

# Voorstel voor rationeel MDMA-beleid

**Author(s)**

van Amsterdam, J.G.C. ; Nabben, T. ; Peters, G.J. ; van Bakkum , F. ; Noijen, J. ; van den Brink, W.

**Publication date**

2021

**Document Version**

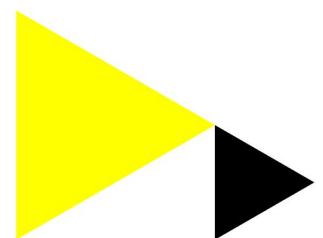
Author accepted manuscript (AAM)

**Published in**

Tijdschrift voor Psychiatrie

[Link to publication](#)**Citation for published version (APA):**

van Amsterdam, J. G. C., Nabben, T., Peters, G. J., van Bakkum , F., Noijen, J., & van den Brink, W. (2021). Voorstel voor rationeel MDMA-beleid. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 63(9), 665-672.  
<https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/issues/567/articles/12724>

**General rights**

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

**Disclaimer/Complaints regulations**

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please contact the library: <https://www.amsterdamuas.com/library/contact/questions>, or send a letter to: University Library (Library of the University of Amsterdam and Amsterdam University of Applied Sciences), Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

# Voorstel voor rationeel MDMA-beleid<sup>1</sup>

J.G.C. van Amsterdam, T. Nabben, G.J. Peters, F. van Bakkum, J. Noijen, W. van den Brink

- Achtergrond** MDMA (ecstasy) is een relatief veilige drug en induceert weinig afhankelijkheid, maar staat desondanks samen met andere harddrugs op lijst I van de Nederlandse Opiumwet. Bezorgdheid over de aan MDMA gerelateerde criminaliteit, het aantal gezondheidsincidenten en de mogelijk onterechte plaatsing van MDMA op lijst I hebben geleid tot een voortdurend debat over het huidige Nederlandse ecstasybeleid.
- Doel** Ontwikkeling van een rationeel MDMA-beleid dat rekening houdt met alle aspecten gerelateerd aan de productie, verkoop en gebruik van MDMA.
- Methode** Een interdisciplinaire groep van 18 experts formuleerde een wetenschappelijk onderbouwd MDMA-beleid door de verwachte effecten van 95 beleidsopties op 25 uitkomsten te beoordelen, waaronder gezondheid, criminaliteit, rechtshandhaving en financiën. Het optimale beleidsmodel werd gevormd door een combinatie van 22 beleidsopties met de hoogste totaalscore op alle 25 uitkomsten.
- Resultaat** Het optimale beleidsmodel bestond uit een vorm van gereguleerde productie en verkoop van MDMA, beter kwaliteitsbeheer van ecstasypillen en intensievere bestrijding van de MDMA-gerelateerde georganiseerde criminaliteit. Een dergelijk beleid zou leiden tot een kleine toename in de prevalentie van ecstasygebruik, maar met minder gezondheidsschade, minder MDMA-gerelateerde misdaad en minder milieuschade. Om de praktische uitvoerbaarheid en de politieke haalbaarheid te vergroten werd het optimale model enigszins aangepast.
- Conclusie** Het ontwikkelde optimale model biedt een politiek en maatschappelijk haalbare set van beleidsinstrumentopties, waarmee men plaatsing van MDMA op lijst I kan herzien, wat de schade van MDMA voor gebruikers en de samenleving kan verminderen. Voor de psychiatrie betekent het bevordering van therapeutisch onderzoek en minder hinder door nodeloze stigmatisering bij de behandeling van patiënten.

Ecstasy (xtc, MDMA, 3,4-methyleendioxy-methamfetamine) wordt vooral gebruikt door relatief goed opgeleide jongeren in grootstedelijke uitgaansgelegenheden. Met ongeveer 370.000 Nederlandse gebruikers, telt Nederland momenteel binnen Europa de meeste gebruikers per hoofd van de bevolking (Nationale Drug Monitor 2019). In tegenstelling tot veel andere drugs wordt ecstasy door de gemiddelde Nederlandse gebruiker slechts 4 keer per jaar gebruikt met 1,2 pillen per keer (van Amsterdam & van den Brink 2020).

Na een herziening van de Opiumwet in 1976 werden verboden drugs op twee lijsten ingedeeld: lijst I voor de 'harddrugs' en lijst II voor de 'softdrugs' die als minder schadelijk golden, zoals cannabis. In 1988 werd MDMA, naast de harddrugs amfetamine, cocaïne en heroïne, op lijst I van de Opiumwet geplaatst.

Vreemd genoeg was dat niet op grond van gezondheidsrisico's, maar vanwege bezorgdheid over grootschalige illegale handel en productie van ecstasy. De plaatsing op de lijst I heeft echter niet voorkomen dat het gebruik

van ecstasy gestaag toenam, terwijl het nauwelijks effect heeft gehad op ecstasygerelateerde (georganiseerde) criminaliteit, want die bleef maar toenemen. Omdat het risico van verslaving aan MDMA uiterst gering is en het gebruik ervan minder schadelijk voor de gezondheid is dan dat van de meeste andere drugs op lijst I (Van Amsterdam e.a. 2010) lijkt MDMA veel meer thuis te horen op lijst II.

De plaatsing van MDMA op lijst I heeft waarschijnlijk te maken met het feit dat het nationale ecstasybeleid altijd meer op repressie dan op regulering gericht is geweest. Aanvankelijk bleef door de medisch-sociale benadering de repressieve aanpak van gebruikers beperkt (de Kort 1995), maar in het spanningsveld tussen volksgezondheid en justitie verschoof de balans later steeds meer naar een strafrechtelijke aanpak (Blom 1998; 2006). Dit werd mede ingegeven door de groeiende ecstasygerelateerde zware criminaliteit in Nederland die leidde tot het witwassen van geld, bedreiging van ambtenaren, het binnendringen van criminele belangen in de 'boven-

## AUTEURS

Auteurs zijn de leden van de Stuurgroep DenkTank MDMA Beleid

Amsterdam UMC, locatie Academisch Medisch Centrum, afd. Psychiatrie, Amsterdam:

**Jan van Amsterdam**, farmacoloog, senior onderzoeker. afd. methodologie en statistiek van de faculteit der Psychologie, Open Universiteit, Heerlen:

**Gjalt-Jorn Peters**, gezondheidspsycholoog en universitair docent.

Verslavingszorginstelling Jellinek, afd. Preventie, onderdeel stichting Arkin, Amsterdam:

**FLOOR VAN BAKKUM**, hoofd.

Hogeschool van Amsterdam, afd. Urban Governance & Social Innovation, Amsterdam:

**Ton Nabben**, antropoloog en senior onderzoeker criminologie. Jellinek Preventie in Amsterdam:

**Judith Noijen**, senior medewerker Preventie.

Amsterdam UMC, locatie Academisch Medisch Centrum, afd. Psychiatrie, Amsterdam:

**Wim Van Den Brink**, arts-epidemioloog, em. hoogleraar Verslavingszorg,

## Correspondentie

Dr. Jan van Amsterdam (jan.van.amsterdam@amsterdamumc.nl; vanamsterdam@gmx.net)

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op xx-yy-2021.

## Citeren

wereld' (ondermijning) en het illegaal lozen van drugsafval in het milieu (Tops e.a. 2018; Tops & Tromp 2019; Noordanus 2020). De bestrijding van ondermijnende georganiseerde criminaliteit werd een topprioriteit, maar desondanks is Nederland nog steeds een belangrijk productie- en exportland met distributie naar de rest van Europa, Azië en Australië.

De genoemde ontwikkelingen vormden voor de stuurgroep van de DenkTank MDMA-beleid de aanleiding om te onderzoeken welk ecstasybeleid objectief gezien optimaal zou zijn, dat wil zeggen een beleid dat alle persoonlijke en maatschappelijke schade zoveel mogelijk beperkt. Dit resulteerde eind 2020 in een rapport over de ontwikkeling van een rationeel nationaal MDMA-beleid (Stuurgroep Denktank MDMA Beleid 2020). Een belangrijk doel van het rapport is een open discussie te faciliteren over het verbeteren van het huidige Nederlandse ecstasybeleid. Het rapport verscheen in bewerkte versie ook als een Engelstalig artikel (van Amsterdam e.a. 2021). In dit artikel presenteren we daar een verkorte en aangepaste versie van.

## METHODE

Het onderzoeksteam van de DenkTank, bestaande uit een panel van 18 experts, streefde bij het formuleren van een nieuw nationaal ecstasybeleid naar een objectieve en rationele beoordeling van de voor- en nadelen van verschillende beleidsopties. De experts werden

door de stuurgroep van de DenkTank (GJP, FvB, TN, JN en JvA) uitgenodigd op basis van hun expertise en kennisdomein teneinde alle effecten van ecstasybeleid te kunnen beoordelen. De expertise van het panel bestreek de volgende kennisdomeinen: farmacologie, toxicologie, epidemiologie, filosofie, antropologie, opsporing/handhaving, neurobiologie, criminologie, rechten, internationaal drugsbeleid, verslaving, drugspreventie en gedragswetenschappen.

Bij de selectie van experts streefde de stuurgroep naar de vertegenwoordiging van het volledige ideologische spectrum (van behoudend tot liberaal-progressief). De oriëntatie/ideologie van het panel varieerde aldus van behoudend tot progressief, alle leden waren politiek en beleidsmatig onafhankelijk en gaven hun mening op persoonlijke titel. De 18 experts staan vermeld in het rapport van de Stuurgroep van de DenkTank dat op internet vrij beschikbaar is (Stuurgroep Denktank MDMA Beleid 2020).

Om de effecten van verschillende beleidsopties op verschillende uitkomst domeinen op een rationele, wetenschappelijk onderbouwde wijze te kunnen schatten, beschikten de experts over een recent literatuuroverzicht over ecstasy (van Amsterdam e.a. 2020a, b; van Amsterdam & van den Brink 2020).

Ecstasybeleid sorteert een effect op tal van terreinen (beleidsuitkomsten), zoals gezondheidsschade, aantal gebruikers in het algemeen en in kwetsbare groepen, mate van criminalisering en stigmatisering van gebruikers, internationaal imago en kosten samenhangend

met handhaving en bestrijding van (georganiseerde) criminaliteit. In totaal formuleerde het panel 25 beleidsuitkomsten verdeeld over zes clusters: gebruik, gezondheid gebruiker, criminaliteit, financiële kosten en baten, internationale politiek en milieu (zie **figuur 1**).

Deze beleidsuitkomsten zijn echter niet allemaal even belangrijk en daarom kende het panel aan elk van de 25 beleidsuitkomsten een weegfactor toe, waarmee de effecten op de verschillende beleidsopties werden vermenigvuldigd. Aldus werden bijvoorbeeld de effecten van beleidsopties op de beleidsuitkomst 'criminaliteitschade' in het eindresultaat zwaarder gewogen dan die op 'milieuschade'. Overigens valt de mogelijke therapeutische toepassing van MDMA onder 'gezondheid gebruiker'. Elders geven we een schematische beschrijving van de verschillende stappen die leiden tot eindscores van de zes beleidsmodellen (van Amsterdam e.a. 2021).

De experts formuleerden ook 22 beleidsinstrumenten. Voorbeelden van deze beleidsinstrumenten waren: 'kwaliteitsbeheer van ecstasyproducten', 'leeftijdsgrens bij aankoop van ecstasy', 'productie van MDMA', 'prioritering van bestrijding van MDMA-gerelateerde criminaliteit', 'ontneming bij vermeend delict' en 'internationale strategie inzake ecstasy' (zie linker kolom van **tabel 1**).

Elk beleidsinstrument bood meerdere beleidsopties, bijvoorbeeld in stappen variërend van 'geheel verbieden' tot 'geheel toestaan' (voor een voorbeeld: zie **tabel 2**). In totaal scoorde het panel de effecten van 95 verschillende beleidsopties op de 25 uitkomstmaten op een schaal van -100 tot +100 met de vigerende wetgeving/situatie in Nederland als referentiepunt (score 0). Een positieve score drukt een verbetering van de uitkomst uit ten opzichte van de huidige Nederlandse wetgeving/situatie, een negatieve score een verslechtering.

Een beleidsmodel bestaat uit 22 geselecteerde beleidsopties en de eindscore ervan wordt verkregen door de gewogen effecten van deze 22 beleidsopties bij elkaar op te tellen. Elk beleidsmodel krijgt zodoende een eigen eindscore, zodat men verschillende beleidsmodellen op basis van dit ene getal met elkaar kan vergelijken. De 22 beleidsopties die gemiddeld het hoogst scoorden op alle 25 uitkomstmaten vormen samen het 'optimale' beleidsmodel (zie hierna). Dit optimale model rolde dus automatisch uit de gegeven scores en weegfactoren, en kon door de experts niet meer worden beïnvloed. Details over het scoren beschrijven we elders (Stuurgroep Denktank MDMA Beleid 2020).

**Tabel 1. 22 beleidsinstrumenten bij overheidsbeleid rond MDMA**

Beleidsinstrument	Beste beleidsoptie*	Score
Regulering van ecstasyverkoop	Alleen vergunninghouders mogen verkopen	1611
Monitoring van gebruik en gezondheidsincidenten	Uitgebreid monitoren	1538
Kwaliteitsbeheer regelgeving ecstasyproducten	Richtlijnen of kwaliteitseisen worden vastgelegd	1412
Productie van MDMA	Legaliseren analoog aan de Geneesmiddelenwet	1161
Gezondheidspreventie: subsidiëring	De overheid subsidieert deze grotendeels	1027
Ontneming bij vermeend delict	Meer expertise en inspanningen bij ontneming leveren	914
Bestrafing bij schending van kwaliteitsstandaarden	Schending zwaar bestraffen	907
Verkoop van ecstasy aan de consument	Gereguleerd	896
Verkoop van ecstasy (bedrijven onderling)	Conform Geneesmiddelenwet	881
Strafbaarheid bij schending van leeftijdsgrens	Alleen verkoper strafbaar	729
Gezondheidsvoorlichting: perspectief	Harm reduction/reductie gezondheidsschade	609
Verpakkingen van ecstasyproducten	'Witte' verpakking met preventieboodschap	520
Prijsbeleid van ecstasy	Minimumprijzen vaststellen	435
Leeftijdsgrens bij aankoop van ecstasy	Geen leeftijdsgrens	290
Reclame voor verkoop van ecstasy	Reclame toestaan	203
Prioritering bestrijding van MDMA-gerelateerde criminaliteit	Selectief: prioriteit bestrijding zware misdaad is hoog, maar die van consumenten laag	88
Exportstatus	Illegaal (huidige situatie)	48
Strafbaarheid ecstasygerelateerde delicten	Huidige maximale strafmaat verhogen	27
Internationale strategie inzake ecstasy	Onderling regelen	5
Gezondheidspreventie: management	Preventieorganisaties bepalen hoe de doelen het beste bereikt kunnen worden	0
Gezondheidspreventie: verantwoordelijkheid	Nationale of regionale overheid zijn verantwoordelijk	0
Bezit van ecstasy	Hoeveelheid voor direct gebruik gedogen	-29
Totaalscore		13272

In rechterkolom staan beleidsopties die gemiddeld het hoogst scoorden op alle 25 beleidsuitkomsten t.o.v. het huidige Nederlandse beleid (score 0). Een positief getal geeft een verbetering weer, en negatief getal een verslechtering t.o.v. huidige Nederlandse situatie.

\*tot de mogelijke opties behoorden in de regel ook de optie 'Geen'. Bijvoorbeeld: 'geen regulering', 'geen monitoring', 'geen kwaliteitseisen' of 'geen enkel bezit toestaan'.

**Tabel 2. Voorbeeld van vier beleidsopties bij het beleidsinstrument ‘Leeftijd bij aankoop van ecstasy’**

De volgende vier opties waren gedefinieerd:

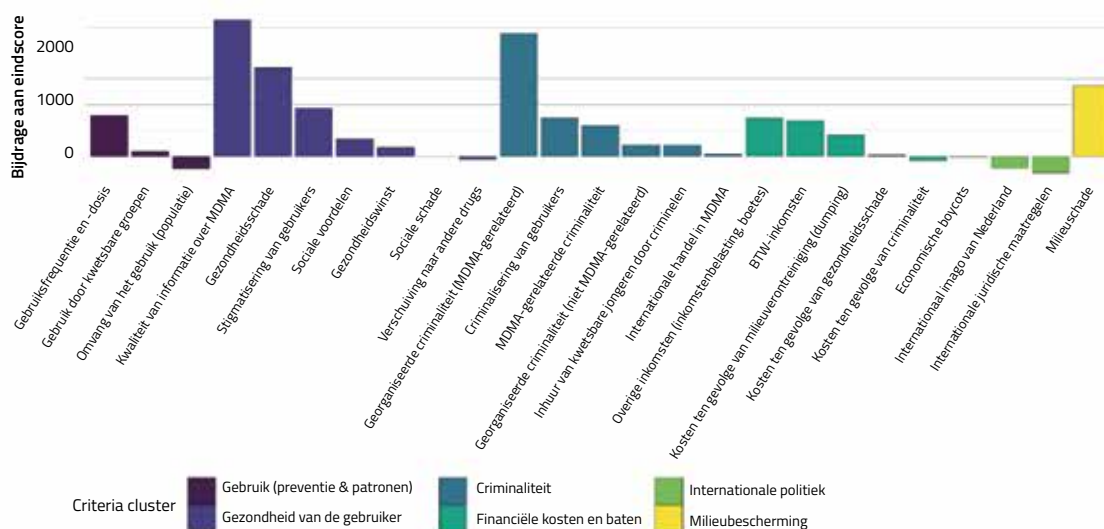
- Er is géén leeftijdsgrens
- De leeftijdsgrens is hoger dan 18 jaar
- De leeftijdsgrens is 18 jaar
- Niet van toepassing (n.v.t.) of geen effect te verwachten.

De eindscore van het automatisch gegenereerde optimale model vergeleken we vervolgens met de eindscore van vier bestaande beleidsmodellen: het coffeeshopmodel, het toekomstige ‘gesloten cannabisketen’-model (Commissie Knottnerus 2018; ministerie van VWS 2019) en twee theoretische modellen: het ‘repressieve’ model en het ‘vrije markt’-model. De eindscore van deze vier beleidsmodellen berekenden we aan de hand van 1. de typische beleidsopties van deze modellen en 2. de reeds gegeven scores voor die beleidsopties.

## RESULTATEN

Beleidsopties die gemiddeld hoog scoren, impliceren een verbetering van het beleid ten opzichte van de huidige Nederlandse toestand. **Tabel 1** geeft de rangorde weer van de beleidsopties die, telkens per beleidsinstrument, gemiddeld over alle beleidsuitkomsten het hoogste scoorden en dus samen het optimale beleidsmodel vormen. Hoog scorende beleidsopties, die ten opzichte van het vigerende beleid een bijzonder gunstig effect op de 25 beleidsuitkomsten hebben, zijn bijvoorbeeld ‘gereguleerde verkoop’, ‘uitgebreide monitoring’ en ‘het stellen van kwaliteitseisen’.

**Figuur 1. Effect van toepassing van het optimale beleidsmodel op de 25 uitkomsten. Een positieve waarde op de verticale as geeft een gunstig effect en een negatieve score een ongunstig effect weer t.o.v. het huidige Nederlandse MDMA-beleid**



**Tabel 3. De totaalscore van verschillende beleidsmodellen t.o.v. de huidige Nederlandse situatie**

Beleidsmodel	Totaalscore
Optimale beleidsmodel (per definitie het model met de hoogste totaalscore)	+ 13272
‘Gesloten cannabisketen’-model	+ 10721
Coffeeshopmodel	+ 5528
Huidige situatie	0
Vrijemarktmodel	- 2244
Repressieve model	- 2778
Laagst mogelijke totaalscore	- 7252

Negatief scorende beleidsopties zijn in het bijzonder de nogal repressieve beleidsopties, zoals ‘bezit van ecstasy verboden’, ‘hoge prioriteit voor bestrijding van de zware criminaliteit’ en ‘geen subsidie voor gezondheidsvoorlichting’. Een verbod op het bezit van ecstasy leidt bijvoorbeeld tot meer straathandel, stigmatisering en criminalisering.

**Figuur 1** geeft het effect van het optimale beleidsmodel op de 25 beleidsuitkomsten weer. Opvallend zijn de lichte stijging in de omvang van het gebruik (prevalentie), de lagere gezondheidsschade, de betere kwaliteit van de ecstasy en de gebruiksinformatie daarover, minder stigmatisering en criminalisering van gebruikers en de daling van de zware criminaliteit ten opzichte van de huidige situatie.

Na het scoren van alle beleidsopties werden de beleids-opties van het coffeeshopmodel en het ‘gesloten cannabisketen’-model geconfigureerd en hun eindscore berekend. **Tabel 3** geeft de eindscore weer van het optimale model, de twee coffeeshopmodelvarianten, het ‘vrije markt’-model en het ‘repressieve’ model. Het optimale

**Tabel 4. Aanpassing van het optimale model naar het X-shopmodel op zes beleidsopties**

Optimale model	X-shopmodel	Verlies
Bezit van ecstasy gedogen	Bezit gebruikershoeveelheid legaal; groter bezit gedogen	- 148
Reclame voor ecstasyverkoop toestaan	Reclame verbieden	- 203
Geen leeftijdsgrens bij aankoop van ecstasy	Leeftijdsgrens 18 jaar	- 78
Verkoop van ecstasy reguleren (licht regime)	Verkoop van ecstasy reguleren conform de Geneesmiddelenwet (streng regime)	- 85
Export van ecstasy is legaal	Export van ecstasy is illegaal	- 48
Gezondheidsbescherming is nationale verantwoordelijkheid	Gezondheidsbescherming is nationale én regionale verantwoordelijkheid	- 10
<b>Totaal</b>		<b>- 570</b>

model scoort op alle beleidsuitkomsten beter dan het ‘gesloten cannabisketen’-model en in de meeste gevallen ook beter dan het bestaande coffeeshopmodel.

Het optimale model komt automatisch voort uit de beleidsopties met de gemiddeld hoogste scores op alle 25 uitkomstmaten. In **figuur 2** vergelijken we het optimale model (aangeduid als ‘hoogst mogelijke scores’) op clusterniveau met vijf andere beleidsmodellen. Het profiel en de eindscore van het optimale model ligt het dichtste bij het ‘gesloten cannabisketen’ model. Opvallend is de meerwaarde van het optimale model bij de clusters ‘gezondheid van de gebruiker’ en ‘daling in de (zware) criminaliteit’.

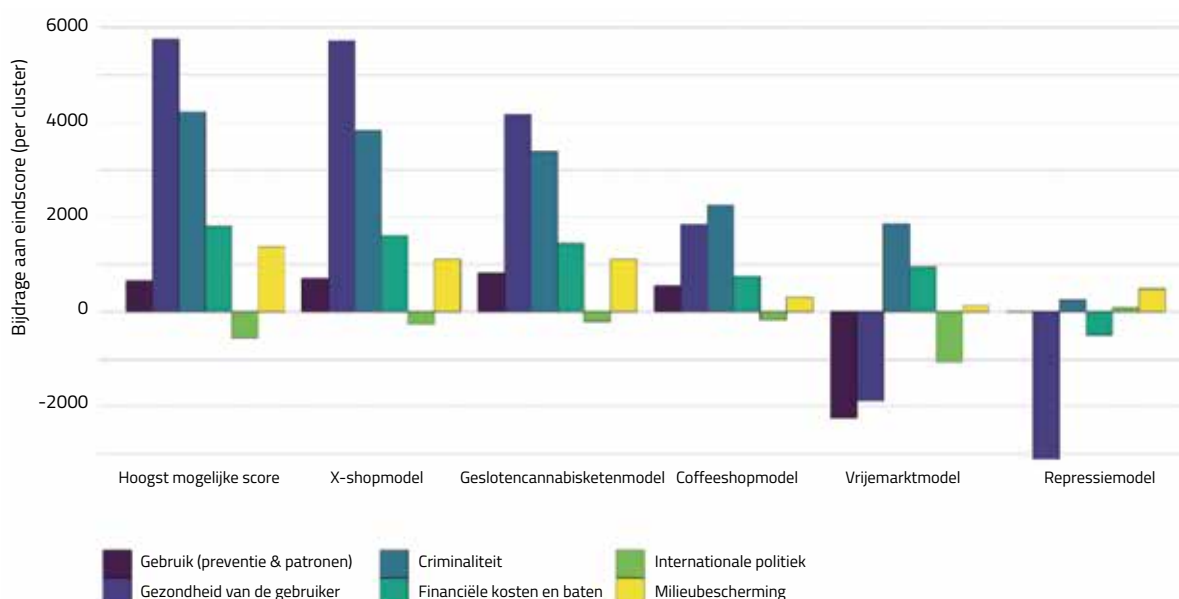
Toch is het optimale model niet in alle opzichten ideaal, omdat er enige incoherentie lijkt te bestaan in beleid (ecstasyverkoop reguleren, maar geen leeftijdsgrens bij aankoop) en/of dat het onuitvoerbaar lijkt (bijvoorbeeld: export legaliseren). Bovendien zou met wat kleine aanpassingen de maatschappelijke en politieke haalbaarheid verhoogd kunnen worden. Om deze

redenen verving de Stuurgroep plus WvdB (de huidige auteurs) bepaalde beleidsopties van het optimale model door enkele meer realistische beleidsopties, waardoor het ‘X-shopmodel’ ontstond. De zes aanpassingen ten opzichte van het optimale model leidden tot een iets lagere eindscore (minus 570 punten; minus 4,3%) voor het X-shopmodel (zie **tabel 4**).

## DISCUSSIE

De grote politieke partijen bepleiten beleidsmodellen die variëren van een strikt verbod op productie en gebruik tot regulering en liberalisering van ecstasygebruik. Met het beschreven resultaat van de DenkTank, gebaseerd op een objectiverende wetenschappelijke benadering die zich losmaakt van de ideologische politieke strijd, trachten we de politieke en maatschappelijke discussie over nieuwe wetgeving voor MDMA inhoudelijk te stimuleren. Daardoor kan de schade van

**Figuur 2. Effect van beleidsmodellen op de eindscore per cluster. Een positieve waarde op de verticale as geeft een gunstig effect en een negatieve score een ongunstig effect weer t.o.v. het huidige Nederlandse MDMA-beleid**





MDMA voor zowel de gebruiker als de samenleving verminderd worden.

### Grote overeenstemming

Tijdens de panelbijeenkomsten was er bij het scoren van de verschillende beleidsopties opvallend grote overeenstemming tussen alle experts. Deze consensus werd bevorderd door de gekozen wetenschappelijke benadering, los van moralisme en ideologische politieke strijd (objectivering) en waarbij geen politiek gevoelige beleidsopties, maar losstaande, technisch gedefinieerde beleidsopties op hun effectiviteit ten opzichte van alle uitkomsten worden gescoord ('atomisering').

Uit de sensitiviteitsanalyse bleek de robuustheid van het rekenmodel voor verschillen in visie/beoordeling tussen de experts. Met elke set van individuele weegfactoren (18 sets) werd telkens dezelfde volgorde van de zes beleidsmodellen verkregen (zie ook Van Amsterdam e.a. 2021). Al eerder werden drugs- en drugsbeleidsmodellen met de analytisch-synthetische waarderingsmethode *multi criteria decision analysis* (MCDA) geëvalueerd (Nutt e.a. 2010; van Amsterdam e.a. 2015; Rogeberg e.a. 2018). Ook met deze methode wordt het probleem ontleed in deelproblemen op specifieke gebieden (atomisering), zoals gezondheid, misdaad en financiële aspecten. De uitkomst in de synthese - het optimale model dat als laatste stap automatisch volgt uit de verkregen scores - viel weliswaar ongemakkelijk uit voor sommige deelnemers, maar dat doet niet af aan de rationaliteit van het model.

### Optimale model

Wat pleit er voor en tegen het 'optimale model'? In **tabel 5** zijn de voordelen van het optimale model en het hier nauwelijks van afwijkende X-shopmodel weergegeven. Het 'optimale model' is een aantrekkelijk beleidsmodel, omdat het op alle beleidsuitkomsten leidt tot verbeteringen ten opzichte van het huidige Nederlandse ecstasybeleid. Het enigszins aangepaste X-shopmodel staat ter discussie, maar lijkt een realistisch, kansrijk en haalbaar model.

Naar verwachting zal in de discussies vooral tegen 'de staatspil' worden geageerd. In het DenkTankrapport erkennen de auteurs overigens dat de productie en de internationale handel van ecstasy vanuit Nederland niet meteen door nationale regulering van de productie en het gebruik zullen afnemen. Ook in het optimale en het X-shopmodel blijft illegale productie en handel verboden, zodat Nederland geen vrijplaats voor drugscriminelen wordt. Tegen het argument dat alle drugs schadelijk zijn en daarom verboden moeten worden, kunnen we slechts inbrengen dat dat het geval is, maar dat de omvang en de ernst van deze schade - ook bij het gebruik van het relatief veilige middel ecstasy - met regulering aanzienlijk kunnen worden teruggebracht (zie **tabel 6**).

### Implementatie en effecten optimale model

Implementatie van het optimale model zal, ondanks een lichte toename van het aantal gebruikers, op de langere termijn leiden tot minder gezondheids- en milieuschade en minder MDMA-gerelateerde zware criminaliteit. Door de gereguleerde productie en verkoop en de legitimering van het ecstasygebruik door de overheid zal de omvang van het ecstasygebruik vermoedelijk licht stijgen. Echter, het gezondheidsrisico zal afnemen door zowel de eliminatie of versneden met giftige stoffen) als een betere informatievoorziening over het gebruik van ecstasy. Vandaar dat de lichte stijging van het aantal gebruikers naar verwachting niet zal leiden tot een toename in gezondheidsincidenten (aantal en ernst).

Overigens blijft het frequente polydruggebruik door ecstasygebruikers een reden van zorg die opgenomen moet worden in de informatievoorziening over het gebruik van ecstasy. Specifiek van belang voor de druggebruiker is dat implementatie van het optimale model zal leiden tot minder marginalisering en criminalisering.

Een succesvolle regulering vereist echter ook een krachtige bestrijding van de illegale productie en verkoop van

### Tabel 5. Voordelen van het optimale beleidsmodel

- betere kwaliteit van ecstasyproducten en informatie over verstandig ecstasygebruik
- bevordering van de gezondheid van de ecstasygebruiker (minder incidenten)
- afname van de georganiseerde criminaliteit, verweven met het Nederlandse ecstasygebruik
- afname van de zorgen over milieuschade, die samenhangt met de productie van MDMA
- staatsinkomsten worden gegenereerd (BTW-inkomsten van circa twee miljoen euro per jaar plus inkomstenbelasting en evt. accijnsheffingen)
- afname van de mate van criminalisering en stigmatisering van gebruikers door aanbieden van een gereguleerd alternatief in plaats van nu 'gedwongen' aanschaf op de illegale markt.

Nadeel is de lichte toename van het aantal gebruikers, hoewel de omvang van het gebruik (aantal ecstasypillen per jaar) daalt.

#### X-shopmodel

Specificaties die afwijken van het optimale model: 1. gebruikersaantal is legaal en grotere hoeveelheden worden toegestaan, 2. alle reclame is verboden, 3. verkoop van ecstasy aan gebruikers is onderworpen aan apotheekwetgeving, 4. leeftijdsgrens is 18 jaar, 5. export is illegaal en 6. alle overheidsinstanties zijn verantwoordelijk voor het preventiebeleid.

**Tabel 6. Schadelijke gezondheidseffecten van ecstasy (van Amsterdam & van den Brink 2020)**

- Ecstasygebruik leidt niet tot fysieke schade. In voorkomende gevallen kan het tot ernstige hyperthermie leiden. Echter, bij juist gebruik van ecstasy (afkoeling, drinken, geen overmatige fysieke inspanning) komt hyperthermie nauwelijks voor.
  - Cognitieve schade. Er bestaat momenteel voorlopig weinig overtuigend bewijs voor (ernstige en blijvende) hersenschade; kleine tot matige en in tijd beperkte cognitieve effecten kunnen echter niet helemaal worden uitgesloten
- Het afhankelijkheidspotentieel van MDMA is bijzonder laag in vergelijking met andere drugs.
- Ecstasyafhankelijkheid is in Nederland zelden de primaire reden voor een drugsbehandeling; ongeveer 100 gevallen per jaar (NDM 2019).
  - Ecstasygebruik leidt niet tot een langdurige lichamelijke afhankelijkheid, hoewel er na ontwenning van regelmatig gebruik van hogere doseringen een sombere stemming kan ontstaan en er ook enige psychische tolerantie bij zware ecstasygebruikers is gemeld.

MDMA. De aanpak van de georganiseerde criminaliteit rond de productie van en handel in MDMA heeft prioriteit boven die rond andere drugs, waarbij met de inzet van efficiëntere en slimmere opsporingsmethoden een flinke slag geslagen kan worden. Denk aan daarbij aan opsporing, mede door de Financial Intelligence Unit (FIU) en de Fiscale Inlichtingen- en Opsporingsdienst (FIOD), waarbij meer gebruikgemaakt wordt van registers van de Kamer van Koophandel, het kadaster en het bankwezen (poortwachtersfunctie). De door de Denk-Tank voorgestelde efficiëntere en snellere ontneming (al vóórdat er een veroordeling is) van crimineel geld zal de zware criminaliteit in het hart raken.

Rationeel gezien zou men ook de conclusie moeten trekken dat we ecstasy op een soortgelijke manier moeten reguleren als cannabis. Dit impliceert ook dat MDMA verhuist van lijst I naar lijst II van de Opiumwet. Daarmee verdwijnen twee inconsistenties van het Nederlandse drugsbeleid. De ene inconsistentie is dat ecstasy en cannabis ongelijk worden behandeld, hoewel ze weinig verschillen in schadelijkheid. De tweede inconsistentie is dat het ecstasyverbod de consument criminaliseert, hoewel het gebruik geen directe schade bij anderen berokkent en ook weinig risico inhoudt voor de eigen gezondheid.

### Betekenis voor de psychiatrie

Net als andere medici worden ook psychiaters regelmatig geconfronteerd met patiënten die (naast andere middelen) ecstasy gebruiken. Regulering van het gebruik zal het voor zowel de psychiater als de patiënt gemakkelijker maken om over de redenen, de gunstige effecten en de eventuele negatieve effecten van het gebruik te praten omdat er minder sprake zal zijn van criminalisering en stigmatisering. Regulering van het gebruik en verplaatsing van MDMA naar lijst II van de Opiumwet betekenen ook dat toekomstig gebruik van MDMA bij de behandeling van patiënten niet gehinderd wordt door nodeloze stigmatisering (van den Brink e.a. 2020). MDMA heeft empathogene eigenschappen en leidt tot prosociale gevoelens (Bedi e.a. 2010), wat therapeutische mogelijkheden biedt bij de behandeling van psychische stoornissen. Ecstasy lijkt bijvoorbeeld effectief bij de behandeling van posttraumatische stressstoornis (PTSS)

(Mithoefer e.a. 2018; Ot'Alora e.a. 2018; Sessa e.a. 2019). Ook heeft het mogelijk gunstige effecten bij de behandeling van sociale angst bij autisme (Danforth e.a. 2018), alcoholafhankelijkheid (Sessa 2018) en existentiële angst bij patiënten met een terminale aandoening (Schimmel e.a. 2020).

Klinische studies met lijst I-drugs zijn echter bijzonder duur vanwege hoge veiligheidseisen die daarvoor gesteld worden en de lange bureaucratische goedkeuringstrajecten. Aan lijst I-drugs worden bijvoorbeeld strenge en kostbare eisen gesteld voor de opslag en bereiding van klinische doseringen (Nutt e.a. 2013). Verplaatsing van MDMA van lijst I naar lijst II zal het onderzoek naar de therapeutische meerwaarde van ecstasy bevorderen, omdat de regels minder streng zijn.

Ten slotte wordt door de betere voorlichting over het gebruik van ecstasy, zoals aanbevolen door de Denk-Tank, de gezondheid van kwetsbare gebruikers, onder wie psychiatrische patiënten, beter beschermd.

### NOOT

1 Dit is een ingekorte en bewerkte versie van een eerdere publicatie in *J Psychopharmacol* (2021; doi: 10.1177/0269881120981380): van Amsterdam J, Peters G-JY, Breeksema J, Pennings E, Blickman T, Hollemans K, Ramaekers JG, Maris C, van Bakkum F, Nabben T, Scholten W, Reitsma T, Noijen J, Koning R, van den Brink W. Developing a new national MDMA-policy using multi-criteria decision analysis (MD-MCDA). Afgedrukt met toestemming.

### LITERATUUR

- Bedi G, Hyman D, de Wit H. Is ecstasy an 'empathogen'? Effects of  $\pm$ 3,4-methylenedioxymethamphetamine on prosocial feelings and identification of emotional states in others. *Biol Psychiatry* 2010; 68: 1134-40.
- Blom T. Drugs in het recht, recht onder druk. Deventer: Gouda Quint; 1998.
- Blom T. Drugsbeleid tussen volksgezondheid en strafrecht. *Tijdschr Criminol* 2006; 48: 180-90.
- Commissie Knottnerus. Adviescommissie Experiment gesloten cannabisketen. Een experiment met een gesloten cannabisketen. Den Haag: 2018.



- Danforth AL, Grob CS, Struble C, e.a. Reduction in social anxiety after MDMA-assisted psychotherapy with autistic adults: a randomized, double-blind, placebo-controlled pilot study. *Psychopharmacol (Berl)* 2018; 235: 3137-48.
- de Kort M. Tussen patiënt en delinquent: geschiedenis van het Nederlandse drugsbeleid. Hilversum: Verloren; 1995.
- Mithoefer MC, Mithoefer AT, Feduccia AA, e.a. 3,4-methylenedioxyamfetamine (MDMA)-assisted psychotherapy for post-traumatic stress disorder in military veterans, firefighters, and police officers: a randomised, double-blind, dose-response, phase 2 clinical trial. *Lancet Psychiat* 2018; 5: 486-97.
- Nationale Drug Monitor (NDM). Jaarbericht 2018. Utrecht: Trimbos-instituut; 2019. <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/product/af1643-jaarbericht-nationale-drug-monitor-2018>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Regels voor het experiment met gecontroleerde aanvoer van cannabis aan coffeeshops. 2019. <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-2019-433.html>
- Noordanus PGA. Een pact voor de rechtsstaat. Een sterke terugdringing van drugscriminaliteit in tien jaar. (Aanjaagteam ondermijning). 2020. [www.njb.nl/media/3919/pactvdrechtsstaat.pdf](http://www.njb.nl/media/3919/pactvdrechtsstaat.pdf)
- Nutt DJ, King LA, Nichols DE. Effects of Schedule I drug laws on neuroscience research and treatment innovation. *Nat Rev Neurosci* 2013; 14: 577-85.
- Nutt DJ, King LA, Phillips LD. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *Lancet* 2010; 376: 1558-65.
- Ot'alora GM, Grigsby J, Poulter B, e.a. 3,4-Methylenedioxyamfetamine-assisted psychotherapy for treatment of chronic posttraumatic stress disorder: A randomized phase 2 controlled trial. *J Psychopharmacol* 2018; 32: 1295-307.
- Rogeberg O, Bergsvik D, Phillips LD, e.a. A new approach to formulating and appraising drug policy: A multi-criterion decision analysis applied to alcohol and cannabis regulation. *Int J Drug Policy* 2018; 56: 144-52.
- Schimmel N, Breeksema JJ, Veraart J, e.a. Psychedelica bij existentieel lijden bij patiënten met een levensbedreigende ziekte. *Tijdschr Psychiatr* 2020; 62: 659-8.
- Sessa B. Why MDMA therapy for alcohol use disorder? And why now? *Neuropharmacol* 2018; 142: 83-8.
- Sessa B, Higbed L, Nutt D. A review of 3,4-methylenedioxyamfetamine (MDMA)-assisted psychotherapy. *Frontiers Psychiat* 2019; 10: 138.
- Stuurgroep Denktank MDMA Beleid. Rapport Denktank MDMA Beleid: Ontwikkeling van een rationeel nationaal MDMA-beleid met behulp van multi-decision multi-criterion decision analyse (MD-MCDA). 2020.
- Tops P, Tromp J. De achterkant van Amsterdam. Een verkenning van drugsgelateerde criminaliteit. 2019.
- Tops P, van Valkenhoef J, van der Torre E, e.a. Waar een klein land groot in kan zijn. Nederland en synthetische drugs in de afgelopen 50 jaar. Den Haag: Boom criminologie; 2018.
- van Amsterdam J, Nutt D, Phillips L, e.a. European rating of drug harms. *J Psychopharmacol* 2015; 29: 655-60.
- Van Amsterdam J, Opperhuizen A, Koeter M, e.a. Ranking the harm of alcohol, tobacco and illicit drugs for the individual and the population. *Eur Addict Res* 2010; 16: 202-7.
- van Amsterdam J, Ramaekers JG, Nabben T, e.a. Use characteristics and harm potential of ecstasy in the Netherlands. *Drugs: Education, Prevention & Policy* 2020a.
- van Amsterdam J, van den Brink W. Recreatief ecstasygebruik in Nederland: gebruikskennmerken, gezondheidsschade en criminaliteit. *Tijdschr Psychiatr* 2020; 62: 693-701.
- van Amsterdam JGC, Pennings E, van den Brink W. Fatal and non-fatal health incidents related to recreational ecstasy use. *J Psychopharmacol* 2020b; 34: 591-9.
- van den Brink W, Schroevers RA, Vermetten E, e.a. Effectiviteit van psychedelica bij de behandeling van psychiatrische aandoeningen: inleiding. *Tijdschr Psychiatr* 2020; 62: 613-7.

---

**SUMMARY**

## The development of a rational national MDMA policy and its relevance for psychiatry.

J.G.C. van Amsterdam, T. Nabben, G.-J. Peters, F. van Bakkum, J. Noijen, W. van den Brink

**Background** MDMA (ecstasy) is a relatively safe drug and induces little dependence, but is nevertheless scheduled as a hard drug (Dutch Opium Act, List 1). Concerns about MDMA-related crime, health incidents and possible inappropriate listing of MDMA on List I have led to an ongoing debate about current Dutch ecstasy policy.

**Aim** To develop a rational MDMA policy that takes into account all aspects related to production, sale and use of MDMA.

**Method** An interdisciplinary group of 18 experts formulates a science-based MDMA policy by assessing the expected effects of 95 policy options on 25 outcomes, including health, crime, law enforcement and finance. The optimal policy model consists of the combination of the 22 policy options with the highest total score on all 25 outcomes.

**Results** The optimal policy model consisted of a form of regulated production and sale of MDMA, better quality management of ecstasy tablets and more intensive fight against MDMA-related organized crime. Such a policy would lead to a small increase in the prevalence of ecstasy use, but with less health damage, less MDMA-related crime, and less environmental damage. To increase practicality and political feasibility, the optimal model was slightly modified.

**Conclusion** The developed optimal model offers a politically and socially feasible set of policy instrument options, with which the placement of MDMA on List I can be revised, thereby reducing the damage of MDMA to users and society. For psychiatry, it means promoting therapeutic research and less nuisance from unnecessary stigmatization in the treatment of patients.