



Europees Waarnemingscentrum  
voor drugs en drugsverslaving

ISSN 1609-6177

# JAAARVERSLAG 2007

STAND VAN DE DRUGSPROBLEMATIEK  
IN EUROPA





Europees Waarnemingscentrum  
voor drugs en drugsverslaving

STAND VAN DE DRUGSPROBLEMATIEK  
IN EUROPA

# JAAARVERSLAG 2007

## 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. De inhoud van deze uitgave geeft niet noodzakelijkerwijs de standpunten weer van de partners van het EWDD, van de lidstaten van de EU of van de instellingen of agentschappen van de Europese Unie of de Europese Gemeenschappen.

Op internet is via de Europaserver (<http://europa.eu>) veel aanvullende informatie over de Europese Unie beschikbaar.

Europe Direct helpt u antwoord te vinden  
op uw vragen over de Europese Unie

Gratis nummer (\*):  
**00 800 6 7 8 9 10 11**

(\* ) Als u mobiel of in een telefooncel of hotel belt, hebt u misschien geen toegang tot gratis nummers of kunnen kosten worden aangerekend.

Dit verslag is beschikbaar in het Bulgaars, Spaans, Tsjechisch, Deens, Duits, Ests, Grieks, Engels, Frans, Italiaans, Lets, Litouws, Hongaars, Nederlands, Pools, Portugees, Roemeens, Slowaaks, Sloveens, Fins, Zweeds, Turks en Noors. Alle vertalingen zijn volledig verzorgd door het Vertaalbureau voor de organen van de Europese Unie.

Bibliografische gegevens bevinden zich aan het eind van deze uitgave.

Luxemburg: Bureau voor officiële publicaties der Europese Gemeenschappen, 2007

ISBN 978-92-9168-297-3

© Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving, 2007

Overname is toegestaan mits de bron wordt vermeld.

*Printed in Belgium*

GEDRUKT OP CHLOORVRIJ GEBLEEKT PAPIER



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  
[info@emcdda.europa.eu](mailto:info@emcdda.europa.eu) • <http://www.emcdda.europa.eu>

## Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Dankbetuiging	7
Inleiding	9
Commentaar — De drugssituatie in Europa	11
Hoofdstuk 1	
<b>Beleid en wetgeving</b>	<b>18</b>
Hoofdstuk 2	
<b>De aanpak van drugsproblemen in Europa — Een overzicht</b>	<b>28</b>
Hoofdstuk 3	
<b>Cannabis</b>	<b>37</b>
Hoofdstuk 4	
<b>Amfetaminen, ecstasy en LSD</b>	<b>48</b>
Hoofdstuk 5	
<b>Cocaïne en crack-cocaïne</b>	<b>57</b>
Hoofdstuk 6	
<b>Opioïdengebruik en injecterend drugsgebruik</b>	<b>63</b>
Hoofdstuk 7	
<b>Nieuwe en opkomende drugstrends en maatregelen tegen nieuwe drugs</b>	<b>72</b>
Hoofdstuk 8	
<b>Infectieziekten en sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik</b>	<b>77</b>
Referenties	89



## Voorwoord

Voor u ligt het twaalfde jaarverslag van het Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving. Net zoals eerder biedt ook dit verslag een uitgebreide update over de huidige stand van de drugsproblematiek in Europa. Het belicht tevens Europa's succesvolle invoering van een methodologisch deugdelijk, duurzaam en uitgebreid informatiesysteem voor toezicht op drugsgebruik.

In het jaarverslag wordt ingegaan op twee fundamentele vragen. Wat is bekend over het drugsgebruik in Europa en de daarmee samenhangende problemen? En welke lering kan worden getrokken uit een effectieve aanpak van drugsgerelateerde problemen? Deze vragen zijn belangrijk aangezien beleidsmakers in heel Europa, ongeacht hun politieke of ideologische overtuiging, hebben ingezien dat de drugsproblematiek een aantal complexe vraagstukken kent waarvoor geen eenvoudige oplossing bestaat. Zij herkennen dat de toekomst ligt in de evaluatie van beschikbare gegevens over de omvang en de aard van de problematiek en de kosten en baten van verschillende interventieprogramma's. In dit opzicht belicht het verslag tevens Europa's streven naar een evenwichtige en op feiten gebaseerde beleidsvorming en naar langdurige en duurzame oplossingen in plaats van „gemakkelijke“ oplossingen voor de korte termijn. Europa mag dan ook trots zijn dat het dit complexe en vaak beladen onderwerp op een rationele én menselijke manier behandelt.

Dit verslag gaat daarnaast in op de voortgang die is geboekt bij de aanpak van de drugsproblematiek in Europa. Dat is vooral dit jaar relevant, aangezien de resultaten op dit gebied zowel in Europa als op internationaal vlak zullen worden geëvalueerd. In 2008 zal de Europese Commissie een begin maken met de evaluatie van het effect van het huidige Europese drugsactieplan, en de VN-Commissie voor Verdovende Middelen (Commission on Narcotic Drugs, CND) zal zich buigen over de vorderingen die zijn gemaakt bij het behalen van de doelstellingen die tijdens de bijzondere zitting van de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties in 1998 werden vastgesteld.

In Europa vormt de drugsproblematiek nog steeds een grote uitdaging voor het gezondheids- en sociaal beleid en op het vlak van de rechtshandhaving. Het is niet moeilijk om

gebieden aan te wijzen die veel zorgen baren. Niettemin zijn wij ervan overtuigd dat het ook van essentieel belang is de vooruitgang te belichten. In Europa voeren steeds meer lidstaten strategische en planmatige methoden in om het drugsprobleem aan te pakken. Daarnaast is er sprake van een aanzienlijke verhoging van de investeringen in activiteiten op het gebied van preventie, behandeling en de beperking van de gezondheids- en maatschappelijke schade, een verbeterde samenwerking en een verhoogde focus op het terugdringen van het aanbod. Het drugsgebruik in algemene zin blijft op een historisch hoog niveau, maar het heeft zich in de meeste gebieden gestabiliseerd en in sommige gebieden zijn zelfs tekenen merkbaar die stemmen tot voorzichtig optimisme. De Europese Unie en haar lidstaten verlenen omvangrijke steun aan internationale programma's en internationaal gezien stemt het tevreden dat de Europese situatie op een aantal belangrijke terreinen verhoudingsgewijs positief is.

Als waarnemingscentrum werken wij met cijfers en feiten; wij streven naar wetenschappelijke accuratesse en onpartijdigheid en interpreteren de beschikbare gegevens zonder enige vooroordelen of vooringenomenheid. Dat is onze rol, en als voorzitter van de raad van bestuur en directeur zijn wij wat dat betreft tot geen enkel compromis bereid en trots op de hoge standaarden die wij handhaven. Maar hoewel wetenschappelijke degelijkheid essentieel is voor ons werk, mogen wij nooit vergeten dat achter de cijfers in ons verslag mensen schuilgaan wier leven wordt beïnvloed en mogelijk verwoest door drugsproblemen. Achter de droge statistieken over de behandelingsvraag, sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik en crimineel gedrag schuilen treurende families, verloren gegaan potentieel en kinderen die opgroeien in een onveilige omgeving. Voor de ontwikkeling van een effectieve aanpak van de drugsproblematiek dienen wij de feiten weliswaar zakelijk te benaderen, maar we mogen nooit de menselijke kant van dit onderwerp uit het oog verliezen.

**Marcel Reimen,**  
voorzitter van de raad van bestuur van het EWDD

**Wolfgang Götz,**  
directeur van het EWDD





## Dankbetuiging

Het EWDD wil de volgende personen en instanties danken 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;
- het Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding (ECDC), het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA) en Europol;
- de Pompidou-groep van de Raad van Europa, het UNODC (Bureau voor Drugs en Criminaliteit van de Verenigde Naties), het Regionaal Kantoor voor Europa van de Wereldgezondheidsorganisatie, Interpol, de Werelddouaneorganisatie, het ESPAD-project en de Zweedse Raad voor informatie over alcohol en andere drugs (CAN) en het Europees Centrum voor de epidemiologische controle van aids (EuroHIV);
- het Vertaalbureau voor de organen van de Europese Unie en het Bureau voor officiële publicaties der Europese Gemeenschappen;
- Prepress Projects Ltd.

### Nationale focal points van het Reitox-netwerk

Reitox is het Europese informatienetwerk voor drugs en drugsverslaving. Het netwerk bestaat uit nationale focal points in de lidstaten van de EU, Noorwegen en de kandidaat-lidstaten en bij de Europese Commissie. Onder de verantwoordelijkheid van de nationale regeringen zijn de focal points de nationale instanties die het EWDD drugsinformatie verstrekken.

De contactgegevens van de nationale focal points zijn te vinden op de website van het EWDD:

<http://www.emcdda.europa.eu/?nodeid=1596>.



## Inleiding

Dit jaarverslag is gebaseerd op informatie die de lidstaten van de EU, de kandidaat-lidstaten en Noorwegen (dit land neemt sinds 2001 deel aan de activiteiten van het EWDD) in de vorm van nationale verslagen aan het EWDD verstrekken. De statistische gegevens in dit jaarverslag hebben betrekking op 2005 (of het meest recente jaar waarover informatie beschikbaar is). De grafieken en tabellen in dit verslag hoeven niet altijd een weerspiegeling van de situatie in alle EU-landen te zijn: selectie vindt plaats op basis van de landen die gegevens over de desbetreffende periode beschikbaar hebben.

Een online-versie van het jaarverslag is in 23 talen beschikbaar op <http://annualreport.emcdda.europa.eu>.

In het Statistical Bulletin 2007 (<http://stats07.emcdda.europa.eu>) zijn alle tabellen met brongegevens opgenomen die de basis vormen voor de statistische analyse in dit verslag. Dit bulletin met ruim 100 aanvullende grafieken bevat ook nadere informatie over de gehanteerde methoden.

Gegevensprofielen per land (<http://datapfiles07.emcdda.europa.eu>) geven een samenvatting in grafiekvorm van de hoofdaspecten van de drugssituatie in ieder land.

Bij dit verslag zijn drie diepgaande studies gevoegd, die de volgende vraagstukken verkennen:

- drugs in het verkeer;
- drugsgebruik onder minderjarigen;
- cocaïne en crack-cocaïne: een groeiend probleem voor de volksgezondheid.

Deze zogeheten „selected issues” zijn zowel in drukvorm als online verkrijgbaar (<http://issues07.emcdda.europa.eu>), maar uitsluitend in het Engels.

De nationale verslagen van de Reitox-focal points bieden uitvoerige beschrijvingen en analyses van de drugsproblematiek in ieder land en zijn op de EWDD-website beschikbaar (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).



## Commentaar — De drugssituatie in Europa

### Europa speelt een steeds grotere rol in mondiale acties ter vermindering van de drugsproblematiek

Omdat noch trends in drugsgebruik, noch de mensen die drugs produceren en verhandelen zich ook maar iets gelegen laten liggen aan nationale of geografische grenzen, is het van belang te onderkennen dat de Europese drugsproblematiek deel uitmaakt van een groter, wereldwijd fenomeen en dat de gebruikspatronen in Europa worden beïnvloed door gebeurtenissen elders en andersom. Dit komt tot uiting in het huidige EU-actieplan inzake drugs, waarin onder andere de noodzaak aan de orde wordt gesteld om internationale aangelegenheden op Europees niveau beter te coördineren en om programma's te ondersteunen die tot doel hebben vraag en aanbod van drugs in naburige landen en in landen waar de drugs vandaan komen, terug te dringen. Het investeringsniveau van Europa in internationale acties is nu aanzienlijk: een recente audit van de Europese Commissie wees uit dat de Europese Gemeenschap nu voor minimaal 750 miljoen EUR maatregelen financiert ter vermindering van vraag en aanbod in derde landen. Bovendien is de EU inmiddels de grootste internationale donor ter ondersteuning van het werk van het Bureau voor Drugs en Criminaliteit van de Verenigde Naties (UNODC).

Naast de financiële steun lijkt het er nu ook op dat Europese landen ernst maken met de toezeggingen die zij op internationaal niveau hebben gedaan om passende reacties op drugsproblemen te ontwikkelen. In 2008 zal de internationale gemeenschap evalueren hoeveel vooruitgang er wereldwijd is geboekt bij het behalen van de doelen zoals die zijn vastgesteld tijdens de bijzondere zitting van de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties van 1998 over de bestrijding van de drugsproblematiek. Het EWDD ondersteunt het beoordelingsproces door de reeds beschikbare internationale gegevens aan te vullen met een gedetailleerder overzicht van de stand van zaken in Europa. Zoals uit de in dit verslag gepresenteerde gegevens blijkt, hebben de EU-lidstaten de afgelopen tien jaar zowel op nationaal als op EU-niveau steeds uitgebreidere coördinatiemechanismen ontwikkeld, meestal in het kader van drugsstrategieën en actieplannen. Bovendien hebben ze de informatievoorziening over de drugssituatie sterk verbeterd en de investeringen in interventies aan zowel de vraag- als de aanbodzijde verhoogd. Hoewel het zeker zo is dat drugsgebruik een grote uitdaging blijft voor het beleid op het vlak van volksgezondheid en sociale zaken in Europa, is het ook belangrijk om deze positieve ontwikkelingen te onderkennen.

### Europa en de rest van de wereld

Drugsgebruik is een mondiaal probleem en het is mogelijk inzicht te krijgen in de relatieve omvang van het

drugsprobleem in Europa door de Europese gegevens te vergelijken met die uit andere landen. Probleem daarbij is dat slechts in enkele andere delen van de wereld relatief uitgebreide en betrouwbare informatie beschikbaar is. De Verenigde Staten, Canada en Australië kunnen goede vergelijkingspunten bieden voor de schattingen van recent drugsgebruik (d.w.z. in het afgelopen jaar). Het UNODC schat dat de prevalentie van opioïdengebruik in deze landen ongeveer gelijk is aan de 0,4 tot 0,6 % in de Europese Unie, waarbij het percentage in Canada iets lager en de Verenigde Staten iets hoger ligt. Het geschatte cannabisgebruik is in Europa gemiddeld aanmerkelijk lager dan in de Verenigde Staten, Canada en Australië. Wat stimulerende middelen betreft, is de mate van ecstasygebruik overal in de wereld ongeveer gelijk, zij het dat Australië hoge prevalentiewaarden rapporteert, en is de prevalentie van amfetamine hoger in Australië en de Verenigde Staten dan in Europa en Canada. De prevalentie van cocaïnegebruik is hoger in de Verenigde Staten en Canada dan in de Europese Unie en Australië. Doordat vergelijkbare gegevens ontbreken, is het lastig de gezondheidsgevolgen van drugsgebruik in de verschillende landen te beoordelen, maar wanneer voorzichtig wordt gekeken naar de schattingen in 2005 van het aantal nieuwe diagnoses van hiv-besmetting ten gevolge van het spuiten van drugs, komen Australië, Canada en de Europese Unie uit op minder dan 10 gevallen per miljoen inwoners en de Verenigde Staten op ongeveer 36 gevallen per miljoen.

### Het kwantificeren van een complex fenomeen: specifieke doelen en samenvattende maatstaven

Met alle Europese drugsstrategieën wordt de vermindering van drugsgebruik beoogd alsmede van de schade die door drugs kan worden veroorzaakt, zowel bij de gebruikers zelf als in de gemeenschappen waarin ze leven. Dat is een beleidsdoel dat eenvoudig te stellen is, maar het is daarbij van belang te onderkennen dat drugsgebruik een complex fenomeen is met vele facetten en dat hiermee bij de evaluatie van het effect van beleid rekening moet worden gehouden. Een positieve conclusie van dit verslag is dat er in Europees drugsbeleid steeds meer rekening wordt gehouden met de noodzaak zich te richten op specifieke activiteiten en te werken met meetbare doelen. Dit blijkt onder andere uit de algemene verschuiving in Europa in de richting van nationale drugsstrategieën die vergezeld gaan van specifiekere en aan een tijdspad gebonden actieplannen; op het niveau van Europese coördinatie is een voorbeeld hiervan de jaarlijkse evaluatie van het huidige EU-actieplan inzake drugs, waarbij indicatoren van drugsgebruik op basis van een beoordeling van hun functioneren worden aangepast of losgelaten.

Voor het evalueren van acties is het zonder meer nuttig om een specifiekere benadering te gaan gebruiken. Het is echter ook handig om te kunnen beschikken over maatstaven die een complexe situatie in één getal samenvatten, waardoor complexe zaken eenvoudiger kunnen worden beschreven. Het is moeilijk om dergelijke schalen en maatstaven samen te stellen, maar er zijn enkele veelbelovende ontwikkelingen op dit gebied. In dit verslag bieden we een nieuwe analyse van gegevens omtrent de Europese overheidsbestedingen aan drugs. De gegevens zijn onvolledig, maar geven al wel aan hoe aanzienlijk de geldsommen zijn die ieder jaar in Europa worden uitgegeven aan het terugdringen van de vraag naar en het aanbod van drugs: dit getal ligt ergens tussen de 13 en 36 miljard EUR. Daarbij moet bovendien bedacht worden dat de maatschappelijke kosten van drugsgebruik hierbij niet zijn inbegrepen.

Vooruitgang in deze richting wordt onder andere geboekt door de ontwikkeling van indices waarmee wordt geprobeerd de verschillende kosten en vormen van schade ten gevolge van het gebruik van illegale drugs weer te geven; een voorbeeld hiervan is de *drug harm index* die recentelijk in het Verenigd Koninkrijk is ontwikkeld. Schade is ook een van de centrale begrippen in de onlangs door het UNODC voorgestelde *illicit drug index* (IDI). Dit soort benaderingen zou in de toekomst van nut kunnen zijn voor de analyse van beleid, maar ze zijn afhankelijk van de kwaliteit van de gegevens waarop de samenvattende maatstaf is gebaseerd en van de mate waarin deze gegevens het doelconcept omvatten.

### Schadebeperking is inmiddels een expliciet onderdeel van de Europese aanpak

Er zijn nog steeds aanzienlijke verschillen tussen de Europese landen wat betreft de aard en schaal van de nationale drugsproblematiek alsmede wat betreft het scala aan maatregelen en de inhoud daarvan. Desondanks bestaat er een behoorlijke mate van overeenstemming over algemenere beginselen: namelijk dat drugsbeleid evenwichtig moet zijn, alle relevante aspecten moet omvatten en op bewijs moet zijn gebaseerd. Algemeen wordt aanvaard dat het voor het terugdringen van de vraag nodig is zowel te werken aan preventie als aan behandeling en sociale re-integratie. Van oudsher is het onderwerp schadebeperking echter een controversiële punt. Hierin komt verandering en schadebeperking lijkt als onderdeel van een totaalpakket op vraagvermindering gerichte maatregelen inmiddels een expliciet onderdeel van de Europese aanpak te zijn geworden. Zo beschikken vrijwel alle EU-lidstaten tegenwoordig over zowel substitutiebehandelingen voor opioïdengebruikers als over omruilprogramma's voor naalden en spuiten, al zijn er nog grote verschillen in de mate waarin dergelijke diensten worden aangeboden. Bovendien heeft de Europese Commissie in een recent verslag opgemerkt dat de aanbeveling van de Raad van 18 juni 2003 de lidstaten

heeft gestimuleerd op schadebeperking gerichte activiteiten te ontwikkelen en uit te breiden.

### Gevangenis: diensten voor drugsgebruikers blijven onderontwikkeld

Een belangrijke conclusie die werd getrokken naar aanleiding van de analyse van de geboekte vooruitgang bij de tenuitvoerlegging van de aanbeveling van de Raad, was dat het, ondanks voorspoedige ontwikkelingen op andere vlakken, meestal nog slecht gesteld was met alle soorten diensten in penitentiaire inrichtingen. Hoewel enkele lidstaten regelingen hebben ingevoerd waarbij criminelen met drugsproblemen in plaats van strafrechtelijke sancties te ondergaan zich kunnen laten behandelen, maken in vrijwel alle landen mensen met drugsproblemen nog steeds een groot deel uit van de gevangenispopulatie. Het EWDD werkt momenteel samen met de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) aan een database waarin gezondheidsindicatoren in gevangenis bijeengebracht moeten worden. Op veel gebieden wordt niet voldaan aan het algemene beginsel dat mensen die in de gevangenis zitten wat gezondheidszorg betreft dezelfde mogelijkheden moeten hebben als mensen in de rest van de samenleving. Niet alleen hebben velen bij binnenkomst van de gevangenis drugsproblemen, maar uit onderzoek blijkt dat het drugsgebruik daarna vaak gewoon doorgaat. Vanwege het gebrek aan diensten voor drugsgebruikers in de gevangenis wordt wellicht niet alleen de kans gemist om te interveniëren om toekomstig drugsgebruik en nieuwe misdrijven te verminderen, maar is de kans ook groot dat gezondheidswinst die elders wordt behaald weer teniet wordt gedaan.

### Vaststellen wat werkt en kennis delen

De nadruk in het debat over vraagverminderende acties ligt in toenemende mate op het vaststellen van interventies waarvan kan worden aangetoond dat ze doeltreffend zijn en die geen ongewenste negatieve gevolgen hebben. Omdat interventies nu eenmaal weinig kans maken te helpen, en zelfs contraproductief kunnen uitpakken, als ze verkeerd worden uitgevoerd, is een tweede aspect van dit werk het vaststellen van maatregelen op het vlak van goede praktijken en kwaliteitscontrole. In de nieuwe EWDD-verordening wordt het belang benadrukt van het vaststellen van goede praktijken en het verspreiden van kennis hierover. Een serieus probleem wordt daarbij gevormd door de settings waarin de op vermindering van de vraag gerichte interventies in de praktijk plaatsvinden. Goed onderzoek waarbij gebruik wordt gemaakt van controlegroepen, dé norm voor medische interventies, is vaak moeilijk op te zetten of in de praktijk simpelweg onuitvoerbaar. Vraagstukken in verband met het beoordelen van effectiviteit en het vaststellen van normen voor kwaliteitscontrole komen in hoofdstuk 2 van dit verslag aan de orde.

## In vogelvlucht — Schattingen van drugsgebruik in Europa

(NB: dit zijn de meest recente beschikbare schattingen die betrekking hebben op de volwassen bevolking. Voor de volledige gegevens en een uitgebreide methodologische toelichting: zie het Statistical Bulletin 2007.)

### Cannabis

„Ooit“-gebruik: ten minste 70 miljoen, ofwel een op de vijf Europese volwassenen

Gebruik afgelopen 12 maanden: circa 23 miljoen Europese volwassenen, ofwel een derde van de mensen die ooit cannabis hebben gebruikt

Gebruik afgelopen maand: meer dan 13 miljoen Europeanen  
 Variaties per land in het gebruik van vorig jaar: 1,0 tot 11,2 %

### Cocaïne

„Ooit“-gebruik: ten minste 12 miljoen, ofwel circa 4 % van de Europese volwassenen

Gebruik afgelopen 12 maanden: 4,5 miljoen Europese volwassenen, ofwel een derde van de mensen die ooit cocaïne hebben gebruikt

Gebruik afgelopen maand: circa 2 miljoen  
 Variaties per land in het gebruik van vorig jaar: 0,1 tot 3 %

### Ecstasy

„Ooit“-gebruik: circa 9,5 miljoen, ofwel circa 3 % van de Europese volwassenen

Gebruik afgelopen 12 maanden: 3 miljoen, ofwel een derde van de mensen die ooit ecstasy hebben gebruikt

Gebruik afgelopen maand: meer dan 1 miljoen  
 Variaties per land in het gebruik van vorig jaar: 0,2 tot 3,5 %

### Amfetaminen

„Ooit“-gebruik: bijna 11 miljoen, ofwel circa 3,5 % van de Europese volwassenen

Gebruik afgelopen 12 maanden: 2 miljoen, ofwel een vijfde van de mensen die ooit amfetaminen hebben gebruikt

Gebruik afgelopen maand: minder dan 1 miljoen  
 Variaties per land in het gebruik van vorig jaar: 0,0 tot 1,3 %

### Opioiden

Problematisch opioïdengebruik: tussen de 1 en 8 gevallen per 1 000 volwassenen (leeftijd 15 tot 64)

Ruim 7 500 acute drugsgerelateerde sterfgevallen, waarbij in zo'n 70 % van de gevallen opioïden werden aangetroffen (gegevens 2004)

Voornaamste drug in ongeveer 50 % van alle aanvragen voor behandeling

Meer dan 585 000 opioïdengebruikers hebben in 2005 een substitutiebehandelingen gekregen

meest gebruikte illegale drug in Europa is. Onder jongeren en kinderen wordt de drug in verhouding nog meer gebruikt dan in de bevolking als geheel. Drugsgebruik bij individuen die zich zowel lichamelijk als sociaal nog aan het ontwikkelen zijn vormt een bijzonder probleem; dit wordt in detail besproken in de bijbehorende *selected issue* over drugsgebruik onder minderjarigen. Goed inzicht in de gevolgen van cannabisgebruik op jonge leeftijd en in passende maatregelen is, vanwege het wijdverbreide cannabisgebruik, een van de grote uitdagingen bij het maken van beleid op het gebied van de volksgezondheid en drugsbestrijding in Europa.

In Europa is de algemene trend te bespeuren dat er bij bezit en gebruik van kleine hoeveelheden cannabis minder strafrechtelijk wordt opgetreden en meer wordt gedaan aan preventie en behandeling. Toch is in de periode 2000-2005 het aantal geregistreerde cannabisdelicten aanzienlijk toegenomen (36 %) en gaat het in de meeste landen bij aanklachten in verband met het gebruik of bezit van drugs het vaakst om cannabis. Dit is mogelijk aan het veranderen aangezien de meeste landen nu een afname van het aantal cannabisdelicten melden, hetgeen mogelijk komt doordat rechtshandavingsinstanties zich minder nadrukkelijk op cannabisgebruik zijn gaan richten.

Ondanks een uitgebreid publiek debat en veel aandacht in de media, is het moeilijk een directe of eenvoudige relatie te vinden tussen rechtshandavingsbeleid en de algemene prevalentie van cannabisgebruik. Hoewel er verschillen waren tussen de afzonderlijke landen wat betreft de timing en omvang, vond in Europa in de jaren negentig een sterke toename plaats van het cannabisgebruik, gevolgd door een geleidelijker groei na 2000. Hierdoor is het algemene Europese beeld homogener geworden dan het in het verleden was. Uit de jongste gegevens blijkt bovendien dat, met name in de landen met hoge prevalenties, het gebruik van cannabis stabiel is of zelfs afneemt. En hoewel de gegevens nog niet zo hard zijn, zijn er aanwijzingen dat de drug in sommige landen bij jongere leeftijdscategorieën aan populariteit verliest. Ondanks de verschillen in de trends tussen de landen, is enig voorzichtig optimisme gewettigd dat de in de jaren negentig ingezette stijging van het cannabisgebruik in Europa over zijn hoogtepunt heen is.

Ook als Europa nu een periode ingaat waarin het cannabisgebruik stabiel blijft, is het zo dat er momenteel historisch gezien veel gebruikt wordt; en hoewel een in verhouding slechts kleine groep cannabisgebruikers de drug regelmatig en intensief gebruikt, gaat het hierbij toch nog om een aanzienlijk aantal personen. Steeds meer onderzoek en klinische ervaring heeft ertoe geleid dat er nu meer inzicht is in de behoeften van mensen met cannabisgerelateerde problemen, al is het wel zo dat nog steeds niet helemaal duidelijk is in welke mate cannabisgebruikers gevaar lopen door hun drugsgebruik problemen te ontwikkelen. Uit door het EWDD verzamelde gegevens over behandelingen blijkt dat het aantal nieuwe behandelaanvragen vanwege

## Cannabis: populariteit mogelijk over hoogtepunt heen nu gezondheidsproblematiek breder wordt erkend

Bijna een kwart van alle volwassenen heeft ooit in hun leven cannabis gebruikt en een op de 14 heeft deze drug in het afgelopen jaar gebruikt, waarmee cannabis de

cannabis sinds 1999 bijna is verdrievoudigd, maar dat de trend nu lijkt af te vlakken. Interpretatie van de trend wordt door verschillende oorzaken bemoeilijkt, zoals het feit dat er een groter aanbod van diensten voor cannabisgerelateerde problemen is, dat men zich bewuster is van deze problemen en dat een aanzienlijk deel van de aanmelders is doorverwezen door de rechter of door maatschappelijke instellingen. Ook blijkt dat cannabisgebruikers die in contact komen met behandelcentra nogal uiteenlopende behoeften kunnen hebben, en dat ook de aangeboden behandelingen sterk kunnen verschillen, uiteenlopend van korte op preventie gerichte interventies tot meer formele behandelingen.

De Europese cannabissituatie is gecompliceerd en wordt ook beïnvloed door marktfactoren, maar helaas is er een gebrek aan goede gegevens over het aanbod en de relatieve marktaandeelen van de verschillende cannabisproducten in de EU. Europa is nog steeds de belangrijkste markt voor cannabishars, waarvan het grootste gedeelte uit Noord-Afrika afkomstig is. Er zijn ook cannabisbladeren verkrijgbaar in Europa, maar de hoeveelheid in beslag genomen cannabishars is tien keer zo groot als die van cannabisbladeren. Dit beeld zou echter aan het veranderen kunnen zijn: de vangsten cannabishars zijn in 2005 iets teruggelopen, terwijl de vangsten cannabisbladeren blijven stijgen, evenals de vangsten cannabisplanten. De helft van de Europese landen meldt voor 2005 enige thuisteelt van cannabis. Sommige vormen van thuisgeproduceerde cannabis kunnen relatief krachtig zijn en bovendien heeft thuisproductie gevolgen voor drugsbestrijdingsactiviteiten.

Cannabisgebruik stelt Europa voor een complex geheel aan beleidsuitdagingen op het gebied van drugs, volksgezondheid en sociale zaken. Een positieve ontwikkeling is dat lidstaten beter inzicht lijken te krijgen in de gevolgen van breed gebruik van deze drug en dat het debat meer over de hoofdzaken gaat en er minder sprake is van overdrijving of bagatellisering van het probleem.

### **Cocaïne: gebruiksschattingen stijgen weer**

Het EWDD heeft zijn schatting van het cocaïnegebruik in dit verslag verhoogd naar 4,5 miljoen Europese gebruikers in het afgelopen jaar, tegenover 3,5 miljoen in het jaarverslag van 2006. De vorig jaar gemelde stabilisering wordt dan ook niet bevestigd door de nieuwe gegevens, die wijzen op een algemene gebruikstoename. De nieuwe gegevens bevestigen het beeld van cocaïne als Europa's op één na meest gebruikte illegale drug, ná cannabis en vóór zowel ecstasy als amfetamine volgens alle rangschikkingsmethoden. Schattingen van het recent gebruik (in de afgelopen maand) liggen voor cocaïne nu tweemaal zo hoog als die voor ecstasy. Vanwege de recente stijgingen hebben meer landen nu te maken met een significante cocaïnegebruikende populatie, maar de verschillen tussen de landen blijven groot en de meeste landen in Oost-Europa melden lage cijfers.

Toegenomen prevalentie wordt ook gemeld door Spanje en het Verenigd Koninkrijk, de twee landen die toch al de hoogste prevalenties in Europa hadden; maar de groei is in geen van beide gevallen erg sterk. In beide landen liggen de cijfers voor gebruik in het afgelopen jaar onder jongvolwassenen gelijk aan of hoger dan die in de Verenigde Staten. Verontrustend is dat in beide landen cocaïnegebruik relatief veel voorkomt bij jonge mensen (4 tot 6 % onder 15- en 16-jarigen). Uit analyse blijkt dat de toename in Spanje vooral te danken is aan de groep 15- tot 24-jarigen. Het is van belang op te merken dat schattingen van het aantal mensen dat serieuze problemen heeft in verband met cocaïnegebruik veel lager liggen. Schattingen van problematisch cocaïnegebruik zijn weliswaar voor slechts drie landen beschikbaar (Spanje, Italië en het Verenigd Koninkrijk), maar de percentages blijven beperkt tot 0,3 tot 0,6 % van de volwassen bevolking. Gebruik van crack-cocaïne blijft in Europa vrij zeldzaam, maar waar het voorkomt leidt het wel tot ernstige plaatselijke problemen.

Ook andere indicatoren wijzen op een opwaartse trend en bevestigen daarmee het beeld dat cocaïne een steeds grotere rol gaat spelen in Europa's drugsproblematiek. Zowel het aantal vangsten als de in beslag genomen hoeveelheden zijn gestegen, hetgeen wellicht te maken heeft met toegenomen aanvoer naar de Europese markt, maar mogelijk ook met intensievere opsporingsactiviteiten. Er zijn steeds meer gecoördineerde acties tegen cocaïnehandel in Europa en er komt een nieuwe intergouvernementele taskforce in Portugal, een passende locatie gezien het toenemende belang van het land op het gebied van cocaïnebestrijding. De recordvangsten lijken niet van invloed te zijn geweest op de prijzen, die nog steeds dalen, maar hebben mogelijk wel de zuiverheid beïnvloed.

Tot op heden heeft het toegenomen cocaïnegebruik slechts een bescheiden invloed gehad op gezondheidsgerelateerde indicatoren, maar dat is mogelijk aan het veranderen. Per jaar worden in Europa rond de 400 cocaïnegerelateerde sterfgevallen gemeld en het vermoeden bestaat dat sterfgevallen ten gevolge van cardiovasculaire problemen waarin cocaïne een rol heeft gespeeld als zodanig grotendeels onopgemerkt blijven. Het aantal aanvragen voor drugsbehandeling voor mensen met een cocaïneprobleem stijgt. In 2005 was cocaïne de primaire drug van circa 13 % van de cliënten in behandeling en van een nog groter aandeel van degenen die voor het eerst in behandeling gingen (22 %). Het aantal gemelde nieuwe behandelaanvragen is in de afgelopen vijf jaar ruwweg verdrievoudigd en ligt nu op ruim 33 000. Cocaïne werd in circa 15 % van de gevallen ook opgegeven als secundaire drug, en in een aantal landen wordt het steeds duidelijker dat gelijktijdig cocaïnegebruik de behandeling van opioïdenproblemen bemoeilijkt. Het totale aantal behandelaanvragen voor cocaïne blijft echter achter bij dat in verband met cannabis en is aanzienlijk lager dan dat voor opioïdenproblemen.



### Hiv: positief totaalbeeld, maar nieuwe besmettingen onderstrepen belang van voortdurende inspanningen

In de jaren negentig fungeerde het optreden dan wel de dreiging van een grote hiv-epidemie onder drugsspuiter als katalysator voor de ontwikkeling van diensten voor deze groep. Met de uitbreiding van dit soort diensten zijn hiv-epidemieën zoals die eerder voorkwamen in Europa, grotendeels voorkomen, al hebben zich plaatselijk wel problemen voorgedaan, zoals in de Baltische staten, en zijn in enkele landen die door eerdere epidemieën getroffen zijn de prevalenties onder drugssputers vrij hoog gebleven. Injecterend drugsgebruik is minder vaak verantwoordelijk voor de overdracht van hiv, maar het EWDD schat dat het in 2005 nog steeds goed was voor circa 3 500 nieuwe gevallen van hiv-besmetting in de Europese Unie. Historisch gezien is dat misschien een laag getal, toch gaat het hier nog steeds om een aanzienlijk volksgezondheidsprobleem.

Uit analyse van de jongste gegevens blijkt dat in de meeste landen weinig nieuwe infectiegevallen optreden ten gevolge van injectie en dat in de meeste EU-regio's de hiv-prevalentie onder sputers tussen 2001 en 2005 is gedaald. Vooral daar waar de prevalentie hoog was, zal het hiv-infectieprobleem ten gevolge van injecterend drugsgebruik dus naar alle waarschijnlijkheid afnemen. De situatie in Estland, Letland en

Litouwen blijft zorgwekkend, maar ook hier wijzen de meeste recente gegevens in de richting van een relatieve afname van het aantal nieuwe infecties.

Belangrijke voorbehouden bij deze inschatting van de situatie zijn dat de gegevens voor sommige belangrijke gebieden te wensen overlaten en dat onderzoeken naar trendmatige ontwikkelingen in de afgelopen vijf jaar hebben uitgewezen dat er in ongeveer een derde van de landen sprake is van stijgingen in sommige gebieden of steekproeven. Bovendien is er in enkele landen reden tot bezorgdheid, ofwel vanwege het relatief grote aantal nieuwe besmettingen, ofwel omdat er sprake is van een kleine recente stijging van de prevalentie bij een nog steeds laag niveau. Gelet op de recente ervaringen met de snelle verspreiding van hiv-problemen in kwetsbare groepen, blijft het van belang diensten te ontwikkelen voor, en aan te bieden aan, mensen die tot risicogroepen behoren.

### Hepatitis C blijft Europa's verborgen epidemie

Het EWDD schat dat mogelijk 200 000 Europeanen die drugsspuiter zijn of waren, besmet zijn met hiv. De brede bekendheid met het feit dat het spuiten van drugs gevaar op hiv-besmetting met zich meebrengt, moet niet uit het oog doen verliezen dat naar schatting 1 miljoen mensen die ooit

### Afghanistan — Mogelijkheden voor alternatieve ontwikkeling?

De toenemende opiumproductie in Afghanistan doet de vraag rijzen of de algemene stabiele tot verbeterende situatie op het gebied van heroïnegebruik in Europa houdbaar is. Volgens schattingen is de productie in 2006 toegenomen met 43 %, ten gevolge van een aanzienlijke uitbreiding van het totale teeltgebied.

Uit de opioïdenvangsten en ontmantelde laboratoria kan worden afgeleid dat de in Afghanistan geproduceerde opium steeds vaker al vóór de export in het land zelf wordt omgezet in morfine of heroïne (CND, 2007). Heroïne komt vervolgens via twee hoofdroutes in Europa terecht: de oude Balkanroute, waarlangs nog steeds de meeste heroïne wordt gesmokkeld, en de nieuwere „zijderoute“ (zie hoofdstuk 6).

Regionale verschillen binnen Afghanistan wijzen erop dat economische groei de teelt van papaver kan helpen terugdringen, maar ook dat dit proces kan worden ondermijnd door gebrek aan politieke zekerheid, corruptie en problemen met de infrastructuur. Vermindering van de geteelde hoeveelheid kan snel worden bewerkstelligd, maar even snel weer teruggedraaid. In de provincie Nangarhar, in het oosten van het land, daalde de papaverteelt voor opium in 2004/2005 bijvoorbeeld met 96 %, maar is deze, net als in andere districten sindsdien weer op het eerdere niveau teruggekeerd. Dit gebeurt deels uit economische noodzaak, aangezien men er in deze dichtbevolkte gebieden niet in is geslaagd over te stappen op andere gewassen met een hoge opbrengst of op niet-landbouwgerelateerde inkomsten (Mansfield, persoonlijke communicatie en 2007).

Anderzijds blijft de productie in andere delen van het oostelijke gedeelte van het land vermoedelijk verwaarloosbaar, en kunnen zelfs in de zuidelijke provincies Kandahar en Helmand afnamen worden verwacht in de gebieden rondom het provinciecentrum. Gunstige factoren zijn een grotere grip van de overheid op het gebied en een grotere diversificatie van de landbouwproductie: factoren die het mogelijk hebben gemaakt gewassen met een relatief hoge opbrengst te introduceren in samenhang met een betere infrastructuur voor vervoer en afzet. In het noorden en noordoosten van het land zijn het niet alleen de hogere lonen en de dalende papaverprijzen die de aanplant van nieuwe papavervelden hebben ontmoedigd, maar is het ook zo dat bepaalde groenten meer hebben opgebracht dan papaver. In deze gebieden is gewasdiversificatie ondersteund met acties tegen verdovende middelen en een grotere betrokkenheid vanuit de overheid, hetgeen heeft geleid tot een algemeen gedragen idee dat het verbod op opium daadwerkelijk gehandhaafd wordt.

Hogere arbeidskosten en dalende prijzen betekenen dat de opiumpapaver nu niet meer op eenzame hoogte staat wat betreft inkomsten; in sommige gebieden is het al mogelijk meer te verdienen met alternatieve producten, vooral wanneer er ook inkomsten mogelijk zijn uit andere bronnen dan de landbouw. Deze kansen op een legaal inkomen heeft echter niet iedereen; in veel gebieden zien boeren zich in hun keuzemogelijkheden beperkt door hoge transportkosten, slechte wegen en problemen in verband met de gebrekkige veiligheidssituatie. Hier verkleinen corruptie en onveiligheid de mogelijkheden om legale goederen te verhandelen en belemmeren ze economische groei en pogingen om gewasdiversificatie te bevorderen, zelfs in gebieden die zich relatief dichtbij provinciecentra bevinden.

drugs hebben gespoten zijn besmet met het hepatitis C-virus (hcv), waaronder een vrij grote groep die inmiddels geen drugs meer gebruikt.

Hepatitis C kan ernstige gevolgen voor de gezondheid hebben, inclusief kanker en sterfte, en de zorg voor met hcv besmette mensen zal waarschijnlijk steeds zwaarder gaan drukken op volksgezondheidsbegrotingen. In heel Europa zijn de hcv-percentages onder drugsspuiters hoog en uit onderzoek blijkt dat drugsgebruikers al vroeg in hun bestaan als drugsspuiters besmet raken, hetgeen minder mogelijkheden biedt voor interventie. In tegenstelling tot wat het geval is bij hepatitis B, waarbij interventies hun vruchten lijken af te werpen, blijkt uit de hcv-statistieken geen duidelijke trend. Wel zouden uit waargenomen verschillen tussen de landen aanwijzingen kunnen worden afgeleid over wat voor acties op dit gebied effectief zouden kunnen zijn.

### **Heroïnegebruik stabiel, maar bezorgdheid over toename problemen met synthetische opioïden**

Naar schatting is de potentiële heroïneproductie in 2006 opnieuw gestegen, naar 600 ton wereldwijd, waarvan het grootste deel in Afghanistan is geteeld. Dit doet voor Europa de vraag rijzen welke gevolgen dit zal hebben voor de drugsproblematiek. De verhoogde heroïneproductie is tot dusverre nog niet tot uiting gekomen in de meeste indicatoren van heroïnegebruik — deze zijn al enige tijd vrij stabiel. De gegevens omtrent drugsbehandelingen en overdoses geven aan dat de heroïnegebruikende populatie in Europa steeds ouder wordt, al is het beeld in Oost-Europese landen minder eenduidig. Globale schattingen van problematisch drugsgebruik wijzen in het algemeen ook op een stabiele situatie. Vanwege de dalende prijs van de drug en de toename van het aantal jonge heroïnegebruikers in de behandelcentra in sommige landen, blijft waakzaamheid echter geboden.

Hoewel er momenteel geen duidelijk bewijs is dat heroïne aan populariteit wint onder jongeren, zijn er in verschillende verslagen aanwijzingen dat het gebruik van synthetische opioïden in sommige delen van Europa een groeiend probleem vormt en dat deze hier en daar heroïne zelfs aan het verdringen zijn. In Oostenrijk zijn steeds meer van de behandelaanvragen afkomstig van mensen die jonger zijn dan 25 en hulp zoeken in verband met problemen ten gevolge van het gebruik van opioïden die zijn

onttrokken aan legitiem gebruik. Evenzo meldt België enige toename in het illegale gebruik van methadon en wordt in Denemarken methadon regelmatig genoemd bij meldingen van drugsgerelateerde sterfgevallen. Buprenorfine, dat door sommigen wordt beschouwd als een drug met weinig aantrekkingskracht op de illegale markt, blijkt in toenemende mate te worden gebruikt en gespoten in Tsjechië en heeft mogelijk de rol van heroïne overgenomen in Finland. Gegevens uit Frankrijk leiden tot bezorgdheid omtrent het illegale gebruik van deze drug, onder andere injecterend gebruik door jongeren die aan de opioïden zijn geraakt in de vorm van buprenorfine in plaats van heroïne.

### **Neerwaartse trend in aantal sterfgevallen door overdoses vlakkt af**

Het EWDD rapporteert regelmatig over acute drugsgerelateerde sterfgevallen in Europa; het gaat hierbij voornamelijk om gevallen van overdosis, meestal van heroïne of andere opioïden, al is er meestal wel sprake van de consumptie van een combinatie van middelen. Overdosis is een belangrijke vermijdbare doodsoorzaak onder jongvolwassenen.

Vanaf 2000 rapporteren veel EU-landen dalingen van het aantal drugsgerelateerde sterfgevallen, hetgeen mogelijk het gevolg is van een groter hulpaanbod maar ook te maken kan hebben met veranderingen in het aantal heroïnespuiters. Deze trend heeft zich echter in 2004 en 2005 niet doorgezet. Een bron van zorg is in het bijzonder het feit dat in enkele landen het percentage jongeren onder de sterfgevallen toeneemt. Het terugdringen van het aantal drugsgerelateerde sterfgevallen is een belangrijke volksgezondheidsdoelstelling en het is dan ook noodzakelijk dat wordt uitgezocht waarom de neerwaartse trend onderbroken is.

Overlijden door overdosis is niet het enige gezondheidsrisico voor mensen met drugsproblemen. Onderzoek toont aan dat bij problematische drugsgebruikers de oversterfte als gevolg van alle oorzaken aanzienlijk is: maar liefst tien keer zo veel als verwacht mag worden in de algemene bevolking. Om de met chronisch drugsgebruik samenhangende morbiditeit en mortaliteit serieus te verminderen, is het dan ook nodig een meer alomvattende aanpak te ontwikkelen om de gezondheid van deze groep op zowel lichamelijk als psychisch vlak te verbeteren.



# Hoofdstuk 1

## Beleid en wetgeving

Dit hoofdstuk beschrijft het drugsbeleid in de EU als geheel en in afzonderlijke lidstaten, alsmede de relatie tussen deze twee beleidsniveaus. De door het EWDD in de verslagperiode verzamelde gegevens maken een overzicht mogelijk van de huidige nationale drugsstrategieën en institutionele kaders in heel Europa. Schattingen van de maatschappelijke kosten van drugs komen aan de orde in de paragraaf over overheidsbestedingen. Op basis van door de lidstaten opgegeven gegevens over nationale overheidsbestedingen is bij benadering bepaald hoeveel geld de Europese overheden besteden aan het fenomeen drugs. Nieuwe wetgeving die zich richt op terugdringing van het aanbod of op wettelijk gereguleerde drugstests komt aan bod in een paragraaf over recente veranderingen in nationale wetgeving. De paragraaf over drugsgerelateerde criminaliteit geeft een overzicht van de jongste statistieken over drugsdelicten en trends in delicten gerelateerd aan opioïden en cannabis. Het hoofdstuk besluit met een paragraaf over Europese onderzoeksactiviteiten met betrekking tot drugs.

### Nationale drugsstrategieën

#### Algemene situatie en nieuwe ontwikkelingen

Begin 2007 beschikten alle EU-lidstaten, met uitzondering van Italië, Malta en Oostenrijk, over een nationale drugsstrategie, soms in combinatie met een actieplan. Op dat moment waren er in Europa in totaal meer dan 35 verschillende nationale drugsplannen van kracht, met een looptijd variërend van slechts twee jaar (Tsjechisch actieplan) tot meer dan tien jaar (Nederlandse nationale drugsstrategie).

Een duidelijke trend in de laatste jaren is een verschuiving van een enkel nationaal plandocument naar twee elkaar aanvullende instrumenten: een strategisch kader en een actieplan. Deze benadering laat een betere definitie toe van de doelstellingen op de verschillende termijnen (kort, middellang en lang) en wordt nu toegepast in bijna de helft van de EU-lidstaten. In de landen die in 2004 en 2007 tot de EU zijn toegetreden is dit zelfs nog gebruikelijker: acht van deze twaalf landen hebben zowel een drugsstrategie als een actieplan.

Door een drugsstrategie te combineren met actieplannen kunnen doelstellingen, maatregelen, verantwoordelijkheden en termijnen gedetailleerder worden vastgesteld. Landen

als Cyprus, Letland en Roemenië hebben gedetailleerde beschrijvingen van de uitvoeringsprocessen opgenomen in hun drugsstrategieën en actieplannen. Deze benadering, die ook al enige tijd wordt gehanteerd in andere lidstaten (zoals Spanje, Ierland en het Verenigd Koninkrijk), wordt steeds populairder en wordt ook toegepast in het huidige EU-actieplan inzake drugs.

In 2006 zijn nieuwe drugsstrategieën of actieplannen goedgekeurd in vier lidstaten (Griekenland, Polen, Portugal en Zweden) en Turkije, alsmede in Noord-Ierland in het Verenigd Koninkrijk. In geen van deze gevallen ging het om een primeur en in alle gevallen maakten de nationale verslagen melding van de lessen die in de nieuwe beleidsdocumenten waren getrokken uit de ervaringen met de vorige. In 2007 zullen twee lidstaten (Malta en Oostenrijk) en Noorwegen nieuwe drugsstrategieën aannemen; Tsjechië, Estland, Frankrijk en Hongarije zullen nieuwe actieplannen ten uitvoer leggen.

#### Inhoud

Het terugdringen van drugsgebruik en van problematisch drugsgebruik in het bijzonder is een hoofddoelstelling van de nationale drugsstrategieën en actieplannen van alle EU-lidstaten, kandidaat-lidstaten en Noorwegen. Alle landen stellen zich ook ten doel individuele en collectieve schade ten gevolge van drugsgebruik te voorkomen en verkleinen. Een ander gemeenschappelijk kenmerk is de „alomvattende aanpak“, waarbij interventies gericht op terugdringing van het aanbod en interventies gericht op terugdringing van de vraag aan elkaar zijn gekoppeld. De „evenwichtige“ aanpak, waarin prioriteit wordt gegeven aan terugdringing van zowel aanbod als vraag, wordt ook zeer algemeen toegepast. Al deze elementen maken deel uit van de EU-drugsstrategie.

Met betrekking tot de psychoactieve stoffen die zijn opgenomen in de nationale drugsstrategieën zijn er aanmerkelijke verschillen tussen de Europese landen. Dit blijkt onder meer uit de nieuwe, in 2006 aangenomen beleidsdocumenten. Twee hiervan gaan over illegale drugs (Polen, Portugal), zij het dat er enig verband wordt gelegd tussen de drugs- en de alcohol/tabaksstrategieën, twee betreffen zowel illegale drugs als alcohol (Griekenland, Noord-Ierland in het Verenigd Koninkrijk) en één (Turkije) behandelt alle verslavende stoffen. Daarnaast heeft Zweden twee aan elkaar gekoppelde actieplannen aangenomen,

## De nieuwe EWDD-verordening

Op 12 december 2006 ondertekenden het Europees Parlement en de Raad van de Europese Unie de herschikte EWDD-verordening, die in januari 2007 van kracht werd.

In de nieuwe verordening wordt het belang onderstreept van de belangrijkste indicatoren en wordt opgemerkt dat de toepassing ervan noodzakelijk is voor de goede uitvoering van de taken van het Waarnemingscentrum. Verder wordt benadrukt dat er een informatiesysteem ontwikkeld moet worden dat gevoelig is voor nieuwe en in opkomst zijnde trends.

Het nieuwe document verruimt de opdracht van het EWDD. Er wordt nu specifiek verwezen naar het leveren van informatie over het gecombineerde gebruik van legale en illegale psychoactieve stoffen en naar beste praktijken in de lidstaten. Het EWDD kan daarnaast middelen en instrumenten ontwikkelen waarmee de lidstaten hun nationale beleid gemakkelijker kunnen volgen en evalueren en waarmee de Europese Commissie op EU-niveau hetzelfde kan doen. Al deze

nieuwe elementen stellen het agentschap in staat een completer beeld te schetsen van het fenomeen drugs.

In de nieuwe verordening wordt meer nadruk gelegd op de samenwerking met partners, met name Europol voor wat betreft het volgen van nieuwe psychoactieve stoffen, en andere partners zoals de Wereldgezondheidsorganisatie, de VN en bevoegde autoriteiten op het gebied van statistiek, om optimale efficiëntie te bereiken. In de nieuwe verordening wordt verder verduidelijkt aan welke landen het EWDD, op verzoek van de Commissie en met de goedkeuring van de raad van bestuur, zijn knowhow mag overdragen.

De rol van het Reitox-netwerk van nationale focal points wordt in het nieuwe document duidelijker gedefinieerd. De herschikking leidt verder tot een aanpassing van het reglement inzake het wetenschappelijk comité. Het agentschap krijgt zo de beschikking over een samenhangende, onafhankelijke groep eminente wetenschappers. Dit wetenschappelijk comité zal niet alleen de kwaliteit van het werk van het EWDD helpen garanderen, maar ook fungeren als brug naar de rest van de wetenschappelijke- en onderzoekswereld.

een voor alcohol en een voor illegale drugs. In sommige landen (bijv. Duitsland en Frankrijk) is men al enige jaren bezig het beleid met betrekking tot legale en dat met betrekking tot illegale drugs met elkaar te integreren<sup>(1)</sup>. Het toepassingsgebied van drugsstrategieën en hun eventuele integratie met andere op de volksgezondheid gerichte strategieën zal in de komende jaren hoogstwaarschijnlijk een belangrijk thema blijven.

Nationale drugsstrategieën en actieplannen omvatten in het algemeen interventies op het gebied van preventie, behandeling en re-integratie, schadebeperking en terugdringing van het aanbod. De reikwijdte van de verschillende interventies en het eraan gehechte belang verschilt echter per land<sup>(2)</sup>. Dit heeft te maken met verschillen in de omvang en andere eigenschappen van het drugsprobleem, maar ook met verschillen binnen Europa wat betreft beleid op sociaal gebied en op het gebied van volksgezondheid. Financiële middelen, de publieke opinie en de politieke cultuur zijn eveneens belangrijke factoren, en er kan worden aangetoond dat landen met vergelijkbare kenmerken ook kiezen voor vergelijkbaar drugsbeleid (Kouvonen et al., 2006).

## Evaluatie

Het feit dat binnen de EU bij gelijke doelstellingen verschillende drugsstrategieën worden gehanteerd, kan worden gezien als een sterk punt omdat het een vergelijkende analyse van verschillende soorten aanpak mogelijk maakt. Een evaluatie van nationale drugsstrategieën en actieplannen is daarom niet alleen van belang voor een beoordeling van hun effectiviteit op nationaal niveau, maar

ook voor een verbetering van het algehele inzicht in de effectiviteit van drugsstrategieën. De EU en haar lidstaten hebben hierin reeds aanzienlijke middelen geïnvesteerd.

Vrijwel alle Europese landen stellen een evaluatie van hun nationale drugsstrategie als doelstelling te hebben. Overheden willen weten of hun beleid is uitgevoerd en of de verwachte uitkomsten zijn gerealiseerd. In twee lidstaten (België, Slovenië) is de evaluatie beperkt gebleven tot enkele projecten. In de meeste andere landen, en op EU-niveau, wordt de uitvoering van de in de nationale drugsstrategie vastgestelde maatregelen systematisch gevolgd. Dat maakt het mogelijk voortgangsverslagen te maken en de uitkomsten te gebruiken om drugsstrategieën of actieplannen te verbeteren dan wel vernieuwen.

Allesomvattende evaluaties, waarin alles van proces, via output tot aan uitkomsten en effecten wordt onderzocht, komen minder vaak voor in Europa. Sommige landen (Estland, Griekenland, Spanje, Polen, Zweden) maken melding van een interne evaluatie op basis van voortgangsanalyses van de tenuitvoerlegging en andere beschikbare epidemiologische en criminologische gegevens. In bepaalde gevallen (Luxemburg, Portugal) wordt een dergelijke evaluatie uitgevoerd door een externe instantie.

Kortom, voortgangsanalyses van de tenuitvoerlegging van nationale drugsstrategieën en actieplannen beginnen de norm te worden in Europa. De volgende stap, het ontwikkelen van evaluaties van uitkomsten en effecten, staat nog in de kinderschoenen, en de aanstaande effectbeoordeling van het actieplan inzake drugs (2005-2008), waarvoor de Europese Commissie een

(1) Zie de selected issue „Het Europees drugsbeleid: meer dan alleen illegale drugs?“ uit 2006.

(2) Zie hoofdstuk 2.

methodiek laat ontwerpen, zou hiervoor model kunnen staan. Er wordt ook hier en daar gewerkt aan de ontwikkeling van indices om de effecten van nationale drugsstrategieën of de algehele drugssituatie te meten. Zowel het Verenigd Koninkrijk als het UNODC (Bureau voor Drugs en Criminaliteit van de Verenigde Naties) hebben op dit vlak al veel gedaan.

### Drugsbeleidindices

De *drug harm index* (DHI) van het Verenigd Koninkrijk is bedoeld om de maatschappelijke kosten te bepalen van de schade ten gevolge van problematisch gebruik van illegale drugs. Het gaat daarbij om vier soorten schade: gezondheidsschade, schade aan de gemeenschap, binnenlandse drugsgerelateerde criminaliteit en commerciële drugsgerelateerde criminaliteit. De DHI is echter niet bedoeld als een compleet overzicht van de gehele drugssituatie van het land, aangezien alleen indicatoren kunnen worden gebruikt waarvoor al betrouwbare gegevens beschikbaar zijn. De uitkomsten (cijfers en trends) worden gebruikt als referentiepunt waartegen toekomstige gegevens kunnen worden afgezet (MacDonald et al., 2005). De *illicit drug index* (IDI) van het UNODC combineert drie aspecten van drugs: productie, illegale handel en misbruik. De uitkomst is een totaalscore op basis van een „schade/risicofactor per hoofd van de bevolking”, die moet aangeven hoe groot het totale drugsprobleem in een bepaald land is (UNODC, 2005).

Tijdens de ontwikkeling van beide instrumenten hebben zich interessante methodologische ontwikkelingen voorgedaan en is al enig inzicht ontstaan in het nut van algemene indices voor de evaluatie van drugsstrategieën en voor het monitoren van de algehele drugssituatie. Een eerste observatie is dat dergelijke instrumenten nuttig kunnen zijn voor een longitudinale vervolgstudie van de nationale situatie, maar dat om werkelijk te kunnen begrijpen wat er gebeurt, het nodig is de resultaten te contextualiseren door binnen de indices de afzonderlijke indicatoren te analyseren. Een algemene index voor vergelijkingen tussen landen onderling is problematischer, gezien de beperkingen van de beschikbare gegevensverzamelingen en het ontbreken van contextuele variabelen (zoals geografische situatie) in de analyse.

### Coördinatiemechanismen

Hoewel in vrijwel alle EU-lidstaten en Noorwegen nu formele coördinatiemechanismen in verband met drugs bestaan, zijn er aanzienlijke verschillen tussen de systemen. Deze verschillen weerspiegelen de verschillen in de politieke stelsels van de landen. Toch zijn er wel enkele algemene gemeenschappelijke kenmerken.

In de meeste landen vindt coördinatie plaats op zowel nationaal als regionaal of plaatselijk niveau. Op nationaal niveau is er meestal een interministerieel drugscomité, vaak aangevuld door een nationale drugscoördinator en/

of een nationaal drugsbureau die/dat verantwoordelijk is voor de dagelijkse coördinatie. Op regionaal of plaatselijk niveau zijn er in de meeste landen drugscoördinatoren en/of drugsbureaus.

Er zijn verschillen in de manier waarop coördinatie op nationaal niveau is gekoppeld aan die op regionaal of plaatselijk niveau. In sommige landen, met name die met een federale structuur (zoals België en Duitsland), worden verticale coördinatiesystemen gebruikt ten behoeve van samenwerking tussen de verschillende, onafhankelijk van elkaar optredende coördinatie-instanties. In andere landen (zoals Finland en Portugal) wordt de coördinatie op regionaal en plaatselijk niveau direct aangestuurd door de nationale coördinatie-instanties.

Vergelijkende analyse van de coördinatiemechanismen in verband met drugs in de EU is lastig vanwege de diversiteit aan systemen. Een studie in opdracht van het EWDD heeft echter aangetoond dat het mogelijk is coördinatiesystemen te beoordelen door specifiek te kijken naar hun „uitvoeringskwaliteit”; dit is een concept dat staat voor het vermogen van een coördinatiesysteem om gewenste uitkomsten te bewerkstelligen (Kenis, 2006). Deze benadering zal verder worden ontwikkeld met het oog op gebruik bij de evaluatie van nationale coördinatiesystemen op het gebied van drugs.

### Drugsgerelateerde overheidsbestedingen

De door de Europese landen gerapporteerde overheidsbestedingen in verband met de drugsproblematiek variëren van 200 000 EUR tot 2 290 miljoen EUR (²). Deze grote variatie wordt deels verklaard door de verschillen in grootte van de landen en deels door verschillen in de bij de berekening meegenomen uitgaven en de volledigheid van de gegevens. De meeste landen noemen slechts de bestedingen in verband met de tenuitvoerlegging van nationale drugsprogramma's en laten andere uitgaven gericht op de terugdringing van aanbod en vraag buiten beschouwing. Bovendien zijn niet altijd alle belangrijke soorten drugsgerelateerde overheidsbestedingen in het geheel opgenomen. Slechts 15 van de 23 landen geven gedetailleerde informatie over uitgaven in verband met „gezondheidszorg en sociale hulpverlening” (behandeling, schadebeperking, medisch onderzoek, educatie, preventie en sociale activiteiten) en slechts 14 landen melden hun uitgaven in het kader van „rechtshandhaving” (activiteiten van politie, leger, rechtbanken, gevangenis, douane en belastingdienst). Informatie over andersoortige bestedingen (zoals administratie, coördinatie, toezicht en internationale samenwerking) is nog schaarser (zeven landen), evenals informatie over regionale en gemeentelijke begrotingen (zes landen).

Zes landen geven gedetailleerde informatie over uitgaven in verband met de aanpak van drugs (tabel 1). In deze landen bedroegen de drugsgerelateerde

(²) De drugsgerelateerde overheidsbestedingen in 2005 in de EU-lidstaten en Noorwegen zijn vastgesteld door de betreffende nationale focal points.

## De kosten van drugsgebruik

Onderzoek naar de kosten van drugsgebruik kan nuttige informatie opleveren in verband met het ontwikkelen en beheren van drugsbeleid.

Drugsgelateerde kosten kunnen worden onderverdeeld in twee categorieën: directe en indirecte. Directe kosten betreffen betalingen, zoals de kosten voor preventie, behandeling, schadebeperking en rechtshandhaving. Indirecte kosten betreffen de waarde van diensten die ten gevolge van drugsgebruik niet worden uitgevoerd, zoals productiviteit die vanwege drugsgelateerde morbiditeit en sterfgevallen verloren gaat. Drugsgelateerde kosten omvatten bijvoorbeeld ook immateriële kosten in de vorm van pijn en lijden, die meestal worden uitgedrukt in termen van levenskwaliteit, maar die meestal worden weggelaten omdat ze zo moeilijk in financiële termen uit te drukken zijn.

Kostenstudies kunnen vanuit verschillende invalshoeken worden uitgevoerd, waardoor hierin verschillende kosten aan de orde kunnen komen, zoals de kosten voor de samenleving als geheel, voor de overheid, voor het gezondheidszorgstelsel, voor derden, of voor de drugsgebruikers zelf en hun familieleden.

## Het maatschappelijke perspectief

Drugsgelateerde maatschappelijke kosten behelzen alle direct en indirect door drugsgebruik veroorzaakte kosten die de samenleving moet dragen. Deze kosten worden uitgedrukt in een geldbedrag dat een raming is van de last die drugsgebruikers zijn voor de samenleving (Single et al., 2001).

Het vaststellen van de maatschappelijke kosten van drugsgebruik is om verschillende redenen nuttig. Ten eerste maakt het duidelijk hoeveel de samenleving kwijt is aan drugsgelateerde zaken en, impliciet, welk bedrag bespaard zou worden als er helemaal geen drugs meer zouden worden gebruikt. Ten tweede wordt duidelijk uit welke componenten de totale kosten zijn opgebouwd en welke bijdrage elke sector aan de samenleving levert. Dergelijke informatie kan helpen om te bepalen waar fondsen het hardst nodig zijn, doordat hieruit bijvoorbeeld kan worden afgeleid waar onvoldoende efficiënt wordt gewerkt en waar kan worden bespaard.

## Het perspectief van overheidsbestedingen

Het begrip „overheidsbestedingen” verwijst naar de waarde van de goederen en diensten die door de (centrale, regionale of plaatselijke) overheid van het land in kwestie worden ingekocht in het kader van de uitvoering van haar taken (zoals gezondheidszorg, justitie, openbare orde, onderwijs, sociale voorzieningen). Uit de analyse van de overheidsbestedingen in een land volgt nuttige informatie over het vermogen van die overheid om geld effectief en efficiënt te gebruiken.

Het ramen van drugsgelateerde overheidsbestedingen is niet hetzelfde als het ramen van maatschappelijke kosten. De overheidsuitgaven vormen slechts een deel van de maatschappelijke kosten, en dan vooral in de vorm van directe kosten; indirecte kosten vallen er expliciet niet onder, evenmin als kosten die worden gemaakt door particuliere partijen (zoals zorgverzekeraars). Directe overheidsbestedingen die expliciet als „drugsgelateerd” zijn bestempeld kunnen worden teruggevonden bij uitgebreide evaluaties van officiële financiële verslagen (zoals begrotingen en jaarverslagen). Het wordt moeilijker een vinger achter de uitgaven te krijgen als ze niet expliciet als drugsgelateerd te boek staan, maar zijn ingebed in programma's met een breder doel (zoals algemene politiebegrotingen). Directe, maar niet als zodanig vermelde, drugsgelateerde uitgaven moeten worden berekend met behulp van modellen.

Het belangrijkste doel van de bepaling van de maatschappelijke kosten van drugsgebruik is om een afweging te kunnen maken tussen enerzijds de last die de drugsproblematiek voor de samenleving vormt en anderzijds de kosten voor de samenleving die gepaard gaan met het oplossen van die problematiek (inclusief eventuele indirecte gevolgen). Uiteindelijk gaat het hierbij om de vraag naar effectiviteit en efficiëntie: geven overheden hun geld verstandig en aan de juiste doelen uit? Er is echter geopperd (Reuter, 2006) dat het, als het om beleid gaat, relevanter is om naar de overheidsbestedingen te kijken dan naar de maatschappelijke kosten. De drugsbegroting geeft inzicht in het beleid dat een overheid voert om drugsgebruik en de daarmee samenhangende problemen terug te dringen; daarmee is de eerste stap gezet om te kunnen bepalen of dergelijk beleid wat niveau en inhoud betreft toereikend is.

overheidsbestedingen tussen de 0,11 en 0,96 % van de totale overheidsbestedingen in het betreffende jaar (met de mediaan op 0,32 %) of tussen de 0,05 en 0,46 % van het bruto binnenlands product (BBP) (met de mediaan op 0,15 %). Activiteiten in het kader van „rechtshandhaving” waren verantwoordelijk voor 24-77 % van de totale uitgaven en de rest werd besteed aan „gezondheidszorg en sociale hulpverlening”.

Gezamenlijk melden de Europese landen drugsgelateerde overheidsbestedingen ter hoogte van 8,1 miljard EUR. Dit bedrag ligt waarschijnlijk ruim onder de werkelijke drugsgelateerde overheidsbestedingen, gezien de

mate waarin uitgaven niet zijn vermeld. De zes in tabel 1 genoemde landen zijn verantwoordelijk voor 76 % van de door de EU-lidstaten en Noorwegen gemelde overheidsuitgaven. Op basis van de door deze zes landen verstrekte gegevens kan worden berekend dat het totale bedrag aan drugsgelateerde overheidsbestedingen in Europese landen ligt tussen 13 miljard EUR en 36 miljard EUR<sup>(4)</sup>. Dit is tussen de 0,12 en 0,33 % van het BBP van de EU (25 landen) in 2005.

Op EU-niveau is in de begroting voor 2007-2013 een aanzienlijk bedrag gereserveerd door de Europese Commissie voor de aanpak van de

(4) Van de zes landen zijn er vier (Hongarije, Nederland, Finland en Zweden) die hun cijfers hebben uitgespitst. Door voor de overige landen de waarden van de eerste en derde kwartielen te nemen van het percentage van de totale overheidsbestedingen (respectievelijk 0,18 en 0,69 %) en van het percentage van het BBP (respectievelijk 0,08 en 0,37 %) dat door de zes landen is uitgegeven, ontstaat een schattingsinterval voor de totale drugsgelateerde uitgaven in de gehele EU.

**Tabel 1 — Vergelijking van enkele landen met complete informatie en nadere gegevens over de verdeling van drugsgerelateerde overheidsbestedingen**

Land	Totale gerapporteerde bestedingen			Aandeel van de totale bestedingen bestemd voor	
	bedrag (miljoen EUR)	als percentage van de totale overheidsbestedingen <sup>(1)</sup> (%)	als percentage van het BBP <sup>(2)</sup> (%)	gezondheidszorg en sociale hulpverlening <sup>(3)</sup> (%)	rechts-handhaving <sup>(4)</sup> (%)
België <sup>(5)</sup>	185,9	0,14	0,07	43	54
Hongarije	43,5	0,11	0,05	23	77
Nederland	2 185,5	0,96	0,43	25	75
Finland	272,0	0,36	0,18	76	24
Zweden (2002)	1 200,0	0,80	0,46	60	40
Verenigd Koninkrijk	2 290,0	0,29	0,13	51	49

<sup>(1)</sup> Totale algemene overheidsbestedingen in het jaar (bron: Eurostat).  
<sup>(2)</sup> Bruto binnenlands product in het jaar (bron: Eurostat).  
<sup>(3)</sup> Gezondheidszorg en sociale hulpverlening omvatten behandeling, schadebeperking, medisch onderzoek en onderwijs, preventie en maatschappelijke interventies. Het voor Finland vermelde bedrag omhelst naast „preventie van drugsgebruik” ook materiële schade, monitoring en onderzoek.  
<sup>(4)</sup> Bestedingen aan rechtshandhaving omvatten uitgaven aan politie, leger, rechtbanken, gevangenis, douane en belastingdiensten.  
<sup>(5)</sup> België heeft ook 3 % van de totaal gerapporteerde bestedingen bestemd voor „beleidsactiviteiten”.  
Bronnen: nationale focal points en Eurostat.

drugsproblematiek. Er wordt onderhandeld over een nieuw financieringsinstrument voor drugspreventie en -voorlichting ter hoogte van 21 miljoen EUR. Dit wordt mogelijk eind 2007 aangenomen, waarmee dit jaar 3 miljoen EUR vrijkomt voor transnationale projecten. Andere nieuwe financiële instrumenten, zoals het programma „Preventie en bestrijding van criminaliteit”, het Volksgezondheidsprogramma (2007-2013) en het zevende kaderprogramma voor onderzoek en technologische ontwikkeling (2007-2013), bieden ook financieringsmogelijkheden voor organisaties die op enigerlei wijze actief zijn op het gebied van drugs. Bovendien hebben de Europese Commissie en de lidstaten in 2005 voor 750 miljoen EUR medegefinancierd aan drugsgerelateerde hulpprojecten in derde landen.

In reactie op het EU-actieplan inzake drugs (2005-2008), werkt het EWDD momenteel aan een methode waarmee de lidstaten, kandidaat-lidstaten en Noorwegen gestandaardiseerde gegevens omtrent drugsgerelateerde uitgaven kunnen samenstellen. Hiermee kan het EWDD beter inschatten hoeveel overheidsgeld er gemoeid is met drugs en hoe dit geld is verdeeld over de verschillende activiteiten.

## Juridische en beleidsmatige ontwikkelingen in de EU

Eind 2006 heeft de Europese Commissie haar eerste voortgangsverslag <sup>(5)</sup> over de tenuitvoerlegging van het EU-actieplan inzake drugs (2005-2008) gepresenteerd. Hierin werd beoordeeld in welke mate de voor 2006

geplande activiteiten zijn uitgevoerd en of de doelstellingen voor 2006 zijn bereikt. Het EWDD heeft hieraan met de productie van een aantal verslagen zijn steentje bijgedragen. Eenzelfde initiatief zal in 2007 worden ontplooid, voorafgaand aan de definitieve effectbeoordeling van het EU-actieplan inzake drugs, die in 2008 door de Europese Commissie zal worden gepresenteerd.

In juni 2006 heeft de Europese Commissie een groenboek gepubliceerd over de rol van het maatschappelijk middenveld in het drugsbeleid van de Europese Unie <sup>(6)</sup>, zoals was vastgelegd in het actieplan inzake drugs. Dit groenboek is opgesteld met de bedoeling te onderzoeken hoe het best een continue dialoog tot stand kan worden gebracht met maatschappelijke organisaties die actief

### Verslagen over de maatschappelijke kosten van drugsgebruik

Slechts een klein aantal landen doet verslag van de maatschappelijke kosten van drugsgebruik. Finland (gegevens uit 2004) heeft de indirecte kosten in verband met drugsgebruik, inclusief misbruik van geneesmiddelen, geraamd op 400 tot 800 miljoen EUR, waarvan 306 tot 701 miljoen EUR werd toegeschreven aan het verlies van levens ten gevolge van vroegtijdige sterfte, en het productiviteitsverlies 61 tot 102 miljoen EUR bedroeg. De maatschappelijke kosten van illegaal drugsgebruik werden in 2003 in Frankrijk geraamd op 907 miljoen EUR en in 2004 in Luxemburg op 29,7 miljoen EUR.

<sup>(5)</sup> [http://ec.europa.eu/justice\\_home/doc\\_centre/drugs/strategy/doc/sec\\_2006\\_1803\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/drugs/strategy/doc/sec_2006_1803_en.pdf).

<sup>(6)</sup> [http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2006/com2006\\_0316en01.pdf](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2006/com2006_0316en01.pdf).



zijn op het gebied van drugs. Belanghebbenden werden uitgenodigd om commentaar te leveren op twee mogelijkheden voor een gestructureerde dialoog: een drugsforum van het maatschappelijk middenveld als platform voor regelmatig informeel overleg of een thematische koppeling van bestaande netwerken.

De betrokkenheid van het maatschappelijk middenveld bij het drugsbeleid in de EU is ook een van de hoofddoelstellingen van het specifieke programma voor drugspreventie en -voorlichting (2007-2013) <sup>(\*)</sup>, dat ook door de Europese Commissie is voorgesteld als onderdeel van het algemene programma voor grondrechten en justitie. Het drugsprogramma heeft als algemene doelstellingen vrijheid, veiligheid en recht in Europa te helpen bevorderen door middel van betere voorlichting over de gevolgen van drugsgebruik en door drugsgebruik, verslaving en aan drugs gerelateerde schade te voorkomen en terug te dringen. Voor de periode 2007-2013 beschikt dit programma over een totaalbudget van 21 miljoen EUR. Het drugsprogramma wordt nog besproken in het Europees Parlement en in de Raad, in het kader van de goedkeuring ervan volgens de medebeslissingsprocedure.

## Nieuwe nationale wetgeving

### Terugdringing van het drugsaanbod

Het afgelopen jaar hebben lidstaten talrijke wijziging in hun wetgeving aangebracht om drugsgebruik terug te dringen, maar er zijn ook landen die actie hebben ondernomen ter verbetering van de wettelijke kaders om drugshandel aan te pakken en het drugsaanbod terug te dringen.

In Ierland betrof een van de wezenlijke veranderingen de invoering van de Wet strafrechtspleging („Criminal Justice Act”) van 2006, waarin de levering van drugs aan gevangenen als een nieuw delict wordt gedefinieerd en bepalingen zijn opgenomen voor de aanpak van asociaal gedrag alsook wordt voorgesteld de minimumstraf van tien jaar voor het illegaal verhandelen van drugs met een straatwaarde van 13 000 EUR of meer strenger toe te passen. Lidmaatschap van en hulpverlening aan een „criminele organisatie” (als in de wet gedefinieerd) worden bestraft en er is een registratiesysteem voor drugscriminelen ingesteld, waarbij mensen die veroordeeld zijn voor illegale drugshandel na hun vrijlating uit de gevangenis verplicht zijn de politie van hun verblijfplaats op de hoogte te houden. In Hongarije zijn juist procedurele veranderingen doorgevoerd: hier zijn met het oog op de bestrijding van drugsgerelateerde criminaliteit alle politieactiviteiten met betrekking tot drugs en precursoren in één enkele, alomvattende wet ondergebracht.

Bovendien zijn er nieuwe procedures voor het gebruik van bepaalde middelen ter bestrijding van de drugshandel opgesteld en zijn bestaande procedures verbeterd. In Estland is de Wet op verdovende middelen en psychotrope stoffen en bijbehorende besluiten in mei 2005 aangepast

om breder toezicht mogelijk te maken. In Roemenië is via een in juni 2006 in werking getreden wet het Europese aanhoudingsbevel ingevoerd, inclusief procedures voor het gebruik ervan. Tevens zijn hierin maatregelen genomen ter verbetering van justitiële samenwerking, observatie en grensoverschrijdende achtervolging en de overdracht van juridische procedures. In Bulgarije regelt het nieuwe in oktober 2005 ingevoerde wetboek van strafvordering gecontroleerde aflevering, vertrouwelijke transacties en undercoveronderzoek. Er zijn ook bepalingen voor de tijdelijke bescherming van getuigen in drugszaken en, in bepaalde gevallen, voor de bescherming van de identiteit van getuigen, alsmede speciale regels voor het ondervragen van dergelijke getuigen en de inzet van undercover-agenten.

Justitie in andere landen beschikt over gelijksoortige middelen. In Tsjechië wordt bij gerechtelijke procedures in drugszaken vaak gebruik gemaakt van de bepalingen in het wetboek van strafvordering die de bescherming van de identiteit van getuigen en observatie van personen mogelijk maken. Ook in Cyprus is de wet ter bescherming van getuigen veelvuldig ingezet in drugszaken.

De recente toename van de smokkel van cocaïne heeft gezorgd voor meer aandacht voor het Caribisch gebied. In Nederland bestaat hiervoor sinds begin 2003 op Schiphol een speciale rechtbank inclusief gevangenis. Vanaf het begin van 2005 is er sprake van 100-procentscontrole op alle vluchten uit bepaalde Caribische landen. In 2004 werden per maand gemiddeld 290 drugskoeriers gearresteerd; begin 2006 was dit afgenomen tot tachtig per maand. In Frankrijk versterkt een wet uit oktober 2005 de samenwerking met de Caribische regio, met als doel illegale drugs die door de lucht of over zee worden vervoerd te onderscheppen.

### Drugstests

Verskillende landen hebben de invoering gemeld van wetgeving die drugstests van chauffeurs, arrestanten, gevangenen of werknemers in diverse situaties toestaat, definieert of reguleert.

Steekproefsgewijze controle van chauffeurs, met gebruik van apparatuur voor snelle tests ter plaatse, is nu toegestaan in Litouwen, krachtens de motie tot goedkeuring van het nationale programma voor verkeersveiligheid (2005-2010), alsmede in Luxemburg, dankzij een wetsvoorstel uit 2004 dat de wet op de verkeerscontrole wijzigt. In Letland is het onder het aangepaste strafrecht nu mogelijk chauffeurs van wie vermoed wordt dat ze een voertuig onder invloed hebben bestuurd en die weigeren een test te ondergaan te bestraffen, met de mogelijkheid van een gevangenisstraf bij meerdere weigeringen binnen een jaar. Eveneens in Letland bepaalt de gewijzigde politiewet nu dat iemand naar een medische inrichting mag worden gebracht om vast te laten stellen of hij of zij alcohol, verdovende middelen, psychotrope of toxische stoffen heeft gebruikt, onder verwijzing naar de verordening die de procedure beschrijft. Procedures voor drugstests van

(\*) COM(2006) 230 def.

chauffeurs worden nader beschreven in de selected issue over drugs in het verkeer uit 2007.

In Schotland mogen bepaalde groepen arrestanten nu, net als in Engeland en Wales, op drugs worden getest en de nieuwe, in juni 2005 door het Ierse ministerie van Justitie, Rechtsgelijkheid en Hervorming van het Recht voorgestelde regels voor strafinrichtingen, maken verplichte drugstests voor gevangenen mogelijk. Er wordt gesteld dat dit in het belang is van de openbare orde, veiligheid, gezondheid en bewaking en dat de tests worden uitgevoerd op urinemonsters, speeksel en/of haar.

In Noorwegen mogen op het werk geen drugstests meer worden uitgevoerd na instemming door de werknemer of de sollicitant. Na het van kracht worden van artikel 9-4 van de Wet op het arbeidsmilieu van 2005, kan een werkgever alleen van een werknemer of sollicitant verlangen een drugstest te ondergaan onder de omstandigheden die zijn omschreven in de regelgeving, wanneer het onder invloed uitvoeren van het werk bijzonder gevaarlijk is, of wanneer de werkgever van oordeel is dat testen nodig is om het leven en de gezondheid van werknemers of een derde te beschermen. Het nieuwe Finse regeringsbesluit inzake drugstests op het werk omvat een uitgebreide lijst voorwaarden, waaronder instemming, maar ook kwaliteitseisen voor de testlaboratoria, monsters en testresultaten.

In Tsjechië zijn de regels voor drugstests door de politie, gevangenismedewerkers en werkgevers nu vastgelegd in Wet 379/2005 inzake „maatregelen ter bescherming tegen schade door tabaksproducten, alcohol en andere verslavende stoffen”. Een professioneel onderzoek is verplicht wanneer redelijkerwijs mag worden verondersteld dat het gebruik van een stof de persoon in kwestie dusdanig beïnvloedt dat daardoor schade zou kunnen worden berokkend aan hem- of haarzelf of aan anderen. De wet bepaalt ook wanneer politiemensen, gevangenismedewerkers of werkgevers een ademtest mogen uitvoeren of een speekselmonster mogen nemen. Medisch onderzoek, op basis van een ademtest of monsters van biologisch materiaal, mag alleen worden uitgevoerd in gezondheidszorgfaciliteiten die beschikken over voldoende professionele en operationele deskundigheid.

## Drugsgelateerde criminaliteit

De preventie van drugsgelateerde criminaliteit staat hoog op de Europese politieke agenda. Zo wordt dit in de huidige EU-drugsstrategie als een van de belangrijkste doelen gedefinieerd in het kader van het streven naar een hoog veiligheidsniveau voor het algemene publiek.

Een van de voor 2007 geplande taken in het EU-actieplan inzake drugs (2005-2008) is het aannemen van een gemeenschappelijke definitie van „drugsgelateerde criminaliteit”, op basis van een voorstel van de Europese Commissie, gebaseerd op door het EWDD voorgelegde studies. Verschillende disciplines en professionals bedoelen verschillende dingen met „drugsgelateerde criminaliteit”, maar het begrip omvat grofweg vier categorieën: *psychofarmacologische misdrijven* (gepleegd onder invloed van een psychoactieve stof), *economisch-compulsieve misdrijven* (door verslaafden gepleegd om aan geld/goederen/drugs te komen), *systemische misdrijven* (gepleegd als onderdeel van de illegale drugshandel) en *drugsdelicten* (zoals gebruik, bezit, dealen, smokkel, enz.) (zie ook EWDD, 2007a).

Definities van de eerste drie genoemde soorten drugsgelateerde criminaliteit kunnen in de praktijk lastig toe te passen zijn, en gegevens hierover zijn er nauwelijks en als ze er al zijn, zijn ze fragmentarisch. Gegevens over „aangiften” <sup>(8)</sup> van drugsdelicten zijn in alle in dit verslag onderzochte Europese landen beschikbaar. De gegevens weerspiegelen echter de verschillen tussen de nationale wetgevingen, alsmede de verschillende manieren waarop de wetten worden toegepast en gehandhaafd, en de verschillen ten aanzien van de middelen en prioriteiten die aan specifieke delicten worden toegekend door opsporings- en vervolgingsinstanties. Daarnaast bestaan er verschillen tussen landen in de informatiesystemen voor drugsdelicten, met name met betrekking tot de rapportage- en registratieprocedures, dat wil zeggen dat er uiteenlopende procedures bestaan als het gaat om de vraag wat er wordt geregistreerd, wanneer registratie plaatsvindt en op welke wijze dit gebeurt. Door deze verschillen is het lastig gegevens tussen de diverse EU-landen direct met elkaar te vergelijken en is het beter om trends dan absolute aantallen te vergelijken, en om bij de analyse van gemiddelde trends in Europa rekening te houden met de omvang van de verschillende nationale bevolkingen. Over de hele EU genomen is het aantal „aangiften” van drugsdelicten tussen 2000 en 2005 toegenomen met gemiddeld 47 % (figuur 1). De gegevens laten een groeiende trend zien in alle rapporterende landen, met uitzondering van Letland, Portugal en Slovenië, die in die periode van vijf jaar juist een afname lieten zien <sup>(9)</sup>.

De verhouding tussen gebruiksdelicten en smokkel- en handelsdelicten varieert, maar de meeste Europese landen melden dat het grootste deel van de delicten te maken heeft met bezit en/of gebruik van drugs, met in Spanje in 2005 zelfs een percentage van 91 % <sup>(10)</sup>. In Tsjechië, Luxemburg,

<sup>(8)</sup> De term „aangiften” van drugsdelicten staat tussen aanhalingstekens, omdat deze uiteenlopende concepten bestrijkt die per land kunnen verschillen (het kan bijv. gaan om processen-verbaal, gerechtelijke aanklachten, enz.). Voor een exacte definitie voor elk land wordt verwezen naar de methodological notes on drug law offences in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(9)</sup> Zie tabel DLO-1 in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(10)</sup> Zie tabel DLO-2 in het Statistical Bulletin 2007.

Nederland, Turkije en Noorwegen houden de meeste gerapporteerde drugsdelicten echter verband met het dealen in en smokkelen van drugs, met in Tsjechië in 2005 zelfs 92 % van alle gerapporteerde drugsdelicten.

In de meeste Europese landen is cannabis de illegale drug die het vaakst bij de gerapporteerde drugsdelicten betrokken is <sup>(11)</sup>. In de landen waar dit het geval is, kwam in 2005 42 tot 74 % van alle drugsdelicten voor rekening van met cannabis verband houdende strafbare feiten. In Tsjechië voeren delicten in verband met metamfetamine de lijst aan, met een aandeel van 53 % van alle drugsdelicten. In Luxemburg is cocaïne de drug die het vaakst gemeld wordt (35 % van alle drugsdelicten).

In de periode 2000-2005 is het aantal „aangiften” van drugsdelicten waarbij cannabis betrokken was in de meeste rapporterende landen gelijk gebleven of gestegen, met op EU-niveau een gemiddelde stijging van 36 % (figuur 1). In Tsjechië (2002-2005) en Slovenië (2001-2005) was evenwel sprake van een neerwaartse trend.

Met uitzondering van Luxemburg en Nederland is in alle rapporterende landen, cannabis de drug waarvan het vaakst sprake is bij delicten in verband met het gebruik/bezit van drugs. Het percentage strafbare feiten in verband met gebruik waarbij cannabis betrokken is, is sinds 2000 in verschillende landen gedaald (Griekenland, Italië, Cyprus, Oostenrijk, Slovenië en Turkije) en in het laatste jaar (2004-2005) waarover statistieken beschikbaar zijn zelfs in de meeste rapporterende landen. Mogelijk houdt dit verband met het feit dat de rechtshandhaving in die landen minder is gericht op cannabis dan op andere drugs <sup>(12)</sup>.

Het aantal met cocaïne verband houdende delicten steeg in de periode 2000-2005 in alle Europese landen met uitzondering van Duitsland, waar het aantal relatief stabiel bleef. Het EU-gemiddelde nam in die periode met 62 % toe (figuur 1).

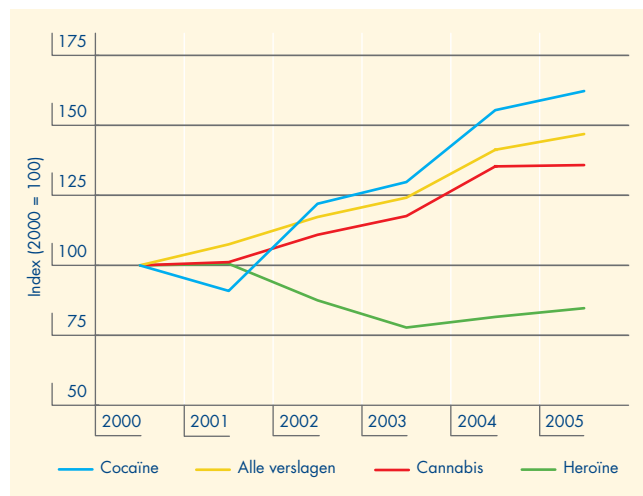
Met betrekking tot de „aangiften” van drugsdelicten waarbij heroïne een rol speelt, is tussen 2000 en 2005 het plaatje anders dan bij cannabis en cocaïne: het aantal viel in de Europese Unie met gemiddeld 15 % terug, vooral tussen 2001 en 2003. De nationale trends in heroïnedelicten laten echter een divers beeld zien in deze periode, met opwaartse trends in een derde van de landen <sup>(13)</sup>.

## Onderzoek naar de drugsproblematiek

### Financiering

Europees onderzoek met betrekking tot drugs, waarover door de nationale focal points wordt gerapporteerd, wordt gefinancierd uit nationale en Europese overheidsfondsen.

**Figuur 1** — Geïndexeerde trends in de verslagen voor drugsdelicten in de EU-lidstaten, 2000-2005



NB: De getoonde trends vormen de weerslag van de beschikbare informatie over het aantal landelijke „aangiften” van drugsdelicten (zowel overtredingen als misdrijven) als gerapporteerd door de rechtshandhavinginstanties in de EU-lidstaten; voor de berekening van een algemene EU-trend zijn alle reeksen geïndexeerd tegen een basisniveau van 100 in 2000 en gewogen op basis van de bevolkingsgrootte.

Omdat definities en onderzoekseenheden per land sterk kunnen verschillen, wordt het algemene begrip „aangiften van drugsdelicten” gebruikt; zie voor meer informatie: „Drug law offences: methods and definitions” in het Statistical Bulletin 2007.

Landen die voor twee of meer jaren achter elkaar geen gegevens hebben verstrekt zijn niet meegenomen in de trendberekeningen: de algemene trend is gebaseerd op 24 landen, de trend voor heroïne is gebaseerd op 14 landen, die voor cocaïne op 14, en die voor cannabis op 15.

Zie voor meer informatie figuur DLO-6 in het Statistical Bulletin.

Bronnen: Nationale focal points van het Reitox-netwerk en, voor bevolkingscijfers, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>.

Diverse lidstaten melden dat onderzoek naar drugs wordt gefinancierd uit de algemene nationale onderzoeksmiddelen (Duitsland, Nederland, Finland, het Verenigd Koninkrijk), onderzoeksmiddelen van het ministerie van Volksgezondheid (Italië) of vanuit middelen die worden beheerd door de nationale coördinatie-instantie met betrekking tot drugs (Frankrijk, Zweden). In Roemenië wordt het onderzoek gefinancierd door internationale organisaties, zoals het Mondiaal Fonds.

### Onderzoeksactiviteit

Ervan uitgaande dat wetenschappelijke publicaties die onderhevig zijn aan intercollegiale toetsing indicatief zijn voor wetenschappelijke activiteit, is een analyse uitgevoerd van dergelijke publicaties in 2005 en 2006 en van publicaties die in de nationale verslagen worden genoemd. Hieruit is een patroon van onderzoeksprioriteiten af te leiden dat verschilt per land.

De behandeling van verslaving blijkt een belangrijk onderzoeksthema te zijn, waarbij in de meeste studies

<sup>(11)</sup> Zie tabel DLO-3 in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(12)</sup> In enkele landen waar het percentage strafbare feiten in verband met drugsgebruik waarbij cannabis betrokken is, is afgenomen, is het absolute aantal wel degelijk toegenomen.

<sup>(13)</sup> Het feit dat aan het Europese gemiddelde niet is af te lezen dat in de helft van de rapporterende landen het aantal heroïnedelicten is toegenomen, komt vooral doordat landen waarvoor voor twee achtereenvolgende jaren gegevens ontbreken niet in het Europese gemiddelde zijn meegenomen, maar ook doordat in het gemiddelde de landen naar bevolkingsgrootte worden meegewogen (grote landen leggen dus meer gewicht in de schaal dan kleine).

wordt gekeken naar verschillende aspecten van substitutiebehandelingen. Onderzoek naar preventie maakt een veel kleiner deel uit van de in de nationale verslagen aangehaalde wetenschappelijke literatuur. Van de vijf voornaamste indicatoren van het EWDD, komen publicaties over infectieziekten het meest voor, gevolgd door publicaties over de prevalentie van drugsgebruik onder jongeren.

Er zijn verschillen tussen de landen in de typen wetenschappelijke publicaties die in de nationale verslagen worden geciteerd. Onderzoek naar behandelingen, met name van drugsgebruikers met hepatitis C, wordt vooral veel in het Duitse verslag genoemd, terwijl in het Nederlandse verslag veel aandacht wordt besteed aan nieuwe behandelmethoden. Door het Verenigd Koninkrijk genoemde onderzoeken hebben met name betrekking op problematisch drugsgebruik, criminaliteit en marktkwesties. De weinige verwijzingen naar neurowetenschappelijk onderzoek zijn overwegend Nederlands; maar de Franse MILDT heeft op dit gebied ook enkele onderzoeksprojecten gefinancierd.

Onlangs opgestarte onderzoeksprogramma's wijzen op gelijksoortige nationale onderzoeksprioriteiten onder de lidstaten. In Duitsland worden de nationale onderzoeksmiddelen ingezet om de drugshulpverlening te optimaliseren, zodat kan worden voldaan aan de vraag naar behandelingen, met inbegrip van fundamenteel onderzoek. In 2006 heeft Nederland het onderzoeksprogramma „Risicogedrag en afhankelijkheid“ geïntroduceerd. In het Verenigd Koninkrijk zijn onlangs onderzoeken begonnen naar de kwaliteit van behandelssystemen en naar zeer jonge probleemgebruikers. De nieuwe lidstaten concentreren zich met name op het bouwen aan het wetenschappelijke

fundament voor hun volgsystemen, onder andere door middel van enquêtes onder jongeren.

### EU-onderzoek

De EU financiert drugsonderzoek via kaderprogramma's voor onderzoek. Het meest recente kaderprogramma (het zevende, voor de periode 2007-2013) is eind 2006 van start gegaan. Diverse onderzoeksprojecten die in 2005/2006 verslag hebben gedaan van hun resultaten, zijn voortgekomen uit het thema „Levenskwaliteit“ van het vijfde EU-kaderprogramma voor onderzoek (1998-2002). Hieronder de programma's QCT voor de drangbehandeling van drugsafhankelijke criminelen in Europa, Cocineu voor de ondersteuning van cocaïne- en crackgebruikers in Europa en Isadora voor geïntegreerde diensten gericht op dubbele diagnose (comorbiditeit) en optimaal herstel van verslaving.

#### Drugs in het verkeer, een van de selected issues van het EWDD in 2007

Psychoactieve stoffen kunnen iemands vermogen om een auto te besturen zodanig beïnvloeden dat het risico op ongevallen en letsel wordt vergroot. In een selected issue over drugs in het verkeer wordt een overzicht gegeven van de uitkomsten van verschillende soorten onderzoeken naar dit fenomeen, met de nadruk op cannabis en benzodiazepinen, maar ook op preventie en juridische benaderingen van dit probleemgedrag.

Deze selected issue is zowel in drukvorm als online verkrijgbaar (<http://issues07.emcdda.europa.eu>), maar uitsluitend in het Engels.



## Hoofdstuk 2

### De aanpak van drugsproblemen in Europa — Een overzicht

In het EU-actieplan inzake drugs (2005-2008) worden de lidstaten specifiek opgeroepen het aanbod te vergroten van eenvoudig toegankelijke, effectieve methoden van preventie, behandeling en schadebeperking en sociale re-integratie. Deze facetten van de drugsproblematiek in Europa worden hieronder nader besproken.

Strategieën voor preventie kunnen op verschillende doelgroepen zijn gericht, van de hele bevolking tot specifieke risicogroepen; de toegepaste methoden variëren naargelang de doelgroep. Drugsgebruikers en -verslaafden hebben ook toegang tot behandelingen en schadebeperkende maatregelen en in een aanzienlijk aantal landen is de effectiviteit hiervan geëvalueerd in resultaatstudies. Met schadebeperkende maatregelen wordt geprobeerd sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik te voorkomen en met drugsverslaving samenhangende schade aan de gezondheid, zoals besmetting met hiv of hepatitis C, te beperken. Heroïneverslaving wordt meestal behandeld met een substitutietherapie en er zijn speciale programma's ontwikkeld voor cannabis-, amfetamine- en cocaïneverslavingen. Wanneer de behandeling succesvol is, is de volgende stap sociale re-integratie. Zoals verderop beschreven, zijn de leefomstandigheden van veel drugsgebruikers slecht en sociale re-integratie betekent vaak dat er flinke problemen moeten worden overwonnen.

Voor elk type interventie worden voorbeelden uit verschillende landen gegeven en wordt besproken wat de onderzoeksresultaten laten zien met betrekking tot hun effectiviteit.

#### Preventie

De effecten van individuele preventiestrategieën kunnen in het algemeen niet worden gemeten door te kijken naar veranderingen in de prevalentie van drugsgebruik in de gehele bevolking. Wel kan iedere preventiestrategie worden afgezet tegen het verzamelde bewijsmateriaal om te bepalen of de interventie wordt ondersteund door wetenschappelijk bewijs. Hiervoor is het nodig om over goede informatie te beschikken omtrent de inhoud en de dekking van de verschillende soorten interventies en hun aantallen.

#### De beschikbare informatie verbeteren: monitoring, kwaliteitscontrole en evaluatie

Lidstaten monitoren in toenemende mate de preventieve maatregelen en leveren dientengevolge gegevens aan

over de inhoud en beschikbaarheid van interventies. Duitsland, Nederland en Noorwegen hebben uitgebreide informatiedekking. Griekenland, Cyprus, Litouwen en Italië monitoren preventieprogramma's op scholen, terwijl in Griekenland, Polen, Zweden en Finland gemeenschapsgerichte preventiediensten worden bestudeerd en Frankrijk een centraal monitoringsysteem heeft opgezet voor drugspreventie. Sommige landen (Tsjechië, de autonome regio Galicië in Spanje, Hongarije en Noorwegen) kijken al naar de wetenschappelijke ondersteuning wanneer financiering van interventies wordt aangevraagd, en overwegen accreditatiesystemen in te voeren. Portugal, Finland en Roemenië hanteren minimumkwaliteitscriteria voor preventieprogramma's.

Informatie uit Hongarije en Nederland lijkt erop te wijzen dat de aanwezigheid van preventie-monitoringsystemen en kwaliteitscriteria leidt tot betere verslaglegging van projecten en evaluaties, en tot interventies van hogere kwaliteit.

De meeste preventieprogramma's worden niet geëvalueerd. Wanneer ze wel worden geëvalueerd, gaat het meestal om „de reikwijdte en de acceptatiegraad van interventies“ en niet zozeer om „de mate waarin de doelstellingen zijn gerealiseerd“ (Grieks nationaal verslag).

In de afgelopen jaren is onderzoek gedaan naar de effectiviteit van preventieprogramma's in Duitsland (Bühler en Kröger, 2006) en het Verenigd Koninkrijk (Canning et al., 2004; Jones et al., 2006), alsmede door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) (Hawks et al., 2002). Deze studies zijn nuttig bij het vaststellen van goede praktijken voor preventiestrategieën. In de jongste en meest uitgebreide studie (Bühler en Kröger, 2006) zijn 49 kwalitatief goede overzichten van de preventie van drugsgebruik, zoals programmabeoordelingen en meta-analyses, geëvalueerd en zijn conclusies getrokken met betrekking tot efficiënte strategieën voor drugspreventie. In onderstaande paragrafen wordt op basis van deze en andere studies de effectiviteit van verschillende soorten preventiestrategieën besproken.

#### Campagnes in de massamedia

Hawks et al. (2002) concluderen, in overeenstemming met het HDA (2004), dat „het gebruik van massamedia op zichzelf genomen geen effectieve manier is gebleken om het gebruik van verschillende soorten psychoactieve

### Interventies met een wetenschappelijke basis

Zogenaamde „evidence-based” praktijken zijn interventies (zoals drugsbehandelingen) waarvan op wetenschappelijke wijze (d.w.z. met behulp van objectief onderzoek) overtuigend is aangetoond dat ze leiden tot de gewenste uitkomsten (zoals minder drugsgebruik). Veelgebruikte criteria om te bepalen of een interventie evidence-based genoemd kan worden zijn werkzaamheid en doeltreffendheid (Brown et al., 2000; Flay et al., 2005).

Werkzaamheid is een maatstaf voor de mate waarin een interventie werkt onder ideale onderzoeksomstandigheden. De beste manier om de werkzaamheid vast te stellen is door het uitvoeren van een gecontroleerd onderzoek, waarin sommige deelnemers de te testen interventie krijgen aangeboden, terwijl een controlegroep een andere interventie of geen interventie krijgt. Het allerbeste is het om een gerandomiseerd onderzoek uit te voeren waarin de deelnemers willekeurig een van de twee interventies krijgen (Cochrane Collaboration, 2007). Het is algemeen aanvaard dat alleen met (gerandomiseerde) gecontroleerde onderzoeken, bij voorkeur gevolgd door een procesevaluatie, de werkzaamheid van een interventie deugdelijk kan worden vastgesteld, waarmee het fundament wordt gelegd voor toekomstig beleid en toekomstige methodieken.

Helaas is de willekeurige verdeling van deelnemers over interventies of controlegroepen niet altijd mogelijk.

Doeltreffendheid is een maatstaf voor de mate waarin een interventie onder normale omstandigheden werkt. Interventies die als veelbelovend uit gecontroleerde onderzoeken komen, worden regelmatig op kleine schaal ingevoerd om te kijken hoe goed ze werken onder gebruikelijke omstandigheden. Onderzoeken

naar doeltreffendheid, zoals landelijke studies naar de uitkomsten van behandelingen, richten zich voornamelijk op de gezondheidsgevolgen van de interventie of op andere relevante resultaten die moeten aantonen wat werkt.

De bewijsvoering wordt hierbij bemoeilijkt door het feit dat de opvattingen uiteenlopen over de wijze waarop de kwaliteit van onderzoeken naar de werkzaamheid of doeltreffendheid moet worden vastgesteld en over het soort onderzoeksmethode (bijv. kwantitatief versus kwalitatief) dat het meest geschikt is om aan te tonen wat werkt. Daardoor kan het zijn dat er verschillend wordt gedacht over wat werkt. Vooral nog blijft het in het besluitvormingsproces een uitdaging om te bepalen hoe de verschillende bewijsvormen moeten worden beoordeeld en tegen elkaar afgewogen. Dit is nog moeilijker bij interventies waarvoor nog geen uitgebreide bewijsgrond bestaat, maar waarvan op basis van bepaalde ervaringen mag worden vermoed dat ze werken.

Ondanks deze moeilijkheden blijft het uitgangspunt dat bewijs kan helpen bij de verbetering van zorgmethoden en -beleid en dat het goed is het te blijven hebben over evidence-based praktijken, in samenhang met duidelijke criteria voor het beoordelen van bewijs.

Om hieraan zelf een bijdrage te leveren en de verspreiding van evidence-based praktijken te bevorderen, werkt het EWDD aan een internetportaal dat een overzicht geeft van de jongste gegevens over de doeltreffendheid van verschillende interventies, alsmede van hulpmiddelen die kunnen worden gebruikt om de kwaliteit van interventies en concrete voorbeelden van beste praktijken in EU-lidstaten te verbeteren. De Cochrane Collaboration zal een belangrijke informatiebron voor dit portaal zijn.

stoffen te doen afnemen, vooral niet wanneer hierbij ook tegengestelde invloeden aanwezig zijn. Het blijkt echter wel het kennisniveau te verhogen en beleidsinitiatieven te ondersteunen.” Er zijn echter ook aanwijzingen dat campagnes in de massamedia positieve effecten kunnen hebben als ze worden gebruikt ter ondersteuning en versterking van andere strategieën (Bühler en Kröger, 2006).

In een evaluatie van de Schotse campagne „Know the score” tegen cocaïnegebruik, hebben Binnie et al., (2006) vastgesteld dat 30 % van de respondenten na het zien van de advertenties het minder waarschijnlijk achtte cocaïne te gaan gebruiken, dat 56 % zei dat de campagne niet van invloed was op de intenties om cocaïne te gebruiken en dat 11 % beweerde dat het waarschijnlijker was geworden dat ze zouden gaan gebruiken. De recente herevaluatie van de cannabiscampagne van de Amerikaanse overheid bevestigde de eerdere bevinding dat de campagne, ondanks het feit dat de campagne goed werd onthouden en ondanks doelgroepdifferentiatie, weliswaar geen effect had gehad op de houding van jonge niet-gebruikers ten opzichte van cannabisgebruik, maar dat blootstelling aan de campagne bij de jongeren wel kon

worden geassocieerd met een negatievere perceptie van marihuana-gebruik door anderen (GAO, 2006).

In enkele geïsoleerde gevallen is er echter een verschuiving in nadruk geweest van kennisvergroting (het doel van de meeste campagnes in de massamedia) naar het aanbieden van sociaal-emotionele informatie (in een poging de perceptie van, bijvoorbeeld, cannabisgebruik te veranderen). Zo was de boodschap van een campagne in Nederland bijvoorbeeld: „je bent *niet* gek als je *niet* blowt”, want 80 % van de jongeren blowt ook niet (<sup>14</sup>). Verder is de nationale preventiecampagne in Nederland mede gericht op het uit de wereld helpen van een aantal mythen rondom cannabis, zoals dat het „organisch” en „natuurlijk” zou zijn.

### Strategieën met betrekking tot legale drugs

Prijsverhogingen en/of verhoging van de minimumleeftijd voor het gebruik van drugs blijken een positieve invloed te hebben op het terugdringen van het gebruik, maar kunnen alleen worden gebruikt voor legale drugs, zoals alcohol en tabak (Bühler en Kröger, 2006). Dergelijke strategieën zijn tot nu toe vooral toegepast in Noordse landen en de VS. Ze

(<sup>14</sup>) Zie <http://www.drugsinfo.nl>.

zijn met name gericht op alcohol en leveren bemoedigende resultaten op (Lohrmann et al. 2005; Stafström et al., 2006). Er komen echter steeds meer alomvattende programma's waarin alcohol en tabak op vergelijkbare wijze worden benaderd als illegale drugs. België, Bulgarije, Denemarken, Litouwen, Luxemburg, Nederland, Polen, Slowakije en Noorwegen melden allemaal gemeenschapsgerichte strategieën of voorstellen voor extra accijnsheffingen of wetten die de verkrijgbaarheid van alcohol en tabak moeten reguleren. Bij deze strategieën gaat het erom het gebruik door jongeren terug te dringen, alcoholvrije zones te creëren of de veiligheid in het uitgaansleven te vergroten. Wat scholen betreft, bevestigen recente in Europa (Kuntsche en Jordan, 2006) en elders (Aveyard et al., 2004) uitgevoerde studies dat geldende normen en waarden en informele netwerken van grote invloed zijn op het gebruik van legale drugs en cannabis. In Duitsland, Ierland en Italië wordt nu nagedacht over de invoering van schoolnormen<sup>(15)</sup>.

### Algemene preventie

Van interactieve programma's op basis van het model van sociale beïnvloeding of levensvaardigheden is aangetoond dat ze effectief zijn op scholen, maar losse, op zichzelf staande acties (bijv. alleen voorlichting, affectief onderwijs of andere niet-interactieve maatregelen) hebben een negatieve evaluatie ontvangen (Bühler en Kröger, 2006). Vanwege organisatorische redenen, is schoolgerichte preventie meestal de verantwoordelijkheid van plaatselijke autoriteiten, vooral in de Noordse landen, Frankrijk en Polen.

Er is wel gesuggereerd dat programma's met een combinatie van algemene gezondheidslessen en levensvaardigheidstrainingen meer effect sorteren dan educatieprogramma's die uitsluitend op vaardigheden gericht zijn. Dat zou betekenen dat interventies het best kunnen worden geïntegreerd in een goed doordacht op gezondheid gericht lesprogramma (Hawks et al., 2002). Dit lijkt in bijna alle lidstaten te zijn gerealiseerd. Verder combineren verscheidene lidstaten (bijv. Italië, Litouwen, Nederland, Slowakije, het Verenigd Koninkrijk) drugspreventie met gezondheidsgerelateerde en maatschappelijke aspecten als geweld, psychische problemen, sociale uitsluiting, achterblijvende schoolprestaties en tabaks- en alcoholgebruik in het kader van algemene preventieve gezondheidszorg, met extra aandacht voor kwetsbare groepen.

Een veelgehoorde reden om modelprogramma's niet ten uitvoer te leggen is dat deze niet zouden kunnen worden aangepast aan de plaatselijke omstandigheden en niet tegemoet zouden komen aan de specifieke behoeften van een bepaalde gemeenschap (Ives, 2006). Hiertegen kan worden ingebracht dat het een voordeel van gestandaardiseerde preventieprogramma's is dat

de protocollen duidelijke richtsnoeren bieden voor de inrichting van stabiele ondersteunende infrastructuur en lerarenopleidingen; dit maakt het gemakkelijker om te komen tot gemeenschappelijke normen voor de tenuitvoerlegging, zelfs in het geval van onderling zeer verschillende scholen en gemeenschappen.

In veel lidstaten (Bulgarije, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Oostenrijk, Roemenië) zijn preventieprogramma's vooral gericht op bewustwording, voorlichting en de organisatie van op zichzelf staande activiteiten (zoals bezoeken door deskundigen)<sup>(16)</sup>, ondanks aanwijzingen dat andere methoden effectiever zijn.

Sociale beïnvloedingsprogramma's op scholen komen veel voor, met name in het Verenigd Koninkrijk en in landen met gestandaardiseerde programma's, als Duitsland, Ierland, Griekenland, Spanje, Noorwegen en, binnenkort, Denemarken.

Met betrekking tot algemene gemeenschapsgerichte preventie melden 12 lidstaten dat er drugsplannen zijn in de meeste tot alle gemeenten, en in tien landen vormen deze een politieke prioriteit. In het kader van dergelijke programma's worden vooral voorlichtingsactiviteiten georganiseerd en, in mindere mate, alternatieve vrijetijdsbestedingen aangeboden. Algemene gezinsgerichte preventie neemt vooral de vorm aan van ouderavonden, voorlichting van ouders en, minder vaak, intensieve cursussen voor ouders.

### Selectieve preventie

Lidstaten besteden steeds meer aandacht aan preventiestrategieën gericht op complete kwetsbare gemeenschappen<sup>(17)</sup>. Dit betekent dat deze gemeenschappen moeten worden geïdentificeerd, bijvoorbeeld met behulp van gestandaardiseerde beoordelingsinstrumenten, zoals de Britse *index of multiple deprivation*, of op basis van sociaaleconomische indicatoren, zoals normen voor huisvesting of onderwijs (aantal leerlingen dat achterstand op school heeft of aantal gesubsidieerde leerlingen).

Wanneer de doelgemeenschappen eenmaal zijn bepaald (Frankrijk kent bijvoorbeeld *Zones Urbaines Sensibles* en in het geval van scholen *Zones d'Éducation Prioritaire*), kunnen extra fondsen voor deze kansarme groepen worden vrijgemaakt. In Ierland, Cyprus en het Verenigd Koninkrijk, zijn er al selectieve preventieprojecten voor de meeste achterstandswijken en Portugal is bezig een dergelijke strategie ten uitvoer te leggen. Er zijn allerlei projecten, soms speciaal voor bepaalde etnische groepen: in Estland, Griekenland, Frankrijk en Slowakije wordt bijvoorbeeld counseling aangeboden, er zijn straathoekprojecten in Luxemburg en Oostenrijk, enzovoorts. Bovendien doen

<sup>(15)</sup> Zie ook <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=19197>.

<sup>(16)</sup> Gegevens uit SQ 22 en 25.

<sup>(17)</sup> Zie voor meer informatie over selectieve preventie, met name wat betreft risicogroepen en -factoren: eerdere jaarverslagen en de selected issue over drugsgebruik onder minderjarigen uit 2007.



sommige nieuwe lidstaten (Bulgarije, Hongarije, Litouwen, Polen en Roemenië) verslag van veel interventies die zijn gericht op kwetsbare gezinnen. De nadruk ligt in de meeste lidstaten op drugsgebruik binnen het gezin, hoewel enkele landen (Griekenland, Litouwen, Hongarije, Verenigd Koninkrijk) een bredere aanpak kennen, die gericht is op alle sociaal zwakkere gezinnen.

Zogenaamde „peer-based” benaderingen, waarbij gebruik wordt gemaakt van de inbreng van leeftijdsgenoten, worden in algemene preventieprojecten gebruikt, maar worden vooral in toenemende mate gebruikt voor selectieve preventie (Ierland, Nederland, Oostenrijk, Polen en Noorwegen). Parkin en McKeganey (2000) concluderen, in hun overzicht van peer-based programma's, dat dergelijke programma's vooral effect hebben op de „peer educators” zelf en niet zozeer op de doelgroepen. Het lijkt erop dat dergelijke benaderingen effectiever zijn in het veranderen van kennis en houding dan in het veranderen van gedrag. Peer-based projecten worden slechts zelden geëvalueerd, en als ze dat al worden (zoals Free Style in Noorwegen), gaat het vooral om de mate van succes bij het vinden van jonge leiders op scholen en om de vraag of de kennis en de houding van peer-leiders zijn verbeterd.

Selectieve preventie wint aan populariteit, maar voorzichtigheid is hier geboden, vooral als jonge mensen die zelf risico lopen bij peer-based programma's worden betrokken (Cho et al., 2005; Dishion en Dodge, 2005), omdat binnen kwetsbare groepen ook negatieve „besmetting” kan optreden. Dit soort onbedoelde gevolgen, die worden veroorzaakt door de interventie zelf, kunnen leiden tot extra drugsgebruik en meer risicogedrag. Dergelijke ongewenste resultaten komen echter niet alleen voor bij selectieve preventie, maar worden ook aangetroffen bij voorlichting via de massamedia en individuele preventie-interventies (zie boven).

## Maatregelen gericht op behandeling en schadebeperking

### Recente ontwikkelingen in behandelssystemen

De behandeling van drugsgebruikers vindt vooral extramuraal plaats, soms ook onder toezicht van de huisarts. De uitbreiding van de extramuraal zorg is ook de afgelopen jaren doorgedaan, en in verscheidene landen, zoals Bulgarije, Estland, Griekenland, Litouwen, Roemenië en Finland heeft ook de geografische uitbreiding zich voortgezet; het aantal intramuraal behandelplekken is in de meeste landen daarentegen stabiel gebleven.

In landen als Letland, Hongarije, Slowakije en Roemenië zijn gespecialiseerde behandelcentra erg onregelmatig over het land verdeeld. Ondanks een toename van het aantal aanbieders van behandelingen, blijven er wachtlijsten voor substitutiebehandelingen bestaan in Griekenland, Hongarije en Polen.

Intramurale behandeling, voorheen in veel Europese landen de belangrijkste aanpak voor de behandeling van heroïnegebruik, komt tegenwoordig in verhouding minder voor: de meerderheid van de opioïdengebruikers wordt extramuraal behandeld. Intramuraal behandeling wordt echter wel steeds belangrijker in de zorg voor oudere en chronische drugsgebruikers, aangezien deze mensen vaak een complexere behandeling nodig hebben, doordat ze ook ernstige somatische klachten hebben en leiden aan psychologische comorbiditeit. De behandelfilosofie en -methodiek van inrichtingen waar patiënten worden opgenomen is in de loop der jaren aanzienlijk veranderd, in reactie op veranderende behoeften. Zo komt het nu vaker voor dat op één plek naast verslavingsbehandeling ook medische zorg wordt geboden, inclusief psychiatrische zorg, zeer actieve antiretrovirale behandeling en behandeling van leverziekten. Ook is het aantal onderhoudsbehandelingen voor het brengen van stabiliteit in het leven van cliënten toegenomen.

### Kenmerken van drugsgebruikers in extramuraal zorg

De TDI (Treatment Demand Indicator — indicator voor de vraag naar behandeling) kan worden gebruikt om de sociaaleconomische status te typeren van patiënten in behandelcentra en, in zekere mate, van alle drugsgebruikers<sup>(18)</sup>. Aangezien in de meeste landen extramuraal behandeling laagdrempeliger is, kan het best vanuit deze groep worden geëxtrapoleerd naar alle drugsgebruikers in het land.

In 2005 hebben 20 van de 29 Europese landen informatie verstrekt over 315 000 drugsgebruikende cliënten in behandelcentra voor extramuraal zorg. Deze gegevens waren afkomstig van meer dan 4 000 behandelplekken. Ongeveer de helft (53 %) van de extramuraal cliënten wordt behandeld voor opioïden als primaire drug terwijl de andere helft een andere primaire drug heeft, met name cannabis (22 %) en cocaïne (16 %). Wat de meest voorkomende primaire drug is, varieert per land.

Circa 80 % van de extramuraal cliënten is mannelijk, met een gemiddelde leeftijd van 30 jaar (nieuwkomers zijn gemiddeld 28 jaar) en in het algemeen verkeren zij in slechte leefomstandigheden in vergelijking met anderen van dezelfde leeftijd. Circa 60 % van de extramuraal cliënten heeft niet meer dan basisonderwijs genoten, en ongeveer één op de tien daarvan heeft zelfs het basisonderwijs niet afgerond. Ongeveer de helft van de cliënten die aan een extramuraal behandeling begint, heeft regulier werk; de andere helft is werkloos; de meeste cliënten (85 %) hebben vast onderdak: 40 % van hen woont bij de ouders en 19 % woont alleen. Een significante minderheid van de extramuraal cliënten (15 %) woont, al dan niet met partner, in een situatie met kinderen, hetgeen een verdere complicerende factor betekent in het leven van de drugsgebruiker, alsmede een risicofactor voor de kinderen.

<sup>(18)</sup> Zie de TDI-tabellen en -grafieken in het Statistical Bulletin 2007 voor nadere gegevens over de hier genoemde cijfers.

Informatie over de sociaaleconomische situatie van mensen die voor drugsgebruik behandeld worden, wordt door sommige landen aangevuld met informatie over wat de voornaamste drug is die wordt gebruikt. In Duitsland is bijvoorbeeld 67 % van de heroïnegebruikers werkloos of economisch inactief, in vergelijking met 53 % van de cocaïnegebruikende cliënten en 35 % van de cannabisgebruikende cliënten, en heeft 74 % van de opioïden gebruikende cliënten beperkte scholing, in vergelijking met 63 % van de cocaïnegebruikende cliënten (Sonntag et al., 2006).

### Nieuwe ontwikkelingen

In diverse landen zijn gespecialiseerde centra opgericht voor specifieke groepen drugsgebruikers, zoals vrouwen, dakloze gebruikers die op straat injecteren, sekswerkers, of jonge en zeer jonge gebruikers (zie de selected issue over drugsgebruik onder minderjarigen uit 2007). In andere landen zijn voor specifieke groepen de mogelijkheden voor farmacologische behandeling uitgebreid om een betere spreiding van behandelingen te verkrijgen. Zo zijn onderhoudsbehandelingen met buprenorfine nu toegestaan op Malta (19).

### Behandeling van verschillende groepen drugsgebruikers

Steeds meer lidstaten onderkennen het belang van goede behandelingen voor problematische cannabis- en cocaïnegebruikers. In het geval van cannabis zijn in Europa behandeling, counseling en preventie vaak onderling verweven, om zo veel mogelijk gebruikers te bereiken. Nieuwe communicatiestrategieën, bijvoorbeeld met gebruikmaking van internet, worden toegepast in een poging die cannabisgebruikers te bereiken van wie het drugsgebruik ergens tussen experimenteel en problematisch in ligt. Momenteel wordt gewerkt aan de ontwikkeling van specifieke behandelingsdiensten en -programma's voor cannabisgebruikers, die tot nu toe nog niet breed beschikbaar zijn in Europa (zie hoofdstuk 3).

Bovendien zijn lidstaten met een grote vraag naar behandelingen van cocaïneverslaving begonnen onderzoeken te laten uitvoeren, mede omdat gebruikers van poedercocaïne en van crackcocaïne meestal een zeer verschillende sociale achtergrond hebben (zie hoofdstuk 5). Momenteel krijgen verreweg de meeste gebruikers van psychostimulantia (waaronder amfetaminen), vanwege het ontbreken van specifieke behandelingen, een traditionele op opioïden afgestemde behandeling. In heel Europa is er behoefte aan meer opleidingsmogelijkheden voor behandelende medewerkers en medici.

### Behandeling van heroïneverslaving

Substitutiebehandeling is, na de politieke steun ervoor in reactie op het heroïnegebruik in de tweede helft van de jaren tachtig, in de meeste landen de voornaamste behandeloptie geworden bij opioïdeverslaving (figuur 2).

### Rechtskaders voor substitutiebehandelingen

In 2006 is een enquête uitgevoerd binnen het specialistische netwerk van juridische medewerkers om nadere informatie te verkrijgen over wet- en regelgeving met betrekking tot de toelatingscriteria voor substitutiebehandeling en over het voorschrijven en verstrekken van substitutiemiddelen. De gegevens uit 17 landen vormden een aanvulling op een verslag uit 2003 van de Europese juridische database inzake drugs (ELDD) (1).

De reikwijdte van de rechtskaders verschilt aanzienlijk tussen de lidstaten. In sommige landen, zoals België, valt substitutiebehandeling onder een speciale wet, terwijl een dergelijke behandeling in andere, zoals Cyprus, afhankelijk is van een interpretatie van de wetten inzake gecontroleerde stoffen. Hoe steviger het rechtskader, hoe lastiger het wordt voldoende flexibel te zijn; hierin moet een balans gevonden worden.

De middelen die kunnen worden gebruikt voor substitutiebehandelingen worden normaliter in de wet genoemd. In de meeste gevallen mogen enkel methadon en buprenorfine of alleen methadon worden voorgeschreven, maar in enkele landen zijn ook drugs als morfine en codeïne toegestaan. Ook hebben vrijwel alle landen toelatingscriteria vastgelegd in wetten of in ministeriële besluiten of richtlijnen. De criteria die het meest voorkomen zijn dat de diagnose „verslaving” is gesteld en een minimumleeftijd, al komt ook een eerdere, onsuccesvolle behandeling om van drugs af te komen wel voor. In sommige landen schrijft de wet voor welke sancties er staan op het overtreden van behandelregels, terwijl dit in andere landen wordt overgelaten aan het behandelcentrum in kwestie.

Meestal is ook bij wet bepaald wie recepten mag uitschrijven. Dat zijn voornamelijk artsen in behandelcentra, al mogen in sommige landen alle artsen dan wel bepaalde opgeleide of erkende artsen middelen voorschrijven. In de praktijk komt het maar zelden voor dat artsen buiten behandelcentra substitutiebehandelingen initiëren (2). Er zijn bijna geen gevallen waarin maximumdoses wettelijk zijn bepaald. Om te voorkomen dat recepten dubbel worden uitgeschreven, kennen de meeste landen hiervoor speciale formulieren, hebben diverse landen een centraal register en geven enkele speciale ID-kaarten uit. Wie de middelen mag verstrekken is meestal ook wettelijk bepaald: het gaat gewoonlijk om apotheken en/of behandelcentra, al mogen in sommige landen ook artsen substitutiemiddelen verstrekken. Ten slotte hebben de meeste landen een bij wet bepaald of in richtlijnen vastgelegd systeem voor het mee naar huis nemen van doses, al komt het ook voor dat dit door de vingers wordt gezien of dat het juist expliciet verboden is.

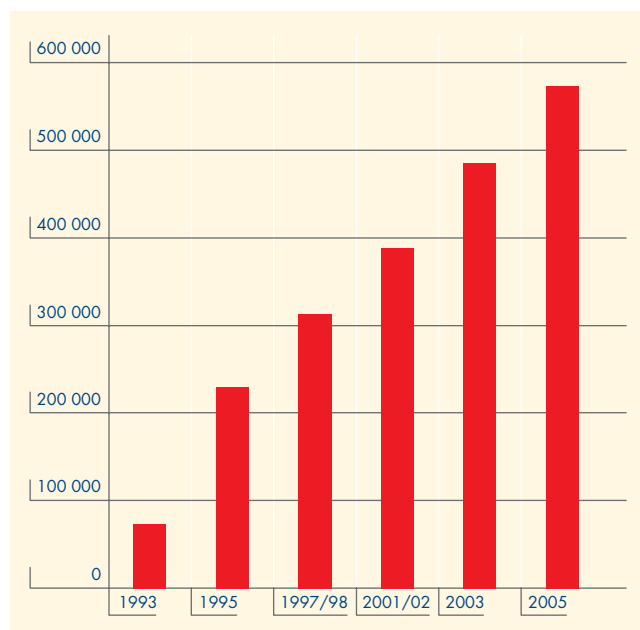
(1) Nadere gegevens zijn te vinden op <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5036>.

(2) Zie tabel HSR-6 in het Statistical Bulletin 2007.

De belangrijkste substitutiedrugs zijn methadon en buprenorfine. Idealiter wordt farmacologische behandeling gecombineerd met psychologische counseling en

(19) Zie „Verstrekking van substitutiemiddelen in Europa”, blz. 66.

**Figuur 2** — Geschatte beschikbaarheid van opioïdensubstitutiebehandelingen in de EU-15, 1993-2005



NB: Zie voor nadere informatie de tabellen HSR-7 en HSR-8 en figuren HSR-1 en HSR-5 in het Statistical Bulletin 2007.

Bronnen: Nationale focal points en verslagen; zie figuur HSR-5 in het Statistical Bulletin 2007 voor een precieze bronvermelding.

sociale ondersteuning. Substitutiebehandelingen vinden meestal extramuraal plaats bij gespecialiseerde drugsbehandelcentra, maar steeds vaker ook in privéklinieken. In sommige landen, zoals Duitsland, Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk, spelen ook huisartsen een belangrijke rol bij de behandeling van drugsgebruikers. In andere landen blijft de bijdrage van huisartsen beperkt, soms om juridische redenen, soms ook vanwege een gebrek aan belangstelling voor verslavingsbehandeling<sup>(20)</sup>. In diverse landen is ook aandacht besteed aan kwaliteitscontrole, hetgeen heeft geresulteerd in strakkere regelgeving, hogere opleidingsvereisten en meer en strenger toezicht<sup>(21)</sup>. De behandeling van opioïdenverslavingen wordt in hoofdstuk 6 nader bekeken.

### Maatregelen voor schadebeperking

Het voorkomen van infectieziekten en het terugbrengen van het aantal drugsgerelateerde sterfgevallen staan in de EU centraal bij de aanpak van drugs en het huidige actieplan heeft als doelstelling meer mensen betere toegang te bieden tot diensten en centra voor de preventie en beperking van gezondheidsschade.

In april 2007 heeft de Europese Commissie een verslag voorgelegd aan de Raad en het Europees Parlement inzake de tenuitvoerlegging van de aanbeveling van de Raad van

18 juni 2003 betreffende de preventie en beperking van gezondheidsschade die samenhangt met drugsverslaving<sup>(22)</sup>. Dit verslag laat zien dat schadebeperking in alle lidstaten een landelijk gedefinieerde doelstelling in de volksgezondheid is. Het achtergronddocument ter ondersteuning van het verslag van de Commissie geeft een totaalbeeld van beleid en interventies die zijn gericht op schadebeperking in Europa. Het is gebaseerd op informatie die voornamelijk afkomstig is van beleidsmakers, Reitox-deskundigen en organisaties in het veld. Dit achtergronddocument bevat uitgebreide overzichten per land<sup>(23)</sup>.

De aanbeveling van de Raad heeft ertoe geleid dat meer landen hun nationale beleid afstemmen op de Europese strategie en meer nadruk leggen op schadebeperkende diensten. De aanbeveling lijkt vooral invloed te hebben in de landen die in 2004 tot de EU zijn toegetreden.

### Sociale re-integratie

Een onzekere huisvestingssituatie, onregelmatig werk en gevangenisstraf zijn indicatoren die wijzen op sociale uitsluiting en kenmerkend zijn voor het leven van veel drugsgebruikers. In veel Europese landen is het aantal probleemgebruikers dat wordt bereikt, dat in behandeling is en dat substitutiebehandelingen ondergaat groter dan ooit. Het gevolg is dat de vraag naar huisvesting, onderwijs, werkgelegenheid en juridische ondersteuning aanmerkelijk is toegenomen. Zorgstelsels worden daarom gedwongen nieuwe antwoorden te vinden voor cliënten met nieuwe profielen, die vaak met meerdere problemen kampen. Sociale re-integratie wordt nu algemeen gezien als een belangrijke bepalende factor voor behandelingsucces op de lange termijn.

In sommige landen wordt nu in toenemende mate politieke aandacht besteed en geïnvesteerd in re-integratie en in verschillende landen wordt bij onderhoudsbehandelingen nu ook standaard gedacht aan sociale zorg en re-integratie voor cliënten. Zo wordt in de tussentijdse evaluatie van de Ierse drugsstrategie de aanbeveling gedaan re-integratie als vijfde pijler in de strategie op te nemen en zijn in Denemarken nieuwe programma's voor kwetsbare groepen („gedeelde verantwoordelijkheid“) geïntroduceerd door de ministeries van Werkgelegenheid en Sociale Zaken. Een ander voorbeeld hiervan is de Noorse overheidsstrategie voor de preventie en bestrijding van dakloosheid, waarin meetbare doelen zijn opgenomen, zoals de verlaging van het aantal huisuitzettingen en het toegankelijker maken van permanente huisvesting zodat tijdelijke huisvesting de uitzondering wordt. Daarnaast kent men in Noorwegen een actieplan ter bestrijding van armoede dat een subsidieregeling omvat in het kader waarvan in 2006 6,5 miljoen EUR is verdeeld voor intramurale zorg aan daklozen en alcohol- en

<sup>(20)</sup> Zie „Rechtskaders voor substitutiebehandelingen“ (blz. 32) en <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5036>

<sup>(21)</sup> Zie ook blz. 67.

<sup>(22)</sup> Aanbeveling van de Raad van 18 juni 2003 betreffende de preventie en beperking van gezondheidsschade die samenhangt met drugsverslaving; Publicatieblad L 165 van 3 juli 2003, blz. 31-33.

<sup>(23)</sup> Beide documenten zijn te vinden op: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/drug/drug\\_rec\\_en.htm#1](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/drug_rec_en.htm#1)

drugsgebruikers. Verder nemen Griekenland, Frankrijk, Italië, Litouwen, Oostenrijk, Portugal en Slowakije deel aan Equal, een initiatief van de Commissie op het gebied van werkgelegenheid en sociale integratie <sup>[24]</sup>.

De EU heeft ook het proces van de zogenaamde „open coördinatiemethode” gestimuleerd; met dit proces stemmen lidstaten hun beleid inzake armoedebestrijding en sociale uitsluiting op elkaar af door van elkaar te leren en beleidsmaatregelen uit te wisselen.

Maatregelen op het vlak van re-integratie verschillen in Europa per land naargelang de daar heersende sociaal-culturele en economische werkelijkheden, maar er zijn ook verschillen ten gevolge van verschillen in de doelstellingen, de doelgroepen en omstandigheden. Bulgarije en Roemenië zijn bijvoorbeeld de enige landen die melding maken van sociale re-integratieprojecten speciaal voor straatkinderen.

In veel landen zijn de programma's en maatregelen niet specifiek gericht op drugsgebruikers, maar op kwetsbare groepen in het algemeen en worden ze meestal op lokaal of regionaal niveau uitgevoerd. Zo zijn de in 2003 door de Waalse regering vastgestelde „plans de prévention de proximité” (PPP) gericht op armoede en verslaving als met

elkaar verweven problemen, en verplicht in Denemarken de wet op de sociale dienstverlening gemeenten om alle drugsgebruikers een sociaal actieplan aan te bieden. Zo zijn ook plaatselijke overheden in Polen wettelijk verplicht drugsgebruikers sociaal te re-integreren en komen in Nederland de meeste nieuwe plannen voor sociale re-integratie van gemeenten. Ten slotte zijn in Duitsland de deelstaten of gemeenten verantwoordelijk voor onderdak, scholing en huisvesting en zijn er daarnaast federale programma's voor mensen met een handicap waarin de arbeidsmarktintegratie van drugsgebruikers is ondergebracht.

Woonondersteuning loopt uiteen van dagopvang, hostels en woonverblijven voor de korte termijn tot overgangswoningen, begeleid wonen en huursubsidie. Om te voorkomen dat cliënten „vast” komen te zitten in een bepaalde situatie doordat ze te afhankelijk worden en blijven van zorg, worden innovatieve benaderingen onderzocht voor begeleid wonen en financieel beheer. Zo krijgen cliënten in re-integratieflats in Denemarken wooncursussen om te voorkomen dat ze later, als ze een eigen woning hebben, problemen krijgen; in het Verenigd Koninkrijk ontvangen cliënten advies over boodschappen doen, koken en het beheer van het huishoudbudget.

### Landelijke studies naar de resultaten van behandelingen

Drie lidstaten (Ierland, Italië, Verenigd Koninkrijk) hebben landelijk onderzoek verricht naar de resultaten van behandelingen door een cohort problematische drugsgebruikers gedurende een bepaalde periode te volgen terwijl ze verschillende behandelvormen aangeboden kregen in verschillende settings. Een belangrijk aspect van deze studies is dat het gaat om het succes van behandelingen door bestaande instellingen onder werkelijke omstandigheden. Tot de onderzochte gangbare behandelvormen behoren de onderhoudsbehandeling met methadon, afbouw met methadon, detoxificatie en drugsvrije interventies met bijvoorbeeld therapiegroepen en counseling. Drugsgebruik, lichamelijke en geestelijke gezondheid, het afmaken van de behandeling en crimineel gedrag zijn de belangrijkste gebruikte variabelen.

In Italië werd in het onderzoek VEdTTE (1998-2001) gekeken naar de doeltreffendheid van de behandelingen door openbare behandelcentra in het hele land. De belangrijkste resultaatvariabelen waren de behandelduur en de sterfte onder heroïnegebruikers. Tot op heden zijn er in het Verenigd Koninkrijk drie studies naar de resultaten van behandelingen gedaan. De eerste was de National Treatment Outcome Research Study (NTORS), die werd uitgevoerd door het National Addiction Centre in Engeland en Wales tussen 1995 en 2000. De resultaten van intramurale en vanuit wijkcentra geregisseerde behandelprogramma's werden hierin onderzocht. Er waren enkele positieve resultaten, zoals verhoogde percentages onthouding van illegale drugs, een daling van de frequentie waarmee de drugs werden gebruikt, een afname van de criminaliteit en een betere gezondheid. Er waren in deze periode

van vijf jaar echter ook resultaten die op de langere termijn minder bevredigend waren; zo was een eerdere verbetering op het vlak van crackgebruik na vier tot vijf jaar gedeeltelijk weer ongedaan gemaakt en bleven veel drugsgebruikers zwaar drinken (Gossop et al., 2001).

Een vervolg op NTORS is de Drug Treatment Outcomes Research Study (DTORS) die wordt uitgevoerd door de University of Manchester. Bij dit in 2006 gestarte onderzoek worden drugsgebruikers uit heel Engeland gevolgd gedurende een periode van (in eerste instantie) 12 maanden. De bedoeling van dit onderzoek is het effect te evalueren van drugsbehandelingen aan de hand van verschillende maatstaven voor resultaten en te analyseren welk soort behandeltrajecten de beste resultaten opleveren voor bepaalde groepen drugsgebruikers. In Schotland begon de University of Glasgow in 2001 aan de Drug Outcome Research Study (DORIS). Hierin werden het effect en de doeltreffendheid onderzocht van drugsbehandelingen bij behandelende instellingen, inclusief in gevangenissen. De drugsgebruikers werden tot 33 maanden gevolgd.

In Ierland begon de National University of Ireland, Maynooth in 2003 met de Research Outcome Study (ROSIE), waarin de effectiviteit van behandelingen werd geëvalueerd door opioïdengebruikers vanaf het moment dat ze aan een behandeling begonnen gedurende een periode van maximaal drie jaar te volgen en de waargenomen veranderingen te registreren (Cox et al., 2006). Na een jaar waren er al duidelijk dalingen waarneembaar in het drugsgebruik en in criminaliteit, alsmede lagere sterftcijfers en enkele positieve veranderingen in de lichamelijke en geestelijke gezondheidstoestand van de deelnemers.

<sup>[24]</sup> [http://ec.europa.eu/employment\\_social/equal/index\\_en.cfm](http://ec.europa.eu/employment_social/equal/index_en.cfm).

Hoewel veel landen melden dat er gewerkt wordt aan nieuwe mogelijkheden voor cursussen en toegang tot onderwijs, blijft het voor deze groepen moeilijker betaald werk te vinden. Toch is werk voor de doelgroep van bijzonder belang, omdat het niet alleen economische stabiliteit biedt, maar ook een gevoel van eigenwaarde en status en een regelmatig levensritme. Nieuwe manieren om cliënten aan betaald werk te helpen zijn onder andere samenwerkingsverbanden met bedrijven, de toewijzing van mentoren en financiële prikkels zoals subsidies voor stagiaires en leningen voor startende ondernemingen. In verschillende landen hebben drugsbehandelcentra eigen bedrijfjes opgestart, waardoor ze hun eigen cliënten in dienst kunnen nemen. Bij andere initiatieven ligt de nadruk op verbetering van de werkgelegenheidssituatie door profielen, verwachtingen en vaardigheden beter af te stemmen op de realiteit. De Weense banenbeurs treedt bijvoorbeeld als intermediair op tussen cliënten, bureaus voor verslavingshulp en de arbeidsmarkt, waarbij specifieke counseling wordt aangeboden om de kans op succes in een baan te vergroten. Bovendien worden oplossingen bedacht voor cliënten voor wie het vinden van werk geen optie meer is.

De re-integratie van gemarginaliseerde, ouder wordende heroïnegebruikers met ernstige somatische en psychische aandoeningen, is een grote uitdaging. In België kunnen

drugsgebruikers met psychiatrische problemen worden opgenomen in speciale drugsafdelingen van psychiatrische en algemene ziekenhuizen, of in andere psychiatrische inrichtingen. Denemarken meldt dat drugsgebruikers met psychiatrische problemen worden verzorgd in psychiatrische inrichtingen en dat er alternatieve verzorgingshuizen zijn voor oudere drugsgebruikers die niet meer voor zichzelf kunnen zorgen vanwege drugsgebruik, dementie of probleemgedrag. In Nederland is in 2007 de Wet maatschappelijke ondersteuning in werking getreden, waardoor verslavingszorg nu onder dezelfde wet valt als de zorg voor (andere) chronische psychiatrische patiënten. Een grote, centrale woonopvang voor 120 dakloze drugsgebruikers met psychiatrische problemen stuitte echter op veel bezwaren van de buurt. Voor mensen met psychische klachten is professionele hulp bij het opnieuw opbouwen van een sociaal netwerk inclusief contactpersonen aangewezen als een van de belangrijke componenten van het sociale re-integratieproces.

In enkele landen (bijv. Bulgarije, Tsjechië, Griekenland en Slovenië) worden structurele re-integratieprogramma's alleen aangeboden in aanvulling op succesvolle afkickbehandelingen en zijn er momenteel geen re-integratiemaatregelen speciaal voor cliënten met een onderhoudsbehandeling.



## Hoofdstuk 3

### Cannabis

#### Inleiding: het veranderende beeld van cannabisgebruik in Europa

Cannabis is de meest gebruikte illegale drug ter wereld en staat al centraal in het Europese drugsdebat vanaf de jaren zestig, toen cannabisgebruik hét symbool werd van een groeiende tegencultuur onder jongeren. Hoewel de drug dus zeer bekend is, is het tamelijk ingewikkeld de patronen van cannabisgebruik in Europa te proberen te begrijpen. Een belangrijke factor wordt gevormd door de vele verschillende cannabisproducten die momenteel op de Europese markt verkrijgbaar zijn. Van oudsher komen drie vormen van cannabis het meest voor in Europa: cannabishars (hasj); cannabisbladeren (marihuana of wiet); en, veel minder vaak, cannabisolie. Voor velen blijft het roken van cannabishars met tabak de gebruikelijke manier om de drug tot zich te nemen, hoewel dit in de rest van de wereld relatief weinig gebeurt. Europa blijft weliswaar wereldwijd de voornaamste markt voor cannabishars, maar producten op basis van cannabisbladeren zijn in opkomst en hebben in sommige markten al de overhand. In de laatste jaren is het beeld nog verder gecompliceerd vanwege de toename van in Europa geproduceerde cannabis; een deel hiervan wordt onder zeer gecontroleerde omstandigheden geteeld en kan relatief sterk zijn. In veel landen is deze soort cannabis een apart product geworden; dit bemoeilijkt de evaluatie van de gevolgen voor de volksgezondheid van veranderende patronen in cannabisconsumptie.

#### Aanvoer en beschikbaarheid

##### Productie en handel

Doordat cannabis onder verschillende omstandigheden kan worden geteeld en in vele delen van de wereld in het wild groeit, is het uitermate moeilijk de wereldwijde productie overtuigend in te schatten. Het UNODC heeft, rekening houdend met gegevens over de diversificatie van de cannabisproductie, na de opwaartse trend van enige jaren, zijn raming van de wereldwijde productie van cannabisbladeren verlaagd van 45 000 ton in 2004 naar 42 000 ton in 2005. Deze verlaging is vooral het gevolg van een lagere raming van de productie in Noord-Amerika ten gevolge van intensievere activiteit bij het uitroeien van cannabis. Volgens de schattingen wordt momenteel circa de helft van alle cannabis in Noord- en Zuid-Amerika

##### Interpretatie van vangsten en andere marktgegevens

Drugsvangsten in een land worden meestal als een indirecte indicatie beschouwd van de aanvoer en beschikbaarheid van drugs. Zij zijn echter ook een weerspiegeling van de middelen, prioriteiten en strategieën van rechtshandhavingsinstanties, van de kwetsbaarheid van drugshandelaren voor nationale en internationale strategieën voor het terugdringen van het aanbod en van rapportagepraktijken. De in beslag genomen hoeveelheden kunnen van jaar tot jaar sterk fluctueren, bijvoorbeeld als in een bepaald jaar een paar grote vangsten hebben plaatsgevonden. Daarom is het aantal vangsten soms een betere indicatie voor trends. In alle landen bestaan de vangsten voor een groot deel uit kleinere inbeslagname op straatniveau. Indien bekend, kunnen de herkomst en bestemming van de in beslag genomen drugs een indicatie geven van de routes en productielocaties. De meeste lidstaten melden de zuiverheid/sterkte van de drugs op straatniveau. De gegevens zijn echter afkomstig uit veel verschillende bronnen die niet altijd vergelijkbaar zijn, hetgeen een exacte vergelijking tussen landen bemoeilijkt.

Om de Europese drugsvangsten in een bredere context te plaatsen, wordt in dit verslag beknopt de mondiale situatie weergegeven. Het Bureau voor Drugs en Criminaliteit van de Verenigde Naties komt elk jaar met een verslag over de internationale drugssituatie en dit is de belangrijkste bron voor de hier vermelde schattingen voor de rest van de wereld. Bij het lezen van deze informatie dient in acht genomen te worden dat het om verschillende redenen moeilijk is om dit soort gegevens te verzamelen en dat in veel delen van de wereld de informatiesystemen onderontwikkeld zijn. De gepresenteerde gegevens dienen daarom te worden opgevat als de best mogelijk benaderingen op basis van de momenteel beschikbare informatiebronnen.

geproduceerd (46 %), gevolgd door Afrika (26 %) en Azië (22 %) (UNODC, 2007).

Marokko is nog steeds de grootste producent van cannabishars; hoewel recent onderzoek uitwijst dat het totale gebied dat voor de productie van cannabis is bestemd tussen 2004 en 2005 met circa 40 % is afgenomen, wordt nog steeds geschat dat zo'n 70 % van de in Europa geconsumeerde cannabishars uit Marokko afkomstig is. Op basis van schattingen van het totale teeltgebied had Marokko in 2005 een potentiële productie van 1 066 ton, waarvan het grootste gedeelte bestemd was voor de Europese en

Noord-Afrikaanse markten (CND, 2007; UNODC en de regering van Marokko, 2007). Cannabishars wordt via het Iberisch schiereiland Europa binnengesmokkeld. Hoewel Marokko verreweg de grootste producent van cannabishars voor de Europese markt is, wordt gemeld dat hars uit andere landen (Moldavië en India) ook verkrijgbaar is, vooral in landen in Midden-Europa.

Waar cannabishars in Europa een tamelijk uniform product is, kan hetzelfde niet worden gezegd van cannabisbladeren. Van de in 2005 gerapporteerde drugsvangsten waren de landen van herkomst Albanië, Nederland, landen uit de voormalige republiek Joegoslavië, Angola en Zuid-Afrika. Hoewel de binnenlandse productie van cannabisbladeren moeilijk systematisch te volgen is, werd er in 2005 in de helft van de rapporterende landen melding van gemaakt. Een deel van de in Europa geproduceerde cannabis wordt in de buitenlucht geteeld en deze is vrijwel niet te onderscheiden van geïmporteerde cannabisbladeren. Relatief sterke cannabis, die onder intensieve omstandigheden wordt geproduceerd, lijkt in veel landen een belangrijk en mogelijk groeiend deel van de markt op te eisen; apparatuur waarmee gebruikers zelf thuis cannabis kunnen telen is nu eenvoudig via internet te verkrijgen en in sommige landen bij gespecialiseerde winkels. Doordat de drugs in deze vorm binnenshuis worden geproduceerd en vaak vlakbij de afnemers, kan het zijn dat ze minder vaak worden onderschept en daardoor minder zichtbaar zijn in de statistieken.

## Vangsten

In 2005 is wereldwijd 1 302 ton cannabishars in beslag genomen en 4 644 ton cannabisbladeren, hetgeen allebei minder was dan in 2004. De meeste cannabishars werd opnieuw in West- en Midden-Europa (70 %) in beslag genomen, terwijl de grootste hoeveelheid cannabisbladeren in Noord-Amerika (64 %) werd geconfisqueerd (UNODC, 2007).

In 2005 werden in Europa naar schatting 303 000 vangsten van cannabishars gedaan met een totaal gewicht van 909 ton <sup>(25)</sup>. Spanje was goed voor ongeveer de helft van alle vangsten en voor zo'n driekwart van de totale hoeveelheid die in de EU in beslag is genomen <sup>(26)</sup>. Met een kleine toename van het aantal harsvangsten in 2005 werd de opwaartse trend vanaf 2000 voortgezet. Dit gold echter niet voor de onderschepte hoeveelheid, aangezien deze in 2005 voor het eerst sinds 2000 weer kleiner was.

De verhouding tussen hars en cannabisbladeren volgt uit het feit dat er in 2005 slechts half zoveel vangsten cannabisbladeren waren (152 000) met een totaalgewicht dat minder dan een tiende van dat van de hars bedroeg (66 ton). Het aantal vangsten van cannabisbladeren in Europa is de afgelopen vijf jaar gestaag toegenomen,

## Cannabis voor persoonlijk gebruik: de juridische stand van zaken

Ondanks de verschillende juridische benaderingen van cannabis in de lidstaten <sup>(1)</sup>, is er in Europa een algemene trend om, bij afwezigheid van verzwarende omstandigheden, minder zwaar te straffen voor cannabisgebruik en het bezit van kleine hoeveelheden cannabis voor persoonlijk gebruik. Cannabis wordt nu vaak onderscheiden van andere illegale drugs, hetzij in de wet, hetzij door het openbaar ministerie of de rechterlijke macht. In de meeste Europese landen worden minder vrijheidsstraffen opgelegd en blijft het vaker bij boetes, waarschuwingen, voorwaardelijke straffen, ontslag van rechtsvervolgving en counseling. Voorbeelden die deze trend bevestigen zijn verschillende recentelijk genomen maatregelen, zoals het uit het wetboek van strafrecht halen van de mogelijkheid om vrijheidsstraffen op te leggen in Luxemburg (2001) en België (2003), en verlaging van vrijheidsstraffen in Griekenland (2003) en het Verenigd Koninkrijk (2004). Richtlijnen voor de politie en justitie zijn uitgevaardigd in België (2003 en 2005), Frankrijk (2005) en het Verenigd Koninkrijk (2004 en 2006). In 2006 had Tsjechië bijna verschillende klassen voor niet-medicinale drugs ingesteld, maar het desbetreffende wetsvoorstel werd om andere redenen verworpen. Ondanks dit alles blijft het aantal gerapporteerde cannabisdelicten in Europa stijgen (zie hoofdstuk 1).

Het cannabisdebat blijft de gemoederen bezighouden en er blijft sprake van een beduidend verschil van mening omtrent de relatieve kosten en voordelen van verschillende benaderingen vanuit de gezondheidszorg en het strafrecht. Dit blijkt onder meer uit het feit dat beleidswijzigingen niet overal in de richting van lichtere straffen gaan en dat er in sommige landen zelfs zwaarder wordt gestraft of dat de situatie opnieuw kritisch wordt bekeken. In Denemarken hebben openbaar aanklagers in 2004 de instructie gekregen boetes te eisen in plaats van waarschuwingen te geven en in Italië is in 2006 het juridische onderscheid tussen medicinale en niet-medicinale drugs opgeheven, waardoor het onderscheid tussen softdrugs en harddrugs is verdwenen. Andere landen hebben hun benadering van cannabis nog eens tegen het licht gehouden: Nederland heeft in 2005 bijvoorbeeld een speciale cannabisstrategie gepubliceerd en Duitsland heeft de opgelegde straffen voor eenvoudig cannabisbezit geëvalueerd.

Het cannabisbeleid blijft een onderwerp dat veel publiek debat en meningsverschillen oplevert. Dit blijkt onder meer uit de meest recente Eurobarometer-enquête (2006), waarin aan Europese burgers werd gevraagd of ze het eens waren met de stelling dat persoonlijk cannabisgebruik gelegaliseerd zou moeten worden in Europa. Iets meer dan twee derde (68 %) van de respondenten was het er niet mee eens en ongeveer een kwart (26 %) wel. Hoewel het percentage dat vóór een verbod was varieerde, was het in alle landen de meerderheid.

<sup>(1)</sup> Meer over dit onderwerp is te vinden via de ELDD-overzichtspagina <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5036>.

<sup>(25)</sup> De gegevens over Europese drugsvangsten waarop deze paragraaf is gebaseerd, zijn te vinden in de tabellen SZR-1, SZR-2, SZR-3 en SZR-4 in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(26)</sup> Dit moet getoetst worden zodra de nog ontbrekende gegevens over 2005 binnen zijn. Om een schatting mogelijk te maken, zijn de ontbrekende gegevens over 2005 vervangen door de gegevens over 2004.



maar bij de onderschepte hoeveelheden is het beeld minder eenduidig. Mogelijk is er sprake van een toename na een periode van dalingen van 2001 tot en met 2004. Hier kunnen slechts voorlopige conclusies getrokken worden, aangezien het Verenigd Koninkrijk, dat als land verantwoordelijk is voor zowel het grootste aantal vangsten als de grootste hoeveelheid geconfisqueerde cannabisbladeren, over 2005 nog geen gegevens heeft verstrekt.

In 2005 resulteerden de naar schatting 13 500 vangsten in Europa in de inbeslagname van ongeveer 22 miljoen cannabisplanten (de meeste in Turkije), met een totaalgewicht van 13,6 ton (waarvan het meeste in Spanje). Het totale aantal vangsten van cannabisplanten in Europa vertoont sinds 2000 een stijgende lijn. Als we ons beperken tot de EU-lidstaten, zien we dat het aantal onderschepte cannabisplanten een piek vertoonde in 2001 en vanaf 2003 weer toenam, terwijl in Turkije, na een toename in de periode 2001-2003, het aantal in beslag genomen planten afnam in 2004 en weer toenam in 2005.

### Prijs en sterkte

De gemiddelde of gebruikelijke straatwaarde van zowel cannabisbushars als cannabisbladeren varieerde in 2005, zowel binnen als tussen landen. De meeste landen melden prijzen van 4-10 EUR per gram <sup>(27)</sup>, maar voor beide typen cannabis worden gemiddelde of gebruikelijke prijzen gemeld van 2 EUR per gram tot meer dan 15 EUR. De gemiddelde prijs van cannabisbushars, gecorrigeerd voor inflatie, daalde in de periode 2000-2005 in alle rapporterende landen met uitzondering van Polen, waar de prijzen stabiel bleven. De gemiddelde prijs van cannabisbladeren, gecorrigeerd voor inflatie, daalde eveneens in deze periode, of bleef stabiel, in alle rapporterende landen met uitzondering van Slovenië <sup>(28)</sup>.

De sterkte van cannabisproducten wordt bepaald door de hoeveelheid delta-9-tetrahydrocannabinol (THC), het primaire actieve bestanddeel (EWDD, 2004). In 2005 had de cannabisbushars op straathandelniveau een gemiddeld of gebruikelijk THC-percentages van minder dan 1 tot 17 %; een dergelijke variatie valt moeilijk te verklaren gezien het feit dat de meeste cannabisbushars in Europa dezelfde herkomst heeft. De sterkte van cannabisbladeren varieerde van minder dan 1 tot iets meer dan 15 %. Het is niet mogelijk in de beschikbare gegevens een onderscheid te maken voor de binnenlands geproduceerde en geïmporteerde cannabis; Nederland wist echter met een schatting van 17,7 % voor lokaal geproduceerde cannabisbladeren te komen <sup>(29)</sup>.

### Enquêtes — Een belangrijk hulpmiddel om inzicht te verkrijgen in gebruikspatronen en -trends in Europa

Het drugsgebruik onder de algemene bevolking of onder scholieren wordt beoordeeld via enquêtes die schattingen opleveren van het deel van de bevolking dat gedurende een bepaalde periode drugs heeft gebruikt: ooit in je leven, gedurende het afgelopen jaar of gedurende de afgelopen maand.

Het EWDD heeft, in samenwerking met nationale deskundigen, een reeks gemeenschappelijke kernitems ontwikkeld (de „Europese modellenquête”) voor gebruik bij enquêtes onder volwassenen; die zijn in de meeste EU-lidstaten toegepast. Nadere informatie over de Europese modellenquête is te vinden in het „Handbook for surveys about drug use among the general population” (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1380>). Toch zijn er nog altijd verschillen tussen landen wat betreft methodologie en jaar waarin de gegevensverzameling heeft plaatsgevonden. Bij de interpretatie van kleine verschillen tussen landen dient derhalve de nodige terughoudendheid in acht genomen te worden <sup>(1)</sup>.

Aangezien het duur is enquêtes uit te voeren, zijn er maar weinig landen die jaarlijks informatie vergaren. In dit verslag worden gegevens gepresenteerd op basis van de laatste beschikbare resultaten, in de meeste gevallen van enquêtes die zijn gehouden tussen 2003 en 2006.

Bij het presenteren van de onderzoeksresultaten worden vaak drie verschillende tijds aanduidingen voor drugsgebruik gebruikt. De breedste categorie is prevalentie, ofwel „ooit”-gebruik (heeft iemand ooit in zijn of haar leven (bepaalde) drugs gebruikt?). Deze maatstaf, die meestal wordt gebruikt met betrekking tot erg jonge groepen (zoals scholieren), is van beperkte waarde als het gaat om de huidige stand van zaken bij volwassenen, al zegt hij wel iets over gebruikspatronen en incidentie (het aantal nieuwe gevallen). In dit verslag ligt de nadruk op gebruik in het afgelopen jaar en in de afgelopen maand, aangezien dit een beter beeld geeft van de huidige stand van zaken, waarbij de laatste categorie vaak wordt gezien als een goede maatstaf voor het aantal mensen dat regelmatig gebruikt. Het is van belang duidelijk vast te stellen wie regelmatig gebruiken en wie problemen hebben met hun drugsgebruik; op dit vlak is enige vooruitgang geboekt met de ontwikkeling van schalen voor intensieve gebruiksvormen. Deze worden waar mogelijk in het verslag opgenomen (zie het kader over de ontwikkeling van psychometrische schalen, p. 42).

<sup>(1)</sup> De standaardleeftijdscategorieën van het EWDD: alle volwassenen (15 tot 64 jaar) en jongvolwassenen (15 tot 34 jaar). Sommige landen gebruiken net iets andere leeftijdscategorieën (bijv. 16 tot 64, 18 tot 64, 16 tot 59 jaar). Meer informatie over de methodologie van bevolkingsenquêtes en de methodologie die voor de diverse nationale enquêtes is gebruikt, is te vinden in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(27)</sup> Zie tabel PPP-1 in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(28)</sup> Gegevens met betrekking tot de prijzen van cannabisbushars en cannabisbladeren zijn voor 19 landen geanalyseerd (landen met gegevens voor ten minste drie opeenvolgende jaren).

<sup>(29)</sup> Gegevens over de sterkte van cannabis zijn te vinden in de tabellen PPP-2 en PPP-5 in het Statistical Bulletin 2007.

## Prevalentie en patronen in het cannabisgebruik

### De algemene bevolking

Recente enquêtegegevens bevestigen het beeld van cannabis als de meest gebruikte illegale drug in Europa. Het gebruik van deze drug nam in de jaren negentig in bijna alle landen toe, met name onder jongeren. De meest recente gegevens lijken echter aan te geven dat de opwaartse lijn afvlakt, zij het op een historisch hoog niveau. Een belangrijke bijkomende kwestie betreft het onderzoek van trends onder hen die de drug intensief en gedurende langere tijd gebruiken. De gegevens hierover zijn minder goed, maar er heerst zorg dat meer jongeren cannabis op deze wijze gebruiken; dit zou mede blijken uit de in verschillende landen waargenomen toename van de vraag naar behandelingen voor cannabisverslaving.

Volgens conservatieve schattingen heeft ten minste 70 miljoen van de Europese volwassenen ooit cannabis gebruikt („ooit“-gebruik), hetgeen neerkomt op gemiddeld bijna een kwart (22 %) van alle 15- tot 64-jarigen <sup>(30)</sup>. De nationale cijfers lopen uiteen van 2 tot 37 %, met de laagste percentages in Bulgarije, Malta en Roemenië, en de hoogste in Denemarken (36,5 %), Frankrijk (30,6 %), het Verenigd Koninkrijk (29,8 %) en Italië (29,3 %) <sup>(31)</sup>. Ondanks deze grote variatie melden 12 van de 26 Europese landen waarover informatie beschikbaar is, een „ooit“-gebruik tussen 10 en 25 % <sup>(32)</sup>.

Als gekeken wordt naar het recente gebruik (gebruik in het laatste jaar), in plaats van het „ooit“-gebruik, liggen de gemelde gebruikscijfers lager, maar blijven ze aanmerkelijk. Naar schatting hebben meer dan 23 miljoen Europese volwassenen in de afgelopen 12 maanden cannabis gebruikt, ongeveer 7 % van de leeftijdscategorie van 15 tot 64 jaar. De nationale cijfers variëren van 1 tot 11,2 %, waarbij de laagste percentages worden gemeld door Bulgarije, Griekenland en Malta, en de hoogste door Italië (11,2 %), Spanje (11,2 %) Tsjechië (9,3 %) en het Verenigd Koninkrijk (8,7 %). Ook hier geldt dat ondanks deze grote variatie, 13 van de 25 Europese landen waarover informatie beschikbaar is, een „ooit“-gebruik melden van tussen de 4 en 9 % (figuur 3).

Bij schattingen van actueel gebruik (gebruik in de laatste maand) gaat het om mensen die regelmatig cannabis gebruiken, hoewel dat gebruik niet noodzakelijkerwijs intensief is. Men schat dat 13,4 miljoen Europese volwassenen in de laatste maand cannabis hebben gebruikt, ongeveer 4 % van de 15- tot 64-jarigen. De cijfers voor

de verschillende landen variëren van 0,5 tot 8,7 %. De laagste percentages worden gemeld door Bulgarije, Malta, Litouwen en Zweden, en de hoogste door Spanje (8,7 %), Italië (5,8 %), het Verenigd Koninkrijk (5,2 %) en Frankrijk (4,8 %). Bij 13 van de 26 landen die hierover informatie hebben verstrekt, liggen de cijfers tussen de 2 en 6 % <sup>(33)</sup>.

### Trends in cannabisgebruik onder jongvolwassenen

Onder jongeren komt cannabisgebruik onevenredig veel voor: afhankelijk van het onderzochte land geeft tussen de 3 en 49,5 % van de Europese jongvolwassenen (15-34 jaar) aan ooit cannabis te hebben gebruikt, 3 tot 20 % heeft recent gebruikt en 1,5 tot 15,5 % gebruikt actueel. De hoogste percentages voor „ooit“-gebruik zijn afkomstig uit Denemarken, Frankrijk, het Verenigd Koninkrijk en Spanje, en de hoogste percentages voor recent gebruik uit Spanje, Tsjechië, Frankrijk en Italië. Gemiddeld 30 % van de jongvolwassenen geeft aan ooit te hebben gebruikt, 13 % in het afgelopen jaar en ruim 7 % in de afgelopen maand. Ter vergelijking, onder de volwassenen tussen de 35 en 64 jaar liggen de cijfers voor recent en actueel gebruik op respectievelijk 3 en 1,6 % <sup>(34)</sup>.

Wanneer alleen wordt gekeken naar de groep jongeren in de leeftijdscategorie van 15 tot 24 jaar, blijkt het „ooit“-gebruik te liggen tussen de 3 en 44 % (de meeste landen melden percentages in de orde van grootte van 20 tot 40 %). De cijfers voor recent gebruik lopen van 4 tot 28 % (in de meeste landen van 10 tot 25 %) en die voor actueel gebruik van 1 tot 19 % (in de meeste landen van 5 tot 12 %). Onder de mannen in deze leeftijdsgroep liggen de cijfers nog hoger. Van de jonge mannen zegt 11-51 % ooit te hebben gebruikt (in de meeste landen 25-45 %), 5-35 % in het afgelopen jaar (in de meeste landen 15-30 %) en 1,7-23,7 % in de afgelopen maand (in de meeste landen 6-20 %) <sup>(35)</sup>.

### Patronen van cannabisgebruik

Zoals boven al opgemerkt, komt cannabisgebruik, net als dat van de meeste illegale drugs, onder jongeren meer voor, zij het dat hierin per land grote verschillen kunnen optreden. Het gebruik is ook groter onder mannen dan onder vrouwen, hoewel dit verschil bij jongeren minder uitgesproken is. In het algemeen neemt de verhouding van mannen tot vrouwen toe naarmate naar recenter gebruik wordt gekeken en ook hier zijn er aanzienlijke verschillen tussen landen. De sekseverhouding voor recent cannabisgebruik is bijvoorbeeld 1,5 in Italië en 1,14 in Litouwen (zie de selected issue over gender en drugsgebruik uit 2006).

<sup>(30)</sup> Het gemiddelde percentage is berekend als het gemiddelde van de nationale prevalentiewaarden gewogen naar de populatie van de relevante leeftijdsgroep in ieder land. De totaalcijfers zijn berekend door de prevalentie onder de betreffende populatie in ieder land te vermenigvuldigen en door in landen waarvoor geen informatie beschikbaar was, de gemiddelde prevalentie af te leiden. De cijfers die hier gegeven worden zijn waarschijnlijk een minimum, aangezien er vermoedelijk sprake is van onderrapportage.

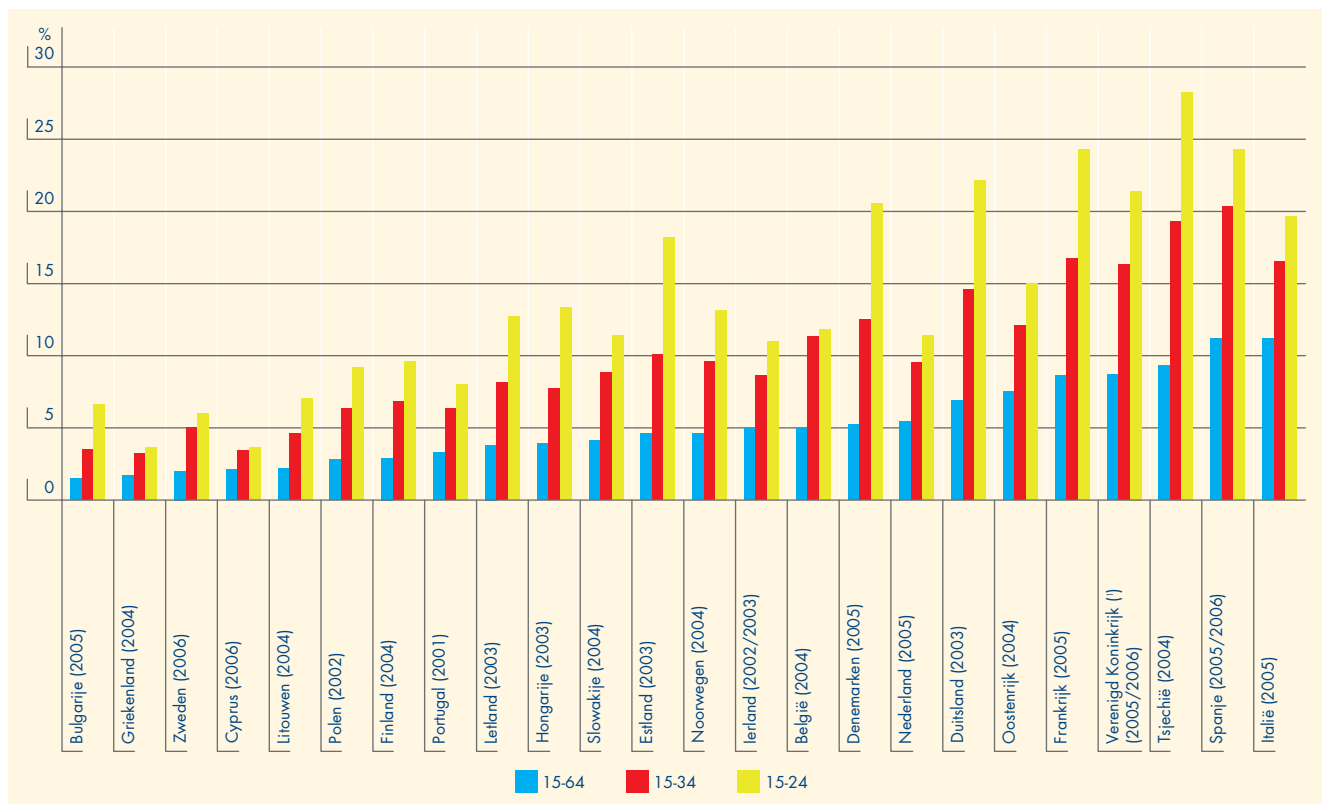
<sup>(31)</sup> In deze tekst zijn de cijfers voor het Verenigd Koninkrijk om praktische redenen gebaseerd op de British Crime Survey 2006 (Engeland en Wales). Er zijn aanvullende schattingen voor Schotland en Noord-Ierland en een gecombineerde schatting voor het Verenigd Koninkrijk beschikbaar (zie het Statistical Bulletin 2007).

<sup>(32)</sup> Zie tabel GPS-8 in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(33)</sup> Zie tabel GPS-12 in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(34)</sup> Zie de tabellen GPS-9, GPS-11 en GPS-13 in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(35)</sup> Zie de tabellen GPS-17 en GPS-18 en GPS-19 en de figuren GPS-1, GPS-3, GPS-7, en GPS-12 in het Statistical Bulletin 2007.

**Figuur 3** — Recent gebruik (laatste 12 maanden) van cannabis onder volwassenen (15-64 jaar) en jongvolwassenen (15-34 en 15-24 jaar)

(1) Engeland en Wales.

NB: De gegevens zijn ontleend aan de meest recente nationale enquêtes die in elk land beschikbaar waren op het moment van rapportage. De landen zijn gerangschikt naar de algemene prevalentie onder alle volwassenen. Zie voor nadere informatie de tabellen GPS-10, GPS-11 en GPS-18 in het Statistical Bulletin 2007.

Bronnen: Nationale Reïtox-verslagen (2006), gebaseerd op enquêtes onder de bevolking, onderzoeksverslagen en wetenschappelijke artikelen.

Vaak wordt na een korte experimentele periode gestopt met cannabisgebruik; gebruikspercentages nemen dan ook af naarmate de leeftijd hoger wordt. Het is echter moeilijk om persoonlijke ontwikkeling van cannabisgebruikers in de beschikbare gegevens te volgen en om veranderingen in gebruikspatronen te identificeren. Enig inzicht hierin kan worden verkregen door „ooit“-gebruik te vergelijken met recent en actueel gebruik. Uit zo'n analyse volgt dat 32 % van alle volwassenen (15-64 jaar) die ooit cannabis hebben gebruikt, dat ook heeft gedaan in het afgelopen jaar en dat 18 % ook in de afgelopen maand heeft gebruikt. Deze verhoudingen, die soms ook wel „continueringspercentages“ worden genoemd, variëren nogal per land en worden beïnvloed door verschillende factoren, waaronder de historische ontwikkeling van cannabisgebruik in het land en het aantal nieuwe gevallen. Inzicht in het aantal cannabisgebruikers dat een langetermijnpatroon van

regelmatig gebruik gaat vertonen, is waarschijnlijk van belang voor een goed begrip van de mogelijke gevolgen voor de volksgezondheid van gebruik van deze stof. Ondanks toenemende bezorgdheid over regelmatige of intensieve vormen van cannabisgebruik <sup>(36)</sup>, is hierover momenteel heel weinig informatie beschikbaar. Het EWDD werkt momenteel nauw samen met een aantal lidstaten aan de ontwikkeling van een betere methodiek hiervoor. Volgens een grove schatting van het EWDD in 2004, op basis van een beperkte hoeveelheid gegevens, gebruikt 1 % van de Europese volwassenen, ongeveer 3 miljoen mensen, mogelijk (vrijwel) elke dag cannabis. De bedoeling is dat deze schatting binnenkort nauwkeuriger kan worden gemaakt. Verschillende landen melden stijgingen van het regelmatig of intensief gebruik van cannabis, maar alleen Spanje heeft vergelijkbare gegevens verstrekt over dagelijks gebruik <sup>(37)</sup>, met een toename van 0,7 % in 1997 tot 2 % in 2006.

<sup>(36)</sup> Er is vooralsnog geen algemeen aanvaarde definitie van „intensief cannabisgebruik“. Wel is het zo dat het gaat om een brede term die duidt op het gebruik van cannabis boven een bepaalde drempelwaarde in frequentie. Dit betekent niet noodzakelijkerwijs dat er sprake is van „verslaving/misbruik“ of andere problemen, maar wel wordt aangenomen dat het gebruik het risico van negatieve gevolgen, waaronder verslaving, vergroot. In de figuren in dit hoofdstuk wordt de aanduiding „(vrijwel) dagelijks gebruik“ gehanteerd (gebruik op 20 of meer van de laatste 30 dagen). Deze maatstaf wordt veel gebruikt in studies en kan worden afgeleid uit de Europese modellenquête. Lopend methodologisch onderzoek (zowel nationaal als door de EWDD) zal bijdragen tot een beter inzicht in de verbanden tussen intensief/frequent gebruik en problemen (zie het kader over de ontwikkeling van psychometrische schalen, blz. 42).

<sup>(37)</sup> 1997 (0,7 %), 1999 (0,8 %), 2001 (1,5 %), 2003 (1,5 %), 2005/06 (2,0 %). Deze maatstaf (gebruik op 30 van de laatste 30 dagen) verschilt van de eerder gebruikte maatstaf voor „(vrijwel) dagelijks gebruik“ (gebruik op 20 of meer van de laatste 30 dagen), hetgeen tot een hogere schatting leidt. In Frankrijk wordt een „regelmatig gebruiker“ gedefinieerd als iemand die de drug „10 keer of vaker heeft gebruikt in de laatste 30 dagen“ (4,3 % van de mannelijke volwassenen, 1,3 % van de vrouwelijke volwassenen). In het Verenigd Koninkrijk wordt „frequent gebruik“ opgevat als „meer dan eenmaal per maand in het afgelopen jaar“, hetgeen niet overeenkomt met de in deze paragraaf gebruikte maatstaven.

### De ontwikkeling van psychometrische schalen voor het vaststellen van intensief en problematisch cannabisgebruik en cannabisverslaving

Rapporten over drugsgebruik naar aanleiding van enquêtes zijn uiteindelijk gebaseerd op wat gebruikers zelf zeggen over hun gebruik gedurende verschillende tijdsperiodes. In het verleden is er geen systematisch onderzoek geweest naar dagelijks gebruik, deels omdat in de meeste landen de prevalentie van cannabisgebruik laag was. En wanneer men zich beperkt tot het vragen naar gebruik in de afgelopen maand, is het niet mogelijk met enige mate van nauwkeurigheid uitspraken te doen over het aantal intensieve gebruikers. Met de toename van cannabisgebruik in Europa en de groeiende bezorgdheid over cannabisproblemen, is het een en ander echter opnieuw bekeken. Vrijwel alle EU-landen vragen nu ook naar het aantal dagen dat de drug in de afgelopen maand is gebruikt. Op basis van deze informatie wordt nu geschat dat circa 3 miljoen mensen dagelijks of bijna dagelijks cannabis gebruiken.

Het EWDD werkt met nationale deskundigen aan manieren om de rapportage van dergelijk intensief gebruik naar aanleiding van bevolkingsenquêtes te verbeteren. Toch blijft dit slechts een zeer beperkt hulpmiddel bij het identificeren van diegenen die verslaafd zijn aan cannabis of anderszins problemen hebben vanwege hun cannabisgebruik. Inzicht hierin is essentieel om te kunnen bepalen welke invloed cannabisgebruik heeft op de volksgezondheid en dit is momenteel dan ook een van de belangrijkste kwesties waarmee de EWDD-deskundigengroep zich bezighoudt.

Er wordt gewerkt aan de ontwikkeling van een in bevolkingsenquêtes te gebruiken methodologisch en conceptueel kader voor het volgen van „intensieve vormen van drugsgebruik”, zodat mensen met problemen beter kunnen worden opgespoord. Sommige landen zijn begonnen met het meten van cannabisverslaving of problematisch cannabisgebruik onder de algemene bevolking. Er zijn eerste projecten in Frankrijk, Duitsland, Nederland, Polen, Portugal, het Verenigd Koninkrijk en nu ook Spanje.

Een voorbeeld van het belang van dit werk is een Franse, in 2005 gehouden enquête waarin de experimentele CAST-schaal (*cannabis abuse screening test*) werd gebruikt: uit een eerste analyse volgde dat maar liefst 16 % van de mensen die in het afgelopen jaar cannabis hadden gebruikt en zelfs 58 % van de dagelijkse gebruikers problemen konden hebben.

Op dit vlak is er ook behoefte aan betere informatie over de factoren die samenhangen met het stoppen van drugsgebruik. Zoals boven opgemerkt stoppen de meeste mensen die ooit beginnen met cannabisgebruik na enige tijd ook weer. Inzicht in de factoren die daarbij een rol spelen is duidelijk van belang voor gerichte interventies op dit gebied. Bepaalde informatie komt op dit gebied beschikbaar. Zo bleek onder andere uit de Franse bevolkingsenquête van 2005 dat onder degenen die ooit cannabis hadden gebruikt, maar dat in het afgelopen jaar niet meer hadden gedaan,

dat voor de meesten (80 %) was omdat ze eenvoudig geen belangstelling voor drugs meer hadden; dit ondanks het feit dat de meeste volwassenen (bijna 60 %) dachten dat ze eenvoudig aan cannabis hadden kunnen komen als ze dat hadden gewild.

### Trends in cannabisgebruik onder volwassenen

Het gebrek in veel landen aan betrouwbare longitudinale reeksen van gestandaardiseerde enquêtes maakt het moeilijk trends in het drugsgebruik vast te stellen. Sinds de jaren negentig organiseert een groeiend aantal landen echter enquêtes, en deze beginnen nu waardevolle inzichten op te leveren in de trends gedurende die periode.

Longitudinale reeksen uit enquêtes kunnen licht werpen op de ontwikkeling van het cannabisgebruik in Europa. Zo is al duidelijk geworden dat er tussen de landen belangrijke verschillen in de tijd zijn in het gebruik van cannabis en dat er golfbewegingen in populariteit zijn sinds de drug in de jaren zestig opkwam <sup>(38)</sup>. Een voorbeeld hiervan komt uit Zweden (het nationale Reitox-verslag uit 2005) waar een relatief hoog aandeel van de dienstplichtigen en scholieren in de jaren zeventig experimenteerde met cannabis, waarna een afname volgde in de jaren tachtig en vervolgens een nieuwe stijging in de jaren negentig naar ongeveer hetzelfde niveau als in de jaren zeventig, en uiteindelijk in de laatste jaren weer een afname. Een vergelijkbaar golfverschijnsel in drugsgebruik is ook te zien in de Finse gegevens: eerst in de jaren zestig en daarna weer in de jaren negentig.

Uit de enquêtes blijkt dat in de jaren negentig het cannabisgebruik in vrijwel alle EU-landen duidelijk is toegenomen. Tot recentelijk duurde deze stijging in veel landen voort, hoewel er nu tekenen zijn dat het gebruik stabiliseert in sommige landen, vooral onder groepen met een hoge mate van prevalentie. Het Verenigd Koninkrijk, dat in het algemeen vaak voorloopt met trends in drugsgebruik, kan hier als voorbeeld dienen. Aan het begin van de jaren negentig was het Verenigd Koninkrijk een land met een zeer hoog gebruikerspercentage, met de in Europa hoogste scores op bijna alle vlakken wat betreft prevalentie. De prevalentiecijfers voor het afgelopen jaar zijn voor jongvolwassenen (16-34 jaar) echter gedaald tussen 2003 en 2006 (van 20 naar 16,3 %) en hebben zich gestabiliseerd op het niveau van 1998. Interessant is dat de jongste leeftijdscategorie (16-24) vanaf 1998 een gestage afname laat zien, hetgeen doet vermoeden dat cannabis onder jongeren minder populair is geworden <sup>(39)</sup>.

De gebruiksniveaus in Frankrijk, Spanje en Italië zijn in de afgelopen jaren (respectievelijk 2002, 2003 en 2005) allemaal in de buurt van die van het Verenigd Koninkrijk komen te liggen, na een periode van gestage toename. Ook hier lijkt de situatie zich te stabiliseren: Frankrijk meldt een afname van het gebruik in 2005 en hoewel Spanje een lichte toename meldt tot 2006, lijken de meest recente gegevens aan te geven dat de groei afvlakt. Voor Tsjechië, een land

<sup>(38)</sup> Zie ook figuur 4 in het jaarverslag 2004.

<sup>(39)</sup> Zie figuur GPS-10 in het Statistical Bulletin 2007.

met hoge prevalentiepercentages, is het moeilijk om op basis van de beschikbare gegevens trends in te schatten; de informatie voor jongvolwassenen lijkt echter aan te geven dat de prevalentie iets is afgenomen.

Bij de landen die niet tot de top behoren wat betreft recent cannabisgebruik onder jongvolwassenen (15-34 jaar), treedt in Denemarken en Nederland een lichte daling op, waar in Estland, Duitsland, Hongarije, Slowakije en Noorwegen nog steeds een stijging lijkt op te treden<sup>(40)</sup>. In de meeste gevallen is deze stijging echter klein en, in het algemeen, minder uitgesproken dan bij eerdere schattingen.

Finland en Zweden blijven behoren tot de groep landen die de laagste niveaus van cannabisgebruik melden en hoewel de prevalentie ook daar is toegenomen, wijst niets erop dat de situatie in deze landen zou toegroeien naar die in landen met een hogere prevalentie. De in Zweden waargenomen toename tussen 2000 en 2004 in recent gebruik (in de laatste 12 maanden) onder jongvolwassenen (van 1,3 naar 5,3 %) is weliswaar groot, maar lastig te interpreteren omdat er een andere methodiek is gehanteerd bij het afnemen van de enquête en omdat de prevalentieschattingen voor 2004, 2005 en 2006 een stabiele situatie laten zien.

### Scholieren

Ook op scholen gehouden enquêtes geven een nuttig beeld van patronen en trends in cannabisgebruik. Deze laten in veel EU-landen aan het eind van de jaren negentig en het begin van de nieuwe eeuw een toename in het gebruik zien.

Het algemene beeld dat uit de schoolenquêtes naar voren komt bevestigt dat van de enquêtes onder volwassenen. Het hoogste „ooit“-gebruik van cannabis onder 15- en 16-jarige scholieren wordt gemeld door België, Tsjechië, Ierland, Spanje, Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk; alle melden percentages tussen de 30 en 40 %. Duitsland, Italië, Nederland, Slowakije en Slovenië melden percentages van boven de 25 %. Daartegenover staan Griekenland, Cyprus, Roemenië, Zweden, Turkije en Noorwegen met cijfers voor het „ooit“-gebruik die onder de 10 % liggen.

Analyse van de gegevens van de eerste drie ESPAD-enquêtes (onderzoeksprojecten naar het gebruik van alcohol en andere drugs op Europese scholen) (1996-2003) wijst uit dat er duidelijke geografische verschillen zijn in de trends in „ooit“-gebruik van cannabis onder scholieren van 15 en 16 jaar. Er zijn drie geografische groepen. In Ierland en het Verenigd Koninkrijk, die een lange geschiedenis van cannabisgebruik kennen, is het „ooit“-gebruik hoog maar gedurende de laatste tien jaar wel stabiel. In de Oost- en Midden-Europese lidstaten, evenals in Denemarken, Spanje, Frankrijk, Italië en Portugal, nam het „ooit“-gebruik van cannabis tussen 1995 en 2003 aanzienlijk toe. In de

derde groep lidstaten (Finland en Zweden in het noorden en Griekenland, Cyprus en Malta in het zuiden) plus Noorwegen zijn de schattingen van het „ooit“-gebruik onder scholieren relatief laag gebleven (rond 10 % en lager). Gegevens uit de volgende ESPAD-enquête worden volgend jaar verwacht.

Slechts vier landen (Italië, Polen, Zweden en het Verenigd Koninkrijk) hebben nieuwe gegevens verstrekt die afkomstig zijn van nationale schoolenquêtes in 2005, en België kwam met gegevens van een enquête die is gehouden in Vlaanderen. In Zweden bleek de situatie stabiel en uit de andere vier enquêtes kwamen lichte dalingen naar voren.

## Cannabis: de vraag naar behandeling<sup>(41)</sup>

### Algemene patronen in de vraag naar behandeling

In totaal zijn er in 2005 ongeveer 326 000 aanvragen voor behandeling gerapporteerd (beschikbare gegevens uit 21 landen) en in circa 20 % van de gevallen is cannabis de drug die primair de aanleiding vormt om in behandeling te gaan. Daarmee is cannabis na heroïne de drug waarvoor de vraag naar behandeling het grootst is. De vraag naar behandeling van primair cannabisgebruik is meestal het grootst in de extramurale zorg<sup>(42)</sup>.

Van cliënten van drugsklinieken wordt vaak gemeld dat ze naast de primaire drug waarvoor ze behandeld worden ook nog problemen hebben met andere drugs; cannabisgebruikers zijn echter de cliënten die het vaakst slechts één stof (cannabis) gebruiken. Er zijn er echter ook die cannabis gebruiken in combinatie met andere drugs, meestal alcohol (37 %) en amfetaminen of ecstasy (28 %). Na alcohol (38 %) wordt cannabis vermeld als de meest voorkomende secundaire drug van mensen in behandeling<sup>(43)</sup>.

### Meer vraag naar behandeling

Van de circa 130 000 nieuwe cliënten voor drugsbehandeling is 29 % cannabisgebruiker, waarmee die groep de heroïnegebruikers (35 %; beschikbare gegevens uit 22 landen) op de hielen zit<sup>(44)</sup>. Problemen in verband met de beschikbaarheid van gegevens maken het lastig om met precisie iets te zeggen over de trends, maar de belangrijkste trends in de vraag naar behandeling van cannabisverslaving kunnen wel worden vastgesteld. Tussen 1999 en 2005 is het totale aantal van zowel gerapporteerde als nieuwe vragen naar behandeling van cannabisverslaving bijna verdrievoudigd. De meest recente cijfers lijken echter op een stabilisatie te duiden. In alle landen (behalve Litouwen) is het aandeel cliënten dat voor cannabis als primaire drug in

<sup>(40)</sup> Zie figuur GPS-4 in het Statistical Bulletin 2007.

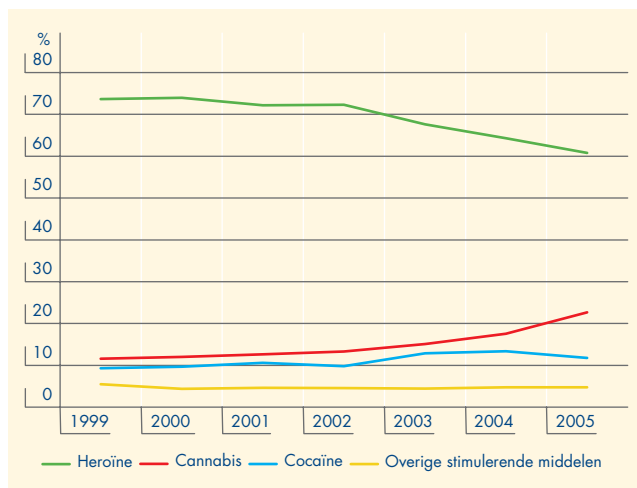
<sup>(41)</sup> De analyse van de algemene onderverdeling en de trends is gebaseerd op de gegevens over de vraag naar behandeling van cliënten bij alle behandelcentra; de analyse van de profielen van cliënten en gebruikspatronen is vooral gebaseerd op de gegevens van extramurale behandelcentra.

<sup>(42)</sup> Zie figuur TDI-2 in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(43)</sup> Zie de tabellen TDI-22 en TDI-23 (deel i) en (deel iv) in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(44)</sup> Zie figuur TDI-2 in het Statistical Bulletin 2007.

**Figuur 4** — Trends in patronen in het gebruik van behandeldiensten (1999-2005) — Voornaamste drug waarvoor cliënten om behandeling vragen als percentage van alle aanvragen



NB: Gebaseerd op gegevens uit 21 EU-lidstaten: Bulgarije, Tsjechië, Denemarken, Duitsland, Ierland, Griekenland, Spanje, Frankrijk, Italië, Cyprus, Litouwen, Luxemburg, Hongarije, Malta, Nederland, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Finland, Zweden en het Verenigd Koninkrijk. Ontbrekende gegevens zijn door middel van interpolatie verkregen door voor ieder jaar vast te houden aan de gemiddelde EU-trend in de wel beschikbare gegevens. Zie voor meer informatie en gedetailleerde opmerkingen figuur TDI-3 in het Statistical Bulletin 2007.

Bronnen: Nationale focal points van het Reitox-netwerk.

behandeling gaat, hoger onder nieuwe cliënten dan onder alle cliënten <sup>(45)</sup>.

In de periode 1999-2005 steeg het percentage cliënten dat voor cannabis als primaire drug in behandeling ging in alle landen die gegevens hebben verstrekt (figuur 4). Er zijn echter interessante verschillen tussen de landen; zo werd cannabis in Bulgarije, Litouwen, Polen en Roemenië door minder dan 5 % van de nieuwe cliënten genoemd, maar door meer dan 30 % van de nieuwe cliënten in Hongarije en Frankrijk. In twaalf van de overige landen lag het aandeel cannabiscliënten tussen de 5 en 20 % en in zeven tussen de 21 en 29 %. Ook bij nieuwe behandelaanvragen zijn er flinke verschillen tussen de landen: in Bulgarije, Litouwen, Luxemburg, Polen en Roemenië wordt cannabis door minder dan 10 % van de nieuwe cliënten genoemd, terwijl dat in Denemarken, Duitsland, Frankrijk en Hongarije door meer dan 50 % gebeurt <sup>(46)</sup>.

Er lijkt geen eenvoudige verklaring te zijn voor de toegenomen vraag naar behandelingen van cannabisverslaving. Het blijft onduidelijk in hoeverre de extra vraag het gevolg is van een toename van de prevalentie van intensief cannabisgebruik en de daarmee samenhangende problemen voor de gebruikers, en in hoeverre van een toegenomen bewustzijn van de risico's van cannabisgebruik. Ook andere factoren kunnen een rol spelen. Zo zou het

kunnen dat er meer wordt gerapporteerd vanuit instellingen die extramuraal zorg aanbieden, waar meestal juist veel aanvragen voor behandelingen van cannabisverslaving binnenkomen, en mogelijk zijn er meer diagnosestellingen en rapportages met betrekking tot problematisch cannabisgebruik. Verder moet rekening gehouden worden met de effecten van twee andere oorzaken: de diversificatie van behandelmogelijkheden, zoals ten gevolge van de opening eind 2004 van cannabisbehandelcentra in Frankrijk, en een toename van het aantal verwijzingen vanuit het strafrechtelijk systeem. Wat het eerste punt betreft: verschillende landen hebben op de toename van de vraag naar behandelingen van cannabisverslaving gereageerd met specifieke programma's voor adolescenten of jongeren, waarbij de aangeboden behandeling specifiek op cannabisgebruikers wordt afgestemd; een stijging van de vraag heeft hier geleid tot een stijging van het aanbod en deze zou op zijn beurt de vraag weer hebben kunnen stimuleren. Verwijzingen vanuit het strafrechtelijk systeem hangen vaak samen met delicten die aan cannabisgebruik gerelateerd zijn: onderzoeksbevindingen wijzen uit dat de meeste mensen die vanuit het strafrechtelijk systeem in een behandeltraject terechtkomen cannabis als primaire drug hebben; volgens dit scenario zou de toename in het aantal verwijzingen vanuit het strafrechtelijk systeem dus hebben bijgedragen tot de gestegen vraag naar behandelingen van cannabisverslaving.

### Cliëntprofielen

Welke factoren ook de toegenomen vraag naar behandelingen van cannabisverslaving verklaren, de kenmerken van degenen die behandeld willen worden zijn belangwekkend, hoewel deze kleine fractie zeker niet representatief is voor de gehele cannabisgebruikende populatie. Van de mensen die beginnen aan een extramuraal behandeling van cannabisgebruik (cannabis als primaire drug) laat het profiel meestal zien dat het jonge mannen zijn die nog op school zitten of studeren en die nog bij hun ouders wonen <sup>(47)</sup>. Bij geen andere groep drugscliënten is de verhouding mannen zo hoog en de gemiddelde leeftijd zo laag (24,5 jaar) als in de groep die behandeling zoekt voor primair cannabisgebruik. Bij degenen die voor het eerst behandeld worden ligt de leeftijd zelfs nog lager (gemiddeld 23,8 jaar): van de 15- tot 19-jarigen is 67 % nieuwe cannabiscliënt, van de jongeren is dat zelfs 80 %. In de laatste drie jaar wordt echter een stijgende leeftijd van nieuwe cannabiscliënten gerapporteerd <sup>(48)</sup>. In het algemeen kunnen cannabiscliënten in drie groepen worden onderverdeeld: incidentele gebruikers (34 %), cliënten die één keer tot een aantal keren per week cannabis gebruiken (27 %) en dagelijkse gebruikers (39 %).

Het is waarschijnlijk dat de gerapporteerde gebruiksverschillen onder cannabiscliënten het gevolg zijn

<sup>(45)</sup> Zie de tabellen TDI-3 (deel iii) en TDI-5 (deel ii) in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(46)</sup> Zie de tabellen TDI-5 (deel ii) en TDI-4 (deel ii) in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(47)</sup> Zie de tabellen TDI-13, TDI-14 en TDI-21 (deel i) en (deel ii) in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(48)</sup> Zie tabel TDI-10 (deel i), (deel ii) en (deel ix) in de Statistical Bulletins 2007, 2006 en 2005.

van verschillen in de wijze waarop verwijzingen voor een behandeling plaatsvinden en gespeculeerd zou kunnen worden dat de toename van verwijzingen vanuit het strafrechtelijk systeem te maken heeft met de groep met een laag gebruik die toch in behandeling gaat. Er zijn verschillen tussen de landen in de frequentie van het cannabisgebruik: de helft rapporteert dat meer dan 30 % van de cliënten dagelijks gebruikt en de andere helft houdt het op minder dan 30 %. Nederland, Denemarken en Spanje hebben het hoogste percentage regelmatige gebruikers onder de in behandeling zijnde cliënten, terwijl Hongarije, Duitsland en Italië de hoogste percentages incidentele gebruikers melden <sup>(49)</sup>. Verder kan, zoals hieronder besproken zal worden, de nadruk in een land met betrekking tot intensief cannabisgebruik liggen op preventie in plaats van behandeling en dat kan van invloed zijn op de rapportage. Dit zou deels kunnen verklaren waarom sommige landen met veel cannabisgebruik relatief lage cijfers voor de behandeling van cannabisverslaving rapporteren.

## Omgaan met cannabisproblemen

Informatie over behandelingen van cannabisverslaving moet worden begrepen tegen de achtergrond van wat in Europa wordt gezien als behandeling. Momenteel beslaat de term een breed spectrum aan maatregelen van korte interventies tot en met opname in behandelklinieken. Er zijn programma's waarin minstens even veel aandacht wordt besteed aan preventie en schadebeperking als aan de behandeling van drugsproblemen.

Alle drugsprogramma's zien het vaststellen van degenen die risico lopen en vroeg ingrijpen als belangrijke componenten, en omdat leraren vaak de eersten zijn die merken dat hun leerlingen cannabis gebruiken, hebben Duitsland, Italië en Polen programma's voor leraren die hen helpen om te gaan met cannabisgebruik en de juiste specialistische hulp te zoeken wanneer dat nodig is.

Er is niet veel goede wetenschappelijke informatie op basis waarvan behandelingen van cannabisverslaving kunnen worden ingericht; onderzoek op dit gebied blijft beperkt tot ervaringen in de Verenigde Staten en Australië. In Europa zijn de meest gerapporteerde manieren om cannabisproblematiek te lijf te gaan: kortdurende extramurale zorg, counseling, schoolgerichte programma's en preventie via straatwerk. In het algemeen lijken interventies te bestaan uit kortdurende contacten waarbij een combinatie wordt gebruikt van *motivational interviewing* (een niet-veroordelende, niet-confronterende benadering waarin de waarden, doelen en de eigen beoordeling van het gebruik door de cliënt worden bekeken, en waarbij feedback wordt gegeven op discrepanties tussen het zelfbeeld van de cliënt en zijn werkelijke toestand) en cognitieve gedragstherapie. Hoewel er geen duidelijke consensus is omtrent welke methoden goed werken, geven sommige studies aan dat een dergelijke aanpak nuttig kan zijn. Het Incant-project is een Europees

initiatief van België, Frankrijk, Duitsland, Nederland en Zwitserland waarin de waarde van *Multidimensional Family Therapy* (MDFT) voor cannabisgebruikers is onderzocht. Na een positieve evaluatie van het proefonderzoek (Rigter, 2005) is dit project uitgebreid tot een gerandomiseerd onderzoek op meerdere locaties, waarin MDFT wordt vergeleken met standaardbehandelingen voor problematisch cannabisgebruik.

Slechts 13 lidstaten vermelden de aanwezigheid van gespecialiseerde behandelcentra voor problematisch cannabisgebruik, waaruit kan worden afgeleid dat de meeste cannabisgebruikers terechtkomen in algemene drugsprogramma's of in de algemene gezondheidszorg of de jeugdzorg. Er worden vraagtekens gezet bij het laten behandelen van jonge cannabisgebruikers door algemene drugsdiensten als dit betekent dat ze daardoor in aanraking komen met oudere, problematische gebruikers van andere drugs. Het is niet helemaal duidelijk hoe ernstig dit probleem is, maar het is een belangrijke kwestie bij het plannen van diensten op dit gebied.

Frankrijk heeft speciale diensten voor cannabisgebruikers: in 2005 zijn in dat land 250 consultatiecentra voor cannabis opgezet. De centra ontvangen nu ongeveer 2 900 cliënten per maand, waarvan bijna een derde (31 %) op eigen initiatief langskomt, evenveel mensen door iemand anders worden gestuurd (31 %) en iets meer dan een derde door een rechter wordt doorverwezen (38 %). Een ander voorbeeld van een specifiek op cannabis gericht behandelprogramma biedt het behandelcentrum Maria Ungdom in Zweden, dat jongeren met problematisch cannabisgebruik counseling aanbiedt, gevolgd door supportbijeenkomsten. In Duitsland heeft het instituut voor klinische psychologie en psychotherapie van de technische universiteit van Dresden een modulaire therapie voor adolescenten met cannabisgerelateerde stoornissen ontwikkeld (Candis). Deze wordt sinds januari 2006 aangeboden.

## Drangbehandeling

Er is een algemene beweging te bespeuren in de richting van het doorverwijzen van cannabisgebruikers die met justitie in aanraking komen, naar instellingen voor behandeling en counseling, in plaats van hen een straf op te leggen. Het hiervoor benodigde mechanisme is echter niet overal aanwezig en de manier waarop het werkt verschilt ook per land. Alleen Duitsland, Frankrijk, Luxemburg, Oostenrijk en Zweden laten weten hiervoor structurele programma's of diensten aan te bieden.

Voor door rechtbanken doorverwezen cannabisgebruikers worden niet alleen behandelinterventies gemeld. Incidentele gebruikers krijgen in sommige landen intensieve cursussen. Zo melden Duitsland, Oostenrijk en Luxemburg cursussen die zijn gericht op verandering van de denk- en gebruikspatronen van cannabisgebruikers <sup>(50)</sup>.

<sup>(49)</sup> Zie tabel TDI-18 (deel iii) en (deel iv) in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(50)</sup> [http://www.lwl.org/LWL/Jugend/KS/Projekte\\_KS1/FreD/FreD-Basics/](http://www.lwl.org/LWL/Jugend/KS/Projekte_KS1/FreD/FreD-Basics/).

### Nieuwe communicatiestrategieën voor het contact maken met cannabisgebruikers

Europa kent enkele innovatieve programma's waarin nieuwe communicatiemiddelen worden ingezet om contact te maken met cannabisgebruikers. In sommige landen (Duitsland, het Verenigd Koninkrijk) zijn korte interventies op internet ontwikkeld waarmee cannabisgebruikers hun eigen gebruik kunnen evalueren en zelf eventuele problemen kunnen identificeren. Een voorbeeld hiervan is de Duitse internetservice „Quit the Shit”<sup>(51)</sup>, die hulp biedt aan gebruikers die willen stoppen met cannabis. Uit een evaluatie bleek dat degenen die gebruik hadden gemaakt van deze service aangaven minder en minder vaak cannabis te zijn gaan gebruiken.

SMASH is een Deens project waarbij jonge cannabisgebruikers anoniem hulp en counseling kunnen ontvangen, met de bedoeling schadelijke effecten te beperken, informatie en voorlichting te verstrekken en te helpen bij het stoppen met blowen<sup>(52)</sup>. Het project draait om twee sms-pakketten waarop de gebruikers zich kunnen abonneren. Het eerste („hashfacts”) geeft feitelijke informatie over cannabisgebruik en het tweede („restart”) biedt degenen die willen stoppen met hun druggebruik hulp en motivatie. Er is ook persoonlijke coaching via sms-berichten voor de jongeren mogelijk, om ze te helpen stoppen of hun gebruik te verminderen. In Ierland bestaat een vergelijkbare dienst, zij het dat daar de nadruk ligt op het verspreiden van informatie.

### Drugsgebruik onder minderjarigen, een van de selected issues van het EWDD in 2007

Uit de selected issue over drugsgebruik door zeer jonge Europeanen (jonger dan 15 jaar) blijkt dat de prevalentie van drugsgebruik in deze leeftijdsgroep laag is en dat het daarbij vooral om experimenteren gaat. Regelmatig drugsgebruik komt onder kinderen maar heel zelden voor en als het al voorkomt, gaat het vaak om zeer problematische delen van de bevolking.

De belangrijkste strategieën met betrekking tot drugsgebruik bij kinderen onder de 15 concentreren zich op preventie en snelle interventie. Toch wordt in de selected issue geschat dat ongeveer

4 000 zeer jonge mensen in Europa een drugsbehandeling ondergaan. Er zijn niet veel behandelprogramma's die specifiek op deze groep zijn toegesneden, maar de meeste Europese landen onderkennen de noodzaak hiervan wel.

In de selected issue wordt verder bekeken hoe het waargenomen verband tussen het gebruik van legale en illegale psychoactieve stoffen op jonge leeftijd en verslaving later in het leven, tot uitdrukking komt in het Europese beleid op het gebied van de volksgezondheid.

Deze selected issue is zowel in drukvorm als online verkrijgbaar (<http://issues07.emcdda.europa.eu>), maar uitsluitend in het Engels.

<sup>(51)</sup> <http://www.drugcom.de>.

<sup>(52)</sup> <http://www.smash.name>.





## Hoofdstuk 4

# Amfetaminen, ecstasy en LSD

In veel Europese landen is de op één na meest gebruikte illegale stof de een of andere vorm van synthetische drug, al zijn er in Europa als geheel nu meer cocaïnegebruikers. Het gebruik hiervan onder de algemene bevolking is gewoonlijk laag, maar onder jongere leeftijdsgroepen is de prevalentie significant hoger. De drugs worden met name in bepaalde sociale settings en/of in sommige subcultuurgroepen vaak gebruikt. Wereldwijd behoren amfetaminen (amfetamine en metamfetamine) en ecstasy tot de meest voorkomende illegale synthetische drugs.

Amfetamine en metamfetamine stimuleren het centrale zenuwstelsel. Van beide drugs is amfetamine verreweg het meest algemeen verkrijgbaar in Europa, terwijl gebruik van metamfetamine overwegend beperkt lijkt te blijven tot Tsjechië en Slowakije.

### Amfetamine en metamfetamine: overeenkomsten en verschillen

Op de illegale drugsmarkt wordt de groep amfetaminen vooral vertegenwoordigd door amfetamine en metamfetamine (en hun zoutvormen), twee nauw aan elkaar verwante synthetische stoffen, die behoren tot de fenethylamine-familie. Beide stoffen stimuleren het centrale zenuwstelsel op dezelfde wijze en hebben dezelfde gedragseffecten, tolerantiekenmerken, ontwenningverschijnselen en effecten bij langdurig (chronisch) gebruik. Amfetamine is minder krachtig dan metamfetamine, maar in ongecontroleerde omstandigheden zijn de effecten vrijwel niet te onderscheiden.

Amfetamine- en metamfetamineproducten zijn vooral poeders, maar metamfetamine wordt ook wel in kristalvorm („ice”) gebruikt. Pillen met amfetamine of metamfetamine hebben vaak net zulke logo’s als die op MDMA- en andere ecstasypillen worden aangetroffen.

Vanwege de vorm waarin deze middelen beschikbaar zijn, kunnen amfetamine en metamfetamine oraal worden gebruikt, gesnoven, geïnhaald en (wat minder gebruikelijk is) gespoten. In tegenstelling tot het sulfaat-zout van amfetamine is metamfetaminehydrochloride, vooral in kristalvorm („ice”), voldoende vluchtig om te roken.

Bron: Drugsprofielen van het EWDD  
(<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=25328>).

Ecstasy is een verzamelterm voor synthetische drugs die chemisch verwant zijn aan amfetaminen maar een enigszins andere werking hebben. Het meest bekende middel uit de ecstasygroep is 3,4-methylenedioxy-metamfetamine (MDMA), maar er worden soms ook andere verwante stoffen in ecstasypillen aangetroffen (MDA, MDEA). De prevalentie van ecstasygebruik in de EU stijgt sinds de jaren negentig.

Lyserginezuur-diethylamide (LSD) is traditioneel verreweg de bekendste hallucinogene drug, maar in het algemeen zijn de consumptieniveaus laag en al geruime tijd redelijk stabiel. Er zijn de laatste tijd aanwijzingen dat de beschikbaarheid en het gebruik van natuurlijke hallucinogenen, met name hallucinogene paddenstoelen, toenemen.

## Aanvoer en beschikbaarheid <sup>(53)</sup>

### Amfetamine

De mondiale productie van amfetamine wordt geschat op 88 ton in 2005 (UNODC, 2007). Hoewel de illegale productie zich heeft uitgebreid naar andere delen van de wereld, is deze nog steeds geconcentreerd in West- en Midden-Europa. In 2005 zijn laboratoria voor de illegale productie van amfetamine ontmanteld in België, Bulgarije, Duitsland, Estland, Litouwen, Nederland en Polen. In Europa in beslag genomen amfetamine komt hoofdzakelijk uit België, Nederland en Polen en in mindere mate uit Estland en Litouwen.

Wereldwijd werd in 2005 12,9 ton amfetamine in beslag genomen, het meeste in twee regio’s: West- en Midden-Europa en Oost- en Zuidoost-Azië.

In 2005 zijn in de EU naar schatting 40 300 amfetaminevangsten gedaan, goed voor in totaal 6,6 ton. Tot 2004 was het Verenigd Koninkrijk in Europa steeds verantwoordelijk voor het grootste aantal vangsten en de grootste hoeveelheden onderschepte amfetamine. Ondanks enkele schommelingen is sinds 2000 op Europees niveau zowel het totaal aantal amfetaminevangsten als de omvang ervan toegenomen <sup>(54)</sup>. Voor 2005 meldt een meerderheid van de rapporterende landen echter een daling in het aantal amfetaminevangsten. Wanneer de gegevens over 2005 uit

<sup>(53)</sup> Zie voor informatie over de interpretatie van vangsten en andere marktgegevens, blz. 37. Niet voor alle landen zijn over 2005 gegevens beschikbaar omtrent het totale aantal vangsten en de in beslag genomen hoeveelheden amfetamine, ecstasy en LSD; zie de vangsttabellen in het Statistical Bulletin 2007 voor meer informatie.

<sup>(54)</sup> Zie de tabellen SZR-11 en SZR-12 in het Statistical Bulletin 2007.

### Internationale maatregelen tegen productie en misbruik van drugsprecursoren

Er bestaan verschillende internationale initiatieven om te voorkomen dat precursorstoffen worden misbruikt voor de productie van illegale drugs: het Cohesie-project richt zich op kaliumpermanganaat (gebruikt bij de productie van cocaïne) en azijnzuuranhydride (gebruikt bij de productie van heroïne), terwijl het Prisma-project zich bezighoudt met precursoren van synthetische drugs (<sup>1</sup>). Alle onderstaande gegevens zijn afkomstig uit het INCB-verslag over precursoren (INCB, 2007b).

De aan de INCB gemelde wereldwijd onderschepte hoeveelheid kaliumpermanganaat was in 2005 groter dan ooit: 16 landen namen in totaal 183 ton in beslag, vrijwel uitsluitend buiten Europa.

Ook van de 22 400 liter azijnzuuranhydride die in 2005 wereldwijd werd onderschept, werd maar een klein deel in Europa aangetroffen.

In 2005 zijn vangsten efedrine en pseudo-efedrine (belangrijke precursoren van metamfetamine) ter grootte van in totaal 41 ton bij de INCB gemeld; de meeste door China, terwijl de EU (vooral Griekenland, Bulgarije, Roemenië en Tsjechië) samen met de Russische Federatie goed was voor 1,7 ton.

Wereldwijd werd in 2005 2 900 liter 1-fenyl-2-propanon (P-2-P), een stof die wordt gebruikt bij de illegale productie van metamfetamine en amfetamine, in beslag genomen, waarbij de Europese landen (vooral Duitsland en Nederland) goed waren voor 1 700 liter.

Het aandeel van Europa in de hoeveelheid wereldwijd onderschepte 3,4-methylenedioxy-fenyl-2-propanon (3,4-MDP-2-P), dat wordt gebruikt voor de productie van MDMA, nam in 2005 af tot 38 % ofwel 5 100 liter (vooral in Frankrijk en Nederland). De toenemende vangsten 3,4-MDP-2-P in andere delen van de wereld lijken erop te wijzen dat de illegale productie van MDMA steeds meer buiten Europa plaatsvindt.

(<sup>1</sup>) Alle opgenomen in tabel I van het Verdrag van de Verenigde Naties uit 1988.

het Verenigd Koninkrijk beschikbaar komen, moet worden gekeken of dit beeld wordt bevestigd.

In 2005 lag de gemiddelde of gebruikelijke straatwaarde van amfetamine tussen de 7 en 37,5 EUR per gram, maar de meeste Europese landen melden prijzen van 10 tot 20 EUR per gram (<sup>55</sup>). In de periode 2000-2005 vertoonden de amfetamineprijzen, gecorrigeerd voor inflatie, een dalende lijn in de meeste van de 17 landen die voldoende gegevens leverden.

De gemiddelde of gebruikelijke zuiverheid van de verhandelde amfetamine varieerde in 2005 aanzienlijk, maar de meeste Europese landen rapporteren zuiverheden tussen de 15 en 50 % (<sup>56</sup>).

### Metamfetamine

De mondiale productie van metamfetamine wordt geschat op 278 ton in 2005. Deze productie vindt hoofdzakelijk plaats in Oost- en Zuidoost-Azië en Noord-Amerika. In Europa blijft de illegale productie van metamfetamine grotendeels beperkt tot Tsjechië (waar het bekend staat als „pervitine”), alhoewel nu ook melding wordt gemaakt van productie in Litouwen, Moldavië en Slowakije (INCB, 2007a; UNODC, 2007).

In 2005 is wereldwijd naar schatting 17,1 ton metamfetamine in beslag genomen, waarvan meer dan de helft in Oost- en Zuidoost-Azië (China, Thailand) en een derde in Noord-Amerika (Verenigde Staten). In dat jaar zijn door 15 Europese landen circa 2 200 metamfetaminevangsten gerapporteerd, met een totaalgewicht van ongeveer 104 kg (<sup>57</sup>). Noorwegen en Zweden hebben de meeste vangsten gedaan en de grootste hoeveelheden metamfetamine onderschept.

In 2005 varieerde de gemiddelde of gebruikelijke straatwaarde van metamfetamine (die slechts door enkele landen is gerapporteerd) van 5 tot 35 EUR per gram. De meeste landen rapporteren voor de verhandelde metamfetamine gemiddelde of gebruikelijke zuiverheden van 30 tot 65 % (<sup>58</sup>).

### Ecstasy

De mondiale productie van ecstasy wordt geschat op 113 ton in 2005 (UNODC, 2007). Europa blijft 's werelds grootste productiecentrum voor ecstasy, hoewel het relatieve belang van Europa kleiner lijkt te worden nu de productie van ecstasy zich de afgelopen jaren ook heeft verspreid naar andere delen van de wereld, met name naar Noord-Amerika, Oost- en Zuidoost-Azië en Oceanië (CND, 2006; UNODC, 2006). In Europa vindt de productie van ecstasy voornamelijk plaats in Nederland (hoewel daar tekenen van een productiedaling worden gemeld), gevolgd door België. De in 2005 in Europa in beslag genomen ecstasy is afkomstig uit Nederland en België, en in mindere mate uit Polen en het Verenigd Koninkrijk.

Van de geschatte 5,3 ton ecstasy die in 2005 wereldwijd in beslag is genomen, is het grootste deel (38 %) wederom onderschept in West- en Midden-Europa, gevolgd door Oceanië (27 %) en Noord-Amerika (20 %).

(<sup>55</sup>) Zie tabel PPP-4 in het Statistical Bulletin 2007.

(<sup>56</sup>) Zie tabel PPP-8 in het Statistical Bulletin 2007. Opgemerkt dient te worden dat achter de gerapporteerde gemiddelde niveaus van de zuiverheid van amfetamine een grote verscheidenheid aan zuiverheid van de monsters schuil kan gaan.

(<sup>57</sup>) Om een schatting mogelijk te maken, zijn voor het Verenigd Koninkrijk, vanwege het ontbreken van gegevens over 2005, de gegevens uit 2004 gebruikt. Zie de tabellen SZR-17 en SZR-18 in het Statistical Bulletin 2007.

(<sup>58</sup>) Zie de tabellen PPP-4 en PPP-8 in het Statistical Bulletin 2007.

Bij naar schatting 26 500 vangsten zijn in Europa in 2005 ongeveer 16,3 miljoen ecstasypillen in beslag genomen <sup>(59)</sup>. De grootste ecstasvangsten worden nog steeds gedaan in het Verenigd Koninkrijk, België, Nederland en Duitsland. Na een piek in 2001 vertoont het aantal ecstasvangsten in Europa vanaf 2003 een stijgende lijn. De totale hoeveelheid onderschepte ecstasy fluctueerde van 2000 tot 2004 rond de 20 miljoen pillen per jaar. In 2005 laten de gegevens in de meeste landen echter een daling zien. Wanneer de gegevens over 2005 uit het Verenigd Koninkrijk beschikbaar komen, moet worden gekeken of dit beeld wordt bevestigd.

In 2005 varieerde de gemiddelde of gebruikelijke straatwaarde van ecstasy van minder dan 3 tot 15 EUR per pil <sup>(60)</sup>. In de periode 2000-2005 is de gemiddelde straatwaarde van ecstasy, gecorrigeerd voor inflatie, gedaald in de meeste van de 21 rapporterende landen die voldoende gegevens leverden.

In 2005 bevatten de meeste ecstasypillen in Europa als voorheen MDMA of een andere ecstasychtige stof (MDEA, MDA), gewoonlijk als enige aanwezige psychoactieve stof. In tien landen ging het bij 80 % van alle geanalyseerde pillen om dergelijke exemplaren. Er zijn uitzonderingen: in Slovenië wordt MDMA/MDEA/MDA vaker aangetroffen in combinatie met amfetamine en/of metamfetamine; en in Polen zit er in de geanalyseerde pillen vaker alleen amfetamine en/of metamfetamine als psychoactieve stof. Binnen en tussen de landen loopt de MDMA-hoeveelheid die in partijen pillen wordt aangetroffen, sterk uiteen (zelfs als het pillen met hetzelfde logo betreft). In 2005 varieerde in de rapporterende landen de gemiddelde of gebruikelijke hoeveelheid MDMA per ecstasypil van 2 tot 130 mg, maar in de meeste landen lag het gemiddelde tussen 30 en 80 mg MDMA.

## LSD

Na een enkele jaren durende daling zijn zowel het aantal LSD-vangsten als de in beslag genomen hoeveelheid vanaf 2003 weer aan het toenemen <sup>(61)</sup>. Hoewel LSD op veel kleinere schaal wordt geproduceerd en verhandeld dan andere synthetische drugs, zijn in 2005 in Europa bij naar schatting 800 vangsten 850 000 LSD-eenheden in beslag genomen, waarvan 75 % in Nederland. De gemiddelde of gebruikelijke prijs die gebruikers betaalden voor een LSD-eenheid varieerde van 4 tot 30 EUR <sup>(62)</sup>.

## Prevalentie en gebruikspatronen onder de algemene bevolking en bij jongeren

Wat recent gebruik betreft, is ecstasy nu de meest algemeen gebruikte synthetische drug in 17 Europese landen, terwijl amfetaminen dat zijn in negen landen <sup>(63)</sup>. Het „ooit“-gebruik van amfetaminen is meestal hoger, omdat ecstasy wat later zijn intrede heeft gedaan op de illegale Europese drugsmarkt. Gegevens uit schoolenquêtes laten zien dat het vaak dezelfde scholieren zijn die ecstasy, amfetamine en psychotrope drugs (anders dan cannabis) gebruiken. Jongeren die ecstasy hebben geprobeerd melden bijvoorbeeld 20 keer vaker ook gebruik van cocaïne en hallucinogene drugs dan hun medescholieren <sup>(64)</sup> en ongeveer vijf keer vaker dan degenen die wel eens cannabis hebben gebruikt.

In de EU-lidstaten blijkt het gebruik van amfetaminen of ecstasy in slechts enkele landen relatief veel voor te komen, namelijk in Tsjechië, Estland en het Verenigd Koninkrijk en, in minder mate, in Letland en Nederland.

### Amfetaminen

Recente enquêtes onder de volwassen bevolking (15-64 jaar) wijzen uit dat het „ooit“-gebruik van amfetamine in Europa uiteenloopt van 0,1 tot 3,6 % van alle volwassenen, met uitzondering van Denemarken (6,9 %) en het Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales), waar het percentage op 11,5 % ligt (dit is vooral het gevolg van hoog gebruik in het verleden, het huidige gebruik ligt dicht bij dat in andere landen). Relatieve hoge percentages komen verder voor in Noorwegen (3,6 %), Duitsland en Spanje (3,4 %). Gemiddeld heeft bijna 3,5 % van alle Europese volwassenen ten minste één keer in hun leven amfetaminen gebruikt <sup>(65)</sup>. Het gebruik in het afgelopen jaar is beduidend lager: gemiddeld 0,7 % (0 tot 1,3 %). Volgens algemene bevolkingsenquêtes hebben naar schatting ongeveer 11 miljoen Europeanen amfetaminen geprobeerd, en hebben ruim 2 miljoen de stof in de laatste 12 maanden gebruikt.

Van de jongvolwassenen (15-34 jaar) geeft 0,2-16,8 % aan ooit amfetamine te hebben gebruikt, zij het dat als het Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales) (16,5 %) en Denemarken (12,7 %) apart worden beschouwd, het om 0,2-5,9 % gaat <sup>(66)</sup>. In de helft van de landen die gegevens hebben verstrekt, is de prevalentie lager dan 4 %, waarbij

<sup>(59)</sup> Zie de tabellen SZR-13 en SZR-14 in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(60)</sup> Zie tabel PPP-4 in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(61)</sup> Zie de tabellen SZR-15 en SZR-16 in het Statistical Bulletin 2007.

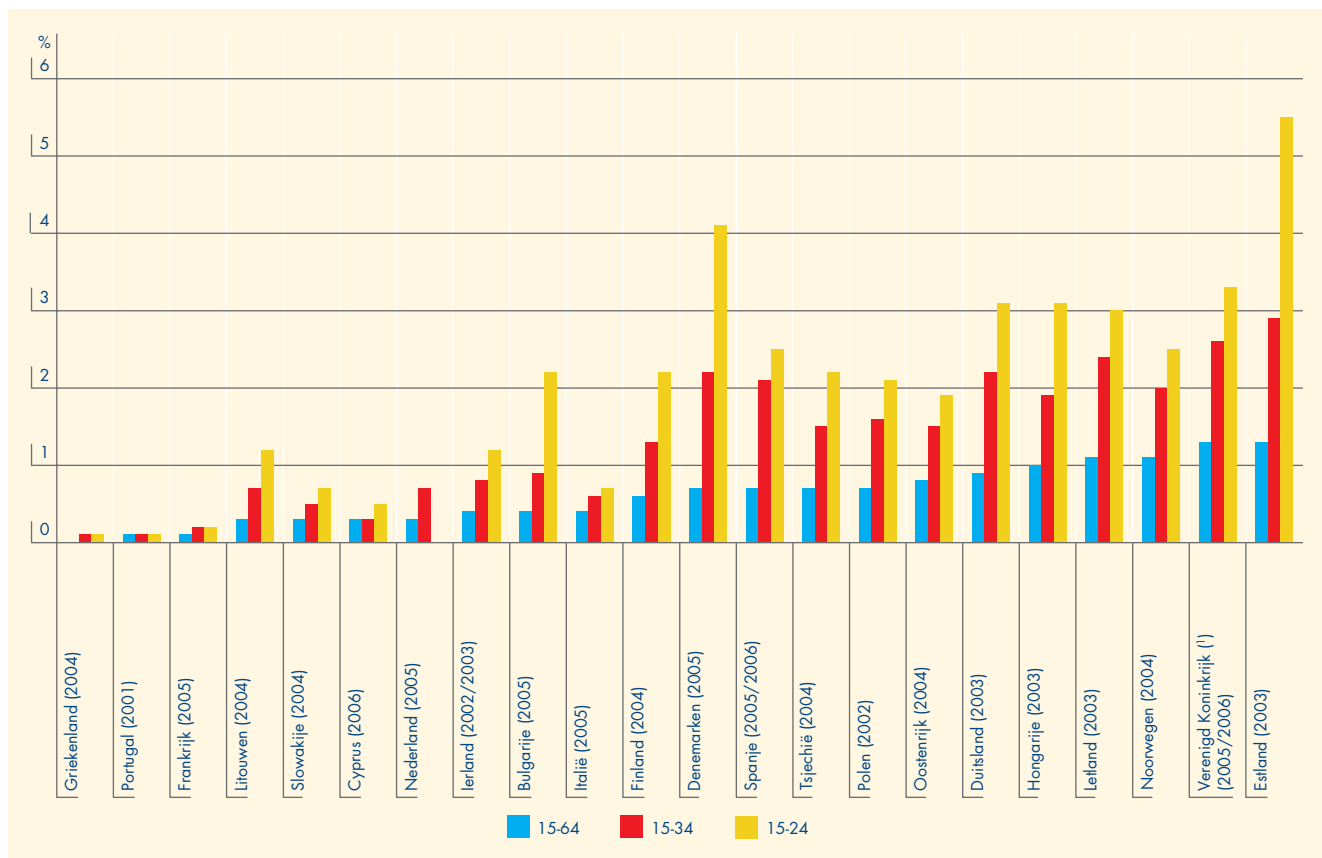
<sup>(62)</sup> Zie tabel PPP-4 in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(63)</sup> In de enquêtes wordt meestal geen onderscheid gemaakt tussen amfetamine en metamfetamine, maar deze gegevens zullen normaal gesproken betrekking hebben op het gebruik van amfetamine (sulfaat of dexamfetamine) aangezien metamfetaminegebruik niet veel voorkomt.

<sup>(64)</sup> Zie figuur EYE-1 (deel iv) in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(65)</sup> Zie voor de berekeningsmethode voetnoot (30).

<sup>(66)</sup> Zie tabel GPS-19 in het Statistical Bulletin 2007.

**Figuur 5** — Recent gebruik (laatste 12 maanden) van amfetaminen onder volwassenen (15-64 jaar) en jongvolwassenen (15-34 en 15-24 jaar)

(1) Engeland en Wales.

NB: De gegevens zijn ontleend aan de meest recente nationale enquêtes die in elk land beschikbaar waren op het moment van rapportage. De landen zijn gerangschikt naar de algemene prevalentie onder alle volwassenen. Zie voor nadere informatie de tabellen GPS-10, GPS-11 en GPS-18 in het Statistical Bulletin 2007.

Bronnen: Nationale Reïtox-verslagen (2006), gebaseerd op enquêtes onder de bevolking, onderzoeksverslagen en wetenschappelijke artikelen.

de hoogste percentages na het Verenigd Koninkrijk en Denemarken worden gemeld door Noorwegen (5,9 %), Duitsland (5,4 %) en Letland (5,3 %). Gemiddeld 5,1 % van de jonge Europeanen heeft amfetamine geprobeerd<sup>(67)</sup>. Het gebruik in het afgelopen jaar varieert in deze leeftijdscategorie van 0,1 % tot 2,9 %; Estland (2,9 %), het Verenigd Koninkrijk (2,6 %) en Letland (2,4 %) melden de hoogste prevalentiepercentages (figuur 5). Opmerkelijk is dat wanneer enkel naar gebruik in het afgelopen jaar wordt gekeken, de cijfers uit het Verenigd Koninkrijk en Denemarken meer op een lijn liggen met die uit de andere landen. Naar schatting heeft gemiddeld 1,5 % van de jonge Europeanen in de laatste 12 maanden amfetamine gebruikt.

Alleen Finland blijkt in staat een recente schatting te geven van problematisch amfetaminegebruik (wat wil zeggen langdurig/regelmatig gebruik of injecterend gebruik): in 2002 zou het gaan om 10 900 tot 18 500 gebruikers (3,1-5,3 per 1 000 15- tot 64-jarigen), ongeveer drie keer zo veel als het aantal probleemgebruikers van opioïden.

### Metamfetamine

Het metamfetaminegebruik in Europa lijkt beperkt in vergelijking met de situatie wereldwijd, waar deze drug de

laatste jaren in opkomst is. Maar omdat Europese landen zich zorgen maken over de mogelijke groei van deze drug in de lidstaten, zijn hier en daar uit voorzorg maatregelen genomen. In het Verenigd Koninkrijk is bijvoorbeeld besloten metamfetamine te herclassificeren als een van de meest schadelijke drugs (klasse A).

Historisch gezien concentreert het gebruik van metamfetamine in Europa zich in Tsjechië en tot op zekere hoogte in Slowakije. Dit zijn ook de enige twee landen die recente schattingen van problematisch metamfetaminegebruik melden. In 2005 waren er in Tsjechië naar schatting 18 400-24 000 metamfetaminegebruikers (2,5-3,2 per 1 000 15- tot 64-jarigen), bijna twee keer zoveel als het aantal problematische opioïdengebruikers, en in Slowakije, 6 000-14 000 (1,5-3,7 per 1 000 15- tot 64-jarigen), iets minder dan het aantal problematische opioïdengebruikers. Metamfetamine is uitgegroeid tot de meest gebruikte primaire drug onder mensen die voor het eerst in behandeling gaan in Slowakije, en hoge gebruiksniveaus voor metamfetamine worden nu ook gemeld voor bepaalde subpopulaties in Hongarije.

In andere delen van Europa wordt geen significant metamfetaminegebruik gerapporteerd. Twee belangrijke

<sup>(67)</sup> Zie figuur GPS-18 (deel ii) in het Statistical Bulletin 2007.

voorbehouden zijn dat de meeste enquêtes geen onderscheid maken tussen metamfetamine en amfetamine, en dat metamfetamine incidenteel is aangetroffen in pillen die als ecstasy werden verkocht en dus onbewust kan zijn geconsumeerd <sup>(68)</sup>.

### Ecstasy

0,3-7,2 % van alle Europese volwassenen heeft wel eens ecstasy geprobeerd. De helft van de landen meldt een percentage „ooit“-gebruik van 2,5 % of lager, waarbij de hoogste percentages worden gerapporteerd door het Verenigd Koninkrijk (7,2 %), Tsjechië (7,1 %), Spanje (4,4 %) en Nederland (4,3 %). Ecstasygebruik in de laatste 12 maanden loopt uiteen van 0,2 tot 3,5 % van de volwassenen, waarbij de hoogste cijfers afkomstig zijn uit Tsjechië (3,5 %), Estland (1,7 %) en het Verenigd Koninkrijk (1,6 %). De helft van de landen meldt percentages van 0,5 % of minder. Naar schatting hebben bijna 9,5 miljoen Europeanen (gemiddeld 3 %) ooit ecstasy geprobeerd en hebben bijna 3 miljoen het middel in de laatste 12 maanden gebruikt.

Van de jongvolwassenen (15-34 jaar) geeft 0,5-14,6 % aan ooit ecstasy te hebben gebruikt, waarbij de hoogste cijfers afkomstig zijn uit Tsjechië (14,6 %), het Verenigd Koninkrijk (13,3 %) en Nederland (8,1 %) <sup>(69)</sup>. Gemiddeld heeft ruim 5 % van de Europese jongvolwassenen ecstasy geprobeerd.

Van de 15- tot 24-jarigen heeft 0,4 tot 18,7 % de stof ooit gebruikt, waarbij de hoogste percentages worden gemeld door Tsjechië (18,7 %), het Verenigd Koninkrijk (10,4 %) en Hongarije (7,9 %) <sup>(70)</sup>. In deze leeftijdsgroep loopt het gebruik in de laatste 12 maanden uiteen van 0,3 tot 12,0 %, waarbij Tsjechië (12,0 %) en Estland (6,1 %) de hoogste cijfers laten zien (figuur 6).

Onder de 15- tot 24-jarigen is de prevalentie van ecstasygebruik hoger onder mannen (0,3-23,2 %) dan onder vrouwen (0,3-13,9 %). Recente schoolenquêtes laten zien dat de stijgingen in de cijfers voor het „ooit“-gebruik van ecstasy onder mannelijke en vrouwelijke scholieren tegelijk plaatsvonden, maar dat de verschillen met de leeftijd oplopen. Onder jongeren kunnen bij kleine leeftijdstoename grote sprongen in prevalentie optreden; gegevens uit 16 landen laten bijvoorbeeld zien dat het „ooit“-gebruik onder 17- en 18-jarige scholieren in de meeste gevallen aanzienlijk hoger is dan onder jongere leerlingen <sup>(71)</sup>.

### LSD

„Ooit“-gebruik van LSD loopt uiteen van 0,2 tot 5,5 %, waarbij twee derde van de landen percentages rapporteert van tussen de 0,4 en 1,7 %. Onder de jongvolwassenen (15 tot 34 jaar) varieert het „ooit“-gebruik van LSD tussen de 0,3 en 7,6 %, en in de groep van 15- tot 24-jarigen varieert het van 0 tot 4,2 %. Het recente gebruik (in de afgelopen 12 maanden) van deze drug is laag en oversteigt de 1 % onder de 15- tot 24-jarigen in slechts zeven landen (Bulgarije, Tsjechië, Estland, Italië, Letland, Hongarije, Polen).

### Trends

In het algemeen zijn er aanwijzingen dat in Europa het gebruik van amfetamine en ecstasy stabiliseert of zelfs afneemt. Het gebruik van amfetaminen onder jongvolwassenen (15-34 jaar) is sinds 1996 in het Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales), en in minder mate ook in Denemarken en Tsjechië, aanzienlijk afgenomen, terwijl in andere landen de prevalentie overwegend stabiel lijkt, hoewel er ook enkele kleine stijgingen worden gerapporteerd <sup>(72)</sup>.

Voor het ecstasygebruik onder de jongvolwassenen is het beeld minder eenduidig <sup>(73)</sup>. Na een algemene stijging in de jaren negentig rapporteren enkel landen, waaronder Spanje en het Verenigd Koninkrijk, waar het gebruik relatief hoog was, de laatste jaren enige stabilisatie of zelfs bescheiden dalingen. In sommige landen wordt een afname waargenomen onder de 15- tot 24-jarigen, maar niet onder de 15- tot 34-jarigen <sup>(74)</sup>, waaruit afgeleid zou kunnen worden dat ecstasy minder populair is in de jongere leeftijdscategorieën. Naar aanleiding van de gegevens uit sommige landen (Spanje, Denemarken, Verenigd Koninkrijk) is de vraag gewettigd of cocaïne amfetaminen en ecstasy aan het verdringen zijn als favoriet stimulerend middel <sup>(75)</sup>.

Recente, in 2006 gepubliceerde, nationale en regionale schoolenquêtes (uit Italië, Polen, Zweden en Vlaanderen) laten geen verandering, of zelfs enige afname, zien in het „ooit“-gebruik van amfetaminen en ecstasy <sup>(76)</sup>.

### Recreatief gebruik

Studies naar het drugsgebruik in recreatieve settings zoals tijdens dance-evenementen, kunnen een nuttig beeld

<sup>(68)</sup> Zie „Amfetamine en metamfetamine: overeenkomsten en verschillen“, blz. 48.

<sup>(69)</sup> Zie tabel GPS-9 in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(70)</sup> Zie tabel GPS-17 in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(71)</sup> Zie figuur EYE-1 (deel ii) in het Statistical Bulletin 2007.

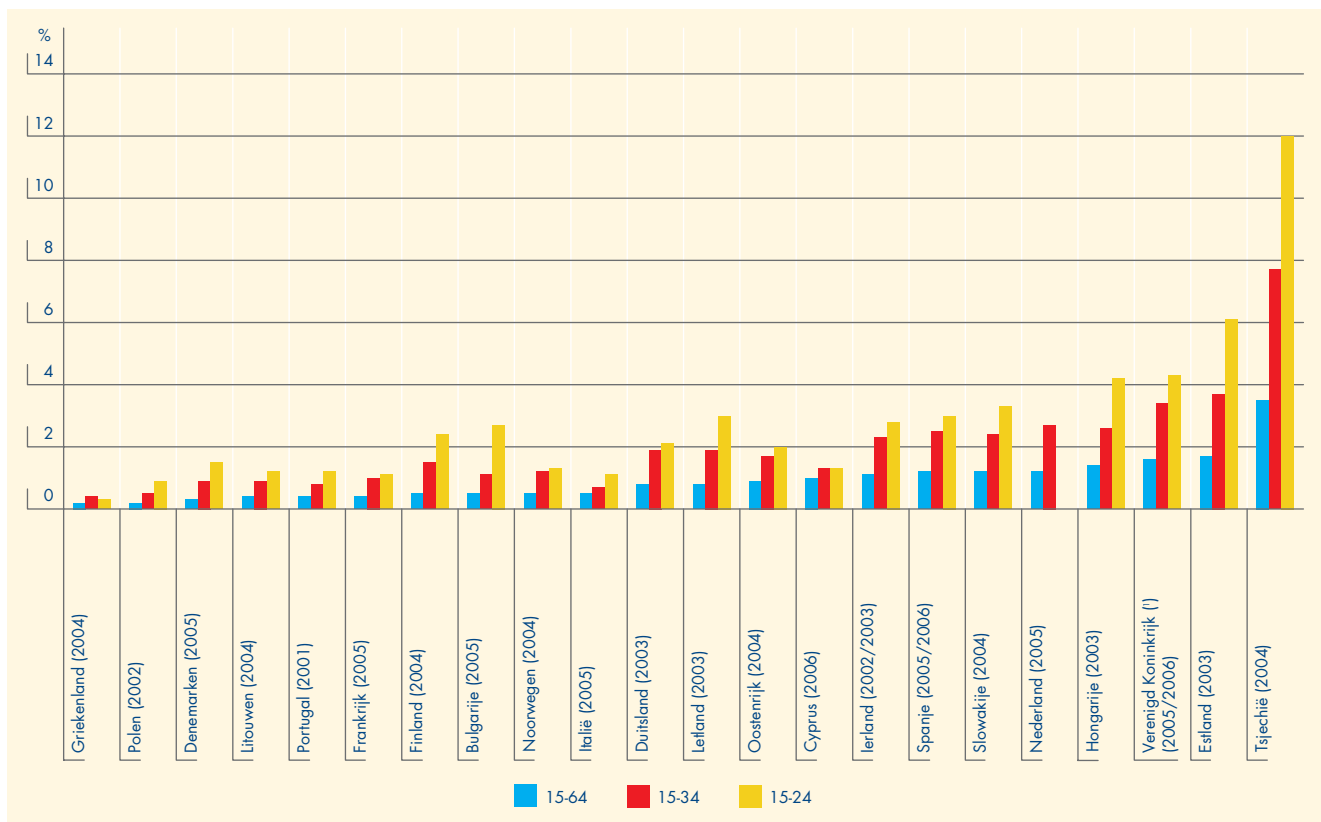
<sup>(72)</sup> Zie figuur GPS-8 in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(73)</sup> Zie figuur GPS-21 in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(74)</sup> Zie de tabellen GPS-4 en GPS-15 in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(75)</sup> Zie tabel GPS-20 in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(76)</sup> Zie figuur EYE-4 in het Statistical Bulletin 2007.

**Figuur 6** — Recent gebruik (laatste 12 maanden) van ecstasy onder volwassenen (15-64 jaar) en jongvolwassenen (15-34 en 15-24 jaar)

(1) Engeland en Wales.

NB: De gegevens zijn ontleend aan de meest recente nationale enquêtes die in elk land beschikbaar waren op het moment van rapportage. De landen zijn gerangschikt naar de algemene prevalentie onder alle volwassenen. Zie voor nadere informatie de tabellen GPS-10, GPS-11 en GPS-18 in het Statistical Bulletin 2007.

Bronnen: Nationale Reitox-verslagen (2006), gebaseerd op enquêtes onder de bevolking, onderzoeksverslagen en wetenschappelijke artikelen.

geven van het gedrag van mensen die regelmatig of intensief stimulerende drugs gebruiken. Het drugsgebruik hier is hoog, maar dit laat zich niet generaliseren naar de rest van de bevolking. Onderzoeken onder mensen in bepaalde dancescenes maken bijvoorbeeld melding van veel ecstasygebruik en minder, maar nog steeds vrij veel amfetaminegebruik <sup>(77)</sup>.

Het Britse muziektijdschrift *Mixmag*, waarvan veel lezers regelmatig naar danceclubs gaan, houdt jaarlijks een lezersenquête. Hieruit blijkt onder meer dat het aandeel zware ecstasygebruikers (meer dan vier pillen per keer) meer dan verdubbeld is tussen 1999 en 2003: van 16 naar 36 % (McCambrige et al., 2005). Het gaat hier niet bepaald om een representatieve steekproef, maar het bevestigt wel dat er terecht bezorgdheid bestaat over een toename van het aantal ecstasypillen dat door bepaalde groepen gebruikers wordt geconsumeerd. Ook uit een internetenquête in het Verenigd Koninkrijk blijkt dat het ecstasy- en polydrugsgebruik van ervaren ecstasygebruikers steeds intensiever wordt (Scholey et al., 2004). Vanuit Amsterdam wordt echter gerapporteerd dat het recente (afgelopen jaar) en actuele (afgelopen maand) ecstasygebruik tussen 1998 en 2003 met 20 % is

afgenomen en dat ook de hoeveelheid ecstasy die gemiddeld per keer wordt gebruikt in dezelfde periode is afgenomen (nationale Reitox-verslagen, 2005). Volgens een enquête in 2005 onder Amsterdamse cafébezoekers, gebruikte slechts 3 % van hen ecstasy tijdens het avondje uit.

Hoewel er nog niet zoveel gegevens beschikbaar zijn over het gecombineerde gebruik van drugs en alcohol, is er toenemende bezorgdheid over de gezondheidsbedreigende hoeveelheden alcohol die tijdens dance-evenementen recreatief worden gebruikt, vaak in combinatie met stimulerende drugs.

## De vraag naar behandeling

De vraag naar behandelingen in verband met het gebruik van amfetaminen of ecstasy is relatief klein. Deze vorm van drugsgebruik is in de meeste van de 21 landen waarvoor gegevens beschikbaar zijn vrijwel nooit de eerste aanleiding om in behandeling te gaan <sup>(78)</sup>. Bij behandelaansvragen gaat het meestal om amfetaminen, en slechts in een enkel geval om ecstasy <sup>(79)</sup>.

<sup>(77)</sup> Zie de selected issue over drugsgebruik in recreatieve settings uit 2006.

<sup>(78)</sup> Zie figuur TDI-2 (deel ii) en tabel TDI-5 in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(79)</sup> Zie tabel TDI-113 in het Statistical Bulletin 2007.

Er is een kleine groep landen met meer dan een verwaarloosbaar aantal amfetamine- en ecstasygebruikers onder drugscliënten en deze is weer in drie subgroepen te verdelen. Tsjechië en Slowakije rapporteren een aanzienlijk percentage aanvragen voor behandeling in verband met het primaire gebruik van amfetaminen (respectievelijk 58 en 24 % van alle cliënten) en dan meestal metamfetamine; in Zweden, Finland en Letland gaat het bij circa een derde van alle drugscliënten die in behandeling gaan om primair amfetaminegebruik; Ierland, Nederland, het Verenigd Koninkrijk en Frankrijk melden dat tussen de 1 en 5 % van de patiënten die in behandeling gaan primair ecstasy gebruiken <sup>(80)</sup>.

Met uitzondering van Griekenland en Zweden geldt voor alle landen dat het percentage nieuwe cliënten die in behandeling gaan voor primair gebruik van amfetaminen en ecstasy groter is dan het percentage van alle cliënten die voor deze drugs in behandeling zijn <sup>(81)</sup>. Hier zijn diverse verklaringen voor te bedenken, maar het is in ieder geval in overeenstemming met de trend: van 1999 tot 2005 is het aantal eerste aanvragen voor behandeling van primair gebruik van amfetaminen of ecstasy toegenomen met meer dan 3 000, van 6 500 naar 10 000 <sup>(82)</sup>.

Cliënten die in behandeling gaan voor het gebruik van stimulerende middelen anders dan cocaïne zijn gemiddeld ongeveer 27 jaar oud (26 als ze voor het eerst in behandeling gaan) en zijn gemiddeld op hun 19e de drugs voor het eerst gaan gebruiken <sup>(83)</sup>. Ecstasycliënten vormen samen met cannabisgebruikers de jongste groep die met behandelingen beginnen. In Nederland wordt onder de ecstasycliënten het hoogste aandeel vrouwen in drugsbehandeling gerapporteerd. Het aandeel vrouwen is onder amfetaminecliënten hoger dan bij andere drugs, waarbij het hoogste aandeel extramuraal vrouwelijke cliënten wordt gerapporteerd in de jongste leeftijdscategorie <sup>(84)</sup>.

Amfetaminecliënten gebruiken de drug meestal in combinatie met andere stoffen, vooral cannabis en alcohol, en in sommige landen komt het injecteren van de drug veelvuldig voor <sup>(85)</sup>. In Tsjechië wordt een interessante geografische verdeling gemeld: gebruikers zijn daar vooral buiten de hoofdstad te vinden. Hetzelfde is het geval in de VS, waar zich in niet-stedelijke gebieden meer mensen aanmelden voor behandeling in verband met metamfetamine- en amfetaminegebruik (Dasis, 2006).

## Aanpak van drugsgebruik in recreatieve settings

### Drugspreventieactiviteiten

In algemene zin heeft zich een verschuiving voorgedaan in de wijze waarop preventie wordt aangepakt. De centrale rol die de levensstijl speelt in de vorming van opvattingen met betrekking tot drugsgebruik wordt steeds meer onderkend en er gaat meer aandacht uit naar het bestrijden van het idee dat drugsgebruik normaal of acceptabel gedrag is. Een dergelijke benadering is met name relevant voor preventieve activiteiten in settings en subculturen die met drugsgebruik worden geassocieerd. Vanwege het veelvoorkomende drugsgebruik in bepaalde recreatieve settings, zoals clubs, bars en dance-evenementen, zijn deze gelegenheden aangewezen als geschikte doelen voor initiatieven om de vraag naar drugs te beperken. Ook in het EU-actieplan inzake drugs (2005-2008) wordt melding gemaakt van de noodzaak meer op preventie gerichte activiteiten in recreatieve settings te ontwikkelen.

Eén toegepaste benadering is het maken van voorlichtingsmateriaal met preventieve, en soms ook op schadebeperking gerichte, informatie voor recreatieve settings. Het materiaal wordt meestal afgestemd op de jeugdcultuur van de doelgroep en wordt soms ook door mobiele straathoekteams verspreid. Om goed contact te kunnen maken met de jongeren, veroordelen de straathoekteams drugsgebruik meestal niet, maar geven ze vooral advies om de schade te beperken, al zeggen ze daarbij ook wel dat het het allerveiligst is om helemaal geen drugs te gebruiken (België, Tsjechië, Portugal, Oostenrijk).

Naast activiteiten die zijn gericht op voorlichting en het proberen te overtuigen van mensen om geen drugs te gebruiken, ontwikkelen steeds meer lidstaten benaderingen om de recreatieve omgevingen beter te reguleren. Bij sommige hiervan gaat het erom het idee te veranderen dat je om echt plezier te maken drugs nodig zou hebben, bijvoorbeeld door nadrukkelijk drugsvrije evenementen te organiseren. In een toenemend aantal landen (België, Denemarken, Ierland, Italië, Litouwen, Nederland, Zweden, het Verenigd Koninkrijk, Noorwegen) lijkt er onder gemeenten belangstelling te bestaan om de contacten met de vrijetijdsector aan te halen en manieren te ontwikkelen om de beschikbaarheid van drugs en de daarmee

<sup>(80)</sup> Zie tabel TDI-5 (deel ii) in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(81)</sup> Zie de tabellen TDI-4 (deel ii) en TDI-5 (deel ii) in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(82)</sup> Zie figuur TDI-1 (deel ii) in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(83)</sup> Zie de tabellen TDI-10, TDI-11 en TDI-102 tot en met TDI-109 in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(84)</sup> Zie de tabellen TDI-21 en TDI-25 in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(85)</sup> Zie de tabellen TDI-4, TDI-5 (deel ii), TDI-24, TDI-116 en TDI-117 in het Statistical Bulletin 2007.



samenhangende gezondheidsrisico's bij dance-evenementen en andere gelegenheden te verminderen. Richtlijnen voor veilig clubbezoek, zoals die zijn ontwikkeld in het Verenigd Koninkrijk <sup>(86)</sup>, worden nu in diverse landen opgesteld.

Onder de meest voorkomende activiteiten in verband met het gebruik van ecstasy, amfetamine en psychotrope drugs zijn gerichte publiekscampagnes en, steeds meer, internetsites. In preventiestrategieën is wel gebruik gemaakt van het internet om op laagdrempelige wijze contact te leggen met jongeren die ecstasy, amfetaminen of andere psychotrope drugs gebruiken of overwegen te gaan gebruiken. In veel lidstaten wordt voorlichting gegeven en gedaan aan preventie met behulp van internetsites die jongeren aanmoedigen kritisch

na te denken over hun eigen consumptief gedrag. De sites bieden advies, bijvoorbeeld over verstandig uitgaan, veilige seks, verkeersveiligheid, gezond eten, feesttoerisme en juridische kwesties (België) <sup>(87)</sup>.

### Drugsbehandelingen

Behandelingen voor gebruikers van ecstasy, amfetamine en andere psychotrope drugs worden in het algemeen aangeboden door drugsbehandelcentra die problematische drugsgebruikers bedienen en door meer specialistische diensten voor gebruikers van cocaïne en andere stimulerende drugs. Zie voor nadere informatie over drugsbehandelingen in de EU hoofdstuk 2 en hoofdstuk 5.

<sup>(86)</sup> Zie de selected issue over drugsgebruik in recreatieve settings uit 2006.

<sup>(87)</sup> Links naar enkele van deze sites zijn te vinden op <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5575>.



## Hoofdstuk 5

### Cocaïne en crack-cocaïne

Met de toename van het gebruik van cocaïne, is deze drug een belangrijke rol gaan spelen in het Europese drugsbeleid. Vanwege het groeiende belang van het onderwerp, worden patronen in het cocaïnegebruik in detail besproken in de selected issue over cocaïne uit 2007.

#### Aanvoer en beschikbaarheid <sup>(88)</sup>

##### Productie en handel

Cocaïne is na cannabis de meest verhandelde illegale drug ter wereld. Wereldwijd is de hoeveelheid in beslag genomen cocaïne in 2005 gegroeid tot 756 ton, waarvan het meest in Zuid-Amerika onderschept is, gevolgd door Noord-Amerika.

Colombia blijft verreweg 's werelds grootste leverancier van illegale coca, gevolgd door Peru en Bolivia (UNODC, 2007). De meeste cocaïne die in Europa in beslag wordt genomen, komt uit Zuid-Amerika, direct of via Midden-Amerika, uit het Caribisch gebied en West-Afrika.

De meeste cocaïne komt Europa nog steeds via het Iberisch schiereiland binnen, waarbij Portugal een steeds grotere rol gaat spelen. Cocaïne wordt ook rechtstreeks in een aantal andere landen ingevoerd, waarbij Nederland nog altijd een belangrijke rol vervult. Zowel Spanje als Nederland worden beschouwd als belangrijke distributiecentra voor cocaïne. Ook enkele andere landen, zoals België, Duitsland, Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk, maken melding van rechtstreekse invoer. Bovendien zijn er tekenen dat de distributie zich aan het diversifiëren is: er is toegenomen activiteit waargenomen in Oost- en Midden-Europa en zowel EU-lidstaten als naburige landen worden aangewezen als secundaire doorvoerlanden.

##### Vangsten

In 2005 zijn in de EU naar schatting 70 000 cocaïnevangsten gedaan, goed voor in totaal 107 ton. De meeste cocaïnevangsten worden nog steeds gemeld in West-Europese landen, met name in Spanje, dat verantwoordelijk is voor ongeveer de helft van de vangsten

en in beslag genomen hoeveelheden cocaïne in Europa <sup>(89)</sup>. In de periode 2000-2005 zijn op Europees niveau zowel het totale aantal cocaïnevangsten als de in beslag genomen hoeveelheden toegenomen <sup>(90)</sup>. Dit is voornamelijk het gevolg van de duidelijke stijgingen in Spanje en Portugal, waarbij Portugal in 2005 Nederland heeft ingehaald als land met de op één na grootste hoeveelheden onderschepte cocaïne na Spanje.

##### Prijs en zuiverheid

In 2005 varieerde de gemiddelde of gebruikelijke straatwaarde van cocaïne sterk in Europa, van 45 tot 120 EUR per gram, met in de meeste landen prijzen van 50 tot 80 EUR per gram <sup>(91)</sup>. In de periode 2000-2005 liet de gemiddelde straatwaarde van cocaïne, gecorrigeerd voor inflatie, een neerwaartse trend zien in de meeste van de 19 rapporterende landen die voldoende gegevens leverden.

De gemiddelde of gebruikelijke zuiverheid van cocaïne op gebruikersniveau varieerde in 2005 van 20 tot 78 %, waarbij de meeste landen zuiverheden van 30 tot 60 % melden <sup>(92)</sup>. Uit de beschikbare gegevens blijkt dat in de totale periode 2000-2005 de gemiddelde zuiverheid van cocaïne in de meeste van de 21 rapporterende landen is gedaald.

#### Prevalentie en patronen van cocaïnegebruik

Cocaïne is nu, na cannabis, de meest gebruikte illegale drug in veel EU-lidstaten en in de totale EU. Op basis van recente bevolkingsenquêtes in de EU en Noorwegen wordt geschat dat ruim 12 miljoen Europeanen, dat wil zeggen ruim 4 % van alle volwassenen, minstens één keer in hun leven cocaïne hebben gebruikt („ooit“-gebruik) <sup>(93)</sup>. De cijfers per land voor het „ooit“-gebruik lopen uiteen van 0,2 tot 7,3 %, waarbij drie landen boven de 5 % uitkomen (Spanje, Italië, Verenigd Koninkrijk) <sup>(94)</sup>.

Ruim 4,5 miljoen Europeanen (gemiddeld 1,3 %) hebben in het afgelopen jaar cocaïne gebruikt. Het cijfer voor dit

<sup>(88)</sup> Zie „Interpretatie van vangsten en andere marktgegevens“, blz. 37.

<sup>(89)</sup> Dit moet getoetst worden zodra de nog ontbrekende gegevens over 2005 binnen zijn. Om een schatting mogelijk te maken, zijn de ontbrekende gegevens over 2005 vervangen door de gegevens over 2004.

<sup>(90)</sup> Zie de tabellen SZR-9 en SZR-10 in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(91)</sup> Zie tabel PPP-3 in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(92)</sup> Zie tabel PPP-7 in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(93)</sup> Zie voor de berekeningsmethode voetnoot (30).

<sup>(94)</sup> Zie tabel GPS-8 in het Statistical Bulletin 2007.

recente gebruik varieert van 0,1 % in Griekenland tot 3,0 % in Spanje, waarbij ook Italië en het Verenigd Koninkrijk prevalentiewaarden van meer dan 2 % rapporteren <sup>(95)</sup>. Naar schatting hebben 2 miljoen Europeanen (gemiddeld 0,6 %) in de afgelopen maand cocaïne gebruikt <sup>(96)</sup>.

Cocaïne wordt, net als andere illegale drugs, het meest door jongvolwassenen gebruikt (15 tot 34 jaar). Circa 7,5 miljoen Europese jongvolwassenen (gemiddeld 5,3 %) hebben het ooit in hun leven gebruikt; vijf landen melden prevalentiewaarden van 5 % of hoger (Duitsland, Italië, Denemarken, Spanje, Verenigd Koninkrijk) <sup>(97)</sup>. Volgens schattingen van het cocaïnegebruik in kortere referentieperioden <sup>(98)</sup> hebben 3,5 miljoen (2,4 %) jongvolwassenen de drug in de afgelopen 12 maanden gebruikt en 1,5 miljoen (1 %) in de afgelopen maand.

Onder scholieren is de prevalentie van cocaïnegebruik veel lager dan van cannabisgebruik. In de meeste landen is de prevalentie van het „ooit“-gebruik van cocaïne onder 15- en 16-jarigen 2 % of lager; alleen in Spanje en het Verenigd Koninkrijk stijgt dit cijfer tot 6 % <sup>(99)</sup>. Voor 17- en 18-jarige scholieren liggen de schattingen van de prevalentie van „ooit“-gebruik aanzienlijk hoger in Spanje, ook al suggereren voorlopige gegevens voor dit land een recentelijke lichte daling <sup>(100)</sup>. In de meeste van de andere 15 landen waarvoor gegevens beschikbaar zijn, liggen de prevalentiewaarden ook hoger voor de oudere scholieren, maar in minder extreme mate. Opgemerkt dient te worden dat de waarden voor recent en actueel gebruik van cocaïne veel lager liggen.

Cocaïnegebruik blijft niet beperkt tot bepaalde maatschappelijke groepen; in recreatieve settings kan het gebruik onder sociaal geïntegreerde jongvolwassenen hogere niveaus bereiken dan dat in de algemene bevolking. Uit onderzoeken naar de dancescene in verschillende Europese landen kwamen prevalentiewaarden voor cocaïnegebruik naar voren van 10 tot 75 % <sup>(101)</sup>.

Patronen van cocaïnegebruik lopen sterk uiteen in de verschillende gebruikersgroepen. De meeste sociaal geïntegreerde gebruikers snuiven de drug. Velen gebruiken cocaïne ook in combinatie met alcohol, tabak, cannabis en andere stimulerende middelen <sup>(102)</sup>; dit soort polydrugsgebruik kan tot verhoogde gezondheidsrisico's leiden.

Het gebruik van crack blijft in Europa relatief laag en concentreert zich in gemarginaliseerde en buitengesloten

subgroepen in bepaalde steden. Cocainerokers zijn echter wel verantwoordelijk voor een aanzienlijk deel van de behandelaanvragen, zij het dat ze wel in de minderheid blijven. Onder degenen die geen andere drugs injecteren, lijkt het spuiten van cocaïne niet veel voor te komen, zelfs niet bij cliënten in behandeling (zie hieronder). Er zijn echter steeds meer meldingen van heroïnespuiters die ook cocaïne spuiten, of mengsels van cocaïne en heroïne.

Schattingen van de prevalentie van problematisch cocaïnegebruik <sup>(103)</sup> zijn er voor slechts drie landen (Spanje, Italië, Verenigd Koninkrijk). In deze landen liggen de schattingen rond de 3 tot 6 probleemgebruikers per 1 000 volwassenen (15-64 jaar) <sup>(104)</sup>.

### Trends in cocaïnegebruik

De tekenen die in het jaarverslag van 2006 werden opgemerkt en die zouden wijzen op een stabilisatie van het cocaïnegebruik onder jongvolwassenen, worden niet ondersteund door de jongste gegevens. In alle landen met recente enquêtegegevens worden toenamen in de prevalentie van cocaïnegebruik onder de 15- tot 34-jarigen vastgesteld, waarbij er wel sprake lijkt te zijn van een afvlakking van de toename in Spanje en het Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales), de lidstaten met de hoogste prevalentiewaarden. Italië en Denemarken rapporteren opmerkelijke stijgingen (figuur 7).

Door de gegevens van landen met langere longitudinale reeksen en significante prevalentiewaarden te analyseren, kunnen trends binnen subpopulaties vastgesteld worden. In zowel Spanje als het Verenigd Koninkrijk was de toename van de prevalentie uitgesprokener bij mannen dan bij vrouwen. De gerapporteerde toename in recent cocaïnegebruik in Spanje sinds 2001 valt vrijwel geheel toe te schrijven aan het toegenomen gebruik in de leeftijdscategorie van 15 tot 24 jaar, in plaats van aan de groep 15- tot 34-jarigen als geheel.

Er is wel gesuggereerd dat in sommige Europese landen andere stimulerende middelen door cocaïne zouden zijn „vervangen“ <sup>(105)</sup>. Gegevens die zijn verkregen uit in danceclubs gehouden enquêtes onder jongeren moeten voorzichtig worden behandeld, aangezien de steekproef zeer selectief is. Niettemin bieden ze inzicht in het gedrag van mensen die regelmatig drugs gebruiken en uit in Nederland verrichte onderzoeken komt naar voren dat, in bepaalde gemeenten, onder clubbezoekers cocaïne

<sup>(95)</sup> Zie tabel GPS-10 in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(96)</sup> Zie tabel GPS-12 in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(97)</sup> Zie tabel GPS-9 in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(98)</sup> Zie de tabellen GPS-11 en GPS-13 in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(99)</sup> Zie tabel EYE-3 in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(100)</sup> Zie tabel EYE-2 in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(101)</sup> Zie de selected issue over drugsgebruik in recreatieve settings uit 2006.

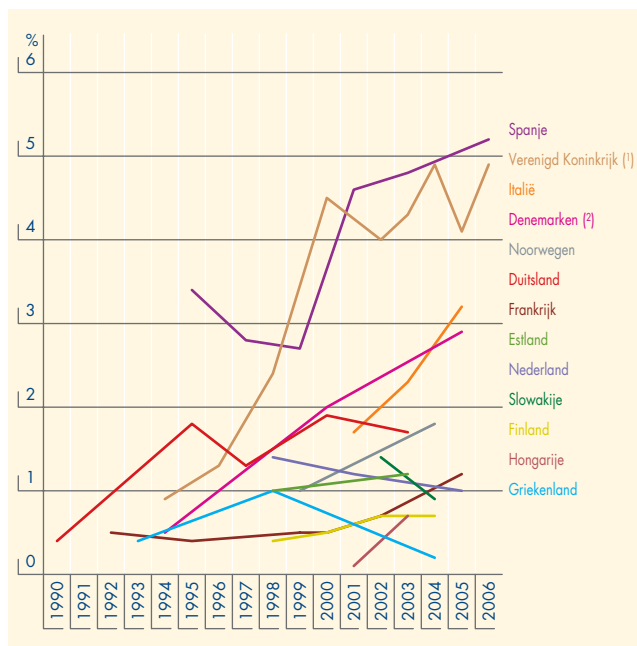
<sup>(102)</sup> Zie figuur 15 in het jaarverslag 2006.

<sup>(103)</sup> Gedefinieerd als langdurig en/of regelmatig en/of injecterend cocaïnegebruik.

<sup>(104)</sup> Zie tabel PDU-2 in het Statistical Bulletin 2007 en de selected issue over cocaïne uit 2007.

<sup>(105)</sup> Zie hoofdstuk 4 van dit verslag.

**Figuur 7** — Trends in recent gebruik (laatste 12 maanden) van cocaïne onder jongvolwassenen (15-34 jaar)



(1) Engeland en Wales.

(2) In Denemarken heeft de waarde voor 1994 betrekking op „hard drugs”. De gegevens zijn ontleend aan de meest recente nationale enquêtes die in elk land beschikbaar waren op het moment van rapportage. Zie voor nadere informatie tabel GPS-4 in het Statistical Bulletin 2007.

Bronnen: Nationale Reitox-verslagen (2006), gebaseerd op enquêtes onder de bevolking, onderzoeksverslagen en wetenschappelijke artikelen.

ecstasy heeft verdrongen als het meest gebruikte stimulerend middel en dat de drug onder sommige groepen aan aanvaardbaarheid heeft gewonnen.

## Cocaïne: de vraag naar behandeling

Cocaïne is na opioïden en cannabis de drug die in Europa het meest wordt genoemd als reden om in behandeling te gaan. In 2005 zijn ongeveer 48 000 aanvragen voor behandelingen voor cocaïne als primaire drug gerapporteerd, goed voor circa 13 % van alle gemelde behandelaanvragen in de EU <sup>(106)</sup>; ook wordt cocaïne als secundaire drug genoemd door circa 15 % van alle extramurale cliënten <sup>(107)</sup>. Achter dit algemene percentage gaat een grote variatie tussen landen schuil: in de meeste landen is de vraag naar behandeling vanwege cocaïne vrij laag, maar in Nederland (35 %) en in Spanje (42 % in 2004) maken drugsgebruikers die voor cocaïnegebruik behandeld willen worden een veel groter deel uit van alle cliënten die in behandeling gaan. Onder hen die voor het eerst behandeld worden is het percentage cocaïnecliënten hoger: circa 22 % van alle nieuwe aanvragen voor

behandeling (33 000 mensen, op basis van 22 landen) heeft betrekking op cocaïne.

De in eerdere jaren gerapporteerde stijging van het aantal mensen dat behandeld wil worden voor cocaïnegebruik zet zich door. Van 1999 tot 2005 is het percentage nieuwe cliënten die voor cocaïnegebruik behandeld wilden worden gegroeid van 11 naar 24 % van alle nieuwe cliënten en het aantal gemelde gevallen is gestegen van 13 000 naar 33 000 <sup>(108)</sup>. Een uitgebreidere analyse van de trends in de vraag naar behandeling voor cocaïnegebruik is te vinden in de selected issue over cocaïne uit 2007.

Volgens Europese gegevens over drugsgebruikers die in behandeling gaan voor primair cocaïnegebruik, gaat het hierbij vooral om cocaïnepoeder (85 %) en slechts in 15 % van de gevallen om crack. Bijna alle gerapporteerde behandelingen voor cocaïneverslaving vinden extramuraal plaats (94 %) <sup>(109)</sup>. Opgemerkt dient echter te worden dat de gegevens over behandelingen van cocaïneverslaving in intramurale settings en door huisartsen onvolledig zijn.

Cocaïnecliënten die zich aanmelden bij extramurale behandelcentra vormen met een gemiddelde leeftijd van 31 jaar, na opioïdengebruikers, de oudste cliëntengroep <sup>(110)</sup>. Het gaat in verreweg de meeste gevallen om mannen: deze groep kent een van de hoogste man/vrouw-verhoudingen van alle soorten drugscliënten (bijna 5:1 in de totale groep cliënten, en 6:1 bij de nieuwe cliënten) <sup>(111)</sup>. De meeste cocaïnegebruikers die extramuraal behandeld worden, zijn tussen de 15 en 24 jaar met de drug begonnen <sup>(112)</sup>.

## Behandeling van cocaïneverslaving

In Europa blijft het aanbod van gespecialiseerde maatregelen voor problematische cocaïne- crackgebruikers beperkt en, zoals hierboven al opgemerkt, komen de meeste meldingen van behandelingen van cocaïneverslaving momenteel uit Spanje en Nederland. In landen met substantiële cocaïnegebruikende bevolkingsgroepen neemt de belangstelling voor gespecialiseerde diensten echter toe. In landen waar de prevalentie laag is wordt, naar te verwachten viel, het aanbieden van specifieke behandelingen van cocaïneverslaving niet als beleidsprioriteit gemeld. In tegenstelling tot de behandeling van opioïdenverslaving, met gebruikers die een relatief homogene populatie vormen, heeft men bij de behandeling van cocaïneverslaving in Europa te maken met de extra uitdaging dat de gebruikers zeer divers zijn. De meeste van de extramurale cliënten die in behandeling zijn voor primair cocaïnegebruik nemen de drug tot zich door te snuiven; dan volgt roken of inhaleren, en spuiten wordt door slechts

<sup>(106)</sup> Zie figuur TDI-2 in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(107)</sup> Zie tabel TDI-22 (deel i) in het Statistical Bulletin 2006.

<sup>(108)</sup> Zie figuur TDI-1 in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(109)</sup> Zie de tabellen TDI-24 en TDI-115 in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(110)</sup> Zie tabel TDI-10 in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(111)</sup> Zie tabel TDI-21 in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(112)</sup> Zie tabel TDI-11 (deel i) tot en met (deel iv) in het Statistical Bulletin 2007.

minder dan 10 % van de cliënten genoemd. Onder de nieuwe cliënten wordt zelfs nog minder gespoten (5 %) <sup>(113)</sup>. Ongeveer 16 % van de cocaïnecliënten meldt de drug in combinatie met opioïden te gebruiken en in sommige landen is het zo dat veel cliënten die behandeld worden voor opioïdenproblemen ook (incidenteel) cocaïne gebruiken.

Drugsbehandelcentra hebben daarom vaak te maken met drie verschillende hulpvraagpopulaties, die als volgt kunnen worden gekarakteriseerd: ten eerste de sociaal beter geïntegreerde cocaïnegebruikers met mogelijk een geschiedenis van regelmatig „recreatief“ polydrugsgebruik inclusief alcohol; ten tweede de cocaïnegebruikers die tevens problemen hebben met opioïden; en ten derde de sterk gemarginaliseerde en problematische gebruikers van crack.

Deze drie groepen hebben verschillende behoeften en vereisen een verschillende aanpak van de behandelaars. In Europa vinden de meeste behandelingen van cocaïnegebruikers plaats in extramurale settings, die vaak vooral zijn ingericht met het oog op opioïdengebruikers. Het is de vraag hoe aantrekkelijk dergelijke diensten zijn voor relatief goed geïntegreerde cocaïnegebruikers die door hun recreatieve gebruik van de drug problemen hebben ontwikkeld. Het is dan ook aannemelijk dat een deel van deze groep hulp zoekt in de algemene gezondheidszorg, zoals bij de eigen huisarts of therapeuten of, als ze hiertoe in staat zijn, bij gespecialiseerde privéklinieken.

Waar bij de behandeling van opioïdenverslaving farmacologische middelen kunnen worden voorgeschreven, zijn de mogelijkheden hiertoe bij behandeling van cocaïneverslaving beperkt; wel kunnen er middelen worden gebruikt om ontweningsverschijnselen te bestrijden. Momenteel zijn er geen farmacologische middelen om gebruikers te helpen afkicken van cocaïne, al komen die er in de toekomst misschien wel. De nadruk is in Europa gelegd op psychosociale interventie, meestal op basis van cognitieve gedragstherapeutische benaderingen. Een uitgebreid overzicht van de mogelijkheden voor de behandeling van cocaïneverslaving is te vinden in de selected issue over cocaïne uit 2007 en in een technische evaluatie van het EWDD (EWDD, 2007b).

Vanwege de geringe prevalentie en het geografisch sterk beperkte voorkomen van crackproblematiek in Europa, is ook de ervaring in het omgaan met deze groep drugsgebruikers zeer beperkt. Er is veel literatuur over ervaringen in de Verenigde Staten met crack-cocaïne, maar het is niet duidelijk in hoeverre deze rechtstreeks kan worden toegepast in de Europese context. Het Verenigd Koninkrijk, waar in vergelijking met andere Europese landen relatief veel problematisch crackgebruik wordt gerapporteerd, heeft richtlijnen opgesteld voor professionals die erop gericht zijn behandelingen van crackverslaving aan te bieden in het kader van een structureel behandelprogramma, inclusief

afkicken en maatregelen ter minimalisering van eventuele schade (NTA, 2002). Uit een recente evaluatie van de in het Verenigd Koninkrijk aangeboden behandelingen kwamen ook enkele positieve resultaten bij intramuraal behandelde crackgebruikende cliënten naar voren (Weaver, 2007).

## Risico- en schadebeperking

Recreatieve cocaïnegebruikers lopen risico, niet alleen om verslaafd te raken aan de drug, maar ook vanwege de interactie van cocaïne met andere drugs of met reeds bestaande cardiovasculaire problemen. De meeste Europese landen melden dat cocaïnegebruikers via verschillende routes toegang hebben tot informatie over cocaïne en de gevaren van cocaïnegebruik: websites, hulplijnen en andere kanalen. Het is interessant om te zien dat FESAT (het Europese Netwerk van drugslijnen) over 2005 en 2006 een toename meldt van het aantal telefoontjes dat te maken heeft met cocaïne <sup>(114)</sup>.

Cocaïnegebruik kan gepaard gaan met risicovolle seksuele activiteiten en werk in de seksbranche. Onderzoek heeft uitgewezen dat vrouwen die crack gebruiken extra kwetsbaar zijn en voor geld of drugs mogelijk zeer riskante seksuele handelingen verrichten. In enkele landen zijn er speciaal voor sekswerkers bestemde, op schadebeperking gerichte straathoekprogramma's, waarin zowel het seksuele gedrag als het drugsgebruik aan de orde komt.

Er mogen dan niet zoveel gebruikers van crack-cocaïne zijn, ze lopen wel een zeer groot risico in de problemen te komen en het kan lastig zijn ze over te halen tot behandeling of op andere wijzen te benaderen. In sommige steden met een aanzienlijke crackproblematiek, heeft men schadebeperkende programma's opgezet met straathoekwerk waarin contact wordt gemaakt met gebruikers, met crisisinterventies, met hulp bij acute medische problemen en met doorverwijzingen naar structurele hulp. Zo zijn er in Wenen kamers beschikbaar bij extramurale behandelcentra waar cocaïne- en crackgebruikers, die vaak last hebben van angstaanvallen, een veilige plek hebben waar ook basale medische zorg wordt geboden en waarvandaan naar andere diensten wordt doorverwezen. In landen waar gebruikersruimten zijn ingericht voor het spuiten van drugs, worden deze soms ook aangeboden aan crackgebruikers. In Duitsland zijn er bijvoorbeeld speciale ruimten voor crackrokers in Frankfurt en Hamburg.

Benaderingen die zijn gericht op schadebeperking zijn voor cocaïnespuiters meestal niet anders dan die voor spuiters van andere drugs (zie hoofdstuk 8), ondanks het feit dat uit sommige onderzoeken kan worden afgeleid dat gebruikers van stimulantia meer spuiten en daarom meer risico zouden kunnen lopen. Bovendien zijn er specifieke risico's verbonden aan het spuiten van crack als deze niet goed is geprepareerd.

<sup>(113)</sup> Zie de tabellen TDI-17 (deel ii) en (deel vi) en TDI-110 in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(114)</sup> <http://www.fesat.org/>.

**Cocaïne en crack-cocaïne een groeiend probleem voor de volksgezondheid, een van de selected issues van het EWDD in 2007**

De laatste jaren zijn er tekenen die erop wijzen dat cocaïnegebruik in Europa een groeiend probleem is. Deze selected issue laat zien dat sommige Europese landen een scherpe stijging hebben gezien in cocaïnegebruik, in behandelaanvragen door cocaïnegebruikers en in cocaïnevangsten. Er wordt nagegaan in hoeverre cocaïne een gevaar vormt voor de volksgezondheid. Speciale aandacht gaat

uit naar de gevolgen van cocaïne voor de gezondheid, die vaak niet juist worden ingeschat in bestaande rapportagesystemen. In de selected issue wordt nauwkeurig gekeken naar de problemen in verband met het aanbieden van een doeltreffende behandeling van cocaïne- of crackverslaving; dit blijkt namelijk een grote uitdaging, mede vanwege de zeer verschillende soorten cocaïnegebruikers, die sterk uiteenlopende behoeften hebben.

Deze selected issue is zowel in drukvorm als online verkrijgbaar (<http://issues07.emcdda.europa.eu>), maar uitsluitend in het Engels.





## Hoofdstuk 6

# Opioïdengebruik en injecterend drugsgebruik

### Aanvoer en beschikbaarheid van heroïne <sup>(115)</sup>

Europa kent van oudsher twee soorten geïmporteerde heroïne: de meest gangbare vorm is de bruine heroïne (de chemische basisvorm) die hoofdzakelijk afkomstig is uit Afghanistan, terwijl witte heroïne (een zoutvorm) beperkter verkrijgbaar en duurder is. Deze laatste vorm komt gewoonlijk uit Zuidoost-Azië, maar wordt steeds zeldzamer. Een kleine hoeveelheid opioïden wordt binnen Europa geproduceerd, maar dit was in 2005 overwegend beperkt tot de kleinschalige productie van „homemade” papaverproducten (zoals papaverconcentraten van fijngemalen papaverkronen of -stengels) in een aantal Oost-Europese landen (Letland, Litouwen, Polen).

### Productie en handel

De in Europa geconsumeerde heroïne wordt overwegend geproduceerd in Afghanistan, dat wereldwijd nog altijd de meeste illegale opium levert, gevolgd door Myanmar. Naar schatting is in 2006 6 610 ton opium geproduceerd, waarvan 92 % in Afghanistan. Deze toename met 43 % ten opzichte van de schatting voor 2005, is het gevolg van een aanzienlijke uitbreiding van het totale teeltgebied. Wereldwijd werd de potentiële productie van heroïne in 2006 op 606 ton geschat (472 ton in 2005) (UNODC, 2007). Uit de opioïdenvangsten en ontmantelde laboratoria kan worden afgeleid dat de in Afghanistan geproduceerde opium steeds vaker al vóór de export wordt omgezet in morfine of heroïne (CND, 2007).

Heroïne komt via twee hoofdroutes in Europa terecht. De van oudsher belangrijke Balkanroute is de kortste en speelt nog steeds een essentiële rol in de heroïnesmokkel. De route splitst zich na doorvoer via Pakistan, Iran en Turkije in een zuidelijke tak via Griekenland, de voormalige Joegoslavische republiek Macedonië, Albanië, Italië, Servië, Montenegro en Bosnië-Herzegovina, en in een noordelijke tak via Bulgarije, Roemenië, Hongarije, Oostenrijk, Duitsland en Nederland, waarbij Nederland fungeert als secundair distributiecentrum voor andere West-Europese landen. Sinds het midden van de jaren negentig wordt heroïne ook steeds vaker via de „zijderoute” Europa binnengesmokkeld (maar in mindere mate dan via de Balkanroute), dat wil

zeggen via de republieken in Centraal-Azië, de Kaspische Zee en de Russische Federatie, Wit-Rusland of Oekraïne, naar Estland, Letland, sommige Noordse landen, Duitsland en Bulgarije. Hoewel dit de belangrijkste routes zijn, wordt er nu ook heroïne via landen op het Arabische schiereiland (Oman, Verenigde Arabische Emiraten) vanuit Zuidwest- en Zuidoost-Azië gesmokkeld (INCB, 2006), waarna een deel ervan verder wordt gesmokkeld door oostelijk Afrika (Ethiopië, Kenia, Mauritius) en een deel via westelijk Afrika (Nigeria), om uiteindelijk terecht te komen op de illegale markten van Europa en, in mindere mate, Noord-Amerika (INCB, 2007a). Er zijn ook berichten over heroïne die afkomstig is uit Zuidwest-Azië en naar Europa wordt gesmokkeld via landen in Zuid- en Oost-Azië (India, Bangladesh, Sri Lanka, China).

### Vangsten

In 2005 zijn wereldwijd 342 ton opium, 32 ton morfine en 58 ton heroïne in beslag genomen. De grootste hoeveelheid heroïne (54 %) werd opnieuw in Azië (China, Afghanistan, Iran, Pakistan) onderschept, met Europa op de tweede plaats (38 %) (UNODC, 2007).

In 2005 is bij naar schatting 52 000 vangsten ongeveer 16,8 ton heroïne geconfisqueerd in de EU-lidstaten, de kandidaat-lidstaten en Noorwegen. Het Verenigd Koninkrijk meldt opnieuw het hoogste aantal vangsten in Europa (op basis van de gegevens van 2004), gevolgd door Spanje, Duitsland en Griekenland, terwijl Turkije de grootste hoeveelheden in beslag nam (gevolgd door het Verenigd Koninkrijk, Italië en Nederland), namelijk bijna de helft van de totale in 2005 onderschepte hoeveelheid <sup>(116)</sup>. In de periode 2000-2003 was er sprake van een afname van het aantal heroïnevangsten, maar sindsdien neemt het aantal volgens de beschikbare gegevens weer toe. In de jaren van 2000 tot en met 2005 fluctueerde de omvang van de totaal in beslag genomen hoeveelheden heroïne in de EU-lidstaten, waarbij de trend licht neerwaarts was, maar in dezelfde periode werd in Turkije een grote toename gerapporteerd <sup>(117)</sup>.

### Prijs en zuiverheid

Doordat de gegevens weinig consistent zijn is het lastig trends vast te stellen in prijs en zuiverheid; de schattingen zijn

<sup>(115)</sup> Zie „Interpretatie van vangsten en andere marktgegevens”, blz. 37.

<sup>(116)</sup> Dit moet getoetst worden zodra de nog ontbrekende gegevens over 2005 binnen zijn. Om een schatting mogelijk te maken, zijn de ontbrekende gegevens over 2005 vervangen door de gegevens over 2004.

<sup>(117)</sup> Zie de tabellen SZR-7 en SZR-8 in het Statistical Bulletin 2007.

daarom gebaseerd op slechts een klein aantal landen <sup>(118)</sup>. De meeste landen rapporteren voor bruine heroïne een gemiddelde of gebruikelijke straatwaarde van 35 tot 80 EUR per gram. Tussen 2000 en 2005 vertoonden de gemiddelde heroïneprices, gecorrigeerd voor inflatie, een dalende lijn in de meeste van de 18 landen die vergelijkbare gegevens leverden. De gemiddelde of gebruikelijke zuiverheid van bruine heroïne op straatniveau varieerde flink, met in de meeste landen waarden van 15 tot 50 %; de cijfers voor witte heroïne lagen, voor zover aanwezig, in het algemeen wat hoger (30 tot 70 %). Sinds 2000 is in de meeste van de 18 rapporterende landen sprake van een wisselende gemiddelde zuiverheid van heroïneproducten.

## Prevalentieschattingen van problematisch opioïdengebruik

De gegevens in deze paragraaf zijn gebaseerd op de indicator voor problematisch drugsgebruik (PDU) van het EWDD, die met name schattingen behelst van injecterend drugsgebruik en het gebruik van opioïden, zij het dat in enkele landen ook amfetaminegebruik een belangrijke component is <sup>(119)</sup>. Het schatten van het aantal problematische opioïdengebruikers is lastig, en om prevalentieschattingen te verkrijgen op basis van de beschikbare gegevensbronnen zijn geavanceerde analyses nodig. Bovendien zijn de meeste onderzoeken uitgevoerd in een heel specifiek gebied, zoals een stad of een stadsdeel, waardoor het lastig is naar nationale schattingen te extrapoleren.

Schattingen worden ook bemoeilijkt door de toenemende diversiteit in de patronen van problematisch drugsgebruik in Europa. Zo is het percentage polydrugsgebruikers in de meeste landen gestaag gegroeid, terwijl een aantal landen waar het opioïdengebruik (vrijwel uitsluitend heroïne) van oudsher altijd de overhand heeft gehad, nu rapporteert dat er steeds meer andere drugs, zoals cocaïne, worden gebruikt.

Recente schattingen van de prevalentie van problematisch opioïdengebruik op landelijk niveau lopen ruwweg van één tot zes gevallen per 1 000 personen in de leeftijdsgroep van 15 tot 64 jaar. Ter vergelijking, de volledige PDU-prevalentie wordt geschat op één tot acht gevallen per 1 000. Sommige van de laagste, goed gedocumenteerde beschikbaar schattingen betreffen de nieuwe EU-lidstaten, al is dit niet het geval voor Malta, dat een relatief hoge prevalentie meldt (5,8-6,7 gevallen per 1 000 personen in de leeftijdsgroep van 15 tot 64 jaar) (figuur 8).

Uit de beperkte beschikbare gegevens kan een gemiddelde prevalentie van problematisch opioïdengebruik worden

afgeleid van vier tot vijf gevallen per 1 000 personen in de leeftijdsgroep van 15 tot 64 jaar. Dit laat zich vertalen in ongeveer 1,5 miljoen (1,3-1,7 miljoen) problematisch opioïdengebruikers in de EU en Noorwegen. Dit zijn echter zeer grove schattingen en er zijn uitgebreidere gegevenssets nodig.

## Trendmatige ontwikkelingen in problematisch opioïdengebruik

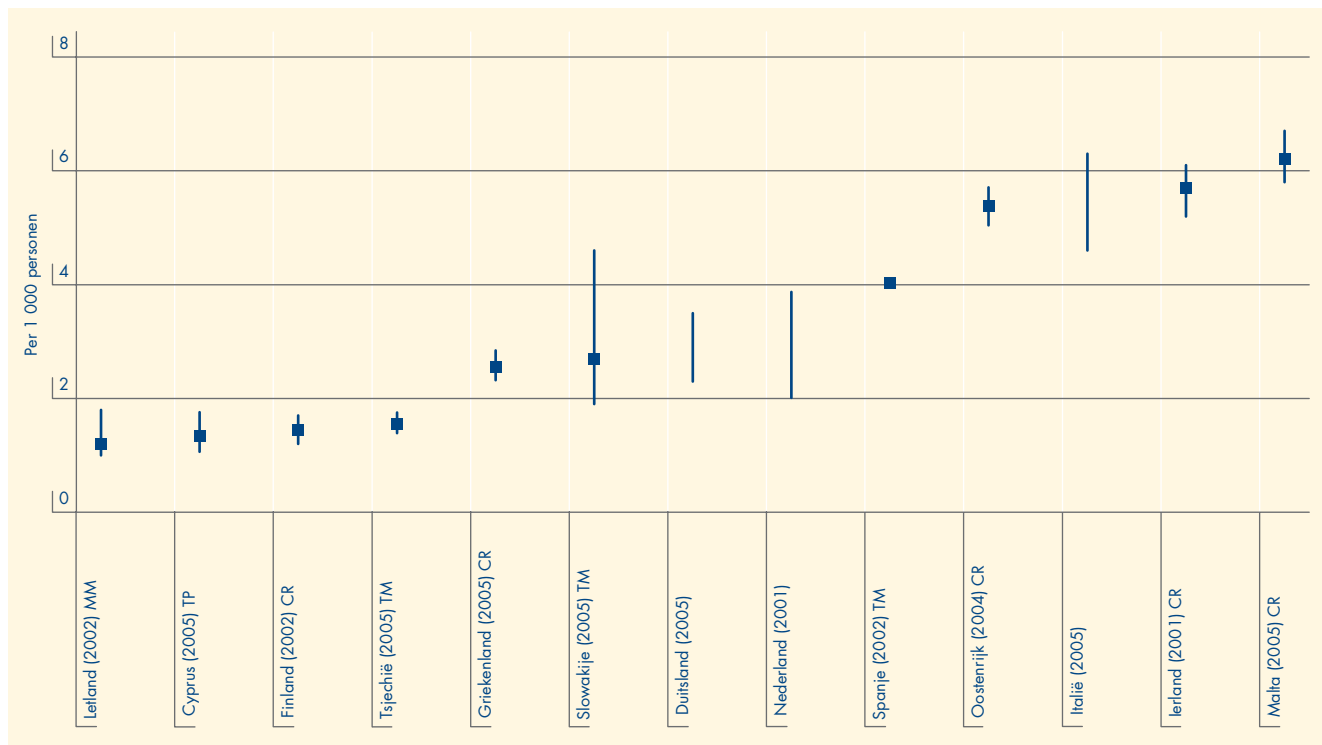
Het vaststellen van trendmatige ontwikkelingen in problematisch opioïdengebruik is lastig wegens het gebrek aan betrouwbare historische gegevens. De rapporten van sommige landen wijzen op een zekere stabilisatie in de laatste jaren van het problematisch opioïdengebruik. Longitudinale schattingen van problematisch opioïdengebruik in de periode tussen 2001 en 2005 zijn voor slechts acht landen beschikbaar; hieruit komt een relatief stabiel beeld naar voren, met slechts één land (Oostenrijk) dat een duidelijk toename rapporteert <sup>(120)</sup>.

Ondanks het algemene beeld dat de prevalentie van opioïdengebruik relatief stabiel is, zijn er aanwijzingen dat er meer heroïne wordt onderschept (zie boven), hetgeen erop zou kunnen wijzen dat er meer heroïne aanwezig is op de Europese markt, en wordt er in toenemende mate melding gemaakt van opioïden die worden onttrokken aan legitiem gebruik. In Italië wijzen de schattingen van de incidentie van heroïnegebruik op basis van het aantal behandelaanvragen op een stijging vanaf 1998, na een periode van afname; in 2005 ging het om circa 30 000 nieuwe heroïnegebruikers. Ook in Oostenrijk is het aandeel van mensen jonger dan 25 jaar toegenomen onder de nieuwe cliënten van substitutiebehandeling, hetgeen wijst op een toename van het aantal jongeren dat kampt met problemen, mede ten gevolge van het misbruik en ongecontroleerde gebruik van voorgeschreven opioïden. Evenzo rapporteert Tsjechië, na een periode van afname, een toename in het injecterend gebruik van een afgeleide stof (te weten buprenorfine), en uit België afkomstige informatie wijst op een toename van het illegale gebruik van methadon. Een recente doorlichting van laagdrempelige diensten in Frankrijk heeft de bezorgdheid doen toenemen over het illegale gebruik, inclusief injecterend gebruik, van buprenorfine en over gebruik door jongeren die aan de drugs zijn geraakt via buprenorfine in plaats van heroïne. Ook wordt melding gemaakt van nieuwe subgroepen jonge en gemarginaliseerde injecterende drugsgebruikers. Ook in Finland lijkt bij de nieuwe aanvragen voor opioïdenbehandelingen de plaats van heroïne grotendeels te zijn ingenomen door buprenorfine en wordt steeds vaker melding gemaakt van sterfgevallen als gevolg van overdoses.

<sup>(118)</sup> Zie de tabellen PPP-2 en PPP-6 in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(119)</sup> Hoewel de technische definitie van PDU die het EWDD hanteert als volgt luidt: „gebruik via injectie of langdurig/regelmatig gebruik van opioïden, cocaïne en/of amfetaminen”, gaat het bij de schattingen van problematisch drugsgebruik vooral om heroïnegebruik. In de weinige landen waar sprake is van problematisch gebruik van amfetaminen, zijn er goed gedocumenteerde schattingen. Schattingen van problematisch cocaïnegebruik zijn er maar weinig en de PDU-indicator is voor deze drug dan ook waarschijnlijk minder betrouwbaar, behalve in enkele landen met hoge prevalenties.

<sup>(120)</sup> Zie figuur PDU-4 (deel iii) in het Statistical Bulletin 2007.

**Figuur 8** — Schattingen van de prevalentie van problematisch gebruik van opioïden (per 1 000 personen tussen de 15 en 64 jaar) 2001-2005

NB: Het symbool staat voor een puntschatting, terwijl een streepje een onzekerheidsinterval aangeeft, hetgeen ofwel een 95 %-betrouwbaarheidsinterval is ofwel een op een sensitiviteitsanalyse gebaseerd interval (zie tabel PDU-3 voor nadere informatie). De doelgroepen kunnen enigszins verschillend zijn vanwege verschillen in schattingsmethoden en gegevensbronnen; daarom is terughoudendheid geboden bij het maken van vergelijkingen. Indien geen methode is aangegeven, staat de lijn voor een interval tussen de hoogste en de laagste bestaande schatting. Schattingsmethoden: CR = Capture-Recapture (Capture/release steekproefprocédé); TM = Treatment Multiplier (behandelingsmultiplier); TP = Truncated Poisson (Poisson-verdeling); MM = Mortality Multiplier (mortaliteitsmultiplier). Zie voor nadere informatie de tabellen PDU-1, PDU-2 en PDU-3 in het Statistical Bulletin 2007.

Bronnen: Nationale focal points.

## Injecterend drugsgebruik

Injecterende drugsgebruikers (ID's) lopen een hoog risico dat hun drugsgebruik tot gezondheidsproblemen leidt, zoals door bloed overgedragen infectieziekten (hiv/aids, hepatitis e.d.) of overdoses. Ondanks het belang ervan voor de volksgezondheid, zijn slechts weinig landen momenteel in staat schattingen te geven van hoeveel injecterend drugsgebruik er is (figuur 9). Daarom is het voor de ontwikkeling van gezondheidvolgsystemen in Europa een grote uitdaging de monitoring van deze specifieke groep te verbeteren.

### Indirecte schattingen van de prevalentie van injecterend drugsgebruik

De meeste beschikbare schattingen van injecterend drugsgebruik (ID) zijn gebaseerd op percentages dodelijke overdoses dan wel op gegevens over infectieziekten (zoals hiv). De door de landen gemelde cijfers variëren aanzienlijk, in de periode 2001-2005 in het algemeen tussen de 0,5 en zes gevallen per 1 000 personen in de leeftijdsgroep van 15 tot 64 jaar. Een uitzondering wordt gevormd door Estland, waar veel meer dan 15 gevallen op de 1 000 wordt gerapporteerd. Van de andere landen die gegevens hebben kunnen leveren, komen de hoogste schattingen uit Tsjechië, Slowakije, Finland en het Verenigd Koninkrijk (vier

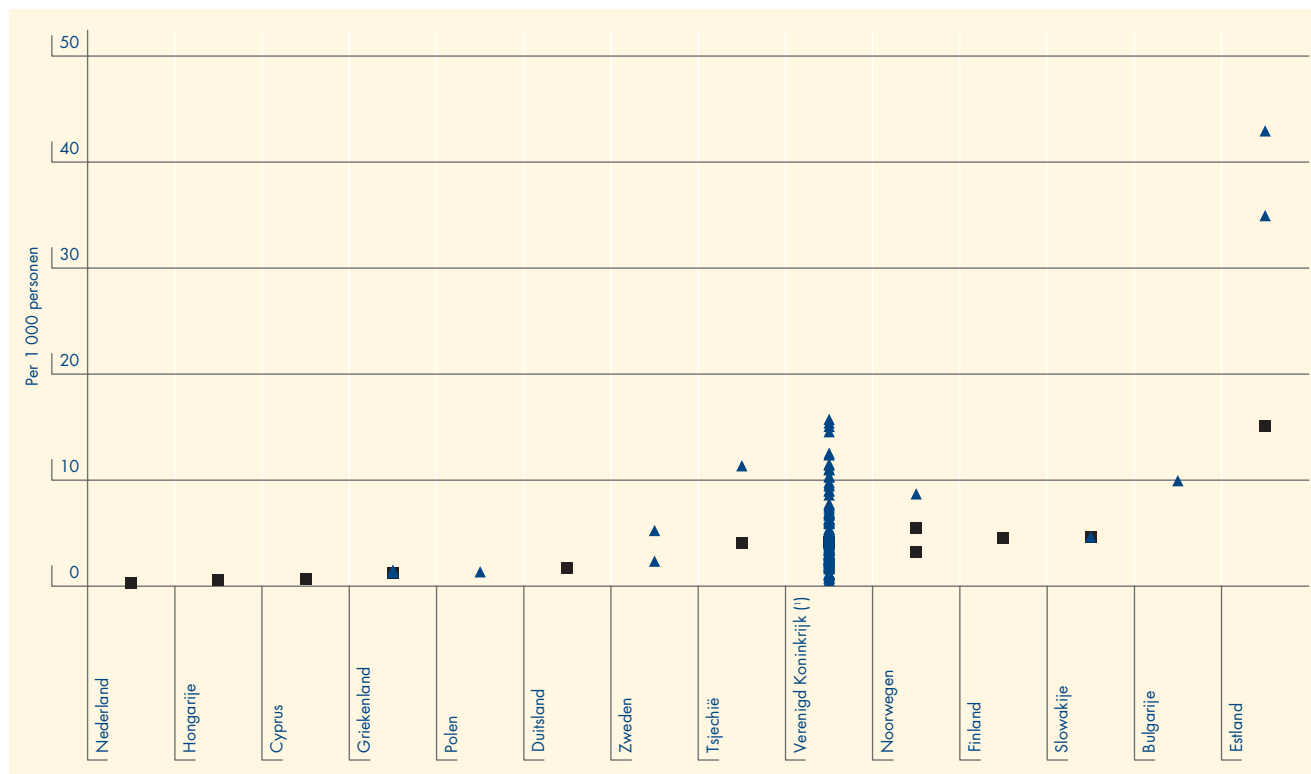
tot vijf gevallen per 1 000 mensen van 15 tot 64 jaar) en de laagste uit Cyprus, Hongarije en Nederland (minder dan één geval per 1 000).

De beperkte hoeveelheid gegevens maakt extrapolatie lastig, maar er lijkt geconcludeerd te kunnen worden dat er een gemiddelde ID-prevalentie is („actuele spuiters”) van drie tot vier op de 1 000 volwassenen. Dit zou betekenen dat er in de EU en Noorwegen samen vandaag de dag circa 1,1 miljoen (0,9-1,3 miljoen) injecterende gebruikers zijn. Dit zijn vooral gebruikers van opioïden, zij het dat ze ook andere drugs kunnen spuiten, en enkele landen rapporteren een significant probleem met de injectie van amfetaminen en/of metamfetamine (Tsjechië, Slowakije, Finland, Zweden).

### Trends in injecterend drugsgebruik, gebaseerd op de vraag naar behandeling

Het gebrek aan gegevens maakt het moeilijk conclusies te trekken over trends in injecterend drugsgebruik, maar enig inzicht is hierin wel te verkrijgen door te kijken naar gegevens over drugsgebruikers die in behandeling gaan. De behandelaanvragen van opioïdengebruikers kunnen bijvoorbeeld iets aangeven over de gebruikspatronen in de bredere bevolking. Het aandeel spuiters van alle primaire heroïnegebruikers die in behandeling gaan (2001-2005), laat duidelijke verschillen zien in de niveaus van injecterend

**Figuur 9** — Schattingen uit nationale en subnationale onderzoeken van de prevalentie van injecterend drugsgebruik (per 1 000 personen tussen de 15 en 64 jaar), 2001-2005



(\*) Engelse regionale schattingen voor 2004/2005.

NB: Zwart vierkantje = onderzoek met landelijke dekking; blauw driehoekje = onderzoek met minder dan landelijke dekking.

Het patroon van subnationale prevalentieschattingen hangt sterk af van de vraag waar onderzoeken in een land hebben plaatsgevonden en hoeveel onderzoeken er beschikbaar zijn. De doelgroepen kunnen enigszins verschillend zijn vanwege verschillen in methoden en gegevensbronnen; daarom is terughoudendheid geboden bij het maken van vergelijkingen.

Zie voor nadere informatie de tabellen PDU-1, PDU-2 en PDU-3 in het Statistical Bulletin 2007.

Bronnen: Nationale focal points.

drugsgebruik tussen de landen. Al met al wijzen deze gegevens, met waargenomen dalingen in Denemarken, Ierland, Griekenland, Hongarije, het Verenigd Koninkrijk en Turkije, erop dat spuiten minder populair aan het worden is. In sommige landen (Spanje, Nederland, Portugal) spuit nog maar een relatief klein deel van de heroïnegebruikers. Dit beeld wordt echter niet overal bevestigd: in diverse nieuwe lidstaten lijkt injecteren toch nog de meest gebruikte manier voor het toedienen van heroïne. Bij gebruikers van andere drugs dan heroïne kunnen de trends met betrekking tot injecteren anders zijn.

## Behandeling van opioïdenverslaving

### Onderhoudsbehandeling

Dankzij analyse van de uitkomsten van behandelingen en gecontroleerd onderzoek is er nu vrij stevig bewijs voor de doelmatigheid van substitutiebehandelingen bij het bestrijden van verslaving aan heroïne en andere opioïden (zie Gossop, 2006 voor een bespreking). Aangetoond is dat er positieve effecten behaald kunnen worden wat betreft de vermindering van het illegale drugsgebruik, van gezondheidsbedreigend

gedrag en van crimineel gedrag en wat betreft verbetering van het sociaal functioneren. Substitutieprogramma's beperken zich meestal niet tot het voorschrijven van een substitutiemiddel, maar omvatten ook andere interventies ter ondersteuning van gedragsverandering. In het algemeen heerst er consensus dat het goed is om programma's te integreren in een breder kader van medische zorg en maatschappelijke hulp.

### Verstrekking van substitutiemiddelen in Europa

In de afgelopen vijftien jaar is het aantal substitutiebehandelingen voor heroïneverslaafden in de EU flink gestegen. Volgens de beschikbare gegevens is dit vooral het gevolg van het feit dat het aantal substitutiebehandelingen in de lidstaten van de EU-15 sinds 1993 ruim verzevenvoudigd is.

In de meeste landen, met uitzondering van vijf (Tsjechië, Frankrijk, Letland, Finland, Zweden), is methadon verreweg de meest gebruikte substitutiedrug, goed voor circa 72 % van alle substitutiebehandelingen <sup>(121)</sup>. Behandeling met methadon gebeurt meestal vanuit gespecialiseerde extramurale centra, maar in enkele landen ook vanuit

<sup>(121)</sup> Zie de tabellen HSR-7, HSR-9 en HSR-11 in het Statistical Bulletin 2007.

### Kwaliteitsbewaking en substitutiebehandelingen

De doeltreffendheid van een programma hangt af van de kwaliteit van de geboden zorg. Er heerst bezorgdheid over de kwaliteit van bepaalde substitutiebehandelprogramma's, waarin de nadruk te veel zou liggen op het verstrekken van substitutiemiddelen en te weinig aandacht zou worden besteed aan het bieden van een compleet pakket sociale en medische zorg. Andere kritiek heeft betrekking op een vermeend gebrek aan goede medische monitoring; slordige verstrekkingprocedures waardoor drugs op de illegale markt terechtkomen; en het feit dat behandelprogramma's met lage doses niet gesteund worden door klinisch bewijs met betrekking tot de effectiviteit (Loth et al., 2007; Schifano et al., 2006; Strang et al., 2005).

Vele landen hebben deze punten ter harte genomen en Denemarken, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk melden dat onderzocht wordt hoe de kwaliteit van de aangeboden zorg verbeterd kan worden. In Denemarken is onlangs een driejarig project afgerond waarin is gekeken naar de effecten van bredere psychosociale ondersteuning bij substitutiebehandelingen en waarin procedures voor kwaliteitsbewaking zijn getest.

In Duitsland zijn onlangs twee onderzoeken gedaan naar de praktijk van substitutietherapie, waarin is gekeken naar mogelijkheden om de zorg te verbeteren (COBRA) en waarin aspecten van kwaliteitsbewaking zijn onderzocht, hetgeen heeft geresulteerd in een nieuw handboek voor artsen (ASTO). In het Verenigd Koninkrijk (Engeland) is onlangs een audit gehouden om te analyseren hoe het staat met de wijze waarop substitutiemiddelen worden verstrekt en met het klinisch beheer en in hoeverre geldende klinische richtlijnen worden nageleefd.

De aanwezigheid van nationale klinische richtlijnen, standaards en behandelprotocollen is van belang voor het garanderen van de kwaliteit van substitutiebehandelingen. Nationale klinische richtlijnen en behandelprotocollen worden ontwikkeld of herzien in Denemarken, Ierland, Hongarije, Portugal, het Verenigd Koninkrijk en Noorwegen, en Slowakije heeft in 2004 richtlijnen gepubliceerd voor de administratie van methadonbehandelingen. In Nederland worden onderhoudsbehandeling steeds vaker volgens medische behandelnormen uitgevoerd en gebeurt de toediening van methadon in de eerste behandel fase onder toezicht. In Oostenrijk zijn in 2005 twee verordeningen opgesteld die het kader moeten vormen voor met medicatie ondersteunde behandelingen, met de bedoeling de kwaliteit van substitutiebehandelingen te verbeteren en maatregelen in te voeren voor gebruik onder toezicht alsmede regelgeving voor artsen die op dit gebied werkzaam zijn.

Een nationaal volgsysteem van cliënten in substitutiebehandelprogramma's biedt tevens informatie die gebruikt kan worden om de kwaliteit en beschikbaarheid van de dienstverlening te beoordelen. Dergelijke systemen bestaan momenteel in 17 lidstaten, terwijl in België en Luxemburg nationale substitutieregisters in voorbereiding zijn en in Tsjechië gewerkt wordt aan een uitbreiding van het bestaande register naar alle gezondheidscentra.

huisartsenpraktijken of, wanneer patiënten stabiel zijn, vanuit wijkcentra. De methadonverstrekking zelf wordt op verschillende manieren geregeld: soms is het middel alleen verkrijgbaar bij speciale centra en vindt de toediening ervan onder toezicht plaats, soms ook, bijvoorbeeld in het Verenigd Koninkrijk, spelen apotheken een belangrijke rol en kan het middel mee naar huis worden genomen.

De laatste jaren is in de EU de belangstelling gegroeid voor andere farmacologische middelen om drugsverslaving te bestrijden en met name buprenorfine wordt steeds meer toegepast. Slovenië en Malta hebben zich, in respectievelijk 2005 en mei 2006, aangesloten bij de groep Europese landen die het gebruik van buprenorfine toestaan voor onderhoudsbehandelingen door speciale eenheden<sup>(122)</sup>, zodat deze optie nu alleen nog niet beschikbaar is in Bulgarije, Hongarije, Polen en Roemenië.

Een belangrijke reden voor de opkomst van buprenorfine is dat gesteld kan worden dat dit middel een geschiktere farmaceutische optie is dan methadon voor gemeenschapsgerichte programma's. Het gaat hier om een complex vraagstuk dat uitgebreid wordt besproken in de selected issue over buprenorfine uit 2005. In de meeste landen mag buprenorfine alleen worden voorgeschreven door speciaal opgeleide, officieel erkende artsen en is gebruik ervan onderhevig aan regels die recht doen aan het feit dat het volgens internationale verdragen een gecontroleerde stof is (lijst III van het Verdrag van de Verenigde Naties van 1988 inzake psychotrope stoffen).

Buprenorfine wordt op de markt gebracht als pillen die onder de tong moeten worden gehouden, maar er zijn berichten dat deze, hoewel het geen prettig middel is om te injecteren, worden opgelost en vervolgens ingespoten. Het gevaar van misbruik van buprenorfine wordt bevestigd door berichten uit sommige landen dat het middel op de illegale markt wordt gebracht. Om illegaal gebruik van buprenorfine te ontmoedigen, is een nieuwe formule van de drug ontwikkeld waarin ook naloxon wordt gebruikt. Deze formule (Suboxon) is in 2006 goedgekeurd voor de Europese markt.

In januari 2007 heeft Nederland behandeling met behulp van heroïne geïntroduceerd als mogelijkheid voor de behandeling van opioidenverslaving en het aantal behandelplaatsen uitgebreid tot ongeveer 1 000; deze behandelbaarheid bestond tot dan alleen in het Verenigd Koninkrijk. Het totale aantal cliënten in Europa dat heroïne ontvangt is zeer klein en dergelijke behandelingen blijven over het algemeen beperkt tot uitgesproken chronische gevallen waarvoor andere therapeutische benaderingen niet hebben gewerkt. De werkzaamheid van heroïne als substitutiemiddel is experimenteel onderzocht in zowel Spanje (March et al., 2006) als Duitsland (Naber en Haasen, 2006). Beide onderzoeken leidden tot positieve bevindingen, hetgeen suggereert dat deze aanpak een geschikte oplossing biedt voor maatschappelijk buitengesloten opioidengebruikers met ernstige problemen die slecht hebben gereageerd op andere behandelmethoden.

<sup>(122)</sup> Zie figuur HSR-1 en tabel HSR-8 in het Statistical Bulletin 2007.

### Procedure voor goedkeuring van geneesmiddelen voor de Europese markt

Het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA) is verantwoordelijk voor de wetenschappelijke beoordeling van aanvragen voor de goedkeuring van geneesmiddelen voor de Europese markt. Medicijnen die in deze gecentraliseerde procedure worden goedgekeurd, mogen in alle lidstaten van de Europese Unie op de markt worden gebracht.

Van alle goedgekeurde medicijnen wordt tevens de veiligheid gemonitord. Dit wordt gedaan via het EU-netwerk van nationale geneesmiddelenbureaus, in nauwe samenwerking met beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg en de farmaceutische industrie zelf.

Het EMA publiceert voor ieder centraal goedgekeurd product een openbaar Europees beoordelingsrapport (European Public Assessment Report, ofwel EPAR); deze EPAR's staan op de EMA-website (<http://www.ema.europa.eu/>) en er zijn samenvattingen voor het algemene publiek beschikbaar in alle officiële talen van de EU. Het EMA werkt in het kader van het besluit van de Raad ook samen met het EWDD en Europol om nieuwe drugsdreigingen in Europa op te sporen (zie hoofdstuk 7).

Deze onderzoeken naar heroïneverstrekking hebben, samen met eerder werk, het debat gestimuleerd over de noodzaak deze behandelmethodes breder beschikbaar te maken.

### Gegevens over behandelingen

Het EWDD verzamelt twee soorten informatie om behandelingen in Europa mee te beschrijven. De TDI (Treatment Demand Indicator — indicator voor de vraag naar behandeling) is gebaseerd op gegevens over de kenmerken van cliënten die in Europa aan een behandeling beginnen. Daarnaast is de lidstaten gevraagd gegevens te verstrekken over de structuur en toegankelijkheid van diensten.

#### De treatment demand indicator

Door te kijken naar de cliënten die binnen Europa beginnen aan drugsbehandelingen ontstaat niet alleen een beeld van de algemene epidemiologische situatie met betrekking tot gebruikspatronen en -trends, maar ook van de vraag naar en de beschikbaarheid van verschillende behandelvormen. Het kan lastig zijn de verstrekte gegevens te interpreteren, aangezien een toename van het aantal mensen dat voor een bepaald drugsprobleem in behandeling is, het gevolg kan zijn van toegenomen vraag, maar ook van meer aanbod van een bepaalde dienst. Om dit soort gegevens beter te kunnen analyseren, wordt een onderscheid gemaakt tussen de „nieuwe” en „alle” behandelaanvragen, uitgaand van

de veronderstelling dat de „nieuwe behandelaanvragen” veranderingen in patronen van drugsgebruik beter aangeven en dat de categorie „alle behandelaanvragen” een beter beeld geeft van het beroep dat op de behandelsector als geheel wordt gedaan.

Informatie uit de TDI heeft geen betrekking op alle mensen die voor drugs worden behandeld, want dat zijn er veel meer; alleen cliënten die in het verslagjaar om behandeling hebben gevraagd worden geregistreerd, maar momenteel wordt in 2007 een proefproject uitgevoerd dat tot doel heeft de Europese gegevensverzameling uit te breiden met cliënten in langdurige behandeling<sup>(123)</sup> en dat de dekking van de verschillende nationale systemen evalueert.

In veel landen zijn opioïden, met name heroïne, nog altijd de belangrijkste drugs waarvoor cliënten in behandeling gaan. Van alle in 2005 gemelde 326 000 aanvragen voor behandeling die onder de TDI vallen, zijn opioïden de belangrijkste drugs in ongeveer 40 % van de gevallen; circa 46 % van deze cliënten geeft aan de drug te injecteren<sup>(124)</sup>.

Sommige landen rapporteren een behoorlijk aandeel behandelaanvragen in verband met opioïden anders dan heroïne. In Finland zijn volgens de rapporten andere opioïden, en dan met name buprenorfine, de primaire drug voor 41 % van de drugscliënten en in Frankrijk gebruikt 7,5 % van alle cliënten buprenorfine. Het Verenigd Koninkrijk en Nederland melden dat rond de 4 % van de cliënten primair methadon gebruiken. In Spanje, Letland en Zweden gebruikt tussen de 5 en 7 % van de drugscliënten die in behandeling gaan primair niet nader gespecificeerde opioïden anders dan heroïne of methadon<sup>(125)</sup>. En in Hongarije, waar het zelf maken van opiumhoudende papaverproducten een lange geschiedenis kent, heeft circa 4 % van de behandelaanvragen te maken met opium.

De meeste opioïdengebruikers worden extramuraal behandeld; in Zweden wordt echter 71 % van de opioïdencliënten intramuraal behandeld, hetgeen aangeeft dat de behandeldiensten in dit land anders gestructureerd zijn. Een klein percentage (3 %) van intramurale aanvragen voor opioïdencliënten wordt ook gerapporteerd door het Verenigd Koninkrijk<sup>(126)</sup>. In de paar landen die gegevens rapporteren over behandelaanvragen bij laagdrempelige instellingen, heeft een significant deel van de hulpvraag betrekking op primair opioïdengebruik<sup>(127)</sup>.

Het aandeel van behandelaanvragen door niet-opioïdengebruikende cliënten neemt toe in de TDI-gegevensverzameling en de daadwerkelijke aantallen nieuwe cliënten die om behandeling in verband met opioïdengebruik vragen daalt ook in veel landen; het absolute aantal gerapporteerde nieuwe behandelaanvragen

<sup>(123)</sup> Zie <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1420> (vergaderverslag 2006).

<sup>(124)</sup> Zie tabel TDI-5 in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(125)</sup> Zie tabel TDI-114 in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(126)</sup> Zie tabel TDI-24 in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(127)</sup> Zie tabel TDI-119 in het Statistical Bulletin 2007.

voor primair heroïnegebruik is afgenomen van 80 000 in 1999 tot 51 000 in 2005 <sup>(128)</sup>.

### Aantal substitutiebehandelingen

In de EU-lidstaten en Noorwegen vonden in 2005 naar schatting ten minste 585 000 substitutiebehandelingen plaats. Deze schatting is gebaseerd op de monitoring van behandelingen die in de meeste landen wordt uitgevoerd en geeft een algemeen beeld van de beschikbaarheid van diensten. Het gaat hier vermoedelijk om een minimumschatting, aangezien het waarschijnlijk is dat bepaalde behandelvormen onderbelicht blijven, bijvoorbeeld die door huisartsen of in gevangenissen worden aangeboden.

De grote meerderheid van behandelde cliënten (97 %) wordt gerapporteerd door de vijftien oude lidstaten, die tevens verantwoordelijk zijn voor de meeste (80 %) behandelaanvragen in de TDI-gegevensverzameling. Dit betekent een ruime verzevenvoudiging sinds 1993, toen er naar schatting ongeveer 73 000 substitutiebehandelingen plaatsvonden (Farrell, 1995). De gegevens laten van 2003 tot 2005 een stijging zien in het aantal cliënten in de EU en Noorwegen van rond de 15 %, vooral dankzij toenames in Duitsland (een stijging van naar schatting 8 300 gevallen), Frankrijk (5 706), Italië (6 234), Portugal (4 168) en het Verenigd Koninkrijk (41 500) <sup>(129)</sup>. In 2005 werd door Nederland (122 gevallen per 100 000 inwoners) en Luxemburg (355 gevallen per 100 000), een stabilisatie van het aantal cliënten in substitutiebehandeling gemeld.

De krachtigste relatieve groei werd van 2003 tot 2005 waargenomen in (onder andere) enkele van de nieuwe lidstaten, met onder andere in Bulgarije, Estland, Griekenland, Litouwen, Roemenië en Noorwegen stijgingen van meer dan 40 %. Deze stijgingen vielen samen met de geografische uitbreiding van mogelijkheden tot substitutiebehandeling in veel van deze landen. Niet in alle nieuwe lidstaten is het aantal substitutiebehandelingen toegenomen: Hongarije, Polen en Slowakije rapporteren een relatief stabiele situatie, terwijl Letland het aantal cliënten in het hoogdrempelige methadonprogramma zelfs zag dalen van 67 naar 50. In twee landen waar traditioneel veel substitutiebehandelingen worden uitgevoerd, Spanje en Malta, heeft de laatste tijd een daling plaatsgevonden, mogelijk omdat er in deze landen ook minder vraag naar is.

De onderlinge samenhang tussen de vraag naar herhalingsbehandelingen, onderhoudsniveaus en de prevalentie van problematisch opioidengebruik is complex. Het aantal aanvragen van cliënten voor herhalingsbehandelingen en het aantal cliënten in onderhoudsprogramma's wordt bepaald door historische ontwikkelingen in incidentie en prevalentie van opioidengebruik, en door het soort beschikbare

behandelingen en de wijze waarop behandeldiensten zijn georganiseerd. In het geval van een paar landen is het mogelijk om op basis van de schattingen van de prevalentie van opioidengebruik te berekenen wat de verhouding is tussen het aantal cliënten in onderhoudsbehandeling en het aantal problematische opioidengebruikers.

Voor EU-landen waarvoor schattingen van problematisch opioidengebruik in 2005 beschikbaar waren, is berekend welk deel van de problematische opioidengebruikers substitutiebehandeling ondergaat (figuur 10). Uit deze berekeningen blijken er duidelijke verschillen tussen landen te bestaan, met percentages die variëren van minder dan 10 % (Slowakije) tot ongeveer 50 % (Italië). Uit de gegevens komt ook naar voren dat het een goed idee zou zijn te evalueren hoe het staat met het aanbod van behandelmogelijkheden en of dat voldoende is om in de behoefte te voorzien.

Ondanks enige toename de laatste tijd van het aantal substitutiebehandelingen in de Baltische en Midden-Europese landen, blijven de aantallen hier klein in vergelijking tot het geschatte totale aantal opioidengebruikers in deze lidstaten, met uitzondering van Slovenië. Volgens een schatting in Estland wordt slechts 5 % van de heroïnegebruikers in de vier belangrijkste steden bereikt door substitutieprogramma's, en valt dit percentage op landelijk niveau zelfs terug naar 1 %.

### De vraag naar opioidenbehandelingen

Het aandeel in de behandelaanvragen dat betrekking heeft op primair opioidengebruik weerspiegelt, tot op zekere hoogte, de relatieve prevalentie van illegale opioiden als probleemdrug waarvoor (verdere) behandeling nodig is, alhoewel dit ook wordt beïnvloed door de wijze waarop het behandelstelsel is georganiseerd en door het rapportagesysteem.

Het percentage cliënten dat om behandeling vraagt wegens het gebruik van opioiden, varieert per land. Uit de meest recente gegevens blijkt dat opioidengebruikers goed zijn voor 40 tot 70 % van alle behandelaanvragen in 12 landen, minder dan 40 % in zeven landen en meer dan 70 % in zes landen <sup>(130)</sup>.

Het percentage van alle behandelaanvragen dat te maken heeft met heroïne is gedaald, van 74 % in 1999 naar 61 % in 2005. De enige landen die geen daling melden zijn Bulgarije en het Verenigd Koninkrijk <sup>(131)</sup>.

De absolute afname van het aantal nieuwe aanvragen voor opioidenbehandelingen, vooral in verband met heroïnegebruik, wordt bevestigd door de trend onder nieuwe heroïnecliënten: Met uitzondering van Bulgarije en Griekenland rapporteren alle landen in de laatste zeven jaar een afname van het aandeel van nieuwe aanvragen

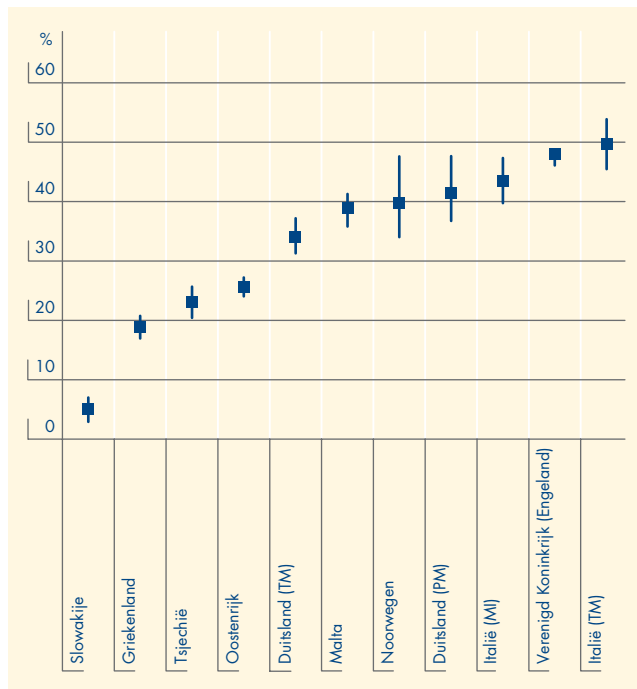
<sup>(128)</sup> Zie figuur TDI-1 in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(129)</sup> Zie tabel HSR-7 in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(130)</sup> Zie tabel TDI-5 in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(131)</sup> Zie figuur TDI-3 in het Statistical Bulletin 2007.

**Figuur 10** — Aantal opioïdencliënten in onderhoudsbehandeling als percentage van het geschatte aantal problematische opioïdengebruikers, 2005



NB: Deze informatie is voor slechts negen landen beschikbaar. Het symbool staat voor een puntschatting, terwijl een streepje een onzekerheidsinterval aangeeft ten gevolge van de schattingsprocedures; het aantal opioïdengebruikers is geschat met behulp van verschillende methoden: TM = Treatment Multiplier (behandelingsmultiplier); PM = Police Multiplier (multiplier van politiegegevens); MI = Multivariate Indicator (multivariate indicator). Indien geen methode is aangegeven, staat de lijn voor een interval tussen de hoogste en de laagste bestaande schatting. Zie voor nadere informatie figuur HSR-3 in het Statistical Bulletin 2007.

Bronnen: Nationale focal points.

voor primair heroïnegebruik onder nieuwe drugscliënten. Tussen 1999 en 2005 daalde het percentage nieuwe heroïnecliënten onder de nieuwe drugscliënten van 70 % naar 37 %.

### Clënten in behandeling

Mensen die behandeld willen worden in verband met opioïden zijn relatief oud in verhouding met degenen die

hulp zoeken in verband met problemen met andere drugs<sup>(132)</sup> en leven meestal ook in slechtere sociale omstandigheden. De werkloosheid onder opioïdencliënten is over het algemeen hoog, het opleidingsniveau laag, en tussen de 10 en 18 % van hen is dakloos.

De meeste cliënten (60 %) zeggen vóór hun twintigste met opioïdengebruik begonnen te zijn; een eerste gebruik na het 25e levensjaar komt slechts zeer sporadisch voor<sup>(133)</sup>. Gemiddeld wordt een periode van 7 tot 8 jaar genoemd tussen het eerste opioïdengebruik en het eerste contact met behandelaars: de gemiddelde leeftijd voor het eerste gebruik was 22 jaar en die voor de eerste behandelaanvraag 29-30 jaar. Bij intramurale behandelaanvragen waren de cliënten over het algemeen iets ouder dan de extramurale cliënten, en uit de gegevens blijkt dat er meestal slechts een vrij korte tijd verstrijkt tussen het eerste behandelcontact en latere behandelperiodes.

Onder de extramurale opioïdencliënten zijn er drie mannen voor elke vrouw en intramuraal zelfs vier; hier treden echter verschillen op tussen de landen: in zuidelijke Europese landen is de verhouding in het algemeen nog schever.

In heel Europa bestaat gemiddeld 58 % van de opioïdencliënten die om behandeling vragen en voor wie de wijze van toediening bekend is, uit spuiters (53 % van hen die voor het eerst behandeld worden). Het aandeel spuiters is het grootst in Roemenië, Tsjechië en Finland en het kleinst in Nederland, Denemarken en Spanje<sup>(134)</sup>.

De meeste opioïdencliënten zijn polydrugsgebruikers: zij gebruiken naast hun primaire drug ook nog een andere, secundaire drug, meestal andere opioïden (35 %), cocaïne (23 %) of cannabis (17 %)<sup>(135)</sup>.

Sommige landen rapporteren dat opioïdenverslaving veelvuldig voorkomt in combinatie met psychiatrische stoornissen. Dit is ook opgemerkt in vele klinische studies, hetgeen aangeeft dat depressie, angstaanvallen, asociaal gedrag en borderlinestoornissen vrij veel voorkomen bij opioïdengebruikers (Mateu et al., 2005).

<sup>(132)</sup> Zie tabel TDI-10 in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(133)</sup> Zie de tabellen TDI-11, TDI-107 en TDI-109 in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(134)</sup> Zie de tabellen TDI-4 en TDI-5 in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(135)</sup> Zie tabel TDI-23 in het Statistical Bulletin 2007.





## Hoofdstuk 7

# Nieuwe en opkomende drugstrends en maatregelen tegen nieuwe drugs

Opkomende drugstrends zijn vaak een nabootsing, uitbreiding of vervanging van eerdere populaire trends. Dit doet de vraag rijzen waarom psychoactieve stoffen worden gebruikt. Om opkomende trends in drugs- en alcoholgebruik te begrijpen, moet dan ook niet alleen worden gekeken naar veranderingen in overheidsbeleid, maar ook naar andere vormen van drugsgebruik, tegen de achtergrond van actuele modeverschijnselen en sociaal-culturele veranderingen in vrijetijdsbesteding.

De ontwikkeling van informatietechnologie en communicatiemiddelen, waarbij met name te denken valt aan het internet, heeft geleid tot het ontstaan van communicatiekanalen die de verspreiding van nieuwe trends versnellen en waarmee uiteenlopende opvattingen over drugsgebruik en de bijbehorende risico's gemakkelijker breed kunnen worden geventileerd.

Nieuwe of gewijzigde gebruikspatronen ontstaan meestal in een specifiek gebied, of een bepaalde stad, en slechts een enkele lidstaat beschikt bijvoorbeeld over volgsystemen die het mogelijk maken aan te geven in hoeverre er problemen zijn in verband met fatale en niet-fatale gevallen van intoxicatie ten gevolge van het gebruik van nieuwe of in opkomst zijnde psychoactieve stoffen. Het beeld over opkomende drugstrends in Europa, dat onmogelijk volledig objectief kan zijn, is samengesteld door informatie uit een veelheid aan bronnen te combineren en op basis hiervan conclusies te trekken.

In dit hoofdstuk komen recente ontwikkelingen aan de orde op het vlak van het illegale gebruik van psychoactieve stoffen die niet standaard worden meegenomen in drugsindicatoren en waarover beleidsmakers zich nog maar sinds kort zorgen maken of die recent in de belangstelling zijn komen te staan van de massamedia.

### Piperazinen: nieuwe psychoactieve stoffen

De belangrijkste ontwikkeling van de laatste jaren op het gebied van nieuwe psychoactieve stoffen, is de verspreiding van diverse nieuwe piperazine-derivaten, waarvan er tussen 2004 en 2006 in Europa een aantal verscheen.

Deze groep synthetische drugs is afgeleid van de verbinding piperazine en omvat onder andere BZP (1-benzylpiperazine) en mCPP (1-(3-chlorofenyl)piperazine). Deze twee stoffen zijn grotendeels verkrijgbaar bij chemische leveranciers en via

internet, en de illegale productie bestaat voornamelijk uit het maken van pillen of capsules.

#### BZP

Er is onderzoek gedaan naar de fysiologische en subjectieve werking van BZP ten opzichte van die van amfetamine, waaruit bleek dat de sterkte van BZP ongeveer een tiende is van die van dexamfetamine.

De laatste jaren worden BZP-houdende producten door diverse aanbieders vrij agressief op de markt gebracht als legaal alternatief voor ecstasy; ze doen dit via de gedrukte media, internetsites, speciale shops en stands in clubs en op festivals, soms zelfs onder de aanduiding „ecstasy“. BZP wordt aangeboden in verschillende combinaties met andere piperazinen. Sommige van die combinaties, met name die van BZP met TFMPP<sup>(136)</sup>, zijn vermoedelijk speciaal ontwikkeld om eenzelfde werking te bereiken als ecstasy. Op de etiketten van deze producten wordt meestal wel aangegeven dat ze piperazine-houdend zijn, maar vaak worden ze ook ten onrechte aangeprezen als „natuurlijk“ of „op basis van kruiden“.

De in de EU verzamelde gegevens over opkomende trends in drugsgebruik wijzen erop dat deze gelijke tred houden met consumententrends op legale markten — het aanprijzen van volledig synthetische stoffen als BZP met kreten als „puur natuur“ en „op basis van kruiden“ heeft vermoedelijk te maken met een meer algemene belangstelling van consumenten voor natuurlijke producten. Verder wordt BZP vaak als een veilige drug ervaren doordat het verkocht wordt via officiële kanalen of in gespecialiseerde shops, in plaats van op straat.

BZP is aangetroffen in 14 EU-lidstaten (België, Denemarken, Duitsland, Ierland, Griekenland, Frankrijk, Malta, Nederland, Oostenrijk, Portugal, Spanje, Zweden, Finland, Verenigd Koninkrijk) en Noorwegen.

Er zijn enige aanwijzingen dat er gezondheidsrisico's verbonden zijn aan het gebruik van BZP, dat een slechts smalle veiligheidsmarge lijkt te hebben bij recreatief gebruik. In het Verenigd Koninkrijk zijn gevallen gerapporteerd van klinisch waargenomen BZP-intoxicaties en is BZP toxicologisch aangetoond als de enige psychoactieve stof die was gebruikt door mensen die last hadden van ernstige bijwerkingen, die in sommige gevallen zelfs medische noodsituaties tot gevolg hadden. Er zijn

<sup>(136)</sup> 1-(3-trifluoromethylfenyl)piperazine.

echter geen sterfgevallen die direct kunnen worden toegeschreven aan BZP. In maart 2007 heeft de EU in verband met de toenemende bezorgdheid over het gebruik van BZP formeel verzocht om een risicobeoordeling van de met deze stof samenhangende maatschappelijke en gezondheidsrisico's<sup>(137)</sup>.

### mCPP

mCPP wordt wel omschreven als een stof met een vergelijkbare stimulerende en hallucinogene werking als ecstasy (MDMA). Pillen met mCPP zien er vaak net zo uit als ecstasypillen en ze worden meestal ook als zodanig aangeboden. Bovendien komen de beide drugs soms in combinatie voor. Aangenomen mag worden dat mCPP wordt toegevoegd om de werking van MDMA te versterken.

Vanaf 2004 is mCPP in 26 lidstaten (alle behalve Cyprus) en Noorwegen aangetroffen; het is daarmee de meest algemeen aangetroffen nieuwe psychotrope stof in de EU sinds het Europese systeem voor vroegtijdige waarschuwing in 1997 in werking trad.

In de Europese Unie zijn geen ernstige gevallen van intoxicatie of sterfgevallen gemeld die te maken hebben met mCPP. Er is weinig bewijs dat dit een bijzonder gevaarlijke stof is wat betreft acute toxiciteit, maar de chronische toxiciteit (bij langdurig gebruik) is nog niet bepaald.

## GHB

De vrije verkoop van GHB via internet<sup>(138)</sup> is aan banden gelegd nadat deze stof in maart 2001 op lijst IV van het VN-Verdrag inzake psychotrope stoffen is gezet en alle

### Seksueel geweld met behulp van drugs

Sinds de jaren tachtig wordt in de media en in medische literatuur steeds vaker melding gemaakt van gevallen van seksueel geweld waarbij het slachtoffer eerst onmachtig is gemaakt doordat er stiekem een drug in een drankje is gedaan („date rape“). Het is echter uitermate moeilijk dit type misdrijf forensisch te bewijzen. Forensisch onderzoek toont wel vaak hoge concentraties alcohol en op doktersrecept verkrijgbare benzodiazepinen aan bij de vermeende slachtoffers van seksueel geweld (bij ruim 80 % van de Franse gevallen en 30 % van de Britse gevallen), maar doordat drugs als GHB slechts gedurende een korte periode te detecteren zijn, wordt de bewijsvoering moeilijk als er niet snel aangifte wordt gedaan. Forensische bevindingen uit sinds 2000 verrichte onderzoeken (in het Verenigd Koninkrijk, Frankrijk, de Verenigde Staten en Australië) geven aan dat heimelijke toediening van drugs met „date rape“ als bedoeling niet veel lijkt voor te komen, hoewel het werkelijke aantal gevallen hoger kan liggen omdat er niet of te laat aangifte wordt gedaan.

EU-landen daarmee verplicht zijn GHB te laten vallen onder hun wetgeving inzake psychotrope stoffen. GHB is in Frankrijk en Duitsland therapeutisch gebruikt in de anesthesie en in Oostenrijk en Italië bij de behandeling van ontwenningsverschijnselen van alcoholverslaafden. In juni 2005 heeft het Comité voor geneesmiddelen voor menselijk gebruik (CHMP) van het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA) aanbevolen een vergunning te verlenen voor het in de handel brengen van het geneesmiddel Xyrem (met GHB als werkzame stof) ter behandeling van cataplexie bij volwassen patiënten met narcolepsie (EMA, 2005)<sup>(139)</sup>.

GHB kan eenvoudig worden geproduceerd uit de precursoren gamma-butyrolacton (GBL) en 1,4-butanediol (1,4-BD), oplosmiddelen die veelvuldig in het bedrijfsleven worden toegepast en commercieel verkrijgbaar zijn. Enkele landen hebben een of beide van deze precursorstoffen, vanwege mogelijk misbruik, ondergebracht in de drugswetgeving of in vergelijkbare wetgeving (Italië, Letland, Zweden). Omdat GBL in de meeste lidstaten geen gecontroleerde stof is en er via internet eenvoudig aan te komen is, lijken sommige GHB-gebruikers overgestapt te zijn op GBL. Uit kwalitatieve analyses van online-GHB- en drugsforums in het Verenigd Koninkrijk, Duitsland en Nederland blijkt dat gebruikers GBL betrekken van aanbieders van chemische stoffen die GBL voor diverse rechtmatige doeleinden op de markt brengen.

### Prevalentie en gebruikspatronen

Uit alle informatiebronnen komt naar voren dat het algemene prevalentieniveau voor GHB laag is, met alleen binnen bepaalde subgroepen een significant gebruiksniveau. Uit een in het Verenigd Koninkrijk gehouden internetenquête bleek dat GHB vaker thuis werd gebruikt (67 %) dan in het uitgaansleven (26 %) (Sumnall et al., 2007). Uit een in 2005 in Amsterdam gehouden enquête onder 408 cafébezoekers bleek het „ooit“-gebruik van GHB onder bezoekers van gaybars en trendy cafés (respectievelijk 17,5 en 19 %) duidelijk hoger dan dat onder bezoekers van mainstream kroegen en studentencafés (respectievelijk 5,7 en 2,7 %) (Nabben et al., 2006).

### Trends

Door een gebrek aan informatie is het moeilijk te beoordelen wat de trends in GHB-gebruik zijn, maar de informatie die er is suggereert dat GHB-gebruik beperkt blijft tot enkele kleine subpopulaties. Gegevens uit enquêtes in dancescenes in België, Nederland en het Verenigd Koninkrijk wijzen erop dat het gebruik van GHB in de periode 2000-2003 piekte en daarna weer is afgenomen. In hoeverre dit ook geldt voor andere subgroepen is echter onduidelijk. In Finland kregen telefonische hulplijnen voor drugs in 2005 voor het eerst te maken met vragen in verband met GBL (FESAT, 2005).

<sup>(137)</sup> Zie <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1346>.

<sup>(138)</sup> Onder „GHB“ wordt hier ook verstaan GBL en 1,4-BD.

<sup>(139)</sup> Zie „Procedure voor goedkeuring van geneesmiddelen voor de Europese markt“, blz. 68.

### Internet als bron van informatie over opkomende drugstrends

In 2004 gaf meer dan een derde van de jongeren in de EU aan op internet te zullen kijken als ze meer wilden weten over drugs (Eurobarometer, 2004). Als ze inderdaad online-informatie over drugs gaan opzoeken, wordt de vraag actueel in hoeverre de informatie die ze vinden objectief en juist is. Er zijn allerlei sites over drugs en aanverwante zaken, sommige opgezet van overheidswege, terwijl andere afkomstig zijn van lobbygroepen of consumentennetwerken. Het internet is niet alleen een informatiebron, maar vormt ook een marktplaats voor zowel legale als illegale drugs: diverse sites bieden illegale drugs en legale alternatieven aan. Door gebruik te maken van de marketingmogelijkheden die internet biedt in de vorm van onlinestrategieën waarmee heel snel kan worden ingespeeld op de vraag van gebruikers en op veranderende juridische en economische omstandigheden, zijn aanbieders van drugs steeds beter in staat nieuwe producten en drugspraktijken te verspreiden.

Het EWDD zoekt in het kader van het project E-POD (*European Perspectives On Drugs*), naar manieren om internet te gebruiken als bron van informatie over drugstrends in opkomst. Op EU-niveau wordt tevens gewerkt aan betrouwbare informatie over volksgezondheidskwesties: het nieuwe volksgezondheidspitaal van de EU biedt toegang tot Europese informatiebronnen met betrekking tot de volksgezondheid, inclusief informatie over drugs (1).

(1) <http://ec.europa.eu/health-eu>.

### Gezondheidsrisico's

Het belangrijkste met het gebruik van GHB samenhangende gezondheidsrisico lijkt het grote risico te zijn om buiten bewustzijn te raken, vooral wanneer GHB wordt gecombineerd met alcohol of andere verdovende middelen. GHB-gebruik kan ook leiden tot andere problemen, waaronder coma, een verlaging van de lichaamstemperatuur, hypotensie, hallucinaties, misselijkheid, overgeven, bradycardie en ademdepressie. Lichamelijke verslaving aan GHB komt wel voor na langdurig gebruik en andere mogelijke gezondheidsrisico's bestaan uit de mogelijke aanwezigheid van oplosmiddelen en vervuiling met zware metalen.

Sinds 1993 hebben vijf lidstaten en Noorwegen GHB-gerelateerde sterfgevallen gemeld bij het EWDD: Denemarken en Italië (beide één geval), Finland en Noorwegen (beide drie gevallen), alsmede Zweden en het Verenigd Koninkrijk (circa 40 gevallen).

In Amsterdam bedroeg het aantal gemelde niet-fatale noodsituaties ten gevolge van GHB-gebruik in 2005 76, hetgeen, evenals in de voorgaande jaren, meer was dan het aantal noodsituaties dat werd toegeschreven aan het gebruik van hallucinogene paddenstoelen (70 gevallen), ecstasy (63 gevallen), amfetamine (drie gevallen) en LSD

(één geval). Vergeleken met andere stoffen was in een hoog percentage van de GHB-gevallen (84 %) vervoer naar een ziekenhuis nodig. In 2005 kwamen bij het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum in Nederland 27 % meer informatieverzoeken binnen in verband met GHB (241 van de in totaal 1 383 informatieverzoeken) dan in 2004.

### Risicobeperking

GHB-gebruik wordt vooral benaderd vanuit landelijke of gemeenschapsprojecten gericht op het uitgaansleven en omvatten meestal training van clubmedewerkers en het geven van voorlichting over de risico's van GHB-gebruik (Duitsland, Frankrijk, Nederland, Oostenrijk, Verenigd Koninkrijk). Bij de voorlichting draait het vooral om advies over de voorzorgsmaatregelen die mensen bij het uitgaan kunnen nemen om te voorkomen dat er GHB in hun drankjes wordt gedaan en wat ze moeten doen in geval van een overdosis. Bij grote evenementen worden steeds vaker speciale teams ingezet om eerste hulp te verlenen bij problemen met drugs zoals GHB en alcohol.

### Ketamine

Ketamine wordt in de EU gevolgd sinds er in 2000 bezorgdheid ontstond over misbruik van deze drug (EWDD, 2002). In bijna de helft van de EU-lidstaten valt ketamine op nationaal niveau onder de drugswetgeving en niet onder de regelgeving voor medicijnen. Zweden en het Verenigd Koninkrijk hebben ketamine op de lijst van verdovende middelen geplaatst, respectievelijk in 2005 en 2006. In een recent door de WHO uitgevoerde kritische studie naar ketamine werd geconcludeerd dat internationale controlemaatregelen zouden leiden tot problemen met de beschikbaarheid van de stof voor gebruik in medicijnen voor menselijk gebruik in afgelegen gebieden van de wereld, alsmede voor de diergeneeskunde, omdat er geen goed vervangingsmiddel is (WHO, 2006). Hierna werd, in maart 2007, door de

### Nieuwe psychoactieve stoffen

Bij Besluit 2005/387/JBZ van de Raad van 10 mei 2005 inzake de uitwisseling van informatie, de risicobeoordeling en de controle ten aanzien van nieuwe psychoactieve stoffen is een systeem ingesteld voor de snelle uitwisseling van informatie over nieuwe psychoactieve stoffen die een bedreiging kunnen vormen voor de volksgezondheid of de maatschappij. Het EWDD en Europol hebben, in nauwe samenwerking met hun netwerken (respectievelijk de nationale focal points van het Reitox-netwerk en de nationale Europol-eenheden) een centrale rol gekregen bij de tenuitvoerlegging van een systeem voor vroegtijdige waarschuwing (EWS — Early Warning System) voor de detectie van nieuwe psychoactieve stoffen (1).

(1) <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1346>.

Commissie voor Verdovende Middelen van de VN een voorstel gedaan voor het aanpakken van het gevaar dat wordt gevormd door de mogelijke onttrekking van ketamine aan het legale gebruik, hetgeen lidstaten ertoe heeft aangezet een stelsel van door overheidsinstanties uit te voeren voorzorgsmaatregelen goed te keuren, dat ervoor moet zorgen dat tijdig wordt ontdekt wanneer ergens ketamine uit de keten verdwijnt.

Er zijn slechts weinig epidemiologische gegevens beschikbaar over ketaminegebruik, maar een onlangs onder scholieren gehouden enquête in het Verenigd Koninkrijk gaf voor het „ooit“-gebruik een percentage van minder dan 0,5 %. Er zijn ook enige gegevens verkregen uit enquêtes in dancescenes; uit de verschillende onderzoeken onder deze hoogerisicogroepen kwamen percentages voor „ooit“-gebruik die uiteenliepen van 7 % in Tsjechië tot 21 % in Hongarije.



## Hoofdstuk 8

# Infectieziekten en sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik

### Infectieziekten ten gevolge van drugsgebruik

Uit gegevens die afkomstig zijn van het EWDD en het Europees Centrum voor de epidemiologische controle van aids (EuroHIV, 2006) blijkt dat in de meeste landen van de Europese Unie eind 2005 de overdracht van hiv onder injecterende drugsgebruikers (ID's) gering was. Dit is in ieder geval deels het gevolg van het feit dat er meer preventieve, behandel- en schadebeperkende maatregelen zijn, inclusief substitutiebehandeling en omruil- en distributieprogramma's voor naalden en spuiten, maar ook andere factoren, zoals de in verschillende landen waargenomen afname van injecterend drugsgebruik, kunnen een belangrijke rol hebben gespeeld. Het is echter waarschijnlijk dat in diverse EU-landen en regio's de overdracht van hiv onder ID's in 2005 nog steeds op een relatief hoog peil bleef<sup>(140)</sup>, hetgeen de noodzaak onderstreept van een betere spreiding en een grotere doelmatigheid van plaatselijke preventieprogramma's.

De monitoring van drugsgerelateerde infectieziekten onder ID's in Europa concentreert zich momenteel op hiv/aids en virale hepatitis (B en C). Hierbij worden twee complementaire systemen gehanteerd, te weten *case reporting* (ofwel „meldingen”: het absolute aantal nieuw geregistreerde/gemelde gevallen) en *seroprevalence monitoring* (het percentage ID's dat positief test in steekproeven) (figuur 11)<sup>(141)</sup>. Beide systemen zijn waarschijnlijk gebrekkig, en de beschikbaarheid van gegevens verschilt per land. Hoewel de gegevens uit beide systemen op zichzelf dus voorzichtig moeten worden behandeld, bieden ze gezamenlijk toch een completer beeld van recente epidemiologische trends.

#### Indicatoren van hiv-incidentie en prevalentie

##### Melding van hiv

Een belangrijke indicator van het aantal nieuwe infecties (incidentie) onder injecterende drugsgebruikers wordt gevormd door meldingen van nieuw gediagnosticeerde hiv-besmettingen. Bij het interpreteren van deze gegevens moet rekening worden gehouden met een

aantal overwegingen: geïnfecteerde ID's worden niet gediagnosticeerd als ze niet in contact komen met gezondheidsdiensten; niet elke nieuwe infectie hoeft het gevolg te zijn van het injecteren van drugs; en het aantal gemelde gevallen kan zijn beïnvloed door verschillen in de mate waarin in landen of in bepaalde tijdsperioden wordt getest en gerapporteerd.

De beschikbare gegevens wijzen erop dat in 2005 in de meeste landen het aantal nieuwe besmettingen vanwege injecterend drugsgebruik laag was. Hierbij moet aangetekend worden dat in verschillende landen met hoge prevalenties (Estland, Spanje, Italië, Oostenrijk) geen recente meldingsgegevens beschikbaar zijn. In 19 lidstaten, het merendeel waarvan nooit te maken heeft gehad met grote hiv-epidemieën onder ID's, bleef het aantal met injecterend drugsgebruik samenhangende meldingen in 2005 onder de vijf per miljoen inwoners. Ierland en Luxemburg rapporteren, met 16 en 15 nieuwe gevallen per miljoen inwoners, hogere incidenties. In Portugal, het land met het hoogste aantal meldingen van de landen met ID-specifieke gegevens (85 nieuwe gevallen per miljoen inwoners in 2005), lijkt de situatie zich na een daling tussen 2000 en 2003 te hebben gestabiliseerd<sup>(142)</sup>. In Letland, Litouwen en waarschijnlijk ook Estland, is het aantal nieuw gemelde ID-gerelateerde infecties sterk afgenomen na de epidemische pieken in 2001-2002, al blijft het in vergelijking met de meeste andere landen nog steeds hoog. In Letland is het aantal van 283 nieuwe gevallen per miljoen inwoners in 2001 gedaald tot 49 in 2005. In Litouwen is, na een hiv-uitbraak onder gevangenen, een in 2002 waargenomen piek (109 per miljoen) gevolgd door een daling naar 25 nieuwe gevallen per miljoen inwoners in 2005. Hoewel er een sterke daling van het aantal hiv-infecties is in Estland, meldt dit land nog steeds de hoogste cijfers voor het aantal nieuwe hiv-infecties in de EU. En hoewel er voor Estland geen ID-specifieke gegevens beschikbaar zijn, mag worden aangenomen dat hier het injecteren van drugs een belangrijke manier van overdracht van hiv is.

##### Hiv-prevalentie onder jonge en nieuwe ID's

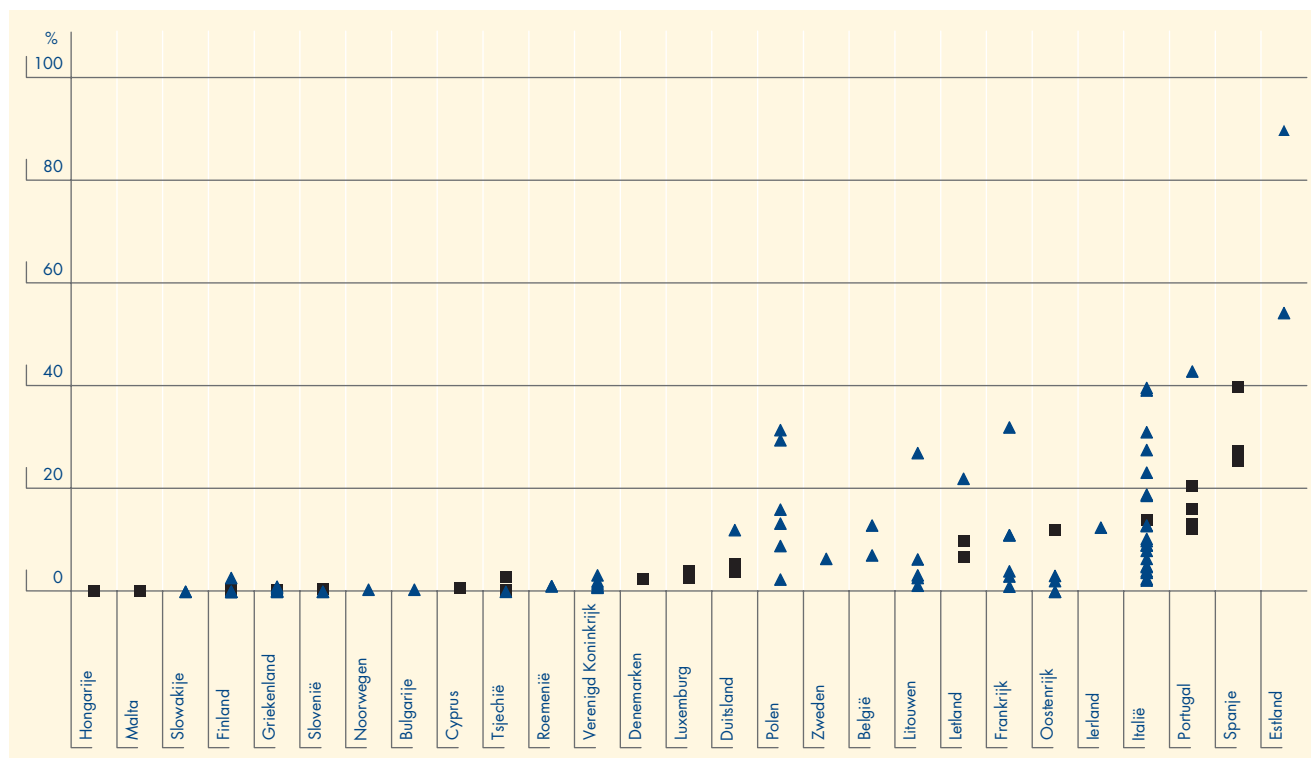
De conclusies die zijn getrokken uit de meldingsgegevens kunnen worden ondersteund door te kijken naar

<sup>(140)</sup> Zie figuur INF-2 in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(141)</sup> Sommige prevalentieonderzoeken op dit gebied zijn kleinschalig, maar in deze paragraaf gaat het uitsluitend om steekproeven van 50 mensen of meer en statistisch significante ( $p < 0.05$ ) trendmatige ontwikkelingen.

<sup>(142)</sup> De stijgingen in 2004 (hiv) en 2005 (aids) in Portugal kunnen het gevolg zijn van toegenomen aandacht voor het probleem onder professionals na een debat over de invoering van een hiv-meldingsplicht in 2005.

**Figuur 11** — Schattingen uit nationale en subnationale onderzoeken van de hiv-prevalentie onder drugsspueters, 2004/2005



NB: Zwart vierkantje = onderzoek met landelijke dekking; blauw driehoekje = onderzoek met minder dan landelijke dekking (inclusief plaatselijke en regionale dekking). De schattingen voor Spanje en Zweden zijn mede gebaseerd op gegevens uit 2006; de gegevens voor Ierland en Letland zijn afkomstig uit 2003; die voor Slowakije uit 2003/2004. De landen zijn oplopend gerangschikt naar prevalentie, op basis van de gemiddelden van de nationale gegevens of, als die er niet zijn, van de subnationale gegevens. Bij vergelijkingen tussen landen moet enige terughoudendheid in acht worden genomen, gezien de verschillen in soorten settings en in onderzoeksmethoden; de strategieën op het vlak van steekproefname verschillen per land — zie voor nadere informatie figuur INF-3 in het Statistical Bulletin 2007. Alle gerapporteerde steekproeven zijn groter dan 50.

Bronnen: Nationale focal points van het Reitox-netwerk. Zie voor primaire bronnen, onderzoeksgegevens en -bijzonderheden van voor 2004 de tabellen INF-8 (deel i) en (deel ii) en INF-0 (deel i) in het Statistical Bulletin 2007.

hiv-besmetting onder nieuwe ID's (gebruikers die korter dan twee jaar spuiten) en jonge ID's (onder de 25). Aangezien deze mensen hoogstwaarschijnlijk nog maar kort geleden besmet zijn geraakt, vormen zij een goede indirecte indicator van hiv-incidentie. Hoge waarden voor hiv-infectie (meer dan 5 % in 2004-2005) in deze subpopulaties (zie de hieronder besproken prevalentieonderzoeken) ondersteunen een hoge recente incidentie onder ID's in Portugal (dat landelijke gegevens rapporteert), Litouwen en Estland (met gegevens per regio dan wel stad) en doen vermoeden dat hetzelfde het geval is in een van de drie rapporterende steden in Polen <sup>(143)</sup>. Hierbij dient bedacht te worden dat de betreffende onderzochte groepen in het algemeen klein zijn en dat niet alle landen voor hiv beschikken over seroprevalentiegegevens inzake jonge, respectievelijk nieuwe ID's.

**Trends in hiv-prevalentie**

Stijging van hiv-prevalenties in herhaalde steekproeven onder ID's kan duiden op voortdurende infecties; maar vermindering van de sterftecijfers onder geïnfecteerde ID's en afname van het aantal niet-geïnfecteerde ID's kunnen de interpretatie van de gegevens ernstig bemoeilijken.

De meeste beschikbare longitudinale reeksen voor de EU laten stabiele prevalentie zien, hetgeen erop wijst dat het aantal geïnfecteerde ID's dat overlijdt even groot is als het aantal ID's dat besmet raakt. Sommige van die reeksen, uit negen landen, laten vanaf 2001 echter ook hier en daar prevalentiestijgingen zien; doordat de trends hiernaast vaak in andere regio's juist stabiel of dalend zijn, is het lastig iets te zeggen over algemene trends. Tot die negen landen behoren Letland (landelijke stijging) en Litouwen (stijging in één stad), maar tevens Oostenrijk (landelijke stijging), het Verenigd Koninkrijk (stijgingen in Engeland en Wales, maar nog steeds lage prevalentie) en enkel andere landen waar de prevalentie nog zeer laag is (minder dan 1 %). Deze stijgingen van hiv-prevalentie op plaatselijk dan wel landelijk niveau geven aan dat iedere vorm van zelfgenoegzaamheid aangaande preventieve maatregelen voor ID's voorkomen dient te worden.

In tegenstelling tot de bovengenoemde landen wordt dalende prevalentie gerapporteerd door Griekenland (zowel landelijk als in een regio), Spanje (zowel landelijk als in een regio) en Finland (landelijk). Bovendien worden er vanaf 2001 consequent lage prevalenties (minder dan 1 % in alle beschikbare gegevens) gerapporteerd door vier landen, alle

<sup>(143)</sup> Zie de tabellen INF-9 en INF-10 in het Statistical Bulletin 2007. In het jaarverslag komen alleen steekproeven van 50 of meer personen aan de orde.



vier nieuwe lidstaten: Bulgarije (Sofia, maar de prevalentie stijgt), Hongarije (landelijk), Slovenië (twee steden, maar stijgend) en Slowakije (twee steden).

Alles bij elkaar genomen vertonen in de periode 2001-2005 van de ruim negentig longitudinale reeksen seroprevalentiegegevens onder ID's in 22 EU-lidstaten en Noorwegen, meer regio's een dalende dan een stijgende trend. De gegevens geven aan dat, vooral daar waar de prevalentie hoog is geweest, hiv-infectie onder ID's nu waarschijnlijk aan het afnemen is en dat op preventie en schadebeperking gericht beleid mogelijk zijn vruchten heeft afgeworpen <sup>(144)</sup>.

### Schatting voor de EU

Op basis van de beschikbare meldings- en seroprevalentiegegevens en van de schattingen van de hoeveelheid ID's en problematische drugsgebruikers (zie hoofdstuk 6), wordt geschat dat er in de EU 100 000 tot 200 000 mensen met hiv zijn die ooit drugs hebben gespoten. Het aantal nieuw gediagnosticeerde hiv-gevallen onder injecterende drugsgebruikers ligt nu in de EU naar schatting op circa 3 500 per jaar.

### Aids-incidentie en de beschikbaarheid van HAART

Aangezien zeer actieve antiretrovirale behandeling (HAART), geïntroduceerd in 1996, de ontwikkeling van hiv-infectie tot aids effectief stopt, zijn aids-incidentiegegevens minder maatgevend geworden voor de overdracht van hiv. Volgens schattingen van de WHO is het bereik van HAART hoog in de EU-lidstaten, kandidaat-lidstaten en Noorwegen (overal meer dan 75 %) <sup>(145)</sup>, al zijn er geen specifieke cijfers voor ID's. Toch blijven aids-incidentiegegevens van belang, aangezien ze nog wel laten zien in welke mate de aandoening zich symptomatisch uit en ze daarnaast iets zeggen over de introductie en de beschikbaarheid van HAART.

Portugal is nog altijd het land met de hoogste aids-incidentie onder ID's en bovendien het enige land dat een recente stijging meldt, met naar schatting 36 nieuwe gevallen per miljoen inwoners in 2005, in vergelijking met 30 gevallen per miljoen inwoners in 2004. Bovendien is de totale aids-sterfte (hoogstwaarschijnlijk sterk gerelateerd aan injecterend drugsgebruik) tussen 1997 en 2002 niet gedaald, hetgeen erop kan duiden dat HAART in deze periode niet breed beschikbaar was <sup>(146)</sup>. Van de Baltische staten meldt Letland een daling van de aids-incidentie (23 nieuwe gevallen per miljoen inwoners in 2005, ten opzichte van de piek in 2004 van 26 nieuwe gevallen per miljoen) terwijl Estland geen ID-specifieke gegevens over

2005 heeft, maar wel een stijging meldt tussen 2003 en 2004 (van 4 naar 13 gevallen per miljoen inwoners) <sup>(147)</sup>.

### Hepatitis B- en C-infecties

Hiv-infectie van ID's mag in de EU dan overwegend geconcentreerd zijn in enkele landen met hoge prevalenties, virale hepatitis en dan met name infectie veroorzaakt door het hepatitis C-virus (hcv), is veel gelijkmatiger verdeeld en komt meer voor.

In 60 onderzoeken in 2004 en 2005 in 17 landen (gegevens ontbreken uit zes van de 28 landen) zijn hcv-antistoffen aangetroffen in meer dan 60 % van de geteste ID's <sup>(148)</sup>. In zeven landen werden hoge prevalentiewaarden (in één studie boven de 40 %) aangetroffen onder jonge ID's (jonger dan 25) en in twee landen (Polen, Verenigd Koninkrijk) onder nieuwe ID's, waarvoor veel landen overigens geen gegevens hebben <sup>(149)</sup>. Slechts vijf landen maken melding van onderzoeken waaruit prevalenties van minder dan 25 % naar voren kwamen.

Op basis van de beschikbare gegevens en schattingen van de hoeveelheid ID's en problematische drugsgebruikers (zie hoofdstuk 6), kan worden berekend dat er in de EU mogelijk ongeveer een miljoen mensen met een hcv-infectie zijn die ooit drugs hebben gespoten.

De prevalentie van markers voor het hepatitis B-virus (hbv) varieert sterker dan dat van hcv-markers, mogelijk vanwege verschillende vaccinatiedekkingen. De meest volledige gegevens zijn die over anti-hbc, de antistof tegen het hepatitis B-core-antigen, waarvan de aanwezigheid wijst op een infectieverleden. In 2004-2005 meldden zes landen prevalentiewaarden van meer dan 40 %.

Als wordt gekeken naar de trendmatige ontwikkeling van gemelde gevallen van hepatitis B en C, verandert het beeld. Bij hepatitis B is het aandeel ID's in alle gemelde gevallen over het algemeen gedaald, mogelijk ten gevolge van de effecten van vaccinatieprogramma's. Er valt geen algemene trend te ontdekken in het aandeel dat ID's hebben in het totaal aantal gemelde gevallen van hepatitis C-infectie <sup>(150)</sup>; dit aandeel varieert sterk van land tot land, wat wijst op verschillen in de overdracht van hepatitis C. Goed inzicht in de factoren die de verschillen in infectiepercentages tussen de landen verklaren is van belang voor de opzet van betere op preventie en schadebeperking gerichte strategieën op dit gebied.

### Preventie van infectieziekten

De afgelopen tien jaar is er in de EU toenemende consensus ontstaan over wat er nodig is voor een effectieve aanpak van

<sup>(144)</sup> Zie de tabellen INF-8, INF-9 en INF-10 in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(145)</sup> Zie figuur INF-14 in het Statistical Bulletin 2006.

<sup>(146)</sup> Portugese nationale coördinatie met betrekking tot hiv/aids-besmetting, ministerie van Volksgezondheid, 2006.

<sup>(147)</sup> Zie figuur INF-1 in het Statistical Bulletin 2007. De gegevens voor de twee meest recente jaren zijn schattingen die zijn aangepast in verband met vertragingen in de rapportage, en kunnen daarom nog veranderen (bron: EuroHIV).

<sup>(148)</sup> Zie de tabellen INF-11, INF-12 en INF-13 in het Statistical Bulletin 2007. In het jaarverslag komen alleen steekproeven van 50 of meer personen aan de orde.

<sup>(149)</sup> Zie figuur INF-6 (deel vii) in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(150)</sup> Zie de figuren INF-8 en INF-11 in het Statistical Bulletin 2007.

### Een goede gezondheidssituatie in gevangenen is goed voor de volksgezondheid

Enkele van de grootste uitdagingen in de laatste twee decennia op het gebied van de volksgezondheid worden gevormd door: de opleving van besmettelijke ziekten als tuberculose; de opkomst en snelle verspreiding van hiv/aids; en de schijnbaar oncontroleerbare pandemie van problematisch gebruik van psychotrope drugs. Het zijn juist de kwetsbaardere delen van de samenleving die hier onder lijden. In het bijzonder onder gevangenen komen drugsproblemen en infectieziekten veel voor. Het drugsgebruik wordt bovendien vaak voortgezet in gevangenen of begint er in sommige gevallen zelfs, en dat terwijl risicovol gedrag juist hier veel voorkomt. Gevangenen kunnen derhalve een bron zijn van meer besmetting met levensbedreigende ziekten, maar ze bieden ook de mogelijkheid tot interventies bij een zeer belangrijke doelgroep.

Enkele uitzonderingen daargelaten (Frankrijk, het Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales) en Noorwegen) valt de gezondheidstoestand in gevangenen onder verantwoordelijkheid van justitie of de penitentiaire inrichting en niet onder het algemene volksgezondheidsstelsel. Dit brengt het gevaar met zich mee dat de gezondheidszorg in gevangenen afgesneden raakt van de rest van de gezondheidszorg en bovendien kunnen er vraagtekens worden gezet bij de onafhankelijkheid, de kwaliteit, de toegankelijkheid en het niveau van de geboden zorg.

De slechte gezondheidstoestand van gevangenen heeft gevolgen voor de volksgezondheid, omdat wanneer drugsgebruikers weer worden vrijgelaten, ze weer in contact komen met hun familieleden en anderen in de samenleving. Vroege opsporing van ernstige besmettelijke aandoeningen als hiv en tuberculose, gevolgd door een goede behandeling en schadebeperkende maatregelen, kan leiden tot een aanzienlijke verbetering van de gezondheidstoestand van de gemeenschappen waaruit de gevangenen afkomstig zijn en waarin ze weer zullen terugkeren. Voor verslaafden kunnen behandelprogramma's in de gevangenis niet alleen goed zijn voor hun gezondheid, maar ze kunnen er ook toe bijdragen dat ze minder kans lopen opnieuw de fout in te gaan.

Om de kennis te vergroten van de gezondheidssituatie in gevangenen en over de specifieke manieren waarop daar met gezondheid wordt omgegaan, steunt het volksgezondheidsprogramma van de Europese Commissie het Health in Prisons Project van het Europese kantoor van de Wereldgezondheidsorganisatie, in het kader waarvan een database wordt opgezet voor gezondheidsindicatoren in gevangenen en andere gezondheidsdeterminanten. Het EWDD werkt aan de ontwikkeling van deze database in samenwerking met WHO Europa en het European Network on Drugs and Infections Prevention in Prison (ENDIPP) (1).

(1) <http://data.euro.who.int/hip/>.

toegang tot adequate drugsbehandeling, met name substitutiebehandelingen; omruil- en distributieprogramma's voor naalden en spuiten; informatie en voorlichting; educatie, onder andere in de vorm van *peer education*, gericht op risicobeperking; vrijwillige counseling en tests op infectieziekten; vaccinatie en behandeling van infectieziekten.

Ongeacht verschillen in de balans tussen al deze elementen in de diverse landen, heerst er duidelijk overeenstemming over dat een gecoördineerde totaalaanpak nodig is om de verspreiding van infectieziekten onder drugsgebruikers tegen te gaan.

Met het oog op het probleem van ongediagnosticeerde hiv-infecties zijn dit jaar nieuwe richtlijnen gepubliceerd (WHO/UNAIDS, 2007). Hierin wordt onder andere aanbevolen dat zorgaanbieders zich proactiever opstellen en sneller een hiv-test en/of counseling aanbevelen, vooral daar waar men te maken heeft met bevolkingsgroepen die de grootste risico's lopen, zoals spuitende drugsgebruikers, zodat meer mensen zich vrijwillig op hiv laten testen. Uit het werk van het EWDD op dit gebied blijkt dat regelmatig vrijwillig medisch onderzoek, inclusief op hiv en andere infecties gerichte tests en counseling, bij uitstek geschikt is om aan drugsspuiters aan te bieden.

Bij het voorkomen van hepatitis A en B is een belangrijke rol weggelegd voor vaccinatie. In sommige landen wordt iedereen tegen hepatitis B ingeënt, terwijl in andere vaccinatie vooral gericht is op mensen die een verhoogd risico lopen. In Noorwegen zijn de vaccinatieprogramma's voor hepatitis A en B geïntensiveerd nadat uit uitbreken van epidemieën van deze leverziekten bleek dat injecterend drugsgebruik zich had uitgebreid tot in kleinere gemeenten.

Besmetting met hepatitis C komt zo veel voor onder drugsspuiters dat het duidelijk noodzakelijk is deze ziekte, die niet met vaccinaties kan worden bestreden, effectiever aan te pakken. In enkele landen zijn er programma's speciaal gericht op de preventie van hepatitis C en hierbij vinden interessante ontwikkelingen plaats. Met de campagne „stop hepC“, die sinds 2003 loopt in Oslo, wordt bijvoorbeeld beoogd drugsgebruikers te bereiken vóóordat ze beginnen met het spuiten van drugs, of in iedere geval wanneer ze dit nog niet zo lang doen.

Diensten die zich bezighouden met drugsbehandeling en schadebeperking zouden ook moeten kijken naar de risico's die hun klanten lopen door hun seksuele gedrag. Want behalve door het spuiten van drugs, lopen veel drugsgebruikers ook extra kans op hiv-infectie door hun seksuele gedrag — doordat ze hun beslissingen niet goed doordenken, omdat bepaalde drugs verbonden zijn aan risicovolle seksuele handelingen of doordat ze actief zijn als sekswerker dan wel drugs krijgen in ruil voor seks. Vooral vrouwelijke drugsgebruikers zijn kwetsbaar, maar er heerst ook bezorgdheid over de wisselwerking tussen drugsgebruik en riskant seksueel gedrag onder bepaalde groepen mannen

infectieziekten onder injecterende drugsgebruikers. In Europa zijn er al enige tijd verschillende preventieprogramma's met meerdere componenten. Het kan gaan om:

die seks hebben met mannen. Drugsgebruikers lopen niet alleen verhoogd risico om besmet te raken met hiv, maar ook om andere seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's) op te lopen; drugsbehandelcentra kunnen een belangrijke rol spelen bij het diagnosticeren van nog niet vastgestelde soa's. Zo wordt in een recent Maltees onderzoek melding gemaakt van eerder ongedetecteerde besmettingen met het humaan papillomavirus (HPV) bij vrouwen die in een behandelcentrum werden gescreend.

### Omruil- en distributieprogramma's voor naalden en spuiten

De opname in hun diensten van omruil- en distributieprogramma's voor naalden en spuiten door bureaus voor verslavingshulp en het gecombineerde aanbod van risicocounseling en advies, alsmede de doorverwijzing van drugsgebruikers naar behandelingen zijn veel voorkomende fenomenen in de EU. Omruilprogramma's voor naalden en spuiten (OvN's) worden in drie van de vier EU-landen en Noorwegen gezien als prioriteit in de strijd tegen de verspreiding van infectieziekten onder drugsspuiters<sup>(151)</sup>. Het verstrekken van schone naalden en spuiten wordt gemeld door alle landen, met uitzondering van Cyprus, maar in dit laatste land is deze maatregel in 2006 wel aanbevolen door een groep deskundigen om een mogelijke toename te voorkomen van het aantal infecties in verband met het spuiten van drugs. Het begint gebruikelijk te worden dat naast schone spuiten ook andere steriele spullen, zoals wattenpads met alcohol en schoonmaakdoekjes, water, filters en branders beschikbaar worden gesteld. Maar hoewel de verstrekking van steriel materiaal via OvN's niet langer controversieel is, maken niet alle landen hier een prioriteit van, en zijn er ook die vinden dat het feit dat het een en ander te koop is bij apotheken meer dan voldoende.

De aard en de omvang van de verstrekking van steriel injectiemateriaal in de verschillende landen lopen uiteen. Meestal worden spuiten verstrekt vanuit speciale drugshulpverleningsdiensten, maar een dergelijke voorziening wordt in vrijwel alle landen (op drie na) aangevuld met mobiele diensten waarmee wordt gepoogd drugsgebruikers in probleemwijken te bereiken. In tien landen worden de beschikbare OvN-diensten aangevuld met spuitautomaten<sup>(152)</sup>, maar gegevens over de omzet zijn schaars en er is geen onderzoek gedaan naar de effectiviteit van deze aanbiedingsvorm. Luxemburg heeft zich gevoegd bij Spanje en Duitsland als de enige landen waar naalden- en spuitenomruil voorhanden is in gevangenis; al blijft het aanbod in Duitsland beperkt tot één gevangenis in Berlijn.

Doordat er overal wel apotheken zijn, kunnen omruilprogramma's via apotheken eveneens zorgen voor een groter geografisch bereik van de verstrekking en een aanvulling vormen op de dienstverlening door

de specialistische diensten. In Schotland zijn in 2004 bijvoorbeeld 1,7 miljoen spuiten verstrekt via een netwerk van 116 deelnemende apotheken; in Portugal deden meer dan 1 300 apotheken mee aan het programma en werden 1,4 miljoen spuiten verstrekt<sup>(153)</sup>. Officiële omruil- en distributienetwerken via apotheken bestaan in acht Europese landen (België, Denemarken, Spanje, Frankrijk, Nederland, Portugal, Slovenië, Verenigd Koninkrijk).

In landen waar drugsgebruikers veelvuldig hun injectiemateriaal betrekken bij apotheken, zouden de laatste een grotere rol kunnen gaan spelen bij andere gezondheidsbevorderende maatregelen voor drugsgebruikers, zoals het geven van informatie en voorlichting over het risico op infectieziekten ten gevolge van het spuiten van drugs en bepaalde seksuele handelingen, het aanbieden van tests en counseling, en het doorverwijzen naar behandelcentra. Het motiveren, stimuleren en ondersteunen van apothekers om aan dergelijke spuitprogramma's mee te doen is iets wat momenteel alleen wordt gerapporteerd door Frankrijk, Portugal en het Verenigd Koninkrijk.

Hoe OvN's geografisch verdeeld zijn en hoe injectiemateriaal precies wordt verstrekt, verschilt sterk per land. Er zijn echter wel steeds meer landen met landelijke OvN-netwerken. Landen met een goede landelijke OvN-dekking zijn: Luxemburg en Malta, twee kleine landen; Italië, waar OvN's voorkomen in circa 70 % van alle zorgdistricten; Tsjechië, waar ze in alle 77 districten en in de hoofdstad Praag voorkomen; en Finland, waar gemeenten wettelijk verplicht zijn diensten ter voorkoming van infectieziekten, inclusief OvN's, aan te bieden. Portugal schat dat de via apotheken en straathoekwerk georganiseerde OvN's circa 50 % van het land bereiken, en in Denemarken zijn er in tien van de dertien provincies OvN's. Alle Oostenrijkse steden met een serieuze drugscene hebben ten minste één omruilpunt voor naalden en spuiten en in Bulgarije zijn er mogelijkheden in tien steden waar relatief veel problematisch drugsgebruik voorkomt. In Estland nam in 2005 naar schatting 37 % van de ID's deel aan een OvN. In Slowakije en Roemenië werd een aanzienlijk kleiner deel van de doelgroep bereikt (naar schatting respectievelijk 20 en 10-15 %).

Diverse landen rapporteren stijgingen tussen 2003 en 2005 van het aantal spuiten dat via speciale OvN's werd omgeruild dan wel verstrekt (Bulgarije, Tsjechië, Estland, Hongarije, Oostenrijk, Slowakije, Finland)<sup>(154)</sup>.

Gespecialiseerde instanties die naald- en spuitprogramma's aanbieden kunnen ook verder op het gebied van de volksgezondheid nog een belangrijke rol spelen. Zo kunnen ze cliënten bewuster maken van risicogedrag en stimuleren zich te laten testen en vaccineren, en fungeren

<sup>(151)</sup> Zie figuur 11 in het jaarverslag 2006.

<sup>(152)</sup> Zie tabel HSR-2 in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(153)</sup> Zie tabel HSR-4 in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(154)</sup> Zie tabel HSR-3 in het Statistical Bulletin 2007.

als tussenstation naar de primaire gezondheidszorg en naar drugsbehandeldiensten. De mate waarin deze instanties dergelijke diensten al leveren is onduidelijk, maar dat hieraan behoefte is wordt onderstreept door de bevindingen van een onlangs uitgevoerd nationaal onderzoek in Engeland. Hieruit bleek dat de cliënten zich over het algemeen niet erg druk maakten over infectieziekten en dat de betreffende instanties zich proactiever zouden kunnen opstellen met betrekking tot counseling, testen en vaccinatie.

## Sterfte en sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik

### Sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik

De definitie van „sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik” (of „drugsgelateerde sterfgevallen”) van het EWDD verwijst naar sterfgevallen die direct veroorzaakt zijn door de consumptie van een of meer drugs. Hierbij treedt de dood in het algemeen in kort na de consumptie van die stof(fen). Andere termen die worden gebruikt om dergelijke sterfgevallen te beschrijven zijn „overdoses”, „vergiftigingen”, „intoxicaties”, „door drugs geïnduceerde sterfgevallen” en „acute sterfgevallen door drugs”<sup>(155)</sup>. Het aantal sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik in een gemeenschap hangt af van het aantal mensen dat drugs gebruikt waarbij overdoses kunnen optreden (met name opioïden). Andere belangrijke factoren zijn het percentage gebruikers dat spuit, de prevalentie van polydrugsgebruik, de aanwezigheid van behandelmogelijkheden, het behandelbeleid en eerstehulpverlening.

Hoewel de onderlinge vergelijkbaarheid van de Europese gegevens de laatste jaren verbeterd is, verschilt de kwaliteit van de rapportages nog dusdanig dat terughoudendheid geboden is bij het maken van directe vergelijkingen. De grootte van het probleem van drugsgelateerde sterfgevallen kan in absolute zin worden uitgedrukt in het aantal gemelde sterfgevallen, of in relatieve zin: het aantal drugsgelateerde sterfgevallen per miljoen inwoners of als percentage van alle sterfgevallen. Ongeacht de kwaliteitsverschillen in de rapportages tussen de landen is het zo dat als de methoden maar gelijk blijven, het mogelijk is om trends waar te nemen in de aantallen en karakteristieken van sterfgevallen ten gevolge van overdoses.

Tussen 1990 en 2004 werden jaarlijks 6 500 tot ruim 9 000 sterfgevallen als gevolg van overdoses gerapporteerd

door de EU-lidstaten, hetgeen betekent dat er in deze periode meer dan 122 000 mensen als gevolg van hun drugsgebruik zijn overleden. Deze cijfers moeten worden beschouwd als een minimale schatting<sup>(156)</sup>.

Bevolkingssterftecijfers in verband met sterfte ten gevolge van drugsgebruik lopen sterk uiteen in de verschillende landen, variërend van 3-5<sup>(157)</sup> tot meer dan 50 sterfgevallen per miljoen inwoners (gemiddeld 18,3), waarbij 11 Europese landen uitkwamen op meer dan 20 sterfgevallen per miljoen inwoners. Onder mannen van 15-39 jaar zijn de sterftecijfers over het algemeen driemaal zo hoog (gemiddeld 61 sterfgevallen per miljoen). In 2004-2005 maakten sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik 4 % uit van alle sterfgevallen onder personen van 15-39 jaar in heel Europa, en meer dan 7 % in negen landen<sup>(158)</sup>.

Drugsgebruikers overlijden niet alleen ten gevolge van overdoses, maar ook door oorzaken die indirect verband houden met drugsgebruik. In 2003 stierven bijvoorbeeld bijna 1 400 mensen ten gevolge van aids in verband met injecterend drugsgebruik (EuroHIV, 2006)<sup>(159)</sup>, al is deze schatting mogelijk te laag. Het aantal sterfgevallen ten gevolge van andere indirect met drugsgebruik samenhangende oorzaken (zoals hepatitis, geweld, zelfmoord en ongevallen) is lastiger te bepalen. Volgens bepaalde schattingen is, in ieder geval in enkele Europese steden, 10 tot 20 % van de sterfte onder jongvolwassenen direct of indirect toe te schrijven aan opioïdengebruik (Bargagli et al., 2006) (zie hieronder). Hier komt de sterfte ten gevolge van andere vormen van drugsgebruik (zoals cocaïne) nog bij, hoewel deze zeer lastig te kwantificeren valt.

Om de totale sterfte ten gevolge van problematisch drugsgebruik per land en in Europa te kunnen bepalen, zullen gegevensverzameling en -analyse verbeterd moeten worden. In het nationale verslag van Nederland wordt melding gemaakt van een aanzet hiertoe. Het sterftecijfer ten gevolge van problematisch drugsgebruik, zowel direct als indirect, werd geschat door de gegevens van een plaatselijk onderzoek te extrapoleren, rekening houdend met regionale verschillen. Hoewel er zeker meer methodologisch werk moet worden gedaan, kan dit type onderzoek, in combinatie met meting van het aantal sterfgevallen die indirect met drugs te maken hebben, onderrapportage van het aantal sterfgevallen ten gevolge van overdoses helpen voorkomen.

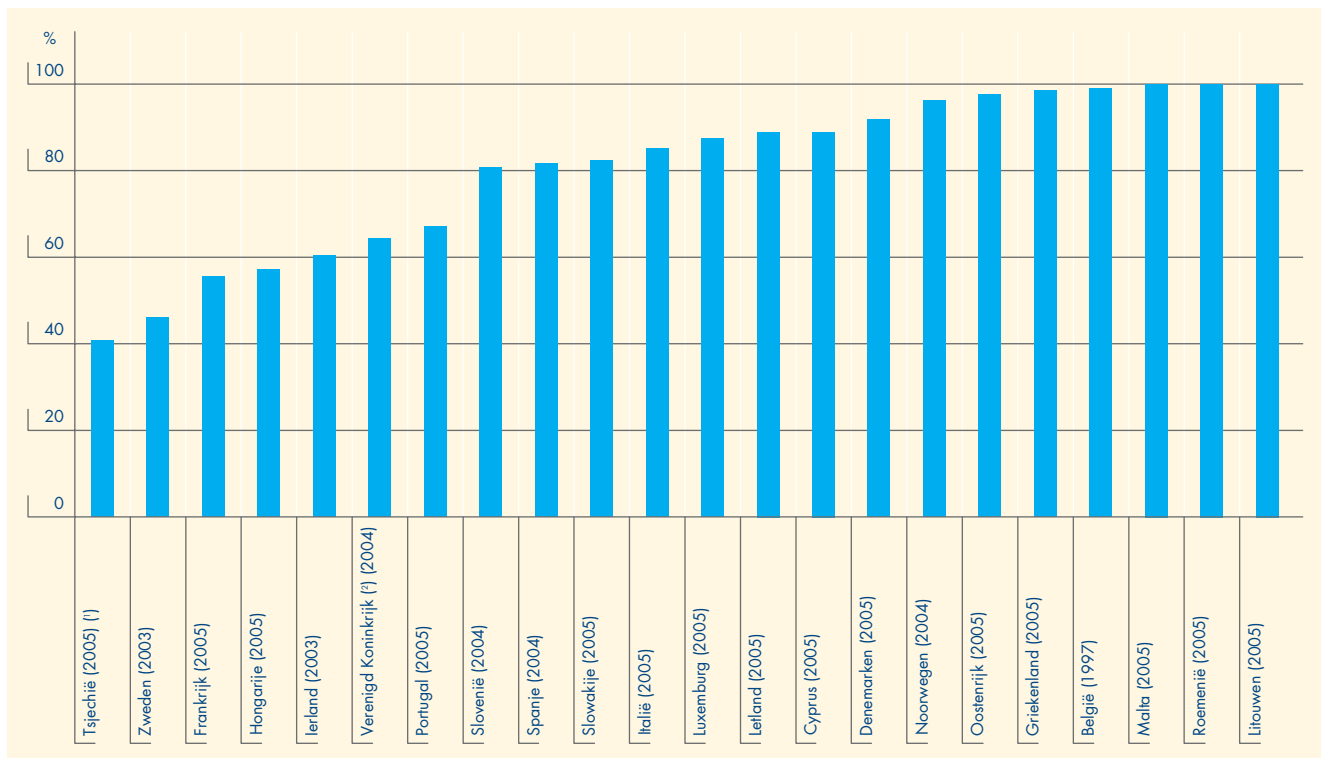
<sup>(155)</sup> De meeste landen hanteren nu nationale definities die (vrijwel) overeenkomen met die van het EWDD, hoewel sommige landen nog altijd ook sterfgevallen als gevolg van psychoactieve geneesmiddelen of sterfgevallen die niet het gevolg zijn van een overdosis meetellen, maar over het algemeen betreft dit slechts een beperkt percentage (zie de methodological note „Drug-related deaths summary: definitions and methodological issues” in het Statistical Bulletin 2007 en „DRD Standard Protocol, version 3.1”).

<sup>(156)</sup> Zie de tabellen DRD-2 (deel i), DRD-3 en DRD-4 in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(157)</sup> In Frankrijk ging het om 0,9 per miljoen in 2005, wat mogelijk duidt op onderrapportage; opgemerkt dient te worden dat het ongeveer tien maal meer was in 1994, toen de sterfte ten gevolge van overdoses begon te dalen.

<sup>(158)</sup> Zie tabel DRD-5 in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(159)</sup> Opgemerkt dient te worden dat dit getal betrekking heeft op het westelijke en het centrale gedeelte van WHO Europa, waarin zich ook enkele niet-EU-landen bevinden, en het totale aantal sterfgevallen in Estland, Letland en Litouwen (oostelijke gedeelte).

**Figuur 12** — Percentage acute sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik waarbij opioïden betrokken lijken te zijn

(1) Voor Tsjechië is voor acute drugsgerelateerde sterfgevallen de definitie volgens „selectie D” van het EWDD gebruikt in plaats van de nationale definitie. De nationale definitie omvat ook vergiftiging door psychoactieve medicijnen en daartoe behoren de meeste gevallen (156 van de 218).

(2) Definitie van het ONS (Brits nationaal bureau voor de statistiek).

NB: Sommige landen hanteren nationale definities van drugsgerelateerde sterfte waardoor ook een bepaald aantal sterfgevallen meetelt dat indirect het gevolg is van drugsgebruik.

Gegevens voor 2005 of het laatste jaar waarvoor gegevens beschikbaar zijn. Zie voor nadere informatie tabel DRD-1 in het Statistical Bulletin 2007.

Bronnen: Nationale Reitox-verslagen (2006), de gegevens zijn ontleend aan nationale overlijdensregisters of speciale registers.

### Acute sterfgevallen ten gevolge van het gebruik van opioïden

#### *Sterfgevallen ten gevolge van het gebruik van heroïne* <sup>(160)</sup>

Een overdosis opioïden is een van de belangrijkste doodsoorzaken onder jonge mensen in Europa, met name onder mannen in stedelijke gebieden. Bij de meeste acute sterfgevallen ten gevolge van het gebruik van illegale drugs die in de EU worden gerapporteerd (46 tot 100 %, zie figuur 12) spelen opioïden een rol, vooral heroïne en zijn metabolieten. In Europa gaat het bij de meeste van de met opioïden samenhangende sterfgevallen om heroïne, maar vaak blijken ook andere stoffen een rol te spelen, met name alcohol, benzodiazepinen, andere opioïden en, in sommige landen, cocaïne. Vrijwillig verstrekte gegevens over middelen die een rol speelden bij drugsgerelateerde sterfgevallen, in het kader van een project waaraan in 2006 negen landen deelnamen <sup>(161)</sup>, hebben bevestigd dat bij opioïdenoverdoses meestal sprake is van meerdere drugs (60 tot 90 % van de gevallen) en dat het hier dus eigenlijk gaat om „polydrugsgerelateerde sterfgevallen”.

De meeste slachtoffers van opioïdenoverdoses zijn mannen (59 tot 100 %); het hoogste aandeel van vrouwen komt voor in Tsjechië, Polen en Slowakije en het laagste in Litouwen en Luxemburg. Meestal gaat het om mensen tussen de 20 en 40 jaar, met in de meeste landen een gemiddelde leeftijd van midden dertig <sup>(162)</sup>. De gemiddelde leeftijd is het laagst in Bulgarije, Estland, Letland en Roemenië en het hoogst in Polen, Finland en het Verenigd Koninkrijk. Er worden zeer weinig sterfgevallen door een overdosis gemeld van personen jonger dan 15 jaar, maar onderrapportage van sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik in deze leeftijdscategorie is niet uitgesloten. Hoewel er een klein aantal sterfgevallen onder 65-plussers is geregistreerd, melden slechts zeven landen dat meer dan 5 % van de gevallen deze leeftijdsgroep betreft. In verschillende van de lidstaten die sinds 2004 tot de EU zijn toegetreden, is de gemiddelde leeftijd bij overlijden relatief laag en hebben personen van onder de 25 jaar een groot aandeel in de dodelijke overdosisgevallen. Dit kan erop wijzen dat de populatie heroïnegebruikers in die landen gemiddeld jonger is <sup>(163)</sup>.

<sup>(160)</sup> Aangezien de meeste aan het EWDD gemelde gevallen opioïdengebruikers betreffen, worden voor het beschrijven van opioïdengevallen de algemene kenmerken van acute sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik.

<sup>(161)</sup> Tsjechië, Denemarken, Duitsland, Letland, Malta, Nederland, Oostenrijk, Portugal en het Verenigd Koninkrijk.

<sup>(162)</sup> Zie tabel DRD-1 (deel i) in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(163)</sup> Zie figuur DRD-2 in het Statistical Bulletin 2007.

In veel lidstaten stijgt de leeftijd van slachtoffers van overdoses, hetgeen wijst op een daling van het aantal jongeren dat overgaat tot het gebruik van heroïne. Deze trend is vrij algemeen in de vijftien oude lidstaten, al wordt in Oostenrijk en Luxemburg de laatste jaren een stijging waargenomen. In de overige lidstaten is de trend minder duidelijk, mede doordat het geringe aantal gevallen interpretatie van de cijfers bemoeilijkt <sup>(164)</sup>.

#### *Sterfgevallen ten gevolge van het gebruik van methadon en buprenorfine*

Hoewel onderzoek uitwijst dat substitutiebehandeling het risico op een dodelijke overdosis verkleint, worden ieder jaar wel enkele sterfgevallen gerapporteerd die verband houden met misbruik van substitutiemiddelen. Het volgen van het aantal sterfgevallen in verband met methadon en buprenorfine, alsmede van de omstandigheden rondom het overlijden, kan belangrijke informatie opleveren in verband met de kwaliteitsbewaking van substitutieprogramma's en initiatieven gericht op preventie en schadebeperking.

Verscheidene landen melden dat bij een substantieel percentage van de drugsgelateerde sterfgevallen methadon is aangetroffen, al is niet altijd duidelijk welk aandeel de methadon heeft in het overlijden en kan er ook sprake zijn van andere stoffen. Denemarken rapporteert dat in 43 % van de sterfgevallen als gevolg van vergiftiging (89 van de 206 in 2005) methadon de oorzaak was (gebruik van alleen methadon of gebruik van methadon in combinatie met andere middelen); Duitsland rapporteert dat in 2005 255 sterfgevallen (van de 1 477) zijn toegeschreven aan „substitutiemiddelen“ (in 75 gevallen als enige middel en in 180 gevallen in combinatie met andere verdovende middelen), tegenover 345 in 2004; door het Verenigd Koninkrijk worden (op een totaal van 1 972 gevallen, volgens de definitie die wordt gehanteerd in de drugsstrategie) 280 gevallen gerapporteerd waarbij sprake was van „vermelding“ van methadon (2004); in Noorwegen heeft sectie in 55 gevallen sporen van methadon aangetoond. Spanje rapporteert (nationale Reitox-verslagen, 2005) dat er in slechts een enkel geval bij overdoses alleen sprake was van methadon (2 %), maar dat het middel dikwijls in combinatie met andere middelen aanwezig was bij sterfgevallen als gevolg van het gebruik van opioïden (42 %) of cocaïne (20 %). Andere landen melden geen sterfgevallen als gevolg van methadon of slechts zeer kleine aantallen.

Sterfgevallen als gevolg van vergiftiging met buprenorfine lijken zeer zelden voor te komen, hetgeen wordt toegeschreven aan de farmacologische eigenschappen (agonist/antagonist) van dit middel. Er zijn echter Europese landen die sterfgevallen hebben gemeld. In de nationale verslagen over 2005 en 2006 hebben alleen Frankrijk en Finland sterfgevallen als gevolg van dit middel geregistreerd. In Finland werd in 2005 bij 83 drugsgelateerde

sterfgevallen buprenorfine aangetroffen (73 in 2004), in de meeste gevallen in combinatie met benzodiazepinen, sedativa of alcohol, of geïnjecteerd. Frankrijk meldt in 2005 slechts twee gevallen van buprenorfineoverdoses (tegenover vier gevallen in 2004). In deze beide landen is buprenorfine het belangrijkste substitutiemiddel bij de behandeling van opioïdenverslaving, zij het dat het aantal in Finland behandelde personen veel lager ligt dan de naar schatting 70 000 tot 85 000 personen die buprenorfine krijgen in Frankrijk. Naast Frankrijk en Finland zijn er in 2004 nog drie landen die sterfgevallen melden waarbij buprenorfine een rol speelt (niet meer dan twee of drie per land). Een uitgebreid onderzoek naar sterfgevallen tussen 1980 en 2002 in het Verenigd Koninkrijk waarbij sprake was van buprenorfine, bracht slechts 43 gevallen aan het licht, waarbij bovendien vaak ook benzodiazepinen of andere opioïden betrokken waren (Schifano et al., 2005).

#### **Acute sterfgevallen ten gevolge van het gebruik van andere drugs dan opioïden**

##### *Sterfgevallen ten gevolge van het gebruik van ecstasy en amfetaminen*

Sterfgevallen als gevolg van ecstasy komen niet veel voor, maar gaven enkele jaren geleden wel aanleiding tot grote bezorgdheid toen er voor het eerst sprake van was, aangezien ze dikwijls onverwacht optreden onder sociaal geïntegreerde jongeren. Uit de weinige informatie die in de nationale Reitox-verslagen van 2006 beschikbaar is over sterfgevallen waarbij ecstasy in het spel is, blijken de aantallen te liggen op dezelfde niveaus als in vorige jaren. In Europa als geheel werden 78 sterfgevallen gemeld ten gevolge van het gebruik van ecstasy <sup>(165)</sup>.

Ook sterfgevallen als gevolg van amfetamine worden zelden gerapporteerd, hoewel in Tsjechië in 2004 16 en in 2005 14 sterfgevallen aan pervitine (metamfetamine) werden toegeschreven, hetgeen samenhangt met een toename van het geschatte aantal problematische pervitinegebruikers en aanvragen voor behandeling. Finland rapporteert 65 sterfgevallen waarbij amfetaminen een, zij het niet nader gespecificeerde, rol speelden.

##### *Sterfgevallen ten gevolge van het gebruik van cocaïne*

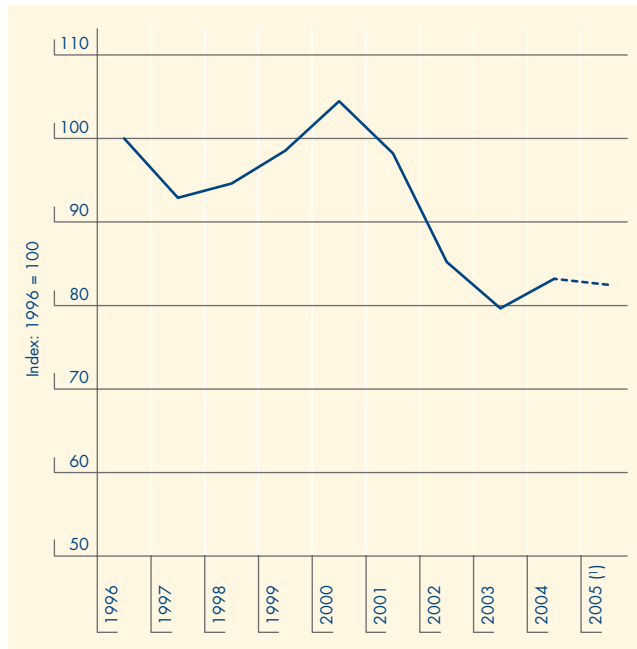
Sterfgevallen ten gevolge van een overdosis cocaïne zijn als zodanig lastiger te herkennen dan sterfgevallen ten gevolge van opioïdengebruik en worden vaak gezien als het gevolg van verschillende oorzaken, en niet van de toxiciteit van cocaïne zelf <sup>(166)</sup>. Onderzoek heeft uitgewezen dat de meeste cocaïnegeleerde sterfgevallen optreden bij chronische gebruikers en vaak het gevolg zijn van cardiovasculaire en neurologische problemen die optreden na langdurig gebruik, met name bij gebruikers met een grotere vatbaarheid voor bepaalde aandoeningen of die te maken hebben met andere risicofactoren. In Europa wordt bij sterfgevallen waarbij cocaïne een rol speelt meestal ook melding gemaakt van

<sup>(164)</sup> Zie de figuren DRD-3 en DRD-4 in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(165)</sup> Afhankelijk van het land hebben de cijfers voor ecstasy en cocaïne betrekking op 2004 of 2005.

<sup>(166)</sup> Zie de selected issue over cocaïne uit 2007 voor een uitvoeriger bespreking van sterfgevallen ten gevolge van deze drug.

**Figuur 13** — Algemene trend in acute sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik, 1996-2005 voor alle lidstaten met beschikbare gegevens



(1) Het cijfer voor 2005 heeft een voorlopig karakter, het is gebaseerd op een vergelijking tussen de gegevens over 2005 en 2004 van alleen die landen die over beide jaren gegevens hebben geleverd.

NB: De geïndexeerde verandering is berekend op basis van landen met informatie voor het genoemde jaar en het jaar daarvoor. Zie tabel DRD-2 in het Statistical Bulletin 2007 voor het aantal sterfgevallen per land en voor opmerkingen van methodologische aard.

Bronnen: Nationale Reitox-verslagen (2006), de gegevens zijn ontleend aan algemene overlijdensregisters of speciale registers (forensische of politieregisters).

de aanwezigheid van andere middelen (zoals alcohol en opioïden), hetgeen volgt uit het feit dat cocaïne vaak in combinatie met andere drugs wordt gebruikt.

In de nationale verslagen over zowel 2005 als 2006 van de landen die gegevens hebben geleverd, worden 400 sterfgevallen als gevolg van cocaïnegebruik onderkend. Er is duidelijk meer onderzoek nodig naar de gevolgen voor de gezondheid van cocaïnegebruik en de daarmee samenhangende sterfte.

### Trends in acute sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik

Nationale trends in sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik kunnen enig inzicht verschaffen in zowel de manier waarop patronen in problematisch drugsgebruik zich in elk land ontwikkelen als de wijze waarop ermee omgegaan wordt. Uit de beschikbare gegevens over de EU komt een aantal algemene trends in drugsgerelateerde sterfgevallen naar voren. In de vijftien oude lidstaten en Noorwegen was in de jaren tachtig en in het begin van de

jaren negentig een sterke stijging zichtbaar, die mogelijk samenhangt met de toename van het gebruik en de injectie van heroïne <sup>(167)</sup>. Tussen 1990 en 2000 bleef het aantal sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik toenemen, zij het minder sterk.

Sinds 2000 wordt door veel EU-landen een daling gemeld van het aantal sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik. Dit zou verband kunnen houden met de toegenomen beschikbaarheid van behandeling en met schadebeperkingsinitiatieven, hoewel ook een mogelijke vermindering van injecterend drugsgebruik of een dalend heroïneaanbod zouden kunnen meespelen. Op Europees niveau is het aantal drugsgerelateerde sterfgevallen in 2001 met 6 %, in 2002 met 14 % en in 2003 met 5 % gedaald. Uit de verslagen over 2004 en de voorlopige gegevens over 2005 blijkt echter dat deze daling na 2003 niet heeft doorgezet.

In de verslagen over drugsgerelateerde sterfgevallen van sommige landen begint zich een zorgwekkende trend af te tekenen. Na uitgesproken pieken in het aantal drugsdoden in de periode 1999-2001, gevolgd door een duidelijke afname gedurende twee à drie jaar, wordt in 2004 en 2005 weer een toename waargenomen <sup>(168)</sup>. Dit is het patroon in Ierland, Griekenland, Portugal, Finland en Noorwegen en in mindere mate ook in Nederland, Oostenrijk en het Verenigd Koninkrijk. In Italië is, na een aantal jaren waarin het aantal drugsgerelateerde sterfgevallen afnam, enige toename geregistreerd in de afgelopen twee jaar <sup>(169)</sup>. Hiervoor zijn diverse mogelijke oorzaken gesuggereerd, waaronder polydrugsgebruik door opioïdengebruikers en een toename van het aanbod van heroïne.

Wat betreft de trends in drugsgerelateerde sterfgevallen is er een duidelijke discrepantie tussen de 15 oude EU-lidstaten en de landen die pas sinds 2004 tot de EU zijn toegetreden. Onder de vijftien oude lidstaten is er sprake van een algemene afname sinds 1996, die zeer uitgesproken was tussen 2000 en 2002, hetgeen wijst op een afnemend aantal jonge opioïdenspuiters over de langere termijn. In deze landen zijn de jongste ontwikkelingen echter minder eenduidig. In de nieuwe lidstaten was sprake van een scherpe toename tot 2002, gevolgd door een afname in 2003-2004.

In Griekenland zijn drugsgebruikers onder de 30 jaar verantwoordelijk voor een groter percentage van de drugsgerelateerde sterfgevallen en hetzelfde geldt voor drugsgebruikers onder de 25 jaar in Estland, Luxemburg en Oostenrijk, en in mindere mate in Letland en Nederland, ondanks dat in de meeste landen jonge drugsgebruikers juist een dalend aandeel hebben in het aantal overdoses <sup>(170)</sup>.

<sup>(167)</sup> Zie figuur DRD-8 in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(168)</sup> Zie tabel DRD-2 in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(169)</sup> Zie figuur DRD-11 in het Statistical Bulletin 2007.

<sup>(170)</sup> Zie figuur DRD-9 in het Statistical Bulletin 2007.

Er zijn ook verschillen waarneembaar tussen de seksen <sup>(171)</sup>. Zie hiervoor de selected issue over gender en drugsgebruik uit 2006.

### Totale sterfte onder problematische drugsgebruikers

De meeste informatie over de totale sterfte (direct dan wel indirect veroorzaakt door drugs) onder problematische drugsgebruikers in Europa betreft gebruikers van opioïden. Informatie over de sterfte ten gevolge van andere vormen van drugsgebruik, in toenemende mate een belangrijke volksgezondheidskwestie, ontbreekt over het algemeen, bijvoorbeeld die onder regelmatige maar maatschappelijk geïntegreerde cocaïnegebruikers.

Onderzoek onder opioïdengebruikers in verschillende Europese settings heeft uitgewezen dat de sterfte in deze groep hoog is vergeleken met de algemene bevolking. In een gezamenlijk onderzoek dat werd verricht in het kader van een EWDD-project, is de sterfte onderzocht onder opioïdengebruikers die benaderd werden in acht Europese behandelcentra. De uitkomst was een zeer hoge sterfte onder opioïdengebruikers in vergelijking met hun leeftijdsgenoten (zie EWDD, 2006). Uit een Tsjechische cohortstudie bleek dat de gestandaardiseerde mortaliteitsverhouding voor gebruikers van stimulerende middelen 4 tot 6 maal hoger was dan die voor de algemene bevolking, terwijl de sterfte onder gebruikers van opioïden 9 tot 12 maal hoger was (nationale Reitox-verslagen, 2005). Een Franse cohortstudie waarin personen werden gevolgd die waren gearresteerd voor het gebruik van heroïne, cocaïne of crack, wees uit dat de sterfte onder mannen 5 maal hoger was en de sterfte onder vrouwen 9,5 maal hoger dan onder de algemene bevolking, maar met een dalende tendens (nationale Reitox-verslagen, 2005). Meer informatie over de sterfte onder drugsgebruikers zal naar verwachting voortkomen uit lopende cohortstudies in verschillende Europese landen (Bulgarije, Spanje, Malta, Oostenrijk, Polen, Roemenië, Zweden, Verenigd Koninkrijk, Noorwegen).

Recent onderzoek in Nederland en Noorwegen laat geen relatie zien tussen leeftijd en de kans op overlijden door een overdosis (Cruts et al., in druk; Ødegård et al., 2006 als geciteerd in het Noorse nationale verslag), maar met het stijgen van de leeftijd van opioïdengebruikers, komt de sterfte ten gevolge van chronische aandoeningen in toenemende mate bovenop de sterfte ten gevolge van externe oorzaken als zelfmoord en geweld. De slechte levensomstandigheden van drugsgebruikers en hun psychische problemen kunnen ook aanzienlijk bijdragen tot de hoge sterfte in deze groep.

In sommige onderzoeken onder drugsgebruikers wordt zelfmoord aangegeven als een van de oorzaken van sterfgevallen door overdosis. De sterfgevallen waarvan vastgesteld is dat het om zelfmoord gaat plus die waarvan onduidelijk is of er opzet in het spel is, maken 30 % uit van alle drugsgelerateerde sterfgevallen waarvan in 2005 in Schotland melding is gemaakt. In 2003 ging het in 13 % van alle drugsgelerateerde sterfgevallen om zelfmoord (Scottish

### Comorbiditeit en Isadora

Problematisch drugsgebruik gaat vaak samen met psychiatrische stoornissen. Op Europees niveau is nog niet systematisch informatie bijeengebracht over comorbiditeit, maar uit onderzoek in verschillende Europese landen blijkt dat 30 tot 90 % van de cliënten in drugsbehandeling mogelijk te maken hebben met meerdere psychiatrische aandoeningen. De meest voorkomende aandoeningen en stoornissen bij drugsverslaafden zijn persoonlijkheidsstoornissen, depressie, asociaal gedrag, angstaanvallen en stemmings- en eetstoornissen. Ook is sprake van schizofrenie en zelfmoordneigingen. Comorbiditeit komt volgens de rapporten meer voor bij heroïnegebruikers, vooral bij degenen die al lang drugs gebruiken en die te maken hebben gehad met meerdere interrupties in methadonbehandeling en van wie de sociale en leefomstandigheden zijn verslechterd. Ook komt verslaving veel voor bij mensen met ernstige psychische aandoeningen.

Het Europese project Isadora („integrated services aimed at dual diagnosis and optimal recovery from addiction”, ofwel geïntegreerde diensten gericht op dubbele diagnose en optimaal herstel van verslaving) is na drie jaar onderzoek in 2005 afgerond <sup>(1)</sup>. Dit project, waarmee wordt beoogd de belangrijkste institutionele en individuele risicofactoren voor comorbiditeit te identificeren, omvatte zeven Europese gezondheidscentra en 352 patiënten uit de psychiatrische noodopvang. De resultaten wijzen uit dat een slechte prognose en chaotische dubbele diagnosetrajecten niet alleen het gevolg zijn van de kenmerken van de cliënt, maar ook van gefragmenteerde dienstverlening, die vaak leidt tot een inefficiënte opdeling van de zorg. Isadora heeft onder andere geresulteerd in een uitgebreid opleidingshandboek voor de diagnose van comorbiditeit.

<sup>(1)</sup> <http://isadora.advsh.net/>

Executive, 2005). Problemen ten gevolge van verkeerd gebruik van stoffen kunnen op verschillende manieren een rol spelen in zelfmoordgedrag: veelvoorkomende risicofactoren, verkeerd gebruik van middelen door mensen die geneigd zijn tot zeer riskant gedrag.

### Verminderen van sterfte ten gevolge van drugsgebruik

Er wordt meer aandacht geschonken aan de preventie van overdoses doordat het belang van dit probleem vanuit volksgezondheidsoogpunt steeds meer wordt onderkend. Contact met behandelcentra en andere diensten kan het aantal drugsdoden terugbrengen, maar er is nog steeds veel mogelijk op het vlak van interventies die specifiek gericht zijn op het risico van overdoses; in algemene zin kan gesteld worden dat Europa nog geen alomvattende aanpak voor overdosispreventie kent.

Lidstaten, vooral die met oudere heroïne-epidemieën, hebben er de afgelopen jaren voor gezorgd dat er steeds

<sup>(171)</sup> Zie figuur DRD-6 in het Statistical Bulletin 2007.



meer drugsbehandelingen konden worden aangeboden en beginnen nu ook steeds meer door te dringen tot moeilijk bereikbare problematische drugsgebruikers (zie ook hoofdstuk 2 en hoofdstuk 6). Een grotere toegankelijkheid van behandelingen en meer diversiteit in de behandelmethoden, zoals substitutiebehandeling, zorgen ervoor dat cliënten beter kunnen worden vastgehouden door behandelaars, hetgeen in belangrijke mate bijdraagt tot de vermindering van het aantal drugsdoden. Verschillende landen hebben onderhoudsbehandelingen algemener toegankelijk gemaakt, en er is een duidelijke verandering in het denken over snellere toegang tot en terugkeer naar methadonprogramma's (maatregelen waarvan is aangetoond dat ze de overlevingskansen vergroten). Bovendien laten studies bij hoogdrempelige programma's met een strikt toelatingsbeleid en strenge behandelregels, zien dat daarbij ook meer cliënten om discipline redenen uit het programma worden gezet en dat deze vervolgens meer risico lopen te overlijden dan degenen die wel in behandeling blijven (Fugelstad et al., 2007). Een longitudinaal onderzoek naar de effectiviteit van behandelingen van heroïneverslaving, waarin gekeken wordt naar het verband tussen het vasthouden van cliënten in het behandelcircuit en sterfecijfers, wordt momenteel uitgevoerd in Italië (Bargagli et al., 2006).

Mensen die zijn afgekickt van opioïden en terugvallen in drugsgebruik in de eerste weken nadat ze uit de gevangenis zijn ontslagen of uit behandeling komen, lopen een groter risico op een overdosis, omdat hun tolerantie is verlaagd. Een belangrijke schadebeperkende activiteit bestaat derhalve uit het voorlichten van deze groep over de risico's die het opnieuw gaan gebruiken van drugs met zich mee brengt en het bespreken van risicobeperkende strategieën. Voortzetting van de zorg met sociale ondersteuning en behandelinstellingen kan hierbij een belangrijke rol vervullen, met name voor mensen die uit de gevangenis komen.

Ook kunnen fatale overdoses worden voorkomen door drugsgebruikers te leren beter te handelen in noodsituaties, bijvoorbeeld door ze de stabiele zijligging te leren en te laten inzien dat het verstandig is samen te werken met politie en ambulancediensten, en door drugsgebruikers te stimuleren in geval van een overdosis al in een vroeg stadium zelf de hulpdiensten te bellen. Onderzoek wijst uit dat gelijktijdig gebruik van andere drugs, met name alcohol en verdovende middelen, het risico op een dodelijke opioïdenoverdosis vergroot; polydrugsgebruik is daarom een belangrijk onderwerp om aan de orde te stellen. Er is geëxperimenteerd met de verstrekking van opioïdenantagonisten aan drugsgebruikers, bijvoorbeeld in een Schots proefproject

waarin naloxon werd gegeven aan drugsgebruikers en hun familieleden en vrienden. Deze aanpak is nog niet breed ontwikkeld in Europa, maar biedt mogelijkheden. Het beschikbaar hebben van opioïdenantagonisten in ambulances, behandelcentra en andere plekken waar gevallen van opioïdenoverdosis kunnen voorkomen, komt meer voor, maar is niet universeel. Gezien de effectiviteit van deze middelen, indien ze snel worden toegediend, is het zonder meer noodzakelijk deze aanpak bij een eventuele evaluatie van preventieve maatregelen tegen overdoses in overweging te nemen.

Een methode die tot de nodige discussie heeft geleid behelst de openstelling van gebruikersruimten, speciale ruimten waar drugs kunnen worden gebruikt en waar mogelijk ook medische en andere diensten aanwezig zijn. De INCB heeft kritiek op gebruikersruimten in zijn laatste jaarverslagen, maar enkele EU-lidstaten zien ze als een nuttig onderdeel van de aanpak van bepaalde vormen van zeer problematisch drugsgebruik. Argumenten vóór gebruikersruimten zijn: ze kunnen helpen overdoses te voorkomen; ze verlagen de met injecterend drugsgebruik samenhangende risico's; ze bieden de gelegenheid voorlichting te geven; en ze fungeren als tussenstation naar de primaire gezondheidszorg, behandelcentra en andere drugsgerelateerde diensten. Ook ziet men gebruikersruimten soms als manier om de overlast van drugsgebruik in de openbare ruimte te verminderen. Er zijn momenteel meer dan 70 gebruikersruimten in de EU en Noorwegen: ongeveer 40 in Nederland, 25 in Duitsland, 6 in Spanje en 1 in zowel Luxemburg als Noorwegen.

Voorlichtings-, educatie- en communicatietechnieken worden overal in Europa ingezet waar pogingen worden gedaan om het aantal drugsgerelateerde sterfgevallen terug te dringen. Diverse landen melden dat speciaal voorlichtingsmateriaal wordt verspreid onder drugsgebruikers, mensen in hun sociale omgeving, familieleden en de politie. Naast eerstehulp cursussen voor medewerkers van bureaus voor verslavingshulp of voor drugsgebruikers zelf, lijken ook risicobeoordeling met betrekking tot overdoses en counseling met betrekking tot risicomanagement in opkomst te zijn in Europa; ze worden bijvoorbeeld genoemd in de verslagen van Roemenië, Nederland en Malta. In 2005 is in Schotland een actieplan voor de vermindering van het aantal drugsgerelateerde sterfgevallen geïntroduceerd dat voorziet in een dvd om mensen bewust te maken van het probleem van overdoses, alsmede in nieuw onderzoek naar de oorzaken van vertragingen bij het vragen om hulp en in een nationaal forum dat zich bezighoudt met trends in drugsgebruik en het vaststellen van gebieden waarop nadere actie ondernomen moet worden.



## Referenties

- Aveyard, P., Markham, W.A., Lancashire, E. et al. (2004), „The influence of school culture on smoking among pupils”, *Social science and medicine* 58, blz. 1767-80.
- Bargagli, A.M., Faggiano, F., Amato, L., Salamina, G. et al. (2006), „VEdeTTE, a longitudinal study on effectiveness of treatments for heroin addiction in Italy: study protocol and characteristics of study population”, *Substance use misuse* 41, blz. 1861-79.
- Binnie, I., Kinver, A. en Lam, P. (2006), „Know the score: cocaine wave 3, 2005/06 post-campaign evaluation”, Scottish Executive, Edinburgh (<http://www.scotland.gov.uk/Publications/2006/06/14152757/0>).
- Brown, C.H., Berndt, D., Brinales, J. et al. (2000), „Evaluating the evidence of effectiveness for preventive interventions: using a registry system to influence policy through science”, *Addictive behaviours* 25, blz. 955-64.
- Bühler, A. en Kröger, C. (2006), „Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs”, *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, vol. 29, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Keulen.
- Canning, U., Millward, L., Raj, T. en Warm, D. (2004), *Drug use prevention among young people: a review of reviews*, Health Development Agency, Londen.
- Cho, H., Hallfors, D.D. en Sanchez, V. (2005), „Evaluation of a high school peer group intervention for at-risk youth”, *Journal of abnormal child psychology* 33, blz. 363-74.
- CND (2006), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, Commissie voor verdoovende middelen van de Economische en Sociale Raad van de Verenigde Naties, Wenen.
- CND (2007), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, Commissie voor verdoovende middelen van de Economische en Sociale Raad van de Verenigde Naties, Wenen.
- Cochrane Collaboration (2007), *Cochrane-woordenlijst* (<http://www.cochrane.org/resources/glossary.htm>).
- Cox, G., Comiskey, C., Kelly, P. en Cronly, J. (2006), *ROSIE findings 1: summary of 1-year outcomes*, National Advisory Committee on Drugs, Dublin.
- Cruts, G., Buster, M., Vicente, J., Deerenberg, I. en Van Laar, M. (in druk), „Estimating the total mortality among problem drug users”, *Substance use and misuse* 43.
- Dasis (2006), „Methamphetamine/amphetamines treatment admissions in urban and rural areas: 2004”, *The DASIS Report*, nummer 27.
- Dishion, T.J. en Dodge, K.A. (2005), „Peer contagion in interventions for children and adolescents: moving towards an understanding of the ecology and dynamics of change”, *Journal of abnormal child psychology* 33, blz. 395-400.
- ECDC (2007), „HIV Infection in Europe: 25 years into the pandemic”, Technical report, ([http://www.eu2007.de/en/News/download\\_docs/Maerz/0312-BSGV/040Background.pdf](http://www.eu2007.de/en/News/download_docs/Maerz/0312-BSGV/040Background.pdf)).
- EMA (2005), „Committee for Medicinal Products for Human Use Summary of Opinion”, doc.-ref. [emea/chmp/195488/2005](http://www.emea.eu.int) (<http://www.emea.eu.int>).
- Eurobarometer (2004), „Young people and drugs”, *Flash Eurobarometer* 158 ([http://ec.europa.eu/public\\_opinion/flash/fl158\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl158_en.pdf)).
- Eurobarometer (2006), „Public opinion in the European Union”, *Eurobarometer* 66 ([http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/eb/eb66/eb66\\_highlights\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/eb/eb66/eb66_highlights_en.pdf)).
- EuroHIV (2006), *HIV/Aids Surveillance in Europe, end-year report 2005*, nr. 73, Institut de Veille Sanitaire, Saint-Maurice.
- EWDD (2002), *Report on the risk assessment of ketamine in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving, Lissabon.
- EWDD (2004), *An overview of cannabis potency in Europe*, Insights nr. 6, Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving, Lissabon.
- EWDD (2005), *Jaarverslag 2005: Stand van de drugsproblematiek in Europa*, Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving, Lissabon.
- EWDD (2006), *Jaarverslag 2006: Stand van de drugsproblematiek in Europa*, Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving, Lissabon.
- EWDD (2007a), *Drugs and crime: a complex relationship*, Drugs in Focus nr. 16, Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving, Lissabon.

- EWDD (2007b), *Treatment of problem cocaine use: a review of the literature*, Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving, Lissabon (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=18945>).
- Farrell, M. (1995), *Drug prevention: a review of legislation, regulation and delivery of methadone in 12 Member States of the European Union*, Europese Commissie, Luxemburg.
- FESAT (2005), „Monitoring project: changes during the second half of 2005” (<http://www.fesat.org/>).
- Flay, B.R., Biglan, A., Boruch, R.R.F. et al. (2005), „Standards of evidence: criteria for efficacy, effectiveness and dissemination”, *Prevention science* 6, blz. 151-75.
- Fugelstad, A., Stenbecka, M., Leifman, A., Nylander, M. en Thiblin, I. (2007), „Methadone maintenance treatment: the balance between life-saving treatment and fatal poisonings”, *Addiction* 102, blz. 406-12.
- GAO (2006), „ONDCP media campaign, contractor’s national evaluation did not find that the youth anti-drug media campaign was effective in reducing youth drug use”, Technical report, Washington, DC, Government Accountability Office.
- Gossop, M. (2006), *Treating drug misuse problems: evidence of effectiveness*, National Treatment Agency for Substance Misuse, NTA, 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 Addiction Centre, Londen.
- Hawks, D., Scott, K., McBride, N. et al. (2002), *Prevention of psychoactive substance use, a selected review of what works in the area of prevention*, Wereldgezondheidsorganisatie, Genève.
- HDA (2004), „The effectiveness of public health campaigns”, Briefing 7, Health Development Agency, Londen (<http://www.nice.org.uk/download.aspx?o=502775>).
- INCB (2006), *Report of the International Narcotics Control Board for 2005*, Internationaal Comité van toezicht op verdoovende middelen van de Verenigde Naties, New York.
- INCB (2007a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2006*, Internationaal Comité van toezicht op verdoovende middelen van de Verenigde Naties, New York.
- INCB (2007b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances, 2006*, Internationaal Comité van toezicht op verdoovende middelen van de Verenigde Naties, New York.
- Ives, R. (2006), „Real life is messy”, *Drugs: education, prevention and policy* 13, blz. 389-91.
- Jones, L., Sumnall, H., Burrell, K. et al (2006), *Universal drug prevention*, John Moores University, Centre for Public Health, Liverpool (<http://www.drugpreventionevidence.info/documentbank/Universal.pdf>).
- Kenis, P. (2006), *Implementation and effects of drugs coordination*, EWDD, Lissabon (nog niet gepubliceerd).
- Kouvonen, P., Skretting, A. en Rosenqvist, P. (editors) (2006), *Drugs in the Nordic and Baltic countries: common concerns, different realities*, Nordiska Nämnden för Alcohol och Drogforskning, Helsinki.
- Kuntsche, E. en Jordan, M. (2006), „Adolescent alcohol and cannabis use in relation to peer and school factors”, *Drug and alcohol dependence* 84, blz. 167-74.
- Lohrmann, D.K., Alter, R.J., Greene, R. en Younoszai, T.M. (2005), „Long-term impact of a district-wide school/community-based substance abuse prevention initiative on gateway drug use”, *Journal of drug education* 35, blz. 233-53.
- London Drug Policy Forum (1996), „Dance till dawn safely: a code of practice on health and safety at dance venues” (<http://www.drugscope.org.uk>).
- Loth, C., Schippers, G.M., Hart, H. en Van de Wijngaart, G. (2007), „Enhancing the quality of nursing care in methadone substitution clinics using action research: a process evaluation”, *Journal of advanced nursing*, 57, 422-31.
- MacDonald, Z., Tinsley, L., Collingwood, J. et al. (2005), *Measuring the harm from illegal drugs using the drug harm index*, ministerie van Binnenlandse Zaken, Londen.
- Mansfield, D. (2007), „Beyond the metrics: understanding the nature of change in the rural livelihoods of opium poppy growing households in the 2006/07 growing season,” verslag voor ADIDU (Interdepartementale drugseenheid voor Afghanistan van de Britse overheid).
- March, J.C., Oviedo-Joekes, E., Perea-Milla, E. et al (2006), „Controlled trial of prescribed heroin in the treatment of opioid addiction”, *Journal of substance abuse treatment* 31, blz. 203-11.
- Mateu, G., Astals, M. en Torrens, M. (2005), „Comorbilidad psiquiátrica y trastorno por dependencia de opiáceos: del diagnóstico al tratamiento”, in: Miranda, J.J.F. en Melich, M.T. (editors), *Monografía opiáceos, Adicciones* 17, blz. 111-21.
- McCambridge, J., Mitcheson, L., Winstock, A. en Hunt, N. (2005), „Five year trends in patterns of drug use among people who use stimulants in dance contexts in the United Kingdom”, *Addiction* 100, blz. 1140-9.
- Nabben, T., Benschop, A. en Korf, D. (2006), *Antenne 2005, Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*, Rozenberg Publishers, Amsterdam.
- Naber, D. and Haasen, C. (2006), *Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger — eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie. Abschlussbericht der Klinischen Vergleichsstudie zur Heroin- und Methadonbehandlung gemäß Studienprotokoll*, Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg, Hamburg ([http://www.heroinstudie.de/ZIS\\_H-Bericht\\_P1\\_DLR.pdf](http://www.heroinstudie.de/ZIS_H-Bericht_P1_DLR.pdf)).

- NTA (2002), Research into practice No. 1(b) Commissioners' briefing – commissioning cocaine/crack dependence. National Treatment Agency for Substance Misuse, Londen.
- Parkin, S. en McKeganey, N. (2000), „The rise and rise of peer education approaches”, *Drugs: education, prevention and policy* 7, blz. 293-310.
- Reitox nationale verslagen (2006) (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).
- Reuter, P. (2006), „What drug policies cost: estimating government drug policy expenditures”, *Addiction* 101, blz. 315-22.
- Rigter, H. (2005), „Treating cannabis dependence in adolescents: a European initiative based on current scientific insights”, in: *Jugendkult Cannabis Risiken und Hilfe*, Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Berlijn, blz. 117-24.
- SAMHSA, Office of Applied Studies, *National survey on drug use and health, 2005* ([www.samhsa.gov](http://www.samhsa.gov)) en (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).
- Schifano, F. et al. (2005), „Buprenorphine mortality, seizures and prescription data in the UK, 1980-2002”, *Human psychopharmacology: clinical and experimental* 20, blz. 343-48.
- Schifano, P., Bargagli, A.M., Belleudi, V. et al. (2006), „Methadone treatment in clinical practice in Italy: need for Improvement”, *European addiction research* 12, blz. 121-27.
- Scholey, A., Parrott, A., Buchanan, T. et al. (2004), „Increased intensity of ecstasy and polydrug usage in the more experienced recreational ecstasy/MDMA users: A WWW study”, *Addictive behaviours* 29, blz. 743-52.
- Scottish Executive (2005), *National investigation into drug related deaths in Scotland, 2003*, Scottish Executive, Edinburgh.
- Single, E., Collins, D., Easton, B. et al. (2001), *International guidelines for estimating the costs of substance abuse*, Canadian Center on Substance Abuse, Toronto.
- Sonntag, D., Bauer, C. en Hellwich, W.K. (2006), „Deutsche Suchthilfestatistik 2005 für ambulante Einrichtungen”, *Sucht* 52, blz. S7-43.
- Stafström, M., Östergren, P., Larsson, S. et al. (2006), „A community action programme for reducing harmful drinking behaviour among adolescents: the Trelleborg Project”, *Addiction* 101, blz. 813-23.
- Strang, J., Sheridan, J., Hunt, C. et al. (2005), „The prescribing of methadone and other opioids to addicts: national survey of GPs in England and Wales”, *British journal of general practice* 55, blz. 444-51.
- Sumnall, H., Woolfall, K., Edwards, S., Cole, J. en Beynon, C. (2007), „Use, function and subjective experiences of gamma-hydroxybutyrate (GHB)”, nog niet gepubliceerd manuscript, Centre for Public Health, John Moores University, Liverpool.
- UNODC (2005), *2005 World drug report*, Bureau voor Drugs en Criminaliteit van de Verenigde Naties, Wenen.
- UNODC (2006), *2006 World drug report*, Bureau voor Drugs en Criminaliteit van de Verenigde Naties, Wenen.
- UNODC (2007), *2007 World drug report*, Bureau voor Drugs en Criminaliteit van de Verenigde Naties, Wenen.
- UNODC en de regering van Marokko (2007), *Morocco Cannabis survey 2006*, Bureau voor Drugs en Criminaliteit van de Verenigde Naties, Wenen.
- Weaver, T. (2007), „Summary of the NECTOS study of specialist crack cocaine services”, National Treatment Agency for Substance Misuse, NTA, Londen.
- WHO (2006), „Critical review of ketamine 2006”, 34th ECDD 2006/4.3 ([www.who.int/medicines/areas/quality\\_safety/4.3KetamineCritReview.pdf](http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/4.3KetamineCritReview.pdf)).
- WHO/UNAIDS (2007), „Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities”, Wereldgezondheidsorganisatie, Genève (<http://www.who.int/hiv/topics/vct/en/index.html>).
- Wikstrom, M., Holmgren P. en Ahlner, J. (2004), „A2 (N-benzylpiperazine) a new drug of abuse in Sweden”, *Journal of analytical toxicology* 28, blz. 67-70.









Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving

**Jaarverslag 2007: Stand van de drugsproblematiek in Europa**

Luxemburg: Bureau voor officiële publicaties der Europese Gemeenschappen

2007 — 91 blz. — 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-297-3



## **Hoe zijn de EU-publicaties te verkrijgen?**

Publicaties van het Publicatiebureau die te koop zijn kunt u via de website van de EU Bookshop <http://bookshop.europa.eu/> bestellen bij het verkoopkantoor van uw keuze.

U kunt ook via fax – op het nummer (352) 2929 42758 – een lijst aanvragen van onze wereldwijd verspreide verkoopkantoren.

## Over het EWDD

Het Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving is een van de gedecentraliseerde agentschappen van de Europese Unie. Het in Lissabon gevestigde EWDD is in 1993 opgericht en fungeert als de centrale bron van velerlei informatie op het gebied van drugs en drugsverslaving in Europa.

Het EWDD verzamelt, analyseert en verspreidt objectieve, betrouwbare en vergelijkbare informatie over drugs en drugsverslaving. Op deze manier voorziet het EWDD zijn publiek van een gedocumenteerd beeld van het verschijnsel drugs in Europa.

De publicaties van het Waarnemingscentrum vormen een belangrijke informatiebron voor een zeer gevarieerde doelgroep, waaronder beleidsmakers en hun adviseurs, hulpverleners en onderzoekers op het gebied van drugs en, meer in het algemeen, voor de media en het grote publiek.

Dit jaarverslag bevat het jaarlijkse overzicht van het EWDD met betrekking tot drugs in de EU. Het is een belangrijk naslagwerk voor degenen die op de hoogte willen blijven van de meest recente stand van zaken op drugsgebied in Europa.