



Europees Waarnemingscentrum
voor drugs en drugsverslaving

ISSN 1609-6177

JAAARVERSLAG 2006

STAND VAN DE DRUGSPROBLEMATIEK
IN EUROPA



Europees Waarnemingscentrum
voor drugs en drugsverslaving

STAND VAN DE DRUGSPROBLEMATIEK
IN EUROPA

JAAKVERSLAG 2006

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 Spaans, Tsjechisch, Deens, Duits, Ests, Grieks, Engels, Frans, Italiaans, Lets, Litouws, Hongaars, Nederlands, Pools, Portugees, Slowaaks, Sloveens, Fins, Zweeds, Bulgaars, Roemeens, 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, 2006

ISBN 92-9168-271-3

© Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving, 2006

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, 1149-045 Lisbon, Portugal

Tel. (351) 218 11 30 00 • Fax (351) 218 13 17 11

info@emcdda.europa.eu • <http://www.emcdda.europa.eu>

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Dankbetuiging	7
Inleiding	9
Commentaar – Het drugsprobleem in Europa	11
Hoofdstuk 1	
Beleid en wetgeving	17
Hoofdstuk 2	
De aanpak van drugsproblemen in Europa – Een overzicht	28
Hoofdstuk 3	
Cannabis	39
Hoofdstuk 4	
Amfetaminen, ecstasy en andere psychotrope drugs	49
Hoofdstuk 5	
Cocaïne en crack-cocaïne	60
Hoofdstuk 6	
Opioïdengebruik en injecterend drugsgebruik	68
Hoofdstuk 7	
Infectieziekten en sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik	77
Hoofdstuk 8	
De monitoring van problematisch en polydrugsgebruik verbeteren	90
Referenties	97



Voorwoord

Voor u ligt het elfde jaarverslag van het Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving, dit jaar beschikbaar in 23 talen. Terugkijkend op de verslagen van het Waarnemingscentrum van de afgelopen jaren springt onmiddellijk in het oog hoe gedetailleerd de beschikbare informatie intussen is geworden – dit weerspiegelt een situatie die complexer is geworden wat betreft het gebruik van illegale drugs in Europa en de manier waarop Europa op het probleem reageert.

De ter onderbouwing van onze analyse bruikbare informatie is aanmerkelijk toegenomen. Dit jaarverslag is gebaseerd op gegevens uit de 25 EU-landen en Noorwegen en, voor zover mogelijk, Bulgarije, Roemenië en Turkije. Niet alleen is het aantal landen dat informatie verstrekt toegenomen, ook de hoeveelheid vergelijkbare informatie uit elk land is toegenomen. Dankzij deze informatie krijgen wij nu een veel gedetailleerder beeld van de drugsituatie in Europa dan ooit tevoren, en van haar dynamiek. Het is de taak van het EWDD deze complexe situatie te ontrafelen, eventuele gemeenschappelijke ervaringen samen te brengen en verschillen toe te lichten. Door te investeren in gegevensverzameling en samen te werken met het Waarnemingscentrum zijn de lidstaten tot het inzicht gekomen dat de problemen waarmee hun buurlanden vandaag de dag te kampen hebben, morgen hun eigen problemen kunnen worden. Van dit besef wordt blijk gegeven in de nieuwe drugsstrategie van de Europese Unie en de begeleidende actieplannen die geïnspireerd worden door onderlinge overeenstemming over: het belang van het verzamelen en delen van informatie, de behoefte goede praktijken vast te stellen en te verbreiden, en de waarde van samenwerking en gecoördineerde actie in antwoord op de gemeenschappelijke bedreiging van drugs voor de volksgezondheid, het welzijn en de veiligheid van onze burgers.

Een beschouwing van de beschikbare informatie herinnert ons aan de gevaren van zelfgenoegzaamheid en de noodzaak van voortdurende waakzaamheid. In dit verslag weerklinken waarschuwingen met betrekking tot hiv-infecties en sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik. Desalniettemin is in Europa als geheel een enorme

inspanning geleverd om dit soort problemen aan te pakken en is er concrete voortgang geboekt, hetgeen betekent dat Europese beleidsmakers moeilijke keuzen hebben moeten maken na zorgvuldige bestudering van aanwezige bewijzen. Een dergelijk beleidsperspectief moet toegejuicht worden. In de wereldwijde discussie over het drugsprobleem is er geen gebrek aan retoriek wat betreft de behoefte aan een evenwichtige en op bewijzen gebaseerde aanpak. In Europa is deze retoriek, wellicht meer dan elders, werkelijkheid geworden. Ondanks de verschillen tussen de lidstaten in de details van de drugsproblematiek waar zij elk mee te kampen hebben en in hun prioriteiten voor actie bestaat er algemene overeenstemming over het belang van het delen van informatie en samenwerking om de drugstoevoer terug te brengen alsook over de noodzaak toevoerbeperkende activiteiten in evenwicht te brengen met vraagbeperkende maatregelen; in toenemende mate bestaat er ook consensus over de noodzaak zich te laten leiden door bewijzen bij het maken van moeilijke keuzen over programma's en actiemaatregelen die het meest in het belang van de burgers zijn. De Europese aanpak manifesteert zich niet alleen in de nieuwe Europese drugsstrategie, maar ook in de nationale drugsstrategieën die de lidstaten hebben goedgekeurd; deze klinkt bovendien door in de steeds luider en meer verenigde stem van Europa inzake dit vraagstuk en in het werk van het EWDD. Wij streven ernaar onze rol te vervullen bij het bevorderen van besluitvorming met kennis van zaken door onbevooroordeelde en wetenschappelijk zorgvuldige analyses van de beschikbare informatie over het drugsfenomeen in Europa ter beschikking te stellen.

Het probleem van het drugsgebruik is een complex vraagstuk dat zich niet leent voor eenvoudige conclusies. Eén conclusie komt echter duidelijk naar voren uit de Europese ervaring – wij hebben geleerd dat samenwerken niet alleen effectief is maar zelfs onontbeerlijk als wij een doelmatig antwoord willen ontwikkelen op de uitdagingen waarmee het gebruik van illegale drugs ons confronteert.

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

Wolfgang Goetz,
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) 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, 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/?nnodeid=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 2004 (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-lidstaten te zijn: selectie vindt plaats op basis van de landen die gegevens over de desbetreffende periode beschikbaar hebben.

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

In het Statistical Bulletin 2006 (<http://stats06.emcdda.europa.eu>) zijn alle tabellen met brongegevens opgenomen die de basis hebben gevormd voor de statistische analyse. Dit bulletin met ruim 100 aanvullende grafieken bevat ook meer informatie over de methoden die zijn gehanteerd.

Gegevensprofielen per land (<http://datapfiles06.emcdda.europa.eu>) geven een samenvatting in grafiekvorm van de hoofdaspecten van de drugsituatie in ieder land.

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

- het Europees drugsbeleid: meer dan alleen illegale drugs?;
- een genderperspectief op drugsgebruik en de aanpak van drugsproblemen; en,
- ontwikkelingen in het drugsgebruik in recreatieve settings.

Deze studies zijn zowel in drukvorm als on line verkrijgbaar (<http://issues06.emcdda.europa.eu>), maar uitsluitend in het Engels.

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



Commentaar – Het drugsprobleem in Europa

Een nieuw Europees kader voor coördinatie en samenwerking

Ofschoon het vaststellen van nationaal drugsbeleid het voorrecht van de individuele Europese lidstaten blijft, bestaat er nu in hoge mate overeenstemming over de voordelen die samenwerking op Europees niveau met zich mee kan brengen. Dit is te zien in een aantal recente ontwikkelingen die pleiten voor coördinatie- en samenwerkingsactiviteiten. Deze ontwikkelingen omvatten onder meer de inwerkingtreding in 2005 van twee nieuwe EU-verordeningen inzake precursoren en een besluit van de Raad betreffende nieuwe drugs. Daarnaast worden maatregelen tegen drugshandel versterkt door nieuwe rechtsinstrumenten voor het aanpakken van witwaspraktijken en voor de confiscatie van vermogensbestanddelen. De meest belangrijke ontwikkeling om de Europese samenwerking en toekomstige acties op drugsgebied gestalte te geven, is echter de nieuwe EU-drugsstrategie voor 2005-2012, en de twee begeleidende actieplannen. In het eerste actieplan geven lidstaten een nauwkeurige beschrijving van zo'n 100 geplande speciale acties die in 2008 geïmplementeerd moeten zijn. Voor deze strategie is een doorlopend evaluatieprogramma voorzien, met jaarlijkse voortgangsevaluaties en effectbeoordelingen aan het eind van de twee perioden van de actieplannen.

De strategie kan worden gezien als een afspiegeling van de Europese consensus over de vraag hoe het drugsprobleem moet worden aangepakt. Er wordt duidelijk gekozen voor een evenwichtige benadering met een combinatie van maatregelen die zich zowel op de aanbod- als de vraagzijde richten, waarbij het noodzakelijk wordt geacht om acties te baseren op aangetoonde effectiviteit en verder om voortgang stelselmatig te evalueren. Tussen de lidstaten bestaan nog steeds belangrijke verschillen in beleid, die vaak een afspiegeling zijn van de verschillen in de nationale drugssituaties en in de aanpak waarvoor gekozen is. Toch wijst de nieuwe drugsstrategie erop dat het Europese politieke drugsdebat steeds meer wordt gekenmerkt door overeenstemming over een gemeenschappelijk kader voor activiteiten. Zo omvatten praktisch alle strategieën voor beperking van het aanbod elementen van preventie, behandeling en schadebeperking, alhoewel de nadruk die op elk element wordt gelegd, per lidstaat varieert. Sommige beleidskeuzes leiden nog steeds tot aanzienlijke discussies – maar in het algemeen gebeurt dit tegen een achtergrond van brede overeenstemming over de grondslagen van de Europese aanpak van het drugsprobleem.

Drugsgebruik en drugsaanbod: een onderscheid dat steeds meer gemaakt wordt

Een aanhoudende ontwikkeling, die ook nu weer duidelijk blijkt uit de nieuwe gegevens die dit jaar overlegd zijn,

is dat in wijzigingen in de nationale drugswetgevingen meer de nadruk wordt gelegd op het onderscheid tussen overtredingen die betrekking hebben op drugsbezit voor persoonlijk gebruik en die welke betrekking hebben op de handel in en het aanbod van drugs. De algemene tendens is de straffen voor de laatste te verhogen en minder nadruk te leggen op gevangenisstraffen voor het eerste soort overtredingen. Deze ontwikkeling strookt met de nadruk die er overal in Europa op wordt gelegd meer mogelijkheden voor de behandeling van drugsverslaving te scheppen en meer aandacht te schenken aan interventies die ervoor zorgen dat mensen met drugsproblemen niet in het strafrechtstelsel terecht komen maar kunnen kiezen voor behandeling en rehabilitatie. Voor de landen die een wettelijk onderscheid hebben gemaakt tussen drugsbezit voor eigen gebruik in plaats van voor levering, rijst de vraag of het absoluut noodzakelijk is om in de wet vast te leggen bij welke hoeveelheden drugs nog sprake is van persoonlijk gebruik. Op dit punt bestaat thans geen consensus, en in de verschillende lidstaten is voor verschillende benaderingen gekozen, variërend van het uitvaardigen van algemene operationele richtlijnen tot het vaststellen van wettelijke maxima.

Heroïnegebruik: een belangrijk deel van een groter geheel

De gegevens in dit rapport tonen aan dat in Europa als geheel de historische nadruk op heroïnegebruik en heroïne spuiten als basiscomponenten van het drugsprobleem moet worden uitgebreid vanwege het toenemend belang van het polydrugsgebruik en van het gebruik van stimulerende middelen en de toenemende gevolgen van het wijdverbreide cannabisgebruik voor de volksgezondheid. In vele landen zijn opioïden (vooral heroïne) echter nog steeds de belangrijkste drugs waarvoor cliënten behandeling aanvragen, en zo'n 60 procent van alle geregistreerde aanvragen voor behandeling in 2004 kwam voor rekening van opioïden – en van deze cliënten meldde net iets meer dan de helft (53 procent) dat zij de drug injecteerden.

Bijna 25 procent van de aanvragen voor behandeling van een opioïdenverslaving is afkomstig van personen van 35 jaar en ouder, terwijl maar 7 procent van de cliënten die voor de eerste maal behandeling aanvragen jonger dan 20 is. Opgemerkt moet worden dat de gegevens over de aanvragen voor behandeling het aantal cliënten weergeven dat behandeling heeft aangevraagd tijdens het rapportagejaar, en niet betrekking hebben op personen die al langer onder behandeling waren; het totale aantal cliënten dat onder behandeling is, ligt dan ook een stuk hoger. Overal in Europa betekent de substantiële toename van de substitutiebehandeling van de afgelopen jaren dat een steeds

grotere en steeds ouder wordende populatie van mensen met heroïneproblemen zich in het behandelingscircuit bevindt, die waarschijnlijk zorg behoeven en nog vele jaren een groot beslag zullen leggen op de middelen.

De heroïne die in Europa wordt gebruikt, wordt overwegend in Afghanistan geproduceerd. Het grootste deel van de wereldwijd in beslag genomen heroïne wordt nog steeds onderschept in Europa, en als gevolg van het toenemend aantal inbeslagnames in de landen van Zuidoost-Europa (met name Turkije) is deze regio West- en Midden-Europa voorbijgestreefd in hoeveelheden onderschepte heroïne. Deze toenemende tendens van heroïneonderscheppingen toont niet alleen duidelijk aan hoe belangrijk gecoördineerde acties tegen drugshandel op een breder Europees niveau zijn, ook werpt zij belangrijke vragen op over de impact van de toegenomen heroïneproductie op de Europese markt. Er zijn geen duidelijke tendensen zichtbaar met betrekking tot de gemiddelde zuiverheid, maar toch vertoont de prijsontwikkeling over vijf jaar (1999-2004), gecorrigeerd voor inflatie, in de meeste landen een dalende lijn. Ofschoon heroïne in Europa gemakkelijker beschikbaar en goedkoper is, ontbreekt vooralsnog het bewijs dat dit van invloed zou zijn op de algemene gebruiksniveaus. Volgens algemene indicatoren zou het aantal mensen in Europa dat heroïne voor het eerst gebruikt nog steeds afnemen, in een waarschijnlijk stabiele situatie – die een behoorlijk aantal mensen met opioïdenproblemen telt die nu, althans in sommige landen, een substitutiebehandeling krijgen. Van degenen die voor het eerst onder behandeling werden gesteld, heeft het aantal mensen met een belangrijk opioïdenprobleem in de meeste landen een dalende lijn te zien gegeven. Dit is echter een gebied waarin zich in het verleden golfpatronen van epidemisch gebruik hebben voorgedaan, en waakzaamheid blijft dan ook geboden.

Het verslag van dit jaar bevat verontrustende aanwijzingen dat het aantal drugsgerelateerde sterfgevallen, dat sinds 2000 over het algemeen is afgenomen, in 2004 in de meeste landen lichtelijk is toegenomen. Het is te vroeg om te beoordelen of deze kleine wijzigingen een langetermijnverandering inluiden, maar we mogen niet vergeten dat drugsgerelateerde sterfgevallen tot de belangrijkste gevolgen van illegaal drugsgebruik voor de volksgezondheid behoren. Ook al is het aantal drugsgerelateerde sterfgevallen onder jonge mensen teruggelopen, wat de aanwijzingen ondersteunt dat het aantal nieuwe heroïnespuiters dalende is, wijzen beschikbare schattingen van stedelijke gebieden over drugsgerelateerde sterftcijfers (overdoses en andere oorzaken) er toch op dat op het ogenblik 10-23 % van het algemene sterftcijfer onder volwassenen in de leeftijd van 15 tot 49 jaar kan worden toegeschreven aan opioïdengebruik.

Injecteren en daaraan gerelateerde gezondheidsproblemen: ze gaan hand in hand

In vele landen is het injecterend drugsgebruik vrijwel synoniem voor heroïnegebruik, maar er zijn uitzonderingen, met enkele EU-landen die aanzienlijke niveaus van injecterend gebruik van stimulerende middelen rapporteren, meest door zware amfetaminegebruikers. Net zoals bij heroïne enigszins het geval is, wijst de beschikbare informatie in grote lijnen op een algemene afname van het injecterend drugsgebruik op de lange termijn. In veel van de nieuwe lidstaten liggen de cijfers van injecterend gebruik nog steeds hoog. Een belangrijk voorbehoud is hierbij op zijn plaats omdat nationale of subnationale schattingen van injecterend drugsgebruik slechts in geringe mate beschikbaar zijn. Daarnaast hebben studies naar injecterend drugsgebruik in sommige regio's onlangs zelfs lichte toenames gemeld. De meest volledige informatie over dit gedrag is verkregen door het monitoren van heroïnegebruikers die onder behandeling zijn, waarvan het aantal spuiters in sommige landen sterk gedaald is, maar in andere landen niet. Met name onder de oude lidstaten rapporteren Denemarken, Griekenland, Spanje, Frankrijk, Italië en het Verenigd Koninkrijk allemaal dat de percentages spuiters onder heroïnegebruikers die onder behandeling zijn, een dalende lijn vertonen.

Het verband tussen injecterend drugsgebruik en gezondheidsproblemen is bekend, en spuiters hebben een groot risico een overdosis te nemen, een ernstige infectie op te lopen en andere gezondheidsproblemen te krijgen, zoals septikemie (bloedvergiftiging) en trombose. De gezondheidsrisico's van de hiv-infectie hebben de Europese gezondheidszorg wakker geschud om deze vorm van drugsgebruik aan te pakken, en vrijwel alle landen hebben nu interventies gericht op de preventie van nieuwe infecties. Zo is de verstrekking van naalden en spuiten, ooit beschouwd als een omstreden interventie, nu tot op zekere hoogte gemeengoed in nagenoeg alle lidstaten, ofschoon het dekkingsgebied aanzienlijk verschilt van land tot land. De meeste landen rapporteren lage percentages voor nieuw gediagnosticeerde hiv-infecties die aan injecterend drugsgebruik moeten worden toegeschreven, en het percentage hiv-infecties onder spuiters worden onder de 5 procent geschat. Toch is ook hier terughoudendheid geboden: in de eerste plaats overleggen Spanje en Italië, twee van de grootste landen waarvan de injecterende drugsgebruikers het meest door aids getroffen zijn, thans geen rapporten met gegevens over nationale hiv-gevallen; bovendien wordt gerapporteerd dat hiv nog steeds overal in Europa wordt overgedragen in specifieke drugsinjecterende groepen, en in sommige van de bestudeerde populatiegroepen zijn zelfs tekenen die wijzen op een toename.

Veel ernstiger is het beeld als het gaat om het percentage van infecties met het hepatitis C-virus (hcv), dat vrijwel overal ter wereld hoog blijft onder injecterende

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 bijgaand statistisch bulletin.)

Cannabis

„Ooit“-prevalentie: ten minste 65 miljoen, ofwel een op de vijf Europese volwassenen

Gebruik vorig jaar: 22,5 miljoen Europese volwassenen ofwel eenderde van de mensen die het ooit gebruikt hebben

Gebruik afgelopen maand: 12 miljoen Europeanen

Variaties per land in het gebruik van vorig jaar:

Algehele spreiding 0,8 procent tot 11,3 procent

Typerende spreiding 2,8 procent tot 7,5 procent (15 landen)

Cocaïne

„Ooit“-prevalentie: ten minste 10 miljoen, ofwel meer dan 3 procent van de Europese volwassenen

Gebruik vorig jaar: 3,5 miljoen Europese volwassenen ofwel eenderde van de mensen die het ooit gebruikt hebben

Gebruik afgelopen maand: meer dan 1,5 miljoen

Variaties per land in het gebruik van vorig jaar:

Algehele spreiding 0,1 procent tot 2,7 procent

Typerende spreiding 0,3 procent tot 1,2 procent (18 landen)

Ecstasy

„Ooit“-prevalentie: ongeveer 8,5 miljoen Europese volwassenen

Gebruik vorig jaar: 3 miljoen ofwel eenderde van de mensen die het ooit gebruikt hebben

Gebruik afgelopen maand: meer dan 1 miljoen

Variaties per land in het gebruik van vorig jaar:

Algehele spreiding 0,0 procent tot 3,5 procent

Typerende spreiding 0,3 procent tot 1,5 procent (15 landen)

Amfetaminen

„Ooit“-prevalentie: meer dan 10 miljoen ofwel 3 procent van de Europese volwassenen

Gebruik vorig jaar: 2 miljoen, ofwel een vijfde van de mensen die het ooit gebruikt hebben

Gebruik afgelopen maand: minder dan 1 miljoen

Variaties per land in het gebruik van vorig jaar:

Algehele spreiding 0,0 procent tot 1,4 procent

Typerende spreiding 0,2 procent tot 1,1 procent (16 landen)

Opioiden

Probleem met opioïdengebruik: tussen de 1 en 8 gevallen per 1 000 van de volwassen populatie (leeftijd 15-64)

Bijna 7 000 acute drugssterfgevallen, waarbij in zo'n 70 procent van de gevallen opioïden werden aangetroffen (gegevens 2003)

Voornaamste drug in ongeveer 60 procent van alle aanvragen voor behandeling

Meer dan een half miljoen opioïdengebruikers hebben in 2003 een substitutiebehandeling gekregen

drugsgebruikers. De behandeling van hcv-gerelateerde gezondheidsproblemen onder (ex-)spuiters zal waarschijnlijk nog vele jaren een groot beslag leggen op de middelen voor de gezondheidszorg. In de conclusie dat injecterend drugsgebruik wellicht langzaam aan terugloopt en dat Europa adequaat gereageerd heeft op de uitdaging van de epidemische hiv-verspreiding in de jaren negentig, schuilt het reële gevaar van een zelfgenoegzame houding ten aanzien van de gezondheidsrisico's die dit gedrag nog steeds met zich meebrengt. De hoge niveaus van endemische hcv-infectie, de voortdurende overdracht onder spuiters, met de toegenomen incidentie die in sommige groepen geconstateerd is, en de omvangrijke hoge risicogroep van spuiters in enkele nieuwe lidstaten, al deze factoren wijzen erop dat het noodzakelijk is om het injecterend drugsgebruik en de daaraan gerelateerde gezondheidsproblemen als een belangrijk gezondheidsvraagstuk in Europa en een cruciaal gebied voor drugsbeleid en waakzaamheid en onderzoek te blijven beschouwen.

Cocaïne: tekenen van stabiliteit van Europa's op een na meest gebruikte illegale drug

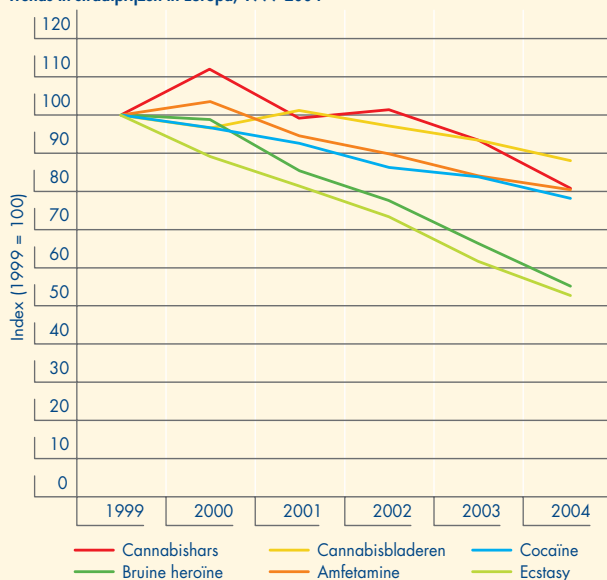
Volgens schattingen van het cocaïnegebruik (prevalentie van vorig jaar) komt cocaïne net voor amfetamine en ecstasy als Europa's op een na meest gebruikte illegale drug. Toch is het algemene beeld dat de gebruiksniveaus gestabiliseerd zijn na een periode die een aanzienlijke stijging van het aantal cocaïnegebruikers te zien gaf. De sterke toename van cocaïneprevalentie in Spanje en het Verenigd Koninkrijk van het midden tot het einde van de jaren negentig van de vorige eeuw lijken sinds 2000 of 2001 te zijn gestabiliseerd. Terwijl in een paar landen een gematigde stijging van het cocaïnegebruik is waargenomen, zijn elders geen dramatische toenames gerapporteerd. In het algemeen loopt het cocaïnegebruik in de Europese landen nog steeds sterk uiteen, waarbij een significant gebruik beperkt blijft tot enkele meest West-Europese landen.

Het zou verkeerd zijn te concluderen dat de tekenen van stabilisatie van het cocaïnegebruik noodzakelijkerwijs zullen leiden tot stabilisatie van de problemen die aan het gebruik van deze drug worden toegeschreven. In Europa bevindt het cocaïnegebruik zich op een historisch hoog niveau, en volgens studies is het een gebruikelijk patroon dat de toename van drugsgerelateerde problemen een paar jaar achterblijft op de stijging van de prevalentie. Dat komt doordat er tijd overheen gaat voordat intensieve en regelmatige patronen van drugsgebruik tot ontwikkeling komen en voordat problemen zichtbaar worden. Mogelijkerwijs is dit proces nu gaande in de Europese landen waar cocaïnegebruik een vast verschijnsel is geworden. Volgens de rapportages is zowel in Nederland als in Spanje ten minste een op de vier aanvragen voor behandeling gerelateerd aan cocaïne, en overal in Europa is het aantal nieuwe aanvragen voor behandeling van cocaïneverslaving tussen 1999 en 2004 ruwweg verdubbeld. Ofschoon het gebruik van cocaïne-crack in Europa nog heel

Drugsgebruik in Europa goedkoper dan ooit tevoren

Dit rapport omvat voor de eerste keer een vijfjarenanalyse van de straatprijzen van illegale drugs, gecorrigeerd voor inflatie, met als doel een meer nauwkeurige evaluatie te kunnen maken van de veranderingen in de straatprijzen van illegale drugs over een langere tijd. Gegevens over straatprijzen zijn moeilijk te verzamelen en moeilijk te interpreteren. De zuiverheid, hoeveelheid en het soort van de gekochte substantie zijn alle van invloed op de prijs, en hetzelfde geldt voor geografische factoren zoals leven in een grote stad of aan een vaste doorvoerroute van drugs. Drugsprijzen verschillen ook sterk tussen landen onderling, en zijn onderhevig aan chronische schommelingen die het gevolg zijn van onderbrekingen in het aanbod. Ondanks deze vertekeningen van de gegevens wijzen de beschikbare data er voor de meeste drugssoorten op dat de aankooprijzen

Trends in straatprijzen in Europa, 1999-2004



van drugs in Europa als geheel gedaald is. In de meeste landen hebben deze vijf jaar een dalende trend te zien gegeven van de straatprijzen voor cannabis, heroïne, amfetamine, ecstasy en cocaïne (zie onderstaande grafiek). Ofschoon historische gegevens over straatprijzen grotendeels ontbreken, en indien beschikbaar, moeilijk te interpreteren zijn, stemt deze recente trend zorgwekkend genoeg overeen met aanwijzingen dat de prijzen wellicht al langer aan het dalen zijn. Zo blijkt uit informatie uit een aantal landen met een hoge prevalentie dat cocaïne en ecstasy aan het einde van de jaren tachtig en het begin van de jaren negentig van de vorige eeuw duurder zouden zijn geweest dan ze nu zijn.

NB: De trends geven de beschikbare informatie weer over nationale straatprijzen voor elke drug in de EU-lidstaten en Noorwegen, waarbij de wegingsfactoren gerelateerd zijn aan de omvang van de bevolking per land om een algemene Europese trend vast te stellen. De prijzen zijn aangepast aan de nationale inflatiekoersen (uitgangsjaar 1999) en alle reeksen zijn geïndexeerd tegen een basisniveau van 100 in 1999.

Vele landen kunnen deze gegevens niet overleggen: ze zijn moeilijk te verkrijgen en vaak onbetrouwbaar en onvolledig. Landen die over twee of meer opeenvolgende jaren geen informatie over drugsprijzen hebben, zijn niet opgenomen in de trendberekeningen voor de drug: de trend voor bruine heroïne is gebaseerd op 9 landen, amfetamine op 9, cocaïne op 13, ecstasy op 13, cannabisbladeren op 13, en cannabisbushars op 14.

Verder zijn daar waar gegevens over 2004 ontbreken (11 gevallen) de prijzen van 2003 gebruikt; waar gegevens over 1999 ontbraken (1 geval), zijn de prijzen van 2000 gebruikt; gegevens die over de andere jaren ontbraken (12 gevallen) zijn geïnterpoleerd aan de hand van voorafgaande of navolgende jaren.

Voor verdere details over de prijzen van 2004: zie tabellen PPP-1, PPP-2, PPP-3 en PPP-4 in het statistisch bulletin.

Bronnen: Prijsgegevens: Reitox nationale focal points.

Inflatie- en bevolkingsgegevens: <http://eurostat.ec.europa.eu/>

bepikt is, wijzen rapportages van problemen in sommige steden erop dat de situatie wellicht verslechtert.

Cocaïne wordt vaak aangetroffen bij toxicologische analyses van sterfgevallen die aan opioïden worden toegeschreven, en in een aantal landen is het gelijktijdig gebruik van cocaïne een erkend probleem geworden voor hulpverleners die heroïneproblemen behandelen. Hoewel de gegevens beperkt zijn, werd in de nationale rapportages van 2005 van meer dan 400 sterfgevallen vastgesteld dat zij oorzakelijk verband hadden met cocaïnegebruik, en cocaïnegerelateerde sterfgevallen leken in alle landen met een hoge prevalentie een stijgende lijn te vertonen. Dit cijfer is vrijwel zeker te laag, en de effecten van cocaïnegebruik als medeoorzaak van sterfgevallen ten gevolge van cardiovasculaire problemen is nog onbekend. De boodschap is duidelijk: als Europa een stijging van de kosten van de volksgezondheid in verband met het gebruik van deze drug wil vermijden, dan mag stabilisatie van het algemeen cocaïnegebruik niet leiden tot miskennen van de behoefte

aan zowel een betere vaststelling van en meer inzicht in cocaïnegerelateerde problemen als aan investeringen in de ontwikkeling van effectieve beleidsmaatregelen.

De aanpak van een meer complex Europees drugsprobleem

De rode draad die door dit rapport loopt, is de toenemende noodzaak een aanpak te ontwikkelen die rekening houdt met de complexiteit en veelzijdigheid van het drugsprobleem vandaag de dag. Als we de activiteiten voor preventie, behandeling of schadebeperking in aanmerking nemen, zien we dat er behoefte is aan meer inzicht in waar adequate handelwijzen en acties die op bewijs gebaseerd zijn, op neerkomen. Van het totale aantal van ongeveer 380 000 aanvragen voor behandeling die in 2004 gerapporteerd zijn, was cannabisgebruik de voornaamste reden om door te verwijzen voor behandeling, in ongeveer 15 procent van alle gevallen, waarmee cannabis na heroïne de meest gerapporteerde drug was.

Behandelingsdiensten worden ook geconfronteerd met een toenemend aantal problemen met het gebruik van stimulerende middelen en polydrugsgebruik, waarbij sprake is van een aanzienlijke overlapping van problemen met illegale drugs en alcoholproblemen. Op het niveau van de populatie weten we echter niet voldoende over de gevolgen voor de volksgezondheid van een regelmatig en langdurig gebruik van dit soort drugs, noch over de vermoedelijke interventiebehoeften van degenen die ze gebruiken. Het totaal aan bewijzen in Europa op grond waarvan de aanpak van drugsproblemen kan worden vastgesteld, is het sterkst als het gaat om de aanpak van het illegale opioïdengebruik, waarover een macht aan bewijs bestaat ter ondersteuning van de ontwikkeling en de vaststelling van het type diensten. Er bestaat een groeiende consensus om het beleid te oriënteren op waarschijnlijk adequate interventies voor het probleem van het heroïnegebruik, en die consensus valt samen met een stijgende noodzaak om tot dezelfde duidelijkheid te komen als het gaat om de manier waarop we een meer heterogeen Europees drugsprobleem moeten aanpakken.

De noodzaak om te komen tot een betere definitie van en meer inzicht in polydrugsgebruik

Een kernvraag is de noodzaak om de problemen aan te pakken die worden veroorzaakt door het gebruik van meerdere psychoactieve substanties. Polydrugsgebruik wordt steeds meer erkend als een sleutelgebied voor het ontwikkelen van diensten. De definitie van dit begrip blijft echter vaag, en in sommige opzichten kan vrijwel iedereen die drugs gebruikt als polydrugsgebruiker worden beschouwd. Polydrugsgebruik stelt ook stelsels voor het monitoren van drugs voor aanzienlijke uitdagingen, omdat die meestal gebaseerd zijn op gedragsmetingen gerelateerd aan het gebruik van een individuele indexdrug. Het is dan ook dringend noodzakelijk dat er een beter conceptueel kader wordt ontwikkeld om de verschillende soorten van polydrugsgebruik te omschrijven, als een eerste aanzet tot meer inzicht in de gevolgen van dit gedrag. Het rapport van dit jaar bevat de analytische vraagstukken die beslist moeten worden behandeld, wil Europa de uitdaging het hoofd bieden om meer inzicht te krijgen in de behoeften van het toenemend aantal personen wier problemen worden veroorzaakt door het gebruik van een reeks drugs in plaats van dat zij van een enkele substantie afhankelijk zijn.

Terug naar de toekomst: om de bedreigingen en uitdagingen vóór te zijn

In het rapport van dit jaar is zoals altijd getracht nieuwe trends te ontwaren om toekomstige problemen voor te zijn. Zo'n analyse is per definitie speculatief, en daarom moet daarbij de nodige voorzichtigheid in acht worden genomen. Een drug die onmiskenbaar verband houdt met ernstige problemen voor de volksgezondheid, is

metamfetamine. Terwijl de problemen met metamfetamine wereldwijd toenemen, blijft het gebruik van deze drug in Europa beperkt tot een paar landen waar deze problemen al veel langer bestaan. Ofschoon de beschikbare informatie ons niet in staat stelt om stellige conclusies te trekken over trends, hebben meerdere landen melding gemaakt van onderscheppingen of gebruik van deze drug, waaruit duidelijk blijkt dat er behoefte is aan een intensievere monitoring van de bevolkingsgroepen die een risico lopen.

In 2006 heeft het EWDD een technisch document gepubliceerd over hallucinogene paddestoelen, en dit vraagstuk is opnieuw samengevat in onze jaarlijkse rapportage. De beschikbaarheid en het gebruik van hallucinogene paddestoelen blijkt sinds het einde van de jaren negentig te zijn toegenomen, maar is grotendeels onopgemerkt gebleven. Het gebruik van dit soort drugs blijkt hoofdzakelijk van experimentele aard, en er worden zelden problemen gerapporteerd. Beleidsmakers zijn zich echter meer bewust geworden van de beschikbaarheid van hallucinogene paddestoelen, wat ertoe heeft geleid dat er een aantal acties zijn ingevoerd om te zorgen voor meer controlemaatregelen.

Psilocybine en psilocine, twee van de psychoactieve substanties die in hallucinogene paddestoelen worden gevonden, worden gereguleerd door een internationaal verdrag. Het feit dat paddestoelen in tal van landen in de natuur groeien, stelt de wetgeving voor een complexer probleem, en het beleid inzake deze drugs is overal in Europa anders. Over het algemeen is waakzaamheid geboden met het oog op nieuwe substanties die een bedreiging zouden kunnen zijn voor de volksgezondheid, en die daarom gereguleerd moeten worden. De noodzaak hiertoe wordt ondersteund door een nieuw besluit van de Raad (2005/387/JBZ) inzake de uitwisseling van informatie, de risicobeoordeling en de controle ten aanzien van nieuwe psychoactieve stoffen. Een voorbeeld van de behoefte aan vroegtijdige waarschuwingsinformatie op dit gebied was het snel om zich heen grijpende mCPP (1-3-chlorofenyl piperazine) in 2005. De opkomst van mCPP is een bewijs van het feit dat degenen die bij de productie van illegale drugs betrokken zijn, voortdurend op zoek zijn naar innoverende ontwikkelingen in de vorm van nieuwe chemicaliën die op de markt kunnen worden aangeboden – in dit geval waarschijnlijk om de effecten van MDMA (ecstasy) te wijzigen en te versterken. Die innoverende ontwikkelingen vereisen een reactie, want het is onbekend in hoeverre deze substanties kunnen leiden tot ernstige gezondheidsproblemen. Het systeem voor vroegtijdige waarschuwing dat door het besluit van de Raad is geïmplementeerd, is dan ook een belangrijk mechanisme om te interveniëren in een proces waarin de gezondheid van jonge Europeanen op het spel wordt gezet door mensen die winst najagen door de bestaande drugscontrolemechanismen te omzeilen.



Hoofdstuk 1

Beleid en wetgeving

Nationale drugsstrategieën

Tijdens de verslagperiode hebben vijf landen nationale drugsstrategieën en actieplannen inzake drugs aangenomen (zie tabel 1). Letland heeft, voor het eerst, een nationale drugsstrategie vastgesteld, voor de periode 2005-2008; verder zijn er nationale strategieën en plannen aangenomen in Tsjechië, Spanje, Luxemburg en Roemenië.

Daarnaast heeft Finland een drugsstrategie voor het gevangeniswezen (2005-2006) ingevoerd, en in het Verenigd Koninkrijk zijn in Public Service Agreements (overeenkomsten inzake openbare dienstverlening – PSA's) nieuwe doelstellingen en streefcijfers voor het drugsbeleid vastgelegd die gericht zijn op het terugdringen van schade die individuele personen, hun gezinnen alsmede de gemeenschap ondervinden als gevolg van het gebruik van illegale drugs.

Tijdens de verslagperiode werd in Italië, Oostenrijk, Polen, Portugal, Zweden en Noorwegen gewerkt aan de opstelling van een nationale drugsstrategie (zie tabel 2).

Andere landen, die eerder al nationale drugsstrategieën en actieplannen inzake drugs hadden ingevoerd, zijn nu bezig hun beleid te herzien; ze werken nieuwe plannen uit waarin de nadruk meer ligt op de vaststelling van duidelijke en realistische doelstellingen. Zo maakt Luxemburg melding van een nieuw actieplan voor 2005-2009 dat eenvoudiger is, een doorzichtiger structuur kent en meer resultaatgericht is en waarin doelstellingen vastgelegd zijn voor concrete maatregelen, verantwoordelijkheden aangegeven worden en begrotingsmiddelen, verwachte resultaten en termijnen

Tabel 1 — Landen die in 2005 een nieuwe drugsstrategie hebben aangenomen

Land	Document	Looptijd
Tsjechië	Nationale drugsstrategie Actieplan	2005-2009 2005-2006
Spanje	Actieplan	2005-2008
Letland	Nationale drugsstrategie	2005-2008
Luxemburg	Nationale strategie en actieplan inzake drugs	2005-2009
Roemenië	Nationale drugsstrategie	2005-2012

Tabel 2 — Landen die in 2005 een drugsstrategie in voorbereiding hadden

Land	Document	Looptijd
Italië	Actieplan	2004-2008
Oostenrijk	Nationale strategie	
Portugal	Nationaal strategisch plan en actieplan	2005-2008
Zweden	Actieplan	
Noorwegen	Actieplan	

voor resultaten en evaluatie vastgelegd zijn. In België is door de gezondheidsautoriteiten van de Franse Gemeenschap en het Waals Gewest een deskundigengroep ingesteld die tot taak had een „overlegd plan voor preventie, hulp- en zorgverlening bij drugsverslaving” op te stellen. De deskundigen gaven als aanbeveling dat „prioriteiten en doelstellingen duidelijker omschreven zouden moeten worden door de regeringen”, dat er „een duidelijke definitie van de grondbeginselen van een gemeenschappelijk drugsbeleid zou moeten komen” en dat „de chronologie van de gekozen strategieën bepaald zou moeten worden”. Het actieplan 2005-2006 van Tsjechië gaat in dezelfde richting: er worden concrete doelen in aangegeven, evenals acties die nodig zijn om die doelen te bereiken; de verantwoordelijkheden van individuele ministers zijn vastgelegd; en ook bevat het plan voorwaarden en indicatoren op basis waarvan voor ieder deelterrein de resultaten worden afgemeten.

Evaluatie van nationale drugsstrategieën

Veel Europese landen herzien automatisch hun nationale drugsstrategieën via een cyclisch proces waarin de resultaten van de eerdere strategie – of de evaluatie ervan – de input vormen voor de nieuwe beleidsaanpak (EWDD, 2004a).

Voor 2005 is een dergelijk proces gerapporteerd door Ierland, Luxemburg, Hongarije en Roemenië. De evaluatie van de tenuitvoerlegging van de Hongaarse drugsbestrijdingsstrategie is extern uitgevoerd, door het Nederlandse Trimbos Instituut; daarmee is voor het eerst de drugsstrategie van een land door buitenlandse deskundigen tegen het licht gehouden. De evaluatie

was met name gericht op de resultaten op middellange termijn van de drugsstrategie en mondde uit in een aantal aanbevelingen met betrekking tot de inhoud van toekomstige drugsstrategieën en de wijze waarop de coördinatiestructuur binnen het drugsbeleid verbeterd zou kunnen worden. Een en ander is vergelijkbaar met de manier waarop in 2004 de beoordeling heeft plaatsgevonden van de Portugese nationale drugsstrategie van 1999 en het nationale actieplan 2001-2004; die beoordeling werd extern verricht door het Portugese Nationaal Instituut voor openbaar bestuur, en intern door het Instituut voor drugs en drugsverslaving (IDT). Hongarije en Portugal zijn de eerste twee landen in Europa die om een externe beoordeling van hun nationale drugsstrategieën gevraagd hebben.

Verder heeft in 2005 een tussentijdse evaluatie van de Ierse drugsstrategie 2001-2008 plaatsgevonden, op basis van een openbare raadpleging en een analyse van de belangrijkste gegevens op nationaal en EU-niveau. De conclusie luidde dat de prioriteiten moesten worden bijgesteld om de aandacht meer te richten op nieuwe trends in behandelingen, polydruggebruik, cocaïnegebruik en de verspreiding van hiv en hepatitis C, en dat een nieuwe impuls moest worden gegeven aan de invoering en tenuitvoerlegging van verschillende sleutelacties tijdens de resterende periode van de looptijd van de strategie. In Roemenië is de nationale drugsstrategie 2003-2004 geëvalueerd met deelname van alle overheidsinstellingen op het gebied van drugs; de bevindingen hebben als uitgangspunt gediend voor de nieuwe drugsstrategie 2005-2012. In Luxemburg is 87 % van de maatregelen die in het nationale actieplan inzake drugs 2000-2004 zijn opgenomen binnen de gestelde termijnen ingevoerd. In de rapportage werd vermeld dat de maatregelen die niet ten uitvoer gelegd zijn (waaronder een programma voor heroïneverstrekking) hoofdzakelijk om politieke redenen vertraagd zijn. De maatregelen die nog ingevoerd moeten worden zijn in het nieuwe actieplan opgenomen.

Daarnaast blijkt uit de verslagen over het afgelopen jaar dat de nationale drugsstrategieën daadwerkelijk vruchten beginnen af te werpen. Hoewel het nog te vroeg is om te concluderen dat het algehele doel van terugdringing van vraag en aanbod bereikt is, staat nu al vast dat met de nationale drugsstrategieën specifieke, belangrijke doelen gerealiseerd zijn.

De evaluatie van de in 1999 aangenomen drugsstrategie van Portugal heeft uitgewezen dat dankzij die strategie het behandelaanbod is verbeterd, het aantal drugsgerelateerde sterfgevallen alsmede de prevalentie van hiv zijn afgenomen en het aantal processen-verbaal in verband met drugshandel is toegenomen. Anderzijds wordt ook geconcludeerd dat de leeftijd waarop mensen voor het eerst met drugs experimenteren is gedaald en dat het aantal drugsgerelateerde sterfgevallen die met andere stoffen dan opioïden verband houden is gestegen. In Spanje wordt in de evaluatie van de nationale strategie (2003)

erkend dat het doel het drugsgebruik terug te dringen niet is gerealiseerd, maar tevens wordt gewezen op goede resultaten die zijn behaald op het gebied van hulpverlening en schadebeperking, en op tevredenstellende resultaten waarvan op andere gebieden sprake is, zoals onderzoek en onderwijs, internationale samenwerking en terugdringing van het aanbod. Bovendien heeft het ministerie van Volksgezondheid en Consumentenzaken voor de periode 2005-2008 een actieplan opgesteld dat gericht is op het mobiliseren van middelen en het lanceren van initiatieven met als doel vooruitgang te boeken met de nationale drugsstrategie en deze een nieuwe impuls te geven. En in Griekenland heeft het nationale actieplan 2002-2006 onder meer geleid tot een ruimer aanbod en een groter bereik van beschikbare behandelprogramma's.

In Zweden heeft het nationale actieplan inzake drugs 2002-2005 tot gevolg gehad dat de drugsproblematiek hoger op de politieke agenda is komen te staan, zowel op lokaal als op regionaal en nationaal niveau. De meeste gemeenten in Zweden hebben inmiddels wel een drugsactieplan of iets dergelijks opgesteld, en er wordt nu meer prioriteit gegeven aan coördinatie en samenwerking tussen belanghebbenden op drugsgebied, met als resultaat een aantal verbeteringen op dat vlak. Verder zijn er ontwikkelingen gaande ten aanzien van het aanbod en de toegankelijkheid van behandelingen voor drugsverslaafden. In het Verenigd Koninkrijk heeft de Audit Commission erkend dat er op het vlak van behandeling vooruitgang is geboekt, maar tevens aangegeven dat er nog ruimte is voor verbetering als het gaat om voorzieningen voor reïntegratie en rehabilitatie van drugsgebruikers, zoals huisvesting, sociale hulpverlening en andere vormen van ondersteuning. In de toekomst zal het succes dat de regering boekt bij het realiseren van de doelstellingen van de drugsstrategie afgemeten worden aan de resultaten met betrekking tot in de PSA's vastgelegde doelen en aan een „drug harm index“ (DHI) waaraan de schade die het gevolg is van problematisch gebruik van illegale drugs afgelezen kan worden.

Tot slot is evaluatie in de recentelijk aangenomen nationale drugsstrategieën aangemerkt als een van de hoofdelementen. Zo zal de coördinerende raad voor de bestrijding van drugs en terugdringing van drugsverslaving in Letland jaarlijks een evaluatie uitvoeren van de vorderingen die gemaakt worden bij de uitvoering van het programma, en in Luxemburg zal in 2009 een afsluitende externe evaluatie van de resultaten plaatsvinden.

Drugsgerelateerde overheidsbestedingen

Hoewel de uitgaven veelvuldig, en over verschillende perioden, worden gemeten, en hoewel een gemeenschappelijke definitie van drugsgerelateerde overheidsbestedingen ontbreekt, kan op grond van de beschikbare ramingen aangenomen worden dat de uitgaven in verband met drugs in meerdere landen zijn toegenomen,

onder andere in Tsjechië, Denemarken, Luxemburg, Oostenrijk en Polen.

Tot de landen die voor het jaar 2004 uitgaven in verband met drugs rapporteren behoren Tsjechië (11,0 miljoen EUR), Spanje (302 tot 325 miljoen EUR), Cyprus (2,8 miljoen EUR), Polen (51 miljoen EUR) en Noorwegen (46 miljoen EUR). Twee landen maken melding van meer recente begrote uitgaven voor de aanpak van drugs: Luxemburg (6 miljoen EUR in 2005) en het Verenigd Koninkrijk (2 miljard EUR in 2004/2005).

In Slowakije beliepen de totale overheidsbestedingen op drugsgebied in 2004 naar schatting 14,5 miljoen EUR; van dat bedrag kwam ongeveer 8,4 miljoen EUR voor rekening van wetshandhavingsmaatregelen, en 6,1 miljoen EUR werd besteed aan gezondheids- en sociale zorg.

In Zweden werd in 2002 naar schatting ongeveer 0,9 miljard EUR uitgegeven ten behoeve van het drugsbeleid (de laagste schattingen gaan uit van 0,5 miljard EUR, de hoogste van 1,2 miljard EUR). Vergelijking van de cijfers uit 2002 met die uit 1991 leert dat de drugsgerelateerde overheidsbestedingen aanzienlijk zijn gestegen.

Waterland betreft wordt in de in juni 2005 gepubliceerde tussentijdse beoordeling van de nationale drugsstrategie erkend dat „meting van de uitgaven van cruciaal belang is voor het bepalen van de kosteneffectiviteit van de verschillende onderdelen van de strategie”; op korte termijn zal een begin worden gemaakt met het ramen van de beleidsuitgaven op dit gebied. In Portugal stelt het instituut voor drugs en drugsverslaving (IDT) middelen beschikbaar voor onderzoek dat gericht is op het ontwikkelen en testen van een model voor het ramen van de kosten van drugsmisbruik, en in België is eind 2005 een begin gemaakt met een follow-up van een studie uit 2004 naar de overheidsbestedingen. Zeer uitgebreid zijn deze gegevens niet, maar ze zijn wel interessant, omdat ze aangeven dat voor onderzoek naar drugsgerelateerde overheidsbestedingen een steeds ruimere plaats wordt ingeruimd op de beleidsagenda van een aantal lidstaten.

Ontwikkelingen in EU-wetgeving en -beleid

Actieplannen

Op EU-niveau zijn in 2005 twee actieplannen aangenomen die – direct of indirect – een nieuw referentiekader bieden voor de ontwikkeling van EU-beleid op drugsgebied voor de komende jaren. In de eerste plaats het actieplan inzake drugs (2005-2008), dat de Raad in juni 2005 heeft goedgekeurd, na behandeling van het desbetreffende Commissievoorstel van februari 2005. Daarbij heeft de Raad de resultaten van de eindevaluatie van de EU-drugsstrategie en het EU-actieplan inzake drugs (2000-2004) ten volle in aanmerking genomen. Het nieuwe actieplan sluit aan op de opzet en doelstellingen van de EU-drugsstrategie 2005-2012

en bevat rond de 100 specifieke acties die de EU en haar lidstaten eind 2008 ten uitvoer gelegd moeten hebben.

Evaluatie is een belangrijk onderdeel van het nieuwe EU-actieplan inzake drugs en wordt daarin opgevat als een permanent, accumulatief en participatief proces: permanent, omdat de Europese Commissie – met steun van het EWDD en Europol – jaarlijks verslag zal uitbrengen van de gemaakte vorderingen; accumulatief, omdat bij deze jaarlijkse voortgangsevaluaties de resultaten van het verslagjaar afgezet zullen worden tegen die van het voorafgaande jaar; en participatief, omdat gekozen is voor de instelling van een stuurgroep Evaluatie die tot taak heeft de voor de evaluatie te gebruiken methodologie, de evaluatieoutput en een voorlopig tijdschema vast te stellen. Net zoals in het EU-actieplan (2000-2004) zal de stuurgroep samengesteld zijn uit vertegenwoordigers van de betrokken Commissiediensten, het EWDD, Europol en de lidstaten. Ook zullen in het kader van een raadplegingsproces hoorzittingen met vertegenwoordigers van het maatschappelijk middenveld plaatsvinden. Tegen het einde van de looptijd van het actieplan inzake drugs (2005-2008) zal – voor het eerst op EU-niveau – een effectbeoordeling uitgevoerd worden met het oog op de uitwerking van een nieuw actieplan voor de periode 2009-2012, waarvoor deze beoordeling het uitgangspunt zal vormen. Tot slot zal in 2012 een eindevaluatie van de strategie en de actieplannen worden uitgevoerd door de Commissie.

Het EU-actieplan inzake drugs is tevens onderdeel van het actieplan ter uitvoering van het Haags programma, waarin doelstellingen vastgelegd zijn met betrekking tot de ruimte van vrijheid, veiligheid en rechtvaardigheid in de Europese Unie voor de periode 2005-2010. Dit actieplan is in mei 2005 door de Commissie voorgelegd en in juni 2005 door de Raad goedgekeurd.

Het EU-actieplan (2005-2008) laat zien dat de EU kiest voor een evenwichtige aanpak van het verschijnsel drugs, dat wil zeggen een alomvattende, multidisciplinaire benadering waarin de kwestie vanuit alle hoeken belicht wordt: coördinatie; terugdringing van de vraag; terugdringing van het aanbod; internationale samenwerking; en informatie, onderzoek en evaluatie.

Terugdringing van het drugsaanbod

Op het gebied van terugdringing van het drugsaanbod zijn twee belangrijke ontwikkelingen in de EU te melden. In de eerste plaats: de inwerkingtreding op 18 augustus 2005 van twee – in 2004 goedgekeurde – EG-verordeningen inzake precursoren. Controle op chemische precursoren is een belangrijk aspect van de activiteiten ter beperking van het drugsaanbod, aangezien deze stoffen noodzakelijk zijn voor de productie van drugs. Het optreden van de EU op dit gebied verloopt langs twee lijnen: enerzijds via de verordening inzake de handel in bepaalde stoffen tussen de EU en derde landen, anderzijds via de verordening inzake drugsprecursoren op de interne markt.

De oorspronkelijke versie van de eerste verordening is in 1990 goedgekeurd met het oog op conformiteit met hetgeen in artikel 12 van het Verdrag van de Verenigde Naties tegen de sluikhandel in verdovende middelen en psychotrope stoffen uit 1988 is bepaald met betrekking tot het toezicht op precursoren. In deze verordening waren maatregelen vastgelegd ter voorkoming van misbruik van bepaalde stoffen voor de illegale vervaardiging van verdovende middelen en psychotrope stoffen ⁽¹⁾. Deze verordening is in december 2004 vervangen door een nieuwe verordening met een ruimere werkingssfeer, zodat nu ook de vervaardiging van synthetische drugs via deze regelgeving bestreden kan worden ⁽²⁾.

Daarnaast heeft de Raad in 1992 een richtlijn goedgekeurd ⁽³⁾ waarmee het systeem sluitend gemaakt werd; deze richtlijn voorzag in vergelijkbare regelingen voor de interne markt (ten aanzien van de vervaardiging en het in de handel brengen van bepaalde stoffen die worden gebruikt voor de illegale vervaardiging van verdovende middelen en psychotrope stoffen), waaronder de invoering van controlemaatregelen. Deze richtlijn is vervangen door een verordening, die op 11 februari 2004 goedgekeurd is ⁽⁴⁾. In verband met de uitbreiding van de EU besloot de communautaire wetgevende instantie de richtlijn uit 1992 te vervangen door een verordening, „daar anders wijziging van die richtlijn en de bijbehorende bijlagen in 25 lidstaten op nationaal niveau moet worden geïmplementeerd“. In het nieuwe instrument zijn geharmoniseerde maatregelen vastgesteld voor de controle en het toezicht op intracommunautair niveau op bepaalde stoffen die vaak voor de illegale vervaardiging van verdovende middelen en psychotrope stoffen worden gebruikt, teneinde misbruik van deze stoffen te voorkomen. Belangrijk is vooral dat de verordening de lidstaten de verplichting oplegt de noodzakelijke maatregelen te nemen om hun bevoegde instanties in staat te stellen hun controlerende en toezichthoudende taken uit te voeren. Daarnaast is op 18 augustus 2005 een verordening van kracht geworden waarin uitvoeringsbepalingen voor beide verordeningen zijn vastgesteld ⁽⁵⁾.

Deze acties met betrekking tot het toezicht op precursoren vormen een aanvulling op een andere belangrijke component van het EU-optreden op het gebied van terugdringing van het aanbod. Op basis van de nieuwe mogelijkheden die het Verdrag sinds het Verdrag van Maastricht biedt, heeft de EU een wetgevingskader uitgewerkt dat gericht is op bestrijding van de handel in drugs en op verbetering van de samenwerking bij de rechtshandhaving. Sinds 1995-1996 zijn verschillende gemeenschappelijke optredens op dit

gebied aangenomen, en meer recentelijk heeft goedkeuring plaatsgevonden van een kaderbesluit inzake harmonisering van de minimumsancties op het gebied van de illegale drugshandel en van een besluit inzake nieuwe psychoactieve stoffen (zie „Maatregelen tegen nieuwe drugs“, p. 57).

Naast deze wetgevingsinstrumenten is een programma voor politie en justitie samenwerking in strafzaken aangenomen, Agis genaamd, dat thans ten uitvoer gelegd wordt. Het betreft een kaderprogramma dat bedoeld is om de politie, andere betrokken instanties en de justitie autoriteiten van de EU-lidstaten en de kandidaat-lidstaten beter te laten samenwerken in strafzaken in het kader van de misdaadbestrijding. Sinds 2003 zijn uit hoofde van dit kaderprogramma tal van projecten gefinancierd. Internationaal georganiseerde productie van en handel in drugs en misbruik van drugsprecursoren staan vermeld op de lijst van activiteiten en specifieke thema's van het werkprogramma 2006 van Agis en behoren ook tot de actiegebieden van een oproep tot het indienen van voorstellen (waarvan de indieningstermijn in januari 2006 is verstreken).

Witwassen van geld en confiscatie van vermogensbestanddelen

Ook op het gebied van witwassen van geld en confiscatie van vermogensbestanddelen zijn er wijzigingen met betrekking tot de rechtsinstrumenten te melden. Richtlijn 91/308/EEG tot voorkoming van het gebruik van het financiële stelsel voor het witwassen van geld ⁽⁶⁾, die in 1991 op basis van een met de interne markt samenhangende rechtsgrond aangenomen is en in 2001 is gewijzigd, had tot doel de wetgevingen terzake van de lidstaten te harmoniseren. Een van de overwegingen die leidden tot aanneming van deze richtlijn was dat het ontbreken van een communautair optreden tegen het witwassen van geld voor de lidstaten aanleiding zou kunnen zijn protectionistische maatregelen te nemen die de totstandbrenging en voltooiing van de interne markt zouden vertragen, en het werd van belang geacht dat te voorkomen. In juni 2004 kwam de Commissie met een voorstel voor een nieuwe richtlijn die hetzelfde doel had, maar ook de financiering van terrorisme omvatte. Dat alleen de opbrengsten van de handel in drugs onder de werkingssfeer van de richtlijn vielen, werd als te beperkt ervaren, en daarom stelde de Commissie voor meer strafbare feiten onder de richtlijn te laten vallen. De nieuwe richtlijn, die in oktober 2005 is goedgekeurd, geeft een nauwkeurige definitie van een aantal ernstige strafbare feiten en heeft een toepassingsgebied dat zich uitstrekt tot het witwassen van de opbrengsten van alle genoemde

⁽¹⁾ Verordening (EEG) nr. 3677/90 van de Raad van 13 december 1990, PB L 357 van 20.12.1990, blz. 1.

⁽²⁾ Verordening (EG) nr. 111/2005 van de Raad van 22 december 2004, PB L 22 van 26.1.2005, blz. 1.

⁽³⁾ Richtlijn 92/109/EEG van de Raad van 14 december 1992, PB L 370 van 19.12.1992, blz. 76.

⁽⁴⁾ Verordening (EG) nr. 273/2004 van het Europees Parlement en de Raad van 11 februari 2004, PB L 47 van 18.2.2004, blz. 1.

⁽⁵⁾ Verordening (EG) nr. 1277/2005 van de Commissie van 27 juli 2005, PB L 202 van 3.8.2005, blz. 7.

⁽⁶⁾ Richtlijn 91/308/EEG van de Raad van 10 juni 1991 tot voorkoming van het gebruik van het financiële stelsel voor het witwassen van geld, PB L 166 van 28.6.1991, blz. 77-83.

strafbare feiten, waaronder de financiering van terroristische activiteiten.

Verder heeft de Raad op 24 februari 2005 Kaderbesluit 2005/212/JBZ inzake „de confiscatie van opbrengsten van misdrijven, alsmede van de daarbij gebruikte hulpmiddelen en de door middel daarvan verkregen voorwerpen” goedgekeurd. Doel van dit kaderbesluit is ervoor te zorgen dat alle lidstaten doeltreffende regels invoeren inzake de confiscatie van hulpmiddelen die gebruikt zijn bij, en opbrengsten die verkregen zijn uit, strafbare feiten waarop een vrijheidsstraf van meer dan één jaar is gesteld. Voorheen bestond er al EU-wetgeving op dit terrein, maar die werd niet toereikend geacht. Dit nieuwe kaderbesluit is gericht op het realiseren van effectieve grensoverschrijdende samenwerking ten aanzien van confiscatie. De inbeslagnemingsmogelijkheden zijn verruimd; ook andere uit misdrijven verkregen voorwerpen kunnen worden geconfisqueerd, wanneer het strafbaar feit is gepleegd in het kader van een criminele organisatie en wanneer het valt onder een van de andere EU-kaderbesluiten ter zake. Daartoe behoort Kaderbesluit 2004/757/JBZ van de Raad van 25 oktober 2004 betreffende de vaststelling van minimumvoorschriften met betrekking tot de bestanddelen van strafbare feiten en met betrekking tot straffen op het gebied van de illegale drugshandel. De lidstaten dienen de nodige maatregelen te nemen om uiterlijk op 15 maart 2007 aan dit kaderbesluit te voldoen.

Volksgezondheid

Terugdringing van de vraag is een wezenlijk onderdeel van de evenwichtige aanpak van het drugsprobleem waarvoor Europa gekozen heeft. In het kader van de uitvoering van het communautair actieprogramma op het gebied van de volksgezondheid (2003-2008) heeft de Europese Commissie in 2005 een aantal projecten op drugsgebied geselecteerd die voor cofinanciering in aanmerking komen uit hoofde van de doelstelling „bevordering van de gezondheid en preventie van ziekten door het aanpakken van gezondheidsdeterminanten in alle beleidsmaatregelen en activiteiten”. Een van de drugsprojecten die financiering zullen ontvangen is EU-Dap 2; dit project behelst een evaluatie van de doeltreffendheid van het EU-Dap-programma voor preventie in scholen, dat gericht is op terugdringing van het gebruik van tabak, alcohol en drugs op de lange termijn. Een ander project, latpad, heeft tot doel de toegang tot behandeling te verbeteren voor mensen met alcohol- of drugsproblemen. Daarnaast zijn er verschillende horizontale projecten inzake drugspreventie geselecteerd die eveneens voor cofinanciering in aanmerking komen, zoals „PEER-Drive clean!”, een innovatief project gericht op jongeren tussen de 18 en 24 jaar waarmee beoogd wordt het rijden onder invloed van alcohol of drugs te voorkomen. De geselecteerde projecten komen voor cofinanciering in aanmerking op voorwaarde dat de onderhandelingen met

de Europese Commissie tot een goed einde worden gebracht en dat de subsidieovereenkomst ondertekend wordt (?).

De EWDD-verordening

Tot slot heeft de Commissie op 31 augustus 2005 een nieuw voorstel voor herschikking van de oprichtingsverordening van het EWDD aangenomen. Deze nieuwe verordening zal een belangrijk instrument zijn om het werk van het EWDD te vergemakkelijken dankzij de nieuwe taken die erin vastgelegd zijn. Van belang is vooral dat het EWDD de mogelijkheid geboden wordt voortaan ook: aandacht te besteden aan nieuwe patronen in het drugsgebruik en aan nieuwe trends in polydrugsgebruik, waaronder het gecombineerd gebruik van legale en illegale psychoactieve stoffen; middelen en instrumenten te ontwikkelen aan de hand waarvan de lidstaten en de EU gemakkelijker op hun drugsbeleid en drugsstrategieën kunnen toezien en deze gemakkelijker kunnen evalueren; en met niet-EU-landen zoals de toetredingslanden en de landen van de westelijke Balkan samen te werken. Verder wordt met het voorstel een aantal wijzigingen doorgevoerd in het Wetenschappelijk Comité en de raad van bestuur. Rechtsgrondslag van dit voorstel is artikel 152 van het EG-Verdrag; derhalve moet de tekst overeenkomstig de medebeslissingsprocedure door de Raad en het Europees Parlement worden goedgekeurd.

Nieuwe nationale wetgeving

Enkele landen hebben gedurende de verslagperiode substantiële wijzigingen doorgevoerd in hun drugswetgeving ten aanzien van strafbare feiten in verband met het bezit van en de handel in drugs en de daarmee verband houdende strafmaat.

In Roemenië is bij een nieuwe wet en een nieuw wetboek van strafrecht een onderscheid ingevoerd tussen ernstige misdrijven en gewone misdrijven (deze laatste worden voortaan hoofdzakelijk bestraft met taakstraffen en boetes per dag), tussen gebruikers en verslaafden en tussen drugs met hoog risico en drugs met laag risico. Vrijstelling van straf en uitstel van de tenuitvoerlegging van de straf zijn nu ook mogelijk als het gaat om overtredingen van de drugswetgeving. Verder kunnen verslaafden nu via een geïntegreerd hulpprogramma behandeld worden, onder toezicht van een *case manager*. Anderzijds zijn strengere vrijheidsstraffen vastgesteld voor strafbare feiten in verband met het beschikbaar stellen van ruimten voor drugsgebruik, het toestaan van drugsgebruik in dergelijke ruimten en het aanzetten tot drugsgebruik. Ook voor het onwettig toedienen van drugs met hoog risico en het aanbieden van toxische chemische inhaleermiddelen aan minderjarigen zijn strengere straffen vastgesteld.

In Bulgarije is in juni 2004 de nieuwe wet op de verdoevende middelen en de controle op precursoren goedgekeurd. In deze wet is vastgelegd wat de taken van de verschillende

(?) Zie voor meer informatie http://ec.europa.eu/health/ph_projects/action3_en.htm.

overheidsorganen zijn bij het toezicht op de naleving van de regelgeving voor drugs, bij de tenuitvoerlegging van maatregelen ter bestrijding van drugsmisbruik en drugshandel, en bij onderzoek. Via een aanvullend amendement is de bepaling geschrapt waarin verslaafden van strafrechtelijke aansprakelijkheid vrijgesteld werden wanneer zij in het bezit bleken te zijn van een enkele dosis (zie verder hierna).

In Slowakije is in het nieuwe wetboek van strafrecht een herschikking van de strafbare feiten in verband met het bezit van drugs voor eigen gebruik en voor verhandeling doorgevoerd. Was het bezit van drugs voor eigen gebruik (gedefinieerd als ten hoogste één dosis) voorheen één strafbaar feit, nu zijn in artikel 171 twee strafbare feiten ter zake vastgelegd, met als onderscheidende factor het aantal doses (zie hierna voor details). Ook zijn twee nieuwe straffen voor deze strafbare feiten vastgesteld: huisarrest onder toezicht of een taakstraf. Bezit van meer dan tien doses wordt bestraft uit hoofde van artikel 172, dat, afhankelijk van eventuele verzwarende omstandigheden, voorziet in gevangenisstraffen van vier jaar tot levenslang. Daarnaast is de leeftijd voor strafrechtelijke aansprakelijkheid verlaagd van vijftien naar veertien jaar.

In Litouwen kan het werken met drugs met het oogmerk van verkoop niet meer bestraft worden met ten hoogste 90 dagen opsluiting in een politiecel; op dit strafbaar feit is nu een aanzienlijk strengere minimumstraf gesteld, namelijk een gevangenisstraf, zij het dat de minimale duur daarvan verlaagd is van vijf tot twee jaar. Daarnaast is de maximumstraf voor diefstal van een grote hoeveelheid drugs of diefstal door een georganiseerde groep verhoogd tot vijftien jaar.

In Italië zijn recentelijk (februari 2006) wijzigingen in de wetgeving doorgevoerd waarbij: het aantal categorieën drugs is teruggebracht van zes naar twee (alle stoffen waarvoor geen therapeutische toepassing bestaat zijn samengevoegd, waarmee het onderscheid tussen hard drugs en soft drugs is komen te vervallen); een duidelijke scheiding is aangebracht tussen eigen gebruik en handel; de sancties zijn herzien, zodat nu ook huisarrest en taakstraffen tot de mogelijkheden behoren; en waarbij de toegang tot alternatieve straffen verruimd is. Bovendien hebben alle drugsgebruikers nu het recht zelf te bepalen welk soort behandeling zij krijgen, waar zij die krijgen en welke instelling een officiële verklaring inzake hun status als drugsverslaafde afgeeft. Deze diensten behoren niet meer uitsluitend tot het domein van de publieke sector.

In het Verenigd Koninkrijk is bij de nieuwe drugswet van 2005 een aantal substantiële wijzigingen in de bestaande wetgeving doorgevoerd. Het gaat hier onder meer om: de opnemings van paddo's met psilocine of psilocybine op de lijst van drugs van de categorie A; de invoering van het „vermoeden“ van een intentie tot levering in geval van

de onderschepping van een gespecificeerde hoeveelheid gecontroleerde drugs; de invoering van de mogelijkheid voor de politie om drugscriminelen bij hun arrestatie in plaats van bij de inbeschuldigingstelling een test te laten ondergaan, en van de verplichting voor degenen die positief testen om zich op drugsgebruik te laten testen; en de invoering van de verplichting voor de rechter om bij het bepalen van de strafmaat rekening te houden met verzwarende omstandigheden (zoals de levering van drugs in de nabijheid van een school). Verder mag de rechter personen die drugsbolletjes geslikt hebben voor maximaal acht dagen (voorheen vier) in hechtenis nemen, en de rechtbank of de jury kan nu conclusies verbinden aan de weigering een visitatie of scan toe te staan als daarvoor geen goede redenen gegeven worden.

Over het geheel genomen tekent zich in heel Europa een tendens af tot beperking of afschaffing van vrijheidsbeperkende straffen voor delicten in verband met eigen gebruik, terwijl tegelijkertijd strengere straffen op delicten in verband met de levering van drugs worden gesteld ⁽⁸⁾.

Hoeveelheden

Verskillende landen hebben tijdens de verslagperiode wetgeving inzake de maximaal toegestane hoeveelheden drugs uitgevaardigd.

In België is na de nietigverklaring door het Grondwettelijk Hof van artikel 16 van de wet uit 2003 een nieuwe gezamenlijke richtlijn van de minister van Justitie en de procureurs-generaal inzake overtredingen in verband met cannabisgebruik in werking getreden. Bepaald is dat voor het bezit van een kleine hoeveelheid cannabis voor eigen gebruik (niet meer dan drie gram of één plant) registratie door de politie volstaat, mits het een volwassene betreft en er geen verzwarende omstandigheden zijn.

In Slowakije is de hoeveelheid het hoofdcriterium in het nieuwe wetboek van strafrecht als het gaat om drugsdelicten. In artikel 171 worden twee strafbare feiten in verband met het bezit van drugs voor eigen gebruik onderscheiden: het bezit van ten hoogste drie doses, waarop een gevangenisstraf van maximaal drie jaar is gesteld, en het bezit van „een grotere hoeveelheid“ (maximaal tien doses), waarvoor een gevangenisstraf van maximaal vijf jaar geldt. Is er sprake van het bezit van nog grotere hoeveelheden, dan treedt artikel 172 in werking. Daarin is bepaald dat een gevangenisstraf van vier tot tien jaar kan worden opgelegd bij ontbreken van verzwarende omstandigheden, van tien tot vijftien jaar voor het bezit van een grotere hoeveelheid (met een straatwaarde van meer dan tien keer het basisniveau van 8 000 SKK – ongeveer 200 EUR), van vijftien tot twintig jaar voor het bezit van een aanzienlijke hoeveelheid drugs (gedefinieerd als honderd keer het basisniveau) en van

⁽⁸⁾ Zie het jaarverslag 2005 (<http://ar2005.emcdda.europa.eu/nl/page013-nl.html>). Zie ook „Illicit drug use in the EU: legislative approaches“, een thematisch dossier van het EWDD (<http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5175>).

twintig tot vijftig jaar of levenslang voor het bezit van een zeer grote hoeveelheid drugs (gedefinieerd als vijfhonderd keer het basisniveau).

Tussen 2002 en 2005 heeft het Max Planck Instituut in Duitsland de toepassing van artikel 31 bis van de Duitse wet op de verdovende middelen onderzocht. Dit artikel maakt het mogelijk bij het bezit van „geringe hoeveelheden” drugs in bepaalde omstandigheden af te zien van het instellen van strafvervolging. Uit de studie bleek dat de toepassing van deze bepaling aanzienlijk uiteenloopt in de zestien Duitse deelstaten, onder meer als gevolg van verschillende interpretaties van de term „gering” (Schäfer en Paoli, 2006). In maart 2005 is de deelstaat Berlijn overgegaan tot een herziening van zijn „Richtsnoer inzake cannabis”, waarin is bepaald dat voor het bezit van maximaal tien gram cannabis geen vervolging meer ingesteld wordt, mits aan een aantal criteria is voldaan. Deze hoeveelheid kan in individuele gevallen tot vijftien gram verhoogd worden.

De minister van Volksgezondheid van Litouwen heeft wijzigingen doorgevoerd in een aantal aanbevelingen ten aanzien van de vraag wat als kleine, grote en zeer grote hoeveelheden verdovende middelen en psychotrope stoffen beschouwd moet worden. Daarbij zijn deze hoeveelheden opnieuw gedefinieerd. De drugswet 2005 van het Verenigd Koninkrijk voorziet in het „vermoeden” van een intentie tot levering wanneer een gespecificeerde hoeveelheid gecontroleerde drugs wordt aangetroffen; de hoeveelheden waar het om gaat zijn neergelegd in regelingen die in het voorjaar van 2006 vastgesteld zijn.

In Bulgarije is bij de wet tot wijziging en aanvulling van het wetboek van strafrecht (nieuw SG 26/04) artikel 354 bis, lid 3, geschrapt, waarin verslaafden vrijgesteld werden van strafrechtelijke aansprakelijkheid wanneer zij in het bezit bleken te zijn van een enkele dosis. Redenen die voor deze maatregel werden aangevoerd waren onder meer problemen bij het bepalen van wat precies onder een enkele dosis moet worden verstaan en aanwijzingen dat de uitzonderingsbepaling in rechtszaken ten voordele van drugsdealers misbruikt werd.

In Italië zijn bij de wijzigingen die in februari 2006 zijn doorgevoerd nieuwe maximumhoeveelheden bepaald met de bedoeling een strikte scheiding aan te brengen tussen eigen gebruik en handel, met als uitgangspunt de hoeveelheid actieve bestanddelen in het middel in kwestie. Deze plafonds, die eerder, in 1993, waren afgeschaft, zijn neergelegd in een speciaal decreet van april 2006 van het ministerie van Volksgezondheid.

Zoals eerder al is gebleken uit onderzoek van de Europese juridische database inzake drugs (ELDD) (*) lopen de drugswetgevingen nogal uiteen als het gaat om het gewicht dat wordt toegekend aan de hoeveelheid; in sommige

landen (zoals Slowakije) zijn de hoeveelheden die gelden voor bepaalde delicten heel duidelijk vastgelegd, maar er zijn ook landen (zoals het Verenigd Koninkrijk) waar de hoeveelheden niet meer dan richtsnoeren zijn op grond waarvan geconcludeerd kan worden tot een – weerlegbaar – vermoeden van intentie. Verder kan aan de hand van de hoeveelheid onderscheid gemaakt worden tussen verschillende delicten (zoals bezit of levering), en ook kan de hoeveelheid bepalend zijn voor de strafmaat van een bepaald delict. De hoeveelheid speelt in de wetgeving van veel landen een rol, maar aan het concept wordt op verschillende manieren inhoud gegeven (gewicht, waarde), als het al wordt gedefinieerd. De meest recente maatregelen van Italië en Bulgarije, die in tegengestelde richting lijken te gaan, geven eens te meer aan dat een duidelijke consensus op dit vlak in Europa ontbreekt.

Statistieken inzake opgelegde straffen

De verzameling van cijfermatige gegevens over straffen waartoe overtreeders van de drugswetgeving worden veroordeeld is in verschillende landen een agendapunt of reeds onderdeel van het beleid, en in sommige gevallen is naar aanleiding van de resultaten al actie ondernomen.

In Ierland is goedkeuring verleend voor de oprichting van een centrale eenheid voor misdaadgegevens die tot taak zal hebben cijfermatige gegevens over rechterlijke uitspraken, vervolgingen en de aard van de uitgesproken vonnissen te vergaren, een en ander overeenkomstig de nationale drugsstrategie.

De Duitse wet op de verdovende middelen biedt het openbaar ministerie de mogelijkheid de vervolging in verband met het bezit van drugs onder bepaalde omstandigheden stop te zetten zonder goedkeuring van de rechter. Ondanks aanbevelingen en richtsnoeren ter zake lopen de regelingen in de verschillende deelstaten sterk uiteen. In de eerder genoemde studie betreffende deze verschillen, die is uitgevoerd in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, zijn de straffen onderzocht die zijn opgelegd in ruim 1 800 zaken in zes verschillende deelstaten (Schäfer en Paoli, 2006).

In sommige provincies van Oostenrijk zijn pogingen gedaan eenheid te brengen in de toepassing van artikel 12 en artikel 35, lid 4, van de wet op de verdovende middelen, waarin vereenvoudigde procedures zijn neergelegd voor de intrekking van processen-verbaal in geval van de aankoop of het bezit van kleine hoeveelheden cannabis. Uit andere cijfers over uitgesproken vonnissen blijkt dat het terzijde leggen van processen-verbaal als wettig alternatief voor bestraffing in 2004 is toegenomen, hoewel het aantal processen-verbaal en veroordelingen verder is gestegen, terwijl het aantal opgeschorte procedures licht is gedaald.

(*) Zie „The role of the quantity in the prosecution of drug offences”, een juridisch verslag van de ELDD, en tabel 1 in „Illicit drug use in the EU: legislative approaches”, een thematisch dossier van het EWDD (beide beschikbaar op <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5175>).

In Roemenië zijn gegevens over rechterlijke uitspraken onderzocht om na te gaan in hoeverre resultaten geboekt worden bij de sociale reïntegratie van drugsgebruikers die zich buiten hun drugsgebruik aan andere strafbare feiten schuldig maken. In de meeste gevallen werd een voorwaardelijke straf opgelegd, met een verplichting van ondertoezichtstelling. Geconstateerd is dat de rechter sinds 2004 minder vaak verplichte behandeling oplegt, waardoor de betrokkenheid van de reclasseringsinstanties in feite is afgenomen en daarmee ook hun bijdrage aan de sociale reïntegratie van drugsgebruikers.

Cijfermatige gegevens over rechterlijke uitspraken – of over het achterwege blijven daarvan – geven een aanzienlijk nauwkeuriger beeld van de tenuitvoerlegging van het drugsbeleid van een land dan de tekst van de wetgeving zelf (zie EWDD, 2002a). Hoewel niet alle lidstaten uitgebreide gegevens over opgelegde straffen verzamelen (hetgeen wel gebeurt als het gaat om arrestaties), kan gesteld worden dat landen melding beginnen te maken van toenemende interesse voor het volgen van de tenuitvoerlegging van de wetgeving, hetgeen past in de trend van evaluatie van beleidsinstrumenten ⁽¹⁰⁾. Aan het vraagstuk van gegevensverzameling en -analyse met betrekking tot rechterlijke uitspraken is in 2006 een EWDD-bijeenkomst van deskundigen gewijd.

Drugserelateerde criminaliteit

Actie 25.1 van het EU-actieplan inzake drugs (2005-2008) voorziet in de aanneming door de Raad, tegen 2007, van een gemeenschappelijke definitie van „drugserelateerde criminaliteit”, op basis van een voorstel van de Commissie, die zich voor de opstelling daarvan baseert op door het EWDD voor te leggen studies.

Hoewel een definitie van drugserelateerde criminaliteit op EU-niveau vooralsnog dus ontbreekt, kan gesteld worden dat met deze term over het algemeen wordt bedoeld: strafbare feiten die zijn gepleegd onder invloed van drugs; strafbare feiten die zijn gepleegd om drugsgebruik te financieren; strafbare feiten die zijn gepleegd als onderdeel van de werking van verboden drugsmarkten; en overtredingen van de drugswetgeving. In de EU worden uitsluitend voor de laatste categorie, de categorie „drugsdelicten”, systematisch gegevens verzameld.

Gegevens over de eerste drie categorieën strafbare feiten zijn er nauwelijks, en als ze er zijn, zijn ze fragmentarisch. Sommige zijn afkomstig van ad-hocstudies op lokaal niveau, op basis waarvan moeilijk geëxtrapoleerd kan worden; andere hebben alleen betrekking op een specifieke vorm van drugserelateerde criminaliteit.

Verslagen over het verband tussen drugs en criminaliteit

In Tsjechië is in 2005 voor het tweede achtereenvolgende jaar een enquête over drugscriminaliteit gehouden op regionale hoofdbureaus van politie. Naar schatting werd in 2004 ongeveer 62 % van de misdrijven in verband met de productie/verspreiding van drugs, 25 % van de fraudemisdrijven, 21 % van de misdrijven in verband met de verduistering van gelden/vermogen en 20 % van de gewone diefstallen gepleegd door drugsgebruikers om hun eigen drugsgebruik te kunnen bekostigen (Tsjechisch nationaal verslag).

Uit een enquête die in 2004 is gehouden onder 15- en 16-jarigen in Finland bleek dat ongeveer 7 % van degenen die in de laatste 12 maanden cannabis hadden gebruikt dit gebruik op illegale wijze bekostigden, meer dan de helft door drugs te verkopen en de rest voornamelijk door te stelen (Kivivuori et al., 2005, geciteerd in het Finse nationaal verslag).

In Ierland zijn in 1996 en 2000/2001 twee studies uitgevoerd door de onderzoekseenheid van de Garda onder een steekproef van bij de politie bekende drugsgebruikers. Hierin wordt geschat dat drugsgebruikers in 1996 verantwoordelijk waren voor 66 % en in 2000/2001 voor 28 % van de opgeloste delicten (Keogh, 1997; Furey en Browne, 2003, geciteerd in het Ierse nationaal verslag). Uit de studie van 2000/2001 bleek dat opioïdengebruikers verantwoordelijk waren voor 23 % van de opgeloste diefstallen en 37 % van de opgeloste inbraken.

Gegevens over „aangiften” ⁽¹¹⁾ van drugsdelicten zijn in alle in dit verslag onderzochte Europese landen beschikbaar. Ze laten verschillen zien tussen de nationale wetgevingen, maar ook verschillen in de manier waarop de wetten worden toegepast en gehandhaafd, en 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 tamelijk lastig gegevens tussen de diverse EU-landen te vergelijken ⁽¹²⁾, en om die reden is het beter trends dan absolute aantallen te vergelijken.

In de periode 1999-2004 is het aantal „aangiften” van drugsdelicten in de meeste EU-landen toegenomen (in feite in alle rapporterende landen met uitzondering van Italië en Portugal, en met een bijzonder scherpe stijging – een verdubbeling of meer – in Estland, Litouwen ⁽¹³⁾,

⁽¹⁰⁾ Zie „National policies: evaluation of laws” (<http://ar2004.emcdda.europa.eu/nl/page021-nl.html>).

⁽¹¹⁾ De term „aangiften” van drugsdelicten staat tussen aanhalingstekens, omdat deze uiteenlopende concepten bestrijkt die per land kunnen verschillen. Voor een exacte definitie voor elk land wordt verwezen naar de methodological notes on drug law offences in het Statistical Bulletin 2006.

⁽¹²⁾ Voor een uitgebreidere bespreking van methodologische kwesties wordt verwezen naar de methodological notes on drug law offences in het Statistical Bulletin 2006.

⁽¹³⁾ De stijging in Litouwen is het gevolg van de invoering in mei 2003 van het nieuwe wetboek van strafrecht.

Hongarije⁽¹⁴⁾ en Polen). Voor 2004 werd deze stijgende tendens in de meeste rapporterende landen bevestigd⁽¹⁵⁾, hoewel een aantal landen melding maakte van een daling in het voorafgaande jaar, namelijk Tsjechië, Griekenland, Letland, Luxemburg, Portugal, Slovenië (sinds 2001), Slowakije, Finland en Bulgarije⁽¹⁶⁾.

In de meeste lidstaten van de EU heeft het merendeel van de gerapporteerde drugsdelicten⁽¹⁷⁾ betrekking op het bezit en/of gebruik van drugs⁽¹⁸⁾, met cijfers voor 2004 variërend van 61 % van alle drugsdelicten in Polen tot 90 % in Oostenrijk. In Tsjechië, Luxemburg, Nederland en Turkije houden de meeste gerapporteerde drugsdelicten verband met het dealen in en smokkelen van drugs, waarbij de cijfers uiteenlopen van 48 % van alle drugsdelicten in Luxemburg tot 93 % in Tsjechië.

In dezelfde periode van vijf jaar is het aantal delicten in verband met het gebruik/bezit van drugs in alle rapporterende landen gestegen, met uitzondering van Italië, Portugal, Slovenië, Bulgarije en Turkije, die melding maakten van een dalende trend⁽¹⁹⁾. Het percentage drugsdelicten dat met deze strafbare feiten verband houdt ten opzichte van het totaal aantal drugsdelicten is in deze periode eveneens gestegen in de meeste rapporterende landen, zij het over het algemeen in lichte mate, behalve in Cyprus, Polen en Finland, waar een sterker stijgende lijn werd gemeld. In Luxemburg, Portugal, Bulgarije en Turkije daarentegen was sprake van een algehele daling van het percentage drugsdelicten in verband met het gebruik/bezit van drugs⁽²⁰⁾.

In de meeste lidstaten is cannabis de illegale drug⁽²¹⁾ die het vaakst bij de gerapporteerde drugsdelicten betrokken is⁽²²⁾. In de landen waar dit het geval is, kwam in 2004 34 tot 87 % van alle drugsdelicten voor rekening van met cannabis verband houdende strafbare feiten. In Tsjechië en Litouwen voeren delicten in verband met amfetaminen de lijst aan, met een aandeel van respectievelijk 50 % en 31 % van alle drugsdelicten. In Luxemburg is cocaïne de drug die het vaakst gemeld wordt (43 % van alle drugsdelicten).

In de periode 1999-2004 is het aantal „aangiften” van drugsdelicten waarbij cannabis betrokken was in de meeste rapporterende landen gestegen; in Italië en Slovenië was evenwel sprake van een duidelijke daling⁽²³⁾. In dezelfde periode is het percentage drugsdelicten waarbij cannabis betrokken was gestegen in Duitsland, Spanje, Frankrijk, Litouwen, Luxemburg, Portugal, het Verenigd Koninkrijk en Bulgarije, stabiel gebleven in Ierland en Nederland, en gedaald in België, Italië, Oostenrijk, Slovenië en Zweden⁽²⁴⁾. Hoewel cannabis in alle rapporterende landen (met uitzondering van Tsjechië en Bulgarije, en België gedurende enkele jaren) een grotere rol speelt bij delicten in verband met gebruik/bezit van drugs dan bij andere drugsdelicten, is het percentage strafbare feiten in verband met gebruik waarbij cannabis betrokken is sinds 1999 in verschillende landen gedaald – Cyprus (2002-2004), Italië, Oostenrijk, Slovenië en Turkije (2002-2004) – en in het laatste jaar (2003-2004) sterk afgenomen in de meeste rapporterende landen. Mogelijk houdt dit verband met het feit dat de rechtshandavingsinstanties in die landen zich steeds minder richten op cannabisgebruikers⁽²⁵⁾.

In dezelfde periode van vijf jaar valt in de meeste rapporterende landen een daling te constateren van het aantal „aangiften” en/of het percentage drugsdelicten waarbij heroïne betrokken is. Dat geldt niet voor België, Oostenrijk, Slovenië en Zweden, die melding maken van een stijgende trend bij het aantal „aangiften” in verband met heroïne⁽²⁶⁾ en/of het percentage met heroïne verband houdende drugsdelicten⁽²⁷⁾.

Een tegengestelde trend geven de met cocaïne verband houdende delicten te zien: zowel in aantallen „aangiften”⁽²⁸⁾ als in percentage van alle drugsdelicten⁽²⁹⁾ is er sinds 1999 in de meeste rapporterende landen sprake van een stijging van met cocaïne verband houdende delicten. Bulgarije is het enige land dat melding maakt van een neerwaartse trend (zowel in aantallen als in percentage) bij cocaïnedelicten.

⁽¹⁴⁾ De stijging in Hongarije is hoofdzakelijk terug te voeren op een wijziging van het wetboek van strafrecht en van de strafrechtspleging.

⁽¹⁵⁾ Gegevens over „aangiften” van drugsdelicten waren voor de periode 1999-2004 in alle landen beschikbaar (zij het in sommige gevallen niet voor ieder jaar) met uitzondering van Cyprus, Slowakije, Bulgarije, Roemenië, Turkije en Noorwegen, en voor 2004 in alle landen met uitzondering van Ierland, het Verenigd Koninkrijk en Noorwegen.

⁽¹⁶⁾ Zie tabel DLO-1 en figuur DLO-1 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽¹⁷⁾ Uitsplitsingen naar soort delict waren in alle landen beschikbaar (zij het in sommige gevallen niet voor ieder jaar tussen 1999 en 2004) met uitzondering van Denemarken, Estland, Letland, Litouwen, Hongarije, Slowakije en Roemenië.

⁽¹⁸⁾ Zie tabel DLO-2 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽¹⁹⁾ Zie tabel DLO-4 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽²⁰⁾ Zie tabel DLO-5 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽²¹⁾ Uitsplitsingen van drugsdelicten naar stof/middel waren in alle landen beschikbaar (zij het in sommige gevallen niet voor ieder jaar tussen 1999 en 2004) met uitzondering van Denemarken, Estland, Letland, Hongarije, Finland, Roemenië en Noorwegen.

⁽²²⁾ Zie tabel DLO-3 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽²³⁾ Zie figuur DLO-2 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽²⁴⁾ Zie tabel DLO-6 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽²⁵⁾ Zie figuur DLO-3 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽²⁶⁾ Zie figuur DLO-4 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽²⁷⁾ Zie tabel DLO-7 in het Statistical Bulletin 2006; opgemerkt zij dat in Zweden het percentage met heroïne verband houdende strafbare feiten in de periode 1999-2003 is gedaald.

⁽²⁸⁾ Zie figuur DLO-5 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽²⁹⁾ Zie tabel DLO-8 in het Statistical Bulletin 2006.

**Europees drugsbeleid: meer dan alleen illegale drugs?,
in EWDD-jaarverslag 2006: speciale kwesties**

In Europa begint de reikwijdte van het drugsbeleid zich verder uit te strekken dan illegale drugs alleen en ook andere verslavende stoffen en zelfs gedragstypen te omvatten. Dit is terug te vinden in het drugsbeleid van bepaalde lidstaten en in drugsstrategieën van de EU. In toenemende mate richt het onderzoek zich op het onderwerp verslaving of verslavingsgedrag onafhankelijk van de betreffende stoffen. De speciale kwestie over de toenemende aandacht die in nationale strategieën of beleidsdocumenten inzake illegale drugs wordt geschonken aan legale stoffen of aan verslaving als zodanig heeft tot doel een eerste inzicht te verschaffen in dit nieuwe fenomeen in de Europese Unie.

Hoewel in drugsstrategieën niet altijd wordt verwezen naar legale drugs of verslavingen, blijkt uit de speciale kwestie dat preventieprogramma's en, in bepaalde landen, behandelingsmethoden van toepassing zijn op zowel legale als illegale drugs, waarbij prioriteit wordt gegeven aan kinderen en jongeren. Een langzame, strategische of institutionele, integratie van legale drugs in het beleid en de maatregelen ter bestrijding van illegale drugs lijkt steeds vaker voor te komen.

Deze speciale kwestie is, uitsluitend in het Engels, op papier en via internet beschikbaar (<http://issues06.emcdda.europa.eu>): „European drug policies: extended beyond illicit drugs?“, in EMCDDA annual report 2006: selected issues.



Hoofdstuk 2

De aanpak van drugsproblemen in Europa – Een overzicht

Preventie

Uit experimenten in sommige lidstaten blijkt dat de doeltreffendheid van preventieve maatregelen op individueel niveau verbeterd kan worden door ze vergezeld te laten gaan van regelgevingsmaatregelen inzake legale drugs die de toegang van jongeren tot deze middelen beperken en de sociale aanvaardbaarheid ervan beperken. We zien nu dan ook dat strategieën voor omgevingsgerichte preventie, waarbij de aandacht uitgaat naar het normatieve en culturele kader van drugsgebruik, terrein winnen in delen van Europa, mede dankzij ondersteuning van de eerste instrumenten die op EU-niveau zijn ingevoerd: de richtlijn inzake tabaksreclame en de kaderovereenkomst van de WHO inzake toezicht op tabaksgebruik (zie het deel over omgevingsgerichte strategieën in de speciale kwestie over drugsgebruik in recreatieve settings).

Massamediacampagnes worden in toenemende mate gezien als een middel om mensen bewust te maken (door de gedachte achter omgevingsgerichte strategieën te onderbouwen, te ondersteunen en toe te lichten ten behoeve van het grote publiek), en niet meer als een middel om te komen tot gedragsverandering. In dit verband zij gewezen op een recente Duitse studie betreffende de internationale literatuur ter zake (Bühler en Kröger, 2005, geciteerd in het Duitse nationale verslag), waarin geadviseerd wordt mediacampagnes te gebruiken als ondersteunend middel, en niet als enige maatregel, voor het bewerkstelligen van gedragsverandering.

Preventieve gezondheidszorg

Gezondheidsbevordering – als randvoorwaarde voor preventie – heeft tot doel mensen ertoe aan te zetten een gezonde levensstijl aan te houden en gezonde leefomstandigheden te scheppen voor iedereen. De laatste tijd duikt in bepaalde lidstaten (Italië, Nederland, Slowakije) en in Noorwegen echter steeds vaker ook de nieuwe term „preventieve gezondheidszorg” op. Hiermee wordt bedoeld op een heel scala van preventieve maatregelen die tot doel hebben de gezondheid van kwetsbare groepen in de samenleving te verbeteren; drugspreventie is een van de onderdelen van die strategie. De interventies waar het hier om gaat zijn met name geschikt om de problemen van jongeren aan te pakken; probleemgedrag van jongeren – waaronder drugsgebruik – wordt immers in hoge mate

bepaald door (sociale en persoonlijke) kwetsbaarheid en door de leefomstandigheden. Aangezien selectieve en geïndiceerde preventiestrategieën gericht zijn op sociale en persoonlijke risico-omstandigheden, zijn ze automatisch ook gekoppeld aan andere beleidsmaatregelen die voor jongeren relevant zijn, op volksgezondheidsgebied (strategieën inzake de geestelijke gezondheid van jongvolwassenen gericht op gedragsstoornissen, ADD – attention deficit disorder –, enzovoort), op sociaal gebied (voorzieningen voor vrijetijdsbesteding en ondersteuning van kwetsbare jongeren of arme gezinnen), op onderwijsgebied (terugdringen van schooluitval), enzovoort. Bij preventieve gezondheidszorg richt men zich dus op de hele waaier van kwetsbaarheidsfactoren die van belang zijn bij de aanpak van drugsproblemen en worden diensten en sectoren bij de maatregelen betrokken die normaal gesproken geen specifieke aandacht aan drugs besteden.

Algemene preventie op scholen

Programmatische preventiestrategieën winnen terrein binnen drugspreventie op scholen. Een dergelijke aanpak houdt in dat volgens een vast stramien gewerkt wordt, met een vooraf vastgesteld aantal bijeenkomsten waarvan de inhoud nauwkeurig is vastgelegd en aan de hand van uitgebreid lesmateriaal voor docent en leerling. Hierdoor worden de monitoring en evaluatie vergemakkelijkt, en het leidt ook tot een grotere nauwkeurigheid, betrouwbaarheid en consistentie van de activiteiten, met betere resultaten tot gevolg. We zien dan ook dat meer landen dan voorheen aandacht besteden aan de monitoring van preventieprogramma's op scholen (Tsjecho, Griekenland, Spanje, Ierland, Italië, Cyprus, Hongarije, Nederland en het Verenigd Koninkrijk). Het allereerste European Drug Addiction Prevention Trial (Europees onderzoek naar de preventie van drugsverslaving) (www.eudap.net) heeft veelbelovende resultaten opgeleverd. Dit door de Europese Commissie gefinancierde project is in 7 landen, 9 regionale centra en 143 scholen uitgevoerd en geëvalueerd. Er waren in totaal 7 000 scholieren bij betrokken (3 500 in de onderzoeksgroep en 3 500 in een controlegroep). In het kader van EU-Dap werd vastgesteld dat scholieren in de onderzoeksgroep in vergelijking met de controlegroep minder risico liepen bepaald gedrag te ontwikkelen: 26 % minder risico als het gaat om dagelijks roken, 35 % minder risico ten aanzien van veelvuldige dronkenschap en 23 % minder risico voor wat betreft het gebruik van cannabis.

Een vergelijkbare programmatische onderzoeks aanpak is Blueprint in het Verenigd Koninkrijk ⁽³⁰⁾. Daarnaast wordt er nu ook meer aandacht geschonken aan striktere technische begeleiding en aan een ruimer bereik bij de toepassing van preventie op scholen (bijvoorbeeld in Frankrijk en Ierland).

Politie op scholen

Over de rol die de politie moet spelen bij schoolgerichte preventie verschillen de meningen. In België beveelt de Franse Gemeenschap aan gezondheidsbevordering en preventiebeleid in handen te leggen van schoolinstanties en de politie buiten de preventieprogramma's te houden. Zo wordt in het Verenigd Koninkrijk in een beleidsstuk (ACPO Drugs Committee, 2002) ook geadviseerd de politie enkel in te zetten op terreinen waarvoor zij de expertise in huis heeft (veiligheid, wetsovertredingen, openbare orde) en haar niet te betrekken bij specifieke onderwijsmaatregelen inzake drugs. Ook in Portugal wordt deze lijn gevolgd; daar loopt nog steeds een speciaal programma voor buurtpolitie, Escola Segura (veilige school), in het kader waarvan tijdens het schooljaar 2004/2005 in totaal 320 politiefunctionarissen specifiek zijn ingezet in schoolsettings met als doel de politie als buurtpolitie te profileren en leerlingen door haar aanwezigheid zowel overdag als 's nachts ervan te weerhouden wetsovertredingen te begaan. In Frankrijk bestaat een regeling waarbij specialisten die door de wetshandhavinginstanties opgeleid zijn in het leggen van contacten met jongeren of volwassenen op verzoek bezoeken brengen aan scholen of andere dienstinstellingen. Ondanks aanbevelingen drugsonderwijs niet door politiefunctionarissen in uniform te laten verzorgen, aangezien dat in sommige gevallen contraproductief zou kunnen zijn, is het in verschillende lidstaten echter nog steeds gebruikelijk dat de politie rechtstreeks in scholen wordt ingezet.

Selectieve preventie

Nu selectieve preventie als methode in de meeste lidstaten erkend is en verder ontwikkeld wordt, richt de aandacht zich in toenemende mate op kwetsbare groepen. Zo maken Duitsland, Griekenland, Luxemburg, Oostenrijk, Finland en het Verenigd Koninkrijk melding van programma's waarmee beoogd wordt jonge overtreeders van de drugswetgeving te bereiken.

Verschillende landen (waaronder Polen en Slowakije) beginnen de nadruk te leggen op kwetsbare groepen. In Zweden is de belangrijkste toename van activiteiten ten opzichte van de afgelopen jaren te zien bij programma's voor kinderen die nog te jong zijn om naar school te gaan en die in risicovolle gezinnen opgroeien en bij programma's voor kinderen met externaliserend probleemgedrag. Het aantal gemeenten dat deze programma's uitvoert is bijna verdubbeld. Verder wordt in Noorwegen gewerkt aan een nationale strategie voor vroegtijdige interventie ter voorkoming van problematisch drugs- en alcoholgebruik

waarin de preventie specifiek gericht zal zijn op risicogroepen. Benaderingen die niet strikt op onthouding zijn gebaseerd, zijn in twee opzichten doeltreffend: ze leiden niet alleen tot een lager gebruik, maar zorgen er ook voor dat jongeren minder snel drugs gaan gebruiken in milieus waarin al sprake is van beginnend drugsgebruik. Zo heeft Polen een landelijk programma opgezet om drugsgerelateerd gedrag van kwetsbare kinderen of kinderen die al een begin hebben gemaakt met het gebruik van drugs te veranderen. Het specifieke doel van het Poolse programma is het gezin ondersteuning te bieden bij het oplossen van drugsproblemen. In dit opzicht is het een goede zaak dat het bij selectieve preventie niet louter gaat om het gebruik van drugs en dat drugsgebruik niet gestigmatiseerd wordt; het accent ligt meer op kwetsbaarheid in bredere zin.

Lidstaten rapporteren in toenemende mate dat ze in hun beleid voor selectieve preventie interventies opnemen die op specifieke etnische groepen gericht zijn. Vier landen (België, Duitsland, Italië en Luxemburg) maken melding van nieuwe projecten op dit gebied. In Italië ligt de prioriteit in veel projecten nu op de bescherming van kinderen, moeders en gezinnen van immigranten of leden van etnische minderheden. Luxemburg meldt dat speciale aandacht is geschonken aan jongeren en aan de grootste immigrantengemeenschap, met de nadruk op taalkundige en sociaal-culturele specifieke kenmerken.

Selectieve preventie op scholen

Jongeren die dreigen de school vroegtijdig te verlaten en/of gedragsproblemen vertonen worden steeds meer beschouwd als een doelgroep in het kader van selectieve drugspreventie. Dat is bijvoorbeeld het geval in Italië, waar ongeveer 15 % van de preventieve interventies op scholen op kwetsbare subgroepen van scholieren gericht is (selectieve en geïndiceerde preventie). De belangrijkste subgroepen waarop selectieve preventie op scholen gericht is zijn scholieren met sociale gedragsproblemen, problemen op school of problemen thuis, jongeren afkomstig uit immigrantengezinnen en jongeren behorend tot etnische minderheden. Leerprestaties en de mate van schoolverzuim zijn goede indicatoren voor toekomstige drugsproblemen, en door deze in de gaten te houden kan tijdig en accuraat worden ingegrepen.

Schooluitval staat centraal in de drugspreventieprogramma's van verschillende lidstaten. Zo heeft het HUP-project in de provincie Storstrom in Denemarken tot doel het gemiddelde percentage van scholieren die de schoolopleiding afronden te verhogen van 75 % tot het nationale streefcijfer van 95 % door speciale aandacht te besteden aan kwetsbare scholieren. Soortgelijke projecten worden gemeld door Ierland, Portugal (47 projecten), Roemenië (één project) en Noorwegen (brochures voor docenten). Terugdringing van vroegtijdige schoolverlating is als doel formeel vastgelegd in de nationale strategie van Ierland; gestreefd wordt naar een afname van 10 % ten opzichte van de cijfers uit 2005/2006 in gebieden

⁽³⁰⁾ www.drugs.gov.uk/young-people/blueprint/.

die vallen onder een van de lokale task forces inzake drugsbestrijding (local drug taskforces – LDTF). In Malta wordt gewerkt met programma's voor selectieve preventie gericht op scholieren die het meeste risico lopen, en in Frankrijk en Slowakije worden op scholen diensten op het gebied van counseling verleend op basis van (zelf)verwijzing.

Gezinsgerichte preventie

Nu het aantal jonge kinderen dat voor het eerst in aanraking komt met drugsgebruik toeneemt, wordt het steeds belangrijker het kader voor gezinsgerichte preventie te verbeteren en uit te breiden. Jonge teenagers zijn gevoeliger voor beïnvloeding door het gezin dan voor beïnvloeding door leeftijdgenoten. De rol van het gezin bij het bepalen van normen en het bieden van ondersteuning aan kinderen is van groter belang voor preventie dan het verstrekken van informatie over verdovende middelen.

Gezinsgerichte preventie in de EU wordt steeds specifiek en steeds nadrukkelijker op de behoeften gericht. Verschillende lidstaten (Duitsland, Spanje, Ierland, Italië en het Verenigd Koninkrijk) hebben erkend dat het voor instanties moeilijk kan zijn in contact te komen met probleemgezinnen. Daarom is in het Verenigd Koninkrijk in het kader van de FRANK-campagne een actiepakket voor alcohol- en drugsteams en preventiewerkers ontwikkeld waarin middelen geboden worden om dergelijke gezinnen te bereiken, en in verschillende andere lidstaten worden op dit moment programma's voor selectieve preventie uitgevoerd die op risicovolle gezinnen gericht zijn. In deze programma's worden diverse technieken gebruikt om probleemgezinnen tot deelname te bewegen (bijv. voedselverstrekking, financiële prikkels, babysitting), technieken die veelal gebaseerd zijn op het Strengthening Families Program van Kumpfer (Kumpfer et al., 1996).

Het Strengthening Families Program (SFP) wordt momenteel toegepast in Spanje (Palma de Mallorca en Barcelona), Nederland (twee steden, evaluatiestudie) en Zweden (twee steden). In Ierland en Italië staan trainingen op stapel; wat Italië betreft is het de bedoeling dat meerdere steden onder het programma komen te vallen. Noorwegen voert in een gerandomiseerd onderzoek een evaluatie van het vergelijkbare MST-programma uit. Deze selectieve gezinsgerichte programma's hebben in alle lidstaten waar ze zijn ingevoerd dezelfde kenmerken.

In Polen en in sommige provincies in Oostenrijk lopen programma's voor verwaarloosde kinderen en jongeren uit probleemgezinnen. De concrete uitvoering van deze programma's vindt plaats op het niveau van de lokale gemeenschap, op publieke plaatsen als gemeenschappelijke ruimten voor sociale hulpverlening, diensten voor opvoedingshulp, jongerenclubs en preventiecentra.

Sommige landen besteden steeds nadrukkelijker aandacht aan de kinderen van alcoholisten (België, Duitsland, Oostenrijk). De overige landen richten hun aandacht nog steeds uitsluitend op de kinderen van drugsgebruikers.

Preventie in de gemeenschap

De meeste programma's voor selectieve preventie worden uitgevoerd op het niveau van de gemeenschap (wijk/gemeente). Voor een deel hangt dat samen met het feit dat de verschillende betrokken instanties voor sociale hulpverlening normaal gesproken op dat niveau worden gecoördineerd. In landen waar lokale gemeenschappen de bevoegdheid en de wil hebben naleving van normen op lokaal niveau af te dwingen, is de gemeenschap echter ook een voor de hand liggende entiteit voor omgevingsgerichte strategieën. Selectieve preventie in de gemeenschap is een gebruikelijke praktijk in de Noordse landen en in België, Nederland, Polen en het Verenigd Koninkrijk, en wordt steeds vaker toegepast in landen die in het verleden minder gebruik hebben gemaakt van deze aanpak (Frankrijk, Italië, Hongarije, Portugal).

De keuze voor lokale omgevingsgerichte preventiestrategieën houdt in dat er op wijk- of gemeenteniveau normen worden vastgesteld met betrekking tot de beschikbaarheid en de wijze van gebruik van legale drugs en dat de dienstverlening op lokaal niveau geoptimaliseerd wordt, en daarom kunnen deze strategieën beschouwd worden als een goed uitgangspunt voor effectieve drugspreventieprogramma's.

Kwaliteitscontrole bij preventie

Kwaliteitscontrole bij preventie wordt steeds belangrijker, vooral vanwege het feit dat veel lidstaten de bevoegdheden en verantwoordelijkheden voor preventie hebben overgedragen aan het lokale niveau (Denemarken, Italië, Nederland, Polen, Portugal en Slovenië) en/of de verantwoordelijkheid voor drugspreventie hebben gedelegeerd aan niet-gouvernementele organisaties (NGO's) of semi-overheidsinstellingen (België, Duitsland, Frankrijk, Hongarije en Finland). Sommige lidstaten maken dan ook melding van strategieën die tot doel hebben op lokaal niveau te voorzien in gemeenschappelijke kwaliteitscriteria, normen en technische adviesdiensten, teneinde scholen en wijken/buurtten te helpen bij het ontwikkelen van schoolbeleid (België, Denemarken, Nederland en het Verenigd Koninkrijk) of te zorgen voor de invoering van passende preventieprogramma's en de vaststelling van minimumkwaliteitscriteria (Denemarken, Frankrijk, Litouwen, Hongarije, Slowakije, het Verenigd Koninkrijk, Roemenië en Noorwegen).

Griekenland en Oostenrijk lopen voorop als het gaat om het vaststellen van specificaties voor de certificering van bureaus voor preventie of preventiewerkers.

Maatregelen gericht op behandeling en schadebeperking

De activiteiten die het EWDD onderneemt met betrekking tot de verzameling van gegevens over maatregelen gericht op behandeling en schadebeperking bij drugsgebruik vinden plaats in het kader van twee belangrijke EU-instrumenten:

- de EU-drugsstrategie 2005-2012 met het bijbehorende eerste actieplan 2005-2008, die samen een kader bieden voor nationale beleidsmaatregelen en tevens uitgebreide aanbevelingen bevatten voor acties in de lidstaten gericht op preventie van drugsgebruik en op uitbreiding van het bereik en de kwaliteit van diensten voor behandeling en schadebeperking;
- de aanbeveling van de Raad van 18 juni 2003 ⁽³¹⁾, waarin nadere specifieke aanbevelingen zijn opgenomen inzake maatregelen die de lidstaten zouden kunnen overwegen om met drugsverslaving samenhangende schade voor de volksgezondheid te voorkomen en te beperken en om een hoog niveau van gezondheidsbescherming te waarborgen. Deze aanbeveling is als doelstelling 14 in het EU-actieplan opgenomen en heeft daardoor nog meer betekenis gekregen.

Om te meten in hoeverre de EU-strategie ten uitvoer is gelegd, is het van belang na te gaan wat het niveau van dienstverlening is en in welke mate van de diensten gebruik wordt gemaakt. In laatste instantie zijn evenwel betrouwbare schattingen van het bereik nodig – dat wil zeggen van de mate waarin de beoogde doelgroep bereikt wordt met maatregelen voor behandeling en schadebeperking – om te beoordelen in hoeverre de doelstellingen van het actieplan zijn gerealiseerd en om de basis te leggen voor een beoordeling van het effect van de strategie.

Gedurende de gehele (achtjarige) looptijd van de strategie zal het EWDD de Commissie ondersteuning bieden bij het evaluatieproces door gegevens uit het EU-systeem voor epidemiologische indicatoren te verstrekken en door een aantal specifieke instrumenten inzake gegevensverzameling te ontwikkelen en in te voeren voor het bepalen van het niveau van dienstverlening en de mate waarin van diensten voor behandeling en schadebeperking gebruik wordt gemaakt. Dankzij de door het EWDD in gang gezette ontwikkeling en toepassing van monitoring op basis van indicatoren is een goed beeld verkregen van de epidemiologische situatie; in vergelijking daarmee blijft de toepassing van gestandaardiseerde rapportage over maatregelen op het gebied van behandeling en schadebeperking beperkt.

Substitutiebehandeling voor opioïdengebruikers

Met methadonverstrekking als onderhoudsbehandeling voor heroïnegebruikers is in Europa voor het eerst geëxperimenteerd door Zweden (in 1967), Nederland en het Verenigd Koninkrijk (in 1968) en Denemarken (in 1970), maar deze praktijk werd jarenlang slechts beperkt toegepast.

Nadat ontdekt was hoezeer de hiv-epidemie zich onder drugsgebruikers in West-Europese landen verspreid had, verschoven doel en aanpak in de behandeling, die in veel landen in de eerste plaats gericht waren op onthouding, naar interventies die meer op het beperken van drugsgerelateerde

schade gericht waren. Herhalingsbehandeling werd als een noodzaak aanvaard en erkend werd dat onderhoudsbehandelingen een positief effect hebben, zowel voor het brengen van stabiliteit en verbetering in de gezondheidstoestand en sociale situatie van opioïdengebruikers als voor de samenleving in haar geheel.

Aan het einde van de jaren tachtig werd methadonverstrekking als methode voor onderhoudsbehandeling in versneld tempo ingevoerd. Tegen 2001 waren 24 EU-landen alsmede Bulgarije, Roemenië en Noorwegen tot invoering overgegaan (figuur 1). De schaal waarop deze methode wordt toegepast en het aantal verslaafden dat ermee wordt bereikt verschillen evenwel sterk van land tot land (zie hoofdstuk 6).

In 1996 werd voor het eerst in een EU-lidstaat een wettelijke basis gecreëerd voor het gebruik van buprenorfine bevattende medicatie bij de behandeling van heroïnegebruikers (zie de speciale kwestie over buprenorfine in het jaarverslag 2005). Inmiddels is buprenorfine in de meeste lidstaten beschikbaar, en het middel wordt in de meeste landen ook gebruikt. Aangezien buprenorfine onder een minder strenge controleregeling van de VN-drugsverdragen valt, hebben landen ruimere mogelijkheden bij het voorschrijven van dit middel. In sommige landen heeft deze behandelingsmethode ertoe geleid dat het aantal behandelde cliënten snel is toegenomen. Op dit moment vindt onderzoek plaats naar nieuwe behandelingsmethoden met behulp van medicatie los van substitutiebehandeling met agonisten, en ook richt het onderzoek zich steeds meer op de ontwikkeling van therapieën voor gebruikers van cocaïne en crack, waaronder zich ook veel (ex-)heroïnegebruikers bevinden (zie ook hoofdstuk 5).

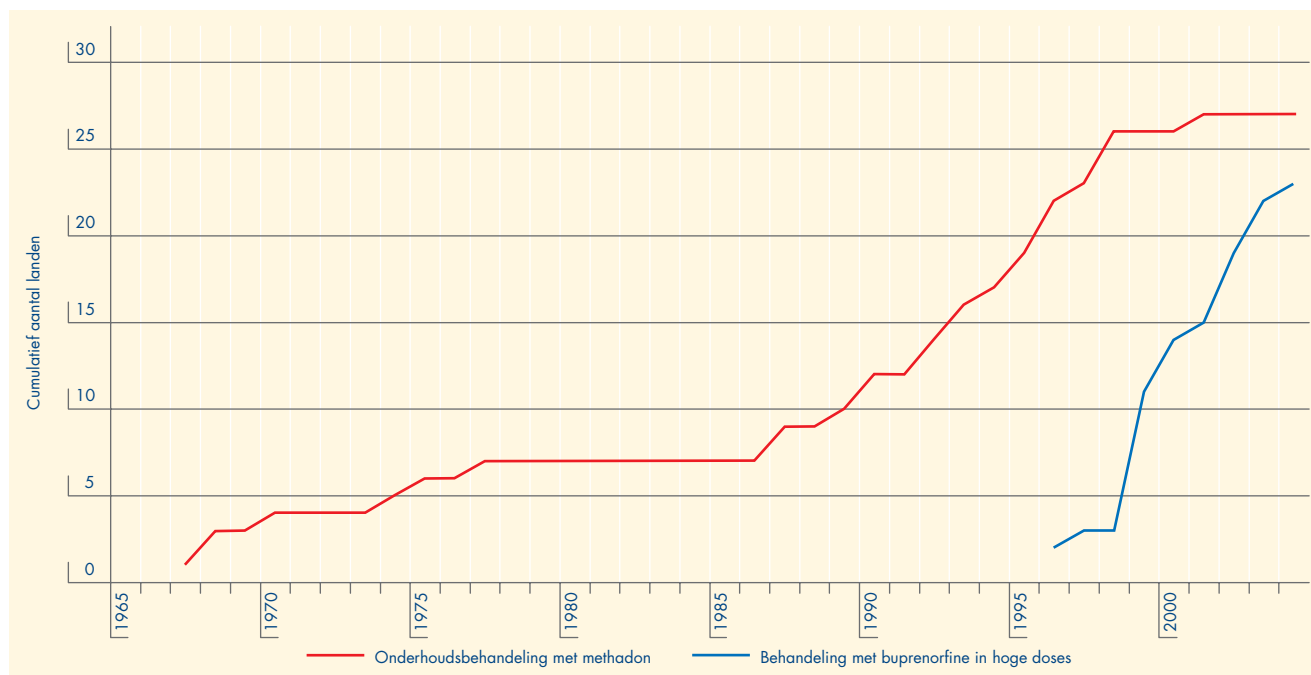
Geschat wordt dat in 2003 in de EU meer dan een half miljoen opioïdengebruikers een substitutiebehandeling hebben gevolgd, dat wil zeggen eenderde van de naar schatting 1,5 miljoen problematische opioïdengebruikers die de EU op dit moment telt (EWDD, 2005a). De nieuwe lidstaten en de kandidaat-lidstaten nemen slechts een klein deel van het totaal aantal cliënten in Europa dat een substitutiebehandeling volgt voor hun rekening, hetgeen voor een deel te verklaren valt door de lagere gebruiksniveaus in deze landen als het gaat om opioïden. Het aanbod van substitutiebehandelingen blijft over het geheel genomen laag in deze landen, maar er zijn aanwijzingen dat het toeneemt in Estland, Litouwen en Bulgarije.

Uit de verstrekte informatie blijkt dat het aantal behandelingen met methadon in sommige landen verder is toegenomen, maar er blijkt ook uit dat in acht landen het aantal personen dat een dergelijke behandeling volgt gelijk is gebleven of is gedaald ⁽³²⁾. Kenmerk van vier van deze landen – Denemarken, Spanje, Malta en Nederland – is dat heroïnegebruik er al heel lang voorkomt en dat substitutieprogramma's met methadon zeer ruim toegankelijk

⁽³¹⁾ Aanbeveling 2003/488/EG van de Raad.

⁽³²⁾ Zie tabel NSP-7 in het Statistical Bulletin 2006.

Figuur 1: Introductie van onderhoudsbehandeling met methadon en behandeling met buprenorfine in hoge doses in de EU-lidstaten, de kandidaat-lidstaten en Noorwegen



Bronnen: Nationale focal points.

zijn. De andere vier landen – Letland, Hongarije, Polen en Roemenië – kenmerken zich door een lage geografische dekkinggraad van methadonsubstitutie, en in sommige steden bestaat er een wachtlijst voor behandeling.

Het is moeilijk vast te stellen of een daling van het aantal cliënten dat een methadonbehandeling volgt betekent dat deze cliënten overgestapt zijn op een behandeling met buprenorfine wanneer die beschikbaar is. Op nationaal niveau is vaak niet bekend in hoeverre huisartsen behandelingen voor drugsverslaafden verzorgen.

Behandelingen voor drugsverslaafden: aanpak en soorten behandeling

In een enquête die in 2005 onder de nationale focal points (NFP's) is uitgevoerd is geïnventariseerd op welke wijze in algemene zin te werk wordt gegaan bij het verzorgen van behandelingen voor drugsverslaafden. Nationale deskundigen werd gevraagd aan te geven of de meeste opioïdengebruikers via hetzij drugsvrije hetzij met medicatie ondersteunde programma's worden behandeld, dan wel via programma's waarin in gelijke mate van beide behandelmethode gebruik wordt gemaakt.

Uit het onderzoek komt een duidelijke voorkeur voor met medicatie ondersteunde behandelingen naar voren, waarbij het hoofdzakelijk gaat om methadon (behalve in Tsjechië en Frankrijk; zie voor meer details hoofdstuk 6). Verder blijkt uit de resultaten dat drugsgerelateerde behandelingen in de meeste landen voornamelijk in extramurale settings voorkomen; alleen

Letland en Turkije verzorgen de meeste behandelingen in intramurale settings. Traditionele psychotherapeutische behandelingsmethoden (psychodynamische therapie, cognitieve gedragstherapie, systeem-/gezinstherapie of Gestalt-therapie) zijn de meest toegepaste methoden voor extramurale behandeling in Ierland, Letland, het Verenigd Koninkrijk, Bulgarije en Turkije. Negen landen melden dat ze hoofdzakelijk „ondersteunende” methoden toepassen (met onder meer counseling, sociaal-educatieve en omgevingsgerichte therapie, *motivational interviewing* of ontspanningstechnieken en acupunctuur) en tien landen geven aan dat ze verschillende methoden combineren bij extramurale behandelingen.

Wat intramurale zorg betreft, wordt het twaalfstappenmodel van de Minnesota-therapie vaak gebruikt in intramurale zorginstellingen in Ierland, Litouwen, Hongarije en Turkije. Zes landen passen hoofdzakelijk psychotherapeutische behandelingsmethoden toe, vijf landen maken gebruik van „ondersteunende” methoden en in tien landen worden dergelijke benaderingen gecombineerd.

De afgelopen tien jaar en met name de afgelopen vijf jaar hebben veel Europese landen de „deur opengezet” als het gaat om de behandeling van drugsverslaafden door het aanbod van substitutiebehandelingen uit te breiden en de toegangsbeperkingen terug te dringen. Nooit eerder zijn zoveel drugsgebruikers via de hulpverlening bereikt. Veel – maar niet alle – drugsgebruikers hebben naast de behandeling van hun verslaving ook andere hulp nodig; voor een groot aantal van hen lijkt zowel laagdrempelige zorg als substantiële ondersteuning voor hun reïntegratie vereist.

Acties en interventies in verband met drugsgebruikers in gevangenissen in de nieuwe lidstaten

De actuele gegevens zijn gebaseerd op een gezamenlijk project van het EWDD en WHO/Europa op het gebied van gegevensverzameling dat in 2005 is uitgevoerd ⁽¹⁾.

Het merendeel van de nieuwe lidstaten meldt dat er in gevangenissen drugstests worden uitgevoerd. De systemen voor de drugstests variëren echter per land. Alleen in Tsjechië, Malta en Slovenië worden gedetineerden bij binnenkomst op drugs gecontroleerd. Malta en Slovenië zijn ook de enige landen die gevangenen testen voordat ze op verlof gaan. Steekproefsgewijze drugstests worden uitgevoerd in alle gevangenissen in Tsjechië, Malta, Slovenië en Slowakije en in minder dan de helft van de gevangenissen in Hongarije.

Drugsvrije therapieën domineren de interventies in gevangenissen in de nieuwe lidstaten, maar de verspreiding van dergelijke interventies is beperkt. De beschikbaarheid van drugsvrije therapieën met psychologische ondersteuning wordt gemeld in minder dan de helft van de gevangenissen in Tsjechië, Estland, Litouwen, Hongarije, Polen en Slowakije. In de meeste landen bestaan er drugsvrije eenheden, maar alleen Tsjechië en Slovenië melden het bestaan van dergelijke faciliteiten in meer dan de helft van het aantal gevangenissen. Korte detoxificatiebehandelingen met behulp van medicatie zijn breder beschikbaar (in alle gevangenissen in Letland, Hongarije, Malta, Slovenië en Slowakije).

Het aantal gevangenen in de nieuwe lidstaten dat toegang heeft tot behandelingen met antagonist en substitutiebehandelingen is over het algemeen klein. Behalve in noodgevallen lijkt behandeling

met antagonist niet te worden toegepast, en enkele landen melden de beschikbaarheid van substitutiebehandelingen voor opioïdengebruikers voor acute detoxificatie in gevangenissen (Hongarije, Malta, Polen en Slovenië). Drugserelateerde interventies voorafgaand aan de vrijlating komen hoofdzakelijk voor in de vorm van counseling en informatievoorziening (Tsjechië, Letland, Litouwen, Hongarije, Polen, Slovenië en Slowakije). In alle gevangenissen in Slovenië en in minder dan de helft van de gevangenissen in Polen is substitutiebehandeling beschikbaar als interventie voorafgaand aan de vrijlating.

Er zijn maar weinig gevangenissen in de nieuwe lidstaten die maatregelen melden die zijn gericht op schadebeperking voor injecterende drugsgebruikers. In geen van de nieuwe lidstaten wordt gebruik gemaakt van omruilprogramma's voor naalden en spuiten, en alleen Estland, Litouwen en Slovenië melden de verstrekking van ontsmettingsmiddelen voor het reinigen van spuiten. Toch worden infectieziekten ten gevolge van drugsgebruik wel aangepakt in gevangenissen. In alle gevangenissen in zes van de nieuwe lidstaten (Tsjechië, Estland, Hongarije, Malta, Slovenië en Slowakije) zijn vaccinaties tegen hepatitis B verkrijgbaar, en vijf landen maken melding van de beschikbaarheid in alle gevangenissen van antivirale behandeling voor gevangenen met hepatitis C (Tsjechië, Litouwen, Polen, Slovenië en Slowakije). De beschikbaarheid van antiretrovirale therapie voor hiv-positieve gevangenen wordt door alle nieuwe lidstaten gemeld ⁽²⁾.

⁽¹⁾ Er zijn gegevens verstrekt door Tsjechië, Estland, Letland, Litouwen, Hongarije, Malta, Polen, Slovenië en Slowakije. Zie voor verdere referenties EWDD (2005c).

⁽²⁾ Er zijn geen gegevens beschikbaar voor Cyprus.

Maatregelen voor schadebeperking

Op het moment waarop het bereiken van cliënten en het onderhouden van contact doelen op zich werden, kregen straathoekwerk en laagdrempelige dienstverlening, erkenning en steun, en inmiddels is deze vorm van hulpverlening een wezenlijk onderdeel geworden van een alomvattende aanpak in veel lidstaten. Gelijksoortige benaderingen op het gebied van preventie van besmettelijke ziekten onder drugsgebruikers en terugdringing van drugserelateerde doden zijn overal in Europa zichtbaar (zie ook hoofdstuk 7).

Terugdringing van het aantal drugserelateerde doden is zes jaar geleden voor het eerst als een doelstelling van het Europees drugsbeleid vastgelegd en is nu ook een van de doelstellingen van het lopende EU-actieplan ⁽³³⁾. Het aantal landen dat een rechtstreekse verwijzing naar deze doelstelling in het nationaal beleid heeft opgenomen, is de afgelopen jaren voortdurend gestegen. In 2004 en 2005 hebben acht landen voor een dergelijke lijn gekozen (waarmee het totaal

op vijftien komt). Naast nationale beleidsmaatregelen zien we in veel landen ook aanvullende beleidsvorming op stedelijk niveau: verschillende hoofdsteden (waaronder Athene, Berlijn, Brussel, Lissabon en Tallinn), maar ook grotere halfstedelijke regio's (zoals het oosten van Ierland, rond Dublin) hebben hun eigen strategieën voor het terugdringen van het aantal drugserelateerde doden ontwikkeld. Tsjechië, Italië, Nederland en het Verenigd Koninkrijk maken melding van het bestaan van lokale of regionale beleidsmaatregelen, en in Bulgarije zijn op lokaal niveau in negen steden strategieën opgesteld.

Zoals in de voorafgaande EU-drugsstrategie en het eerdere EU-actieplan inzake drugs nemen maatregelen ter voorkoming van de verspreiding van besmettelijke ziekten ook in de huidige strategie een belangrijke plaats in. Een en ander is als doelstelling 16 in het actieplan (2005-2008) neergelegd. Hieruit blijkt nog eens duidelijk dat de Europese regeringen en de Commissie veel aandacht blijven schenken aan de gevolgen voor de gezondheid van drugsgebruik ⁽³⁴⁾.

⁽³³⁾ Doelstelling 17 van het EU-actieplan inzake drugs (2005-2008) luidt: „Vermindering van het aantal drugsdoden op alle niveaus opnemen en speciaal daarop gerichte maatregelen nemen”.

⁽³⁴⁾ Doelstelling 16 van het actieplan (2005-2008) heeft betrekking op de preventie van de verspreiding van besmettelijke ziekten. In doelstelling 14 wordt opgeroepen tot tenuitvoerlegging van een aanbeveling van de Raad uit 2003 betreffende de preventie en beperking van gezondheidsschade die samenhangt met drugsverslaving (Aanbeveling 2003/488/EG van de Raad van 18 juni 2003). In 2007 zal de Commissie volgens de planning een verslag uitbrengen over de tenuitvoerlegging van deze aanbeveling, met onder meer informatie afkomstig van beleidsmakers en de nationale Reitox-focal points, als bijdrage aan de evaluatie van de EU-drugsstrategie.

Een ruime meerderheid van EU-landen en Noorwegen hebben hun aanpak op het gebied van preventie van besmettelijke ziekten onder drugsgebruikers nauwkeurig omschreven en concrete doelstellingen of taken opgenomen in de documenten betreffende hun nationale drugsstrategieën, of een apart beleidsstuk opgesteld waarin aangegeven staat hoe te werk zal worden gegaan bij de preventie van besmettelijke ziekten onder drugsgebruikers (Spanje, Letland, Luxemburg, Zweden). Sommige landen volgen beide lijnen (Estland, Frankrijk, het Verenigd Koninkrijk). Malta en Oostenrijk zijn voornemens specifieke beleidsmaatregelen op dit vlak op te stellen.

In Duitsland en Griekenland zijn concrete maatregelen gericht op de preventie van besmettelijke ziekten in de nationale drugsstrategie opgenomen, maar die preventie is daarin niet expliciet als doelstelling vastgelegd.

Deze strategieën ter preventie van besmettelijke ziekten zijn in de meeste landen van tamelijk recente datum; in een aantal gevallen zijn ze tegelijk met de vorige EU-drugsstrategie (2000-2004) aangenomen, waarin beperking van de incidentie van besmettelijke ziekten onder drugsgebruikers voor het eerst als Europese doelstelling is vastgelegd.

Volgens de verslagen van de NFP's⁽³⁵⁾ is er ook wat betreft de doelstellingen en doelgroepen van de nationale strategieën sprake van de nodige synergie op Europees niveau. Naast drugsspueters omvatten de doelgroepen ook sexwerkers en gevangenen. Met name in de nieuwe lidstaten in Midden-Europa, maar ook in Noorwegen, worden verder ook jongeren en niet-spueters nadrukkelijk aangemerkt als belangrijke doelgroepen voor maatregelen ter voorkoming van besmettelijke ziekten. In het beleid van Denemarken en Estland wordt de doelgroep zelfs nog ruimer genomen; daar richt men zich ook op groepen in de onmiddellijke omgeving van drugsgebruikers.

In veel EU-landen zijn de strategieën ter beperking van besmettelijke ziekten nadrukkelijk afgestemd op hiv/aids, met name in Estland, Spanje, Cyprus, Letland en Litouwen. In tien landen (37 %) wordt in de strategieën inzake besmettelijke ziekten echter ook de preventie van hepatitis C onder drugsgebruikers expliciet vermeld⁽³⁶⁾. Ierland heeft in 2004 een raadplegingsproces in gang gezet ter voorbereiding van een dergelijke strategie, en in Duitsland zijn aanbevelingen inzake preventie en behandeling uitgebracht. In Oostenrijk heeft het debat onder beroepsbeoefenaren en het grote publiek een impuls gekregen door een internationale conferentie over dit onderwerp die in 2005 in Wenen is gehouden.

Schadebeperkingsstrategieën vormen vandaag de dag een belangrijk onderdeel van de Europese aanpak van drugsgebruik, en verbetering van de toegang tot diensten voor preventie en beperking van gezondheidsschade is een topprioriteit in de EU-drugsstrategie 2005-2012. Het gemeenschappelijk strategisch kader ter beperking van gezondheidsschade dat de EU-drugsstrategie biedt is zichtbaar in tal van nationale beleidsmaatregelen in de gehele EU en heeft bijgedragen tot invoering op grote schaal van evidence-based interventies op dit vlak.

Laagdrempelige hulpverleningsinstanties als belangrijke gegevensbron

Laagdrempelige hulpverleningsinstanties spelen een cruciale rol in het verbeteren van de beschikbaarheid van zorg voor drugsgebruikers. Voor groepen drugsgebruikers die „verborgen” of moeilijker te bereiken zijn of het contact met de zorg hebben verloren, kunnen dergelijke instanties een contactpunt vormen en een omgeving bieden voor het verlenen van medische en maatschappelijke diensten.

Hoewel alle laagdrempelige hulpverleningsinstanties beschikken over een bepaald systeem om hun dienstverlening te documenteren, en er soms sprake is van uitgebreide monitoring en rapportage, zijn deze activiteiten hoofdzakelijk gericht op het afleggen van verantwoording aan de financierende organen en minder op intern kwaliteitsbeheer of op de planning en evaluatie van de diensten. Het gebeurt maar al te vaak dat waardevolle informatie die wordt verzameld, op het niveau van de instelling blijft. Ondanks het potentiële belang van laagdrempelige hulpverleningsinstanties bij het in kaart brengen van patronen en trends in het drugsgebruik en de toegang tot diensten, lijkt dit potentieel over het algemeen te weinig benut te worden. Een belangrijk obstakel is het gebrek aan standaardisering en vergelijkbaarheid van de verzamelde informatie.

Voor het verbeteren van de kwaliteit van de beschikbare gegevens over de verlening en gebruikmaking van diensten die gericht zijn op schadebeperking is het belangrijk om een instrument te hebben voor het verzamelen van gegevens dat geschikt is voor instellingen, maar tegelijkertijd relevante resultaten oplevert voor monitoringdoeleinden op nationaal en Europees niveau. Een initiatief in die richting is het gezamenlijke project van het EWDD en Correlation, dat wordt ondersteund door deskundigen van de nationale focal points van Frankrijk, Ierland, Hongarije en Noorwegen. In het Correlation-netwerk (Europees Netwerk voor sociale integratie en gezondheid, www.correlation-net.org) zijn gouvernementele en non-gouvernementele organisaties uit 27 Europese landen vertegenwoordigd, en het netwerk wordt gefinancierd uit hoofde van het volksgezondheidsprogramma van de Europese Commissie (DG SANCO).

⁽³⁵⁾ Deze analyse is hoofdzakelijk gebaseerd op nationale verslaggeving aan de hand van een gestructureerde enquête (SQ 23), aangevuld met informatie die de nationale focal points in hun nationale verslagen verstrekt hebben.

⁽³⁶⁾ Tot die landen behoren Frankrijk en Engeland, die beide volwaardige strategieën ter preventie van hepatitis C hebben vastgesteld, respectievelijk *Plan National Hépatites Virales C et B (2002-2005)* (<http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/hepatites/situation.htm>) en *Hepatitis C: Action Plan for England, 2004* (<http://www.dh.gov.uk/>).

In 2004 is een verbetering in de monitoring van de beschikbaarheid van injectiespuiten op Europees niveau geregistreerd. Gegevens over de verlening, het gebruik en het bereik van de vele andere belangrijke diensten die door laagdrempelige instanties worden geleverd, zijn in de meeste landen echter nauwelijks op nationaal niveau gedocumenteerd. Een Europabreed beeld van de situatie is moeilijk te verkrijgen. Het kader „Laagdrempelige hulpverleningsinstanties als belangrijke gegevensbron” bevat een beschrijving van een project dat tot doel heeft de situatie met betrekking tot de beschikbaarheid van gegevens te verbeteren.

Gerichte behandeling en kwaliteitsbeheer

In het huidige EU-actieplan wordt ook opgeroepen tot hoogwaardige behandelings- en schadebeperkingsdiensten.

Het gebruik van kwaliteitsbeheerinstrumenten bij de planning van behandeling en schadebeperking heeft ertoe geleid dat de dienstverlening zich meer op specifieke doelgroepen is gaan richten, bijvoorbeeld in die zin dat men rekening is gaan houden met de specifieke behoeften van gendergroepen (zie ook de speciale kwestie over gender).

Behandelingscentra of -programma's die uitsluitend op één specifieke doelgroep gericht zijn vormen een bekend verschijnsel in de gehele EU. Kinderen en jongeren onder de achttien jaar worden in 23 landen door gespecialiseerde instanties opgevangen; de behandeling van drugsgebruikers met psychiatrische co-morbiditeit vindt in achttien landen in gespecialiseerde centra plaats; en diensten specifiek voor vrouwen bestaan volgens de rapportages in alle landen met uitzondering van Cyprus, Letland, Litouwen, Bulgarije en Turkije. Diensten die nadrukkelijk afgestemd zijn op de behoeften van allochtone drugsgebruikers of groepen met specifieke taalbehoeften of een specifieke culturele of religieuze achtergrond komen minder vaak voor, maar worden wel gemeld door België, Duitsland, Griekenland, Spanje, Litouwen, Nederland, Finland, Zweden en het Verenigd Koninkrijk.

Dertien landen maken melding van het bestaan van centra die zich specifiek met de behandeling van cannabis- of cocaïnegebruikers bezighouden, en in acht landen wordt er in bureaus voor verslavingshulp gewerkt met speciale behandelingsprogramma's voor deze groepen. Aangenomen wordt echter dat het niveau van beschikbaarheid en toegankelijkheid van dergelijke diensten in de meeste genoemde landen laag is. Spanje, Slowakije en het Verenigd Koninkrijk maken melding van een soortgelijk programma dat specifiek voor amfetaminegebruikers bestemd is.

Andere concrete maatregelen ter verhoging van de kwaliteit van behandeling en zorg zijn individueel case management, bemiddeling bij de verlening van gespecialiseerde diensten (behandeling van co-morbiditeit) en beoordeling van patiënten voorafgaande aan de behandeling om uit het behandelingsaanbod die behandeling te kiezen die

het best aansluit bij het profiel van de cliënt, zodat deze langer binnengehouden kan worden en een effectievere behandeling gerealiseerd kan worden.

Ondanks het feit dat het behandelingsaanbod over de hele linie toeneemt, blijven bepaalde groepen van drugsgebruikers, met name drugsgebruikers met reeds lang bestaande en chronische problemen, moeilijk te bereiken voor de instellingen voor drugshulpverlening. Straathoekwerk en laagdrempelige interventies zijn veelgebruikte methoden waarmee wordt geprobeerd in contact te komen met en aansluiting te vinden bij deze moeilijk te bereiken groepen. Een meer controversiële aanpak, die in enkele landen wordt gehanteerd, is die waarbij ruimten beschikbaar worden gesteld voor het gebruik van drugs onder toezicht. Deze ruimten zijn meestal bestemd voor drugsspuiters, maar we zien nu ook dergelijke voorzieningen ontstaan voor het roken van crack-cocaïne of heroïne (zie EWDD, 2004c). Een andere nieuwe vorm van dienstverlening waarover veel discussie bestaat is het gebruik van heroïne als een agens voor substitutiebehandeling waarmee in enkele landen geëxperimenteerd wordt. De activiteiten die op dit gebied worden ondernomen blijven in vergelijking met andere behandelmogelijkheden over het geheel genomen zeer beperkt, maar er zijn studies waaruit blijkt dat het voorschrijven van heroïne mogelijk een positief effect heeft voor cliënten bij wie een onderhoudsbehandeling met methadon niet gewerkt heeft. Zo worden in een recent Duits gerandomiseerd onderzoek naar behandeling met behulp van heroïne (Naber en Haasen, 2006) positieve resultaten gemeld op het vlak van gezondheid en op het punt van beperking van het gebruik van illegale drugs. Er bestaat in Europa op dit moment echter geen duidelijke consensus over de kosten en baten van deze aanpak, en het blijft dan ook een kwestie waarover het politieke en wetenschappelijke debat nog lang niet uitgewoed is.

Naarmate de beschikbaarheid en de kwaliteit van behandelingsmethoden toenemen, verschuift het accent in sommige Europese steden ook naar beperking van de gevolgen van drugsgebruik voor de gemeenschap. Proactief straathoekwerk en een aantrekkelijk aanbod van laagdrempelige diensten hebben veelbelovende resultaten opgeleverd in sommige lokale settings (zie „Schadebeperkende maatregelen” in hoofdstuk 5) en zouden waardevolle en doeltreffende modellen kunnen zijn die op grotere schaal gebruikt zouden kunnen worden om de communicatie met gemarginaliseerde groepen te herstellen en deze uiteindelijk in het behandelcircuit op te nemen.

Aangenomen mag worden dat de behandeling van drugsverslaving door de ontwikkeling van „veiliger” substitutieproducten (dat wil zeggen middelen die minder snel op de zwarte markt terecht zullen komen) nog meer een zaak gaat worden die zich afspeelt in de spreekkamer van de huisarts. Dat is ook een normalisatieproces, dat ertoe leidt dat drugsverslaving steeds meer als een normale chronische ziekte, zoals diabetes, beschouwd en behandeld

gaat worden. Sommige landen melden dat de grote groepen heroïnegebruikers die een substitutiebehandeling volgen een even grote vraag naar hulpverlening voor sociale reïntegratie – en met name reïntegratie gericht op betaald werk – creëren. In de huidige economische omstandigheden zou het voor veel landen lastig kunnen zijn te voldoen aan de vraag naar mogelijkheden voor arbeidsmarktintegratie voor oudere heroïnegebruikers, zelfs wanneer zij een stabiel leven leiden dankzij onderhoudsbehandeling. Een en ander wordt nog verergerd door de hoge ziektecijfers in deze groep.

Sociale reïntegratie

Alle beschikbare literatuur en feiten en cijfers afkomstig van de lidstaten komen op één punt overeen: de levenssituatie van drugsgebruikers is aanzienlijk problematischer en instabieler dan die van de bevolking in het algemeen. In de laatste twee actieplannen inzake drugs van de EU is sociale reïntegratie dan ook een van de fundamentele doelen met betrekking tot het verbeteren van de gezondheid en sociale status van drugsgebruikers.

In het actieplan (2005-2008) worden de lidstaten opgeroepen „toegang en bereik van rehabilitatie- en socialeherintegratieprogramma's te verbeteren". Hoewel maatregelen op sociaal vlak nog steeds minder gangbaar zijn dan behandelingen als het gaat om de aanpak van problematisch drugsgebruik, worden interventies waarbij maatregelen op het gebied van behandeling, gezondheid en sociale situatie worden gecombineerd door beroepsbeoefenaren aangemerkt als de beste aanpak voor de reïntegratie van drugsgebruikers.

Over sociale reïntegratie ⁽³⁷⁾ zijn maar weinig gegevens beschikbaar in Europa; belangrijkste reden daarvoor is dat er nogal wat belemmeringen bestaan voor het verzamelen van kwantitatieve informatie op dit terrein. De meeste informatie hieronder is dan ook gebaseerd op een kwalitatieve beoordeling die gericht was op beleid, tenuitvoerlegging en kwaliteitswaarborging in de lidstaten ⁽³⁸⁾.

In 2004-2005 hadden 20 van de 28 rapporterende landen ⁽³⁹⁾ in reactie op het EU-actieplan een strategie voor drugsgerelateerde sociale reïntegratie opgesteld. Verder waren er vier landen die deze kwestie niet expliciet in hun nationale drugsstrategie of een ander beleidsstuk inzake

drugs hadden opgenomen, maar wel regionale of lokale strategieën hadden ingevoerd, en drie landen hadden op dit punt geen enkele beleidsmaatregel genomen.

In elf landen komen de middelen vooral van de nationale overheid; in acht landen speelt de financiering zich hoofdzakelijk op regionaal/lokaal niveau af. Verder zijn er acht landen waar de middelen van beide niveaus afkomstig zijn, in min of meer gelijke mate, of beschikbaar komen via de ziektekostenverzekering.

In de EU-lidstaten hebben problematische drugsgebruikers toegang tot maatregelen van sociale aard via voorzieningen die ofwel specifiek voor drugsgebruikers bedoeld zijn ofwel op sociaal achtergestelde groepen gericht zijn. Huisvesting is een van de hoofdcomponenten in deze maatregelen. Van alle diensten die aan dakloze problematische drugsgebruikers worden aangeboden is toegang tot „algemene huisvestingsdiensten" de meest voorkomende (21 landen); in 18 landen worden huisvestingsvoorzieningen aangeboden die uitsluitend voor drugsgebruikers bestemd zijn, en in 13 landen worden beide systemen gecombineerd. Het is evenwel niet zeker of dakloze problematische drugsgebruikers altijd werkelijk toegang hebben tot deze voorzieningen. Problemen die in dit verband gerapporteerd worden zijn onder meer: geringe beschikbaarheid van woningen; weerstand op lokaal niveau tegen het beschikbaar stellen van nieuwe faciliteiten aan drugsgebruikers; criteria die de toegang beperken; en het gedragspatroon van dakloze problematische drugsgebruikers, die moeite hebben zich aan regels te houden.

Dakloze problematische drugsgebruikers vast onderdak bieden is de eerste stap op weg naar een stabiel leven en sociale reïntegratie. Uitgaande van de geschatte aantallen problematische drugsgebruikers en het percentage daklozen onder cliënten die een behandeling volgen, kan gesteld worden dat er tussen de 75 600 en 123 300 dakloze problematische drugsgebruikers zijn in Europa. Gezien het feit dat de meeste landen op dit moment voorzieningen aanbieden, en gelet op het feit dat er nog steeds landen zijn die nieuwe structuren opzetten, zal het effect van deze maatregelen afhangen van de vraag in hoeverre dakloze problematische drugsgebruikers toegang tot deze diensten geboden kan worden.

⁽³⁷⁾ Sociale reïntegratie wordt gedefinieerd als „iedere maatregel van sociale aard die tot doel heeft (voormalige) problematische drugsgebruikers in de gemeenschap te integreren". De drie pijlers van sociale integratie zijn 1) huisvesting; 2) onderwijs; en 3) werk (inclusief beroepsopleiding). Ook andere maatregelen, zoals counseling en vrijetijdsactiviteiten, kunnen toegepast worden.

⁽³⁸⁾ Zie voor meer informatie <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1573>.

⁽³⁹⁾ De lidstaten plus Bulgarije, Roemenië, Turkije en Noorwegen, maar er is geen informatie beschikbaar over Estland.

Een genderperspectief op drugsgebruik en de aanpak van drugsproblemen, in EWDD-jaarverslag 2006: speciale kwesties

In het algemeen zijn mannen onder drugsgebruikers veel sterker vertegenwoordigd dan vrouwen. In de EU-lidstaten komt niet alleen het gebruik van illegale drugs vaker voor onder mannen, maar mannen lopen ook een veel grotere kans problemen te ontwikkelen, in behandeling te gaan en te overlijden ten gevolge van drugsgebruik.

In deze speciale kwestie wordt naar drugsgebruik en daarmee samenhangende problemen gekeken vanuit een

genderperspectief. De belangrijke vragen die worden gesteld zijn onder meer: welke verschillen bestaan er tussen het drugsgebruik door mannen en vrouwen en wordt de genderkloof kleiner? Hoe hebben lidstaten genderspecifieke benaderingen ontwikkeld op het gebied van drugspreventie, behandeling, sociale reïntegratie en schadebeperking? Zijn genderspecifieke maatregelen voor mannen en vrouwen even belangrijk?

Deze speciale kwestie is, uitsluitend in het Engels, op papier en via internet beschikbaar (<http://issues06.emcdda.europa.eu>): „A gender perspective on drugs use and responding to drug problems”, in EMCDDA annual report 2006: selected issues.



Hoofdstuk 3

Cannabis

Aanvoer en beschikbaarheid

Productie en handel

Cannabis blijft wereldwijd de meest geproduceerde en verhandelde illegale plantaardige drug (CND, 2006).

De grootschalige productie van cannabisbushs is in een paar landen geconcentreerd, met name in Marokko, maar ook in Pakistan en Afghanistan. De totale wereldwijde productie van cannabisbushs wordt geschat op 7 400 ton per jaar (CND, 2006). De meeste cannabisbushs die in de EU wordt geconsumeerd, is afkomstig uit Marokko; de hars wordt voornamelijk via het Iberisch schiereiland Europa binnengesmokkeld, hoewel Nederland een belangrijk secundair distributiecentrum lijkt voor doorvoer naar andere landen binnen de EU. In 2004 werd voor de tweede maal een onderzoek uitgevoerd naar de cannabissteelt in Marokko,

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 rechtshandhavinginstanties, van de kwetsbaarheid van drugshandelaren voor nationale en internationale strategieën voor het terugdringen van het aanbod en van de 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 inbeslagnames soms een betere indicatie voor trends. In alle landen bestaan de inbeslagnames voor een groot deel uit kleinere confiscaties 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 landen 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.

waaruit een daling bleek van 10 % in vergelijking met 2003, grotendeels ten gevolge van inspanningen van de overheid. In 2004 bedroeg het totale teeltgebied 120 500 hectaren in het Rif-gebied, hetgeen overeenkomt met een potentiële productie van 2 760 ton cannabisbushs (UNODC en de regering van Marokko, 2005).

Andere landen die in 2004 werden genoemd als bron van cannabisbushs die in de EU in beslag is genomen, zijn onder meer Albanië, Portugal, Senegal, Afghanistan, Pakistan en landen in Centraal-Azië (nationale Reitox-verslagen, 2005; WDO, 2005; INCB, 2006a).

De mondiale potentiële productie van cannabisbladeren werd in 2003 geschat op ruim 40 000 ton (CND, 2005) en vond overal ter wereld plaats. Over de cannabisbladeren die in 2004 in de EU in beslag zijn genomen wordt gemeld dat deze uit uiteenlopende landen kwamen, voornamelijk uit Nederland en Albanië, maar ook uit Angola, Zuid-Afrika, Jamaica en Thailand (nationale Reitox-verslagen, 2005; WDO, 2005; INCB, 2006). Daarnaast is er in de meeste lidstaten van de EU sprake van enige lokale teelt en productie van cannabisproducten (zowel binnens- als buitenshuis).

Vangsten

In 2004 is wereldwijd een hoeveelheid van 1 471 ton cannabisbushs en 6 189 ton cannabisbladeren in beslag genomen. De meeste cannabisbushs werd opnieuw in West- en Midden-Europa (74 %) en in Zuidwest-Azië en in het Nabije en Midden-Oosten (19 %) in beslag genomen, terwijl de grootste hoeveelheid cannabisbladeren voornamelijk in Noord-Amerika (54 %) en in Afrika (31 %) werd geconfisqueerd (UNODC, 2006).

In 2004 werden in de EU naar schatting 275 000 vangsten van cannabisbushs gedaan met een totaal gewicht van 1 087 ton. De meeste vangsten werden wederom door Spanje gemeld (dat goed was voor ongeveer de helft van alle vangsten en voor zo'n driekwart van de totale hoeveelheid die in de EU in beslag is genomen), gevolgd door Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk ⁽⁴⁰⁾. Hoewel het

⁽⁴⁰⁾ Dit moet getoetst worden zodra de nog ontbrekende gegevens over 2004 beschikbaar zijn. Gegevens over zowel het aantal cannabisvangsten als de hoeveelheid in beslag genomen cannabis in 2004 waren niet beschikbaar voor Ierland en het Verenigd Koninkrijk; gegevens over het aantal cannabisvangsten in 2004 waren niet beschikbaar voor Nederland. Om een schatting mogelijk te maken, zijn de ontbrekende gegevens over 2004 vervangen door de gegevens over 2003. De gegevens die Nederland heeft verschaft over de in 2004 in beslag genomen hoeveelheden zijn op schattingen gebaseerd en zijn niet verwerkt in de analyse van de trends tot en met 2004.

aantal harsvangsten in de gehele EU tussen 1999 en 2003 gedaald is, duiden de tendensen in de rapporterende landen op een toename op communautair niveau in 2004 ⁽⁴¹⁾. De totale hoeveelheid onderschepte hars in de EU laat een continue stijging zien in de periode 1999-2004, ook al meldt het merendeel van de landen (met uitzondering van Spanje) voor 2004 een daling ⁽⁴²⁾.

Cannabisbladeren worden in de EU minder vaak in beslag genomen; in 2004 werden naar schatting 130 000 vangsten gedaan, met een totaalgewicht van 71 ton, waarbij de meeste vangsten in het Verenigd Koninkrijk plaatsvonden ⁽⁴³⁾. Het aantal vangsten van cannabisbladeren in de EU is sinds 1999 gestaag toegenomen ⁽⁴⁴⁾, hoewel de in beslag genomen hoeveelheden in de rapporterende landen sinds 2001 zijn gedaald ⁽⁴⁵⁾. Dit is een voorlopig beeld, omdat de gegevens van het Verenigd Koninkrijk voor 2004 nog niet beschikbaar zijn.

In 2004 resulteerden de naar schatting 12 800 vangsten in de EU- en kandidaat-lidstaten in de inbeslagname van ongeveer 22 miljoen cannabisplanten met een totaalgewicht van 9,5 ton, waarbij Turkije de grootste hoeveelheid voor zijn rekening nam ⁽⁴⁶⁾. Het aantal vangsten van cannabisplanten is sinds 1999 gestegen en is, op basis van de verstrekte gegevens, in 2004 blijven stijgen.

Prijs en sterkte

De gemiddelde straatwaarde van cannabisbushars in de EU varieerde in 2004 van 2,3 EUR per gram in Portugal tot ruim 12 EUR per gram in Noorwegen en voor cannabisbladeren van 2,7 EUR per gram in Portugal tot 11,6 EUR per gram op Malta, terwijl het merendeel van de landen prijzen meldt van 5 tot 10 EUR per gram voor cannabisproducten ⁽⁴⁷⁾.

De gemiddelde prijs van cannabisbushars, gecorrigeerd voor inflatie ⁽⁴⁸⁾, daalde in de periode 1999-2004 in alle rapporterende landen ⁽⁴⁹⁾ met uitzondering van Duitsland en Spanje, waar de prijzen stabiel bleven, en Luxemburg,

waar sprake was van een lichte stijging. De gemiddelde prijs van cannabisbladeren, gecorrigeerd voor inflatie ⁽⁵⁰⁾, niet gespecificeerd naar type of ingevoerd, is in dezelfde periode in de meeste rapporterende landen eveneens gedaald, maar bleef stabiel in Spanje en Nederland en steeg in Duitsland, Letland, Luxemburg en Portugal. Slechts twee landen, Nederland en het Verenigd Koninkrijk, hebben gegevens verstrekt over de gemiddelde prijs van lokaal geproduceerde cannabis, en in beide gevallen is de prijs gedaald.

De sterkte van cannabisproducten wordt bepaald aan de hand van de hoeveelheid Δ^9 -tetrahydrocannabinol (THC), het primaire actieve bestanddeel (EWDD, 2004b). In 2004 had de cannabisbushars op straathandelniveau een gemiddeld THC-percentage van minder dan 1 % (Bulgarije) tot 16,9 % (Nederland), terwijl de sterkte van cannabisbladeren varieerde van 0,6 % (Polen) tot 12,7 % (Engeland en Wales) ⁽⁵¹⁾. In Nederland bedroeg de sterkte van lokaal geproduceerde cannabis 17,7 % ⁽⁵²⁾.

Prevalentie en patronen in het cannabisgebruik

Cannabis is de meest gebruikte illegale drug in Europa. Het cannabisgebruik nam in de jaren negentig in bijna alle EU-lidstaten toe, met name onder jongeren, met inbegrip van scholieren.

Men schat dat ongeveer 65 miljoen Europese volwassenen, dat wil zeggen ongeveer 20 % van de mensen in de leeftijdscategorie van 15 tot 64 jaar, minimaal een keer in hun leven cannabis hebben geprobeerd ⁽⁵³⁾, ook al moet daarbij bedacht worden dat de meesten van hen op dit moment geen cannabis gebruiken. De nationale cijfers lopen sterk uiteen, van 2 tot 31 %, met de laagste percentages in Malta, Bulgarije en Roemenië, en de hoogste in Denemarken (31 %), Spanje (29 %), Frankrijk (26 %) en het Verenigd Koninkrijk (30 %) ⁽⁵⁴⁾. Van de 25 landen waarover informatie

⁽⁴¹⁾ Zie tabel SZR-1 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽⁴²⁾ Zie tabel SZR-2 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽⁴³⁾ Zie voetnoot ⁽⁴⁰⁾. Gegevens over het aantal cannabisvangsten in 2004 zijn niet beschikbaar voor Polen.

⁽⁴⁴⁾ Zie tabel SZR-3 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽⁴⁵⁾ Zie tabel SZR-4 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽⁴⁶⁾ Zie voetnoot ⁽⁴⁰⁾.

⁽⁴⁷⁾ Zie tabel PPP-1 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽⁴⁸⁾ Hierbij is 1999 als referentiejaar genomen voor de geldwaarde in alle landen.

⁽⁴⁹⁾ Voor de periode 1999-2004 waren er voor ten minste drie opeenvolgende jaren gegevens over de prijs van cannabisbushars/-bladeren beschikbaar in België, Tsjechië, Duitsland, Spanje, Frankrijk, Ierland, Cyprus, Letland, Litouwen, Luxemburg, Nederland, Polen, Portugal, Slovenië, Zweden, het Verenigd Koninkrijk, Bulgarije (alleen bladeren), Roemenië, Turkije en Noorwegen. De tendensen in Tsjechië konden echter niet worden geanalyseerd vanwege bepaalde methodologische beperkingen van de verstrekte gegevens.

⁽⁵⁰⁾ Waarbij 1999 als referentiejaar werd genomen voor de geldwaarde in alle landen.

⁽⁵¹⁾ Zie figuur PPP-2 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽⁵²⁾ Zie tabel PPP-5 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽⁵³⁾ Het gemiddelde percentage is berekend als het gemiddelde van de nationale prevalentiepercentages 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.

⁽⁵⁴⁾ In deze tekst zijn de cijfers voor het Verenigd Koninkrijk om praktische redenen gebaseerd op de British Crime Survey 2005 (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).

Het schatten van drugsgebruik onder de bevolking

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 (!).

Het „ooit“-gebruik is een slechte indicator voor het huidige drugsgebruik onder volwassenen (hoewel het wordt beschouwd als een redelijke indicator voor scholieren), maar kan wel inzicht geven in gebruikspatronen. Het gebruik gedurende het afgelopen jaar en de afgelopen maand geeft een nauwkeuriger beeld van de huidige situatie, waarbij de laatste categorie meer mensen zal omvatten die de drug frequent gebruiken.

De Europese studie naar de consumptie van alcohol en andere drugs op school (ESPAD) is een belangrijke bron van informatie over drugs- en alcoholgebruik onder Europese scholieren en is van onschatbare waarde voor het vaststellen van trendmatige ontwikkelingen. In 1995, 1999 en 2003 zijn er ESPAD-enquêtes gehouden. De volgende enquête zal in 2007 plaatsvinden.

Voor ESPAD wordt gebruik gemaakt van gestandaardiseerde methoden en instrumenten bij nationale representatieve steekproeven onder scholieren van 15 en 16 jaar, om tot vergelijkbare gegevens te komen. Het aantal deelnemers aan ESPAD neemt bij elke enquête toe: in 1995 namen er 26 Europese landen aan deel, in 1999 30 landen en in 2003 35, waaronder 22 lidstaten van de EU en vier kandidaat-lidstaten (Bulgarije, Kroatië, Roemenië en Turkije). De enquêtevragen zijn met name gericht op de consumptie van alcohol en het gebruik van illegale drugs binnen de standaardtermijnen en op de frequentie van het gebruik.

Voor informatie over de ESPAD-enquête en de beschikbaarheid van verslagen wordt verwezen naar de ESPAD-website (www.espad.org).

(!) 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 2006.

beschikbaar is, melden er 13 een „ooit“-gebruik tussen de 10 en 20 % ⁽⁵⁵⁾.

De percentages voor recent gebruik (laatste 12 maanden) liggen duidelijk lager dan voor het „ooit“-gebruik. Naar schatting hebben ongeveer 22,5 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 %, waarbij de laagste percentages worden gemeld door Griekenland, Malta en Bulgarije, en de hoogste door Spanje (11,3 %), Frankrijk (9,8 %) en het Verenigd Koninkrijk (9,7 %) ⁽⁵⁶⁾.

Schattingen van het actueel gebruik (laatste 30 dagen) zijn nauwkeuriger als het gaat om het regelmatig gebruik van de drug. Men schat dat 12 miljoen Europese volwassenen in de laatste 30 dagen cannabis heeft gebruikt, ongeveer 4 % van de volwassenen. De cijfers voor de verschillende landen variëren van 0,5 tot 7,5 %, een verschil van een factor 15. De laagste percentages werden gemeld door Litouwen, Malta, Zweden en Bulgarije, en de hoogste door Tsjechië (4,8 %), Spanje (7,6 %) en het Verenigd Koninkrijk (5,6 %) ⁽⁵⁷⁾.

Het gebruik van illegale drugs, waaronder cannabis, vindt voornamelijk plaats door jongeren. In 2004 gaf tussen de 3 en 44 % van de Europeanen in de leeftijdsgroep van 15 tot 34 jaar aan ooit cannabis te hebben geprobeerd, 3-20 % had de drug in de afgelopen 12 maanden gebruikt, en 1,5-13 % had in de laatste 30 dagen gebruikt, waarbij de hoogste percentages wederom afkomstig waren van Tsjechië, Spanje en het Verenigd Koninkrijk. De Europese gemiddelden voor deze leeftijdsgroep bedragen 32 % voor „ooit“-gebruik, 14 % voor recent gebruik (tegen 2 % voor de leeftijdsgroep 35-64 jaar) en meer dan 7 % voor actueel gebruik (tegen 1 % voor de leeftijdsgroep 35-64 jaar) ⁽⁵⁸⁾.

Het cannabisgebruik onder 15- tot 24-jarigen ligt zelfs nog hoger. In die groep varieert het „ooit“-gebruik van 3 tot 44 % (de meeste landen melden percentages in de orde van grootte van 20-40 %), het recent gebruik van 4 tot 28 % (in de meeste landen 10-25 %) (figuur 2) en het actueel gebruik van 1 tot 15 % (in de meeste landen 5-12 %), met hogere percentages voor mannen dan voor vrouwen. In de nieuwe lidstaten ligt het gebruik van cannabis onder jongvolwassenen in de leeftijdsgroep 15-24 jaar doorgaans op hetzelfde niveau als dat in de EU-15, maar bij oudere leeftijdsgroepen dalen die percentages aanzienlijk ⁽⁵⁹⁾.

Ter vergelijking, in de Amerikaanse enquête onder gezinnen naar drugsgebruik en gezondheid van 2004 ⁽⁶⁰⁾, wordt

⁽⁵⁵⁾ Zie tabel GPS-1 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽⁵⁶⁾ Zie tabel GPS-3 in het Statistical Bulletin 2006.

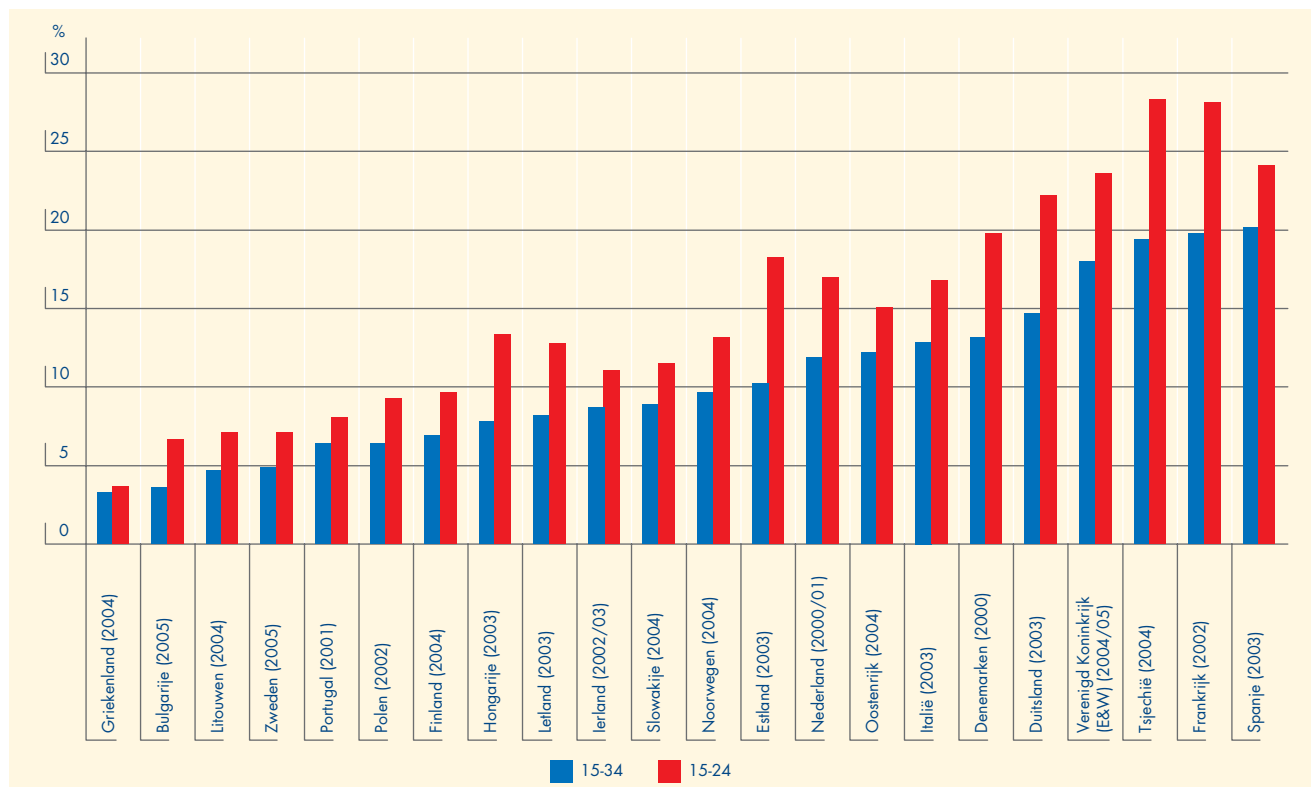
⁽⁵⁷⁾ Zie tabel GPS-5 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽⁵⁸⁾ Zie de tabellen GPS-2, GPS-4 en GPS-6 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽⁵⁹⁾ Zie de tabellen GPS-14, GPS-15 en GPS-16 en de figuren GPS-2, GPS-3, GPS-11, GPS-12, GPS-13 en GPS-26 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽⁶⁰⁾ Bron: SAMHSA, Office of Applied Studies, 2004 National Survey on Drug Use and Health (<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfo>). Opgemerkt dient te worden dat de categorie „alle volwassenen“ (12 jaar en ouder) in het Amerikaanse onderzoek ruimer is dan de leeftijdscategorie die voor de EU-enquêtes als standaard wordt gehanteerd (15-64 jaar).

Figuur 2: Recent gebruik (laatste 12 maanden) van cannabis onder jongvolwassenen (15-34 jaar en 15-24 jaar)



NB: 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 de tabellen GPS-8, GPS-11 en GPS-18 in het Statistical Bulletin 2006.

Bronnen: Nationale Reitox-verslagen (2005), gebaseerd op enquêtes onder de bevolking, onderzoeksverslagen of wetenschappelijke artikelen.

gemeld dat 40,2 % van de volwassenen (gedefinieerd als 12 jaar en ouder) ooit cannabis heeft gebruikt, terwijl het gemiddelde in de EU ongeveer 20 % is. Dit percentage ligt zelfs hoger dan dat in de Europese landen met de hoogste percentages „ooit“-gebruik (Denemarken 31,3 % en het Verenigd Koninkrijk 29,7 %), hoewel de verschillen in de schattingen van het recent gebruik minder opvallend zijn: dit percentage is 10,6 % voor de Verenigde Staten tegen een Europees gemiddelde van 7 %. Diverse Europese landen melden percentages die vergelijkbaar zijn met die in de Verenigde Staten.

Vijf EU-lidstaten (België, Spanje, Italië, Cyprus en het Verenigd Koninkrijk) hebben nieuwe gegevens verstrekt die afkomstig zijn uit nationale schoolenquêtes, en Bulgarije kwam met gegevens van enquêtes die zijn gehouden op scholen in twee grote steden. In het algemeen blijft het beeld van het cannabisgebruik onder scholieren in Europa ongewijzigd. Het hoogste „ooit“-gebruik van cannabis onder 15- en 16-jarige scholieren wordt gevonden in Tsjechië en Spanje (respectievelijk 44 en 41 %). Tot de landen met een „ooit“-gebruik van meer dan 25 % behoren Duitsland, Italië, Nederland, Slovenië en Slowakije (27-28 %) en België, Frankrijk, Ierland en het Verenigd Koninkrijk, waar het „ooit“-

gebruik varieert van 32 tot 40 %. De laagste schattingen voor het „ooit“-gebruik (minder dan 10 %) zijn afkomstig van Griekenland, Cyprus, Zweden, Roemenië, Turkije en Noorwegen ⁽⁶¹⁾.

Op basis van de prevalentieschattingen voor 15- tot 16-jarige scholieren mogen geen algemene conclusies worden getrokken voor oudere scholieren, omdat zich grote prevalentiestijgingen kunnen voordoen bij een kleine leeftijdstoename. Onder 17- en 18-jarigen liggen de prevalentieschattingen in Tsjechië, Spanje en Frankrijk boven de 50 % ⁽⁶²⁾. En in Zweden, dat een lage prevalentie kent in vergelijking met veel andere lidstaten, ligt het geschatte „ooit“-gebruik van cannabis onder 17- en 18-jarige scholieren op 14 %, meer dan het dubbele van dat onder 15- tot 16-jarigen (6 %) ⁽⁶³⁾.

Patronen van cannabisgebruik

Gebruik van cannabis is vaak incidenteel of er wordt enige tijd na initiatie in het gebruik mee gestopt. Gemiddeld heeft 33 % van de Europeanen die ooit cannabis hebben geprobeerd deze drug ook in de laatste 12 maanden gebruikt, terwijl slechts 16 % dat in de laatste 30 dagen heeft gedaan. Deze percentages, die „continueringspercentages“

⁽⁶¹⁾ Zie tabel EYE-1 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽⁶²⁾ Jongerenenquête Escapad, inclusief 17- tot 18-jarige niet-schoolgaande jongeren.

⁽⁶³⁾ Zie tabel EYE-3 en figuur EYE-1 (deel i) in het Statistical Bulletin 2006.

worden genoemd, zijn van land tot land verschillend, en variëren van 20 tot 45 % voor continuering in de laatste 12 maanden en van 10 tot 25 % voor continuering in de laatste 30 dagen ⁽⁶⁴⁾.

Hoewel cannabisgebruik vooral onder jongeren veel voorkomt, lijken gegevens uit Spanje en het Verenigd Koninkrijk erop te duiden dat mensen de drug ook blijven gebruiken als dertigers en veertigers. Dit zou een belangrijke langetermijnverandering in de gebruikspatronen voor cannabis kunnen zijn die meer aandacht verdient.

Net als het gebruik van andere illegale drugs is het gebruik van cannabis onder mannen aanzienlijk hoger dan onder vrouwen. Het verschil is nog groter in het geval van recent of actueel gebruik dan in het geval van „ooit“-gebruik, maar de verschillen zijn kleiner onder jongeren dan onder oudere volwassenen (zie de speciale kwestie over gender). Cannabisgebruik komt ook vaker voor in stedelijke gebieden en in gebieden met een hoge bevolkingsdichtheid. Er is een hypothese dat het gebruik zich wellicht uitbreidt naar kleinere plaatsen of plattelandsgebieden. Polen maakte melding van deze tendens in zijn nationale verslag over 2005.

Ondanks toenemende bezorgdheid over regelmatige of intensieve vormen van cannabisgebruik ⁽⁶⁵⁾, is de informatie hierover op Europees niveau zeer beperkt. Volgens een grove schatting in het jaarverslag 2004 (EWDD, 2004a) gebruikt 1 % van de Europese volwassenen, ongeveer 3 miljoen mensen, mogelijk (vrijwel) elke dag cannabis. Verschillende landen melden stijgingen van het regelmatig of intensief gebruik van cannabis, maar alleen Spanje heeft vergelijkbare gegevens verstrekt over dagelijks gebruik, met een toename tussen de periode 1997-1999 (0,7-0,8 % van de volwassenen) en 2001 (1,5 %), gevolgd door een stabilisering in 2003 (1,5 %). Het zou nuttig zijn om te beschikken over informatie afkomstig uit andere landen die is uitgesplitst naar specifieke leeftijdsgroepen (bijvoorbeeld 15-24 jaar). Uit de Franse Escapad-studie van 2003 bleek dat 14 % van de 17- tot 18-jarigen (9 % van de meisjes en 18 % van de jongens) volgens een specifieke schaal (CAST) mogelijk het risico liep een problematische drugsgebruiker te worden. Ook andere landen werken aan schalen voor de beoordeling van intensieve vormen van cannabisgebruik (Duitsland, Nederland, Polen en Portugal), en het EWDD bevordert de samenwerking op dit terrein.

Trends in cannabisgebruik onder volwassenen

Het gebrek aan betrouwbare longitudinale reeksen van gestandaardiseerde enquêtes maakt het moeilijk langetermijntrends in het drugsgebruik vast te stellen. Sinds

Gezondheidseffecten van cannabisgebruik

De afgelopen jaren is de bezorgdheid over de mogelijke maatschappelijke en gezondheidseffecten van het gebruik van cannabis sterk toegenomen. Ofschoon de beschikbare bewijzen geen eenduidig inzicht verschaffen in de problematiek, kunnen er toch enkele conclusies worden getrokken. Het is bijvoorbeeld evident dat er een verband bestaat tussen intensief gebruik van cannabis en mentale stoornissen, maar het vraagstuk van co-morbiditeit hangt nauw samen met kwesties van oorzaak en gevolg. De details van dit ingewikkelde verband zullen in een toekomstige monografie van het EWDD onder de loep worden genomen en worden besproken.

Het feit dat intensief cannabisgebruik vaak voorkomt in samenhang met mentale problemen die niet drugspecifiek zijn, heeft praktische gevolgen. Wanneer klinici een behandelplan opstellen voor cannabisgebruikers, kan het voor hen moeilijk te bepalen zijn of zij moeten beginnen met het drugsgebruik of met het mentale probleem. Studies naar de effecten van de behandeling van problematisch cannabisgebruik zijn nog altijd schaars, en de weinige studies die uitgevoerd zijn hebben uitsluitend betrekking op specifieke psychosociale behandelingen. Alle overige behandelingsmogelijkheden zijn nog helemaal niet of onvoldoende bestudeerd; bewijzen voor de werkzaamheid en doeltreffendheid ontbreken derhalve.

het begin van de jaren negentig organiseert een groeiend aantal landen echter enquêtes, en een aantal hiervan begint nu waardevolle inzichten op te leveren in de trends gedurende die periode.

Over het algemeen wordt aangenomen dat het cannabisgebruik zich in bepaalde Europese landen in de jaren zestig begon te verspreiden en populair werd in de jaren zeventig en tachtig. Uit recente nationale enquêtes blijkt een aanzienlijk „ooit“-gebruik onder 45- tot 54-jarigen in Denemarken, Duitsland, Spanje, Frankrijk, Nederland, Zweden en het Verenigd Koninkrijk, hetgeen duidt op significante initiatie in het cannabisgebruik aan het einde van de jaren zestig en in de jaren zeventig. Uit een analyse van de initiatie in het gebruik van cannabis kwam een opmerkelijke groei van het gebruik naar voren in Spanje in de jaren zeventig, in (West-)Duitsland in de jaren tachtig en in Griekenland in de jaren negentig ⁽⁶⁶⁾. Uit Zweedse gegevens blijkt dat een relatief hoog percentage (15-20 %) van de dienstplichtigen in de jaren zeventig experimenteerde met cannabis.

Nationale en lokale enquêtes onder gezinnen, dienstplichtigen en scholieren hebben aangetoond dat

⁽⁶⁴⁾ Zie figuur GPS-24 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽⁶⁵⁾ Er is vooralsnog geen algemeen aanvaarde definitie van „intensief cannabisgebruik“; de definitie verschilt per studie. 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. Het risico van verslaving onder minder frequente gebruikers is kleiner.

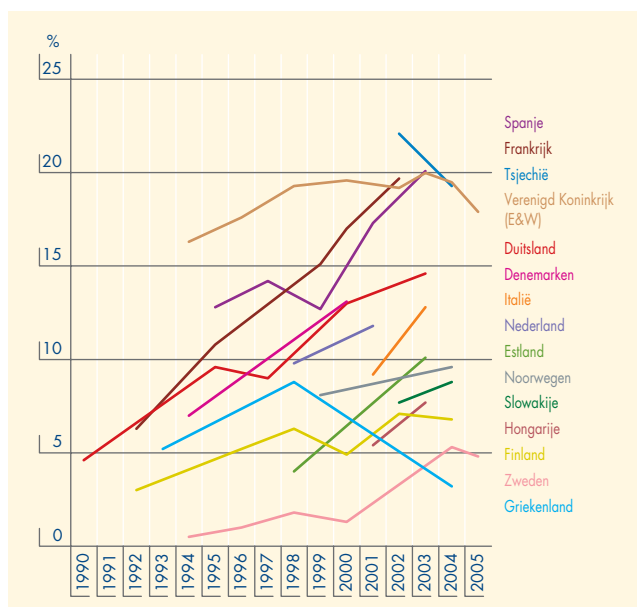
⁽⁶⁶⁾ Zie figuur 4 in het jaarverslag 2004.

het cannabisgebruik in de jaren negentig in vrijwel alle landen van de EU aanzienlijk is gestegen, met name onder jongeren. Tot recentelijk duurde deze stijging in bijna alle landen voort, hoewel er tekenen zijn dat het gebruik stabiliseert of in sommige gevallen zelfs afneemt.

In het Verenigd Koninkrijk was het percentage voor recent cannabisgebruik onder jongvolwassenen (15-34 jaar) begin jaren negentig het hoogst van Europa, maar dit is in de periode van 1998 tot 2004/2005 ⁽⁶⁷⁾ langzaam gedaald, terwijl de percentages in Spanje en Frankrijk recentelijk (2002 of 2003) het zelfde niveau bereikten dat in het Verenigd Koninkrijk werd aangetroffen (figuur 3). Ook voor Tsjechië worden vergelijkbaar hoge prevalentieniveaus gemeld.

De gebruiksniveaus in Denemarken, Duitsland, Estland, Italië, Nederland en Slowakije liggen lager, maar al deze landen melden stijgingen in het recent gebruik onder jongvolwassenen, net als Hongarije, maar in mindere mate. Opgemerkt dient te worden dat de Deense (2000) en Nederlandse (2001) gegevens inmiddels relatief oud zijn; derhalve is de actuele situatie minder duidelijk.

Figuur 3: Trends in recent gebruik (laatste 12 maanden) van cannabis onder jongvolwassenen (15-34 jaar)



NB: 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 2006.

Bronnen: Nationale Reïtox-verslagen (2005), gebaseerd op enquêtes onder de bevolking, onderzoeksverslagen of wetenschappelijke artikelen.

In Finland en Zweden zijn de prevalentiepercentages relatief laag, maar ook die lijken te stijgen; het verschil dat in Zweden is geconstateerd tussen 2000 (1,3 %) en 2004 (5,3 %) is echter moeilijk te interpreteren vanwege wijzigingen in de gebruikte methoden ⁽⁶⁸⁾.

Schattingen van de prevalentie in de laatste 30 dagen zijn in het algemeen gedurende het afgelopen decennium eveneens gestegen, hoewel sterke stijgingen alleen in België en Spanje voorkwamen. Het Verenigd Koninkrijk heeft recentelijk melding gemaakt van een afname in actueel gebruik, terwijl het sinds het begin van de jaren negentig altijd de hoogste niveaus in Europa kende. Daarnaast meldt Slowakije een afname tussen 2002 en 2004. In Tsjechië en Frankrijk was het onmogelijk de trend te beoordelen.

Ook schoolenquêtes kunnen waardevolle informatie opleveren over trends in het drugsgebruik onder de jongere leden van de bevolking, aan de hand waarvan toekomstige trends onder jongvolwassenen kunnen worden voorspeld. Sinds 1995 is er in de meeste landen sprake van een algemene stijging van het aantal scholieren dat ooit cannabis heeft geprobeerd. Er zijn echter opmerkelijke geografische verschillen te zien in de trends. Trends in het „ooit“-gebruik van cannabis onder scholieren van 15 tot 16 jaar kunnen worden onderverdeeld in drie geografische groepen. In Ierland en het Verenigd Koninkrijk, die een lange geschiedenis van cannabisgebruik kennen, is het „ooit“-gebruik hoog maar gedurende het laatste decennium wel stabiel (rond 37-39 %). In de Oost- en Midden-Europese lidstaten, evenals in Denemarken, Spanje, Frankrijk, Italië en Portugal, lag het „ooit“-gebruik van cannabis in 2003 aanzienlijk hoger dan in 1995. 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) ⁽⁶⁹⁾.

Gegevens over de vraag naar behandeling ⁽⁷⁰⁾

In totaal zijn er in 2004 ongeveer 380 000 aanvragen voor behandeling gerapporteerd (beschikbare gegevens uit 19 landen) en in circa 15 % 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 ⁽⁷¹⁾.

Over het geheel genomen is cannabis ook de op een na meest genoemde drug in verslagen over cliënten die voor de eerste keer in behandeling gaan: het betrof 27 % van de

⁽⁶⁷⁾ Sinds 1994, het eerste jaar waarin informatie gebaseerd werd op de British Crime Survey voor Engeland en Wales.

⁽⁶⁸⁾ Zie de figuren GPS-4 en GPS-14 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽⁶⁹⁾ Zie tabel EYE-5 (deel i) en figuur EYE-1 (deel ii) in het Statistical Bulletin 2006.

⁽⁷⁰⁾ 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 gebaseerd op de gegevens van extramurale behandelcentra. Zie voor een specifieke analyse van de gegevens uitgesplitst naar geslacht de speciale kwestie over gender die bij het jaarverslag 2006 van het EWDD wordt gepubliceerd.

⁽⁷¹⁾ Zie figuur TDI-2 in het Statistical Bulletin 2006.

nieuwe cliënten in 2004, hoewel er op dit punt aanzienlijke verschillen tussen landen bestaan. Zo werd cannabis in Litouwen, Malta en Roemenië slechts door minder dan 5 % van de nieuwe cliënten genoemd, maar door meer dan 40 % van de nieuwe cliënten in Denemarken, Duitsland, Hongarije en Finland ⁽⁷²⁾. In de periode 1999-2004 steeg het percentage nieuwe cliënten die voor cannabis in behandeling gingen in de meeste landen die gegevens hebben verstrekt ⁽⁷³⁾.

In vrijwel alle landen waarvoor gegevens beschikbaar zijn, is het percentage cliënten dat voor cannabis in behandeling gaat hoger onder nieuwe cliënten dan onder alle cliënten; in enkele landen is de verhouding min of meer 50:50 ⁽⁷⁴⁾. De vraag naar behandeling voor cannabisgebruik is het grootst in de extramurale zorg ⁽⁷⁵⁾.

Een aantal factoren wordt in verband gebracht met de gestegen vraag naar behandeling voor cannabis, maar dit blijft een gebied waarop verder onderzoek noodzakelijk is. Mogelijke redenen voor een stijging zijn onder meer een escalatie van intensief cannabisgebruik en de daarmee samenhangende maatschappelijke problemen, een toegenomen bewustzijn van de risico's van cannabisgebruik, een stijging van het aantal verwijzingen voor behandeling vanuit het strafrechtelijk systeem – duidelijk een belangrijke factor in sommige landen – en veranderingen in het rapportagesysteem en/of de reikwijdte ervan ⁽⁷⁶⁾.

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 (32 %) en dagelijkse gebruikers (34 %). Er bestaan opmerkelijke verschillen tussen de landen in de frequentie van het cannabisgebruik onder nieuwe cliënten. Denemarken en Nederland melden de hoogste percentages dagelijkse cannabisgebruikers; de hoogste percentages incidentele cannabisgebruikers c.q. personen die in de maand voorafgaand aan de behandeling geen cannabis hebben gebruikt, worden gemeld door Duitsland, Griekenland en Hongarije. Waarschijnlijk hebben die verschillen te maken met de wijze waarop verwijzingen voor een behandeling plaatsvinden (bijvoorbeeld meer verwijzingen vanuit het strafrechtelijk systeem of vanuit sociale netwerken) ⁽⁷⁷⁾.

Een belangrijke vraag is tot op welke hoogte cannabisgebruikers die worden behandeld voldoen

aan diagnostische criteria voor verslaving of schadelijk drugsgebruik. Op dit moment is dit een gebied waarop verder onderzoek noodzakelijk is. Aangezien de verwijspraktijken tussen landen verschillen, bestaat er behoefte aan studies waarin de uiteenlopende klinische kenmerken van cliënten die worden behandeld voor cannabisgebruik worden gedocumenteerd.

Sommige cliënten vragen om behandeling voor het gebruik van cannabis in combinatie met andere drugs- of alcoholproblemen, en soms houdt de vraag naar behandeling verband met problemen van meer algemene aard, zoals gedragsproblemen bij jongeren. Bovendien wordt in enkele recente studies ook gemeld dat er een stijging heeft plaatsgevonden in het aantal adolescenten dat vraagt om behandeling voor cannabisgebruik en tegelijkertijd kampt met psychische problemen; dit kan van grote invloed zijn op de vraag naar behandeling ⁽⁷⁸⁾.

Ook is het belangrijk om meer inzicht te krijgen in de behoeften van cannabisgebruikers op bevolkingsniveau. Het EWDD schat dat er in de EU ongeveer 3 miljoen intensieve cannabisgebruikers zijn, dat wil zeggen mensen die (vrijwel) dagelijks cannabis gebruiken. Hoewel onbekend is in hoeveel gevallen behandeling noodzakelijk is, is het aantal aanvragen voor behandeling in verband met cannabis klein in verhouding tot dit cijfer.

Uit de beschikbare gegevens komt het beeld naar voren dat cliënten die in extramurale behandelcentra worden behandeld voor cannabisproblemen doorgaans relatief jong zijn; vrijwel alle cannabisgebruikers die voor het eerst in behandeling gaan, zijn jonger dan 30 jaar. Bij teenagers in een gespecialiseerde drugsbehandeling wordt vaker gerapporteerd dat zij een primair cannabisprobleem hebben dan bij cliënten in andere leeftijdsgroepen: cannabis is in de groep tot 15 jaar in 75 % van de gevallen de aanleiding om in behandeling te gaan; in de leeftijdscategorie van 15 tot 19 jaar is dit 63 % ⁽⁷⁹⁾.

De meeste cliënten geven aan voor het eerst cannabis te hebben gebruikt toen ze behoorden tot de jongste leeftijdsgroepen: 36,8 % gebruikte de drug voor de eerste keer vóór hun vijftiende. Vrijwel niemand die in behandeling gaat meldt ouder dan 29 jaar te zijn geweest toen hij of zij voor het eerst cannabis gebruikte ⁽⁸⁰⁾.

⁽⁷²⁾ Zie tabel TDI-4 (deel ii) in het Statistical Bulletin 2006.

⁽⁷³⁾ Zie figuur TDI-1 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽⁷⁴⁾ Zie de tabellen TDI-3 (deel iii) en TDI-4 (deel iii) in het Statistical Bulletin 2006.

⁽⁷⁵⁾ Zie tabel TDI-25 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽⁷⁶⁾ In 2007 verschijnt een monografie van het EWDD over cannabis; drie hoofdstukken van de monografie zullen worden gewijd aan het onderwerp van de toenemende vraag naar behandeling in verband met cannabis.

⁽⁷⁷⁾ Zie tabel TDI-18 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽⁷⁸⁾ <http://www.addaction.org.uk/Drugcannabis.htm#top>.

⁽⁷⁹⁾ Zie tabel TDI-10 (deel i) en (deel ii) in het Statistical Bulletin 2006.

⁽⁸⁰⁾ Zie tabel TDI-11 (deel ii) en (deel ix) in het Statistical Bulletin 2006.

Preventie

Goed uitgevoerde algemene preventieprogramma's kunnen de initiatie van jongeren in het gebruik van stoffen als tabak, alcohol en cannabis vertragen of verminderen. Hoe belangrijk dat is, blijkt nadrukkelijk uit bewijs dat vroege gebruikers (voor of halverwege de adolescentie) een aanzienlijk groter risico lopen wat betreft de ontwikkeling van drugsproblemen, waaronder verslaving (Von Sydow et al., 2002; Chen et al., 2005). Een aanvullende overweging om te streven naar voorkoming of vertraging van de eerste initiatie in het gebruik van cannabis is het feit dat adolescenten kwetsbaarder zijn voor de toxiciteit van cannabis.

De profielen van jonge cannabisgebruikers verschillen, althans in de vroege fasen van het gebruik, niet van die van jonge gebruikers van alcohol of tabak. Dit geeft steun aan de idee dat algemene preventie voor jongeren niet alleen op cannabis gericht dient te zijn, maar ook op de preventie van het gebruik van alcohol en tabak.

Het gendersaspect speelt een belangrijke rol bij de preventie van cannabisgebruik (zie de speciale kwestie over gender). Jongens lopen een groter risico om intensiever te gaan gebruiken, wellicht omdat meisjes gevoeliger zijn voor afkeuring door de ouders en omdat zij zorgvuldiger zijn in de keuze van degenen onder hun leeftijdgenoten met wie zij omgaan. Dit is echter aan het veranderen, omdat de traditionele rollen van mannen en vrouwen in moderne samenlevingen aan verandering onderhevig zijn. In diverse Europese landen wordt met projecten die gericht zijn op de preventie van cannabis- en alcoholgebruik (Bagmaendene, Denemarken; Beer-Group, Duitsland; en Risflecting, Oostenrijk) geprobeerd iets te doen aan de gebrekkige communicatieve vaardigheden van jongens. Het is bekend dat een van de redenen voor intensief gebruik van alcohol en cannabis onder jongens is dat zij het moeilijk vinden om meisjes te benaderen. Daarom wordt in het kader van deze projecten een flirtraining aangeboden.

Selectieve preventie op scholen is gericht op risicofactoren die worden geassocieerd met drugsgebruik, zoals vroegtijdig schoolverlaten, asociaal gedrag, achterblijvende schoolprestaties, weinig sociale contacten, onregelmatige aanwezigheid op school en leerstoornissen vanwege drugsgebruik.

Het Duitse project „Stoned op school” heeft tot doel leerkrachten te trainen in het vroegtijdig herkennen van en reageren op cannabisgebruik, het voorkomen ervan, en het leggen van contacten tussen scholen en instanties die drugs counseling verzorgen. Net als bij vergelijkbare projecten in Oostenrijk gebeurt dit in de vorm van een training die bestaat uit tien modules waarmee de alertheid van leerkrachten met betrekking tot cannabisgebruik wordt vergroot en zij risicoleerlingen kunnen leren herkennen.

Specifieke centra voor drugs counseling zijn wijdverbreid in Duitsland, Frankrijk en Nederland. Sinds januari 2005 zijn er meer dan 250 „cannabis consultatie”-klinieken opgezet in de Franse departementen. De diensten die ze aanbieden, die zowel bedoeld zijn voor teenagers die met problemen kampen vanwege hun gebruik van cannabis of andere drugs, als voor hun ouders, zijn anoniem, gratis en voor iedereen toegankelijk. Met het oog op de bereikbaarheid bevinden zij zich in de grote Franse steden. De consultaties worden uitgevoerd door professionals die zijn opgeleid in het gebruik van evaluatie-instrumenten en korte interventies op het vlak van verslaving, en zij kunnen cliënten die behoefte hebben aan specifieke zorg tevens doorverwijzen naar sociale, medische of psychiatrische diensten. Er zal vervolgonderzoek worden gedaan naar deze nieuwe structuur. De eerste beschikbare gegevens over de eerste 2 of 3 maanden sinds de opening laten bezoekersaantallen zien van 3 500-4 000 personen per maand, waarvan 2 000-2 500 cannabisgebruikers (de rest waren ouders, familieleden en jongerenwerkers). Alternatieve strategieën bestaan in het aanbieden van korte maar gestructureerde cursussen met ongeveer 10 groepssessies (Duitsland, Denemarken, Nederland, Oostenrijk). In het kader van een Nederlands-Duits Euregio-project is het initiatief genomen tot het schrijven van een begeleidende handleiding, SKOLL (zelfbeheersingstraining).

Vaak zijn cannabis specifieke „trainingscursussen” gebaseerd op het feit dat cannabisgebruik of -bezit illegaal is en worden de deelnemers verwezen via het strafrechtelijk systeem. De motivatie om deel te nemen aan een dergelijke cursus berust grotendeels op het feit dat het volgen ervan verplicht is op grond van een gerechtelijke uitspraak. Niettemin is het via deze methoden mogelijk contact te leggen met in ieder geval een deel van de groep die risico loopt.

Veel Europese selectieve preventie-interventies richten zich op het verstrekken van informatie over cannabis. Diverse benaderingen die in hogere mate zijn gebaseerd op wetenschappelijk bewijs, waaronder normatieve herstructurering (d.w.z. leren dat de meeste leeftijdgenoten drugsgebruik afkeuren), assertiviteitstraining, motivatie en het formuleren van doelen, in combinatie met het uit de wereld helpen van bepaalde mythen en fabels (over de waardering van cannabis), moeten nog als standaardelement in preventieprogramma's voor cannabis worden opgenomen. Uit een recente meta-analyse van preventieprogramma's voor kwetsbare jongeren (Roe en Becker, 2005) bleek dat benaderingen die zijn gebaseerd op informatie weinig tot geen effect hebben op consumptiegedrag of attitudes; dit gold zowel voor algemene preventie als voor selectieve preventie. Dezelfde auteurs ontdekten dat uitgebreide sociale beïnvloedingsprogramma's wel een aanzienlijk effect hebben op kwetsbare jongeren.

Een belangrijk punt dat naar voren komt uit de weinige beschikbare evaluaties van Europese selectieve

preventieprojecten voor cannabis (FRED, Way-Out, Sports for Immigrants en andere; zie boven en op de EDDRA-website: <http://eddra.emcdda.europa.eu>) is de effectiviteit van uitgebreide sociale beïnvloedingstechnieken. Tot de positieve effecten die met deze technieken worden bereikt behoren

een afname van de consumptieniveaus, een toename van het zelfinzicht in probleemgebruik, een beperking van de voornaamste risicofactoren en de daarmee samenhangende problemen, evenals een toename van de zelfbeheersing en de motivatie.

Korte interventies voor cannabisgebruikers

Het gebruik van korte interventies is een benadering die tot doel heeft mensen te laten nadenken over hun drugsgebruik en hun de vaardigheden bij te brengen waarmee ze dit gebruik kunnen beheersen. Het concept is grotendeels gebaseerd op *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.

Korte interventies worden vaak ingezet in een vroege fase van iemands alcohol- of drugsgebruik om de ontwikkeling van ernstige drugsproblemen in een latere fase te voorkomen. Er zijn bewijzen voor de doeltreffendheid van korte interventies ter voorkoming van alcohol- en tabaksmisbruik, en er is in toenemende mate belangstelling voor de waarde van deze benadering voor andere stoffen.

Korte interventies zijn zeer waardevol gebleken in selectieve preventiemaatregelen die gericht zijn op cannabisgebruikers die normaal gesproken niet in een behandelomgeving terecht zouden komen. In het geval van intensieve cannabisgebruikers kan het zijn dat voorlichtingsprogramma's waarin de nadruk wordt gelegd op onthouding niet doeltreffend zijn.

Korte interventies zijn kosteneffectief en wellicht vooral geschikt voor cannabisgebruikers, omdat blijkt dat dergelijke interventies goed werken bij drugsgebruikers die:

- weinig problemen ervaren met hun drugsgebruik
- een laag verslavingsniveau hebben
- pas korte tijd drugs gebruiken
- een stabiele achtergrond hebben (maatschappelijk, academisch, familie)
- onzeker of ambivalent staan tegenover het veranderen van hun drugsgebruik.

Deze benadering wordt inmiddels toegepast in diverse landen, waaronder Duitsland, Nederland, Oostenrijk en het Verenigd Koninkrijk, waar interventies de vorm kunnen aannemen van counseling, „cannabiscursussen” en zelfs zelfhulpwebsites. Het Duitse counselingprogramma *Quit the Shit* (www.drugcom.de), dat gebaseerd is op een website, is een voorbeeld van een innovatieve aanpak, waarbij gebruik wordt gemaakt van telematica, voor cannabisgebruikers die hun drugsgebruik willen beperken of beëindigen. Soortgelijke websites met zelfhulponderdelen zijn onder andere www.jellinek.nl/zelfhulp/cannabis/frameset.html van de Jellinek (Nederland) en www.knowcannabis.org.uk/ van HIT (Verenigd Koninkrijk).



Hoofdstuk 4

Amfetaminen, ecstasy en andere psychotrope drugs

In veel Europese landen is de op één na meest gebruikte illegale stof de een of andere vorm van synthetische drug. 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 synthetische drugs.

Amfetamine en metamfetamine stimuleren het centrale zenuwstelsel. Van beide drugs is amfetamine verreweg het meest algemeen verkrijgbaar in Europa. Wereldwijd is het toenemende gebruik van metamfetamine zorgwekkend, aangezien het gebruik van deze drug in verband wordt gebracht met een reeks ernstige gezondheidsproblemen. Binnen Europa lijkt het gebruik van metamfetamine op grotere schaal beperkt te blijven tot Tsjechië.

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 e.d.). Deze drugs worden ook wel entactogenen genoemd in verband met hun zeer specifieke stemmingsveranderende werking. Soms hebben ze een werking die doorgaans door hallucinogenen wordt veroorzaakt.

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 paddestoelen, toenemen.

Om nieuwe drugs op de Europese drugmarkt op te sporen, hanteert de Europese Unie een systeem voor vroegtijdige waarschuwing (EWS – Early Warning System). Dit systeem volgt tevens potentieel schadelijke nieuwe trends in het gebruik van psychoactieve stoffen.

Aanvoer en beschikbaarheid ⁽⁸¹⁾

De productie van amfetaminen en ecstasy is moeilijk te kwantificeren, omdat zij begint met eenvoudig te verkrijgen chemicaliën in gemakkelijk te verbergen laboratoria (UNODC, 2003a). De meest recente schatting van de jaarlijkse productie van amfetaminen en ecstasy wereldwijd is ongeveer 520 ton (UNODC, 2003b). De in beslag genomen hoeveelheid van deze stoffen kende in 2000 een piek met 46 ton. Na een aanvankelijke daling in 2001 en 2002 zijn de vangsten weer toegenomen tot 34 ton in 2003 en licht gedaald tot 29 ton in 2004. In 2004 daalde het aandeel metamfetamine in de wereldwijde vangsten van amfetaminen en ecstasy tot 38 % (tegen 66 % in 2003), terwijl ecstasy en amfetamine goed waren voor respectievelijk 29 % en 20 % (CND, 2006).

Amfetamine

De productie van amfetamine is nog steeds in West- en Midden-Europa geconcentreerd, met name in België, Nederland en Polen. In deze subregio spelen ook Estland, Litouwen en Bulgarije een belangrijke rol in de illegale productie van amfetamine, en in mindere mate Duitsland, Spanje en Noorwegen, zoals blijkt uit de ontmanteling van amfetaminelaboratoria in 2004 in deze landen (UNODC, 2006) ⁽⁸²⁾. Buiten Europa wordt amfetamine hoofdzakelijk geproduceerd in Noord-Amerika en Oceanië (CND, 2006). De handel in amfetamine was ook in 2004 overwegend intraregionaal. De meeste op de Europese illegale markt aangetroffen amfetamine is afkomstig uit België, Nederland en Polen, en ook uit Estland en Litouwen (in de Noord-Europese landen) (nationale Reitox-verslagen, 2005; WDO, 2005).

Van de 6 ton amfetamine die in 2004 wereldwijd in beslag is genomen, is ongeveer 97 % in Europa geconfisqueerd, vooral in West- en Midden-Europa en in Zuidoost-Europa (respectievelijk 67 % en 26 % van de wereldwijde vangsten) (CND, 2006).

In 2004 zijn in de EU naar schatting 33 000 amfetaminevangsten gedaan, goed voor in totaal 5,2 ton en 9,6 miljoen eenheden. Wat betreft aantal en omvang van de inbeslagnemingen van amfetamine, voert het

⁽⁸¹⁾ Zie „Interpretatie van vangsten en andere marktgegevens”, blz. 39.

⁽⁸²⁾ De door de diverse landen gerapporteerde aantallen ontmantelde laboratoria weerspiegelen naast het aantal productielocaties ook activiteiten en prioriteiten van politie en justitie en rapportagepraktijken.

Verenigd Koninkrijk binnen de EU opnieuw de lijst aan ⁽⁸³⁾. Turkije meldt in 2004 9,5 miljoen eenheden amfetamine te hebben onderschept. Ondanks enkele schommelingen is sinds 1999 op EU-niveau zowel het totaal aantal van de amfetaminevangsten ⁽⁸⁴⁾ als de omvang ervan ⁽⁸⁵⁾ toegenomen, en volgens de bevindingen van rapporterende landen lijkt die trend zich in 2004 te hebben voortgezet.

In 2004 lag de gemiddelde straatwaarde van amfetamine tussen 4 EUR per gram in Slovenië tot 64 EUR per gram in Malta ⁽⁸⁶⁾. In de periode 1999-2004 vertoonden de prijzen van amfetamine, gecorrigeerd voor inflatie ⁽⁸⁷⁾, een dalende lijn in Duitsland, Spanje, Ierland, Letland, Litouwen, Zweden, het Verenigd Koninkrijk, Bulgarije, Turkije en Noorwegen ⁽⁸⁸⁾.

De gemiddelde zuiverheid van amfetamine varieerde in 2004 van 5-6 % in Bulgarije tot 44 % in Noorwegen ⁽⁸⁹⁾. De beschikbare gegevens ⁽⁹⁰⁾ over de gemiddelde zuiverheid van amfetamine in de periode 1999-2004 laten een neerwaartse trend zien in Letland, Litouwen, Luxemburg, Finland en Noorwegen en een opwaartse trend in België, Duitsland, Frankrijk, Italië, Hongarije en Oostenrijk.

Metamfetamine

Wereldwijd is metamfetamine qua geproduceerde en verhandelde hoeveelheden nog altijd belangrijker dan amfetamine of ecstasy, hoewel het aandeel metamfetaminevangsten in de vangsten wereldwijd is gedaald in 2004. De stof wordt nog steeds vooral geproduceerd in Oost- en Zuidoost-Azië (China, de Filipijnen, Myanmar, Thailand), gevolgd door Noord- en Midden-Amerika (Verenigde Staten, Canada, Mexico). In 2004 is wereldwijd 11 ton metamfetamine in beslag genomen, waarvan 59 % in Oost- en Zuidoost-Azië en 37 % in Noord-Amerika (CND, 2006). In Europa is de productie van metamfetamine grotendeels beperkt tot Tsjechië, waar het sinds halverwege de jaren tachtig wordt geproduceerd

onder de plaatselijke naam „pervitin“. In 2004 is evenwel ook productie gemeld in Slowakije en Bulgarije, waar laboratoria zijn ontmanteld (nationale Reitox-verslagen, 2005; UNODC, 2006). De Tsjechische productie van metamfetamine is overwegend bestemd voor de plaatselijke markt, maar een klein deel wordt Duitsland, Oostenrijk en Slowakije binnengesmokkeld (nationale Reitox-verslagen, 2005). Voor 2004 zijn metamfetaminevangsten gemeld in België, Tsjechië, Denemarken, Estland, Griekenland, Frankrijk, Letland, Litouwen, Hongarije, Oostenrijk, Slowakije, Zweden, Roemenië en Noorwegen, waarbij het laatstgenoemde land zowel de meeste vangsten heeft geregistreerd als de grootste hoeveelheden in beslag heeft genomen ⁽⁹¹⁾.

In 2004 varieerde de straathandelswaarde ⁽⁹²⁾ van metamfetamine in Tsjechië tussen 12 en 63 EUR per gram, terwijl de gemiddelde zuiverheid ⁽⁹³⁾ uiteenliep van 43 % in Slowakije tot 50 % in Tsjechië.

Ecstasy

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 verspreidt naar andere delen van de wereld, met name naar Noord-Amerika (Verenigde Staten, Canada) en Oost- en Zuidoost-Azië (China, Indonesië, Hongkong) (CND, 2006; UNODC, 2006). Hoewel Nederland in 2004 nog steeds de belangrijkste bron van ecstasy voor Europa en de wereld als geheel was, zijn ook ecstasylaboratoria ontdekt in België, Estland, Spanje en Noorwegen (nationale Reitox-verslagen, 2005; UNODC, 2006). De in de EU in beslag genomen ecstasy is afkomstig uit Nederland en België, en in mindere mate uit Polen en het Verenigd Koninkrijk (nationale Reitox-verslagen, 2005).

De ecstasyhandel is nog altijd sterk geconcentreerd in West-Europa, maar heeft zich, net als de productie, in de

⁽⁸³⁾ Deze situatie moet getoetst worden zodra de gegevens over het Verenigd Koninkrijk voor 2004 bekend zijn. Gegevens over zowel het aantal amfetaminevangsten als de hoeveelheid in beslag genomen amfetamine in 2004 waren niet beschikbaar voor Ierland en het Verenigd Koninkrijk; gegevens over de hoeveelheid in beslag genomen amfetamine in 2004 waren niet beschikbaar voor Slovenië; gegevens over het aantal amfetaminevangsten in 2004 waren niet beschikbaar voor Nederland. Om een schatting mogelijk te maken, zijn de ontbrekende gegevens over 2004 vervangen door de gegevens over 2003. De gegevens die Nederland heeft verschaft over de in 2004 in beslag genomen hoeveelheden zijn op schattingen gebaseerd en zijn niet verwerkt in de analyse van de trends tot en met 2004.

⁽⁸⁴⁾ Zie tabel SZR-11 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽⁸⁵⁾ Zie tabel SZR-12 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽⁸⁶⁾ Zie tabel PPP-4 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽⁸⁷⁾ Hierbij is 1999 als referentiejaar genomen voor de geldwaarde in alle landen.

⁽⁸⁸⁾ Voor de periode 1999-2004 waren voor ten minste drie opeenvolgende jaren gegevens over de straatwaarde van amfetamine beschikbaar in België, Duitsland, Spanje, Frankrijk, Ierland, Letland, Litouwen, Polen, Zweden, het Verenigd Koninkrijk, Bulgarije, Turkije en Noorwegen.

⁽⁸⁹⁾ Zie tabel PPP-8 in het Statistical Bulletin 2006. 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.

⁽⁹⁰⁾ Voor de periode 1999-2004 waren voor ten minste drie opeenvolgende jaren gegevens over de zuiverheid van amfetamine beschikbaar in België, Duitsland, Estland, Frankrijk, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Hongarije, Nederland, Polen, Portugal, Finland, het Verenigd Koninkrijk, Turkije en Noorwegen.

⁽⁹¹⁾ Op basis van de door Duitsland, Italië, Luxemburg en Nederland verstrekte gegevens kan geen onderscheid worden gemaakt tussen metamfetamine- en amfetaminevangsten, terwijl Ierland en het Verenigd Koninkrijk over 2004 geen gegevens over drugsvangsten hebben verstrekt. Hierdoor is het moeilijk te achterhalen of er in deze vijf landen in 2004 sprake is geweest van metamfetaminevangsten.

⁽⁹²⁾ Zie tabel PPP-4 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽⁹³⁾ Zie tabel PPP-8 in het Statistical Bulletin 2006.

afgelopen jaren wereldwijd verspreid. Van de 8,5 ton (equivalent gewicht) ecstasy die in 2004 wereldwijd in beslag is genomen, is 50 % onderschept in West- en Midden-Europa, 23 % in Noord-Amerika en 16 % in Oceanië (CND, 2006).

Bij naar schatting 24 000 vangsten zijn in de EU in 2004 ongeveer 28,3 miljoen ecstasypillen in beslag genomen. Tot 2003 werden de grootste ecstasylvangsten gemeld door het Verenigd Koninkrijk, gevolgd door Duitsland, Frankrijk en Nederland ⁽⁹⁴⁾.

Na een snelle toename in de periode 1999-2001 is het aantal ecstasylvangsten ⁽⁹⁵⁾ op EU-niveau in 2002-2003 gedaald; de gegevens van rapporterende landen wijzen voor 2004 echter weer op een stijgende lijn. De hoeveelheid onderschepte ecstasy ⁽⁹⁶⁾ is tussen 1999 en 2002 toegenomen; nadat in 2003 een dieptepunt was bereikt als gevolg van een scherpe daling, lijken de beschikbare gegevens over 2004 aan te geven dat het niveau van 2002 weer is bereikt.

In 2004 varieerde de gemiddelde straatwaarde van ecstasypillen van minder dan 3 EUR per stuk in Litouwen en Polen tot 15-25 EUR in Griekenland en Italië ⁽⁹⁷⁾. In de periode 1999-2004 is de gemiddelde straatwaarde van ecstasy, gecorrigeerd voor inflatie ⁽⁹⁸⁾, in de meeste rapporterende landen gedaald ⁽⁹⁹⁾.

In het algemeen bevatten de meeste pillen die in Europa als ecstasy worden verkocht, MDMA of een andere ecstasychtige stof (MDEA, MDA), gewoonlijk als enige aanwezige psychoactieve stof. In Tsjechië, Griekenland, Letland, Litouwen, Hongarije, Nederland, Slowakije, Finland, het Verenigd Koninkrijk en Noorwegen ging het in 2004 in 95 % van alle geanalyseerde pillen om

dergelijke exemplaren. Uitzondering hierop is Bulgarije, waar een hoog percentage (61 %) van de onderzochte pillen amfetamine en/of metamfetamine als enige psychoactieve stof bevatte. 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 2004 varieerde de gemiddelde hoeveelheid actieve stof (MDMA) per ecstasypil van 30 tot 82 mg ⁽¹⁰⁰⁾ (nationale Reitox-verslagen, 2005).

LSD

LSD wordt op veel kleinere schaal geproduceerd en verhandeld dan andere synthetische drugs. In 2004 zijn bij naar schatting 700 vangsten 220 000 LSD-eenheden in beslag genomen in de EU. Sinds 2002 worden in Duitsland jaarlijks de grootste hoeveelheden LSD onderschept, gevolgd door het Verenigd Koninkrijk ⁽¹⁰¹⁾. Tussen 1999 en 2002 is op EU-niveau zowel het aantal LSD-vangsten ⁽¹⁰²⁾ als de in beslag genomen hoeveelheid ⁽¹⁰³⁾ gedaald. Uit de beschikbare gegevens over zowel 2003 als 2004 blijkt echter dat het aantal LSD-vangsten en de onderschepte hoeveelheid voor het eerst in negen jaar zijn toegenomen, waarbij in 2004 in verhouding grote hoeveelheden drugs zijn onderschept in Duitsland, Frankrijk, Litouwen, Nederland en Polen.

In 2004 varieerde de gemiddelde prijs die gebruikers betaalden voor een LSD-eenheid van 2,5 EUR in Portugal tot 11,6 EUR op Malta ⁽¹⁰⁴⁾. De gemiddelde prijzen van LSD, gecorrigeerd voor inflatie ⁽¹⁰⁵⁾, vertoonden tussen 1999 en 2004 in algemene zin een neerwaartse lijn ⁽¹⁰⁶⁾ in Tsjechië, Ierland, Polen, Slovenië en Zweden, maar stegen in Duitsland en Frankrijk.

⁽⁹⁴⁾ Deze situatie moet getoetst worden zodra de gegevens over het Verenigd Koninkrijk voor 2004 bekend zijn. Gegevens over zowel het aantal ecstasylvangsten als de hoeveelheid in beslag genomen ecstasy in 2004 waren niet beschikbaar voor Ierland en het Verenigd Koninkrijk; gegevens over het aantal ecstasylvangsten in 2004 waren niet beschikbaar voor Nederland. Om een schatting mogelijk te maken, zijn de ontbrekende gegevens over 2004 vervangen door de gegevens over 2003. De gegevens die Nederland heeft verschaft over de in 2004 in beslag genomen hoeveelheden zijn op schattingen gebaseerd en zijn niet verwerkt in de analyse van de trends tot en met 2004.

⁽⁹⁵⁾ Zie tabel SZR-13 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽⁹⁶⁾ Zie tabel SZR-14 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽⁹⁷⁾ Zie tabel PPP-4 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽⁹⁸⁾ Hierbij is 1999 als referentiejaar genomen voor de geldwaarde in alle landen.

⁽⁹⁹⁾ Voor de periode 1999-2004 waren voor ten minste drie opeenvolgende jaren gegevens over de prijs van ecstasy beschikbaar in België, Tsjechië, Duitsland, Spanje, Frankrijk, Ierland, Cyprus, Letland, Litouwen, Luxemburg, Polen, Portugal, Slovenië, Zweden, het Verenigd Koninkrijk, Bulgarije, Turkije en Noorwegen.

⁽¹⁰⁰⁾ Deze spreiding is gebaseerd op gegevens uit een beperkt aantal landen, namelijk Denemarken, Duitsland, Frankrijk, Luxemburg en Nederland.

⁽¹⁰¹⁾ Deze situatie moet getoetst worden zodra de gegevens over het Verenigd Koninkrijk voor 2004 bekend zijn. Gegevens over zowel het aantal LSD-vangsten als de hoeveelheid in beslag genomen LSD in 2004 waren niet beschikbaar voor Ierland en het Verenigd Koninkrijk; gegevens over het aantal LSD-vangsten waren niet beschikbaar voor Cyprus, Nederland, Polen en Bulgarije. Om een schatting mogelijk te maken, zijn de ontbrekende gegevens over 2004 vervangen door de gegevens over 2003. De gegevens die Nederland heeft verschaft over de in 2004 in beslag genomen hoeveelheden zijn op schattingen gebaseerd en zijn niet verwerkt in de analyse van de trends tot en met 2004.

⁽¹⁰²⁾ Zie tabel SZR-15 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽¹⁰³⁾ Zie tabel SZR-16 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽¹⁰⁴⁾ Zie tabel PPP-4 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽¹⁰⁵⁾ Hierbij is 1999 als referentiejaar genomen voor de geldwaarde in alle landen.

⁽¹⁰⁶⁾ Voor de periode 1999-2004 waren voor ten minste drie opeenvolgende jaren gegevens over LSD-prijzen beschikbaar in Tsjechië, Duitsland, Spanje, Frankrijk, Ierland, Litouwen, Polen, Portugal, Slovenië, Zweden, het Verenigd Koninkrijk, Roemenië en Noorwegen.

Internationale maatregelen tegen de productie en verhandeling van amfetaminen en ecstasy

Op het gebied van synthetische drugs voert Europol sinds december 2004 het Synergy-project uit ⁽¹⁰⁷⁾. Het wordt ondersteund door twintig lidstaten en een aantal derde landen, en bestaat uit een analysebestand met operationele subprojecten die in de hele EU in diverse landen worden uitgevoerd, naast een aantal instrumenten voor analytische en strategische doeleinden, zoals het Europol Ecstasy Logo System (EELS) (onder andere bestaande uit de Ecstasy Logo Catalogue) en het Europol Illicit Laboratory Comparison System (EILCS). Europol blijft het CHAIN-project ⁽¹⁰⁸⁾ voor amfetamine-profiling en de European Joint Unit on Precursors (EUJP) steunen. Naast het ter plaatse verlenen van deskundige assistentie bij het ontmantelen van productiefaciliteiten voor illegale synthetische drugs, is in recente subprojecten aandacht besteed aan het vergelijken van de ontmantelde laboratoria, het opsporen van stortplaatsen voor chemisch afval als uitgangspunt voor onderzoek, het traceren van de herkomst van machines voor het maken van pillen en het onderzoeken van de handel in precursorchemicaliën bestemd voor de EU-landen.

Het Prisma-project is een internationaal initiatief dat is opgezet om de verspreiding van precursorchemicaliën die voor de illegale vervaardiging van synthetische drugs worden gebruikt, te voorkomen. Hiertoe wordt een systeem gehanteerd dat is gebaseerd op voorafgaande kennisgevingen van uitvoer voor legale handel aan de International Narcotics Control Board (INCB) en rapportage van tegengehouden verzendingen en uitgevoerde inbeslagnemingen bij verdachte transacties.

Efedrine en pseudo-efedrine zijn belangrijke precursoren voor metamfetamine, terwijl 1-fenyl-2-propanon (P-2-P) ook wordt gebruikt voor de productie van amfetamine; 3,4-methylenedioxy-fenyl-2-propanon (3,4-MDP-2-P), safrol en safrololie worden gebruikt bij de illegale vervaardiging van MDMA. Heliotropine wordt ook gebruikt voor de synthetische vervaardiging van MDA ⁽¹⁰⁹⁾.

De legale handel in efedrine en pseudo-efedrine bedroeg in 2004 in totaal respectievelijk 526 en 1 207 ton. De grootste vangsten van deze chemicaliën zijn gemeld in Noord-Amerika en Zuidoost-Azië, maar er bestaat bezorgdheid over het feit dat er nu in alle regio's vangsten worden gemeld. De efedrine en pseudo-efedrine die naar Europa worden gesmokkeld, zijn overwegend afkomstig uit West-Azië. In 2004 zijn 2,6 ton efedrine en 1 kilo pseudo-efedrine in beslag genomen in Europa ⁽¹¹⁰⁾; hierbij ging het veelal om

kleine vangsten van producten afkomstig uit een groot aantal verschillende laboratoria, de meeste in Tsjechië, hoewel er in Griekenland een grote vangst van uit Pakistan afkomstige efedrine was.

De activiteiten van het Prisma-project in Europa hebben zich toegespitst op het voorkomen van de smokkel van 3,4-MDP-2-P en P-2-P naar de EU voor gebruik bij de illegale vervaardiging van respectievelijk MDMA en amfetamine. In 2004 werd wereldwijd meer 3,4-MDP-2-P en P-2-P onderschept dan ooit eerder was gemeld, waarbij Europa de grootste hoeveelheden 3,4-MDP-2-P in beslag nam en de Verenigde Staten de grootste hoeveelheden P-2-P. In 2004 zijn de vangsten in Europa in totaal uitgekomen op 10 161 liter 3,4-MDP-2-P (grotendeels in Nederland en België) en 9 297 liter P-2-P (grotendeels in Polen en Nederland) ⁽¹¹¹⁾.

Heliotropine kent vele illegale toepassingen, maar kan ook worden gebruikt als precursor bij de vervaardiging van 3,4-MDP-2-P, MDA of MDMA (INCB, 2006b). Tussen november 2004 en oktober 2005 is volgens meldingen aan de INCB (2006b) bij ruim 150 onderschepte zendingen 3 800 ton in beslag genomen. In 2004 is de grootste heliotropinevangst gemeld door China (13 ton); 2,4 ton is onderschept in Europa, bijna volledig in Roemenië ⁽¹¹²⁾.

Alle regio's wereldwijd melden vangsten van safrol, maar de hoeveelheden zijn nog altijd gering, met uitzondering van China, dat vangsten van meer dan 100 kilo meldt. In Europa is in 2004 122 liter safrol in beslag genomen, hoofdzakelijk in Letland, maar ook in Litouwen.

Prevalentie en gebruikspatronen

Uit enquêtes onder de bevolking blijkt al jaren dat amfetamine en ecstasy naast cannabis de meest gebruikte illegale drugs zijn, al is de totale prevalentie ervan duidelijk lager dan die van cannabis. Het gebruik van ecstasy is populair geworden in de jaren negentig, terwijl amfetaminen al veel langer worden gebruikt.

Onder de EU-lidstaten blijkt het gebruik van amfetaminen ⁽¹¹³⁾ en ecstasy in slechts enkele landen relatief veel voor te komen, namelijk in Tsjechië, Estland en het Verenigd Koninkrijk.

Recente enquêtes onder de volwassen bevolking (15-64 jaar) wijzen uit dat het „ooit“-gebruik van amfetamine in Europa uiteenloopt van 0,1 tot 5,9 %, met uitzondering van het Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales), waar het percentage 11,2 % is. Gemiddeld heeft ongeveer 3,1 %

⁽¹⁰⁷⁾ Het Synergy-project betreft een samenvoeging van de projecten CASE en Genesis, waarmee in 2002 is begonnen.

⁽¹⁰⁸⁾ Het Collaborative Harmonised Amphetamine Initiative (CHAIN) is een forensisch profiling-initiatief dat in de plaats is gekomen van het proefproject CASE.

⁽¹⁰⁹⁾ Een en ander volgens tabel 1 van het Verdrag van 1988.

⁽¹¹⁰⁾ In de gegevens over inbeslagnemingen zijn de hoeveelheden van tegengehouden verzendingen niet opgenomen.

⁽¹¹¹⁾ In de gegevens over inbeslagnemingen zijn de hoeveelheden van tegengehouden verzendingen niet opgenomen.

⁽¹¹²⁾ In de gegevens over inbeslagnemingen zijn de hoeveelheden van tegengehouden verzendingen niet opgenomen.

⁽¹¹³⁾ In het kader van enquêtes onder de bevolking is onder gegevens over „amfetaminegebruik“ het gebruik van amfetamine en het gebruik van metamfetamine onder dezelfde categorie opgenomen.

van alle Europese volwassenen ten minste één keer in hun leven amfetaminen gebruikt. Het Verenigd Koninkrijk wordt gevolgd door Denemarken (5,9 %), Noorwegen (3,6 %) en Duitsland (3,4 %). Het gebruik in het afgelopen jaar is beduidend lager: gemiddeld 0,6 % (0-1,4 %). Volgens algemene bevolkingsenquêtes hebben naar schatting bijna 10 miljoen Europeanen deze stof geprobeerd, en hebben ruim 2 miljoen in de laatste 12 maanden amfetamine gebruikt (¹¹⁴).

Van de jongvolwassenen (15-34 jaar) geeft 0,1-9,6 % aan ooit amfetamine te hebben gebruikt, waarop het Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales) met een percentage van 16,5 % een uitzondering vormt (wat mogelijk een historisch verschijnsel weerspiegelt; zie hieronder). In de helft van de landen die gegevens hebben verstrekt, is de prevalentie lager dan 4 %, waarbij de hoogste percentages na het Verenigd Koninkrijk zijn gemeld door Denemarken (9,6 %), Noorwegen (5,9 %) en Duitsland (5,4 %). Gemiddeld 4,8 % van de jonge Europeanen heeft amfetamine geprobeerd. Denemarken (3,1 %) en Estland (2,9 %) melden de hoogste prevalentiepercentages van het afgelopen jaar (¹¹⁵). Naar schatting heeft gemiddeld

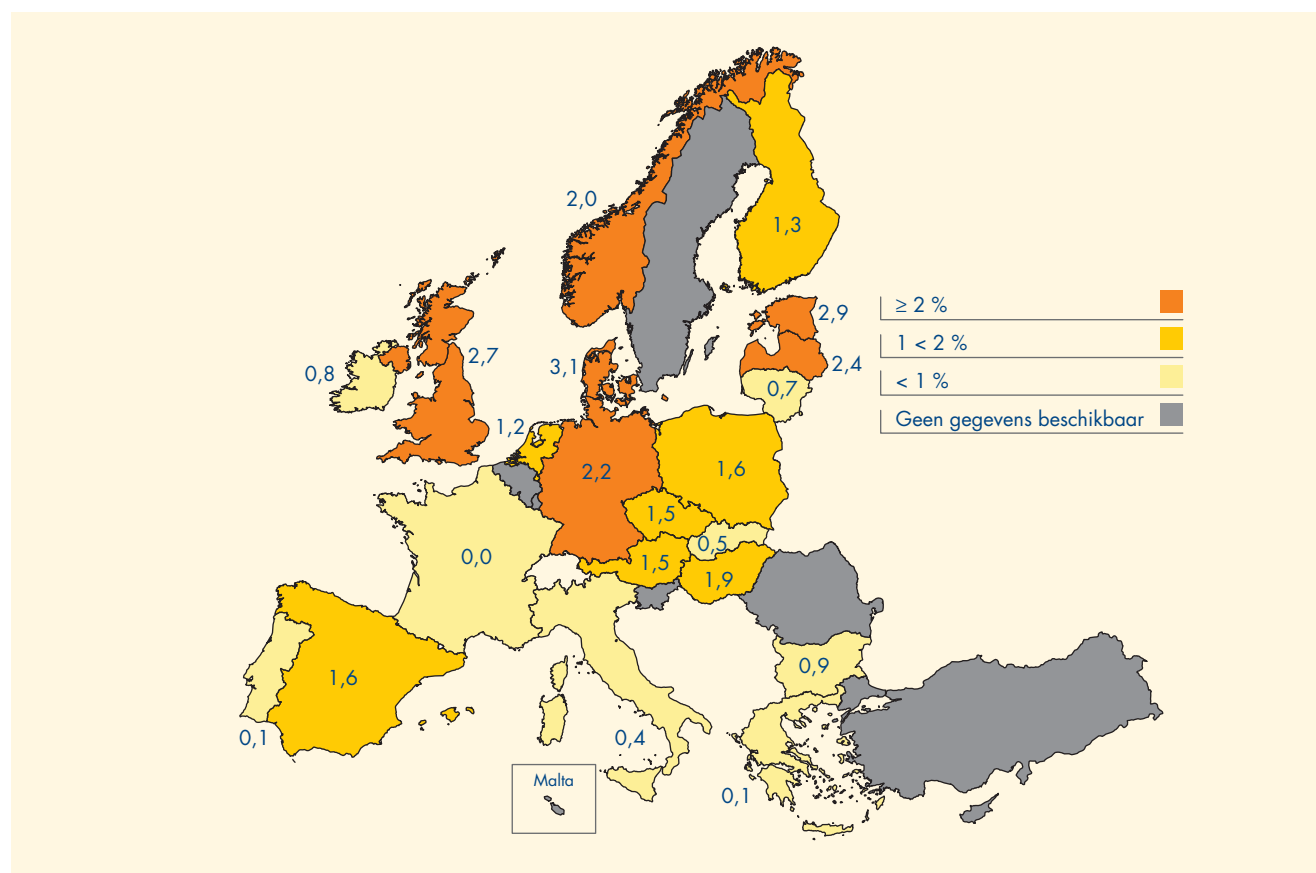
1,4 % van de jonge Europeanen de laatste 12 maanden amfetamine gebruikt (zie ook figuur 4).

Ecstasy is geprobeerd door 0,2-7,1 % van alle volwassenen (gemiddeld 2,6 %). De helft van de landen meldt een prevalentiepercentage van 1,8 % of lager, terwijl de hoogste percentages worden gerapporteerd door Tsjechië (7,1 %) en het Verenigd Koninkrijk (6,7 %). Voor ecstasygebruik in de laatste 12 maanden ligt het prevalentiepercentage tussen 0,2 en 3,5 %, maar de helft van de landen meldt een percentage van 0,5 % of lager. Naar schatting hebben bijna 8,5 miljoen Europeanen ecstasy geprobeerd en hebben bijna 3 miljoen het middel in de laatste 12 maanden gebruikt.

Onder jongvolwassenen in de diverse Europese landen ligt het „ooit“-gebruik van ecstasy gemiddeld op 5,2 %, variërend van 0,5 tot 14,6 %, zij het dat de helft van de landen een percentage van minder dan 3,6 % meldt. Tsjechië (14,6 %), het Verenigd Koninkrijk (12,7 %) en Spanje (8,3 %) melden de hoogste prevalentieniveaus.

Het gebruik van ecstasy komt vooral onder jongeren voor. In de leeftijdsgroep van 15 tot 24 jaar geeft 0,4 tot 18,7 %

Figuur 4: Recent gebruik (laatste 12 maanden) van amfetamine onder jongvolwassenen (15-34 jaar)



NB: 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 de tabellen GPS-8 en GPS-11 in het Statistical Bulletin 2006.

Bronnen: Nationale Reitox-verslagen (2005), gebaseerd op enquêtes onder de bevolking, onderzoeksverslagen of wetenschappelijke artikelen.

(¹¹⁴) Zie voor de calculatiemethode voetnoot (⁶³).

(¹¹⁵) Zie figuren GPS-15 en GPS-16 in het Statistical Bulletin 2006.

aan de stof ooit te hebben gebruikt, waarbij de hoogste percentages zijn gemeld door Tsjechië (18,7 %) ⁽¹¹⁶⁾ en het Verenigd Koninkrijk (10,7 %). Het gebruik is onder mannen hoger (0,3-23,2 %) dan onder vrouwen (0,4-13,9 %). Gebruik in de laatste 12 maanden loopt uiteen van 0,3 tot 12 %, waarbij Tsjechië (12 %) en Estland (6,1 %) de hoogste cijfers laten zien (figuur 5). Zeven landen rapporteren een percentage van minder dan 3 % voor gebruik in de laatste 30 dagen. De prevalentiepercentages zijn gewoonlijk hoger in stedelijke gebieden, met name onder bezoekers van disco's, clubs en danceparty's (zie de speciale kwestie over drugsgebruik in recreatieve settings).

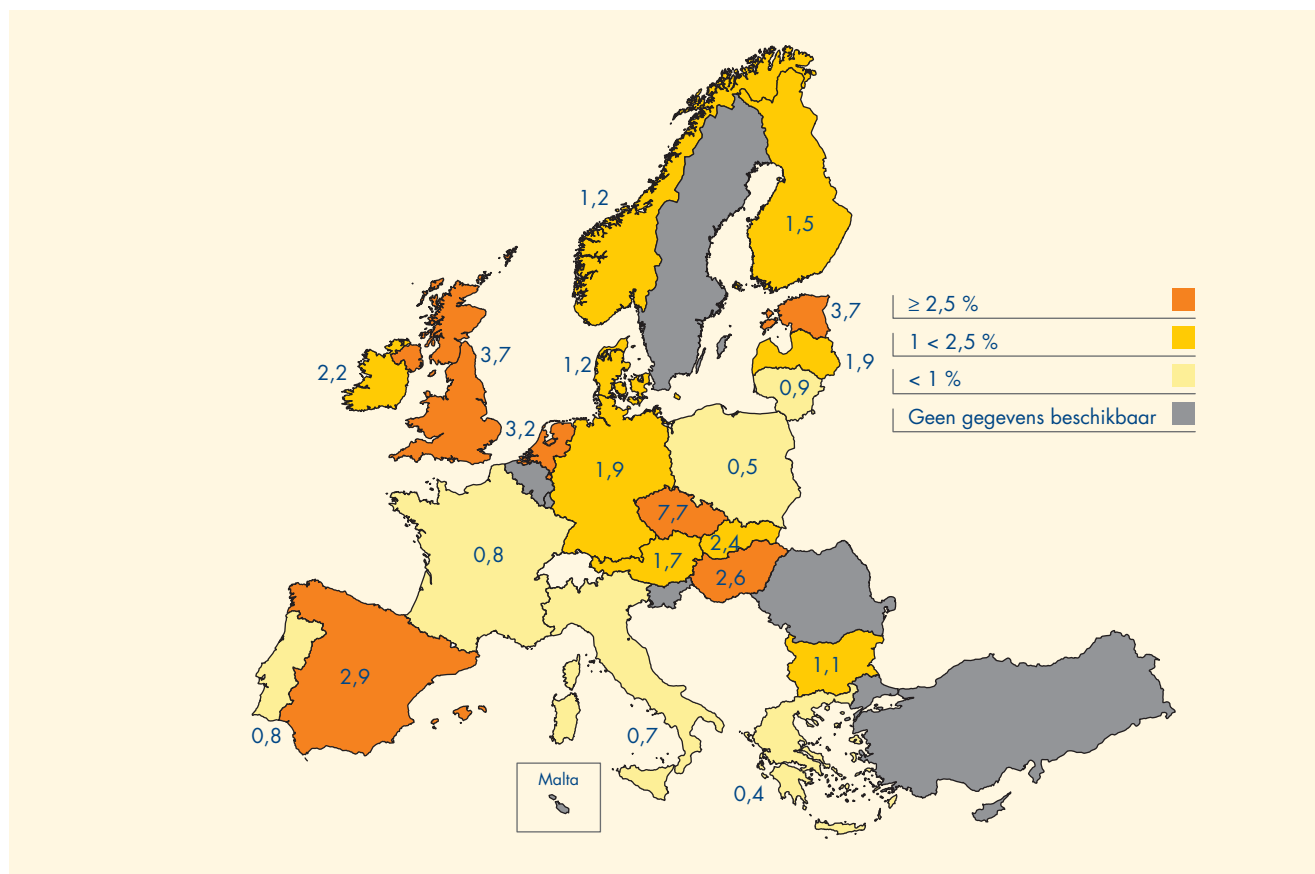
Uit enquêtes onder 15- en 16-jarige scholieren blijkt dat het „ooit“-gebruik van ecstasy in algemene zin is toegenomen in de periode 1995-2003, waarbij de grootste toenames worden gemeld door Tsjechië en de meeste nieuwe EU-lidstaten ⁽¹¹⁷⁾. Volgens de ESPAD-scholenquête 2003 (Hibell et al., 2004) is in zes lidstaten (Duitsland,

Denemarken, Estland, Litouwen, Oostenrijk en Polen) het aantal scholieren dat aangeeft ooit amfetaminen te hebben gebruikt, nog altijd 1 tot 3 % hoger dan het aantal dat „ooit“-gebruik van ecstasy meldt ⁽¹¹⁸⁾.

Ter vergelijking: in de Amerikaanse enquête over drugsgebruik en gezondheid 2004 wordt gemeld dat 4,6 % van de volwassenen (gedefinieerd als 12 jaar en ouder) minstens één keer ecstasy heeft gebruikt, terwijl 0,8 % aangeeft deze drug de afgelopen 12 maanden te hebben gebruikt (ter vergelijking: voor de EU zijn deze percentages respectievelijk 2,6 % en 0,9 %). Onder jongvolwassenen (15-34 jaar) ligt het „ooit“-gebruik op 11,3 % en het gebruik in de laatste 12 maanden op 2,2 % (respectievelijk 5,2 % en 1,9 % in Europa) ⁽¹¹⁹⁾.

Het „ooit“-gebruik van LSD onder volwassenen loopt uiteen van 0,2 tot 5,9 %, waarbij tweederde van de landen percentages tussen 0,4 en 1,7 % melden. Onder jongvolwassenen (15-34 jaar) varieert het „ooit“-gebruik van

Figuur 5: Recent gebruik (laatste 12 maanden) van ecstasy onder jongvolwassenen (15-34 jaar)



NB: 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 de tabellen GPS-8 en GPS-11 in het Statistical Bulletin 2006.

Bronnen: Nationale Reitox-verslagen (2005), gebaseerd op enquêtes onder de bevolking, onderzoeksverslagen of wetenschappelijke artikelen.

⁽¹¹⁶⁾ In Tsjechië is het onderzoek gehouden onder 18- tot 24-jarigen.

⁽¹¹⁷⁾ Zie figuur EYE-2 (deel i) in het Statistical Bulletin 2006.

⁽¹¹⁸⁾ Zie figuur EYE-2 (deel vi) in het Statistical Bulletin 2006.

⁽¹¹⁹⁾ Bron: SAMHSA, Office of Applied Studies, 2004 National Survey on Drug Use and Health (<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfo>). Opgemerkt dient te worden dat het leeftijdsbereik in het Amerikaanse onderzoek (12 jaar en ouder) breder is dan het leeftijdsbereik dat het EWDD standaard aanhoudt voor Europese enquêtes (15-64 jaar). De resultaten voor „jongvolwassenen“ (16-34 jaar) uit het Amerikaanse onderzoek zijn door het EWDD herberekend.

LSD tussen 0,3 en 9 %, en in de groep van 15- tot 24-jarigen ligt het op 4,5 % of lager. Alleen in Tsjechië, Estland, Letland, Hongarije, Polen en Bulgarije geeft meer dan 1 % van de 15- tot 24-jarigen aan in de afgelopen 12 maanden deze drug te hebben gebruikt.

Trends

Nieuwe bevolkingsonderzoeken lijken aan te geven dat het gebruik van amfetamine en ecstasy, dat in recente jaren een stijgende lijn liet zien, zich mogelijk stabiliseert of zelfs afneemt. Volgens de laatste meldingen is het gebruik van amfetaminen onder jongvolwassenen in de laatste 12 maanden in het Verenigd Koninkrijk, evenals in twee andere lidstaten waar het gebruik van deze drugs relatief hoog was (Tsjechië en Spanje), zich aan het stabiliseren of zelfs aan het afnemen ⁽¹²⁰⁾. Hetzelfde lijkt te gebeuren met het gebruik van ecstasy in twee landen waar het gebruik van dit middel hoog was, namelijk Spanje en het Verenigd Koninkrijk, maar niet in Tsjechië ⁽¹²¹⁾.

Gegevens over de vraag naar behandeling – Amfetaminen en ecstasy ⁽¹²²⁾

Hoewel het aantal aanvragen voor behandeling in verband met het gebruik van amfetaminen en ecstasy toeneemt, is deze vorm van drugsgebruik in de meeste landen vrijwel nooit de eerste aanleiding om in behandeling te gaan ⁽¹²³⁾. Een belangrijke uitzondering betreft enkele landen die wel een aanzienlijk aantal aanvragen voor behandeling in verband met het gebruik van amfetamine of metamfetamine melden. In Tsjechië, Slowakije, Finland en Zweden is het gebruik van deze drugs in een kwart tot ongeveer de helft van alle gevallen de primaire reden om in behandeling te gaan ⁽¹²⁴⁾. In Tsjechië en Slowakije houdt een groot deel van de gerapporteerde aanvragen voor behandeling verband met een primair metamfetamineprobleem (zie het kader „metamfetamine”). In de landen waar een aanzienlijk deel van de aanvragen voor behandeling wordt ingediend door gebruikers van amfetaminen, injecteert tussen eenderde en tweederde van de cliënten de drug ⁽¹²⁵⁾.

In de meeste landen betreffen de aanvragen voor behandeling in verband met het gebruik van ecstasy volgens de meldingen minder dan 1 % van alle gevallen. Uitzonderingen zijn Cyprus, Hongarije, Ierland en Turkije, waar ecstasycliënten tussen 4 en 6 % uitmaken van alle cliënten die in behandeling willen.

Het gebruik van metamfetamine en aanverwante problemen

Er zijn aanzienlijke problemen gemeld in verband met het gebruik van metamfetamine in allerlei delen van de wereld, waaronder de Verenigde Staten, Zuidoost-Azië en de Stille Oceaan, en Afrika (UNODC, 2006). Het gebruik van metamfetamine kan leiden tot ernstige medische problemen, met inbegrip van psychosen en verslaving, en kan in verband worden gebracht met risicogedrag, inclusief gedrag dat zou kunnen leiden tot hiv-besmetting.

Historisch gezien concentreert het gebruik van metamfetamine in Europa zich in Tsjechië, waar naar schatting tweemaal zoveel problematische gebruikers van metamfetamine (pervitin) zijn (20 300) als problematische gebruikers van opioïden (9 700). In de afgelopen jaren is metamfetamine uitgegroeid tot de meest gebruikte primaire drug onder mensen die voor het eerst in behandeling gaan in Slowakije, en hoge gebruiksniveaus voor metamfetamine zijn ook aangetroffen onder bepaalde subpopulaties in Hongarije. In hun Reitox-verslagen over 2005 hebben zeven andere landen (Denemarken, Frankrijk, Letland, Slovenië, het Verenigd Koninkrijk, Bulgarije en Noorwegen) een toename gemeld in vangsten en/of gebruik van deze drug, voornamelijk onder frequente bezoekers van clubs en feesten. Op dit moment kunnen we op basis van de beschikbare informatie geen harde conclusies trekken over de trends in het metamfetaminegebruik in deze landen. Desalniettemin betekenen de opmars van metamfetamine elders in de wereld en de aanzienlijke potentiële gezondheidsproblemen die deze drug veroorzaakt dat dit een gebied is dat voortdurende waakzaamheid vergt.

Nieuwe en opkomende trends in het drugsgebruik

Volgens prevalentieschattingen worden nieuwe of opkomende drugs veel minder gebruikt dan de meer bekende, illegale drugs. Waarschijnlijk vinden nieuwe vormen van drugsconsumptie in eerste instantie ingang bij een enkele gebruiker, onder kleine bevolkingsgroepen of in specifieke geografische gebieden of settings. Om opkomende trends te kunnen herkennen en volgen is daarom een andere benadering nodig dan voor de belangrijkste vormen van drugsgebruik.

Hallucinogene paddestoelen: casestudy van een opkomende trend

Tot voor kort was LSD de meest gebruikte hallucinogene stof. Dat is nu mogelijk aan het veranderen, want er wordt steeds vaker melding gemaakt van het gebruik van hallucinogene

⁽¹²⁰⁾ Zie figuren GPS-6 en GPS-17 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽¹²¹⁾ Zie figuren GPS-8, GPS-18 en GPS-30 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽¹²²⁾ Zie voetnoot ⁽⁷⁰⁾.

⁽¹²³⁾ Zie figuur TDI-1 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽¹²⁴⁾ Zie tabel TDI-5 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽¹²⁵⁾ Zie tabel TDI-17 (deel iii) in het Statistical Bulletin 2006.

paddestoelen⁽¹²⁶⁾. De beschikbaarheid van hallucinogene paddestoelen is kennelijk toegenomen sinds het einde van de jaren negentig, toen ze naast andere „natuurlijke“ producten te koop werden aangeboden in smart shops in Nederland en elders⁽¹²⁷⁾. Zo steeg in het begin van het nieuwe millennium in het Verenigd Koninkrijk het aantal winkels dat hallucinogene paddestoelen verkocht, en in 2005 waren deze paddestoelen naar schatting in ongeveer driehonderd winkels en marktkramen verspreid over heel het land te koop. Daarnaast is de internetverkoop van hallucinogene paddestoelen opgekomen, waarbij – vooral vanuit Nederland opererende – sites verse paddestoelen, growkits en sporenprints te koop aanbieden, en wel in een aantal talen, vooral Engels, Frans en Duits, wat wijst op een breed, internationaal klantenbestand.

Uit recent onderzoek onder volwassenen en scholieren in de EU blijkt dat het „ooit“-gebruik van hallucinogene paddestoelen onder 15- tot 24-jarigen varieert van minder dan 1 % tot 8 %⁽¹²⁸⁾. Naar schatting is in negen EU-lidstaten het „ooit“-gebruik van hallucinogene paddestoelen onder 15- en 16-jarige scholieren gelijk aan of hoger dan dat van ecstasy (Hibell et al., 2004). Er zijn echter aanwijzingen dat de continueringspercentages voor hallucinogene paddestoelen lager zijn dan voor de meeste andere drugs. Dat is een algemeen kenmerk van het gebruik van hallucinogene drugs en weerspiegelt het feit dat jongeren in het algemeen alleen willen experimenteren met dit soort drugs en ze zelden regelmatig gaan gebruiken.

Volgens de meldingen is zelden sprake van acute of chronische gezondheidsproblemen waarbij medisch ingrijpen nodig is als gevolg van het gebruik van hallucinogene paddestoelen. Sommige landen hebben als reactie op het gebruik van dergelijke hallucinogene stoffen door jongeren wel hun wetgeving aangepast. Hoewel er voor de actieve bestanddelen van paddestoelen, psilocybine en psilocine, al een internationale regeling bestaat, namelijk het VN-Verdrag van 1971 inzake psychotrope stoffen, werd het tot voor kort veelal aan de aanklager overgelaten om te bepalen of en wanneer deze stoffen in paddestoelen verboden waren, om te voorkomen dat eigenaren van land waarop dergelijke paddestoelen van nature voorkomen, zouden worden bestraft. Zes landen hebben hun wetgeving voor paddestoelen in de laatste vijf jaar aangescherpt, te weten Denemarken, Duitsland, Estland, Ierland, Nederland en het Verenigd Koninkrijk. Volgens de gewijzigde wetgeving in deze landen zijn hallucinogene paddestoelen

nu ook verboden, hoewel de wettelijke controle niet altijd van toepassing is op exact dezelfde paddestoelen of bereiding.

In 2004 werden inbeslagnemingen van hallucinogene paddestoelen gemeld in Tsjechië, Duitsland, Estland, Griekenland, Litouwen, Hongarije, Nederland, Polen, Portugal, Slovenië, Slowakije, Zweden en Noorwegen⁽¹²⁹⁾. Het aantal vangsten en de hoeveelheid geconfisqueerde hallucinogene paddestoelen zijn over het algemeen beperkt en uit deze gegevens komen geen duidelijke trends naar voren.

GHB en ketamine

Gamma-hydroxybutyraat (GHB) en ketamine worden beide nauwlettend gevolgd nadat in 2000 bezorgdheid was ontstaan in de EU over misbruik van deze drugs voor recreatieve doeleinden⁽¹³⁰⁾. In maart 2001 is GHB door het VN-drugscontrolesysteem toegevoegd aan de lijst van internationaal gecontroleerde drugs, en naar aanleiding daarvan hebben alle EU-lidstaten hun wetgeving over deze stof aangepast. Meer recentelijk, in maart 2006, heeft het INCB de WHO aanbevolen om vaart te maken met haar beoordeling ten aanzien van de vraag of ketamine al dan niet in aanmerking komt voor internationale controle (INCB, 2006a). In bijna de helft van de EU-lidstaten valt ketamine op nationaal niveau onder de drugswetgeving, niet onder de regelgeving voor medicijnen.

Uit de beperkt beschikbare prevalentiegegevens over GHB en ketamine blijkt dat het gebruik van deze stoffen zich in de meeste landen op een laag niveau heeft gestabiliseerd. Onderzoek onder groepen met een hoge mate van prevalentie geeft aan dat zelfs onder degenen die regelmatig drugs gebruiken voor recreatieve doeleinden, deze drugs minder algemeen worden gebruikt dan stoffen als amfetaminen, ecstasy, LSD en hallucinogene paddestoelen.

Sterfgevallen en niet-fatale spoedopnamen naar aanleiding van het gebruik van GHB en ketamine zijn volgens de meldingen zeer zeldzaam. De beschikbaarheid van gegevens op dit punt is echter beperkt, omdat er geen nauwkeurige, vergelijkbare systemen zijn voor de registratie van sterfgevallen en niet-fatale spoedopnamen in verband met het gebruik van deze stoffen. Twee landen melden sterfgevallen in verband met GHB-gebruik, meestal samen met andere drugs. De Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst van Amsterdam heeft een toename van het jaarlijks aantal niet-fatale spoedopnamen als gevolg van het gebruik van GHB geregistreerd, van

⁽¹²⁶⁾ In dit verslag verwijst de term hallucinogene paddestoelen uitsluitend naar fungi die de psychoactieve stoffen psilocybine en psilocine bevatten. Het gebruik van fungi die andere psychoactieve stoffen bevatten, is zeldzamer. Zie voor meer informatie het thematisch dossier van het EWDD over hallucinogene paddestoelen (www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=400).

⁽¹²⁷⁾ In smart shops worden legale en overwegend natuurlijke producten verkocht, waaronder hallucinogene paddestoelen.

⁽¹²⁸⁾ EWDD-gegevens uit de Europese modellenenquête. Elf lidstaten verstrekken gegevens over hallucinogene paddestoelen (Tsjechië, Denemarken, Duitsland, Frankrijk, Ierland, Litouwen, Hongarije, Nederland, Polen, Finland en het Verenigd Koninkrijk).

⁽¹²⁹⁾ Nationale Reitox-verslagen (Duitsland, Estland, Nederland, Noorwegen) en de EWDD-enquête in het kader van het netwerk van het systeem voor vroegtijdige waarschuwing (Tsjechië, Griekenland, Hongarije, Polen, Portugal, Slovenië, Slowakije en Zweden).

⁽¹³⁰⁾ Risicobeoordelingsverslag gemeenschappelijk optreden 2000.

25 in 2000 tot 98 in 2004. Dat is meer dan het aantal medische spoedgevallen als gevolg van het gebruik van ecstasy, amfetamine, LSD of hallucinogene paddestoelen. In Zweden is het aantal vastgestelde waarnemingen van GHB (of de precursoren GBL en 1,4-BD) in monsters van lichaamsvloeistoffen toegenomen van 24 in 1997 tot 367 in 2004. Ook sterfgevallen in verband met GHB zijn gemeld in Zweden: tussen 1996 en 2004 is de drug vastgesteld in 36 drugsgerelateerde sterfgevallen, waarvan negen in 2004. In 2003 werd in Engeland en Wales bij drie sterfgevallen in het autopsieverslag melding gemaakt van GHB, waarbij deze stof in één van de gevallen als enige drug werd genoemd (ONS, 2006). Uit toxicologische informatie van een ziekenhuis in het Verenigd Koninkrijk, dat een groot gebied bestrijkt, blijkt evenwel dat GHB tussen mei en december 2005 is waargenomen bij niet minder dan vijf sterfgevallen ⁽¹³¹⁾.

Aangezien GHB in water/alcohol oplosbaar is en uitschakeling van de gebruiker tot gevolg kan hebben, vaak gevolgd door geheugenverlies, is er onrust ontstaan over het mogelijke gebruik ervan bij seksueel geweld (zogenaamde „date rapes“). Omdat gevallen mogelijk niet worden gemeld en omdat forensisch bewijs schaars is en dergelijke delicten moeilijk te bewijzen zijn, zijn er echter geen concrete gegevens over de omvang van dit verschijnsel. Verder onderzoek is derhalve nodig om de aard en omvang van deze mogelijk zorgwekkende ontwikkeling vast te stellen.

Maatregelen tegen nieuwe drugs

In 2005 heeft met de vervanging van het gemeenschappelijk optreden van 1997 door het nieuwe besluit van de Raad (2005/387/JBZ) een soepele overgang plaatsgevonden, zonder verstoring van de gegevensuitwisseling. In totaal zijn veertien nieuwe psychoactieve stoffen officieel voor het eerst gemeld aan het EWDD en Europol. In alle gevallen gaat het om psychotrope (synthetische) drugs, vergelijkbaar met die welke voorkomen in lijst I en lijst II bij het VN-Verdrag van 1971 inzake psychotrope stoffen. De nieuw gemelde stoffen behoren tot drie chemische hoofdgroepen: fenethylaminen, tryptaminen en piperazinen. Diverse stoffen uit deze groepen zijn al eerder gemeld via, en worden momenteel bewaakt door, het systeem voor vroegtijdige waarschuwing EWS ⁽¹³²⁾.

De belangrijkste nieuwe ontwikkeling in 2005 was de komst en snelle verspreiding van de nieuwe psychoactieve stof 1-(3-chlorofenyl)piperazine (mCPP). mCPP is een aryl-gesubstitueerde piperazine, evenals benzylpiperazine (BZP), een stof die sinds 1999 door het EWS wordt gevolgd. De eerste officiële meldingen van waarneming van mCPP zijn in februari/maart 2005 ontvangen door het EWDD en Europol naar aanleiding van steekproeven die zijn genomen in Frankrijk en Zweden. Tegen het einde van 2005 zijn

Besluit van de Raad inzake 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 ⁽¹⁾ 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. Dit stelt de EU-instellingen en de lidstaten in staat om actie te ondernemen met betrekking tot zowel nieuwe verdovende middelen als nieuwe psychoactieve stoffen die op de Europese drugsmarkt verschijnen. 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 het opsporen en melden van nieuwe psychoactieve stoffen. Het besluit voorziet ook in een beoordeling van de aan deze nieuwe stoffen verbonden risico's, zodat de in de lidstaten geldende controlemaatregelen inzake verdovende middelen en psychotrope stoffen ⁽²⁾ ook op nieuwe psychoactieve stoffen kunnen worden toegepast. Het besluit verruimt het toepassingsgebied van, en vervangt het gemeenschappelijk optreden van 1997 ⁽³⁾, dat uitsluitend betrekking had op nieuwe synthetische drugs. In het besluit wordt echter vastgehouden aan de driefasenaanpak die in het gemeenschappelijk optreden was vastgelegd: uitwisseling van informatie/vroegtijdige waarschuwing, risicobeoordeling en besluitvorming.

⁽¹⁾ Besluit 2005/387/JBZ van de Raad inzake de uitwisseling van informatie, de risicobeoordeling en de controle ten aanzien van nieuwe psychoactieve stoffen werd op 20 mei 2005 gepubliceerd in het Publicatieblad van de Europese Unie (L 127/32-37) en is op 21 mei 2005 in werking getreden. Het besluit is van toepassing op stoffen die momenteel niet voorkomen op een van de lijsten bij de verdragen van de Verenigde Naties van 1961 en 1971 inzake drugsbestrijding.

⁽²⁾ In overeenstemming met de bepalingen van het enkelvoudig verdrag van de Verenigde Naties van 1961 inzake verdovende middelen en het verdrag van de Verenigde Naties van 1971 inzake psychotrope stoffen.

⁽³⁾ Gemeenschappelijk optreden van 16 juni 1997 betreffende de uitwisseling van informatie, de risicobeoordeling en de controle inzake nieuwe synthetische drugs (PB L 167 van 25.6.1997).

in bijna alle lidstaten pillen met mCPP in beslag genomen door de rechtshandhavinginstanties of aangetroffen in de context van uiteenlopende recreatieve activiteiten (dance- of muziekfestivals in de open lucht, danceclubs e.d.). Ze zien er vrijwel steeds als ecstasy uit en worden vermoedelijk ook als zodanig verkocht. De drug is vooral als pil verkrijgbaar en de subjectieve werking van mCPP is gedeeltelijk vergelijkbaar met die van MDMA (Bossong et al., 2005). Daarnaast wordt mCPP vaak aangetroffen in combinatie met MDMA. Dit is waarschijnlijk niet het gevolg van toevallige verontreiniging, en dat wijst erop dat mCPP mogelijk bewust

⁽¹³¹⁾ Informatie van het EWS. Het betrekkelijk hoge aantal sterfgevallen in verband met GHB in dit verslag kan waarschijnlijk verklaard worden uit de belangstelling voor GHB-onderzoek van het ziekenhuislaboratorium.

⁽¹³²⁾ Van de negen nieuwe synthetische drugs waarvan het risico is beoordeeld tussen 1997 en 2004 in het kader van het gemeenschappelijk optreden, ging het bij alle zes stoffen die vervolgens op EU-niveau werden gecontroleerd om fenethylaminen.

wordt toegevoegd om de werking van MDMA te versterken of te beïnvloeden. Er schijnt in de EU weinig vraag naar, of nauwelijks een markt voor, mCPP op zich te zijn.

mCPP is door lidstaten breder in kaart gebracht dan alle andere nieuwe psychoactieve stoffen, sinds het EWS in 1997 is begonnen met het volgen van nieuwe (synthetische) drugs. De stof is binnen een tijdsbestek van een jaar getraceerd in twintig lidstaten, evenals in Roemenië en Noorwegen.

In een gezamenlijk verslag hebben het EWDD en Europol overeenkomstig de bepalingen van het besluit van de Raad aanbevolen om geen officiële risicobeoordeling uit te voeren, omdat er bewijzen zijn dat mCPP wordt gebruikt bij de vervaardiging van ten minste één geneesmiddel. In het verslag wordt echter ook gesteld dat, ondanks het feit dat momenteel niet is aangetoond dat mCPP belangrijke risico's voor de openbare gezondheid of de samenleving inhoudt, deze kwestie moet worden opengelaten zo lang het risico wetenschappelijk niet grondig is onderzocht.

Ontwikkelingen in het drugsgebruik in recreatieve settings, in EWDD-jaarverslag 2006: speciale kwesties

Vaak is er een verband tussen drugsgebruik en de vrijetijdsbesteding van jongeren. Met name in studies die gericht zijn op jongeren die muziek- en dance-evenementen bezoeken wordt consequent melding gemaakt van veel hogere prevalentieschattingen voor drugsgebruik dan uit enquêtes onder de algemene bevolking blijkt. Vaak worden in dergelijke specifieke studies bijzonder hoge niveaus gemeld voor het gebruik van stimulerende middelen. Kunnen verschillen tussen landen worden verklaard op grond van verschillen in het beschikbare commerciële nachtleven, de muziekcultuur, de beschikbaarheid van drugs en de hoogte van besteedbare inkomens? Dergelijke vragen komen aan de orde in deze speciale kwestie.

Nieuwe ontwikkelingen in de promotie van recreatieve drugs via internet en in het recreatief drugsgebruik zelf brengen nieuwe uitdagingen met zich mee op het vlak van beleid, preventie en risicobeperking. Deze uitdagingen worden onder de loep genomen in deze speciale kwestie, die ook een gedetailleerde evaluatie bevat van de innovatieve initiatieven op het terrein van drugspreventie en risicobeperking die het afgelopen decennium in de EU zijn ontplooid in reactie op de complexe problematiek van de interactie van vrijetijdsbesteding en drugsgebruik onder jongeren.

Deze speciale kwestie is, uitsluitend in het Engels, op papier en via internet beschikbaar (<http://issues06.emcdda.europa.eu>): „Developments in drug use within recreational settings”, in EMCDDA annual report 2006: selected issues.



Hoofdstuk 5

Cocaïne en crack-cocaïne

Aanvoer en beschikbaarheid van cocaïne ⁽¹³³⁾

Productie en handel

Cocaïne is na cannabisbladeren en cannabishars de meest verhandelde drug ter wereld. Op basis van de geconfisqueerde hoeveelheden – wereldwijd 578 ton in 2004 – kan worden geconcludeerd dat de handel nog steeds voornamelijk in Zuid-Amerika (44 %) en Noord-Amerika (34 %) plaatsvond, gevolgd door West- en Midden-Europa (15 %) (CND, 2006).

Colombia is verreweg 's werelds grootste leverancier van illegale coca, gevolgd door Peru en Bolivia. Naar schatting is de mondiale productie van cocaïne in 2004 gestegen tot 687 ton, waarvan 56 % afkomstig is uit Colombia, 28 % uit Peru en 16 % uit Bolivia (UNODC, 2005). De meeste cocaïne die in Europa in beslag wordt genomen, komt rechtstreeks uit Zuid-Amerika (met name Colombia), of komt via Midden-Amerika en het Caribisch gebied Europa binnen. In 2004 zijn ook Suriname, Brazilië, Argentinië, Venezuela, Ecuador, Curaçao, Jamaica, Mexico, Guyana en Panama genoemd als doorvoerlanden voor de invoer van cocaïne in de EU (nationale Reitox-verslagen, 2005; WDO, 2005; CND, 2006; INCB, 2006a; Europol, 2006). Daarnaast is er cocaïne via Afrika binnengekomen, in toenemende mate via West-Afrika en de landen aan de Golf van Guinee (voornamelijk Nigeria), maar ook vanuit Oost-Afrika (Kenia) en Noordwest-Afrika via de eilanden langs de kust van Mauritanië en Senegal (CND, 2006; INCB, 2006a). Cocaïne komt nog steeds voornamelijk de EU binnen via Spanje, Nederland en Portugal, evenals België, Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk (nationale Reitox-verslagen, 2005; CND, 2006; Europol, 2006). Hoewel Spanje en Nederland

nog altijd een belangrijke rol spelen als distributiecentra voor de cocaïne die de EU binnenkomt, zouden de opgevoerde controles langs de Spaanse noordkust (Galicië) en het 100 %-controlebeleid op vluchten vanuit bepaalde landen ⁽¹³⁴⁾ op luchthaven Schiphol (Amsterdam) bijgedragen kunnen hebben tot de ontwikkeling van alternatieve routes, bijvoorbeeld routes via Afrika (in toenemende mate een doorvoerroute), maar ook via Oost- en Midden-Europa, met secundaire distributie daarvandaan naar West-Europa (nationale Reitox-verslagen, 2005; WDO, 2005; INCB, 2006a).

Vangsten

In 2004 zijn er in de EU zo'n 60 000 vangsten gedaan, samen goed voor 74 ton. De meeste cocaïnevangsten worden gemeld in West-Europese landen, met name in Spanje, dat verantwoordelijk is voor ongeveer de helft van de vangsten en in beslag genomen hoeveelheden in de EU in de afgelopen vijf jaar ⁽¹³⁵⁾. Over de periode 1999-2004 is het totale aantal cocaïnevangsten ⁽¹³⁶⁾ in de EU toegenomen, terwijl de in beslag genomen hoeveelheden ⁽¹³⁷⁾ fluctueerden, met een opwaartse tendens. Afgaande op de rapportages van de verschillende landen lijken de hoeveelheden in 2004 evenwel te zijn afgenomen – wellicht relatief ten opzichte van de uitzonderlijke hoeveelheid die in het voorgaande jaar in Spanje in beslag werd genomen.

Prijs en zuiverheid

De gemiddelde prijs van cocaïne op straathandelniveau in 2004 liep binnen de EU sterk uiteen, variërend van 41 EUR per gram in België tot meer dan 100 EUR per gram in Cyprus, Roemenië en Noorwegen ⁽¹³⁸⁾. De gemiddelde cocaïneprijzen, gecorrigeerd voor inflatie ⁽¹³⁹⁾, lieten over de gehele periode 1999-2004 in alle rapporterende landen een

⁽¹³³⁾ Zie „Interpretatie van vangsten en andere marktgegevens”, blz. 39.

⁽¹³⁴⁾ Alle vluchten vanuit de Nederlandse Antillen, Aruba, Suriname, Peru, Venezuela en Ecuador worden 100 % gecontroleerd; in 2004 werden bij dergelijke controles 3 466 drugskoeriers en bij reguliere controles 620 drugskoeriers gearresteerd (Nederlands nationaal verslag).

⁽¹³⁵⁾ Dit moet getoetst worden zodra de nog ontbrekende gegevens over 2004 beschikbaar zijn. Gegevens over zowel het aantal cocaïnevangsten als de hoeveelheid in beslag genomen cocaïne in 2004 waren niet beschikbaar voor Ierland en het Verenigd Koninkrijk; gegevens over het aantal cocaïnevangsten in 2004 waren niet beschikbaar voor Nederland. Om een schatting mogelijk te maken, zijn de ontbrekende gegevens over 2004 vervangen door de gegevens over 2003. De gegevens die Nederland heeft verschaft over de in 2004 in beslag genomen hoeveelheden zijn op schattingen gebaseerd en zijn niet verwerkt in de analyse van de trends tot en met 2004.

⁽¹³⁶⁾ Zie tabel SZR-9 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽¹³⁷⁾ Zie tabel SZR-10 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽¹³⁸⁾ Zie tabel PPP-3 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽¹³⁹⁾ Hierbij is 1999 als referentiejaar genomen voor de geldwaarde in alle landen.

dalende lijn zien ⁽¹⁴⁰⁾. Uitzonderingen zijn Luxemburg, waar de prijs tot 2002 is gedaald en sindsdien weer is gestegen, en Noorwegen, waar de prijzen in 2001 sterk zijn gestegen en vervolgens gelijk zijn gebleven.

Vergeleken met heroïne is de gemiddelde zuiverheid van cocaïne op gebruikersniveau hoog; deze varieerde in 2004 van 24 % in Denemarken tot 80 % in Polen, waarbij de meeste landen zuiverheden van 40-65 % meldden ⁽¹⁴¹⁾. Uit de beschikbare gegevens blijkt dat over de totale periode 1999-2004 de gemiddelde zuiverheid van cocaïne in de meeste rapporterende landen is gedaald ⁽¹⁴²⁾, hoewel deze een toename vertoonde in Estland (sinds 2003), Frankrijk en Litouwen, en in Luxemburg en Oostenrijk is gestabiliseerd.

Internationale maatregelen tegen de productie van en handel in cocaïne

Het COLA-project, dat wordt uitgevoerd door Europol, is gericht op het traceren en bestrijden van Latijns-Amerikaanse en verwante criminele organisaties die zich op de EU richten, binnen de EU opereren en zich hoofdzakelijk inlaten met de handel in cocaïne. Het project biedt met name operationele steun voor lopende onderzoeken in deelnemende lidstaten en zorgt voor een rijker aanbod aan strategische inlichtingen. Het wordt aangevuld door het Europol Cocaine Logo System, dat in een jaarlijks bijgewerkte catalogus werkwijzen en fotografische en andere informatie verzamelt over cocaïnevangsten en over logo's/markeringen op de drugs en de verpakkingen ervan. Het doel hiervan is overeenkomsten te vinden tussen vangsten en de internationale samenwerking bij de rechtshandhaving en de uitwisseling van informatie te bevorderen (Europol, 2006).

Operatie Purple, een programma dat loopt sinds 1999, is bedoeld om te voorkomen dat kaliumpermanganaat ⁽¹⁴³⁾ uit de legale handel wordt misbruikt voor de illegale productie van cocaïne, in het bijzonder in Noord- en Zuid-Amerika. Kaliumpermanganaat wordt op grote schaal legaal verhandeld: sinds 1999 heeft het INCB van 30 uitvoerende landen/regio's 4 380 voorafgaande kennisgevingen van uitvoer ontvangen voor in totaal meer dan 136 560 ton kaliumpermanganaat. Sinds 1999 zijn er 233 zendingen van in totaal meer dan 14 316 ton kaliumpermanganaat onderschept en in beslag genomen, omdat er twijfel bestond omtrent de legitimiteit van de orders of eindgebruikers. Daarbij werden gevallen van misbruik vastgesteld. In 2004 werd in Europa 1,4 ton kaliumpermanganaat in beslag

genomen, hoofdzakelijk in de Russische Federatie, gevolgd door Roemenië en Oekraïne ⁽¹⁴⁴⁾ (INCB, 2006b).

Het lijkt erop dat smokkelaars manieren hebben gevonden om buiten het bereik te kunnen blijven van de in het kader van operatie Purple ingevoerde inspecties en controlemechanismen. Hoewel Azië geen rol speelt bij de illegale productie van cocaïne, groeit namelijk het vermoeden dat smokkelaars zich op dat continent richten om kaliumpermanganaat aan de legale handel te onttrekken. Bovendien groeit het vermoeden dat smokkelaars een route via de Caribische eilanden naar de Andes-subregio gebruiken. Hoewel het INCB (2006b) erkent dat er enig succes is geboekt in het opsporen van verdachte transacties en het onderscheppen van zendingen, heeft het regeringen dan ook aangespoord operationele procedures te ontwikkelen om aan de hand van informatie uit opgerolde cocaïne laboratoria het spoor van chemicaliën tot de bron te volgen, na te gaan wat de doorvoerlanden zijn en onderzoek te verrichten bij handelsondernemingen, zodat het de smokkelaars lastiger gemaakt zou kunnen worden om hun activiteiten te verplaatsen.

Prevalentie en patronen van cocaïnegebruik

Op basis van recente bevolkingsenquêtes wordt geschat dat ongeveer 10 miljoen Europeanen ⁽¹⁴⁵⁾, dat wil zeggen ruim 3 % van alle volwassenen ⁽¹⁴⁶⁾, minstens één keer in hun leven cocaïne hebben gebruikt („ooit“-gebruik). Nationale cijfers over het aantal mensen dat verklaart cocaïne gebruikt te hebben lopen uiteen van 0,5 % tot 6 %, waarbij Italië (4,6 %), Spanje (5,9 %) en het Verenigd Koninkrijk (6,1 %) de hoogste percentages rapporteren. Naar schatting hebben ongeveer 3,5 miljoen volwassenen, ofwel 1 % van alle volwassenen, de afgelopen 12 maanden cocaïne gebruikt. Nationale cijfers liggen in de meeste landen tussen 0,3 en 1 %, hoewel de prevalentieniveaus in Spanje (2,7 %) en het Verenigd Koninkrijk (2 %) hoger liggen. Cocaïne wordt, net zoals andere illegale drugs, het meest door jongvolwassenen gebruikt. Het „ooit“-gebruik is het hoogst onder jongvolwassenen van 15-34 jaar, hoewel het recent gebruik (laatste 12 maanden) iets hoger is onder 15- tot 24-jarigen. Het lijkt erop dat cocaïne hoofdzakelijk een drug is die wordt gebruikt door twintigers, al is het gebruik van cocaïne minder geconcentreerd onder jongere mensen dan het gebruik van cannabis. Het „ooit“-gebruik onder 15- tot 34-jarigen varieert van 1 tot 10 %, waarbij de hoogste percentages wederom in

⁽¹⁴⁰⁾ Voor de periode 1999-2004 waren voor ten minste drie opeenvolgende jaren gegevens over cocaineprijzen beschikbaar in België, Tsjechië, Duitsland, Spanje, Frankrijk, Ierland, Cyprus, Letland, Litouwen, Luxemburg, Polen, Portugal, Slovenië, Zweden, het Verenigd Koninkrijk, Bulgarije, Turkije en Noorwegen.

⁽¹⁴¹⁾ Zie tabel PPP-7 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽¹⁴²⁾ Voor de periode 1999-2004 waren voor ten minste drie opeenvolgende jaren gegevens over de zuiverheid van cocaïne beschikbaar in België, Tsjechië, Denemarken, Duitsland, Estland, Spanje, Frankrijk, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Hongarije, Nederland, Oostenrijk, Portugal, Slowakije, het Verenigd Koninkrijk en Noorwegen.

⁽¹⁴³⁾ Precursor die wordt gebruikt bij de productie van cocaïne en die is opgenomen in tabel I van het Verdrag van 1988.

⁽¹⁴⁴⁾ Gegevens over de volumes van de verschillende in beslag genomen zendingen ontbreken.

⁽¹⁴⁵⁾ Gebaseerd op het gewogen gemiddelde van nationale cijfers; zie voor meer details voetnoot ⁽⁵³⁾.

⁽¹⁴⁶⁾ Zie voor gedetailleerde cijfers voor ieder land apart de tabel in „General population surveys of drug use“ in het Statistical Bulletin 2006.

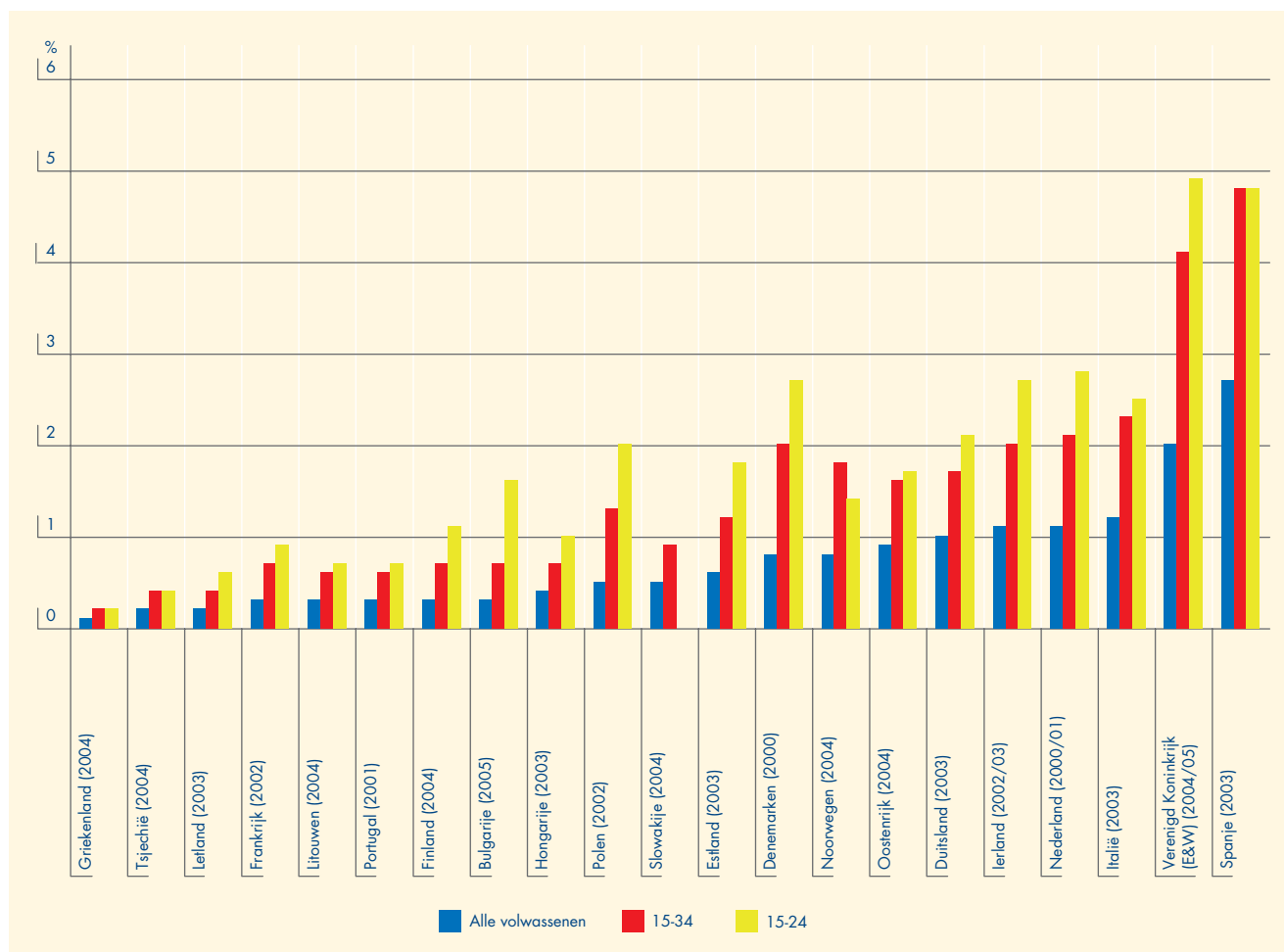
Spanje (8,9 %) en het Verenigd Koninkrijk (10,5 %) worden aangetroffen. Het recent gebruik (laatste 12 maanden) loopt uiteen van 0,2 tot 4,8 %, waarbij de cijfers voor Denemarken, Ierland, Italië en Nederland rond de 2 % liggen en voor Spanje en het Verenigd Koninkrijk boven de 4 % (figuur 6). Uit gegevens uit schoolenquêtes blijkt een zeer lage prevalentie van het „ooit“-gebruik van cocaïne, uiteenlopend van 9 % in Cyprus, Finland en Zweden tot 6 % in Spanje. De prevalentie van het „ooit“-gebruik van crack-cocaïne is nog lager; hier variëren de cijfers van 0 tot 3 % (Hibell et al., 2004).

Het cocaïnegebruik is relatief het hoogst onder jonge mannen. Zo blijkt uit enquêtes in Denemarken, Duitsland, Spanje, Italië, Nederland, het Verenigd Koninkrijk en Noorwegen dat het „ooit“-gebruik onder 15- tot 34-jarige mannen varieert tussen de 5 en 14 %. Het recent gebruik (laatste 12 maanden) was lager, maar in vier landen werden percentages gemeld van meer dan 3 %, terwijl Spanje en het Verenigd Koninkrijk cijfers meldden van ongeveer

6-7 %⁽¹⁴⁷⁾, hetgeen erop duidt dat ongeveer 1 op de 15 jonge mannen in deze landen in de laatste 12 maanden cocaïne heeft gebruikt. In stedelijke gebieden zal dit percentage aanmerkelijk hoger liggen.

Onder de algemene bevolking wordt cocaïne naar het zich laat aanzien slechts incidenteel gebruikt. Het gebruik vindt hoofdzakelijk plaats tijdens het weekend en in recreatieve settings (cafés en disco's); daarbij gaat het soms om hoge gebruikspercentages. Onderzoeken onder jongeren in dans- en muziekgelegenheden in verschillende landen geven veel hogere prevalentieschattingen voor het gebruik van cocaïne onder deze groep dan onder de algemene bevolking, met waarden voor het „ooit“-gebruik die uiteenlopen van 10 tot 75 % (zie de speciale kwestie over drugsgebruik in recreatieve settings). In de British Crime Survey 2004/2005 bijvoorbeeld werd voor het gebruik van „klasse A“-drugs onder jongeren die disco's en nachtclubs bezoeken een prevalentieschatting gerapporteerd die tweemaal zo hoog lag als het percentage onder jongeren die deze

Figuur 6: Recent gebruik (laatste 12 maanden) van cocaïne onder alle volwassenen (15-64 jaar) en jongvolwassenen (15-34 jaar en 15-24 jaar)



NB: 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 de tabellen GPS-8, GPS-11 en GPS-18 in het Statistical Bulletin 2006.
Bronnen: Nationale Reitox-verslagen (2005), gebaseerd op enquêtes onder de bevolking, onderzoeksverslagen of wetenschappelijke artikelen.

⁽¹⁴⁷⁾ Zie figuur GPS-9 in het Statistical Bulletin 2006.

gelegenheden niet bezoeken (Chivite-Matthews et al., 2005) (zie ook de speciale kwestie over drugsgebruik in recreatieve settings). Gemiddeld heeft bij ongeveer eenderde van alle Europese volwassenen die ooit cocaïne hebben gebruikt, dit gebruik in de afgelopen 12 maanden plaatsgevonden. Ter vergelijking: slechts 13 % geeft aan de afgelopen 30 dagen cocaïne te hebben gebruikt. Zo geeft 2-4 % van de mannen van 15-24 jaar in Spanje, Italië, het Verenigd Koninkrijk en Bulgarije⁽¹⁴⁸⁾ aan de voorgaande 30 dagen cocaïne te hebben gebruikt. Een ruwe schatting van het recent gebruik van cocaïne in Europa zou uitkomen op ongeveer 1,5 miljoen volwassenen van 15-64 jaar (met 80 % in de leeftijdscategorie 15-34 jaar). Dit kan worden beschouwd als een minimumschatting, gezien de waarschijnlijkheid van onderrapportage.

Patronen van cocaïnegebruik lopen sterk uiteen in de verschillende gebruikersgroepen. Uit een recent Europees onderzoek in meerdere steden is naar voren gekomen dat de overgrote meerderheid (95 %) van de sociaal geïntegreerde gebruikers cocaïne snuift, terwijl slechts een klein percentage ooit cocaïne heeft gerookt of gespoten. De drug wordt echter zeer vaak in combinatie met cannabis en alcohol gebruikt (Prinzleve et al., 2004). Onder gebruikers in de verslavingszorg of in sociaal gemarginaliseerde groepen komt injectie van cocaïne veel voor en het roken van crack is gebruikelijk in Hamburg, Londen en Parijs, en in mindere mate in Barcelona en Dublin. Onder de algemene Europese bevolking lijkt weinig crack te worden gebruikt. Zo werd in Spanje een prevalentie van het „ooit“-gebruik van crack gerapporteerd van 0,5 % (2003) en in het Verenigd Koninkrijk van 0,8 % (Chivite-Matthews et al., 2005). In drie landen is het „ooit“-gebruik van crack in clubs onderzocht; het bleek nog lager dan het gebruik van heroïne (Tsjechië 2 %, Verenigd Koninkrijk 13 % en Frankrijk 21 %). In sommige steden is het crackgebruik onder gemarginaliseerde groepen en opioïdengebruikers echter zorgwekkend. Zo was de geschatte prevalentie van het „ooit“-gebruik onder een doelgroep van 94 Amsterdamse straatsexwerkers met 91 % uitzonderlijk hoog (Korf, 2005, geciteerd in het Nederlandse nationale verslag).

Ter vergelijking: in de landelijke enquête onder Amerikaanse gezinnen naar drugsgebruik en gezondheid van 2004 gaf 14,2 % van de volwassenen (gedefinieerd als 12 jaar en ouder) aan ooit cocaïne te hebben gebruikt – een opmerkelijk verschil met het Europese gemiddelde van 3 %. Het recent gebruik (laatste 12 maanden) was 2,4 %, tegen een Europees gemiddelde van 1 %, hoewel de gerapporteerde cijfers in sommige EU-landen, zoals Spanje (2,7 %) en het Verenigd Koninkrijk (2 %), van dezelfde orde

van grootte zijn als de cijfers in de Verenigde Staten⁽¹⁴⁹⁾. De relatief hogere cijfers voor het „ooit“-gebruik in de Verenigde Staten kunnen deels worden toegeschreven aan de eerdere verspreiding van cocaïnegebruik in dat land.

Onder jongvolwassenen (16-34 jaar) bedroegen de Amerikaanse cijfers 14,6 % („ooit“-gebruik), 5,1 % (laatste 12 maanden) en 1,7 % (laatste 30 dagen), terwijl de gemiddelde EU-cijfers voor 15- tot 34-jarigen respectievelijk ongeveer 5 % („ooit“-gebruik), 2 % (laatste 12 maanden) en 1 % (laatste 30 dagen) bedroegen.

Trends in cocaïnegebruik

Er wordt al meerdere jaren gewaarschuwd voor een mogelijke toename van het cocaïnegebruik in Europa, op basis van verschillende bronnen (bijv. marktindicatoren, aanvragen voor behandeling, sterfgevallen). Doordat meer landen regelmatig onderzoek doen komt er steeds meer informatie over de ontwikkeling van het cocaïnegebruik beschikbaar. Niettemin zijn de gegevens nog altijd beperkt. Bijkomende problemen in het geval van cocaïne zijn de lagere prevalentieniveaus en de mogelijke onderrapportage van het gebruik.

Het recent gebruik van cocaïne (laatste 12 maanden) onder jongvolwassenen liet in de tweede helft van de jaren negentig een opvallende stijging zien in het Verenigd Koninkrijk (tot 2000) en in Spanje (tot 2001); de afgelopen jaren lijkt een stabilisering te zijn opgetreden. In Duitsland werd in de jaren negentig een bescheiden toename waargenomen, maar de afgelopen jaren zijn de cijfers stabiel gebleven op een aanmerkelijk lager niveau dan in Spanje en het Verenigd Koninkrijk (figuur 7).

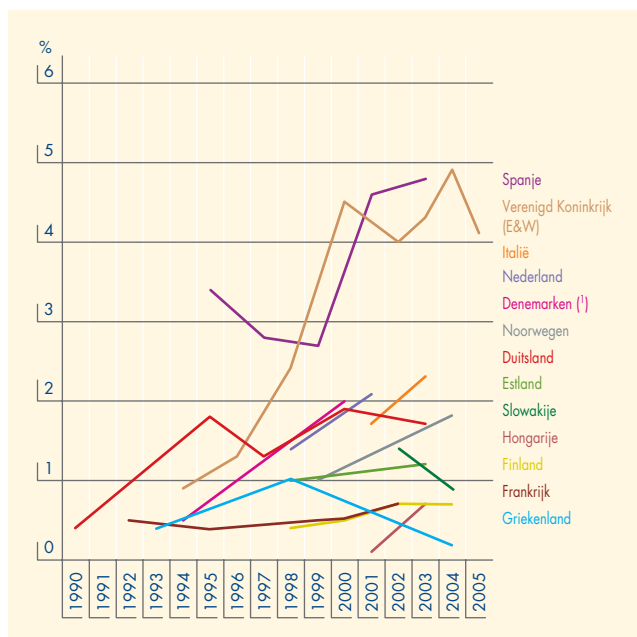
Een bescheiden stijging in het recent gebruik (laatste 12 maanden) is waargenomen in Denemarken (tot 2000), Italië, Hongarije, Nederland (tot 2001) en Noorwegen. Aangezien deze trend op slechts twee enquêtes per land is gebaseerd, dient deze met de nodige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd.

In het geval van cocaïne en andere stoffen (bijv. ecstasy, amfetaminen, hallucinogene paddestoelen) zouden trends beter kunnen worden onderkend door de analyse toe te spitsen op groepen waarin het gebruik van de drug zich concentreert, in het bijzonder jongeren in stedelijke gebieden. Deze populaties worden uitvoeriger onderzocht in de speciale kwestie over drugsgebruik in recreatieve settings. Daarnaast dient informatie uit enquêtes te worden gecombineerd met gerichte onderzoeken onder jongeren in geselecteerde groepen (nachtleven).

⁽¹⁴⁸⁾ Enquête van 2001. Voor de enquête van 2003 werd geen uitsplitsing naar geslacht per leeftijdsgroep van 10 jaar gerapporteerd.

⁽¹⁴⁹⁾ Bron: SAMHSA, Office of Applied Studies, 2004 National Survey on Drug Use and Health (<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfo>). Opgemerkt dient te worden dat het leeftijdsbereik in het Amerikaanse onderzoek (12 jaar en ouder) breder is dan het leeftijdsbereik dat het EWDD standaard aanhoudt voor Europese enquêtes (15-64 jaar). De resultaten voor „jongvolwassenen“ (16-34 jaar) uit het Amerikaanse onderzoek zijn door het EWDD herberekend.

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



(!) In Denemarken heeft de waarde voor 1994 betrekking op „hard drugs”.
 NB: 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 2006.
 Bronnen: Nationale Reitox-verslagen (2005), gebaseerd op enquêtes onder de bevolking, onderzoeksverslagen of wetenschappelijke artikelen.

Gegevens over de vraag naar behandeling ⁽¹⁵⁰⁾

Cocaïne is na opioïden en cannabis de drug die het meest wordt genoemd als reden om in behandeling te gaan; de drug was in 2004 goed voor ongeveer 8 % van alle aanvragen voor behandeling in de gehele EU ⁽¹⁵¹⁾. Er zij op gewezen dat Spanje, een land dat over het algemeen een hoge vraag naar behandeling vanwege cocaïne rapporteert, nog geen gegevens heeft geleverd. 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 (37 %) en in Spanje (in het verleden, met 26 % in 2002) maken druggebruikers die voor cocaïnegebruik behandeld willen worden een veel groter deel uit van alle cliënten die in behandeling gaan. In de laatst beschikbare gegevens ligt voor een deel van de rapporterende landen het aandeel van cocaïnecliënten als percentage van alle cliënten in behandeling tussen de 5 % en de 10 % (Denemarken, Duitsland, Frankrijk, Ierland, Italië, Cyprus, Malta, het Verenigd Koninkrijk en Turkije),

terwijl dat aandeel in de overige landen zeer laag is ⁽¹⁵²⁾. In meerdere landen is het percentage cliënten dat primair voor cocaïnegebruik in behandeling gaat hoger onder nieuwe cliënten dan onder alle cliënten ⁽¹⁵³⁾. In totaal heeft volgens de rapportages rond 12 % van alle nieuwe aanvragen voor behandeling betrekking op cocaïne. Verder noemt ongeveer 12 % van de nieuwe cliënten cocaïne als secundaire drug ⁽¹⁵⁴⁾.

De in eerdere jaren gerapporteerde stijging in het aantal cliënten dat in behandeling gaat vanwege cocaïnegebruik, zet door; uit een analyse over de periode 1999-2004, waarbij wordt geïnterpoleerd voor ontbrekende gegevens, komt naar voren dat het percentage nieuwe cliënten dat in behandeling gaat voor cocaïnegebruik in deze periode is toegenomen van ongeveer 10 tot 20 % (gebaseerd op 17 EU-landen plus Bulgarije en Roemenië) ⁽¹⁵⁵⁾.

Over het geheel genomen houden de meeste aanvragen voor behandeling vanwege cocaïne in Europa geen verband met crack-cocaïne: van ongeveer 80 % van de nieuwe ambulante cliënten wordt gemeld dat ze cocaïne-hydrochloride (cocaïnepoeder) gebruiken, terwijl minder dan 20 % crack-cocaïne gebruikt. Gebruikers van crack-cocaïne kunnen echter specifieke problemen opleveren voor de drugshulpverlening, omdat zij een meer gemarginaliseerd sociaal profiel plegen te hebben dan gebruikers van cocaïnepoeder. In een Europees onderzoek naar cocaïnegebruik (poeder en crack-cocaïne) werd een verband gevonden tussen crackgebruik en sociale problemen en geestelijke gezondheidsproblemen, waarbij echter werd aangetekend dat het gebruik van crack-cocaïne op zichzelf niet voldoende is om deze problemen te verklaren (Haasen et al., 2005). Uit een recent onderzoek onder 585 cocaïne- en crackcliënten in Schotland kwam naar voren dat crackgebruikers vaker een langere geschiedenis van drugsproblemen hebben en vaker betrokken zijn geweest bij criminele activiteiten (Neale en Robertson, 2004, geciteerd in het nationale verslag van het Verenigd Koninkrijk).

Uit het profiel van cocaïnecliënten in extramurale settings blijkt dat nieuwe cliënten die cocaïne als primaire drug gebruiken meestal ouder zijn dan andere drugsgebruikers: 70 % hoort tot de leeftijdsgroep van 20 tot 34 jaar en een kleinere groep (13 %) is tussen de 35 en 39 jaar oud ⁽¹⁵⁶⁾.

Cocaïne wordt veelal gebruikt in combinatie met een andere illegale of legale secundaire drug; vaak betreft het cannabis (31,6 %) opioïden (28,6 %) of alcohol (17,4 %) ⁽¹⁵⁷⁾. Lokale onderzoeken naar drugsspueters doen vermoeden dat de combinatie van heroïne en cocaïne in één spuit (door

⁽¹⁵⁰⁾ Zie voetnoot ⁽⁷⁰⁾.

⁽¹⁵¹⁾ Zie figuur TDI-2 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽¹⁵²⁾ Zie tabel TDI-5 in het Statistical Bulletin 2006. De gegevens voor Spanje betreffen het verslagjaar 2002.

⁽¹⁵³⁾ Zie tabel TDI-4 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽¹⁵⁴⁾ Zie tabel TDI-23 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽¹⁵⁵⁾ Zie figuur TDI-1 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽¹⁵⁶⁾ Zie tabel TDI-10 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽¹⁵⁷⁾ Zie tabel TDI-24 in het Statistical Bulletin 2006.

de drugsruiters zelf soms „speedballing” genoemd) in bepaalde gebieden aan populariteit wint. De combinatie van opioïden en cocaïne is op dit moment duidelijker aanwijsbaar in de behandelingsgegevens. Van de cliënten die aangeven primair opioïden te gebruiken, verklaart 31 % in Italië, 42 % in Nederland en 44 % in het Verenigd Koninkrijk cocaïne als secundaire drug te gebruiken. Van de primaire cocaïnegebruikers noemt 28 % in Italië en 38 % in het Verenigd Koninkrijk opioïden als secundaire drug.

Behandeling van cocaïneverslaving

Er is niet genoeg bewijs ter ondersteuning van een farmacologische behandeling voor verslaving aan cocaïne of andere psychostimulantia. In hun uitvoerige overzicht van het gebruik van farmacotherapieën voor gebruikers van psychostimulantia stellen Shearer en Gowing (2004) echter vast dat substitutietherapie – hoewel succesvol voor opioïden- en nicotineverslaving en in principe geschikt om gebruikers te bewegen in behandeling te gaan en te blijven – nog niet afdoende is getest voor gebruikers van stimulerende middelen. Onlangs heeft het EWDD een literatuuronderzoek gepubliceerd over maatregelen inzake en de effectiviteit van de behandeling van cocaïneverslaving, waarin eveneens wordt ingegaan op maatregelen inzake geestelijke gezondheidsstoornissen onder gebruikers van crack-cocaïne ⁽¹⁵⁸⁾.

In sommige landen, waaronder de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk, wordt op dit moment aanzienlijk geïnvesteerd in het opbouwen van behandel mogelijkheden met immunotherapie door antistoffen te ontwikkelen die cocaïne in de bloedbaan kunnen onderscheppen voordat de stof het centrale zenuwstelsel bereikt (zie het kader over immunotherapie voor cocaïneverslaafden).

Tegenwoordig geldt het combineren van verschillende specifieke psychosociale behandelingsinterventies als de meest veelbelovende behandel mogelijkheid voor gebruikers van cocaïne en andere psychostimulantia. Van een combinatie van de *Community Reinforcement Approach* (CRA) met *contingency management* is gebleken dat het cocaïnegebruik er op de korte termijn mee kan worden teruggedrongen (Higgins et al., 2003; Roozen et al., 2004).

CRA is een intensieve behandel methode waarbij gedurende de gehele behandeling een beroep wordt gedaan op familie, vrienden en andere leden van het sociale netwerk van de cliënt. De behandeling omvat training van de cliënten in het leggen van sociale contacten, verbetering van het zelfbeeld en hulp bij het vinden van werk en bevredigende vrijetijdsbestedingen, om zo een andere levensstijl op te bouwen (Roozen et al., 2004). In combinatie met *contingency management* – een methode die erop gericht is het gedrag van cliënten te beïnvloeden door het geven van beloningen, d.w.z. prijzen, tegoedbonnen of voorrechten, voor cocaïne vrije urinemonsters – zijn met CRA positieve

Immunotherapie voor cocaïneverslaafden

In tegenstelling tot heroïneverslaving, die behandeld kan worden met agonisten als methadon of met antagonistische als naltrexon, zijn er momenteel geen medische behandelwijzen voorhanden voor cocaïneverslaving. De reden hiervoor lijkt gelegen te zijn in het mechanisme van de werking van cocaïne, een stof die effect heeft op de neurotransmitters dopamine en serotonine in de hersenen. Terwijl heroïne zich bindt aan de opioïd receptoren in de hersenen, zoals de mu-receptoren, en op die manier de werking nabootst van de eigen endorfinen van de hersenen, blokkeert cocaïne juist de reabsorptie van dopamine (alsook van serotonine) uit de neuronale synaps zodra de stof zijn effect heeft gehad, hetgeen een ophoping van de transmitter tot gevolg heeft, waardoor zijn werking wordt verlengd en versterkt.

Dit betekent niet noodzakelijkerwijs dat het onmogelijk is een medische behandeling voor cocaïneverslaving te ontwikkelen, maar wel dat dit moeilijker te realiseren kan zijn en dat hierbij andere concepten een rol kunnen spelen dan die welke gebruikt worden voor de ontwikkeling van behandelingen voor heroïneverslaving.

Een interessante onderzoeksrichting is het gebruik van immunotherapie, oftewel de ontwikkeling van een vaccin dat de werking van cocaïne daadwerkelijk zou „neutraliseren” door te voorkomen dat de drug de hersenen bereikt. Het onderliggende concept is op beperkte schaal getest. Een in het Verenigd Koninkrijk ontwikkeld vaccin werd getest op een klein aantal cocaïneverslaafden, 18 in totaal, gedurende een periode van 14 weken. De uitkomst was dat driekwart van de gevaccineerde groep cocaïneverslaafden erin slaagde om gedurende een periode van drie maanden drugsvrij te blijven zonder ongewenste bijwerkingen. Bovendien verklaarden zowel degenen die terugvielen in hun oude gedrag als degenen die dat niet deden na zes maanden dat de gevoelens van euforie niet meer zo sterk waren als voor de vaccinatie. Het resultaat van deze bevindingen is dat het vaccin, dat bekendstaat als het drug-eiwitconjugaat TA-CD, zich in een tweede fase van klinische proeven bevindt. Een alternatieve immunotherapeutische benadering is gebaseerd op de ontwikkeling van monoklonale antilichamen tegen cocaïne, maar daarmee zijn alleen nog preklinische testen gedaan.

Het potentiële voordeel van het cocaïne vaccin TA-CD heeft geleid tot bezorgdheid op ethische gronden over het gebruik van het vaccin: wie krijgt het, wie besluit daartoe en op basis van welke criteria, e.d.

resultaten behaald als het gaat om het drugsgebruik en het psychosociale functioneren van cocaïneverslaafde ambulante cliënten, zowel tijdens de behandel fase als tijdens de aansluitende follow-up periode, al leken de effecten op het cocaïnegebruik beperkt te blijven tot de behandel periode (Higgins et al., 2003).

Nieuwe benaderingen voor de zeer problematische groepen van heroïnegebruikers die ook cocaïne of crack-cocaïne gebruiken, zijn toegespitst op schadebeperking als primair

⁽¹⁵⁸⁾ www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=400.

doel van de behandeling. Hierbij worden gedragstherapieën toegepast, in het bijzonder *contingency management*, in combinatie met onderhoudsbehandelingen met methadon en behandeling met behulp van heroïne (Schottenfeld et al., 2005; Van den Brink, 2005; Poling et al., 2006).

Schadebeperkende maatregelen

In Europa zijn schadebeperkende maatregelen ten aanzien van cocaïnegebruik slechts beperkt ontwikkeld. Hier zou nu verandering in kunnen komen, want door een groeiende bewustwording van zowel de omvang van het cocaïnegebruik als de problemen die ermee samenhangen wordt het interessanter om maatregelen te ontwikkelen waarmee aan de behoeften van cocaïnegebruikers tegemoet kan worden gekomen. Er is nog zeer weinig onderzoek gedaan naar de waarde van preventie- en schadebeperkende maatregelen voor het beperken van de risico's van cocaïnegebruik, maar een aantal gebieden zou potentieel kunnen hebben voor het ontwikkelen van dergelijke maatregelen. Zo zouden cocaïnegebruikers baat kunnen hebben bij interventies die gericht zijn op problemen als de verhoogde toxiciteit van gecombineerd cocaïne- en alcoholgebruik, de mogelijke samenhang tussen cocaïnegebruik en cardiovasculaire problemen of gedragsaspecten waardoor gebruikers een verhoogde kans lopen om met hiv te worden geïnfecteerd of het slachtoffer te worden van een ongeval of een geweldsmisdrijf. Aangezien cocaïnegebruik snel uit de hand kan lopen, zijn korte interventies om gebruikers te waarschuwen dat zij negatieve gevolgen van het gebruik van de drug zouden kunnen beginnen te ondervinden, wellicht eveneens de moeite van het onderzoeken waard.

Vanwege de ernstige sociale en gezondheidsproblemen waarmee het gebruik van crack-cocaïne gepaard gaat, is er meer ervaring met het ontwikkelen van hulpverlening voor deze groep, hoewel deze activiteiten beperkt zijn tot het relatief beperkte aantal steden in Europa dat met een aanzienlijk crack-cocaïneprobleem te maken heeft gehad.

In een aantal steden zijn crack-cocaïnegebruikers benaderd via straathoekprogramma's, waarmee wordt geprobeerd in contact te komen met deze groep, die dikwijls beschouwd wordt als een moeilijke groep om mee te werken. Hoewel het bewijs over het geheel genomen betrekkelijk zwak blijft, lijkt uit sommige onderzoeken geconcludeerd te kunnen worden dat meer positieve resultaten niet uitgesloten zijn. Zo zijn in een onderzoek naar een innovatief straathoekwerk-behandelingsprogramma in Rotterdam (Henskens, 2004, geciteerd in het Nederlandse nationale verslag) factoren in kaart gebracht die van belang zijn gebleken voor het behandelen van deze categorie cliënten, die via de conventionele drugshulpverlening dikwijls moeilijk te bereiken is.

Dwangmatige crack- of cocaïnegebruikspatronen kunnen in verband worden gebracht met het nemen van grotere risico's op het gebied van de seksuele gezondheid. Sommige laagdrempelige programma's zijn dan ook speciaal gericht op crackgebruikers in de prostitutie, om hun adviezen te geven voor veiliger seksueel gedrag en drugsgebruik, en om condooms en glijmiddelen uit te delen (zie de speciale kwestie over gender).

In sommige steden in Europa is voor een meer omstreden benadering gekozen: daar is het concept van veilige gebruikersruimten, die normaal gesproken bedoeld zijn voor het spuiten van drugs, uitgebreid tot het inhaleren van drugs. In verscheidene Nederlandse, Duitse en Zwitserse steden zijn ruimten geopend voor inhalatie onder toezicht (EWDD, 2004c). Hoewel toezicht op de gebruikshygiëne het hoofddoel vormt van dergelijke diensten, zijn er aanwijzingen dat ze ook zouden kunnen dienen als ingang tot andere zorgmogelijkheden. De toezichthouders van een dienst in de Duitse stad Frankfurt rapporteerden bijvoorbeeld dat er gedurende een evaluatieperiode van een halfjaar in 2004 meer dan 1 400 keer onder toezicht crack-cocaïne was gebruikt, waarbij 332 contactgesprekken, 40 adviesessies en 99 verwijzingen naar andere drugsdiensten werden gedocumenteerd.



Hoofdstuk 6

Opioïdengebruik en injecterend drugsgebruik

Aanvoer en beschikbaarheid van heroïne ⁽¹⁵⁹⁾

Europa kent twee soorten geïmporteerde heroïne: de meest gangbare vorm is de bruine heroïne (de chemische basisvorm), terwijl witte heroïne (een zoutvorm) beperkter verkrijgbaar en gewoonlijk duurder is. Witte heroïne is meestal afkomstig uit Zuidoost-Azië. Daarnaast worden sommige opioïden binnen de EU geproduceerd, maar dit is overwegend beperkt tot de kleinschalige productie van „homemade” papaverproducten (zoals papaverconcentraten van fijn gemalen papaverkronen of -stengels) in een aantal oostelijke EU-landen, bijvoorbeeld Litouwen, waar de markt voor papaverstengels en -concentraat zich lijkt te hebben gestabiliseerd, en in Polen, waar de productie van „Poolse heroïne” mogelijk afneemt (CND, 2006).

Productie en handel

De in Europa geconsumeerde heroïne is overwegend geproduceerd in Afghanistan, dat wereldwijd nog altijd de meeste illegale opium levert en in 2005 goed was voor 89 % van de wereldproductie van illegale opium, gevolgd door Myanmar (7 %). De productie van illegale opium is wereldwijd betrekkelijk stabiel gebleven tussen 1999 en 2004, behalve in 2001, toen een door het Taliban-regime uitgevaardigd verbod op de teelt van opiumpapaver in Afghanistan tot een scherpe, zij het korte productiedaling leidde. In 2005 is naar schatting 4 670 ton geproduceerd, 4 % minder dan in 2004 (CND, 2006). Wereldwijd werd de potentiële productie van heroïne in 2005 op 472 ton geschat (495 ton in 2004) (UNODC, 2006).

Heroïne komt via twee hoofdroutes in Europa terecht. De van oudsher belangrijke Balkanroute 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 en 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. Heroïnevangsten in 2004 wijzen erop dat de zuidelijke tak qua gesmokkelde hoeveelheden nu even belangrijk is geworden als de noordelijke tak (WDO, 2005; INCB, 2006a). 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 Centraal-Azië (met name Turkmenistan, Tadzjikistan, Kirgizië en Oezbekistan), de Kaspische Zee en de Russische Federatie, Wit-Rusland of Oekraïne, naar Estland, Letland, sommige noordelijke landen en Duitsland (nationale Reitox-verslagen, 2005; CND, 2006; INCB, 2006a). Hoewel dit de belangrijkste routes zijn, wordt er nu ook heroïne via landen op het Arabische schiereiland (Oman, Verenigde Arabische Emiraten) van Zuid- en Zuidwest-Azië naar Europa gesmokkeld (INCB, 2006a). Daarnaast is voor Europa (en Noord-Amerika) bestemde heroïne in 2004 onderschept in Oost- en West-Afrika, het Caribisch Gebied en Midden- en Zuid-Amerika (CND, 2006).

Vangsten

In 2004 zijn wereldwijd 210 ton opium (of 21 ton heroïne-equivalent), 39,3 ton morfine en 59,2 ton heroïne in beslag genomen. De grootste hoeveelheden heroïne werden opnieuw in Azië (50 %) en Europa (40 %) onderschept. Het aandeel van Europa groeit, vooral wegens toegenomen vangsten in Zuidoost-Europese landen (Turkije), die voor het eerst hoger waren dan het in West- en Midden-Europa onderschepte volume (CND, 2006).

In 2004 is bij naar schatting 46 000 vangsten ongeveer 19 ton heroïne geconfisqueerd in de rapporterende landen. Het Verenigd Koninkrijk meldde opnieuw het hoogste aantal vangsten, gevolgd door Duitsland en Italië, terwijl Turkije de grootste hoeveelheden in beslag nam (gevolgd door Italië en het Verenigd Koninkrijk), namelijk bijna de helft van de totale in 2004 onderschepte hoeveelheid ⁽¹⁶⁰⁾. In de periode 1999-2004 was sprake van wisselende heroïnevangsten, en de gegevens van de rapporterende landen lijken erop te duiden dat de in 2002-2003 waargenomen afname werd gevolgd door een toename in 2004 ⁽¹⁶¹⁾. In de vijf jaar tussen

⁽¹⁵⁹⁾ Zie „Interpretatie van vangsten en andere marktgegevens”, blz. 39.

⁽¹⁶⁰⁾ Dit moet worden getoetst zodra de gegevens voor 2004 bekend zijn. Gegevens over zowel het aantal heroïnevangsten als de hoeveelheid in beslag genomen heroïne in 2004 waren niet beschikbaar voor Ierland en het Verenigd Koninkrijk; gegevens over het aantal heroïnevangsten in 2004 waren niet beschikbaar voor Nederland. Om een schatting mogelijk te maken, zijn de ontbrekende gegevens over 2004 vervangen door de gegevens over 2003. De gegevens die Nederland heeft verschaft over de in 2004 in beslag genomen hoeveelheden zijn op schattingen gebaseerd en zijn niet verwerkt in de analyse van de trends tot en met 2004.

⁽¹⁶¹⁾ Zie tabel SZR-7 in het Statistical Bulletin 2006.

1999 en 2004 liep de omvang van de in beslag genomen hoeveelheden geleidelijk op tot een recordniveau in 2004, vooral omdat er in 2004 in Turkije bijna tweemaal zo veel heroïne werd onderschept als in het jaar ervoor ⁽¹⁶²⁾.

Prijs en zuiverheid

In 2004 liep de gemiddelde straatwaarde van bruine heroïne sterk uiteen in Europa, van 12 EUR per gram in Turkije tot 141 EUR per gram in Zweden, terwijl de waarde van witte heroïne varieerde van 31 EUR per gram in België tot 202 EUR per gram in Zweden. De prijs van niet nader aangeduide heroïne liep uiteen van 35 EUR per gram in Slovenië tot 82 EUR per gram in het Verenigd Koninkrijk ⁽¹⁶³⁾. Uit de beschikbare gegevens over 1999-2004 blijkt dat de gemiddelde prijs van heroïne, gecorrigeerd voor inflatie ⁽¹⁶⁴⁾, in de meeste rapporterende landen is gedaald ⁽¹⁶⁵⁾.

De gemiddelde zuiverheid van bruine heroïne op gebruikersniveau varieerde in 2004 van 10 % in Bulgarije tot 48 % in Turkije, terwijl die van witte heroïne uiteenliep van 20 % in Duitsland tot 63 % in Denemarken, en die van niet nader aangeduide heroïne lag tussen 16 % in Hongarije en 42-50 % ⁽¹⁶⁶⁾ in Nederland ⁽¹⁶⁷⁾. Sinds 1999 is in de meeste rapporterende landen sprake van een wisselende gemiddelde zuiverheid van heroïneproducten ⁽¹⁶⁸⁾, zodat het moeilijk is om een algemene trend vast te stellen.

Internationale maatregelen tegen de productie en verhandeling van heroïne

Aziijnzuuranhydride ⁽¹⁶⁹⁾ is een belangrijke precursor die wordt gebruikt bij de illegale productie van heroïne. Operatie Topaz is een internationaal initiatief om de illegale handel in aziijnzuuranhydride te volgen en verspreidingsmethoden en -routes te onderzoeken (INCB, 2006b). De illegale handel in aziijnzuuranhydride is omvangrijk en daardoor moeilijk te controleren. Dat blijkt wel uit het feit dat sinds 2001 22 exporterende landen/regio's 7 684 voorafgaande kennisgevingen van uitvoer bij het INCB hebben ingediend voor ruim 1 350 000 ton aziijnzuuranhydride. De vangsten in Turkije (1 600 liter in 2004) zijn in de afgelopen jaren aanmerkelijk afgenomen, wat er mogelijk op wijst dat de handelaren nieuwe verspreidingsmethoden en -routes hebben ontwikkeld. In

2004 zijn in Europa (Bulgarije) voor de eerste keer vangsten van partijen uit Zuidwest-Azië gemeld (INCB, 2006b).

Hoewel bepaalde, aan het volgen van de internationale handel gerelateerde aspecten van operatie Topaz vruchten hebben afgeworpen, is weinig vooruitgang geboekt met het traceren en ontmantelen van routes die worden gebruikt voor het smokkelen van aziijnzuuranhydride binnen Afghanistan en de buurlanden (INCB, 2006b).

Het Mustard-project, dat door Europol wordt uitgevoerd, is gericht op het traceren en bestrijden van Turkse en verwante criminele organisaties die zich op de EU richten, binnen de EU opereren en zich inlaten met de handel in drugs, vooral heroïne. Het biedt operationele ondersteuning aan lopend onderzoek in deelnemende landen en zorgt voor een rijker aanbod aan strategische inlichtingen door inzicht te geven in de activiteiten van Turkse criminele en aanverwante organisaties (Europol, 2006).

Prevalentieschattingen van problematisch opioidengebruik

De gegevens in dit gedeelte zijn gebaseerd op de indicator voor problematisch drugsgebruik van het EWDD, die betrekking heeft op het „gebruik via injectie of langdurig/regelmatig gebruik van opiaten, cocaïne en/of amfetaminen“. Schattingen van problematisch drugsgebruik worden van oudsher vooral voor heroïne gemaakt, hoewel in een enkel land, zoals elders in dit verslag besproken, amfetaminegebruikers een belangrijke component vormen.

Bij het interpreteren van de schattingen van problematisch opioidengebruik dient rekening te worden gehouden met het feit dat gebruikspatronen gevarieerder worden. Zo is het percentage polydrugsgebruikers in de meeste landen gestaag gegroeid, terwijl een aantal landen waar het opioidengebruik van oudsher altijd de overhand heeft gehad, nu rapporteert dat er steeds meer andere drugs worden gebruikt. Aangenomen wordt dat de meeste heroïnegebruikers naast opioïden nog andere stimulerende middelen en drugs gebruiken, maar het is heel lastig om op EU-niveau betrouwbare gegevens over polydrugsgebruik te verkrijgen (zie hoofdstuk 8).

Hoewel er in algemene zin sprake is van een trend naar toenemende diversiteit bij dit verschijnsel, zijn de schattingen

⁽¹⁶²⁾ Zie tabel SZR-8 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽¹⁶³⁾ Zie tabel PPP-2 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽¹⁶⁴⁾ Hierbij is 1999 als referentiejaar genomen voor de geldwaarde in alle landen.

⁽¹⁶⁵⁾ Over de periode 1999-2004 waren voor ten minste drie opeenvolgende jaren gegevens over de straatwaarde van heroïne beschikbaar: voor bruine heroïne in België, Tsjechië, Spanje, Frankrijk, Ierland, Luxemburg, Polen, Portugal, Slovenië, Zweden, het Verenigd Koninkrijk, Bulgarije, Roemenië, Turkije en Noorwegen; voor witte heroïne in Tsjechië, Duitsland, Frankrijk, Letland en Zweden; en voor niet nader aangeduide heroïne in Litouwen en het Verenigd Koninkrijk.

⁽¹⁶⁶⁾ Deze twee percentages komen overeen met de gegevens van twee verschillende bewakingssystemen (zie tabel PPP-6 (deel iii) in het Statistical Bulletin 2006); terughoudendheid is geboden, omdat het percentage van 50 % op slechts één steekproef is gebaseerd.

⁽¹⁶⁷⁾ Zie tabel PPP-6 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽¹⁶⁸⁾ Over de periode 1999-2004 waren voor ten minste drie opeenvolgende jaren gegevens over de zuiverheid van heroïne beschikbaar: voor bruine heroïne in Tsjechië, Denemarken, Spanje, Ierland, Italië, Luxemburg, Oostenrijk, Portugal, Slowakije, het Verenigd Koninkrijk, Turkije en Nederland; voor witte heroïne in Denemarken, Duitsland, Estland, Finland en Noorwegen; en voor niet nader aangeduide heroïne in België, Litouwen, Hongarije en Nederland.

⁽¹⁶⁹⁾ Opgenomen in tabel I van het Verdrag van 1988.

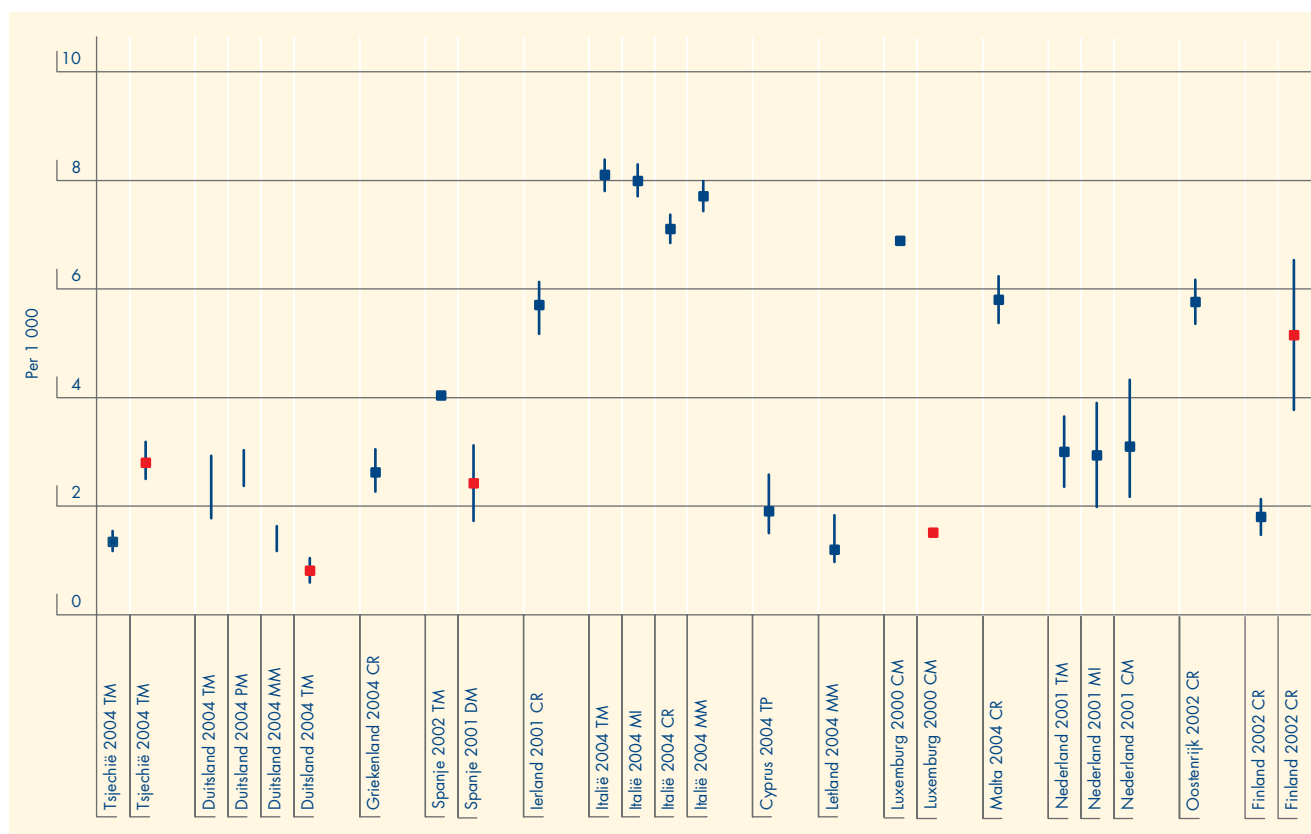
van problematisch drugsgebruik in veel landen uitsluitend gebaseerd op problematisch gebruik van drugs met heroïne of andere opioïden als primaire stof. Dat is terug te zien in de geschatte percentages problematisch opioïdengebruik (zie figuur 8), die overwegend sterk overeenkomen met die van problematisch drugsgebruik ⁽¹⁷⁰⁾. Het is niet duidelijk of in de andere landen de prevalentie van problematisch gebruik van niet-opioïden bijna verwaarloosbaar is of mogelijk significant maar te lastig om in te schatten.

Het schatten van het aantal problematische opioïdengebruikers is lastig, en om prevalentiecijfers te verkrijgen op basis van de beschikbare gegevensbronnen zijn geavanceerde analyses nodig. Bovendien zijn schattingen veelal geografisch beperkt, en is extrapolatie naar nationale schattingen niet per definitie betrouwbaar.

Schattingen van de prevalentie van problematisch opioïdengebruik op landelijk niveau voor de periode 2000-2004 lopen uiteen tussen 1 en 8 gevallen per

1 000 personen in de leeftijdsgroep tussen de 15 en 64 jaar (op basis van de medianen van schattingen). De geschatte prevalentiepercentages van problematisch opioïdengebruik verschillen sterk van land tot land, maar als er in een bepaald land verschillende methoden zijn gebruikt, komen de resultaten in dat land grotendeels overeen. Hogere schattingen voor problematisch opioïdengebruik worden gemeld door Ierland, Italië, Luxemburg, Malta en Oostenrijk (5-8 gevallen per 1 000 personen in de leeftijdsgroep tussen de 15 en 64 jaar), en lagere schattingen worden gerapporteerd door Tsjechië, Duitsland, Griekenland, Cyprus, Letland en Nederland (minder dan 4 gevallen per 1 000 personen in de leeftijdsgroep tussen de 15 en 64 jaar) (figuur 8). Sommige van de laagste, goed gedocumenteerde schattingen die nu beschikbaar zijn, betreffen de nieuwe EU-lidstaten, maar Malta meldt een hogere prevalentie (5,4-6,2 gevallen per 1 000 personen in de leeftijdsgroep tussen de 15 en 64 jaar). Uit de beperkte gegevens kan voor de EU een algemene prevalentie van

Figuur 8: Schattingen van de prevalentie van problematisch gebruik van opioïden en stimulerende middelen, 2000-2004 (per 1 000 personen tussen de 15 en 64 jaar)



NB: ■ geven gebruik van stimulerende middelen aan, andere schattingen betreffen opioïdengebruik. MM = mortality multiplier (mortaliteitsmultiplier); CR = Capture-Recapture (Capture/release steekproefprocédé); TM = Treatment Multiplier (behandelingsmultiplier); PM = Police Multiplier (multiplier van politiegegevens); MI = Multivariate Indicator (multivariabele indicator); TP = Truncated Poisson (Poisson-verdeling); CM = Combined Methods (gecombineerde methoden). Zie voor meer informatie de tabellen PDU-1, PDU-2 en PDU-3 in het Statistical Bulletin 2006. Het symbool staat voor een punt-schatting, terwijl een streepje een onzekerheidsinterval aangeeft (dat kan ofwel een 95 %-betrouwbaarheidsinterval ofwel een op een sensitiviteitsanalyse gebaseerd interval zijn). De doelgroepen kunnen enigszins verschillend zijn vanwege verschillen in methoden en gegevensbronnen; daarom is terughoudendheid geboden bij het maken van vergelijkingen.
Bronnen: Nationale focal points.

⁽¹⁷⁰⁾ Zie figuur PDU-1 (deel i) in het Statistical Bulletin 2006.

problematisch opioidengebruik van 2 tot 8 gevallen per 1 000 personen in de leeftijdsgroep tussen de 15 en 64 jaar worden afgeleid. Dit zijn echter zeer grove schattingen die bijgesteld moeten worden naarmate er meer gegevens beschikbaar komen.

Er zijn geen lokale en regionale schattingen specifiek voor problematisch opioidengebruik beschikbaar; uit de beschikbare gegevens over problematisch drugsgebruik (inclusief het gebruik van stimulerende middelen en andere drugs) blijkt echter dat de prevalentie sterk uiteenloopt tussen steden en regio's. De hoogste lokale prevalentieschattingen voor de periode 2000-2004 worden gerapporteerd door Ierland, Portugal, Slowakije en het Verenigd Koninkrijk, met aantallen tussen 15 en 25 per 1 000⁽¹⁷¹⁾. De geografische variabiliteit is, zoals verwacht kon worden, ook op lokaal niveau opvallend; zo varieert de prevalentie in verschillende delen van Londen tussen 6 en 25 gevallen per 1 000. Als gevolg van de grote verschillen in lokale

prevalentieschattingen is het lastig om algemene conclusies te trekken.

Trendmatige ontwikkelingen in problematisch opioidengebruik

Het vaststellen van trendmatige ontwikkelingen in problematisch opioidengebruik is lastig wegens het gebrek aan betrouwbare en consistente historische gegevens. Uit het beschikbare materiaal blijkt dat de prevalentie van problematisch opioidengebruik van land tot land wijd uiteenloopt, en dat trends niet overal in de EU gelijk zijn. De rapporten van sommige landen, ondersteund door andere indicatorgegevens, wijzen op een voortgaande stijging van problematisch opioidengebruik halverwege en aan het einde van de jaren negentig (figuur 9) en op stabilisatie of een lichte daling in meer recente jaren. Longitudinale schattingen van problematisch opioidengebruik in de periode tussen

Drugsgebruikers in gevangnissen

De informatie over drugsgebruik onder gevangenen is fragmentarisch. Veel van de beschikbare gegevens in Europa zijn afkomstig uit ad-hoc studies, die soms zijn uitgevoerd op lokaal niveau in inrichtingen die niet representatief zijn voor het nationale gevangeniswezen, en waarbij gebruik is gemaakt van steekproeven van gevangenen die aanzienlijk verschillen in omvang. Dit heeft tot gevolg dat de verschillende eigenschappen van de bestudeerde populaties de vergelijkbaarheid van gegevens tussen enquêtes – zowel binnen als tussen landen – beperken, en hetzelfde geldt voor de mogelijkheid resultaten te extrapoleren en trends te analyseren.

De meeste Europese landen⁽¹⁾ hebben gegevens verschaft over het drugsgebruik onder de gevangenispopulatie in de afgelopen vijf jaar (1999-2004). Hieruit blijkt dat, vergeleken met de algemene bevolking, drugsgebruikers in gevangnissen oververtegenwoordigd zijn. Het percentage gedetineerden dat meldt ooit een illegale drug te hebben gebruikt verschilt tussen gevangnissen en huizen van bewaring, maar de gemiddelde percentages variëren van eenderde of minder in Hongarije en Bulgarije tot tweederde of meer in Nederland, het Verenigd Koninkrijk en Noorwegen, terwijl de meeste landen percentages voor het „ooit“-gebruik melden die rond de 50 % liggen (België, Griekenland, Letland, Portugal, Finland). Cannabis blijft de meest gebruikte illegale drug, met percentages voor het „ooit“-gebruik onder gevangenen die variëren van 4 tot 86 %, tegen percentages van 3 tot 57 % voor het „ooit“-gebruik van cocaïne, 2 tot 59 % voor amfetaminen en 4 tot 60 % voor heroïne⁽²⁾.

De prevalentie van regelmatig drugsgebruik of van drugsverslaving in de periode voorafgaand aan de detentie loopt uiteen van 8 tot 73 %, terwijl het „ooit“-gebruik van geïnjecteerde drugs onder de gevangenispopulatie 7 tot 38 % bedraagt⁽³⁾.

Hoewel de meeste drugsgebruikers stoppen met drugs of hun drugsgebruik verminderen wanneer zij in de gevangenis terechtkomen, zijn er ook gedetineerden die in hun gebruikspatroon volharden. Sommige gedetineerden komen zelfs pas in de gevangenis voor het eerst in aanraking met drugsgebruik (en/of met het injecteren van drugs). Uit de beschikbare studies blijkt dat tussen de 8 en 51 % van de gedetineerden aangeeft tijdens hun verblijf in de gevangenis drugs te hebben gebruikt; 10 tot 42 % rapporteert een regelmatig drugsgebruik en 1 tot 15 % meldt in de gevangenis drugs te hebben gebruikt via injectie⁽⁴⁾. Dit doet vragen rijzen die verband houden met de mogelijke verspreiding van infectieziekten, in het bijzonder in verband met de beschikbaarheid van steriel injectiemateriaal en het delen van dergelijk materiaal door de gevangenispopulatie.

Opeenvolgende onderzoeken die zijn uitgevoerd in Tsjechië (1996-2002), Denemarken (1995-2002), Litouwen (2003-2004), Hongarije (1997-2004), Slovenië (2003-2004) en Zweden (1997-2004) laten een toename zien in de prevalentie van diverse vormen van drugsgebruik onder gedetineerden, terwijl Frankrijk (1997-2003) een aanzienlijke daling meldt in het percentage drugsspueters onder de gevangenispopulatie⁽⁵⁾.

⁽¹⁾ De landen die melding maakten van studies die in de afgelopen vijf jaar (1999-2004) zijn uitgevoerd en gegevens hebben verschaft over patronen van drugsgebruik in gevangenispopulaties zijn België, Tsjechië, Denemarken, Duitsland, Griekenland, Frankrijk, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Hongarije, Malta, Nederland, Oostenrijk, Portugal, Slovenië, Slowakije, Finland, Zweden, het Verenigd Koninkrijk, Bulgarije en Noorwegen.

⁽²⁾ Zie tabel DUP-1 en figuur DUP-1 in het Statistical Bulletin 2006.

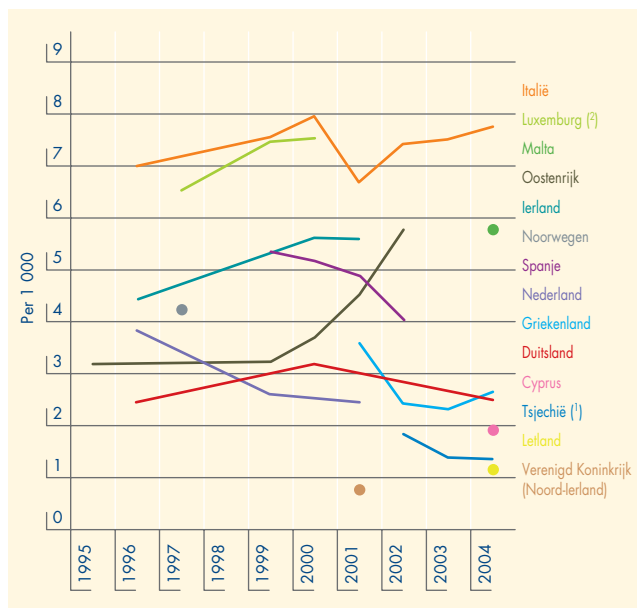
⁽³⁾ Zie de tabellen DUP-2 en DUP-5 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽⁴⁾ Zie de tabellen DUP-3 en DUP-4 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽⁵⁾ Zie tabel DUP-5 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽¹⁷¹⁾ Zie figuur PDU-6 (deel i) in het Statistical Bulletin 2006.

Figuur 9: Trends in de prevalentie van problematisch opioïdengebruik, 1995-2004 (per 1 000 personen tussen de 15 en 64 jaar)



(¹) Schattingen voor de leeftijdsgroep 18-64-jaar.
 (²) Berekend uit gegevens over de leeftijdsgroep 15-54-jaar.
 NB: Waar vergelijkbare methoden zijn gebruikt voor dezelfde periode, zijn longitudinale reeksen gecombineerd. Zie voor meer informatie de tabellen PDU-1, PDU-2 en PDU-3 in het Statistical Bulletin 2006.
 Bronnen: Nationale focal points.

2000 en 2004 zijn beschikbaar voor zeven landen (Tsjechië, Duitsland, Griekenland, Spanje, Ierland, Italië en Oostenrijk), waarbij vier landen (Tsjechië, Duitsland, Griekenland en Spanje) een afname van problematisch opioïdengebruik melden, en één land een toename rapporteert (Oostenrijk – hoewel dit zich moeilijk laat interpreteren, omdat het systeem voor gegevensverzameling in de verslagperiode is veranderd). Uit gegevens over cliënten die voor het eerst in behandeling gaan, blijkt dat het aantal problematische opioïdengebruikers mogelijk langzaam afneemt, zodat in de nabije toekomst een afname in prevalentie zou kunnen worden verwacht.

Injecterend drugsgebruik

Injecterende drugsgebruikers (ID's) lopen een zeer hoog risico dat hun drugsgebruik tot schadelijke gevolgen leidt, zoals ernstige infectieziekten of overdoses. Het is daarom belangrijk om het injecteren van drugs apart te benaderen.

Ondanks het belang ervan voor de volksgezondheid verstrekken maar weinig landen nationale of subnationale schattingen van drugsgebruik via injecties (¹⁷²). In dit gedeelte zijn de schattingen van ID's niet op primaire drug ingedeeld, dit in verband met het gebrek aan gegevens, hoewel de trends met betrekking tot het percentage ID's onder

behandelde heroïnegebruikers (zie hieronder) uiteraard specifiek voor het injecteren van heroïne gelden.

De meeste beschikbare schattingen van injecterend drugsgebruik zijn gebaseerd op percentages fatale overdoses dan wel op gegevens over infectieziekten (zoals hiv). De beschikbare schattingen verschillen aanzienlijk per land: sinds 2000 liggen de schattingen op landelijk niveau meestal tussen 1 en 6 gevallen per 1 000 personen in de leeftijd tussen de 15 en 64 jaar, waarbij vóór het jaar 2000 enkele hogere schattingen voorkomen. Sinds 2000 zijn de hoogste landelijke prevalentiecijfers van injecterend drugsgebruik, onder de landen waar schattingen daarvan beschikbaar zijn, gemeld door Luxemburg en Oostenrijk: ongeveer 6 gevallen per 1 000 personen in de leeftijd tussen de 15 en 64 jaar. De laagste schatting is van Cyprus en Griekenland: iets meer dan één geval per 1 000.

Waar trendmatige ontwikkelingen wel beschikbaar zijn, laten zij geen algemeen patroon zien. In sommige landen en regio's geven zij een daling aan (bijvoorbeeld Schotland en het Verenigd Koninkrijk), terwijl elders juist sprake zou zijn van een stijging. Het gebrek aan gegevens op dit gebied betekent dat het niet mogelijk is om een helder beeld te schetsen.

Het volgen van het percentage actuele spuiters onder heroïnegebruikers dat in behandeling gaat, vormt een belangrijke aanvulling op de bewaking van de prevalentie van injecterend drugsgebruik onder de algemene bevolking. Het is echter belangrijk te onthouden dat de waargenomen percentages niet noodzakelijkerwijs trends in de prevalentie van injecterend drugsgebruik in algemene zin weerspiegelen. Zo zijn in landen met een hoog percentage gebruikers van stimulerende middelen (Tsjechië, Slowakije, Finland en Zweden) de percentages spuiters onder heroïnegebruikers mogelijk niet representatief voor de algehele situatie.

Het percentage ID's onder primaire heroïnegebruikers die in behandeling gaan, laat opnieuw duidelijke verschillen zien in de niveaus van injecterend drugsgebruik tussen landen, evenals verschillende trendmatige ontwikkelingen (¹⁷³). In sommige landen (Spanje, Nederland en Portugal) injecteert een betrekkelijk klein deel van de behandelde heroïnegebruikers, terwijl in andere landen het spuiten juist nog altijd de belangrijkste wijze van heroïnegebruik lijkt te zijn. In sommige van de vijftien oude lidstaten waarvoor gegevens beschikbaar zijn (Denemarken, Griekenland, Spanje, Frankrijk, Italië en het Verenigd Koninkrijk), zijn de percentages spuiters onder heroïnegebruikers in behandeling gedaald. In de meeste nieuwe lidstaten, althans in die waarvoor gegevens beschikbaar zijn, gaat het bij een groot deel van de heroïnegebruikers die in behandeling gaan om spuiters.

(¹⁷²) Zie figuur PDU-7 in het Statistical Bulletin 2006.

(¹⁷³) Zie figuur PDU-3 (deel i) in het Statistical Bulletin 2006.

Gegevens over de vraag naar behandeling ⁽¹⁷⁴⁾

In veel landen zijn opioïden (vooral heroïne) nog altijd de belangrijkste drug waarvoor cliënten in behandeling gaan. Van alle over 2004 gemelde aanvragen voor behandeling die onder de TDI (Treatment Demand Indicator – indicator voor de vraag naar behandeling) vallen, zijn opioïden de belangrijkste drug in ongeveer 60 % van de gevallen – en iets meer dan de helft (53 %) van deze cliënten geeft aan de drug te injecteren ⁽¹⁷⁵⁾. Opgemerkt dient te worden dat de TDI niet alle cliënten in opioïdenbehandeling bestrijkt, want dat aantal is aanzienlijk hoger, maar alleen diegenen die behandeling hebben aangevraagd tijdens het jaar waarover wordt gerapporteerd.

Het percentage cliënten dat om behandeling vraagt wegens het gebruik van heroïne, varieert per land. Op basis van de meest recente gegevens kunnen de landen worden ingedeeld in drie groepen volgens het percentage drugsgebruikers dat behandeling zoekt en heroïneproblemen heeft:

- minder dan 50 % – Tsjechië, Denemarken, Hongarije, Nederland, Polen, Slowakije, Finland en Zweden;
- 50 tot 70 % – Duitsland, Spanje, Frankrijk, Ierland, Cyprus, Letland, Portugal, het Verenigd Koninkrijk en Roemenië;
- meer dan 70 % – Griekenland, Italië, Litouwen, Luxemburg, Malta, Slovenië en Bulgarije ⁽¹⁷⁶⁾.

Landen waar een aanzienlijk deel van de opioïdencliënten andere stoffen dan heroïne gebruikt, zijn onder meer Hongarije, waar het gebruik van „homemade” opiumpapaverproducten wijdverbreid is, en Finland, waar het merendeel van de opioïdencliënten buprenorfine misbruikt ⁽¹⁷⁷⁾.

Zoals het geval is bij gebruikers van andere drugs, vragen de meeste opioïdengebruikers om extramurale behandeling; in vergelijking met cocaïne- en cannabiscliënten wordt evenwel een groter percentage opioïdencliënten behandeld in intramurale centra.

De meeste landen met een aanmerkelijk aantal nieuwe heroïnecliënten elk jaar (behalve Duitsland, waar de rapportagebasis is uitgebreid) rapporteren dat er in de laatste vier tot vijf jaar sprake is geweest van een daling, zij het niet onder cliënten die al eerder in behandeling zijn geweest. De aantallen herhaalde aanvragen zijn in

het algemeen niet afgenomen, en in de meeste landen is het totaal aantal aanvragen voor behandeling wegens heroïnegebruik grofweg stabiel gebleven. Belangrijke uitzonderingen hierop zijn Duitsland en het Verenigd Koninkrijk, waar het totaal aantal gerapporteerde aanvragen is gestegen. In het algemeen kan echter worden gezegd dat het percentage behandelaanvragen voor heroïne (alle en nieuwe aanvragen) is gedaald; in het geval van nieuwe aanvragen is het percentage tussen 1999 en 2004 afgenomen van ongeveer tweederde tot ongeveer 40 %, terwijl tegelijkertijd de vraag naar behandeling voor cannabis- en cocaïnegebruik is toegenomen ⁽¹⁷⁸⁾.

Eerder is al gerapporteerd dat de groep cliënten die behandeling wegens opioïdengebruik aanvraagt, ouder wordt, en die trend heeft zich in 2004 voortgezet. Bijna alle opioïdengebruikers die om behandeling vragen, zijn ouder dan 20 jaar, en bijna de helft is ouder dan 30 jaar. De op EU-niveau beschikbare gegevens laten zien dat slechts een kleine groep opioïdengebruikers (minder dan 7 %) bestaat uit cliënten die jonger zijn dan 20 jaar wanneer zij voor het eerst hulp zoeken ⁽¹⁷⁹⁾. Een enkele melding betreft zeer jonge mensen (jonger dan 15) die in behandeling willen wegens heroïnegebruik ⁽¹⁸⁰⁾, bijvoorbeeld kinderen van 11 of 12 jaar in Sofia, Bulgarije, maar in het algemeen lijkt de vraag naar behandeling voor heroïne onder jongeren zeer gering te zijn.

Opioidencliënten worden volgens de rapporten maatschappelijk gemarginaliseerd, hebben weinig opleiding genoten, zijn vaak werkloos en hebben veelal geen vast onderkomen; Spanje meldt dat 17 tot 18 % van de opioïdencliënten dakloos is.

De meeste opioïdencliënten geven aan deze drugs voor het eerst te hebben gebruikt toen zij tussen de 15 en 24 jaar waren. Ongeveer 50 % van de cliënten zegt de drug voor het eerst te hebben gebruikt voordat zij 20 jaar waren ⁽¹⁸¹⁾. Aangezien de tijd tussen eerste gebruik en eerste behandelaanvraag over het algemeen tussen de 5 en 10 jaar bedraagt, en de tijd tussen eerste gebruik en regelmatig drugsgebruik wordt geschat op 1,5 tot 2,5 jaar (Fins nationaal verslag), kan worden geconcludeerd dat opioïdencliënten gewoonlijk 3 tot 7 jaar regelmatig drugs gebruiken alvorens gespecialiseerde hulp te zoeken.

In heel Europa bestaat iets meer dan de helft van nieuwe opioïdencliënten die om extramurale behandeling vragen en voor wie de wijze van toediening bekend is, uit spuiters. In

⁽¹⁷⁴⁾ Zie voetnoot ⁽⁷⁹⁾.

⁽¹⁷⁵⁾ Zie figuur TDI-2 en tabel TDI-5 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽¹⁷⁶⁾ Zie tabel TDI-5 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽¹⁷⁷⁾ Zie tabel TDI-26 in het Statistical Bulletin 2006; nationale Reitox-verslagen.

⁽¹⁷⁸⁾ Zie figuur TDI-1 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽¹⁷⁹⁾ Zie tabel TDI-10 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽¹⁸⁰⁾ www.communitycare.co.uk.

⁽¹⁸¹⁾ Zie tabel TDI-11 in het Statistical Bulletin 2006.

het algemeen ligt het percentage injecterende cliënten onder opioïdengebruikers die om behandeling vragen in de nieuwe lidstaten (meer dan 60 %) hoger dan in de oude vijftien lidstaten (minder dan 60 %). Uitzondering hierop zijn Italië en Finland, waar het percentage opioïdenspuiters onder de cliënten respectievelijk 74 % en 79,3 % bedraagt. Het percentage injecterende gebruikers onder opioïdencliënten is het laagst in Nederland (13 %) en het hoogst in Letland (86 %) ⁽¹⁸²⁾.

Behandeling van opioïdenverslaving

De EU-strategie inzake drugs 2005-2012 kent hoge prioriteit toe aan een betere beschikbaarheid van, en toegang tot, behandeling, en roept de lidstaten op om te zorgen voor een uitgebreid scala van doeltreffende behandelingen. Intramurale behandeling heeft altijd een belangrijke plaats ingenomen in de behandeling van problematische opioïdengebruikers, maar omdat er nu steeds meer behandelmogelijkheden zijn en vooral ook omdat substitutiebehandelingen een vlucht hebben genomen, is het belang van de intramurale zorg in verhouding afgenomen.

Op dit moment zijn gegevens over de relatieve beschikbaarheid van verschillende soorten behandeling voor opioïdenproblemen in Europa slechts beperkt voorhanden. In het kader van een EWDD-enquête hebben deskundigen in de meeste (zestien) lidstaten aangegeven dat substitutiebehandeling de belangrijkste van de beschikbare behandelmogelijkheden is. Vier landen (Tsjechië, Hongarije, Polen en Slowakije) melden echter dat drugsvrije behandeling meer gebruikelijk is, terwijl twee landen (Spanje en Zweden) melding maken van een evenwicht tussen behandelingen met behulp van medicatie en drugsvrije therapieën.

Substitutie therapie voor opioïdenverslaving (overwegend behandeling met methadon of buprenorfine) wordt aangeboden in alle lidstaten ⁽¹⁸³⁾, evenals in Bulgarije, Roemenië en Noorwegen. In Europa bestaat inmiddels aanzienlijke consensus dat dit een heilzame benadering is van de behandeling van problematische opioïdengebruikers, hoewel het in sommige landen nog altijd een gevoelig onderwerp is (zie hoofdstuk 2). De rol van substitutiebehandeling wordt internationaal minder controversieel; het VN-systeem heeft in 2004 een gemeenschappelijk standpunt over substitutietherapie ingenomen (WHO/UNODC/UnAids, 2004), en in juni 2006 heeft de WHO zowel methadon als buprenorfine opgenomen in haar modellijst van essentiële geneesmiddelen.

Er zijn nu aantoonbare bewijzen van de waarde van substitutieprogramma's met drugs als methadon of buprenorfine. Uit onderzoek is gebleken dat er een verband bestaat tussen substitutietherapie en minder illegaal drugsgebruik, lagere injectiepercentages en een afname in gedrag dat een hoog risico inhoudt voor de verspreiding van hiv of andere infectieziekten, zoals het delen van spuiten, en dat daarmee het sociale functioneren en de algemene gezondheid van de cliënt verbeteren. Verder heeft onderzoek uitgewezen dat bij voldoende substitutiebehandelmogelijkheden het niveau van criminele activiteit afneemt en het aantal drugsgelateerde sterfgevallen daalt. Het feitelijke resultaat is afhankelijk van factoren als tijdige deelname aan het programma, afdoende duur en continuïteit van de substitutiebehandeling en toediening van de juiste doses medicijnen.

Terwijl methadon nog altijd de meest voorgeschreven substitutiebehandeling in Europa is, blijft het aantal behandelmogelijkheden toenemen. Buprenorfine is nu verkrijgbaar in negentien lidstaten, Bulgarije en Noorwegen, hoewel het niet duidelijk is of de stof officieel is goedgekeurd voor onderhoudsbehandeling in alle landen die melding maken van het gebruik ervan. In aanmerking genomen dat behandeling met hoge doses buprenorfine nog maar tien jaar geleden in Europa werd ingevoerd, heeft de therapeutische toepassing van de drug opmerkelijk snel aan populariteit gewonnen (zie figuur 1) ⁽¹⁸⁴⁾.

Langdurige drugssubstitutie is niet het enige doel van farmacotherapie voor opioïdengebruikers. Methadon en buprenorfine worden ook gebruikt voor opioïdenontwenningsskuren, wanneer de therapie is gericht op volledige drugsonthouding door toediening van steeds kleinere doses gedurende een vaste periode, om de ontwenningverschijnselen zo veel mogelijk te beperken. De opioïde antagonist naltrexon, een aversieve farmacotherapeutische optie voor opioïdenverslaving, wordt soms ook gebruikt om terugval te helpen voorkomen. Naltrexon blokkeert de werking van heroïne, maar er is nog altijd geen overtuigend bewijs voor het nut van het gebruik van deze drug.

Sommige landen (Duitsland, Spanje, Nederland en het Verenigd Koninkrijk) kennen programma's waarbij heroïne wordt voorgeschreven, hoewel het aantal patiënten aan wie dit soort behandeling wordt gegeven, erg laag is in vergelijking met andere vormen van drugssubstitutie (waarschijnlijk minder dan 1 % van het totaal). Deze behandelmethode is nog altijd controversieel en wordt in het algemeen bij wijze van wetenschappelijk experiment

⁽¹⁸²⁾ Zie tabel TDI-17 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽¹⁸³⁾ Cyprus rapporteert sinds 2004 over het gebruik van methadon bij detoxificatiebehandelingen en heeft het begin van een proef met onderhoudsbehandelingen met methadon bekendgemaakt, maar meldt geen gevallen van behandeling. In Turkije is methadon officieel geregistreerd voor de behandeling van opioïdenverslaving, maar zijn geen gevallen van behandeling gemeld.

⁽¹⁸⁴⁾ Zie de speciale kwestie over buprenorfine in het jaarverslag 2005.

aangeboden aan langdurige gebruikers voor wie andere behandelmogelijkheden zijn mislukt.

Uit recent onderzoek naar de doeltreffendheid van de behandeling van drugsverslaving voor de preventie van hiv-besmetting is gebleken dat gedragsmatige interventies de positieve effecten van substitutiebehandeling op hiv-preventie kunnen versterken, terwijl de doeltreffendheid van uitsluitend psychologische therapie variabel is. Op onthouding gerichte behandeling heeft goede resultaten laten zien met betrekking tot hiv-preventie voor cliënten die ten minste drie maanden in behandeling blijven (Farrell et al., 2005).

Bewaking van methadonverstrekking

Methadon is een gecontroleerde drug volgens bijlage I van het enkelvoudig verdrag van de Verenigde Naties inzake verdovende middelen van 1961, en de niveaus van landelijk methadongebruik worden op jaarbasis bewaakt door het INCB.

Volgens het EWDD hebben op basis van minimumschattingen van de EU-lidstaten, Bulgarije, Roemenië en Noorwegen ruim 500 000 cliënten in de loop van het jaar substitutiebehandeling ontvangen (zie tabel 4 in

het jaarverslag 2005). Met uitzondering van Tsjechië en Frankrijk, waar behandelingen met hoge doses buprenorfine volgens de meldingen het meest worden toegepast, gaat het in alle overige landen in meer dan 90 % van de gevallen om behandelingen met methadon.

De EU en de VS zijn samen goed voor 85 % van het methadongebruik wereldwijd. In deze regio's is het gebruik van methadon in de laatste tien jaar gestaag toegenomen. Na stabilisatie van het gebruik in beide regio's tussen 1997 en 2000 is in de Verenigde Staten een scherpe stijging ingezet. Op dit moment wordt in de EU ongeveer half zo veel methadon gebruikt als in de VS ⁽¹⁸⁵⁾.

In de regel wordt de invoering van deze behandelmogelijkheid op landelijk niveau gevolgd door een aanmerkelijke toename van het gebruik. Zo heeft in Frankrijk de algemene invoering van substitutiebehandeling met methadon in 1995 geleid tot een snelle stijging van het methadongebruik, van 31 kilo in 1995 tot 446 kilo in 2004.

Recente statistische gegevens voor Denemarken, Spanje, Malta, Nederland en mogelijk Duitsland lijken te wijzen op een stabilisatie van de niveaus van het methadongebruik. Dit komt overeen met de gerapporteerde trends betreffende het aantal cliënten in behandeling (zie hoofdstuk 2).

⁽¹⁸⁵⁾ Zie figuur NSP-2 in het Statistical Bulletin 2006.



Hoofdstuk 7

Infectieziekten en sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik

Infectieziekten ten gevolge van drugsgebruik

Een van de ernstigere gezondheidsgevolgen van het gebruik van illegale drugs, en in het bijzonder van de injectie van drugs, is de overdracht van hiv en andere infectieziekten, met name hepatitis C en B. Het verband tussen drugsgebruik via injectie en infectieoverdracht is duidelijk vastgesteld. Terugdringing van het injecteren van drugs en van het delen van injectiemateriaal is dan ook een van de hoofddoelen geworden van de volksgezondheidsinterventies op dit terrein. Bovendien wijzen onderzoeken uit dat er een verband bestaat tussen drugsgebruik en risicovol seksueel gedrag, hetgeen reden is om een groter belang te hechten aan het combineren van interventies tegen drugsgebruik met volksgezondheidsstrategieën ten behoeve van de seksuele gezondheid. Als het gaat om de monitoring op Europees niveau worden gegevens over infectieziekten verzameld door de reguliere registratiebronnen, waarbij drugsinjectie als risicofactor kan worden geregistreerd, en tijdens speciale onderzoeken onder drugsgebruikende populaties in verschillende settings.

Hiv en aids

Recente trends in nieuw gerapporteerde hiv-gevallen

Voor de meeste landen zijn de recente cijfers voor nieuw gediagnosticeerde hiv-infecties die worden toegeschreven aan injecterend drugsgebruik laag. Een aantal landen heeft de cijfers voor hiv-infecties onder injecterende drugsgebruikers (ID's) constant laag weten te houden, en dat maakt het mogelijk onderzoek te doen naar de factoren die hieraan ten grondslag kunnen liggen, een kwestie die aan de orde wordt gesteld in het huidige EU-drugsactieplan en die op dit moment de hoofdvraagstelling vormt van een door het EWDD gecoördineerd onderzoek. Er is echter geen reden tot voldaanheid, want Spanje en Italië, die beide hiv-epidemieën onder ID's hebben gekend, leveren geen van beide nationale gegevens over hiv-gevallen, hetgeen de waarde van deze gegevens voor het beschrijven van de totale situatie in de EU in hoge mate negatief beïnvloedt. Bovendien doen de gegevens uit sommige landen vermoeden dat het aantal hiv-infecties toeneemt, in elk geval onder sommige ID-populaties.

In Frankrijk, dat pas sinds 2003 hiv-gevallen registreert, is de incidentie van hiv onder ID's toegenomen (zij het vanaf een laag uitgangsniveau), van naar schatting 2,3 gevallen per miljoen inwoners in 2003 tot 2,9 gevallen in 2004. Hoewel dit in het algemeen aansluit op de beschikbare onderzoeksgegevens (zie hieronder), zij erop gewezen dat nieuwe rapportagesystemen aanvankelijk dikwijls onstabiel zijn. Over een eerder geregistreerde daling die zich leek voor te doen bij het aantal nieuw gediagnosticeerde hiv-gevallen onder ID's in Portugal bestaan twijfels nu de gegevens over 2004 bekend zijn, waaruit een incidentie van hiv-infectie van 98,5 gevallen per miljoen inwoners naar voren komt, het hoogste cijfer van de EU ⁽¹⁸⁶⁾. De hiv-incidentie onder ID's in het Verenigd Koninkrijk is langzaam gestegen, maar ligt nu stabiel op bijna 2,5 gevallen per miljoen inwoners per jaar. De incidentie in Ierland steeg aan het einde van de jaren negentig tot een maximum van 18,3 gevallen per miljoen per jaar in 2000, daalde tot 9,8 per miljoen in 2001 en steeg vervolgens weer tot 17,8 gevallen per miljoen in 2004.

Hiv-uitbraken ten gevolge van injecterend drugsgebruik zijn recentelijk nog voorgekomen: in 2001 in Estland en Letland en in 2002 in Litouwen. Sindsdien zijn de cijfers sterk gedaald; na een aanvankelijke epidemische fase is een daling in het aantal nieuw gerapporteerde gevallen te verwachten vanwege het bereiken van een endemisch infectieniveau (zie hieronder).

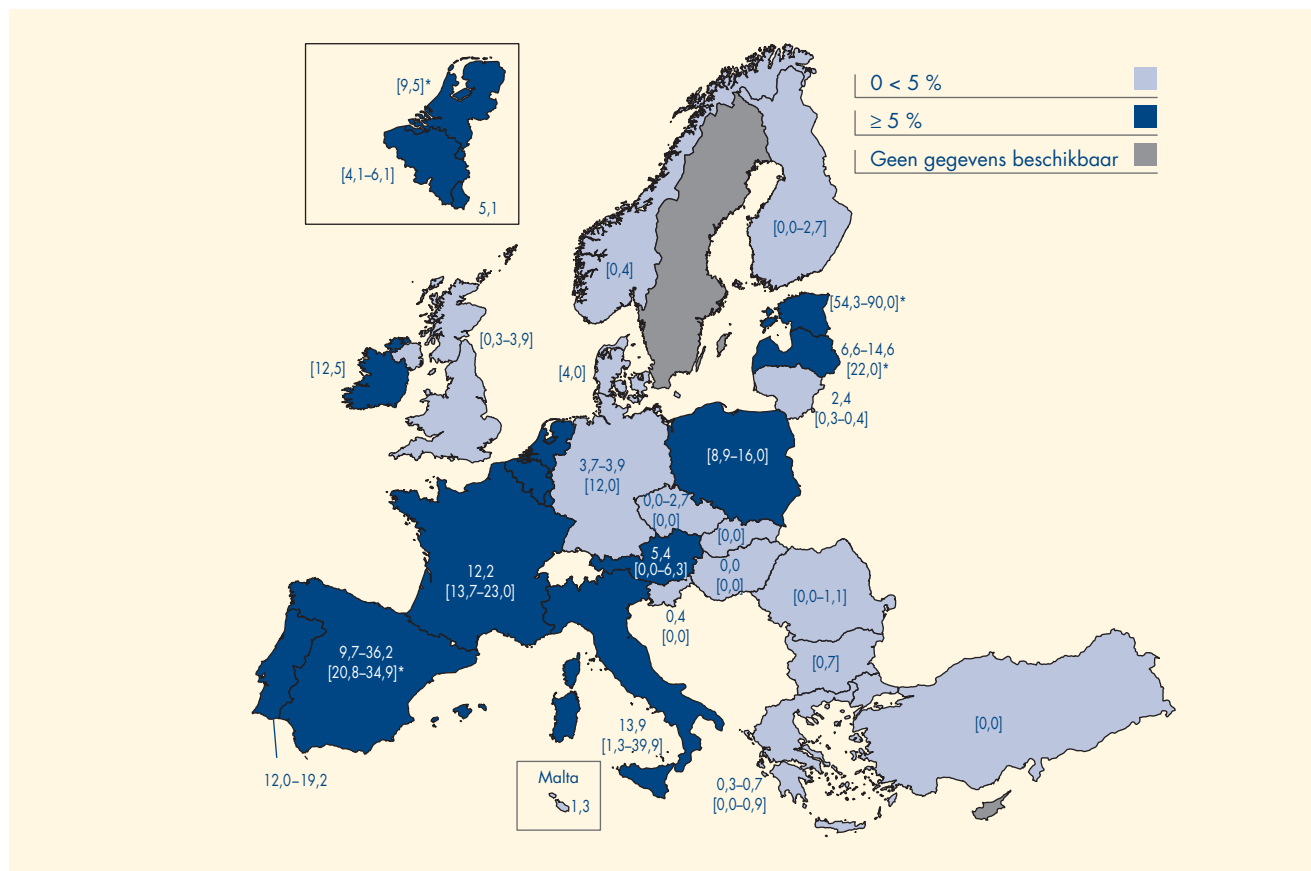
Hiv-seroprevalentie onder geteste ID's

Seroprevalentiegegevens van ID's (het percentage geïnfecteerden in steekproeven onder ID's) vormen een belangrijke aanvulling op de informatie die bekend is over hiv-gevallen. Longitudinale seroprevalentieonderzoeken en gestandaardiseerde monitoring van diagnostische testgegevens kunnen gebruikt worden ter onderbouwing van de conclusies die uit de gegevens over hiv-gevallen worden getrokken. Op deze manier kan ook meer informatie worden verkregen over specifieke regio's en settings. Prevalentiegegevens komen echter uit uiteenlopende bronnen en zijn in sommige gevallen moeilijk te vergelijken; ze dienen dan ook met de nodige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd.

De recente stijgingen in het aantal gerapporteerde hiv-gevallen in sommige landen worden over het algemeen bevestigd door de beschikbare seroprevalentiegegevens, al

⁽¹⁸⁶⁾ Zie de figuren INF-2 (deel i) en INF-2 (deel ii) in het Statistical Bulletin 2006.

Figuur 10: Hiv-prevalentie onder geteste injecterende drugsgebruikers, 2003-2004



NB: Cijfers tussen haakjes zijn lokale gegevens. De mediaan van de nationale cijfers of, als die niet voorhanden zijn, de lokale cijfers is met kleur aangegeven. De gegevens voor Italië en Portugal hebben ook betrekking op niet-injecterende gebruikers. De prevalentie onder alleen injecterende gebruikers is waarschijnlijk hoger. * Gegevens deels of volledig van voor 2003 (Spanje 2002-2003; Frankrijk 2002-2003; Letland 2002-2003; Nederland 2002; of van 2005 (Estland). Bronnen: Nationale focal points van het Reitox-netwerk. Voor primaire bronnen, onderzoeksgegevens en -bijzonderheden van voor 2003 of na 2004 wordt verwezen naar tabel INF-8 in het Statistical Bulletin 2006.

lijken die laatste erop te duiden dat niet alleen in die landen verscherpte waakzaamheid geboden is.

Uit de beschikbare seroprevalentiegegevens over de Baltische staten blijkt dat de overdracht tussen ID's waarschijnlijk nog altijd niet onder controle is (figuur 10). Een recent onderzoek in Estland wijst op een stijgende prevalentie onder ID's in één regio (Tallinn: van 41 % van een steekproef van 964 in 2001 naar 54 % van een steekproef van 350 in 2005) en een buitengewoon hoge prevalentie in een andere (Kohtla-Järve: 90 % van 100). Twee longitudinale reeksen van seroprevalentiegegevens onder ID's laten een gestage toename zien tot 2002/2003, terwijl een derde reeks wijst op een daling na het maximum in 2001. Uit Litouwse gegevens over 2003 blijkt een toename van hiv onder geteste ID's in drugsbehandelingstrajecten, omruilprogramma's voor naalden en ziekenhuizen, van 1,0-1,7 % in de periode 1997-2002 tot 2,4 % (27 op 1 112) in 2003.

In de landen waar de hiv-infectiecijfers onder ID's van oudsher hoog zijn (Spanje, Frankrijk, Italië, Polen en Portugal) zijn er geen nieuwe aanwijzingen voor een

verdergaande overdracht op nationaal niveau, in specifieke regio's of onder specifieke subgroepen van ID's⁽¹⁸⁷⁾. Benadrukt moet worden dat de hoge achtergrondprevalentie in deze landen, als gevolg van grootschalige epidemieën in de jaren tachtig en negentig, de kans dat risicovol gedrag tot infectie leidt vergroot.

Voor Spanje en Italië zijn geen nationale gegevens over hiv-gevallen beschikbaar. Gegevens uit routinematige diagnostische tests zijn moeilijk te interpreteren, daar zij vatbaar zijn voor verschillende selectievertekeningen; niettemin zijn deze gegevens uit deze landen reden tot zorg. In Spanje bleef de hiv-prevalentie onder jonge ID's (jonger dan 25 jaar) die in het kader van drugsbehandeling getest zijn, tot 2002 stabiel op ruim 12 %, terwijl de prevalentie onder nieuwe ID's (gedefinieerd als gebruikers die minder dan 2 jaar injecteren) in de periode 2000-2001 toenam van 15 % tot 21 %, hetgeen wijst op een hoge incidentie tot 2002. In Italië bestaan grote verschillen tussen de regio's in prevalentietrends onder ID's en sommige regio's laten nog altijd een duidelijke, recente toename zien (Zuid-Tirol, Ligurië, Molise, Toscane en Umbrië).

⁽¹⁸⁷⁾ Zie de figuren INF-5 (deel ii) en (deel vi) in het Statistical Bulletin 2006.

Uit lokale onderzoeken naar de verspreiding van hiv in Polen komt naar voren dat deze ten minste tot voor kort gestaag is toegenomen, gezien de hoge prevalentiecijfers onder jonge ID's (15 % in een bepaalde regio in 2002, 4-11 % in twee andere regio's in 2004). In het onderzoek uit 2002 werden onder de 45 nieuwe ID's in de steekproef vier hiv-gevallen gerapporteerd (9 %), maar in het onderzoek uit 2004 werden onder de 20 nieuwe ID's in de steekproef geen hiv-gevallen aangetroffen.

Tot slot wijzen recente prevalentiegegevens over Luxemburg, Oostenrijk en het Verenigd Koninkrijk, landen die nog nooit grootschalige epidemieën onder ID's hebben gekend, erop dat waakzaamheid geboden is, al blijven de stijgingen beperkt en worden ze niet bevestigd door het gerapporteerde aantal hiv-gevallen.

Landen met een lage hiv-prevalentie

De hiv-prevalentie onder geteste ID's loopt nog altijd sterk uiteen tussen de verschillende EU-landen (figuur 10). Voor een aantal landen geldt dat de hiv-prevalentie onder ID's recentelijk is toegenomen of al jaren hoog is. Anderzijds zijn er ook meerdere landen waar de hiv-prevalentie onder ID's in de periode 2003-2004 zeer laag is gebleven: zo lag de hiv-prevalentie onder of rond de 1 % in Tsjechië, Griekenland, Hongarije, Malta en Slovenië (gebaseerd op nationale steekproeven), alsook in Slowakije, Turkije, Noorwegen, Bulgarije en Roemenië (gebaseerd op subnationale steekproeven). In sommige van deze landen (bijv. Hongarije), horen zowel de prevalentie van hiv als die van het hepatitis-C-virus (hcv) tot de laagste in Europa, hetgeen wijst op lage aantallen injecterende gebruikers (zie „Hepatitis B and C”), hoewel er in sommige landen (bijv. Roemenië) aanwijzingen zijn dat de hcv-prevalentie toeneemt.

Genderverschillen in de hiv-prevalentie onder geteste ID's

Uit de beschikbare seroprevalentiegegevens voor 2003-2004 komen verschillen naar voren tussen mannelijke en vrouwelijke geteste ID's⁽¹⁸⁸⁾. Combinatie van gegevens uit België, Estland (2005), Spanje (2002), Frankrijk, Italië, Luxemburg, Oostenrijk, Polen en Portugal levert een totale steekproef op van 124 337 mannen en 20 640 vrouwen, die merendeels zijn getest in drugsbehandelcentra of andere locaties voor drugsdienstverlening. De totale prevalentie was 13,6 % onder mannen en 21,5 % onder vrouwen. Tussen de landen bestaan opmerkelijke verschillen: Spanje, Estland, Italië, Luxemburg en Portugal kennen de hoogste verhouding vrouw staat tot man, terwijl België juist een omgekeerde tendens laat zien, met een hogere prevalentie onder mannen.

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. Deze gegevens laten evenwel nog altijd de totale omvang van de symptomatische aandoening zien en vormen bovendien een belangrijke indicator voor de introductie en het bereik van HAART onder ID's.

Uit schattingen van de WHO over 2003 blijkt dat het bereik van HAART onder mensen die een behandeling nodig hebben, hoog was in West-Europese landen (meer dan 70 %), maar beperkter in de meeste Oost-Europese landen, waaronder Estland, Letland en Litouwen⁽¹⁸⁹⁾. Recentere gegevens over het bereik van HAART laten een aanmerkelijke verbetering van de situatie zien: alle EU- en kandidaat-lidstaten halen nu een bereik van ten minste 75 %. Er zijn echter geen specifieke gegevens over de beschikbaarheid van HAART onder ID's voorhanden en het valt te bezien of het verbeterde bereik zal resulteren in een daling van de aids-incidentie onder ID's in Estland en Letland.

In de vier West-Europese landen met de hoogste aids-incidentie, te weten Spanje, Frankrijk, Italië en Portugal, is de incidentie gedaald. In het geval van de eerste drie landen is deze daling ingezet in 1996, in Portugal pas in 1999. Portugal is nog altijd het land met de hoogste aids-incidentie onder ID's, met 31 gevallen per miljoen inwoners in 2004. De incidentie in Letland is evenwel niet veel lager, met 30 gevallen per miljoen.

Uit EuroHIV-gegevens tot 2004 (gecorrigeerd voor vertragingen in de rapportage) blijkt dat de aids-incidentie onder ID's in zowel Estland als Letland toeneemt⁽¹⁹⁰⁾.

Hepatitis B en C

Hepatitis C

De prevalentie van antistoffen tegen het hepatitis-C-virus (hcv) is onder ID's in de EU over het algemeen extreem hoog, hoewel er een grote variatie in en tussen de landen bestaat. België, Denemarken, Duitsland, Griekenland, Spanje, Ierland, Italië, Polen, Portugal, het Verenigd Koninkrijk, Roemenië en Noorwegen rapporteren voor 2003-2004 steekproeven onder ID's met prevalentiepercentages van meer dan 60 %, terwijl steekproeven met een prevalentie van minder dan 40 % worden gerapporteerd in België, Tsjechië, Griekenland, Cyprus, Hongarije, Malta, Oostenrijk, Slovenië, Finland en het Verenigd Koninkrijk⁽¹⁹¹⁾.

Uit 14 landen zijn prevalentiegegevens voor antistoffen tegen hcv onder jonge ID's (jonger dan 25 jaar) beschikbaar, al zijn de steekproeven in sommige gevallen maar klein. De variatie in deze resultaten is groot en er zijn landen die op basis van verschillende steekproeven zowel hoge als lage cijfers rapporteren. De hoogste prevalentiepercentages

⁽¹⁸⁸⁾ Zie figuur INF-3 (deel v) in het Statistical Bulletin 2006.

⁽¹⁸⁹⁾ Zie de figuren INF-14 (deel iii) en (deel iv) in het Statistical Bulletin 2006.

⁽¹⁹⁰⁾ Zie figuur INF-1 (deel i) in het Statistical Bulletin 2006.

⁽¹⁹¹⁾ Zie figuur INF-6 (deel i) in het Statistical Bulletin 2006.

onder jonge ID's in 2003-2004 (meer dan 40 %) werden aangetroffen in steekproeven in België, Griekenland, Oostenrijk, Polen, Portugal, Slowakije en het Verenigd Koninkrijk; de laagste prevalentie (minder dan 20 %) was afkomstig van steekproeven in België, Griekenland, Cyprus, Hongarije, Malta, Oostenrijk, Slovenië, Finland, het Verenigd Koninkrijk en Turkije. Als alleen landelijke onderzoeken onder jonge ID's in aanmerking worden genomen, worden de hoogste prevalentiepercentages (meer dan 60 %) gevonden in Portugal en de laagste (minder dan 40 %) in Cyprus, Hongarije, Malta, Oostenrijk en Slovenië. De gehanteerde procedures voor de steekproefname leiden mogelijk tot een vertekening ten gunste van een meer chronische groep, maar dat neemt niet weg dat de hoge prevalentie van antistoffen tegen hcv die in een landelijke steekproef in Portugal werd aangetroffen (67 % onder 108 ID's jonger dan 25 jaar) zorgwekkend is. Deze hoge prevalentie kan erop wijzen dat jonge ID's risicovol gedrag blijven vertonen (zie ook „Recente trends in nieuw gerapporteerde hiv-gevallen”, blz. 77).

Over de prevalentie van hcv-antistoffen onder nieuwe drugsspueters (die minder dan twee jaar injecteren) zijn weinig gegevens beschikbaar, en de gegevens die er zijn hebben bovendien het nadeel dat ze betrekking hebben op een kleine steekproefomvang. Niettemin bieden deze gegevens een betere vervangingsindicator voor zeer recente incidentiepercentages dan gegevens over jonge ID's. Uit hetgeen er aan informatie beschikbaar is over 2003-2004 blijkt dat het hoogste prevalentiepercentage onder nieuwe drugsspueters (meer dan 40 %) werd aangetroffen in steekproeven in Griekenland, Polen, het Verenigd Koninkrijk en Turkije, en de laatste prevalentie (minder dan 20 %) in steekproeven in België, Tsjechië, Griekenland, Cyprus en Slovenië. Lage prevalentiepercentages zijn gevonden in kleine maar landelijke steekproeven van nieuwe drugsspueters in Cyprus (slechts twee positieve tests voor hcv-antistoffen onder 23 drugsspueters, een percentage van 9 %) en Slovenië (twee positieve tests op 32 drugsspueters, ofwel 6 %).

Hepatitis B

De prevalentie van markers voor het hepatitis-B-virus (hbv) varieert ook aanzienlijk in en tussen landen. De meest volledige gegevens zijn die over anti-hbc, waarvan de aanwezigheid wijst op een infectieverleden. Over de periode 2003-2004 werden prevalentiepercentages van meer dan 60 % onder ID-steekproeven gerapporteerd in Italië en Polen, terwijl steekproeven met prevalentiepercentages van minder dan 20 % werden geregistreerd in België, Ierland, Cyprus, Oostenrijk, Portugal, Slovenië, Slowakije en het Verenigd Koninkrijk. Uit de registratiegegevens van hepatitis B voor de periode 1992-2004 blijkt dat de situatie in de landen waarvoor gegevens beschikbaar zijn sterk varieert⁽¹⁹²⁾. In Noord-Europa heeft de grote meerderheid van geregistreerde acute hbv-gevallen betrekking op ID's,

en in een aantal landen vielen hepatitis-B-epidemieën samen met een toename van het injecterend drugsgebruik. De gegevens uit Noorwegen laten bijvoorbeeld een sterk stijgende incidentie zien van hepatitis-B-infecties onder ID's tussen 1992 en 1998, gevolgd door een daling. In Finland is het aantal geregistreerde gevallen van hepatitis B onder ID's de afgelopen jaren sterk afgenomen, mogelijk als gevolg van vaccinatieprogramma's en een uitgebreid omruilsysteem voor naalden en spuiten.

Preventie van infectieziekten

Effectieve maatregelen

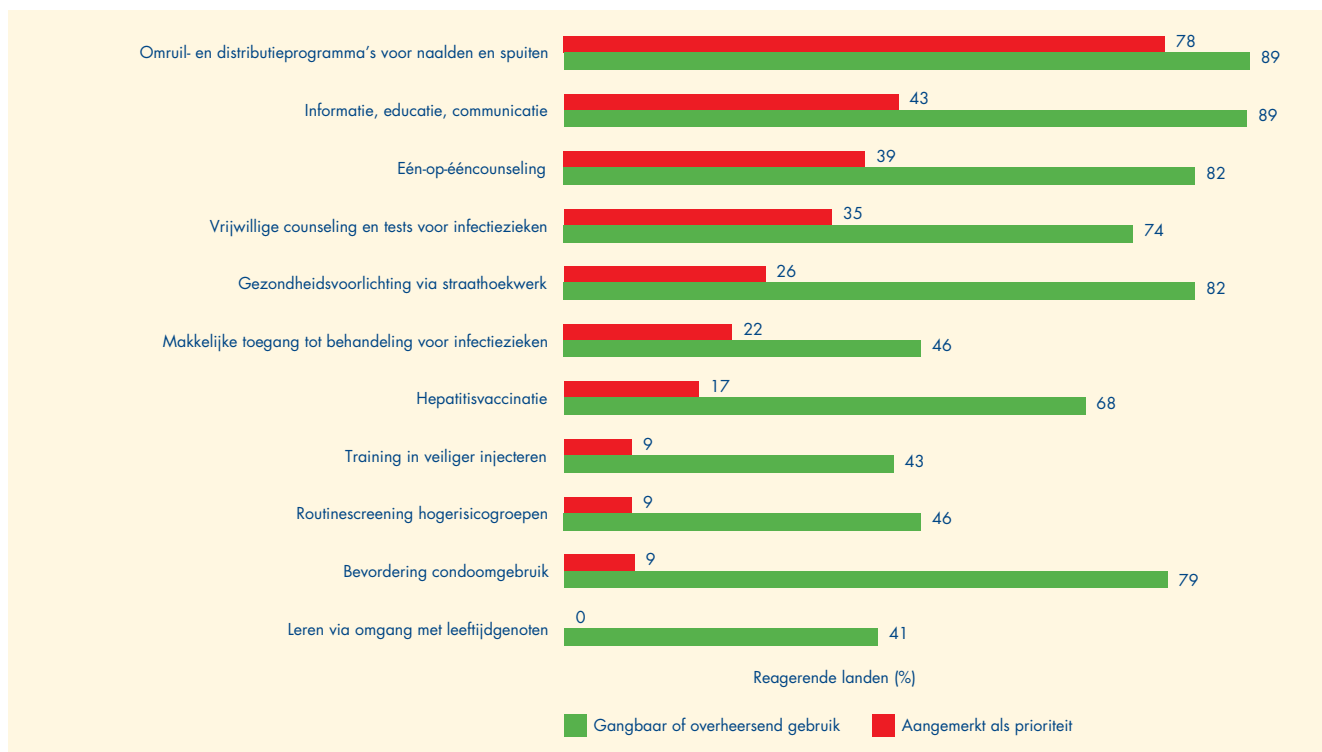
Een aantal volksgezondheidsinterventies is effectief gebleken in het terugdringen van de verspreiding van infectieziekten onder drugsgebruikers. Er is een toenemende consensus dat de kans op succes het grootst is met een alomvattende benadering van de dienstverlening op dit terrein. Het debat is vanouds toegespitst geweest op de preventie van hiv-infectie onder drugsspueters. De noodzaak van effectieve maatregelen om de verspreiding van hepatitis tegen te gaan wordt echter in toenemende mate onderkend, evenals de noodzaak om de verspreiding van infectieziekten onder niet-injecterende drugsgebruikers te voorkomen.

Er zij op gewezen dat het bewijs voor de effectiviteit het sterkst is als het gaat om de preventie van hiv-infectie onder drugsspueters. Er is een behoorlijke hoeveelheid bewijs beschikbaar waaruit blijkt dat interventies als effectief kunnen worden beschouwd en dat de toegang tot allerlei typen behandeling bescherming biedt (Farrell et al., 2005; WHO, 2005). Sinds het midden van de jaren negentig is de Europese aanpak gekenmerkt door het feit dat er steeds meer verslavingsbehandeling wordt verzorgd voor drugsgebruikers (zie hoofdstuk 2). Over het geheel genomen lijkt dit een van de aspecten die hebben bijgedragen tot de relatief bemoedigende situatie in Europa als het gaat om de epidemische verspreiding van hiv onder drugsspueters.

Behandeling is echter maar een onderdeel van de alomvattende benadering van hiv-preventie. Andere onderdelen zijn onder andere uiteenlopende voorlichtings-, educatie- en communicatietechnieken, vrijwillige counseling en tests, vaccinatie en de verstrekking van steriel injectiemateriaal en andere profylactica. Deze maatregelen, evenals de verzorging van medische behandeling bij laagdrempelige instanties of soms zelfs op straatniveau, kunnen bijdragen tot de totstandbrenging of verbetering van de communicatie met actieve drugsgebruikers en hun seksuele partners over het risico en de preventie van de gevolgen van drugsgebruik voor de gezondheid.

Dat een alomvattende aanpak breed wordt gedragen betekent niet dat al deze dienstverleningselementen in gelijke mate op nationaal niveau ontwikkeld en ondersteund worden. Er lijkt wat dit betreft echter enige consensus tot

⁽¹⁹²⁾ Zie figuur INF-12 (deel i) in het Statistical Bulletin 2006.

Figuur 11: Prioriteit en mate van gebruik van geselecteerde maatregelen ter voorkoming van infectieziekten onder drugsgebruikers volgens nationale deskundigen: samenvatting voor reagerende landen

NB: Classificatie van prioriteiten in 23 EU-landen plus Bulgarije en Noorwegen. Landen die geen classificatie verschaft hebben zijn Ierland, Cyprus, Litouwen en Nederland.

Een classificatie over „de mate van gebruik” is verschaft door deskundigen uit alle 25 EU-landen plus Bulgarije en Noorwegen. De Franse en Vlaamse Gemeenschappen in België hebben een aparte classificatie verschaft, hetgeen het totaal aantal antwoorden op 28 brengt.

Bronnen: Nationale focal points, deskundigenenquête, SQ 23 (2004), vraag 5.

stand te komen. In een enquête onder NFP's gaven drie op de vier respondenten aan omruil- en distributieprogramma's voor naalden en spuiten (OvN's) in combinatie met counseling en advies als prioriteit te beschouwen voor het nationale beleid ten aanzien van de verspreiding van infectieziekten onder drugspuiter (figuur 11). Het feit dat zoveel landen nu een expliciete rol toekennen aan de verstrekking van schoon injectiemateriaal als onderdeel van hun hiv-preventiestrategie, geeft aan hoezeer dergelijke voorzieningen gemeengoed zijn geworden in het grootste deel van Europa en laat zien dat ze in de meeste landen niet langer als controversieel worden beschouwd. Dit betekent echter niet dat er algemene overeenstemming bestaat over de baten van dergelijke voorzieningen. Zo schaarde Griekenland en Zweden ze bijvoorbeeld niet onder hun beleidspiepunten. Over het algemeen echter levert de situatie in de EU als het gaat om de invoering van interventies op dit terrein een tamelijk homogeen beeld op⁽¹⁹³⁾, aangezien alle landen behalve Cyprus melding maken van het bestaan van OvN's⁽¹⁹⁴⁾.

Soorten omruil- en distributieprogramma's voor naalden en spuiten in Europese landen

Hoewel in de meeste Europese landen nu steriel injectiemateriaal wordt verstrekt, lopen de aard en de omvang van de verstrekking in de verschillende landen uiteen. In de meest gebruikelijke opzet wordt deze dienst verleend op een vaste locatie, meestal een speciale drugshulpverleningsdienst, maar een dergelijke voorziening wordt vaak aangevuld met mobiele diensten waarmee wordt gepoogd drugsgebruikers op wijk- of buurtniveau te bereiken. In acht landen worden de beschikbare OvN-diensten aangevuld met spuitautomaten⁽¹⁹⁵⁾, hoewel het aanbod hiervan beperkt lijkt te blijven tot een handvol locaties. Alleen Duitsland en Frankrijk melden een substantieel aantal distributiepunten (respectievelijk 200 en 250 automaten). Spanje is het enige EU-land waar naalden- en spuitomruil algemeen voorhanden is in gevangenis: in 2003 werd dit in 27 gevangenis aangeboden. Het enige andere EU-land dat een dergelijke voorziening

⁽¹⁹³⁾ Zie figuur NSP-3 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽¹⁹⁴⁾ Zie het jaarverslag 2005 voor een korte samenvatting van het bewijs voor de effectiviteit van omruil- en distributieprogramma's voor naalden en spuiten (blz. 68).

⁽¹⁹⁵⁾ Zie tabel NSP-2 in het Statistical Bulletin 2006.

rapporteert is Duitsland, waar het aanbod evenwel beperkt is tot één gevangenis.

Omruilprogramma's via apotheken kunnen eveneens zorgen voor een groter geografisch bereik van de voorziening en bovendien kan de verkoop van schone spuiten in apotheken de beschikbaarheid ervan vergroten. In alle EU-landen behalve Zweden is de verkoop van spuiten zonder recept toegestaan, hoewel sommige apothekers daartoe niet bereid zijn, en er zijn ook apothekers die drugsgebruikers actief uit hun pand weren. Officiële omruil- en distributienetwerken via apotheken bestaan in negen Europese landen (België, Denemarken, Duitsland, Spanje, Frankrijk, Nederland, Portugal, Slovenië en het Verenigd Koninkrijk), hoewel de deelname aan deze programma's sterk varieert, van bijna de helft van de apotheken (45 %) in Portugal tot minder dan 1 % in België. In Noord-Ierland is de omruil van naalden en spuiten op dit moment uitsluitend via apotheken georganiseerd.

De aankoop van spuiten in apotheken kan voor sommige drugsspuiters een belangrijke bron van contact zijn met de gezondheidsdiensten, en het potentieel om dit contactpunt aan te grijpen als ingang tot andere diensten is duidelijk aanwezig. Het motiveren en stimuleren van apothekers om hun dienstverlening aan drugsgebruikers te ontwikkelen zou een belangrijk onderdeel kunnen vormen van uitbreiding van de rol van apotheken, maar tot op heden lijken alleen Frankrijk, Portugal en het Verenigd Koninkrijk investeringen van enig gewicht in deze richting te doen.

Sterfte en sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik

Sterfte onder problematische drugsgebruikers

De meeste informatie over de sterfte onder problematische drugsgebruikers in Europa betreft gebruikers van opioïden. Over de sterfte ten gevolge van andere vormen van drugsgebruik is minder bekend, maar dit blijft een belangrijke volksgezondheidskwestie.

In een gezamenlijk onderzoek dat werd gestart in het kader van een EWDD-project is de sterfte onderzocht onder opioïdengebruikers die benaderd zijn in acht Europese behandellocaties⁽¹⁹⁶⁾. De uitkomst was een zeer hoge sterfte onder opioïdengebruikers in vergelijking met hun leeftijdsgenoten: 6-20 maal hoger onder mannen en 10-50 maal hoger onder vrouwen. Naar schatting zou op zes van de locaties (Amsterdam, Barcelona, Dublin, Londen, Rome en Wenen) 10-23 % van de totale sterfte onder volwassenen van 15-49 jaar kunnen worden toegeschreven aan het gebruik van opioïden, voornamelijk overdoses, aids en externe oorzaken (ongevallen, zelfmoorden). Ruwweg eenderde van deze sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik werd aan overdoses toegeschreven, hoewel dit aandeel hoger was in steden waar de prevalentie van

Volstaat de dekking van omruilprogramma's voor naalden en spuiten in Europa?

Ofschoon bijna alle lidstaten de beschikbaarheid van omruilprogramma's voor naalden en spuiten (OvN's) melden, is het effect van deze vorm van interventie afhankelijk van de vraag of het niveau van de verstrekking volstaat om tegemoet te komen aan de behoeften van injecterende drugsgebruikers.

Er zijn voor negen Europese landen recente schattingen beschikbaar van het aantal injecterende drugsgebruikers en het aantal spuiten dat via OvN's wordt verspreid. Deze gegevens maken het mogelijk een ruwe schatting te maken van het aantal spuiten dat per jaar beschikbaar is per injecterende drugsgebruiker⁽¹⁾. Volgens de meest recente beschikbare gegevens variëren de dekkingspercentages van OvN's aanzienlijk; het aantal spuiten dat naar schatting per injecterende drugsgebruiker en per jaar wordt verspreid loopt uiteen van 2 tot 3 in Griekenland, via 60 tot 90 in Tsjechië, Letland, Oostenrijk en Portugal, tot ongeveer 110 in Finland, 210 in Malta en ruim 250 in Luxemburg en Noorwegen. Daarnaast zijn spuiten verkrijgbaar bij apotheken, en op basis van de gegevens van Tsjechië en Finland kan de algemene beschikbaarheid van spuiten worden geschat. Door de gegevens over de verspreiding en de verkoop met elkaar te combineren blijkt dat drugsspuiters in Tsjechië in een jaar gemiddeld 125 spuiten aanschaffen en in Finland 140.

Het is bekend dat er tal van factoren zijn die van invloed zijn op de frequentie waarmee drugsgebruikers injecteren, waaronder gebruikspatronen, het verslavingsniveau en het type drugs dat wordt gebruikt. Uit een recente studie naar de relatie tussen hiv-prevalentie en de dekking van omruilprogramma's voor naalden en spuiten bleek dat gedragsfactoren, bijvoorbeeld de injectiefrequentie en het persoonlijk hergebruik van spuiten, sterk van invloed zijn op de toereikendheid van de dekking van omruilprogramma's voor naalden en spuiten om een aanzienlijke afname in hiv-prevalentie te bewerkstelligen (Vickerman et al., 2006).

Het meten van deze dekking is belangrijk om inzicht te krijgen in de waarschijnlijke effecten van de verspreiding van spuiten voor de preventie van ziekten en de beoordeling van behoeften waaraan niet tegemoet wordt gekomen. Het is voor de interpretatie van deze gegevens echter belangrijk om rekening te houden met de beschikbaarheid van spuiten via de verkoop in apotheken (prijzen, dichtheid van het netwerk van apotheken) alsmede met de gedragspatronen van injecterende drugsgebruikers en omgevingsfactoren. Op deze kwestie wordt nader ingegaan in het Statistical Bulletin 2006.

⁽¹⁾ Zie het Statistical Bulletin 2006 voor technische opmerkingen.

hiv-infectie onder drugsspuiters laag is, en dit aandeel zal waarschijnlijk nog stijgen zodra zeer actieve antiretrovirale behandeling (HAART) op grotere schaal beschikbaar komt.

Uit een Tsjechische cohortstudie bleek dat de sterfte onder gebruikers van stimulerende middelen 4-6 maal hoger was

⁽¹⁹⁶⁾ Amsterdam, Barcelona, Dublin, Denemarken, Lissabon, Londen, Rome and Wenen. De schattingen van de bevolkingssterfte hadden geen betrekking op Lissabon en Denemarken. Zie EWDD (2002b).

(standaard sterftecijfer) dan onder de algemene bevolking, terwijl de sterfte onder gebruikers van opioïden 9-12 maal hoger was. 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.

Naarmate opioïdengebruikers ouder worden, komen sterfgevallen als gevolg van chronische aandoeningen (cirrose, kanker, luchtwegaandoeningen, endocarditis, aids) boven op het aantal sterfgevallen door externe oorzaken anders dan overdoses, zoals zelfmoord en geweld (Nederlandse nationale verslagen 2004 en 2005, van de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst Amsterdam). De levensomstandigheden van drugsgebruikers (zoals dakloosheid, psychische aandoeningen, geweld, slechte voeding) kunnen ook aanzienlijk bijdragen tot de hoge sterfte in deze groep.

Bovendien was aids ten gevolge van intraveneus drugsgebruik de oorzaak van 1 528 sterfgevallen in 2002 ⁽¹⁹⁷⁾, en dit is waarschijnlijk een onderschatting. Andere oorzaken van drugsgerelateerde sterfgevallen, zoals ziekten (bijv. hepatitis), geweld en ongevallen, zijn moeilijker in kaart te brengen, maar deze zijn waarschijnlijk ook verantwoordelijk voor een aanzienlijk aantal sterfgevallen. Naar schatting kan 10 tot 20 % van de sterfgevallen onder jongvolwassenen in Europese steden worden toegeschreven aan het gebruik van opioïden (zie hieronder). Hier komt de sterfte ten gevolge van andere vormen van drugsgebruik nog bij, hoewel deze zeer lastig te kwantificeren valt.

Sterfte ten gevolge van drugsgebruik

Sterfte ten gevolge van drugsgebruik is een complex begrip. In sommige rapporten verwijst het enkel naar sterfgevallen die rechtstreeks zijn veroorzaakt door de werking van psychoactieve stoffen, terwijl het in andere gevallen ook sterfgevallen omvat waarin drugsgebruik een indirecte of bijkomende rol heeft gespeeld (verkeersongevallen, geweld, infectieziekten). In een recent rapport waarin de verschillende typen schade als gevolg van het gebruik van illegale drugs in het Verenigd Koninkrijk werden geanalyseerd, werd sterfte ten gevolge van drugsgebruik aangemerkt als de belangrijkste schade met betrekking tot drugsgebruik (MacDonald et al., 2005).

In dit gedeelte, en in het EWDD-protocol verwijzen de termen „sterfte ten gevolge van drugsgebruik” en „drugsgerelateerde sterfte” naar sterfgevallen die direct veroorzaakt zijn door de consumptie van een of meer drugs en waarbij de dood kort na de consumptie van die stof(fen) intreedt. Andere termen die worden gebruikt om dergelijke sterfgevallen te beschrijven zijn onder andere „overdoses”, „vergiftigingen of intoxicaties”, „door drugs geïnduceerde sterfgevallen” of „acute sterfgevallen door drugs” ⁽¹⁹⁸⁾.

Tussen 1990 en 2003 werden jaarlijks 6 500 tot ruim 9 000 sterfgevallen als gevolg van overdoses gerapporteerd door de EU-landen, hetgeen betekent dat er in deze periode meer dan 113 000 mensen als gevolg van hun drugsgebruik zijn overleden. Deze cijfers kunnen worden beschouwd als een minimale schatting, vanwege waarschijnlijke onderrapportage in veel landen ⁽¹⁹⁹⁾.

Bevolkingssterftecijfers in verband met sterfte ten gevolge van drugsgebruik liepen sterk uiteen in de verschillende Europese landen, variërend van 0,2 tot meer dan 50 sterfgevallen per miljoen inwoners (gemiddeld 13). In de meeste landen vallen de cijfers in het bereik van 7-30 sterfgevallen per miljoen inwoners, met cijfers van meer dan 25 in Denemarken, Estland, Luxemburg, Finland, het Verenigd Koninkrijk en Noorwegen. Onder mannen van 15-39 jaar zijn de sterftecijfers over het algemeen driemaal zo hoog (gemiddeld 40 sterfgevallen per miljoen), waarbij in zeven landen cijfers van meer dan 80 sterfgevallen per miljoen voorkomen. In 2003-2004 maakten sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik 3 % uit van alle sterfgevallen onder personen van 15-39 jaar in heel Europa, en 7 % in Denemarken, Griekenland, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, het Verenigd Koninkrijk en Noorwegen. Deze cijfers moeten als minimale schattingen worden beschouwd en er moet rekening mee worden gehouden dat, ondanks verbeteringen, de kwaliteit van de rapportage in de verschillende landen nog altijd sterk uiteenloopt, zodat bij rechtstreekse vergelijkingen terughoudendheid geboden is ⁽²⁰⁰⁾.

Sterfgevallen ten gevolge van het gebruik van opioïden

Bij de meeste acute sterfgevallen ten gevolge van het gebruik van illegale drugs die in de EU worden gerapporteerd, spelen opioïden een rol, hoewel in veel gevallen ook andere middelen tijdens de toxicologische analyse worden aangetroffen, met name alcohol, benzodiazepinen en, in sommige landen, cocaïne. In Europa gaat het bij de meeste van deze sterfgevallen om heroïne, maar ook andere opioïden spelen een rol (zie hieronder) ⁽²⁰¹⁾.

⁽¹⁹⁷⁾ Zie EuroHIV (2005). Het cijfer betreft het westelijke en het centrale deel van Europa volgens de indeling van het regionaal kantoor voor Europa van de WHO, waartoe ook enige niet-EU landen behoren, alsmede het totale aantal sterfgevallen in Estland, Letland en Litouwen (oostelijk deel).

⁽¹⁹⁸⁾ Dit is de definitie zoals overeengekomen door de EWDD-groep van nationale deskundigen: 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 2006. Deel 1: „EWDD definition” en deel 2: „National definitions and RD Standard Protocol, version 3.0”).

⁽¹⁹⁹⁾ Zie de tabellen DRD-2 (deel i), DRD-3 en DRD-4 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽²⁰⁰⁾ Zie tabel DRD-1 (deel iii) en (deel iv) in het Statistical Bulletin 2006.

⁽²⁰¹⁾ Zie figuur DRD-1 in het Statistical Bulletin 2006.

Overdoses met opioïden zijn een van de belangrijkste doodsoorzaken onder jonge mensen in Europa, met name onder mannen in stedelijke gebieden. Op dit moment zijn overdoses eveneens de belangrijkste doodsoorzaak onder opioïdengebruikers in de EU als geheel, met name in landen met een lage hiv-prevalentie onder drugsspuiters (zie „Sterfte onder problematische drugsgebruikers”, blz. 82)

De meeste slachtoffers van overdoses (65-100 %) zijn mannen ⁽²⁰²⁾ en in de meeste landen varieert dat percentage tussen de 75 en 90 %, waarbij het hoogste aandeel van vrouwen voorkomt in Tsjechië, Polen en Finland en het laagste in Griekenland, Italië en Cyprus. Bij het interpreteren van deze bevindingen moet rekening worden gehouden met de verschillende cijfers voor het gebruik en de injectie van opioïden door mannen en vrouwen.

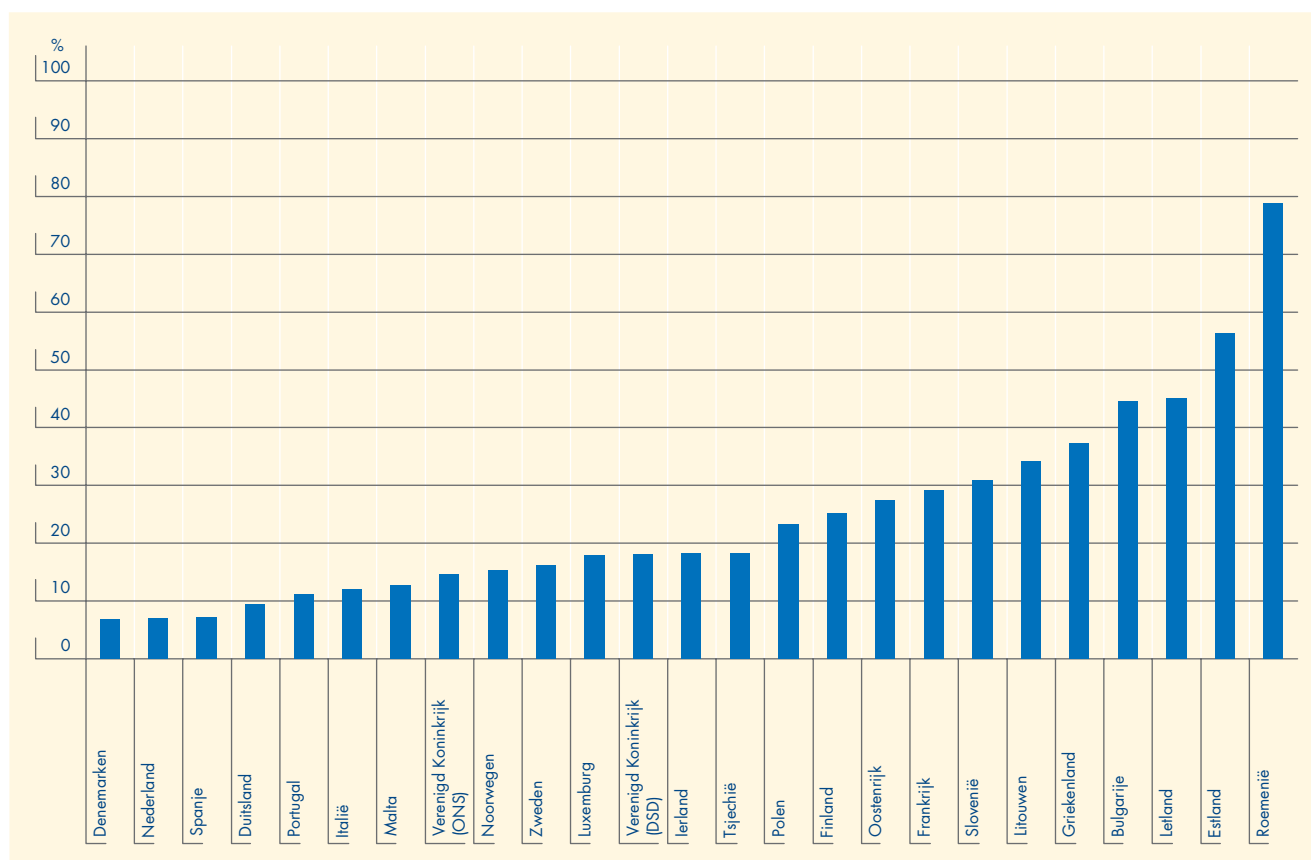
Meestal gaat het om mensen tussen de 20 en 40 jaar, met een gemiddelde leeftijd van middendertig (met een spreiding tussen de 20 en 44 jaar). De gemiddelde leeftijd is het laagst in Estland, Slovenië, Bulgarije en Roemenië en het hoogst in Tsjechië, Nederland, Polen en Finland. Er worden zeer weinig sterfgevallen door een overdosis

gemeld van personen jonger dan 15 jaar (17 gevallen op een totaal aantal sterfgevallen van 7 516, op basis van de meest recente beschikbare gegevens voor elk land), alhoewel onderrapportage voor sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik in deze leeftijdscategorie niet is uitgesloten. De cijfers van het EWDD omvatten een klein aantal sterfgevallen onder 65-plussers; slechts zeven landen melden dat meer dan 5 % van de gevallen deze leeftijdsgroep betreft ⁽²⁰³⁾.

In verschillende nieuwe lidstaten en kandidaat-lidstaten is de gemiddelde leeftijd bij overlijden relatief laag (Cyprus, Estland, Letland, Slowakije, Bulgarije en Roemenië) en hebben personen van onder de 25 jaar een groot aandeel in de overdosisgevallen. Dit kan erop wijzen dat de populatie van heroïnegebruikers in die landen gemiddeld jonger is. De hoge gemiddelde leeftijd in Tsjechië houdt verband met het feit dat veel sterfgevallen als gevolg van psychoactieve geneesmiddelen in de cijfers zijn opgenomen (figuur 12).

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. Dit is een algemene tendens in de vijftien oude lidstaten, die al sinds

Figuur 12: Percentage acute sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik onder de 25 jaar in 2002



NB: ONS, Office of national statistics (nationaal bureau voor de statistiek), DSD, drug strategy definition (definitie drugsstrategie). 2002 werd als referentie genomen omdat voor dat jaar voor de meeste landen informatie beschikbaar is.

Bronnen: Nationale Reitox-verslagen (2005). De gegevens zijn ontleend aan nationale overlijdensregisters of speciale registers (forensische of politieregisters). Informatie gebaseerd op de „nationale definities” als weergegeven in de methodological notes on drug-related deaths in het Statistical Bulletin 2006.

⁽²⁰²⁾ 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 drugs gebruikt.

⁽²⁰³⁾ Zie tabel DRD-1 in het Statistical Bulletin 2006.

het begin van de jaren negentig wordt waargenomen, al is hij minder duidelijk in Zweden en het Verenigd Koninkrijk. In nieuwe lidstaten is de tendens minder evident en wordt in veel gevallen zelfs een daling van de gemiddelde leeftijd waargenomen ⁽²⁰⁴⁾.

Sterfgevallen ten gevolge van het gebruik van methadon

Een aantal landen meldt in hun Reitox-verslagen over 2005 dat bij een substantieel percentage van de drugsgerelateerde sterfgevallen methadon is aangetroffen. De door de landen gehanteerde terminologie loopt uiteen en in sommige gevallen kan moeilijk worden vastgesteld welke rol methadon bij het overlijden heeft gespeeld.

Denemarken rapporteert dat in 44 % van de sterfgevallen als gevolg van vergiftiging (95 op 214 in 2004) methadon de oorzaak was (gebruik van alleen methadon of gebruik van methadon in combinatie met andere middelen), een percentage dat ongeveer gelijk is aan dat voor 2003, maar dat duidelijk is gestegen sinds 1997. Duitsland rapporteert dat 345 sterfgevallen zijn toegeschreven aan „substitutiemiddelen” (in 46 gevallen als enige middel en in 299 gevallen in combinatie met andere verdovende middelen in 2004), met een duidelijke afname sinds 2002. Door het Verenigd Koninkrijk worden 216 gevallen gerapporteerd waarbij sprake was van „melding” van methadon (Engeland en Wales, in 2003), eveneens met een duidelijke afname ten opzichte van 2002. Spanje rapporteert dat in een aantal gevallen van overdoses alleen sprake was van methadon (2 %), maar ook dat het middel dikwijls in combinatie met andere middelen aanwezig was in sterfgevallen als gevolg van het gebruik van opioïden (42 %) en cocaïne (20 %). Andere landen melden geen sterfgevallen als gevolg van methadon of slechts zeer kleine aantallen. Het is onduidelijk welke factoren aan deze verschillen ten grondslag liggen en of er in sommige landen sprake is van onderrapportage van sterfgevallen als gevolg van het gebruik van methadon ⁽²⁰⁵⁾.

Hoewel onderzoek uitwijst dat substitutiebehandeling het risico op een dodelijke overdosis verkleint, is het van belang het aantal sterfgevallen in verband met methadon in de gaten te houden, alsmede de omstandigheden omtrent het overlijden (herkomst van het middel, mogelijk gebruik in combinatie met andere middelen, het stadium in het behandelingstraject waarin de vergiftiging plaatsvond), als onderdeel van de kwaliteitsbewaking voor substitutieprogramma's.

Sterfgevallen ten gevolge van het gebruik van buprenorfine en fentanyl

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 hebben alleen Frankrijk en Finland sterfgevallen als gevolg van dit middel geregistreerd. In Finland werd in 2004 bij 73 drugsgerelateerde sterfgevallen buprenorfine aangetroffen, hetzelfde aantal als in 2003, in de meeste gevallen in combinatie met benzodiazepinen, sedativa of alcohol. Deze hoge cijfers lopen parallel met een toenemend aantal buprenorfinebehandelingen in Finland, hoewel de aantallen personen die deze behandeling volgen aanzienlijk lager liggen dan de naar schatting 70 000 tot 85 000 personen die buprenorfine krijgen in Frankrijk. Het is dan ook een interessant gegeven dat Frankrijk slechts vier gevallen van buprenorfineoverdoses meldt in 2004 (tegenover acht gevallen in 2003). Zelfs als de mogelijkheid van onderrapportage van vergiftigingsgevallen in Frankrijk in aanmerking wordt genomen, blijven de verschillen opvallend groot. Naast Frankrijk en Finland zijn er nog drie landen die sterfgevallen melden waarbij buprenorfine een rol speelt (niet meer dan twee of drie per land), maar zonder bewijs dat het middel de hoofdoorzaak was.

In eerdere jaren rapporteerden de Oostzeelanden sterfgevallen als gevolg van fentanyl, maar in de nationale verslagen over 2005 ontbraken dergelijke meldingen.

Trends in acute sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik

Nationale trends in sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik kunnen enig inzicht verschaffen in de manier waarop patronen in problematisch drugsgebruik zich in elk land ontwikkelen, zoals heroïne-epidemieën en risicovol gedrag (bijv. injectie), evenals het behandelaanbod en zelfs verschillen in de beschikbaarheid van heroïne. Bovendien kan aan deze trends worden afgelezen in hoeverre het eerstehulpbeleid erin slaagt dodelijke overdoses te voorkomen ⁽²⁰⁶⁾.

Uit de beschikbare gegevens uit de EU komen een aantal algemene trends in drugsgerelateerde sterfgevallen naar voren. In de vijftien oude lidstaten 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. Tussen 1990 en 2000 bleef het aantal sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik toenemen, zij het minder sterk (figuur 13). Het totaal aantal drugsgerelateerde sterfgevallen per jaar in de lidstaten die daarover informatie beschikbaar stellen (de meeste lidstaten, zowel oude als nieuwe), steeg met 14 %, van 8 054 in 1995 tot 9 392 in 2000.

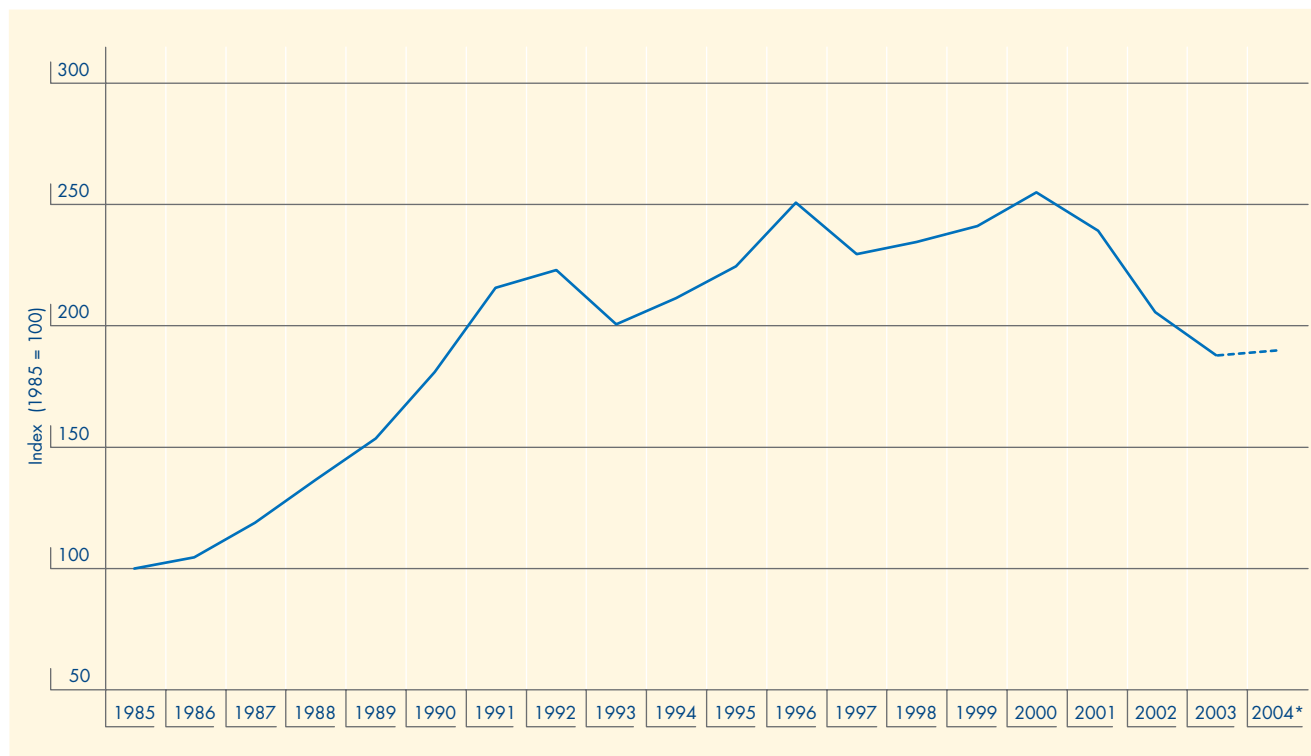
Sinds 2000 wordt door veel EU-landen een daling gemeld in het aantal sterfgevallen ten gevolge van

⁽²⁰⁴⁾ Zie de figuren DRD-3 en DRD-4 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽²⁰⁵⁾ Op dit moment loopt een veldonderzoek van het EWDD waarmee beoogd wordt de kwaliteit van de gegevens over de stoffen die bij drugsgerelateerde sterfgevallen aanwezig zijn, waaronder substitutiemiddelen, te verbeteren.

⁽²⁰⁶⁾ Zie figuur DRD-7 in het Statistical Bulletin 2006.

Figuur 13: Langetermijntrends in acute sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik, 1985-2004



* Tien landen hebben informatie verschaft over 2004, van zes landen ontbreken gegevens over 2004. Daarom heeft het cijfer voor 2004 een voorlopig karakter; het is gebaseerd op een vergelijking tussen de gegevens over 2003 en 2004 voor alleen die landen die over beide jaren gegevens hebben geleverd.

NB: De nieuwe en kandidaat-lidstaten zijn niet in dit cijfer verwerkt omdat retrospectieve gegevens in de meeste gevallen niet beschikbaar zijn.

Zie tabel DRD-2 in het Statistical Bulletin 2006 voor het aantal sterfgevallen per land en voor opmerkingen van methodologische aard.

Bronnen: Nationale Reitox-verslagen (2005). De gegevens zijn ontleend aan algemene overlijdensregisters of speciale registers (forensische of politieregisters).

drugsgebruik. Dit zou verband kunnen houden met de toegenomen beschikbaarheid van behandeling en met schadebeperkingsinitiatieven, hoewel ook dalingen in de prevalentie van het drugsgebruik zouden kunnen meewegen. Op Europees niveau is het aantal drugsgerelateerde sterfgevallen in 2001 met 6 %, in 2002 met 13 % en in 2003 met 7 % gedaald. Ondanks deze positieve trends werden er in 2003 nog altijd bijna 7 000 sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik gerapporteerd (gegevens uit België, Spanje en Ierland ontbreken). In de landen die gegevens over 2004 hebben verstrekt (19) was er echter sprake van een kleine stijging van 3 %. Hoewel terughoudendheid geboden is bij het trekken van conclusies over 2004, kan gesteld worden dat 13 van de 19 rapporterende landen een zekere stijging registreerden.

Wat betreft de trends in het aantal sterfgevallen onder personen jonger dan 25 jaar is er een duidelijke discrepantie tussen de oude en de nieuwe lidstaten. Onder de vijftien oude lidstaten is er sprake van een gestage afname sinds 1996, hetgeen wijst op een afnemend aantal jonge opioïdenspueters. In de nieuwe lidstaten daarentegen werd tot 2000-2002 een sterke toename waargenomen en zette een duidelijke afname pas in 2003 in ⁽²⁰⁷⁾.

Ook zijn er verschillen waarneembaar tussen de seksen. Het aantal sterfgevallen onder mannen nam van 1990 tot 2000 gestaag toe, waarna een duidelijke afname volgde (een daling van 30 % in 2003), terwijl het aantal gerapporteerde sterfgevallen onder vrouwen tamelijk stabiel bleef tussen 1990 en 2000, schommelend tussen 1 700 en 2 000 gevallen per jaar, en sindsdien slechts 15 % is afgenomen. Hier is een aantal verklaringen voor te geven, waaronder een verschillende effectiviteit van interventies of verschillen in de risicofactoren tussen de seksen ⁽²⁰⁸⁾.

In landen met een langere opeenvolging van gegevens zijn verschillende patronen in drugsgerelateerde sterfgevallen te ontwaren. In sommige landen werd in het begin van de jaren negentig een maximum bereikt, waarna een daling inzette. Dit geldt bijvoorbeeld voor Duitsland, waar een maximum optrad in 1991-1992, Spanje (1991), Frankrijk (1994) en Italië (1991). In andere landen, zoals Griekenland, Ierland, Portugal, Finland, Zweden en Noorwegen, kwam het maximum later, tussen 1998 en 2001, waarna ook daar een daling optrad. In de resterende landen was het patroon minder duidelijk, of waren de aantallen stabiel. Hoewel bij het interpreteren terughoudendheid geboden is, vanwege de betrekkelijk lage aantallen drugsgerelateerde sterfgevallen

⁽²⁰⁷⁾ Zie figuur DRD-5 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽²⁰⁸⁾ Zie figuur DRD-6 in het Statistical Bulletin 2006.

in sommige landen, zouden deze patronen in verband kunnen worden gebracht met de trends in het injecteren van heroïne ⁽²⁰⁹⁾.

Sterfgevallen ten gevolge van het gebruik van ecstasy en amfetaminen

De eerste sterfgevallen als gevolg van ecstasy in Europa werden gerapporteerd in de jaren negentig, naarmate de drug ingang vond. Sterfgevallen als gevolg van ecstasy geven aanleiding tot grote bezorgdheid, daar ze dikwijls onverwacht optreden onder sociaal geïntegreerde jongeren.

Er is slechts in beperkte mate informatie beschikbaar over sterfgevallen als gevolg van ecstasy, maar uit de gegevens in de nationale Reitox-verslagen 2005 blijkt dat sterfgevallen waarbij ecstasy in het spel is nog altijd betrekkelijk zelden voorkomen in vergelijking met sterfgevallen als gevolg van opioïdengebruik, hoewel het aantal in sommige landen niet onaanzienlijk is. In Europa als geheel werden 77 sterfgevallen gemeld en dit moet worden beschouwd als een minimale schatting ⁽²¹⁰⁾. Er werden gevallen gerapporteerd door Denemarken (2), Duitsland (20), Frankrijk (4), Hongarije (3) en het Verenigd Koninkrijk (48 gevallen van „melding” van ecstasy – 33 in Engeland en Wales), waar de rapportage waarschijnlijk beter is dan in andere landen. In Spanje was ecstasy aanwezig bij 2,5 % van de drugsvergiftigingen.

Het risico van ecstasygebruik is al dikwijls aan de orde gesteld. Rekening houdende met de foutmarge in prevalentieschattingen op basis van enquêtes en met de moeilijkheden omtrent de rapportage van drugsgerelateerde sterfgevallen, levert een berekening waarbij het aantal geregistreerde sterfgevallen wordt afgezet tegen het aantal gebruikers (personen die een risico lopen) per jaar ⁽²¹¹⁾ cijfers op van 5 tot 8 respectievelijk 2 tot 5 gevallen per 100 000 gebruikers in de twee landen waarvoor deze berekening gemaakt kan worden.

Ook sterfgevallen als gevolg van amfetamine worden zelden gerapporteerd, hoewel in Tsjechië in 2004 16 sterfgevallen aan pervitine (metamfetamine) werden toegeschreven, bijna tweemaal zoveel als in 2003, hetgeen samenhangt met een toename van het geschatte aantal problematische pervitinegebruikers en aanvragen voor behandeling. Voor sterfgevallen als gevolg van ghb zie hoofdstuk 4.

Sterfgevallen ten gevolge van het gebruik van cocaïne

De gezondheidsrisico's van cocaïnegebruik baren steeds grotere zorgen, nu in sommige landen een toename wordt waargenomen in het recreatief gebruik van deze drug onder jongeren, onder mensen die in behandeling zijn vanwege een verslaving en onder gemarginaliseerde bevolkingsgroepen.

Cocaïnegebruik komt vaak voor onder opioïdengebruikers en het is niet ongebruikelijk dat in de toxicologische analyses van slachtoffers van een overdosis opioïden niet alleen andere stoffen zoals alcohol en benzodiazepinen, maar ook cocaïne wordt aangetroffen. Cocaïne wordt dikwijls samen met alcohol gebruikt, een combinatie die tot een verhoogde toxiciteit kan leiden.

Er zijn op dit moment in Europa maar in beperkte mate statistieken beschikbaar, en de criteria die worden gebruikt om cocaïnegerelateerde gevallen vast te stellen variëren te sterk om vergelijking tussen de cijfers mogelijk te maken. Bovendien kan het voorkomen dat cocaïnegerelateerde sterfgevallen niet worden onderkend of gerapporteerd, hetgeen tot onderrapportage leidt. Uit de gegevens die voorhanden zijn blijkt dat bij veel cocaïnegerelateerde sterfgevallen ook opioïden in het spel zijn.

In de nationale verslagen over 2005 van de landen die gegevens hebben geleverd worden 400 sterfgevallen als gevolg van cocaïnegebruik onderkend. Dit is een minimale schatting. In het merendeel van deze gevallen lijkt cocaïne een stervensoorzaak te zijn, al valt dit niet altijd ondubbelzinnig uit de verslagen op te maken. Negen landen maken geen expliciete melding van het al dan niet voorkomen van sterfgevallen als gevolg van cocaïnegebruik. Cocaïne was verantwoordelijk voor 0-20 % van de gerapporteerde acute sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik, waarbij Duitsland, Spanje, Frankrijk, Nederland en het Verenigd Koninkrijk percentages tussen de 10 en 20 % melden. Sterfgevallen met cocaïne als oorzaak (uitsluitend cocaïne of cocaïne in combinatie met andere middelen) worden gerapporteerd door Duitsland (166), Frankrijk (14) en Nederland (20), Spanje (53) en het Verenigd Koninkrijk (142 gevallen van „melding” van cocaïne – 113 in Engeland en Wales). Negen andere landen melden nul tot twee gevallen. Bovendien wordt cocaïne in bepaalde landen dikwijls aangetroffen in de toxicologische analyses van slachtoffers van een overdosis opioïden. Op basis van de beperkte gegevens die voorhanden zijn is het moeilijk om met zekerheid tendensen aan te wijzen, maar in alle landen met een groter aantal gevallen (Duitsland, Spanje, Frankrijk, Nederland en het Verenigd Koninkrijk) lijkt zich een stijgende tendens voor te doen, al heeft de stijging zich in Nederland de afgelopen twee jaar niet doorgezet.

Daarnaast kan cocaïne ook een rol spelen bij sterfgevallen als gevolg van cardiovasculaire problemen (hartaritmie, hartinfarcten en hersenbloedingen), met name bij gebruikers met een grotere vatbaarheid voor bepaalde ziekten, met risicofactoren (tabak, hypertensie, angiomen) of met een hogere leeftijd. Mogelijk blijven veel van deze gevallen op dit moment onopgemerkt doordat men er niet voldoende op bedacht is. Er is dan ook nader onderzoek nodig op dit terrein.

⁽²⁰⁹⁾ Zie figuur DRD-7 in het Statistical Bulletin 2006.

⁽²¹⁰⁾ Afhankelijk van het land betreffen de cijfers 2003 of 2004, voor ecstasy en cocaïne.

⁽²¹¹⁾ Recent gebruik (laatste 12 maanden) in bevolkingsenquêtes.

Verminderen van sterfte ten gevolge van drugsgebruik

Effectieve maatregelen

Het is noodzakelijk te proberen onbehandelde populaties van drugsgebruikers te bereiken en daarmee contacten te leggen om risicovoorlichting en -management te kunnen bieden en te kunnen bemiddelen voor toegang tot de dienstverlening, waaronder behandeling.

Onderzoek naar de omstandigheden van overdoses heeft aanleiding gegeven tot de ontwikkeling van interventies gericht op situaties die een hoog risico opleveren en personen die een hoog risico lopen. Dergelijke maatregelen kunnen leiden tot een aanzienlijke reductie van het aantal sterfgevallen dat kan worden toegeschreven aan de onmiddellijke gevolgen van drugsconsumptie. In een van de recente communiqués over drugsbeleid van het EWDD wordt een overzicht gegeven van de rol van de verschillende interventies ter reductie van het aantal acute sterfgevallen als gevolg van een overdosis drugs (EWDD, 2004d).

Aangezien het bij de meeste sterfgevallen door overdoses in Europa om heroïne gaat, kan een grotere nadruk op heroïnegebruikers in behandelcentra worden beschouwd als een maatregel ter voorkoming van overdoses. Er zijn verschillende factoren die mogelijk een rol spelen bij de bescheiden kenteringen die recentelijk zijn opgetreden in de tendensen voor sterfgevallen als gevolg van overdoses zoals die in sommige lidstaten worden waargenomen. Hierbij gaat het onder meer om daling van de prevalentie- en injectiepercentages, uitbreiding van preventiemaatregelen, toename van het aanbod en het gebruik van behandeling en het vasthouden van cliënten in het behandelcircuit, en mogelijke afname van risicogedrag.

Profiel van de maatregelen

Als het gaat om het gebruik van verschillende interventiestrategieën om het aantal sterfgevallen als gevolg van een overdosis drugs te beperken zijn de deskundigen in de meeste landen van mening dat substitutiebehandeling voor opioïdengebruik de meest effectieve benadering is ⁽²¹²⁾. In Hongarije en Zweden, waar dit type behandeling niet beschikbaar is, beschouwt men het niet als middel

om het aantal drugsgerelateerde sterfgevallen terug te brengen. In Estland en Polen valt uit het lage aanbod van substitutiebehandeling af te leiden dat substitutiebehandeling met methadon op dit moment niet wordt beschouwd als belangrijke maatregel tegen sterfgevallen door overdoses.

Maatregelen op het vlak van informatie, educatie en communicatie (IEC) nemen in de meeste Europese landen eveneens een belangrijke plaats in. De verspreiding van waarschuwingen tegen risico's en instructies over hoe om te gaan met overdoses via speciaal met dat doel ontwikkeld drukwerk of andere media (flyers, websites, massamediacampagnes) is in 19 landen een gebruikelijke of zelfs de belangrijkste strategie. Dergelijke maatregelen worden echter door zeven landen (Estland, Frankrijk, Ierland, Letland, Hongarije, Malta, Finland) zelden gebruikt en door één land (Zweden) zelfs helemaal niet.

Volgens de NFP's wordt minder vaak gekozen voor een aanpak waarbij systematisch een individuele risicobeoordeling ingebouwd wordt in counseling- en behandelingsprocedures en waarbij groepsessies voor drugsgebruikers over risicovoorlichting en risicobeperkende maatregelen georganiseerd worden.

Een brede categorie van activiteiten kan worden aangemerkt als „interventies voorafgaand aan vrijlating uit de gevangenis”. Deze liepen uiteen van het verspreiden van informatie, via het geven van advies over de risico's en de preventie van overdoses, tot de aanvang of voortzetting van substitutiebehandeling in de gevangenis. In dertien landen kwamen activiteiten die onder deze categorie maatregelen vallen echter zelden voor en in vijf andere landen (Letland, Hongarije, Polen, Roemenië en Zweden) zelfs helemaal niet. In Spanje, Italië en het Verenigd Koninkrijk horen interventies binnen de gevangenis tot de belangrijkste maatregelen om acute sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik te beperken.

Plaatselijke risicosituaties door injectie in het openbaar hebben in vier EU-landen en Noorwegen aanleiding gegeven tot de openstelling van ruimten waar onder professioneel toezicht drugs kunnen worden gebruikt ⁽²¹³⁾. De doelgroep van deze gebruikersruimten zijn op straat injecterende gebruikers die sterk gemarginaliseerd zijn en grote risico's lopen (EWDD, 2004c).

⁽²¹²⁾ Resultaten gebaseerd op een enquête via 27 NFP's in 2004. Het instrument kan worden gedownload op <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1333>.

⁽²¹³⁾ De EU-landen zijn Duitsland, Spanje, Luxemburg en Nederland.



Hoofdstuk 8

De monitoring van problematisch en polydrugsgebruik verbeteren

Drugsverslaving, farmacologische afhankelijkheid, misbruik van drugs, schadelijk gebruik, problematisch gebruik: de EWDD-indicator voor problematisch drugsgebruik omvat een hele reeks begrippen die elk hun eigen subtiele onderscheid tussen verschillende aspecten van medische of sociale aard inhouden. De EWDD-indicator voor problematisch drugsgebruik monitort „het gebruik via injectie of langdurig/regelmatig gebruik van opiaten, cocaïne en/of amfetaminen“. Volgens afspraak valt ook het gebruik van andere opioïden, zoals methadon, onder deze definitie.

Dit is een zuiver gedragsmatige definitie van problematisch drugsgebruik op basis van drugsconsumptiepatronen; ze heeft op geen enkele wijze betrekking op het expliciet meten van problemen. Er is evenwel een verband met de verschillende begrippen omtrent verslaving, in die zin dat de kans groot is dat een persoon die dergelijk gedrag vertoont onder de algemenere noemer van „probleemgebruikers“ valt. Er zij in dit verband op gewezen dat de indicator voor problematisch drugsgebruik alleen een aanzienlijke subgroep in kaart brengt van alle mensen die kunnen worden beschouwd als personen met enigerlei drugsprobleem. Niettemin is het een waardevolle benadering; als gedragsmatig bepaald concept heeft het de volgende voordelen.

- Het heeft ervoor gezorgd dat monitoring mogelijk is los van definities van de begrippen „verslaving“, „afhankelijkheid“, „schade“ en „probleem“ zelf;
- het is betrekkelijk gemakkelijk te hanteren in onderzoeken;
- het is een benadering waarbij verschillende soorten drugs en verschillende toedieningswijzen als alternatieven bij elkaar zijn gebracht zonder dat die elementen specifiek worden gedifferentieerd.

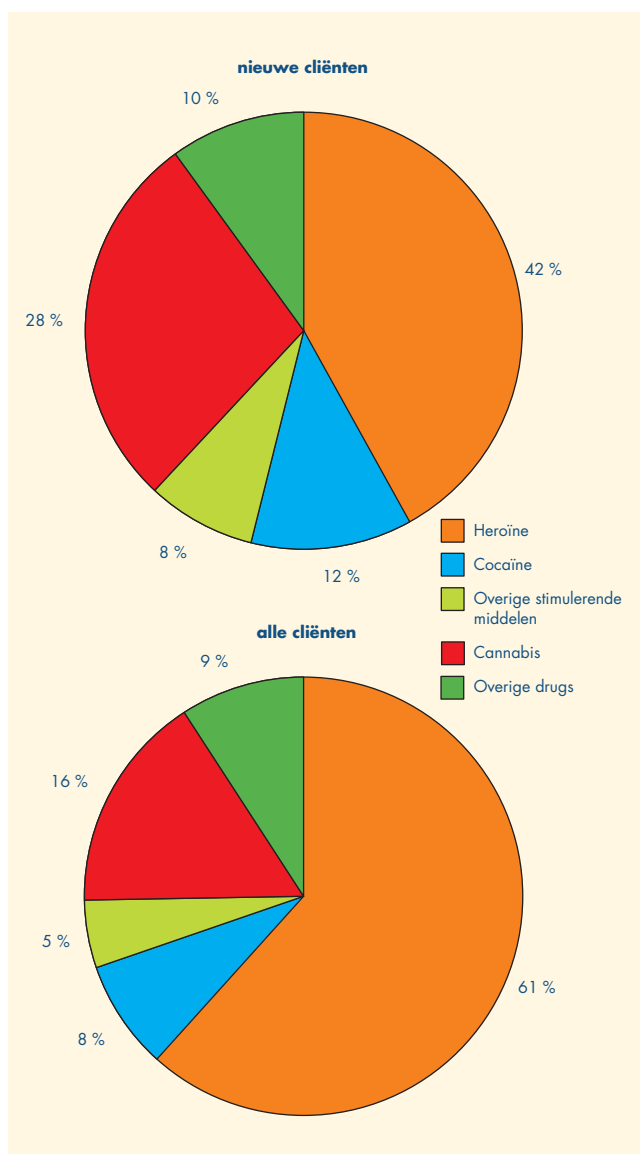
Historisch gezien is de EWDD-indicator een product van zijn tijd – tijdens de jaren tachtig en voor een groot deel ook tijdens de jaren negentig werden heroïnegebruik en injecterend drugsgebruik als de belangrijkste aspecten beschouwd van het drugsprobleem dat in kaart gebracht moest worden. Bovendien konden deze vormen van drugsgebruik niet op overtuigende wijze worden gemeten via enquêtes. Door ook amfetaminen onder de definitie te scharen werd deze bruikbaar voor sommige van de Noordse landen met een omvangrijk injecterend amfetaminegebruik;

en hoewel cocaïne eronder viel, was dit middel in de praktijk zelden een significante factor in de schattingen. Hoewel de indicator voor problematisch drugsgebruik ons nog altijd een nuttig beeld verschaft van een belangrijk onderdeel van het drugsprobleem, wordt het allengs duidelijker dat hij aanpassing behoeft om er op bevredigende wijze de meer heterogene drugssituatie in het Europa van vandaag mee te kunnen monitoren. De situatie wat betreft chronische drugsproblemen in Europa wordt hoe langer hoe complexer. Om zijn relevantie te behouden in de veranderende wereld van illegale drugs moet het monitoringinstrument worden aangepast, zodat monitoring van een breder spectrum van drugs mogelijk wordt en het gebruik van die drugs gedetailleerder dan tot op heden het geval was gevolgd kan worden.

Door de uitbreiding van de EU is een grotere verscheidenheid aan sociaal gedrag binnen haar grenzen komen te vallen en het gebruik van illegale drugs vormt daarop geen uitzondering. De ontwikkelingen binnen de drugscultuur, de opkomst van synthetische drugs en illegaal gebruik van geneesmiddelen, de verschuiving richting cocaïne en de hoge prevalentie van cannabisgebruik over de gehele linie moeten allemaal in aanmerking worden genomen om de behoeften te begrijpen van mensen met problemen die samenhangen met hun drugsgebruik. Uit eerdere delen van dit verslag kan worden opgemaakt dat, hoewel heroïnegebruikers nog altijd duidelijk de overhand hebben in de aanvragen voor drugsbehandelingen, er een verschuiving optreedt als het gaat om de mensen die voor het eerst in behandeling gaan; onder die groep is het aantal meldingen van problemen met cannabis of stimulerende middelen toegenomen (figuur 14).

Deze veranderende situatie hangt samen met het sterk uitgebreide behandelaanbod voor mensen met opioïdengerelateerde problemen, en met het feit dat behandelingen steeds beter worden gerapporteerd. Met name de substitutiebehandeling voor opioïden, waarbij mensen langdurig in doorlopende behandeling worden genomen (opgemerkt zij dat dit niet is weergegeven in deze diagrammen, waarin alleen de cliënten zijn weergegeven die in het betreffende jaar in behandeling gaan) zorgt voor een groter aandeel van opioïden in de huidige behandelomvang in vergelijking met nieuwe cliënten. Niettemin zal de heterogeniteit onder personen die nu in Europa een drugsprobleem ontwikkelen, althans wat betreft

Figuur 14: Distributie van „nieuwe” en „alle” cliënten die om behandeling verzoeken overeenkomstig hun primaire drug



NB: Informatie gebaseerd op gegevens uit Tsjechië, Denemarken, Duitsland, Griekenland, Italië, Cyprus, Hongarije, Malta, Nederland, Slovenië, Slowakije, Finland, Zweden, het Verenigd Koninkrijk, Bulgarije, Roemenië en Turkije.

Bronnen: Nationale focal points van het Reitox-netwerk.

de middelen die zij gebruiken, waarschijnlijk groter zijn dan tot nu toe het geval is geweest.

De indicator voor problematisch drugsgebruik en het tellen van verborgen populaties drugsgebruikers

De huidige indicator voor problematisch drugsgebruik is van buitengewone waarde gebleken om een beter beeld te krijgen van de belangrijke groep drugsgebruikers die het merendeel van de consumenten van drugsbehandelingen in Europa uitmaakt. Langs deze weg kon de ontwikkeling worden gestimuleerd van een reeks methoden en statistische

procedures waarmee de volle omvang van deze voor een groot deel verborgen populatie kon worden geschat. Bij al deze benaderingen wordt bij het meten aangenomen dat een percentage van de problematische drugsgebruikers „administratief zichtbaar” is, daar zij contacten hebben met uiteenlopende diensten op het gebied van behandeling en noodhulp en op justitieel en sociaal gebied. Als dit percentage bekend is, kan op basis van deze zichtbare minderheid een schatting worden gemaakt van de omvang van de totale populatie. Dergelijke indirecte statistische methoden vormen een aanvulling op bevolkingsenquêtes, een methode die om uiteenlopende methodologische en praktische redenen minder geschikt is om de prevalentie te schatten van laag-prevalent, gestigmatiseerd en grotendeels verborgen drugsgebruik.

Wat betreft de huidige toepassing van de indicator in Europa hebben de verschillende landen de definitie aangepast aan de praktische bijzonderheden van hun lokale situatie, waardoor een heterogene situatie is ontstaan. Negen landen houden zich in hoofdlijnen aan de geldende definitie van het EWDD, elf landen kijken alleen naar het aantal gebruikers van opioïden (of heroïne) en nog eens vier landen sluiten problematische cannabisgebruikers niet uit, hoewel deze in de regel slechts een zeer klein deel vormen van hun schattingen (de criteria voor het meetellen zijn zodanig strikt dat alleen verslaafde en zeer intensieve cannabisgebruikers worden meegeteld).

De toename van het gebruik van cocaïne, crack-cocaïne en stimulerende middelen in het algemeen, in combinatie met de overlap tussen drugsproblemen en problemen in verband met alcohol en voorgeschreven geneesmiddelen, betekent dat, zelfs bij een consistente toepassing van de indicator, de schattingen nu een grotere verscheidenheid aan combinaties van drugs zouden omvatten dan voorheen, met mogelijk meer uiteenlopende gevolgen en problemen. Daarom is het nodig om behalve de totale omvang van het problematisch drugsgebruik ook de verschillende gedragspatronen waarop de indicator betrekking heeft (injectie en alle soorten drugs die onder de definitie van de indicator vallen) apart te monitoren. Dit zou met name van belang kunnen zijn gezien het bewijs voor een toenemend gebruik van cocaïne in sommige landen en de trends in het gebruik van amfetamine. Bovendien zou het de mogelijkheid scheppen om tendensen in het gebruik van opioïden in detail te volgen. Het is duidelijk dat als van al deze gedragingen alleen totale aantallen worden gerapporteerd, de mogelijkheid bestaat dat belangrijke ontwikkelingen buiten beeld blijven, hetgeen een gemiste kans zou betekenen voor een beter begrip van de tendensen.

Eerder in dit verslag werd – voor het eerst – een aparte schatting gegeven van het gebruik en de injectie van heroïne in Europa. Bovendien moet gewezen worden op de stijgende beschikbaarheid van behandeling voor opioïdenproblemen: naar schatting telt Europa nu meer dan een half miljoen behandelingsplaatsen voor substitutiebehandeling voor

opioïden. Dit zou kunnen betekenen dat in veel landen het percentage heroïnegebruikers of -spuiters dat contact heeft of heeft gehad met behandelingsdiensten vrij hoog is. Op dit moment onderzoekt het EWDD samen met zijn nationale technische werkgroepen wat de toegevoegde waarde zou kunnen zijn van het samenvoegen van informatie omtrent de vraag naar behandeling, het behandelaanbod en de schattingen van het heroïnegebruik en het injecterend drugsgebruik.

Voorbij de indicator voor problematisch drugsgebruik

Een volgende stap om toe te werken naar een nog beter inzicht in het Europese drugsprobleem is na te gaan in hoeverre naast problematisch drugsgebruik ook intensief drugsgebruik in de monitoring kan worden meegenomen. Het verband tussen intensief drugsgebruik, hoe het ook wordt gedefinieerd, en verslaving en ernst en soorten van problemen moet verder worden uitgewerkt. Kandel en Davis (1992) schatten bijvoorbeeld dat in de Verenigde Staten ongeveer eenderde van de dagelijkse cannabisgebruikers als verslaafd kon worden beschouwd. Om verder te komen op dit terrein is een formele definitie nodig van wat „frequent, intensief gebruik” van cannabis en andere illegale drugs inhoudt, als specifiek voorwerp van monitoring. Frequent en intensief gebruik kan worden gemeten op basis van enquêtegegevens, als aanvulling op de schatting ervan via indirecte statistische methoden. Op dit moment bieden enquêtegegevens een nuttig beeld van verschillende patronen van cannabisgebruik, maar het gaat daarbij in hoofdzaak om beperkte gedragsmetingen en metingen van gebruiksfrequentie. Enquêtegegevens zijn waarschijnlijk van belang voor het maken van degelijke schattingen, met als basis in ieder geval zelfrapportage, van het aantal gebruikers van drugs als cannabis waarvan het gebruik beschreven zou kunnen worden als verslaving of schadelijk gebruik.

Het ontwerpen van een formelere definitie van frequent, intensief gebruik van een reeks drugs zou ook bijdragen tot de ontwikkeling van instrumenten waarmee het verband tussen de ernst van de problemen en de verslaving enerzijds en de mate en het patroon van de cannabisconsumptie anderzijds onderzocht zou kunnen worden. Een aantal Europese landen werkt aan de uitwerking van methodologische instrumenten voor het meten van zowel intensief gebruik als de ernst van de verslaving en de problemen, en het EWDD stimuleert de samenwerking op dit werkterrein.

Een complicerende factor bij het vaststellen van intensief gebruik als indicator voor mensen die waarschijnlijk het hoogste risico lopen verslaafd te raken en problemen te ondervinden, is dat wat intensief gebruik inhoudt in zekere mate drugafhankelijk is. Zo wordt problematisch opioïdengebruik in hoge mate gekenmerkt door een dagelijks gebruikspatroon, maar dit geldt dikwijls niet voor stimulerende middelen. Bij deze drugs is een

onregelmatig gebruikspatroon vaak meer gebruikelijk, met korte perioden van hoge consumptie, waarbij gebruikers in de tussentijd dikwijls overschakelen op andere drugs of alcohol om de bijwerkingen van onthouding te verlichten. Zowel farmacologische als omgevingsfactoren kunnen een belangrijke invloed hebben op de patronen van intensief drugsgebruik, maar het is duidelijk dat bij gedragsmetingen van intensief gebruik de verschillende gebruikspatronen van de verschillende soorten drugs in aanmerking genomen moeten kunnen worden.

De uitdaging van de rapportage van polydrugsgebruik

Om goede praktische en methodologische redenen worden bij de rapportage van drugsgebruik de verschillende middelen meestal apart beschreven. Dit zorgt voor de conceptuele helderheid die nodig is om rapportage op basis van de beschikbare gedragsmetingen beter mogelijk te maken, maar het gaat voorbij aan het feit dat individuele drugsgebruikers dikwijls een hele reeks illegale en legale middelen hebben gebruikt of nog steeds gebruiken, en dat deze gebruikers ook van meer dan een drug problemen zouden kunnen ondervinden. Zij kunnen de ene soort drugs inwisselen voor een andere, na verloop van tijd van voorkeursdrug veranderen of verschillende soorten drugs combineren. Dergelijke ingewikkelde patronen stellen een monitoringstelsel voor een buitengewone uitdaging, zelfs als de analyse wordt beperkt tot gedragsmetingen van drugsgebruik in verschillende tijdsperioden. Als de begrippen „problematisch gebruik” en „afhankelijkheid” worden meegenomen, wordt de zaak nog complexer, en er zijn zeer weinig degelijke gegevens op Europees niveau beschikbaar die een gefundeerde analyse mogelijk maken. Het is niettemin waarschijnlijk dat sommige landen een forse populatie chronische probleemgebruikers hebben waarvan het moeilijk is ze per primaire drug in te delen en die problemen kunnen ondervinden vanwege het gebruik van zowel legale als illegale middelen. Voor het aanpakken van dit probleem moet gewerkt worden aan een beter inzicht in de patronen van polydrugsgebruik, aan de hand waarvan de rapportage op nationaal en Europees niveau kan worden verbeterd.

Polysubstitutie

Binnen het algemene concept van polydrugsgebruik moeten verschillende betekenissen van deze term in aanmerking worden genomen. Het ene uiterste vormt een intensief, chaotisch gebruik van een aantal middelen, tegelijkertijd of afwisselend, waarbij in veel gevallen de ene drug wordt vervangen door de andere naar gelang van de beschikbaarheid. Dit is bijvoorbeeld het geval bij probleemgebruikers die verschillende opioïden gebruiken, naast geneesmiddelen, cocaïne, amfetaminen en alcohol.

Dit gebruikspatroon lijkt te bestaan onder bepaalde chronische gebruikers, mogelijk onder gemarginaliseerde groepen, mogelijk onder mensen met psychiatrische

aandoeningen. In veel registratiesystemen in Europa zullen deze gevallen onder de opioïden worden geschaard.

Als zodanig zullen deze personen binnen de definitie en de monitoring van probleemgebruikers vallen. De vraag blijft echter of dit intensieve, chaotische polydrugsgebruik op zichzelf niet een aparte categorie vormt: een niet-drugspecifieke verslaving die speciale epidemiologische meting en behandeling vergt, alsmede ondersteuning of schadebeperkende maatregelen in een buitengewoon moeilijke situatie. Onder deze omstandigheden zou polydrugsgebruik bij iedere monitoring van de samenstellende delen van problematisch drugsgebruik moeten worden opgenomen als een van deze apart te meten componenten.

Combinaties van drugs

Een tweede groep gebruikt op systematische wijze verscheidene middelen tegelijkertijd, waarbij ze uit zijn op de effecten van de farmacologische combinatie. Een voorbeeld is speedballing: de simultane injectie van heroïne en cocaïne.

Een tweede drug die om een functionele of farmaceutische reden wordt gebruikt, hoeft niet noodzakelijkerwijs tegelijkertijd te worden gebruikt, maar kan ook na de primaire drug worden gebruikt, als vervangende of aanvullende drug. Zo kan benzodiazepine worden gebruikt om de ontwenningverschijnselen te beperken als opioïden niet voorhanden zijn. In andere gevallen kan de tweede drug worden gebruikt voor het compenserend farmacologisch effect ervan, zoals het geval is wanneer het verdovend effect van opioïden wordt gewijzigd door het gebruik van cocaïne, of wanneer het angsteffect van cocaïne of amfetaminen wordt teruggedrongen door het gebruik van opioïden of andere kalmerende middelen.

Verhoogde risico's door polydrugsgebruik

Soms heeft de ene drug een aanzienlijk versterkend effect op de andere, en in dit verband moeten legale drugs en geneesmiddelen – zoals alcohol, nicotine en antidepressiva – samen met gecontroleerde psychoactieve middelen in aanmerking worden genomen. Het risico hangt af van de dosering van beide stoffen. Er is een aantal farmacologische combinaties die zorgelijk zijn: alcohol met cocaïne verhoogt de cardiovasculaire toxiciteit; het gebruik van alcohol of verdovende middelen samen met opioïden geeft een verhoogd risico op een overdosis; en het gebruik van opioïden of cocaïne samen met ecstasy of amfetaminen zorgt ook voor een verhoogde acute toxiciteit.

Beperkingen van de beschikbaarheid van gegevens over polydrugsgebruik

Het ontbreken van gegevens beperkt de rapportage over veel aspecten van polydrugsgebruik. Er zijn gegevens beschikbaar uit toxicologische verslagen van drugoverdoses en zelfrapportages van mensen die in behandeling zijn. Deze bronnen bieden weliswaar enig inzicht in het

polydrugsgebruik, maar de beschikbare informatie is dikwijls beperkt en er moet rekening gehouden worden met de representativiteit van de gegevens.

Uit enquête-uitkomsten komt een aanzienlijke mate van gebruik van meer dan twee drugs door een en dezelfde persoon in een en dezelfde periode naar voren. In enquêtes wordt echter vaak matig gerapporteerd over bepaalde vormen van drugsgebruik en zelfs als er gegevens zijn moet er worden gewerkt aan de ontwikkeling van vergelijkbare rapporteringsstandaarden. In hoeverre gegevens over polydrugsgebruik via bevolkingsenquêtes kunnen worden verkregen, kan geïllustreerd worden aan de hand van een voorbeeld uit een recent technisch verslag van het EWDD (2005b). Als we bijvoorbeeld de gegevens uit Spanje nemen, laat figuur 15 zien dat het gebruik van één drug de kans vergroot, vergeleken met de algemene bevolking, dat ook een andere drug is gebruikt, en dat dit per drug verschilt. Zo is het gebruik van cocaïne onder heroïnegebruikers vrij gebruikelijk, maar het gebruik van andere drugs onder cocaïnegebruikers is minder in het oog lopend.

De uitwerking van een operationele definitie van polydrugsgebruik: een kwestie van timing?

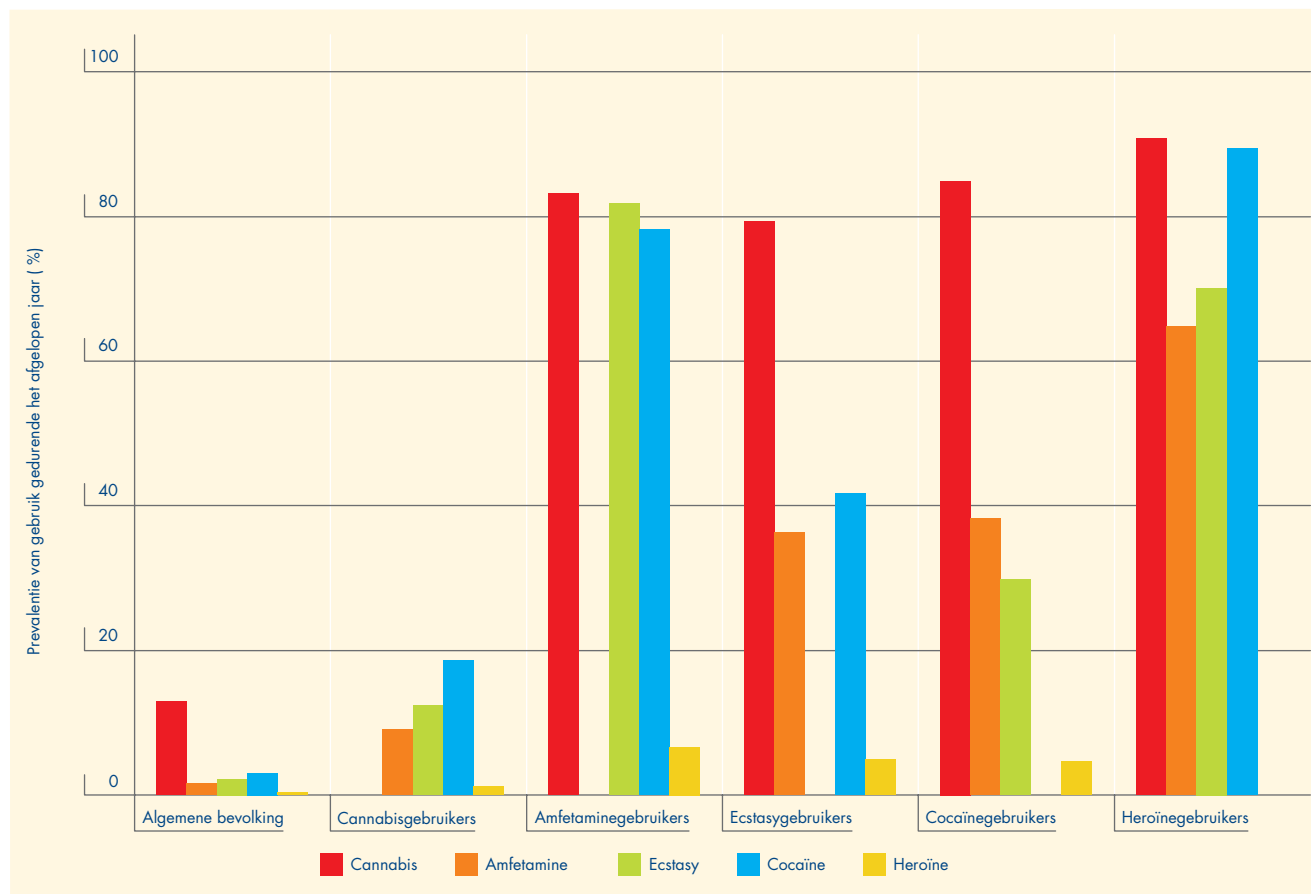
Een punt waarmee rekening gehouden moet worden is de vraag welke tijdsperioden geselecteerd worden voor het meten en rapporteren van polydrugsgebruik. De percentages voor het „ooit“-gebruik zijn meestal niet erg bruikbaar of relevant vanuit volksgezondheidsoogpunt in vergelijking met metingen van recenter gebruik.

Een bruikbare operationele definitie van polydrugsgebruik zou kunnen zijn: het frequente gebruik van meer dan een middel gedurende een minimale tijdsperiode, bijvoorbeeld een maand. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende typen gebruik die hierboven zijn beschreven, maar wel wordt zo een algemeen beeld geboden van wat een hoogrisicogroep zou kunnen zijn. Een categorie waarbij het „ooit“-gebruik niet terzijde moet worden geschoven bij het karakteriseren van polydrugsgebruik is die van de zeer jonge mensen – leerlingen en studenten – bij wie er een sterker verband kan bestaan tussen het „ooit“-polygebruik en het recente gebruik. Uit het bewijsmateriaal, bijvoorbeeld de ESPAD-enquêtes, blijkt dat de meer afwijkende/laag-prevalente drugsgebruikpatronen onder studenten (ecstasy, amfetamine, hallucinogenen, cocaïne, heroïne) geconcentreerd zijn rond een paar personen.

De monitoring van het drugsprobleem in Europa verbeteren en de aandacht voor polydrugsgebruik vergroten

Het verkrijgen van een beter inzicht in de aard en de schaal van het drugsprobleem in Europa is een van de kerntaken van het EWDD. Drugsgebruik is echter een gecompliceerd onderwerp dat een hele reeks gedragingen omvat die in

Figuur 15: Recent drugsgebruik (laatste 12 maanden) door verschillende gebruikersgroepen onder de algemene bevolking van 15-34 jaar



NB: Gegevens voor Spanje, 1999. Zie figuur GPS-34 in het Statistical Bulletin 2006 voor meer informatie.
 Bron: EWDD (2005b).

wisselende mate samenhangen met een aantal belangrijke volksgezondheids- en sociale problemen. Drugsgebruikers kunnen problemen ondervinden of het risico lopen problemen te gaan ondervinden. Gebruikspatronen variëren van experimenteel, sporadisch en occasioneel tot regelmatig, intensief en onbeheerst. De klinische definitie aan de hand waarvan drugsgebruikers worden ingedeeld kan zijn dat ze een drugsprobleem hebben of dat ze verslaafd zijn, en wat onderzoek betreft kan voor beide categorieën een continuüm worden aangegeven. Een verdere complicerende factor is dat drugsgebruikers dikwijls meer dan een middel gebruiken en hun consumptiepatronen gaandeweg veranderen. Deze complexiteit kan door geen enkel afzonderlijk rapportage-instrument adequaat in kaart worden gebracht. In de praktijk wil het EWDD met zijn benadering met meervoudige indicatoren deze verschillende aspecten van het drugsverschijnsel uitlichten.

De indicator voor problematisch drugsgebruik, die inzoomt op een bepaalde set gedragingen, levert een waardevol inzicht in sommige van de meest schadelijke en kostbare vormen van drugsgebruik op. Als zodanig is het een belangrijke component bij het verkrijgen van inzicht in het Europese drugsprobleem als geheel. Er bestaat op dit moment echter een duidelijke behoefte aan aanvulling

van de totaalschattingen van de indicator met specifieke schattingen per drug, om de toenemende heterogeniteit van het Europese drugsprobleem het hoofd te kunnen bieden.

Aangezien veel beschikbare informatiebronnen zijn gebaseerd op gedragsmatige rapportages van drugsconsumptie, moet het concept van frequent of intensief gebruik op die basis worden uitgewerkt. Hiermee zal het blikveld van de monitoring van de drugsproblematiek worden verruimd tot voorbij het blikveld dat de huidige indicator voor problematisch drugsgebruik biedt. Als de informatie van de indicator wordt ingepast in deze bredere informatieset zal dit ook een stap voorwaarts betekenen in de inspanningen van het EWDD om zijn totale inzicht in zowel de schaal als de aard van de drugsproblemen in Europa te verbeteren. Tegelijkertijd moet vooruitgang worden geboekt met het ontwikkelen van rapportagestandaarden ten behoeve van een betere beschrijving van patronen van polydrugsgebruik op Europees niveau. De eerste stappen in die richting omvatten het uitwerken van een verfijnder conceptueel kader om de verschillende soorten polydrugsgebruik te bekijken – waaronder het vaststellen van werkbare tijdsaders – en het identificeren van geschikte informatiebronnen.





Referenties

- ACPO Drugs Committee (2002), *A review of drugs policy and proposals for the future*, The Association of Chief Police Officers, Londen.
- Bossong, M.G., van Dijk, J.P. en Niesink, R.J.M. (2005), „Methylone and mCPP, two new drugs of abuse?“, *Addiction biology* 10(4), blz. 321-323.
- Burrell, K., Jones, L., Sumnall, H. et al. (2005), *Tiered approach to drug prevention and treatment among young people*, National Collaborating Centre for Drug Prevention, Liverpool.
- Chen, C.-Y., O'Brien, M.S. en Anthony, J.C. (2005), „Who becomes cannabis dependent soon after onset of use? Epidemiological evidence from the United States: 2000-2001“, *Drug and alcohol dependence* 79, blz. 11-22.
- Chivite-Matthews, N., Richardson, A., O'Shea, J. et al. (2005), *Drug misuse declared: findings from the 2003/04 British Crime Survey*. Home Office statistical bulletin 04/05, Home Office, Londen (<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/hosb0405.pdf>).
- CND (2005), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, Commissie voor verdovende middelen van de Economische en Sociale Raad van de Verenigde Naties, Wenen.
- CND (2006), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, Commissie voor verdovende middelen van de Economische en Sociale Raad van de Verenigde Naties, Wenen.
- EuroHIV (2005), *HIV/Aids surveillance in Europe: End-year report 2004*. Instituut de veille sanitaire, Saint-Maurice, nr. 71.
- EWDD (2002a), *Prosecution of drug users in Europe – varying pathways to similar objectives*, Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving, Lissabon.
- EWDD (2002b), „Mortality of drug users in the EU: coordination of implementation of new cohort studies, follow-up and analysis of existing cohorts and development of new methods and outputs“, Project CT.00.EP.13, Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving, Lissabon.
- EWDD (2004a), *2004 Annual report on the drugs problem in the European Union and Norway*, Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving, Lissabon.
- EWDD (2004b), *An overview of cannabis potency in Europe*, Insights nr. 6, Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving, Lissabon.
- EWDD (2004c), *European report on drug consumption rooms*, Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving, Lissabon.
- EWDD (2004d), „Overdose: a major cause of avoidable death among young people“, *Drugs in Focus* nr. 13, Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving, Lissabon.
- EWDD (2005a), *Jaarverslag 2005: Stand van de drugsproblematiek in Europa*, Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving, Lissabon.
- EWDD (2005b), „Assistance to EMCDDA for the analysis of drug profiles from EMCDDA Databank on surveys of drug use“, eindverslag, project CT.03.P1.200, Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving, Lissabon.
- EWDD (2005c), „Data collection to develop an inventory of social and health policies, measures and actions concerning drug users in prison in the recently incorporated Member States to the EU“, eindverslag, project CT.04.P2.329, Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving, Lissabon.
- Europol (2006), „Drugs 2006“ (mededeling aan het EWDD van 16 januari 2006, file nr. 158448), Europol, Den Haag.
- Farrell, M., Gowing, L., Marsden, J. et al. (2005), „Effectiveness of drug dependence treatment in HIV prevention“, *International journal of drug policy* 16S, blz. S67-75.
- Haasen, C., Prinzeve, M., Gossop, M. et al. (2005), „Relationship between cocaine use and mental health problems in a sample of European cocaine powder or crack users“, *World psychiatry*, 4(3), blz. 173-6.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson, T. et al. (2004), *The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, Zweedse Raad voor informatie over alcohol en andere drugs (CAN) en de Pompidou-groep van de Raad van Europa.
- Higgins, S.T., Sigmon, S.C., Wong, C.J. et al. (2003), „Community reinforcement therapy for cocaine-dependent outpatients“, *Archives of general psychiatry* 60, blz. 1043-1052.
- INCB (2006a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2005*, Internationaal Comité van toezicht op verdovende middelen van de Verenigde Naties, New York.
- INCB (2006b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, Internationaal Comité van toezicht op verdovende middelen van de Verenigde Naties, New York.
- Kandel, D. en Davis, M. (1992), „Progression to regular marijuana involvement: Phenomenology and risk factors for near daily use“, in: Glantz, M. and Pickens, R. (eds), *Vulnerability to Drug Abuse*, blz. 211-253. American Psychological Association. Washington.

- Kumpfer, K.L., Molgaard, V. en Spoth, R. (1996), „The Strengthening Families Program for prevention of delinquency and drug use in special populations”, in: Peters, R. and McMahon, R. J. (eds), *Childhood disorders, substance abuse, and delinquency: prevention and early intervention approaches*, Sage Publications, Newbury Park, CA.
- MacDonald, Z., Tinsley, L., Collingwood, J. et al. (2005), *Measuring the harm from illegal drugs using the drug harm index*. Home Office Online Report 24/05. Home Office, Londen (<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/rdsolr2405.pdf>).
- Naber, D. en Haasen, C. (2006), *Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger – eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie*, Hamburg, Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (http://www.heroinstudie.de/ZIS_H-Bericht_P1_DLR.pdf).
- ONS (2006), *Health Statistics Quarterly 29*, Office for National Statistics, Londen.
- Poling, J., Oliveto, A., Petry, N. et al. (2006), „Six-month trial of bupropion with contingency management for cocaine dependence in a methadone-maintained population”, *Archives of general psychiatry* 63, blz. 219-228.
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H. et al. (2004), „Cocaine use in Europe ” a multi-centre study: patterns of use in different groups”, *European addiction research* 10, blz. 147-155.
- Nationale Reitox-verslagen (2005) (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).
- Roe, E. en Becker, J (2005), „Drug prevention with vulnerable young people: a review”, *Drugs: education, prevention and policy*, 12(2), blz. 85-99.
- Roozen, H.G., Boulogne, J.J., van Tulder, M.W. et al. (2004), „A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction”, *Drug and alcohol dependence* 74, blz. 1-13.
- Schäfer, C. en Paoli, L. (2006), *Drogenkonsum und Strafverfolgungspraxis*, Duncker & Humblot, Berlijn.
- Schottenfeld, R.S., Chawarski, M.C., Pakes, J.R. et al. (2005), „Methadone versus buprenorphine with contingency management or performance feedback for cocaine and opioid dependence”, *American journal of psychiatry* 162, blz. 340-349.
- Shearer, J. en Gowing, L.R. (2004), „Pharmacotherapies for problematic psychostimulant use: a review of current research”, *Drug and alcohol review* 23, blz. 203-211.
- UNODC (2003a), *Global illicit drug trends 2003*, Bureau voor drugs en criminaliteit van de Verenigde Naties, Wenen.
- UNODC (2003b), *Ecstasy and amphetamines: global survey 2003*, Bureau voor drugs en criminaliteit van de Verenigde Naties, Wenen.
- UNODC (2005), *Coca cultivation in the Andean region: A survey of Bolivia, Colombia and Peru – June 2005*, 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 en de regering van Marokko (2005), *Morocco Cannabis Survey 2004*. Bureau voor drugs en criminaliteit van de Verenigde Naties, Wenen.
- Van den Brink, W. (2005), „Epidemiology of cocaine and crack: implications for drug policy and treatment”, *Sucht* 51(4), blz. 196-198.
- Vickerman, P., Hickman, M., Rhodes, T. en Watts, C. (2006), „Model projections on the required coverage of syringe distribution to prevent HIV epidemics among injecting drug users”, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* (ter perse).
- Von Sydow, K., Lieb, R., Pfister, H. et al. (2002), „What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults”, *Drug and alcohol dependence* 68(1), blz. 49-64.
- WCO (2005), *Customs and drugs 2004*, Werelddouaneorganisatie, Brussel.
- WHO (2005), *Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users. Evidence for action technical papers*, Wereldgezondheidsorganisatie, Genève.
- WHO/UNODC/UnAids (2004), „Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/Aids prevention”, position paper, Wereldgezondheidsorganisatie, Bureau voor drugs en criminaliteit van de Verenigde Naties, UnAids (http://www.who.int/substance_abuse/publications/treatment/en/index.html).

Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving

Jaarverslag 2006: Stand van de drugsproblematiek in Europa

Luxemburg: Bureau voor officiële publicaties der Europese Gemeenschappen

2006 — 98 blz. — 21 x 29,7 cm

ISBN 92-9168-271-3

VERKOOP EN ABONNEMENTEN

De publicaties van het Publicatiebureau waarvoor een vergoeding wordt gevraagd, zijn verkrijgbaar bij zijn over de hele wereld verspreide verkoopkantoren.

Plaats een bestelling bij een van deze kantoren, waarvan de lijst te raadplegen is: op de internetsite van het Bureau (<http://publications.europa.eu>),

via het Bureau zelf met een verzoek om toezending van de lijst op het faxnummer (352) 2929-42758.

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.