ISSN 1609-6177

2002

Jaarverslag over de stand van de drugsproblematiek in de Europese Unie en Noorwegen

E.W.D.D.
Europees Waarnemingscentrum
voor Drugs en Drugsverslaving

NL

Mededeling

Deze uitgave is eigendom van het Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving (EWDD) en is auteursrechtelijk beschermd. Het EWDD wijst elke verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van de hand voor mogelijke gevolgen die voortvloeien uit het gebruik van de gegevens uit dit document. Tenzij anders staat aangegeven, vormen deze uitgave en de aanbevelingen en opvattingen die erin vervat zijn, geen weergave van het beleid van het EWDD, noch van dat van zijn partners, enige lidstaat van de Europese Unie of enig bureau, agentschap of instelling van de Europese Unie of van de Europese Gemeenschappen.

Via Internet is veel aanvullende informatie over de Europese Unie beschikbaar.
U kunt terecht op de Europaserver op het adres http://europa.eu.int.

Dit verslag is beschikbaar in het Deens, Duits, Engels, Fins, Frans, Grieks, Italiaans, Nederlands, Noors, Portugees, Spaans en Zweeds. Alle vertalingen zijn volledig verzorgd door het Vertaalbureau voor de organen van de Europese Unie.

Bibliografische gegevens bevinden zich aan het einde van deze uitgave.

Luxemburg: Bureau voor officiële publicaties der Europese Gemeenschappen, 2002

ISBN 92-9168-132-6

© Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving, 2002

Overname is toegestaan mits de bron wordt vermeld.

Printed in Italy

E . W . D . D .
Europees Waarnemingscentrum
voor Drugs en Drugsverslaving

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23-25
P-1149-045 Lisboa
Tel. (351) 218 11 30 00
Fax (351) 218 13 17 11
E-mail: info@emcdda.org
Website: http://www.emcdda.org

Inhoudsopgave

Dankbetuigingen 4

Voorwoord 5

Overzicht 7

HOOFDSTUK 1
Drugssituatie 11
- Drugsgebruik onder de totale bevolking 11
- Problematisch drugsgebruik 14
- Vraag naar behandeling 15
- Infectieziekten ten gevolge van drugsgebruik 19
- Sterfte ten gevolge van drugsgebruik en sterftecijfers 23
- Drugsgerelateerde misdaad 26
- Drugsmarkten en beschikbaarheid 27

HOOFDSTUK 2
Maatregelen tegen drugsgebruik 31
- Drugsstrategieën op nationaal en Europees niveau 31
- Terugdringen van de vraag 34
- Terugdringen van het aanbod 39

HOOFDSTUK 3
Speciale kwesties 43
- Polydrugsgebruik 43
- Succesvolle behandeling 48
- Drugsgebruik in de gevangenis 52

Focal points van het Reitox-netwerk 60

Een interactieve versie van het jaarverslag 2002 is ook in twaalf talen via Internet beschikbaar op http://annualreport.emcdda.eu.int. Deze versie bevat verwijzingen naar gegevensbronnen, verslagen en achtergronddocumenten die gebruikt zijn bij het samenstellen van dit verslag.

Dankbetuigingen

Het EWDD wil de volgende personen en instanties bedanken voor hun bijdrage aan dit jaarverslag:

- de hoofden van de nationale Focal Points van het Reitox-netwerk en hun medewerkers;
- de instanties in de lidstaten die de ruwe gegevens voor dit verslag hebben verzameld;
- de leden van de raad van bestuur en het Wetenschappelijk Comité van het EWDD;
- het Europees Parlement, de Raad van de Europese Unie – in het bijzonder de horizontale groep drugs – en de Europese Commissie;
- de Pompidou-groep van de Raad van Europa; het Programma van de Verenigde Naties voor Internationale Drugsbestrijding (UNDCP); de Wereldgezondheidsorganisatie; Europol; Interpol; de Werelddouaneorganisatie en het Europees Centrum voor de epidemiologische controle van aids;
- het Vertaalbureau voor de organen van de Europese Unie en het Bureau voor officiële publicaties der Europese Gemeenschappen.

Voorwoord

In voorliggend *Jaarverslag 2002* laten wij zien hoe moeilijk het is het „Europese drugsprobleem" in een paar woorden samen te vatten, aangezien het een probleem met zeer uiteenlopende facetten betreft. Trends in en de mate van het gebruik van verboden middelen zijn verschillend van land tot land en van regio tot regio, net zoals de diverse aspecten en gevolgen van drugsgebruik. Wanneer alleen gekeken wordt naar landelijke gemiddelden kan dat sterk divergerende trends op regionaal of lokaal niveau maskeren. Hoewel voor sommige indicatoren nog steeds stijgingen worden genoteerd in een aantal landen of regio's lijkt het algemene beeld nu eerder te vergelijken met een stabiele „endemische" situatie met constante cijfers voor het aantal nieuwe gebruikers en ex-gebruikers. Dit in tegenstelling tot de situatie in de jaren tachtig en de eerste helft van de jaren negentig toen veel landen van de Europese Unie zich geconfronteerd zagen met extreme en epidemische stijgingen in het gebruik van drugs en de daarmee samenhangende problemen.

De gedurende lange tijd gerapporteerde toename in het gebruik van cannabis lijkt zich in een aantal landen te hebben gestabiliseerd, weliswaar op zeer uiteenlopende niveaus, terwijl de problemen in verband met cannabis en cocaïne zich lijken uit te breiden. Voor problematisch drugsgebruik hebben zeven van de vijftien landen hun schattingen naar boven afgerond, waardoor een lichte stijging van de cijfers gesuggereerd wordt maar tegelijkertijd maken de meeste landen melding van een relatief stabiele situatie. Over het algemeen lijkt de HIV-prevalentie stabiel, ook al verschillen de cijfers sterk van land tot land en zijn belangrijke stijgingen geconstateerd in sommige regio's en subgroepen spuiters. Het aantal acute drugsdoden lijkt nu een bovengrens te hebben bereikt, maar ook hiervoor bestaan divergerende trends in de verschillende landen. De prijzen van de meeste drugs lijken stabiel of zelfs te dalen.

Zelfs nu „het drugsprobleem" in de Europese Unie een algemeen erkend fenomeen lijkt te zijn geworden, is er duidelijk geen reden tot tevredenheid. In de leeftijdsgroep van 15- tot 64-jarigen zijn er in een populatie van 1 000 mensen naar schatting twee tot negen drugsgebruikers. In sommige gebieden is meer dan 25 % van de injecterende gebruikers besmet met HIV en blijft de prevalentie van hepatitis C extreem hoog (40 tot 90 %). Elk jaar zijn er 7 000 à 8 000 sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik en, wat veel zorgen baart, er worden stijgingen waargenomen in sommige landen waar voorheen sprake was van stabiele of dalende trends. De kans op overlijden is wel 20 keer groter onder opiaatgebruikers dan onder hun leeftijdgenoten die geen drugs gebruiken. Het aantal cliënten in behandeling is toegenomen maar, ook al worden de behandelfaciliteiten uitgebreid, er zijn er nog steeds niet voldoende, met name in gevangenissen. Het is daarom van het opperste belang dat de politieke inspanningen voor het bestrijden van het drugsprobleem worden voortgezet en zelfs geïntensiveerd.

Er is sprake van meer consensus over de in verband met bepaalde problemen te nemen maatregelen en er komen steeds meer bewijzen van de doelmatigheid ervan. De waarde van bijvoorbeeld laagdrempelige dienstverlening en het belang van toegang tot steriel injectiemateriaal om via bloed overdraagbare infectieziekten terug te dringen is ruimschoots erkend. De beschermende werking van onderhoudsbehandelingen met methadon op de mortaliteit en morbiditeit, de meerwaarde van vrijwillige psychosociale behandeling en de rol van substitutiebehandelingen op medisch voorschrift bij het terugdringen van de consumptie van verboden middelen, risicogedrag en misdaad zijn nu op ruime schaal erkend.

De wijdverbreide erkenning van de waarde van deze maatregelen is een factor die mogelijk bijdraagt aan de relatieve convergentie van het overheidsbeleid op het gebied van preventie en behandeling in de Europese Unie. Wij mogen niet vergeten dat deze convergentie, die voornamelijk optreedt op het gebied van de maatschappelijke dienstverlening en de gezondheidszorg, in de verschillende landen op niet-uniforme wijze plaatsvindt — het verstrekken van spuiten bijvoorbeeld is in sommige landen veel meer ontwikkeld dan in andere. De aanpak is ook niet noodzakelijkerwijs consistent binnen een land — substitutiebehandeling kan bijvoorbeeld wel wijd verbreid zijn in behandelcentra maar veel minder in gevangenissen.

Desalniettemin wordt in de politiek en wetgeving steeds vaker gesproken over het bevorderen van vergelijkbare maatregelen in de maatschappelijke dienstverlening en de gezondheidszorg. In veel landen behelzen belangrijke ontwikkelingen op het gebied van wetgeving gerichte maatregelen ten aanzien van bepaalde middelen ongeacht hun wettelijke status om het onderscheid tussen drugsgebruikers en overtreders van drugswetten te benadrukken, om straffen voor persoonlijk gebruik of het bezit van cannabis te reduceren of te schrappen en om het juridische kader voor substitutiebehandeling duidelijker te definiëren. De aandacht voor preventie heeft geleid tot verbetering van de kwaliteit van interventies

doordat landelijke normen en procedures voor kwaliteitsgarantie zijn ingevoerd.

De toegenomen consensus in de Europese Unie is duidelijk gericht op meer efficiëntie en doeltreffendheid in de strijd tegen drugsproblemen door het terugdringen van de morbiditeit, mortaliteit, het stigma van en de sociale uitsluiting onder problematische drugsgebruikers en het verstrekken van reële informatie aan niet-problematische gebruikers over mogelijke risico's. Ook spreekt hieruit een vastberaden en unaniem antwoord op de hoge prioriteit die de Europese burgers hebben toegekend aan bestrijding van het drugsprobleem. Ik heb er vertrouwen in dat dit *Jaarverslag 2002* in belangrijke mate zal bijdragen tot een solide basis voor verstandig beleid en strategische planning op nationaal, lokaal en Europees niveau.

Georges Estievenart
Directeur

Overzicht

Drugssituatie

Drugsgebruik onder de algemene bevolking

- Het gebruik van verboden middelen beperkt zich in hoofdzaak tot jongvolwassenen, met name mannen in de grote steden, hoewel het gebruik zich mogelijk enigszins uitbreidt naar kleinere steden en plattelandsgebieden.

- In de meeste landen geeft 5 tot 15 % van de jongvolwassenen aan recentelijk (gedurende de afgelopen twaalf maanden) cannabis te hebben gebruikt. Recent gebruik van amfetamine wordt door 0,5 tot 6 % gemeld; gebruik van cocaïne door 0,5 tot 3,5 % en gebruik van ecstasy door 0,5 tot 5 %.

- Voor cannabis wordt een ervaringsgraad onder Europese volwassenen gerapporteerd van 10 tot 30 %, terwijl ongeveer 1 tot 5 % heeft geëxperimenteerd met amfetaminen, cocaïne of ecstasy.

- Het gebruik van cannabis is in de jaren negentig in de meeste landen van de EU aanzienlijk toegenomen, vooral onder jongeren, hoewel er tekenen zijn dat het gebruik zich de afgelopen jaren in enkele landen stabiliseert. Het cocaïnegebruik is de afgelopen jaren in sommige landen mogelijk toegenomen, maar deze trend is minder evident.

Problematisch drugsgebruik

- In het algemeen lijken de niveaus van problematisch drugsgebruik stabiel, hoewel in sommige landen de ramingen worden bijgesteld. De wijzigingen lijken in samenhang te wijzen op een toename van het problematisch drugsgebruik sinds 1996.

- Een mogelijke toename van problematisch drugsgebruik op nationaal niveau wordt geconstateerd in België en Noorwegen (alleen gegevens over drugsspuiters beschikbaar), Duitsland, Italië, Luxemburg, Zweden en het Verenigd Koninkrijk.

- Alle ramingen van problematisch drugsgebruik variëren van twee tot negen gevallen per duizend inwoners tussen de 15 en 64 jaar.

- Ramingen voor injecterend drugsgebruik variëren over het algemeen van twee tot vijf gevallen per duizend inwoners in de leeftijd van 15 tot 64 jaar.

De vraag naar behandeling

- In alle landen wordt een toename gemeld van het aantal cliënten dat wordt behandeld.

- Opiaten blijven de voornaamste oorzaak dat cliënten in behandeling gaan, gevolgd door cannabis, cocaïne en amfetaminen. De verschillen tussen de landen zijn echter groot.

- De trend in het aantal nieuwe cliënten dat om behandeling vraagt, uitgesplitst per drug, laat zien dat het aantal heroïnegebruikers zich stabiliseert of afneemt en het aantal cannabisgebruikers in sommige landen (Duitsland, Denemarken) toeneemt. Het aantal cliënten dat wegens cocaïnegebruik om behandeling vraagt — en dat tot en met het afgelopen jaar bleef stijgen — lijkt zich nu te stabiliseren.

- De voornaamste manieren van drugsgebruik onder nieuwe cliënten zijn injecterend gebruik wat betreft heroïne (45,9 %), snuiven wat betreft cocaïne (47,1 %), en eten/drinken wat betreft stimulerende middelen (56,4 %).

- De sociale omstandigheden waarin drugsgebruikers verkeren, zijn slechter dan die voor dezelfde leeftijdscategorie onder de algemene bevolking. Het opleidingsniveau is lager en het werkloosheidspercentage is hoger.

Infectieziekten ten gevolge van drugsgebruik

- Het niveau van HIV-infecties varieert grofweg van 1 % in het Verenigd Koninkrijk tot 34 % in Spanje, maar is over het algemeen stabiel.

- Uit routinetests tijdens drugsbehandeling in de Italiaanse regio's Emilia-Romagna, Lombardije en Sardinië, in Frankrijk, in Lissabon en Porto (Portugal) en in Spanje is gebleken dat de prevalentie van HIV onder injecterende drugsgebruikers (ID's) meer dan 25 % bedraagt.

- In regio's of steden in Ierland, Italië, Nederland, Portugal en Finland is mogelijk sprake van een toename van HIV-besmetting (onder subgroepen ID's).

- De HCV-prevalentie is bijzonder hoog in alle landen en settings, met infectiepercentages tussen 40 en 90 % onder de verschillende subgroepen ID's.

Sterfte ten gevolge van drugsgebruik

- Ieder jaar worden er in de EU 7 000 tot 8 000 acute sterfgevallen gemeld ten gevolge van drugsgebruik, maar het werkelijke aantal doden ligt waarschijnlijk hoger. Bij de meeste doden als gevolg van overdoses spelen opiaten een rol, hoewel er vaak ook andere middelen worden aangetroffen.

- Er is op EU-niveau een relatief duidelijke trend waarneembaar, hoewel de ontwikkelingen per land verschillen. Het is desalniettemin verontrustend dat bepaalde EU-landen onlangs opnieuw een toename hebben gemeld na een periode van stabilisatie of afname.

- De sterfte onder gebruikers van opiaten, met name onder ID's, is tot twintigmaal zo hoog als onder de algemene bevolking in dezelfde leeftijdscategorie. Het betreft sterfgevallen ten gevolge van overdoses, infectieziekten, ongevallen, zelfdoding enzovoort.

Drugsgerelateerde misdaad

- In alle landen — met uitzondering van Noorwegen, Nederland, Italië en Spanje — gaat het bij gerapporteerde drugsdelicten nog steeds in hoofdzaak om het gebruik en/of bezit van drugs.

- Afhankelijk van gevangenissen en landen meldt 29 tot 86 % (in de meeste onderzoeken meer dan 50 %) van de gevangenen ooit verboden middelen te hebben gebruikt.

- Hoewel de meeste drugsgebruikers tijdens hun gevangenschap minder gaan gebruiken of zelfs stoppen vanwege de geringe beschikbaarheid van verboden middelen, blijven sommigen drugs gebruiken. Ook komt het voor dat gedetineerden pas in de gevangenis voor het eerst drugs gaan gebruiken.

Drugsmarkten en beschikbaarheid

- De meest in beslag genomen drug in alle lidstaten is cannabis, behalve in Portugal (heroïne). In 2000 zijn de in beslag genomen hoeveelheden in de meeste lidstaten afgenomen.

- Op EU-niveau is het aantal cannabis- en ecstasyvangsten ook in 2000 blijven stijgen, terwijl het aantal inbeslagnames van heroïne, cocaïne en amfetaminen is afgenomen.

- In 2000 werd een aanzienlijke afname gemeld in de hoeveelheid in beslag genomen cocaïne — in hoofdzaak ten gevolge van de sterke daling in landen die binnen de EU juist de grootste hoeveelheden in beslag namen (Spanje, Frankrijk en Nederland).

- De prijs van alle verboden middelen is in de EU over het algemeen stabiel of dalend, hoewel de prijs van bruine heroïne in een aantal gevallen juist bleek te zijn gestegen.

Maatregelen tegen drugsgebruik

Nationale drugsstrategieën

- De recent op gang gekomen trend om de drugsproblematiek met strategische maatregelen aan te pakken, zet zich voort. Er worden in vergelijking tot het verleden duidelijkere doelstellingen en streefcijfers vastgesteld. De voornaamste uitdaging is nu de nationale drugsstrategieën ten uitvoer te brengen en te evalueren.

- Er wordt steeds meer aandacht geschonken aan preventie en behandeling op het gebied van alcohol en tabak. De strategieën zijn veelal gericht op de middelen die verslaving veroorzaken, ongeacht hun wettelijke status.

Nationale wetgeving

- Er is een trend waarneembaar om drugsgebruikers beter te onderscheiden van andere overtreders van drugswetten, door middel van veranderingen in de wet of het beleid en/of de invoering van een meer gespecialiseerd rechterlijk systeem.

- Tegelijkertijd heeft een aantal landen ervoor gekozen om de straffen voor het persoonlijk gebruik of bezit van cannabis (maar nadrukkelijk niet van andere middelen) te verminderen of af te schaffen.

- In nieuwe wetgeving inzake drugs in het verkeer wordt gespecificeerd wie er gecontroleerd mag worden, en hoe. Dit kan verbeterde statistische gegevens opleveren, die als basis kunnen dienen voor toekomstige wetgeving op dit gebied.

- Nationale juridische kaders voor substitutiebehandeling worden momenteel opgericht of versterkt.

Terugdringen van de vraag

- In alle nationale drugsstrategieën worden prioriteiten gesteld ten aanzien van maatregelen. Preventie op scholen wordt in tien lidstaten als prioriteit beschouwd, preventie en vroegtijdige interventies gericht op jongeren in negen lidstaten en maatregelen op het gebied van het strafrechtsysteem in zeven. Acht landen achten het noodzakelijk de behandelstructuren te versterken.

- De kwaliteit van de maatregelen voor het terugdringen van de vraag wordt in sommige landen gewaarborgd door de invoering van nationale normen, accreditatieprocedures en richtsnoeren.

Preventie op scholen en in de naaste omgeving

- Alle lidstaten benadrukken het grote belang van preventie en maken melding van talloze op preventie gerichte activiteiten in uiteenlopende settings, met name op scholen. Er is echter een brede kloof tussen beleidsdoelstellingen enerzijds en de werkelijkheid en kwaliteit van de preventie anderzijds.

- De streefdoelen voor preventie op scholen variëren van het benadrukken van algemene principes die van belang zijn voor een goede gezondheid tot het ontwikkelen van sociale en persoonlijke vaardigheden en het bevorderen van de identiteits- en persoonlijkheidsontwikkeling. Bewustzijn en voorlichting staan vaak centraal, hoewel gebleken is dat deze methoden op zich niet effectief zijn.

- Er bestaan grote verschillen tussen de lidstaten wat betreft de rol van de massamedia in de preventiestrategieën. Die rol is soms geheel afwezig, maar in andere gevallen juist zeer prominent.

Preventie in recreatieve settings

- De preventie in recreatieve settings gaat uit van drie interventiestrategieën: de vervaardiging van voorlichtingsmateriaal over drugs, persoonlijke interventies in discotheken en op dansfestijnen en structurele maatregelen zoals richtsnoeren voor een veilig bezoek aan clubs en party's.

- De waarde van het testen van pillen op locatie voor intensieve, interactieve en preventieve counseling wordt overschaduwd door discussies over de farmacologische nauwkeurigheid en de juridische consequenties ervan.

Preventie van infectieziekten

- Tot de belangrijkste, door feiten gestaafde maatregelen om infectieziekten onder drugsgebruikers te voorkomen behoren immunisatie tegen hepatitis, drugsbehandeling (met name het voorschrijven van substitutiedrugs), straathoekwerk vanuit de gemeenschap, toegang tot steriel injectiemateriaal en informatie en training in verband met een veiliger gebruik.

- De toegang tot steriel injectiemateriaal is van groot belang voor het minimaliseren van HIV en andere virusinfecties die via het bloed worden overgedragen. Hoewel er in toenemende mate gebruik wordt gemaakt van omruilprogramma's voor naalden, bestaan er tussen en in de lidstaten grote verschillen in dekking van de doelpopulatie.

- De mate van immunisatie tegen hepatitis onder drugsgebruikers is zeer gering. In enkele landen wordt systematisch gewerkt aan een meer toegankelijk vaccinatieprogramma.

Preventie van sterfte ten gevolge van drugsgebruik

- Een aanzien deel van de sterfgevallen ten gevolge van overdoses had voorkomen kunnen worden.

- Methadonprogramma's hebben een aanzienlijk preventief effect ten aanzien van het aantal sterfgevallen als gevolg van een opiatenoverdosis.

- In sommige landen wordt melding gemaakt van een innovatieve aanpak van de preventie en het management van overdoses, zoals het trainen van drugsgebruikers om zichzelf tegen overdoses te beschermen en om beter te reageren op overdoses waarvan zij getuigen zijn, alsmede training in de toediening van naloxon, primaire reanimatietechnieken en de ontwikkeling van specifiek voorlichtingsmateriaal gericht op preventie.

Beschikbaarheid van behandelingsfaciliteiten

- De afgelopen vijf jaar is de beschikbaarheid van behandelingsfaciliteiten in de EU en Noorwegen aan-

zienlijk verbeterd. Behandelingen met behulp van medicatie lijken meer opgang te hebben gemaakt dan drugsvrije behandelingen.

- Uit de evaluatie van drugsvrije behandelingsinterventies is gebleken dat die effectief zijn. De resultaten lopen uiteen, maar over het algemeen worden drugsvrije behandelingsmethoden door 30 tot 50 % van de cliënten die eraan beginnen, met succes afgesloten.

- De behandeling met behulp van medicatie op basis van methadon of buprenorfine is effectief gebleken in het terugdringen van het gebruik van verboden drugs, risicovol gedrag en criminaliteit. Bepaalde minimumdoseringen zijn noodzakelijk om een positief resultaat te verkrijgen. Begeleidende psychosociale interventies dragen bij aan het succes van de behandeling, maar zijn nog niet voldoende ontwikkeld.

Maatregelen in het strafrechtsysteem

- De gerechtelijke instanties in EU-landen beschikken over uiteenlopende maatregelen, in verschillende fasen binnen het strafrechtsysteem, om drugsgebruikers die een strafbaar feit hebben begaan een behandeling op te leggen.

- De meeste EU-landen hebben programma's voor het behandelen van gevangenen door middel van onthouding, en/of drugsvrije afdelingen in gevangenissen. Het aantal beschikbare plekken is echter gering in verhouding tot het geschatte aantal gevangenen met drugsproblemen.

- In gevangenissen in bijna alle EU-landen en in Noorwegen zijn inmiddels substitutiebehandelingen mogelijk. Desalniettemin volgen gevangenissen vaak een detoxificatiebeleid, zelfs in landen waar een groot percentage van de probleemgebruikers buiten de gevangenissen een substitutiebehandeling ondergaat.

- Er zijn aanwijzingen dat er behoefte bestaat aan een gefaseerde zorgregeling/continue behandeling teneinde het recidivisme onder delinquente drugsgebruikers terug te dringen.

- De inspanningen ten behoeve van de documentatie en evaluatie van andere maatregelen in het strafrechtsysteem nemen toe, maar hebben (vooralsnog) niet veel wetenschappelijk bewijsmateriaal opgeleverd.

Terugdringen van het aanbod

- De bestrijding van de georganiseerde drugshandel is een van de prioriteiten van de lidstaten. In dit kader wordt gewerkt aan verbetering van de databasesystemen en technieken voor misdaadanalyse, alsmede aan uitbouw van de internationale samenwerking.

- Een belangrijk onderdeel van de toegenomen internationale samenwerking is gericht op de bestrijding van de sluikhandel in chemische producten en precursoren. Er zijn aanvullende middelen nodig om een adequaat controleniveau te kunnen waarborgen.

- De samenwerking tussen internationale douaneinstanties en de activiteiten van de Financiële Actiegroep van de OESO (FATF — Financial Action Task Force) spelen een zeer grote rol bij maatregelen tegen het witwassen van geld.

Drugssituatie

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de situatie met betrekking tot de vraag naar en het aanbod van drugs en worden recente ontwikkelingen en nieuwe tendensen beschreven.

Drugsgebruik onder de totale bevolking [1]

Via bevolkingsonderzoeken worden schattingen verkregen van het percentage van de bevolking dat gedurende bepaalde perioden drugs heeft gebruikt. Daarnaast leveren deze onderzoeken ook informatie op over het gedrag en de kenmerken van de ondervraagden. Voor verboden middelen worden meestal de volgende graadmeters gebruikt:

- het percentage volwassenen dat ooit in zijn leven drugs heeft gebruikt („ooit"-gebruik), vaak ook de „ervaringsgraad" genoemd;
- het percentage volwassenen dat gedurende het afgelopen jaar drugs heeft gebruikt („laatste 12 maanden"-gebruik), vaak ook „recent gebruik van drugs" genoemd; en
- het percentage volwassenen dat gedurende de afgelopen maand drugs heeft gebruikt („laatste maand"-gebruik), vaak ook „actueel gebruik van drugs" genoemd.

De ervaringsgraad levert altijd de hoogste percentages op en wordt op grote schaal gebruikt in verslagen en bij de evaluatie van de drugssituatie van een land. De ervaringsgraad geeft echter geen goed beeld van de huidige situatie omdat dit percentage iedereen omvat die ooit drugs heeft gebruikt, ook al was dat maar één keer of een paar keer heel lang geleden.

Het recent gebruik levert weliswaar lagere resultaten op, maar geeft wel een beter beeld van de huidige situatie. Via de combinatie van ervaringsgraad en recent gebruik kan basisinformatie verkregen worden over de patronen in drugsgebruik (bv. percentages over voortzetting van het drugsgebruik). Het actueel gebruik kan enige indicatie geven over het regelmatig drugsgebruik, maar over de hele populatie bekeken, zijn de percentages over het algemeen nogal laag.

In veel enquêtes worden zowel de leeftijd onderzocht waarop het drugsgebruik is begonnen als de frequentie van het gebruik. Hierdoor kunnen schattingen van de incidentie van het drugsgebruik en van de gebruikspatronen gemaakt worden. Andere individuele variabelen (sociaal-demografische variabelen, opvattingen en risicopercepties, leefpatronen, gezondheidsproblemen en dergelijke) leveren een bijdrage aan het vaststellen van correlaties tussen drugsgebruik en andere individuele factoren.

De prevalentieschattingen kunnen aanzienlijk beïnvloed worden door de gebruikte leeftijdscategorieën waarop de verslagen gebaseerd zijn. Vergelijkingen zouden op dezelfde leeftijdsgroepen gebaseerd moeten zijn. Het EWDD beveelt voor de totale volwassen populatie een leeftijdsbereik van 15 tot 64 jaar aan; voor jongvolwassenen wordt een leeftijdsbereik van 15 tot 34 jaar gehanteerd. Er bestaan hierin echter nog steeds kleine verschillen per land met betrekking tot de gerapporteerde gegevens.

Patronen in drugsgebruik

Ondanks de methodologische beperkingen kunnen er voor de lidstaten van de EU toch een aantal basale gemeenschappelijke en uiteenlopende patronen worden vastgesteld.

[1] De methoden om het drugsgebruik onder de algemene bevolking te schatten worden nader uitgelegd op http://annualreport.emcdda.eu.int.

Cannabis is het meest gebruikte verboden middel in alle EU-landen. De ervaringsgraad ligt veel hoger dan het recent of actueel gebruik en dat wijst erop dat het gebruik ervan slechts incidenteel is of dat er na verloop van tijd mee gestopt wordt. Er is een kleine groep gebruikers die dagelijks cannabis gebruikt en de aandacht dient met name naar deze groep uit te gaan.

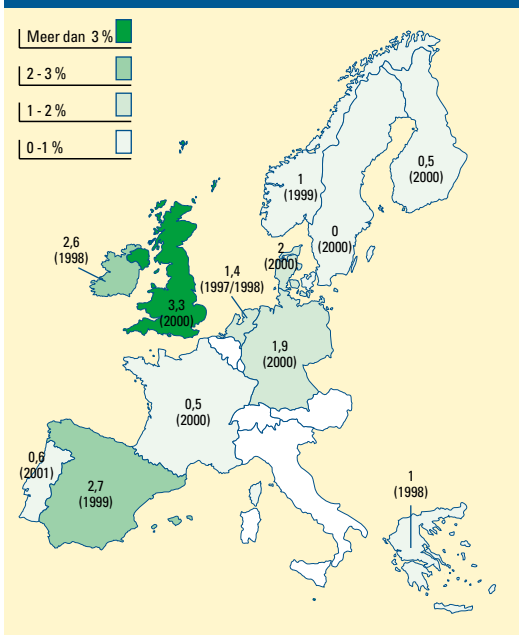
Andere middelen dan cannabis worden door veel kleinere delen van de bevolking gebruikt, hoewel er aanzienlijke verschillen tussen landen bestaan. Ook in dit geval is de ervaringsgraad duidelijk hoger dan het recent gebruik [2] [3].

Het gebruik van verboden middelen is geconcentreerd onder jongvolwassenen, met een prevalentiepercentage dat ongeveer twee keer zo hoog is als dat van alle volwassenen. Van degenen die ooit drugs hebben geprobeerd, vormen de mannen in alle landen en in alle leeftijdsgroepen de meerderheid. Naarmate de leeftijdscategorieën jonger zijn, wordt dit verschil echter kleiner [4]. Drugsgebruik komt vaker in stedelijke gebieden voor, hoewel er sprake zou kunnen zijn van een zekere mate van verbreiding van het drugsgebruik naar kleinere steden en plattelandsgebieden.

Het „ooit"-gebruik van cannabis varieert van 10 % (Finland) tot 25-30 % (Denemarken en het Verenigd Koninkrijk) voor de totale volwassen populatie. Een aanzienlijk aantal landen meldt een ervaringsgraad van circa 20 % (België, Frankrijk, Duitsland, Ierland, Nederland en Spanje). Van de populatie heeft 1 tot 6 % amfetaminen geprobeerd (in het Verenigd Koninkrijk 11 %). Voor zowel cocaïne als ecstasy varieert dat percentage van ongeveer 0,5 tot 4,5 %. Over het algemeen is heroïne door minder dan 1 % van de bevolking geprobeerd, hoewel dat percentage voor sommige jonge mannen in bepaalde landen oploopt tot 2-3 %. Wat vergelijkingsmateriaal buiten Europa betreft, rapporteert de Amerikaanse enquête onder gezinnen (2000) een ervaringsgraad onder volwassenen (12 jaar en ouder) van 34 % voor cannabis en van 11 % voor cocaïne [5].

Bij 1 tot 10 % van alle volwassenen is sprake van een recent gebruik van cannabis, hoewel de meeste landen die over informatie beschikken, gebruiksniveaus van tussen de 5 en 10 % melden. In het algemeen is het recent gebruik van amfetaminen, cocaïne en ecstasy voor volwassenen lager dan 1 %, hoewel dat percentage voor die drie middelen in Ierland en het Verenigd Koninkrijk iets hoger ligt. Datzelfde geldt voor het gebruik van amfetaminen in Denemarken en Noorwegen en voor cocaïne in Spanje. Uit de Amerikaanse enquête onder gezinnen blijkt dat 8,3 % van de volwassenen (12 jaar en ouder) recent (de twaalf maanden voorafgaand aan het onderzoek) cannabis heeft gebruikt en 1,5 % cocaïne.

Figuur 1 **Recent gebruik (laatste 12 maanden) van cocaïne onder jongvolwassenen. Cijfers gebaseerd op landelijke enquêtes onder de bevolking**



NB: Gegevens zijn afkomstig van de meest recente landelijke enquêtes in elk land. Het EWDD hanteert voor jongvolwassenen een leeftijdsbereik van 15-34 jaar (Denemarken en het Verenigd Koninkrijk: vanaf 16 jaar; Duitsland en Ierland: vanaf 18 jaar). Verschillen in leeftijdscategorieën kunnen in geringe mate verantwoordelijk zijn voor een aantal verschillen tussen de landen. Voor sommige landen zijn de gegevens op nationaal niveau opnieuw berekend zodat ze zo veel mogelijk overeenkomen met de standaardleeftijdscategorie die het EWDD hanteert.

Bronnen: Nationale Reitox-verslagen 2001, gebaseerd op wetenschappelijke onderzoeksverslagen of artikelen. Zie ook de epidemiologische standaardtabel „„Laatste 12 maanden"-prevalentie van drugsgebruik volgens recente landelijke enquêtes onder de totale bevolking in een aantal EU-landen", op http://annualreport.emcdda.eu.int.

(2) Figuur 1 OL — Patronen in drugsgebruik onder de totale bevolking. Cannabisgebruik als voorbeeld: ervaringsgraad („ooit"-gebruik) versus actueel gebruik (laatste maand) in Nederlandse landelijke enquête 1997 (on-lineversie).

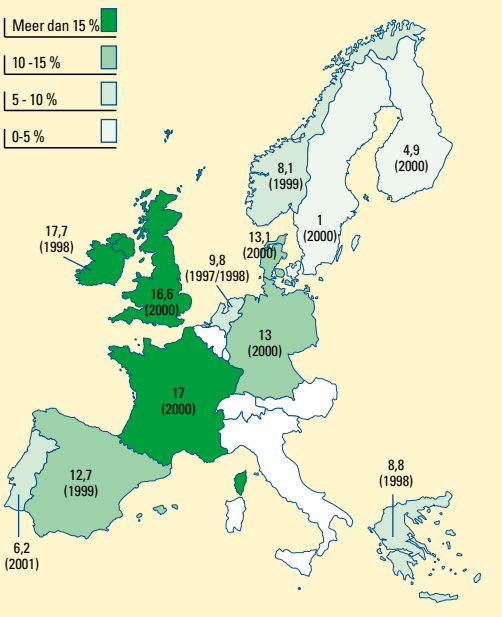
(3) Figuur 2 OL — Percentage blijvende gebruikers voor sommige middelen in recente Europese bevolkingsonderzoeken, uitgevoerd onder de totale volwassen bevolking (on-lineversie).

(4) Figuur 3 OL — Drugsgebruik: verschillen tussen mannen en vrouwen (recent gebruik, laatste 12 maanden). Cijfers gebaseerd op bevolkingsonderzoeken in Europese landen (on-lineversie).

(5) *Bron:* SAMHSA, Office of Applied Studies, National Household Survey on Drug Abuse, 1999 en 2000 (http://www.samhsa.gov/oas/oas.html). Opgemerkt dient te worden dat de onderzochte leeftijdscategorie (12 jaar en ouder) ruimer is dan de leeftijdscategorie die het EWDD voor de EU-enquêtes hanteert (15-64 jaar).

Figuur 2

Recent gebruik (laatste 12 maanden) van cannabis onder jongvolwassenen. Cijfers gebaseerd op landelijke enquêtes onder de bevolking



NB: Gegevens zijn afkomstig van de meest recente landelijke enquêtes in elk land. Het EWDD hanteert voor jongvolwassenen een leeftijdsbereik van 15-34 jaar (Denemarken en het Verenigd Koninkrijk: vanaf 16 jaar; Duitsland en Ierland: vanaf 18 jaar). Verschillen in leeftijdscategorieën kunnen in geringe mate verantwoordelijk zijn voor een aantal verschillen tussen de landen. Voor sommige landen zijn de gegevens op nationaal niveau opnieuw berekend zodat ze zo veel mogelijk overeenkomen met de standaardleeftijdscategorie die het EWDD hanteert.

Bronnen: Nationale Reitox-verslagen 2001 gebaseerd op wetenschappelijke onderzoeksverslagen en artikelen. Zie ook de epidemiologische standaardtabel „„Laatste 12 maanden"-prevalentie van drugsgebruik volgens recente landelijke enquêtes onder de totale bevolking in een aantal EU-landen", op http://annualreport.emcdda.eu.int.

Jongvolwassenen geven duidelijk hogere percentages van recent drugsgebruik aan. In de meeste landen is onder jongvolwassenen sprake van recent cannabisgebruik van 5 tot 18 % (in Zweden 1 tot 2 %). Het percentage voor amfetaminegebruik bedroeg 0,5 tot 6 %, voor cocaïnegebruik was dat 0,5 tot 3,5 % en voor ecstasygebruik 0,5 tot 5 % ([6]).

Naast de feitelijke verschillen in drugsgebruik kunnen ook een aantal andere factoren bijdragen aan de verschillen tussen de nationale gegevens. Het totale landelijke beeld kan deels beïnvloed zijn door generatieverschillen, inclusief het naar elkaar toegroeien van de leefpatronen van mannen en vrouwen. Ook het aandeel van de stedelijke bevolking in elk land kan een gedeeltelijke verklaring vormen voor sommige nationale gegevens. Bij een vergelijkende analyse en het opstellen en evalueren van beleidsmaatregelen dient onder andere ook rekening gehouden te worden met de exacte leeftijdsdefinities, sekse en urbanisatie ([7]) ([8]).

Trends in drugsgebruik onder de algemene bevolking

Als gevolg van de beperkingen die aan de informatiebronnen kleven (weinig consistente opeenvolgende onderzoeksseries) en de verschillen in de nationale sociale/culturele context is het moeilijk om eenduidige trends vast te stellen voor de gehele EU. Bij het analyseren van trends dient de ervaringsgraad met terughoudendheid gebruikt te worden omdat dit een accumulatieve graadmeter is die gedurende lange tijd niet zal afnemen, zelfs als het recente drugsgebruik minder wordt.

Uit zowel nationale en lokale bevolkingsenquêtes als uit leger- en schoolenquêtes blijkt dat het cannabisgebruik in de jaren negentig in alle EU-landen aanmerkelijk is toegenomen, met name onder jonge mensen. Tegelijkertijd lijkt er sprake te zijn van enige mate van convergentie in het cannabisgebruik in landen, waarbij een significant aantal landen een ervaringsgraad van 20 tot 25 % rapporteert en een recent gebruik van 5 tot 10 %.

In meer recente jaren lijkt het cannabisgebruik onder jonge mensen, militairen en scholieren stabiel te zijn en in sommige landen (Ierland, Nederland, Finland en Noorwegen) zelfs verder af te nemen. In andere landen is er echter nog steeds sprake van een stijging.

De Europese trends voor andere middelen (bv. cocaïne, ecstasy en amfetaminen) zijn moeilijker vast te stellen. Dit onderstreept de noodzaak van consistente, opeenvolgende onderzoeksseries met een adequate populatieomvang.

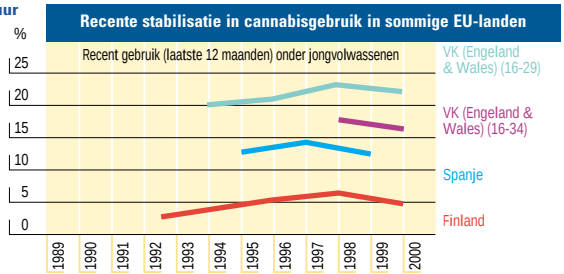
Er bestaat in samenhang met de toegenomen cocaïneproblemen in sommige landen een groeiende bezorgdheid over de mogelijke toename van het cocaïnegebruik in de EU. De toename van recent cocaïnegebruik onder jonge mensen in het Verenigd Koninkrijk (VK) lijkt constant te zijn en dat geldt mogelijk in mindere mate ook voor Denemarken, Duitsland en Griekenland. In Spanje, Frankrijk en Finland zijn er geen aanwijzingen voor een stijging onder jongvolwassenen, hoewel de percentages in Spanje relatief hoog zijn en er een consistente toename onder studenten is waargenomen (figuur 3).

([6]) Figuur 4 OL — Recent gebruik (laatste 12 maanden) van amfetaminen, ecstasy en cocaïne onder jongvolwassenen in Europese landen. Cijfers gebaseerd op landelijke enquêtes onder de bevolking (on-lineversie).

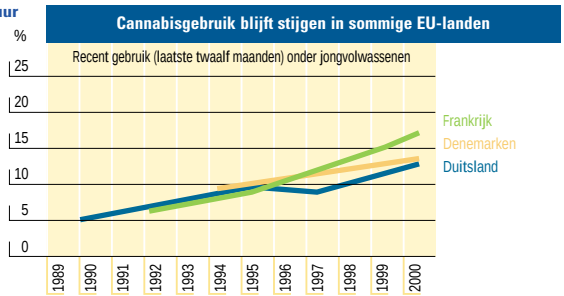
([7]) Figuur 5 OL — Interpretatie van de verschillende cijfers met betrekking tot drugsgebruik in verschillende landen — Denemarken en Frankrijk als voorbeeld (on-lineversie).

([8]) Figuur 6 OL — Recent cannabisgebruik en cocaïnegebruik (laatste 12 maanden) per leeftijdsgroep in Europese landen. Cijfers gebaseerd op landelijke enquêtes onder de bevolking (on-lineversie).

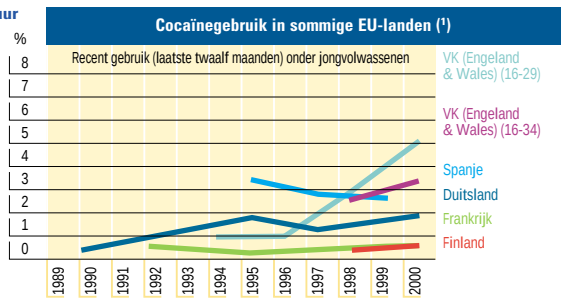
Figuur 3 A



Figuur 3 B



Figuur 3 C



NB: Gegevens zijn afkomstig van de meest recente landelijke enquêtes in elk land. Het EWDD hanteert voor jongvolwassenen een leeftijdsbereik van 15-34 jaar (Denemarken en VK: vanaf 16 jaar; Duitsland en Ierland: vanaf 18 jaar, Frankrijk: 1992: 25-34 jaar en 1995: 18-39 jaar).

(1) Hoewel de gegevens niet in de grafiek zijn afgebeeld, lijken de gegevens van Denemarken en Griekenland enigszins op een stijging te wijzen.

Bronnen: Nationale Reitox-verslagen 2001 gebaseerd op wetenschappelijke onderzoeksverslagen en artikelen. Zie ook de epidemiologische standaardtabel „„Laatste 12 maanden"-prevalentie van drugsgebruik volgens recente landelijke enquêtes onder de totale bevolking in een aantal EU-landen", op http://annualreport.emcdda.eu.int.

Zie **http://annualreport.emcdda.eu.int** voor statistische tabellen in verband met dit gedeelte.

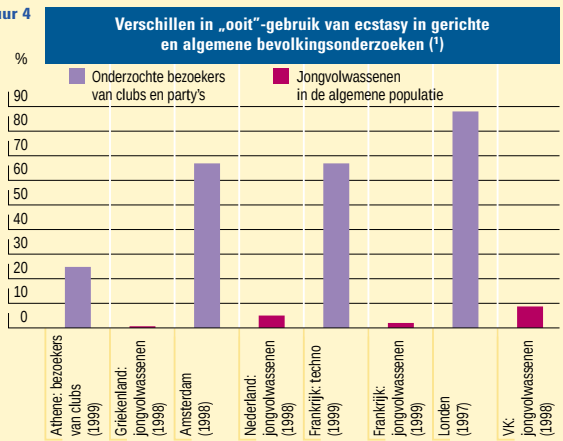
- Ervaringsgraad van drugsgebruik in recente landelijke enquêtes onder de algemene bevolking in sommige EU-landen.
- „Laatste jaar"-prevalentie van drugsgebruik in recente landelijke enquêtes onder de algemene bevolking in sommige EU-landen.
- Schoolenquêtes: ervaringsgraad onder 15- en 16-jarige scholieren.

Drugsgebruik onder jonge mensen

Slechts vijf lidstaten hebben in 2000 gegevens uit onder 15- en 16-jarige scholieren uitgevoerde enquêtes beschikbaar gesteld. In Zweden was sprake van een toename in het cannabisgebruik. In Italië werd een stijging in het gebruik van cannabis, ecstasy en cocaïne geconstateerd. De andere drie lidstaten vertoonden een stabiele of zelfs afnemende prevalentie van drugsgebruik in deze leeftijdsgroep.

In een aantal lidstaten zijn, buiten de schoolomgeving, onderzoeken gedaan naar jonge mensen ouder dan 15-16 jaar. Uit de schoolenquêtes onder verschillende leeftijdsgroepen blijkt dat het „ooit"-gebruik van drugs aanzienlijk toeneemt naarmate de leeftijd hoger wordt, ook al zijn er variaties in de mate van toename tussen de verschillende landen. Vergeleken met enquêtes onder de totale bevolking, is de gemiddelde prevalentie van het gebruik van recreatieve drugs, met name ecstasy, veel hoger onder jonge mensen die zich in het nachtleven begeven of clubs en party's bezoeken (zie figuur 4, die met de nodige terughoudendheid moet worden geïnterpreteerd, aangezien de gerichte enquêtes niet strikt vergelijkbaar zijn).

Figuur 4



(1) In gerichte enquête n = 100 tot 986.

Bronnen: Athene: Calafat, A., Bohrn, K., Juan, M., Kokkevi, A., Maalsté, N., Mendes, F., Palmer, A., Sherlock, K., Simon, J., Stocco, P., Sureda, M. P., Tossmann, P., van de Wijngaart, G. en Zavatti, P. (1999), *Night life in Europe and recreative drug use,* Irefrea & Europese Commissie, Valencia.
Amsterdam: Korf, D. J., Nabben, T., Lettink, D. en Bouma, H. (1999), „Antenne 1998. Trends in alcohol, tabak, drugs en gokken bij jonge Amsterdammers", Jellinek, Amsterdam.
Frankrijk: Medecins du Monde (1999), „Techno Rave Parties".
Londen: Release (1997), „Release drugs and dance survey: an insight into the culture", Release, Londen.

Problematisch drugsgebruik

Problematisch drugsgebruik wordt gedefinieerd als „gebruik via injectie of langdurig/regelmatig gebruik van opiaten, cocaïne en/of amfetaminen" (9).

In het algemeen lijken de niveaus van problematisch drugsgebruik stabiel. Op basis van de huidige ramingsmethoden en de kwaliteit en beschikbaarheid van de gegevens is het echter nog steeds niet mogelijk om voor de meeste landen betrouwbare trends te berekenen in het problematisch drugsgebruik.

(9) Meer informatie over de definities en gebruikte methoden om problematisch drugsgebruik te schatten op http://annualreport.emcdda.eu.int.

Sommige landen maken echter melding van wijzigingen in de ramingen en/of andere indicatorgegevens. In het algemeen wijzen deze op stijgingen in het problematisch gebruik sinds 1996. Mogelijke toenames op nationaal niveau zijn geconstateerd in België en Noorwegen (uitsluitend gegevens over injecterende gebruikers), Duitsland, Italië, Luxemburg, Zweden en het Verenigd Koninkrijk. Een aantal andere landen maakt melding van stijgingen op een lokaal of regionaal niveau ([10]).

Alle ramingen van problematisch drugsgebruik variëren van twee tot negen gevallen per 1 000 personen in de leeftijd tussen 15 en 64 jaar (op basis van de medianen van de ramingen). Italië, Luxemburg, Portugal en het Verenigd Koninkrijk kennen de hoogste prevalentie met tussen de zes en negen problematische drugsgebruikers per 1 000 inwoners tussen 15 en 64 jaar. De laagste prevalentie wordt in Oostenrijk, Duitsland en Nederland aangetroffen met ongeveer drie problematische drugsgebruikers per 1 000 inwoners in dezelfde leeftijdscategorie. Voor België, Griekenland en Noorwegen zijn geen gegevens beschikbaar (zie figuur 5).

Door een meerderheid van de problematische drugsgebruikers in Finland en Zweden wordt amfetamine gebruikt als primaire drug (in 1997 in Finland geschat op ongeveer 70 tot 80 %). Dit in tegenstelling tot andere landen, waar de problematische drugsgebruikers meestal opiaten als primaire drug gebruiken (het betreft tegelijkertijd polydrugsgebruikers).

Dit jaar zijn er ook aparte ramingen voor drugsgebruik via injectie opgenomen als subcategorie van alle problematisch drugsgebruik. Door de betere kwaliteit van de ramingen, gebaseerd op sterftecijfers en HIV-gegevens, kan deze subcategorie afzonderlijk van het overige problematische drugsgebruik worden weergegeven. Deze ramingen variëren in het algemeen van twee tot vijf gevallen per 1 000 personen in de leeftijd van 15 tot 64 jaar, maar voor zes lidstaten zijn er geen gegevens voorhanden. De raming voor Luxemburg is hoger, met ongeveer zeven gevallen per 1 000. Ramingen van drugsgebruik via injectie geven een indicatie van de risico's die een populatie loopt op ernstige gezondheidsproblemen of op sterfte ten gevolge van drugsgebruik (zie figuur 6).

Zie **http://annualreport.emcdda.eu.int** voor statistische tabellen in verband met dit gedeelte.

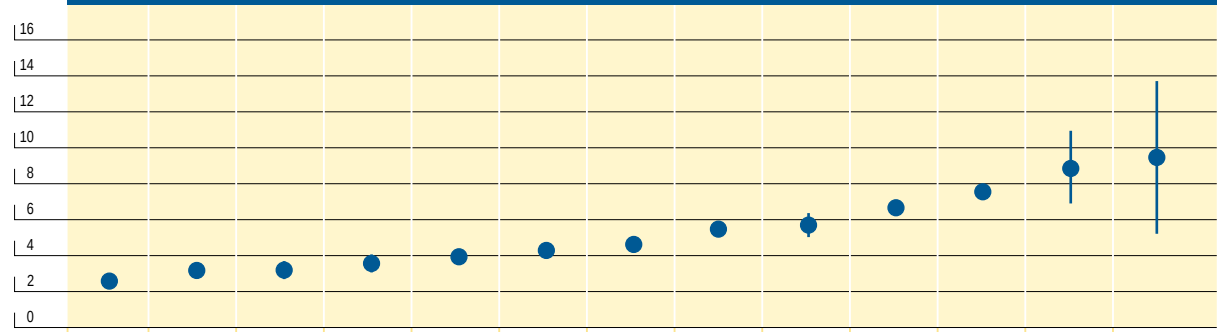
- Geschat aantal problematische drugsgebruikers in EU-lidstaten, 1995-2000
- Geschat percentage problematische drugsgebruikers in EU-lidstaten, 1995-2000 (percentage per 1 000 in leeftijdscategorie 15-64 jaar)

Vraag naar behandeling

De kenmerken van cliënten die in behandeling gaan (bv. de sociale kenmerken) en de kenmerken van het consumptiegedrag (zoals het percentage injecterende gebruikers of opiaatgebruikers) zijn potentiële indicatoren van een algemenere trend in het problematisch drugsgebruik. Zij geven ook een beeld van de opzet en werkwijze van behandelcentra in Europa. Er kunnen echter vertekeningen optreden vanwege de verschillende methoden van informatieverzameling en de uiteenlopende niveaus in het behandelaanbod tussen landen.

Figuur 5

Ramingen van problematisch drugsgebruik in verschillende EU-lidstaten (meest recente, „laatste 12 maanden"-prevalentie per 1 000 inwoners tussen de 15 en 64 jaar)



	Nederland (1998-1999)	Oostenrijk (1995)	Duitsland (2000)	Finland (1999)	Denemarken (1996)	Frankrijk (1999)	Zweden (1998)	Spanje (1999-2000)	Ierland (1996)	Verenigd Koninkrijk (1996)	Italië (2000)	Portugal (2000)	Luxemburg (1999-2000)
min.	2,4	3,0	2,7	3,1	3,6	3,9	4,0	5,5	5,0	6,4	7,5	6,7	6,2
max.	2,8	3,4	3,7	4,1	4,3	4,8	5,4	5,5	6,4	7,0	8,2	11,2	12,3
gemiddelde	2,6	3,2	3,2	3,6	4,0	4,3	4,7	5,5	5,7	6,7	7,8	9,0	9,3

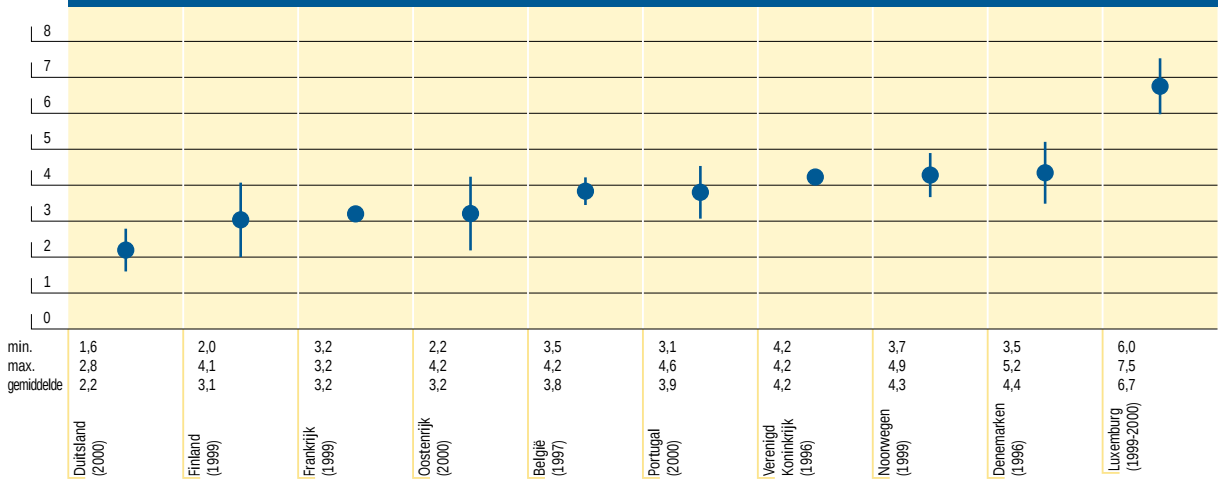
NB: De stip geeft de gecentreerde schatting aan, terwijl de lijn de statistische onzekerheid van het 95 %-betrouwbaarheidsinterval vertegenwoordigt. Naarmate deze lijn langer is, zijn de schattingen onbetrouwbaarder (niet beschikbaar voor Spanje). In de raming voor Zweden zijn ook problematische cannabisgebruikers opgenomen (naar schatting ongeveer 8 % van de steekproefpopulatie).

Bronnen: Nationale focal points via EWDD-project: „State of the art regarding national prevalence estimates of problem drug use in the EU Member States", CT.00.RTX.23, Lissabon, EWDD, 2002. Gecoördineerd door het ITF (Institut für Therapieforschung), München.

([10]) Trends en patronen per land zijn on line beschikbaar op http://annualreport.emcdda.eu.int.

Figuur 6

Schattingen van drugsgebruik via injectie in EU-lidstaten
(meest recente, „laatste 12 maanden"-prevalentie per 1 000 inwoners tussen 15 en 64 jaar)



NB: De stip geeft de gecentreerde schatting aan, terwijl de lijn de spreiding in de schattingen aangeeft of, indien beschikbaar, het 95 %-betrouwbaarheidsinterval. Naarmate deze lijn langer is, zijn de schattingen onbetrouwbaarder (niet beschikbaar voor Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk).

Bronnen: Nationale focal points via EWDD-project: „State of the art regarding national prevalence estimates of problem drug use in the EU Member States", CT.00.RTX.23, Lissabon, EWDD, 2002. Gecoördineerd door het ITF (Institut für Therapieforschung), München.

Protocol on the Treatment Demand Indicator (TDI) (indicatorprotocol voor de vraag naar behandeling)

Voor de eerste keer hebben dit jaar twaalf van de vijftien lidstaten gegevens aan het EWDD verstrekt over cliënten die in verband met hun drugsprobleem om behandeling gevraagd hebben in overeenstemming met het TDI-protocol). Het TDI-protocol [1] is een gezamenlijk initiatief van het EWDD en de Pompidou-groep en is goedgekeurd door alle vijftien lidstaten. De verzamelde informatie had onder andere betrekking op de aangeboden behandeltypen, de gebruikte middelen en sociaal-demografische gegevens van cliënten.

Bij in totaal 1 702 behandelingscentra verspreid over Europa zijn gegevens over het jaar 2000 verzameld. Deze centra hebben op basis van dezelfde informatienormen gezamenlijk over meer dan 170 444 patiënten gegevens verstrekt.

[1] Een volledig verslag over het TDI-protocol is verkrijgbaar op: http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/situation/treatment_indicator_report.pdf.

Middelen

Ondanks verschillen in behandelingsstrategie en registratiemethoden kunnen er toch zowel gemeenschappelijke als uiteenlopende trends binnen Europa worden vastgesteld.

In de verschillende landen wordt melding gemaakt van een stijging van het totale aantal mensen dat voor drugsproblemen werd behandeld in 2000. Volgens de rapporten schijnt deze ontwikkeling aan twee belangrijke factoren toe te schrijven te zijn: betere methoden voor gegevensverzameling (een groter aantal behandelde mensen wordt daadwerkelijk gerapporteerd) en uitbreiding van de behandelfaciliteiten, met name voor substitutiebehandelingen. De oprichting van instellingen voor gespecialiseerde hulpverlening voor bepaalde doelgroepen (bv. minderjarigen) zou ook van invloed kunnen zijn.

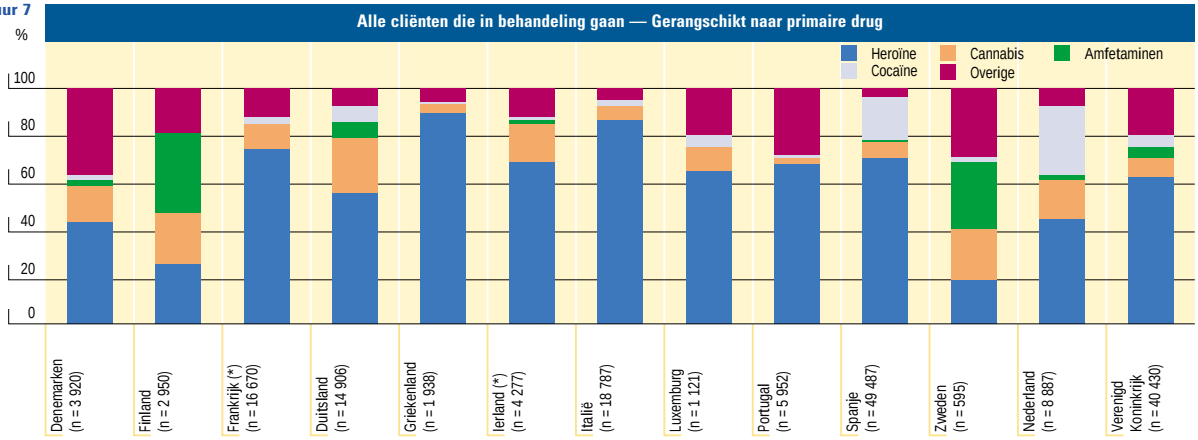
Opiaten (met name heroïne) zijn in de meeste landen nog steeds de belangrijkste oorzaak dat cliënten in behandeling gaan. Dit zou deels een gevolg zijn van het feit dat een groot deel van de hulpverlening is gericht op opiaatgebruikers. In totaal gebruikt 50 tot 70 % van de cliënten die in behandeling gaan, heroïne. De verschillen tussen de landen zijn echter groot en lopen uiteen van 86,9 % in Griekenland tot 19 % in Zweden.

Het aantal cliënten dat in behandeling gaat voor cannabis als primaire illegale drug varieert van 2,5 % in Portugal tot 24 % in Duitsland. Vaak wordt het gebruik van cannabis met andere middelen gecombineerd (zie het speciale thema over polydrugsgebruik in hoofdstuk 3).

Spanje (18 %) en Nederland (29 %) blijven de landen met de hoogste percentages cliënten die in behandeling gaan en die als primaire drug cocaïne gebruiken. In andere landen zijn die percentages lager, variërend van 6 % in Duitsland tot 0,8 % in Griekenland.

Het grootste verschil tussen landen betreft amfetaminen. In Finland gaat bijvoorbeeld 33 % van de cliënten vanwege amfetaminen in behandeling en in Zweden 29 %, terwijl dat percentage in Duitsland, het Verenigd Konink-

Figuur 7



(*) Gegevens uit 1999.
Bron: Nationale Reitox-verslagen 2001.

rijk, Denemarken en Nederland varieert van 7 tot 2 % en in andere landen zelfs 0 % bedraagt (figuur 7).

Uit de gegevens van de behandelingscentra blijkt dat polydrugsgebruik steeds vaker de aanleiding is om in behandeling te gaan.

Trends

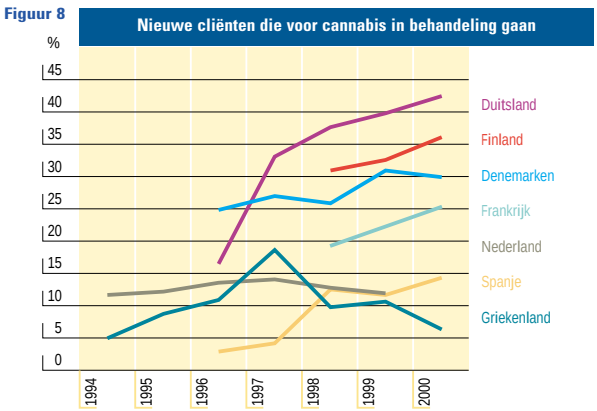
Het aantal nieuwe cliënten dat vanwege heroïnegebruik om behandeling vraagt, lijkt stabiel of daalt. Mogelijke redenen hiervoor zijn onder andere de proportionele toename van gebruikers van andere drugs, het einde van de „heroïne-epidemie" waar eind jaren tachtig/begin jaren negentig heel duidelijk sprake van was (de cliënten die in die periode met heroïnegebruik zijn begonnen, hebben meestal al om behandeling gevraagd — dat gebeurt doorgaans vijf jaar nadat het drugsgebruik is begonnen), een parallelle trend in de prevalentiegegevens, alsmede in nieuwe hulpverleningsinitiatieven die specifiek op andere gebruikersprofielen zijn gericht.

Het aantal cliënten dat wegens cannabis in behandeling gaat, neemt toe in een aantal landen. Duitsland meldt voor 2000 de grootste toename in nieuwe cannabiscliënten die om behandeling vragen, van 16,7 % in 1996 tot 42,6 % (hoewel het van belang is om daarbij aan te tekenen dat deze gegevens uitsluitend betrekking hebben op ambulante behandelcentra), gevolgd door Denemarken (van 25 % in 1996 tot 30 % in 2000). Soortgelijke trends zijn ook in andere landen waarneembaar, maar niet in dezelfde mate (figuur 8).

De toename van het aantal cannabisgebruikers wordt bevestigd door relatief constante cijfers over alle cliënten die in de verschillende landen in de loop der jaren voor behandeling zijn opgenomen. Daarnaast blijkt er sprake te zijn van een toename van het gebruik van cannabis als secundaire drug naast een andere, primaire drug, met name bij cliënten die opiaten als voornaamste middel gebruiken. Er is geen eenduidige, unieke verklaring voor deze toename die onder andere veroorzaakt zou kunnen zijn door een stijging in de prevalentie van het cannabisgebruik, een stijging in het aantal gemelde gevallen binnen het strafrechtelijk systeem en een toename van het aantal adolescenten met sociale of psychische problemen.

De geconstateerde toename van cocaïnebehandelingen in 1999 lijkt in 2000 te zijn gestabiliseerd, met name in landen die vorig jaar de sterkste stijging kenden (Nederland en Spanje). Dat neemt niet weg dat deze duidelijke trend de komende jaren nauwlettend in het oog moet worden gehouden. Gerapporteerd wordt dat de cocaïneconsumptie in de Europese landen de afgelopen jaren een groot probleem is geworden. Bovendien lijkt cocaïne een belangrijke rol te spelen als secundaire drug, vaak in combinatie met heroïne en alcohol. Desalniettemin blijkt in de meeste landen dat de personen die om behandeling vragen slechts een klein percentage van de cocaïnegebruikers vertegenwoordigen.

Figuur 8



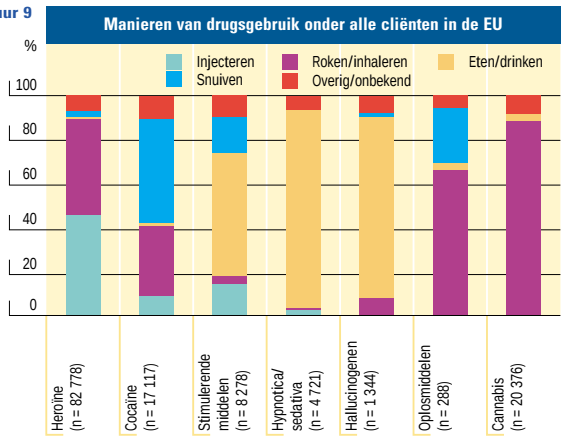
Bron: Nationale Reitox-verslagen 2001.

Manieren van drugsgebruik

De vaakst gerapporteerde primaire drugs worden voornamelijk op de drie volgende manieren gebruikt: spuiten voor heroïne (45,9 % onder de eerste behandelingen), snuiven voor cocaïne (47,1 %) en eten/drinken voor stimulerende middelen (56,4 %) (figuur 9).

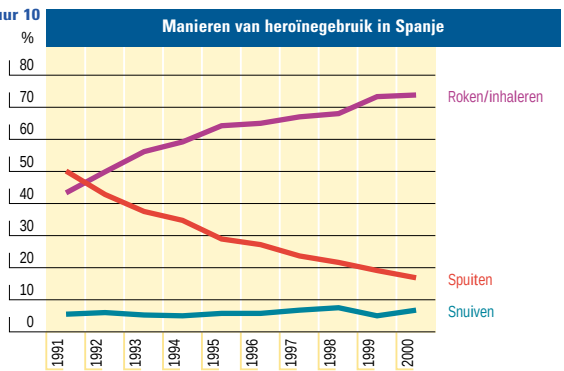
Het percentage heroïnespuiters verschilt aanzienlijk tussen landen, van 13 % in Nederland tot 73 % in Griekenland. Hoewel er over het algemeen sprake is van een afname in het spuiten van heroïne, was in sommige landen een tegenovergestelde trend waarneembaar (Finland kent bijvoorbeeld een stijging van 61,1 naar 68,7 %). Opvallend is ook de snelle afname in de periode 1991-2000 van het drugsspuitpatroon in Spanje (figuur 10). Op marktniveau kunnen drie hoofdfactoren van invloed zijn op de manier van drugsgebruik: de relatieve beschikbaarheid van rookbare heroïne (base-vorm) tegenover heroïne om te injecteren (hydrochloride), de heroïneprijs (een hogere prijs leidt tot meer spuiten) en de zuiverheid van de heroïne (een lagere zuiverheid is gerelateerd aan een hoger gebruik via injectie).

Figuur 9



NB: Geen gegevens beschikbaar voor Frankrijk, Ierland, Oostenrijk en Portugal.
Bron: Nationale Reitox-verslagen 2001. TDI voor 2000, gegevens uit ambulante verslavingszorg.

Figuur 10



Bron: Alvarez Requejo, A., „TDI in Spain: evolution of heroin admissions", presentation to a training seminar, Plan Nacional de Droga, Regional Commissioner for Drugs, Junta de Castilla y León, Valladolid.

Sociale kenmerken

De meeste cliënten die in behandeling gaan, zijn mannen van in de twintig of dertig. De gemiddelde leeftijd is 29 jaar en voor cliënten die zich voor het eerst laten behandelen 27 jaar. Ierland en Finland kennen de jongste cliënten, terwijl de oudste cliënten zich in Griekenland en Nederland bevinden ([11]). De leeftijdsverdeling binnen de algemene populatie verschilt van de leeftijdsverdeling binnen de cliëntgroep, dat wil zeggen dat de landen met de oudste (of jongste) bevolking niet automatisch ook de oudste (of jongste) cliënten in behandeling hebben. Ierland en Griekenland vormen hierop een uitzondering, aangezien de „jonge" en de „oudere" leeftijd van de cliënten in dit land ook een afspiegeling van de algemene bevolking ([12]) is. De leeftijdsverdeling van cliënten die in behandeling willen gaan, lijkt verband te houden met het soort middelen dat gebruikt wordt — over het algemeen zijn cannabisgebruikers jonger en heroïne- en cocaïnegebruikers ouder. De jongste cliënten bevinden zich bijvoorbeeld in België, waar sprake is van het hoogste percentage cannabisconsumptie. Griekenland en Nederland, met een hoog percentage heroïne- en cocaïneconsumptie, hebben de oudste cliëntpopulatie.

De sekseverdeling varieert van een man/vrouw-verhouding van 2/1 tot 6/1. De zuidelijke landen vertonen een soortgelijk patroon met een hoger percentage mannen en een aantal noordelijke landen met een lager percentage mannen. De redenen voor een dergelijke verdeling lijken het gevolg van verschillen in patronen voor drugsgebruik tussen mannen en vrouwen, maar zouden ook het gevolg kunnen zijn van een andere aanpak in de drugshulpverlening. Vrouwen doen in het algemeen minder beroep op de hulpverlening, alhoewel uit een aantal onderzoeken op basis van vergelijking van de sekseverdeling in prevalentie- en behandelgegevens blijkt dat juist een hoger percentage vrouwelijke drugsgebruikers om behandeling vraagt.

In het algemeen worden de sociale omstandigheden van cliënten die in behandeling gaan, slechter in vergelijking met de algemene populatie. Er is bijvoorbeeld sprake van werkloosheidspercentages tot 50 en 55 %, ook in landen waar dat percentage onder de algemene popula-

([11]) Figuur 7 OL — Gemiddelde leeftijd van cliënten in behandeling (on-lineversie).
([12]) Voor de analyse zijn gegevens van Eurostat (1999) als referentiepunt gebruikt.

tie in dezelfde leeftijdsgroep minder dan 5 % bedraagt, zoals in Denemarken ([13]). Het lijkt erop dat cliënten ook over lage opleidingsniveaus beschikken. Tot 13,2 % heeft de basisschool niet afgemaakt en tot 65,8 % heeft uitsluitend basisonderwijs gevolgd ([14]).

Wat nationaliteit betreft, vertonen de kenmerken overeenkomst met de structuur van de algemene populatie: cliënten zijn meestal burgers van het land waar zij de behandeling aanvragen en het percentage mensen uit andere landen (Europees of niet-Europees) komt overeen met het percentage buitenlanders in de algemene populatie ([15]).

Zie **http://annualreport.emcdda.eu.int** voor statistische tabellen in verband met dit gedeelte.

- Een aantal kenmerken van personen die in de EU voor drugsproblemen worden behandeld
- Een aantal kenmerken van personen die in de EU voor de eerste keer voor drugsproblemen worden behandeld
- Een aantal kenmerken van vrouwen die in de EU voor drugsproblemen worden behandeld
- Een aantal kenmerken van mannen die in de EU voor drugsproblemen worden behandeld

Infectieziekten ten gevolge van drugsgebruik ([16])

Prevalentie en trends in HIV en aids

Infectieziekten ten gevolge van injecterend drugsgebruik zijn van alle soorten illegale drugsgebruik verantwoordelijk voor de hoogste gezondheidszorgkosten. Dergelijke kosten kunnen voorkomen worden door informatie en schoon injectiemateriaal aan injecterende drugsgebruikers (ID's) te verstrekken en door tegen het hepatitis-B-virus te vaccineren. In combinatie met de vaak erg hoge prevalentie van infectieziekten onder ID's, behoren beleidsmaatregelen gericht op de preventie van infecties onder ID's tot de meest rendabele strategieën op het gebied van drugs.

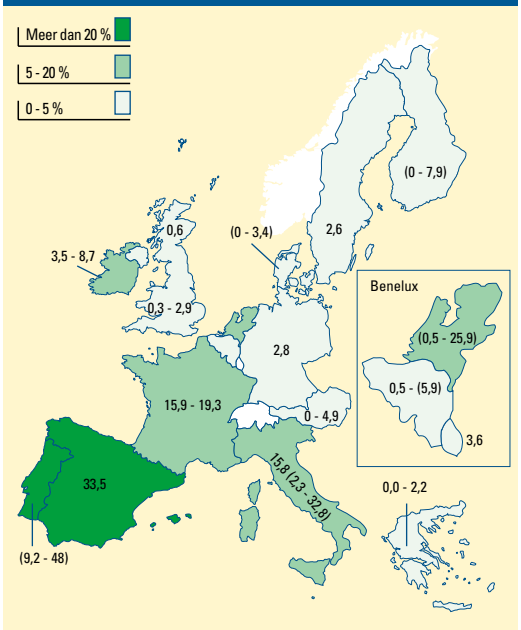
Het EWDD verzamelt pas sinds kort op systematische wijze gegevens over HIV en hepatitis B en C onder ID's. De totale prevalentie (algemeen en naar subgroepen) wordt zowel via diverse standaardsettings (drugsbehandeling, naaldenomruil, gevangenissen en dergelijke) als via speciale onderzoeken vastgesteld ([17]). Hoewel de gegevens die tot nu toe zijn verzameld, nog steeds moeilijk te vergelijken zijn, geven zij onder andere wel een algemeen beeld van verschillen tussen landen, regio's en settings. De doelstelling voor de langere termijn is een betere gegevenskwaliteit en vergelijkbaarheid via de bestaande standaardbronnen en het opzetten van goed vergelijkbare lokale Europese onderzoeken naar seroprevalentie onder ID's.

Uit de beschikbare gegevens blijkt dat er zowel tussen landen als binnen bepaalde landen grote verschillen bestaan in HIV-prevalentie onder ID's. De infectieniveaus die in de verschillende bronnen zijn gedocumenteerd, variëren weliswaar grofweg tussen ongeveer 1 % in het Verenigd Koninkrijk (enquêtes en niet-gerelateerde, anonieme screening) tot 34 % in Spanje (routinematige diagnostische tests tijdens drugsbehandeling), maar ze zijn wel over het algemeen stabiel ([18]). Het totaalbeeld is de afgelopen jaren niet veranderd (figuur 11).

In sommige regio's is er tussen 1996 en 2001 echter nog steeds een extreem hoge HIV-prevalentie geconstateerd. Hoewel dit in de meeste gevallen nog een gevolg is van oude epidemieën zijn speciale preventiemaatregelen van groot belang, bijvoorbeeld om besmetting te voorkomen van nieuwe ID's, van seksuele partners van ID's en van moeder op kind. Bij ID's die standaard werden getest tijdens een drugsbehandeling werd een prevalentie van meer dan 25 % geconstateerd in de Italiaanse regio's Emilia Romagna, Lombardije en Sardinië, in Frankrijk (ID's ouder dan 34 jaar), in Lissabon en Porto (Portugal) en in Spanje. Bij onderzoeken naar zowel ID's in behandeling als ID's in niet-behandelsettings (deze laatste groep is representatiever) is ook een prevalentie van meer dan 25 % geconstateerd in Lissabon (Portugal), Barcelona, Madrid, Sevilla (Spanje, 1995), Amsterdam (Nederland) en Dundee (Schotland, 1995).

([13]) Figuur 8 OL — Positie op de arbeidsmarkt in een aantal landen (on-lineversie).
([14]) Figuur 9 OL — Opleidingsniveau in een aantal landen (on-lineversie).
([15]) Figuur 10 OL — Percentage niet-EU-staatsburgers onder cliënten die een eerste verzoek om behandeling doen (on-lineversie).
([16]) Een uitgebreider overzicht over dit onderwerp wordt gegeven in jaarverslag 2001, hoofdstuk 3, Speciale kwesties — Besmettelijke ziekten ten gevolge van drugs. Verkrijgbaar via http://ar2001.emcdda.eu.int.
([17]) Zie http://www.emcdda.eu.int/situation/themes/infectious_diseases.shtml voor meer informatie over de methoden en richtsnoeren voor het verzamelen van gegevens.
([18]) Voor meer informatie over deze gegevens en voor de originele bronnen wordt verwezen naar de aanvullende tabellen op http://annualreport.emcdda.eu.int.

Figuur 11 **Prevalentie van HIV-infectie onder ID's in EU-lidstaten, 1996-2001**



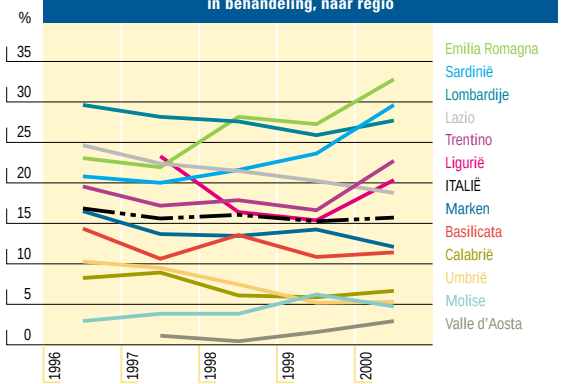
NB: Gegevens tussen haakjes zijn lokaal. Verschillen tussen landen dienen met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden vanwege verschillen in bronnen en het feit dat het in sommige gevallen lokale gegevens betreft. Een kleur voor een land geeft de mediaan van de spreiding aan in de prevalentie van de verschillende gegevensbronnen. Gegevens uit Spanje, Italië en Duitsland zijn beperkt tot HIV-prevalentie onder ID's in behandelcentra en zijn wellicht niet representatief voor de HIV-prevalentie onder ID's die niet in behandeling zijn. Het hoge cijfer voor Portugal verwijst naar een onderzoek in een zeer problematische wijk in Lissabon.

Bron: Nationale Reitox-verslagen. Zie voor primaire bronnen de overzichtstabel en de statistische tabel „Prevalentie van HIV-infectie onder ID's in de EU, 1996-2001" op http://annualreport.emcdda.eu.int.

De trends op het gebied van HIV-prevalentie zijn van belang voor de beleidsvorming en evaluatiedoeleinden. Bij stijgende trends zijn er meer maatregelen nodig en als er sprake is van een dalende trend zijn de bestaande maatregelen wellicht afdoende. In gebieden met een dalende prevalentie kunnen echter nog steeds nieuwe infecties optreden. In de afgelopen jaren zijn de HIV-besmettingen onder (subgroepen) ID's in regio's of steden in Ierland, Italië, Nederland, Portugal en Finland gestegen ([19]). Uit de Italiaanse gegevens blijkt dat een landelijk gemiddelde slechts beperkte waarde voor beleidsdoeleinden heeft en dat een uitsplitsing naar kleinere regio's of steden bijzonder belangrijk is om het succes van preventiemaatregelen te kunnen evalueren (zie figuur 12). Slechts erg weinig landen beschikken echter over nationale gegevens die naar regio uitgesplitst zijn. In 2000 is (na de sterke toename in 1998 en 1999) een afname in HIV-prevalentie geconstateerd onder ID's in behandeling in de Italiaanse regio's Lazio, Marken, Umbrië en onder deelnemers aan omruilprogramma's voor naalden in Helsinki (Finland). Om trends te kunnen volgen, worden de prevalentiegegevens aangevuld met meldingsgegevens van nieuw gediagnosticeerde gevallen. Hoewel deze voor de meest getroffen landen nog niet beschikbaar zijn en de resultaten nog erg afhankelijk van de testpatronen zijn, hebben die meldingsgegevens er wel al mede toe bijgedragen dat er een nieuwe toename van besmettingen in Finland vastgesteld kon worden (zie figuur 13).

De prevalentie onder jonge ID's kan meer informatie verschaffen over de effectiviteit van preventie, omdat deze groep doorgaans recenter besmet zal zijn dan de totale groep. In landen die over gegevens uitgesplitst naar leeftijd beschikken, blijkt de prevalentie voor ID's jonger dan 25 jaar het hoogst in Spanje (drugsbehandeling, afname van 20 % in 1996 naar 13 % in 2000),

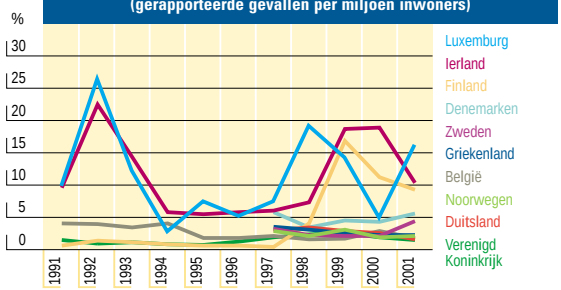
Figuur 12 **Prevalentie van HIV-infectie onder Italiaanse ID's in behandeling, naar regio**



NB: Regio's met stabiele of dalende trends zijn achterwege gelaten. Totale steekproefpopulatie 70 000 per jaar. Alle significante trends ($p < 0,01$), behalve voor Basilicata, Molise en Trentino. Zie voor nadere informatie de statistische tabel „Prevalentie van HIV-infectie (% geïnfecteerden) onder ID's in de EU, 1996-2001" op http://annualreport.emcdda.eu.int.

Bron: Rivelazione Attività nel Settore Tossicodipendenze — Anno 2000, ministero della Salute, Sistema Informativo Sanitario, Direzione Generale della Prevenzione, Ufficio Dipendenze da Farmaci e Sostanze d'Abuso e aids.

Figuur 13 **Nieuw gediagnosticeerde HIV-infecties onder ID's per land en verslagjaar (gerapporteerde gevallen per miljoen inwoners)**



NB: Griekenland en Luxemburg: retrospectieve rapportage vóór 1999. De trend in Luxemburg is niet stabiel vanwege de kleine aantallen.

Bronnen: 1991-1996, nationale focal points; 1997-2001, EuroHIV.
„Prevalentie van HIV-infectie (% geïnfecteerden) onder ID's in de EU, 1996-2001" op http://annualreport.emcdda.eu.int.

([19]) Zie voor meer informatie het kader OL „Uitbreiding HIV-besmetting onder ID's in een aantal EU-landen" (on-lineversie).

Frankrijk (daling van 6 % in 1997 naar 3 % in 1999 onder cliënten in drugsbehandeling, maar wel 8 % in 1998 onder deelnemers van omruilprogramma's voor naalden), Italië (drugsbehandeling, 8 % in 1998) en onder ID's in drugsbehandeling in Portugal: Coimbra (7 % in 1999-2000), Lissabon (6-11 % in 1998-2000), Porto (57 % in 1997).

Sommige landen beschikken over informatie over HIV-prevalentie bij nieuwe drugsspuiters. Dit is een nog betere indicator voor recente HIV-infecties (HIV-incidentie) en vormt dus ook een betere basis voor de beoordeling van de effectiviteit van preventiemaatregelen. Onder nieuwe drugsspuiters kan de incidentie per 100 „manjaren risicoblootstelling" uiteenlopen van 0 in Engeland en Wales (prevalentie 0/122, 1998), 3,9 in Vlaanderen in België (3/77, 1998-1999), 9,4 in Coimbra, Portugal (12/127, 1999-2000) tot 10 in Frankrijk (11/111, zelfgerapporteerde serostatus onder deelnemers aan omruilprogramma's voor naalden, 1998) (figuur 13).

Vanwege de betere HIV-behandelingen die tot uitstel leiden van de eerste aids-symptomen, kunnen aids-gegevens niet meer gebruikt worden om de trends in HIV-infecties te volgen. De aids-incidentie geeft echter nog steeds een indicatie van de omvang van nieuwe HIV-ziekten in de verschillende landen. In de meeste landen is de aids-incidentie sinds ongeveer 1996 gedaald als gevolg van betere behandelingen en mogelijk lagere infectieniveaus in de jaren negentig. De stijging van aids als gevolg van injecterend drugsgebruik heeft zich in Portugal eind jaren negentig doorgezet, hetgeen wijst op tekortkomingen in de HIV-behandelingen en/of een grotere HIV-besmetting onder ID's. Sinds 1997 is de stijging in Portugal gestabiliseerd, maar het land kent nog steeds de hoogste jaarlijkse aids-incidentie onder ID's in de EU ([20]).

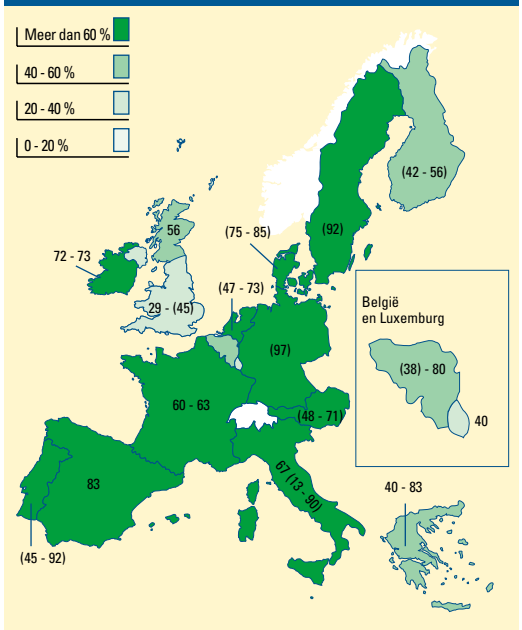
Prevalentie en trends in infecties met hepatitis C

Er zijn minder gegevens beschikbaar over de prevalentie van infecties met het hepatitis-C-virus (HCV) en de gegevens die er zijn, kennen dezelfde beperkingen als de HIV-gegevens. Het globale beeld is echter wel duidelijk — de HCV-prevalentie is in alle landen en settings bijzonder hoog, met infectiepercentages tussen 40 en 90 % onder de verschillende subgroepen ID's (zie figuur 14).

Hoewel uit alle prevalentieresultaten erg hoge infectieniveaus naar voren komen, is de variatie in prevalentie ook nog steeds groot. Wat HIV betreft, zou dit deels een gevolg kunnen zijn van de verschillende selectiemechanismen in de diverse gegevensbronnen. Vergelijkingen dienen dan ook met terughoudendheid te worden gemaakt. Een aantal landen heeft geen geactualiseerde cijfers verstrekt. In 2000 en 2001 zijn infectiepercentages van meer dan 75 % gemeld voor Antwerpen, België (80 % in drugsbehandeling en laagdrempelige hulpverlening, 2001), Noord-Griekenland (83 % in methadonprogramma's), de Italiaanse regio's Piëmont, Trentino, Friuli Venetië-Giulia, Ligurië, Emilia Romagna, Basilicata en Sardinië (drugsbehandeling), en enkele kleinere steden in Portugal in de buurt van Lissabon (drugsbehandeling) ([21]).

Voor de risico's als gevolg van injecterend drugsgebruik en voor het meten van de effectiviteit van preventieve maatregelen kunnen trends in HCV-prevalentie een veel betere indicator zijn dan trends in HIV. HCV is namelijk besmettelijker dan HIV en kan ook sneller overgedragen worden via materiaal dat bij het injecteren wordt gebruikt; niet alleen via de spuiten, maar ook via katoen, lepels en water (overigens is HCV weer minder seksueel overdraagbaar).

Figuur 14 Prevalentie van HCV-infectie onder ID's in EU-lidstaten, 1996-2001



NB: Gegevens tussen haakjes zijn lokaal. Verschillen tussen landen dienen met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden vanwege verschillen in bronnen en/of het feit dat het lokale gegevens betreft. Een kleur voor een land geeft de mediaan van de spreiding aan in de prevalentie van de verschillende gegevensbronnen. Gegevens uit Spanje, Italië en Portugal zijn beperkt tot HCV-prevalentie onder ID's in behandelcentra en zijn wellicht niet representatief voor de HCV-prevalentie onder ID's die niet in behandeling zijn. De gegevens voor het Verenigd Koninkrijk, Luxemburg en Finland zijn gebaseerd op speekseltests. De gegevens voor Frankrijk zijn gebaseerd op zelfgerapporteerde testresultaten die onbetrouwbaar kunnen zijn. De Zweedse gegevens hebben betrekking op 1994.

Bronnen: Nationale focal points. Zie voor primaire bronnen de statistische tabel „Prevalentie van hepatitis-C-infectie onder ID's in de EU, 1996-2001" op http://annualreport.emcdda.eu.int.

([20]) Figuur 11 OL — Incidentie van aids als gevolg van drugsgebruik via injectie in de lidstaten van de EU (on-lineversie).
([21]) Meer gegevens per land en regio zijn on line beschikbaar op http://annualreport.emcdda.eu.int (on-lineversie).

Een stijgende trend in de HCV-prevalentie wordt gemeld door Frankrijk (hulpdiensten voor drugs), het noorden van Griekenland (methadonprogramma's) en sommige regio's in Italië (drugsbehandeling: Piëmont, Trentino, Emilia Romagna, Marken, Basilicata en Sardinië, in overeenstemming met de toename in HIV in sommige van deze regio's). Dalingen worden gemeld door Oostenrijk (drugsbehandeling en laagdrempelige hulpverlening), Lissabon, Portugal (drugsbehandeling), Helsinki, Finland (omruilen van naalden), Londen, VK (drugsbehandeling) en een aantal andere Italiaanse regio's (Veneto, Toscane, Umbrië, Abruzzen). In verband met de beleidsvorming blijkt hieruit nogmaals hoe belangrijk het is dat de monitoring van prevalentie niet alleen op nationaal niveau plaatsvindt, maar ook per regio, stad of ander klein gebied.

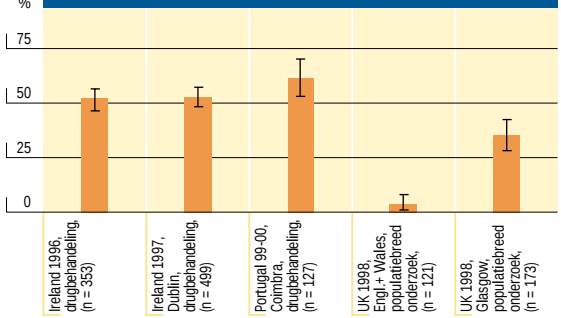
Uit de beschikbare prevalentiegegevens komen voor ID's jonger dan 25 jaar HIV-infectieniveaus naar voren van ongeveer 20 % (België, Vlaamse Gemeenschap, behandeling, 1997-1998) tot meer dan 74 % (Portugal, Coimbra, behandeling, 2000). De prevalentie onder jonge ID's in Frankrijk lijkt af te nemen (van 43 % in 1997 naar 37 % in 1999), maar de gegevens zijn gebaseerd op zelfgerapporteerde testresultaten en kunnen dus onbetrouwbaar zijn.

De meeste bronnen bevatten nog steeds geen prevalentiegegevens van HCV onder nieuwe injecterende gebruikers (injecteren minder dan twee jaar). Wanneer die gegevens wel voorhanden zijn, wijzen ze in het algemeen op niveaus van 40 % of hoger. Dit geeft aan dat het besmettingspercentage onder nieuwe drugsspuiters erg hoog is. Het kan echter niet worden uitgesloten dat de acute infecties oververtegenwoordigd zijn (wat tot een overschatting van de prevalentie leidt) in bronnen die prevalentiegegevens verstrekken op basis van standaard diagnostische tests (Coimbra, Portugal) of gebaseerd op zelfgerapporteerde testresultaten (Frankrijk). In enquêtes in Engeland en Wales die de lokale leefgemeenschap bestreken, werden percentages onder nieuwe drugsspuiters aangetroffen van slechts 2 % (buiten Londen). Dit lijkt erop te wijzen dat de incidentie van nieuwe infecties erg laag is en dat de preventiemaatregelen voor HCV in Engeland en Wales wellicht relatief effectief zijn (zie figuur 15).

Prevalentie en trends in hepatitis B

Uit de aanwezigheid van antistoffen tegen het hepatitis-B-virus (HBV) blijkt of iemand ooit besmet of gevaccineerd is. Voor het vaccinatiebeleid is dus het percentage zonder antilichamen van belang, met andere woorden de groep ID's die in aanmerking komt voor vaccinatie. Wat de prevalentie van antistoffen tegen HBV betreft, bestaan er minder overeenkomsten tussen de EU-landen

Figuur 15 HCV-prevalentie onder ID's die minder dan twee jaar injecteren



Bron: Nationale focal points. Zie voor primaire bronnen de tabel „Prevalentie van HCV-infectie onder ID's die minder dan 2 jaar injecteren, 1996-2000" op http://annualreport.emcdda.eu.int.

dan bij de prevalentie van HCV. In de EU hebben grofweg tussen de 20 en 60 % van de ID's antistoffen tegen hepatitis B, wat op een grote groep wijst die voor vaccinatie in aanmerking komt (40 tot 80 %).

Actuele hepatitis-B-infecties kunnen zowel recent als chronisch van aard zijn. Dergelijke infecties blijken uit de aanwezigheid van HbsAg (een serologische merkstof) in het bloed. De actuele infectieniveaus vormen een indicatie voor potentieel ernstige en langdurige complicaties en voor verspreiding van het virus via risicovol injectiegedrag of seksueel contact. In slechts enkele landen zijn gegevens beschikbaar over de HBV-prevalentie, maar het ziet ernaar uit dat die sterk uiteenloopt en in sommige gevallen hoog is te noemen. In het noorden van Griekenland is onder drugsspuiters die deelnemen aan methadonprogramma's vóór 1998 mogelijk sprake geweest van een zware hepatitis-B-infectie, gezien het zeer hoge besmettingsniveau in 1998 en de sterke afname tussen 1998 en 1999. De gegevens uit België over ID's die worden behandeld wijzen op een gestage toename van actuele HBV-infectie (HbsAg) tussen 1997 en 1999. Recente gegevens uit Portugal duiden op een afname van actuele HBV-infecties. Uit Noorwegen wordt een sterke toename gemeld van de actuele HBV- (en HAV-) infectie onder injecterende drugsgebruikers.

Zie **http://annualreport.emcdda.eu.int** voor gedetailleerde statistische tabellen in verband met dit gedeelte.

- Overzichtstabel „Prevalentie van HIV-infectie onder ID's in de EU, 1996-2001", 1996-2001
- Overzichtstabel „Prevalentie van hepatitis-C-infectie onder ID's in de EU, 1996-2001"
- Prevalentie van HIV-infectie onder injecterende drugsgebruikers in de EU, 1996-2001
- Prevalentie van HIV-infectie onder injecterende drugsgebruikers jonger dan 25 jaar, EU, 1996-2000
- Prevalentie van HIV-infectie onder nieuwe injecterende drugsgebruikers in de EU, 1996-2000

- Gemelde gevallen van HIV onder injecterende drugsgebruikers in de EU, 1991-2001
- Prevalentie van HCV-infectie onder injecterende drugsgebruikers in de EU, 1996-2001
- Prevalentie van HCV-infectie onder injecterende drugsgebruikers jonger dan 25 jaar, EU, 1997-2000
- Prevalentie van HCV-infectie onder nieuwe injecterende drugsgebruikers in de EU, 1996-2000
- Prevalentie van actuele hepatitis-B-infectie (HbsAg) onder injecterende drugsgebruikers in de EU, 1996-2001
- Prevalentie van HBV-antistoffen onder injecterende drugsgebruikers in de EU, 1996-2001

Sterfte ten gevolge van drugsgebruik en sterftecijfers

Het aantal „drugsdoden" speelt vaak een rol in openbare debatten, in de media en in discussies over de problemen met illegale drugs. Deze sterfgevallen zijn een bron van grote maatschappelijke zorg en kunnen van invloed zijn op het ontwikkelen en evalueren van het drugsbeleid.

Nationale statistieken over „drugsdoden" hebben meestal betrekking op acute sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik („overdoses") [22]. De definitie die gebruikt wordt in de sleutelindicator van het EWDD, heeft ook betrekking op die drugsdoden [23]. Bovendien is er sprake van een hoog algemeen sterftecijfer onder problematische drugsgebruikers (met name opiaatgebruikers), niet alleen als gevolg van overdoses, maar ook door aids, ongelukken, geweld en dergelijke.

Omvang en kenmerken van acute sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik

De omvang van acute sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik blijkt duidelijk uit de 7 000 tot 8 000 doden die elk jaar door de EU-landen worden gemeld. De meeste landen houden er rekening mee dat het aantal meldingen eigenlijk te laag is in vergelijking met het feitelijke aantal sterfgevallen, in sommige gevallen zelfs aanzienlijk lager.

Bij de meeste doden als gevolg van overdoses spelen opiaten een rol, hoewel de percentages in toxicologisch onderzoek sterk uiteenlopen, waarbij vaak ook andere middelen worden aangetroffen die een bijdrage hebben geleverd aan de fatale afloop.

De meeste slachtoffers zijn jonge mannen in de twintig of in de dertig jaar die al een aantal jaren opiaten gebruiken. Het injecteren van drugs vormt een belangrijke risicofactor; gebruikers die niet injecteren lopen een lager risico op een overdosis. Net zoals bij cliënten die in behandeling gaan, is in de meeste landen een duidelijke leeftijdstrend waarneembaar onder de slachtoffers. De uitzonderingen op deze leeftijdstrend zijn Finland en, in mindere mate, het Verenigd Koninkrijk [24] [25].

Er is voldoende informatie beschikbaar om te concluderen dat een significant percentage van de overdoses (zowel fataal als niet-fataal) voorkomen had kunnen worden. Een aantal risicofactoren voor overdoses als gevolg van opiaatgebruik zijn bekend: injecteren tegenover andere manieren van drugsgebruik, gecombineerd gebruik met andere kalmerende middelen, gebruik na een periode van onthouding (bv. na beëindiging van een gevangenisstraf of behandeling), in je eentje injecteren, en waarschijnlijk onverwachte wijzigingen in de zuiverheid. Bovendien vinden de meeste overdoses plaats in aanwezigheid van andere gebruikers en treedt de dood niet onmiddellijk in waardoor er tijd is om in te grijpen. De reacties van getuigen zijn echter vaak niet adequaat of te traag als gevolg van een gebrek aan kennis of vanwege de angst voor tussenkomst van de politie.

Voorlopig komen sterfgevallen als gevolg van vergiftiging door cocaïne, amfetamine of ecstasy zonder de aanwezigheid van opiaten in Europa niet veel voor. Sommige landen (Spanje, Frankrijk, Italië, Nederland en het Verenigd Koninkrijk) melden echter een landelijke of lokale toename van gevallen waarbij ook cocaïne is aangetroffen (meestal als aanvulling op andere middelen). Daarnaast is het mogelijk dat bij sommige sterfgevallen die verband houden met cocaïne, cardiovasculaire problemen als doodsoorzaak worden gecodeerd, waardoor deze gevallen dus niet correct geregistreerd worden.

Sterfgevallen die rechtstreeks veroorzaakt worden door ecstasy komen niet vaak voor, maar zijn wel een reden tot grote zorg omdat zij zich onverwachts onder erg jonge mensen kunnen voordoen. Bovendien zouden sommige gevallen voorkomen kunnen worden door eenvoudige maatregelen als een goede ventilatie en de

[22] Box 1 OL — Definities van „acute sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik" in EU-lidstaten, zoals gebruikt in het jaarverslag van het EWDD en gerapporteerd in de nationale verslagen (on-lineversie).
[23] Box 2 OL — Sterfte ten gevolge van drugsgebruik — EWDD-definitie (on-lineversie).
[24] Tabel 1 OL — Overzicht van kenmerken van acute sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik in de EU (on-lineversie).
[25] Figuur 12 OL — Percentage mensen ouder dan 35 jaar in verhouding tot sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik in een aantal EU-landen (on-lineversie).

beschikbaarheid van water tijdens dansfestijnen in combinatie met een goede voorlichting over de gezondheidsrisico's.

Bij een aantal sterfgevallen is methadon aangetroffen, hoewel uit sommige bronnen (bv. uit het Verenigd Koninkrijk en Duitsland) blijkt dat sterfgevallen waarbij methadon een rol speelt, waarschijnlijk eerder een gevolg zijn van illegaal gebruik dan van het gebruik van therapeutisch voorgeschreven methadon. Onderstreept moet worden – zoals aangetoond in onderzoeken – dat substitutieprogramma's het mortaliteitsrisico voor deelnemers verkleinen.

Trends in acute sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik

Uit een langetermijnperspectief van de trends in EU-landen (vijftien tot twintig jaar) blijkt een scherpe toename van het aantal sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik in de jaren tachtig en het begin van de jaren negentig. In de afgelopen jaren is het aantal acute sterfgevallen op dit hogere niveau gestabiliseerd (7 000 tot 8 000 doden per jaar in de EU als geheel), hoewel er wel verschillen in trends tussen landen bestaan (figuur 16).

Het is zorgwekkend dat in sommige EU-landen weer recente stijgingen worden gemeld na een periode van stabilisatie of afname. Andere landen, zoals Australië en de Verenigde Staten, hebben ook melding gemaakt van een toename van het aantal sterfgevallen in de afgelopen jaren ten gevolge van het gebruik van opiaten.

Deze algemene trends kunnen verklaard worden door de toename van het injecteren van heroïne in veel Europese landen in de jaren tachtig en het begin van de jaren negentig. De recente stabilisatie zou verband kunnen houden met de stabilisatie in de prevalentie van het problematisch drugsgebruik in sommige landen, de afname van risicohandelingen (injecteren) in andere landen en waarschijnlijk ook met de uitgebreidere behandelingsmogelijkheden, inclusief substitutieprogramma's.

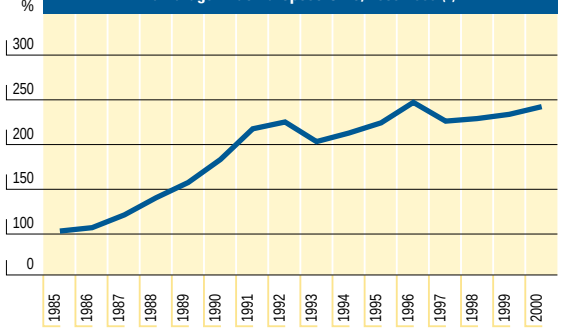
Doordat er geen aanwijzingen zijn voor een afname op EU-niveau, wordt nog eens onderstreept dat de schadelijke gezondheidseffecten ten gevolge van drugsgebruik nog lang niet zijn opgelost. Dat betekent dat het noodzakelijk is om de risicofactoren nader te onderzoeken en meer nadruk te leggen op adequate, gerichte interventies.

Het is eveneens belangrijk om te benadrukken dat er binnen de algemene EU-trend sprake is van verschillende en soms uiteenlopende nationale trends.

In sommige landen valt voor de tweede helft van de jaren negentig een neerwaartse trend te constateren (Duitsland, Spanje, Frankrijk, Italië, Luxemburg en Oostenrijk), wellicht om de hiervoor genoemde redenen. In een aantal van die landen heeft de afname of de stabilisatie zich de afgelopen jaren doorgezet (Spanje, Frankrijk en Italië). Het is echter zorgwekkend dat het aantal gerapporteerde sterfgevallen de afgelopen jaren in andere landen weer een stijgende lijn vertoont (Duitsland, Luxemburg en Oostenrijk) (figuur 17). De factoren die hierbij een rol spelen, zijn waarschijnlijk het ouder worden van de problematische drugsgebruikers en de toename van het polydrugsgebruik.

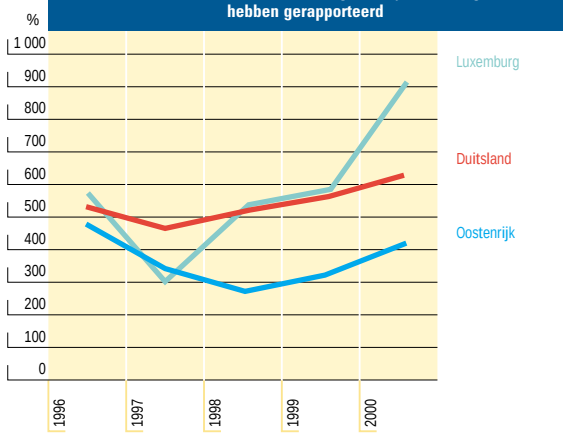
Sommige landen maken melding van een sterk stijgende trend in de tweede helft van de jaren negentig (bv. Griekenland, Ierland, Portugal en Noorwegen). In Ierland

Figuur 16 Algemene historische trend in acute sterfgevallen ten gevolge van drugs in de Europese Unie, 1985-2000 (1)



(1) Figuur 13 OL — Historische trends in acute sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik in EU-landen, 1985-2000 (on-lineversie).
NB: Index: 1985 = 100 %. Niet alle landen hebben voor alle jaren gegevens verstrekt, maar deze situatie is voor de algemene trend gecorrigeerd. EWDD-projectverslag CT.99.RTX.04, gecoördineerd door het Trimbos-instituut.
Bronnen: Nationale Reitox-verslagen 2001, gegevens ontleend aan nationale overlijdensregisters of speciale registers (forensische of politie-). Gebaseerd op nationale definities als weergegeven in box 1 OL — Definities van acute sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik.

Figuur 17 Recente toename in sterfgevallen ten gefolge van drugs in een aantal landen die in voorgaande jaren dalingen hebben gerapporteerd



NB: De cijfers worden weergegeven als proportionele veranderingen ten opzichte van 1985 (of ten opzichte van het eerste jaar dat informatie beschikbaar is). In Luxemburg begint de serie in 1986 om vertekening van de grafiek te voorkomen (die zou in 2000 de waarde van 2 700 bereiken).
Bronnen: Nationale Reitox-verslagen 2001, gegevens ontleend aan nationale overlijdensregisters of speciale registers (forensische of politie-). Gebaseerd op nationale definities als weergegeven in box 1 OL — Definities van acute sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik.

(1999) en Portugal is deze ontwikkeling inmiddels weer tot stilstand gekomen. Finland vertoont de afgelopen jaren een stijgende trend, waarbij sprake is van een toename van het aantal jonge mensen onder de sterfgevallen. Deze toenamen zouden verband kunnen houden met de latere stijging van het heroïnegebruik in deze landen, alhoewel verbeterde rapportagesystemen ook een rol gespeeld kunnen hebben in een aantal gevallen.

Het Verenigd Koninkrijk kent een gematigde, maar continu stijgende trend in het aantal sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik. De definitie van dat land omvat echter ook sterfgevallen ten gevolge van medicatie. Indien de sterfgevallen ten gevolge van heroïne/morfine onafhankelijk worden bekeken, is sprake van een duidelijkere stijgende trend.

In andere landen is het moeilijk om duidelijke trends vast te stellen of zijn de veranderingen moeilijker te interpreteren als gevolg van de wijziging in de Internationale Classificatie van Ziekten (overgang van de 9e naar de 10e uitgave) of wijzigingen in nationale definities.

Algemene sterfte onder problematische drugsgebruikers

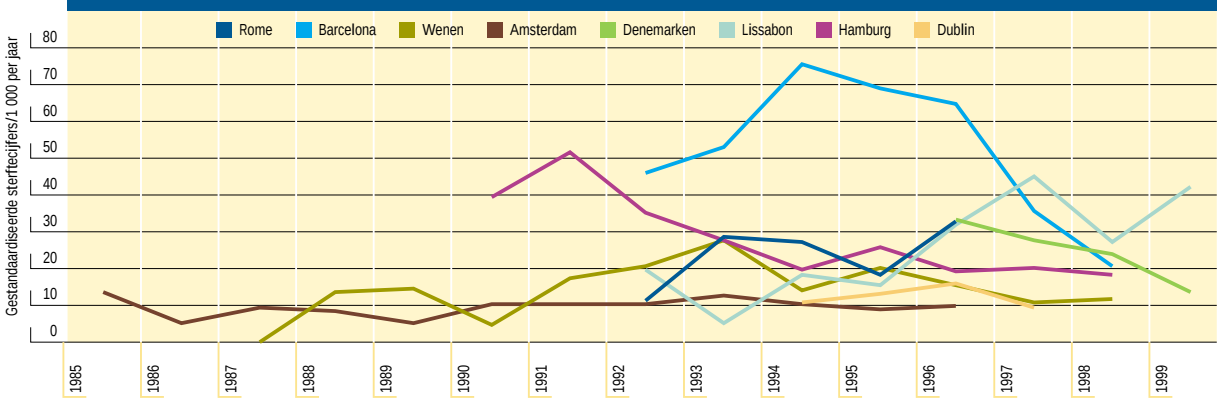
Het aandeel problematische drugsgebruikers in de volwassen populatie van de EU is minder dan 1 %, maar deze beperkte groep wordt gekenmerkt door significante gezondheids- en sociale problemen. Ook uit een aantal stedelijke onderzoeken blijkt dat een significant percentage van de sterfte van jongvolwassenen in de EU terug te voeren is op problematisch drugsgebruik (met name opiaten). In Glasgow is bijvoorbeeld een derde deel van de overleden mensen tussen de 15 en 35 jaar in het begin van de jaren negentig te herleiden tot acute sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik. In 1990 werd in Madrid een kwart van de sterfgevallen onder mannen tussen 15 en 39 jaar toegeschreven aan overdoses en aids als gevolg van drugsspuiten. Er is meer onderzoek nodig om het aantal drugsdoden in andere steden en in de afgelopen jaren te kunnen vaststellen.

Uit cohortstudies naar de sterftecijfers blijkt dat de sterfte onder problematische drugsgebruikers twintig keer hoger is dan onder de algemene populatie in dezelfde leeftijdsgroep. Deze hoge sterfte is het gevolg van overdoses, maar ook van aids en andere infectieziekten, ongelukken, zelfdodingen en dergelijke. Een belangrijk deel van de sterfte is te wijten aan externe oorzaken, met name in landen met een lage HIV-prevalentie onder drugsgebruikers, terwijl aids een significante rol speelt in landen met een hoge HIV-prevalentie. Chronische gezondheidsproblemen (cirrose als gevolg van hepatitis, kanker en dergelijke) zouden op de langere termijn een belangrijke rol kunnen spelen.

Het sterftecijfer onder drugsspuiters is twee tot vier keer hoger dan onder niet-spuiters en (tot voor kort) was het sterftecijfer onder HIV-besmette drugsgebruikers twee tot zes keer hoger dan onder niet-besmette gebruikers. Door de recente verbeteringen in de HIV-behandeling wordt dit verschil wellicht kleiner.

Het sterftecijfer van andere problematische drugsgebruikers dan de opiaatgebruikers en niet-spuiters lijkt beduidend lager, hoewel er misschien een nieuwe methodologische aanpak nodig is om het sterftecijfer onder deze gebruikers vast te stellen.

Figuur 18 Algemene sterfte onder problematische drugsgebruikers in een aantal EU-steden of landen



NB: Een rechtstreekse vergelijking tussen locatieonderzoeken kent nog steeds beperkingen. Er zijn enkele verschillen in de typologie van de deelnemende selectiesettings (de behandelcentra) en behandelmodaliteiten, hoewel de behandelsettings en modaliteiten van elke locatie over het algemeen representatief zijn voor de gangbare behandelingsmethoden. Zie tabel 2 OL — „Kenmerken van onderzochte cohorten". Diverse cohorten hebben een deel van de cliënten geselecteerd via de intramurale verslavingszorg. De uit de intramurale verslavingszorg geselecteerde cliënten zijn wellicht niet volledig vergelijkbaar met andere steekproefpopulaties van cliënten in behandeling.

Bronnen: EWDD-projecten CT.99.EP.07 en CT.00.EP.13, gecoördineerd door de afdeling Epidemiologie van het Instituut voor Volksgezondheid in Rome.

Trends in de sterfte onder problematische drugsgebruikers

Uit een studie die meerdere locaties omvatte en die door het EWDD is gecoördineerd, blijkt dat er verschillen tussen locaties bestaan in de totale sterftecijfers en de doodsoorzaken. Uit de studie komen ook relevante veranderingen naar voren die zich in de loop der tijd hebben voorgedaan met betrekking tot die totale sterftecijfers en doodsoorzaken.

Barcelona kent de hoogste sterftecijfers en Wenen en Dublin de laagste. Voor een aantal locaties geldt dat de sterftecijfers tijdens het begin en het midden van de jaren negentig hoger waren, om in de jaren daarna weer te dalen. Het sterftecijfer in Barcelona was met name tussen 1992 en 1996 hoog, maar dat werd gevolgd door een scherpe daling in de afgelopen jaren voornamelijk als gevolg van de daling in het aids-sterftecijfer. Tot voor enkele jaren stegen de sterftecijfers in Lissabon ieder jaar (figuur 19).

Een rechtstreekse vergelijking tussen locaties dient met terughoudendheid plaats te vinden vanwege de verschillen in profielen van de deelnemende settings, hoewel deze in het algemeen wel representatief zijn voor de gangbare behandelingsmethoden. Met die beperking in gedachten kunnen trends met betrekking tot totale sterftecijfers en doodsoorzaken voor elke locatie waardevolle informatie opleveren.

Zie **http://annualreport.emcdda.eu.int** voor tabellen in verband met dit gedeelte.

Het aantal in EU-landen geregistreerde „acute sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik" (op basis van nationale definities die gebruikt worden om gevallen aan het EWDD te melden), 1985-2000

Kader 1 — Definities van „acute sterftegevallen ten gevolge van drugsgebruik" in EU-lidstaten zoals gebruikt in het jaarverslag van het EWDD en gerapporteerd in de nationale verslagen

Kader 2 — Sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik — EWDD-definitie

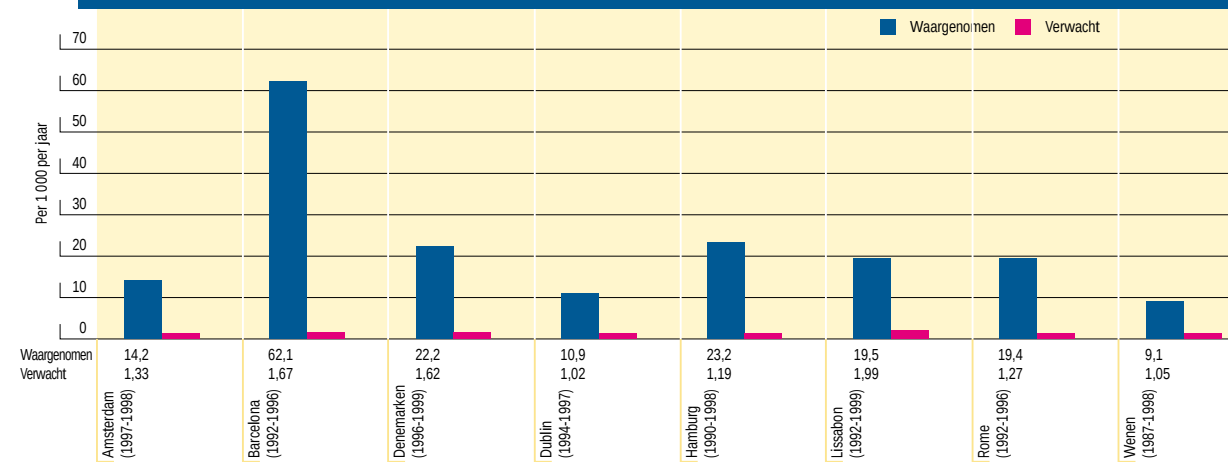
Drugsgerelateerde misdaad

Drugsgerelateerde misdaad bestaat uit overtredingen van de drugswetgeving, delicten die gepleegd zijn onder invloed van illegale drugs, misdrijven door gebruikers met een economisch motief om hun verslaving te kunnen bekostigen (voornamelijk strafbare feiten en dealen) en systematische misdaden die een onderdeel vormen van de werking van verboden markten (gevechten om territoria, straffen van dealers en dergelijke). Behalve voorzover het overtredingen van de drugswet betreft, maken deze categorieën meestal geen onderdeel uit van de gegevens die standaard verzameld worden. Indien dergelijke gegevens al beschikbaar zijn, zijn ze afkomstig van lokale ad-hoc-onderzoeken die moeilijk te extrapoleren zijn.

Aanhoudingen [26] voor overtredingen van de nationale drugswetgeving (zoals gebruik en bezit van en handel in

Figuur 19

Waargenomen en verwachte sterftecijfers onder cohorten opiaatgebruikers voor verschillende EU-locaties (voor alle oorzaken en tijdens de gehele follow-upperiode)



NB: De „waargenomen sterftecijfers" geven het gemiddelde weer tijdens de gehele follow-up voor elke locatie (tussen haakjes). Voor elke onderzochte locatie zijn in de loop der tijd significante veranderingen vastgesteld (zie figuur 18). Indien de „waargenomen sterftecijfers" per jaar zouden zijn weergegeven, dan zouden deze cijfers fluctueren. Zie ook tabel 2 OL — „Kenmerken van onderzochte cohorten". Diverse cohorten hebben een deel van de cliënten geselecteerd via de intramurale verslavingszorg. De uit de intramurale verslavingszorg geselecteerde cliënten zijn wellicht niet volledig vergelijkbaar met andere steekproefpopulaties van cliënten in behandeling.

Bron: EWDD-projecten CT.99.EP.07 en CT.00.EP.13, gecoördineerd door de afdeling Epidemiologie van het Instituut voor Volksgezondheid in Rome.

[26] Het begrip „aanhouding" bestrijkt uiteenlopende concepten in verschillende landen (procesverbalen van aanhoudingen op verdenking van een drugsdelict, aanhoudingen die geleid hebben tot een tenlastelegging en dergelijke). Zie de on-linetabel over „aanhoudingen" voor een exacte definitie per land.

drugs) zijn zowel een afspiegeling van verschillen in de diverse wetten als van de middelen en prioriteiten van de opsporings- en vervolgingsinstanties. De vergelijkingen worden beïnvloed door verschillen in registratieprocedures en definities. Waar mogelijk is echter getracht een vergelijking tussen trends te maken.

Ook in 2000 speelde cannabis een hoofdrol bij „aanhoudingen wegens drugsdelicten", variërend van 37 % van alle drugsgerelateerde „aanhoudingen" in Zweden tot 85 % in Frankrijk. In Portugal en Luxemburg heeft heroïne de overhand, terwijl in Nederland bij de meeste „aanhoudingen" sprake is van „harddrugs" (andere middelen dan cannabis en de derivaten daarvan) ([27]).

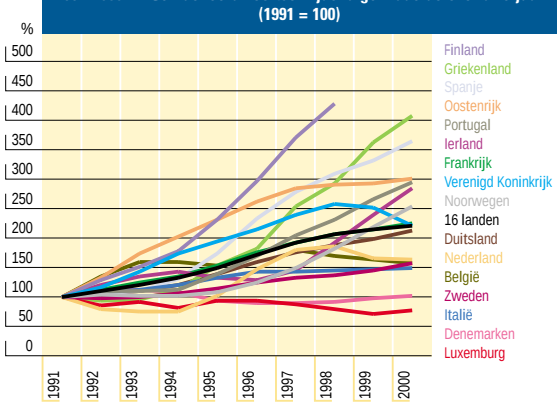
Bij de meeste gerapporteerde drugsdelicten gaat het om het bezit en/of gebruik van drugs — van 55 % in Portugal tot 90 % in Oostenrijk. In Noorwegen gaat het in 60 % van de gevallen om dealen en drugshandel. In Italië, Nederland en Spanje, waar drugsgebruik niet als een strafbaar feit wordt beschouwd, hebben drugsdelicten uitsluitend betrekking op dealen en drugshandel. Net als in vorige jaren rapporteerde Luxemburg de meeste aanhoudingen vanwege gebruik van en handel in verdovende middelen.

Trends

Sinds 1985 vertonen de „aanhoudingen" wegens drugsdelicten een stijgende lijn in de EU in haar geheel. Griekenland en Portugal rapporteerden zelfs meer dan een vertienvoudiging, terwijl de stijging in Denemarken, Luxemburg, Nederland en Zweden beduidend minder was (minder dan twee keer zo hoog).

De afgelopen drie jaar is het aantal drugsgerelateerde „aanhoudingen" in de meeste EU-landen gestegen. De grootste stijgingen werden door Griekenland, Ierland en Noorwegen gerapporteerd. Nederland en het Verenigd Koninkrijk waren in 2000 de enige landen die een daling van het aantal drugsgerelateerde „aanhoudingen" rapporteerden ([28]) (figuur 20).

Figuur 20 „Aanhoudingen" wegens drugsdelicten in EU-landen en Noorwegen, 1991-2000 — Geïndexeerd voortschrijdend gemiddelde over drie jaar (1991 = 100)



NB: Zie voor definities van aanhoudingen wegens drugsdelicten de statistische tabel „Aantal „aanhoudingen" wegens drugsdelicten in EU-landen en Noorwegen, 1985-2000" (on-lineversie). Er is sprake van een input van reële cijfers voor alle landen in 2000 (in 1998 voor Finland en in 1995 en 1997 voor België omdat op basis van de beschikbare gegevens in deze gevallen geen voortschrijdende gemiddelden berekend konden worden). De serie is voor België in 1996 onderbroken (gegevens niet beschikbaar).

Bronnen: Focal points van het Reitox-netwerk.

Zie **http://annualreport.emcdda.eu.int** voor statistische tabellen in verband met dit gedeelte.

- Drug die het vaakst aanleiding geeft tot aanhoudingen wegens drugsdelicten in de EU-landen en Noorwegen
- Delicttype dat het vaakst voorkwam bij „aanhoudingen" wegens drugsdelicten in de EU-landen en Noorwegen
- Aantal „aanhoudingen" voor overtredingen van drugswetten in EU-landen en Noorwegen, 1985-2000
- Verwijzingen naar grafiek „Aanhoudingen wegens drugsdelicten, 1991-2000". Geïndexeerd voortschrijdend gemiddelde over drie jaar (1991 = 100)

Drugsmarkten en beschikbaarheid

Drugsvangsten worden meestal beschouwd als indirecte indicatoren voor het aanbod en de beschikbaarheid van drugs, maar ze zijn ook een afspiegeling van de middelen, prioriteiten en strategieën in het vervolgingsbeleid en van de kwetsbaarheid van drugshandelaren voor het opsporingsbeleid. De in beslag genomen hoeveelheden kunnen elk jaar variëren vanwege een klein aantal uitzonderlijk grote vangsten ([29]). Om deze reden geeft het aantal vangsten doorgaans een beter beeld van trends ([30]), omdat deze indicator in veel landen grotendeels is samengesteld uit kleine vangsten op het niveau van de detailhandel („straathandel"). Indien bekend, kunnen de herkomst en bestemming van de in beslag genomen drugs aanwijzingen geven over handelsroutes en productiegebieden. De meeste lidstaten verstrekken informatie over de prijs en zuiverheid van drugs op straathandelniveau, maar die gegevens zijn nog bijzonder schaars zodat geen nauwkeurige vergelijkingen kunnen worden gemaakt.

([27]) Figuur 14 OL — Drug die het vaakst aanleiding geeft tot „aanhoudingen" wegens drugsdelicten in EU-landen (on-lineversie).
([28]) Er was ook sprake van een daling in het aantal „aanhoudingen" in België, maar deze daling was het gevolg van een verandering in de rapportageprocedures.
([29]) Figuur 15 OL — In beslag genomen hoeveelheden cannabis, cocaïne, heroïne en amfetaminen in EU- landen (1985-2000) (on-lineversie).
([30]) Terughoudendheid is geboden bij de analyse van trends op EU-niveau aangezien de serie begint in verschillende jaren in verschillende landen. Voor meer informatie, zie de statistische tabellen op http://annualreport.emcdda.eu.int.

Cannabis

Cannabis is in elke lidstaat, op Portugal na, de meest in beslag genomen drug. In Portugal staan heroïnevangsten bovenaan. Sinds 1996 worden in Spanje de grootste cannabishoeveelheden onderschept; het betreft meer dan de helft van de in beslag genomen hoeveelheden in de hele EU. In het Verenigd Koninkrijk is sprake van een hoger aantal cannabisvangsten, maar gemiddeld gaat het daarbij om kleinere hoeveelheden.

Cannabishars komt meestal uit Marokko via Spanje en Nederland op de markt. Cannabisbladeren zijn niet alleen afkomstig uit Afghanistan, Pakistan en Libanon, maar komen ook uit Albanië in Italië en Griekenland terecht en vanuit Angola in Portugal. In de meeste lidstaten is sprake van plaatselijke productie, met name van „nederwiet" ([31]) in Nederland.

De prijs van cannabis varieerde in 2000 van 1 tot 20 euro per gram voor cannabishars en van 2 tot 8 euro per gram voor cannabisbladeren. Het percentage THC (tetrahydrocannabinol) in cannabishars liep gemiddeld uiteen van 2 tot 13 %, maar er werd ook melding gemaakt van monsters van cannabishars in de EU met een THC-percentage van tussen de 0 en 50 %. Het THC-gehalte in cannabisbladeren is over het algemeen lager, ongeveer 1 tot 6 %, met uitzondering van hogere percentages in België (gemiddeld 17 %) en in de nederwietcannabis (gemiddeld 10 % THC).

Trends

Sinds 1985 is het aantal cannabisvangsten in de EU voortdurend gestegen, maar de situatie lijkt zich de afgelopen drie jaar te hebben gestabiliseerd. Deze trend is voornamelijk een gevolg van een daling van het aantal cannabisvangsten de afgelopen jaren in België, Nederland, Portugal, Oostenrijk en het Verenigd Koninkrijk. De hoeveelheid in beslag genomen cannabis nam aanvankelijk ook toe, maar is sinds 1995 gestabiliseerd. In 2000 zijn de onderschepte hoeveelheden in de meeste lidstaten gedaald.

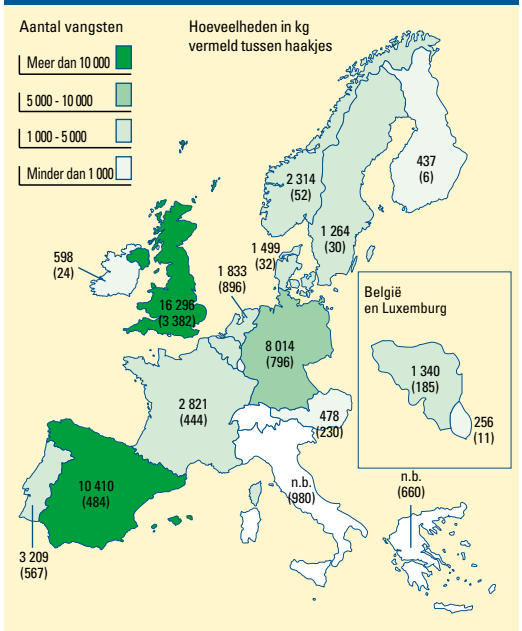
In het algemeen is de prijs van cannabis in de EU stabiel, behalve in Luxemburg en Portugal (hars) waar de prijs in 2000 is gestegen.

Heroïne

In 2000 is in de Europese Unie bijna negen ton heroïne in beslag genomen; een derde deel van die heroïnevangsten is toe te schrijven aan het Verenigd Koninkrijk (figuur 21). De heroïne die in de EU in beslag wordt genomen, is met name afkomstig uit de Gouden Halvemaan (Zuidwest-Azië: Afghanistan, Pakistan), gevolgd door de Gouden Driehoek (Zuidoost-Azië: Myanmar, Laos, Thailand) en wordt via Turkije, de Balkanroute en Nederland verder getransporteerd. Er wordt echter een toenemende drugshandel gemeld via Oost-Europa (Rusland, Estland, Bosnië, Slovenië) en via landen in Centraal-Azië die deel uitmaakten van de voormalige Sovjet-Unie.

Figuur 21

Aantal heroïnevangsten en in beslag genomen hoeveelheden in EU-landen en Noorwegen in 2000



NB: n.b. = gegevens niet beschikbaar.
Bronnen: Focal points van het Reitox-netwerk, 2000. Zie de statistische tabellen „Aantal heroïnevangsten, 1985-2000" en „Hoeveelheden in beslag genomen heroïne, 1985-2000 (in kg)" op http//:annualreport.emcdda.eu.int.

De straatwaarde van heroïne liep in 2000 binnen de EU uiteen van 25 tot 330 euro per gram. De hoogste prijzen werden aangetroffen in Ierland, Finland en Noorwegen. De zuiverheid van heroïne varieert doorgaans van minder dan 20 % tot 45 %, maar met betrekking tot bruine heroïne is in België, Denemarken, Spanje en Noorwegen sprake van een hogere gemiddelde zuiverheid.

Trends

Na een stijging tot 1991-1992 is het aantal heroïnevangsten in de gehele Europese Unie gestabiliseerd. In 2000 zijn de heroïnevangsten in Ierland, Luxemburg, Noorwegen, Portugal en Spanje afgenomen. In vergelijking met de situatie in 1985 zijn de in beslag genomen hoeveelheden op EU-niveau toegenomen. Deze waren tussen 1991 en 1998 weliswaar gestabiliseerd, maar vertoonden daarna weer een stijgende lijn. In 2000 hebben alle landen, met uitzondering van Denemarken, Duitsland,

([31]) „Nederwiet": cannabisplanten die plaatselijk in Nederland worden geteeld.

Spanje, Italië en Zweden, een toename van de hoeveelheden onderschepte heroïne gemeld.

De straatwaarde van heroïne is over het algemeen stabiel of neemt af, hoewel voor bruine heroïne in Portugal, Zweden en het Verenigd Koninkrijk een stijging wordt gerapporteerd. In alle landen is sprake van een stabiele of afnemende zuiverheid van heroïne, behalve in Denemarken, Duitsland, Luxemburg en het Verenigd Koninkrijk, waar een recente toename in zuiverheid is geconstateerd, met name wat bruine heroïne betreft.

Cocaïne

Spanje blijft het land met het grootste aantal cocaïnevangsten in de EU. De cocaïne die in Europa wordt gebruikt, komt uit Latijns-Amerika (met name Colombia, Brazilië en Venezuela) via Midden-Amerika en het Caribisch gebied. Voor verschillende landen is Spanje de belangrijkste „aanvoerhaven" voor de rest van de EU, hoewel cocaïne daarna vaak via Nederland verder wordt verspreid.

De straatwaarde van cocaïne varieerde in 2000 van 45 tot 170 euro per gram. De laagste prijzen worden in Spanje en het Verenigd Koninkrijk aangetroffen, de hoogste in Finland. De zuiverheid van cocaïne is over het algemeen hoog, tussen de 50 en 85 % in de meeste landen, met uitzondering van Denemarken en Duitsland, waar in 2000 sprake was van een lagere gemiddelde zuiverheid.

Trends

Sinds het midden van de jaren tachtig is het aantal cocaïnevangsten in de EU voortdurend gestegen, totdat in 2000 een stabilisering optrad. De hoeveelheden onderschepte cocaïne fluctueerden weliswaar, maar in een stijgende lijn. In 2000 is echter een aanzienlijke afname gerapporteerd, met name als gevolg van grote dalingen in landen die de meeste cocaïne in de EU onderscheppen (Spanje, Frankrijk en Nederland).

In de meeste landen is de prijs van cocaïne stabiel of dalend, maar in Denemarken, Portugal en het Verenigd Koninkrijk is de prijs in 2000 gestegen. De zuiverheid blijft in alle lidstaten stabiel of is dalend.

Synthetische drugs: amfetaminen, ecstasy en LSD

In Finland, Noorwegen en Zweden staan amfetaminen (na cannabis) op de tweede plaats op de lijst van de drugs die het meest in beslag worden genomen. Binnen de EU worden de grootste hoeveelheden amfetaminen, ecstasy en LSD in beslag genomen in het Verenigd Koninkrijk.

Nederland is een belangrijke locatie voor de productie van ecstasy, amfetaminen en aanverwante drugs, maar ook in andere lidstaten (België en het Verenigd Koninkrijk) en in Oost-Europese landen (de Tsjechische Republiek en Estland) wordt melding gemaakt van de productie van deze drugs.

Amfetaminen worden volgens de verslagen verkocht voor een prijs die gemiddeld tussen de 5 en 35 euro per gram ligt. De prijs van ecstasypillen varieert van 5 tot 15 euro per stuk. Uit de gegevens over 2000 blijkt dat synthetische drugs in België en het Verenigd Koninkrijk goedkoper zijn. De zuiverheid van amfetamine loopt sterk uiteen, van 3 % in Ierland tot 46 % in Finland, maar varieert in de EU doorgaans tussen de 10 en 15 %. Pillen die als ecstasy worden verkocht, bevatten in 2 % van de gevallen (Griekenland) tot 100 % van de gevallen (Finland) ecstasy of aanverwante stoffen (MDMA, MDEA, MDA). In 2 tot 22 % van de pillen worden amfetaminen (of methamfetaminen) aangetroffen, maar die pillen kunnen ook diverse andere psychoactieve stoffen bevatten (zoals 2-CB, 2-CT7, 4-MTA en recentelijk PMA en PMMA).

Trends

Zowel het aantal amfetaminevangsten als de onderschepte hoeveelheden vertonen sinds 1985 een stijgende lijn. Het aantal amfetaminevangsten daalde in 1999 en 2000, met name in het Verenigd Koninkrijk. De hoeveelheden namen, vooral in Duitsland, in 2000 weer toe na eerdere dalingen in 1998 en 1999.

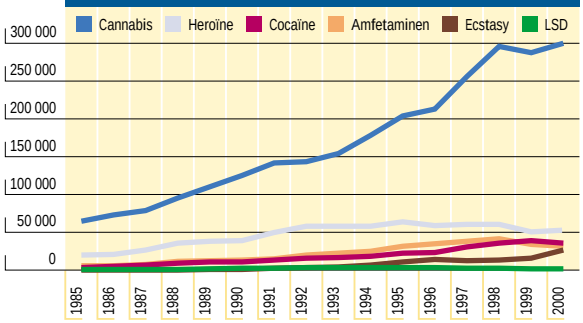
Het aantal ecstasyvangsten neemt in het grootste deel van de EU sinds 1985 toe, waarbij opvallende stijgingen in 2000 zijn waar te nemen. De hoeveelheid onderschepte ecstasy vertoonde sinds 1985 dezelfde opwaartse trend om vervolgens vanaf 1993 te stabiliseren met een piek in 1996 en weer een stijgende lijn sinds 1999. In 2000 was er in alle landen sprake van een toename, met uitzondering van Denemarken, Luxemburg en Portugal.

LSD-vangsten komen minder vaak voor. Zowel het aantal inbeslagnames als de onderschepte hoeveelheden stegen tot en met 1993 en namen vervolgens af. In 2000 was sprake van een lichte stijging. Aanzienlijke stijgingen van de in beslag genomen hoeveelheden LSD in 2000 worden gemeld door Denemarken, Duitsland, Spanje, Frankrijk, Ierland, Nederland, Portugal en Finland.

Na een aanzienlijke daling in de jaren negentig is de prijs van amfetaminen en ecstasy in de EU gestabiliseerd. In 2000 werd echter in Ierland voor beide synthetische drugs en in Duitsland alleen voor amfetaminen een prijsstijging gemeld. In Spanje, Zweden en het Verenigd Koninkrijk was in 2000 sprake van goedkopere

Figuur 22

Aantal vangsten van cannabis, heroïne, cocaïne, amfetaminen, ecstasy en LSD in EU-landen en Noorwegen (1985-2000)



NB: Voor Griekenland zijn geen gegevens beschikbaar. Voor sommige andere landen zijn er pas gegevens beschikbaar sinds 1998 (Denemarken, Portugal), 1993-1996 (Finland) en 1997 (Nederland). Het aantal weergegeven vangsten voor 1999 en 2000 is te laag, aangezien de gegevens voor Italië ontbreken. De meeste gegevensreeksen voor ecstasy beginnen in het midden van de jaren negentig (behalve voor Frankrijk, Italië, Spanje, Verenigd Koninkrijk).

Bron: Nationale focal points van het Reitox-netwerk. Zie de statistische tabellen „Drugsvangsten in de EU-landen en Noorwegen, 2000" op http://annualreport.emcdda.eu.int.

ecstasypillen. In de afgelopen jaren is het percentage pillen dat ecstasy of aanverwante stoffen bevat in veel landen toegenomen, terwijl het aantal pillen met amfetaminen (en methamfetaminen) is gedaald. In Griekenland wordt een verschuiving gemeld van MDMA naar amfetaminen als belangrijkste bestanddeel in de meerderheid van de pillen in 1999 en 2000.

Zie **http://annualreport.emcdda.eu.int** voor statistische tabellen in verband met dit gedeelte.

- Drugsvangsten in de EU-landen en Noorwegen, 2000
- Aantal amfetaminevangsten, 1985-2000
- Aantal cannabisvangsten, 1985-2000
- Aantal cocaïnevangsten, 1985-2000
- Aantal ecstasyvangsten, 1985-2000
- Aantal heroïnevangsten, 1985-2000
- Aantal LSD-vangsten, 1985-2000
- Hoeveelheden in beslag genomen amfetamine, 1985-2000 (kg)
- Hoeveelheden in beslag genomen cannabis, 1985-2000 (kg)
- Hoeveelheden in beslag genomen cocaïne, 1985-2000 (kg)
- Hoeveelheden in beslag genomen ecstasy, 1985-2000 (pillen)
- Hoeveelheden in beslag genomen heroïne, 1985-2000 (kg)
- Hoeveelheden in beslag genomen LSD, 1985-2000 (doses)

Maatregelen tegen drugsgebruik

Dit hoofdstuk bevat een overzicht van de ontwikkelingen in het beleid en de strategie inzake drugs, zowel op het niveau van de Europese Unie als op het niveau van de lidstaten. Ook wordt aandacht besteed aan de respons op het drugsprobleem in het onderwijs, de gezondheidszorg, de maatschappelijke hulpverlening en het strafrecht.

Drugsstrategieën op nationaal en Europees niveau

Drugsbeleid in actieplannen

EU-strategie

In oktober 2001 heeft de Horizontale Groep drugs van de Europese Raad het „Verslag over het vaststellen van criteria voor een evaluatie van de strategie van de Europese Unie met betrekking tot drugs (2000-2004)" onderzocht. Dit verslag is opgesteld door het EWDD en Europol en geeft een analyse van elk van de zes streefdoelen van het EU-actieplan ([32]). In het verslag wordt tevens het belang onderstreept van de mogelijkheden en beperkingen van monitoring en evaluaties. Het bevat ook een aantal parameters om op basis van de gegevens van 1999 ([33]) een uitgangssituatie („benchmark") op te stellen aan de hand waarvan de situatie in 2004 beoordeeld zal worden.

Nationale drugsstrategieën ([34])

Mede dankzij het actieprogramma van de EU is het bewustzijn gegroeid dat er gecoördineerde activiteiten van lidstaten noodzakelijk zijn op het gebied van drugs. In artikel 1.1.3 wordt de Raad opgeroepen om voor degenen die op nationaal niveau verantwoordelijk zijn voor het drugsbeleid, regelmatig bijeenkomsten te organiseren om informatie uit te wisselen over nationale ontwikkelingen en om de samenwerking te verstevigen. In Zweden is in 2001 een dergelijke bijeenkomst voor nationale drugscoördinatoren georganiseerd ([35]).

Wat de nationale strategieën betreft, heeft de trend van de afgelopen jaren zich voortgezet om beleidskaders op het gebied van drugs te vertalen in een actieplan, drugsstrategie of beleidsdocument. Er moet echter nog veel werk verzet worden om de kloof tussen de papieren strategie en de praktische uitvoering ervan te dichten.

In maart 2001 heeft de Portugese regering een actieplan voor drugs goedgekeurd met de titel „Horizonte 2004". In dit actieplan worden nauwkeurige doelstellingen en specifieke acties vastgelegd voor een periode van vier jaar. Een maand later is door de Ierse regering een nationale drugsstrategie aangenomen voor de periode 2001-2008 met voor elke minister die bij de uitvoering van het drugsbeleid betrokken is een nadere uitwerking van specifieke doelstellingen, belangrijke prestatie-indicatoren en individuele maatregelen. De Griekse ministerraad heeft in juni een aantal besluiten vastgesteld die gericht zijn op een holistisch, geïntegreerd en gecoördineerd drugsbeleid. Middels deze besluiten verplicht de regering zich om een nationaal vijfjarenplan aan het parlement voor te leggen met niet alleen specifieke doelstellingen die gerealiseerd dienen te worden, maar ook met de bijbehorende activiteiten en maatregelen.

In Finland is in februari 2002 het actieplan 2001-2003 aangenomen en zijn specifieke drugsstrategieën opgesteld voor de samenwerking tussen de douane en de grensbe-

([32]) Nadere bijzonderheden over de EU-drugsstrategie en het EU-actieplan kunt u vinden op http://www.emcdda.eu.int/policy_law/eu/eu_actionplan.shtml.
([33]) On line beschikbaar op http://snapshot.emcdda.eu.int.
([34]) Tabel 3 OL geeft een overzicht van recente drugsstrategieën, actieplannen en coördinatieregelingen (on-lineversie).
([35]) De bijdrage van het EWDD bestond uit de publicatie van een vergelijkend onderzoek over de drugscoördinatie in de EU (http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/policy_law/drug_coordination_oct_01.pdf).

wakingsdienst. In Oostenrijk beschikken alle negen provincies inmiddels over een drugs- of verslavingscoördinator, terwijl er zeven ook een actieplan voor drugs hebben. In België is in juni 2001 een „Cellule drogue santé" opgericht. In dit land is voor eind 2002 een overkoepelend coördinatieorgaan voorzien. In overeenstemming met het nieuwe regeringsbeleid inzake drugs heeft Italië in november 2001 de oprichting van een antidrugsdepartement aangekondigd dat onder leiding komt te staan van een drugscoördinator. In Duitsland heeft een team van deelstaatcoördinatoren jarenlang gewerkt aan coördinatieverbetering. In januari 2002 heeft de Zweedse regering het nieuwe actieplan voor drugs 2002-2005 aan het parlement voorgelegd. Er is ook een „drugscommissaris" benoemd om de acties op de verschillende niveaus van de samenleving te coördineren en te bevorderen.

In tegenstelling tot de algemene trend is de verantwoordelijkheid voor drugs binnen de regering van het Verenigd Koninkrijk verschoven. Die verantwoordelijkheid berust niet meer bij de centrale drugscoördinatie-eenheid (inmiddels opgeheven) van het ministerie van Algemene Zaken met de bijbehorende „drugstsaar", maar ligt nu bij Binnenlandse Zaken, waardoor de minister van dat departement nu de eindverantwoordelijkheid draagt.

Evaluatie van de effectiviteit van drugsstrategieën

Hoewel alle lidstaten nu over meer of minder gedefinieerde drugsstrategieën beschikken, is de evaluatie van de effectiviteit ervan nog geen gemeengoed. Er is wel vooruitgang geboekt bij de evaluatie van specifieke programma's of activiteiten, meestal bij het terugdringen van de vraag. Wanneer de wettelijke instrumenten en nationale strategieën echter als geheel worden bekeken, blijkt aan evaluatie geen hoge prioriteit toegekend te worden.

Desondanks is er sprake van een aantal veelbelovende voorbeelden onder de nieuw vastgestelde strategieën. In de nieuwe nationale drugsplannen die in 2001 in Ierland en Portugal zijn aangenomen, is ook de oprichting van evaluatiemechanismen vastgelegd om de totale resultaten van de plannen te beoordelen. In Finland maakt een evaluatie deel uit van het nieuwe actieplan 2001-2003. Die evaluatie is gericht op de effectiviteit van het plan als geheel, inclusief de behandelingsmaatregelen en acties met betrekking tot drugsbeperking.

In Frankrijk heeft het Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT) een mandaat gekregen van de Mission interministérielle lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) om de effectiviteit te beoordelen van de belangrijkste aspecten van het Franse drugsplan 1999-2001. Evaluatie heeft hoge prioriteit in Nederland, niet alleen met betrekking tot programma's voor het terugdringen van de vraag maar ook met betrekking tot andere beleidsaspecten (bv. beleid inzake coffeeshops, wijzigingen in de AHOJ-G-criteria). De uitgebreide monitoring (nationale drugsmonitor) op het gebied van drugsgebruik en volksgezondheid — en de ontwikkeling van daarmee verband houdende activiteiten in de rechtshandhaving en het strafrecht — dragen ook bij aan de evaluatie van beleid. In andere nationale drugsstrategieën worden evaluaties aangekondigd als instrument om individuele activiteiten te meten, zoals behandelingsmethoden of preventietechnieken. Een voorbeeld hiervan is de nieuwe Belgische „politieke nota", waarin een evaluatie is voorzien van behandelingsmethoden, van de gezondheidszorg- en hulpverleningscircuits en van preventietechnieken.

Lidstaten benaderen legale en verboden middelen als één geheel

Binnen het nationale drugsbeleid in de verschillende landen is, naast de aandacht voor verboden middelen, ook meer aandacht voor legale middelen te constateren. Frankrijk besteedde in1998 als een van de eerste landen in het kader van preventieve en rehabilitatiemaatregelen ook aandacht aan verslavingsaspecten en niet alleen aan de middelen zelf. Het afgelopen jaar heeft de Noorse regering het voortouw genomen met de uitwerking van een uitgebreid „verslavingsbeleid" (inclusief alcohol) voor preventie, hulpverlening en behandeling. In Duitsland heeft de nieuwe landelijke drugscommissaris in zijn verslag van april 2001 zijn intentie onderstreept om de preventie met name ook uit te breiden naar legale drugs, alcohol en tabak. Een van de vier doelstellingen van het overkoepelende regeringsbeleid in België is gericht op preventieve maatregelen om drugsgebruik (ook tabak en alcohol) onder jonge mensen te voorkomen. Deze trend is ook waarneembaar in de nieuwe Ierse drugsstrategie. In dat land zijn in 2001 op lokaal, regionaal en nationaal niveau formele dwarsverbanden tot stand gebracht met het nationale alcoholbeleid om te waarborgen dat de verschillende maatregelen elkaar ook daadwerkelijk aanvullen. In het Verenigd Koninkrijk heeft de Noord-Ierse overheid in mei 2001 steun gegeven aan een gezamenlijk implementatiemodel. Op basis van dit model wordt een gezamenlijke aanpak gehanteerd bij de strategieën ter bestrijding van alcohol en illegale drugs. De drugsstrategie in Wales is mede gericht op legale middelen.

Drugswetgeving in de EU [36]

Op Europees niveau

Op 23 mei 2001 heeft de Europese Commissie het voorstel van de Raad voor een kaderbesluit aangenomen waarin de

[36] Voor het laatste nieuws en recente informatie over ontwikkelingen in de wettelijke regelingen van lidstaten op het gebied van drugs wordt verwezen naar de Europese juridische database op http://eldd.emcdda.eu.int/.

minimumbepalingen zijn vastgelegd omtrent de kenmerkende elementen van strafbare feiten en strafmaten op het gebied van de handel in illegale drugs. Dankzij dit initiatief van de Commissie is er nu een gemeenschappelijke definitie van handel in illegale drugs en zijn er gemeenschappelijke strafmaten met betrekking tot grootschalige grensoverschrijdende drugshandel. Het voorstel is op dit moment (maart 2002) in behandeling bij het Europees Parlement en de Raad van ministers van de EU.

Op nationaal niveau

Juridische ontwikkelingen op het gebied van drugs tijdens de verslagperiode hadden meestal betrekking op maatregelen gericht op drugsgebruikers, op rijden onder invloed van drugs en op substitutiebehandeling.

De juridische aanpak van (drugs en) drugsgebruikers

In 2001 was in sommige lidstaten de trend waarneembaar om juridische veranderingen in de wet te verankeren teneinde drugsgebruikers beter te onderscheiden van andere overtreders van drugswetten en om cannabis duidelijker van andere verboden stoffen af te bakenen. In verschillende landen worden uiteenlopende opties overwogen, waaronder een meer gespecialiseerd rechterlijk systeem en veranderingen in de wet of in het beleid ten opzichte van drugsgebruikers.

Dit komt vooral duidelijk naar voren in Portugal, waar delicten betreffende het gebruik, de aankoop en het bezit van drugs voor persoonlijk gebruik niet langer tot het strafrecht behoren. In plaats daarvan zijn in juli 2001 administratieve sancties voor het bestraffen van dergelijke delicten ingevoerd via de „Commissies voor de beperking van drugsverslaving". Elke commissie bestaat uit drie leden (benoemd door het ministerie van Justitie, respectievelijk van Volksgezondheid en een lid van de regering, die verantwoordelijk is op het gebied van drugsgebruik), een technisch team van drie tot vijf deskundigen (psychologen, maatschappelijk werkers en juridische deskundigen) en administratief personeel. De gevallen worden individueel beoordeeld en de rapporten van het technisch team dienen als basis voor het nemen van besluiten over noodzakelijke procedures en/of sancties. In april 2001 heeft Luxemburg de strafmaat voor delicten in verband met cannabis verminderd door de mogelijkheid om gevangenisstraffen op te leggen voor het bezit voor eigen gebruik en voor het gebruik van cannabis te schrappen. Het vervolgingsbeleid in dat land concentreert zich nu uitsluitend op problematisch gebruik. De politieke nota van de Belgische regering van 19 januari 2001 is op een soortgelijk idee gebaseerd. Voor de eerste keer hebben Luxemburg en België de wetgeving ook gebruikt om een onderscheid te maken tussen cannabis en andere middelen. Hetzelfde werd beoogd in Griekenland middels een door uiteenlopende partijen gesteund concept voor een amendement op de drugswetgeving dat in april 2001 aan het Griekse parlement is voorgelegd, maar door het Griekse parlement in mei 2002 is afgewezen. In het Verenigd Koninkrijk wordt verwacht dat cannabis in 2002 niet langer als categorie-B-drug maar als categorie-C-drug ingedeeld zal worden (wat betekent dat het bezit van drugs voor persoonlijk gebruik een delict is waarvoor men niet meer gearresteerd kan worden). In Ierland zullen drugsverslaafden in verband met drugsdelicten waarbij geen sprake is van geweld, voorgeleid worden voor een speciale „drugsrechtbank" die in januari 2001 als proefproject in Dublin van start is gegaan; een soortgelijk project is in november in Glasgow (Schotland) begonnen. In Nederland is een nieuwe wet inzake alternatieve straffen in werking getreden op 1 februari 2001, die degenen die minder dan zes maanden gevangenisstraf moeten uitzitten de mogelijkheid biedt een hoofdstraf te combineren met een taakstraf met of in plaats van gevangenisstraf en/of een boete.

Er is echter nog geen sprake van een universele trend. Via een amendement op het Wetboek van Strafrecht is in de zomer van 2001 in Finland het recht geschrapt om van vervolging van drugsdelicten af te zien als het delict niet nadelig was voor de gehoorzaamheid aan de wet. Hierdoor krijgt het openbaar ministerie de gelegenheid om buiten de rechtbank om een soort verkorte procedure te volgen waarbij een boete opgelegd kan worden of een gevangenisstraf van maximaal zes maanden. Desalniettemin blijven de bepalingen van kracht waardoor van vervolging of bestraffing van delicten kan worden afgezien indien het delict als onbelangrijk beschouwd wordt.

Rijden onder invloed van drugs

Zowel op beleidsniveau als op het operationele vlak is een toenemende activiteit te constateren op het gebied van wetgeving betreffende het rijden onder invloed van drugs.

Op beleidsniveau heeft de Finse werkgroep ter implementatie van de nieuwe resolutie van de regering over verkeersveiligheid in juni 2001 een „zero-tolerancebeleid" voorgesteld voor drugs in het wegverkeer. Andere lidstaten hebben hun wet- en regelgeving aangescherpt met betrekking tot de personen die gecontroleerd mogen worden en de wijze waarop dat dient te gebeuren. Ten tijde van de herziening van de wet op het wegverkeer is in Oostenrijk in de lente van 2001 besloten om af te zien van een wettelijke bepaling over verplichte drugstests voor chauffeurs. In Portugal (in mei) en in Frankrijk (in november) is wetgeving van kracht geworden voor het controleren van personen die bij verkeersongelukken betrokken zijn. Dat gebeurt in het kader van een onder-

zoek naar rijden onder invloed van drugs om het niveau en het soort drugsgebruik en de rol ervan bij ongelukken te bestuderen, teneinde een specifieke en effectieve wetgeving te ontwikkelen voor het rijden onder de invloed van drugs. Ook de Britse regering heeft in maart 2001 wetgeving ten uitvoer gelegd die het testen en de daarmee verband houdende procedures reguleert met betrekking tot personen die verdacht worden van rijden onder de invloed van verboden middelen.

Substitutiebehandeling
De aandacht van lidstaten blijft gericht op wetgeving inzake substitutiebehandeling voor verslaafden. Sommige landen nemen deze mogelijkheid in overweging en andere landen, die deze behandelingsmethode al toepassen, verbeteren hun juridische kaders.

Als gevolg van de politieke nota van januari 2001 wordt in België wetgeving voorbereid om tot een controle van substitutiebehandelingen te komen. Duitsland is in juli 2001 met een centraal substitutieregister begonnen om het dubbel voorschrijven van substitutiemedicatie te voorkomen. Ook zijn er aanvullende vereisten vastgelegd voor artsen die substitutiebehandelingen uitvoeren. Na een groothertogelijk decreet van februari 2002 moeten artsen in Luxemburg die substitutiedrugs voorschrijven een vergunning van de overheid hebben (uitgegeven door het ministerie van Volksgezondheid). In datzelfde decreet zijn ook procedures opgenomen voor het instellen van een speciale toezichthoudende commissie en een nationaal register voor onderhoudsbehandelingen. In Griekenland zijn in het kader van Wet nr. 2716/1999 verdere maatregelen gepland voor verbetering van de structuren voor onderhoudsbehandelingen door toediening van substitutiedrugs op grotere schaal mogelijk te maken via het nationale volksgezondheidssysteem. Het Verenigd Koninkrijk beschikt nu (sinds april 2001) over een wettelijk instrument dat het mogelijk maakt om buprenorfine als substitutiebehandeling voor te schrijven (daarvoor mocht uitsluitend methadon worden voorgeschreven).

Terugdringen van de vraag

Zoals boven beschreven, beschikken de meeste lidstaten van de EU (evenals Noorwegen) over een nationale drugsstrategie of soortgelijke regeling [37], waarbij overal sprake is van prioriteiten op het gebied van de te nemen maatregelen. In een aantal landen zijn daarvoor zelfs kwantitatieve doelstellingen vastgelegd (Spanje, Ierland, Portugal, Verenigd Koninkrijk).

Uiteraard omvatten de nationale strategieën een uitgebreid scala aan maatregelen. Het is echter wel mogelijk om een trend in prioriteiten waar te nemen gericht op het bevorderen van bepaalde soorten maatregelen en/of op het ontwikkelen van meer efficiënte structuren [38]. In tien landen wordt de preventie op scholen als prioriteit beschouwd, terwijl zeven andere lidstaten meer belang hechten aan preventie in de lokale leefgemeenschap (de „community"). Preventie en vroegtijdige interventies gericht op jonge mensen in risicogroepen staan in negen landen hoog op de agenda. In zes lidstaten wordt zowel het beperken van de schadelijke gevolgen als behandeling met behulp van medicatie als prioriteit aangemerkt, terwijl Italië en Zweden meer aandacht geven aan een psychosociale behandeling. Zes landen noemen de maatschappelijke herintegratie als prioriteit en zeven landen maatregelen in het strafrechtelijk systeem. Vier landen beschouwen de noodzaak om de preventiestructuren in hun land te verbeteren als prioriteit, terwijl acht landen de nadruk op de behandelstructuren leggen.

Vanwege de aard van de activiteiten is de uitvoering van maatregelen om de vraag terug te dringen in de meeste landen gedecentraliseerd. Desalniettemin zijn de prioriteiten die in de nationale strategieën zijn vastgelegd en de daaraan gekoppelde financiering voor onderzoek en praktische maatregelen essentieel voor de uitvoering op regionaal en plaatselijk niveau. Het relatieve belang dat aan beleid, onderzoek en praktijk wordt gehecht bij het uitvoeren van maatregelen, loopt uiteen in de verschillende landen. De drie elementen hebben uiteraard een wederkerig effect op elkaar, maar in sommige landen lijkt het nationale beleid van grotere invloed op de praktijk te zijn, terwijl in andere landen — vaak op regionaal niveau — de praktijk juist het beleid beïnvloedt.

De kwaliteit van de maatregelen voor het terugdringen van de vraag wordt (in sommige landen) gewaarborgd door de invoering van nationale normen, accreditatieprocedures en richtsnoeren. In de meeste landen worden wel kwaliteitsnormen gehanteerd voor drugsbehandeling, maar niet voor drugspreventie [39].

Preventie in scholen en de naaste omgeving

In hun nationale strategieën en in de vele preventieve activiteiten voor diverse settings benadrukken alle lidstaten het grote belang van preventie, met name op scholen. Het wordt echter in veel lidstaten steeds duidelijker dat er een aanzienlijke kloof bestaat tussen de beleidsdoelstellingen enerzijds en de werkelijkheid en de kwa-

[37] Tabel 4 OL — Overzicht van maatregelen voor het terugdringen van de vraag in de EU-lidstaten en Noorwegen (on-lineversie).
[38] Tabel 5 OL — Overzicht van prioriteiten bij het terugdringen van de vraag in de lidstaten en Noorwegen (on-lineversie).
[39] Tabel 6 OL — Overzicht van kwaliteitsnormen voor preventie en behandeling in de lidstaten en Noorwegen (on-lineversie).

liteit van de preventie anderzijds [40]. De ware invloed van preventie (bv. op scholen) kan bij benadering worden gemeten als de preventieactiviteiten op een gestructureerde manier via duidelijk gedefinieerde programma's worden uitgevoerd [41]. Alleen op die manier is het mogelijk om cruciale parameters te evalueren, zoals inhoud (modellen, risicofactoren waar aandacht aan wordt besteed) en het aantal scholen, leerlingen en leraren dat bereikt wordt. In sommige lidstaten wordt op deze wijze gewerkt (België — de Vlaamse Gemeenschap, Duitsland, Griekenland, Spanje, Ierland en het Verenigd Koninkrijk) en is programma-informatie beschikbaar die geëvalueerd kan worden. Vaak is de preventie van verslaving echter in een ruimer scholenbeleid geïntegreerd om gezonde leefpatronen in het dagelijks (school-)leven te verbeteren. In een dergelijke „ongestructureerde" context wordt preventie op een adhocbasis uitgevoerd via lokale adviesgroepen of adviesraden (in Denemarken, Frankrijk en Noorwegen) en/of is die preventie nauw verbonden met de specifieke behoeften die zich voordoen en met de middelen die beschikbaar zijn (bv. in Frankrijk, Italië, Oostenrijk, Portugal en Finland). Het is echter gecompliceerd om deze aanpak in een gestandaardiseerd kader onder te brengen en deze kan dan ook moeilijk geëvalueerd worden.

Het scala aan doelstellingen voor schoolpreventie is breed: naast het veelvuldig benadrukken van de algemene principes die van belang zijn voor een goede gezondheid, variëren de streefdoelen van het ontwikkelen van sociale/persoonlijke vaardigheden tot het bevorderen van de identiteits-/persoonlijkheidsontwikkeling. Bewustzijn en voorlichting staan vaak centraal in de drugspreventie, hoewel gebleken is dat het gebruik van deze methoden alleen niet effectief is (Skolverket, 2000). Er bestaat geen gemeenschappelijk Europees preventiebeginsel op dit gebied dat op feiten en onderzoek is gebaseerd. In het transnationale project „Healthy school and drugs", dat gefinancierd is door de Europese Commissie worden in de praktijk succesvol gebleken kwaliteitselementen toegepast bij drugspreventie op scholen (http://www.school-and-drugs.org).

Een ander essentieel probleem is de logistieke en administratieve fase om de modelprogramma's voor goede praktijken (inclusief evaluatie) op grote schaal in een land uit te voeren. Duitsland en Nederland verwijzen hier expliciet naar. De aandacht voor preventie verschuift sinds kort in een aantal lidstaten (bv. in Denemarken en Duitsland) naar recreatieve settings als gevolg van de veranderingen in consumptietrends. Qua inhoud verschuift de aandacht van risicovermijding naar risicobeheersing. Via een Europese website (http://www.drug-prevention.de) worden projecten „verzameld" die op basis van deze filosofie worden uitgevoerd. In het algemeen is het aantal en de aantrekkelijkheid van websites voor preventiedoeleinden in de meeste lidstaten toegenomen [42]. Een ander aanvullend element wordt gevormd door de richtsnoeren voor het identificeren van leerlingen die drugs gebruiken en over de wijze waarop op deze leerlingen gereageerd kan worden.

In sommige lidstaten is de laatste tijd duidelijk sprake van een groeiende belangstelling voor kwaliteitsbewaking en preventie op basis van door feiten gestaafde gegevens, waarvoor ook de benodigde middelen zijn uitgetrokken (Spanje, Ierland, Nederland en het Verenigd Koninkrijk). Parallel hieraan worden in Duitsland, Griekenland, Frankrijk, Ierland, Nederland en het Verenigd Koninkrijk databases opgezet om het „preventiebereik" te evalueren en te monitoren. Spanje beschikt al over een dergelijk informatiesysteem.

Wat „community-programma's" betreft, kennen de lidstaten geen gemeenschappelijk concept. In de eerste plaats zijn die activiteiten niet uitsluitend tot preventie beperkt, maar richten zij zich ook vaak op het verminderen van drugsgerelateerde risico's binnen die communities. Bovendien wordt in sommige lidstaten met een „community-programma" een programma bedoeld dat *in* een gemeenschap wordt uitgevoerd (d.w.z. top-down), terwijl in andere landen bedoeld wordt dat het programma *door* een gemeenschap wordt uitgevoerd (d.w.z. bottom-up).

Tussen de lidstaten bestaan ook grote verschillen met betrekking tot de rol van de massamedia in de preventie. Dat loopt uiteen van absoluut geen rol (in Oostenrijk en het Verenigd Koninkrijk) tot een heel prominente rol (in Frankrijk en Italië). Ook over de rol van leeftijdsgenoten lopen de meningen uiteen: in Vlaanderen (De Sleutel) en in Denemarken (Guardian Angels) worden zij op grote schaal ingezet, terwijl ze in sommige Oostenrijkse provincies niet meer gebruikt worden, omdat ze geen effect zouden sorteren.

Preventie in recreatieve settings

Vanuit conceptueel oogpunt kan preventie in recreatieve settings beschouwd worden als een overlappende zone tussen preventie en risicovermindering, hetgeen vaak

[40] Tabel 7 OL — Een overzicht van preventiedoelstellingen, schoolprogramma's, websites en preventieactiviteiten in recreatieve settings (on-lineversie).

[41] Een overzicht van preventieprogramma's op scholen is on line beschikbaar in tabel 7 OL (schoolprogramma's) (on-lineversie).

[42] Een lijst van preventiewebsites is on line beschikbaar in tabel 7 OL (website) (on-lineversie).

kan leiden tot ideologische conflicten. In sommige lidstaten worden dergelijke projecten als „secundaire preventie" gezien, terwijl ze in andere landen onder de noemer „beperking van schadelijke gevolgen" vallen. In algemene zin is deze vorm van preventie op drie interventiestrategieën gebaseerd: de productie van voorlichtingsmateriaal over drugs en gezondheid en over de juridische en psychologische kwesties die hiermee verband houden, gerelateerde persoonlijke interventies in discotheken en (dans)feesten, en structurele maatregelen zoals richtsnoeren voor een veilig bezoek aan clubs en party's („safe-clubbing") ([43]).

Het samenstellen en verspreiden van voorlichtingsmateriaal is de meest geprefereerde en gebruikte activiteit in recreatieve settings. Met name in Duitsland, Spanje en het Verenigd Koninkrijk worden door uiteenlopende betrokken instanties ontelbare brochures, posters en flyers verspreid. Er is echter weinig bekend over het effect van deze ongerichte en anonieme communicatiestrategieën.

In een kleiner aantal landen (Duitsland, Spanje, Nederland en het Verenigd Koninkrijk) worden leeftijdsgenoten gebruikt om bezoekers van clubs op een interactievere en persoonlijkere manier te bereiken met preventieve informatie, waarbij echter ook nog steeds voorlichtingsmateriaal wordt uitgereikt.

Het belang en effect van eenvoudige maar fundamentele regels ter bevordering van de veiligheid op party's en dansfestijnen wordt in toenemende mate onderkend. Deze methoden voor structurele preventie zijn de meest directe manier om drugsgerelateerde problemen in partysettings te voorkomen. In Engeland worden dergelijke regels al als de officiële richtsnoeren voor „veiliger dansen" gebruikt (http://www.clubhealth.org.uk/pages/downloads.htm). De regels hebben tot doel om de vaakst voorkomende bedreigingen van de gezondheid te minimaliseren door vers drinkwater te verstrekken en afkoelfaciliteiten ter beschikking te stellen, door personeel te trainen in eerste hulp, monitoring en in het vroegtijdig signaleren van problemen en door betere voorwaarden te creëren voor de activiteiten van „preventieteams". Hoewel een aantal landen al gebruikmaakt van dergelijke richtsnoeren, worden ze nog lang niet standaard toegepast door clubeigenaars of de lokale autoriteiten in lidstaten. Overigens bestaan er wel al initiatieven om voor heel Europa tot geharmoniseerde richtsnoeren voor „safe-clubbing" te komen.

Speciale interventies, zoals het in de hand houden van „bad trips" — dat wil zeggen hoe er op de negatieve en onverwachte effecten van drugs gereageerd moet worden zodat er geen ziekenhuisopname noodzakelijk is — komen minder vaak voor. België en Duitsland vormen hierop een uitzondering. In sommige lidstaten vinden op festivals en feesten ook ter plaatse pillentests plaats.

De waarde van het testen van pillen op locatie teneinde een selectieve doelgroep te bereiken van ervaren en experimenterende gebruikers van uitgaansdrugs om die vervolgens intensieve, interactieve en preventieve counseling te kunnen geven ([44]), wordt overschaduwd door discussies over de farmacologische nauwkeurigheid (Winstock et al., 2001) en de ideologische ([45]) en juridische consequenties ervan.

Preventie van infectieziekten

Tot de belangrijkste, door feiten gestaafde maatregelen om infectieziekten onder drugsgebruikers te voorkomen, behoren straathoekwerk vanuit de community, drugsbehandeling (met name het voorschrijven van methadon of andere substitutiedrugs), hepatitisimmunisatie, toegang tot steriel injectiemateriaal en informatie en training in verband met een veiliger gebruik ([46]). Overigens zijn de substitutiebehandelingen in de EU en Noorwegen de laatste jaren aanzienlijk uitgebreid (zie het gedeelte over behandelingen).

Sommige hulpdiensten binnen het straathoekwerk zijn in alle EU-landen en Noorwegen beschikbaar, maar de mate waarin het personeel van drugsinstanties hun cliënten „op straat" opzoekt, varieert aanzienlijk, zowel tussen als binnen landen. Laagdrempelige hulpverlening blijft een belangrijke manier om in contact te komen met drugsgebruikers en hen te informeren en voor te lichten over de risico's van drugsgebruik en de wijze waarop deze verminderd kunnen worden. De rol van laagdrempelige hulpverlening bij het geven van een fundamentele gezondheidszorg aan drugsgebruikers om zo een bijdrage te leveren aan het verminderen van het risico op het oplopen van infectieziekten wordt in toenemende mate onderkend. In een aantal EU-landen en in Noorwegen is de laagdrempelige hulpverlening in 2000 dan ook verder uitgebouwd.

Voor het minimaliseren van de incidentie van HIV onder drugsgebruikers en van andere virusinfecties die via het bloed overgedragen kunnen worden, zijn speciale pro-

([43]) Een overzicht van preventie-initiatieven in recreatieve settings is beschikbaar in tabel 7 OL (recreatieve settings) (on-lineversie).
([44]) Zie het EWDD-onderzoek op: http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/responses/pill_testing_report.pdf, blz. 35-37.
([45]) Artikel in de *Corriere della Sera*, 2 november 2001.
([46]) Zie eveneens: *Drugs in beeld*, nr. 4, EWDD, 2002.

gramma's die toegang geven tot steriel injectiemateriaal, van groot belang. In alle EU-landen en in Noorwegen wordt dan ook gebruikgemaakt van omruilprogramma's voor spuiten via drugsinstanties, apotheken of verkoopautomaten. In 2000 is het aantal omruilprogramma's toegenomen ([47]). Tussen en binnen landen bestaan er echter nog steeds grote verschillen in verkrijgbaarheid en dekkingsgebieden (Wiessing et al., 2001).

In Helsinki (en in een aantal andere Finse gemeenten) is in 2001 meer injectiemateriaal beschikbaar. In de Vlaamse Gemeenschap in België is eind 2000 de eerste naaldenomruilfaciliteit geopend; dat is zes jaar nadat de Waalse Gemeenschap de beschikking kreeg over een dergelijke faciliteit. In de Ierse nationale drugsstrategie 2001-2008 vormt risicoreductie een onderdeel van de behandelingspijler. Het Portugese nationale actieplan voor drugs „Horizonte 2004" bevat ambitieuze doelstellingen voor de beperking van schadelijke gevolgen, bijvoorbeeld de beschikbaarheid van naaldenomruilvoorzieningen in alle districten in 2004. Van de beschikbare begroting in Portugal is echter slechts 5 % toegewezen aan maatregelen ter vermindering van schadelijke gevolgen en 95 % aan preventie, behandeling en rehabilitatie. Het Britse ministerie van Volksgezondheid heeft de campagne „Making Harm Reduction Work" gelanceerd om het beperken van schadelijke gevolgen onder drugsgebruikers te bevorderen en verder te ontwikkelen (Hunt et al., 2001).

De effecten van een beleid voor het beperken van schadelijke gevolgen van de hepatitis-C-epidemie zijn onderzocht in studies in Engeland en Wales (Hope et al., 2001) en in Ierland (Smyth et al., 1999). De bevindingen wijzen erop dat dergelijke strategieën tot een vermindering van het risicogedrag leiden.

In Duitsland, Ierland, Nederland, Portugal, Oostenrijk, Finland, het Verenigd Koninkrijk en Noorwegen wordt via een systematische aanpak getracht om de vaccinatie tegen hepatitis B toegankelijker te maken teneinde een volledige immunisatie van een hoog percentage drugsgebruikers te bewerkstelligen. Op dit moment lijkt vaccinatie niet erg toegankelijk voor drugsgebruikers en is de immunisatiegraad in het algemeen laag. De kosten kunnen hierbij ook een rol spelen: in de Vlaamse Gemeenschap in België bijvoorbeeld hebben drugsgebruikers geen prioriteit in het immunisatiebeleid van het ministerie van Volksgezondheid en dat betekent dat vaccinatie niet gratis is ([48]).

Preventie van sterfte ten gevolge van drugsgebruik

In 2000 zijn in de EU naar schatting 7 000 tot 8 000 sterfgevallen geregistreerd als gevolg van accidentele of bewuste overdoses. Uit onderzoek is gebleken dat drugsspuiters een hoger risico lopen, met name degenen die heroïne combineren met middelen die een verdovende werking op het centrale zenuwstelsel hebben, zoals alcohol en benzodiazepinen (zie het gedeelte over sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik).

Uit wetenschappelijke resultaten blijkt dat van de methadonprogramma's een aanzienlijk preventief effect uitgaat ten aanzien van het aantal sterfgevallen door een opiatenoverdosis en ten aanzien van de drugssterfte in het algemeen (WHO, 1998). Uit België, Duitsland, Finland, Noorwegen en het Verenigd Koninkrijk wordt een innovatieve aanpak van de preventie en het management van overdoses gerapporteerd, zoals het trainen van drugsgebruikers om zichzelf tegen overdoses te beschermen en om beter te reageren op overdoses waarvan zij getuige zijn, een toedieningstraining voor naloxon, primaire reanimatietechnieken en de ontwikkeling van specifiek voorlichtingsmateriaal gericht op preventie. In het Verenigd Koninkrijk heeft de regering in november 2001 een actieplan gelanceerd om sterfgevallen ten gevolge van drugs te voorkomen. Het actieplan bestaat onder andere uit trainingen en uit monitoring en onderzoeksactiviteiten ([49]).

Beschikbaarheid van behandelingsfaciliteiten

In de afgelopen vijf jaar is de beschikbaarheid van behandelingsfaciliteiten in de Europese Unie en Noorwegen aanzienlijk toegenomen ([50]). Het aanbod van zowel behandelingen met behulp van medicatieondersteuning (substitutiebehandeling) als psychosociale behandelingen is toegenomen, hoewel er een grote variatie tussen landen bestaat in de omvang van die toename.

In het algemeen is het aanbod aan substitutiebehandelingen sneller gestegen dan dat aan psychosociale behandelingen. Een snelle stijging van substitutiebehandelingen heeft zich voorgedaan in Frankrijk (van 500 naar meer dan 78 000

([47]) Tabel 8 OL — Aanbod en soorten omruilprogramma's voor spuiten, deelname van apotheken, aantal gedistribueerde/verkochte spuiten (on-lineversie).

([48]) Tabel 9 OL — Aanbod van HIV-counseling, HIV-tests, HIV-behandeling en HBV-vaccinatie voor injecterende drugsgebruikers (ID's) in sommige Europese landen, zoals gerapporteerd door de nationale focal points, 2000 en 2001 (on-lineversie).

([49]) Voorbeelden van preventieboodschappen gericht op overdoses uit de campagne zijn on line beschikbaar (on-lineversie).

([50]) Tabel 10 en 11 OL — Beschikbaarheid van psychosociale en substitutiebehandelingen in de Europese Unie en Noorwegen (on-lineversie).

Faciliteiten voor drugsconsumptie

In september 2001 waren er in Duitsland negentien consumptieruimten (Stöver, 2002). Nederland kende in 2002 meer dan twintig officiële faciliteiten voor drugsconsumptie in meerdere steden. In Spanje werd een injectieruimte in mei 2000 in Las Barranquillas, bij Madrid, geopend. Ook is een mobiele injectieruimte sinds 2001 in gebruik in Barcelona. In het Portugese beleidskader voor de beperking van schadelijke gevolgen is rekening gehouden met faciliteiten voor drugsgebruik onder toezicht (zoals ook voorzien in het nationale actieplan voor drugs „Horizonte 2004"). In Luxemburg zijn juridische obstakels uit de weg geruimd zodat injectieruimten nu als onderdeel van de drugshulpverlening kunnen worden beschouwd. De bedoeling is om vanaf 2003 een injectieruimte te integreren binnen de uitgebreide hulpverlening van een „noodopvangcentrum".

De vertrekkende regering in Noorwegen stelde (in de herfst van 2001) voor om een openbare hoorzitting te organiseren en vervolgens een proefproject op te starten. De huidige regering sprak zich in mei 2002 tegen dergelijke faciliteiten uit, gesteund door een meerderheid in de hoorzitting van deskundigen. In Denemarken heeft het ministerie van Volksgezondheid in 2000 een initiatief voor een injectieruimte als gevolg van internationale conventies die zich met deze kwestie bezighouden, in de koelkast gezet. In Oostenrijk is het openen van een faciliteit voor drugsconsumptie (een „gezondheidsruimte") al jaren onderwerp van discussie. Uit een enquête in dat land (Feistritzer, 2001) blijkt dat de houding van het grote publiek ten opzichte van injectieruimten positiever is geworden (28 % in 2001 tegenover 20 % in 1997).

De doelstellingen, het hulpverleningsaanbod en het gebruik van consumptieruimten zijn in een aantal studies beschreven, die enige steun opleveren voor de vier te verwachten voordelen van dergelijke faciliteiten: minder openbare overlast, een betere toegang tot en effectiever gebruik van hulpverlening op het gebied van gezondheid en welzijn, een vermindering van het risico op een overdosis als gevolg van opiaatgebruik en een kleiner risico op besmetting met een virus dat via het bloed overgedragen kan worden (Dolan et al., 2000). Op dit moment is het EWDD bezig met het samenstellen van een overzicht van de ervaringen en problemen met betrekking tot faciliteiten voor drugsconsumptie en van de lessen die hieruit geleerd zijn.

cliënten tussen 1993 en 2000), in Noorwegen (van 50 naar 1 100 cliënten in de periode 1997-2001), in Finland (van 10 naar 240 cliënten tussen 1996 en 2001) en in Spanje (van 12 000 naar 72 000 cliënten in de periode 1993-1999). Beschikbare plaatsen voor psychosociale behandelingen worden niet op dezelfde systematische en kwantitatieve manier geregistreerd. Er is echter wel sprake van een stijging, bijvoorbeeld in Denemarken (van één gespecialiseerde therapeutische drugsgemeenschap in 1994 naar ongeveer 35 in 1999) en in Griekenland (van één gespecialiseerde therapeutische drugsgemeenschap in 1983 naar acht in 1999).

De toename in behandelingsfaciliteiten is niet alleen verheugend, maar ook noodzakelijk om het probleem van de drugsverslaving in Europa aan te pakken. Griekenland en Portugal melden echter nog steeds een te klein aanbod aan behandelingen om aan de vraag van cliënten te kunnen voldoen. Ook de resultaten van onderzoek naar een systematische, cliëntgerichte afstemming op behandelingen geven nog geen erg eenduidig beeld. Deze cruciale kwesties moeten opgelost worden om de maatregelen tegen drugsverslaving en de behandelingsresultaten te verbeteren ([51]).

Maatregelen in het strafrechtsysteem

De rechterlijke instanties in EU-landen beschikken in verschillende fasen van het strafrechtsysteem over uiteenlopende maatregelen om drugsgebruikers die een strafbaar feit hebben begaan, een behandeling op te leggen ([52]). Lidstaten proberen in toenemende mate om de beschikbare maatregelen beter in kaart te brengen, om de mate van toepassing ervan te documenteren en hun effectiviteit te verbeteren. Deze initiatieven zijn relevant voor het evalueren van de vooruitgang in verband met streefdoel 5 van de drugsstrategie van de Europese Unie „om binnen vijf jaar het aantal drugsgerelateerde misdrijven sterk te doen afnemen", althans voorzover alternatieve maatregelen er uiteindelijk op gericht zijn om crimineel recidivisme te verminderen en een hernieuwd drugsgebruik onder drugsdelinquenten zo veel mogelijk te voorkomen. Hierna volgt een aantal voorbeelden.

Opleggen van een behandeling

In het Verenigd Koninkrijk is gebleken dat doorverwijzingsregelingen bij arrestaties en drugstest en behandelingsprogramma's (Drug Treatment and Testing Order Schemes — DTTO's) tot een toename van het aantal

([51]) Een succesvolle behandeling is een van de speciale kwesties die in hoofdstuk 3 van dit jaarverslag aan de orde komt.
([52]) Zie tevens: *Drugs in beeld*, nr. 2, EWDD, Bureau voor officiële publicaties der Europese Gemeenschappen, 2002.

drugsgebruikende delinquenten in behandeling leiden. Onderzoek heeft aangetoond dat de crisissituatie als gevolg van een arrestatie een belangrijk aanknopingspunt biedt om delinquenten die drugs gebruiken, gericht te voorzien van preventieve informatie en behandelingsmogelijkheden (DPAS, 2000). Het is de bedoeling dat de genoemde programma's in mei 2002 door alle politiekorpsen in het Verenigd Koninkrijk gebruikt gaan worden. Uit een eerste evaluatie van de DTTO's (achttien maanden na de start) bleek zowel de hoeveelheid geld die aan drugs werd uitgegeven als het aantal drugsdelicten afgenomen te zijn (Turnbull & Sweeney, 2000). Na afronding van de succesvolle proeffase hebben de DTTO's in oktober 2000 vervolgens een permanent karakter gekregen.

In Den Haag is een experimenteel project van vier jaar uitgevoerd gericht op de behandeling van lokale, criminele verslaafden. Het project was geconcentreerd op afkicken en nazorg en leverde als bemoedigend resultaat op dat 40 % van de deelnemers aan het programma twee jaar na de interventie nog steeds geen drugs gebruikte. Ook kwam uit het project een hoge correlatie naar voren tussen positieve resultaten en een continue behandeling (Vermeulen et al., 1999). Uit een evaluatie van een behandelingsprogramma in het kader van het Franse beleid „injonction thérapeutique" (Setbon e.a., 2000) bleek echter een gebrek aan effectiviteit. In januari 2001 is in Ierland op proef een „drugsrechtbank" van start gegaan die daders van kleine drugsdelicten in een rehabilitatieprogramma kan plaatsen dat op basis van een gestructureerd toezicht wordt uitgevoerd. Opgemerkt moet worden dat noch DTTO's in het VK noch de Ierse drugsrechtbanken tot nu toe voorwerp zijn geweest van een rigoureuze evaluatie, waarbij gebruikgemaakt is van gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken.

Behandeling in de gevangenis

Dit onderdeel komt in hoofdstuk 3 van dit verslag aan de orde in het kader van de speciale kwestie „Drugsgebruik in de gevangenis" (blz. 52).

Voorwaardelijke invrijheidsstelling

Onder bepaalde condities is een voorwaardelijke invrijheidsstelling voor veroordeelde delinquenten in alle EU-landen mogelijk, maar sommige jurisdicties kennen speciale voorwaarden voor drugsdelicten. Pogingen om de resultaten van deze alternatieve maatregelen te evalueren, zijn nog steeds zeer schaars. In Italië bleek echter uit een analyse van de voorwaardelijke invrijheidsstelling van delinquente drugsgebruikers dat die invrijheidsstelling slechts voor een klein percentage werd teruggedraaid: van een steekproef van 4 237 drugsgebruikers die in de eerste helft van 2000 voorlopig in vrijheid waren gesteld, werd de voorwaardelijke invrijheidsstelling van slechts 253 personen (6 %) ingetrokken, zodat deze alsnog de gevangenis in moesten.

Een aantal andere onderzoeken is nog niet afgerond, zoals onderzoeken naar het opleggen van behandelingen in plaats van straf (Finland), naar behandelingen in het gevangenissysteem (Zweden), naar de behandeling van criminele verslaafden buiten gevangenissen (Denemarken) en naar forensische verslavingszorg (Nederland). Het nieuwe overkoepelende programma voor de drugszorg in Luxemburg zal meteen vanaf de start medio 2002 een grote evaluatiecomponent bevatten. In het Verenigd Koninkrijk vindt op dit moment een evaluatie plaats van de kwaliteit van alle gevangenisgerelateerde behandelingsprogramma's om deze van een goedkeuring van overheidswege te voorzien.

In een literatuuronderzoek naar de effectiviteit van sanctieprogramma's (Beenakkers, 2000) in opdracht van het Nederlandse ministerie van Binnenlandse Zaken, werd geconcludeerd dat die effectiviteit afhankelijk is van aanvullende interventies en behandelingen. Voor het reduceren van recidivisme wordt dan ook het gebruik van een cognitieve gedragtherapeutische invalshoek en een „gefaseerde" zorgregeling aanbevolen. Deze laatste bevinding is bevestigd door andere evaluaties in Nederland (in 1998 en 1999), die gericht waren op maatregelen voor delinquente drugsgebruikers.

Terugdringen van het aanbod

De voornaamste activiteit van criminele organisaties in de Europese Unie in 2000-2001 is nog steeds de productie van en handel in drugs (Europol, 2001). Deze organisaties maken optimaal gebruik van de mogelijkheden die de mondialisering van de markteconomie biedt, met inbegrip van de moderne technologieën. De criminele organisaties houden zich meestal met meer dan één soort misdaad bezig; zij beperken hun activiteiten dus niet tot één soort drugs, wat ook blijkt uit het toenemend aantal polydrugsvangsten.

Het bestrijden van de georganiseerde drugshandel is een van de prioriteiten van de lidstaten. In verschillende lidstaten wordt getracht om de databasesystemen en de technieken voor misdaadanalyse te verbeteren, waarvoor ook extra financiële middelen worden gereserveerd. Tegelijkertijd is er sprake van een grotere internationale samenwerking, waarbij een aantal internationale organisaties betrokken zijn, evenals Interpol en de Werelddouaneorganisatie.

Die betere internationale samenwerking heeft geleid tot de oprichting van speciale „taskforces". Een voorbeeld

daarvan is de taskforce die opgericht is om alle informatie met betrekking tot de drugshandel via de Zijderoute te verzamelen en te verwerken. Op dit moment maken Interpol, Europol, de Werelddouaneorganisatie en het Duitse Bundeskriminalamt (BKA) deel uit van deze taskforce. De rol van het BKA is het uitvoeren van analysen op basis van informatie die door andere leden van de taskforce wordt verstrekt. Een ander voorbeeld van een dergelijke samenwerking is de operatie „Road Runner II". Deze wordt gefinancierd door de Europese Commissie en is gericht op surveillanceacties ter bestrijding van de drugshandel via de Balkanroute. Deze operatie heeft inmiddels geleid tot de inbeslagname van aanzienlijke hoeveelheden drugs dankzij de medewerking van de vijftien lidstaten van de EU en dertien landen uit Midden- en Oost-Europa (zie http://www.europol.eu.int).

Een belangrijk deel van de toegenomen internationale samenwerking is gericht op de bestrijding van de sluikhandel van chemische producten en precursoren. Naar verwachting komt 1 500 ton azijnzuur-anhydride in de handel terecht voor de verwerking van heroïne (op een jaarlijkse wereldproductie van 2,5 miljoen ton). Ongeveer 20 % van de mondiale productie van azijnzuur-anhydride is afkomstig uit de Europese Unie.

Operatie „Topaz", een actie gericht tegen het in de handel brengen van azijnzuur-anhydride, maakt ook gebruik van een systeem om de oorsprong van de in beslag genomen chemicaliën te achterhalen. Dankzij deze operatie zijn elf leveringen van in totaal bijna 230 ton azijnzuur-anhydride opgespoord die gebruikt hadden kunnen worden bij de productie van tussen de 55 en 230 ton heroïne. De omvang van de legale internationale handel bedroeg in 2001 ongeveer 180 000 ton. Aangezien de meeste leveringen niet rechtsreeks van de producent naar de verbruikslanden gaan, zijn er aanvullende middelen nodig om een adequaat controleniveau te waarborgen. De INCB (International Narcotics Control Board) heeft erop gewezen dat sommige belangrijke nationale overheidsinstanties (zoals de Nederlandse autoriteiten) die een groot deel van de doorvoeroperaties controleren, hun middelen voor dit doel aanzienlijk hebben uitgebreid (zie http://www.undcp.org).

Het internationale controleprogramma voor kaliumpermanganaat heeft geleid tot de inbeslagname van 1 100 ton van dit chemische product. Dankzij het surveillanceprogramma voor kaliumpermanganaat is een situatie ontstaan waarin de voornaamste uitvoerende landen vooraf hun productleveringen dienen te melden. Operatie „Purple" is in 2000 van start gegaan en de resultaten zijn ook in 2001 verbeterd: zeventien leveringen (in totaal 1 100 ton chemicaliën) zijn dankzij deze operatie niet op de illegale markt terechtgekomen. In 2000 werden dertien leveringen in beslag genomen met een totale omvang van ongeveer 655 ton. De omvang van de legale internationale handel in kaliumpermanganaat bedroeg in 2001 ongeveer 19 000 ton (in 2000 ongeveer 11 000 ton). Op basis van het programma konden ook nieuwe technieken en routes vastgesteld worden om dit chemische product te onderscheppen zonder dat de legale internationale handel noemenswaardige vertragingen ondervond. De INCB heeft echter wel een constante toename in aantal en volume vastgesteld van de leveringen die naar landen gaan die niet deelnemen aan operatie „Purple" (zie het verslag over 2001 van de INCB inzake precursoren, http://www.undcp.org).

De samenwerking tussen internationale douane-instanties en de activiteiten van de Financiële Actiegroep van de OESO (de FATF — Financial Action Task Force) spelen een zeer belangrijke rol bij maatregelen tegen het witwassen van geld. In november 2000 heeft de conventie van de Verenigde Naties ter bestrijding van grensoverschrijdende criminaliteit het belang onderkend van maatregelen voor de controle op grensoverschrijdende liquide middelen en obligaties. Het belang van geldstromen die verband houden met drugshandel, is ook onderstreept door internationale organisaties die samenwerken om witwaspraktijken tegen te gaan (zie het FATF-verslag 2001-2002, http://www.oecd.org/FATF). Operatie „Goldfinger" is een goed voorbeeld van het belang van een regionale samenwerking. Bij deze operatie verzamelden douaneautoriteiten uit het Baltische gebied informatie over activiteiten waarmee een waarde van meer dan 10 000 Amerikaanse dollar was gemoeid. De belangrijkste conclusies uit deze operatie betroffen het afschrikeffect van regionale douanesamenwerking op witwaspraktijken en de grote verscheidenheid in de nationale wetten wat geldstromen betrof (zie het „Douane- en drugsverslag 2000", http://www.wcoomd.org).

De voornaamste FATF-activiteiten waren gericht op een wereldwijde publiciteit over de genomen „antiwitwasmaatregelen", op het verbeteren van de tenuitvoerlegging van de veertig aanbevelingen van de FATF uit 1990 (zoals gewijzigd in 1996) en op het verbeteren van de evaluatie van witwasmethoden en tegenmaatregelen. In juni 2000 begon de FATF met zijn actie tegen niet-coöperatieve landen en gebieden (NCCT) teneinde vast te stellen welke landen en rechtssystemen niet voldoen aan de criteria van de FATF voor het tegengaan van witwaspraktijken. De FATF steunt eveneens de oprichting en versterking van met de FATF vergelijkbare regionale instanties. De jaarlijkse enquête naar de verschillende soorten witwaspraktijken in 2001 (onder voorzitterschap van Noorwegen) was op een aantal belangrijke kwesties

gericht, zoals op on-linebankieren en internetcasino's, niet-bedrijfsmatige instrumenten voor het witwassen van gelden, advocaten, notarissen, accountants en andere beroepsgroepen, de rol van liquide middelen bij witwaspraktijken en witwaspraktijken in verband met terrorisme. Tot slot hebben de Europese Centrale Bank en Europol een waarnemersstatus binnen de FATF gekregen (zie http://www.oecd.org/FATF).

Referenties en bronnen — Hoofdstuk 2

Nationale verslagen over de drugssituatie (2001) van alle EU-lidstaten en Noorwegen.

Beenakkers, E. M. Th. (2000), *Effectiviteit van sanctieprogramma's: bouwstenen voor een toetsingskader; Een literatuuronderzoek* (*Onderzoeksnotities 2000/1*), Den Haag, ministerie van Justitie/Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatiecentrum (WODC) *.

Dolan, K., Kimber, J., Fry, C., Fitzgerald, J., Mcdonald, D. en Trautmann, F. (2000), „Drug consumption facilities in Europe and the establishment of supervised injection centres in Australia", *Drug and Alcohol Review*, Vol. 19, blz. 337-346.

DPAS Home Office Drugs Prevention Advisory Service (2000), „Criminal Justice — a golden opportunity", *Access*, Issue 1, blz. 1-2.

Europol (2001): EU-situatieverslag over de productie van en de handel in drugs 2000-2001, Europol, Den Haag.

EWDD (2002), *Drugs in beeld — briefing nr. 2: Drugsgebruikers en de wetgeving in de EU*, EWDD, Bureau voor officiële publicaties der Europese Gemeenschappen, Luxemburg.

EWDD (2002), *Drugs in beeld — briefing nr. 4: Drugsgebruik via injectie*, EWDD, Bureau voor officiële publicaties der Europese Gemeenschappen, Luxemburg.

European Network on HIV/Aids and Hepatitis Prevention in Prisons (2001), Final Progress Report, Bonn & Marseille.

Feistritzer, G. (2001), *Suchtmittel und Drogenpolitik. Bevölkerungsbefragung Wien, Februar 2001*, IFES, Wenen.

Hope, V., Judd, A. en Hickman, M. et al. (2001), „Prevalence of hepatitis C among injection drug users in England and Wales: is harm reduction working?", *American Journal of Public Health*, Vol. 91, Issue 1, blz. 38-42.

Hunt, N., Stillwell, G., Taylor, C. en Griffiths, P. (1998), „Evaluation of a brief intervention to reduce initiation into injecting", *Drugs: Education, Prevention and Policy*, Vol. 5 (2), blz. 185-194.

Hunt, N., Britton, J., Derricott, J. en Preston, A. (2001), *Making harm reduction work: Harm reduction and injecting drug users*, DrugScope, Department of Health & University of Kent, Londen & Canterbury.

Hunter, G. M., Stimson, G. V., Judd, A., Jones, S. en Hickman M. (2000), „Measuring injecting risk behaviour in the second decade of harm reduction: a survey of injecting drug users in England", *Addiction*, Vol. 95, blz. 1351-1361.

Setbon, M. en De Calan, J. (2000), *L'injonction thérapeutique: évaluation du dispositif légal de prise en charge des usagers de drogues interpellé,* CNRS-GAPP/OFDT, Parijs *.

Skolverket (2000), „Undervisningen om tobak, alkohol och andra droger", in *Nationella kvalitetsgranskningar 1999*, Skolverket, Stockholm.

Smyth, B., McMahon, J., O'Connor, J. en Ryan, J. (1999), „Knowledge regarding hepatitis C among injecting drug users", *Drugs: Education, Prevention and Policy*, Vol. 6 (2), blz. 257-264 *.

Stöver, H. (2002), „Consumption rooms — Between health orientation and public order", *Journal of drug issues* (in druk).

Turnbull, P., McSweeney, T. en Hough, M. (2000), „Drug Treatment and Testing Orders — the 18-Month Evaluation", *Research Fundings No. 128,* Home Office Research, Development and Statistics Directorate, London.

Vermeulen, K. T., Hendriks, V. M. en Zomerveld, R. (1999), *Dranbehandeling in Den Haag: Evaluatieonderzoek naar de effectiviteit van het behandelprogramma Triple-Ex voor justitiabele verslaafden,* Den Haag, Parnassia Addiction Research Centre (PARC) *.

Wiessing, L. G., Denis, B., Guttormsson, U., et al. (2001), „Estimating coverage of harm reduction measures for injection drug users in the European Union" in: *Proceedings of 2000 Global Research Network Meeting on HIV Prevention in Drug-Using Populations. Third Annual Meeting, Durban South-Africa, 5-7 July 2000*, National Institute on Drug Abuse — National Institutes of Health — US Department of Health and Human Services.

Winstock, A. R., Wolff, K., Ramsey, J. (2001), „Ecstasy pill testing: harm minimisation gone too far?", *Addiction*, Vol. 96, blz. 1139-1148.

WHO (1998), *Opioid Overdose: Trends, risk factors, interventions and priorities for action*, World Health Organization, Programme on Substance Abuse, Division of Mental Health and prevention of Substance Abuse, Genève.

* = referentie geciteerd in het nationaal Reitox-verslag.

Speciale kwesties

In dit hoofdstuk komen in verband met de drugsproblematiek in Europa drie speciale kwesties aan de orde: polydrugsgebruik, succesvolle behandeling en drugsgebruik in de gevangenis.

Polydrugsgebruik

Een brede definitie van „polydrugsgebruik", die door veel lidstaten wordt gehanteerd, is „het gebruik door een individu van meerdere drugs of soorten drugs die tegelijkertijd of na elkaar geconsumeerd worden" (zoals gedefinieerd in het WHO-lexicon). In Europa dateert het concept „polydrugsgebruik" uit de jaren zeventig. In de meest ruime zin wordt onder polydrugsgebruik het gebruik van een illegale drug samen met een andere legale of illegale drug verstaan. Er bestaan tussen lidstaten echter aanzienlijke verschillen in de middelen die onder deze definitie vallen en de tijdsintervallen die gehanteerd worden. Die verschillen lijken bepaald te worden door de beschikbare enquêtegegevens en door inschattingen van de risico's die aan bepaalde middelen of combinaties verbonden zijn. Tot de middelen die in ieder geval meestal wel onder de definitie vallen, behoren de belangrijkste illegale drugs, alcohol en medicijnen. Ook energiedrankjes vallen er soms onder en in Frankrijk geldt dat tevens voor tabak. De gehanteerde tijdsintervallen voor consumptie lopen uiteen van een periode van zes uur tot aan „ooit"-gebruik.

Volgens de ruime definitie is het van toepassing op alle gebruikers van illegale drugs, aangezien het gebruik van verboden middelen voor alle gebruikers op een bepaald moment in hun leven wel samengaat met het gebruik van alcohol en tabak. Zelfs wanneer de definitie van polydrugsgebruik beperkt wordt tot de categorie „illegale drugs" variëren de combinaties en patronen zodanig dat het weinig zin heeft om een standaarddefinitie vast te stellen. Om de algemene problemen in verband met polydrugsgebruik in de EU te bespreken, vormen de risico's voor de gezondheid dan ook ons belangrijkste uitgangspunt.

Over het algemeen is iedereen het erover eens dat polydrugsgebruik vier hoofdfuncties heeft: het maximaliseert het effect, het houdt negatieve effecten in evenwicht, het houdt negatieve effecten onder controle, en het werkt als substitutie van gewenste effecten. Informatie over de functies van het combineren van bepaalde drugs is gebaseerd op beschrijvingen die door gebruikers werden gegeven van hun pogingen om plezierige ervaringen te creëren of te continueren (Seppälä, 1999; Strang et al., 1993). Het gebruik van bepaalde middelen is afhankelijk van lokale beschikbaarheid, trends en plaatselijke normen voor het voorschrijven van substitutiemiddelen (in landen waar het gebruik van middelen op medisch voorschrift voor drugsgebruikers in behandeling ook tot het polydrugsgebruik wordt gerekend, zoals in Duitsland, Frankrijk, Ierland en het Verenigd Koninkrijk).

Gezondheidsrisico's

De combinaties van drugs die bij sterfgevallen en bij overdoses vastgesteld worden, geven een indicatie van specifieke risico's die verbonden zijn aan die combinaties (zie box blz. 44).

De gezondheidsrisico's die verband houden met psychotrope stoffen, worden overigens niet uitsluitend bepaald door de farmacologische eigenschappen en hoeveelheden van de middelen, maar ook door uiteenlopende individuele kenmerken en sociale en omgevingsfactoren.

In het kader van de „vroegtijdige signaleringssystemen" bestaat een groeiende bezorgdheid over de potentiële vermenging van psychoactieve stoffen in pillen die als ecstasy worden verkocht en waardoor gezondheidsrisico's vanwege polydrugsgebruik kunnen ontstaan, ook al is er geen sprake van een bewuste keuze van de gebruiker. In 2001 werd bijvoorbeeld in Denemarken gecon-

Voorbeelden van drugscombinaties met een hoog risico

- Hoewel een overdosering met uitsluitend benzodiazepinen niet snel mogelijk is, kan de combinatie van benzodiazepinen met een hoge dosis alcohol of een opiaat, zoals heroïne of methadon, dodelijk zijn.
- Het gebruik van ecstasy met alcohol verhoogt het gezondheidsrisico, omdat alcohol de warmteregulering vermindert en het vochtverlies verhoogt.
- Indien cocaïne samen met alcohol wordt gebruikt, kan deze combinatie een directer toxisch effect op het hart en de lever hebben dan het gebruik van cocaïne of alcohol alleen. Alcohol speelt vaak een rol bij sterfgevallen als gevolg van hartfalen vanwege cocaïnegebruik.
- De combinatie van verschillende stimulerende middelen, inclusief energiedrankjes, kan sympathische hyperactiviteit veroorzaken, wat kan leiden tot een mindere warmteregulering en slechtere hartfuncties.

Bronnen: Leccese et al., 2000; DrugScope 2001.

stateerd dat 10 tot 32 % van de onderzochte pillen meer dan één actieve stof bevatte. Deze pillen bevatten met name MDMA en PMA, PMMA, MDE en MDA. In Frankrijk bleek uit een steekproef dat tweederde van de onderzochte pillen die als ecstasy werden verkocht, naast MDMA ook andere actieve bestanddelen bevatte, meestal medicamenten.

Fatale en niet-fatale overdoses

In het afgelopen decennium is de aandacht van de media voor sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik met name gericht geweest op ecstasyslachtoffers (België, Denemarken, Italië en het Verenigd Koninkrijk). De aandacht van de media wordt meestal niet getrokken door de dood van problematische drugsgebruikers. Het merendeel van de 7 000 tot 8 000 acute drugsdoden (overdoses) die elk jaar in de EU geregistreerd worden, betreft mannen die al gedurende een aantal jaren opiaten gebruiken (zie het gedeelte over sterftecijfers).

Er zijn weinig resultaten bekend van toxicologische analysen van fatale en niet-fatale overdoses die verband houden met illegale drugs ([53]). Uit de gegevens die wel beschikbaar zijn, blijkt steeds weer dat de sterfgevallen verband houden met het injecteren van heroïne in combinatie met de inname van andere drugs. Uit een recent onderzoek in het Verenigd Koninkrijk naar 153 drugsgebruikers met een niet-fatale overdosis bleek dat in 111 gevallen (73 %) meer dan één drug was gebruikt (Neale, 2001). Bij fatale overdoses in het Verenigd Koninkrijk is in meer dan 50 % van de gevallen minstens één andere drug dan wel alcohol betrokken. In Ierland kan dat percentage oplopen tot 90 %. Benzodiazepinen, alcohol, methadon en cocaïne zijn de middelen die het vaakst in combinatie met opiaten worden aangetroffen. De meest gangbare verklaring voor de oorzaak van de betreffende overdoses was het gebruik van een van die combinaties (ONS, 2000a en b; Farrell, 1989; Bennet en Higgins, 1999; Strang et al., 1999; Taylor et al., 1996) ([54]).

Sterfgevallen die toegeschreven worden aan cocaïne, amfetamine of MDMA (ecstasy) zonder een aanwezigheid van opiaten of benzodiazepinen komen niet vaak voor en worden meestal gecombineerd met andere drugs of alcohol.

Andere risico's

Polydrugsgebruik wordt met name ook beschouwd als een factor die tot gevaarlijk rijgedrag kan leiden, maar er zijn weinig gegevens binnen de EU bekend over drugs en rijgedrag. Ook gewelddadig of agressief gedrag is onlangs in verband gebracht met een verhoogd gebruik van alcohol in combinatie met stimulerende middelen (Snippe en Bieleman, 1997; Vermaas, 1999).

Trends

Het meest schrijnende gevolg van polydrugsgebruik is het aantal sterfgevallen dat daaruit voortvloeit. In sommige landen stijgt dat aantal nog steeds. De middelen die het meest werden aangetroffen, waren combinaties van morfine, benzodiazepine en alcohol, met een recente, op landelijk of lokaal niveau gerapporteerde toename van cocaïne in Spanje, Frankrijk, Italië, Nederland en het Verenigd Koninkrijk (zie het gedeelte over sterftecijfers voor meer informatie hieromtrent).

Aandacht voor risicogroepen

Sterfgevallen die toegeschreven worden aan bepaalde patronen in polydrugsgebruik, zijn een bron van maatschappelijke en publieke zorg. Deze bezorgdheid is met

([53]) Een drug wordt geacht een rol te spelen of betrokken te zijn bij overdoses als uit toxicologisch onderzoek een positief resultaat blijkt of wanneer er bewijzen voorhanden zijn dat de drug vóór het overlijden geconsumeerd is. Dat wil niet zeggen dat de drug ook de oorzaak van het overlijden is. Het kan wel betekenen dat de drug(s) bijgedragen heeft/hebben aan het overlijden.

([54]) Tabel 12 OL geeft een voorbeeld van het aantal drugs dat een rol heeft gespeeld bij sterfgevallen ten gevolge van opiaatgebruik in Ierland (on-lineversie).

name op twee groepen gericht die zich onderscheiden door het soort middelen en de gebruikte combinaties en door de omgeving waarin het gebruik plaatsvindt.

- Het is wetenschappelijk bewezen dat problematische drugsgebruikers het grootste gezondheidsrisico lopen, met name degenen die opiaten en andere drugs injecteren.

- De bezorgdheid in de media en onder het grote publiek betreft met name het risico op overlijden en op overdoses onder gebruikers van recreatieve drugs die niet verslaafd zijn en waarbij de consumptie van verboden middelen meestal beperkt blijft tot specifieke sociale settings of tot bepaalde fasen in hun leven. Gezien het relatief kleine aantal sterfgevallen is deze bezorgdheid buitenproportioneel.

De kenmerken van cliënten en de hoeveelheid cliënten die in gespecialiseerde centra in Europa in behandeling zijn, gelden als een indirecte indicator voor problematische drugsgebruikers. Ten aanzien van gebruikers van recreatieve drugs dienen de resultaten van een uitgebreide Europese enquête onder deze doelgroep in negen Europese steden als basis. Daarnaast zijn er ook nog een aantal ad-hocenquêtes uitgevoerd onder bezoekers van clubs.

Problematische drugsgebruikers

Al sinds de jaren zeventig is duidelijk dat problematische drugsgebruikers de bestanddelen van hun drugsmenu aanpassen aan de beschikbaarheid van drugs op de markt en aan de verschillende levensfasen waarin ze zich bevinden. Zij kunnen bepaalde middelen die niet beschikbaar zijn, vervangen door andere middelen, niet eens noodzakelijkerwijs van hetzelfde soort (Haw, 1993; Strang et al., 1993; Fountain et al., 1999).

Polydrugsgebruik onder cliënten in behandeling

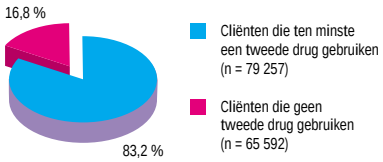
Op Europees niveau verschaffen behandelgegevens informatie over de primaire en secundaire drugs. De primaire drug is „de drug die de meeste problemen voor de cliënt veroorzaakt" ([55]) en de secundaire drugs zijn de drugs die na de primaire drug de meeste problemen veroorzaken. Het Europese informatiesysteem voor behandelingen, gebaseerd op het TDI-protocol (Treatment Demand Indicator), registreert weliswaar tot vier middelen per persoon, maar kan toch als basis gebruikt worden voor een indirecte indicatie van problematisch drugsgebruik ([56]), ook al is het systeem beperkt tot gebruikers in behandeling.

De meeste cliënten in behandeling gebruiken een secundaire drug in combinatie met hun voornaamste drug (83,2 %) (figuur 23). In veel landen wordt een toename van het polydrugsgebruik gerapporteerd ([57]).

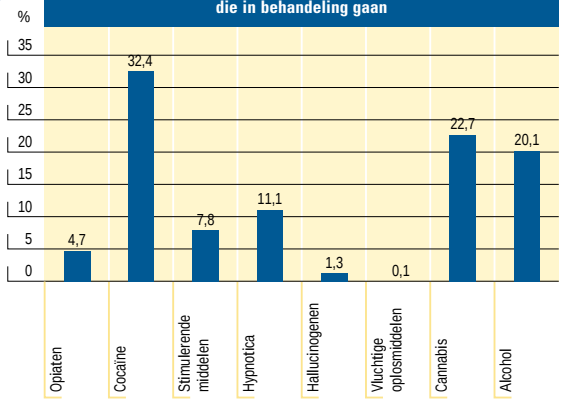
De meest gangbare patronen van polydrugsgebruik zijn i) heroïne in combinatie met andere opiaten (zoals „illegale" methadon) of met benzodiazepinen, ii) opiaten in combinatie met cocaïne, cannabis en stimulerende middelen of alcohol, en iii) cocaïne in combinatie met alcohol of stimulerende middelen ([58]).

De gebruikspatronen variëren aanzienlijk tussen landen en seksen. Uit de beschikbare gegevens blijkt dat in sommige landen een bepaald patroon overheerst, terwijl in andere landen sprake is van verschillende drugscombina-

Figuur 23 A Percentage cliënten in behandeling dat meer dan één drug gebruikt



Figuur 23 B Op een na meest problematische drug voor nieuwe cliënten die in behandeling gaan



Bron: Gegevens over ambulante behandelingscentra (2000) op basis van Treatment Demand Indicator (TDI).
Nationale Reitox-verslagen 2001.

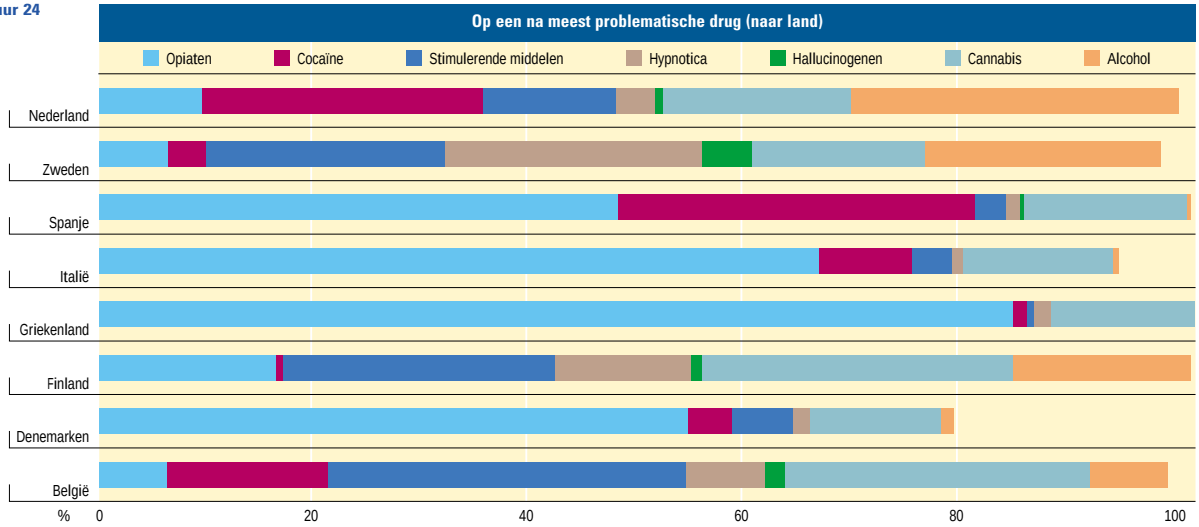
([55]) In het standaard TDI-protocol 2.0 wordt een primaire drug onder punt 14 gedefinieerd als „de drug die de meeste problemen voor de cliënt veroorzaakt"; en onder punt 19 staat „Overige (= secundaire) drug in aanvulling op de primaire drug, als een indicatie van meervoudig drugsgebruik" (zie website: http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/situation/treatment_indicator_report.pdf).

([56]) De landen met gegevens over dit onderwerp waren België, Spanje, Griekenland, Italië, Nederland, Zweden, Finland.

([57]) Zie nationale Reitox-verslagen, „De vraag naar behandeling", hoofdstuk 1, figuur 6 „Alle cliënten in behandeling".

([58]) Figuur 16 OL — Gangbare patronen in drugscombinaties: meest problematische drug samen met de secundaire drug (on-line-versie).

Figuur 24



Bron: Gegevens over ambulante behandelingscentra (2000) op basis van Treatment Demand Indicator (TDI). Nationale Reitox-verslagen 2001.

ties. In sommige landen, bijvoorbeeld Griekenland en Italië, lijkt het erop dat homogene patronen worden aangetroffen in de verdeling van primaire drugs, namelijk een gelijktijdig gebruik van heroïne met hypnotica, sedativa, andere opiaten of cannabis. In Spanje en Nederland is het percentage cliënten dat in behandeling gaat vanwege cocaïne als primaire drug, vrij hoog. In deze landen wordt cocaïne vaak als secundaire drug gebruikt in combinatie met heroïne of stimulerende middelen.

Wat de verdeling naar sekse betreft, is gebleken dat de groep polydrugsgebruikers in behandeling voornamelijk uit mannen bestaat, met name onder de gebruikers die heroïne in combinatie met opiaten en cocaïne en alcohol gebruiken; een hoger percentage vrouwen wordt aangetroffen onder degenen die stimulerende middelen met cannabis, andere stimulerende middelen of andere middelen gebruiken (hypnotica/sedativa, oplosmiddelen) ([59]).

Personen die bij hun voornaamste drug cannabis gebruiken, zijn meestal tussen de 15 en 24 jaar oud; de polydrugsgebruikers van opiaten en cocaïne zijn ouder (20 tot 39) en degenen die alcohol bij hun andere drugs gebruiken, behoren tot de oudste polydrugsgebruikers die in behandeling zijn ([60]).

Uit de beschikbare gegevens kunnen de volgende gebruikspatronen onder cliënten in behandeling worden afgeleid:

- oudere cliënten, voornamelijk mannen, die opiaten als voornaamste drug gebruiken in combinatie met andere opiaten of cannabis;
- jongere cliënten, mannen en vrouwen, die cannabis en stimulerende middelen in combinatie met alcohol of andere middelen gebruiken (zoals hallucinogenen);
- mannen, jonger dan 30, die cocaïne gebruiken in combinatie met alcohol en andere stimulerende middelen; en
- mannen, tussen de 20 en 39, die heroïne en cocaïne gebruiken.

Gebruikers van recreatieve drugs

De prevalentie van polydrugsgebruik is hoger onder jonge mensen in dansclubsettings dan onder jonge mensen in andere settings. Het gaat daarbij met name om het gebruik van alcohol, cannabis en stimulerende middelen (Calafat et al., 1999; Espad, 2000). Er bestaan ook aanwijzingen dat de prevalentie van recreatief polydrugsgebruik in Europa in het algemeen hoger is onder mannen en regelmatige cannabisgebruikers dan onder vrouwen en personen die af en toe met cannabis experimenteren, hoewel er ook sprake is van geografische verschillen. Uit een uitgebreid Europees onderzoek naar drugsgebruikers in het uitgaanscircuit in 1998 is gebleken dat ongeveer de helft van de drugsgebruikers in de „techno/partyscène" aangaf dat zij alcohol met cannabis combineerden, gevolgd door alcohol en ecstasy, en cannabis en ecstasy (Calafat et al., 1999). Uit tabel 1 blijkt dat alcohol een overheersende rol speelt bij het gebruik van recreatieve drugs. De meerderheid van de mensen die in hun vrije tijd drugs gebruiken, consumeren geen combinaties van grote hoeveelheden illegale drugs en alcohol. Onderzoeken lijken er echter wel op te duiden dat het percentage

([59]) Figuur 17 OL — Op een na meest problematische drug naar sekse (% van het totaal naar drug) (on-lineversie).
([60]) Figuur 18 OL — Op een na meest problematische drug naar leeftijd (on-lineversie).

Tabel 1

Drugscombinaties die gebruikers van recreatieve drugs dezelfde avond consumeren

	%
Alcohol en cannabis	50,6
Alcohol en ecstasy	11,9
Alcohol en cannabis en ecstasy	10,4
Cannabis en ecstasy	8,4
Alcohol en cocaïne	7,8
Cannabis en ecstasy, alcohol en cocaïne	7,8
Cannabis, alcohol en cocaïne	2

Bron: Calafat et al. (1999), *Night life in Europe and recreative drug use,* Irefrea & Europese Commissie, Valencia.

dat overgaat op „zware" patronen van drugsgebruik toeneemt. Er is dan ook een toenemende bezorgdheid over de gezondheidsrisico's en mogelijke schade op lange termijn ten gevolge van specifieke gebruikspatronen van recreatieve drugs (Club Health, 2002; Hunt, 2002; McElrath en McEvoy, 1999; Reitox).

Zwaar polydrugsgebruik in een vrijetijdssetting is terug te voeren op een herhaalde blootstelling aan de beschikbaarheid van drugs en een positief beeld van drugscombinaties die door leeftijdsgenoten worden gebruikt. Zwaar drugsgebruik blijft echter over het algemeen beperkt tot bepaalde sociale gebeurtenissen, vakantieperioden of tijdens levensfasen met een uitgesproken sociaal en extravert karakter (Bellis et al., 2000).

Sommige lidstaten rapporteren een toename in het roken van heroïne (Frankrijk en Italië). De afgelopen jaren is er een toenemende bezorgdheid over mensen die heroïne gaan roken om van ecstasy af te raken, maar de bewijzen hiervoor zijn twijfelachtig of tegenstrijdig. Zo is uit onderzoeken in behandelingscentra en gevangenissen in Ierland weliswaar gebleken dat meer dan de helft van de ondervraagde drugsgebruikers heroïne had gerookt om van ecstasy af te raken, maar uit enquêtes onder scholieren van 15 en 16 jaar is naar voren gekomen dat heroïne juist nog steeds een zeer negatief imago heeft (Espad, 2000).

Lokale markt

Er is nog weinig onderzoek gedaan naar drugsmarkten in de EU en daarom is het niet mogelijk om nauwkeurige gegevens te verstrekken over de drugscombinaties die op lokale markten beschikbaar zijn.

Wat „drugsmarkten" betreft, wordt in de media in het Verenigd Koninkrijk regelmatig melding gemaakt van het dealen in ecstasy, amfetamine, cocaïnepoeder en cannabis voor de uitgaanspopulatie in clubs en cafés. Uit onderzoek in Nederland is echter gebleken dat veel jonge mensen die clubs en cafés bezoeken, hun drugs eerder via vrienden dan via dealers krijgen. Sommige markten die beheerst worden door degenen die heroïne, crack-cocaïne en drugs op recept (zoals benzodiazepinen) kopen en verkopen, zijn algemeen bekend, maar dat zijn meestal andere markten dan die voor de uitgaanspopulatie. Op verschillende markten worden verschillende middelen verkocht: sommige markten concentreren zich op de sluikhandel in drugs op recept, terwijl op andere markten vooral heroïne en/of crack-cocaïne wordt verhandeld. Bij de sluikhandel in voorgeschreven drugs is de distributie in handen van een groot aantal mensen die elk een deel of de complete voorraad van hun eigen voorgeschreven drugs verkopen (Edmunds et al., 1996; Fountain et al., 1999).

Interventies gericht op polydrugsgebruik

Er kunnen twee duidelijke doelgroepen onderscheiden worden waarvoor interventies ontwikkeld worden: oudere problematische drugsgebruikers en jonge gebruikers van recreatieve drugs.

Oudere problematische drugsgebruikers

Bij oudere problematische drugsgebruikers is de preventie van drugsgerelateerde schade als gevolg van eventueel onverwachte uitwerkingen van polydrugsgebruik van belang. De voorlichting aan deze groep richt zich onder andere op het verstrekken van adequate kennis over de effecten van bepaalde drugs, de consequenties van meervoudig drugsgebruik en de beste manier om te reageren in noodsituaties als gevolg van drugsgebruik.

Het is gebleken dat polydrugsgebruik moeilijker te behandelen is dan het gebruik van één enkele drug. De lidstaten maken geen melding van speciale behandelingsprogramma's voor bepaalde drugscombinaties, maar bijna alle relevante hulpverlenende instanties zijn ook toegankelijk voor polydrugsgebruikers. De nadruk ligt daarbij meer op het gedrag dan op de middelen. Polydrugsgebruik zou echter erg relevant kunnen zijn bij acute behandelingen en bij het afkicken.

De combinatie van heroïne en benzodiazepinen is van invloed op de effectiviteit van behandelingen. Indien wel het opiaatgebruik wordt behandeld, maar het ook aanwezige gebruik van benzodiazepine wordt genegeerd, kan dit de effectiviteit van een onderhoudsbehandeling met behulp van medicatie (bv. methadon) verminderen. In de officiële richtsnoeren voor het voorschrijven van medicijnen in het Verenigd Koninkrijk (ministerie van Volksgezondheid et al., 1999) wordt benadrukt dat er geen stimulerende middelen aan polydrugsgebruikers voorgeschreven dienen te worden.

In alle landen behalve Zweden is sprake van een aanzienlijk probleem om tijdens de behandeling met behulp van medicatie, bijvoorbeeld methadon, andere middelen dan opiaten onder controle te krijgen. In een aantal landen wordt het voordeel van het regelmatig contact met drugsgebruikers in substitutieprogramma's blijkbaar echter van groter belang geacht dan het nadeel van een gelijktijdig gebruik van andere drugs. In Zweden daarentegen worden polydrugsgebruikers niet toegelaten tot een methadonprogramma, ongeacht de ernst van het heroïneprobleem.

Bij polydrugsgebruikers worden ook vaak psychiatrische problemen gediagnosticeerd („psychiatrische comorbiditeit"). In Denemarken, Nederland, Oostenrijk en Zweden wordt melding gemaakt van een hoog en mogelijk toenemend aantal polydrugsgebruikers dat in psychiatrische ziekenhuizen wordt opgenomen.

Er is weinig onderzoek gedaan naar de effectiviteit van de behandeling van polydrugsgebruikers. Over het algemeen is de kans op succes van een behandeling groter indien deze wordt aangepast aan elk specifiek geval. Uit de NTORS-studie in het Verenigd Koninkrijk is gebleken dat opiaatgebruikers die bij de opname regelmatige gebruikers van stimulerende middelen waren, na één jaar opmerkelijke vooruitgang hadden geboekt: het gebruiksniveau van *zowel* opiaten *als* stimulerende middelen was aanzienlijk gedaald (Gossop et al., 1998). Uit substitutieprogramma's in Griekenland zou geconcludeerd kunnen worden dat de behandelingsinterventies een bijdrage leveren aan de vermindering van het polydrugsgebruik (Kethea en NSPH, 2001).

In het Duitse nationale verslag worden speciale behandelingsprogramma's voor specifieke groepen zoals polydrugsgebruikers als onontbeerlijk beschouwd. Het Verenigd Koninkrijk stelt voor om voorbeelden van goede praktijken op dit gebied verder te verspreiden. Finland wijst op de noodzaak om het behandelend personeel in de omgang met polydrugsgebruikers te trainen; een aantal initiatieven op dit terrein is inmiddels al van start gegaan.

Gebruikers van recreatieve drugs

In een aantal landen (Spanje, Frankrijk en Italië) zijn via de massamedia breed opgezette campagnes gelanceerd om te waarschuwen tegen polydrugsgebruik in recreatieve settings. In Italië werd de campagne gesteund door lokale initiatieven tijdens grote evenementen voor jongeren. Er worden echter niet altijd specifieke middelen genoemd en ook de consequenties van het gebruik worden niet altijd even duidelijk uitgelegd. In andere landen (België, Duitsland, Nederland, Oostenrijk en het Verenigd Koninkrijk) worden waarschuwingen en adviezen op het gebied van de gezondheid door hulpverleners, leeftijdgenoten en zelfhulpgroepen verspreid.

Via projecten voor het testen van pillen kunnen gebruikers voorgelicht worden over de gevaarlijke en onverwachte samenstelling van pillen. Dit kan op locatie gebeuren, maar ook via tijdschriften, posters of Internet. In het kader van het Oostenrijkse *ChEck iT!*-initiatief werd ontdekt dat een aantal pillen die als ecstasy verkocht werden, PMA/PMMA bevatten. Daartegen werd onmiddellijk op relevante locaties en via Internet gewaarschuwd (Krieger et al., 2001). In november 2001 kon via het Nederlandse DIMS-project bijvoorbeeld al in een vroeg stadium gewaarschuwd worden tegen pillen die PMA bevatten.

Er bestaan eigenlijk geen behandelingen voor gebruikers van recreatieve drugs in de vrijetijdsomgeving. Een mogelijke oorzaak zou kunnen zijn dat de meeste hulpverlening op het gebied van drugs alleen berekend is op de behandeling van opiaten en chronische verslavingsproblematiek.

Beleidskwesties

De rituelen en sociale controles die polydrugsgebruikers toepassen om de gewenste effecten te bereiken en waarbij tegelijkertijd de risico's beperkt kunnen worden, verdienen nader onderzoek. Dit zou moeten leiden tot een beter begrip van de sociale en omgevingstechnische factoren die verantwoordelijk zijn voor de risico's die de verschillende drugsgebruikersgroepen lopen (Boys et al., 2000; Decorte, 1999; Akram en Galt, 1999).

Preventieactiviteiten, met name in recreatieve settings, zouden duidelijke richtsnoeren en adviezen moeten bevatten over de risico's die aan polydrugsgebruik verbonden zijn. Ook is er behoefte aan meer praktische kennis om polydrugsgebruikers de meest effectieve zorg te kunnen bieden; dat geldt met name voor problematische drugsgebruikers met psychische stoornissen.

Voor een beter begrip van de farmaco-toxicologische risico's door het gebruik van specifieke drugscombinaties, dienen clinici patiënten met mogelijke drugsvergiftigingen te blijven volgen, zodat er op feiten gebaseerde informatie beschikbaar komt over de acute schadelijke gevolgen voor de gezondheid en de gevolgen op de lange termijn.

Succesvolle behandeling

In het EU-actieplan voor drugs (2000-2004) is het derde strategische streefdoel gericht op „een aanzienlijke toename van het aantal met succes behandelde verslaafden". Op Europees niveau zijn er geen algemene gegevens bekend om de mate waarin deze doelstelling verwezenlijkt is, direct te kunnen meten. Overal in Europa

zijn echter wel veel onderzoeken gedaan naar het effect van behandelingen en naar het soort behandeling waarmee het meeste effect gesorteerd wordt. In dit gedeelte zullen we de bevindingen over succesvolle behandelingen presenteren aan de hand van drie soorten interventiebehandelingen: ontwenningsbehandelingen, psychosociale behandelingen en onderhoudsbehandelingen met behulp van medicatie. Voor de diverse behandelingssoorten worden verschillende succescriteria gehanteerd die ook gebaseerd zijn op de sociale integratie en rehabilitatie na de behandeling.

Ontwenningsbehandelingen

Ontwenningsbehandelingen, of detoxificatietherapieën, worden over het algemeen beschouwd als de eerste stap in een behandelproces. Deze interventie is in eerste instantie bedoeld om cliënten in ieder geval lichamelijk van de drugs af te brengen zodat ze niet langer naar illegale drugs „smachten". In de tweede plaats is ontwenning bedoeld om de cliënt over te kunnen plaatsen of door te kunnen verwijzen naar een psychosociale behandeling. In Zweden en Finland vormt ontwenning een voorwaarde om aan een methadonprogramma mee te mogen doen.

In alle lidstaten en ook in Noorwegen zijn evaluaties uitgevoerd van ontwenningsbehandelingen, maar het blijft wereldwijd toch de behandelingsinterventie waarnaar het minste onderzoek is gedaan. Over het algemeen is gebleken dat ontwenningsbehandelingen met medicamenten als naltrexon, clonidine, lofexidine en buprenorfine effectief zijn bij het verminderen van afkicksymptomen. Het uiteindelijke effect op de verschillende soorten afkicksymptomen varieert echter per medicament (Greenstein et al., 1997). Methadon wordt op grote schaal gebruikt voor het behandelen van afkicksymptomen, hoewel de onderzoeksresultaten erop lijken te wijzen dat de kracht van methadon met name in de onderhoudsbehandelingen ligt.

Er bestaan ook ontwenningsbehandelingen waarbij geen gebruik wordt gemaakt van medicamenten (cold turkey), hoewel niet echt bekend is in welke mate deze behandelingen worden toegepast. Er zijn ook geen resultaten bekend van vergelijkende onderzoeken naar de effecten en resultaten van ontwenningsbehandelingen met en zonder gebruik van substitutiemedicamenten. Ook het onlangs geïntroduceerde concept van snelle detoxificatie met naltrexon onder volledige narcose (soms ook wel „turboafkickbehandeling" genoemd) dient eerst nader onderzocht te worden.

Uit een interventie in Portugal, waarbij een combinatie van naltrexon en psychotherapie werd toegepast, bleek dat er na drie maanden aanzienlijke verbeteringen waren opgetreden, zowel in sociaal-demografische en psychologische variabelen als in risicogedrag (Costa, 2000). In een experiment in Duitsland vond onder volledige narcose een detoxificatie van methadongebruikers plaats met behulp van naltrexon. De tevredenheid onder de patiënten was redelijk, maar de helft rapporteerde wel ernstige moeilijkheden in de eerste maand na de interventie. Zes maanden na ontslag had een derde deel van de patiënten nog steeds geen harddrugs gebruikt (Tretter et al., 2001).

Hoewel een aantal interventies met ontwenningsbehandelingen aan een evaluatie is onderworpen, is er toch nog een grondigere kennis vereist over de voor- en nadelen van de diverse modaliteiten en over welke soort afkicktherapie voor welke type patiënt gebruikt dient te worden.

Psychosociale behandeling

Psychosociale behandelingen zijn erop gericht om allereerst voor drugsonthouding te zorgen bij cliënten om daarna verder te kunnen werken aan het afbouwen van het verlangen naar drugs op langere termijn. Om dit doel te bereiken, worden lichamelijke en sociale technieken gecombineerd. Het belangrijkste succescriterium voor een psychosociale behandeling is het feit dat de cliënt de behandeling als gepland, dat wil zeggen drugsvrij, afsluit. Daarnaast spelen echter ook andere factoren een essentiële rol, zoals verbeteringen in de psychische, sociale en economische kenmerken. Belangrijke neveneffecten van de behandeling zijn een vermindering van het criminele en risicogedrag, een betere gezondheid en een beter algemeen welzijn van de cliënt.

Uit evaluaties van psychosociale behandelingsinterventies is gebleken dat bovenstaande doelstellingen met dit soort behandeling in meer of mindere mate kunnen worden verwezenlijkt (Gossop et al., 2001). De onderzoeksresultaten lopen sterk uiteen, maar in het algemeen voltooit 30 tot 50 % van de cliënten die in psychosociale therapie gaat, de behandeling met succes. In een Deens onderzoek werd geconcludeerd dat, afhankelijk van het soort psychosociale behandelingsinterventie, het aantal cliënten dat de behandeling succesvol voltooide, varieerde van 17 tot 58 % (Pedersen, 2000).

Een andere wijdverbreide veronderstelling is dat de duur van de behandeling in grote mate verantwoordelijk is voor het succes ervan, met andere woorden naarmate een psychosociale behandeling langer duurt is het resultaat beter. Deze veronderstelling wordt bevestigd door een Duits onderzoek waaruit bleek dat de opnameduur/behandelingsperiode bij psychosociale therapie correleerde met het resultaat ervan (Sonntag, D., en Künzel, J., 2000). In een aantal onderzoeken is geprobeerd

om de drempelwaarde vast te stellen waarbij de succesvolle behandelingsresultaten waarschijnlijk zullen verbeteren. Uit een van die studies bleek dat cliënten die negentig dagen een interne psychosociale behandeling hadden ondergaan, een jaar na hun ontslag beter scoorden op de onthouding van opiaten en stimulerende middelen en op de afname in het injecterend drugsgebruik dan degenen die de behandeling eerder hadden verlaten (Gossop et al., 1998). Dit wordt bevestigd door een Grieks onderzoek waarin geconcludeerd werd dat cliënten die de behandeling binnen de eerste drie maanden verlieten, na hun ontslag een vermindering in de heroïneconsumptie hadden van slechts 11 %; voor de groep die de behandeling minstens één jaar had ondergaan, lag dit percentage op 76 % (Kethea, 2001).

Wat de effectiviteit op lange termijn betreft, is uit een Oostenrijkse studie gebleken dat een behandelingsprogramma met de nadruk op sociale en psychotherapeutische interventies tot een aanzienlijke verbetering leidde van de sociale vaardigheden en de subjectieve tevredenheid van de cliënten, wat tot een langdurige stabiliteit van de cliënten leidde (Wirth, 2001).

De National Treatment Outcome Research Study (NTORS — het Britse onderzoek naar behandelingsresultaten) werd in 1994 op verzoek van de toenmalige Britse minister van Volksgezondheid ingevoerd om vast te stellen hoe effectief hulpverleningsinstanties waren bij de behandeling van drugsmisbruik in het Verenigd Koninkrijk. In 1995 werden voor het NTORS-project 1 075 cliënten benaderd die daarna gedurende vijf opeenvolgende jaren gevolgd werden. Er werd een at random gestratificeerde steekproef van 650 cliënten geselecteerd die in vier verschillende behandelingsmodaliteiten gevolgd werden: een interne behandeling, een rehabilitatieprogramma in een woonomgeving, een behandeling gericht op methadonafbouw en een behandeling gericht op methadononderhoud. De belangrijkste conclusie van het onderzoek was dat behandelde individuen op bepaalde criteria vooruitgang boeken (drugsgebruik, injectiefrequentie, delen van naalden en mentale gezondheid). Het totale, geaccumuleerde cohort vertoonde statistisch significante verbeteringen in het heroïnegebruik: bij het begin van de behandeling gebruikte 75 % regelmatig heroïne terwijl dat vier tot vijf jaar later nog maar 40 % was. Het regelmatig gebruiken van niet-voorgeschreven methadon was gedaald van 30 % bij de start van de behandeling tot minder dan 10 % en het delen van naalden van ongeveer 20 % tot circa 5 %. Ook de scores op de psychische gezondheid gaven een statistisch significante verbetering te zien tussen het moment van het behandelingsbegin en de situatie vier tot vijf jaar later.

Op basis van verschillende methoden hebben in heel Europa evaluaties van psychosociale behandelingen plaatsgevonden en hierdoor is met name in het laatste decennium veel inzicht verkregen in de werking ervan. Er bestaan echter nog steeds terreinen waarop meer onderzoek noodzakelijk is om adequaat in te kunnen spelen op recente, nieuwe fenomenen. Een voorbeeld daarvan is de effectiviteit van psychosociale behandelingen voor zowel gebruikers die voornamelijk cocaïne en amfetaminen nemen, als voor andere specifieke subpopulaties. Daarnaast zijn er nog te weinig grootschalige studies beschikbaar die vanuit een langetermijnperspectief aandacht besteden aan het aantal behandelde cliënten dat na het succesvol afronden van de behandeling ook daadwerkelijk drugsvrij blijft.

Behandelingen met behulp van medicatie

Bij onderhoudsbehandelingen van cliënten met behulp van medicatie (zoals substitutiebehandelingen) wordt gebruikgemaakt van medicatie met een agonistische of antagonistische werking. Agonistische medicatie (bv. methadon) activeert de opiatenreceptoren in de hersenen en antagonistische medicatie (bv. naltrexon) beperkt of elimineert de effecten van andere illegale drugs. Het doel van behandelingen met behulp van medicatie kan drugsonthouding zijn, maar kan ook bedoeld zijn om cliënten langdurig de medische behandeling te laten continueren. Ongeacht de einddoelstelling (drugsonthouding of het verminderen van de schadelijke effecten van drugsverslaving) zijn de gangbare interim-streefdoelen meestal onder andere het verminderen van het illegale drugsgebruik en van de risico's op infectieziekten, het verbeteren van de mentale en lichamelijke toestand van de cliënt en het reduceren van drugsgerelateerde misdaad.

De meest gebruikte vorm van behandelingen met medicatie is methadononderhoud. Zoals de term „onderhoud" al aangeeft, is dit soort behandelingsinterventie niet gericht op drugsonthouding, maar op het continueren van de onderhoudsbehandeling van de cliënt, waardoor criminele activiteiten en risicogedrag (en dus ook het risico op een infectieziekte) afnemen en de gezondheid en het sociale functioneren verbeteren.

Er is in heel Europa veel onderzoek gedaan naar behandelingen met behulp van medicatie. In het algemeen blijken dergelijke behandelingen effectief voor bijvoorbeeld het verminderen van de drugsconsumptie, van risicogedrag en van criminele activiteiten. Er is met name veel onderzoek gedaan naar methadoninterventies en daaruit is gebleken dat juist dergelijke behandelingen effectief zijn voor het verwezenlijken van die doelstellingen (Lowinson et al., 1997; EWDD, 2000), hoewel dat ook voor buprenorfine is aangetoond. Uit een gestructu-

reerde literatuurstudie naar buprenorfinegebruik is gebleken dat dit middel met name tot een kleiner risico op een overdosis leidt en tot een lager niveau van een parallel gebruik van illegale drugs (Berglund et al., 2001). Voor zowel methadon als buprenorfine is aangetoond dat bepaalde minimumdoseringen noodzakelijk zijn om een positief resultaat te bereiken.

Ondanks deze kennelijke „successen" is een aantal landen van mening dat zowel methadon als buprenorfine het algemene welzijn van zwaar verwaarloosde verslaafde zwervers onvoldoende verbeteren en in die landen wordt naar andere alternatieven gezocht.

In februari 2002 zijn de resultaten gepubliceerd van een Nederlands gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek naar methadoncliënten met gebruik van heroïne op medisch voorschrift. De doelgroep van de interventie bestond uit chronisch verslaafde oudere heroïnegebruikers die onvoldoende baat hadden gehad bij een onderhoudsbehandeling met methadon. Om de doelgroep samen te stellen, werd allereerst een vooraf gedefinieerde serie van inclusie- en exclusiecriteria vastgesteld. Vervolgens werden de proefpersonen geselecteerd op basis van lokale registratiesystemen voor behandelingen gericht op methadononderhoud. In totaal werden 625 patiënten uit zes onderhoudsprogramma's verspreid over Nederland geselecteerd en door middel van randomisatie toegewezen aan een experimentele groep of een controlegroep. Allereerst werden de cliënten ingedeeld op basis van de manier van drugsgebruik (inhaleren of injecteren) en vervolgens werden ze verdeeld over de interventies: een behandeling met alleen methadon of een gecombineerde behandeling met methadon en heroïne. De belangrijkste conclusie van het onderzoek was dat een gecombineerde behandeling met methadon en heroïne voor chronisch verslaafde oudere heroïnegebruikers effectiever was dan een behandeling met methadon alleen, ongeacht de manier van drugsgebruik. Uit het onderzoek bleek verder dat 30 % van de cliënten in de experimentele groep na afloop niet langer voldeed aan de inclusiecriteria (aangezien hun algemene conditie aanzienlijk was verbeterd), terwijl dat voor slechts 11 % van de controlegroep het geval was (van den Brink et al., 2002).

In Duitsland is een experiment voor verslaafden aan opiaten met heroïne op medisch voorschrift in ontwikkeling. Het experiment, waarbij zeven steden betrokken zijn, is in de lente van 2002 van start gegaan en duurt drie jaar. De centrale onderzoeksvraag is of en onder welke omstandigheden het voorschrijven van heroïne voor een extreem verwaarloosde groep opiaatverslaafden een bijdrage kan leveren aan het verbeteren van hun situatie wat gezondheids-, sociale en juridische aspecten betreft. De patiënten in het experiment worden at random toegewezen aan een experimentele groep en een controlegroep. Deze groepen worden opnieuw onderverdeeld in twee groepen die elk een verschillende vorm van psychosociale behandeling krijgen — een groep krijgt „case management" en de andere „psycho-educatie". Verwacht wordt met dit onderzoek beter inzicht te krijgen in psychosociale behandelingsinterventies en in de werkzaamheid ervan bij de behandeling van opioïdenverslaving (http://www.heroïnestudie.de/).

In Denemarken is een alternatief voor een heroïneproject van start gegaan voor 2000-2002. Het doel hiervan is het initiëren van speciale proefprojecten voor drugsverslaafden in methadonbehandeling, waarbij zeer ruime aandacht besteed wordt aan psychosociale activiteiten. Uit een kwalitatieve en kwantitatieve analyse zal moeten blijken in welke mate er resultaten geboekt kunnen worden, zoals een gezonder, socialer en beter mentaal functioneren, een vermindering van het drugsgebruik, een reductie van infectieziekten en criminele activiteiten, en een uitbreiding van netwerkrelaties.

Conclusies en toekomstperspectieven

Het behandelingssucces is afhankelijk van het doel van een bepaalde behandelingsinterventie en dat betekent dat dat succes ook geëvalueerd dient te worden op basis van de vooraf geformuleerde doelstellingen. Door de doelstellingen en de resultaten van het reeds verrichte onderzoek (dat in redelijk grote mate beschikbaar is) te vergelijken, is er veel kennis en inzicht verzameld over de effectiviteit c.q. het succes van diverse soorten behandelingen.

Gebleken is bijvoorbeeld dat het volhouden van een behandeling cruciaal is voor het resultaat of het „succes" ervan. Er dient echter nader onderzocht te worden hoe cliënten gemotiveerd kunnen worden om de behandeling vol te houden, met andere woorden welke behandelingselementen essentieel zijn om de „behandelingsduur" te verlengen. Het identificeren van het „actieve bestanddeel" is voor elke soort behandeling een moeilijke opgave, maar het is wel essentieel om de kwaliteit van hulpverleningsmethoden te verbeteren zodat ook het behandelingsresultaat kan toenemen.

De beschikbaarheid van theoretische kennis en inzichten is één ding, het toepassen ervan in de praktijk een heel ander. Een voorbeeld hiervan is de rol van ondersteunende psychosociale interventies in behandelingen met behulp van medicatie. Uit veel onderzoeken blijkt namelijk dat dergelijke interventies een bijdrage leveren aan het behandelingssucces, maar in de praktijk worden ze nog steeds niet op een adequate manier toegepast.

In de afgelopen jaren is veel nadruk gelegd op het uitbreiden van de behandelingsmogelijkheden en dat is in redelijk grote mate ook gelukt. De uitdaging voor de toekomst bestaat in het verbreden van het behandelingsaanbod en het verbeteren van de interventies zelf om op die manier het „succes" van de behandelingsinterventies te vergroten.

Drugsgebruik in de gevangenis

Door de aanwezigheid van drugs en drugsgebruik is de gevangeniswereld in de afgelopen twee decennia ingrijpend veranderd. Tegenwoordig worden alle landen in Europa geconfronteerd met grote problemen als gevolg van drugs en drugsgerelateerde infectieziekten in gevangenissen.

De vraag naar drugs in gevangenissen ([61])

Er is heel weinig nationale standaardinformatie beschikbaar over drugsgebruik onder gevangenen en over de bijbehorende patronen en consequenties. De meeste gegevens die in Europa beschikbaar zijn, zijn afkomstig van ad-hoconderzoeken op lokaal niveau onder een kleine steekproef van gevangenen. Extrapolaties op basis van dergelijke gegevens zijn dan ook moeilijk te maken.

Prevalentie van drugsgebruikers in gevangenissen

De gevangenispopulatie kan wat drugsgebruik betreft gekarakteriseerd worden als een hogerisicogroep. Vergeleken met de samenleving als geheel, zijn drugsgebruikers in gevangenissen oververtegenwoordigd. Het percentage gedetineerden in de EU dat meldt ooit illegale drugs te hebben gebruikt, varieert — afhankelijk van gevangenissen en landen — van 29 tot 86 % (in de meeste onderzoeken in ieder geval meer dan 50 %) (figuur 25). Net zoals in de „gewone samenleving" heeft het grootste gedeelte van de gevangenen ervaring met cannabis, maar uit sommige onderzoeken komen ook hoge ervaringsniveaus met heroïne naar voren (bijna 50 % van de gedetineerden, soms zelfs meer).

Volgens verschillende studies meldt 6 tot 69 % van de gevangenispopulatie een frequenter en/of schadelijk drugsgebruik, zoals injecterend drugsgebruik, regelmatig gebruik en verslaving.

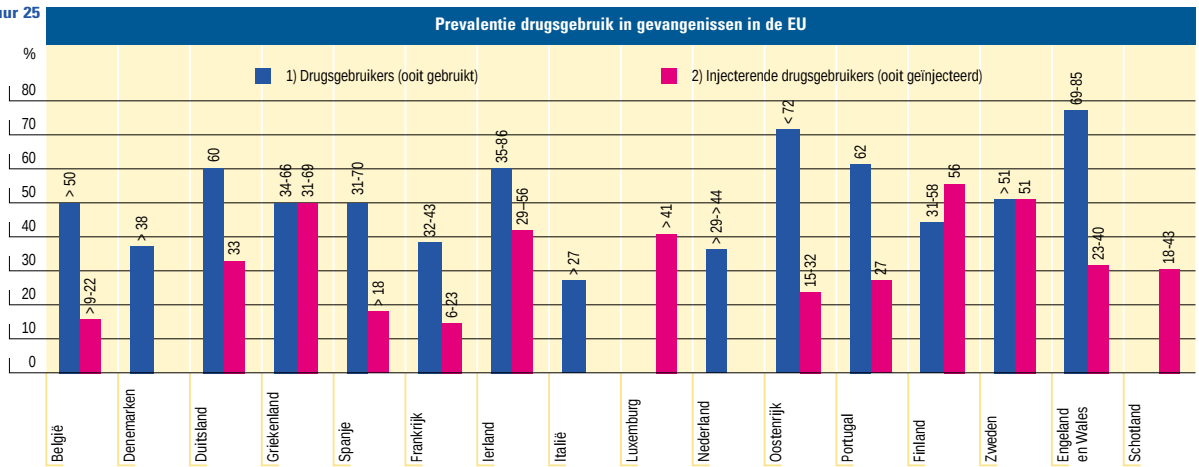
Mate van drugsgebruik in gevangenissen

Het drugsgebruik houdt niet op bij de gevangenispoort, maar de meeste drugsgebruikers vertonen wel de neiging om te stoppen of het drugsgebruik te verminderen vanwege de geringe beschikbaarheid van verboden middelen in de gevangenis. Sommige gedetineerden blijven echter drugs gebruiken, in sommige gevallen zelfs in hogere mate; andere gedetineerden gebruiken daarentegen pas in de gevangenis voor de eerste keer drugs.

Door 16 tot 54 % van de gedetineerden wordt drugsgebruik in de gevangenis gerapporteerd en 5 tot 36 % geeft aan regelmatig drugs te gebruiken. Tussen 0,3 en 34 % van de gevangenispopulatie heeft ooit in de gevangenis drugs geïnjecteerd.

Voor een aantal gevangenen betekent de gevangenis ook hun eerste ervaring met drugsgebruik en injecteren. Volgens een aantal onderzoeken in België, Duitsland, Spanje, Frankrijk, Ierland, Italië, Oostenrijk, Portugal en Zweden

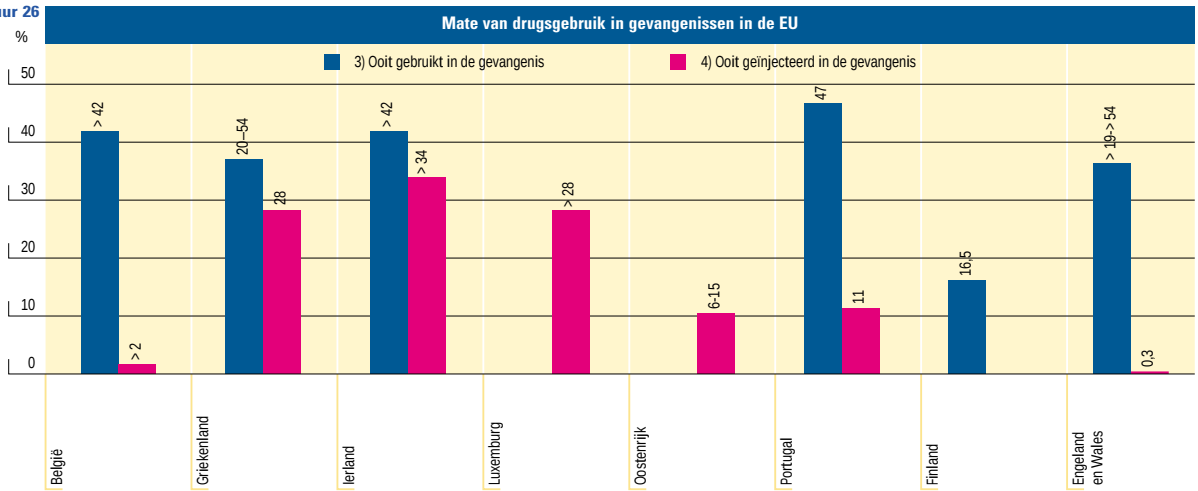
Figuur 25



NB: De cijfers zijn afgeleid uit de verstrekte gegevens van enquêtes of onderzoeken die in de lidstaten uitgevoerd zijn. De on-lineversie van het jaarverslag bevat meer informatie over de oorspronkelijke gegevensbronnen.
1) en 2) Zie on-lineversie voor toelichting.
Bronnen: Nationale focal points van het Reitox-netwerk; zie ook de on-linetabel „Percentage drugsgebruikers onder gedetineerden in de EU".

([61]) Zie ook de tabel „Percentage drugsgebruikers onder gedetineerden in de EU" (on-lineversie).

Figuur 26



NB: De cijfers zijn afgeleid uit de verstrekte gegevens van enquêtes of onderzoeken die in de lidstaten uitgevoerd zijn. De on-lineversie van het jaarverslag bevat meer informatie over de oorspronkelijke gegevensbronnen.
3) en 4) Zie on-lineversie voor toelichting.
Bronnen: Nationale focal points van het Reitox-netwerk; zie ook de on-linetabel „Percentage drugsgebruikers onder gedetineerden in de EU".

maakt tussen de 3 en 26 % van de drugsgebruikers melding van hun eerste ervaring met drugsgebruik tijdens hun verblijf in de gevangenis; tussen 0,4 en 21 % van de injecterende drugsgebruikers in gevangenissen is daar ook met injecteren begonnen (NV, 2001; WIAD-ORS, 1998).

Vrouwelijke drugsgebruikers in gevangenissen

Het aantal vrouwelijke gedetineerden is kleiner dan het aantal mannelijke gedetineerden. Maar met name onder de vrouwelijke gevangenispopulatie lijkt het drugsgebruik ernstig. Uit de beschikbare gegevens blijkt een hoger percentage drugsgebruikers onder vrouwelijke gedetineerden, afgaande op de prevalentie van de laatste zes maanden van het drugsgebruik in Denemarken, de „laatste jaar"-prevalentie en het „ooit"-gebruik van heroïne in Ierland, en het percentage gevangenen met (ernstige) drugsproblemen in Zweden.

Wat het risicogedrag in gevangenissen betreft, blijkt uit onderzoeken in Duitsland (NV, 2001) en Frankrijk (WIAD-ORS, 2001) dat een hoger percentage vrouwen dan mannen drugs en injectiemateriaal deelt en zichzelf prostitueert. Daarentegen komt uit onderzoeken in Oostenrijk (NV, 2001) en in Engeland en Wales (WIAD-ORS, 2001) naar voren dat juist mannelijke gevangenen meer injectiemateriaal delen.

Gezondheid en juridische consequenties

Risicogedrag

Uit onderzoeken die in België, Duitsland, Griekenland, Frankrijk, Ierland, Luxemburg, Oostenrijk en het Verenigd Koninkrijk (NV, 2001) zijn uitgevoerd, blijkt dat een groot percentage van de injecterende drugsgebruikers in gevangenissen injectiemateriaal deelt. Binnen gevangenissen wordt injecterend drugsgebruik vaak geassocieerd met het delen van injectiemateriaal; in sommige gevallen delen zelfs alle injecterende drugsgebruikers materiaal. In een Luxemburgs onderzoek (NV, 2001) wordt gerapporteerd dat spuiten in 70 % van de gevallen uitsluitend met water worden schoongemaakt; in 22 % van de gevallen worden ze helemaal niet schoongemaakt. Uit de beschikbare gegevens blijkt dat het delen van injectiemateriaal in gevangenissen vaker voorkomt dan daarbuiten.

In een onderzoek dat in 1996 en 1997 in een aantal gevangenissen in België, Duitsland, Spanje, Frankrijk, Italië, Portugal en Zweden is uitgevoerd (WIAD-ORS, 2001), wordt melding gemaakt van een groter aantal tatoeages en piercings tijdens de detentie onder injecterende drugsgebruikers dan onder niet-injecterende drugsgebruikers. In België, Duitsland, Portugal en Zweden blijkt ook dat een groter aantal injecterende drugsgebruikers onveilige seks bedrijft, maar in andere landen is dat minder.

Infectieziekten

Gegevens over de HIV- en HCV-status onder injecterende drugsgebruikers (ID's) in gevangenissen zijn verstrekt voor België, Duitsland, Spanje (uitsluitend HCV), Frankrijk, Ierland en Luxemburg (NV, 2001). Deze gegevens zijn afkomstig van lokale onderzoeken in een paar gevangenissen en zijn dus niet representatief voor het landelijk niveau. De prevalentie van HIV onder ID's loopt in de onderzochte gevangenissen uiteen van 0 tot 13 %. Het percentage gevangenen dat HCV-positief is, ligt veel hoger, namelijk tussen de 14 en 100 %, afhankelijk van de onderzochte gevangenis en het betreffende land. Net als in de burgermaatschappij is de prevalentie van HIV en HCV onder ID's hoger dan onder niet-ID's.

Sancties op gebruik/bezit van drugs
Gevangenen die betrapt worden op het bezit van illegale drugs, worden meestal bestraft op basis van de heersende gevangenisregels. Het voorval kan bijvoorbeeld in het persoonlijk dossier van de gedetineerde worden genoteerd. De meest gangbare sancties zijn de beperking van rechten (bezoek van vrienden of familie, telefoongesprekken), intrekken van verlof, uitsluiting van gespecialiseerde behandelingsfaciliteiten en/of opsluiting in een isoleercel.

Het bezit van drugs kan ook gevolgen hebben voor de tijdsduur van de detentie. In Denemarken loopt een gevangene bijvoorbeeld het risico dat hij niet in aanmerking komt voor een voorwaardelijke invrijheidsstelling na het uitzitten van tweederde deel van zijn straf. Indien in het Verenigd Koninkrijk een urinetest van een gevangene positief is, kan de strafmaat met minimaal een paar dagen verlengd worden.

Gevangenen die met drugs betrapt worden, kunnen ook buiten de gevangenissfeer aangeklaagd en vervolgd worden.

Beschikbaarheid en aanbod van drugs in gevangenissen

Beschikbaarheid van drugs
De toegang tot illegale drugs is in gevangenissen veel beperkter dan daarbuiten. Uit de onderzoeken blijkt echter dat degenen die in de gevangenis drugs willen gebruiken, toch gemakkelijk aan die drugs kunnen komen. Daarbij gaat het meestal om cannabis, heroïne en medicijnen (benzodiazepinen), maar tegen betaling is in principe elk middel verkrijgbaar.

De gedetineerden melden grote verschillen in kwaliteit, continuïteit en prijs van illegale drugs in gevangenissen. In vergelijking met de buitenwereld, liggen de prijzen twee tot vier keer hoger, wat betekent dat drugs, vanuit een koopkrachtperspectief, in de gevangenis tien tot twintig keer zo duur zijn. Andere betalingsvormen dan geld worden op grote schaal gebruikt: uitwisseling van diensten (prostitutie, schoonmaken van de cel) of goederen (telefoonkaarten, tabak) en/of participatie in de distributie van drugs.

Smokkel en handel
Er bestaan diverse manieren om in de gevangenis aan drugs te komen. Alle contacten met de buitenwereld vormen een mogelijkheid om drugs de gevangenis binnen te smokkelen: door bezoekers (via hun kleding of in hun lichaamsholten, verstopt in voedsel), tijdens het transport naar de rechtbank voor een proces, na een verlof, of via de post (pakjes). Drugs kunnen ook in ballen verstopt over de gevangenismuren worden gegooid of naar binnen worden gesmokkeld door gevangenispersoneel.

De distributie van en handel in drugs verschilt van gevangenis tot gevangenis en van land tot land. In het nationale verslag van België (NV, 2001) wordt melding gemaakt van handel op zowel individueel niveau als via piramidenetwerken waarin (net als in de normale samenleving) de drugshandel wordt georganiseerd door hogere drugsbazen die echter zelf geen drugs gebruiken. In Duitsland (NV, 2001) is sprake van een kleinschalige handel waarbij veel gevangenen via verschillende kanalen maar zonder een centrale organisatie betrokken zijn. Uit een onderzoek dat onlangs in de Mountjoy-gevangenis in Ierland is uitgevoerd (NV, 2001), blijkt dat daar een systeem gebruikt wordt dat gebaseerd is op persoonlijke afspraken: degenen die toegang hebben tot drugs in de buitenwereld smokkelen deze de gevangenis binnen en distribueren vervolgens de drugs via hun persoonlijke netwerk. Uit de onderzoeken blijkt dat de drugshandel in gevangenissen onder veel meer druk staat dan daarbuiten, wat vaak tot intimidaties, bedreigingen en criminaliteit leidt.

Om de smokkel van drugs te voorkomen, wordt een aantal maatregelen zowel routinematig als bij verdenking van drugshandel toegepast. Tot die maatregelen behoren het doorzoeken van cellen, het fouilleren na verlof, een verbod op pakjes, het controleren tijdens bezoeken en het aanbrengen van een net boven de binnenplaats. In het Verenigd Koninkrijk zijn onlangs maatregelen genomen om het aanbod terug te dringen, zoals een toenemend gebruik van honden om smokkelaars af te schrikken en op te sporen en een toegangsverbod voor bezoekers die betrapt zijn op het binnensmokkelen van drugs.

Veel landen rapporteren inbeslagnames van drugs (meestal kleine hoeveelheden) in de gevangenis of bij de ingang. Tijdens inspecties worden ook wel injectiematerialen voor drugs, hasjpijpen en andere drugsaccessoires gevonden.

Beleid voor het terugdringen van de vraag in gevangenissen

De huidige maatregelen voor het terugdringen van de vraag in gevangenissen bestaan voornamelijk uit het ontmoedigen van drugsgebruik door strengere controles, zoals het doorzoeken van de cel en willekeurige drugstest, gecombineerd met sancties en een verlies van privileges. In Zweden wordt de urine van gevangenen bijvoorbeeld twee tot drie keer per maand op drugs getest.

Als reactie op het toenemend aantal drugsgebruikers zijn er binnen de gevangenissystemen onder andere gespe-

cialiseerde units voor verslavingszorg opgezet (bv. in Nederland) of is een gecentraliseerde drugshulpverlening in speciale gevangenissen geregeld (Ierland en Oostenrijk). Soms wordt ook expertise in de verslavingszorg „geïmporteerd" van externe drugsinstanties.

Sinds 1995 valt er een uitbreiding van de hulpverlening voor drugsgebruikers in gevangenissen te constateren (Ambrosini, 2001). Tevens worden er in toenemende mate maatregelen ingevoerd om besmetting met infectieziekten te voorkomen. In vergelijking met de buitenwereld is er echter nog steeds sprake van een aanzienlijke achterstand. Het huidige aanbod aan verslavingszorgvoorzieningen is onvoldoende om in te kunnen spelen op de potentiële behoefte onder de gevangenispopulatie, waarvan naar schatting meer dan 50 % drugsgebruikers is.

Aangezien veel drugsgebruikers verschillende keren in de gevangenis belanden met steeds dezelfde of nog grotere problemen op het gebied van drugsgebruik en infectieziekten, hebben gevangenisdirecties inmiddels onderkend dat het noodzakelijk is om verslaving, drugsgebruik en aanverwante risico's en gezondheidsconsequenties op een meer systematische wijze binnen gevangenissen aan te pakken. Dit komt sinds kort in veel EU-landen tot uiting door het vaststellen van speciale „drugsstrategieën voor gevangenissen", door het ontwikkelen van richtlijnen voor de zorg en behandeling van verslaafde gedetineerden en door het opstellen van kwaliteitsnormen voor bepaalde diensten ([62]). Drugsstrategieën voor gevangenissen bestrijken meestal een aantal uiteenlopende maatregelen gericht op de behandeling van gevangenen, op het ontmoedigen van drugsgebruik en op het terugdringen van het aanbod van drugs.

Verslavingszorg

De gezondheidszorg in gevangenissen wordt van oudsher verzorgd door een interne medische staf die onder de verantwoordelijkheid van het ministerie van Justitie valt. In de hele Europese Unie en ook in Noorwegen wordt door het gevangeniswezen echter ten aanzien van de zorg voor drugsgebruikers ook voor een groot deel vertrouwd op externe expertise en hulp. In een poging om een „zorgevenwicht" te creëren tussen maatschappij en gevangeniswezen (Raad van Europa, 1993; WHO, 1993) hebben Frankrijk (in 1994) en Italië (in 2000) de verantwoordelijkheid voor de zorg van verslaafde gedetineerden verlegd naar het ministerie van Volksgezondheid, waarmee een wettelijke basis is geschapen om lokale en regionale instanties op het gebied van de gezondheidszorg bij die zorg te betrekken. Daarnaast zijn in Ierland (1999), Portugal (1999) en Spanje (2000) concrete samenwerkingsovereenkomsten gesloten tussen het justitiële apparaat en de publiekrechtelijke of particuliere gezondheidsdiensten met het oog op het verbeteren van de kwaliteit en omvang van de zorg aan gedetineerde drugsgebruikers.

Externe drugsdeskundigen spelen in de meeste (zo niet alle) Europese gevangenisstelsels een belangrijke rol bij het verlenen van steun aan drugsgebruikers. De mate waarin dergelijke steun aan en binnen gevangenissen wordt geboden, en het niveau van de zorg verschillen echter aanzienlijk tussen en binnen de afzonderlijke landen. Opmerkelijke uitzonderingen met betrekking tot de zorgvoorziening gelden voor de volgende landen: Schotland, met counselling-deskundigen in elke gevangenis; Spanje, waar in 71 van de 73 gevangenissen verslaafdenzorg voorhanden is; Zweden, waar een derde van het geschatte aantal gedetineerden met drugsproblemen in 2000 in motivatieprogramma's werd opgenomen; Engeland en Wales, waar alle gevangenissen sinds 1999 externe teams van deskundigen (CARAT — Counselling, Assessment, Referral, Advice and Throughcare Services) hebben om gedetineerde drugsgebruikers te begeleiden vanaf het moment van de intake tot aan de nazorg — het grootste probleem lijkt hier het gebrek aan doorverwijzingsmogelijkheden te zijn (Spacca, 2002). In Schotland wordt gedetineerden nu tijdens de eerste 12 weken na hun vrijlating „overgangszorg" geboden om de terugkeer in de samenleving te vergemakkelijken.

De diensten die door externe instanties worden verleend, bestaan uit het verschaffen van voorlichting over algemene drugspreventie, het verzorgen van motivatieprogramma's om in behandeling te gaan en het voorbereiden van gedetineerden op de vrijheid, waaronder ook het doorverwijzen naar maatschappelijke behandelingscentra en nazorgfaciliteiten. In België en Griekenland wordt de beperkte dienstverlening die er voor gedetineerde drugsgebruikers is, tot nu toe hoofdzakelijk verzorgd door NGO's (niet-gouvernementele organisaties). In Duitsland is het gevangeniswerk door externe drugsinstanties en interne deskundigen in het midden van de jaren tachtig begonnen. In 2000 waren er meer dan 350 drugsadviseurs actief in het Duitse gevangeniswezen. De mate waarin zij actief waren, verschilt echter sterk per deelstaat. In Frankrijk werd ook in 2000 nog steeds veel gebruikgemaakt van externe deskundigen. In Italië meldde het openbare drugsbureau Ser. T. een grote toestroom van cliënten als gevolg van hun nieuwe taken ten aanzien van het gevangeniswezen. In de Spaanse nationale strategie inzake drugs (2000-

([62]) Tabel 13 OL — Recente drugsstrategieën voor gevangenissen, ministeriële richtlijnen en kwaliteitsnormen voor diensten in de EU en Noorwegen (on-lineversie).

2008) werd de participatie van externe deskundigen bij de zorg voor drugsgebruikers in gevangenissen als prioriteit aangemerkt. De meerjarenplannen voor samenwerking tussen de gevangenissen en NGO's hebben ertoe geleid dat meer dan de helft van de diensten voor verslavingszorg in de Spaanse gevangenissen wordt bezet door externe NGO-deskundigen.

Verleende diensten

De meeste gevangenissen in de Europese Unie en Noorwegen lijken te beschikken over schriftelijk voorlichtingsmateriaal over drugs en drugsgerelateerde infectieziekten. Aan de andere kant zijn er weinig mogelijkheden om onderwerpen als preventie periodiek op systematische wijze aan te snijden tijdens een persoonlijk gesprek, tenzij het initiatief daartoe wordt genomen door externe instanties of door individuele gevangenismedewerkers.

Detoxificatie is in gevangenissen over het algemeen mogelijk met steun van de medische staf of op specifieke detoxificatieafdelingen, maar er zijn meestal geen kwaliteitsrichtlijnen voorhanden. Een programma op basis waarvan 1 200 tot 1 500 gevangenen per jaar konden afkicken, werd omschreven als een „in wezen ongestructureerd programma waarop geen toezicht werd uitgeoefend en waarvoor geen follow-up bestond en ook geen planning voor de middellange tot lange termijn" (ministerie van Justitie, Rechtsgelijkheid en Hervorming van het Recht, 1999). Er wordt nu echter toch geleidelijk overgegaan tot het opstellen van kwaliteitsnormen. In de Prison Service Order van december 2000 bijvoorbeeld wordt aan alle gevangenissen in Engeland en Wales gevraagd om een goed detoxificatieprogramma aan te bieden.

In een aantal landen zijn externe instanties direct betrokken bij de langdurige behandeling van verslaafden. Voorbeelden hiervan zijn de intramurale programma's voor drugsgebruikers in Denemarken en Noorwegen, die worden uitgevoerd door gespecialiseerde, externe drugsinstanties („importmodel"), en de substitutiebehandeling in Spaanse, Franse en Italiaanse gevangenissen. Het feit dat in Spanje zoveel drugsgebruikers worden bereikt is met name te danken aan de grootschalige betrokkenheid van externe organisaties.

In negen EU-landen zijn er in gevangenissen programma's ontwikkeld voor het behandelen van gevangenen door middel van onthouding, terwijl in Noorwegen een programma is ingevoerd voor het motiveren van drugsgebruikers om in behandeling te gaan. In verhouding tot het geschatte aantal gevangenen met drugsproblemen is het aantal beschikbare plekken gering. In Spanje is in 2000 echter door 8 984 gevangenen deelgenomen aan de achttien psychosociale behandelingsprogramma's die werden aangeboden, terwijl in Engeland en Wales gedurende de periode 2000-2001 3 100 deelnemers aan de vijftig intensieve behandelingsprogramma's werden ingeschreven. In Zweden is 10 % van het aantal gevangenisplekken, met een capaciteit voor 500 gevangenen, speciaal gereserveerd voor de vrijwillige of gedwongen behandeling van drugsgebruikers (Lýsen, 2001). In Finland neemt 18 % van de nieuwe gevangenen deel aan een programma voor alcohol- en drugsrehabilitatie (Jungner, 2001). In de Oostenrijkse gevangenis Favoriten, waar uitsluitend verslaafden worden behandeld, is plaats voor 110 gevangenen. Denemarken beschikt over dertig plaatsen en Ierland heeft er negen. Het Noorse motivatieprogramma kan aan 18 gevangenen per jaar hulp bieden ([63]).

In alle lidstaten van de EU (met uitzondering van Griekenland, Zweden en twee Duitse Länder, Beieren en Baden-Württemberg) en in Noorwegen zijn op dit moment in de gevangenissen substitutiebehandelingen mogelijk. Zelfs in landen waar een groot percentage van de probleemgebruikers buiten de gevangenissen een substitutiebehandeling ondergaat, wordt er door de gevangenissen voornamelijk uitsluitend een detoxificatiebeleid gevolgd. Terwijl het percentage van de probleemgebruikers dat buiten de gevangenis in substitutiebehandeling is ongeveer 30 tot 50 % bedraagt, wordt in de gevangenissen in Duitsland en Nederland bijvoorbeeld slechts een percentage van 1 tot 4 % bereikt (Stöver, 2001; WIAD-ORS, 2001). In de meeste gevangenissen is het onderhoudsbeleid zo dat substitutiebehandeling slechts wordt aangeboden aan gedetineerden met korte straffen, aan zwangere drugsgebruikers en aan langdurig verslaafden of verslaafden met zware psychologische of lichamelijke gezondheidsproblemen. De grootste uitzondering op dit gebied is Spanje, waar de behandelingspercentages in en buiten de gevangenis in evenwicht zijn ([64]).

Tien lidstaten van de EU en Noorwegen kennen drugsvrije afdelingen of gevangenissen. In sommige daarvan is het doel niet alleen om niet-verslaafde gedetineerden te beschermen, maar ook om verslaafden te kunnen behandelen. Gevangenen die methadon als substituut gebruiken, worden over het algemeen niet toegelaten tot afdelingen voor psychosociale zorg. De twintig drugsvrije afdelingen voor verslaafdenbegeleiding in Nederlandse

([63]) Tabel 14 OL — Ontwenningskuren en drugsvrije afdelingen in gevangenissen in een aantal EU-landen en Noorwegen (on-lineversie).

([64]) Tabel 15 OL — Substitutietherapie in gevangenissen in de EU en Noorwegen (on-lineversie).

gevangenissen bieden plaats aan 446 gedetineerden. In 1999 werd echter maar twee derde van deze capaciteit benut. In Zweden is er op drugsvrije behandelunits plaats voor 356 gedetineerden, terwijl in Finland op dit moment 10 % van alle gevangenisafdelingen drugsvrij is en een uitbreiding tot 50 % gepland staat. In Portugal zijn onlangs zeven drugsvrije behandelunits geopend met plaats voor 195 drugsgebruikers. Het project wordt als „zeer succesvol" beschouwd en daarom staan er nu alweer twee nieuwe units gepland. Uit een analyse van het onderzoek naar penitentiaire zorg aan verslaafden (Rigter, 1998) bleek echter dat er over de hele wereld nog onvoldoende betrouwbare en bevestigde resultaten beschikbaar zijn.

Preventie van infectieziekten

De preventie van infectieziekten die in gevangenissen via het bloed worden overgebracht, heeft binnen diverse gevangenissystemen in Europa een hoge prioriteit, ook al met het oog op de farmaceutische kosten die steeds meer op de gevangenisbegroting drukken als gevolg van de behandeling van drugsgerelateerde infectieziekten (bv. met HAART of interferon).

Veel landen streven ernaar om de algemene beginselen als uitgangspunt te nemen die door de WHO geformuleerd zijn in de Guidelines on HIV infection and aids in prison (WHO, 1993 — „Richtsnoeren met betrekking tot HIV-infecties en aids in gevangenissen"). Een aantal risicobeperkende maatregelen is echter moeilijk uit te voeren hetzij omdat ze politiek gevoelig liggen, hetzij vanwege de weerstand van personeel of omdat ze niet geschikt zijn om in gevangenissen toe te passen. In onderstaande tabel wordt een aantal WHO-richtsnoeren weergegeven in combinatie met de mate waarin ze in EU-landen en in Noorwegen worden uitgevoerd. Hoewel het bereik van deze maatregelen in veel landen nog steeds ontoereikend lijkt te zijn, is er wel enige vooruit-

Tabel 2 **Overzicht van een aantal maatregelen om via het bloed overdraagbare ziekten in gevangenissen in de EU en in Noorwegen te beperken**

	Voorlichting	Vaccinatie hepatitis B	Verstrekken van desinfecteermiddelen	Omruilen van naalden/spuiten
België	++, maar niet in alle gevangenissen	+, protocol wordt ontwikkeld door min. v. Volksgez.	+	0
Denemarken	0	++, maar erg laag bereik (2 %)	++, met toelichting	0
Duitsland	+	n.b.	+	+
Griekenland	+, maar hoofdzakelijk afhankelijk van externe instanties	+, slechts één gevangenis	+, uitsluitend één gevangenis	0
Spanje	++	++, wordt gestimuleerd	++	++
Frankrijk	+	++	++	0
Ierland	0	++	+, maar ++ wordt aanbevolen door Review Group on Prison Health Care, 2001	0, Review Group on Prison Health Care raadt omruilen af, vanwege risico op aanvallen
Italië	0	n.b. (verplichte vaccinatie op twaalfjarige leeftijd, hele populatie, ingevoerd begin jaren negentig)	++	0
Luxemburg	+	++	0	0, in beraad
Nederland	+	++	++	0
Oostenrijk	+	+ ([1])	++, met instructies over schoonmaken	0
Portugal	+	++, nationaal vaccinatieprogramma	++, van kracht: +	0, in beraad
Finland	+	++	++	0
Zweden	0, afhankelijk van gevangenis	0, besluit over algemene invoering van vaccinatie is in behandeling	0	0
VK	+	++ (Schotland)	++, Engeland/Wales: niet gemakkelijk toegankelijk. Na proefproject nu in tabletvorm beschikbaar. Schotland: ++ met instructies	0
Noorwegen	n.b.	n.b.	0, gezondheidsinspectie heeft gevangenissen verzocht om bleekmiddel beschikbaar te stellen	0

NB: n.b. = informatie niet beschikbaar.

Voorlichting
- 0 algemeen schriftelijk materiaal
- + materiaal speciaal ontwikkeld voor gevangeniswezen
- ++ specifiek gevangenismateriaal *plus* instructies veiliger gebruik

Vaccinatie hepatitis
- 0 niet structureel beschikbaar
- + in weinig gevangenissen beschikbaar
- ++ in alle gevangenissen beschikbaar

Desinfecteermiddelen
- 0 niet beschikbaar
- + in sommige gevangenissen
- ++ in alle gevangenissen (in theorie)

Omruilen naalden/spuiten
- 0 niet beschikbaar
- + programma in paar gevangenissen
- ++ programma in alle gevangenissen

([1]) Zie Spirig, H. & Ess-Dietz, O, in WIAD-ORS.

Bronnen: Nationale Reitox-verslagen, 2001.
European Network on HIV/Aids and Hepatitis Prevention in Prisons, in WIAD-ORS.
Spirig, H. & Ess-Dietz, O. (2001), „Preventive measures in Austrian Prisons", In: European Network on HIV/Aids and Hepatitis Prevention in Prisons, *definitief voortgangsverslag*, WIAD: Bonn & ORS: Marseille, blz. 234-300.

gang geboekt [65]. In Spaanse gevangenissen zijn tegenwoordig programma's voor de omruil van naalden toegestaan [66] en in Luxemburg en Portugal wordt over de invoering hiervan gesproken. Ook zijn steeds meer landen er voorstander van dat gevangenen toegang krijgen tot verdund bleekmiddel. De tenuitvoerlegging van deze maatregel is dan ook verbeterd.

Referenties en bronnen — Hoofdstuk 3

Akram, G., en Galt, M. (1999), „A profile of harm-reduction practices and co-use of illicit and licit drugs amongst users of dance drugs", *Drugs: Education, Prevention and Policy,* Vol. 6 (2), blz. 215-225.

Ambrosini, F. (2001), „Europäisches Netzwerk zur Drogen- und aids-Hilfe im Strafvollzug", in Jacob, J., Keppler, K. en Stöver, H. (eds), *LebHaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug,* Deutsche aids-Hilfe, Berlijn, blz. 106-113.

Bellis, M. A., Hale, G., Bennett, A., Chaudry, M., Kilfoyle, M. (2000), „Ibiza uncovered: changes in substance use and sexual behaviour amongst young people visiting an international night-life resort", *International Journal of Drug Policy,* Vol. 11, blz. 235-244 *.

Bennett, G. A. en Higgins, D. S. (1999), „Accidental overdose among injecting drug users in Dorset, UK", *Addiction,* Vol. 94 (8), blz. 1179-1189.

Berglund, M., Andréasson, S., Franck J., Fridell, M., Håkanson, I., Johansson, B. A., Lindgren, A., Lindgren, B., Nicklasson, L., Rydberg, U., Salaspuro, M., Thelander, S. en Öjehagen, A. (2001), *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem,* Statens beredning för medicinsk utvärdering, Zweden.

Boys, A., Fountain, J., Marsden, J., Griffiths, P., Stillwell, G., en Strang, J. (2000), *Drug decisions: a qualitative study of young people,* Health Education Authority, Londen.

Calafat, A., Bohrn, K., Juan, M., Kokkevi, A., Maalsté, N., Mendes, F., Palmer, A., Sherlock, K., Simon, J., Stocco, P., Sureda, M. P., Tossmann, P., van de Wijngaart, G. en Zavatti, P. (1999), *Night life in Europe and recreative drug use,* Irefrea & Europese Commissie, Valencia.

Club Health conference Proceedings (2002), 2nd International conference on Nightlife substance use and related health issues, 24 tot en met 27 maart 2002, Rimini, Regione Emilia Romagna en John Moores University.

Costa, N., Padua, J., Correia, M. (2000), „Um ano de Naltrexona", *Toxicodependências,* Vol. 6, (1), blz. 51-60.

Darke, S., Ross, J., Zador, D. en Sunjic S. (2000), „Heroin-related deaths in New South Wales, Australia, 1992-1996", *Drug and Alcohol Dependence,* Vol. 60, blz. 141-150.

Decorte, T. (1999), „Informal Control Mechanisms among Cocaine and Crack Users in the Metropolitan Area of Antwerp", Doctoral Thesis, Faculteit Rechtsgeleerdheid, universiteit Leuven, Leuven.

DHSSPS (Department of Health, Scottish Office Department of Health, Welsh Office, Department of Health and Social Services) (1999), *Drug misuse and dependence: Guidelines on clinical management,* The Stationery Office, Londen.

Drucker, E., Lurie, P., Wodak, A. en Alcabes, P. (1998), „Measuring harm reduction: the effects of needle and syringe exchange programs and methadone maintenance on the ecology of HIV", aids, Vol. 12 (suppl. A), blz. 217-230.

DrugScope (2001), *Drug abuse briefing: a guide to the non-medical use of drugs in Britain,* achtste editie, DrugScope, Londen *.

Edmunds, M., Hough, M., en Urquia, N. (1996), *Tackling Local Drug Markets, Crime Detection and Prevention Series Paper 80,* Home Office Police Research Group, Londen *.

EWDD (2000), *Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union,* EWDD, Bureau voor officiële publicaties der Europese Gemeenschappen, Luxemburg.

ESPAD (2000), verslag 1999 „Alcohol and other drug use among students in 30 European countries", de Zweedse Raad voor informatie over alcohol en andere drugs (CAN), de Pompidou-groep van de Raad van Europa.

Farrell, M. (1989), „Ecstasy and the Oxygen of Publicity", *British Journal of Addiction,* Vol. 84, blz. 943.

Fountain, J., Griffiths, P., Farrell, M., Gossop, M., en Strang, J. (1999), „Benzodiazepines in polydrug-using repertoires: the impact of the decreased availability of temazepam gel-filled capsules", *Drugs: Education, Prevention and Policy,* Vol. 6 (1), blz. 61-69 *.

Gossop, M., Marsden, J. en Stewart, D. (1998), *NTORS at one year — The National Treatment Outcome Research Study,* Department of Health, Londen.

Gossop, M., Marsden, J. en Stewart, D. (2001), *NTORS after five years. Changes in substance use, health and criminal behaviour during the five years after intake,* National Treatment Outcome Research Study, National Addiction Centre, Londen.

Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., Lehmann, P., Edwards, C., Wilson, A. en Segar, G. (1998), „Substance use, health and social problems of clients at 54 drug treatment agencies: intake data from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS)", *British Journal of Psychiatry,* Vol. 173.

Greenstein, R. A., Fudala, P. J. en O' Brien, C. P. (1997), „Alternative Pharmacotherapies for Opiate Addiction", artikel in *Substance Abuse — A Comprehensive Textbook,* USA.

Haw, S. (1993), *Pharmaceutical drugs and illicit drug use in the Lothian region,* Centre for HIV/Aids and Drug Studies (CHADS), City Hospital, Edinburgh.

Heroïnestudie (2002), officiële website met informatie over het Duitse heroïne-experiment op: http://www.heroïnestudie.de

Hunt, N. (2002), „Preliminary results from the 2001 UK Mixmag drug use survey", 2nd International conference on Nightlife substance use and related health issues, 24 tot en met 27 maart 2002, Rimini, Regione Emilia Romagna en John Moores University.

Jungner, M. (2001), „Treatment of intoxicating substance misuse in Finnish prisons", in *Connections, The Newsletter of the European Network of Drug and HIV/Aids Services in Prison,* Issue 9 & 10, november 2001, blz. 12-13.

Kethea — NSPH (2001), „Effectiveness-evaluation of the Kethea's Therapeutic Communities. Therapy Centre for Dependent Individuals (Kethea)", National School of Public Health, Section of Sociology (NSPH), Athene.

Kriener, H., Billet, R., Gollner, C., Lachout, S., Neubauer, P. en Schmid, R. (2001), „An Inventory of On-Site Pill Testing Interventions in the EU", EWDD, Lissabon.

[65] Voor informatie over de situatie tot en met 2000 wordt verwezen naar http://ar2001.emcdda.eu.int/en/chap2/specific_demand.html#table2.

[66] Met uitzondering van gevangenissen in Ceuta en Melilla. De autonome regio Catalonië heeft een zelfstandige bevoegdheid met betrekking tot het beheer van gevangenissen.

Leccese, A. P., Pennings, E. J. M., en De Wolff, F. A. (2000), *Combined use of alcohol and psychotropic drugs. A review of the literature,* Academisch Ziekenhuis Leiden (AZL), Leiden *.

Lowinson, H. L., Payte, F. T., Salsitz, E., Joseph, H., Marion, I. J. en Dole, V. P. (1997), „Methadone Maintenance", artikel in *Substance abuse — A comprehensive textbook*, USA.

Lýsen, L. (2001), „The Swedish system and the experiences at the Gävle prison — management of drug problems in prison", in *Connections, The Newsletter of the European Network of Drug and HIV/Aids Services in Prison*, Issue 9 & 10, november 2001, blz. 10-11.

McElrath, K. en McEvoy, K. (1999), *Ecstasy use in Northern Ireland,* Queen's University, Belfast.

Ministerie van Justitie, Rechtsgelijkheid en Hervorming van het Recht (1999), „Drug misuse and drug treatment in the prison system: ontwerp-actieplan" (niet gepubliceerd) *.

Nationale Reitox-verslagen 2001.

Neale, J. (2001), „Don't overdo it: overdose prevention and extent", *Druglink*, Vol. 16, juli/augustus 2001, blz. 18-22.

NV, 2001 = nationale verslagen 2001 van de betreffende landen bestemd voor het EWDD: hoofdstuk 13 (behalve Noorwegen, hfdst. 12 en Finland, hfdst. 18).

ONS (Office for National Statistics) (2000a), „ONS drug-related deaths database: first results for England and Wales, 1993-7", *Health Statistics Quarterly* nr. 5 (lente 2000), blz. 57-60, Office for National Statistics, Londen *.

ONS (Office for National Statistics) (2000b), „Deaths related to drug poisoning: results for England and Wales, 1994-1998", *Health Statistics Quarterly* nr. 7 (herfst 2000), blz. 59-62, Office for National Statistics, Londen.

ONS (Office for National Statistics) (2000c), „Deaths related to drug poisoning: results for England and Wales, 1995-1999", *Health Statistics Quarterly* nr. 9 (lente 2001), blz. 70-72, Office for National Statistics, Londen.

Pedersen, M. U. (2000), *Stofmisbrugere før under efter behandling,* Center for Rusmiddelforskning.

Raad van Europa (1993), *Recommendation No.R (93)6 of the Committee of ministers to Member States concerning prison and criminological aspects of the control of transmissible diseases including aids and related health problems in prison*, Raad van Europa, Straatsburg.

Rigter, H. (1998), *Effecten van justitiële drang en dwang bij de behandeling van verslaafden*, Trimbos Instituut, Utrecht *.

Seppälä, P. (1999), „Kielletyt aineet ja niiden merkitys teknokulttuurissa" [Banned substances and their relevance to techno-culture], Yhteiskuntapolitiikka, 64, (4), blz. 359-368 *.

Snippe, J. en Bieleman, B. (1997), „Opiate users and crime in the Netherlands" in Korf, D., en Riper, H. eds., *Illicit drug use in Europe: Proceedings of the 7th Conference on drug use and drug policy*, universiteit van Amsterdam (SISWO), Amsterdam.

Sonntag, D. en Künze, J. (2000), „Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg?", *Sucht,* Vol. 46 (Sonderheft 2).

Spacca, E. (2002), Persoonlijke mededeling door Edoardo Spacca, coördinator van het European Network of Drug Services in Prison (ENDSP) bij de Cranstoun Drug Services in Londen.

Stöver, H. (2001), *Assistance to drug users in European Union prisons: an overview study,* wetenschappelijk verslag EWDD, Lissabon & Londen.

Strang, J., Griffiths, P., Powis, B., Fountain, J., Williamson, S., Gossop, M. (1999), „Which drugs cause overdose amongst opiate misusers? Study of personal and witnessed overdoses", *Drug and Alcohol Review*, Vol. 18, blz. 253-261 *.

Strang, J., Seivewright, N., en Farrell, M. (1993), „Oral and intravenous abuse of benzodiazepines" in Hallstrom, C. (ed) *Benzodiazepine dependence*, Oxford University Press, Oxford.

Taylor, A., Frischer, M., en Goldberg, D. (1996), „Non-fatal overdosing is related to polydrug use in Glasgow", Letter to the editor, *British Medical Journal*, v 313, 30 november 1996, blz. 1140-1141.

Tretter, F., Küfner, H., Kümmler, P., Beloch, E., Drobik, U., Burkhardt, D., Walcher, S. (2001), „Katamnese nach antagonisten-induziertem narkosegestütztem Opiatentzug", *Sucht*, Vol. 47 (3), blz. 189-200.

Turnbull, P., Mc Sweeney, T. en Hough, M. (2000), „Drug Treatment and Testing Orders — the 18-Month Evaluation", *Research Findings No. 128*, Home Office Research, Development and Statistics Directorate, Londen.

Van den Brink, W., Hendriks, V. M., Blanken, P., Huijsman, I. A. en Ree, J. M. V. (2002), „Medical co-prescription of heroin — two randomised controlled trials", Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden (CCBH), Nederland.

Vermaas, P. (1999), „Drugs en geweld, „polygebruikers" zijn onvoorspelbaar en agressief", *Algemeen Politieblad*, nr. 10 *.

WHO (1994), Lexicon of Alcohol and Drug Terms *.

WHO Global Programme on aids (1993), *Guidelines on HIV infection and aids in prison,* WHO/GPA/DIR/93.3 (herdrukt UNAIDS/99.47/E). Pdf-file kan gedownload worden via: http://www.unaids.org/bestpractice/collection/subject/sector/keyprisons.html

WIAD-ORS, European Network on HIV/Aids and Hepatitis Prevention in Prisons (1998), *Annual Report to the EC*, WIAD: Bonn & ORS: Marseille.

WIAD-ORS, European Network on HIV/Aids and Hepatitis Prevention in Prisons (2001), *Final Progress Report*, WIAD: Bonn & ORS: Marseille.

Wirth, U. (2001), „Der Verlauf der Drogenabhängigkeit nach der stationären Behandlung, eine Studie des Anton-Proksch-Instituts", Anton-Proksch-Institut, Wenen.

Meer informatie over drugsvoorzieningen in gevangenissen is beschikbaar via het European Network of Drug Services in Prison (ENDSP — voorheen ENDHASP) op de website: http://www.cranstoun.org.

* = referentie geciteerd in het nationaal Reitox-verslag.

Focal points van het Reitox-netwerk

Belgium — Ms Denise Walckiers
Scientific Institute of Public Health
Rue Juliette Wytsman 14
B-1050 Brussels
Tel. (32-2) 642 50 35
Fax (32-2) 642 54 10
E-mail: BIRN@iph.fgov.be

Denmark — Mr Thomas Clement
National Board of Health
Islands Brygge, 67, Postbox 1881
DK-2300 Copenhagen S
Tel. (45) 72 22 74 00
Fax (45) 72 22 74 11
E-mail: tcl@sst.dk
Kari Grasaasen
E-mail: kag@sst.dk

Germany — Mr Roland Simon
Institute for Therapy Research
Parzivalstraße 25
D-80804 Munich
Tel. (49-89) 36 08 04 40
Fax (49-89) 36 08 04 49
E-mail: Simon@ift.de

Greece — Ms Manina Terzidou
University of Mental Health Research Institute (UMHRI)
(**Office:** 12 Eginitou Street)
GR-115 28 Athens
Tel. (30-10) 653 69 02
Fax (30-10) 653 72 73
Postal address
Greek Reitox Focal Point
PO Box 66517 — Papagou Post Office
GR-15 601 Athens
E-mail: ektepn@hol.gr

Spain — Ms Elena Garzon
Government Delegation to the National Plan on Drugs (DGPND)
C/Recoletos, 22
E-28001 Madrid
Tel. (34) 915 37 27 25
Fax (34) 915 37 26 95
E-mail: egarzon@pnd.mir.es
Ms Ana Andres Ballesteros —
Tel. (34) 915 37 26 86
E-mail: anaab@pnd.mir.es

France — Mr Jean Michel Costes
French Observatory for Drugs and Drug Addiction
105, rue Lafayette
F-75110 Paris
Tel. (33) 153 20 16 16
Fax (33) 153 20 16 00
E-mail: jecos@ofdt.fr

Ireland — Mr Hamish Sinclair
Drug Misuse Research Division
Health Research Board
73 Lower Baggot Street
Dublin 2
Ireland
Tel. (353-1) 676 11 76 ext. 160
Fax (353-1) 661 18 56
E-mail: Hsinclair@hrb.ie
Mary O'Brien
Tel. (353-1) 676 11 76 ext. 163
E-mail: Mobrien@hrb.ie

Italy — Ms Annalisa Vittore
Ministry of Labour and Social Policies
Department of Social and Previdential Policies
Directorate-General for Drug Addiction and for the National Observatory
Via Fornovo, 8, Pal. B
I-00187 Rome
Tel. (39) 06 36 75 48 01
Fax (39) 06 36 75 48 11
E-mail: svittore@minwelfare.it
Silvia Zanone
E-mail: szanone@minwelfare.it

Luxembourg — Mr Alain Origer
Direction de la Santé — EMCDDA Focal Point
Luxembourg
Allée Marconi, Villa Louvigny
L-2120 Luxembourg
Tel. (352) 478 56 25
Fax (352) 46 79 65
E-mail: alain.origer@ms.etat.lu

Netherlands — Mr Franz Trautmann
Trimbos Instituut
Netherlands Institute of Mental Health and Addiction
Da Costakade 45, PO Box 725
3500 AS Utrecht
Netherlands
Tel. (31-30) 297 11 86
Fax (31-30) 297 11 87
E-mail: ftrautmann@trimbos.nl

Austria — Ms Sabine Haas
ÖBIG — Austrian Health Institute
Stubenring 6
A-1010 Vienna
Tel. (43-1) 515 61–160
Fax (43-1) 513 84 72
E-mail: HAAS@oebig.at

Portugal — Dr Elza Pais
Instituto Português da Droga e da Toxicodependência (IPDT)
Av. João Crisostomo, 14
P-1000-179 Lisbon
Tel. (351) 213 10 41 00
Fax (351) 213 10 41 90
E-mail: Elza.Pais@ipdt.pt
Dr Maria Moreira
Tel. (351) 213 10 41 26
E-mail: Maria.Moreira@ipdt.pt

Finland — Mr Ari Virtanen
National Research and Development Centre for Welfare and Health
PO Box 220
(**Office:** Siltasaarenkatu 18 A)
FIN-00531 Helsinki
Tel. (358-9) 396 71
Fax (358-9) 76 13 07
E-mail: ari.virtanen@stakes.fi

Sweden — Mr Bertil Pettersson
National Institute of Public Health
S-103 52 Stockholm
(Office: Olof Palmes gata 17)
Tel. (46-8) 56 61 35 13
Fax (46-8) 56 61 35 05
Mobile: (46) 704 83 35 13
E-mail:Bertil.Pettersson@fhi.se

United Kingdom — Mr Axel Klein
DrugScope
Waterbridge House
32–36 Loman Street
London SE1 OEE
United Kingdom
Tel. (44-20) 79 28 12 11
Fax (44-20) 79 28 17 71
E-mail: axelk@Drugscope.org.uk

Norway — Mr Knut Brofoss
National Research Centre (SIRUS) — SIFA
PB 565 Sentrum
N-0105 Oslo
Office: Øvre Slottsgate 2B
N-0157 Oslo
Tel. (47) 22 34 04 00
Fax (47) 22 34 04 01
Mr Odd Hordvin (Coordinator NFP)
E-mail: odd@sirus.no

European Commission — Mr Timo Jetsu
European Commission
Justice and Home Affairs DG — Drugs Coordination Unit
LX46, 3/186
B-1049 Brussels
Tel. (32-2) 29-95784
Fax (32-2) 29-53205
E-mail: Timo.Jetsu@cec.eu.int

Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving

2002 — Jaarverslag over de stand van de drugsproblematiek in de Europese Unie en Noorwegen

Luxemburg: Bureau voor officiële publicaties der Europese Gemeenschappen

2002 — 60 blz. — 21 x 29,7 cm

ISBN 92-9168-132-6

Venta • Salg • Verkauf • Πωλήσεις • Sales • Vente • Vendita • Verkoop • Venda • Myynti • Försäljning
http://eur-op.eu.int/general/en/s-ad.htm

BELGIQUE/BELGIË

Jean De Lannoy
Avenue du Roi 202/Koningslaan 202
B-1190 Bruxelles/Brussel
Tél. (32-2) 538 43 08
Fax (32-2) 538 08 41
E-mail: jean.de.lannoy@infoboard.be
URL: http://www.jean-de-lannoy.be

La librairie européenne/
De Europese Boekhandel
Rue de la Loi 244/Wetstraat 244
B-1040 Bruxelles/Brussel
Tél. (32-2) 295 26 39
Fax (32-2) 735 08 60
E-mail: mail@libeurop.be
URL: http://www.libeurop.be

Moniteur belge/Belgisch Staatsblad
Rue de Louvain 40-42/Leuvenseweg 40-42
B-1000 Bruxelles/Brussel
Tél. (32-2) 552 22 11
Fax (32-2) 511 01 84
E-mail: eusales@just.fgov.be

DANMARK

J. H. Schultz Information A/S
Herstedvang 12
DK-2620 Albertslund
Tlf. (45) 43 63 23 00
Fax (45) 43 63 19 69
E-mail: schultz@schultz.dk
URL: http://www.schultz.dk

DEUTSCHLAND

Bundesanzeiger Verlag GmbH
Vertriebsabteilung
Amsterdamer Straße 192
D-50735 Köln
Tel. (49-221) 97 66 80
Fax (49-221) 97 66 82 78
E-Mail: vertrieb@bundesanzeiger.de
URL: http://www.bundesanzeiger.de

ΕΛΛΑΔΑ/GREECE

G. C. Eleftheroudakis SA
International Bookstore
Panepistimiou 17
GR-10564 Athina
Tel. (30-1) 331 41 80/1/2/3/4/5
Fax (30-1) 325 84 99
E-mail: elebooks@netor.gr
URL: elebooks@hellasnet.gr

ESPAÑA

Boletín Oficial del Estado
Trafalgar, 27
E-28071 Madrid
Tel. (34) 915 38 21 11 (libros)
913 84 17 15 (suscripción)
Fax (34) 915 38 21 21 (libros),
913 84 17 14 (suscripción)
E-mail: clientes@com.boe.es
URL: http://www.boe.es

Mundi Prensa Libros, SA
Castelló, 37
E-28001 Madrid
Tel. (34) 914 36 37 00
Fax (34) 915 75 39 98
E-mail: libreria@mundiprensa.es
URL: http://www.mundiprensa.com

FRANCE

Journal officiel
Service des publications des CE
26, rue Desaix
F-75727 Paris Cedex 15
Tél. (33) 140 58 77 31
Fax (33) 140 58 77 00
E-mail: europublications@journal-officiel.gouv.fr
URL: http://www.journal-officiel.gouv.fr

IRELAND

Alan Hanna's Bookshop
270 Lower Rathmines Road
Dublin 6
Tel. (353-1) 496 73 98
Fax (353-1) 496 02 28
E-mail: hannas@iol.ie

ITALIA

Licosa SpA
Via Duca di Calabria, 1/1
Casella postale 552
I-50125 Firenze
Tel. (39) 055 64 83 1
Fax (39) 055 64 12 57
E-mail: licosa@licosa.com
URL: http://www.licosa.com

LUXEMBOURG

Messageries du livre SARL
5, rue Raiffeisen
L-2411 Luxembourg
Tél. (352) 40 10 20
Fax (352) 49 06 61
E-mail: mail@mdl.lu
URL: http://www.mdl.lu

NEDERLAND

SDU Servicecentrum Uitgevers
Christoffel Plantijnstraat 2
Postbus 20014
2500 EA Den Haag
Tel. (31-70) 378 98 80
Fax (31-70) 378 97 83
E-mail: sdu@sdu.nl
URL: http://www.sdu.nl

PORTUGAL

Distribuidora de Livros Bertrand Ld.ª
Grupo Bertrand, SA
Rua das Terras dos Vales, 4-A
Apartado 60037
P-2700 Amadora
Tel. (351) 214 95 87 87
Fax (351) 214 96 02 55
E-mail: dlb@ip.pt

Imprensa Nacional-Casa da Moeda, SA
Sector de Publicações Oficiais
Rua da Escola Politécnica, 135
P-1250-100 Lisboa Codex
Tel. (351) 213 94 57 00
Fax (351) 213 94 57 50
E-mail: spoce@incm.pt
URL: http://www.incm.pt

SUOMI/FINLAND

Akateeminen Kirjakauppa/
Akademiska Bokhandeln
Keskuskatu 1/Centralgatan 1
PL/PB 128
FIN-00101 Helsinki/Helsingfors
P./tfn (358-9) 121 44 18
F./fax (358-9) 121 44 35
Sähköposti: sps@akateeminen.com
URL: http://www.akateeminen.com

SVERIGE

BTJ AB
Traktorvägen 11-13
S-221 82 Lund
Tlf. (46-46) 18 00 00
Fax (46-46) 30 79 47
E-post: btjeu-pub@btj.se
URL: http://www.btj.se

UNITED KINGDOM

The Stationery Office Ltd
Customer Services
PO Box 29
Norwich NR3 1GN
Tel. (44) 870 60 05-522
Fax (44) 870 60 05-533
E-mail: book.orders@theso.co.uk
URL: http://www.itsofficial.net

ÍSLAND

Bokabud Larusar Blöndal
Skólavördustig, 2
IS-101 Reykjavik
Tel. (354) 552 55 40
Fax (354) 552 55 60
E-mail: bokabud@simnet.is

SCHWEIZ/SUISSE/SVIZZERA

Euro Info Center Schweiz
c/o OSEC Business Network Switzerland
Stampfenbachstraße 85
PF 492
CH-8035 Zürich
Tel. (41-1) 365 53 15
Fax (41-1) 365 54 11
E-mail: eics@osec.ch
URL: http://www.osec.ch/eics

BĂLGARIJA

Europress Euromedia Ltd
59, blvd Vitosha
BG-1000 Sofia
Tel. (359-2) 980 37 66
Fax (359-2) 980 42 30
E-mail: Milena@mbox.cit.bg
URL: http://www.europress.bg

CYPRUS

Cyprus Chamber of Commerce and Industry
PO Box 21455
CY-1509 Nicosia
Tel. (357-2) 88 97 52
Fax (357-2) 66 10 44
E-mail: demetrap@ccci.org.cy

EESTI

Eesti Kaubandus-Tööstuskoda
(Estonian Chamber of Commerce and Industry)
Toom-Kooli 17
EE-10130 Tallinn
Tel. (372) 646 02 44
Fax (372) 646 02 45
E-mail: einfo@koda.ee
URL: http://www.koda.ee

HRVATSKA

Mediatrade Ltd
Pavla Hatza 1
HR-10000 Zagreb
Tel. (385-1) 481 94 11
Fax (385-1) 481 94 11

MAGYARORSZÁG

Euro Info Service
Szt. István krt.12
III emelet 1/A
PO Box 1039
H-1137 Budapest
Tel. (36-1) 329 21 70
Fax (36-1) 349 20 53
E-mail: euroinfo@euroinfo.hu
URL: http://www.euroinfo.hu

MALTA

Miller Distributors Ltd
Malta International Airport
PO Box 25
Luqa LQA 05
Tel. (356) 66 44 88
Fax (356) 67 67 99
E-mail: gwirth@usa.net

NORGE

Swets Blackwell AS
Hans Nielsen Hauges gt. 39
Boks 4901 Nydalen
N-0423 Oslo
Tel. (47) 23 40 00 00
Fax (47) 23 40 00 01
E-mail: info@no.swetsblackwell.com
URL: http://www.swetsblackwell.com.no

POLSKA

Ars Polona
Krakowskie Przedmiescie 7
Skr. pocztowa 1001
PL-00-950 Warszawa
Tel. (48-22) 826 12 01
Fax (48-22) 826 62 40
E-mail: books119@arspolona.com.pl

ROMÂNIA

Euromedia
Str.Dionisie Lupu nr. 65, sector 1
RO-70184 Bucuresti
Tel. (40-1) 315 44 03
Fax (40-1) 312 96 46
E-mail: euromedia@mailcity.com

SLOVAKIA

Centrum VTI SR
Nám. Slobody, 19
SK-81223 Bratislava
Tel. (421-7) 54 41 83 64
Fax (421-7) 54 41 83 64
E-mail: europ@tbb1.sltk.stuba.sk
URL: http://www.sltk.stuba.sk

SLOVENIJA

GV Zalozba
Dunajska cesta 5
SLO-1000 Ljubljana
Tel. (386) 613 09 1804
Fax (386) 613 09 1805
E-mail: europ@gvestnik.si
URL: http://www.gvzalozba.si

TÜRKIYE

Dünya Infotel AS
100, Yil Mahallessi 34440
TR-80050 Bagcilar-Istanbul
Tel. (90-212) 629 46 89
Fax (90-212) 629 46 27
E-mail: aktuel.info@dunya.com

ARGENTINA

World Publications SA
Av. Cordoba 1877
C1120 AAA Buenos Aires
Tel. (54-11) 48 15 81 56
Fax (54-11) 48 15 81 56
E-mail: wpbooks@infovia.com.ar
URL: http://www.wpbooks.com.ar

AUSTRALIA

Hunter Publications
PO Box 404
Abbotsford, Victoria 3067
Tel. (61-3) 94 17 53 61
Fax (61-3) 94 19 71 54
E-mail: jpdavies@ozemail.com.au

BRESIL

Livraria Camões
Rua Bittencourt da Silva, 12 C
CEP
20043-900 Rio de Janeiro
Tel. (55-21) 262 47 76
Fax (55-21) 262 47 76
E-mail: livraria.camoes@incm.com.br
URL: http://www.incm.com.br

CANADA

Les éditions La Liberté Inc.
3020, chemin Sainte-Foy
Sainte-Foy, Québec G1X 3V6
Tel. (1-418) 658 37 63
Fax (1-800) 567 54 49
E-mail: liberte@mediom.qc.ca

Renouf Publishing Co. Ltd
5369 Chemin Canotek Road, Unit 1
Ottawa, Ontario K1J 9J3
Tel. (1-613) 745 26 65
Fax (1-613) 745 76 60
E-mail: order.dept@renoufbooks.com
URL: http://www.renoufbooks.com

EGYPT

The Middle East Observer
41 Sherif Street
Cairo
Tel. (20-2) 392 69 19
Fax (20-2) 393 97 32
E-mail: inquiry@meobserver.com
URL: http://www.meobserver.com.eg

MALAYSIA

EBIC Malaysia
Suite 45.02, Level 45
Plaza MBf (Letter Box 45)
8 Jalan Yap Kwan Seng
50450 Kuala Lumpur
Tel. (60-3) 21 62 92 98
Fax (60-3) 21 62 61 98
E-mail: ebic@tm.net.my

MÉXICO

Mundi Prensa México, SA de CV
Río Pánuco, 141
Colonia Cuauhtémoc
MX-06500 México, DF
Tel. (52-5) 533 56 58
Fax (52-5) 514 67 99
E-mail: 101545.2361@compuserve.com

SOUTH AFRICA

Eurochamber of Commerce in South Africa
PO Box 781738
2146 Sandton
Tel. (27-11) 884 39 52
Fax (27-11) 883 55 73
E-mail: info@eurochamber.co.za

SOUTH KOREA

The European Union Chamber of Commerce in Korea
5th Fl, The Shilla Hotel
202, Jangchung-dong 2 Ga, Chung-ku
Seoul 100-392
Tel. (82-2) 22 53-5631/4
Fax (82-2) 22 53-5635/6
E-mail: eucck@eucck.org
URL: http://www.eucck.org

SRI LANKA

EBIC Sri Lanka
Trans Asia Hotel
115 Sir Chittampalam
A. Gardiner Mawatha
Colombo 2
Tel. (94-1) 074 71 50 78
Fax (94-1) 44 87 79
E-mail: ebicsl@slnet.ik

T'AI-WAN

Tycoon Information Inc
PO Box 81-466
105 Taipei
Tel. (886-2) 87 12 88 86
Fax (886-2) 87 12 47 47
E-mail: euitupe@ms21.hinet.net

UNITED STATES OF AMERICA

Bernan Associates
4611-F Assembly Drive
Lanham MD 20706-4391
Tel. (1-800) 274 44 47 (toll free telephone)
Fax (1-800) 865 34 50 (toll free fax)
E-mail: query@bernan.com
URL: http://www.bernan.com

ANDERE LÄNDER
OTHER COUNTRIES
AUTRES PAYS

Bitte wenden Sie sich an ein Büro Ihrer Wahl/Please contact the sales office of your choice/Veuillez vous adresser au bureau de vente de votre choix
Office for Official Publications of the European Communities
2, rue Mercier
L-2985 Luxembourg
Tel. (352) 29 29-42455
Fax (352) 29 29-42758
E-mail: info-info-opoce@cec.eu.int
URL: publications.eu.int

2/2002

16 17 5 TD-AC-02-001-NL-C

Over het EWDD

Het Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving (EWDD) is een van de twaalf gedecentraliseerde agentschappen die de Europese Unie heeft opgericht voor het verrichten van specialistische technische of wetenschappelijke werkzaamheden.
Het waarnemingscentrum, dat in 1993 werd opgericht en sinds 1995 operationeel is, stelt zich in eerste instantie ten doel om „op Europees niveau objectieve, betrouwbare en vergelijkbare informatie te verschaffen over drugs en drugsverslaving en de gevolgen daarvan". Door middel van de statistische, documentaire en technische informatie die het verzamelt, analyseert en verspreidt, voorziet het EWDD zijn publiek — beleidsmakers, beroepsbeoefenaren op het gebied van drugs of Europese burgers — van een veelomvattend beeld van het verschijnsel drugs in Europa.
De voornaamste taken van het waarnemingscentrum zijn:

- het verzamelen en analyseren van bestaande gegevens;
- het verbeteren van methoden voor het vergelijken van gegevens;
- het verspreiden van informatie; en
- het samenwerken met Europese en internationale organisaties alsmede met niet-EU-lidstaten.

Het EWDD on line
Er is ook een interactieve on-lineversie beschikbaar van het jaarverslag 2002 op http://annualreport.emcdda.eu.int in 12 talen. De on-lineversie bevat links naar gegevensbronnen, rapporten en achtergronddocumentatie die bij het samenstellen van dit verslag zijn gebruikt.
Op de website van het EWDD kunt u verder terecht voor gedetailleerde informatie over drugsgebruik in Europa, laadbare publicaties in alle elf officiële EU-talen en het Noors, links naar gespecialiseerde drugsinformatiecentra in Europa en daarbuiten en vrije toegang tot gespecialiseerde databases (http://www.emcdda.eu.int).

BUREAU VOOR OFFICIËLE PUBLICATIES
DER EUROPESE GEMEENSCHAPPEN

L-2985 Luxembourg

ISBN 92-9168-132-6

9 789291 681327