verstrekken of te vervoeren; om MDMA aanwezig te hebben; en om MDMA te vervaardigen.⁴⁰ Het is ook verboden om MDMA voor te schrijven op recept, tenzij daar een uitzondering voor wordt gemaakt.⁴¹

Aanvullend op de Opiumwet bestaat het Opiumwetbesluit. Dit besluit wijst stoffen aan waarvoor het verbod op voorschrijven niet geldt. Cocaïne staat bijvoorbeeld net als MDMA op Lijst I van de Opiumwet, maar is óók opgenomen in Bijlage I van het Opiumwetbesluit. Hierdoor kan een arts cocaïne voorschrijven op recept en kan het worden gebruikt in een medische setting.

Het is op dit moment al toegestaan om MDMA voor te schrijven aan proefpersonen in het kader van medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen.⁴² Dit onderzoek mag alleen plaatsvinden in bepaalde instellingen, zoals ziekenhuizen, verslavingszorginstellingen, penitentiaire inrichtingen en universiteiten.⁴³ Het verbod op het bereiden, bewerken, verwerken, verkopen, afleveren, verstrekken, vervoeren of aanwezig hebben van het aangewezen middel is ook niet van toepassing op apothekers en apotheekhoudende artsen, mits de werkzaamheden geschieden in het belang van geneeskundige en of wetenschappelijke doeleinden en binnen de normale beroepsuitoefening.⁴⁴

MDMA onder de Geneesmiddelenwet

In de toekomst zou MDMA in Europa en in Nederland kunnen worden aangemerkt als geneesmiddel. Dan komt het te vallen onder de Geneesmiddelenwet. Deze wet regelt het veilig gebruik van geneesmiddelen en bevat bepalingen over onder andere de productie, de handel, het voorschrijven en verstrekken van geneesmiddelen. Om MDMA te kunnen aanmerken als geneesmiddel, is registratie vereist. In Nederland zijn het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) en het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA) bevoegd om nieuwe geneesmiddelen te registreren.⁴⁵

Zodra MDMA geregistreerd is als geneesmiddel, zijn de bepalingen van de Geneesmiddelenwet van toepassing. Alle handelingen met geneesmiddelen mogen slechts worden verricht door een persoon of instantie die daar een vergunning voor heeft of op een andere manier bevoegd is. De wet kent verschillende vergunningen. De handelsvergunning wordt afgegeven door het CBG of de EMA. Op grond van artikel 40 van de Geneesmiddelenwet is het "...verboden een geneesmiddel

⁴⁰ Artikel 2 van de *Opiumwet* (2024).

⁴¹ Artikel 4, lid 1 van de *Opiumwet* (2024).

⁴² Artikel 2 van het *Opiumwetbesluit* (2023).

⁴³ Artikel 2, lid 2 juncto artikel 16 van het *Opiumwetbesluit* (2023).

⁴⁴ Artikel 5, lid 1 van de *Opiumwet* (2024).

⁴⁵ Zie hoofdstuk 7 voor het registratieproces van een nieuw geneesmiddel.

Tabel 2

Er zijn voldoende mogelijkheden om MDMA voor te schrijven in het kader van MDMA-AT.

Psychotrope stoffen verdrag 1971	
artikel 7 (a)	verplicht "partijen ieder gebruik van stoffen op Lijst I te verbieden, behalve het gebruikt voor wetenschappelijke en zeer beperkte medische doeleinden (...)".
artikelen 7 (b-f)	leggen vereisten op als het gaat om de productie, handel en distributie, het bijhouden van een medisch dossier, en legt het beperkingen op aan de import en export.
artikel 6	vraagt om het bijhouden van een speciale administratie.
artikel 8	schrijft een vergunningensysteem voor.
artikel 9	vereist dat de middelen alleen op medisch voorschrift (recept) beschikbaar gesteld kunnen worden.

waarvoor geen handelsvergunning geldt, in voorraad te hebben, te koop aan te bieden, te verkopen, af te leveren, ter hand te stellen, in te voeren of uit te voeren". Voor fabrikanten en groothandelaren geldt hetzelfde: zonder fabrikanten- of groothandelsvergunning is het verboden geneesmiddelen te bereiden, in te voeren, in voorraad te hebben, te koop aan te bieden, af te leveren, uit te voeren of een groothandel te drijven.⁴⁶ Zowel de fabrikanten- als de groothandelsvergunning worden afgegeven door Farmatec, onderdeel van het ministerie van VWS. Artikel 45 van de Geneesmiddelenwet bevat een limitatieve opsomming van de gronden waarop een handelsvergunning door het CBG of de EMA kan worden geweigerd. De beoordelingsautoriteit verleent de vergunning in principe wél als:

- de afweging van voordelen en risico's gunstig uitvalt;
- het geneesmiddel de gestelde therapeutische werking bezit;
- het geneesmiddel de opgegeven kwalitatieve en kwantitatieve samenstelling bezit;
- en de tot staving van de aanvraag verstrekte gegevens of bescheiden in overeenstemming zijn met het bij of krachtens deze wet ter zake bepaalde.

Verhouding tussen de Geneesmiddelenwet en de Opiumwet

Als MDMA wordt aangemerkt als geneesmiddel voor het gebruik binnen MDMA-AT, zijn zowel de Opiumwet als de Geneesmiddelenwet van toepassing. MDMA blijft immers ook een Opiumwetmiddel. In dat geval rijst de vraag wat de verhouding is tussen de twee wetten. De Opiumwet is een zogeheten *lex specialis* ten opzichte van de Geneesmiddelenwet.⁴⁷ Dit houdt in dat de systematiek van de Opiumwet blijft gelden en daarnaast: de aanvullende bepalingen van de Geneesmiddelenwet. Het verbod in artikel 2 van de Opiumwet om MDMA te bereiden, te verhandelen en aanwezig te hebben, blijft dus bestaan. Zo moet degene die een handeling verricht met MDMA in het bezit zijn van een fabrikanten- of groothandelsvergunning op grond van artikel 18 van de Geneesmiddelenwet. Daarnaast moeten (tussen)handelaren en fabrikanten een ontheffing aanvragen op grond van artikelen 6 en 8 van de Opiumwet om het middel te kunnen verhandelen of bereiden. Deze ontheffing wordt verleend door de minister

⁴⁶ Artikel 18 van de Geneesmiddelenwet (2024).

⁴⁷ H.J.J. Leenen et al., *Handboek Gezondheidsrecht* (2020) 527.

en kan alleen worden toegewezen als het belang van de volksgezondheid daarmee wordt gediend. De ontheffingsplicht geldt *niet* voor gebruikers van een geneesmiddel of medisch hulpmiddel dat op een van de lijsten bij de Opiumwet staat, zoals artsen en apothekers.⁴⁸ Handelaren en fabrikanten moeten in het bezit zijn van zowel een vergunning op grond van de Geneesmiddelenwet als een ontheffing op grond van de Opiumwet.

/// Aanvullend op de Opiumwet bestaat het Opiumwetbesluit. Om medische toepassing van MDMA mogelijk te maken, moet het worden opgenomen in Bijlage 1 van het Opiumwetbesluit.

Zodra MDMA wordt aangemerkt als geneesmiddel binnen de toepassing MDMA-AT, zal het ook in Bijlage 1 van het Opiumwetbesluit worden opgenomen. Dat maakt het mogelijk om MDMA voor te schrijven op recept. Aan dit recept worden wel enkele eisen gesteld. Zo moet het recept in onuitwisbare letters worden gesteld en ondertekend, onder vermelding van de datum van ondertekening.⁴⁹ Het recept bevat de naam en voorletters, het adres, de woonplaats en het telefoonnummer van degene die voorschrijft, de naam van het voorgeschreven Opiumwetmiddel en de hoeveelheid daarvan.⁵⁰

Conclusies

In dit hoofdstuk kwamen de juridische kaders aan bod die van belang zijn bij het beschikbaar maken van MDMA-AT. Als startpunt geldt het VN-Verdrag inzake psychotrope stoffen uit 1971, dat MDMA plaatst op Lijst I van het Verdrag. Nederland volgt in 1988 met plaatsing van MDMA op Lijst I van de Opiumwet de systematiek van dit VN-Verdrag. Elders in dit rapport beveelt de staatscommissie aan om MDMA *niet* eenzijdig naar Lijst II van de Opiumwet te verplaatsen, mede omdat dit het probleem van de omvangrijke illegale productie van MDMA in Nederland en export daarvan naar het buitenland niet oplost.

Een eventuele verplaatsing naar een andere lijst van het VN-verdrag zou in internationaal verband wél overwogen kunnen worden. Daartoe zou Nederland de WHO kunnen verzoeken om de plaatsing van MDMA op Lijst I van het VN-Verdrag uit 1971 opnieuw te bezien. Daarmee worden stappen bevorderd in internationaal verband, en Nederland zou hierin een voortrekkersrol kunnen spelen.

Mensenrechten werden eerder in dit rapport genoemd als een kader dat relevant is voor recreatief gebruik: mensenrechten bevorderen preventie, schadebeperking en decriminalisering van gebruik. Als het gaat om MDMA-AT dan is het mensenrecht op mentale gezondheid relevant, dat mogelijk een aanspraak biedt op MDMA-AT, mits betaalbaar en bewezen effectief. Een integrale mensenrechtenbenadering richting zowel recreatief als medisch gebruik is volgens de staatscommissie wenselijk; de internationale literatuur biedt hiertoe veel aanknopingspunten. Indien MDMA eenmaal geregistreerd is als geneesmiddel, komt de Geneesmiddelenwet in beeld, parallel aan de Opiumwet. Wat ervoor nodig is om MDMA als geneesmiddel te registreren, komt aan bod in het volgende hoofdstuk.

⁴⁸ Artikel 5, lid 2 van de *Opiumwet* (2024) juncto artikel 16, sub a van het *Opiumwetbesluit* (2023).

⁴⁹ Artikel 3 van het *Opiumwetbesluit* (2023)

⁵⁰ C.P.M. Cleiren et al., *Tekst & Commentaar Strafrecht* (2022), commentaar op artikel 4 van de *Opiumwet*, aant. 7.

Literatuurlijst

- Abrokwa, Natalie, *The right to mental health: A human rights approach* (Cambridge: Intersentia 2023) 17-20. In aanvulling op "mentale beperking" wordt de term "psychosociale beperking" gebruikt.
- Centrum voor Internationaal Recht, "Drugsbestrijding", *centruminternationaalrecht.nl* (zonder datum).
- Cleiren, C.P.M., J.H. Crijns, M.J. Dubelaar en M.J.M. Verpalen, *Tekst & Commentaar Strafrecht* (Alphen aan den Rijn: Wolters Kluwer 2022), commentaar op artikel 4 van de Opiumwet, aant. 7.
- Europees Parlement, *Handvest van de grondrechten van de Europese Unie* (Luxemburg: Bureau voor publicaties van de Europese Unie 2000).
- EWDD, "MDMA ('Ecstasy') drug profile", EWDD (zonder datum).
- Hendriks, Aart, "The Council of Europe", in Brigit Toebes, Mette Hartlev, Aart Hendriks, Katharina O 'Cathaoir, Janne Rothmar Herrmann, Henriette Sinding Aasen, *Health and human rights: Global and European perspectives* (Cambridge: Intersentia 2022) 119-161.
- Kempen, P.H.P.H.M.C. van en M.I. Fedorova, *Internationaal recht en cannabis: Een beoordeling op basis van VN-drugsverdragen en EU-drugsregelgeving van gemeentelijke en buitenlandse opvattingen pro regulering van cannabisteelt voor recreatief gebruik* (Deventer: Kluwer 2014).
- Kempen, P.H.P.H.M.C. van, M.I. Fedorova, *Internationaal Recht en cannabis II* (Deventer: Wolters Kluwer 2016).
- Leenen, H.J.J., J.C.J. Dute, J.K.M. Gevers, J. Legemaate, G.R.J. de Groot, M.E. Gelpke en E.J.C. de Jong, *Handboek Gezondheidsrecht* (Den Haag: Boom Juridisch 2020).
- Raad van Europa, *Europees Sociaal Handvest (herzien)* (Straatsburg: Raad van Europa 1996).
- Raad van Europa, *Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens* (Rome: Raad van Europa 1950).
- Rijksoverheid, *Geneesmiddelenwet* (2024).
Rijksoverheid, *Grondwet* (2023).
Rijksoverheid, *Opiumwet* (2024).
Rijksoverheid, *Opiumwetbesluit* (2023).
- Verenigde Naties, *Commentary on the Convention on Psychotropic Substances* (Wenen: Verenigde Naties 1971), *Commentary on the Single Convention on Narcotic Drugs, 1954* (New York: Verenigde Naties 1973), *Enkelvoudig Verdrag inzake verdovende middelen* (New York: Verenigde Naties 1961), *Internationaal Verdrag inzake burgerrechten en politieke rechten* (New York: Verenigde Naties 1966), *Internationaal Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten* (New York: Verenigde Naties 1966), *Verdrag inzake de rechten van het kind* (New York: Verenigde Naties 1989), *Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap* (New York: Verenigde Naties 2006), *Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap* (2006), Verenigde Naties, *Verdrag inzake de uitbanning van alle vormen van discriminatie van vrouwen* (New York: Verenigde Naties 1979), Verenigde Naties, *Verdrag inzake psychotrope stoffen* (Wenen: Verenigde Naties 1971).
- VN-comité voor economische, sociale en culturele rechten, *CESCR General Comment No. 3 (1990) on the Nature of States Parties' Obligations (Art. 2, Para. 1, of the Covenant)* (1990).
- VN-comité voor economische, sociale en culturele rechten, *CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12)* (2000).
- Wereldgezondheidsorganisatie, "Mental disorders", *who.int* (8 juni 2022).

7

Komt MDMA-AT naar Nederland?

Inleiding

Zoals in de vorige hoofdstukken is besproken, lijkt MDMA-ondersteunde therapie (MDMA-AT) effectief en veilig voor de behandeling van patiënten met PTSS. Daarnaast wordt deze therapievorm ook voor andere indicaties onderzocht. In de Verenigde Staten zal de medicijnautoriteit Food and Drug Administration (FDA) MDMA-AT waarschijnlijk nog in 2024 toelaten tot de markt. De staatscommissie ziet de noodzaak om MDMA-AT zo spoedig mogelijk, maar met inachtneming van alle potentiële risico's, beschikbaar te krijgen voor Nederlandse patiënten met lang bestaande of therapieresistente PTSS.

Dit hoofdstuk gaat in op verschillende manieren waarop MDMA-AT beschikbaar kan worden gemaakt in Nederland voor de behandeling van PTSS. De meest voor de hand liggende route, het registreren van MDMA-AT bij de Europese medicijnenautoriteit, blijkt minder makkelijk dan gedacht. Er is solide wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit en veiligheid van MDMA-AT, maar er zijn ook andere obstakels die registratie in de weg staan. De staatscommissie beschrijft ook alternatieve mogelijkheden om MDMA-AT beschikbaar te maken.

7

Komt MDMA-AT naar Nederland?

Constateringen

De staatscommissie constateert het volgende:



/// De Verenigde Staten en Australië hebben al concrete stappen gezet in de richting van het aanbieden van MDMA-AT voor de behandeling van patiënten met PTSS. Toch is er in Nederland en de Europese Unie nog geen zicht op registratie van MDMA of MDMA-AT voor deze toepassing.

/// Voor registratie in Europa en Nederland is het nodig dat een rechtspersoon die in het bezit is van de wetenschappelijke data een registratiedossier indient bij de Europese of Nederlandse medicijndienst. Omdat het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA) mogelijk aanvullend Europees onderzoek zal eisen, is dit niet financieel aantrekkelijk voor de Amerikaanse farmaceut die het onderzoek aanjaagt.



/// Voor de registratie van MDMA-AT bij de EMA zou een nieuwe partij ook een nieuw dossier met nieuwe Europese studies kunnen opbouwen. Maar het is ontzettend lastig om een dergelijk project rendabel of winstgevend te laten zijn, gezien de hoge kosten van het onderzoek. Academische instellingen lijken hier bijvoorbeeld geen financiële middelen voor te hebben.

/// Het is onwaarschijnlijk dat er binnen afzienbare tijd een registratiedossier bij de EMA of het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) zal worden ingediend voor het verkrijgen van een handelsvergunning. Dit maakt dat MDMA-AT voorlopig niet op ruime schaal langs reguliere weg kan worden voorgeschreven.



/// Er bestaan alternatieve routes om MDMA-AT in Nederland beschikbaar te maken, maar deze zijn beperkt en kunnen slechts op zeer kleine schaal worden toegepast. Dit beperkt de toegankelijkheid en de schaalbaarheid van de behandeling.

- a Deze alternatieven zijn: compassionate use; leveren op artsenverklaring; en naturalistisch onderzoek.
- b Geen alternatieven zijn: off-label use (het toepassen van een geregistreerd middel voor een toepassing waarvoor het niet geregistreerd werd); en een overheidsinstelling naar het model van het Bureau voor Medicinale Cannabis



/// Er is geen wet- of regelgeving die implementatie van MDMA-AT in Nederland tegenhoudt, ondanks dat MDMA op Lijst I van de Opiumwet staat.

/// Als MDMA-AT wel wordt geregistreerd, is de volgende uitdaging de beschikbaarheid van gekwalificeerde en ervaren behandelaren. Geaccrediteerde opleidingen zijn nog niet opgezet en de vereiste competenties voor behandelaren zijn nog niet vastgesteld.



/// Elke nieuwe therapievorm kent een aantal aandachtspunten. Zo ook MDMA-AT. De vereiste personele inzet is er hier één van. MDMA-AT is onderzocht met steeds twee therapeuten aanwezig bij de MDMA-sessies. Het is niet onderzocht wat variaties hierop doet met de effectiviteit of veiligheid. Als er nader onderzocht is welke personele inzet precies nodig is, kan dat invloed hebben op het nu nog onvolledige zicht op de kosteneffectiviteit.

Rol van de medicijnautoriteiten

MDMA-AT is in Nederland voor geen enkele medische indicatie geregistreerd. Afgaand op de ontwikkelingen in de Verenigde Staten is het waarschijnlijk dat als MDMA-AT in Europa of in Nederland wordt geregistreerd, dit ook voor PTSS zal zijn. De staatscommissie voorziet echter dat dit nog jaren zal duren.

Formeel zijn er in Nederland geen wettelijke barrières om MDMA-AT te registreren als medicijn of behandeling. De plaatsing op Lijst I van de Opiumwet heeft bijvoorbeeld voor de ontwikkeling en de registratie als medicijn geen gevolgen (zie hoofdstuk 6). De Nederlandse overheid ziet de ontwikkelingen rondom MDMA (en andere psychedelica) als de ontwikkeling van een regulier medicijn.¹ Dat betekent dat MDMA net als andere geneesmiddelen op dezelfde merites beoordeeld wordt, in dit geval door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG).

De EMA volgt het psychedelica-dossier met grote belangstelling. Vertegenwoordigers van de EMA gaven samen met een aantal Europese gezondheidsorganisaties begin 2023 in een commentaar in *The Lancet* aan dat de ontwikkeling van psychedelica als een normaal registratietraject gezien moet worden. Dat het hierbij middelen betreft die op Opiumwetten staan, hoeft volgens deze groep het onderzoek naar de therapeutische waarde van psychedelica niet in de weg te staan.²

Australië wachtte niet op registratie

Begin 2023 kondigde de Australische registratie-autoriteit, de Therapeutic Goods Administration (TGA), aan dat MDMA in het kader van MDMA-AT in juli dat jaar onder een andere lijst van de nationale drugswet zou gaan vallen. Het gaat hier om het Australische equivalent van de Opiumwet: de Poisons Standard, waar naast drugs ook alle medicijnen en chemicaliën zijn geclassificeerd in een totaal van negen lijsten.

MDMA viel tot juli 2023 onder Lijst 9, samen met alle andere verboden drugs. De aanpassing die in juli is ingegaan betreft een zogenaamde *rescheduling* naar Lijst 8, waardoor het een *controlled substance* is die alléén beschikbaar is voor de behandeling van PTSS. Er is dus geen sprake van een complete *rescheduling*: MDMA blijft voor alle andere toepassingen onder Lijst 9 vallen. Tegelijk met MDMA is ook voor psilocybine een beperkte *rescheduling* ingegaan: de stof staat op Lijst 9, maar voor de behandeling van therapieresistente depressie is ook hier het regime van Lijst 8 van toepassing.³

De voorgeschiedenis van dit besluit ligt besloten in de spanning tussen verschillende bestuurslagen in het federalistische Australië. Artsen konden – als ze dat wilden – MDMA voorschrijven aan bepaalde patiënten. Daarvoor moesten ze toestemming vragen aan de TGA. Terwijl de TGA dit op federaal niveau goedkeurde, waren de deelstaten juist tegen enige toepassing van MDMA, aangezien de stof illegaal was.⁴

¹ Minister van VWS, *Kamervragen* (2022).

² Florence Butlen-Ducuing et al., "The therapeutic potential of psychedelics: the European regulatory perspective", *The Lancet* (2023) 714-716.

³ Therapeutic Goods Administration, "Change to classification of psilocybin and MDMA to enable prescribing by authorised psychiatrists", *tga.gov.au* (2023).

⁴ Gesprek met Peter Hunt, medeoprichter van Mind Medicine Australia.

Om deze discrepantie op te heffen en MDMA medisch te kunnen toepassen werd er een intensieve lobby door de charitatieve belangengroepering MIND Medicine Australia (MMA) op gang gebracht om de stof op een andere lijst te plaatsen. De TGA oordeelde in juni 2022 nog dat er geen sprake kon zijn van het verplaatsen van MDMA en psilocybine naar een andere lijst wegens een op dat moment te magere wetenschappelijke basis.⁵ MMA mobiliseerde daarop patiënten en betrokkenen om bezwaar aan te tekenen tegen het besluit, wat leidde tot zo'n 3.500 aan de TGA gerichte brieven. Het betrof hier vooral individuele opinies en geen nieuwe wetenschappelijke inzichten.⁶ In februari 2023 ging de TGA overstag.

Deze stap van de registratie-autoriteit was controversieel. Wetenschappers die als enigen in Australië onderzoek deden naar de werking van psilocybine vonden dat de wetenschappelijke basis voor het voorschrijven van deze stoffen te mager was, zo stelden zij in een kritisch artikel in de *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*.⁷ Weliswaar waren de eerste resultaten veelbelovend, maar over de mogelijke bijwerkingen was nog niet genoeg bekend, zo schreven de onderzoekers. Volgens velen was de maatschappelijke druk de enige aanleiding om alsnog tot *rescheduling* over te gaan.⁸ Ook waren er nog vragen over welke vorm van psychotherapie bij deze stoffen het meest effectief was, en dus ook welke competenties dergelijke behandelaren moesten hebben. De wetenschappers schreven:

“De psychotherapeutische component wordt als absoluut cruciaal beschouwd voor het succes van deze interventie. De TGA heeft geen commentaar gegeven op de psychotherapie, waarschijnlijk omdat er geen consensus is over hoe de therapie eruit zou moeten zien. Het onderzoek bevindt zich zeker nog in de kinderschoenen wat dit betreft, met veel vragen die nog onbeantwoord zijn over de psychotherapeutische component.”⁹

De TGA verdedigde het besluit door te erkennen dat de wetenschappelijke basis weliswaar beperkt is, maar dat de voordelen van de behandeling opwegen tegen de risico's.¹⁰ In juni 2023 maakte de TGA bekend dat alleen “authorised persons” MDMA mogen voorschrijven, waarbij een medisch-ethische commissie bepaalt

- 5 Steve Kisely et al., *An Evaluation of the Therapeutic Value, Benefits and Risks of Methylendioxyamphetamine (MDMA) and Psilocybin for the Treatment of Mental, Behavioural or Developmental Disorders: A Report to the Therapeutic Goods Administration* (2021).
- 6 Steve Kisely, "The down-scheduling of MDMA and psilocybin(e): Too fast and too soon", *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* (2023) 933-934.
- 7 Susan Rossell et al., "Why didn't the TGA consult with Australian researchers and clinicians with experience in psilocybin-assisted psychotherapy for treatment-resistant major depressive disorder?", *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* (2023) 935-936.
- 8 Annika Blau et al., "Serious concerns' over TGA's decision making on landmark psilocybin, MDMA ruling", *ABC News* (2023)."
- 9 Susan Rossell et al., "Why didn't the TGA consult with Australian researchers and clinicians with experience in psilocybin-assisted psychotherapy for treatment-resistant major depressive disorder?", *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* (2023) 935-936.
- 10 Melissa Davey, "Australian decision to allow psychedelic drug prescriptions criticised by mental health experts", *The Guardian* (2023).

wie dat zijn.¹¹ Ook heeft de Australische vereniging voor psychiaters een eerste richtlijn uitgevaardigd rondom de toepassing van MDMA-AT.¹² Behandelaren moeten data leveren aan MMA om de effectiviteit en andere zaken in de gaten te houden.

Aan de Australische casus valt op dat er niet is gewacht op de registratie van MDMA-AT als medicijn, zoals in de VS nu staat te gebeuren. MMA importeert volgens farmaceutische kwaliteitsnormen geproduceerde MDMA uit Canada, waarna het naar de *authorized prescribers* gaat. De prijs van MDMA voor drie behandelingen bedraagt AUD 400 tot AUD 500 (€ 250 tot € 300).

MMA biedt inmiddels voor AUD 9.000 (€ 5.400) trainingen aan voor therapeuten die willen werken met psychedelica. In januari 2024 zijn de eerste behandelaren begonnen.¹³ De kosten voor de medicatie zijn voor rekening van MMA, maar wie de psychotherapie betaalt, is nog onduidelijk.

In de Verenigde Staten zal de FDA naar alle waarschijnlijkheid eind 2024 of begin 2025 MDMA-AT voor de behandeling van PTSS registreren. Het Verenigd Koninkrijk zal de Verenigde Staten mogelijk volgen. De Britse medicijnautoriteit neemt sinds de Brexit beoordelingen over van betrouwbare buitenlandse medicijnautoriteiten zoals de FDA, volgens een *mutual recognition agreement* (MRA).¹⁴ De Europese Unie beschikt wel over een eigen functionele medicijnautoriteit, dus is het overnemen van een beoordeling van de FDA niet waarschijnlijk.

De EMA of het CBG kunnen alleen een handelsvergunning afgeven wanneer ze zelf komen tot een positieve beoordeling van de balans tussen effectiviteit en risico's van MDMA-AT als behandeling voor PTSS. Vervolgens moet de minister van VWS het Zorginstituut Nederland verzoeken advies uit te brengen over de vraag of MDMA-AT voldoet aan "de stand van de wetenschap en de praktijk" en of MDMA-AT – op basis van zowel kosten als kosteneffectiviteit – kan worden toegelaten tot vergoeding via het Nederlandse basispakket. Het toelaten tot het basispakket wil zeggen dat de behandeling wordt gezien als onderdeel van de medisch noodzakelijke zorg waar iedere patiënt in Nederland recht op heeft.¹⁵ Op dit moment zijn andere behandelingen voor PTSS, zoals CGT en EMDR, opgenomen in het basispakket.¹⁶

¹¹ Therapeutic Goods Administration, "Update on MDMA and psilocybin access and safeguards from 1 July 2023", *tga.gov.au* (2023).

¹² The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, "Therapeutic use of MDMA for PTSD and psilocybin for treatment resistant depression", *ranzcp.org* (2023).

¹³ Gesprek met Peter Hunt, medeoprichter van Mind Medicine Australia.

¹⁴ Matthew Limb, "UK to give 'near automatic sign off' for treatments approved by 'trusted' regulators", *BMJ* (2023) 380.

¹⁵ CBG, "Procedures handelsvergunning", *cbg-meb.nl* (zonder datum).

¹⁶ Zorgwijzer, "EMDR therapie" (2024).

- /// De Verenigde Staten en Australië hebben al concrete stappen gezet in de richting van het aanbieden van MDMA-AT voor de behandeling van PTSS. Toch is er in Nederland en de Europese Unie geen zicht op registratie van MDMA of MDMA-AT voor deze toepassing.**

De plaatsing op de Opiumwet is geen barrière voor de ontwikkeling van een medicijn. Toch betekent dat niet dat registratie van MDMA-AT voor PTSS snel zal plaatsvinden in Europa of in Nederland. Om een medicijn te registreren moet een rechtspersoon een registratiedossier indienen bij de EMA of het CBG. De partij die daartoe het beste in staat is, is Lykos Therapeutics. Dit is de eigenaar van het onderzoek dat bij de Amerikaanse autoriteiten is ingediend.

Lykos Therapeutics heeft echter aangegeven zich voorlopig te beperken tot de Verenigde Staten. Registratie in Europa brengt hoogstwaarschijnlijk aanvullende kosten met zich mee en de winstmarges wegen daar niet tegen op.

- /// Voor registratie in Europa en Nederland is het nodig dat een rechtspersoon die in het bezit is van de wetenschappelijke data een registratiedossier indient bij de Europese of Nederlandse medicijnautoriteit. Omdat de EMA mogelijk aanvullend Europees onderzoek zal eisen, is dit niet financieel aantrekkelijk voor de Amerikaanse farmaceut die het onderzoek aanjaagt.**

De EMA en het CBG behouden zich het recht voor om aanvullend bewijs te vragen aan de indiener van het dossier. Dit is bijvoorbeeld noodzakelijk wanneer het niet duidelijk is of de gegevens uit het bestaande dossier ook van toepassing zijn op patiënten in Europa of Nederland en het aldaar functionerende zorgsysteem.

Er zijn geen aanwijzingen dat de Amerikaanse indiener van het MDMA-AT-dossier ook in de Europese Unie of Nederland op de korte en middellange termijn registratie zal aanvragen. Ook lijkt de partij niet van plan om het registratiedossier aan een derde partij te verkopen, zodat die in Europa een registratie en handelsvergunning kan aanvragen.

- /// Voor de registratie van MDMA-AT bij de EMA zou een nieuwe partij ook een nieuw dossier met nieuwe Europese studies kunnen opbouwen, maar het is ontzettend lastig om een dergelijk project rendabel of winstgevend te laten zijn, gezien de hoge kosten van het onderzoek. Academische instellingen lijken hier bijvoorbeeld geen financiële middelen voor te hebben.**

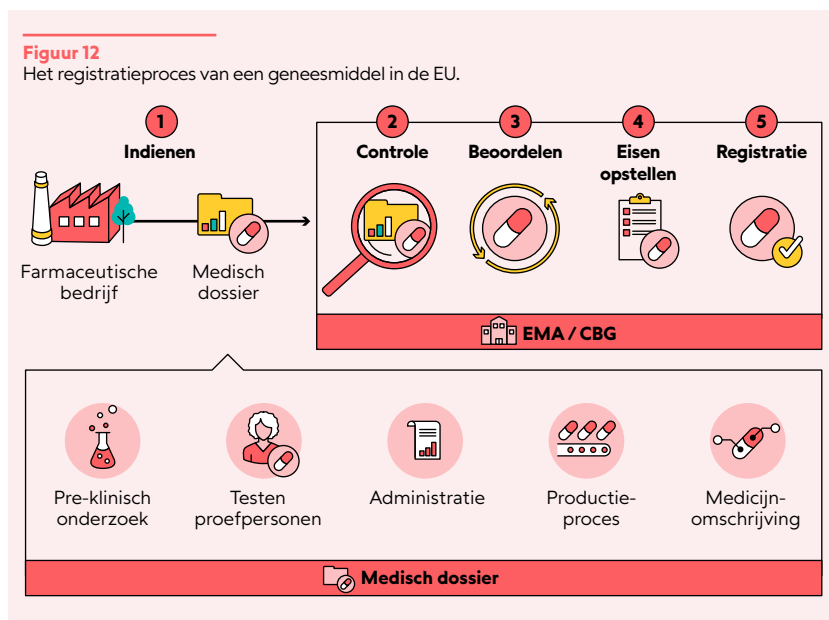
Als de Amerikaanse partij inderdaad geen belangstelling blijft tonen in de Europese markt, is de enige andere mogelijkheid om te komen tot Europese registratie dat een nieuwe partij onderzoek opzet voor de registratie. Gebruikmaken van de onderzoeksresultaten van de Amerikaanse indiener is waarschijnlijk niet mogelijk. Dit komt doordat Lykos data-exclusiviteit heeft bedongen voor enkele jaren.

- /// Het is onwaarschijnlijk dat er binnen afzienbare tijd een registratiedossier bij de EMA of het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) zal worden ingediend voor het verkrijgen van een handelsvergunning. Dit maakt dat MDMA-AT voorlopig niet op ruime schaal langs reguliere weg kan worden voorgeschreven.**

Met data-exclusiviteit houdt een partij voor een bepaalde periode het alleenrecht op de uitkomsten van eigen onderzoek. In de Verenigde Staten is dit zes jaar, in Europa acht jaar. Hierdoor kunnen andere partijen – zonder expliciete toestemming van de oorspronkelijke fabrikant – geen gebruik maken van die onderzoeksdata om de stof voor deze indicatie te registreren en op de markt te brengen. Zij moeten dergelijke data via eigen onderzoek verkrijgen.

Als de periode van exclusiviteit is afgelopen, kunnen andere partijen generieke versies van het middel op de markt brengen.¹⁷ Andere partijen worden zo dus ontmoedigd om zelf studies op te starten voor een eigen registratie. Geduld is in dit geval goedkoper voor een fabrikant.

Daarnaast is eigen onderzoek ook niet aantrekkelijk, omdat het moeilijk is om met MDMA-AT de gemaakte kosten terug te verdienen: het patent op het middel MDMA is al lang verlopen.¹⁸ Onder normale omstandigheden kan een fabrikant door het patent op een middel voor een paar jaar een monopoliepositie eisen, waardoor het de ontwikkelingskosten terugverdient. Aangezien het patent op MDMA is verlopen, maar er wel forse onderzoekskosten gemaakt moeten worden voordat een partij het middel kan laten registreren, is het niet aantrekkelijk voor een farmaceutisch bedrijf om het middel op de markt te brengen. De psychotherapeutische component van MDMA-AT valt daarnaast niet apart te patenteren.¹⁹



¹⁷ EMA, "Data exclusivity / Generics / Biosimilars: Regulatory and procedural guidance" (2008; 2012).

¹⁸ Robert Schoevers, Joost Breeksema en Rutger Boesjes, *Signalement Therapeutische toepassingen van psychedelica* (Den Haag: ZonMw 2023) 31.

¹⁹ Robert Schoevers, Joost Breeksema en Rutger Boesjes, *Signalement Therapeutische toepassingen van psychedelica* (2023) 31.

De Verenigde Staten registreren mét data-exclusiviteit

De Verenigde Staten zijn voorlopers in het onderzoek naar de therapeutische toepassing van MDMA. Kort na het verbod op de stof in 1986 zetten een aantal therapeuten en onderzoekers de *Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies* (MAPS) op.²⁰ Deze non-gouvernementele organisatie (ngo) had als doel om ondanks het verbod toch onderzoek naar behandeling met MDMA mogelijk te maken. De onderzoeken die in [hoofdstuk 5](#) zijn beschreven naar de toepassing van MDMA-AT bij lang bestaande PTSS zijn – zonder uitzondering – allemaal door MAPS gefinancierd.

In 2014 richtte MAPS een *Public Benefit Corporation* (MAPS PBC) op, die inmiddels Lykos Therapeutics heet. Een *Public Benefit Corporation* is een Amerikaanse bedrijfsvorm waarbij naast winst ook andere meer sociale doelen worden nagestreefd. De bedoeling is dat dit bedrijf, zodra MDMA-AT voor PTSS is geregistreerd, de stof aan behandelaren aanbiedt. Ook biedt het bedrijf trainingen aan voor MDMA-AT, al zal dit alleen in de periode direct na registratie zijn; uiteindelijk moet het veld dit overnemen.

Lykos Therapeutics heeft data-exclusiviteit bedongen bij de FDA. Voor een periode van zes jaar mogen andere partijen geen gebruikmaken van de (cruciale) data die Lykos Therapeutics heeft verzameld. Daardoor is toegang tot deze data nagenoeg onmogelijk, tenzij een ander bedrijf zelf onderzoek doet en apart van MAPS goedkeuring krijgt.²¹ Daar is echter geen sprake van, waardoor Lykos Therapeutics in de nabije toekomst de enige aanbieder in de Verenigde Staten zal zijn van MDMA-AT voor de behandeling van PTSS.

De registratie van MDMA-AT voor PTSS heeft ook gevolgen voor de Amerikaanse wetgeving. MDMA valt op dit moment onder lijst I van de Amerikaanse Opiumwet, wat betekent dat de stof juridisch gezien geen *medical benefit* heeft. Dit verandert zodra MDMA door de FDA is geregistreerd als geneesmiddel. De stof zal daardoor op een andere lijst worden geplaatst door de Drug Enforcement Administration (DEA), al is nog niet duidelijk welke lijst dat zal zijn.

Gebrek aan behandelaren

/// Als MDMA-AT wel wordt geregistreerd, is de volgende uitdaging de beschikbaarheid van gekwalificeerde en ervaren behandelaren. Geaccrediteerde opleidingen zijn nog niet opgezet en de vereiste competenties voor behandelaren zijn nog niet vastgesteld.

Mocht over enkele jaren registratie in Nederland wel plaatsvinden, dan zal er snel een probleem met de beschikbaarheid van de behandeling ontstaan. Zeker aan het begin van een potentiële implementatie van MDMA-AT zal er slechts een klein aantal geschoolde en geaccrediteerde MDMA-AT-behandelaren zijn die deze

²⁰ Torsten Passie, "The early use of MDMA ('Ecstasy') in psychotherapy (1977-1985)", *Drug Science, Policy and Law* (2018).

²¹ U.S. Food & Drugs Administration, "Frequently Asked Questions on Patents and Exclusivity", *fdagov* (2020).

complexe behandeling kunnen aanbieden. Bovendien zullen behandelaren – gezien de intensiteit van de behandeling – waarschijnlijk niet meer dan één tot hooguit drie patiënten per week kunnen behandelen. Dat betekent dat ook bij een aanzienlijke vraag naar MDMA-AT direct na registratie het behandelaanbod zeer beperkt zal zijn, en er dus een gebrek aan behandelingsmogelijkheden met MDMA-AT zal zijn.

Het is ook nog niet duidelijk wie wel of niet met deze nieuwe behandelvorm mogen werken. Het is waarschijnlijk dat een psychiater eindverantwoordelijk is voor de behandeling en de MDMA voorschrijft, maar wie bij de sessies zelf (mogen) zitten is nog onderwerp van discussie. Binnen de ggz is de eindverantwoordelijke psychiater niet per definitie degene die een behandeling uitvoert. In theorie kan dit zowel een psycholoog zijn als een verpleegkundig specialist.

In 2023 zette een internationale onderzoeksgroep een enquête uit naar opinies over de regulering van MDMA-AT onder 75 experts. De experts werkten met MDMA-AT in klinische trials in Europa. De expertgroep was onder de indruk van de klinische effecten van MDMA-AT. Zij benadrukten wel twee punten: het belang van een gespecialiseerde therapeutentraining en het belang van actieve regelgeving en internationale samenwerking om een effectieve integratie van MDMA-AT in de Europese ggz te realiseren. Hierbij onderstreepte de expertgroep ook het belang van ethische kwesties en gelijke toegang tot de behandeling.²²

Het werken met een psychedelicum vereist een specifieke set vaardigheden. In het buitenland worden al opleidingen aangeboden voor de therapeutische toepassing van MDMA. Sommige daarvan zijn commerciële trainingen die zich naast MDMA ook toeleggen op andere psychotrope stoffen, zoals psilocybine en ketamine. Nederlandse psychologen en psychiaters die cliënten met PTSS behandelen, kunnen deze buitenlandse cursussen reeds volgen. Hiervoor kunnen ze accreditatiepunten verkrijgen, waarvan ze van hun beroepsverenigingen vijfjaarlijks verplicht een bepaalde hoeveelheid moeten hebben verzameld. Dit betekent echter niet automatisch dat deze behandelaren vervolgens patiënten met die opgedane kennis over psychedelica-ondersteunde psychotherapie mogen behandelen. De Nederlandse organisaties voor professionals in de geestelijke gezondheidszorg (NVvP, NVP, NIP en V&VN) zullen zich moeten uitspreken over welke training als voldoende kan worden gekwalificeerd.

Kosteneffectiviteit

/// Elke nieuwe therapievorm kent een aantal aandachtspunten. Zo ook MDMA-AT. De vereiste personele inzet is er hier één van. MDMA-AT is onderzocht met steeds twee therapeuten aanwezig bij de MDMA-sessies. Het is niet onderzocht wat variaties hierop doet met de effectiviteit of veiligheid. Als er nader onderzocht is welke personele inzet precies nodig is, kan dat invloed hebben op het nu nog onvolledige zicht op de kosteneffectiviteit.

²² Jerome Herpers et al., "Expert Opinions on Implementation of MDMA-Assisted Therapy in Europe: Critical Appraisal towards Training, Clinical Practice, and Regulation", *European Journal of Psychotraumatology* (2024).

We weten nog niet genoeg over de kosteneffectiviteit van MDMA-AT in Nederland. Een behandeling met MDMA-AT kent twee of drie MDMA-ondersteunde sessies, elk gevolgd door een integratiesessie. Bij elke sessie zijn twee therapeuten aanwezig. Dit kan leiden tot wel honderd persoonsuren voor één MDMA-AT-behandeling. De kosten van deze behandeling zitten dus vooral in de personele inzet, aangezien het middel zelf niet duur hoeft te zijn. In het licht van de huidige krapte binnen de ggz roept dat de vraag op of deze behandelvorm de beschikbare personele inzet voor andere indicaties niet te zwaar belast. Tegelijkertijd is de doelgroep van MDMA-AT therapieresistente patiënten met PTSS: dat betekent dat deze patiënten al veel behandelingen hebben gehad en een hoge zorgvraag hebben. De kosten voor deze patiënten zijn hoog en zullen ook hoog blijven zolang er geen duurzame behandeling voor hen is.

Er is een hoge zorgvraag van patiënten met therapieresistente PTSS. MDMA-AT kan op de langere termijn door de duurzaamheid van de interventie ook juist een kosteneffectieve en personeelsbesparende oplossing bieden. Dit zou de toegankelijkheid van de zorg juist verbeteren. Er is echter nog te weinig onderzoek gedaan naar de kosteneffectiviteit van MDMA-AT binnen de context van de Nederlandse ggz. Wat betreft kosteneffectiviteit van MDMA-AT in het algemeen is de beschikbare literatuur voornamelijk gebaseerd op het Amerikaanse zorgsysteem, dat sterk verschilt van het Nederlandse systeem.²³

Er is slechts één onderzoek verricht naar de kosteneffectiviteit van MDMA-AT in Nederland, verricht door farmaco-econoom Inge Bouter, destijds in opleiding. Deze kosteneffectiviteitsanalyse kijkt zowel naar de behandelingskosten als naar de impact op de kwaliteit-gecorrigeerde levensjaren (QALY's) van patiënten. Over meerdere jaren beoordeeld bleek MDMA-AT kosteneffectief te zijn in vergelijking tot veel van de nu gebruikte interventies, vooral vanwege het duurzame effect van de interventie.²⁴

De kosteneffectiviteit van MDMA-AT is echter niet beter dan die van EMDR, wanneer EMDR effectief is bij de patiënt. De kosteneffectiviteit van MDMA-AT kan zich nog ten positieve ontwikkelen als uit onderzoek blijkt dat goedkopere variaties op het protocol van de MAPS-studies minimaal even effectief zijn. Een goede reden om meer variaties op het MAPS-protocol te onderzoeken, is dus de zoektocht naar het meest kosteneffectieve behandelprotocol. Zo is het de vraag of er twee behandelaren nodig zijn tijdens de twee of drie achturige MDMA-ondersteunde sessies. Een voorstelbaar alternatief is twee sessies met één MDMA-AT-therapeut ondersteund door een co-therapeut, zoals een gekwalificeerde psycholoog of verpleegkundig specialist. Een andere optie zou kunnen zijn om integratiesessies te doen in groepsverband, zoals reeds is gedaan in onderzoek naar psilocybine-ondersteunde therapie voor kankerpatiënten met depressie.²⁵ Het kan lonen te onderzoeken of dergelijke

²³ Elliot Marseille et al., "Updated cost-effectiveness of MDMA-assisted therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder in the United States: Findings from a phase 3 trial", *PLoS ONE* (2022).

²⁴ Inge Bouter, "Beyond Traditional Therapies: Evaluating the Economic and Therapeutic Value of 3,4-Methylenedioxymethamphetamine-assisted psychotherapy for Post-Traumatic Stress Disorder" (2023).

²⁵ Benjamin Lewis et al., "HOPE: A Pilot Study of Psilocybin Enhanced Group Psychotherapy in Patients With Cancer", *Journal of Pain and Symptom Management* (2023) 258-269.

variaties even effectief en veilig zijn, maar met minder kosten en een minder groot beslag op het personeelsbestand. De desbetreffende beroepsverenigingen dienen richtlijnen op te stellen voor wie bevoegd en bekwaam is om patiënten met MDMA-AT te behandelen en bij welke onderdelen van de behandeling zij in welke hoedanigheid kunnen participeren.

Er is meer onderzoek nodig naar welke medische professionals MDMA-AT kunnen uitvoeren. Er zijn ook nog andere variabelen die onderzocht kunnen worden. Alhoewel de effectiviteit van MDMA-AT volgens het protocol van MAPS bewezen is, zijn er erg weinig variaties op dit behandelprotocol onderzocht, zoals groepsessies, of gebruik van MDMA in combinatie met een op exposure gerichte interventie zoals CGT of EMDR. Zonder verder onderzoek valt niet te zeggen of de behandeling even effectief is bij bijvoorbeeld andere doseringen MDMA, een ander aantal sessies of een groepsessie in plaats van een individuele sessie.

Alternatieven voor registratie

/// Er bestaan alternatieve routes om MDMA-AT in Nederland beschikbaar te maken, maar deze zijn beperkt en kunnen slechts op zeer kleine schaal worden toegepast. Dit beperkt de toegankelijkheid en de schaalbaarheid van de behandeling.

Zoals [hoofdstuk 5](#) aantoonde en [hoofdstuk 8](#) ook laat zien, hebben patiënten met ernstige en therapieresistente PTSS belang bij nieuwe behandelopties. MDMA-AT kan daarbij een uitkomst bieden. Patiënten die hiernaar informeren bij behandelaren, worden voorlopig nog teleurgesteld. [Hoofdstuk 8](#) laat zien dat dit bij zowel een deel van de patiënten als een deel van de behandelaren tot ongenoegen leidt. In afwachting van registratie zijn er echter legale alternatieven die het in sommige gevallen mogelijk maken om te behandelen met een niet in Europa of Nederland geregistreerd middel.

Zwitserland biedt al sinds 2014 ruimte voor MDMA-AT

Het Zwitserse Federale Bureau voor Volksgezondheid (BAG) reguleert het gebruik van niet-goedgekeurde verdovende middelen. Artsen met een beroepsuitoefeningsvergunning, voornamelijk psychiaters en psychotherapeuten, kunnen een aanvraag indienen voor uitzonderingsvergunningen voor het gebruik van MDMA, LSD en psilocybine. De aanvragen worden beoordeeld op basis van de psychotherapeutische praktijk van de aanvrager, hun netwerk binnen professionele verenigingen, en hun betrokkenheid bij intervisie en supervisie.

De vergunningen zijn geldig voor één specifieke patiënt en één specifieke stof voor een jaar, met de mogelijkheid tot verlenging. Om in aanmerking te komen, moet een patiënt voldoen aan strikte criteria. Dat zijn onder meer aan een ongeneeslijke ziekte lijden, verlichting vinden door het verdovende middel, uitputting van bestaande therapieën, en de mogelijkheid om een meer onafhankelijke levensstijl te leiden. Deze therapie is geen eerste-keusbehandeling, maar bedoeld voor patiënten die verschillende andere behandelingen zonder blijvend succes hebben geprobeerd.

De vergunninghouder beslist vervolgens over de dosering, frequentie van de sessies, setting, en vorm en intensiteit van de begeleidende psychotherapie. Delen van de behandeling kunnen gedelegeerd aan getrainde niet-medische collega's, zoals psychotherapeuten.

Sinds 2014 zijn meer dan 1000 licenties uitgegeven aan ongeveer 60 artsen voor het gebruik van MDMA, LSD en psilocybine in therapeutische settingen. De behandelingen, geschat op 2000 tot 3000, worden zorgvuldig gecontroleerd en gemonitord. Een hoogleraar Farmacologie van de Universiteit van Basel levert de gebruikte stoffen en controleert die op kwaliteit.

De training voor therapeuten in dit veld is nog in ontwikkeling, met gespecialiseerde trainingen voor een beperkt aantal deelnemers, aangeboden door de Schweizerische Ärztgesellschaft für Psycholytische Therapie. Deze gespecialiseerde behandeling wordt beschouwd als een behandeling voor complexe stoornissen. Zij lijkt geen invloed te hebben op het recreatieve drugsgebruik in Zwitserland, zo stelt de voorzitter van de Ärztgesellschaft.²⁶

Compassionate Use

Er bestaat een manier om ongeregistreerde middelen legaal voor te schrijven. In Europees verband heet deze manier *compassionate use* – in het Nederlands soms vertaald als “gebruik in schrijvende gevallen”. Met dit regelgevende mechanisme kan een voorschrijver patiënten toegang bieden tot experimentele behandelingen, zoals bijvoorbeeld MDMA-AT bij PTSS. De EMA stelt als voorwaarde dat een medicijn al klinische trials ondergaat, wat voor MDMA-AT het geval is. Daarnaast staat de EMA *compassionate use* óók toe bij goed onderzochte medicijnen die zijn ingediend ter registratie, wat voor MDMA-AT niet geldt. *Compassionate use* moet wel plaatsvinden volgens de regels van de lidstaat.²⁷

/// De alternatieve routes zijn: compassionate use; leveren op artsenverklaring; en naturalistisch onderzoek.

Compassionate use geschiedt buiten klinische trials om en is bedoeld voor gevallen waarin standaardbehandelingen niet effectief zijn. Het is ontworpen om patiënten in dringende medische situaties toch te helpen en tegelijkertijd waardevolle gegevens te verzamelen over de werkzaamheid van nieuwe behandelingen.

Het CBG biedt ook de mogelijkheid voor *compassionate use* voor de meest schrijvende gevallen. Daarbij kan een middel worden voorgeschreven dat al ter goedkeuring bij het CBG is ingediend, maar nog niet is beoordeeld. Een voorbeeld is de esketamineneusspray van de firma Janssen. In 2019 werd dit middel voor *compassionate use* goedgekeurd. Daarbij werd binnen een Landelijk Consortium Ketamine Neusspray, bestaande uit twaalf zorgaanbieders, gewerkt met de esketamineneusspray. Het consortium verzamelt en deelt data voor de registratie van het middel.²⁸ Ook deden therapeuten ervaring op met het middel. Inmiddels is

²⁶ Informatie uit correspondentie tussen de Staatscommissie en de Zwitserse psychiater Peter Gasser, voorzitter van de Schweizerische Ärztgesellschaft für Psycholytische Therapie.

²⁷ EMA, "Compassionate use", ema.europa.eu (z.d.).

²⁸ Jaco Bobas et al., *Ketamine in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg: Implementatie, risico's, vraagstukken* (2022) 21.

de neusspray goedgekeurd door het CBG en bieden de betrokken instellingen het aan voor behandelingen.

Leveren op artsenverklaring

Een ander alternatief om MDMA-AT voorafgaand aan registratie beschikbaar te maken, is via levering van MDMA op artsenverklaring. In dit geval kan een arts besluiten tot het leveren van een middel zonder dat er een handelsvergunning voor bestaat, dat wil zeggen zonder dat het middel geregistreerd is als geneesmiddel. Het gaat dan met name om aandoeningen of gevallen waar in Nederland geen toegelaten middelen voorhanden zijn. De arts vult in dat geval een verklaring in waarmee een apotheek bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) toestemming kan vragen voor productie en levering door een apotheek. Stemt die daarmee in, dan kan de arts het voorschrijven voor die specifieke patiënt.²⁹

Weliswaar kunnen via deze route tussen het moment van registratie in de Verenigde Staten en mogelijke registratie in Nederland patiënten met PTSS worden geholpen, maar de administratieve lasten zijn zeer hoog.

Naturalistisch onderzoek

Het laatste mogelijke alternatief voor registratie is het beschikbaar stellen van MDMA-AT via een grootschalig naturalistisch onderzoek in Nederland. Dit onderzoek heet naturalistisch, omdat er geen sprake is van een medisch experiment en alle patiënten na de behandeling enkele jaren worden gevolgd om de effectiviteit van de behandeling met MDMA-AT te onderzoeken. In de wetenschappelijke literatuur spreekt men van *real world data collection*, omdat er in dit onderzoek een gepersonaliseerde vorm van therapie kan worden gegeven, zoals dat in een normale gang van zaken gebeurt.

MDMA mag voor dit onderzoeksdoel worden gebruikt, mits er voor het gebruik een ontheffing van de Opiumwet is aangevraagd bij en gegund door de minister van VWS. Het maakt daarbij niet uit of het om een stof gaat die op Lijst I of Lijst II staat.³⁰

Bij een dergelijk naturalistisch onderzoek worden PTSS-patiënten die daarvoor in aanmerking komen behandeld met MDMA-AT. Dat gebeurt op voorwaarde dat zij meedoen aan langdurig vervolgonderzoek naar de langetermijneffectiviteit en veiligheid, en persoonlijke ervaringen met deze behandeling.

De rol van de farmaceutische industrie

Een voorwaarde voor MDMA-AT is een farmaceutische productie van MDMA naar Europese geneesmiddelenstandaarden. Het ontwikkelen van een rendabel MDMA-product is een voorwaarde voor een farmaceut om het middel te produceren. Zoals aangegeven kan dat voor een middel als MDMA met een verlopen patent lastig zijn.

Het is echter niet onmogelijk om voor generieke middelen een (zeer) winstgevende vorm te ontwikkelen. Het anestheticum ketamine – klinisch gebruikt bij pijnbestrijding en bij het opwekken van narcose, maar ook gebruikt als

²⁹ IGJ, "Leveren op artsenverklaring", *igj.nl* (z.d.).

³⁰ *Beleidsregels opiumwetontheffingen*, artikelen 1 en 2 (geraadpleegd 31 januari 2024).

drug – kent ook een verlopen patent. In 2000 wekte het middel belangstelling als antidepressivum bij therapieresistente depressie. Sinds 2019 biedt een farmaceut de krachtige variant esketamine aan via een gepatenteerde neusspray. Binnen de Europese Unie mag alleen deze neusspray gebruikt worden om esketamine voor te schrijven bij therapieresistente depressie.³¹

Een dosis generieke esketamine kost 20 euro. Toch is de neusspray in Nederland tienmaal duurder.^{32, 33} In andere landen gaat het zelfs om een verschil van een factor 100.³⁴ De farmaceut stelt dat de prijs is bepaald op basis van de waarde van de toegenomen kwaliteit van leven die het middel levert. De onderzoeks-, productie- en verhandelkosten speelden dus geen rol.³⁵ In de praktijk betekent dit dat de farmaceut naar de hoogst mogelijke prijs binnen de grenzen van gangbare kosten-batenanalysemethoden heeft gezocht. Aangezien de kwaliteit van het leven – maar ook de productiviteit van de patiënt en diens omgeving – zwaar lijdt onder therapieresistente depressie, is depressie duur. Een effectief middel dat net goedkoper is dan de kosten van depressie, is zodoende een juiste prijs volgens deze rekenmethode.

Als er vraag is naar farmaceutische MDMA en een producent kan deze in een te patenteren, rendabele vorm aanbieden, is deze voorwaarde voor MDMA-AT voldaan. De staatscommissie wil echter ook wijzen op het feit dat winstbejag extreme vormen kan aannemen die in strijd zijn met maatschappelijke normen en verschillende mensenrechtenbepalingen.

In toenemende mate vindt er een maatschappelijke en juridische ontwikkeling plaats die wijst op de maatschappelijke verantwoordelijkheid van bedrijven. In 2021 beval bijvoorbeeld de Rechtbank Den Haag de Royal Dutch Shell haar CO₂-uitstoot te verminderen, omdat het aandeel van Shell aan de opwarming van de aarde onder andere in strijd is met verschillende mensenrechten, waaronder het recht op leven.³⁶ De staatscommissie wijst in het kader van de mensenrechten beschreven in hoofdstuk 6 op de maatschappelijke verantwoordelijkheid die de farmaceutische industrie heeft om ervoor te zorgen dat medicijnen toegankelijk en betaalbaar zijn.

Het bedingen van een te hoge prijs raakt aan het recht van patiënten op toegang tot bewezen effectieve vormen van zorg. Indien een te hoge prijs ertoe leidt dat de overheid niet bereid is MDMA-AT via het basispakket beschikbaar te stellen, dan wordt (kwetsbare) patiënten zorg ontzegd waar zij baat bij kunnen hebben. Dit staat bijvoorbeeld op gespannen voet met het recht op een zo goed mogelijke mentale gezondheid.

- 31** Jaco Bobas et al., *Ketamine in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg: Implementatie, risico's, vraagstukken* (2022) 25.
- 32** Eric Sagonowsky, "Cost watchdogs scold J&J for 'overpricing' its new ketamine-like antidepressant", *Fierce Pharma* (2019).
- 33** Zorginstituut Nederland, "Kostenoverzicht esketamine (nasaal)", *Farmacotherapeutisch Kompas* (2024).
- 34** The George Institute, "Why low-cost ketamine is still inaccessible to many with severe depression", *USNW Newsroom* (2023).
- 35** William Borden, "A Complex Patent & Pricing Picture: Regulating Psychedelics More of a Journey Than a Trip", *Pharmaceutical Executive* (2022).
- 36** Rechtbank Den Haag, "Klimaatzaak tegen Royal Dutch Shell", *de Rechtspraak* (2021).

Twee doodlopende wegen

Tot slot zijn er twee doodlopende wegen. Dit betreft *off-label use* en het instellen van een overheidsinstantie naar het model van het Bureau voor Medicinale Cannabis. De staatscommissie noemt deze twee wegen wel, omdat ze in de discussie over het beschikbaar stellen van MDMA-AT vaak de revue passeren.

/// Geen alternatieve routes zijn: *off-label use* (het toepassen van een geregistreerd middel voor een toepassing waarvoor het niet geregistreerd werd); en een overheidsinstelling naar het model van het Bureau voor Medicinale Cannabis.

Off-label use is het toepassen van een geregistreerd geneesmiddel voor een indicatie waarvoor die niet geregistreerd werd. Artsen kunnen *off-label* een behandeling voorschrijven bij een patiënt die geen baat leek te hebben bij *on-label* behandelingen. Het is aan de arts om in te schatten of een *off-label*-toepassing het proberen waard is, maar deze moet zich vervolgens wel aan vastgestelde protocollen en standaarden houden.³⁷ Aangezien MDMA echter voor geen enkele toepassing is geregistreerd bij de Nederlandse of Europese medicijnautoriteit, kan het middel ook niet *off-label* worden voorgeschreven.

Een andere optie is geïnspireerd op het Bureau voor Medicinale Cannabis. Dit Staatsbureau ziet toe op de teelt van cannabis en levert cannabis wanneer een arts dit voorschrijft bij een patiënt. Cannabis is echter geen geregistreerd geneesmiddel. De arts schat zelf in of een patiënt baat kan hebben bij medicinale cannabis. Als een dergelijke constructie ook zou kunnen bestaan voor MDMA ten dienste van MDMA-AT, zou registratie niet nodig zijn. Een dergelijke constructie is echter juridisch niet mogelijk.

Het *Enkelvoudig Verdrag inzake verdovende middelen* van 1961 bepaalt dat een Staat het recht heeft een of meerdere Staatsbureaus op te richten die de teelt van bepaalde drugs toelaten. De telers moeten dan wel hun hele oogst aan een Staatsbureau afleveren. Het Staatsbureau heeft vervolgens het alleenrecht op de invoer, uitvoer, groothandel en het aanhouden van de drugs. Dit Verdrag is opgesteld vóór de opkomst van MDMA en andere psychotrope stoffen. Daardoor noemt het Verdrag van 1961 alleen de verwerkingen van de opiumpapaver, de cannabisplant en de cocaplant.³⁸ Met de opkomst van nieuwe drugs namen de Verenigde Naties een aanvullend verdrag aan in 1971, het *Verdrag inzake psychotrope stoffen*, waarin verschillende synthetische drugs, zoals MDMA, werden opgenomen. Dit Verdrag van 1971 bevat echter géén bepaling over een mogelijk Staatsbureau.³⁹ Een Staatsbureau voor Therapeutisch Toegepaste MDMA valt daarom niet binnen de mogelijkheden.

De alternatieven gewogen

De drie legale alternatieven voor MDMA-AT hebben allen als voordeel dat behandelaren MDMA-AT eerder kunnen voorschrijven. Patiënten met ernstige PTSS die baat kunnen hebben bij MDMA-AT, hoeven met deze alternatieven niet te wachten tot er een registratie komt. Hiermee wordt bovendien het onderzoek naar MDMA-AT voortgezet binnen de Nederlandse zorgcontext, waardoor we meer te weten komen

³⁷ Marjolein Weda et al., *Off-labelgebruik van geneesmiddelen* (2017) 15, 21.

³⁸ *Enkelvoudig Verdrag inzake verdovende middelen*, artikelen 1, 29 en 30 (1961).

³⁹ *Verdrag inzake psychotrope stoffen* (1971).

over de langetermijneffectiviteit en -veiligheid, en waardoor behandelaars al ervaring kunnen opdoen met deze behandelingsvorm.

Tegelijkertijd zijn er ook nadelen. De inzet zal kleinschalig zijn, zeker bij *compassionate use* en levering op artsverklaring. Daarnaast zal de administratieve last hoog zijn, wat invloed heeft op de kosteneffectiviteit. Tot slot is het probleem van *compassionate use* en het leveren op artsverklaring altijd dat er individuele uitzonderingen nodig zijn, waar geen gecoördineerde onderzoeksdoelen achter liggen. Tot slot kan *compassionate use* in Nederland geen oplossing bieden voor het urgente probleem, omdat er wel eerst een registratiedossier moet zijn ingediend. *Compassionate use* maakt dus wel dat MDMA-AT kan worden ingezet voordat het registratietraject voltooid is, maar het is geen route om tijdig tegemoet te komen aan de behandelbehoefte.

Een groot naturalistisch onderzoek heeft een streepje voor op de andere twee alternatieven. Aanvullende vragen over MDMA-AT kunnen gecoördineerd worden onderzocht, zoals de langetermijneffectiviteit, de kosteneffectiviteit in Nederland en de uitvoerbaarheid in Nederland. Er zijn immers nog aanvullende onderzoeksvragen waarop alleen antwoord mogelijk is via langdurig onderzoek en onderzoek in Nederland.⁴⁰

Conclusie

Huidige regelgeving op internationaal, Europees en Nederlands niveau vormt geen beletsel voor de registratie van MDMA als medicijn. Marktpartijen kunnen een registratiedossier indienen bij de daarvoor bevoegde instanties, alleen zijn die partijen er op dit moment niet vanwege het lastige verdienmodel. Academische partijen tonen wel belangstelling, maar lijken de benodigde financiële middelen te missen om onderzoeken op te zetten. Tegelijkertijd gaat deze nieuwe behandeling naar alle waarschijnlijkheid wél spoedig in de Verenigde Staten goedkeuring krijgen en is in Australië MDMA-AT al toegestaan. Naast financiële en juridische beletsels heeft Nederland ook een gebrek aan gekwalificeerde therapeuten die met MDMA kunnen werken, waardoor na registratie van MDMA-AT er zeer weinig capaciteit zal zijn.

Aanbevelingen

De staatscommissie heeft aanbevelingen geformuleerd voor verschillende partijen.

Aanbevelingen voor de regering

- 1 Gezien het overtuigende wetenschappelijke bewijs adviseert de staatscommissie om medische toepassing van MDMA bij PTSS zo snel mogelijk in Nederland te ontwikkelen en om implementatie te faciliteren. Zij adviseert om hierbij de ontwikkelingen met betrekking tot registratie en licensering in de Verenigde Staten te volgen.**

Wetenschappelijk onderzoek laat zien dat MDMA-AT een effectieve en veilige behandelmethodes is. Deze behandelmethodes zal zeer waarschijnlijk spoedig in de Verenigde Staten beschikbaar zijn als reguliere behandeling voor PTSS. De staatscommissie acht het wenselijk dat deze behandelmethodes zo snel mogelijk in Nederland beschikbaar is.

⁴⁰ Robert Schoevers et al., *Signalement Therapeutische toepassingen van psychedelica* (2023).

2 Om risicovolle of schadelijke inzet van MDMA-AT in de gezondheidszorg te voorkomen, moet de overheid duidelijke kaders en randvoorwaarden opstellen.

MDMA-AT verschilt van andere farmacologische behandelingen. MDMA fungeert als een katalysator voor effectieve traumaverwerking binnen de context van (integratieve) therapie. De therapie wordt in deze behandeling gezien als minstens zo belangrijk als het middel. Om deze therapie effectief en veilig te laten verlopen, adviseert de staatscommissie de overheid om de volgende randvoorwaarden te garanderen:

- a Organiseer een landelijk indicatieorgaan om de toegang tot MDMA-AT te verdelen.** De vraag naar MDMA-AT zal vooralsnog aanzienlijk groter zijn dan het aanbod. Behandelcentra voor de behandeling van PTSS moeten zich daarom voorbereiden op de verdeling van de schaarse behandelcapaciteit over de patiënten. Een landelijk indicatieorgaan kan hierin een belangrijke sturende rol vervullen.
- b Bied MDMA-AT uitsluitend aan via hiervoor aangewezen en geëquipeerde kennis- en expertisecentra voor behandeling van PTSS.** Deze centra moeten gekwalificeerde therapeuten met specifieke klinische vaardigheden in huis hebben. Bovendien moeten ze de juiste faciliteiten en ondersteuningsnetwerken hebben om een veilige en effectieve behandeling te waarborgen.
- c Dring bij beroepsverenigingen van psychiaters, psychologen en verpleegkundigen aan op de ontwikkeling en accreditatie van specifieke opleidingen voor de uitvoering van MDMA-AT.** Behandelaren moeten deze opleiding afronden alvorens ze met MDMA mogen werken. Dit omvat het bepalen van de juiste professionele achtergrond (psychologen, psychiaters, gespecialiseerde verpleegkundigen) en de benodigde vaardigheden en kennis. De staatscommissie ziet hier een belangrijke rol weggelegd voor beroepsverenigingen om opleidingspakketten samen te stellen.
- d Zet MDMA-AT voorlopig alleen in bij langdurige bestaande of therapie-resistente PTSS.** Andere, bewezen effectieve behandelingen hebben op dit moment de voorkeur aangezien daar meer ervaring mee is en er ook meer behandelcapaciteit voor is. MDMA-AT wordt daarmee vooralsnog gereserveerd voor patiënten met langdurig bestaande of therapieresistente PTSS.
- e Hanteer een uniform en centraal georganiseerd systeem voor het registreren van effecten en bijwerkingen van MDMA-AT.** Dit bevordert inzicht in bovengenoemde punten en de mogelijkheden voor preventie van bijwerkingen en eventuele complicaties.

3 Start zo snel mogelijk een naturalistisch onderzoek om MDMA-AT beschikbaar te maken.

Alle mogelijkheden overwegende, biedt een naturalistisch onderzoek naar MDMA-AT de enige realistische mogelijkheid om deze behandeling zo snel mogelijk – voorafgaand aan een EMA/CBG-registratie – in te zetten voor een groep mensen waarvoor anders geen effectieve behandeling beschikbaar is. Daarnaast levert een dergelijk onderzoek antwoorden op ten aanzien van vragen over:

- a de langetermijneffectiviteit van MDMA-AT;
- b de risico's en bijwerkingen van mono-gebruik van MDMA, op korte en lange termijn;
- c de kosteneffectiviteit van MDMA-AT;
- d de uitvoerbaarheid en implementatie van MDMA-AT;
- e het effect van variaties op het bestaande behandelprotocol en mogelijk ook van bredere indicatiegebieden voor MDMA-AT.

Voor de financiering kan naast het ministerie van VWS ook een beroep gedaan worden op de zorgverzekeraars in het kader van zorginnovatie.

4 Verken of bestaande (psychedelische) middelen een andere aanpak voor registratie nodig hebben dan "gebruikelijke" medicijnen. Mogelijk zijn nieuwe wettelijke kaders nodig voor ongeregistreerde middelen met een bekende medische toepassing, die al beschikbaar zijn op de illegale markt.

De staatscommissie constateert een starheid bij de verantwoordelijke instanties in het oplossingsgericht denken over dit type nieuwe medicijnen. In tegenstelling tot de gebruikelijke registratie van nieuwe medicijnen, is er met MDMA en andere psychedelica al sprake van een grote beschikbaarheid op de illegale markt. Deze factor zou ter overweging meegegeven moeten worden bij het maken van beleid.

Aanbevelingen voor de beroepsverenigingen

5 De beroepsverenigingen moeten richtlijnen voor de behandeling van PTSS voor MDMA-AT opstellen.

Hierbij moet zo veel mogelijk de in de MAPS-studies gebruikte manier van werken worden aangehouden. Een MDMA-ondersteunde behandeling met MDMA-sessies begeleid door twee erkende therapeuten en een goede aansluitende integratieve therapie verdienen altijd de voorkeur boven een behandeling zonder deze ingrediënten.

6 Ontwikkel specifieke opleidingen voor de uitvoering van MDMA-AT.

Het werken met MDMA voor de behandeling van PTSS (en mogelijk later ook andere indicaties) vereist een hoog kennisniveau van de behandelaren. Het gaat daarbij niet alleen om kennis van de indicatie (PTSS), maar ook om kennis van MDMA en de wijze hoe dit professioneel in te zetten. Een gedegen opleiding is derhalve noodzakelijk.

Aanbevelingen voor behandelaren en/of behandelorganisaties

7 Wek in de communicatie met patiënten realistische verwachtingen.

MDMA-AT is geen gewone farmacotherapie. Patiënten komen niet alleen in een veranderde bewustzijnstoestand die specifieke aandacht vereist, maar er zijn ook intensieve voorbereidings- en integratie-sessies nodig die een enorme inspanning van patiënten vraagt en om intensieve begeleiding door bekwame behandelaren. Verder moet duidelijk worden gemaakt dat veel, maar zeker niet alle, patiënten baat zullen hebben bij MDMA-AT. Het ministerie van VWS moet hiervoor met de beroepsverenigingen een communicatieplan opstellen.

8 Maak gebruik van MDMA van farmaceutische kwaliteit om een juiste dosering en zuiverheid van de MDMA te garanderen.

Binnen het genoemde grootschalige naturalistische onderzoek wordt gebruikgemaakt van MDMA van farmaceutische kwaliteit die is geproduceerd onder *Good Manufacturing Practice* en wordt ingezet als studiemedicatie.

Literatuurlijst

Beleidsregels opiumwetontheffingen, artikelen 1 en 2 (geraadpleegd 31 januari 2024).

Blau, Annika en Geoff Thompson, “‘Serious concerns’ over TGA’s decision making on landmark psilocybin, MDMA ruling”, ABC News (17 maart 2023).

Bobas, Jaco en Carmen Sergiou, Ketamine in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg: Implementatie, risico’s, vraagstukken (Amsterdam: Open F1oundation 2022) 25.

Borden, William, “A Complex Patent & Pricing Picture: Regulating Psychedelics More of a Journey Than a Trip”, *Pharmaceutical Executive* 42.3 (3 januari 2022).

Buiter, Inge, “Beyond Traditional Therapies: Evaluating the Economic and Therapeutic Value of 3,4-Methylenedioxymethamphetamine-assisted psychotherapy for Post-Traumatic Stress Disorder” [masterscriptie ter afsluiting van de Europese masteropleiding Health Economics and Management] (23 juni 2023).

Butlen-Ducing, Florence, Drummond E-Wen McCulloch, Marion Haberkamp, Taina Mattila, Ewa Bałkowiec-Iskra, Georgios Aislaitner, Pavel Balabanov, Johan Lundberg, Dea Siggaard Stenbæk, Andre Elferink, Gitte M. Knudsen en Steffen Thirstrup, “The therapeutic potential of psychedelics: the European regulatory perspective”, *The Lancet* 401.10378 (10 februari 2023) 714-716.

College ter Beoordeling van Geneesmiddelen, “Procedures handelsvergunning”, *cbg-meb.nl* (zonder datum).

Davey, Melissa, “Australian decision to allow psychedelic drug prescriptions criticised by mental health experts”, *The Guardian* (5 juli 2023).

Enkelvoudig Verdrag inzake verdovende middelen, artikelen 1, 29 en 30 (New York: Verenigde Naties 1961).

Europees Geneesmiddelenbureau, “Compassionate use”, *ema.europa.eu* (zonder datum).

Europees Geneesmiddelenbureau, “Data exclusivity / Generics / Biosimilars: Regulatory and procedural guidance” (2008, 2012).

George Institute, The, “Why low-cost ketamine is still inaccessible to many with severe depression”, *USNW Newsroom* (23 oktober 2023).

Herpers, Jerome, Natalie Maximets, Noah N. N. van Dongen, Josjan Zijlmans en Eric Vermetten, “Expert Opinions on Implementation of MDMA-Assisted Therapy in Europe: Critical Appraisal towards Training, Clinical Practice, and Regulation”, *European Journal Psychotraumatology* (15 maart 2024).

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, “Leveren op artsenverklaring”, *igj.nl* (zonder datum).

Kisely, Steve, “The down-scheduling of MDMA and psilocybin(e): Too fast and too soon”, *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 57.7 (10 mei 2023) 933-934.

Kisely, Steve, Mark Connor en Andrew Somogyi, “An Evaluation of the Therapeutic Value, Benefits and Risks of Methylenedioxymethamphetamine (MDMA) and Psilocybin for the Treatment of Mental, Behavioural or Developmental Disorders: A Report to the Therapeutic Goods Administration” (Canberra: Department of Health 2021).

Lewis, Benjamin R., Eric L. Garland, Kevin Byrne, Tyler Durns, John Hendrick, Anna Beck en Paul Thielking, “HOPE: A Pilot Study of Psilocybin Enhanced Group Psychotherapy in Patients With Cancer”, *Journal of Pain and Symptom Management* 66.3 (10 juni 2023) 258-269.

Limb, Matthew, “UK to give ‘near automatic sign off’ for treatments approved by ‘trusted’ regulators”, *BMJ* (16 maart 2023) 380.

- Marseille, Elliot, Jennifer M. Mitchell en James G. Kahn, "Updated cost-effectiveness of MDMA-assisted therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder in the United States: Findings from a phase 3 trial", *PLoS ONE* 17.2 (25 februari 2022).
- Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Kamervragen [3311334-1023575-VGP] (15 maart 2022).
- Passie, Torsten, "The early use of MDMA ('Ecstasy') in psychotherapy (1977-1985)", *Drug Science, Policy and Law* 4 (11 april 2018).
- Rechtbank Den Haag, "Klimaatzaak tegen Royal Dutch Shell", *de Rechtspraak* (26 mei 2021).
- Rossell, Susan L., Sally E. Meikle, Martin L. Williams en David J. Castle, "Why didn't the TGA consult with Australian researchers and clinicians with experience in psilocybin-assisted psychotherapy for treatment-resistant major depressive disorder?", *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 57.7 (3 mei 2023) 935-936.
- Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, The, "Therapeutic use of MDMA for PTSD and psilocybin for treatment resistant depression", *ranzcp.org* (juni 2023).
- Sagonowsky, Eric, "Cost watchdogs scold J&J for 'overpricing' its new ketamine-like antidepressant", *Fierce Pharma* (10 mei 2019).
- Schoevers, Robert, Joost Brekxema en Rutger Boesjes, Signalement Therapeutische toepassingen van psychedelica (Den Haag: ZonMw 2023).
- Therapeutic Goods Administration, "Change to classification of psilocybin and MDMA to enable prescribing by authorised psychiatrists", *tga.gov.au* (3 februari 2023).
- Therapeutic Goods Administration, "Update on MDMA and psilocybin access and safeguards from 1 July 2023", *tga.gov.au* (3 juli 2023).
- United States Food & Drugs Administration, "Frequently Asked Questions on Patents and Exclusivity", *fda.gov* (5 februari 2020).
- Verdrag inzake psychotrope stoffen (Wenen: Verenigde Naties 1971).
- Weda, Marjolein, Carolina P. Moltó-Puigmartí, Robert A. A. Vonk en Joëlle M. Hoebert, Off-labelgebruik van geneesmiddelen: Verkenning van de complexiteit en problematiek (Bilthoven: RIVM 2017) 15, 21.
- Zorginstituut Nederland, "Kostenoverzicht esketamine (nasaal)", *Farmacotherapeutisch Kompas* (geraadpleegd 26 februari 2024).
- Zorgwijzer, "EMDR therapie" (2024).

8

Therapeutisch gebruik van MDMA buiten de behandelkamer

Inleiding

In het vorige hoofdstuk is de situatie geschetst rondom de mogelijke toepassing van MDMA-AT in Nederland. Het is waarschijnlijk dat MDMA-AT bij PTSS in de Verenigde Staten binnenkort geregistreerd zal zijn. Voor Nederland – en de rest van de Europese Unie – zal dit nog lange tijd níet het geval zijn. De staatscommissie heeft dit als een probleem geïdentificeerd en gaat in dit hoofdstuk dieper in op de implicaties.

8

Therapeutisch gebruik van MDMA buiten de behandelkamer

Constateringen

De staatscommissie constateert het volgende:



/// **Het onderzoek naar de therapeutische toepassing van MDMA staat niet op zichzelf.** Meer psychedelica worden onderzocht voor een breed scala aan aandoeningen. Deze ontwikkelingen hebben nu al gevolgen voor de samenleving, ook al zitten dergelijke behandelingen nog in de onderzoeksfase.

/// **Zowel vanuit de officiële beroepsgroepen als vanuit de patiëntenvereniging ontving de staatscommissie signalen dat er bij patiënten al belangstelling is voor MDMA-AT.** Dit beperkt zich niet tot patiënten met PTSS, maar betreft ook patiënten met andere ernstige of minder ernstige psychische problemen.



/// **Een groeiend aantal patiënten verwacht baat te hebben bij een therapeutische toepassing van MDMA.** Een deel daarvan blijkt nu al een aantal risicovolle en niet bewezen effectieve alternatieven voor MDMA-AT te gebruiken. De staatscommissie constateert dat de risico's hiervan groot zijn.

/// **Er zijn mensen die via zelfmedicatie met ecstasy een therapeutische toepassing van MDMA zoeken.** Zelfmedicatie als motief voor 'recreatief gebruik' komt relatief weinig voor, maar lijkt aan populariteit te winnen. Dit is waarschijnlijk een gevolg van positieve berichtgeving in de media over de mogelijkheden van MDMA-AT. Deze groep geeft aan ecstasy ook te gebruiken om beter te kunnen omgaan met negatieve gevoelens en emoties.



/// **Er zijn BIG-geregistreerde therapeuten die ervoor kiezen MDMA in te zetten in behandelingen buiten het reguliere, gecontroleerde kader.** Zij doen dit vanwege de urgentie van de behandelingsbehoeften, door morele druk, de wetenschappelijke stand van zaken en het langdurige traject tot officiële registratie.

/// **Er bestaat een netwerk van commerciële, dikwijls ongekwalificeerde aanbieders van MDMA-achtige sessies die op de onderzoeken naar MDMA-AT geïnspireerd zijn.** Deze groep maakt gebruik van recente wetenschappelijke inzichten, om deze in te bedden in het product dat ze aanbieden, maar zet ze ook in ter legitimering van hun praktijk en als reclame voor hun product. Dit netwerk opereert buiten het officiële medische en therapeutische kader.



/// **Het product dat veel aanbieders nu leveren, bestaat uit minimaal één MDMA-sessie of een sessie met een MDMA-analoon.** Er zitten zeker aanbieders bij die de cruciale integratiesessies en de nazorg verwaarlozen.

/// **Op huidige aanbieders van MDMA-therapieën is geen effectief toezicht, noch zijn er mogelijkheden voor patiënten met slechte ervaringen om hulp te krijgen of een melding te maken.** Handhaving en bestraffing gebeuren alleen wanneer het fout gaat. Voor klachten binnen dit netwerk is geen centraal meldpunt.

Een gewekte belangstelling

De onderzoeken naar MDMA voor de behandeling van PTSS zijn breed uitgemeten in de pers. Enerzijds gaat het om de verwondering dat een middel dat bekendstaat als partydrug een helende werking kan hebben bij trauma. Anderzijds speelt mee dat er in de afgelopen paar jaar steeds meer aandacht is gekomen voor mentaal welzijn. Tegelijkertijd is er sprake van een groeiend aanbod van populairwetenschappelijke literatuur over de therapeutische inzet van MDMA en andere psychedelica.¹

De interesse in deze vorm van therapie blijkt dus groot. Er is echter op dit moment geen sprake van aanbod – de internationale uitzonderingen uit [hoofdstuk 7](#) daargelaten. Toch zijn er tekenen dat er als gevolg van de ontwikkelingen rondom MDMA-AT een circuit van aanbieders is ontstaan. *The New York Times* schreef in juni 2023 dat “MDMA-behandelingen steeds meer mainstream worden,” nog voordat officiële registratie door de FDA een feit is.² Het gaat hier over zowel medische behandelaren als amateurs, die beiden de afgelopen decennia ondergronds hun diensten aanboden. Onder de afnemers bevinden zich mensen met een blanco medisch dossier die bij zichzelf een trauma hebben vastgesteld en daarnaast mensen die aan zelfontwikkeling willen doen. Daarnaast zijn er PTSS-patiënten die na jarenlange behandeling binnen de reguliere zorg niet meer verder komen in de verwerking van hun trauma.³

Nederland worstelt in toenemende mate met vergelijkbare ontwikkelingen. Ook hier zijn psychiaters en ondernemers die nauwgezet de onderzoeken over MDMA-ondersteunde therapie volgen. Ze willen met deze inzichten mensen verder helpen of zien er simpelweg een verdienmodel in. Zoals beschreven in [hoofdstuk 5](#) zijn er in Nederland enkele tienduizenden mensen met PTSS die geen of onvoldoende baat hadden bij behandelingen binnen het huidige zorgsysteem. Slechts een klein deel van hen toont op dit moment belangstelling voor MDMA-AT. Dat komt onder andere door de nog beperkte bekendheid ervan. Na de registratie van MDMA-AT in de Verenigde Staten (en eerder ook Australië) zal de bekendheid van deze behandeling naar verwachting toenemen.

Met een groeiende bekendheid neemt ook de vraag naar de behandeling toe. Er is een grote kans dat een deel van de belangstellenden niet wil wachten op registratie in Europa. Specifiek voor MDMA ziet de staatscommissie een groep PTSS-patiënten die het heft in eigen hand wil nemen, aangevuld met mensen met andere ernstige of ook minder ernstige klachten. Bij deze laatste groep gaat het om indicaties waarvoor MDMA-AT niet bewezen effectief is. Tot slot zijn er mensen die, geïnspireerd door de successen van MDMA-AT, met psychedelica willen proberen hun geestelijke gezondheid te verbeteren of die aan zelfontwikkeling willen doen. De verwachtingen van MDMA-AT (en andere therapievormen met psychedelica) zijn ook bij behandelaren en patiënten in Nederland groot, onder andere door de berichtgeving in de media.⁴

1 In 2022 bracht Netflix de documentaireserie *How To Change Your Mind* uit. Deze serie is gebaseerd op het gelijknamige boek van journalist Michael Pollan uit 2018

2 Dana Smith, "What Does Good Psychedelic Therapy Look Like?", *The New York Times* (3 juni 2023)

3 William Brennan et al., "A Qualitative Exploration of Relational Ethical Challenges and Practices in Psychedelic Healing", *Journal of Humanistic Psychology* (2021)

4 Michiel van Elk, "Beperkingen bij geestverruimers", *De Groene Amsterdammer* (2023).

Een fenomeen groter dan MDMA

In [hoofdstuk 5](#) werd gesteld dat er voldoende bewijs lijkt te zijn voor de effectiviteit van MDMA-AT volgens de onderzochte protocollen. Toch moeten mensen deze wetenschappelijke bevindingen niet verkeerd interpreteren. Zo is er geen effectiviteit bewezen van andere therapeutische toepassingen van MDMA dan de onderzochte klinische toepassing, dat wil zeggen: twee tot drie MDMA-sessies in combinatie met therapie voor, tijdens en na de MDMA-sessies door getrainde therapeuten.

/// Het onderzoek naar de therapeutische toepassing van MDMA staat niet op zichzelf. Meer psychedelica worden onderzocht voor een breed scala aan aandoeningen. Deze ontwikkelingen hebben nu al gevolgen voor de samenleving, ook al zitten dergelijke behandelingen nog in de onderzoeksfase.

Daarnaast leven er ook verwachtingen over de therapeutische waarde van andere psychedelica. Zo zijn ketamine, LSD, psilocybine, 5-MeO-DMT en ibogaïne op dit moment onderwerp van wetenschappelijk onderzoek. De meeste studies zijn nog verkennend van aard, behalve voor psilocybine. Naar de effectiviteit van psychotherapie ondersteund door deze stof bij therapieresistente depressie loopt een fase-III-studie.⁵ Daarnaast zijn er twee fase-II-studies naar psilocybine-ondersteunde psychotherapie voor PTSS en voor anorexia nervosa.⁶ Meer recent kwam ook LSD in het nieuws: de FDA gaf deze stof voor de behandeling van angststoornissen de status van een *breakthrough therapy*, zoals eerder bij MDMA gebeurde.⁷ Een groep wetenschappers gelieerd aan verschillende Nederlandse universiteiten en ggz-partijen schreef in 2021 een manifest over de vorderingen van psychedelica-ondersteunde psychotherapie. Daarin schreven zij:

“Bijzonder is dat psychedelica effectief lijken voor verschillende aandoeningen: dit biedt niet alleen perspectief voor patiënten die chronisch lijden, maar ook voor mensen met meerdere stoornissen en veelal complexe problematiek.”⁸

Er is dus veel belangstelling bij academische instellingen en professionele wetenschappelijke verenigingen voor deze middelen. Onderzoekers bestuderen hoe deze stoffen kunnen bijdragen aan nieuwe therapeutische benaderingen, waarbij de nadruk ligt op hun vermogen om neuroplasticiteit te bevorderen en psychologische inzichten te bieden. Deze hernieuwde focus markeert een significante verschuiving in hoe de medische gemeenschap de potentieel helende eigenschappen van psychedelica erkent en integreert in de geestelijke gezondheidszorg.

Of er sprake is van een grotere psychofarmacologische renaissance, is nu nog niet te zeggen, aangezien de meeste behandelingen nog in de onderzoeksfase zitten. Wel hebben deze ontwikkelingen nu al invloed op zowel behandelaren als patiënten.

- 5 Compass Pathways, "Compass Pathways initiates UK component of global phase 3 study of psilocybin treatment in treatment-resistant depression, and launches new research center", compasspathways.com (2023)
- 6 Compass Pathways, "Study results of psilocybin treatment in bipolar II depression published in JAMA Psychiatry", compasspathways.com (2023)
- 7 Mind Medicine Inc., "Mindmed receives FDA Breakthrough Therapy Designation and announces positive 12-week durability data from phase 2b study of MM120 for generalized anxiety disorder", mindmed.co (2024)
- 8 Werkgroep Therapeutische Toepassingen Psychedelica, "Manifest Therapeutisch gebruik van psychedelica", umcg.nl (z.d.).

Bezorgdheid over deze belangstelling

/// Zowel vanuit de officiële beroepsgroepen als vanuit de patiëntenvereniging ontving de staatscommissie signalen dat er bij patiënten al veel belangstelling is voor MDMA-AT. Dit beperkt zich niet tot patiënten met PTSS, maar betreft ook patiënten met andere ernstige of minder ernstige psychische problemen.

Vanuit de beroepsgroep van psychiaters heeft de staatscommissie signalen gekregen over patiënten die niet verder komen in het Nederlandse zorgsysteem en nu bij hun behandelaren informeren of ze alvast niet te helpen zijn met MDMA. Sommige patiënten vragen of ze niet kunnen aansluiten bij een klinische studie naar MDMA-AT. Binnen zorginstellingen met een specifieke expertise in PTSS wordt deze vraag regelmatig gehoord bij de behandeling van patiënten met geüniformeerde beroepen. Om hoeveel patiënten dit gaat, is nog niet bekend.⁹

De staatscommissie voorziet dan ook dat bepaalde patiënten zich zullen melden bij aanbieders buiten de reguliere ggz die een product aanbieden dat door MDMA-AT geïnspireerd is. De eerdergenoemde professionals delen deze zorgen en wetenschappers waarschuwen voor commercialisering van MDMA-ondersteunde behandelingen en andersoortige behandelingen met psychedelica. Ze schrijven:

“Een reëel risico is dat mensen met psychiatrische klachten zelf gaan experimenteren met psychedelica, zonder begeleiding of ondersteunende psychotherapie: een praktijk die kan leiden tot gevaarlijke situaties waarin ook ernstige schade kan ontstaan. Daarnaast constateren wij dat het aanbod van commerciële aanbieders van psychedelische therapie buiten de reguliere zorg toeneemt, en dat investeerders en start-ups zich storten op (het patenteren van) nieuwe psychedelische middelen. Daar kunnen andere dan patiëntenbelangen gemakkelijk de boventoon gaan voeren. Voorkomen moet worden dat patiënten de dupe worden van te snelle of ondoordachte invoering en toepassing.”¹⁰

Zelfs al zou de registratie van MDMA-AT in de Verenigde Staten plotseling een halt worden toegeroepen en zelfs al wordt er in Nederland nooit regulier MDMA-AT aangeboden, dan nóg zijn de ontwikkelingen rondom therapie met MDMA breed bekend. Er zal een groep zijn die in aanmerking wil komen voor een dergelijke behandeling. Een deel van deze groep heeft een al dan niet gediagnostiseerde hulpvraag. Onder hen ontstaat mogelijk de vraag naar een behandeling waarvoor geen legaal aanbod is. Het gevolg is dat mensen op zoek gaan naar alternatieven buiten de gereguleerde zorg.

Een ander probleem zijn de (te) hoge en vaak ook misplaatste verwachtingen van potentiële afnemers van deze nieuwe behandeling. Met twee keer een pilletje slikken zouden klachten duurzaam verdwijnen als sneeuw voor de zon en iedereen zou bij deze behandeling gebaat zijn. Niets is minder waar. Er is inderdaad sprake van twee tot drie sessies waarin onder begeleiding MDMA wordt gebruikt, maar tijdens de daaropvolgende integratiesessies moeten patiënten hard

⁹ Gesprek met het Platform Psychedelica van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP).

¹⁰ Werkgroep Therapeutische Toepassingen Psychedelica, "Manifest Therapeutisch gebruik van psychedelica", umcg.nl (z.d.).

werken om de inzichten en ervaringen van de MDMA-sessies een plek te geven. Dit is therapie waarbij een behandelaar nodig is die daarvoor een opleiding heeft gevolgd. In het publieke discours raakt dit aspect vaak ondergesneeuwd, terwijl het cruciaal is voor het slagen van deze therapie. De pil maakt het makkelijker om in het proces te stappen, maar het therapeutisch proces van verwerking zelf is uiteindelijk wat de patiënt verder helpt.

Het is belangrijk dat mensen die baat kunnen hebben bij MDMA-AT goed worden bereikt en geïnformeerd over de werking van deze therapie. Een dergelijke informatiecampaigned kan voorkomen dat patiënten naar aanbieders trekken die door MDMA-AT geïnspireerde alternatieven aanbieden die niet bewezen effectief zijn.

Drie illegale en semilegale alternatieven voor MDMA-AT

/// Een groeiend aantal patiënten verwacht baat te hebben bij een therapeutische toepassing van MDMA. Een deel daarvan blijkt nu al een aantal risicovolle en niet bewezen effectieve alternatieven voor MDMA-AT te gebruiken. De staatscommissie constateert dat de risico's hiervan groot zijn.

In de volgende drie paragrafen wordt besproken hoe de therapeutische toepassing van MDMA een eigen leven begint te leiden in Nederland. Grofweg zijn hier drie ontwikkelingen te zien: zelfmedicatie, geregistreerde therapeuten die experimenteren en het 'grijze circuit'. De grootste aandacht van de staatscommissie gaat uit naar die laatste ontwikkeling. Hiermee wordt een sector bedoeld waarbinnen aanbieders van 'tripsessies' opereren die relatief open zijn over hun praktijk. In al deze toepassingen wordt of illegale MDMA gebruikt, of een verwant middel, ook wel een MDMA-analoon geheten. Dat zijn stoffen die qua werking lijken op MDMA maar niet illegaal zijn. De nieuwe wetgeving rondom nieuwe psychoactieve stoffen (NPS) die naar verwachting per 1 juli 2024 ingaat, biedt de mogelijkheid om dergelijke MDMA-achtige stoffen te verbieden.¹¹ Het kan dus zo zijn dat na de inwerkingtreding van de wet aanbieders die met deze middelen werken minder open over hun praktijk worden.

Zoals in [hoofdstuk 5](#) werd beschreven, zijn de effectiviteit en veiligheid van MDMA-AT voor de behandeling van PTSS uitvoerig onderzocht. In dit deel van het rapport gaat het echter om een grotere groep therapeutische gebruikers, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen twee categorieën.



Gebruikersgroep 1
Mensen met psychische klachten



Gebruikersgroep 2
Mensen die persoonlijke groei nastreven

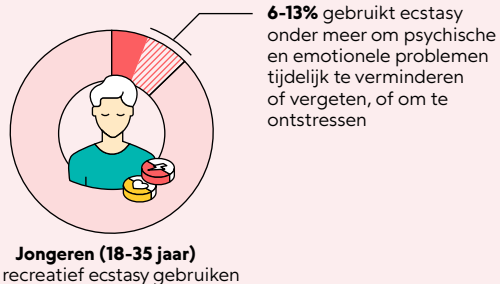
¹¹ Deze wet is op 16 januari 2024 door de Tweede Kamer aangenomen en ligt op het moment van schrijven van dit rapport nog ter behandeling in de Eerste Kamer.

Eenzijds is er de groep met psychische klachten zoals PTSS, depressie of (een) andere psychiatrische aandoening(en). Dit is een groep die zich gedwongen voelt hulp te zoeken buiten de reguliere ggz. Ze zijn binnen de ggz vastgelopen en hebben hun (soms laatste) hoop gevestigd op een behandeling met MDMA. Binnen het grijze circuit bevinden zich aanbieders die MDMA-sessies aanbieden voor mensen met dit soort klachten of zelfs voor autisme en dyslexie. En er lijken zeker ook afnemers te bestaan voor dit soort MDMA- en MDMA-achtige behandelingen. Anderzijds is er een groep die MDMA therapeutisch gebruikt voor persoonlijke groei, zelfonderzoek of om spirituele redenen.¹² Niet al deze mensen komen bij een commerciële partij terecht voor begeleiding. Uit een enquête uit 2020 blijkt dat mensen uit deze groep bijvoorbeeld begeleiding zoeken bij een vriend of een levenspartner.¹³ In *De Volkskrant* was vorig jaar te lezen hoe twee vriendinnen onder invloed van MDMA fietstochten maken om naar eigen zeggen 'hun geestelijke gezondheid te vergroten'.¹⁴ Tevens zijn er gevallen bekend van stellen die met een dosis MDMA hun relatie bespreken.¹⁵

De staatscommissie richt zich hoofdzakelijk op de eerste categorie, aangezien de risico's voor die groep het grootst zijn.

Figuur 13

Motieven voor gebruik van ecstasy



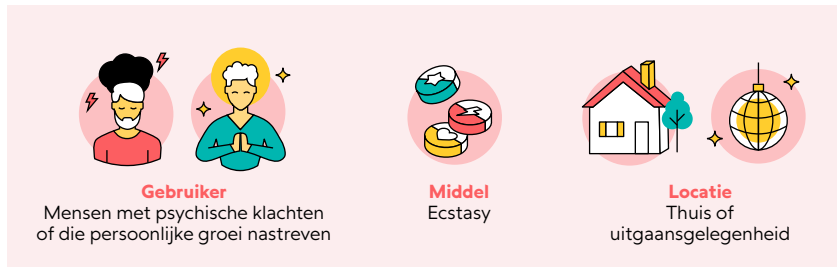
¹² Frederiek Schutten et al., "Psychedelica-therapie: Over psychedelica en de therapeutische toepassingen van psychedelica bij psychische aandoeningen" (2023) 7.

¹³ Frederiek Schutten et al., "Psychedelica-therapie: Over psychedelica en de therapeutische toepassingen van psychedelica bij psychische aandoeningen" (2023) 7.

¹⁴ Machteld van Gelder, "Doorgaan met MDMA als zelfmedicatie?", *De Volkskrant* (2023).

¹⁵ Daan Borrel, "Stellen zoeken verbinding met mdma bij kaarslicht", *NRC* (31 juli 2017).

/// Er zijn mensen die via zelfmedicatie met ecstasy een therapeutische toepassing van MDMA zoeken. Zelfmedicatie als motief voor 'recreatief gebruik' komt nu nog relatief weinig voor, maar wél aan populariteit. Dit is waarschijnlijk een gevolg van positieve berichtgeving in de media over de mogelijkheden van MDMA-AT. Deze groep geeft aan ecstasy ook te gebruiken om beter te kunnen omgaan met negatieve gevoelens en emoties.



MDMA nemen zonder een therapeutische behandeling is iets heel anders dan het gebruik van MDMA in het kader van de onderzochte MDMA-AT. Toch zijn er mensen die zichzelf MDMA toedienen naar aanleiding van deze wetenschappelijke berichten. De veronderstelling binnen deze groep is dat er met twee of drie keer MDMA nemen een therapeutisch effect zal optreden. Deze mensen dienen zichzelf, eventueel in aanwezigheid van een naaste, XTC toe en richten de 'trip' in naar eigen inzicht. Ze overschatten hiermee zichzelf en onderschatten de impact van dit gebruik. Het is immers de vraag of deze mensen zich bewust zijn van de risico's die verbonden zijn aan het gebruik van MDMA met het oog op therapeutische winst. Een ervaring met MDMA kan veel losmaken, waaronder een hernieuwd contact met traumatische herinneringen. Zonder begeleiding kan dit leiden tot teleurstelling, verwarring, frustratie, of zelfs méér klachten dan er vóór het gebruik waren. Ook kan het leiden tot grijpen naar andere middelen waar het ook niet mee lukt.

Het is lastig om zicht op deze groep te krijgen, al komt daar meer aandacht voor. Uit verschillende Trimbos-onderzoeken blijkt dat een klein deel (tussen de 6 en 13 procent) van de jongeren (18-35 jaar) die recreatief MDMA gebruiken, dat (ook) doet om psychische of emotionele problemen te verminderen.^{16,17} Het recentste onderzoek liet tevens zien dat meer dan 80 procent van hen een positief effect had ervaren dat soms tijdelijk of van langere duur was.¹⁸ Tegelijkertijd gaf een minderheid van 19 procent aan dat ze geen positief effect hadden ervaren, of zelfs een verergering van de klachten. Het is onbekend of en in welke mate deze respondenten kampten met psychische aandoeningen. Daarom is het moeilijk harde conclusies te trekken uit deze ervaringen. De negatieve ervaringen benadrukken echter dat zelfmedicatie met MDMA, zonder professionele begeleiding, risicovol kan zijn.

¹⁶ Ruben van Beek, *Het Grote Uitgaansonderzoek 2023 (2024)* 119-123.

¹⁷ Martha de Jonge, *Persona's in middelengebruik* (2021).

¹⁸ Ruben van Beek, *Het Grote Uitgaansonderzoek 2023 (2024)* 124-126.

II. Geregisteerde therapeuten die op regulering voorlopen

/// Er zijn BIG-geregisteerde therapeuten die ervoor kiezen om MDMA in te zetten in behandelingen buiten het reguliere, gecontroleerde kader. Zij doen dit vanwege de urgentie van de behandelingsbehoeften, door morele druk, de wetenschappelijke stand van zaken en het langdurige traject tot officiële registratie.



Naast mensen die zelf therapeutisch experimenteren met MDMA zijn er ook geregisteerde therapeuten die ervoor kiezen om MDMA in te zetten in behandelingen buiten de reguliere gezondheidszorg. Deze behandelaren worden gedreven door de urgentie van de behandelbehoefte van hun patiënten, door morele druk, hun eigen lezing van het wetenschappelijk onderzoek naar MDMA-AT en door een gebrek aan vertrouwen in een snelle registratie van MDMA-AT in Nederland. Uit navraag bij enkele psychiaters blijkt dat er diverse patiënten zijn met PTSS die op basis van uitbehandelde PTSS een euthanasieverzoek hebben gedaan. Exacte aantallen hierover zijn niet bekend. De morele druk van het bekend zijn met een interventie die mogelijk levensreddend kan zijn, kan ertoe leiden dat sommige behandelaren de keuze voor het therapeutisch experiment maken; dit omdat zij niet tekort willen schieten in de hulpvraag van hun patiënt of deze willen behoeden voor de gang naar een alternatief circuit.

De staatscommissie maakt zich zorgen over dat sommige therapeuten ervoor kiezen MDMA-AT in te zetten in hun behandelpraktijken buiten de gevestigde, gereguleerde kaders. Dit brengt aanzienlijke risico's en uitdagingen met zich mee. Ten eerste bestaat er het probleem van kwalificatie en opleiding. Het is niet te controleren of deze therapeuten een voldoende, gespecialiseerde training hebben gevolgd die essentieel is voor het veilig en effectief toepassen van MDMA-AT. Het kan echter ook zo zijn dat ze wél een dergelijke training gevolgd hebben. In verschillende landen, zoals de Verenigde Staten, Australië en Zwitserland, bestaan geaccrediteerde opleidingen tot psychedelica-therapeut. Het niet gevolgd hebben van een adequate training kan leiden tot suboptimale of zelfs schadelijke behandelingen.

Een tweede punt van zorg is de legaliteit en ethiek van het gebruik van illegale ecstasy buiten een goedgekeurde medische of therapeutische context. Deze praktijken zijn niet alleen illegaal, maar plaatsen zowel de therapeut als de patiënt in een juridisch risicovolle situatie. Het roept ook ethische vragen op over de verantwoordelijkheid en veiligheid van de patiënt.

Ten derde is er een gebrek aan kwaliteitscontrole en toezicht in een ongereguleerde omgeving. Zonder gestandaardiseerde protocollen en kwaliteitscontroles zijn de consistentie en betrouwbaarheid van de behandeling niet gewaarborgd. Dat kan de effectiviteit ernstig ondergraven.

III. Het grijze circuit: commerciële partijen

/// Er bestaat een netwerk van commerciële, dikwijls ongekwalificeerde aanbieders van MDMA-achtige sessies die op de onderzoeken naar MDMA-AT geïnspireerd zijn. Deze groep maakt gebruik van recente wetenschappelijke inzichten om deze in te bedden in het product dat ze aanbieden, maar zet ze ook in ter legitimering van hun praktijk en als reclame voor hun product. Dit netwerk opereert buiten het officiële medische en therapeutische kader.



Dat het grijze circuit psychedelische behandelingen aanbiedt aan mensen met een psychiatrische indicatie, is verontrustend. Er is geen toezicht op de kwaliteit van de geleverde behandeling, dat wordt gepresenteerd en vaak ook wordt ervaren als zorg. Voor MDMA-therapie geldt dat door het illegale karakter van het middel hier veel minder zicht op is dan op de legale 'truffelretraites'. Het beeld dat de staatscommissie heeft, is dat er minder aanbieders van MDMA-sessies zijn dan van deze truffelretraites.

Psilocybiner retraites

In Nederland is een uitgebreid netwerk van retraites ontstaan die ceremonies met truffels aanbieden. In tegenstelling tot paddenstoelen met psilocybine vallen deze truffels met psilocybine niet onder de Opiumwet, omdat ze ondergronds groeien (sic). Hierdoor is er een vrij goed zicht op deze aanbieders omdat ze benaderbaar zijn en op hun websites adverteren.

Kenmerkend aan deze retraites is dat deelnemers gedurende een paar dagen op locatie aanwezig zijn. Er zijn vaak ook andere activiteiten, zoals zingen en dansen, en de truffelceremonies vinden dikwijls in groepsverband plaats. Vaak gebeurt dit op een afgelegen, door natuur omgeven locatie. Wetenschapper Michiel van Elk merkte op 23 maart 2023 in een bijdrage in *De Groene Amsterdammer* op dat er in Nederland minstens 50 centra zijn die legale truffelceremonies aanbieden.¹⁹ Deelnemers hebben met name persoonlijke groei als doel en niet de behandeling van PTSS of andere psychische aandoeningen. Voor zover bekend komen er niet veel incidenten voor.²⁰ Sommige aanbieders hebben zelfs richtlijnen opgesteld om deelnemers te screenen en zo een negatieve ervaring te voorkomen.²¹ Via het platform guldofguides.org wordt kennis gedeeld rondom psilocybine, waardoor er sprake is van enige zelfregulering.

¹⁹ Michiel van Elk, "Beperkingen bij geestverruimers", *De Groene Amsterdammer* (2023).

²⁰ Gesprek met wetenschapper Michiel van Elk (Universiteit Leiden).

²¹ Gesprek met filosoof Joost Breeksema (Rijksuniversiteit Groningen; directeur Open Foundation).

In [tabel 3](#) staan enkele voorbeelden van aanbieders van MDMA-sessies die hun diensten via hun website aanbieden. Deze sessies zijn expliciet bedoeld voor mensen met neurodivergentie (zoals autisme of dyslexie), een psychiatrische aandoening of verslaving. De meeste begeleiders hebben geen BIG-registratie, accreditatie of passende opleiding. De in de figuur aangehaalde voorbeelden gaan daarbij nooit zo ver om te beweren dat ze mensen genezen. Ook stellen zij geen formele diagnose, omdat ze daar meestal ook niet toe bevoegd zijn.

Het gaat hier met name om individuele aanbieders die meeliften op de positieve aandacht die MDMA-AT krijgt in de wetenschappelijke literatuur. Zo verwijzen websites van deze aanbieders veelvuldig naar de onderzoeken van bijvoorbeeld MAPS (naar MDMA-AT), Compass Pathways (naar psilocybine-AT) of andere partijen die onderzoek mogelijk maken of gemaakt hebben. Daarbij is sprake van een selectieve lezing: er is wel veel aandacht voor de rol die MDMA speelt, maar er is niet of nauwelijks aandacht voor de therapie, met aspecten als overdracht, teleurstelling, weerstand en mogelijk hertraumatisering. Ook is er nauwelijks aandacht voor de mogelijke bijwerkingen en risico's.

In tegenstelling tot de truffelretraites (waar een legaal middel gebruikt wordt), geven de aanbieders van MDMA-sessies aan dat zij géén MDMA gebruiken tijdens hun aangeboden behandeling. Ze bieden een behandeling aan met een MDMA-analoon. Dat zijn MDMA-achtige stoffen die chemisch net genoeg van MDMA verschillen om legaal te zijn. Deze aanbieders geven niet expliciet aan welke stof zij dan wel gebruiken, omdat ze dat wellicht niet precies weten. Mogelijk speelt ook angst mee dat hun praktijk moet sluiten omdat het middel verboden zal worden.²² Op 16 januari 2024 heeft de Tweede Kamer namelijk een wijziging van de Opiumwet aangenomen, die MDMA-analogen vanaf 1 juli 2024 verbiedt. Wat dit betekent voor het grijze circuit is niet te voorspellen. Het kan zijn dat sommige aanbieders stoppen, maar het is ook mogelijk dat ze nog minder zichtbaar gaan worden en nog moeilijker te controleren zullen zijn.

Onduidelijkheid over het precieze aanbod

Wat voor MDMA-achtige middelen er precies door het grijze circuit gebruikt worden en in welke doseringen is niet bekend. Dat geldt dus ook voor de afnemers die niet kunnen controleren welke stoffen deze aanbieders gebruiken. Welk analoon is het? Welke bijwerkingen kent deze stof? Waar komt de stof vandaan? Hoeveel zit er in de tablet?

Daarnaast valt niet met zekerheid te zeggen of de aanbieder wel echt legale analogen gebruikt. Het is immers in de praktijk veel eenvoudiger met het goedkope en bekende middel ecstasy te werken. Zowel de aanbieder van de therapie als de afnemer kunnen hier eenvoudig aan komen. De nieuwe NPS-wet zal vrijwel zeker invloed hebben op de manier waarop het grijze circuit zijn MDMA-achtige therapie aanbiedt, maar hoeft geen praktijkverandering te betekenen.

Ook is voor de afnemers niet te controleren met wat voor een aanbieder zij te maken hebben. Verschillende aanbieders noemen op hun website geen achternaam. Dit zijn de aanbieders die de minste ervaring lijken te hebben met het

²² Gesprek met apotheker Wim Best (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd).

aanbieden van therapie. Aanbieders die hun gehele naam wel noemen, hebben in veel gevallen een professionele achtergrond in een bepaalde vorm van therapie, zoals hypnotherapie of osteopathie. Deze aanbieders zijn dus wel therapeuten, maar deze niet-beschermde titel vormt geen garantie voor het kunnen uitvoeren van betrouwbare MDMA-ondersteunde therapie.

/// Het product dat veel aanbieders nu leveren, bestaat uit minimaal één MDMA-sessie of een sessie met een MDMA-analogon. Er zitten zeker aanbieders bij die de cruciale integratiesessies en de nazorg verwaarlozen.

Deze aanbieders verwijzen veelvuldig naar de wetenschappelijke literatuur over MDMA-AT. Daarmee wekken zij de indruk dat dezelfde behandeling wordt aangeboden met de impliciete belofte van dezelfde uitkomsten. De meeste aanbieders wijken echter ver af van het onderzochte protocol, wat blijkt uit de indicaties waarvoor ze aanbieden, hun eigen kwalificaties en het feit dat er ook groepssessies worden aangeboden.

Er wordt bij MDMA-AT van uitgegaan dat de uitgebreide integratiesessies ná de behandeling met MDMA essentieel zijn. Het is de vraag of een ongekwalificeerde therapeut zo'n lange en intense behandelrelatie aan wil en kan gaan met een cliënt. Daarnaast kunnen er bij de behandeling van trauma andere, onderliggende condities naar boven komen zoals angst, woede, schaamte en verdriet. Ook kunnen er lichamelijke sensaties opspelen zoals spanning, beven en een verhoogde hartslag. Deze reacties zijn vaak direct verbonden aan het trauma en kunnen intens zijn, waardoor een zorgvuldige en sensitieve benadering nodig is om ze te adresseren binnen de therapeutische setting. Bij onvoldoende begeleiding kan iemand daardoor slechter uit een behandeling komen dan hij of zij erin ging.

Tabel 3
Geanonimiseerde voorbeelden²³

	Aanbieder A
Aangeboden behandeling	Voor mensen met trauma's biedt aanbieder A blootstellingstherapie onder invloed van MDMA aan. Aanbieder A richt zich niet alleen op trauma, maar biedt ook MDMA-sessies aan voor personen met autisme, met een negatief zelfbeeld en met sociale angst.
Aangeboden middel	Alhoewel aanbieder A adverteert met MDMA gebruikt deze bij voorkeur legale psychedelische truffels. Op verzoek kan er gewerkt worden met een ongedefinieerd middel dat "MDMA imiteert".
Beloftes	Aanbieder A belooft zijn klanten verschillende persoonlijkheidsveranderingen, zoals meer empathie en emotionele intelligentie. De aanbieder waarschuwt ook voor bijwerkingen, zoals wiebelogen, moeite met plassen, het gevoel van benauwdheid en beroertes. Aanbieder A benadrukt echter dat deze risico's niet opwegen tegen de potentiële winsten.
Behandelaren	De behandelaren die voor Aanbieder A werken houden hun achternaam liever geheim. Het betreft hier een divers team, met onder andere een chemicus en coach. Per sessie zit één van deze behandelaren.
Locatie	Aanbieder A komt thuis bij de klant. Alternatief kan de klant een AirBnB, hotel of vakantiehuis te huren.
Prijs	Alle behandelingen van Aanbieder A kosten tussen de € 500 en € 900. Voor een sessie met MDMA betaalt de klant € 700.

²³ Deze aanbieders zijn geanonimiseerd omdat de staatscommissie geen podium wil bieden aan individuele aanbieders. De voorbeelden zijn strikt illustratief. Om de aanbieders minder herleidbaar te maken, zijn details tussen de aanbieders verwisseld en zijn bedragen afgerond.

Aanbieder B	Aanbieder C
Aanbieder B heeft voor elk wat wils, van individuen tot vriendengroepen; tegen PTSS en voor spirituele groei. Het gaat hier om drie sessies met MDMA, met twee integratiesessies ertussen. Yoga, massages en voedingsadvies zijn inbegrepen.	Aanbieder C richt zich niet op specifieke doelgroepen. In overleg bepalen aanbieder en klant of een MDMA-sessie meerwaarde kan bieden. De sessies zijn bedoeld voor individuen of voor stellen. Na de sessie is er zes uur ruimte voor integratie via e-mail of via (beeld)bellens.
Aanbieder B gebruikt MDMA en psychedelische truffels. Het is niet duidelijk of het hier om een MDMA-analoon gaat of om ecstasy.	Aanbieder C gebruikt het (nog) legale MDMA-analoon 5-MAPB.
Klanten met PTSS kunnen volgens Aanbieder B grote vooruitgang verwachten. De aanbieder noemt MDMA een tovermiddel met een magische werking. Aanbieder B stelt dat klanten hun trauma's niet verwerken, omdat ze zichzelf voorliegen over hun pijnlijke herinneren. MDMA is volgens de aanbieder een door de CIA gebruikt waarheidsserum, dat ook trauma-verwerking mogelijk maakt.	Aanbieder C belooft in de eerste plaats rust. De MDMA-sessie zou het gevoelsleven kalmeren en drempels oplossen. Daarnaast belooft Aanbieder C dat ongezonde en onwenselijke gedragspatronen zullen afzwakken. Al met al belooft de aanbieder een algemene stijging van de kwaliteit van leven.
De behandelaren van bij Aanbieder B noemen zichzelf bij voor- en achternaam. Het zijn mensen met een achtergrond in de ggz en in de alternatieve geneeskunde. Per sessie zijn twee behandelaren aanwezig.	Aanbieder C werkt alleen. Hij is een psycholoog die zich met voor- en achternaam noemt.
Aanbieder B gebruikt een bedrijfsruimte voor de individuele sessies. Groepsessies zijn in de openbare ruimte, zoals in een bos.	Het is niet bekend waar Aanbieder C zijn diensten aanbiedt.
De behandelingen van Aanbieder B kosten tussen de € 700 en € 800.	Aanbieder C heeft flexibele pakketten. Het standaardpakket bevat een intake, een MDMA-sessie en zes uur integratie. De totaalprijs is € 1800.

Tot slot moet worden opgemerkt dat de kans groot is dat een groot deel van het aanbod aan MDMA-therapie niet geadverteerd wordt, maar via mond-tot-mondreclame afnemers vindt.

Toezicht op het grijze circuit

/// Op huidige aanbieders van MDMA-therapieën is geen effectief toezicht, noch zijn er mogelijkheden voor patiënten met slechte ervaringen om hulp te krijgen of een melding te maken. Handhaving en bestraffing gebeuren alleen wanneer het fout gaat. Voor klachten binnen dit netwerk is geen centraal meldpunt.

Geen enkele instantie controleert of het grijze circuit zich aan de wet houdt. Handhaving gebeurt alleen zodra iemand een ernstige misstand meldt bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Het gaat dan om een misstand waarbij ook de politie een rol zou moeten spelen.²⁴ Voor klachten binnen het grijze circuit is geen centraal meldpunt.

De IGJ kan, als dat nodig is, deze aanbieders corrigeren. Het enige handhavingsinstrument dat de Inspectie heeft, is artikel 3b van de Opiumwet:

- 1 Elke openbaarmaking, welke er kennelijk op is gericht de verkoop, aflevering of verstrekking van een middel als bedoeld in artikel 2 of artikel 3 te bevorderen, is verboden.
- 2 Het in het eerste lid vervatte verbod geldt niet ter zake van openbaarmaking in het kader van medische of wetenschappelijke voorlichting.²⁵

De middelen waar dit artikel aan refereert, betreffen de stoffen op Lijst I en II van de Opiumwet, waar dus ook MDMA onder valt. Door het bovenstaande artikel mogen aanbieders niet expliciet adverteren met het aanbieden van MDMA. Zoals gezegd is het de vraag wat dat zegt over de praktijk.

Seksueel grensoverschrijdend gedrag

Het laatste aspect waarover de staatscommissie zich wil uitspreken, is een risico dat ontstaat nadat personen die MDMA of een MDMA-analoon hebben genomen in de veranderde bewustzijnstoestand geraken. Het is de vraag of en hoe goed aanbieders in het grijze circuit zich professioneel kunnen opstellen bij een patiënt die zich in een toestand van verhoogde emotionele ontvankelijkheid bevindt. En of daardoor de kans op geestelijk, lichamelijk of seksueel misbruik door een therapeut die onduidelijke professionele grenzen heeft, wordt vergroot. Voor behandelaren buiten het reguliere circuit rijst de vraag naar adequaat toezicht op hun praktijken.

Ook binnen de gereguleerde ggz komt grensoverschrijdend gedrag voor; dit is dan ook een serieus probleem. In 2022 kreeg de IGJ 50 meldingen van seksueel grensoverschrijdend gedrag binnen de ggz, waarmee het samen met de gehandicaptenzorg de meest kwetsbare zorgsector lijkt te zijn voor dit soort misstanden.²⁶ Bij de wetenschappelijke trials naar MDMA-AT waren er mede daarom altijd twee behandelaren aanwezig bij de sessies met MDMA en werden alle sessies op video opgenomen. Deze voorwaarde staat ook beschreven in het protocol. Toch is dit geen garantie voor het voorkomen van dergelijke misstanden; in Canada was bij een klinische studie naar MDMA-AT sprake van seksueel overschrijdend gedrag (zie [kader op pagina 225](#)).

²⁴ Gesprek met apotheker Wim Best (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd).

²⁵ Opiumwet, *artikel 3a* (geraadpleegd 30 januari 2024).

²⁶ Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, "Cijfers meldingen seksueel grensoverschrijdend gedrag", *igj.nl* (laatst geüpdatet met cijfers over 2022).

Op de websites van aanbieders in het grijze circuit is te lezen dat verschillende aanbieders zich niet aan dit 'vierogenprincipe' houden. Het risico op grensoverschrijdend gedrag zal daarom hoger zijn dan binnen de reguliere zorg. Ook hierom raad de staatscommissie aan een meldpunt in te richten voor slechte ervaringen binnen het grijze psychedelische behandelcircuit.

Misbruik bij MDMA-AT

In de internationale fase-II-studie van MAPS naar MDMA-AT in Vancouver liet een patiënte met PTSS (slachtoffer van seksueel geweld) zich in 2015 door een echtpaar behandelen voor haar trauma's. Het therapeutisch team betrof hier een vrouwelijke psychiater en haar echtgenoot, die zich weliswaar uitgaf voor psycholoog, maar achteraf niet over de benodigde kwalificaties bleek te beschikken.

Tijdens de sessie werd de patiënte tegen haar zin in door de mannelijke therapeut op een bed gedrukt, terwijl de andere behandelaar haar met een handdoek probeerde te blinddoeken. Op een ander moment lagen beide therapeuten met de vrouw te knuffelen, waarbij de man zijn kruis tegen de patiënte aandrukte. Na het eindigen van de therapie bleef de patiënte de mannelijke partner uit het behandelteam zien, waarbij hij haar zou hebben misbruikt. In 2018 werd het verhaal in een podcast door de patiënte naar buiten gebracht.²⁷ Het superviserend team en de sponsor MAPS bestempelden het gedrag van de mannelijke therapeut als "disturbing" en onethisch, en stopten hierom de samenwerking met het echtpaar.²⁸ De politie zag daarnaast in 2019 aanwijzingen om tot vervolging over te gaan, maar het Canadese Openbaar Ministerie was een andere mening toegedaan.²⁹

Dat er naast een getrainde psychiater een ongekwalificeerde psycholoog aanwezig was, bleek geen uitzondering. Het zou een kostenbesparende overweging zijn om de therapie betaalbaar te houden voor patiënten.³⁰ Dat de man geen psycholoog was, betekende dat er geen beroepsorganisatie was om hem tot de orde te roepen. Ook kon de patiënte bij geen enkele instantie haar klage doen, waardoor ze zich gedwongen voelde de publiciteit te zoeken.³¹ Het slachtoffer meldde in het wetenschappelijke tijdschrift *JAMA Psychiatry* dat er naast meer onderzoek naar de bijwerkingen, ook meer aandacht moet komen voor de relatie tussen behandelaar en behandelde.³²

²⁷ New York Magazine, "New York Magazine's Investigative Series Podcast, Cover Story: Power Trip Is Out With Part Two", *nymag.com* (2022).

²⁸ MAPS, "Statement: Public Announcement of Ethical Violation by Former MAPS-Sponsored Investigators", *maps.org* (2022).

²⁹ Bethany Lindsay, "Footage of therapists spooning and pinning down patient in B.C. trial for MDMA therapy prompts review", *CBC News* (2022).

³⁰ Grace Brown, "The Therapy Part of Psychedelic Therapy Is a Mess", *WIRED* (2023)

³¹ Bethany Lindsay, "Footage of therapists spooning and pinning down patient in B.C. trial for MDMA therapy prompts review", *CBC News* (2022).

³² Sarah McNamee et al., "Studying Harms Is Key to Improving Psychedelic-Assisted Therapy—Participants Call for Changes to Research Landscape", *JAMA Psychiatry* (2023) 411-412.

Conclusie

De staatscommissie is bezorgd over het eigen leven dat de berichtgeving over MDMA-AT leidt. Er is binnen de patiëntenpopulatie veel interesse in MDMA-AT en gezien de media-aandacht die registratie in de Verenigde Staten met zich zal meebrengen, is het aannemelijk dat die interesse nog verder zal groeien. Deze belangstelling is begrijpelijk gezien de recente wetenschappelijke ontwikkelingen. Zolang er echter geen of onvoldoende legale behandelopties zijn, zullen in toenemende mate gevaarlijke alternatieven voorzien in deze behoefte. Naarmate er meer aandacht komt voor deze behandeling, zullen er ook meer mensen hun weg naar de illegale en semilegale alternatieven vinden. Het gemak waarmee MDMA kan worden verkregen op de illegale markt, is hierbij een zwaarwegende factor. De staatscommissie ziet dit als onwenselijk en roept de regering op om deze ontwikkelingen in goede banen te leiden – nu het nog kan.

De wijziging van de Opiumwet die – mits de Eerste Kamer ermee instemt – op 1 juli 2024 ingaat, biedt al enige handvatten om aanbieders van behandelingen aan te pakken. Tegelijkertijd bestaat het risico dat deze groep nu nog wel online vindbaar is, maar straks ondergronds gaat zodra de wet van kracht wordt. Dat vergroot de kans op ongelukken.

Aanbevelingen

In hoofdstuk 7 deed de staatscommissie al de belangrijkste aanbeveling, ook voor de problemen geschetst in dit hoofdstuk: bied patiënten een professionele en geaccrediteerde behandelmogelijkheid met MDMA-AT aan. Tegelijkertijd zal de capaciteit van dit aanbod de komende jaren onvoldoende zijn om aan de vraag te kunnen voldoen. Ook daarmee moet de overheid rekening houden. De vraag naar (illegale) alternatieven blijft hierdoor voorlopig bestaan, maar kan mogelijk wel beperkt worden.

1 Naast het bevorderen van een professionele en geaccrediteerde behandelmogelijkheid met MDMA-AT, moet de overheid beleid maken op het grijze circuit. De vraag naar therapeutische toepassingen van MDMA (en andere psychedelica) buiten de reguliere zorg zal blijven bestaan of mogelijk zelfs toenemen. Dat vereist zorgvuldig beleid. De staatscommissie adviseert de overheid haar beleid te richten op de volgende aspecten:

- a Het indammen van het niet-reguliere (risicovolle) aanbod;**
- b Informeer daarbij de potentiële doelgroep over de gevaren van behandeling binnen het grijze en ondergrondse circuit.**
Geef daarbij aan wat de minimale eisen zijn die de consument aan behandelaren in het grijze circuit en aan ondergrondse aanbieders zou moeten stellen om de risico's zo veel mogelijk te beperken. Ontwikkel bijvoorbeeld een checklist die potentiële consumenten kan helpen om een minder risicovolle en meer betrouwbare aanbieder te identificeren.
- c Informeer de doelgroep ook over de risico's van het kopen van MDMA en verwante middelen op de illegale markt.**
Er is een groot verschil tussen farmaceutisch geproduceerde MDMA en het product (ecstasy) uit de illegale labs. Dat verschil zit hem bijvoorbeeld in de zekerheid over de dosering, zuiverheid en de setting waarin het aangeschaft wordt. Ook voor MDMA-analogen moet gewaarschuwd worden, aangezien er over deze stoffen veel minder bekend is dan over MDMA.

De staatscommissie ziet hier zeker ook een rol voor de verslavingsinstellingen en het Trimbos-instituut.

d Richt een landelijk meld- en steunpunt in voor mensen met negatieve ervaringen met MDMA-AT in het grijze of ondergrondse circuit of faciliteer expertisecentra om deze informatie te verzamelen.

Een landelijk meld- en steunpunt voor mensen die binnen het grijze of ondergrondse circuit een negatieve ervaring met psychedelica hebben ondergaan, kan deze mensen helpen bij de verwerking. Het kan ook leiden tot een beter zicht op de omvang van dit fenomeen. Een dergelijk meld- en steunpunt moet doorverwijzen naar reguliere centra voor opvang en zorg. Op dit moment is niet duidelijk hoe groot de groep is die zich tot het grijze en ondergrondse circuit wendt, en/of wat hun positieve en/of negatieve ervaringen zijn.

Het meldpunt kan ook ingezet worden bij het opleggen van sancties aan aanbieders waarover klachten binnenkomen. Daarnaast kan het meld- en steunpunt de start zijn van een toegankelijk regulier zorgtraject voor melders met negatieve ervaringen in het grijze circuit, om verdere verslechtering van hun klachten te voorkomen.

2 Besteed (overheid en beroepsgroepen) speciale aandacht aan illegaal opererende professionals in het grijze circuit.

De beroepsverenigingen moeten hun leden helderheid verschaffen over wat beroepsmatig, juridisch en ethisch acceptabel is.

Het is aan beroepsverenigingen om richtlijnen op te stellen over hoe om te gaan met BIG-geregistreerde therapeuten die met PTSS-patiënten werken en reeds sessies hebben aangeboden met MDMA, terwijl ze daar (nog) geen accreditatie voor hebben.

3 Handel proactief en ontwikkel tijdig beleidskaders die zich richten op andere indicaties en andere middelen.

Dit advies gaat vrijwel uitsluitend over de toepassing van MDMA bij PTSS. Er is echter sprake van een brede golf aan onderzoeken naar andere indicaties en andere middelen die zich op het psychedelische spectrum bevinden. Deze onderzoeken zijn al in gang gezet en er valt nu nog op te anticiperen. Het is cruciaal dat de overheid proactief handelt en tijdig beleidskaders ontwikkelt die niet alleen inspelen op de huidige staat van onderzoek en behandeling, maar ook voorbereid zijn op toekomstige ontwikkelingen.

Literatuurlijst

Beek, Ruben van, [Het Grote Uitgaansonderzoek 2023](#) (Utrecht: Trimbos-instituut 2024).

Borrel, Daan, ["Stellen zoeken verbinding met mdma bij kaarslicht"](#), NRC (31 juli 2017).

Brennan, William, Margo A. Jackson, Katherine MacLean en Joseph G. Ponterotto, ["A Qualitative Exploration of Relational Ethical Challenges and Practices in Psychedelic Healing"](#), *Journal of Humanistic Psychology* (16 september 2021).

Brown, Grace, ["The Therapy Part of Psychedelic Therapy Is a Mess"](#), *WIRED* (6 april 2023).

Compass Pathways, ["Compass Pathways initiates UK component of global phase 3 study of psilocybin treatment in treatment-resistant depression, and launches new research center"](#), *compasspathways.com* (15 november 2023).

Compass Pathways, ["Study results of psilocybin treatment in bipolar II depression published in JAMA Psychiatry"](#), *compasspathways.com* (6 december 2023).

Elk, Michiel van, ["Beperkingen bij geestverruimers"](#), *De Groene Amsterdammer* 10 (8 maart 2023).

Gelder, Machteld van, ["Doorgaan met MDMA als zelfmedicatie?"](#), *De Volkskrant* (11 mei 2023).

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, ["Cijfers meldingen seksueel grensoverschrijdend gedrag"](#), *igj.nl* (laatst geüpdatet met cijfers over 2022).

Jonge, Martha de, ["Persona's in middelengebruik"](#) (Utrecht: Trimbos-instituut 2021).

Lindsay, Bethany, ["Footage of therapists spooning and pinning down patient in B.C. trial for MDMA therapy prompts review"](#), *CBC News* (10 april 2022).

MAPS, ["Statement: Public Announcement of Ethical Violation by Former MAPS-Sponsored Investigators"](#), *maps.org* (25 maart 2022).

McNamee, Sarah, Nese Devenot en Meaghan Buisson, ["Studying Harms Is Key to Improving Psychedelic-Assisted Therapy—Participants Call for Changes to Research Landscape"](#), *JAMA Psychiatry* 80.5 (1 mei 2023) 411-412.

Mind Medicine Inc., ["Mindmed receives FDA Breakthrough Therapy Designation and announces positive 12-week durability data from phase 2b study of MM120 for generalized anxiety disorder"](#), *mindmed.co* (7 maart 2024).

New York Magazine, ["New York Magazine's Investigative Series Podcast, Cover Story: Power Trip Is Out With Part Two"](#), *nymag.com* (Vox Media Podcast Network 1 maart 2022).

Opiumwet, artikel 3a (geraadpleegd 30 januari 2024).

Schutten, Frederiek, Michiel van Elk, Lavinia Stegemann en Margriet van Laar, ["Psychedelica-therapie: Over psychedelica en de therapeutische toepassingen van psychedelica bij psychische aandoeningen"](#) (Utrecht: Trimbos-instituut 2023).

Smith, Dana G., ["What Does Good Psychedelic Therapy Look Like?"](#), *The New York Times* (3 juni 2023)

Werkgroep Therapeutische Toepassingen Psychedelica, ["Manifest Therapeutisch gebruik van psychedelica"](#), *umcg.nl* (zonder datum).

Nawoord

Een evenwichtig perspectief op MDMA: dat was het doel dat de Staatscommissie MDMA voor ogen had tijdens haar eenjarige bestaan. De opdracht van de regering was om *“...de status van XTC (MDMA) in het kader van de volksgezondheid te onderzoeken en advies uit te brengen over de voor- en nadelen van medicinaal gebruik, met inbegrip van een analyse vanuit verschillende disciplines van risico's voor de gezondheid, preventie en de Europese context en relevante verdragen.”*¹

Deze taak bleek omvangrijker dan aanvankelijk gedacht. De staatscommissie werd in april 2023 ingesteld en zou haar rapport in januari 2024 publiceren. Er was echter meer tijd nodig om recht te doen aan de complexiteit van dit onderwerp. De lange lijst met geraadpleegde experts en de gebruikte literatuur en onderzoeken onderstrepen dit.

Eigenlijk heeft de staatscommissie twee adviezen geschreven. Het eerste gaat over MDMA als de drug die beter bekend is als ecstasy en al 40 jaar onderdeel is van de uitgaanscultuur in ons land. Het tweede advies richt zich op de nieuwe toepassing van MDMA als ondersteund medicijn bij de behandeling van patiënten met posttraumatische stressstoornis. Eén stof, met twee verschillende toepassingen die compleet andere vraagstukken opwerpen.

Een belangrijk dilemma waarmee de staatscommissie werd geconfronteerd, was het gegeven dat het gebruik van MDMA op zich niet zulke grote medische risico's kent in vergelijking met andere illegale drugs of legale middelen als alcohol en tabak. Maar tegelijk: dat de productie van en handel in MDMA grote schade aanricht aan personen, de leefomgeving en de maatschappij als geheel. Het probleem wordt nog complexer door de internationale rol van de Nederlandse ecstasycriminelen. Er is, zo concludeert de staatscommissie, urgent behoefte aan een herijking en actualisering van het Nederlandse drugsbeleid, waarbij wetenschappelijke inzichten leidend zijn – en niet de emotie. De Nederlandse

¹ Minister van VWS, "Instelling Staatscommissie MDMA" (2023).

benadering richting ecstasygebruikers is tamelijk uniek in de wereld en gestoeld op preventie en schadebeperking. Hiermee worden al jaren goede resultaten geboekt tegen relatief lage kosten. Binnen dit druggerelateerde beleid geeft Nederland relatief weinig uit aan preventie, en het is hier waar kansen liggen. Zeker als Nederland adequaat investeert in drugspreventie, met meer financiële middelen op een structurele basis.

MDMA biedt daarnaast tot dusverre onbenutte kansen voor mensen met een posttraumatische stressstoornis. Ondanks de wetenschappelijke evidentie, zal het beschikbaar stellen van deze behandeling in Nederland en in de rest van Europa nog de nodige voeten in de aarde hebben. Daarbij moet niet vergeten worden dat naast MDMA ook andere psychedelische middelen, zoals psilocybine, LSD en ketamine in de belangstelling staan van wetenschappers voor de behandeling van een veelheid van psychische en neurologische aandoeningen. Al deze stoffen zijn reeds legaal of illegaal beschikbaar, en de aandacht voor dergelijke nieuwe behandelvormen in de media is dan ook groot. Nu al zijn er alternatieve aanbieders actief, waarbij het maar de vraag is hoe professioneel zij te werk gaan. De ontstane situatie rondom MDMA biedt de overheid en partners lessen om in het vervolg op dergelijke situaties te anticiperen.

Door de brede samenstelling van de staatscommissie – met experts op het gebied van de psychiatrie, de geneeskunst, preventie, recht en opsporing – konden alle vragen en dilemma's goed worden geadresseerd. Uiteindelijk heeft dit geleid tot een uitkomst die door alle commissieleden individueel wordt onderschreven en die – naast wetenschappelijk inzicht – mede gestoeld is op pragmatisme. De dilemma's en tegenstrijdigheden en daarmee de noodzaak tot genuanceerde afwegingen en alternatieven vindt de lezer terug in de diverse conclusies en aanbevelingen. Soms waren er harde en eenduidige conclusies te trekken die leidden tot sterke aanbevelingen (zoals bij contraproductieve preventiebodschappen), maar vaker ging het om complexe afwegingen met een voorlopige conclusie en ten slotte toch een duidelijke aanbeveling (zoals bij het handhaven van MDMA op Lijst I). Soms ook presenteert de staatscommissie in dit rapport alleen belangrijke overwegingen, gebaseerd op feiten maar zonder een specifieke aanbeveling te doen. Het is nu aan politici, beleidsmakers en professionals om hier hun voordeel mee te doen en met de oogst in dit rapport te handelen voorbij de extase.

Den Haag, mei 2024

Lijst met geraadpleegde personen en organisaties

Het advies van de Staatscommissie MDMA is tot stand gekomen met medewerking van een groot aantal personen en organisaties. Deze contactmomenten stonden ten dienste van het formuleren van een geïnformeerd en onafhankelijk advies door de staatscommissie. Tussen april 2023 en april 2024 sprak de staatscommissie met onderstaande personen.

Gesproken personen

Naam / functie / organisatie

Jos Beijnen

Ziekenhuisapotheker
Antoni van Leeuwenhoek

Wim Best

Inspecteur Opiumwet
Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd

Gemma Blok

Hoogleraar Sociale geschiedenis
Universiteit Utrecht

Tom Blom

Hoogleraar Straf- en strafprocesrecht
Universiteit van Amsterdam

Joost Breeksema

Directeur
OPEN Foundation

Machteld Busz

Directeur
Stichting Mainline

Olga Chernoloz

Klinisch farmacoloog
Universiteit van Ottawa

Margot Coenraads

Beleidsondersteuner Portefeuille drugs
Politie Nederland

Valerie Curran

Emeritus hoogleraar
Psychofarmacologie
University College London

Rick Doblin

Uitvoerend directeur
Multidisciplinary Association for
Psychedellic Studies

Michiel van Elk

Universitair hoofddocent
Cognitieve psychologie
Universiteit Leiden

Eric Franssen

Ziekenhuisapotheker
OLVG

Joop van Gerven

Voorzitter
Centrale Commissie Mensgebonden
Onderzoek

Tadeusz Hawrot

Uitvoerend directeur
Psychedelic Access and Research
European Alliance

Peter Hunt

Voorzitter
Mind Medicine Australia

Anja Jansen

Openbaar aanklager
Landelijk Parket

Martin Jelsma

Coördinator Drugs en Democratie
Transnational Institute

Gerard van Kesteren

Algemeen directeur
Stichting InP

Margriet van Laar

Hoofd Drugsmonitoring en -beleid
Trimbos-instituut
Voorzitter
CAM

Ronald van Litsenburg
Directeur
Event Medical Service B.V.

Cathy Montgomery
Universitair hoofddocent
Psychofarmacologie
Liverpool John Moores University

Michael Mullette
Chief Operating Officer
Lykos Therapeutics

Ton Nabben
Senior onderzoeker
Hogeschool van Amsterdam

David Nutt
Hoogleraar Neuropsychofarmacologie
Imperial College London

Jim van Os
Hoogleraar Psychiatrie
Universitair Medisch Centrum Utrecht

Steve Rolles
Senior beleidsanalist
Transform Drug Policy Foundation

Berend Schans
Directeur-bestuurder
Vereniging Nederlandse Poppodia en
-Festivals

Arnt Schellekens
Nationaal Rapporteur Verslavingen
Nationaal Rapporteur Verslavingen

Stephen Snelders
Universitair docent
Universiteit Utrecht

Steffen Thirstrup
Chief Medical Officer
Europees Geneesmiddelenbureau

Saco de Visser
Wetenschappelijk directeur
Centre for Future Affordable Sustainable
Therapy Development (FAST)

Hans van Wechem
Psychiater
Stichting InP

Willem Westermann
Secretaris Kenniscentrum
Evenementen
Vereniging van Evenementenmakers

Willem Woelders
Hoofd Operatiën Landelijke Eenheid
Politie Nederland

Rachel Yehuda
Hoogleraar Psychiatrie en
Neurowetenschappen
Mount Sinai

Josjan Zijlstra
Onderzoeker
Universiteit van Amsterdam

Gesproken organisaties

Organisatie/Vertegenwoordiger(s)

College ter Beoordeling van Geneesmiddelen

Medewerker Agentschap

Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs

Medewerker RIVM

MIND Platform

Focusgroep van personen met (ervaring met) PTSS

Ministerie van JenV

Groep van ambtenaren van de directies DGO en DVB

Ministerie van VWS

Groep van ambtenaren van de directies VGP, CZ en GMT

Platform Psychedelica van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

Groep van psychiaters

PsychedelicsEUROPE

Vertegenwoordigers

Trimbos-instituut

Groep van dossierrelevante medewerkers

Zorginstituut Nederland

Adviseurs ggz, sociaal domein en farmaco-economie

Overige bijdragen

De volgende (toenmalige) studenten hebben voor de staatscommissie een presentatie gehouden over hun onderzoek: **Inge Buitter, Jill van Dorp, Chris Hucke, Willemijn Krugers-Dagneaux** en **Marloes Niessen**.

De volgende (toenmalige) studenten hebben vergaderingen van de staatscommissie genotuleerd: **Jet Dorhout, Willemijn Krugers-Dagneaux** en **Jorrit Westerhof**.

De volgende personen hebben delen van het rapport nagelezen op feitelijke onjuistheden: **Martin Jelsma, Kim Kuypers, Margriet van Laar, Laura Smit-Rigter** en **Metten Somers**.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
www.rjksoverheid.nl

Kenmerk
3550910-1045003-VGP

Bijlage(n)

-

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Datum 17 maart 2023
Betreft Instelling Staatscommissie MDMA

Geachte voorzitter,

In het Coalitieakkoord is afgesproken dat er een Staatscommissie MDMA komt. In deze brief informeer ik u over de voortgang rondom deze Staatscommissie.

Ik kan u meedelen dat met prof. mr. dr. Brigit Toebes een voorzitter is geworven. Daarnaast nemen de volgende leden zitting in de Staatscommissie:
Prof. dr. W. (Wim) van den Brink
Prof. dr. E.W. (Emile) Kolthoff
Prof. dr. H.G.J.M. (Eric) Vermetten
Drs. M. (Martha) de Jonge
Drs. F.M.J. (Femke) Gresnigt

De Staatscommissie wordt gevraagd de status van XTC (MDMA) in het kader van de volksgezondheid te onderzoeken en advies uit te brengen over de voor- en nadelen van medicinaal gebruik, met inbegrip van een analyse vanuit verschillende disciplines van risico's voor de gezondheid, preventie en de Europese context en relevante verdragen.

De Staatscommissie streeft ernaar om het advies voor 31 januari 2024 aan de regering aan te bieden. Het kabinet zal op basis van het advies een standpunt innemen. Het voornemen is om dat voor de zomer van 2024 met uw Kamer te delen.

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Ernst Kuipers

**Staatscommissie
MDMA ///**

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag