



Europees Waarnemingscentrum
voor drugs en drugsverslaving

ISSN 1609-6177

STAND VAN DE DRUGSPROBLEMATIEK
IN EUROPA

JAAARVERSLAG
2005



Europees Waarnemingscentrum
voor drugs en drugsverslaving

STAND VAN DE DRUGSPROBLEMATIEK
IN EUROPA

JAAKVERSLAG 2005

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.int>) 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 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, 2005

ISBN 92-9168-230-6

© Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving, 2005

Overname is toegestaan mits de bron wordt vermeld.

Printed in Belgium

GEDRUKT OP CHLOORVRIJ GEBLEEKT PAPIER



Europees Waarnemingscentrum
voor drugs en drugsverslaving

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23-25, P-1149-045 Lisboa
Tel. (351) 218 11 30 00 • Fax (351) 218 13 17 11
info@emcdda.eu.int • <http://www.emcdda.eu.int>

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Dankbetuiging	7
Inleiding	9
Toelichting — Vaststellen van drugstrends in Europa	11
Hoofdstuk 1	
Nieuwe ontwikkelingen op het gebied van beleid en wetgeving	18
Hoofdstuk 2	
Scholen, jongeren en drugs	27
Hoofdstuk 3	
Cannabis	36
Hoofdstuk 4	
Amfetamineachtige stimulerende middelen, LSD en andere synthetische drugs	45
Hoofdstuk 5	
Cocaïne en crack-cocaïne	56
Hoofdstuk 6	
Heroïne en injecterend drugsgebruik	63
Hoofdstuk 7	
Criminaliteit en gevangenisqwesties	84
Referenties	89



Voorwoord

Samen met het jaarverslag van het Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving (EWDD) verschijnen diverse documenten on line, waaronder — nu voor het tweede jaar — ons nieuw statistisch bulletin dat inmiddels meer dan 200 tabellen omvat met uitvoerige kwantitatieve gegevens over de drugssituatie in Europa.

Het EWDD werkt nu al ruim 10 jaar samen met de lidstaten van de Europese Unie om een gedetailleerd beeld te krijgen van het drugsverschijnsel in Europa. De kwantiteit en kwaliteit van de nu beschikbare gegevens voor de analyse in dit jaarverslag weerspiegelen niet alleen de technische prestaties van de wetenschappelijke werkgroepen die de informatie aanleveren, maar ook de motivatie van beleidsmakers in heel Europa om te investeren in het proces van gegevensverzameling en dit proces te blijven steunen. Dit vormt een concreet voorbeeld van de voordelen die samenwerking op Europees niveau biedt. De lidstaten verschillen niet alleen wat de drugsproblematiek betreft, maar zij reageren hierop ook ieder op hun eigen wijze. Desondanks kan er nu ook gesproken worden van een, wat beschouwd kan worden als Europese, kijk op de drugsproblematiek. Er bestaat brede overeenstemming over de noodzaak, acties te baseren op een goed inzicht in de situatie, ervaringen met goede methoden te delen en waar mogelijk samen te werken om daarvan ook samen profijt te hebben. Deze aspiraties zijn terug te vinden in de nieuwe EU-drugsstrategie en het actieplan inzake drugsbestrijding en vormen tevens de hoofdthema's van ons verslag.

Ons jaarverslag belicht tal van belangrijke punten van ongerustheid over de invloed van drugsgebruik op de personen zelf en op de gemeenschap waarin zij leven. Wij vestigen de aandacht op nieuwe problemen waarmee wij nu te maken krijgen, zoals het toenemend gebruik van stimulerende middelen, in het bijzonder cocaïne, in

bepaalde delen van Europa of het nog altijd stijgend aantal jonge Europeanen die met drugs experimenteren. Het is duidelijk dat de respons op het drugsgebruik in Europa nog veel verbetering behoeft. Niettemin kunnen we in dit verslag ook een aantal positieve ontwikkelingen melden, met name de uitbreiding van diensten voor mensen met drugsproblemen in het algemeen en tekenen van stabilisatie of zelfs afname van enkele aspecten die meer schade berokkenen. Kortom, dit verslag belicht enkele zeer belangrijke problemen waarmee wij te kampen hebben, maar werpt ook een licht op de weg die we waarschijnlijk moeten blijven volgen om de drugsproblematiek in Europa doeltreffend aan te pakken.

Het verheugt ons dat ook dit jaar weer meer gegevens uit de nieuwe lidstaten van de Europese Unie beschikbaar zijn gekomen. Naast de berichtgeving over de situatie in de uitgebreide Unie hebben wij ook, voorzover beschikbaar, gegevens opgenomen uit Bulgarije, Roemenië en Turkije en belangrijke internationale ontwikkelingen geanalyseerd. Omdat de drugsproblematiek mondiaal van aard is, moeten wij onze Europese analyse in een bredere context plaatsen. Handel en gebruik van drugs zijn onlosmakelijk verbonden met tal van problemen die ons tegenwoordig de grootste zorgen baren. Drugsgebruik heeft invloed op de gezondheid en ontwikkeling, criminaliteit, en individuele en internationale veiligheid. Ons verslag is sterk gericht op het Europese beeld, maar wij kunnen het ons niet veroorloven het feit te negeren dat wij hier te maken hebben met een probleem van wereldwijde afmetingen.

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 en de deelnemers aan de technische werkgroepen van het EWDD/Reitox-netwerk;
- het Europees Parlement, de Raad van de Europese Unie — in het bijzonder de Horizontale Groep drugs — en de Europese Commissie;
- de Zweedse Raad voor informatie over alcohol en andere drugs (CAN), de Pompidou-groep van de Raad van Europa, het UNODC (Bureau voor Drugs en Criminaliteit van de Verenigde Naties), de Wereldgezondheidsorganisatie, Europol, Interpol, 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.eu.int/?nnodeid=1596>



Inleiding

Dit jaarverslag is gebaseerd op informatie die de lidstaten van de EU, alsmede 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 2003 (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 22 talen te vinden op <http://annualreport.emcdda.eu.int>.

In het Statistical Bulletin 2005 (<http://stats05.emcdda.eu.int>) 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://datapfiles05.emcdda.eu.int>) 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:

- drugsgelateerde publieke overlast: trends in beleid en preventieve maatregelen;
- alternatieven voor gevangenisstraf: problematische drugsgebruikende delinquenten in de EU; en
- buprenorfine: behandeling, misbruik en verkrijgbaarheid op recept.

Deze studies zijn zowel in drukvorm als on line verkrijgbaar (<http://issues05.emcdda.eu.int>), 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.eu.int/?nnodeid=435>).



Toelichting — Vaststellen van drugstrends in Europa

Overzicht van de situatie in Europa

Dit hoofdstuk biedt een overzicht van de belangrijkste ontwikkelingen en trends in de Europese drugsituatie. Het is samengesteld op basis van informatie uit verschillende bronnen met inachtneming van zowel de sterke als de zwakke punten van het op dit moment beschikbare feitenmateriaal. Deze toelichting bevat tevens een evaluatie van de manier waarop de in 2005 beschikbaar gekomen gegevens meer inzicht verschaffen in de trends in de Europese drugsituatie op de middellange en langere termijn.

Polydrugsgebruik maakt het inzicht in, en antwoord op problematisch drugsgebruik extra gecompliceerd

In dit verslag is overwegend gekozen voor een afzonderlijke bespreking van de belangrijkste gebruikte stoffen. Het voordeel is dat deze benadering overzichtelijker is en goed aansluit bij het feit dat indicatoren voor drugsgebruik gewoonlijk zijn gebaseerd op gegevens over afzonderlijke stoffen. Het nadeel is evenwel dat in deze aanpak niet tot uiting komt dat polydrugsgebruik een grote rol speelt binnen de drugsproblematiek in Europa. Een analyse van de gevolgen van drugsgebruik voor de volksgezondheid moet rekening houden met het complexe beeld van naast elkaar geconsumeerde psychoactieve stoffen, waartoe zowel alcohol als tabak worden gerekend. Zo wordt in Europa cannabis vaak samen met tabak gerookt, hetgeen gevolgen heeft voor de schadelijke effecten die van dit gedrag te verwachten zijn, en tevens relevant is voor de informatieverstrekking ten behoeve van drugspreventieactiviteiten. In de toxicologische analyse van dodelijke slachtoffers van drugsgebruik worden vaak meerdere stoffen aangetroffen, en bekend is dat door het gelijktijdig consumeren van alcohol de risico's van heroïne- en cocaïnegebruik toenemen. Eenzijdige aandacht voor trends met betrekking tot een bepaalde stof kan bovendien misleidend zijn indien wordt voorbijgegaan aan de samenhang tussen verschillende soorten drugs. Zo wijzen bepaalde, in dit verslag vermelde gegevens op een toenemende beschikbaarheid van synthetische opiaten, hetgeen van belang is voor het analyseren van trends in heroïnegebruik. Evenzo kan het verstandig zijn rekening te houden met een eventuele overlap tussen de trends in het gebruik van verschillende stimulerende middelen en bij iedere analyse te kijken naar de mate waarin waargenomen veranderingen kunnen worden toegeschreven aan gewijzigde consumptiepatronen.

In algemene zin kan worden gesteld, dat degenen die wegens drugsproblemen in behandelcentra in Europa worden opgenomen, gewoonlijk meerdere stoffen hebben gebruikt. Er moeten betere methoden worden ontwikkeld om over dit belangrijke aspect van drugsgebruik te rapporteren en om inzicht te krijgen in de relatie tussen polydrugsgebruik en de doeltreffendheid van interventies.

Jongeren en drugsgebruik — Toenemend gebruik van cannabis bij gewijzigde patronen

Het drugsgebruik is in Europa nog altijd een verschijnsel dat zich overwegend voordoet onder jongeren, met name onder jonge mannen. Voor dit verslag is onder meer geput uit de gegevens van bevolkings- en schoolquêtes, die een bruikbaar beeld geven van het verloop van de patronen in het drugsgebruik in Europa sinds het midden van de jaren negentig. Verder is gebruikgemaakt van gegevens van de laatste ronde van de Europese studie naar de consumptie van alcohol en andere drugs op school (ESPAD). Die gegevens zijn waardevol om het drugsgebruik op scholen waar te nemen en vast te stellen welke trends zich aftekenen.

Alle beschikbare gegevens samen laten duidelijk zien dat het cannabisgebruik sterk verschilt van land tot land. Hoewel het gebruik in Europa als geheel sinds halverwege de jaren negentig overwegend een stijgende lijn vertoont, is het patroon in sommige landen stabiel. Zo is het percentage cannabisgebruikers in het Verenigd Koninkrijk sinds de jaren negentig wel erg hoog, maar neemt niet verder toe. Daarnaast is er nauwelijks verandering in het cannabisgebruik in landen met een laag percentage gebruikers, zoals Zweden en Finland in het noorden van Europa en Griekenland en Malta in het zuiden. Een toegenomen cannabisconsumptie komt volgens de ESPAD-uitkomsten sinds 1999 vooral voor in de nieuwe EU-lidstaten. Uit een analyse van de schoolgegevens en de resultaten van algemene bevolkingsquêtes blijkt dat Tsjechië, Spanje en Frankrijk zich op de meeste punten nu bij het Verenigd Koninkrijk hebben gevoegd en samen een groep landen met een hoog percentage cannabisgebruikers vormen.

In Europa neemt de bezorgdheid over de negatieve gevolgen van cannabisgebruik toe, hoewel er nauwelijks gegevens zijn over de mate waarin het een bedreiging vormt voor de volksgezondheid. Volgens de beschikbare gegevens over de vraag naar drugsbehandeling in Europa staat cannabis direct achter opiaten op een tweede plaats, hoewel cannabis nog altijd niet meer dan 12 % van de totale vraag naar behandeling vertegenwoordigt en het

algehele beeld sterk wordt bepaald door de situatie in betrekkelijk weinig landen. Voor een goed inzicht in het waarschijnlijke verband tussen cannabisgebruik en volksgezondheid zijn gegevens over regelmatig, intensief gebruik onmisbaar, maar voorsnog is die informatie maar mondjesmaat aanwezig. Hoewel de beschikbare gegevens aangeven dat er mogelijk maar liefst drie miljoen mensen, vooral jonge mannen, in Europa dagelijks cannabis gebruiken, is niet bekend in hoeverre deze groep problemen ondervindt als gevolg van de consumptie van deze drug.

De stand van zaken van problematisch drugsgebruik — Neemt het aantal nieuwe heroïnegebruikers en drugsinjecterende gebruikers af?

Methodologisch is een van de lastigste gebieden binnen de waarneming van drugsgebruik het schatten van het aantal mensen dat drugs chronisch gebruikt met uitgesproken schadelijke gevolgen. Terwijl de EWDD-indicator voor problematisch drugsgebruik is ontwikkeld om een schatting van dit soort drugsgebruik te maken, hebben de door de meeste EU-landen gehanteerde indicatoren voor problematisch drugsgebruik vooral betrekking op de consumptie van opiaten en drugsgebruik via injectie. Volgens huidige schattingen ligt het aantal problematische drugsgebruikers in de Europese Unie waarschijnlijk tussen 1,2 en 2,1 miljoen, waarvan tussen 850 000 en 1,3 miljoen naar aangenomen wordt nieuwe drugsspuiter zijn. De tot nu toe gemaakte schattingen van de prevalentie van problematisch drugsgebruik zijn gefragmenteerd, waardoor het lastig is trendmatige ontwikkelingen op lange termijn vast te stellen. Wel geven indicatoren in de vijftien oude lidstaten grofweg aan dat de snelle groei van het aantal nieuwe heroïnegebruikers waarmee de meeste van hen te maken hadden, in het begin van de jaren negentig zijn top bereikte en dat sindsdien sprake is van een meer stabiele situatie. Hoewel sommige landen sinds 1999 melding maken van nieuwe stijgingen, is die situatie volgens recente aanwijzingen niet eenvormig en lopen de prevalentieschattingen op communautair niveau uiteen. Met name de nieuwe lidstaten verdienen speciale vermelding, aangezien zij pas later met problematisch heroïnegebruik lijken te zijn geconfronteerd en de situatie in deze landen veranderlijker is.

Informatie voor het beoordelen van problematisch drugsgebruik kan tevens worden afgeleid uit de aantallen sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik en de vraag naar behandeling. Uit een analyse van het aantal sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik (in de regel gaat het om een overdosis opiaten) blijkt dat de gemiddelde leeftijd van de slachtoffers is gestegen en dat het aantal sterfgevallen onder drugsgebruikers jonger dan 25 sinds 1996 is gedaald. Een belangrijke

aantekening hierbij is, dat uit — weliswaar beperkte — gegevens uit de nieuwe EU-lidstaten tot voor kort bleek dat het aantal sterfgevallen onder gebruikers onder de 25 jaar een stijging vertoonde, zij het dat er inmiddels een zekere stabilisering lijkt te zijn ingetreden. In het algemeen kan worden gesteld dat het aantal sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik in de EU zich nog altijd op een historisch hoog niveau bevindt, maar dat het waarschijnlijk niet verder zal oplopen.

In de meeste landen is heroïne nog steeds de belangrijkste drug waarvoor cliënten in behandeling gaan. In sommige landen kunnen de trends in het heroïnegebruik onder nieuwe cliënten die in behandeling zijn, terug in de tijd worden gevolgd; hieruit blijkt dat er sinds 1996 in absolute aantallen sprake is van een lichte daling. Verder maken sommige landen melding van een ouder wordende populatie opiaatgebruikers, maar ook hier geldt dat deze waarneming niet voor alle landen geldt. In sommige van de nieuwe lidstaten zijn volgens de — ook in dit geval beperkte — gegevens de opiaatgebruikers die voor het eerst een behandeling ondergaan, betrekkelijk jong. In sommige Europese landen, met name in de vijftien oude lidstaten, vertoont het aantal opiaatgebruikers dat met een drugsbehandeling begint en zegt zich te injecteren, al enige tijd een dalende lijn. In Europa dient minder dan de helft van de nieuwe cliënten die een behandeling willen wegens opiaatconsumptie, de drug toe via injectie. Ook deze trend is over het algemeen niet van toepassing op de nieuwe lidstaten, waar injecteren nog altijd de meest gebruikelijke manier van toediening van heroïne is onder gebruikers die een behandeling willen.

Samengevat is er geen eenvoudig antwoord te geven op de vraag of het aantal heroïnegebruikers of -spuiter in heel Europa nu aan het dalen is. In veel opzichten lijkt de huidige situatie in de vijftien oude lidstaten — wat betreft aantallen nieuwe gebruikers en drugsspuiter — positiever dan in het begin van de jaren negentig. Er zijn aanwijzingen dat de situatie in veel landen nu redelijk stabiel is en dat de populatie zelfs ouder wordt, hetgeen mogelijk wijst op een verminderde incidentie. In sommige van de nieuwe lidstaten, waar een sterke toename van problematisch heroïnegebruik een meer recent verschijnsel is, worden opiaten evenwel nog overwegend via injectie toegediend en is het lastig om huidige trends in het heroïnegebruik te interpreteren aan de hand van de beschikbare gegevens.

Gebruik van cocaïne en andere stimulerende middelen — geen reden tot zelfvoldoening

Europa is nog altijd een belangrijke markt voor stimulerende middelen en uit de indicatoren blijkt dat voor Europa als geheel de stijgende lijn in het gebruik van amfetaminen, ecstasy en cocaïne doorzet. Volgens een groot aantal uitkomsten heeft ecstasy op de ranglijst van

meest gebruikte drugs de tweede plaats achter cannabis overgenomen van amfetaminen. In het Verenigd Koninkrijk, dat sinds de jaren negentig volgens de meeste metingen de hoogste prevalentiepercentages voor ecstasy- en amfetaminegebruik registreert, blijkt echter uit recent onderzoek, zowel onder de algemene bevolking als op scholen, dat deze percentages mogelijk aan het dalen zijn — die voor amfetaminen heel sterk en die voor ecstasy in mindere mate. De prevalentie in het Verenigd Koninkrijk is in vergelijking met andere landen evenwel nog altijd hoog, zij het dat het verschil nu minder groot is, aangezien een aantal landen inmiddels vergelijkbare gebruikspercentages rapporteert, een situatie die min of meer overeenkomt met het eerder geschetste beeld van cannabisgebruik.

Ondanks de aanzienlijke verschillen per land vertoont het cocaïnegebruik door heel Europa een stijgende lijn. Uit onderzoeksgegevens blijkt dat de consumptie van cocaïne aan het eind van de jaren negentig sterk is toegenomen, met name in Spanje en het Verenigd Koninkrijk, en dat de laatste tijd sprake is geweest van verdere, zij het geringe, stijgingen. In beide landen komt cocaïnegebruik onder jonge volwassenen volgens de schattingen nu vaker voor dan het gebruik van ecstasy en amfetamine.

De gevolgen van het gebruik van stimulerende middelen voor de volksgezondheid in Europa zijn moeilijk te kwantificeren, maar duidelijk is dat de beschikbare gegevens over de huidige gebruikspatronen bepaald geen reden zijn voor zelfingenomenheid. Het aantal aanvragen voor behandeling in verband met cocaïne neemt toe. Hoewel er van land tot land aanzienlijke verschillen zijn, maakt cocaïne ongeveer 10 % van de totale vraag naar behandeling in Europa uit. Crack-cocaïne, een variant van deze drug die meer dan andere wordt geassocieerd met gezondheids- en andere problemen, wordt in Europa nog altijd slechts op kleine schaal gebruikt. Meldingen van crackgebruik zijn over het algemeen beperkt tot enkele grotere steden, maar de schade die deze drug kan aanrichten binnen de populatie gebruikers is aanzienlijk. Wegens problemen van praktische en methodologische aard is het moeilijk een schatting te maken van het aantal sterfgevallen als gevolg van het gebruik van stimulerende middelen in Europa. Dat aantal is weliswaar klein in verhouding tot het aantal sterfgevallen als gevolg van opiaten, maar het neemt mogelijk toe en is in werkelijkheid waarschijnlijk hoger dan het aantal gerapporteerde sterfgevallen. Hoewel er op dit moment maar weinig gegevens beschikbaar zijn, geven enkele landen aan dat cocaïne bepalend is geweest in ongeveer 10 % van alle sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik. Sterfgevallen ten gevolge van ecstasygebruik komen nog altijd nauwelijks voor in de meeste EU-landen, waarbij zij opgemerkt dat de rapportageprocedures verbetering behoeven.

Europa haaks op mondiale trend: geen aanwijzingen voor grote metamfetamineproblemen

Metamfetamine wordt als drug met name geassocieerd met maatschappelijke en gezondheidsproblemen. Wereldwijd bestaat aanzienlijke bezorgdheid over de toename van problematisch metamfetaminegebruik, en in de Verenigde Staten, Australië, delen van Afrika en op veel plaatsen van Zuidoost-Azië is sprake van een groot of toenemend aantal gebruikers. Tot nu toe komt metamfetaminegebruik binnen Europa vrijwel uitsluitend voor in Tsjechië, waar deze drug al heel lang een probleem vormt. Elders in Europa wordt alleen sporadisch melding gemaakt van de verkrijgbaarheid van metamfetamine, terwijl soms inbeslagnemingen en een enkele keer ook gevallen van invoer vanuit Tsjechië naar buurlanden worden gerapporteerd. Aangezien veel landen in Europa beschikken over sterke relaties met delen van de wereld met metamfetamineproblemen en de vraag naar stimulerende middelen op de Europese markt toeneemt, mag evenwel niet voorbij worden gegaan aan het gevaar van grootschaliger metamfetaminegebruik. Op dit gebied blijft derhalve grote waakzaamheid geboden.

Uitbreiding en ontwikkeling van diensten voor mensen met drugsproblemen

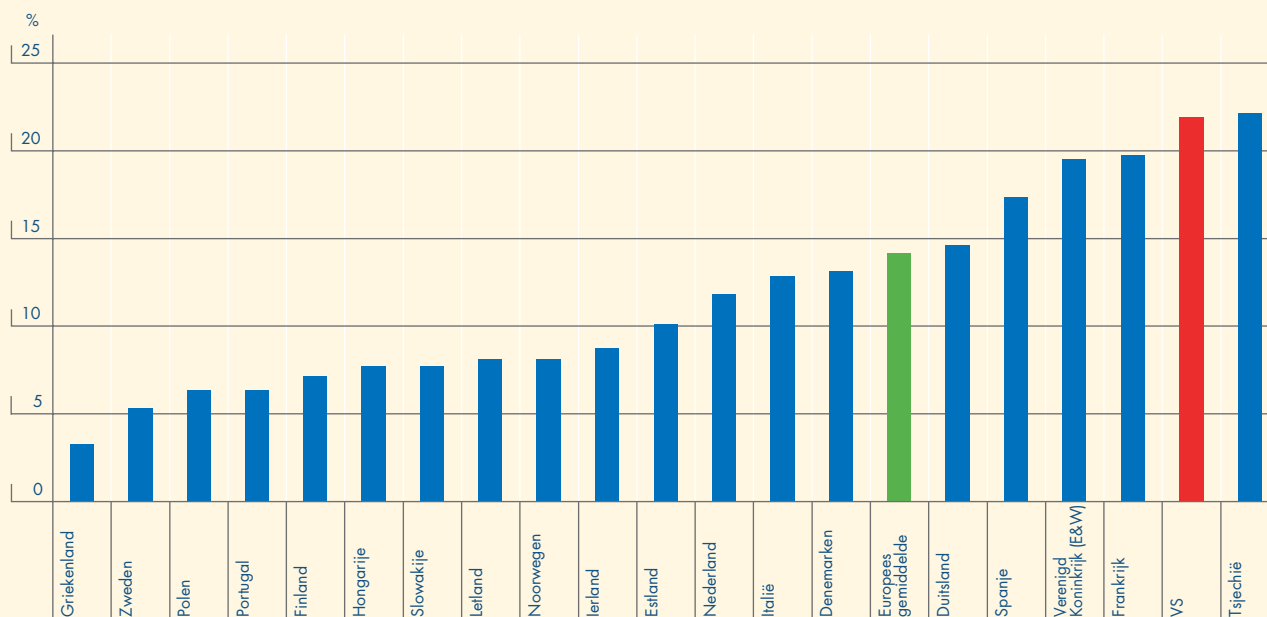
Dat diensten voor mensen met drugsproblemen een wezenlijk verschil kunnen maken voor de drugsgebruikers zelf en voor de gemeenschap waarin zij leven, wordt in menig landelijk drugsbeleid erkend, en in zowel het oude als het nieuwe EU-actieplan inzake drugs wordt het voornemen uitgesproken de diensten voor mensen met drugsproblemen uit te breiden. Hoewel het moeilijk is een compleet beeld te geven van de omvang van de diensten voor mensen met drugsproblemen in Europa, wijzen diverse indicatoren duidelijk op een aanzienlijke uitbreiding van het behandelaanbod en van sommige vormen van schadebeperkende diensten. De aard en de omvang van de diverse diensten verschillen evenwel aanmerkelijk van land tot land. Een voorbeeld van een gebied waar de diensten de laatste tien jaar duidelijk zijn uitgebreid, is dat van de substitutiebehandeling van opioïdengebruikers, met name in landen met een relatief groot aantal injecterende heroïnegebruikers. In bijna 80 % van de substitutiebehandelingen in Europa en in ruim 90 % van de substitutiebehandelingen in gespecialiseerde diensten wordt methadon verstrekt, maar buprenorfine wint aan populariteit als farmacologische optie en wordt waarschijnlijk in ongeveer 20 % van de substitutiebehandelingen in Europa voorgeschreven (zie voor meer informatie over het gebruik van deze drug „Buprenorphine: treatment, misuse and prescription practices” in de bij dit verslag behorende „Speciale kwesties”). Volgens de huidige schattingen worden momenteel meer dan 500 000 mensen geholpen via substitutiebehandeling. Dat zou betekenen dat een

Drugsgebruik in Europa nog altijd lager dan in de Verenigde Staten — maar prevalentieschattingen liggen nu soms op vergelijkbaar niveau

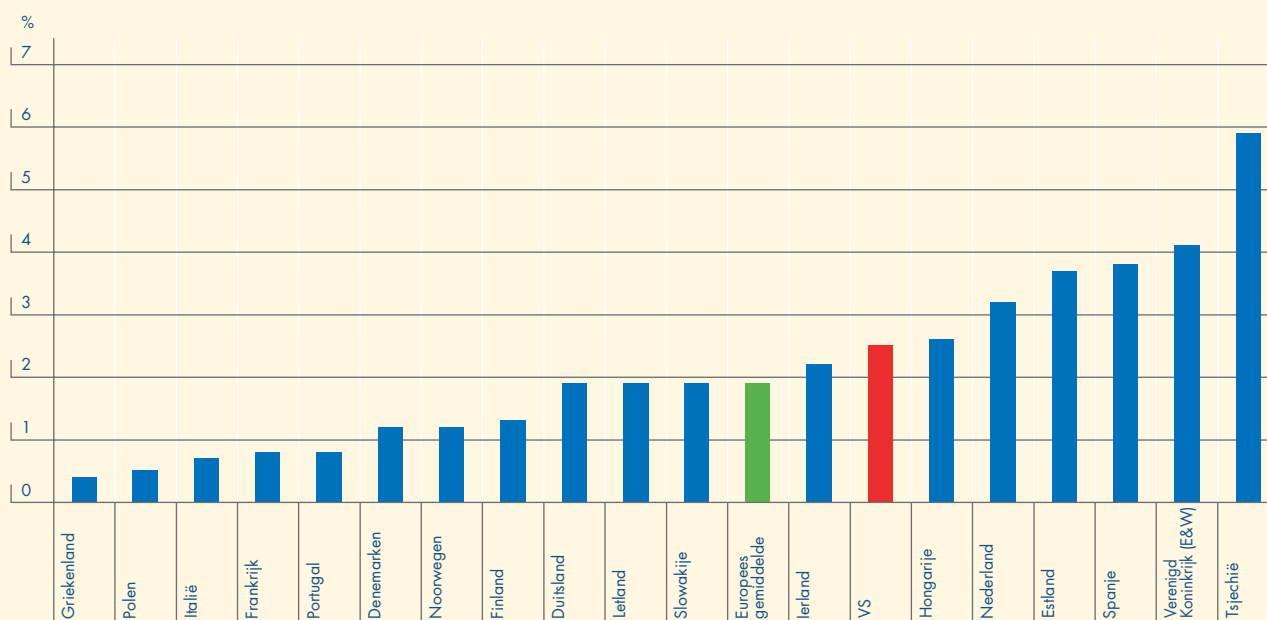
Het drugsgebruik is in de Verenigde Staten altijd aanzienlijk hoger geweest dan in Europa. Dat is grotendeels nog steeds zo, maar uit een vergelijking van de gegevens over recent gebruik (afgelopen jaar) blijkt dat in enkele landen in Europa het gebruik van cannabis, ecstasy en cocaïne onder jongvolwassenen eenzelfde niveau heeft bereikt als dat in de Verenigde Staten (zie figuur). In het geval van recent gebruik van ecstasy door jongvolwassenen blijven de schattingen in de Verenigde Staten zelfs achter bij die van diverse landen in Europa. Een mogelijke verklaring hiervoor is de grote invloed die Europa heeft gehad in de opkomst van deze drug. Over het geheel genomen vallen de metingen voor de Europese populatie gemiddeld echter nog steeds lager uit dan die in de Verenigde Staten. In veel landen in Europa deed het verschijnsel van drugsgebruik op grote schaal later zijn intrede dan in de Verenigde Staten, wat wellicht tot uiting komt in de hogere schattingen voor het „ooit“-gebruik in de Verenigde Staten (zie figuren 1, 2 en 3 in het Statistical Bulletin van 2005). Die schattingen kunnen in zekere zin worden gezien als cumulatieve indicatoren van de historische gebruiksniveaus.

Prevalentiepercentages van recent gebruik (laatste twaalf maanden) van cannabis, ecstasy en cocaïne onder jonge volwassenen (15-34 jaar) in Europa en de VS

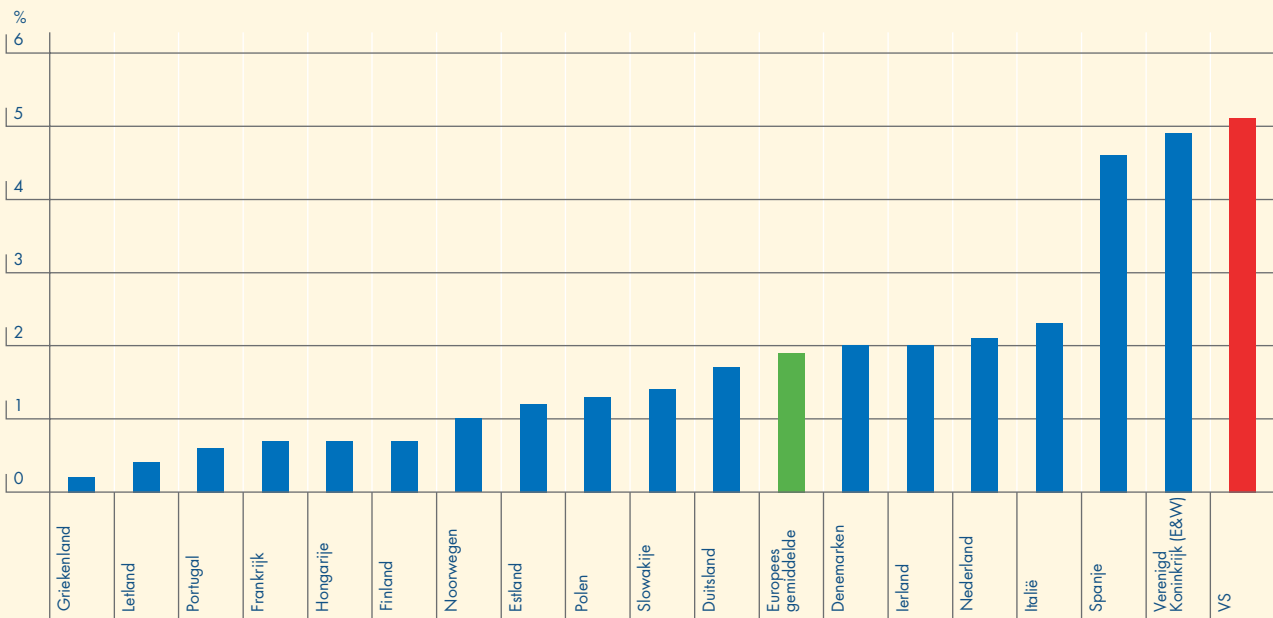
Recent gebruik (laatste twaalf maanden) van cannabis onder jonge volwassenen (15-34 jaar)



Recent gebruik (laatste twaalf maanden) van ecstasy onder jonge volwassenen (15-34 jaar)



Recent gebruik (laatste twaalf maanden) van cocaïne onder jonge volwassenen (15-34 jaar)



NB: In de Verenigde Staten vond het onderzoek in 2003 plaats in de leeftijdsgroep 16-34 jaar, herberekend vanuit oorspronkelijke gegevens. In de Europese landen vonden de meeste onderzoeken (17 van de 19) tussen 2001 en 2004 plaats en is de standaardleeftijdsgroep 15-34 jaar (in sommige landen kan de minimumleeftijd 16 of 18 jaar zijn). De gemiddelde prevalentie in Europa werd berekend als het gemiddelde van de nationale prevalentiepercentages gewogen naar de bevolking van de afzonderlijke lidstaten in de leeftijdsgroep van 15 tot en met 34 jaar (2001, Eurostat).

Bronnen: Verenigde Staten: SAMHSA, Office of Applied Studies, National Survey on Drug use and Health, 2003, ([www.samhsa.gov](http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo)) en (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>). Europa: Tabel GPS-11 in het Statistical Bulletin 2005 van het EWDD. Gebaseerd op de nationale verslagen van Reitox (2004).

percentage van tussen de 25 % en 50 % van de mensen met opiaatproblemen mogelijk via substitutiebehandeling wordt geholpen.

Substitutiebehandeling is niet de enige optie voor cliënten met opiaatproblemen, maar er zijn onvoldoende gegevens over andere therapeutische benaderingen om betrouwbare schattingen van de verlening van dit soort diensten op communautair niveau te kunnen maken. Er is aanzienlijke voortgang gemaakt met de ontwikkeling van zorgmodellen voor mensen met opiaatproblemen. Op grond van de beschikbare gegevens kan worden aangenomen dat de modellen effectief zijn. Dat geldt niet voor gebruikers van andere drugs, die steeds vaker aankloppen bij Europese behandelcentra. Zo lopen de meningen veel sterker uiteen over de vraag welke therapeutische benadering het meest geschikt is voor cliënten die problemen hebben met stimulerende middelen of cannabis. De ontwikkeling van doeltreffende behandelingen voor dit soort cliënten vormt waarschijnlijk een steeds belangrijker uitdaging.

Drugsgebruik, hiv-infectie en aids — Toenemende beschikbaarheid van interventies heeft mogelijk invloed op algemene trends

De uitbreiding van het behandelaanbod is niet het enige voorbeeld van verbeterde diensten voor problematische drugsgebruikers. Bijna alle lidstaten van de EU beschikken

nu over omruilprogramma's voor naalden en spuiten, zodat gebruikers kunnen beschikken over steriel injectiemateriaal, en in de meeste landen is voor de middellange termijn sprake van een trend naar uitbreiding van zowel de omvang van de activiteiten als de geografische dekking. In sommige lidstaten spelen ook apotheken een belangrijke rol in de spreiding van dit soort programma's. Gespecialiseerde programma's zijn veelal opgenomen in een meer algemeen dienstenaanbod voor mensen met drugsproblemen, met name in laagdrempelige bureaus, en worden vaak gezien als een manier om contact te leggen met actieve drugsgebruikers en ze zo mogelijk de weg te wijzen naar behandeling en overige diensten.

Over het algemeen vertoont de incidentie van aids als gevolg van injecterend drugsgebruik al enige tijd een daling. Heteroseksueel contact heeft in Europa nu de plaats van drugsinjectie overgenomen als belangrijkste risicofactor voor de ontwikkeling van aids. De daling is mogelijk te danken aan de toenemende beschikbaarheid van de sterk actieve antiretrovirale therapie (HAART) sinds 1996, de uitbreiding van het behandelaanbod en van schadebeperkende diensten en de afname van het aantal injecterende drugsgebruikers in de meeste landen. Volgens schattingen van de Wereldgezondheidsorganisatie heeft in de meeste landen in Europa meer dan 75 % van de mensen die HAART nodig hebben, toegang tot deze

therapie. Daarentegen is de dekking in enkele Baltische landen naar schatting laag, hetgeen een verklaring kan zijn voor het toegenomen aantal nieuwe aidsgevallen onder drugsspuiters in ten minste enkele landen in deze regio. Ook het aantal nieuwe hiv-infecties liet daar in het verleden een zeer sterke stijging zien, maar sinds kort neemt dit aantal weer even sterk af, waarschijnlijk doordat het plafond is bereikt voor de populaties die het grootste risico lopen. Daarnaast is het niet onwaarschijnlijk dat in sommige landen het effect van een verhoogd dienstenaanbod merkbaar is.

In de meeste andere nieuwe EU-lidstaten is de hiv-prevalentie nog altijd laag, evenals in veel van de oude EU-lidstaten. EU-landen met van oudsher hoge hiv-prevalentiepercentages onder drugsspuiters hebben een sterke daling en vervolgens een stabilisering geconstateerd. Dat wil niet zeggen dat de problemen verdwenen zijn: in sommige recente onderzoeken wordt melding gemaakt van nieuwe gevallen van besmetting onder bepaalde subpopulaties injecterende druggebruikers, en al is het wegens problemen van methodologische aard lastig trends te interpreteren op landelijk niveau, de noodzaak van blijvende waakzaamheid lijkt hiermee nadrukkelijk bevestigd te zijn.

Algemene rapportage van juridische sancties wegens drugsbezit of drugsgebruik

Vergelijkbare gegevens op Europees niveau over de meeste aspecten van de relatie tussen drugs en criminaliteit ontbreken grotendeels. De belangrijkste uitzondering daarop zijn drugsdelicten, want dat zijn geregistreerde overtredingen van de wetgeving inzake drugscontrole. Hoewel voorzichtig moet worden omgegaan met het maken van vergelijkingen tussen de landen, lijkt het erop dat tussen het einde van de jaren negentig en 2003 het aantal drugsdelicten in veel EU-lidstaten toenam, met name in sommige van de nieuwe lidstaten. In de meeste landen betroffen de meldingen overwegend drugsbezit of drugsgebruik, waarbij het meestal ging om cannabis. Sinds 1998 is in de meeste landen het aandeel van cannabisdelicten toegenomen of stabiel gebleven. Daarentegen is het aandeel heroïnegerelateerde delicten in veel landen gedaald.

In veel landen in Europa heerst toenemende bezorgdheid over de gevolgen in bredere zin van drugsgebruik voor de gemeenschap waarbinnen dit probleem speelt. Kwesties in verband met publieke veiligheid en de blootstelling van jongeren aan drugs worden het meest aangehaald en kunnen worden gegroepeerd als „Drugserelateerde publieke overlast“ („Drug-related public nuisance“). Op deze kwestie wordt nader ingegaan in de geselecteerde kwesties bij het jaarverslag. Met betrekking tot het onderwerp strafrecht wordt in dit gedeelte ook aandacht besteed aan strategieën om mensen met drugsproblemen te behandelen in plaats van ze een vrijheidsstraf op te leggen („Alternatives to imprisonment: targeting offending problem drug users in the EU“).

Ontwikkelingen binnen het drugsbeleid — Gebruikmaking van gemeenschappelijke elementen met inachtneming van nationale verschillen

Zoals dit verslag duidelijk maakt, zijn er in Europa per lidstaat aanmerkelijke verschillen ten aanzien van de drugsproblemen, het drugsbeleid en de aard en omvang van de interventies. Dat neemt niet weg dat de drugsituaties in de meeste landen enkele elementen gemeen hebben. Op beleidsniveau geven de lidstaten in algemene zin blijk van politieke betrokkenheid bij de totstandkoming van uitgebalanceerde maatregelen op basis van feitelijk materiaal, overeenkomstig internationale afspraken. Hoewel wordt erkend dat de verantwoordelijkheid voor het drugsbeleid bij de landen zelf ligt, hebben zij oog voor de mogelijke voordelen van een verbeterde samenwerking op Europees niveau. Dit streven is verwoord in de communautaire drugsstrategie en het communautaire actieplan. Het is weliswaar niet gelukt alle in de EU-drugsstrategie en het EU-actieplan inzake drugs (2000-2004) vastgelegde ambitieuze doelen te halen, maar deze aanpak wijst wel op een belangrijke ontwikkeling in de manier waarop de lidstaten, de instellingen van de EU en gespecialiseerde agentschappen kunnen samenwerken om de vooruitgang op drugsgebied te coördineren en te meten. De nieuwe EU-drugsstrategie (2005-2012) beoogt deze ontwikkeling voort te zetten.



Hoofdstuk 1

Nieuwe ontwikkelingen op het gebied van beleid en wetgeving

Inleiding

Als gevolg van de uiteenlopende aanpak van het drugsprobleem op nationaal en Europees niveau is het onvermijdelijk dat er tussen de lidstaten van de EU sprake is van verschillen in de ontwikkelingen in het beleid met betrekking tot drugs. Desalniettemin zijn er ook gemeenschappelijke kenmerken die een analyse rechtvaardigen.

Het meest opvallende van deze kenmerken tijdens de verslagperiode betreft de wijze waarop de drugsstrategieën in de verschillende lidstaten worden geëvalueerd. In een aantal landen vindt namelijk een evaluatie plaats van de tenuitvoerlegging van de nationale drugsstrategie. Hoewel het nog te vroeg is om het effect van die evaluaties op het drugsbeleid als geheel vast te stellen, hebben zij toch al een aantal veelbelovende resultaten opgeleverd. Zo hebben wij nu een beter inzicht in de effectiviteit van de getroffen maatregelen en in sommige gevallen zijn er als gevolg van de evaluatie meer middelen uitgetrokken om bepaalde strategische doelstellingen te verwezenlijken. Daarnaast levert de evaluatie van de EU-drugsstrategie en het EU-actieplan inzake drugsbestrijding (2000-2004) nu het eerste resultaat op van het in gang gebrachte proces waarbij de lidstaten, de instellingen van de EU en gespecialiseerde agentschappen samenwerken bij het meten van de vooruitgang op drugsgebied. Tot de overige ontwikkelingen in de verslagperiode behoren onder meer de lagere straffen voor drugsgebruik in bepaalde landen en de zwaardere straffen voor drugsdelicten en drugshandel in de buurt van of gericht op minderjarigen.

Een strategische benadering van het drugsbeleid in de Europese Unie

De EU-drugsstrategie (2005-2012) die in december 2004 door de Europese Raad is vastgesteld, bouwt voort op de eindevaluatie van de vooruitgang die in de voorafgaande periode (2000-2004) is geboekt. De strategie is bedoeld om, met inachtneming van het in de Verdragen neergelegde subsidiariteits- en proportionaliteitsbeginsel, een meerwaarde aan de nationale strategieën te geven. Met betrekking tot drugs zijn in de strategie twee algemene doelstellingen geformuleerd:

- een hoog niveau van gezondheidsbescherming, welzijn en sociale samenhang door middel van een aanvulling van het optreden van de lidstaten ter voorkoming en beperking van drugsgebruik, -verslaving en drugsgerelateerde schade aan de volksgezondheid en voor de maatschappij;
- een hoog niveau van veiligheid voor het grote publiek door maatregelen tegen de productie en het aanbod van drugs en grensoverschrijdende illegale drugshandel, en door de preventieve actie tegen drugsgerelateerde criminaliteit te intensiveren door middel van een effectieve samenwerking tussen de lidstaten.

Deze twee doelstellingen bestrijken de zes prioriteiten uit de EU-drugsstrategie (2000-2004). In de nieuwe strategie wordt nogmaals het belang benadrukt van een geïntegreerde, multidisciplinaire en evenwichtige aanpak waarin het terugdringen van de vraag en het verminderen van het aanbod worden gecombineerd. De strategie spitst zich toe op deze twee beleidsterreinen, op twee overkoepelende thema's — „internationale samenwerking” en „informatie, onderzoek en evaluatie” — alsmede op „coördinatie”.

In februari 2005 heeft de Europese Commissie een mededeling over een EU-drugsactieplan (2005-2008) aan het Europees Parlement en de Raad voorgelegd. Bij het opstellen van dit actieplan is overleg gepleegd met het EWDD en met Europol. De Commissie heeft tevens het maatschappelijk middenveld geraadpleegd. Het actieplan is gebaseerd op de resultaten van de evaluatie van het vorige plan en is zodanig opgezet dat voor iedere actie duidelijk is wie de betrokken partijen en wat de instrumenten, indicatoren en deadlines zijn. Hierdoor wordt niet alleen het monitoren van de acties in de toekomst bevorderd, maar zijn er ook effectievere richtsnoeren beschikbaar voor de tenuitvoerlegging van het plan. Met het oog op een voorstel voor een plan voor de periode tussen 2009 en 2012 zal de Commissie jaarlijks voortgangsrapporten opstellen en een effectbeoordeling uitvoeren.

In navolging van de EU hebben de meeste lidstaten nationale drugsstrategieën vastgesteld. Van de 29 landen die in dit verslag aan de orde komen, is er in 26 landen sprake van een drugsbeleid dat gebaseerd is op een

nationaal plan, een nationale strategie of een soortgelijk document. Wat de overige landen betreft, is in maart 2003 in Italië een nationaal plan goedgekeurd door het nationale comité voor de coördinatie van de drugsbestrijding. Dit plan wordt nu bestudeerd door de regio's en de autonome provincies. Malta en Oostenrijk hebben te kennen gegeven dat er ten tijde van het opstellen van dit verslag procedures in gang zijn gezet voor het opstellen en aannemen van een nationale drugsstrategie (1).

In zeven landen van de EU zijn nieuwe nationale drugsstrategieën vastgesteld (zie tabel 1). In alle lidstaten lijkt het drugsbeleid — in overeenstemming met de drugsstrategie van de EU — gebaseerd op een mondiale en multidisciplinair georiënteerde aanpak. Er bestaan tussen de diverse landen echter ook fundamentele verschillen in de inhoud van de nationale strategieën, bijvoorbeeld bij interventies (de uitvoering ervan kan verschillen ondanks het gebruik van dezelfde terminologie), bij het belang dat aan de evaluatie van de strategie wordt gehecht (wat uiteen kan lopen van een groot tot een minimaal belang), en zelfs bij het vaststellen e.d. van belangrijke beleidsmaatregelen zoals op het gebied van de schadebeperking. Uit de 26 onderzochte beleids- of strategiedocumenten (2) blijkt zelfs dat schadebeperking het onderwerp is waarover de standpunten het meest uiteenlopen: in twaalf documenten wordt veel aandacht aan schadebeperking besteed, in

negen verslagen komt dit onderwerp aan de orde bij de bespreking van andere kwesties en in vijf documenten wordt schadebeperking helemaal niet genoemd.

De eerste resultaten van de evaluatie van de drugsstrategieën

Tijdens de verslagperiode heeft er een evaluatie plaatsgevonden van de EU-drugsstrategie (2000-2004). De Raad van ministers van Justitie en Binnenlandse Zaken heeft op 25 en 26 oktober 2004 de Mededeling van de Commissie betreffende de resultaten van de eindevaluatie (3) besproken. Deze evaluatie moest beoordelen in welke mate de doelstellingen van de drugsstrategie via het actieplan zijn verwezenlijkt en vaststellen wat het effect is geweest van zowel de drugsstrategie als het actieplan op de drugssituatie in de EU. De evaluatie was ook bedoeld als bijdrage aan het debat voor de goedkeuring (4) van een nieuwe drugsstrategie. De Commissie werd bij deze evaluatie ondersteund door een stuurgroep (bestaande uit vertegenwoordigers van de Commissie, de vier lidstaten die het voorzitterschap in 2003-2004 hebben bekleed, het EWDD en Europol). De evaluatiemogelijkheden werden echter danig beperkt door het ontbreken van gedetailleerde en kwantificeerbare operationele doelstellingen.

Tabel 1: Nieuwe nationale drugsstrategieën

Land	Titel	Tijdsbestek of datum goedkeuring	Doelstellingen	Kwantificeerbare targets	Prestatie-indicatoren	Verantwoordelijkheid voor uitvoering	Begroting voor uitvoering
Estland	Nationale strategie voor de preventie van drugsverslaving	2004-2012	✓	✓	✓	n.b.	n.b.
Estland	Doelgericht actieplan voor het uitvoeren van de strategie	2004-2008	✓	✓	✓	✓	✓
Frankrijk	Actieplan voor het terugdringen van het gebruik van verboden drugs, tabak en alcohol	2004-2008	✓	✓	✓	n.b.	✓
Cyprus	Nationale drugsstrategie	2004-2008	✓	n.b.	n.b.	n.b.	✓ (1)
Litouwen (1)	Strategie voor het nationale programma voor de preventie van drugsverslaving	2004-2008	✓	n.b.	✓	✓	✓
Luxemburg	Strategie en actieplan inzake drugs en drugsverslaving	2005-2009	✓	✓ (2)	✓	✓	✓
Slovenië (1)	Resolutie inzake het nationale programma op het gebied van drugs	2004-2009	✓	n.b.	n.b.	✓	✓
Finland	Actieprogramma inzake het drugsbeleid	2004-2007	✓	n.b.	n.b.	✓	n.b.

NB: n.b. = geen informatie beschikbaar.

(1) Gegevens verstrekt door nationale focal points.

(2) De Luxemburgse strategie kent geen streefcijfers voor het terugdringen van het aanbod.

(3) In de strategie van Cyprus wordt opgemerkt dat er financiële en personele middelen ter beschikking zullen worden gesteld om de doelstellingen van de strategie te verwezenlijken — geen specificatie van cijfers in de tekst.

(1) Voor meer informatie en definities wordt verwezen naar de EWDD-website (www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1360).

(2) Voor Malta, Slowakije en Turkije is over dit onderwerp geen informatie beschikbaar.

(3) COM(2004) 707 definitief.

(4) Europese Raad (16-17 december 2004) — Conclusies.

In de mededeling over de eidevaluatie en de bijbehorende bijlagen ⁽⁹⁾ komen niet alleen de belangrijkste resultaten op drugsgebied op nationaal en communautair niveau aan de orde, maar wordt ook ingegaan op de punten waarop meer vooruitgang moet worden geboekt. In de mededeling wordt benadrukt dat de incidentie van drugsgerelateerde gezondheidsproblemen (inclusief infecties met het Humaan Immunodeficiëntie Virus — HIV — en hepatitis) is afgenomen, evenals het aantal sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik (doelstelling 2 van de EU-drugsstrategie), en dat met name ook het behandelaanbod (doelstelling 3) is verbeterd. Ten aanzien van doelstelling 1, het terugdringen van het drugsgebruik, is geen significante vooruitgang waargenomen. Ook is er geen afname in de beschikbaarheid van drugs geconstateerd (doelstelling 4). Desalniettemin lijkt het erop dat doelstellingen 4 en 5 samen als een soort katalysator hebben gefungeerd voor een aantal initiatieven op communautair niveau waardoor de maatregelen van politie en justitie met betrekking tot de handel in en het aanbod van drugs zijn aangescherpt. Gedurende de looptijd van het plan is er ook een aantal belangrijke maatregelen genomen om het witwassen van geld terug te dringen (doelstelling 6.1) en om de verspreiding van precursoren tegen te gaan (doelstelling 6.2). Dat laatste is met name te danken aan een aantal belangrijke voorstellen tot wijziging van de Gemeenschapswetgeving inzake de controle op de handel in precursoren.

In de mededeling wordt tevens benadrukt dat verder onderzoek noodzakelijk is, bijvoorbeeld naar de biomedische, psychosociale en andere factoren die verband houden met drugsgebruik en verslaving, met name op gebieden waar nog weinig informatie beschikbaar is (zoals het langdurig gebruik van cannabis en synthetische drugs). Ook is het noodzakelijk om regelmatig met het maatschappelijk middenveld te overleggen over het formuleren van het drugsbeleid van de EU. De Commissie heeft eveneens een aanbeveling gedaan om de EU-strategie van vijf jaar met drie jaar te verlengen. Een periode van acht jaar bestrijkt namelijk twee opeenvolgende communautaire actieplannen waardoor een volledige tenuitvoerlegging en afstemming van initiatieven mogelijk wordt in overeenstemming met de doelstellingen van de strategie.

Enkele evaluaties die tijdens deze verslagperiode op nationaal niveau zijn verricht, verdienen een nadere bestudering. Daarbij zijn met name evaluaties van belang die door landen zijn uitgevoerd die een „gestructureerdere” aanpak van hun nationale drugsstrategie hanteren. Een dergelijke aanpak wordt, kort samengevat, gekenmerkt door een formele documentatie van doelstellingen, het definiëren en kwantificeren van

streefdoelen, en het aanwijzen van een instantie die verantwoordelijk is voor de tenuitvoerlegging en het vastleggen van de datum waarop de doelstellingen verwezenlijkt moeten zijn. Op basis van deze aanpak kunnen landen niet alleen eenvoudiger verslag doen van de doelen die gerealiseerd zijn, maar kunnen zij ook de probleemgebieden beter in kaart brengen en eventueel noodzakelijke maatregelen treffen.

Landen waar een dergelijke aanpak wordt gehanteerd, zijn bijvoorbeeld Tsjechië, Ierland, Luxemburg, Polen en Portugal. Uit de evaluatie van hun nationale drugsstrategieën is gebleken welke resultaten zijn geboekt en aan welke doelstellingen nog verder gewerkt dient te worden (indien dergelijke conclusies nog niet zijn getrokken, biedt de gehanteerde strategie in die landen daar in ieder geval wel de mogelijkheden toe). De evaluatie van de nationale drugsstrategie in 2004 in Portugal toont aan hoe een gestructureerde aanpak kan bijdragen aan het beoordelen van de resultaten. Op basis van externe evaluaties werd geconcludeerd dat er op een aantal van de dertig hoofddoelstellingen van het Portugese actieplan vooruitgang was geboekt, waarbij acht doelstellingen volledig en tien gedeeltelijk waren gerealiseerd. Door een gebrek aan informatie konden andere doelstellingen echter moeilijk geëvalueerd worden terwijl van vijf doelstellingen werd geconstateerd dat deze niet verwezenlijkt waren. In Duitsland is een sturgroep (Nationale Raad voor drugsverslaving) opgericht om de tenuitvoerlegging van het actieplan 2003 te begeleiden en de resultaten te volgen.

Het aannemen van een nationale drugsstrategie c.q. de evaluatie van een voorgaande strategie heeft in een aantal landen geleid tot een verhoging van de begroting op dit terrein. In Griekenland is er bijvoorbeeld sprake van een gestage toename van de uitgaven voor de gezondheidszorg; in Hongarije is geld vrijgemaakt voor de financiering van onderdelen van de strategie die nog niet ten uitvoer zijn gelegd; en in Luxemburg is de begroting voor de drugsproblematiek van het ministerie van Volksgezondheid omhooggegaan van ongeveer 1 miljoen EUR in 1999 tot bijna 6 miljoen EUR in 2004. In alle lidstaten vormen de overheidsbestedingen in verband met het drugsprobleem echter nog steeds slechts een klein deel van de totale overheidsuitgaven (tussen de 0,1 en 0,3 %). Dit zou gedeeltelijk kunnen verklaren waarom er in Europa geen directe koppeling bestaat tussen economische groei en daarmee gepaard gaande wijzigingen in de algemene begroting enerzijds en wijzigingen in de overheidsbestedingen voor het drugsprobleem anderzijds.

In een aantal EU-landen wordt het overgrote deel van de centrale „drugsbegroting” nog steeds besteed aan het terugdringen van het drugsaanbod (naar schatting 68-75 % van de totale drugsgerelateerde uitgaven) ⁽⁶⁾.

⁽⁹⁾ Waaronder de Statistical Snapshot (1999-2004) van het EWDD/Europol (<http://snapshot.emcdda.eu.int>).

⁽⁶⁾ Zie de speciale kwestie „Overheidsbestedingen om de vraag naar drugs terug te dringen” in het EWDD-jaarverslag 2003 (<http://ar2003.emcdda.eu.int/nl/page077-nl.html>).

In een paar landen, waaronder Malta en Luxemburg, blijken de uitgaven voor het terugdringen van de vraag echter hoger dan die voor het terugdringen van het aanbod (respectievelijk 66 en 59 % van de totale „drugsbegroting“). Het is echter niet duidelijk of de gerapporteerde verschillen in budgettaire toewijzingen voortkomen uit fundamentele verschillen in beleidsprioriteiten of een gevolg zijn van vertekeningen in de gegevensverzameling.

Het gebrek aan beschikbare informatie over de rechtstreekse overheidsuitgaven aan de drugskwestie blijft een probleem. Er zijn echter signalen dat er behalve een toenemende wetenschappelijke belangstelling voor dit onderwerp (7), ook een grotere politieke wil aanwezig is om drugsgerelateerde overheidsbestedingen te definiëren en te omschrijven, waardoor de nationale uitgaven aan de drugsproblematiek als een belangrijk element in de kosten-batenanalyse gebruikt kunnen worden. Samen met het Reitox-netwerk en de Commissie ontwikkelt het EWDD op dit moment — zoals voorzien in het EU-actieplan 2005 — een methodologie om consequente en betrouwbare schattingen te kunnen maken van drugsgerelateerde overheidsbestedingen binnen de EU.

Het eerste evaluatieproces op nationaal en Europees niveau vormt een waardevolle feedback en verschaft besluitvormers informatie over de mate waarin hun besluiten ten uitvoer zijn gelegd en welke kosten daarmee gemoeid zijn. Hierdoor zijn zij beter in staat hun inspanningen te vergroten op gebieden waar problemen zijn vastgesteld of die tijdens de evaluatie negatief beoordeeld zijn. Hoewel eenduidig bewijsmateriaal voor het effect van nationale drugsstrategieën op het totale drugsverschijnsel nog niet voorhanden is (EWDD, 2004a), geeft een evaluatie gebaseerd op het „bijhouden van de score“ hieraan een positieve impuls. Hopelijk wordt hiermee een algemene trend in Europa in gang gezet op weg naar een gedetailleerde evaluatie van alle nationale drugsstrategieën.

Debatten in nationale parlementen en media

De maatschappelijke onrust over het drugsverschijnsel komt zowel in de media als in de parlementaire debatten tot uiting. Uit de gegevens in de nationale Reitox-verslagen kan worden afgeleid dat de volgende problemen tijdens de verslagperiode het vaakst als onderwerp van parlementaire debatten zijn gerapporteerd: „schadebeperking“ (of interventies die onder deze categorie vallen), „cannabisgebruik“ en „drugscriminaliteit en daarmee verband houdende wijzigingen van de drugswetgeving“.

In Tsjechië, Estland, Frankrijk, Ierland en Noorwegen hebben de voor- en nadelen van substitutietherapieën en maatregelen gericht op schadebeperking, afgezet tegen drugsvrije behandelingen, tot verhitte parlementaire debatten geleid. Het voorstel om het omruilprogramma voor naalden en spuiten een permanent karakter te geven, is in Zweden aanleiding geweest voor een fel politiek debat, ondanks het feit dat het programma onder toezicht en op zeer strikte voorwaarden uitgevoerd zou worden. In Noorwegen heeft het tijdelijk beschikbaar stellen van ruimten om drugs te injecteren voor de nodige politieke opschudding gezorgd (zie ook de speciale kwestie over nationale wetgeving en publieke overlast).

Cannabis is nog steeds een belangrijk discussieonderwerp, met name in Duitsland, waar de meeste nadruk op cannabisgebruik onder jonge mensen ligt, en in Luxemburg en Portugal, waar voorgesteld is om cannabis op recept beschikbaar te stellen. De media in België, Tsjechië, Duitsland, Cyprus, Luxemburg en Oostenrijk hebben ruime aandacht besteed aan het cannabisgebruik (en het drugsgebruik in het algemeen) op scholen en onder jongeren. In Nederland ging de aandacht van de media uit naar de gemelde verhoging van de THC-concentratie (tetrahydrocannabinol) in nederwiet en de mogelijke gezondheidsgevolgen van zeer sterke cannabis. In Polen was cannabis de stof die in de media het meest aan de orde kwam (865 keer op een totaal van ongeveer 2 500 verwijzingen naar drugs). In België, Denemarken en ook in een aantal gemeenteraden in Nederland (met het oog op het oplossen van de „achterdeurproblematiek“ (8)) zijn (wets)voorstellen om cannabis te legaliseren op een heftige en openlijke oppositie gestuit van een meerderheid van kamerleden en ministers.

Het vooruitzicht op mogelijke veranderingen in de drugswetgeving heeft veel aandacht van de media getrokken en politieke debatten in Frankrijk en Italië in gang gezet. In Frankrijk heeft een voorstel om gevangenisstraffen voor drugsgebruik te vervangen door boetes, het niet gehaald vanwege de angst dat een dergelijke aanpassing geïnterpreteerd zou worden als een signaal dat drugs niet zo gevaarlijk zijn met als gevolg een nieuwe toename van het drugsgebruik, vooral op jongere leeftijd (9). In Italië is door de media verslag gedaan van het heftige parlementaire debat over de voorgestelde wijzigingen op de wet van 1990 terwijl in Tsjechië de belangstelling van politiek en media uitging naar de differentiatie in de straffen voor drugsbezit.

In Tsjechië, Griekenland, Luxemburg, Polen en Portugal zijn ad-hoconderzoeken uitgevoerd om de berichtgeving in de media te analyseren. In België (10), Polen en het Verenigd Koninkrijk (11) werden nationale mediacampagnes ontwikkeld die met name gericht zijn op jonge mensen.

(7) In België, Spanje, Frankrijk, Luxemburg, Nederland, Finland, Zweden en het Verenigd Koninkrijk — Zie voor meer informatie de EWDD-website (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1357>).

(8) Coffeeshops mogen voor de verkoop maximaal 500 gram cannabis in voorraad houden, maar zij kunnen die cannabis alleen via de illegale markt krijgen. Dit wordt de „achterdeurproblematiek“ genoemd.

(9) MILDT (2004), blz. 43, zoals geciteerd in het Franse nationale verslag.

(10) www.partywise.be

(11) De campagne „Talk to Frank“ over de risico's van cannabisgebruik (<http://www.talktofrank.com/>).

Nieuwe ontwikkelingen in communautaire programma's en wetgeving

Tijdens de verslagperiode zijn er in de EU belangrijke initiatieven met betrekking tot drugs gerapporteerd op het gebied van volksgezondheid, drugshandel en de controle op precursoren en synthetische drugs.

Volksgezondheid

Op Europees niveau valt drugspreventie onder het onderdeel gezondheidsdeterminanten van het programma voor volksgezondheid⁽¹²⁾. Het werkplan 2004 van dit programma richt zich met name op de aanbeveling van de Raad van 18 juni 2003 en op het in samenwerking met het EWDD ontwikkelen van een adequate basis om de activiteiten in de EU te inventariseren. De Commissie heeft de betrokkenen aangemoedigd om voorstellen in te dienen om het misbruik van alle stoffen met een verslavingspotentieel aan te pakken, met name op uitgaansplaatsen (bijvoorbeeld nachtclubs) en in gevangenissen. Zij legt daarbij met name de nadruk op acties die beste praktijken ontwikkelen, informatie verspreiden en de communicatie op deze gebieden verbeteren door gebruik te maken van moderne communicatiemethoden. De Commissie heeft in 2004 vier projecten geselecteerd om risicogedrag te voorkomen, de internationale kennis op het gebied van de biomedische bijwerkingen van drugsgebruik te harmoniseren, de uitwisseling van kennis over reacties op drugsgebruik te bevorderen, en de deelname van lidstaten te bevorderen aan een reeds bestaande internetfaciliteit met informatie over legale en illegale drugs.

Drugshandel

In 2004 is op communautair niveau een aantal instrumenten aangenomen om de drugshandel te bestrijden. In het Kaderbesluit 2004/757/JBZ van de Raad van 25 oktober 2004 zijn minimumvoorschriften vastgesteld met betrekking tot de bestanddelen van strafbare feiten en tot straffen op het gebied van de illegale drugshandel⁽¹³⁾. Doordat er nu voor dergelijke delicten minimumstraffen in de lidstaten bestaan, vormt dit kaderbesluit een belangrijk instrument voor het aanpakken van de drugshandel.

In december 2004 heeft de Raad overeenstemming bereikt over een besluit inzake het uitwisselen van informatie, de risicobeoordeling en de controle ten aanzien van nieuwe psychoactieve stoffen. Dit besluit biedt niet alleen een kader voor een effectieve uitwisseling van informatie over

Opzetten van een duurzaam systeem voor gezondheidsbewaking

Het opzetten en beheren van een duurzaam systeem voor gezondheidsbewaking is een van de hoofddoelstellingen van het communautair actieprogramma op het gebied van de volksgezondheid (2003-2008). De Commissie heeft de lidstaten en internationale organen geraadpleegd met het oog op het vaststellen van een reeks gezondheidsindicatoren voor de Europese Gemeenschap. In dit verband zijn de termen „sterfgevallen als gevolg van drugs” en „gebruik van psychotropische drugs” in de conceptlijst van kernindicatoren opgenomen, waardoor de structurele koppeling met het EWDD als potentiële gegevensbron verder is verankerd.

nieuwe psychotrope stoffen, maar creëert ook een mechanisme om deze op EU-niveau te controleren.

Op 30 maart 2004 heeft de Raad een aanbeveling inzake richtsnoeren voor de monsterneming van in beslag genomen drugs aangenomen. Voorzover dit nog niet is gebeurd, beveelt de Raad de lidstaten aan om een systeem van monsterneming in te voeren overeenkomstig de internationaal aanvaarde richtsnoeren. De Raad heeft ook een resolutie inzake cannabis aangenomen en een verslag goedgekeurd over de vooruitgang inzake de uitvoeringsnota's betreffende het terugdringen van vraag en aanbod van drugs en het aanbod van synthetische drugs.

Op 11 februari 2004 hebben het Europees Parlement en de Raad Verordening (EG) nr. 273/2004 inzake drugsprecursoren⁽¹⁴⁾ aangenomen. Deze verordening stelt geharmoniseerde maatregelen vast voor het intracommunautaire toezicht 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 richtsnoeren voor de lidstaten bevat op grond waarvan de noodzakelijke maatregelen kunnen worden genomen om de bevoegde instanties in staat te stellen hun toezichthoudende taken uit te voeren. Daarnaast bevatten de richtsnoeren informatie over manieren waarop verdachte transacties herkend en gemeld kunnen worden. Op 22 december 2004 heeft de Raad Verordening (EG) nr. 111/2005 aangenomen houdende voorschriften voor het toezicht op de handel tussen de Gemeenschap en derde landen in drugsprecursoren.

In aansluiting op een resolutie van de Raad van november 2002 heeft de Europese Commissie tijdens een bijeenkomst van de Horizontale Groep drugs van de Raad (HGD) een onderzoek gepresenteerd naar de controle op synthetische drugs aan de hand van een algemene classificatie en een classificatie voor noodsituaties. De

⁽¹²⁾ Besluit nr. 1786/2002/EG van het Europees Parlement en de Raad van 23 september 2002 tot vaststelling van een communautair actieprogramma op het gebied van de volksgezondheid (2003-2008) — *Verklaringen van de Commissie*, PB L 271 van 9.10.2002, blz. 1-12.

⁽¹³⁾ PB L 335 van 11.11.2004, blz. 8; zie ook het EWDD-jaarverslag 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int>).

⁽¹⁴⁾ PB L 47 van 18.2.2004, blz. 1.

Commissie heeft tijdens de bijeenkomst van de HGD in april 2004 ook aanbevelingen gedaan over het in kaart brengen van de distributienetwerken van synthetische drugs in de EU.

Nieuwe nationale wetgeving

Jonge mensen

Tot de veranderingen in de wetgeving die over de verslagperiode door de lidstaten zijn gemeld, behoren onder andere maatregelen om jongeren te beschermen tegen overtreders van de drugswetgeving of om meer rekening te houden met de mogelijkheid dat jonge mensen eventueel van plan zijn drugs te gaan gebruiken.

Die bescherming kan zowel via een directe als via een meer algemene aanpak worden gecreëerd. In Hongarije is in maart 2003 een wet uitgevaardigd die moet voorkomen dat jongeren onder 18 jaar verdovende middelen gaan gebruiken. Volwassenen die delicten hebben begaan waar jongeren bij betrokken zijn, worden ook zwaarder gestraft. In Estland hebben wetswijzigingen begin 2004 geleid tot hogere straffen voor de meeste drugscriminaliteit; dat geldt ook voor het aanzetten van minderjarigen tot illegaal drugsgebruik.

In Denemarken is de Wet op Euforische Stoffen in juli 2004 gewijzigd; de distributie van drugs in restaurants, discotheken en soortgelijke gelegenheden die door kinderen of jongeren worden bezocht, wordt sindsdien als een aanzienlijk strafverzwarende omstandigheid beschouwd. Op dergelijke delicten dient altijd een gevangenisstraf te staan, waarvan de duur gemiddeld met één derde is verhoogd. In Spanje geldt de drugshandel in de buurt van scholen sinds 2004 als een strafverzwarende omstandigheid terwijl bovendien de leeftijdsgrens voor „jonge mensen” die tot drugsdelicten worden aangezet, verhoogd is van 16 naar 18 jaar. Richtsnoeren bij de nieuwe wetgeving in Engeland en Wales zijn vervat in de *Cannabis Enforcement Guidance* (ACPO, 2003) waarin advies wordt gegeven hoe er met mensen moet worden omgegaan die in het bezit zijn van cannabis op of in de buurt van scholen, jongerenclubs en speelplaatsen en dergelijke.

In Letland zijn in december 2003 twee verordeningen door de regering aangenomen met betrekking tot drugsgebruikende jongeren. In de ene verordening wordt een procedure beschreven voor een verplichte institutionele behandeling (met toestemming van de ouders) voor kinderen die illegale drugs gebruiken. In de andere verordening worden de acties beschreven ingeval er drugs of andere bedwelmende middelen op scholen worden aangetroffen. In Engeland en Wales krijgen jongeren onder 18 jaar nog steeds een officiële berisping of laatste waarschuwing of wordt er, afhankelijk van de ernst van het delict, een aanklacht door de politie ingediend. Na een laatste waarschuwing wordt de jonge

delinquent doorverwezen naar een Youth Offending Team (een team dat zich met jeugdige delinquenten bezighoudt) dat een behandeling of andere ondersteuning regelt.

In Tsjechië is de wet op het jeugdstrafrecht in 2004 in werking getreden. Middels deze wet, die voorrang heeft boven de algemene wetgeving, gelden er voor de behandeling van jonge mensen die het Wetboek van strafrecht hebben overtreden, andere voorwaarden. Strafrechtelijke maatregelen dienen alleen genomen te worden indien dat onvermijdelijk is; tot de educatieve maatregelen behoren een verbod op het gebruik van verdovende middelen of het ondergaan van een verplichte behandeling. De maximumtermijnen voor alternatieve straffen bedragen nu ook de helft van de termijnen die voor volwassenen gelden. In Polen zijn via een ministeriële verordening van januari 2003 specifieke educatieve en preventieve activiteiten vastgesteld voor kinderen en jongeren met een risico op drugsgebruik; ook scholen dienen gebruik te maken van dergelijke educatieve en preventieve strategieën.

In oktober 2003 heeft de Europese juridische database inzake drugs (ELDD) een vergelijkend onderzoek gepubliceerd naar de wetgeving die van toepassing is op drugs en jonge mensen ⁽¹⁵⁾. Dit onderzoek vormde de basis voor een document dat door de Commissie is gebruikt voor de evaluatie van het EU-actieplan (2000-2004) dat in oktober 2004 is gepubliceerd ⁽¹⁶⁾. In het kader daarvan werd geconstateerd dat er in totaal 22 wetten door 11 lidstaten (op een totaal van 15) zijn aangenomen waarin maatregelen uit het actieplan gericht op jonge mensen zijn omgezet. Het merendeel betreft alternatieven voor gevangenisstraf, maar in zes landen zijn ook wetten aangenomen om de prevalentie van drugsgebruik, met name onder jonge mensen, terug te dringen. In het algemeen is daaraan in de oorspronkelijke wetgeving gedurende de looptijd van het vijfjarenplan relatief weinig aandacht besteed. Voor een diepgaande analyse van de maatregelen voor jonge drugsdelinquenten wordt verwezen naar de speciale kwestie over alternatieven voor gevangenisstraf.

Schadebeperking

In 2003 en 2004 zijn er diverse wetten aangenomen die betrekking hebben op schadebeperking.

De Franse wet van augustus 2004 stelt het vijfjarenplan voor de volksgezondheid vast, waardoor nu ook het beleid om de schadelijke gevolgen voor drugsgebruikers te beperken een plaats heeft gekregen in de wettelijke voorschriften die de volksgezondheid reguleren. Dat betekent dat schadebeperking nu officieel is gedefinieerd en door de staat wordt gereguleerd.

In Finland is de wet op overdraagbare ziekten per regeringsdecreet gewijzigd waardoor specialisten op het gebied van overdraagbare ziekten zich nu ook op preventiewerkzaamheden moeten richten, zoals het geven

⁽¹⁵⁾ *Young people and drugs: a legal overview* (<http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=5620>).

⁽¹⁶⁾ *Drug law and young people 2000–2004* (<http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=9937>).

van gezondheidsvoorlichting voor injecterende drugsgebruikers en — waar nodig — omruilprogramma's voor naalden en spuiten worden doorgevoerd. In Luxemburg wordt het nationale distributieprogramma voor naalden en spuiten sinds december 2003 geregeld in een groothertogelijk besluit waarin is aangegeven via welke faciliteiten en door welke beroepsgroepen spuiten aan drugsgebruikers mogen worden verstrekt. Hiermee wordt de trend voortgezet om het bezit en het aanbod van steriele spuiten via expliciete wetgeving toe te staan⁽¹⁷⁾, waarmee wordt aangehaakt bij de aanbeveling in het vorige EU-actieplan (2000-2004) om steriel materiaal met het oog op de preventie beschikbaar te stellen. Meer informatie over de wet- en regelgeving op drugsgebied is te vinden in het thematische overzicht van de Europese juridische drugsdatabase (ELDD) „Wettelijk kader voor naalden- en spuitenprogramma's“⁽¹⁸⁾.

In het Verenigd Koninkrijk is de wet op drugsmisbruik in augustus 2003 zodanig gewijzigd dat artsen, apothekers en drugshulpverleners nu legaal watten, steriel water en bepaalde hulpmiddelen voor het mengen van drugs (lepels, kommen, koppen en borden enz.) en citroenzuur mogen verstrekken aan drugsgebruikers die gecontroleerde drugs zonder recept gebruiken. In juni 2004 heeft het Noorse parlement voor een periode van drie jaar een tijdelijke wet op een testprogramma voor drugsinjectieruimten aangenomen. Hierdoor is het bezit en het gebruik van één enkele drugsdosis in injectieruimten niet langer strafbaar. In het kader van de tijdelijke wet heeft de eerste officiële drugsinjectieruimte in februari 2005 haar deuren geopend.

In Tsjechië biedt een aantal niet-gouvernementele organisaties (NGO's) testvoorzieningen voor tabletten aan om het risico te verminderen dat er onbekende of onverwachte stoffen worden geconsumeerd, maar de rechtsgeldigheid van dergelijke maatregelen is nog onderwerp van heftige discussies. In 2003 hebben er op dit vlak geen strafrechtelijke vervolgingen plaatsgevonden en de enige zaak die tot nu toe door de politie is aangedragen (een zaak uit 2002) is door het Openbaar Ministerie geseponeerd. De hoofdofficier van justitie heeft inmiddels richtsnoeren over dit onderwerp opgesteld.

In overeenstemming met deze ontwikkelingen op het gebied van de wet- en regelgeving worden schadebeperkende maatregelen in het nieuwe strategie- en actieplan van de EU in het algemeen nu ook aangemerkt als een adequate reactie op de vraag naar meer naaldenomruilprogramma's om zo de drugsgerelateerde risico's voor de individuele gezondheid en voor de samenleving als geheel te beperken.

Strafmaat

In de verslagperiode heeft een aantal landen — naast de eerder genoemde wijzigingen in de strafmaat voor jonge

mensen — ook andere wetswijzigingen doorgevoerd ten aanzien van de straffen die voor de uiteenlopende drugsdelicten opgelegd kunnen worden. Zo hebben België en het Verenigd Koninkrijk gerapporteerd dat de strafmaat voor niet-problematisch cannabisbezit vorig jaar is verlaagd. In België wordt in een nieuwe richtlijn van februari 2005 een toelichting gegeven op de uitzonderingen op deze verlaagde strafmaat. Zaken waarbij sprake is van een „verstoring van de openbare orde“ dienen bijvoorbeeld onverkort te worden vervolgd. Dat geldt onder meer voor cannabisbezit op of in de buurt van locaties waar zich schoolkinderen kunnen bevinden (scholen, parken, bushaltes) en ook voor „overduidelijk“ drugsbezit in publieke ruimtes of in openbare gebouwen. Op basis van een wijziging in mei 2004 van de wet op de euforische stoffen in samenhang met een circulaire van het Openbaar Ministerie wordt drugsbezit voor eigen gebruik in Denemarken voortaan in de regel bestraft met een boete in plaats van een waarschuwing.

Deze ontwikkelingen passen in het patroon van de wijzigingen die zich de afgelopen jaren hebben voorgedaan in de mogelijke strafmaat voor drugsgebruikers en drugshandelaren zoals gerapporteerd door het EWDD⁽¹⁹⁾. België heeft in 2003 bijvoorbeeld een nieuwe categorie overtredingen gecreëerd waardoor niet-problematische cannabisgebruikers niet langer vervolgd hoeven te worden. In Griekenland is de maximumstraf voor drugsgebruik teruggebracht van vijf tot één jaar en in Hongarije is drugsgebruik uit het Wetboek van strafrecht verwijderd. Estland heeft in 2002 het herhaaldelijk gebruik of bezit van een geringe hoeveelheid drugs voor eigen gebruik uit het strafrecht geschrapt (tot die tijd gold een maximale gevangenisstraf van drie jaar). Litouwen daarentegen heeft drugsgebruik juist als overtreding in het Wetboek van strafrecht opgenomen, met een mogelijke gevangenisstraf van maximaal twee jaar. Luxemburg heeft het cannabisgebruik in 2001 uit het strafrecht gehaald en de daaraan gekoppelde gevangenisstraf voor eenvoudig drugsgebruik zonder verzwarende omstandigheden geschrapt. In Finland is de maximale gevangenisstraf voor drugsgebruik bij wet verlaagd en is het Openbaar Ministerie bevoegd om in dergelijke gevallen snelrecht toe te passen. Portugal heeft in 2000 administratieve sancties voor drugsgebruik wettelijk vastgelegd, terwijl Polen de mogelijke vrijstelling van strafvervolgung voor drugsbezit weer uit het strafrecht heeft verwijderd. Dit patroon moet echter niet gezien worden als een weerspiegeling van een verminderde controle op de effecten van drugsgebruik op de samenleving, hetgeen ook blijkt uit de speciale kwestie over publieke overlast en de eerder beschreven beperkingen die voor drugsbezit in de buurt van jonge mensen gelden.

Met betrekking tot personen die van drugshandel worden verdacht, bestaat een toenemende tendens om de strafmaat te verhogen. In Denemarken is de maximumstraf voor drugshandel in maart 2004 met meer dan 50 % verhoogd.

⁽¹⁷⁾ Sinds 1999 hebben zeven landen op dit vlak wetgeving aangenomen: België, Frankrijk, Luxemburg, Polen, Portugal, Slovenië en Finland.

⁽¹⁸⁾ <http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=5036>

⁽¹⁹⁾ Zie voor meer informatie het themaverslag van het EWDD *Illicit drug use in the EU: legislative approaches* (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=7079>).

Begin 2004 heeft Estland voor het merendeel van de drugsgerelateerde criminaliteit hogere straffen vastgelegd, met name indien er sprake is van verzwarende omstandigheden. In het Verenigd Koninkrijk is de maximumstraf voor de handel in drugs uit de categorie C verhoogd van vijf tot veertien jaar gevangenisstraf. Daarnaast is er de afgelopen jaren in Griekenland (2001), in Litouwen (2000) en in Ierland (1999) steeds meer nadruk gelegd op straffen voor specifieke vergrijpen op het gebied van de verspreiding van drugs onder jonge mensen (zie boven) en op drugshandel. De uniforme verhoging van de strafmaat voor drugshandel komt ook tot uiting in het Europese kaderbesluit van oktober 2004 waarin minimumvoorschriften zijn vastgesteld met betrekking tot de bestanddelen van strafbare feiten en met betrekking tot straffen op het gebied van de illegale drugshandel.

Drugs op de werkplek

Twee landen maken melding van initiatieven voor wetgeving met betrekking tot drugs op de werkplek. De Finse wet bescherming persoonsgegevens in de arbeidsomgeving (759/2004) is bedoeld om de privacy van werknemers te verbeteren in verband met het testen op drugs in de arbeidsomgeving. In de wet is vastgelegd dat werkgevers en werknemers een antidrugsprogramma voor de werkplek dienen op te stellen, inclusief preventieplannen en behandelmogelijkheden. Ook dient er een overzicht gemaakt te worden van functies waarvoor een drugstestcertificaat vereist is. Tijdens een sollicitatieprocedure mag de werkgever een dergelijk certificaat uitsluitend verlangen van de persoon die een baan krijgt aangeboden. De werkgever heeft het recht de informatie op het certificaat te gebruiken indien de functie nauwkeurigheid, betrouwbaarheid, onafhankelijke beoordelingen of alertheid vereist en indien het uitvoeren

van de functie onder invloed van drugs of als gevolg van de drugsverslaving levens- of gezondheidsbedreigend is dan wel tot aanzienlijke schade kan leiden. Gedurende hun dienstverband hoeven werknemers uitsluitend een certificaat over te leggen als er een gerechtvaardigde verdenking bestaat dat zij verslaafd zijn aan drugs of dat de werkzaamheden onder invloed van drugs worden uitgeoefend.

In Ierland is in juni 2004 de wet veiligheid, gezondheid en welzijn op het werk gepubliceerd. In een van de artikelen wordt bepaald dat werknemers ervoor moeten zorgen op hun werk niet onder een zodanige invloed van een bedwelmend middel te verkeren dat de veiligheid, gezondheid of het welzijn van henzelf of van anderen hierdoor in gevaar worden gebracht. Indien een werkgever in redelijkheid daarom vraagt, zijn werknemers ook verplicht een relevante, redelijke en proportionele test door een bevoegd persoon te laten afnemen.

In het nieuwe EU-actieplan wordt ook aandacht besteed aan preventie in specifieke settings, zoals de werkplek. De grotere nadruk op een gerichte preventie — wellicht veroorzaakt door de bezorgdheid over de prevalentie en frequentie van het drugsgebruik in de EU — zou een tegenwicht kunnen bieden aan de algemene tendens om de strafmaat voor drugsgebruikers te verlagen. Er zijn echter geen eenduidige cijfers beschikbaar over de ware omvang van dit verschijnsel. Daarnaast zou het testen op drugs om een andere reden dan om te bepalen of iemand feitelijk onder invloed verkeert, onder de nationale of internationale wetgeving tot ingewikkelde juridische of privacykwesies kunnen leiden. Inmiddels worden particuliere initiatieven op dit gebied voortgezet, die de nauwkeurigheid en gebruiksvriendelijkheid van de testkits moeten verbeteren.

Drugsgerelateerde publieke overlast: trends in beleid en maatregelen, in EWDD-jaarverslag 2005: speciale kwesties

Op zowel nationaal als Europees niveau speelt de problematiek van de publieke overlast een steeds grotere rol in het debat over het drugsbeleid. De meeste lidstaten, kandidaat-lidstaten en Noorwegen rangschikken al geruime tijd bepaalde gedragingen en activiteiten onder het begrip „drugsgelateerde publieke overlast“. Het gaat dan ook niet om nieuwe verschijnselen, maar meer om een nieuwe tendens in het drugsbeleid, die zich in ieder geval in een aantal lidstaten voordoet, om deze verschijnselen onder een parapluconcept samen te brengen en om het terugdringen ervan als een van de doelstellingen van de nationale drugsstrategie op te nemen.

In welke mate is dit een gemeenschappelijke tendens in de Europese landen? Bestaat er overeenstemming over een definitie van dit concept? Hoe dient de aard en de omvang van de verschijnselen geëvalueerd te worden? Wat zijn de

beleidsdoelstellingen en welk soort interventies worden er ten uitvoer gelegd, los van de vraag of zij al dan niet specifiek en expliciet bedoeld zijn om de drugsgelateerde publieke overlast te verminderen? Zijn er al resultaten van evaluaties bekend of kwaliteitsnormen voor interventies vastgelegd? Dit zijn allemaal wezenlijke vragen die in deze speciale kwestie worden behandeld.

Het EWDD streeft ernaar om beleidsmakers en het grote publiek te informeren over de aard van dit verschijnsel en de trends en maatregelen op dit gebied van het drugsbeleid. Het EWDD wil deze doelstelling verwezenlijken door de ontwikkelingen in het Europese politieke debat over die drugsgelateerde publieke overlast tijdig te evalueren.

Deze speciale kwestie is, uitsluitend in het Engels, op papier en via internet beschikbaar (<http://issues05.emcdda.eu.int>): „Drug-related public nuisance: trends in policy and preventive measures“, in *EMCDDA annual report 2005: Selected issues*.



Hoofdstuk 2

Scholen, jongeren en drugs

Vergelijkbare gegevens over het gebruik van alcohol en drugs onder jonge mensen zijn meestal afkomstig van enquêtes onder 15- en 16-jarige scholieren. In het kader van de Europese studie naar de consumptie van alcohol en andere drugs op school (ESPAD) zijn in 1995 en 1999 enquêtes afgenomen. De meest recente enquête dateert uit 2003 (Hibell et al., 2004) en heeft vergelijkende gegevens opgeleverd voor 22 lidstaten van de EU, Noorwegen en drie kandidaat-lidstaten (Bulgarije, Roemenië en Turkije). Via andere schoolenquêtes (bijvoorbeeld in Nederland, Zweden en Noorwegen) en enquêtes naar het gezondheidsgedrag van kinderen in de

schoolgaande leeftijd (Health Behaviour in School-aged Children surveys — HBSC) is ook informatie beschikbaar over het drugsgebruik onder scholieren; de resultaten vertonen veel overeenkomsten.

Prevalentie en patronen van drugsgebruik

Cannabis

Uit de gegevens van de meest recente ESPAD-enquête in 2003 blijkt dat Tsjechië het hoogste „ooit“-gebruik van cannabis (44 %) kent onder 15- en 16-jarige scholieren

De Europese studie naar de consumptie van alcohol en andere drugs op school (ESPAD): een steeds belangrijker instrument voor een beter inzicht in het drugs- en alcoholgebruik onder jonge mensen

De ESPAD-enquête is een belangrijke informatiebron 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. Het gebruik van gestandaardiseerde methoden en instrumenten bij nationale representatieve steekproeven onder scholieren van 15 en 16 jaar levert kwalitatief hoogwaardige, vergelijkbare gegevensreeksen op. Het aantal deelnemers aan ESPAD neemt bij elke enquête toe en zowel lidstaten van de EU als landen van buiten de EU nemen eraan deel. In 1995 waren dat 26 Europese landen (inclusief de tien landen die in mei 2004 tot de EU zijn toegetreden). In 1999 bedroeg het aantal deelnemende landen al 30, terwijl dit aantal in de enquête van 2003 was toegenomen tot 35 landen, waaronder 23 lidstaten van de EU (met de tien landen die in 2004 tot de EU zijn toegetreden), drie kandidaat-lidstaten (Bulgarije, Roemenië en Turkije) en Noorwegen. Spanje heeft weliswaar niet aan het onderzoek deelgenomen, maar het ESPAD-verslag over 2003 bevat wel de nationale gegevens van de Spaanse scholenenquête (PNSD).

De vergelijkbaarheid van de gegevens uit de ESPAD-scholenenquête is te danken aan het feit dat de methode voor, en het tijdstip van gegevensverzameling alsmede de doelgroep qua leeftijd zijn gestandaardiseerd en dat er willekeurige steekproeven worden gebruikt. Daarnaast is de opzet van de vragenlijst betrouwbaar en is deelname aan de enquête gegarandeerd anoniem.

De enquêtevragen zijn met name gericht op de consumptie van alcohol („ooit“-gebruik, recent gebruik, d.w.z. in de laatste 12 maanden, actueel gebruik, d.w.z. in de laatste maand, gemiddelde consumptie en „binge drinking“) en op het gebruik van illegale drugs („ooit“-gebruik, recent gebruik, actueel gebruik, inclusief vragen over de frequentie van het drugsgebruik in deze perioden).

De belangrijkste bevindingen van de ESPAD-enquête 2003 in de lidstaten van de EU, de kandidaat-lidstaten en Noorwegen zijn onder meer:

- cannabis is verreweg de meest gebruikte illegale drug;
- ecstasy wordt na cannabis het meest gebruikt, maar de ervaringsgraad is relatief laag;
- de ervaring met amfetaminen en LSD en andere hallucinogenen is laag;
- hoewel de prevalentie relatief laag is, zijn paddo's („magic mushrooms“) de meest gebruikte hallucinogenen in twaalf EU-landen;
- tot de andere middelen die scholieren gebruiken, behoren kalmerende middelen en sedativa zonder medisch voorschrift (met 17 % als het hoogst gerapporteerde nationale percentage) en inhaledmiddelen (met een nationaal maximum van 18 %);
- de „laatste maand“-prevalentie van „binge drinking“ (gedefinieerd als de consumptie van minimaal vijf opeenvolgende alcoholische drankjes) loopt aanzienlijk uiteen tussen landen.

Voor informatie over de ESPAD-enquête en het meest recente verslag wordt verwezen naar de ESPAD-website (www.ESPAD.org).

(figuur 1). De laagste schattingen voor dat „ooit“-gebruik (minder dan 10 %) zijn afkomstig uit Griekenland, Cyprus, Zweden, Noorwegen, Roemenië en Turkije. Tot de landen met een „ooit“-gebruik van meer dan 25 % behoren Duitsland, Italië, Nederland, Slowakije en Slovenië (27 en 28 %), terwijl de hoogste percentages (variërend van 32 tot 40 %) in België, Frankrijk, Ierland en het Verenigd Koninkrijk worden gemeld. Sinds 1995 is er in de meeste landen sprake van een gestage stijging van het aantal scholieren dat ooit cannabis heeft geprobeerd ⁽²⁰⁾. De variatie tussen de landen is op dit punt echter groot.

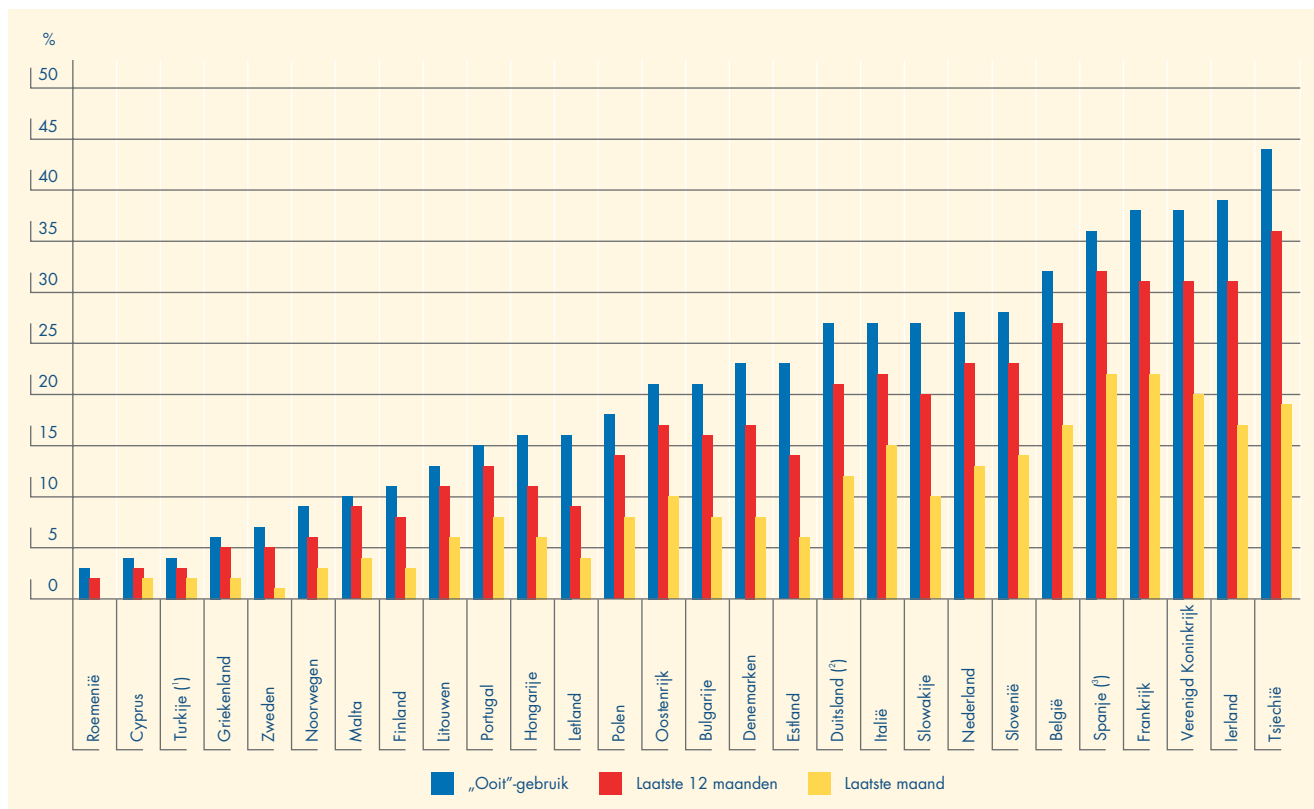
Uit nieuwe gegevens van de ESPAD-enquêtes onder 15- en 16-jarige scholieren in 2003 blijkt dat het „ooit“-gebruik van cannabis uiteenloopt van 3 tot 44 %. Tussen de 2 en 36 % van de scholieren geeft aan dat zij de laatste 12 maanden cannabis hebben gebruikt, terwijl het gebruik in de laatste maand varieert van 0 % in sommige landen tot 19 % in andere landen ⁽²¹⁾ (figuur 1). Er bestaan ook relatieve variaties in de verschillende prevalentiepercentages.

Zo is bijvoorbeeld het „ooit“-gebruik het hoogst in Tsjechië, maar is het actueel gebruik (in de laatste maand) het hoogst in Spanje en Frankrijk (22 %).

In vrijwel alle landen is de prevalentie van cannabisgebruik hoger onder mannen dan onder vrouwen. De genderverschillen zijn nog groter voor scholieren die aangeven dat zij in hun leven minimaal veertig keer cannabis hebben gebruikt ⁽²²⁾.

In elf lidstaten en in Bulgarije zijn ook oudere scholieren (17 en 18 jaar) in de nationale schoolenquêtes opgenomen. In deze leeftijdsgroep varieerde het „ooit“-gebruik van cannabis van minder dan 2 % op Cyprus tot 56 % in Tsjechië. Het actueel gebruik van cannabis (in de laatste maand) liep onder deze leeftijdscategorie uiteen van minder dan 1 % op Cyprus tot bijna 30 % in Frankrijk. Met uitzondering van Cyprus waren de prevalentieschattingen voor alle landen die de betreffende enquête hadden uitgevoerd, onder de oudere scholieren hoger dan onder de 15- en 16-jarigen ⁽²³⁾.

Figuur 1: Prevalentie van het „ooit“-gebruik, recent gebruik (laatste 12 maanden) en actueel gebruik (laatste maand) van cannabis onder 15- en 16-jarige scholieren in 2003



(1) De Turkse gegevens zijn telkens gebaseerd op één grote stad in zes verschillende regio's (Adana, Ankara, Diyarbakir, Istanbul, Izmir en Samsun).
 (2) De Duitse gegevens zijn van slechts zes regio's afkomstig (Beieren, Brandenburg, Berlijn, Hessen, Mecklenburg-West-Pommeren en Thüringen).
 (3) Spanje heeft niet deelgenomen aan de ESPAD-enquête. De betreffende gegevens zijn gebaseerd op een Spaanse enquête die in november-december 2002 is uitgevoerd. De gestelde vragen over de drugsprevalentie zijn vergelijkbaar met die van de ESPAD-enquête, maar wat andere aspecten betreft, zijn de Spaanse gegevens niet zonder meer vergelijkbaar.
 Bron: Hibell et al., 2004.

⁽²⁰⁾ Zie figuren EYE-1 (deel ii) en EYE-1 (deel ix) in het Statistical Bulletin 2005.
⁽²¹⁾ Zie hoofdstuk 3 voor een uitvoeriger overzicht van het cannabisgebruik onder scholieren.
⁽²²⁾ Zie figuur EYE-1 (deel iii) in het Statistical Bulletin 2005.
⁽²³⁾ Zie tabellen EYE-1 en EYE-3 in het Statistical Bulletin 2005.

Tussen 1999 en 2003 is het aantal scholieren in Tsjechië dat aangeeft op hun 13e jaar of eerder cannabis geprobeerd te hebben, met 5 % gestegen. Dertien andere EU-landen maken ook melding van kleine stijgingen (van 1 tot 3 %) ⁽²⁴⁾. Alleen in Nederland en het Verenigd Koninkrijk wordt een daling (1 %) gerapporteerd.

Uit een recent Eurobarometer-onderzoek (2004) ⁽²⁵⁾ blijkt een stijging van het aantal jonge mensen tussen 15 en 24 jaar dat aangeeft cannabis aangeboden te hebben gekregen (van 46 % in 2002 tot 50 % in 2004). In dezelfde periode is het aantal jonge mensen dat aangeeft mensen te kennen die drugs gebruiken, ook gestegen en wel van 65 naar 68 %.

Uit de ESPAD-enquêtes blijkt dat het beeld dat scholieren van cannabis hebben, zowel wat de gebruiksrisico's als de beschikbaarheid van de drug betreft, in hoge mate gerelateerd is aan het „ooit“-gebruik van cannabis. Er is sprake van een omgekeerd verband tussen risico en prevalentie ⁽²⁶⁾, dat wil zeggen dat een hoge risicoperceptie gekoppeld is aan een laag „ooit“-gebruik en omgekeerd. Het beeld dat de scholieren van de beschikbaarheid van cannabis hebben, correleert echter rechtstreeks met het „ooit“-gebruik ⁽²⁷⁾.

Jonge mensen in landen met meer dan gemiddelde prevalentieschattingen voor cannabisgebruik gaan steeds meer de neiging vertonen om dat cannabisgebruik als „normaal“ te beschouwen. De meeste landen die melding maken van relatief hoge schattingen van het „ooit“-gebruik van cannabis, rapporteren ook relatief hoge schattingen voor braspertijen (gedefinieerd als het drinken van vijf of meer drankjes achter elkaar) gedurende de laatste 30 dagen ⁽²⁸⁾, waaruit afgeleid zou kunnen worden dat beide gedragingen deel uitmaken van eenzelfde levensstijl. Dat patroon wordt echter niet in Frankrijk, Italië en Bulgarije aangetroffen. In deze landen is het cannabisgebruik relatief hoog, maar het aantal braspertijen relatief laag.

Andere drugs

Uit de ESPAD-enquête 2003 blijkt dat de prevalentie van ecstasy in veertien van de lidstaten en in de drie kandidaat-lidstaten hoger is dan het amfetaminegebruik ⁽²⁹⁾. Denemarken, Griekenland, Cyprus, Litouwen, Malta, Finland, Zweden, Noorwegen, Roemenië en Turkije kennen de laagste niveaus van „ooit“-gebruik van ecstasy (maximaal 2 %). Een hogere prevalentie (3 tot 4 %) wordt gerapporteerd door België, Duitsland, Frankrijk, Italië, Letland, Oostenrijk, Polen, Portugal, Slovenië, Slowakije en Bulgarije. De landen met het hoogste „ooit“-gebruik van ecstasy zijn Tsjechië (8 %)

en Estland, Spanje, Ierland, Nederland en het Verenigd Koninkrijk (5 %).

Wat de prevalentiepercentages over verschillende perioden betreft, was het hoogste percentage voor het „ooit“-gebruik van ecstasy in 2003 8 %, vergeleken met 5 % voor het ecstasygebruik in de laatste 12 maanden (recent gebruik) en 2 % voor het gebruik in de laatste maand (actueel gebruik).

Uit opeenvolgende enquêtes blijkt dat het „ooit“-gebruik van ecstasy onder 15- en 16- jarige scholieren tussen 1995 en 2003 in het algemeen is toegenomen, waarbij de grootste stijging zich in Tsjechië en in de meeste nieuwe lidstaten heeft voorgedaan ⁽³⁰⁾. Uit de cijfers over het „ooit“-gebruik uit de ESPAD-enquêtes van 1999 komen voor een aantal landen echter fluctuaties naar voren. De afname die in het ecstasygebruik in het Verenigd Koninkrijk is geconstateerd, dateert namelijk van vóór 1999 en zou voor een deel toegeschreven kunnen worden aan de uitgebreide aandacht in de media aan het eind van de jaren negentig van de vorige eeuw voor sterfgevallen die verband hielden met ecstasy.

Psilocine en psilocybine — Paddo's

Psilocine en psilocybine, de psychoactieve bestanddelen van de zogeheten paddo's (ook wel „magic mushrooms“ genoemd) zijn opgenomen in lijst I van het VN-Verdrag van 1971 en zijn dus aan wet- en regelgeving in de lidstaten onderhevig. De wettelijke status van paddo's en de mate waarin de juridische beperkingen op de groei en consumptie ervan worden gehandhaafd, verschillen echter tussen de lidstaten. Dat wil zeggen dat er soms wel en soms geen toezicht op paddo's wordt uitgeoefend of alleen maar indien de paddo's „verwerkt“ zijn, een status die juridisch nog niet helemaal duidelijk is.

In 2003 werd in het kader van de ESPAD-enquête voor de eerste keer melding gemaakt van het gebruik van paddo's. In de meeste deelnemende landen zijn de prevalentieschattingen voor het gebruik van paddo's onder 15- en 16-jarige scholieren hoger dan of gelijk aan die van LSD of andere hallucinogenen ⁽³¹⁾. In vergelijking met het „ooit“-gebruik van ecstasy is het „ooit“-gebruik van paddo's bovendien hoger in België, Duitsland en Frankrijk en gelijk in Tsjechië, Denemarken, Italië, Nederland en Polen. Het „ooit“-gebruik van paddo's is nihil in Cyprus, Finland en Roemenië en loopt op tot 4 % in Duitsland, Ierland en het Verenigd Koninkrijk en tot 5 % in België, Frankrijk en Nederland. De prevalentie is het hoogst in Tsjechië (8 %). Er zijn geen trendmatige gegevens beschikbaar over het gebruik van paddo's.

⁽²⁴⁾ Zie figuur EYE-1 (deel vii) in het Statistical Bulletin 2005.

⁽²⁵⁾ In 2004 is een tweede Eurobarometer-enquête „Young people and drugs“ uitgevoerd (Eurobarometer, 2004). Deze niet-representatieve steekproefenquête omvatte 7 659 jonge mensen in de leeftijd van 15 tot 24 jaar in de vijftien lidstaten die ook aan de eerste enquête in 2002 hadden deelgenomen.

⁽²⁶⁾ Zie figuur EYE-1 (deel v) in het Statistical Bulletin 2005.

⁽²⁷⁾ Zie figuur EYE-1 (deel vi) in het Statistical Bulletin 2005.

⁽²⁸⁾ Zie figuur EYE-1 (deel viii) in het Statistical Bulletin 2005.

⁽²⁹⁾ Zie figuur EYE-2 (deel iv) in het Statistical Bulletin 2005.

⁽³⁰⁾ Zie figuur EYE-2 (deel i) in het Statistical Bulletin 2005.

⁽³¹⁾ Zie figuur EYE-2 (deel v) in het Statistical Bulletin 2005.

Nieuwe ontwikkelingen op preventiegebied

De waarden en gedragspatronen van mensen worden beïnvloed door datgene wat in hun sociale omgeving als „normaal” wordt beschouwd en dat geldt met name voor jonge mensen. Als zij het experimentele gebruik van cannabis als normaal en sociaal aanvaardbaar beschouwen (waarbij zij dat gebruik associëren met lage risiconiveaus en een hoge mate van beschikbaarheid van cannabis), kan dit van cruciale invloed zijn op hun waarden en hun gedrag met betrekking tot cannabisgebruik (Botvin, 2000). De uitdaging op preventiegebied is dan ook om jonge mensen zodanige sociale en cognitieve strategieën aan te bieden dat zij die invloeden kunnen beheersen. Het is daarom niet realistisch om het effect van het preventiebeleid te meten aan de hand van gegevens over het drugsgebruik onder jonge mensen, met name niet aan de hand van schattingen van experimenteel gebruik aangezien dat eerder een uiting is van de heersende sociale normen dan van daadwerkelijk problematisch drugsgebruik.

Het effect van preventie dient in plaats daarvan gemeten te worden aan de hand van een aantal duidelijke criteria: goed gedefinieerde doelstellingen, doelgroepen en maatregelen als onderdeel van de nationale strategieën en gebaseerd op internationaal beschikbare kennis; kwalitatief hoogwaardige controlemaatregelen; de ontwikkeling van selectieve preventiemaatregelen en van preventieve activiteiten binnen de gezinssituatie; en regulerende maatregelen met betrekking tot legale drugs teneinde de sociale normen die bepaalde patronen van drugsconsumptie bagatelliseren of toestaan, te beïnvloeden.

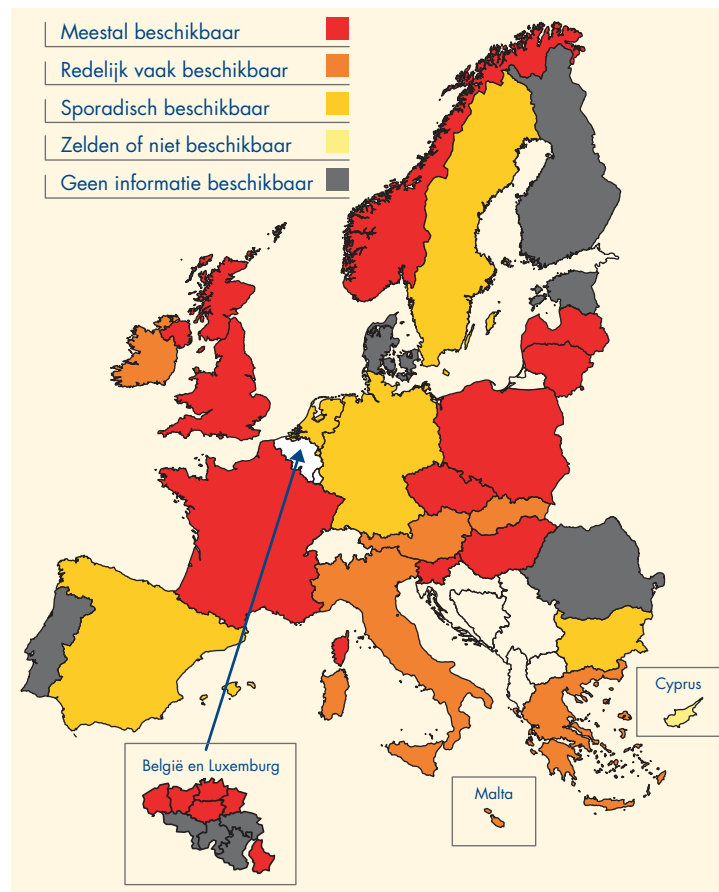
Wat de evaluatie van preventiestrategieën betreft, vertonen de nieuwe nationale strategieën in Frankrijk en Italië duidelijke verbeteringen. Niet alleen is de rol van preventieve maatregelen nu duidelijker gedefinieerd dan in de vorige versie, maar er wordt ook meer aandacht besteed aan gestructureerde programma's en er worden prioriteiten gesteld voor de te nemen acties. In vrijwel alle lidstaten bestaat een tendens naar een strategische benadering van preventie met toenemende aandacht voor kwetsbare groepen.

Normatieve en structurele maatregelen

De controlemaatregelen voor legale drugs leveren een bijdrage aan het tot stand brengen van een normatieve basis voor andere preventieve maatregelen. Het is inmiddels bekend dat maatschappelijke normen die tabaks- en alcoholgebruik accepteren en de invloed daarvan op het gedrag tolereren, factoren zijn die het risico vergroten dat iemand het gebruik van verboden drugs acceptabel vindt dan wel dat die persoon ook verboden drugs gaat gebruiken (Becoña, 2002). In

tegenstelling tot de algemene opvatting worden maatschappelijke normen meer door het controlebeleid beïnvloed dan door campagnes in de massamedia of door educatieve maatregelen (Hawks et al., 2002; Canning et al., 2004). Eurostat (2002) heeft een vergelijking gemaakt tussen controlemaatregelen voor tabak en indicatoren voor rookgedrag bij kinderen/adolescenten in de lidstaten van de EU. Geconstateerd werd dat er een verband bestaat tussen de strengheid van het controlebeleid voor tabak (advertentieverbod, leeftijdsgrens voor het kopen van tabak, restricties e.d.) en het rookgedrag. Het percentage rokende adolescenten bleek hoger in landen met een relatief soepel controlebeleid (bijvoorbeeld Denemarken, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk) dan in landen met een veel strenger beleid (bijvoorbeeld Frankrijk, Zweden en Noorwegen). Het is bekend dat het effect van preventieve acties beperkt is als deze tenietgedaan worden — of in ieder geval niet adequaat ondersteund worden — door maatschappelijke normen en beleidsmaatregelen. Initiatieven van de EU en de Wereldgezondheidsorganisatie (Aspect Consortium, 2004) op dit gebied vinden steeds meer ingang en lidstaten koppelen het controlebeleid voor tabak steeds vaker aan drugspreventie.

Figuur 2: Ontwikkelingen in het scholenbeleid



NB: Duitstalig gewest van België = sporadisch.
Bronnen: Nationale focal points van het Reitox-netwerk.

Preventie in scholen

In alle lidstaten worden scholen als de belangrijkste setting beschouwd voor algemene preventie. In de nationale strategieën wordt dan ook steeds meer de nadruk gelegd op schoolgerichte preventie en op een gestructureerde aanpak daarvan. Dit wordt ook weerspiegeld in de uitbreiding van een drugsbeleid op school (figuur 2), in de ontwikkeling van specifieke modulaire programma's voor drugspreventie in de schoolomgeving en in een betere training van onderwijzend personeel.

Meer dan tevoren worden er gestructureerdere preventieprogramma's voor scholen opgezet (Denemarken voert nu voor het eerst een schoolprogramma voor maatschappelijke vaardigheden uit), uitgebreid (Duitsland) of gepland (in de nationale strategieën van Frankrijk en Italië). In Polen worden in 60 % van de scholen nationale preventieprogramma's uitgevoerd. Het voorbeeld van Griekenland illustreert op treffende wijze dat het preventiebeleid steeds minder gebruikmaakt van de traditionele op voorlichting en individuele counseling gebaseerde strategieën en steeds meer gericht wordt op de tenuitvoerlegging van specifiek volksgezondheidsbeleid, waarbij via een programmatische aanpak een zo groot mogelijke doelgroep wordt bereikt. Tussen 2000 en 2003 is het aantal preventieprogramma's in Griekse scholen meer dan verdubbeld en in dezelfde periode is het aantal programma's dat op de gezinssituatie is gericht verdrievoudigd. Ook Malta en het Verenigd Koninkrijk hebben de programmagerichte aanpak in hun preventiebeleid versterkt: in het „Blueprint“-programma wordt onderzocht hoe internationaal onderzoek naar effectieve drugspreventie in het Engelse schoolsysteem kan worden ingepast. Het programma is gebaseerd op onderzoeksmateriaal dat wijst op een grotere effectiviteit van drugseducatie in combinatie met betrokkenheid van de ouders, mediacampagnes, lokale gezondheidsinitiatieven en maatschappelijke partnerschappen dan van uitsluitend schoolinterventies. Voor een periode van vijf jaar is er voor dit programma 6 miljoen GBP (8,5 miljoen EUR) gereserveerd ⁽³²⁾.

Monitoring en kwaliteitscontrole

Een goede monitoring en een verbetering van de kwaliteit van preventie zijn in hoge mate afhankelijk van de beschikbaarheid van een adequaat overzicht van bestaande activiteiten en de inhoud daarvan. De lidstaten hechten daarom ook steeds meer waarde aan het monitoren van preventieprogramma's. Zo hanteren Duitsland ⁽³³⁾ en Noorwegen ⁽³⁴⁾ nu nieuwe systemen. Deze ontwikkeling wordt ook geïllustreerd door het Hongaarse

onderzoeksproject „Lights and Shadows“ waarbij informatie is verzameld over de inhoud, doelstellingen, methodologie, doelgroepen en dekking van preventieprogramma's in scholen. Ook in Tsjechië en in Vlaanderen (via „Ginger“) vindt monitoring van de preventieprogramma's plaats. Helaas heeft Spanje het programma „IDEA Prevención“ opgegeven. Dit programma was jarenlang het best ontwikkelde Europese systeem voor de monitoring en kwaliteitscontrole van preventiemaatregelen.

Informatiesystemen over preventie kunnen ook een bijdrage leveren aan het traceren van ondoelmatige praktijken en programmaonderdelen. In een aantal lidstaten worden bijvoorbeeld nog steeds eenmalige voorlichtingssessies of lezingen door deskundigen en politiefunctionarissen gehouden, hoewel uit onderzoek eenduidig blijkt dat dergelijke interventies niet effectief, en wellicht zelfs contraproductief zijn (Canning et al., 2004).

Alleen door een systematische registratie van preventieactiviteiten kan de inhoud van preventieprogramma's worden geëvalueerd zodat deze vervolgens, op basis van de bestaande kennis over de effectiviteit, doelgericht voor specifieke groepen ingezet kunnen worden. Richtsnoeren of normen voor de tenuitvoerlegging van preventieprogramma's zijn essentieel, met name in landen waar de preventie in hoge mate gedecentraliseerd plaatsvindt.

Inhoud van programma's en activiteiten

Dankzij de toename van programmagerichte interventies en een betere gestandaardiseerde informatieverzameling is het nu mogelijk de inhoud van en de trend in het preventiebeleid te evalueren en een vergelijking te maken tussen de Europese landen. De informatie is doorgaans afkomstig van nationale deskundigen of deskundigengroepen die een betrouwbaar overzicht hebben van de situatie in hun land waardoor zij in staat zijn gestandaardiseerde ramingen te verstrekken. In sommige lidstaten, zoals Griekenland en Hongarije, is de informatie gebaseerd op kwantitatieve gegevens van gemonitorde programmatische interventies.

De meeste lidstaten bieden als preventieve actie een cursus persoonlijke en sociale vaardigheden in scholen. Tot de onderwerpen die tijdens die training aan de orde komen, behoren besluitvorming, het weerstand kunnen bieden aan verleidingen, het stellen van doelen en assertiviteit, communicatie en inlevingsvermogen. Deze concrete techniek, afgeleid van theorieën over sociaal leren ⁽³⁵⁾, lijkt nu in de meeste lidstaten als een belangrijke methodologie voor preventie gebruikt te worden, zelfs in

⁽³²⁾ www.drugs.gov.uk/NationalStrategy/YoungPeople/Blueprint

⁽³³⁾ PrevNet (www.prevnet.de).

⁽³⁴⁾ www.forebyggingstiltak.no

⁽³⁵⁾ Gedrag wordt gezien als een resultaat van sociaal leren aan de hand van rolmodellen, de normen en attitudes van „belangrijke anderen“ (Bandura, 1977). Een negatieve attitude ten opzichte van drugsgebruik en een beschermende zelfredzaamheid kunnen aangeleerd of geconditioneerd worden. Dit concept vormt de basis van de methode waarbij leeftijdsgenoten als rolmodel worden gebruikt en van het specifieke „life skill“-model.

landen waar een programmatische aanpak ontbreekt (Frankrijk, Luxemburg en Zweden) (tabel 2). Estland meldt een grootschalige verspreiding van een boek over het aanleren van sociale vaardigheden.

In veel lidstaten speelt voorlichting nog steeds een centrale rol in de drugspreventie (zie tabel 2). De beperkte waarde van voorlichting bij de preventie van drugsgebruik wordt echter maar schoorvoetend onderkend (zie bijvoorbeeld het Zweedse nationale verslag). Interventies die uitsluitend op

gezondheidsvoorlichting zijn gebaseerd, beperken zich slechts tot het beïnvloeden van cognitieve processen en missen vaak concrete componenten voor een gedragsmatige en sociale interactietraining. Ondanks de huidige kennis over effectieve drugspreventie worden dergelijke methoden in sommige landen echter nog veel toegepast.

Er zijn twee verklaringen waarom drugspreventie nog altijd op deze wijze plaatsvindt. De eerste verklaring is gebaseerd op de instinctmatige en traditionele

Tabel 2: Preventie op school in Europa

	Kwaliteitsnormen/-richtsnoeren (1)			Persoonlijke sociale vaardigheden	Doelstellingen	
	Aanwezig	Verplicht	Voorwaarde voor financiering		Primair	Secundair
België (NL)	Ja	Ja	Ja	Meestal beschikbaar	Sociale vaardigheden	Voorlichting
België (FR)	Ja	Ja	Ja	n.b.	Beschermende omgeving	Educatieve band
Tsjechië	Gepland		Ja	Meestal beschikbaar	Zelfbeeld	Beschermende omgeving
Denemarken	Nee			Nee	Voorlichting	
Duitsland	Nee			Meestal beschikbaar	Sociale vaardigheden	Voorlichting
Estland	Nee			Sporadisch	n.b.	
Griekenland	Ja	Ja	Ja	Meestal beschikbaar	Sociale vaardigheden	Educatieve band
Spanje	Gepland	Ja	Ja	Meestal beschikbaar	Sociale vaardigheden	Zelfbeeld
Frankrijk	Ja			Zelden	Voorlichting	Sociale vaardigheden
Ierland	Ja	Ja		Meestal beschikbaar	Sociale vaardigheden	Zelfbeeld
Italië	Ja			Redelijk vaak	Voorlichting	Sociale vaardigheden
Cyprus	Gepland	Ja	Ja	Sporadisch	Beschermende omgeving	Sociale vaardigheden
Lëtland	Gepland			Sporadisch	Voorlichting	Sociale vaardigheden
Litouwen	Nee			Redelijk vaak	Voorlichting	
Luxemburg	Ja		Ja	Redelijk vaak	Educatieve band	Sociale vaardigheden
Hongarije	Gepland			Redelijk vaak	Voorlichting	Sociale vaardigheden
Malta	Nee			Meestal beschikbaar	Voorlichting	Sociale vaardigheden
Nederland	Ja			Nee	Voorlichting	
Oostenrijk	Ja		Nee	Sporadisch	Sociale vaardigheden	Beschermende omgeving
Polen	Nee			Redelijk vaak	Sociale vaardigheden	Voorlichting
Portugal	Ja	Ja	Ja	Sporadisch	Voorlichting	Sociale vaardigheden
Slovenië	Gepland			Sporadisch	Voorlichting	Sociale vaardigheden
Slowakije	Nee			Zelden		
Finland	n.b.			n.b.	Maatschappelijk werk	Voorlichting
Zweden	Nee			Redelijk vaak	Beschermende omgeving	Sociale integratie
Verenigd Koninkrijk	Ja			Meestal beschikbaar	Voorlichting	Sociale vaardigheden
Noorwegen	Nee			Redelijk vaak	Voorlichting	Zelfbeeld
Bulgarije	n.b.			Sporadisch	Voorlichting	Beschermende omgeving
Roemenië	n.b.			Sporadisch		

NB: n.b. = geen informatie beschikbaar.

(1) Er is geen gemeenschappelijke definitie van „kwaliteitsnormen en -richtsnoeren” en er kunnen verschillen bestaan in de mate waarin deze normen en richtsnoeren zijn gespecificeerd, hetgeen van invloed is op de vergelijkbaarheid van de gegevens.

veronderstelling dat voorlichting over drugs en de risico's die aan drugsgebruik verbonden zijn, een afschrikwekkend effect heeft. De tweede verklaring weerspiegelt een zeer recente trend, vooral geïnspireerd door voorstanders van de beperking van schadelijke gevolgen. Hierbij wordt ervan uitgegaan dat jonge mensen met behulp van cognitieve vaardigheden tot beter gefundeerde beslissingen en keuzes komen dan via een gedragsmatige aanpak. Voorstanders van deze techniek zijn van mening dat een gedragsmatige aanpak van drugspreventie, zoals het verbeteren van de sociale vaardigheden, bevoogdend is en het drugsgebruik demoniseert (Ashton, 2003; Quensel, 2004). Zij achten het beter om jonge mensen via voorlichting de cognitieve instrumenten te verschaffen die zij nodig hebben. Ondanks de verschillende tradities, beschouwen beide preventiestromingen gezondheidskeuzes, en met name drugsgebruik, als een persoonlijke rationale keuze, terwijl er binnen de gezondheidswetenschappen juist een brede consensus bestaat dat sociale factoren (leefomgeving, leeftijdsgenoten, normen) en persoonlijke factoren (karakter, wetenschappelijke en emotionele vaardigheden) meer invloed hebben op het gedrag ten aanzien van gezondheid en drugsgebruik dan pure cognitie.

Het verkeerde beeld dat in leeftijdsgroepen bestaat, namelijk dat drugsgebruik normaal en sociaal aanvaardbaar zou zijn, is het belangrijkste cognitieve element dat door preventie beïnvloed kan worden. Een „ooit“-gebruik van cannabis van 30 % onder jongvolwassenen betekent in feite dat meer dan tweederde deel van deze populatie nooit cannabis heeft gebruikt en dat is de echte „normaliteit“. Ondanks de aangetoonde voordelen van technieken die gericht zijn op het normbesef van jonge mensen (Reis et al., 2000; Taylor, 2000; Cunningham, 2001; Cuijpers et al., 2002), worden deze in Europa nog nauwelijks toegepast.

Selectieve preventie

In de nationale drugsstrategieën en actieplannen wordt steeds vaker en explicieter melding gemaakt van preventiemaatregelen die primair op kwetsbare groepen zijn gericht. Die nadruk is in de nieuwe lidstaten zelfs nog sterker dan in de oude: Estland (straatkinderen, speciale scholen), Hongarije, Cyprus, Malta, Polen (verwaarloosde kinderen en jonge mensen uit probleemgezinnen) en Slovenië.

Omdat kwetsbare groepen vaak al lange tijd met legale en illegale drugs te maken hebben (gehad), zijn de meeste selectieve preventieacties beperkt tot het verstrekken van op maat gesneden informatie, individuele counseling en creatieve of sportieve alternatieven. Daarbij dient wel bedacht te worden dat technieken die in de uitgebreide sociale beïnvloedingsprogramma's in het kader van algemene preventie worden gebruikt, bij selectieve

preventie net zo effectief, zo niet effectiever zijn. Het is gebleken dat een normatieve herstructurering (d.w.z. leren dat de meeste leeftijdsgenoten drugsgebruik afkeuren), assertiviteitstraining, motivatie en het formuleren van doelen in combinatie met het uit de wereld helpen van bepaalde mythen en fabels voor kwetsbare jongeren, zeer effectieve methoden zijn (Sussman et al., 2004). Desalniettemin worden zij in de EU zelden gebruikt bij selectieve preventie. Interventietechnieken in recreatieve settings (zie „Preventie in recreatieve settings“, blz. 49) vinden meestal wel plaats in de vorm van gerichte informatie.

Selectieve preventie in scholen

De belangrijkste doelstellingen van selectieve preventie in scholen zijn crisisinterventie en een vroegtijdige signalering van scholieren met problemen. Het doel is om oplossingen op schoolniveau te vinden om te voorkomen dat risicoscholieren van school gaan of van school gestuurd worden waardoor hun situatie alleen nog maar verergerd. In Duitsland, Ierland, Luxemburg en Oostenrijk worden daartoe programmatische acties uitgevoerd (Leppin, 2004), terwijl in Polen en Finland aan docenten training wordt gegeven of richtsnoeren worden aangereikt om leerlingen met problemen, inclusief drugsgebruik, te herkennen en adequate actie te ondernemen. Tot de traditionele individuele benaderingen behoren ook de zogeheten educatieve psychologische hulpdiensten (zoals in Frankrijk en op Cyprus) die op basis van zelf- of doorverwijzingen kunnen worden ingeschakeld. Ierland beschikt over een nieuwe, uitgebreide educatieve sociale dienstverlening voor scholen en gezinnen in gebieden met een onderwijsachterstand om ervoor te zorgen dat kinderen regelmatig naar school gaan.

Selectieve preventie in de gemeenschap

Selectieve preventie in de gemeenschap (wijk/gemeente) is meestal gericht op kwetsbare jonge mensen op straat. In de noordelijke landen wordt bij de „straatzwervers-aanpak“ gebruik gemaakt van groepen ouders die op straat patrouilleren. Oostenrijk heeft veel geïnvesteerd in het creëren van een beter evenwicht tussen drugspreventie, sociale educatie en maatschappelijk werk door cursussen, kwaliteitsrichtsnoeren en seminars aan te bieden voor bijvoorbeeld maatschappelijke jongerenwerkers in recreatieve setting. Doelstelling is ook om de structuren voor het maatschappelijk jongerenwerk te gebruiken voor professionele drugspreventie. Iets soortgelijks vindt ook in Noorwegen plaats, waar getracht wordt om een betere samenwerking en intensievere interdisciplinaire inspanningen tussen scholen, instanties voor kindbescherming en de sociale dienstverlening tot stand te brengen. RAR-methoden (Rapid Assessment and Response) ⁽³⁶⁾ — het snel verzamelen van informatie (statistisch materiaal) gecombineerd met interviews (vragenlijsten, focusgroepen) en/of observaties van het

⁽³⁶⁾ Wereldgezondheidsorganisatie: *The rapid assessment and response guide on psychoactive substance use and especially vulnerable young people* (<http://www.who.int/docstore/hiv/Core/acknowledgements.html>).

probleemgebied — worden niet alleen in de eerder genoemde projecten in Noorwegen gebruikt, maar ook in Duitsland en Nederland.

Ierland, het Verenigd Koninkrijk en, in mindere mate, Nederland en Portugal hebben een traditie van acties in buurten met een hoog risico. Duitsland (Stöver en Kolte, 2003, geciteerd in het Duitse nationale verslag) en Frankrijk hebben nu echter ook maatregelen op dit gebied voorgesteld. Het is voor het eerst dat in deze twee landen drugspreventie op basis van sociale criteria gericht wordt op specifieke geografische gebieden.

In het selectieve preventiebeleid van een aantal lidstaten bestaat in toenemende mate aandacht voor specifieke etnische groepen (bijvoorbeeld in Ierland, Luxemburg en Hongarije). Zo is de nadruk op etniciteit een belangrijk aspect in Hongarije, waar de Roma-populatie een hoog risico op drugsgerelateerde problemen loopt vanwege haar sociale en culturele kenmerken en de ongunstige leefomstandigheden. In Hongarije worden door non-gouvernementele organisaties (NGO's) niet alleen trainingen door mede-Roma georganiseerd, maar ook zelfhulpgroepen, supervisie, diverse preventieprogramma's en laagdrempelige diensten voor Roma.

Kwetsbare gezinnen

Algemene gezinsgerichte preventie (meestal avondbijeenkomsten, lezingen, seminars en workshops voor ouders) is nog steeds populair in veel lidstaten (Duitsland, Frankrijk, Cyprus en Finland) ondanks het gebrek aan bewijsmateriaal voor de effectiviteit ervan (Mendes et al., 2001). In Griekenland, Spanje, Ierland en Noorwegen is nu echter sprake van interessante ontwikkelingen op het gebied van selectieve preventie in gezinnen. In deze landen wordt namelijk gebruikgemaakt van innovatieve concepten met een ruimer toepassingsgebied dan alleen maar gezinnen/ouders met drugsproblemen, omdat bij deze aanpak ook de sociale, economische en culturele factoren bij drugsgebruik worden onderkend. In Nederland is bij de evaluatie van drugspreventieprojecten voor immigrantenouders geconcludeerd dat een standaardinterventie via immigrantennetwerken met een gescheiden benadering van vrouwen en mannen, een geschikte nieuwe methode zou kunnen zijn (Tarweij en Van Wamel, 2004). In Noorwegen heeft in drie gemeenten Parent Management Training (PMTO, het Oregon-model) plaatsgevonden waarna een evaluatie is uitgevoerd (PMTO is

oorspronkelijk een trainingsmethode voor gezinnen met kinderen met ernstige gedragsproblemen). In twee andere landen is het Iowa Strengthening Families Program (ISFP) ten uitvoer gelegd. In dit intensieve programma voor risicogezinnen worden trainingsmethoden voor scholieren (10-14 jaar) gecombineerd met een educatief programma voor hun ouders, waarbij wordt geprobeerd om drugsgebruik via een beter functionerend gezin en een sterkere familieband te voorkomen (Kumpfer et al., 2003).

De noodzaak van geïndiceerde preventie

Geïndiceerde preventie richt zich op individuele personen bij wie is vastgesteld dat zij een verhoogd risico lopen op drugsproblemen vanwege bijvoorbeeld Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD — concentratiestoornissen/hyperactiviteit). Maatregelen op het gebied van drugspreventie voor jonge mensen met ADHD worden echter alleen door Duitsland en Zweden gerapporteerd. Uit huidige Duitse ramingen van de prevalentie van ADHD blijkt dat 2 tot 6 % van kinderen en jongeren tussen de zes en achttien jaar hier last van heeft. Dat betekent dat ADHD een van de meest voorkomende chronische klinische ziektebeelden onder kinderen en jonge mensen is. De preventiestrategie voor deze kinderen in Zweden omvat cognitieve en sociale training verzorgd door preventiewerkers die hiervoor een speciale cursus hebben gevolgd. Aangezien vrijwel alle kinderen die nog te jong zijn om naar school te gaan, worden bereikt door de primaire gezondheidszorg en bijna alle kinderen daarna naar de basisschool gaan, zou de meerderheid van de risicokinderen getraceerd moeten kunnen worden via een systematische screening en vervolgens een individuele aanpak.

In het Italiaanse actieplan wordt grote nadruk gelegd op psychopathologische factoren en ernstige gedragsproblemen bij kinderen en adolescenten, aangezien deze de basis kunnen vormen voor het gebruik en misbruik van drugs indien deze in een vroeg stadium worden genegeerd. De factoren die hierbij een rol spelen, zijn onder andere gedragsproblemen, ADHD, angst die gepaard gaan met stemmingsstoornissen, boulimia en psychogene obesitas, persoonlijkheidsstoornissen, interpersoonlijke communicatieproblemen, posttraumatische stressstoornissen en paniekaanvallen. Om deze problematiek aan te pakken, worden zowel algemene als selectieve preventie maatregelen in overweging genomen.



Hoofdstuk 3

Cannabis

Prevalentie en patronen

Cannabis is verreweg de meest gebruikte illegale drug in Europa. Uit recente bevolkingsenquêtes blijkt dat tussen de 3 en 31 % van de volwassenen (tussen 15 en 64 jaar) minimaal één keer in hun leven cannabis heeft geprobeerd („ooit“-gebruik). De laagste prevalentiepercentages voor het „ooit“-gebruik worden aangetroffen op Malta (3,5 %), Portugal (7,6 %) en Polen (7,7 %); Frankrijk (26,2 %), het Verenigd Koninkrijk (30,8 %) en Denemarken (31,3 %) kennen de hoogste percentages. In de meeste landen (in 15 van de 23 landen waarvoor informatie beschikbaar is) ligt het „ooit“-gebruik tussen de 10 en 25 %.

Tussen de 1 en 11 % van de volwassenen geeft aan in de laatste 12 maanden („recent gebruik“) cannabis te hebben gebruikt, waarbij Malta, Griekenland en Zweden de laagste prevalentie melden en Tsjechië, Frankrijk, Spanje en het Verenigd Koninkrijk de hoogste. De meeste landen (14) rapporteren een prevalentiepercentage voor recent gebruik tussen de 3 en 7 %.

Op basis van de beschikbare nationale cijfers kan een schatting worden gemaakt van het totale aantal volwassenen (15-64 jaar) in de EU dat cannabis gebruikt. Het lijkt erop dat naar schatting 20 % van de totale populatie, dat wil zeggen meer dan 62 miljoen mensen, ooit cannabis heeft geprobeerd. Wanneer gekeken wordt naar het recent gebruik van cannabis (de laatste 12 maanden) daalt dit cijfer naar ongeveer 6 % van de volwassenen (dat is meer dan 20 miljoen mensen). Ter vergelijking: in de Amerikaanse enquête onder gezinnen over drugsgebruik (SAMHSA, 2003) wordt gemeld dat 40,6 % van de volwassenen (12 jaar en ouder) minstens één keer cannabis of marihuana heeft gebruikt, terwijl 10,6 % aangeeft een van deze drugs gedurende de afgelopen 12 maanden te hebben gebruikt. Onder de 18- tot 25-jarigen zijn deze percentages respectievelijk 53,9 % („ooit“-gebruik), 28,5 % (laatste 12 maanden) en 17 % (laatste maand) ⁽³⁷⁾.

Net als bij de andere drugs zijn het de jongvolwassenen die over de gehele linie een hoger gebruikpercentage rapporteren. Tussen de 11 en 44 % van de jonge Europeanen tussen de 15 en 34 jaar geeft aan ooit

Het schatten van drugsgebruik onder de bevolking

Drugsgebruik onder de algemene bevolking 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 (waarbij gevraagd wordt of iemand ooit in zijn of haar leven een bepaalde drug heeft geprobeerd), het gebruik in de laatste 12 maanden (recent gebruik) en het gebruik in de laatste maand (actueel gebruik) ⁽¹⁾.

Het EWDD heeft een reeks gemeenschappelijke kernitems ontwikkeld (de „Europese modellenquête“) die geïmplementeerd zijn in, of compatibel zijn met de meeste enquêtes in de lidstaten van de EU. De modellenquête is opgenomen in een verslag dat via de website van het EWDD toegankelijk is ⁽²⁾. Waarschijnlijk is het „ooit“-gebruik een slechte indicator voor de huidige situatie onder volwassenen (hoewel het een redelijke indicator voor scholieren zou kunnen zijn), maar samen met andere gegevens kan dat „ooit“-gebruik wel inzicht geven in gebruikspatronen (voortzetten van of stoppen met drugsgebruik) en in verschillen tussen generaties met betrekking tot de verspreidingsgraad van het drugsgebruik. Het „laatste 12 maanden“-gebruik geeft een indicatie van het recent gebruik, hoewel dat vaak een incidenteel karakter zal hebben, en het „laatste maand“-gebruik vormt een indicatie van het meer actuele gebruik en omvat ook de mensen die een bepaalde drug vaak gebruiken.

⁽¹⁾ Voor meer informatie over de methodologie van bevolkingsenquêtes en over de methodologie die in elke nationale enquête wordt gebruikt, wordt verwezen naar het Statistical Bulletin 2005.

⁽²⁾ „Handbook for surveys about drug use among the general population“ (www.emcdda.eu.int/?nodeid=1380).

cannabis te hebben geprobeerd, waarbij de laagste prevalentiepercentages in Griekenland, Portugal en Polen te vinden zijn en de hoogste in Frankrijk (39,9 %), het Verenigd Koninkrijk (43,4 %) en Denemarken (44,6 %). Recent gebruik van cannabis wordt door 3-22 % van de jongvolwassenen gerapporteerd, met de laagste percentages in Griekenland, Zweden, Polen en Portugal, en de hoogste in het Verenigd Koninkrijk (19,5 %),

⁽³⁷⁾ Opgemerkt dient te worden dat de onderzochte leeftijdscategorie (12 jaar en ouder) in het Amerikaanse onderzoek ruimer is dan de leeftijdscategorie die het EWDD voor de EU-enquêtes hanteert (15-64 jaar). Aan de andere kant is de leeftijdscategorie die in het SAMHSA-onderzoek voor jongvolwassenen (18-25 jaar) wordt gehanteerd, beperkter dan in de meeste EU-enquêtes (15-24 jaar).

Frankrijk (19,7 %) en Tsjechië (22,1 %); 11 landen melden een prevalentie voor recent gebruik van tussen de 7 en 15 %.

Van de 15- tot 24-jarige Europeanen geeft 9-45 % aan ooit cannabis te hebben gebruikt, waarbij de percentages in de meeste landen uiteenlopen van 20 tot 35 %. Recent gebruik van cannabis (de laatste 12 maanden) wordt door 4-32 % gemeld, waarbij de percentages in de meeste landen tussen de 9 en 21 % liggen⁽³⁸⁾.

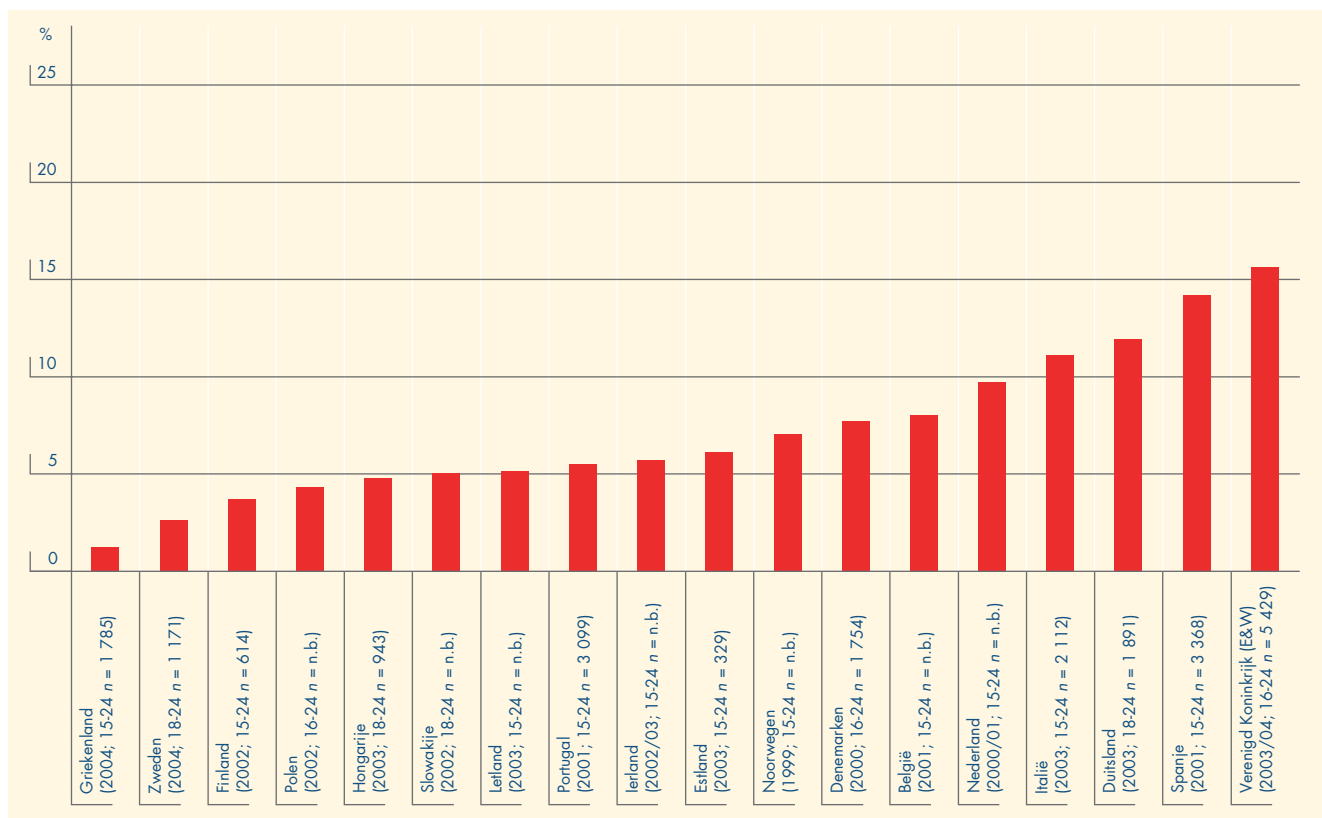
Net als bij andere illegale drugs is het cannabisgebruik onder mannen aanzienlijk hoger dan onder vrouwen, hoewel dit verschil tussen de landen wel varieert. De verhouding tussen mannen en vrouwen voor het „ooit“-gebruik varieert van 1,25:1 tot 4:1 (dat wil zeggen 1,25 tot 4 mannen tegenover elke vrouw) en voor het recent gebruik van ongeveer 2:1 tot 6:1. Uit enquêtes blijkt ook dat het cannabisgebruik vaker voorkomt in stedelijke gebieden en in gebieden met een hoge bevolkingsdichtheid. De geconstateerde nationale verschillen zouden dus deels veroorzaakt kunnen worden door verschillen in urbanisatieniveaus, hoewel ook wordt

gemeld dat het recreatieve drugsgebruik zich vanuit de stedelijke gebieden naar het platteland verspreidt.

Uit het feit dat de percentages voor recent en actueel gebruik aanzienlijk lager zijn dan die voor het „ooit“-gebruik, kan afgeleid worden dat het gebruik van cannabis incidenteel is of dat er na enige tijd weer mee wordt gestopt. In de meeste landen van de EU geeft 20-40 % van de volwassenen die ooit cannabis heeft geprobeerd, aan dat zij dit ook gedurende de laatste 12 maanden hebben gedaan en 10-20 % meldt in de laatste 30 dagen cannabis te hebben gebruikt („continueringspercentages“).

In recente enquêtes wordt door 0,5-9 % van alle volwassenen gerapporteerd dat er in de laatste maand cannabis is gebruikt (in veel landen ligt dit percentage tussen de 2 en 4 %). Voor jongvolwassenen is dat percentage 1,5-13 % (waarbij dit percentage in veel landen tussen de 3 en 8 % ligt) en voor de 15-tot 24-jarigen 1,2-16 % (in veel landen tussen de 5 en 10 %) (figuur 3). Een zeer grove schatting is dat 1 op de 10 tot 20 jonge Europeanen een actueel gebruiker van cannabis is. Tot de landen met de laagste prevalentiepercentages

Figuur 3: Recent gebruik (laatste maand) van cannabis onder jongvolwassenen (15-24 jaar) op basis van landelijke enquêtes onder de bevolking



NB: De gegevens zijn afkomstig van de meest recente landelijke enquêtes in elk land. Sommige landen hanteren een leeftijdsgroep voor jongvolwassenen die licht afwijkt van de leeftijdsgroep die het EWDD als standaard gebruikt. Verschillen in leeftijdscategorieën kunnen in geringe mate verantwoordelijk zijn voor verschillen tussen landen.

Bron: Nationale Reitox-verslagen 2004, gebaseerd op onderzoeksverslagen of wetenschappelijke artikelen. Zie ook tabel GPS-0 in het Statistical Bulletin 2005.

⁽³⁸⁾ Zie figuur GPS-2 in het Statistical Bulletin 2005.

voor actueel gebruik behoren Malta, Griekenland, Zweden, Polen en Finland, terwijl de hoogste prevalentiepercentages in het Verenigd Koninkrijk en Spanje worden aangetroffen.

In het jaarverslag 2004 (EWDD, 2004a) zijn gegevens opgenomen over de frequentie van het cannabisgebruik gedurende de laatste 30 dagen. Hieruit blijkt dat ongeveer een kwart (19-33 %) van degenen die in de laatste maand cannabis hebben gebruikt, dit ook (vrijwel) elke dag doet⁽³⁹⁾; het betreft hierbij voornamelijk jonge mannen. Naar schatting gebruikt 0,9-3,7 % van de 15- tot 34-jarige Europeanen dagelijks cannabis en zo'n 3 miljoen Europeanen deze stof mogelijk (vrijwel) elke dag.

Trends

Door het gebrek aan longitudinale reeksen van gestandaardiseerde enquêtes in de meeste EU-landen zijn de mogelijkheden om betrouwbare trends in het cannabisgebruik vast te stellen beperkt. Veel landen houden weliswaar opeenvolgende enquêtes, maar dit zijn geen longitudinale reeksen in de strikte betekenis. Ondanks de vooruitgang in de harmonisatie van enquêtes, zijn er nog steeds verschillen in de gehanteerde methoden en de omvang van de steekproeven, terwijl ook de frequentie varieert. Daarnaast worden de enquêtes in de landen in verschillende jaren uitgevoerd waardoor het moeilijk is om Europese trends vast te stellen. In het ideale geval zouden nationale bevolkingsenquêtes in alle lidstaten tegelijkertijd moeten plaatsvinden. Dan zou het namelijk veel eenvoudiger zijn om resultaten op nationaal niveau (verschillen tussen perioden) en op Europees niveau (verschillen tussen landen) te vergelijken, hetgeen de evaluatie van de resultaten van het EU-actieplan inzake drugs eenvoudiger zou maken.

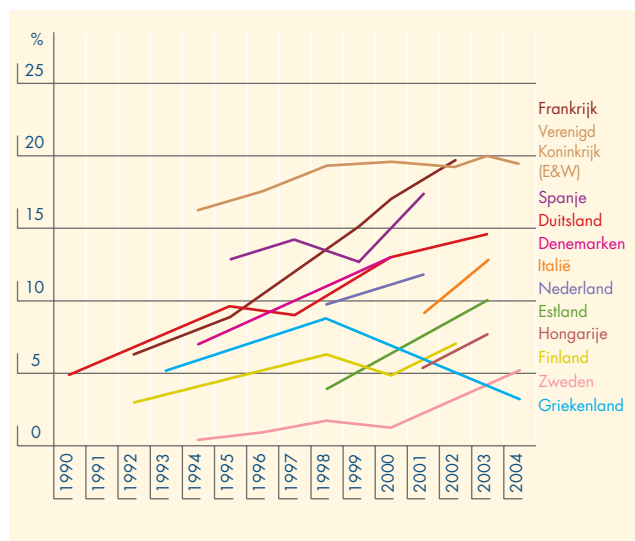
Uit de beschikbare gegevens die verzameld zijn in verschillende soorten onderzoeken (nationale, lokale, leger- en schoolenquêtes) blijkt dat het cannabisgebruik in de jaren negentig in vrijwel alle landen van de EU aanzienlijk is gestegen, met name onder jonge mensen, en dat het cannabisgebruik in een aantal landen in de afgelopen jaren nog steeds toeneemt (figuur 4). Tot 2000 kende het Verenigd Koninkrijk het hoogste percentage cannabisgebruik, maar tussen 1998 en 2003/2004 is dat gebruik onder jongvolwassenen relatief stabiel gebleven, terwijl andere landen (Frankrijk en Spanje⁽⁴⁰⁾) met een inhaalslag bezig zijn. Griekenland rapporteert een afname in het cannabisgebruik tussen 1998 en 2004.

Uit de beschikbare gegevens van de nieuwe lidstaten (voornamelijk uit schoolenquêtes) blijkt dat in de afgelopen jaren in veel landen een aanzienlijke stijging in het cannabisgebruik heeft plaatsgevonden. Die stijging is over

het algemeen in het midden van de jaren negentig ingezet en doet zich met name in stedelijke gebieden en onder mannen en jongvolwassenen voor. Dankzij de beschikbaarheid van opeenvolgende enquêtes kunnen voor Estland en Hongarije recente trends vastgesteld worden (figuur 4).

Uit een vergelijking van de ESPAD-schoolenquêtes 1995, 1999 en 2003 (Hibell et al., 2004) blijkt dat de prevalentie van het „ooit“-gebruik onder 15- en 16-jarige scholieren in vrijwel alle lidstaten en kandidaat-lidstaten die aan de enquête hebben deelgenomen, met 2 % of meer is toegenomen (figuur 5). In meer dan de helft van deze landen zijn de prevalentieschattingen sinds 1995 verdubbeld of verdrievoudigd. De hoogste relatieve stijgingen doen zich in de Oost-Europese lidstaten voor, waar voor 1995 prevalentiepercentages voor het „ooit“-gebruik van cannabis werden gerapporteerd van minder dan 10 %. Voor geen van de landen die deelgenomen hebben aan de drie ESPAD-enquêtes is een continue en waarneembare afname van het „ooit“-gebruik van cannabis geconstateerd.

Figuur 4: Trends in recent gebruik (laatste jaar) van cannabis onder jongvolwassenen (15-34 jaar) op basis van landelijke enquêtes onder de bevolking⁽¹⁾



(1) Voor de omvang van de steekproeven (het aantal respondenten) in de leeftijdscategorie van 15-34 jaar per land en jaar wordt verwezen naar tabel GPS-4 in het Statistical Bulletin 2005.

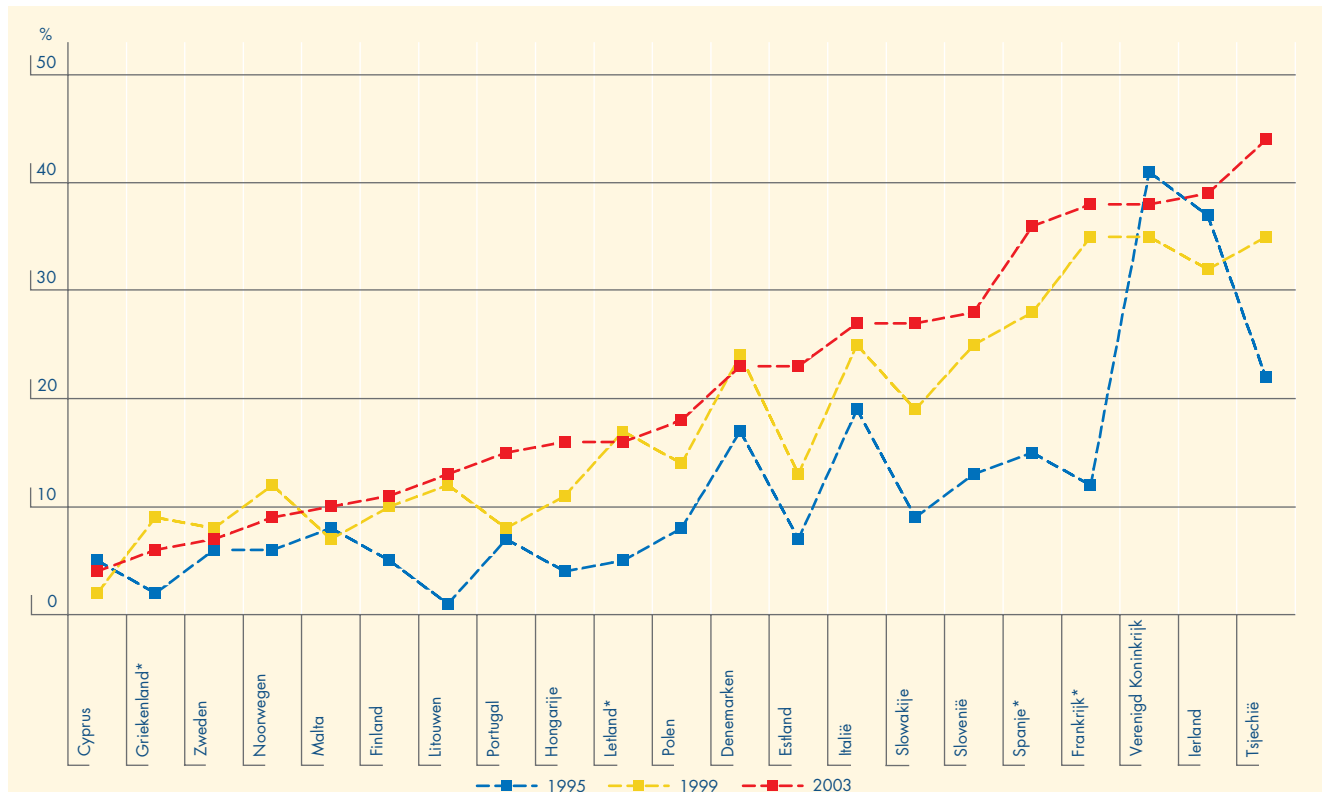
NB: De gegevens zijn afkomstig van landelijke enquêtes in elk land. Cijfers en de voor elke enquête gehanteerde methodologie zijn weergegeven in de tabel GPS-4 in het Statistical Bulletin 2005.

Het EWDD hanteert voor jongvolwassenen een leeftijdsbereik van 15-34 jaar (in Denemarken en het VK wordt een leeftijdsbereik van 16-34 jaar aangehouden, in Duitsland, Estland (1998) en Hongarije vanaf 18 jaar). In Frankrijk is het leeftijdsbereik 25-34 jaar (1992) of 18-39 jaar (1995).

Bron: Nationale Reitox-verslagen 2004, gebaseerd op onderzoeksverslagen of wetenschappelijke artikelen. Zie ook tabel GPS-0 in het Statistical Bulletin 2005.

⁽³⁹⁾ Zie het jaarverslag 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int>). De betreffende informatie heeft betrekking op het gebruik gedurende 20 dagen of meer in de laatste maand, dat ook wel aangeduid wordt als (vrijwel) dagelijks gebruik.

⁽⁴⁰⁾ Uit informatie uit de Spaanse enquête van 2003 die te laat beschikbaar was om in het verslag op te nemen, blijkt dat de prevalentie van cannabisgebruik in de laatste twaalf maanden onder jongvolwassenen in Spanje 20,1% bedraagt.

Figuur 5: Prevalentie van het „ooit“-gebruik van cannabis onder 15- en 16-jarige scholieren in de ESPAD-enquêtes van 1995, 1999 en 2003

NB: De enquêtes van landen die met een sterretje zijn gemarkeerd, zijn voor 1995 niet helemaal vergelijkbaar met de ESPAD-enquêtes. Spanje heeft niet deelgenomen aan de ESPAD-enquête. De betreffende gegevens zijn gebaseerd op een reeks Spaanse enquêtes in 1996, 1998 en 2002. De vragen over de drugsprevalentie zijn vergelijkbaar met die van de ESPAD-enquête, maar wat andere aspecten betreft, zijn de Spaanse gegevens niet zonder meer vergelijkbaar.

Bron: Hibell et al., 2004.

Uit schoolenquêtes komt naar voren dat de lidstaten van de EU met betrekking tot het recreatieve en incidentele gebruik van cannabis in drie duidelijk verschillende categorieën ingedeeld kunnen worden. In de eerste categorie (met onder andere Ierland en het Verenigd Koninkrijk) is het „ooit“-gebruik hoog (ongeveer 38-39 %), maar gedurende de laatste acht jaar wel stabiel. Deze landen worden gekenmerkt door een lange historie van cannabisgebruik en door een hoge prevalentie van dat gebruik als gevolg van de ontwikkelingen op dit vlak in de jaren tachtig en negentig. In de tweede categorie is de prevalentie van het cannabisgebruik onder scholieren gedurende de onderzoeksperiode aanzienlijk toegenomen (met maximaal 26 %). Deze categorie omvat alle nieuwe lidstaten uit Oost-Europa, Denemarken, Spanje, Frankrijk, Italië en Portugal. In de derde categorie handhaven de prevalentieschattingen van het „ooit“-gebruik onder scholieren zich op een relatief laag niveau (ca. 10 % en lager). In deze categorie bevinden zich landen uit zowel Noord- als uit Zuid-Europa (Finland, Zweden, Noorwegen en Griekenland, Cyprus en Malta).

De situatie onder volwassenen is veel minder duidelijk omdat er minder informatie beschikbaar is, die bovendien heterogener van aard is. Desalniettemin komt uit die

informatie een soortgelijk patroon naar voren: het recent gebruik van cannabis (laatste 12 maanden) is hoog, maar stabiel in het Verenigd Koninkrijk, een aantal landen vertoont in de afgelopen jaren aanzienlijke stijgingen (bijvoorbeeld in Denemarken, Duitsland, Estland, Spanje en Frankrijk) en in andere landen is sprake van lagere prevalentieschattingen en minder duidelijke trends (bijvoorbeeld in Griekenland, Finland en Zweden). Nieuwe enquêtes onder scholieren en volwassenen zullen de komende twee tot drie jaar meer duidelijkheid moeten brengen in de complexe kwestie van de ontwikkelingen in drugstrends.

Preventie van cannabisgebruik

De bezorgdheid die in een aantal landen is ontstaan over de stijgende cannabisconsumptie onder jonge mensen, heeft discussies in gang gezet over de vraag of het testen op drugs een nuttige controlemaatregel zou kunnen zijn. Enkele landen hebben al stappen in die richting ondernomen, hoewel maatregelen op dit gebied doorgaans nog schaars zijn. In Tsjechië wordt in de media melding gemaakt van het gebruik van urinetests en drugshonden in scholen. Hoewel er enige onderbouwing

voor dergelijke maatregelen bestaat, is een panel van deskundigen tot de conclusie gekomen dat zulke methoden niet thuishoren in een effectieve primaire preventiestrategie. In nieuwe richtsnoeren voor scholen in het Verenigd Koninkrijk wordt een aantal belangrijke kwesties aan de orde gesteld die eerst nader bestudeerd dienen te worden voordat er een programma voor drugstests ten uitvoer kan worden gelegd. Zo dient er eerst toestemming van de ouders verkregen te worden (en van leerlingen indien zij geacht worden daarover te kunnen beslissen), dient overwogen te worden of een programma voor drugstests past binnen de zorgtaak van scholen en dient rekening gehouden te worden met de beschikbaarheid e.d. van adequate ondersteunende diensten. Alle besluiten om scholieren op drugs te laten testen moeten deel uitmaken van het drugsbeleid van scholen. Op de website van het EWDD staat een kort verslag over drugstests in scholen in de EU ⁽⁴¹⁾.

Cannabis maakt vrijwel altijd onderdeel uit van algemene (niet-specifieke) programma's voor drugspreventie. Door de media-aandacht voor het toenemend gebruik van cannabis onder jonge mensen, met daarbij als ondertoon dat cannabisgebruik steeds „normaler” wordt, wordt de noodzaak groter om te werken aan het normbesef van jonge mensen. Bezorgdheid over de toenemende acceptatie van cannabisgebruik onder jonge mensen heeft geleid tot het invoeren van preventieprogramma's die aandacht besteden aan het beeld van wat onder normaal of aanvaardbaar gedrag moet worden verstaan. Dit onderwerp is al uitvoeriger in hoofdstuk 2 besproken. In veel interventies wordt voornamelijk voorlichting over cannabis gegeven via mediacampagnes, brochures of websites. Er zijn echter ook voorbeelden beschikbaar van selectieve preventie maatregelen; deze zijn te vinden in de EWDD-databank van geëvalueerde preventieprojecten „EDDRA” ⁽⁴²⁾. De projecten (bestaande uit onder andere counseling, persoonlijke vaardigheidstraining en ondersteuning via meerdere instellingen) zijn meestal gericht op jonge cannabisgebruikers die drugsdelicten hebben begaan. Voorbeelden van een dergelijke aanpak zijn „FRED” (Duitsland), „MSF-Solidarité Jeunes” (Luxemburg), „Ausweg” (Oostenrijk) en de „Youth Offending Teams” (YOT's) in het Verenigd Koninkrijk.

De hoge prevalentie van cannabisgebruik onder jongeren betekent dat deze problematiek vaak een centrale plaats inneemt bij mensen die met kinderen in de schoolgaande leeftijd werken. Een veelbelovende schoolgerichte preventiemethode in dit verband is het programma „Step by Step” in Duitsland en Oostenrijk. Dit programma ondersteunt onderwijzend personeel bij het onderkennen

van en reageren op drugsconsumptie en probleemgedrag onder hun leerlingen ⁽⁴³⁾.

Een moeilijk punt voor degenen die zich bezighouden met maatregelen tegen cannabis, is de vraag waar de lijn getrokken moet worden tussen preventie en behandeling. Het gebruik van cannabis wordt beïnvloed door sociale en persoonlijke factoren en door leeftijdsgenoten. Deze factoren spelen een belangrijke rol bij het risico dat iemand al dan niet een langdurig drugsprobleem zal ontwikkelen. Daarom zijn preventieve activiteiten vaak meer op deze factoren gericht dan op de drug zelf (Morral et al., 2002). Bij een evaluatie van het Oostenrijkse project „Ausweg” is gebleken dat jongeren die vanwege hun eerste cannabisdelict met de politie in aanraking zijn gekomen, minder vaak dan verwacht persoonlijkheidsstoornissen vertoonden. Dit onderstreept het feit dat sociale en omgevingsfactoren en de leeftijdsgenoten meer invloed op het drugsgebruik hebben dan individuele psychologische problemen (Rhodes et al., 2003; Butters, 2004). Een aantal projecten is echter wel specifiek op cannabis gericht waarbij jonge mensen het advies krijgen om hun drugsgebruik te verminderen. Een voorbeeld hiervan is de Duitse website „Quit the Shit” (www.drugcom.de), een innovatief counselingprogramma voor drugsgebruikers via internet.

Gegevens over de vraag naar behandeling

In totaal zijn er ongeveer 480 000 aanvragen voor behandeling gerapporteerd en in 12 % 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. Gedurende de periode van acht jaar tussen 1996 en 2003 is het percentage cannabiscliënten onder alle nieuwe cliënten die voor drugs in behandeling gaan, in de meeste landen minimaal verdubbeld ⁽⁴⁴⁾, met een dienovereenkomstige stijging van het aantal cliënten. Hierbij dient echter de nodige voorzichtigheid te worden betracht, omdat slechts een beperkt aantal landen de noodzakelijke gegevens voor een trendmatige analyse over die acht jaar ter beschikking kan stellen.

Over het geheel is cannabis, na heroïne, ook de meest genoemde drug in verslagen over cliënten die voor de eerste keer in behandeling gaan ⁽⁴⁵⁾. Er bestaan op dit punt echter aanzienlijke verschillen tussen landen: in Bulgarije en Polen wordt cannabis slechts door 2-3 % van alle cliënten genoemd, terwijl dat in Denemarken,

⁽⁴¹⁾ <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=7022>

⁽⁴²⁾ <http://eddra.emcdda.eu.int/>

⁽⁴³⁾ Zie de EDDRA-website voor meer informatie over *Step by Step* (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=36) en *Early detection and intervention with regard to problematic drug use and addiction* (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2088).

⁽⁴⁴⁾ Zie tabellen TDI-2 (deel i) en TDI-3 (deel iii) in het Statistical Bulletin 2005.

⁽⁴⁵⁾ Zie ook de speciale kwestie over de vraag naar behandeling voor cannabis in het EWDD-jaarverslag 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int/>). Voor de algemene onderverdeling en de trends is de gegevensanalyse gebaseerd op de vraag naar behandeling van cliënten bij alle behandelcentra; voor de profielen van cliënten en gebruikspatronen is gebruikgemaakt van de gegevens van extramurale behandelcentra.

Treatment demand indicator

Via informatie over het aantal mensen dat voor een drugsprobleem in behandeling wil gaan, kan bruikbare kennis verkregen worden over algemene trends in het problematisch drugsgebruik. Daarnaast ontstaat zo een overzicht van de manier waarop behandel­faciliteiten gestructureerd zijn en gebruikt worden. De TDI (Treatment Demand Indicator — indicator voor de vraag naar behandeling) van het EWDD ⁽¹⁾ ⁽²⁾ biedt een gestandaardiseerd kader voor de rapportage over het aantal cliënten in behandelcentra en hun kenmerken. Hoewel er vanuit gegaan kan worden dat de TDI-gegevens een redelijk betrouwbaar en bruikbaar beeld geven van de kenmerken van cliënten die naar de gespecialiseerde drugshulpverlening worden verwezen, dient om een aantal technische redenen toch de nodige voorzichtigheid betracht te worden bij het extrapoleren van de resultaten naar cliënten in het gehele behandelspectrum. Aangezien met name het aantal landen dat gegevens rapporteert elk jaar varieert, dienen de vastgestelde Europese trends niet overgewaardeerd te worden. Daarnaast mag niet vergeten worden dat de dekking van de gegevens ook per land kan verschillen (voor meer informatie over de behandelcentra waarop de gegevens betrekking hebben, wordt verwezen naar het Statistical Bulletin) en dat de cijfers over de vraag naar behandeling ook een weerspiegeling kunnen zijn van het aanwezige behandel­aanbod in de verschillende landen.

Om de interpretatie en vergelijking van gegevens te bevorderen, verdient het aanbeveling om op de volgende punten te letten:

- Cliënten die voor het eerst met een drugsbehandeling beginnen, worden „nieuwe cliënten” genoemd. Bij de analyse van de gegevens wordt deze groep als de belangrijkste indicator voor trends in het drugsgebruik

aangemerkt. Daarnaast wordt ook verslag gedaan van de analyses van alle cliënten in behandeling. Deze groep omvat niet alleen nieuwe cliënten, maar ook degenen die in een eerder jaar een behandeling beëindigd dan wel onderbroken hebben en die in het verslagjaar weer met de behandeling zijn begonnen. Er worden geen gegevens verzameld over cliënten die tijdens de verslagperiode een behandeling die in een eerder jaar is begonnen, zonder onderbreking hebben voortgezet.

- Er worden twee categorieën gegevens verzameld: beknopte gegevens over alle soorten behandelcentra en gedetailleerde gegevens uitgesplitst naar behandeltype (extramuraal c.q. ambulante behandelcentra, intramuraal behandelcentra, laagdrempelige instanties, huisartsen, behandelafdelingen in gevangnissen, andere typen behandelcentra). In de meeste landen zijn er, behalve voor extramuraal en intramuraal behandelcentra, op dit gebied weinig gegevens beschikbaar. Daarom wordt de analyse vaak beperkt tot extramuraal behandelcentra, aangezien de dekking van de gegevens hiervoor het beste is.
- Als aanvullende ondersteuning voor de interpretatie van TDI-gegevens wordt ook gebruikgemaakt van kwalitatieve en contextuele informatie uit de nationale Reitox-verslagen 2004.

⁽¹⁾ Zie voor nadere informatie de internetpagina van het EWDD over de vraag naar behandeling (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1420>) en klik op de Joint Pompidou Group — EMCDDA Treatment demand indicator protocol version 2.0.

⁽²⁾ Voor informatie over de gegevensbronnen per land wordt verwezen naar tabel TDI-1 in het Statistical Bulletin 2005.

Duitsland, Hongarije en Finland bij meer dan 20 % van alle cliënten het geval is ⁽⁴⁶⁾. In vrijwel alle landen waarvoor gegevens beschikbaar zijn, is het aandeel van cliënten die voor cannabis in behandeling gaan, hoger onder nieuwe cliënten dan onder alle cliënten; hierop bestaan slechts enkele uitzonderingen en in die gevallen is de verhouding min of meer 50:50 ⁽⁴⁷⁾. Niettemin is het percentage cannabisgebruikers onder cliënten die in behandeling gaan voor drugs tussen 1996 en 2003 gestegen van 9,4 tot 21,9 % ⁽⁴⁸⁾. Ook hierbij dient weer de nodige voorzichtigheid te worden betracht omdat slechts een beperkt aantal landen de noodzakelijke gegevens voor een trendmatige analyse over die acht jaar ter beschikking kan stellen.

Mannen zijn onder drugsgebruikers in behandeling veel sterker vertegenwoordigd dan vrouwen. Het grootste verschil tussen mannen en vrouwen wordt aangetroffen

onder nieuwe cliënten die voor cannabisgebruik in behandeling gaan (4,8:1). Duitsland, Cyprus, Hongarije en Slowakije kennen grotere verschillen tussen mannen en vrouwen, terwijl in Tsjechië, Slovenië, Finland en Zweden van kleinere verschillen sprake is. De verschillen tussen landen kunnen veroorzaakt worden door culturele factoren, maar zijn mogelijk ook een gevolg van verschillen in de wijze waarop het behandel­aanbod is georganiseerd ⁽⁴⁹⁾.

Cliënten die voor cannabisproblemen worden behandeld, zijn relatief jong; vrijwel alle cannabisgebruikers die voor het eerst in behandeling gaan, zijn jonger dan 30 jaar. Van 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 65 % van de

⁽⁴⁶⁾ Zie tabellen TDI-2 (deel ii) en TDI-5 (deel ii) in het Statistical Bulletin 2005.

⁽⁴⁷⁾ Zie tabellen TDI-4 (deel ii) en TDI-5 (deel ii) in het Statistical Bulletin 2005.

⁽⁴⁸⁾ Zie tabel TDI-3 (deel iii) in het Statistical Bulletin 2005.

⁽⁴⁹⁾ Zie tabel TDI-22 in het Statistical Bulletin 2005.

gevallen de aanleiding om in behandeling te gaan; in de leeftijdscategorie van 15 tot 19 jaar is dit 59 % ⁽⁵⁰⁾.

Er bestaan opmerkelijke verschillen tussen de landen in de frequentie van het cannabisgebruik onder nieuwe cliënten. Denemarken en Nederland hebben 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 en Griekenland ⁽⁵¹⁾. Waarschijnlijk hebben die verschillen te maken met de wijze waarop verwijzingen voor een behandeling plaatsvinden. In Duitsland gebruikt eenderde van de nieuwe cannabisgebruikers deze drug slechts incidenteel of niet in de maand voorafgaand aan de behandeling, terwijl deze groep in andere landen 11 % van de cliënten uitmaakt, van die 11 % gebruikt 60 % dagelijks cannabis.

Vangsten en marktinformatie

Productie en handel

Ook in 2003 was cannabis wereldwijd de meest geproduceerde en verhandelde illegale drug. Gezien de mondiale spreiding van de cannabisproductie en het gebrek aan systemen voor het monitoren van deze drug is het echter moeilijk om een schatting te geven van de hoeveelheid geproduceerde cannabis (UNODC, 2003a).

De grootschalige productie van cannabisbushs is in een paar landen geconcentreerd, met name in Marokko, terwijl de handel verspreid over een groot aantal landen plaatsvindt (CND, 2004, 2005). Op basis van een onderzoek naar de cannabisproductie in Marokko, uitgevoerd door het UNODC en de regering van Marokko (2003), wordt geschat dat het Rif-gebied in 2003 verantwoordelijk was voor ongeveer 40 % van de mondiale productie aan cannabisbushs (INCB, 2005). De meeste cannabisbushs die in de EU wordt geconsumeerd, is afkomstig uit Marokko. De bush wordt voornamelijk via het Iberisch schiereiland Europa binnengesmokkeld, hoewel Nederland een belangrijk secundair distributiecentrum is voor doorvoer naar andere landen binnen de EU (Bovenkerk en Hogewind, 2002). Andere landen die in 2003 worden genoemd als bron van cannabisbushs die in de EU in beslag is genomen, zijn onder meer Albanië, Afghanistan, Iran, Pakistan, Nepal en India (nationale Reitox-verslagen, 2004; INCB, 2005).

De productie van cannabisbladeren vindt in alle delen van de wereld plaats. De potentiële productie wordt geschat op ten minste 40 000 ton (CND, 2005). Over de cannabisbladeren die in 2003 in de EU in beslag zijn genomen, wordt gemeld dat deze uit uiteenlopende landen komen, voornamelijk uit Nederland en Albanië,

Interpretatie van vangsten en marktgegevens

De hoeveelheid in een land in beslag genomen drugs wordt meestal als een indirecte indicatie beschouwd van de aanvoer en beschikbaarheid van drugs. Het is echter ook een weerspiegeling van de middelen, prioriteiten en strategieën van strafvervolgingsinstanties alsmede van de kwetsbaarheid van drugshandelaren voor nationale en internationale strategieën voor het terugdringen van het aanbod. 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 beschouwen verschillende landen het aantal inbeslagnames als een betere indicatie voor trends. In alle landen bestaan de inbeslagnames voor een groot deel uit kleinere confiscaties op straathandelniveau. De herkomst en bestemming van de in beslag genomen drugs kunnen een indicatie geven van de routes en productielocaties, maar dergelijke gegevens zijn niet altijd beschikbaar. De meeste landen melden de zuiverheid en prijs van de drugs op straathandelniveau. De gegevens zijn echter afkomstig uit veel verschillende bronnen die niet altijd vergelijkbaar of betrouwbaar zijn, hetgeen een exacte vergelijking tussen landen bemoeilijkt.

maar ook uit Afrikaanse landen (Malawi, Zuid-Afrika, Nigeria) en de VS (nationale Reitox-verslagen, 2004). Daarnaast is er in de meeste lidstaten van de EU sprake van enige lokale teelt en productie van cannabisproducten (zowel binnens- als buitenshuis) (nationale Reitox-verslagen, 2004).

Vangsten

In 2003 is wereldwijd een hoeveelheid van 1 347 ton cannabisbushs en 5 821 ton cannabisbladeren in beslag genomen. De meeste cannabisbushs werd in West- en Midden-Europa (70 %) en in Zuidwest-Azië en in het Nabije en Midden-Oosten (21 %) in beslag genomen, terwijl de grootste hoeveelheid cannabisbladeren voornamelijk in Amerika (68 %) en in Afrika (26 %) werd geconfisqueerd (CND, 2005). Wat het aantal vangsten betreft, is cannabis in alle landen van de EU de drug die het meest in beslag wordt genomen. Estland en Letland vormen hierop een uitzondering omdat in deze landen het aantal amfetaminevangsten in 2003 hoger was. Ook wat de hoeveelheid in beslag genomen drugs betreft, staat cannabis doorgaans in alle landen van de EU bovenaan, hoewel in 2003 een aantal landen melding heeft gemaakt van grotere hoeveelheden andere in beslag genomen drugs: amfetaminen in Estland en Luxemburg, heroïne in Hongarije en cocaïne in Polen. Van oudsher vinden in de EU de meeste cannabisvangsten in het Verenigd Koninkrijk plaats, gevolgd door Spanje en Frankrijk, en waarschijnlijk is dit nog steeds het geval ⁽⁵²⁾. In de

⁽⁵⁰⁾ Zie tabel TDI-10 (deel ii) in het Statistical Bulletin 2005.

⁽⁵¹⁾ Zie tabel TDI-18 (deel iv) in het Statistical Bulletin 2005.

⁽⁵²⁾ Dit moet getoetst worden zodra de nog ontbrekende gegevens over 2003 beschikbaar zijn. Gegevens over cannabisvangsten in 2003 zijn niet beschikbaar voor Italië, Cyprus, Nederland en Roemenië; gegevens over zowel het aantal cannabisvangsten als de hoeveelheid in beslag genomen cannabis in 2003 zijn niet beschikbaar voor Ierland en het Verenigd Koninkrijk.

afgelopen vijf jaar was Spanje echter verantwoordelijk voor meer dan de helft van de cannabis die in de EU in beslag is genomen. Op communautair niveau vertoont het aantal cannabisvangsten ⁽⁵³⁾ sinds 1998 min of meer een stijgende tendens (hoewel dit niet helemaal zeker is vanwege de ontbrekende gegevens voor een aantal landen), terwijl de hoeveelheden cannabis die sinds 2000 zijn geconfisqueerd ⁽⁵⁴⁾ een toename lijken te vertonen.

Prijs en sterkte

De gemiddelde straatwaarde van cannabisbushs in de EU varieerde in 2003 van 1,4 EUR per gram in Spanje tot

21,5 EUR per gram in Noorwegen en voor cannabisbladeren van 1,1 EUR per gram in Spanje tot 12 EUR per gram in Letland ⁽⁵⁵⁾.

De sterkte van cannabisproducten wordt bepaald aan de hand van de hoeveelheid tetrahydrocannabinol (THC), het primaire actieve bestanddeel. In landen waarvoor gegevens beschikbaar zijn, had de cannabisbushs op straatniveau een gemiddeld THC-percentages van minder dan 1 % (Polen) tot 25 % (Slowakije), terwijl de sterkte van de cannabisbladeren varieerde tussen 1 % (Hongarije, Finland) tot 20 % in Nederland („nederwiet”) ⁽⁵⁶⁾.

⁽⁵³⁾ Zie tabel SZR-1 (deel i) in het Statistical Bulletin 2005.

⁽⁵⁴⁾ Zie tabel SZR-2 (deel i) in het Statistical Bulletin 2005.

⁽⁵⁵⁾ Zie tabel PPP-1 (deel i) in het Statistical Bulletin 2005.

⁽⁵⁶⁾ Zie tabel PPP-5 (deel i) in het Statistical Bulletin 2005.



Hoofdstuk 4

Amfetamineachtige stimulerende middelen, LSD en andere synthetische drugs

In vrijwel alle landen wordt gerapporteerd dat een of andere vorm van synthetische drugs qua prevalentie de op één na meest gebruikte drug is. De totale percentages voor het gebruik van deze middelen onder de algemene bevolking zijn doorgaans laag, maar de prevalentie onder jongere leeftijdsgroepen is significant hoger. De drugs worden met name in bepaalde sociale settings en/of in sommige subcultuurgroepen vaak gebruikt.

Tot de synthetische drugs die in Europa worden gebruikt, behoren zowel stimulerende middelen als hallucinogenen. Van de laatste categorie is LSD (lyserginezuur-diethylamide) verreweg het bekendst, maar in het algemeen zijn de consumptieniveaus laag en al geruime tijd redelijk stabiel. Er zijn aanwijzingen dat de belangstelling voor natuurlijke hallucinogenen toeneemt. Aan dit onderwerp wordt elders in dit verslag aandacht besteed.

De term amfetamineachtige stimulerende middelen (amphetamine-type stimulants — ATS) omvat zowel amfetaminen als ecstasydrugs. Amfetamine is de verzamelnaam voor een aantal chemisch verwante drugs die het centrale zenuwstelsel stimuleren. De twee belangrijkste stoffen uit deze groep op de Europese markt zijn amfetamine en metamfetamine. Amfetamine is veruit het meest beschikbaar, maar wereldwijd neemt het gebruik van metamfetaminen ook toe. Op dit moment lijkt het gebruik van metamfetamine op grotere schaal in Europa beperkt te blijven tot Tsjechië, hoewel het — gezien een aantal incidentele meldingen — belangrijk is de ontwikkelingen op dit gebied in de gaten te houden aangezien het gebruik van deze drug ernstige gezondheidsproblemen kan veroorzaken.

Het meest bekende middel uit de ecstasygroep is 3,4-methylenedioxy-metamfetamine (MDMA), maar er worden soms ook andere aanverwante stoffen in ecstasypillen aangetroffen. Deze drugs worden ook wel entactogenen genoemd (wat zoiets betekent als „van binnen werkzaam”) en bestaan uit synthetische stoffen die weliswaar chemisch verwant zijn aan amfetaminen, maar die toch in meer of mindere mate een andere werking hebben omdat zij een aantal effecten combineren die doorgaans door hallucinogenen worden veroorzaakt.

Prevalentie en gebruikspatronen

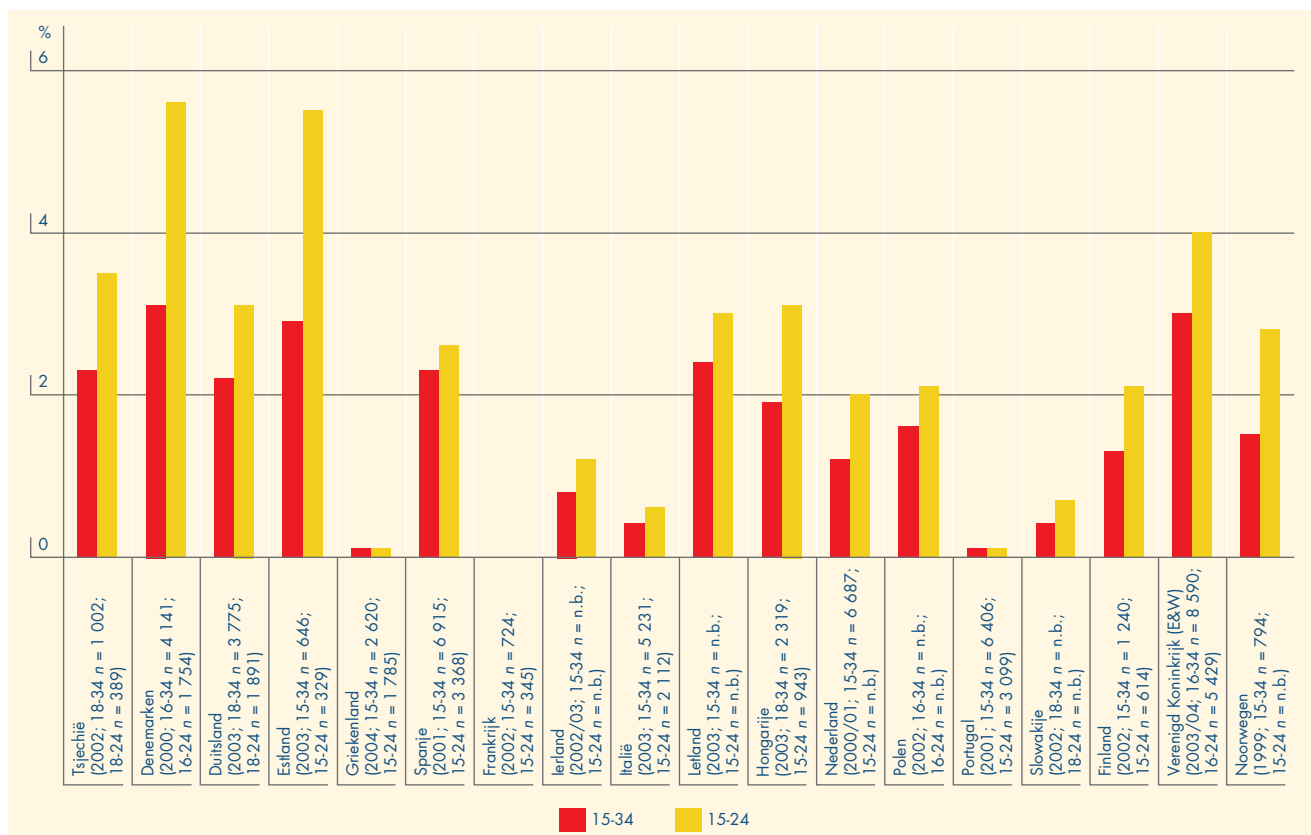
Uit enquêtes onder de bevolking blijkt al jaren dat amfetamine na cannabis de meest gebruikte illegale drug is, al is de totale prevalentie ervan duidelijk lager. Enquêtes onder zowel de algemene bevolking als scholieren lijken erop te duiden dat dit patroon in veel landen nu echter aan het veranderen is, aangezien ecstasy de amfetaminen heeft „ingehaald” en na cannabis de meest gebruikte drug is. Zo blijkt bijvoorbeeld uit de ESPAD-scholenquêtes in 2003 (Hibell et al., 2004) dat de schattingen voor het „ooit”-gebruik van ecstasy in veertien landen van de EU, Noorwegen en de kandidaat-lidstaten hoger zijn dan die voor amfetaminen⁽⁵⁷⁾. Daarbij moet echter wel bedacht worden dat ecstasy pas in de jaren negentig populair is geworden, terwijl het amfetaminegebruik een veel langere geschiedenis heeft. Dit komt ook in enkele recente enquêtes onder volwassenen naar voren. Hieruit blijkt namelijk dat in elf landen het „ooit”-gebruik van amfetaminen hoger is dan van ecstasy en dat dit in tien landen precies andersom is. In vijftien landen is het recent gebruik (laatste 12 maanden) van ecstasy echter hoger dan van amfetaminen, terwijl die situatie slechts in vijf landen omgekeerd is (in twee landen waren de gerapporteerde percentages gelijk).

Uit recente enquêtes blijkt dat het „ooit”-gebruik van amfetamine onder alle volwassenen (15-64 jaar) in de lidstaten van de EU varieert van 0,1 tot 6 %, met uitzondering van het Verenigd Koninkrijk waar dat percentage op 12 % ligt. Het recent gebruik is duidelijk lager en loopt uiteen van 0 tot 1,5 %, waarbij Denemarken, Estland en het Verenigd Koninkrijk zich aan de bovenkant van dit spectrum bevinden.

Uit bevolkingsenquêtes komt een soortgelijk beeld naar boven voor de jongvolwassenen (15-34 jaar); het „ooit”-gebruik van amfetamine onder deze groep loopt uiteen van 0,1 tot 10 %, waarbij het Verenigd Koninkrijk een uitzonderlijk hoog percentage van 18,4 % meldt. Het recent gebruik varieert van 0 tot 3 % en ook in deze leeftijdscategorie bevinden Denemarken, Estland en het Verenigd Koninkrijk zich aan de bovenkant van het spectrum (figuur 6). Hoewel het „ooit”-gebruik in het Verenigd Koninkrijk aanzienlijk hoger is dan in andere landen, is de prevalentie van het recent gebruik van amfetamine (in de laatste 12 maanden) vergelijkbaar met de percentages in andere landen; overigens lijkt dat recent gebruik in het algemeen een dalende lijn te vertonen.

⁽⁵⁷⁾ Zie figuur EYE-2 (deel iv) in het Statistical Bulletin 2005.

Figuur 6: Recent gebruik (laatste 12 maanden) van amfetaminen onder jongvolwassenen (15-34 jaar) en jongeren (15-24 jaar) op basis van landelijke enquêtes onder de bevolking



NB: De gegevens zijn afkomstig van de meest recente landelijke enquêtes in elk land (zie tabel GPS-4 voor de leeftijdsgroep van 15-34 jaar). Sommige landen hanteren een leeftijdsgroep voor jongvolwassenen die licht afwijkt van de leeftijdsgroep die het EWDD als standaard gebruikt. Verschillen in leeftijds categorieën kunnen in geringe mate verantwoordelijk zijn voor verschillen tussen landen.
 Bronnen: Nationale Reitox-verslagen 2004, gebaseerd op onderzoeksverslagen of wetenschappelijke artikelen. Zie ook tabel GPS-0 in het Statistical Bulletin 2005.

De ESPAD-enquêtes 2003 bevatten nieuwe gegevens over het amfetaminegebruik onder 15- en 16-jarige scholieren (58). Het „ooit“-gebruik van amfetamine varieert van minder dan 1 tot 7 %; de hoogste nationale schattingen voor het recent en actueel gebruik (in de laatste maand) zijn respectievelijk 4 % en 3 %.

Ecstasy is ooit door ongeveer 0,2-6,5 % van de volwassen populatie geprobeerd, waarbij de percentages voor de meeste landen tussen de 1 en 4 % liggen. Het recent gebruik onder volwassenen is 0 tot 2,5 %, waarbij de hoogste prevalentiepercentages gemeld worden door Tsjechië, Spanje en het Verenigd Koninkrijk.

Van de jongvolwassenen (15-34 jaar) geeft 0,6-13,6 % aan ooit ecstasy gebruikt te hebben. Het recent gebruik (de laatste 12 maanden) in deze groep ligt tussen de 0,4 en 6 %, met de hoogste prevalentiepercentages in Tsjechië, Estland, Spanje en het Verenigd Koninkrijk (figuur 7).

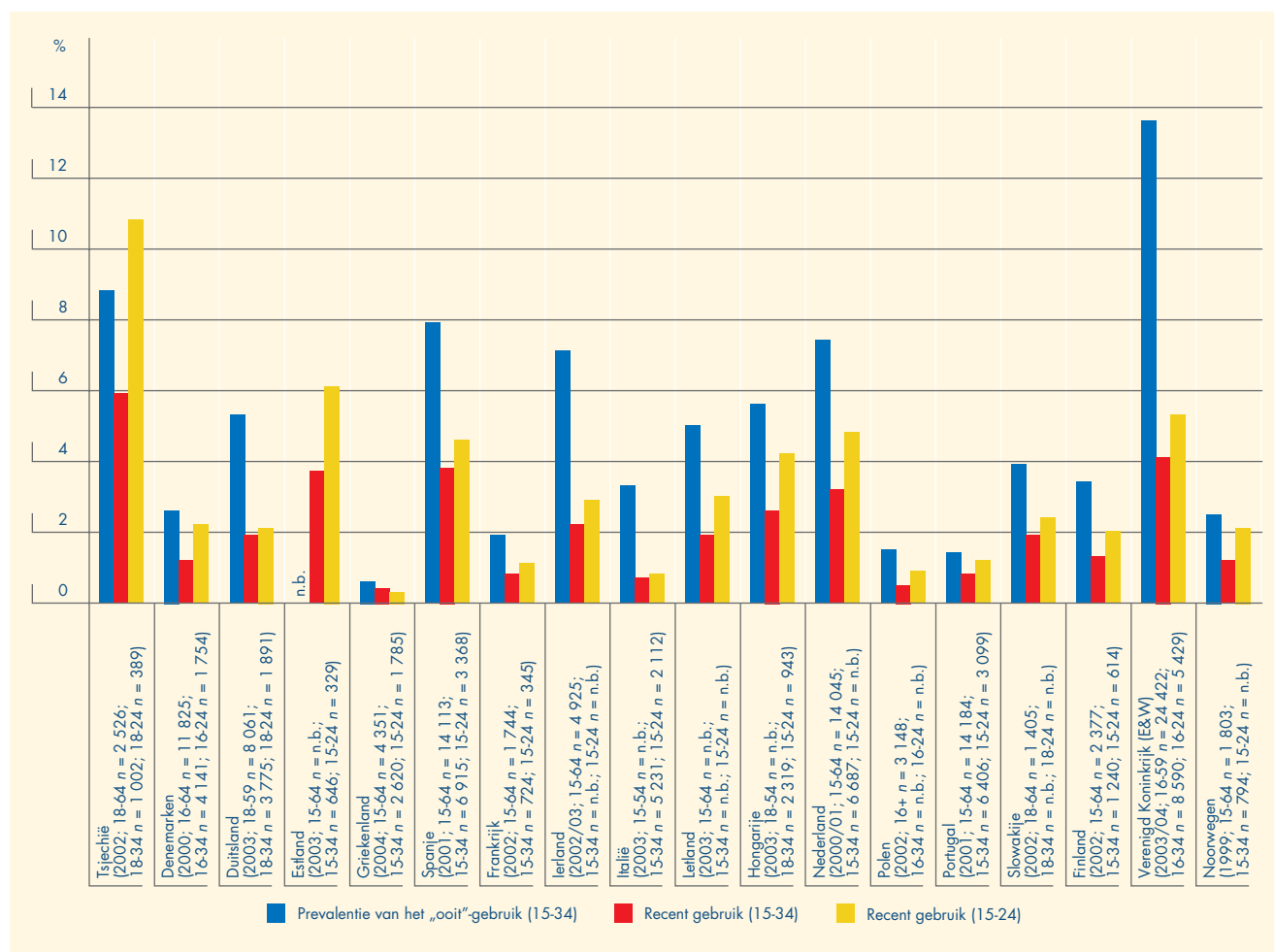
Aangezien het ecstasygebruik zich voornamelijk onder jongeren voordoet, is het zinvol om de prevalentiepercentages voor 15- tot 24-jarigen en voor 15- en 16-jarige scholieren te analyseren. Wat de eerste groep betreft, loopt het „ooit“-gebruik van ecstasy uiteen

van 0,4 tot 13 % terwijl het recent gebruik tussen de 0,3 en 11 % ligt. Het drugsgebruik in deze leeftijdscategorie is onder mannen doorgaans hoger dan onder vrouwen en de meeste landen rapporteren dan ook een „ooit“-gebruik van ecstasy onder 15- tot 24-jarige mannen van 4 tot 16 % en een recent gebruik van 2 tot 8 %. Voor zeven landen zijn er tot slot gegevens beschikbaar over het actueel gebruik (de laatste maand), waartoe ook het regelmatig gebruik behoort, en deze percentages lopen uiteen van 2 tot 5 %, waaruit af te leiden valt dat 1 op de 20 tot 50 mannen tussen de 15 en 24 jaar regelmatig ecstasy gebruikt. Waarschijnlijk zijn deze percentages in stedelijke gebieden hoger, met name onder bezoekers van disco's, clubs en dance-party's (Butler en Montgomery, 2004).

De schattingen voor de prevalentie van het ecstasygebruik onder 15- tot 16-jarige scholieren zijn aanzienlijk lager dan die voor 15- tot 24-jarigen. Het „ooit“-gebruik van ecstasy onder de geënquêteerde scholieren varieert van 0 tot 8 % en het recent gebruik (0-4 %) en het actueel gebruik (0-3 %) zijn zelfs nog lager. In de meeste landen liggen de schattingen voor het actueel gebruik tussen de 1 en 2 % waarbij er weinig verschil tussen de seksen bestaat (Hibell et al., 2004).

(58) Zie hoofdstuk 2 voor een uitgebreide analyse van de ESPAD-scholenquête 2003.

Figuur 7: Prevalentie van het „ooit“-gebruik en recent gebruik (laatste 12 maanden) van ecstasy onder jongvolwassenen (15-34 jaar) en jongeren (15-24 jaar) op basis van landelijke enquêtes onder de bevolking



NB: De gegevens zijn afkomstig van de meest recente landelijke enquêtes in elk land (zie de volgende tabellen in het Statistical Bulletin 2005: GPS-2 voor de prevalentie van het „ooit“-gebruik en GPS-4 voor het recent gebruik voor de leeftijdsgroep van 15-34 jaar).

Sommige landen hanteren een leeftijdsgroep voor jongvolwassenen die licht afwijkt van de leeftijdsgroep die het EWDD als standaard gebruikt. Verschillen in leeftijdscategorieën kunnen in geringe mate verantwoordelijk zijn voor verschillen tussen landen.

Bron: Nationale Reitox-verslagen 2004, gebaseerd op onderzoeksverslagen of wetenschappelijke artikelen. Zie ook tabel GPS-0 in het Statistical Bulletin 2005.

Ter vergelijking, in de Amerikaanse enquête onder gezinnen naar drugsgebruik en gezondheid (SAMHSA, 2003) wordt gemeld dat het „ooit“-gebruik van ecstasy onder volwassenen (in de VS is dat de leeftijdsgroep van 12 jaar en ouder) 4,6 % en het recent gebruik 0,9 % bedraagt. Uit hetzelfde onderzoek blijkt dat 14,8 % van de 18- tot 25-jarigen aangeeft ooit ecstasy gebruikt te hebben, terwijl de cijfers voor het recent en actueel gebruik in deze groep respectievelijk 3,7 en 0,7 % bedragen⁽⁵⁹⁾.

Trends

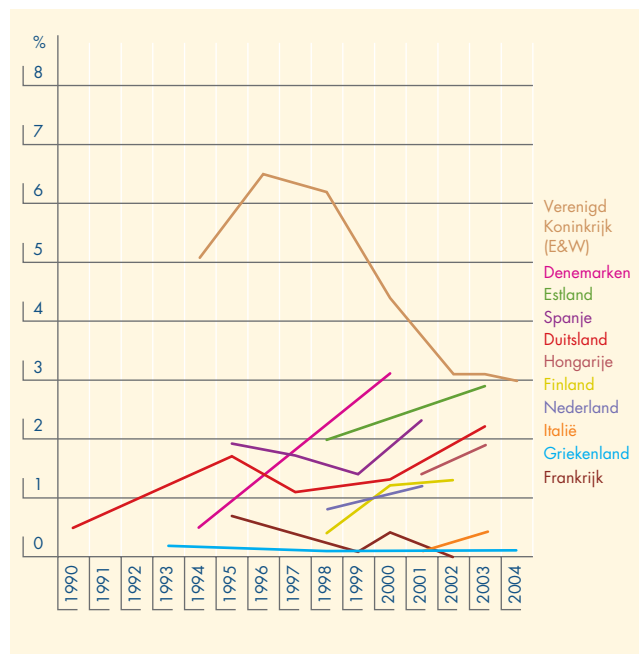
Uit bevolkingsenquêtes blijkt dat er in de meeste landen waarvoor informatie uit opeenvolgende enquêtes beschikbaar is, sprake is van een toename in het recente gebruik van amfetamine (figuur 8) en ecstasy (figuur 9)

onder jongvolwassenen. De uitzonderingen wat ecstasy betreft, zijn Duitsland en Griekenland, waar het gebruik niet is toegenomen, en het Verenigd Koninkrijk, waar het gebruik van deze drugs onlangs (2002/2003) is gestabiliseerd, zij het op een relatief hoog niveau (figuur 9).

Zoals eerder al opgemerkt, is het ecstasygebruik in veel landen nu hoger dan het amfetaminegebruik, maar dat wil absoluut niet zeggen dat het amfetaminegebruik afneemt. In de meeste landen die over informatie van een aantal opeenvolgende enquêtes beschikken, is dat amfetaminegebruik (recent gebruik onder jongvolwassenen) in feite zelfs toegenomen. Een uitzondering hierop is het Verenigd Koninkrijk, aangezien hier sinds 1998 sprake is van een aanzienlijke daling in het amfetaminegebruik. Dat zou ook kunnen verklaren

⁽⁵⁹⁾ Opgemerkt dient te worden dat de onderzochte leeftijdscategorie (12 jaar en ouder) in het Amerikaanse onderzoek ruimer is dan de leeftijdscategorie die het EWDD voor de EU-enquêtes hanteert (15-64 jaar). Aan de andere kant is de leeftijdscategorie die in het SAMHSA-onderzoek wordt gehanteerd voor jongvolwassenen (18-25 jaar) beperkter dan in de meeste EU-enquêtes (15-24 jaar).

Figuur 8: Trends in recent gebruik (laatste 12 maanden) van amfetaminen onder jongvolwassenen (15-34 jaar) op basis van landelijke enquêtes onder de bevolking (1)



(1) Voor de omvang van de steekproeven (het aantal respondenten) in de leeftijdscategorie van 15-34 jaar per land en jaar wordt verwezen naar tabel GPS-4 in het Statistical Bulletin 2005.

NB: De gegevens zijn afkomstig van landelijke enquêtes in elk land. Cijfers en de voor elke enquête gehanteerde methodologie zijn weergegeven in tabel GPS-4 in het Statistical Bulletin 2005.

Het EWDD hanteert voor jongvolwassenen een leeftijdsbereik van 15-34 jaar (in Denemarken en het VK wordt een leeftijdsbereik van 16-34 jaar aangehouden, in Duitsland, Estland (1998) en Hongarije vanaf 18 jaar). In Frankrijk is het leeftijdsbereik 18-39 jaar (1995).

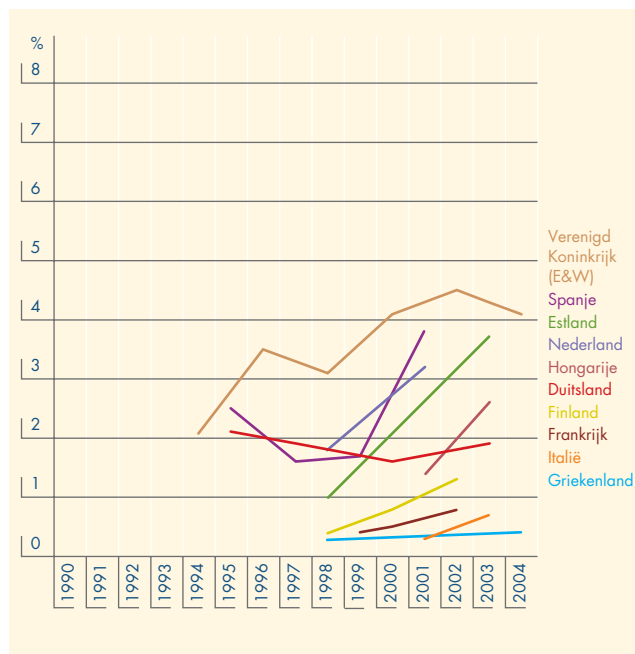
Bron: Nationale Reitox-verslagen 2004, gebaseerd op onderzoeksverslagen of wetenschappelijke artikelen. Zie ook tabel GPS-0 in het Statistical Bulletin 2005.

waarom de prevalentiegegevens over het „ooit“-gebruik zo hoog zijn ten opzichte van de meer gematigde percentages voor het recent gebruik. Verondersteld mag worden dat de afname in het amfetaminegebruik tot op zekere hoogte wordt „gecompenseerd“ door een toename van het cocaïne- en ecstasygebruik (zie figuren 8 en 9).

Gegevens over de vraag naar behandeling

Het gebruik van amfetamineachtige stimulerende middelen (ATS) is zelden de primaire reden om in behandeling te gaan. Er zijn evenwel enkele uitzonderingen: in Tsjechië, Finland en Zweden zijn het ATS — met name amfetaminen — en niet ecstasy, die in 18 tot meer dan 50 % van de gevallen de primaire reden vormen om in behandeling te willen gaan. In Tsjechië houdt meer dan 50 % van de gerapporteerde aanvragen voor behandeling verband met een primair metamfetamineprobleem. In Slowakije komt dit ook tot uiting

Figuur 9: Trends in recent gebruik (laatste 12 maanden) van ecstasy onder jongvolwassenen (15-34 jaar) op basis van landelijke enquêtes onder de bevolking (1)



(1) Voor de omvang van de steekproeven (het aantal respondenten) in de leeftijdscategorie van 15-34 jaar per land en jaar wordt verwezen naar tabel GPS-4 in het Statistical Bulletin 2005.

NB: De gegevens zijn afkomstig van landelijke enquêtes in elk land. Cijfers en de voor elke enquête gehanteerde methodologie zijn weergegeven in tabel GPS-4 in het Statistical Bulletin 2005.

Het EWDD hanteert voor jongvolwassenen een leeftijdsbereik van 15-34 jaar (in Denemarken en het VK wordt een leeftijdsbereik van 16-34 jaar aangehouden, in Duitsland, Estland (1998) en Hongarije vanaf 18 jaar).

Bron: Nationale Reitox-verslagen 2004, gebaseerd op onderzoeksverslagen of wetenschappelijke artikelen. Zie ook tabel GPS-0 in het Statistical Bulletin 2005.

in het aantal nieuwe cliënten dat om behandeling vraagt (60). Daarnaast noemt 11 % van de nieuwe Europese cliënten ATS als een secundaire drug (61).

Uit een vergelijking van de gegevens uit 2002 en 2003 blijkt dat de stijgende lijn in het aantal ATS-gebruikers zich heeft voortgezet (+ 3,5 %); in twaalf EU-landen is het aantal cliënten dat vanwege ATS tussen 1996 en 2003 om behandeling heeft gevraagd, gestegen van 2 204 tot 5 070.

Van de nieuwe cliënten die in extramurale centra in behandeling willen gaan voor ATS, gebruikt 78,5 % amfetaminen en 21,4 % MDMA (ecstasy) (62). Het hoogste percentage ecstasycliënten wordt gerapporteerd door Hongarije, Nederland en het Verenigd Koninkrijk.

Bijna eenderde van de ATS-gebruikers die om behandeling vraagt, is tussen de 15 en 19 jaar; uit de leeftijdscategorie van 20 tot 24 jaar komt ook eenderde deel van de ATS-clienten (63). De overgrote meerderheid van de

(60) Zie tabellen TDI-4 (deel ii) en TDI-5 (deel ii) in het Statistical Bulletin 2005.

(61) Zie tabel TDI-24 in het Statistical Bulletin 2005.

(62) Zie tabel TDI-23 in het Statistical Bulletin 2005.

(63) Zie tabellen TDI-11 (deel i) en TDI-11 (deel v) in het Statistical Bulletin 2005.

ATS-cliënten heeft deze drug voor het eerst in de leeftijd tussen 15 en 19 jaar gebruikt ⁽⁶⁴⁾.

Het aantal incidentele en dagelijkse gebruikers is gelijk verdeeld onder de ATS-cliënten in behandeling. In landen waar het percentage amfetaminecliënten hoger is, gebruiken de meeste cliënten de drug twee tot zes keer per week ⁽⁶⁵⁾.

Amfetaminen en ecstasy worden met name oraal ingenomen (58,2 %), maar ongeveer 15 % van de cliënten injecteert de drug. In sommige landen is meer dan 60 % van de ATS-cliënten actuele amfetaminespuiter (Tsjechië en Finland) ⁽⁶⁶⁾.

Sterfte ten gevolge van ecstasygebruik

In vergelijking met de sterfgevallen als gevolg van opiatengebruik, is het aantal dodelijke slachtoffers in verband met ecstasy relatief zeldzaam. In sommige landen is dat aantal echter niet te verwaarlozen, en het monitoren van dergelijke sterfgevallen behoeft verbetering. De term „sterfte ten gevolge van ecstasygebruik” is nog niet eenduidig gedefinieerd en kan op dit moment worden gebruikt als ecstasy in de overlijdensakte wordt genoemd, maar ook als ecstasy tijdens een toxicologische analyse is aangetroffen (vaak in combinatie met andere drugs) ⁽⁶⁷⁾.

Hoewel de rapportageprocedures niet homogeen zijn, blijkt uit de gegevens in de nationale Reitox-verslagen over 2004 dat sterfgevallen ten gevolge van ecstasy in de meeste EU-landen nauwelijks voorkomen, zeker sterfgevallen waarbij uitsluitend ecstasy is betrokken. In 2003 maakt een aantal landen melding van sterfgevallen die verband houden met ecstasy: Oostenrijk (één sterfgeval waarbij uitsluitend ecstasy een rol speelde), Tsjechië (één sterfgeval vermoedelijk als gevolg van een overdosis MDMA), Frankrijk (acht sterfgevallen in verband met ecstasy), Duitsland (twee gevallen die uitsluitend aan ecstasy werden toegeschreven en acht sterfgevallen waarbij ecstasy in combinatie met andere drugs betrokken was — het aantal sterfgevallen voor beide categorieën bedroeg in 2002 respectievelijk acht en elf), Portugal (in 2 % van de sterfgevallen als gevolg van drugsgebruik) en het Verenigd Koninkrijk (in 2000 werd ecstasy 49 keer op een overlijdensakte vermeld — in 2001, 76 keer en in 2002, 75 keer). Nederland rapporteert zeven sterfgevallen als gevolg van een acute intoxicatie met psychostimulantia, maar er wordt niet vermeld welke stoffen hierbij aangetroffen zijn.

Slechts weinig landen verstrekken gegevens over het aantal spoedopnamen in ziekenhuizen als gevolg van ecstasy. In Amsterdam is het aantal niet-fatale

spoedopnamen (Nederlands nationaal verslag) als gevolg van ecstasy tussen 1995 en 2003 gestabiliseerd (net als het aantal spoedopnamen als gevolg van amfetaminen), terwijl het aantal spoedopnamen in verband met hallucinogene paddestoelen en gamma-hydroxybutyraat (GHB) in die periode is toegenomen. In Denemarken (nationaal verslag) is het aantal ziekenhuisbezoeken als gevolg van een intoxicatie met stimulerende middelen gestegen van 112 in 1999 tot 292 in 2003; hiervan is het aantal ziekenhuisbezoeken dat verband hield met ecstasygebruik tussen 1999 en 2000 weliswaar sterk toegenomen, maar voor de jaren daarna is er op dit punt geen duidelijke trend te onderkennen. Het aantal ziekenhuiscontacten in verband met amfetaminegebruik is tussen 1999 en 2003 echter gestaag toegenomen.

Preventie

Mobiele preventieprojecten passen zich aan de fragmentering van de „rave”-cultuur aan zodat de doelgroep van jonge recreatieve drugsgebruikers toch bereikt kan worden, bijvoorbeeld door contactpunten in elke „scene”. In Duitsland en Portugal is men inmiddels gestopt met het testen van pillen. In Nederland gebeurt dat testen alleen nog maar in laboratoria en in Frankrijk is ook voorgesteld om het testen van pillen op locatie af te schaffen. Deze veranderingen worden mede veroorzaakt door een geringer aanbod van „onzuivere” pillen in West-Europa en vanwege de vraagtekens die bij de rechtsgeldigheid van het testen van pillen gezet worden. In Tsjechië worden projecten voor het testen van pillen echter wel voortgezet, hoewel dit ook daar onderwerp van discussie in de media is.

Preventie in recreatieve settings

De nieuwe lidstaten maken in toenemende mate melding van selectieve preventieprojecten in recreatieve settings. Dat geldt met name voor Tsjechië, Cyprus (mobiele informatiedienst op locaties waar het nachtleven zich afspeelt), Hongarije (drie organisaties), Polen en Slovenië.

Over het algemeen verandert er weinig aan de inhoud van de projecten, die in de meeste lidstaten gelijksoortig van opzet zijn en de vorm aannemen van antidrugsdisco's, „art performances”, theatervoorstellingen, ondersteuning via de media (films en tekenfilms e.d.), seminars, mobiele tentoonstellingen en reiservaringen (Luxemburgs nationaal verslag).

Een structurele aanpak blijft van groot belang. In Italië, Nederland en Scandinavië wordt actief netwerken voor drugspreventie absoluut noodzakelijk geacht om de nachtlevencultuur te beïnvloeden. Daarom werken

⁽⁶⁴⁾ Zie tabellen TDI-10 (deel i) en TDI-10 (deel v) in het Statistical Bulletin 2005.

⁽⁶⁵⁾ Zie tabel TDI-18 (deel iii) in het Statistical Bulletin 2005.

⁽⁶⁶⁾ Zie tabel TDI-17 (deel iii) in het Statistical Bulletin 2005.

⁽⁶⁷⁾ Zie het EWDD-jaarverslag 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int/nl/page038-nl.html>) voor een uitgebreidere bespreking van de sterfgevallen ten gevolge van ecstasygebruik.

preventiewerkers niet alleen samen met de eigenaren van locaties waar zich het recreatief drugsgebruik doorgaans afspeelt (inclusief coffeeshops in Nederland), maar ook met andere mensen die bij het nachtleven betrokken zijn, zoals uitsmijters en barpersoneel. In Zweden worden dergelijke interventies naast Stockholm nu ook steeds meer in andere grote steden toegepast. In een onderzoek naar soortgelijke programma's in Nederland werd geconstateerd dat bezoekers en organisatoren van party's zich veel verantwoordelijker gedragen dan verwacht werd (Pijlman et al., 2003). Een dergelijke geïntegreerde aanpak heeft ook als voordeel dat de aandacht van het publiek wordt afgeleid van incidenten en medische spoedgevallen als gevolg van illegale drugs op grote party's en de aandacht meer wordt gevestigd op de algemene risico's van recreatieve settings. Richtsnoeren voor een veiliger nachtleven behoren ook tot die geïntegreerde aanpak, maar deze worden in Europa nog niet op grote schaal toegepast (Calafat et al., 2003).

Individuele on-line-counseling via websites is een relatief nieuwe methode die in Oostenrijk en Duitsland (www.drugcom.de) wordt gebruikt. Vergelijkbaar hiermee is ook de counseling per e-mail in Oostenrijk via het nieuwe Weense Centrum voor drugshulp in welk kader er ook kwaliteitsnormen zijn ontwikkeld (FSW, 2004). Op de meeste websites die op drugspreventie zijn gericht, worden echter uitsluitend deskundige adviezen gegeven. De websites bevatten geen discussiefora omdat er geen aantoonbare bewijzen zijn dat dergelijke interactieve ondersteuning door en voor drugsgebruikers effectief is (Eysenbach et al., 2004).

Vangsten en marktinformatie ⁽⁶⁸⁾

Volgens het Bureau voor Drugs en Criminaliteit van de Verenigde Naties (UNODC, 2003a) is de productie van ATS — synthetische drugs inclusief de chemisch aanverwante stoffen amfetamine, metamfetamine en ecstasy — moeilijk te kwantificeren omdat de productie begint met eenvoudig te verkrijgen chemicaliën in gemakkelijk te verbergen laboratoria. De jaarlijkse wereldwijde productie van ATS wordt desalniettemin geraamd op ongeveer 520 ton (UNODC, 2003b). De hoeveelheid in beslag genomen ATS kende in 2000 een piek met 46 ton en is, na een aanvankelijke daling, in 2003 weer toegenomen tot 34 ton (CND, 2004, 2005).

Amfetamine

Op basis van het aantal ontmantelde laboratoria kan geconstateerd worden dat het grootste deel van de mondiale productie van amfetamine nog steeds in Europa is geconcentreerd. In 2003 zijn in acht landen in de EU amfetaminelaboratoria opgespoord (België, Duitsland, Estland, Litouwen, Luxemburg, Nederland, Polen en het Verenigd Koninkrijk). De meeste amfetamine die in de EU in 2003 in beslag is genomen, is afkomstig uit Nederland, gevolgd door Polen en België. Daarnaast wordt ook melding gemaakt van de productie van amfetamine in Estland en Litouwen ten behoeve van de noordelijke landen. De handel in amfetamine vindt nog steeds voornamelijk op intraregionaal niveau plaats (nationale Reitox-verslagen, 2004; CND, 2005).

In Europa vinden ook de meeste amfetaminevangsten plaats. Wereldwijd gezien werd in 2003 in West- en Midden-Europa 82 % van de totale hoeveelheid amfetamine in beslag genomen; in Oost- en Zuidoost-Europa bedroeg die hoeveelheid 13 % en in landen in het Nabije en Midden-Oosten 3 % (CND, 2005). In de EU zijn de grootste hoeveelheden amfetaminen in de afgelopen vijf jaar in het Verenigd Koninkrijk ⁽⁶⁹⁾ in beslag genomen. Op communautair niveau lag de piek van het aantal amfetaminevangsten ⁽⁷⁰⁾ — waarvoor al eerder een stijgende lijn was geconstateerd — in 1998; voor de in beslag genomen hoeveelheden ⁽⁷¹⁾ lag die piek in 1997. Het aantal amfetaminevangsten is in 2000 en 2001 weer gestegen, maar de trends in landen waarvoor gegevens beschikbaar zijn, duiden erop dat het aantal vangsten in 2003 gestabiliseerd of gedaald is. De hoeveelheid in beslag genomen amfetamine heeft een aantal jaren fluctuaties vertoond, maar lijkt sinds 2002 weer toe te nemen ⁽⁷²⁾.

In 2003 varieerde de gemiddelde straatwaarde van amfetamine van minder dan 10 EUR per gram in België, Estland, Griekenland, Letland, Hongarije, Nederland en Slowakije tot 37,5 EUR per gram in Noorwegen ⁽⁷³⁾. De gemiddelde zuiverheid van amfetamine op straathandelniveau in 2003 varieerde van 7,5 % (Duitsland) tot 50 % (Noorwegen) ⁽⁷⁴⁾.

Metamfetamine

Wereldwijd is metamfetamine zowel qua geproduceerde als verhandelde hoeveelheden het belangrijkste amfetamineachtige stimulerende middel. De grootste hoeveelheden werden ook in 2003 in Oost- en

⁽⁶⁸⁾ Zie de „Interpretatie van vangsten en marktgegevens”, blz. 42.

⁽⁶⁹⁾ Zodra de relevante gegevens beschikbaar zijn, moet deze situatie vergeleken worden met de gegevens van het Verenigd Koninkrijk over 2003. Voor 2003 zijn er geen gegevens beschikbaar over het aantal amfetaminevangsten in Italië, Cyprus, Nederland en Roemenië. Gegevens over zowel het aantal amfetaminevangsten als de in beslag genomen hoeveelheden ontbreken over 2003 voor Ierland en het Verenigd Koninkrijk.

⁽⁷⁰⁾ Zie tabel SZR-7 (deel i) in het Statistical Bulletin 2005.

⁽⁷¹⁾ Zie tabel SZR-8 (deel i) in het Statistical Bulletin 2005.

⁽⁷²⁾ Zodra de relevante gegevens beschikbaar zijn, moet deze situatie vergeleken worden met de gegevens over 2003, met name wat het Verenigd Koninkrijk betreft.

⁽⁷³⁾ Zie tabel PPP-4 (deel i) in het Statistical Bulletin 2005.

⁽⁷⁴⁾ Zie tabel PPP-8 (deel i) in het Statistical Bulletin 2005.

Zuidoost-Azië (China, Myanmar, Filipijnen, Thailand) geproduceerd en in beslag genomen, gevolgd door Noord-Amerika (Verenigde Staten) (CND, 2005). De metamfetamineproductie in Europa is veel kleinschaliger: in 2003 zijn clandestiene metamfetaminelaboratoria ontdekt in en gerapporteerd door Tsjechië, Duitsland, Litouwen en Slowakije (nationale Reitox-verslagen, 2004; CND, 2005). In Tsjechië is al sinds het begin van de jaren tachtig sprake van een productie van metamfetamine (UNODC, 2003a). De grootste hoeveelheid is weliswaar voor de lokale markt bestemd, maar er wordt ook wat metamfetamine naar Duitsland en Oostenrijk gesmokkeld (Tsjechisch nationaal verslag, 2004). In 2003 hebben de Tsjechische autoriteiten melding gemaakt van een toename van de productie van „pervitin“ (lokale metamfetamine) uit farmaceutische merkproducten door een gebrek aan efedrine (de precursor van metamfetamine) op de lokale zwarte markt. Hoewel gegevens over inbeslagnames van metamfetamine niet systematisch door het EWDD worden verzameld, hebben Tsjechië, Duitsland, Litouwen en Noorwegen wel dergelijke vangsten in 2003 gemeld. Daarnaast heeft Denemarken aangegeven dat metamfetamine steeds vaker op de illegale drugsmarkt opduikt, terwijl Letland heeft gerapporteerd dat er in 2003 een grotere hoeveelheid (0,8 ton) efedrine in beslag is genomen (ten opzichte van 2002) (nationale Reitox-verslagen, 2004).

In 2003 varieerde de gemiddelde straathandelsprijs van „pervitin“ in Tsjechië van 16 tot 63 EUR per gram ⁽⁷⁵⁾, terwijl de zuiverheid uiteenliep van 50 tot 75 % ⁽⁷⁶⁾.

Ecstasy

Europa blijft 's werelds grootste productiecentrum voor ecstasy, hoewel het relatieve belang 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 en Oost- en Zuidoost-Azië (CND, 2005; INCB, 2005). In 2003 was er wereldwijd sprake van een afname van het aantal ontdekte ecstasylaboratoria (CND, 2005); de ontdekking van dergelijke laboratoria in de EU is gemeld door België, Estland, Litouwen en Nederland (nationale Reitox-verslagen, 2004; CND, 2005). Van de ecstasy die in de EU in beslag is genomen, wordt gemeld dat deze voornamelijk uit Nederland en daarna uit België afkomstig is, hoewel in een aantal verslagen ook Estland en het

Verenigd Koninkrijk als land van herkomst worden genoemd (nationale Reitox-verslagen, 2003).

De ecstasyhandel vindt nog steeds voor het grootste gedeelte in West-Europa plaats, hoewel de handel zich, net als de productie, in de afgelopen jaren ook meer over andere delen van de wereld heeft verspreid (UNODC, 2003a). Wat de in beslag genomen hoeveelheden betreft, waren West- en Midden-Europa in 2003 goed voor 58 % van de totale omvang, gevolgd door Oceanië met 23 % (CND, 2005). In 2002 is het de eerste keer dat niet in het Verenigd Koninkrijk de meeste ecstasy in beslag is genomen, maar in Nederland ⁽⁷⁷⁾.

Het aantal ecstasyvangsten ⁽⁷⁸⁾ op communautair niveau is tussen 1998 en 2001 snel toegenomen. Sinds 2002 is dit aantal echter weer gedaald en op basis van de trends in landen waarvoor gegevens beschikbaar zijn, lijkt deze trend zich in 2003 te hebben voortgezet. De hoeveelheid geconfisqueerde ecstasy ⁽⁷⁹⁾ is tussen 1998 en 2000 sterk toegenomen, maar in de jaren daarna is die stijging wat afgezwakt. In 2003 hebben de meeste landen waarvoor gegevens beschikbaar zijn, een afname van de in beslag genomen hoeveelheden gerapporteerd. Deze kennelijke afname van ecstasyvangsten in de EU (zowel qua aantal als hoeveelheid) dient echter nog getoetst te worden aan de hand van de nog ontbrekende gegevens over 2003 — met name die van het Verenigd Koninkrijk — zodra deze beschikbaar zijn.

In 2003 varieerde de gemiddelde straathandelsprijs van een ecstasypil van minder dan 5 EUR (Hongarije, Nederland) tot 20-30 EUR (Griekenland, Italië) ⁽⁸⁰⁾.

Uit een analyse van pillen die in 2003 als illegale drug zijn verkocht, blijkt dat de meeste als psychoactieve stof uitsluitend ecstasy (MDMA, de actieve stof) of ecstasychachtige stoffen (MDEA, MDA) bevatten. Dit was het geval in Denemarken, Spanje, Hongarije, Nederland, Slowakije en Noorwegen. In meer dan 95 % van de pillen die in deze landen zijn geanalyseerd, zijn deze stoffen aangetroffen. Estland en Litouwen maken echter melding van geanalyseerde pillen met een hoog percentage (94 respectievelijk 76 %) amfetamine en/of metamfetamine als de enige psychoactieve stoffen. 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 2003 varieerde de gemiddelde MDMA-hoeveelheid per pil van 54 tot 78 mg ⁽⁸¹⁾. Andere psychoactieve stoffen die in 2003 in ecstasypillen zijn aangetroffen, zijn onder meer MDA, MDE, PMA, PMMA,

⁽⁷⁵⁾ Zie tabel PPP-4 (deel i) in het Statistical Bulletin 2005.

⁽⁷⁶⁾ Zie tabel PPP-8 (deel i) in het Statistical Bulletin 2005.

⁽⁷⁷⁾ Dit dient getoetst te worden aan de hand van de ontbrekende gegevens over 2003 zodra deze beschikbaar zijn. Voor 2003 zijn er geen gegevens beschikbaar over het aantal ecstasyvangsten in Italië, Cyprus, Nederland en Roemenië. Gegevens over zowel het aantal ecstasypillen als de in beslag genomen hoeveelheden ontbreken over 2003 voor Letland en het Verenigd Koninkrijk.

⁽⁷⁸⁾ Zie tabel SZR-9 (deel iv) in het Statistical Bulletin 2005.

⁽⁷⁹⁾ Zie tabel SZR-10 (deel i) in het Statistical Bulletin 2005.

⁽⁸⁰⁾ Zie tabel PPP-4 (deel i) in het Statistical Bulletin 2005.

⁽⁸¹⁾ Deze spreiding is gebaseerd op gegevens van slechts een paar landen, namelijk Denemarken, Duitsland, Frankrijk, Luxemburg en Nederland.

DOB, 5-MeO-DIPT, 4-MTA en 1-PEA (nationale Reitox-verslagen, 2004).

LSD

LSD wordt op veel kleinere schaal geproduceerd en verhandeld dan ATS. Tot 2000 vonden de meeste LSD-vangsten in het Verenigd Koninkrijk plaats, maar sindsdien is Duitsland ⁽⁸²⁾ verantwoordelijk voor het grootste aantal vangsten ⁽⁸³⁾. Op communautair niveau zijn tussen 1998 en 2002 zowel het aantal LSD-vangsten ⁽⁸⁴⁾ als de in beslag genomen hoeveelheid ⁽⁸⁵⁾ gestaag afgenomen — met uitzondering van een stabilisatie in 2000. Voor de eerste keer in negen jaar zijn in 2003 echter zowel het aantal LSD-vangsten als de in beslag genomen hoeveelheid toegenomen. In Spanje, Frankrijk en Polen zijn uitzonderlijk grote hoeveelheden LSD in beslag genomen. Dit zou kunnen wijzen op een opleving van de handel (en wellicht ook het gebruik) van LSD in de EU. De gemiddelde prijs van een LSD-eenheid liep in 2003 voor gebruikers in de EU uiteen van 4 EUR in het Verenigd Koninkrijk tot 25 EUR in Italië ⁽⁸⁶⁾.

Systemeem voor vroegtijdige waarschuwing — EWS

In het kader van het communautaire gemeenschappelijk optreden inzake nieuwe synthetische drugs ⁽⁸⁷⁾ van 1997 is de hoofddoelstelling van het Europese systeem voor vroegtijdige waarschuwing (EWS — Early Warning System) een snelle opsporing en analyse en een uitwisseling van informatie over nieuwe synthetische drugs zodra deze op de Europese drugsmarkt verschijnen. Het EWS valt via het Reitox-netwerk onder de verantwoordelijkheid van het EWDD. In het kader van het EWS wordt nauw samengewerkt met Europol, die informatie verschaft over de relevante wetshandhavingsaspecten via zijn netwerk van nationale eenheden.

In 2004 hebben de lidstaten bij het EWDD zes nieuwe synthetische drugs gemeld waardoor het totaal aantal drugs dat in de gaten wordt gehouden meer dan 25 bedraagt. Daartoe behoren onder andere fenethylaminen met ringsubstitutie (meestal uit de 2C-groep, maar ook TMA-2, 4-MTA, PMMA e.d.), tryptaminen (zoals DMT, AMT, DIPT en diverse derivaten) en piperazinen (inclusief

BZP en mCPP). Daarnaast is er informatie verzameld en uitgewisseld over een aantal andere stoffen, waaronder cathinonen (zoals gesubstitueerde pyrrolidinen). Er is bij de Europese Commissie en de Raad echter geen verzoek ingediend om een risicobeoordeling van nieuwe stoffen uit te laten voeren, aangezien er onvoldoende bewijsmateriaal beschikbaar is over de risico's van die stoffen voor de (volks)gezondheid of voor de maatschappij.

Zowel ketamine als GHB zijn in 2000 aan een risicobeoordeling onderworpen en beide stoffen worden nog altijd nauwlettend in het kader van het EWS gevolgd. Hoewel er aanwijzingen zijn dat het verspreidingsrisico van deze twee stoffen in recreatieve settings aanzienlijk is, is er nog te weinig materiaal beschikbaar om de prevalentie te kwantificeren of om trends op Europees niveau te onderkennen.

België, Denemarken, Griekenland, Frankrijk, Hongarije, Nederland, Zweden, het Verenigd Koninkrijk en Noorwegen hebben ketaminevondsten gerapporteerd. De meeste vangsten hebben betrekking op ketamine in witte poedervorm, maar Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk hebben ook melding gemaakt van inbeslagnames/verwerving van ketamine in vloeibare vorm. Het hoogste aantal vastgestelde waarnemingen van ketamine in lichaamsvloeistoffen of lichaamsmonsters is door Zweden en Noorwegen gerapporteerd (respectievelijk 51 en 30), maar geen van beide landen heeft daarbij een onderscheid gemaakt tussen medisch en verboden gebruik.

België, Tsjechië, Denemarken, Estland, Frankrijk, Nederland, Zweden, Finland, het Verenigd Koninkrijk en Noorwegen hebben GHB-vondsten gemeld, waaronder vangsten van de GHB-precursoren GBL en 1,4-BD (chemicaliën die op ruime schaal vrij in de handel verkrijgbaar zijn). Er is zowel GHB in poedervorm als in vloeibare vorm in beslag genomen.

In de laatste twee maanden van 2004 zijn er in België, Frankrijk, Italië en Nederland diverse gevallen gerapporteerd van intoxicaties als gevolg van de consumptie van cocaïne die versneden was met relatief hoge doses atropine ⁽⁸⁸⁾. Na een evaluatie van de omvang

⁽⁸²⁾ Er moet niet te veel gewicht aan de verschillen tussen de diverse jaren worden gegeven, aangezien het slechts om een klein aantal LSD-vangsten gaat.

⁽⁸³⁾ Dit dient getoetst te worden aan de hand van de vooralsnog ontbrekende gegevens over 2003 zodra deze beschikbaar zijn. Voor 2003 zijn er geen gegevens beschikbaar over het aantal LSD-vangsten in Italië, Cyprus, Nederland en Polen. Gegevens over zowel het aantal LSD-vangsten als de in beslag genomen hoeveelheden ontbreken over 2003 voor Ierland, Malta, Slovenië, het Verenigd Koninkrijk, Bulgarije en Roemenië.

⁽⁸⁴⁾ Zie tabel SZR-11 (deel i) in het Statistical Bulletin 2005.

⁽⁸⁵⁾ Zie tabel SZR-12 (deel i) in het Statistical Bulletin 2005.

⁽⁸⁶⁾ Zie tabel PPP-4 (deel i) in het Statistical Bulletin 2005.

⁽⁸⁷⁾ In het kader van het 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) worden nieuwe synthetische drugs als volgt gedefinieerd: „synthetische drugs die niet voorkomen op één van de lijsten bij het Verdrag inzake psychotrope stoffen (Wenen, 1971), maar die een vergelijkbaar ernstige bedreiging vormen voor de volksgezondheid als de stoffen van lijst I of II en die een beperkte therapeutische waarde hebben”. Het gaat om eindproducten en niet om precursoren.

⁽⁸⁸⁾ Atropine, een anticholinergisch agens, is een natuurlijke alkaloïde van *Atropa belladonna*. Een ernstige intoxicatie kan dodelijk zijn.

van het intoxicatierisico met de cocaïne/atropine-mix, heeft het EWDD naar alle EWS-partners een waarschuwing doen uitgaan met het advies om de eigen netwerken en met name ook de relevante autoriteiten te informeren over de symptomen van een cocaïne/atropine-intoxicatie zodat deze in een vroeg stadium gediagnosticeerd kan worden. Een aantal lidstaten besloot vervolgens op basis van de EWS-informatie om de eigen netwerken en instanties voor de volksgezondheid snel te waarschuwen.

In mei 2005 is het fundament van het EWS nog meer verstevigd doordat het gemeenschappelijk optreden van 1997 vervangen is door Besluit van de Raad 2005/387/JBZ als gevolg waarvan het toepassingsgebied is uitgebreid tot alle nieuwe psychoactieve stoffen (zowel verdovende middelen als synthetische drugs). Daarnaast kunnen nu ook geneesmiddelen betrokken worden bij de uitwisseling van informatie over nieuwe psychoactieve stoffen via het EWS-systeem.

Internationale maatregelen tegen de productie van en handel in synthetische drugs

De EU en internationale samenwerkingsverbanden onderkennen in toenemende mate het belang van het monitoren en controleren van de precursorchemicaliën die noodzakelijk zijn voor de productie van gecontroleerde stoffen. Door het toezicht te verbeteren op de chemicaliën die noodzakelijk zijn voor de productie van drugs als heroïne, cocaïne en ecstasy, kunnen maatregelen worden getroffen om de aanvoer daarvan te bemoeilijken of onmogelijk te maken. Op dit moment lopen er drie grote internationale programma's: operatie Purple, bedoeld om kaliumpermanganaat op te sporen dat gebruikt wordt voor de productie van cocaïne; operatie Topaz, gericht op het tegengaan van de verspreiding van azijnzuur-anhydride, een precursor die bij de productie van heroïne wordt gebruikt; en het project Prisma, dat zich richt op de oorsprong van precursorvangsten van ATS in de haven van binnenkomst of in verboden drugslaboratoria. In totaal zijn er in de afgelopen twee jaar 20 227 transacties aan het INCB gemeld die in het kader van deze operaties onderzocht zijn, en er bestaan enige aanwijzingen dat deze maatregelen van invloed zijn geweest op de drugsproductie.

Prisma is met name van belang voor de productie van synthetische drugs in de EU. Dit project is zeer delicaat omdat onder de vele chemicaliën die voor de productie van ATS gebruikt worden, ook veel stoffen zitten die noodzakelijk zijn voor of bijproducten zijn van legale

commerciële activiteiten. Tot de aandachtsgebieden van Prisma behoren onder andere het volgen van de internationale handel in safrol, dat gebruikt wordt voor de ecstasyproductie; het voorkomen van de verspreiding van farmaceutische preparaten die pseudo-efedrine bevatten; en het lokaliseren van laboratoria die betrokken zijn bij de illegale productie van 1-fenyl-2-propanon. Ondanks de problemen die dit specifieke werkteerrein met zich meebrengt, lijkt de internationale samenwerking dankzij het project Prisma verbeterd te zijn, wat ook tot geslaagde onderscheppingsactiviteiten heeft geleid. Een voorbeeld dat in het recente verslag van de INCB (2005) wordt aangehaald, is de samenwerking tussen China en Polen, die geleid heeft tot het oprullen van een grote smokkelbende die 1-fenyl-2-propanon Polen binnensmokkelde.

Maatregelen tegen de productie van en handel in synthetische drugs in Europa

In overeenstemming met het uitvoeringsplan van maatregelen tegen de aanvoer van synthetische drugs heeft de Commissie in december 2003, in samenwerking met Europol, een verslag opgesteld met een overzicht van de huidige status van grote multilaterale projecten die distributienetwerken in kaart brengen, alsmede de ervaringen die in dit verband zijn opgedaan op Europees niveau, in de lidstaten en in de kandidaat-lidstaten. In het verslag wordt de aandacht gevestigd op elementen die voor operationele successen van essentieel belang lijken te zijn. Tevens wordt geconcludeerd dat er in het kader van een veelomvattende en geïntegreerde strategie mogelijk profijt getrokken kan worden van het bundelen van informatie en inlichtingen vanuit de uiteenlopende invalshoeken die zich bezighouden met synthetische drugs.

In december 2004 heeft Europol de projecten Case en Genesis samengevoegd tot het Synergy-project dat bestaat uit een analysebestand ondersteund door twintig lidstaten, een aantal derde landen, het Europol Illicit Laboratory Comparison System (EILCS) en het Europol Ecstasy Logo System (EELS). Het project zet de ondersteuning voort aan de Comprehensive Action against Synthetic Drugs in Europe (Case) — een Zweeds initiatief gericht op het analyseren van amfetaminemonsters — en aan de Europese Joint Unit on Precursors (EJUP) bestaande uit deskundigen uit zes lidstaten.

Het analysebestand verzamelt en analyseert hoogwaardige informatie over criminele activiteiten op het gebied van synthetische drugs en de bijbehorende precursoren. Daarbij wordt prioriteit gegeven aan criminele organisaties en/of belangrijke modi operandi.

Het EILCS categoriseert fotomateriaal en technische informatie over locaties voor de productie van synthetische drugs en hieraan gerelateerde stortplaatsen voor chemisch afval om onderzoek mogelijk te maken naar verbanden tussen in beslag genomen apparatuur, materialen en chemicaliën. Het EILCS initieert tevens de uitwisseling van gegevens, sporenonderzoek, forensisch onderzoek voor het verzamelen van bewijsmateriaal en het in kaart brengen en vervolgen van zowel personen die geld of apparatuur voor de productie ter beschikking stellen als criminele organisaties. Europol is via het EILCS het Europese focal point voor het „Project Prisma — Uitrusting”, het wereldwijde programma van de International Narcotics Control Board (INCB) van de Verenigde Naties dat de herkomst van machines voor het

maken van pillen en andere apparatuur voor de productie van synthetische drugs traceert.

Het EELS categoriseert modi operandi, fotomateriaal en essentiële forensische informatie over grote synthetische drugsvangsten om vangsten met elkaar te kunnen vergelijken. Met betrekking tot de in beslag genomen drugs bevordert het EELS de uitwisseling van informatie van politie en justitie, vervolgonderzoeken, forensische analyses voor het verzamelen van bewijsmateriaal en een gerichte aanpak van criminele groeperingen.

De Europol Synthetic Drug Production Equipment Catalogue en Europol Ecstasy Logo Catalogue worden periodiek bijgewerkt en gepubliceerd.



Hoofdstuk 5

Cocaïne en crack-cocaïne

Prevalentie en gebruikspatronen van cocaïne

Uit recente nationale enquêtes onder de bevolking blijkt dat tussen de 0,5 en 6 % van de volwassen populatie minstens één keer in hun leven cocaïne heeft gebruikt (het „ooit“-gebruik), waarbij Italië (4,6 %), Spanje (4,9 %) en het Verenigd Koninkrijk (6,8 %) de hoogste percentages rapporteren. Het recent gebruik („laatste 12 maanden“-gebruik) onder volwassenen is over het algemeen minder dan 1 %; in de meeste landen ligt het percentage tussen de 0,3 en 1 %, met uitzondering van Spanje en het Verenigd Koninkrijk (meer dan 2 %).

Hoewel deze cijfers duidelijk lager zijn dan de percentages voor cannabis, is de omvang van het gebruik onder jongvolwassenen soms aanzienlijk hoger dan het gemiddelde onder de algemene bevolking. Het „ooit“-gebruik onder 15- tot 34-jarigen varieert van 1 tot 11,6 %, waarbij de hoogste percentages wederom in Spanje (7,7 %) en het Verenigd Koninkrijk (11,6 %) worden aangetroffen. Recent gebruik loopt uiteen van 0,2 tot 4,6 % waarbij de percentages in Denemarken, Ierland, Italië, en Nederland rond de 2 % liggen; in Spanje en het Verenigd Koninkrijk bedraagt het recent gebruik meer dan 4 %.

Het cocaïnegebruik is onder mannen hoger dan onder vrouwen. Zo blijkt uit enquêtes in Denemarken, Duitsland, Spanje, Italië, Nederland en het Verenigd Koninkrijk dat het „ooit“-gebruik onder 15- tot 34-jarige mannen varieert tussen de 5 en 13 %. In zes landen ligt het recent gebruik boven de 3 %, waarbij Spanje en het Verenigd Koninkrijk percentages van 6-7 % rapporteren (figuur 10).

Onder de algemene bevolking wordt na een experimenteerperiode tijdens de jongvolwassenheid weer met het cocaïnegebruik gestopt of wordt cocaïne slechts incidenteel gebruikt, vooral tijdens het weekend en in recreatieve settings (cafés en disco's). In sommige landen moeten bepaalde vormen van regelmatig gebruik echter zeker in de gaten worden gehouden. In Spanje, Italië, Nederland en het Verenigd Koninkrijk bedraagt het gerapporteerde recent gebruik (in de laatste maand) onder

jonge mannen (15-34 jaar) 1,5-4 %. In stedelijke gebieden liggen de percentages voor cocaïnegebruik waarschijnlijk aanzienlijk hoger.

Uit een recent onderzoek in meerdere steden is naar voren gekomen dat de overgrote meerderheid (95 %) van de groep die als sociaal geïntegreerde gebruikers wordt gedefinieerd (degenen die met ecstasy zijn begonnen in disco's, clubs of via persoonlijke contacten), cocaïne snuift; slechts een klein percentage heeft ooit cocaïne gerookt of gespoten (Prinzleve et al., 2004).

Op basis van een zeer grove schatting van het recent gebruik van cocaïne — waarbij er vanuit wordt gegaan dat de gemiddelde prevalentie onder alle volwassenen 1 % bedraagt — zouden ongeveer 3 tot 3,5 miljoen mensen in Europa de laatste 12 maanden cocaïne hebben gebruikt. De percentages voor actueel gebruik leiden tot een grove schatting van ongeveer 1,5 miljoen cocaïnegebruikers in de laatste maand ⁽⁸⁹⁾.

Ter vergelijking: in het kader van de Amerikaanse enquête onder gezinnen naar gezondheid en drugsgebruik (SAMHSA, 2003) geeft 14,7 % van de volwassenen (in dit geval personen van 12 jaar en ouder) aan ooit cocaïne te hebben gebruikt, terwijl 2,5 % in de afgelopen 12 maanden cocaïne heeft gebruikt ⁽⁹⁰⁾. Onder 18- tot 25-jarigen bedraagt het „ooit“-gebruik 15 %, het recent gebruik 6,6 % en het actueel gebruik 2,2 %. Voor 18- tot 25-jarige mannen zijn die percentages respectievelijk 17,4 %, 8,2 % en 2,9 %. In het algemeen is het „ooit“-gebruik van cocaïne onder de algemene bevolking in de Verenigde Staten hoger dan in de Europese landen met de hoogste prevalentiepercentages. Dat verschil is met betrekking tot meer recentere gegevens echter niet meer zo groot. Sommige Europese landen melden nu ramingen die de Amerikaanse cijfers overtreffen.

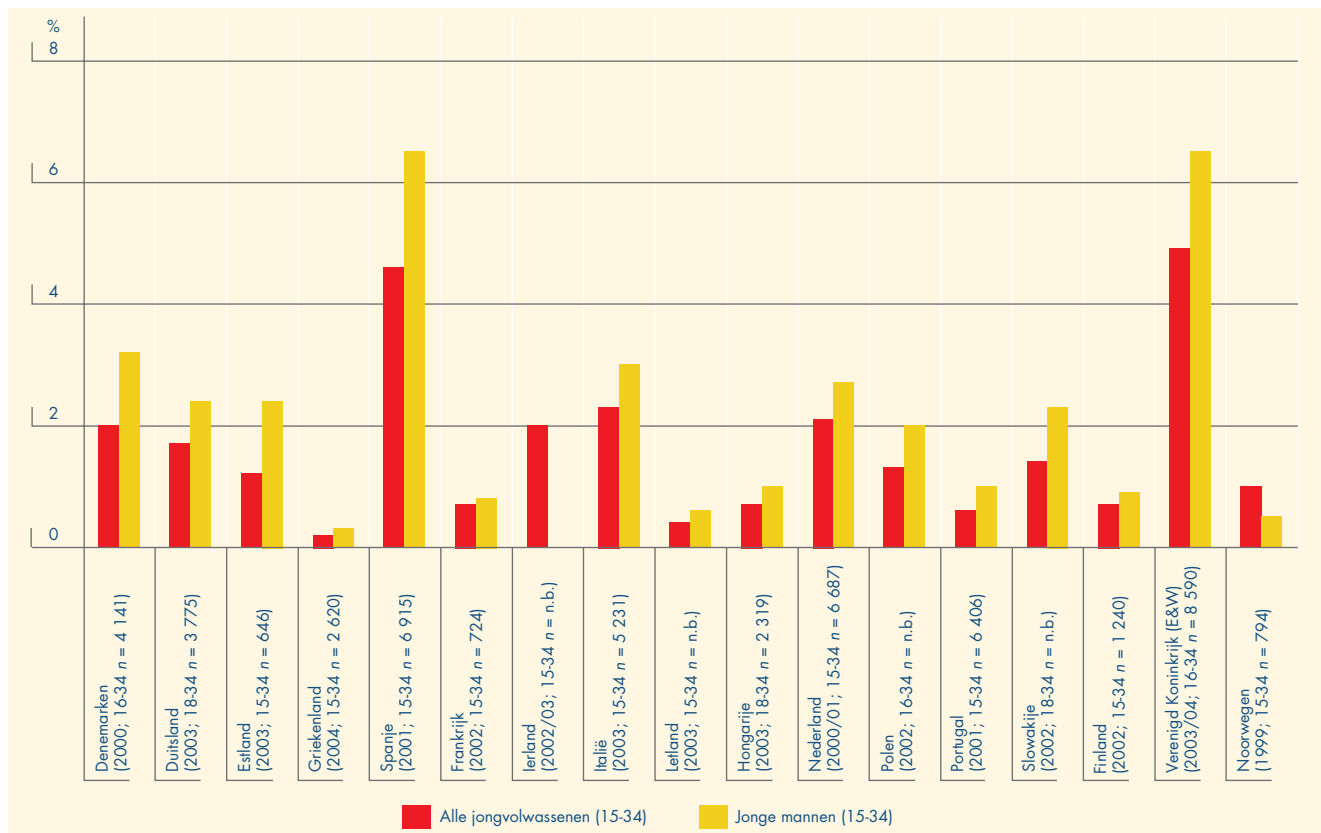
Trends in cocaïnegebruik

Het is nog steeds moeilijk om op basis van bevolkingsonderzoeken duidelijke Europese trends in het cocaïnegebruik vast te stellen (zie ook het gedeelte over

⁽⁸⁹⁾ Deze zeer grove schattingen zijn gebaseerd op de prevalentiewaarden die de mediaan vormen van de nationale prevalentieschattingen (zie tabel GPS-1 in het Statistical Bulletin 2005). NB: Een aantal landen met een grote bevolking (Duitsland, Spanje, Italië, Nederland en het Verenigd Koninkrijk) heeft verhoudingsgewijs hoge prevalentiepercentages, in sommige gevallen zelfs hoger dan de spreiding die voor de berekening is gebruikt.

⁽⁹⁰⁾ Opgemerkt dient te worden dat de onderzochte leeftijdscategorie (12 jaar en ouder) in het Amerikaanse onderzoek ruimer is dan de leeftijdscategorie die het EWDD voor de EU-enquêtes hanteert (15-64 jaar). Aan de andere kant is de leeftijdscategorie die in het SAMHSA-onderzoek wordt gehanteerd voor jongvolwassenen (18-25 jaar), beperkter dan in de meeste EU-enquêtes (15-24 jaar).

Figuur 10: Recent gebruik (laatste 12 maanden) van cocaine onder alle jongvolwassenen en onder jonge mannen op basis van landelijke enquêtes onder de bevolking



NB: De gegevens zijn afkomstig van de meest recente landelijke enquêtes in elk land (zie tabel GPS-4 in het Statistical Bulletin 2005). Sommige landen hanteren een leeftijdsgroep voor jongvolwassenen die licht afwijkt van de leeftijdsgroep die het EWDD als standaard gebruikt. Verschillen in leeftijdscategorieën kunnen in geringe mate verantwoordelijk zijn voor verschillen tussen landen.
Bron: Nationale Reitox-verslagen 2004, gebaseerd op onderzoeksverslagen of wetenschappelijke artikelen. Zie ook tabel GPS-0 in het Statistical Bulletin 2005.

trends in cannabisgebruik). Vanuit verschillende bronnen wordt echter gewaarschuwd voor een toename van het cocainegebruik in Europa. Tot die bronnen behoren lokale onderzoeken, gerichte studies in dance-settings en meldingen van een toename van de indicatoren voor cocainevangsten en van enkele stijgingen van de probleemindicatoren (sterfgevallen, spoedopnamen).

Het recent cocainegebruik onder jonge mensen in het Verenigd Koninkrijk is tussen 1996 en 2000 aanzienlijk gestegen, maar daarna relatief gestabiliseerd, hoewel er de afgelopen jaren een bescheiden toename is geconstateerd, evenals in Spanje^(*) tussen 1999 en 2001. Vanuit Denemarken, Italië, Hongarije, Nederland en Oostenrijk (in lokale enquêtes) en vanuit Duitsland (in de jaren negentig met fluctuaties) worden minder sterke stijgingen gerapporteerd (figuur 11).

Sterfgevallen als gevolg van cocaine

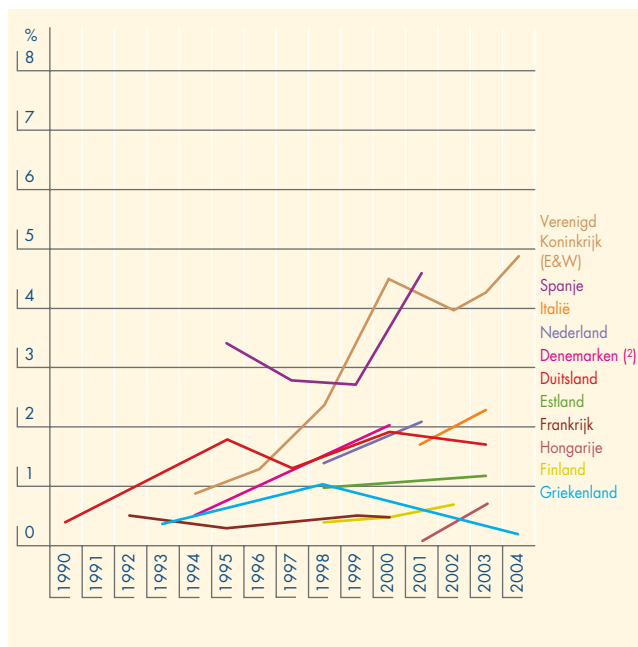
De bezorgdheid over de gezondheidsrisico's van cocainegebruik neemt toe, met name gezien de trend in een aantal landen van een stijgend recreatief gebruik in

vooral door groepen jongeren bezochte disco's en clubs. Ondanks de problemen bij het schatten van het aantal sterfgevallen als gevolg van cocaine, kan deze trend toch een nuttige indicator zijn voor verhoogde risico's en een bijdrage leveren aan het in kaart brengen van risicopatronen van cocainegebruik. Acute sterfgevallen waarbij cocaine een rol speelt (en waarbij er geen sprake is van opiatengebruik) lijken in Europa weinig voor te komen, maar dat is waarschijnlijk ook een gevolg van het feit dat cocainegerelateerde sterfgevallen in de huidige statistieken onvoldoende als zodanig geregistreerd worden. Er is op Europees niveau slechts beperkte informatie over sterfgevallen als gevolg van cocaine beschikbaar en deze wordt ook nog eens op uiteenlopende wijze gerapporteerd. Cocainegebruik komt vaak voor onder opiatengebruikers en het is niet ongebruikelijk dat in de toxicologische analyses van slachtoffers van een overdosis opiaten niet alleen andere stoffen zoals alcohol en benzodiazepinen, maar ook cocaine worden aangetroffen.

De volgende landen hebben informatie verstrekt over sterfgevallen in 2003 als gevolg van cocaine (nationale

(*) Uit informatie die te laat beschikbaar was om in het verslag opgenomen te kunnen worden, kan met betrekking tot de enquêtes in 2003 afgeleid worden dat de situatie stabiliseert (een recent gebruik — laatste 12 maanden — in 2002 onder jongvolwassenen van 4,8% ten opzichte van 4,6% in 2001).

Figuur 11: Trends in recent gebruik (laatste 12 maanden) van cocaïne onder jongvolwassenen (15-34 jaar) op basis van landelijke enquêtes onder de bevolking (1)



(1) Voor de omvang van de steekproeven (het aantal respondenten) in de leeftijdscategorie van 15-34 jaar per land en jaar wordt verwezen naar tabel GPS-4 in het Statistical Bulletin 2005.
 (2) In Denemarken heeft het cijfer voor 1994 betrekking op harddrugs.
 NB: De gegevens zijn afkomstig van landelijke enquêtes in elk land. Cijfers en de voor elke enquête gehanteerde methodologie zijn weergegeven in tabel GPS-4 in het Statistical Bulletin 2005.
 Het EWDD hanteert voor jongvolwassenen een leeftijdsbereik van 15-34 jaar (in Denemarken en het VK wordt een leeftijdsbereik van 16-34 jaar aangehouden, in Duitsland, Estland (1998) en Hongarije vanaf 18 jaar). In Frankrijk is het leeftijdsbereik 25-34 jaar (1992) of 18-39 jaar (1995).
 Bron: Nationale Reitox-verslagen 2004, gebaseerd op onderzoeksverslagen of wetenschappelijke artikelen. Zie ook tabel GPS-0 in het Statistical Bulletin 2005.

Reitox-verslagen): Duitsland (25 gevallen waarbij uitsluitend cocaïne is betrokken en 93 gevallen van cocaïne in combinatie met andere drugs; de cijfers voor 2002 waren respectievelijk 47 en 84); Frankrijk (10 sterfgevallen als gevolg van uitsluitend cocaïne en 1 in combinatie met een geneesmiddel); Griekenland (2 gevallen als gevolg van cocaïne), Hongarije (4 sterfgevallen als gevolg van een cocaïneoverdosis), Nederland (17 sterfgevallen in 2003 als gevolg van cocaïne, met een stijgende tendens tussen 1994 — 2 sterfgevallen — en 2002 — 37 gevallen); Oostenrijk (in 30 % van de drugsgerelateerde sterfgevallen werd cocaïne aangetroffen, maar in slechts 3 gevallen was er sprake van uitsluitend cocaïne en in 1 geval betrof het een combinatie van cocaïne en gas); Portugal (hier is in 37 % van de drugsgerelateerde sterfgevallen cocaïne aangetroffen) en het Verenigd Koninkrijk (de „meldingen” van cocaïne op overlijdensakten is toegenomen van 85 in 2000, tot 115 in 2001 en 171 in 2002, zodat het aantal

meldingen tussen 1993 en 2001 verachtvoudigd is). In het nationale Reitox-verslag 2003 meldt Spanje dat in 2001 in 54 % van alle drugsgerelateerde sterfgevallen cocaïne aangetroffen is; in 39 gevallen (dat is 8 % van alle drugsgerelateerde sterfgevallen) speelden opiaten geen rol, 21 van die 39 sterfgevallen waren uitsluitend aan cocaïne toe te schrijven en 5 aan cocaïne in combinatie met alcohol.

Ondanks de beperkingen die aan de beschikbare informatie zijn verbonden, lijkt cocaïne een bepalende rol te hebben gespeeld in 1 tot 15 % van de drugsgerelateerde sterfgevallen in landen die bij de doodsoorzaak een differentiatie konden maken naar de verschillende soorten drugs. In een aantal landen (Duitsland, Spanje, Frankrijk en Hongarije) was cocaïne een bepalende factor in 8-12 % van de drugsgerelateerde sterfgevallen. Hoewel het erg moeilijk is om op basis van deze gegevens cijfers te extrapoleren voor heel Europa, zou dit kunnen betekenen dat er op Europees niveau jaarlijks sprake is van enkele honderden drugsdoden als gevolg van cocaïnemisbruik. Hoewel dit aantal veel lager is dan de sterfgevallen als gevolg van opiaten, vormen cocaïne-gerelateerde sterfgevallen een ernstig en mogelijk groeiend probleem; in de weinige landen waarvoor schattingen van trends kunnen worden gemaakt, lijken de beschikbare gegevens op een stijgende lijn van die problemen te wijzen.

Daarnaast kan cocaïne ook een rol spelen bij sterfgevallen als gevolg van cardiovasculaire problemen (hartaritmie, hartinfarcten en hersenbloedingen; zie Ghuran en Nolan, 2000), met name bij gebruikers die vatbaarder zijn voor bepaalde ziekten; veel van deze sterfgevallen worden waarschijnlijk niet als zodanig geregistreerd.

Gegevens over de vraag naar behandeling (92)

Na opiaten en cannabis wordt cocaïne het vaakst genoemd als primaire reden om in behandeling te gaan. In de EU is cocaïne in ongeveer 10 % van de gevallen de aanleiding om in behandeling te willen gaan. Dit algemene percentage is slechts een indicatie die gebaseerd is op een grote variatie tussen landen: in de meeste landen is de vraag naar behandeling vanwege cocaïnegebruik vrij laag, maar in Spanje en Nederland geeft van alle drugsgebruikers 26 respectievelijk 38 % aan dat zij voor hun cocaïnegebruik behandeld willen worden (93). In de meeste landen is het percentage nieuwe cliënten dat voor primair cocaïnegebruik in behandeling wenst te gaan hoger dan het percentage onder alle drugsgebruikers in het algemeen (94). Cocaïne wordt door 13 % van de nieuwe cliënten bij extramurale behandelcentra ook als secundaire drug genoemd (95).

(92) Voor de algemene onderverdeling en de trends is de gegevensanalyse gebaseerd op de vraag naar behandeling van cliënten bij alle behandelcentra; voor de profielen van cliënten en gebruikspatronen is gebruikgemaakt van de gegevens van extramurale behandelcentra.

(93) Zie tabel TDI-5 (deel ii) in het Statistical Bulletin 2005. De gegevens voor Spanje hebben betrekking op 2002.

(94) Zie tabel TDI-4 (deel ii) in het Statistical Bulletin 2005.

(95) Zie tabel TDI-24 in het Statistical Bulletin 2005.

Veel landen rapporteren een stijging van het aantal cocaïnegebruikers dat om behandeling vraagt; van 1996 tot 2003 steeg hun aandeel van 4,8 tot 9,3 %; het aantal nieuwe cliënten dat behandeling zocht voor primair cocaïnegebruik steeg van 2 535 tot 6 123. In 2003 was er in Nederland voor het eerst sprake van een groter aantal cliënten dat in behandeling wilde gaan voor cocaïnegebruik dan voor opiatengebruik. Uit een analyse van therapiegegevens in Londen over de periode 1995/1996 tot 2000/2001 bleek dat het aantal cliënten dat cocaïne gebruikte, was verdubbeld (GLADA, 2004), zij het wel vanaf een laag basisniveau (van 735 tot 1 917).

Deze gegevens worden waarschijnlijk beïnvloed door een klein, maar groeiend crack-cocaïneprobleem (crack is een rookbare cocaïnebase). Aanwijzingen hiervoor zijn afkomstig uit Nederland en het Verenigd Koninkrijk, waar het aantal cliënten vanwege crack-cocaïne de afgelopen jaren is toegenomen. Hoewel het aantal problematische gebruikers klein is, verzamelen zij zich meestal in een paar grote stedelijke gebieden waardoor zij ook het meest „zichtbaar” zijn in evaluatierapporten over de stand van de drugsproblematiek in de steden.

Gebruikers van crack-cocaïne hebben over het algemeen een andere sociale achtergrond dan gebruikers van cocaïnepoeder. Gebruikers van crack-cocaïne hebben eerder een sociale achterstand en er zijn aanwijzingen dat met name etnische minderheden problemen als gevolg van crack-cocaïne dreigen te krijgen: bij tweederde van de zwarte bevolking die in Londen een drugsbehandeling wil, gaat het om primaire gebruikers van crack-cocaïne (GLADA, 2004) en 30 % van de crack-cocaïnecliënten in Nederland heeft een niet-Nederlandse achtergrond. Ondanks de bezorgdheid over de problemen in verband met crack-cocaïne dient wel bedacht te worden dat deze drug weliswaar bijzondere schadelijke gevolgen heeft voor degenen die de drug gebruiken en voor hun leefomgeving, maar dat het probleem nog steeds een erg plaatselijk karakter heeft in Europa. Op dit moment maken eigenlijk slechts twee landen melding van cliënten die voor crack-cocaïne in behandeling gaan (Nederland en het Verenigd Koninkrijk).

In het algemeen houdt de vraag om behandeling wegens cocaïne geen verband met crack-cocaïne. Ongeveer 70 % van de nieuwe cocaïnecliënten gebruikt cocaïnehydrochloride (dat is cocaïnepoeder, waarbij de meeste gebruikers de drug snuiven), de overige 30 % gebruikt crack-cocaïne. Ongeveer 5 % van de nieuwe cocaïnecliënten geeft aan de cocaïne te injecteren.

Het zijn voornamelijk mannen die primair voor cocaïnegebruik in behandeling willen gaan (de verhouding man:vrouw is 3,7:1). Qua sekseverdeling bestaan er ook verschillen tussen landen ⁽⁹⁶⁾. Uit een kwalitatief onderzoek in Italië onder cliënten die voor

stimulerende middelen (met name cocaïne) in behandeling willen gaan, is gebleken dat het aantal vrouwen dat stimulerende middelen gebruikt vrijwel gelijk is aan het aantal mannelijke gebruikers, maar dat de mannen oververtegenwoordigd zijn onder de gebruikers die voor cocaïne en andere stimulerende middelen in behandeling willen gaan (Macchia et al., 2004).

Nieuwe cliënten die cocaïne als primaire drug gebruiken, zijn gemiddeld ouder dan andere drugsgebruikers. De gemiddelde leeftijd van deze groep is 30 jaar, waarvan de meesten uit de leeftijdscategorie van 20-34 jaar afkomstig zijn; een kleinere, maar wel belangrijke groep cliënten is tussen de 35 en 39 jaar ⁽⁹⁷⁾.

Cocaïne wordt veelal in combinatie met een andere secundaire drug gebruikt, vaak met cannabis (40 %) of alcohol (37 %). Uit lokale onderzoeken naar drugsspuisers blijkt dat de combinatie van heroïne en cocaïne in één spuit in bepaalde gebieden aan populariteit wint (door de drugsspuisers zelf soms „speedballing” genoemd). Dit wordt in de meeste landen overigens niet bevestigd door de algemene gegevens over de behandelvraag omdat slechts een klein percentage van de cliënten aangeeft heroïne in combinatie met cocaïne te gebruiken. Dit geldt echter niet voor alle landen. Uit een analyse van de gegevens over de vraag naar behandeling onder cocaïnegebruikers in Nederland blijkt bijvoorbeeld dat veel cocaïnecliënten polydruggebruikers zijn en dat de grootste groep zowel cocaïne als heroïne gebruikt. (Mol et al., 2002).

Behandeling van problematisch cocaïnegebruik

Er bestaat geen algemeen erkende en breed toegepaste farmacologische behandeling voor gebruikers met cocaïneproblemen zoals die wel voor problematische opiatengebruikers voorhanden is. Soms krijgen cocaïnegebruikers als tijdelijke ondersteuning geneesmiddelen voorgeschreven, maar dat is meestal van korte duur en gericht op het verminderen van problemen die verband houden met dat cocaïnegebruik, zoals angsten en slaapstoornissen. Langetermijnbehandelingen voor cocaïnegebruikers worden meestal in het kader van de algemene drugshulpverlening uitgevoerd. Het aanbod aan behandelmogelijkheden voor mensen met cocaïneproblemen lijkt voornamelijk slecht ontwikkeld (Haasen, 2003). Hierin zou verandering kunnen komen nu sommige landen met het opzetten van nieuwe therapiemogelijkheden zijn begonnen die specifiek voor cocaïneproblemen zijn bedoeld, zoals de behandelvoorzieningen voor gebruikers van crack-cocaïne die op dit moment in Engeland worden ontwikkeld (NTA, 2003).

De meeste wetenschappelijke literatuur over het behandelen van cocaïneproblemen komt van Amerikaanse

⁽⁹⁶⁾ Zie tabel TDI-22 in het Statistical Bulletin 2005 en *Differences in patterns of drug use between women and men* (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=7293>).

⁽⁹⁷⁾ Zie tabel TDI-10 (deel i) in het Statistical Bulletin 2005.

onderzoeken en de vraag is in hoeverre de situatie daar vergelijkbaar is met die in Europa. Helaas is er nog steeds weinig informatie beschikbaar over resultaten van de behandeling van problematisch cocaïnegebruik in de EU, wat deels een gevolg is van het feit dat de hulpverlening van oudsher relatief weinig geconfronteerd is geweest met cocaïneproblemen. Uit een systematisch Europees literatuuronderzoek naar behandelingen voor cocaïnegebruik (Rigter et al., 2004) is gebleken dat de discipline onder cocaïnegebruikers meestal slecht is en dat de terugvalpercentages hoog zijn. Er zijn enkele aanwijzingen dat het gebruik van cocaïne met behulp van psychotherapie verminderd zou kunnen worden, maar de effectiviteit van acupunctuur bij de behandeling van cocaïneproblemen is nog niet echt overtuigend aangetoond. In het algemeen moet bij deze bevindingen wel bedacht worden dat er eigenlijk geen eenduidig Europees onderzoeksmateriaal beschikbaar is dat als basis voor therapeutische interventies op dit gebied kan dienen. Het is bijvoorbeeld niet eens bekend of specifieke interventies gericht op cocaïnegebruik effectiever zijn dan een participatie van problematische cocaïnegebruikers aan meer algemene, niet specifiek op drugs gerichte therapieën. Daarnaast is het nog steeds de vraag of het mogelijk is om een farmacologische behandeling voor problematische drugsgebruikers te ontwikkelen die als „standaardbehandeling” kan gaan dienen, zoals het gebruik van methadon en buprenorfine als standaardbehandeling voor problematische opiatengebruikers. Daarbij moet aangetekend worden dat er wel grote verschillen zijn in de effecten die opiaten en stimulerende middelen op het lichaam hebben, en die verschillen zullen ook tot uiting moeten komen in de diverse behandelmethoden. Op dit moment vindt er in de Verenigde Staten veelbelovend onderzoek plaats naar de ontwikkeling van therapieën die het effect van cocaïne op de gebruiker tijdelijk blokkeren. Afgewacht dient te worden of hier in de toekomst nieuwe therapeutische opties uit kunnen voortvloeien.

Verminderen van schadelijke gevolgen voor de gezondheid

In de afgelopen jaren is er een snelle toename geconstateerd van maatregelen voor de preventie en vermindering van de schadelijke gevolgen die het gebruik van cocaïne en crack-cocaïne voor de gezondheid heeft. Met name via internet is er nu nieuwe en specifieke informatie over cocaïne en crack-cocaïne beschikbaar. In België, Frankrijk en Portugal krijgen telefonische hulplijnen meer verzoeken om informatie over het gebruik van cocaïne en crack-cocaïne dan ooit tevoren, hoewel het percentage informatieverzoeken op dit punt nog steeds beduidend lager is dan met betrekking tot legale drugs en cannabis. In settings waar de problemen door het gebruik

van cocaïne en crack-cocaïne een recent verschijnsel zijn, krijgen drugshulpverleners tegenwoordig meer trainingsmogelijkheden aangeboden over de wijze waarop adequaat op deze problemen gereageerd kan worden (bijvoorbeeld in de weekend-scene in Dublin en de techno-scene in Wenen).

Een aantal grote stadscentra beschikt wel over gespecialiseerde counselingmogelijkheden en behandelingen voor gebruikers van cocaïne en crack-cocaïne, zoals Frankfurt (Suchthilfezentrum Bleichstrasse: www.drogenberatung-jj.de), Barcelona (Hospital Vall d'Hebron: www.vhebron.es), Wenen (ChEck iT!: www.checkyourdrugs.at) en Londen (www.cracklondon.org.uk).

Vangsten en marktinformatie ⁽⁹⁸⁾

Productie en handel

Colombia is verreweg 's werelds grootste leverancier van verboden coca, gevolgd door Peru en Bolivia. De mondiale productie van cocaïne wordt voor 2003 geschat op 655 ton, waarbij 67 % uit Colombia afkomstig is, 24 % uit Peru en 9 % uit Bolivia (CND, 2005). De meeste cocaïne die in Europa in beslag wordt genomen, komt rechtstreeks uit Zuid-Amerika (Colombia) of indirect via Midden-Amerika en het Caribisch gebied. In 2003 is echter ook een deel van de cocaïne via Brazilië en Venezuela in Europa terechtgekomen. Andere doorvoerlanden of -gebieden die worden genoemd, zijn Argentinië, Costa Rica en Curaçao (nationale Reitox-verslagen, 2004; CND, 2005) en Zuid- en West-Afrika (INCB, 2005). Cocaïne komt nog steeds voornamelijk de EU binnen via Spanje, Nederland en Portugal (nationale Reitox-verslagen, 2004; CND, 2005; INCB, 2005).

Vangsten

Uit de gegevens over drugsvangsten blijkt dat cocaïne na cannabisbladeren en cannabisbiers de meest verhandelde drug ter wereld is. Op basis van de geconfisqueerde hoeveelheden — wereldwijd 490,5 ton in 2003 — kan geconcludeerd worden dat de grootste handel in cocaïne in 2003 nog steeds in Amerika (82 %) en in Europa plaatsvond, waarbij Europa goed was voor 17 % van de hoeveelheid cocaïne die wereldwijd in beslag werd genomen — een toename ten opzichte van 2002 (CND, 2005). Binnen Europa vonden de meeste van deze cocaïnevangsten overigens in westelijke landen plaats. In de afgelopen vijf jaar is Spanje in de EU steeds het land geweest met het hoogste niveau aan cocaïnevangsten: in dit land is in 2003 meer dan de helft van alle cocaïne in de EU in beslag genomen (zowel qua aantal vangsten als qua hoeveelheid) ⁽⁹⁹⁾.

⁽⁹⁸⁾ Zie de „Interpretatie van vangsten en marktgegevens”, blz. 42.

⁽⁹⁹⁾ Dit dient getoetst te worden aan de hand van de vooralsnog ontbrekende gegevens over 2003 zodra deze beschikbaar zijn. Voor 2003 zijn er geen gegevens beschikbaar over het aantal cocaïnevangsten in Italië, Cyprus, Nederland en Roemenië. Gegevens over zowel het aantal cocaïnevangsten als de in beslag genomen hoeveelheden ontbraken over 2003 voor Ierland en het Verenigd Koninkrijk.

Behalve in Duitsland en in Italië is het aantal cocaïnevangsten tussen 1997 en 2002 in alle landen toegenomen ⁽¹⁰⁰⁾. In diezelfde periode liep de hoeveelheid in beslag genomen cocaïne in de EU uiteen ⁽¹⁰¹⁾, hoewel er wel sprake was van een opwaartse trend. Uitgaande van de trends in landen waarvoor gegevens beschikbaar zijn, blijkt het aantal cocaïnevangsten in 2003 op communautair niveau te zijn gedaald (met name in Spanje), terwijl de hoeveelheid in beslag genomen cocaïne toch aanzienlijk is gestegen (vooral in Spanje en Nederland). Het lijkt erop dat in 2003 in de EU bijzonder grote hoeveelheden cocaïne zijn geconfisqueerd.

Hoewel er door een aantal EU-landen ook crack-cocaïnevangsten worden gemeld, zijn deze soms niet te

onderscheiden van cocaïnevangsten. Dat betekent dat de bovengeschetste trends in cocaïnevangsten ook crack kunnen omvatten.

Prijs en zuiverheid

De gemiddelde prijs van cocaïne ⁽¹⁰²⁾ liep op straathandelniveau in 2003 binnen de EU sterk uiteen, variërend van 34 EUR per gram in Spanje tot 175 EUR per gram in Noorwegen.

Vergeleken met heroïne is de gemiddelde zuiverheid van cocaïne op gebruikersniveau hoog. Deze varieerde in 2003 van 32 % in Tsjechië tot 83 % in Polen ⁽¹⁰³⁾.

⁽¹⁰⁰⁾ Zie tabel SZR-5 (deel i) in het Statistical Bulletin 2005.

⁽¹⁰¹⁾ Zie tabel SZR-6 (deel i) in het Statistical Bulletin 2005.

⁽¹⁰²⁾ Zie tabel PPP-3 (deel i) in het Statistical Bulletin 2005.

⁽¹⁰³⁾ Zie tabel PPP-7 (deel i) in het Statistical Bulletin 2005. NB: De gemiddelde schattingen van de zuiverheid van cocaïne in 2003 in Tsjechië en in Polen zijn op zeer kleine steekproeven gebaseerd (n = respectievelijk 5 en 6).



Hoofdstuk 6

Heroïne en injecterend drugsgebruik

Een aanzienlijk deel van de drugsgelateerde sociale en gezondheidsproblemen in Europa wordt veroorzaakt door het regelmatige en langdurige gebruik van heroïne, door het injecteren van drugs en, in sommige landen, door het frequent gebruik van stimulerende middelen. Het aantal personen dat dergelijk gedrag vertoont, is in verhouding tot de totale bevolking weliswaar relatief laag, maar de gevolgen van problematisch drugsgebruik zijn aanzienlijk. Om een beter inzicht in de omvang van deze problematiek te krijgen en om trendmatige ontwikkelingen vast te kunnen stellen, werkt het EWDD samen met de lidstaten aan het herdefiniëren van het concept „problematisch drugsgebruik” en aan het ontwikkelen van strategieën om de omvang en gevolgen ervan te bepalen.

Problematisch drugsgebruik

Een praktische definitie van problematisch drugsgebruik is het gebruik via injectie of langdurig/regelmatig gebruik van opiaten, cocaïne en/of amfetaminen⁽¹⁰⁴⁾. Door variaties in de gehanteerde definities en door methodologische onzekerheden is het moeilijk om betrouwbare schattingen op dit gebied te maken. Daarom dient het interpreteren van de verschillen in gegevens tussen landen en in nationale trends met de nodige terughoudendheid te gebeuren.

Problematisch drugsgebruik kan in een aantal belangrijke subgroepen worden onderverdeeld. Zo kan in het algemeen onderscheid worden gemaakt tussen heroïnegebruik (dat historisch gezien verantwoordelijk is voor het merendeel van het problematisch drugsgebruik in de meeste EU-landen) en het problematisch gebruik van stimulerende middelen (dat vooral in Finland en Zweden voorkomt, waar het merendeel van de problematische drugsgebruikers primaire amfetaminegebruikers zijn). Ook in Tsjechië bestaat de groep van problematische drugsgebruikers traditioneel gezien vooral uit metamfetaminegebruikers.

Het problematisch drugsgebruik lijkt steeds gevarieerder te worden. Zo is het aandeel van de polydrugsgebruikers in de meeste landen gestaag gegroeid, terwijl een aantal landen waar het opiatengebruik van oudsher altijd de overhand heeft gehad, nu rapporteert dat er steeds meer

andere drugs worden gebruikt. De schattingen van problematische opiatengebruikers in Spanje vertonen een dalende tendens terwijl tegelijkertijd een toename wordt geconstateerd van het aantal drugsproblemen dat verband houdt met cocaïne; er zijn voor problematisch drugsgebruik echter geen betrouwbare trends over een bepaalde periode beschikbaar die ook betrekking hebben op problematisch cocaïnegebruik. Duitsland en Nederland melden een stijgend percentage crack-cocaïnegebruikers onder hun problematische drugsgebruikers. Overigens is de schatting van het totale aantal problematische drugsgebruikers in Nederland ongewijzigd gebleven.

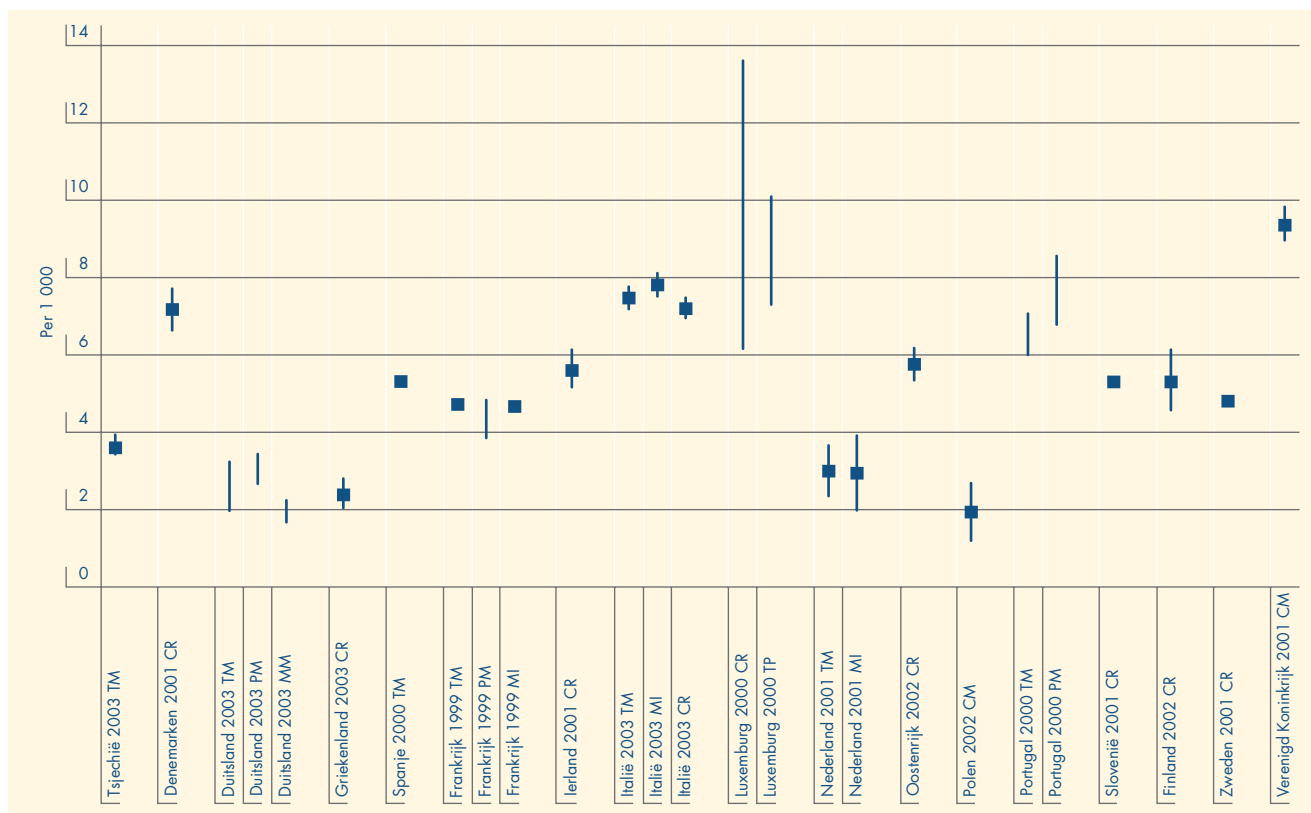
Prevalentie

Schattingen van de prevalentie van problematisch drugsgebruik voor de periode 1999-2003 op nationaal niveau variëren tussen de 2 en 10 gevallen per 1 000 personen in de leeftijdsgroep tussen de 15 en 64 jaar (op basis van de medianen van schattingen); dat is maximaal 1 % van de volwassen populatie⁽¹⁰⁵⁾. De prevalentie tussen landen lijkt aanzienlijke verschillen te vertonen, maar zelfs als er in een bepaald land verschillende methoden zijn gebruikt, komen de resultaten in dat land grotendeels overeen. Denemarken, Ierland, Italië, Luxemburg, Oostenrijk, Portugal, Spanje en het Verenigd Koninkrijk rapporteren hogere schattingen dan gemiddeld (6 tot 10 gevallen per 1 000 personen in de leeftijdsgroep tussen de 15 en 64 jaar). Daarentegen worden lagere cijfers gemeld door Duitsland, Griekenland, Nederland en Polen (minder dan 4 gevallen per 1 000 personen in de leeftijdsgroep tussen de 15 en 64 jaar) (figuur 12). Van de nieuwe lidstaten van de EU zijn er alleen goed gedocumenteerde schattingen beschikbaar voor Tsjechië, Polen en Slovenië. Het aantal gevallen in deze landen is laag tot gemiddeld met 3,6, 1,9 respectievelijk 5,3 gevallen per 1 000 personen in de leeftijdsgroep tussen de 15 en 64 jaar. Het gewogen gemiddelde van problematisch drugsgebruik in de EU ligt waarschijnlijk tussen de vier en zeven gevallen per 1 000 personen tussen de 15 en 64 jaar, wat overeenkomt met 1,2 tot 2,1 miljoen problematische drugsgebruikers (waarvan naar schatting tussen de 850 000 en 1,3 miljoen actieve

⁽¹⁰⁴⁾ Zie voor meer informatie de *Methodological notes on problem drug use* in het Statistical Bulletin 2005.

⁽¹⁰⁵⁾ Zie tabel PDU-1 in het Statistical Bulletin 2005.

Figuur 12: Schattingen van de prevalentie van problematisch drugsgebruik (aantal gevallen per 1 000 personen tussen de 15-64 jaar) tussen 1999 en 2003



NB: CR = Capture-recapture (Capture/release-steekproefprocédé); TM = Treatment Multiplier (behandelingsmultiplier); PM = Police Multiplier (multiplier van politiegegevens); MI = Multivariate Indicator (multivariable 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 2005 (PDU = Problem Drug Use: problematisch drugsgebruik). Het symbool staat voor een puntschatting, terwijl een streepje een onzekerheidsinterval aangeeft (dat kan zowel een 95 %-betrouwbaarheidsinterval zijn als een interval dat op een sensitiviteitsanalyse is gebaseerd; zie tabel PDU-3). De doelgroepen kunnen enigszins verschillend zijn vanwege verschillen in methoden en gegevensbronnen, en vergelijkingen dienen met terughoudendheid plaats te vinden. In de Spaanse schatting is problematisch cocaïnegebruik niet inbegrepen; voor een hogere schatting wordt verwezen naar tabellen PDU-2 en PDU-3, waarin deze groep wel is verdisconteerd, maar mogelijk wordt het beeld daardoor onbetrouwbaarder.

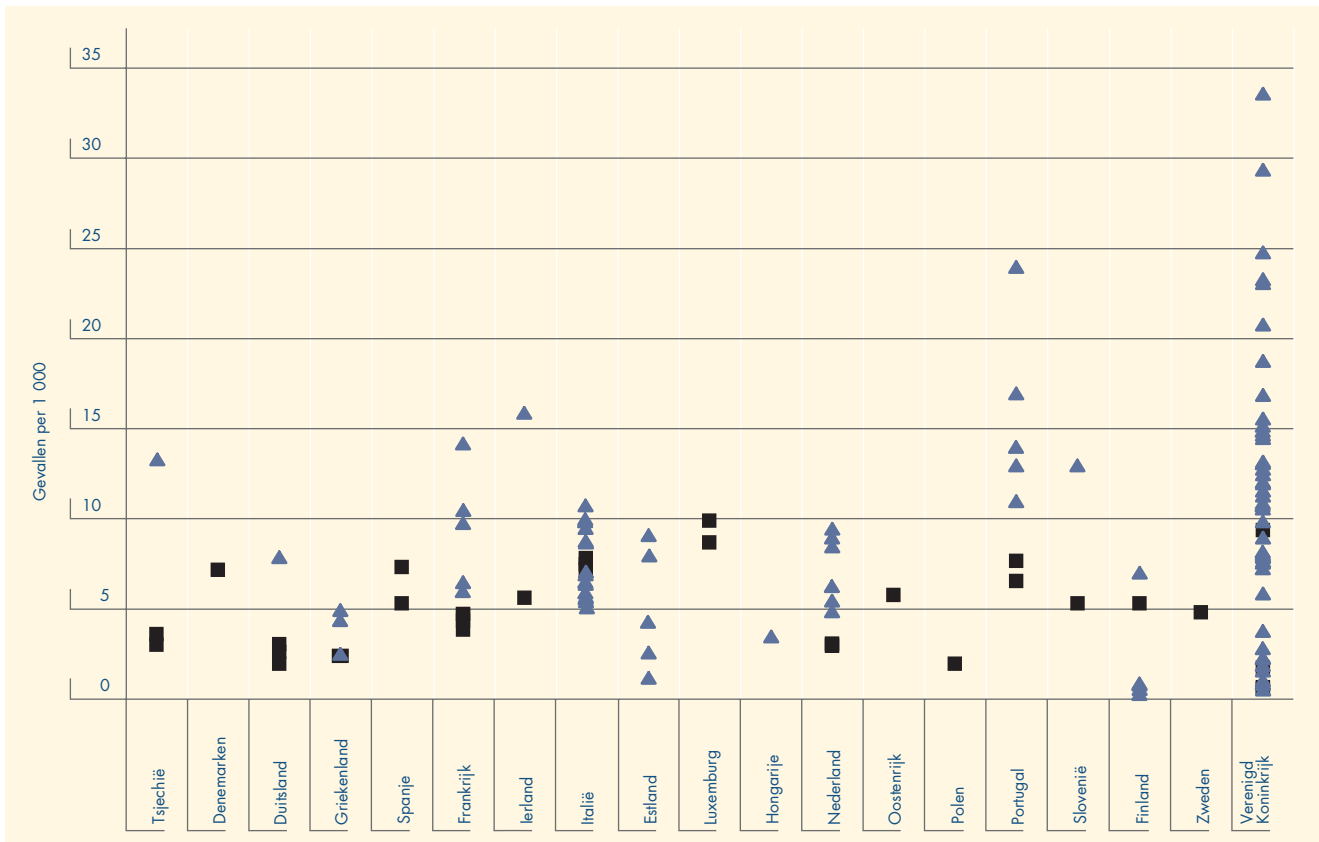
Bron: Nationale focal points. Zie ook EWDD (2003).

drugsspuiters). Dit zijn echter zeer grove schattingen die bijgesteld moeten worden naarmate er meer gegevens van de nieuwe lidstaten beschikbaar komen.

Uit lokale en regionale schattingen blijkt dat de prevalentie van problematische drugsgebruikers tussen steden en regio's sterk uiteen kan lopen. In de periode 1999-2003 worden de hoogste lokale prevalentieschattingen gemeld door Ierland, Portugal en het Verenigd Koninkrijk met een aantal gevallen per 1 000 personen van 16 (Dublin), 17 (Beja), 24 (Aveiro) en 25 (delen van Londen) tot 29 (Dundee) en 34 (Glasgow) (figuur 13). De geografische variabiliteit is met name op lokaal niveau opvallend; zo is in een ander deel van Londen bijvoorbeeld een prevalentie van 6 gevallen per 1 000 personen geconstateerd. Dat geeft aan dat er voor veel andere landen behoefte is aan meer betrouwbare, lokale prevalentieschattingen, aangezien daar wellicht sprake is van bijzonder hoge (of lage) lokale of regionale prevalentiepercentages; het benodigde cijfermateriaal ontbreekt echter vooralsnog.

Hoewel de technieken voor het maken van schattingen aanzienlijk zijn verbeterd, wordt het vaststellen van trends beperkt door het gebrek aan betrouwbare en consistente historische gegevens. Een aantal landen maakt melding van nieuwe schattingen die erop lijken te duiden dat het problematisch drugsgebruik sinds het midden van de jaren negentig toegenomen is (deze trends worden ook ondersteund door andere indicatorgegevens) (EWDD, 2004a). In een aantal andere landen lijkt het problematisch drugsgebruik echter gestabiliseerd te zijn. In totaal zijn er voor zestien landen longitudinale schattingen beschikbaar voor de periode van 1999 tot 2003 (met inbegrip van Denemarken en Zweden, allebei met gegevens over de periode 1998-2001, en het Verenigd Koninkrijk waar de gegevens betrekking hebben op de periode 1996-2001). Van die zestien landen maken er zes melding van hogere schattingen voor problematisch drugsgebruik (Denemarken, Finland, Noorwegen, Oostenrijk, Zweden en het Verenigd Koninkrijk), vijf landen rapporteren een stabiele of dalende prevalentie (Tsjechië, Ierland, Duitsland, Griekenland en Slovenië), terwijl vijf landen (Spanje, Italië, Luxemburg,

Figuur 13: Nationale en lokale schattingen van de prevalentie van problematisch drugsgebruik tussen 1999 en 2003 (aantal gevallen per 1 000 personen in de leeftijdsgroep van 15 tot 64 jaar)



NB: Zwart vierkant = steekproeven met een landelijke dekking; blauwe driehoek = steekproeven met een lokale/regionale dekking. De doelgroepen kunnen enigszins verschillend zijn vanwege verschillen in methoden en gegevensbronnen, en vergelijkingen dienen met terughoudendheid plaats te vinden. Zie voor meer informatie de tabellen PDU-1, PDU-2 en PDU-3 in het Statistical Bulletin 2005. Het patroon van lokale prevalentieschattingen is voor een groot gedeelte afhankelijk van de beschikbaarheid en de locatie van de onderzoeken; waar lokale schattingen beschikbaar zijn, duiden de gegevens echter, in vergelijking met het nationale gemiddelde, op een andere prevalentie in specifieke steden of regio's.

Bron: Nationale focal points. Zie ook EWDD (2003).

Nederland en Portugal) — afhankelijk van de gebruikte schattingsmethode — uiteenlopende trends melden die deels betrekking kunnen hebben op verschillende doelgroepen onder de problematische drugsgebruikers ⁽¹⁰⁶⁾.

Drugsgebruik via injectie

Drugsspuiters lopen een zeer hoog risico dat hun drugsgebruik tot schadelijke gevolgen leidt en het is dan ook van essentieel belang om het injecteren van drugs als een aparte categorie binnen het problematisch drugsgebruik te benaderen.

Ondanks het belang voor de volksgezondheid kunnen maar weinig landen nationale of lokale schattingen verstrekken over drugsgebruik via injecties. De beschikbare schattingen op nationaal niveau variëren van één tot zes gevallen per 1 000 personen in de

leeftijdsgroep van 15 tot 64 jaar, hetgeen op grote verschillen tussen landen wijst wat de prevalentie van injecterende drugsgebruikers (ID's) betreft ⁽¹⁰⁷⁾. Luxemburg meldt de hoogste nationale schattingen voor ID's met ongeveer zes gevallen per 1 000 personen tussen de 15 en 64 jaar, terwijl Griekenland met 1 geval per 1 000 personen de laagste ID-schatting rapporteert. Hoewel er weinig prevalentieschattingen voor injecterend drugsgebruik beschikbaar zijn, bestaan er in Noorwegen aanwijzingen voor een stijgende prevalentie na 1999, terwijl uit de verschillende schattingsmethoden die in Portugal worden gehanteerd, verschillende trends naar voren komen ⁽¹⁰⁸⁾.

Uit een analyse van het percentage injecterende heroïnegebruikers die in behandeling zijn, komen aanzienlijke verschillen naar voren, niet alleen tussen landen onderling, maar ook wat de trendmatige ontwikkelingen betreft ⁽¹⁰⁹⁾. In een aantal landen (Spanje,

⁽¹⁰⁶⁾ Zie figuur PDU-4 in het Statistical Bulletin 2005.

⁽¹⁰⁷⁾ Zie figuur PDU-2 in het Statistical Bulletin 2005.

⁽¹⁰⁸⁾ Zie figuur PDU-5 in het Statistical Bulletin 2005.

⁽¹⁰⁹⁾ Zie figuur PDU-3 in het Statistical Bulletin 2005.

Nederland en Portugal) lijkt slechts een relatief klein percentage van de heroïnegebruikers te injecteren, terwijl heroïnegebruik via injectie in de meeste andere landen nog steeds de norm is. In sommige landen van de EU die op dit gebied al jaren gegevens verzamelen (Denemarken, Spanje, Frankrijk, Griekenland, Italië en het Verenigd Koninkrijk), is het percentage injecterende heroïnegebruikers in behandeling afgenomen. In de meeste nieuwe lidstaten (voorzover er gegevens bestaan) zijn vrijwel alle heroïnegebruikers in behandeling drugsspuiters.

Gegevens over de vraag naar behandeling

Van de totale vraag naar behandeling komt 60 % voor rekening van opiatengebruikers, hoewel daarbij de kanttekening geplaatst dient te worden dat de primaire drug in veel gevallen niet wordt geregistreerd. Van meer dan de helft (54 %) van de opiatencliënten is bekend dat zij drugs spuiten; van 10 % zijn hierover geen gegevens bekend. Van ongeveer 10 % van de nieuwe cliënten wordt gemeld dat zij opiaten als secundaire drug gebruiken (¹¹⁰).

In de meeste landen zijn opiaten (vooral heroïne) nog steeds de primaire drug waarvoor cliënten in behandeling gaan, maar er bestaan wel relevante verschillen tussen landen. De EU-(kandidaat)-lidstaten kunnen grofweg in drie groepen gesplitst worden, afhankelijk van de mate waarin de populatie die behandeld wordt uit cliënten met heroïneproblemen bestaat:

- minder dan 40 % — Tsjechië, Nederland, Polen, Finland, Zweden;
- 50 tot 70 % — Denemarken, Duitsland, Spanje, Ierland, Cyprus, Letland, Slowakije, Roemenië;
- meer dan 70 % — Frankrijk, Griekenland, Italië, Litouwen, Luxemburg, Malta, Slovenië, het Verenigd Koninkrijk, Bulgarije (¹¹¹).

De prevalentie van opiatencliënten die jarenlang in behandeling blijven, neemt toe, terwijl het aantal nieuwe behandelingen voor opiaten afneemt (nationale Reitox-verslagen, 2004; Drug Misuse Research Division, 2004). Voor een aantal landen is het mogelijk om de trend in heroïnegebruik onder nieuwe cliënten te volgen van 1996 tot 2003 en hieruit blijkt dat er in absolute aantallen sprake is van een afname van nieuwe heroïnecliënten.

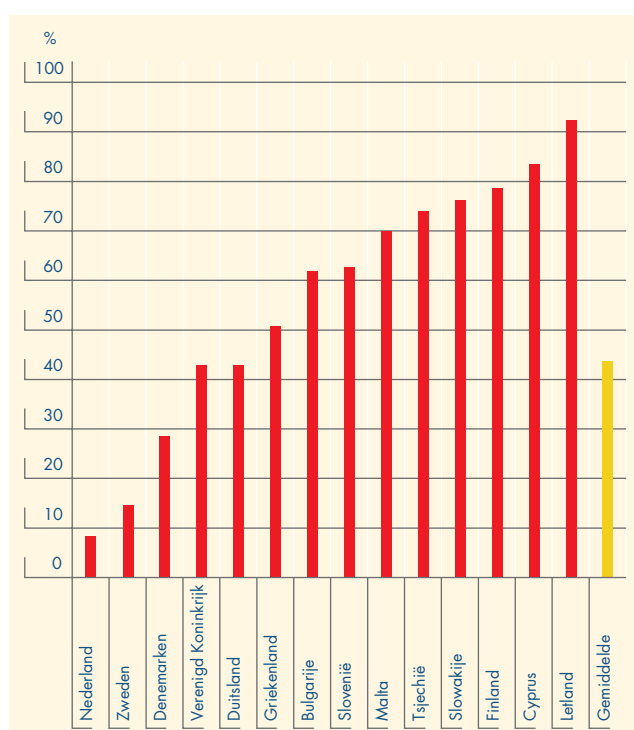
De relatieve bijdrage van opiatenbehandelingen aan de totale omvang van de populatie nieuwe cliënten in behandeling is kleiner geworden als gevolg van een stijging van het aantal gerapporteerde cliënten die voornamelijk vanwege andere drugs in behandeling gaan.

Dit kan weer veroorzaakt worden doordat sommige opiatengebruikers van heroïne op cocaïne overstappen (Ouweland et al., 2004), door een differentiatie van de behandelssystemen (die toegankelijker zijn geworden voor andere problematische drugsgebruikers) of door een afname van het aantal nieuwe problematische gebruikers (Nederlands nationaal verslag).

In het afgelopen decennium zijn er tussen landen verschillen in deze trend geconstateerd, waarbij in Denemarken, Duitsland, Nederland, Slowakije en Finland sprake is van een sterke afname van heroïnecliënten, terwijl Bulgarije en het Verenigd Koninkrijk een lichte stijging hebben gemeld (¹¹²).

Op basis van een analyse van de gegevens van nieuwe cliënten die extramurale behandelcentra bezoeken, kan een beter profiel worden geschetst van opiatengebruikers. Op elke 2,8 mannen staat 1 vrouw die voor het eerst om een behandeling voor primair opiatengebruik vraagt; de verhouding tussen de seksen varieert echter sterk per land, namelijk van 5:1 tot 2:1, met als uitschieters Cyprus waar de man-vrouw-ratio erg hoog is (11:1) en Zweden, waar die ratio erg laag is (0,9:1) en er meer nieuwe vrouwelijke dan mannelijke opiatencliënten zijn (¹¹³).

Figuur 14: Nieuwe ambulante cliënten die opiaten injecteren ten opzichte van alle nieuwe opiatencliënten (per land, 2003)



NB: Heeft uitsluitend betrekking op landen met cliënten die opiaten als primaire drug gebruiken en/of landen die gegevens verstrekken.
Bron: Nationale Reitox-verslagen (2004).

¹¹⁰ Zie tabel TDI-24 in het Statistical Bulletin 2005.

¹¹¹ Zie tabel TDI-5 (deel ii) in het Statistical Bulletin 2005.

¹¹² Zie tabel TDI-3 (deel i) in het Statistical Bulletin 2005.

¹¹³ Zie tabel TDI-22 in het Statistical Bulletin 2005.

De meeste opiatengebruikers zijn tussen de 20 en 34 jaar oud en in de leeftijdscategorie van 30 tot 39 jaar gaat meer dan de helft van de cliënten in behandeling voor het gebruik van opiaten. Uit de gerapporteerde gegevens blijkt dat opiatengebruikers op steeds oudere leeftijd in behandeling gaan; in Nederland is ongeveer 40 % van de nieuwe opiatencliënten bijvoorbeeld ouder dan 40 jaar. De uitzonderingen hierop zijn Roemenië en Slovenië, die een erg jonge populatie (15-19 jaar) van opiatencliënten hebben ⁽¹¹⁴⁾.

De meeste opiatencliënten geven aan dat zij voor het eerst opiaten hebben gebruikt toen zij tussen de 15 en 24 jaar oud waren, waarbij 50 % van de cliënten jonger dan 20 was toen zij de drug voor het eerst gebruikten ⁽¹¹⁵⁾. Bij een vergelijking van de leeftijd dat voor het eerst opiaten is gebruikt en de leeftijd waarop de eerste behandeling hiervoor plaatsvond, blijkt dat er tussen het eerste gebruik en de eerste behandeling doorgaans een periode van vijf tot tien jaar ligt. Het op jonge leeftijd beginnen met het gebruik van opiaten gaat vaak gepaard met een reeks gedragsproblemen en sociale deprivatie (nationaal verslag van het Verenigd Koninkrijk).

In de meeste landen gebruikt 60 tot 90 % van de opiatengebruikers deze drug dagelijks, hoewel door sommige cliënten in de laatste maand geen opiaten of slechts incidenteel opiaten zijn gebruikt; dat wordt waarschijnlijk veroorzaakt doordat cliënten stoppen met drugsgebruik voordat zij in behandeling gaan ⁽¹¹⁶⁾.

Veertig procent van de cliënten injecteert de drug en eveneens 40 % rookt of inhaleert de opiaten. Er zijn ook verschillen tussen de oude en de nieuwe lidstaten geconstateerd in de manieren waarop opiaten worden gebruikt ⁽¹¹⁷⁾ (figuur 14), waarbij het aantal opiatenspuiters meer dan 60 % bedraagt in de nieuwe lidstaten en minder dan 60 % in de oude lidstaten (met uitzondering van Finland waar 78,4 % van de cliënten opiaten injecteert). Het percentage injecterende gebruikers onder opiatencliënten is het laagst in Nederland (8,3 %) ⁽¹¹⁸⁾.

Veel nieuwe cliënten gebruiken naast opiaten ook andere drugs, vaak cannabis (47 %) of alcohol (24 %). Er bestaan op dit gebied echter opvallende verschillen tussen landen: in Tsjechië gebruikt bijna de helft van de cliënten opiaten in combinatie met andere stimulerende middelen dan cocaïne. In Griekenland en op Malta gebruikt respectievelijk 18 en 29 % van de cliënten opiaten met cocaïne als secundaire drug; in Finland geeft 37 % van de opiatengebruikers (voornamelijk gebruikers van buprenorfine) aan hypnotica en sedativa (meestal benzodiazepinen) als secundaire drugs te gebruiken ⁽¹¹⁹⁾.

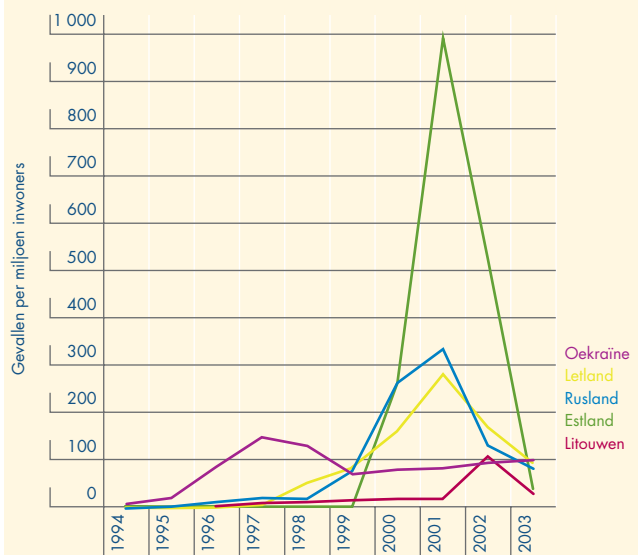
Infectieziekten ten gevolge van drugsgebruik

Hiv en aids in Oost-Europa

Het Humaan Immunodeficiëntie Virus (HIV) heeft zich onlangs massaal, zelfs epidemisch verspreid onder ID's in Rusland en Oekraïne en in de lidstaten van de EU in de Baltische regio. In 2001 bereikte het aantal nieuw gediagnosticeerde infecties als gevolg van injecterend drugsgebruik een piek in Estland en de Russische Federatie met 991 respectievelijk 333 gevallen per miljoen inwoners. In Oekraïne heeft die piek zich al eerder voorgedaan, en wel in 1997 met 146 gevallen per miljoen inwoners, als gevolg van een omvangrijke besmetting onder injecterende drugsgebruikers. Na 1997 is het aantal nieuwe hiv-diagnoses onder ID's weliswaar afgenomen, maar onlangs is het aantal hiv-gevallen weer toegenomen.

De incidentie van aids onder ID's neemt in snel tempo toe in Letland en Oekraïne, hetgeen erop duidt dat de toegang tot en dekking van antivirale behandelingen waarschijnlijk ontoereikend is (zie „Hoog Actieve AntiRetrovirale Therapie in de Europese regio van de WHO”, blz. 69).

Nieuw gediagnosticeerde hiv-infecties onder injecterende drugsgebruikers in een aantal geselecteerde EU-landen, Rusland en Oekraïne (naar jaar van rapportage)



Bron: Europees Centrum voor de epidemiologische controle van aids (EuroHIV) (2004).

⁽¹¹⁴⁾ Zie tabel TDI-10 (deel iii) in het Statistical Bulletin 2005.

⁽¹¹⁵⁾ Zie tabel TDI-11 (deel ii) in het Statistical Bulletin 2005.

⁽¹¹⁶⁾ Zie tabel TDI-18 (deel i) in het Statistical Bulletin 2005. Alleen Duitsland geeft aan dat 70 % van de nieuwe cliënten opiaten slechts incidenteel gebruikt of dat zij in de laatste maand geen opiaten hebben gebruikt.

⁽¹¹⁷⁾ Alleen landen waarvoor gegevens beschikbaar zijn.

⁽¹¹⁸⁾ Zie tabel TDI-17 (deel i) in het Statistical Bulletin 2005.

⁽¹¹⁹⁾ Zie tabel TDI-25 (deel ii) in het Statistical Bulletin 2005. Zie ook de speciale kwestie over buprenorfine. Elke cliënt mag maximaal vier secundaire drugs noemen.

Hiv en aids

Recente trends in gerapporteerde hiv-gevallen

Als gevolg van omvangrijke epidemieën in Oost-Europa heeft de hiv-epidemie zich op grote schaal verspreid onder ID's in de nieuwe lidstaten in het Baltische gebied (EuroHIV, 2004) (zie het kader „Hiv en aids in Oost-Europa”, blz. 67). Het percentage nieuw gediagnosticeerde gevallen piekte in 2001 in Estland en Letland en in 2002 in Litouwen, maar daarna zijn de percentages de afgelopen jaren drastisch gedaald. Dit is een typisch patroon voor hiv-epidemieën onder ID's. Dit wordt veroorzaakt doordat de kern van de hoogste risicogroep ID's in een korte periode geïnfecteerd wordt, waarna de incidentie afneemt omdat er te weinig risico-ID's meer zijn en er een stabilisatiefase aanbreekt op een niveau dat afhankelijk is van de omvang van de „instroom” aan nieuwe ID's met een hoog risico. Er kan echter niet uitgesloten worden dat gedragsveranderingen hierbij ook een rol spelen. Als dat zo is, zou dit deels het resultaat kunnen zijn van specifieke interventies (zie „Preventie van infectieziekten ten gevolge van drugsgebruik”, blz. 71).

In de oude vijftien EU-landen is het percentage nieuw gediagnosticeerde hiv-gevallen de afgelopen jaren laag gebleven, met uitzondering van Portugal. Er kunnen echter geen volledige vergelijkingen op communautair niveau worden gemaakt aangezien er voor een aantal landen met de hoogste aids-incidentie geen gegevens over hiv-gevallen beschikbaar zijn (Spanje en Italië) of pas sinds kort gegevens verstrekt worden (Frankrijk). In 2003 was er in Portugal weliswaar sprake van een zeer hoge incidentie (88 gevallen per miljoen), maar tegelijkertijd is er ook een scherpe daling geconstateerd van het aantal hiv-gevallen sinds 2000 (destijds 245 gevallen per miljoen). Deze daling dient met het nodige voorbehoud geïnterpreteerd te worden, aangezien Portugal pas sinds 2000 in Europees verband gegevens rapporteert.

Hiv-seroprevalentie

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 een gestandaardiseerde monitoring van diagnostische testgegevens kunnen gebruikt worden ter onderbouwing van de trends in hiv-incidentie. Op deze manier kan ook meer informatie worden verkregen over specifieke regio's en settings. De prevalentiegegevens komen echter uit uiteenlopende bronnen die in sommige gevallen moeilijk te vergelijken zijn en daarom met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd dienen te worden.

De recente toenames in het aantal gerapporteerde hiv-gevallen worden over het algemeen bevestigd door de beschikbare seroprevalentiegegevens; zo is de prevalentie in Letland in nationale behandelsteekproeven van geteste ID's gestegen van 1,5 % in 1997 (5/336) tot 14 % in 2001 (302/2 203), waarna in 2003 weer sprake is van een daling tot 7 % (65/987). Oostenrijk heeft geen informatie over het aantal hiv-gevallen, maar de hiv-prevalentie in landelijke steekproeven van (directe) drugsgelerateerde sterfgevallen wijst op een toename van 1 % in 1998 (1/117) tot 7 % in 2003 (11/163). De steekproeven zijn echter klein en deze trend is dan ook niet statistisch significant.

In 2002 en 2003 vertoonde de hiv-prevalentie onder ID's (waarbij het in het algemeen om ID's in drugsbehandeling gaat) een grote variatie, zowel in als tussen landen. De prevalentie liep uiteen van 0 % in Bulgarije, Hongarije, Slovenië en Slowakije tot 37,5 % (54/144) in één stad in Italië (2003, Bolzano — gebruikers in behandeling en in gevangenschappen) ⁽¹²⁰⁾. De hoogste percentages in nationale steekproeven (meer dan 10 % in 2002-2003) worden gerapporteerd door Italië, Letland en Portugal ⁽¹²¹⁾; de gegevens over 2001 wijzen op een zeer hoge prevalentie in Spanje, maar er zijn geen recentere cijfers beschikbaar om dat te bevestigen ⁽¹²²⁾. De hoogste prevalentiepercentages in lokale en regionale steekproeven (meer dan 20 % in 2002-2003) worden in Spanje, Italië, Letland en Polen ⁽¹²³⁾ aangetroffen, hoewel sommige landen en regio's met een hoge prevalentie in voorgaande jaren geen recente informatie hebben verstrekt. Lokale onderzoeken in Letland en Polen wijzen op een hoge besmettingsgraad van hiv, vanwege de zeer hoge prevalentie onder jonge ID's ⁽¹²⁴⁾. In een Pools onderzoek wordt deze recente hogere besmettingsgraad bevestigd door een prevalentie van 23 % in een steekproef van 127 nieuwe injecterende drugsgebruikers ⁽¹²⁵⁾.

Ook in de trendmatige ontwikkelingen in de prevalentie bestaan er verschillen tussen landen. Hoewel er in de Baltische regio onlangs hiv-epidemieën zijn geconstateerd, duiden andere seroprevalentiegegevens voor hiv in steekproeven onder ID's erop dat de prevalentie sinds het midden van de jaren negentig in een aantal landen met de hoogste prevalentie (Spanje, Frankrijk en Italië) is gedaald, waarna de afgelopen jaren weer een stabilisatie is ingezet ⁽¹²⁶⁾. Indien die seroprevalentie echter op een hoog niveau stabiel is, zullen er wel nieuwe besmettingen blijven plaatsvinden. Gegevens over nieuwe ID's bevatten sterke aanwijzingen dat er in 1999 en 2000 in Spanje sprake is geweest van een doorlopende, en zelfs toenemende besmetting. In een aantal andere landen (Frankrijk 2001-2003, Portugal 1999-2000) wijzen lokale en regionale gegevens over nieuwe en jonge ID's op een

⁽¹²⁰⁾ Zie figuur INF-3 in het Statistical Bulletin 2005.

⁽¹²¹⁾ De gegevens voor Portugal en Italië zijn niet beperkt tot ID's, waardoor de prevalentie onder ID's te laag geschat zou kunnen zijn.

⁽¹²²⁾ Zie tabellen INF-1 en INF-8 in het Statistical Bulletin 2005.

⁽¹²³⁾ Zie tabel INF-8 in het Statistical Bulletin 2005.

⁽¹²⁴⁾ ID's jonger dan 25 jaar: van 55 jonge ID's in Polen was 33 % geïnfecteerd; in Letland was 20 % van 107 jonge ID's besmet.

⁽¹²⁵⁾ Zie tabel INF-10 en figuren INF-4 en INF-5 in het Statistical Bulletin 2005.

⁽¹²⁶⁾ Zie figuur INF-16 in het Statistical Bulletin 2005.

kleine (stijgende) besmetting, maar vanwege de geringe omvang van de steekproeven zijn deze trends niet statistisch significant⁽¹²⁷⁾. Aan de andere kant dient opgemerkt te worden dat de hiv-prevalentie onder ID's in een aantal landen in 2002-2003 zeer laag is gebleven. Die prevalentie is bijvoorbeeld minder dan 1 % in Tsjechië, Griekenland (nationale gegevens), Hongarije, Slovenië, Slowakije, Finland, Roemenië (gegevens uitsluitend over 2001), Bulgarije en Noorwegen (gegevens voor Oslo). In een aantal van deze landen (zoals Hongarije) behoren zowel de hiv-prevalentie als de prevalentie van het hepatitis-C-virus (HCV) tot de laagste prevalenties in de EU, wat op een laag risico voor injecterend drugsgebruik zou kunnen wijzen (zie het gedeelte hierna over „Hepatitis B en C“).

Aids-incidentie

In Letland is de aids-incidentie onder ID's toegenomen van 0 gevallen in 1997 tot naar schatting 19 gevallen per miljoen inwoners in zowel 2002 als 2003⁽¹²⁸⁾. Portugal blijft het land met de hoogste incidentie met 33 gevallen per miljoen inwoners, hoewel dit aantal sinds 1999 is afgenomen. De aids-incidentie verband houdende met ID's bereikte aan het begin van de jaren negentig een piek, maar is daarna gestaag afgenomen. Spanje was het land met de hoogste aids-incidentie (met een maximum van 124 gevallen per miljoen inwoners in 1994), maar in 2003 is dit aantal gedaald tot naar schatting 16 gevallen per miljoen inwoners.

De afname van de aids-incidentie aan het eind van de jaren negentig is het gevolg van de introductie in 1996

Hoog Actieve AntiRetrovirale Therapie in de Europese regio van de WHO

Uit schattingen van de WHO over de dekking van de Hoog Actieve AntiRetrovirale Therapie (HAART) blijkt dat in de EU en in het grootste deel van Midden-Europa meer dan 75 % van de mensen die een behandeling nodig hebben, gebruik kan maken van antiretrovirale therapie.

In de Baltische landen wordt de dekking echter als „slecht“ ingeschat (in Estland en Litouwen: 25-50 %) en zelfs als „zeer slecht“ (in Letland: minder dan 25 %). In de meeste landen in Oost-Europa wordt de HAART-dekking als „zeer slecht“ beoordeeld.

Voor ID's zijn er geen specifieke schattingen beschikbaar, maar uit onderzoeken blijkt dat zij minder gemakkelijk toegang tot HAART hebben dan mensen die op een andere manier zijn besmet.

Bron: Regionaal kantoor voor Europa van de WHO, Health for All Database (www.euro.who.int/hfad/b) (geraadpleegd op 8 maart 2005).

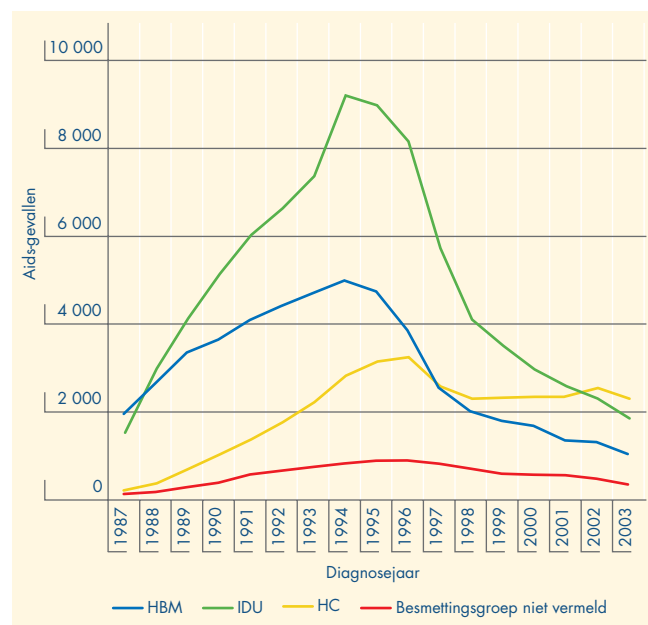
van een zeer actieve antiretrovirale behandeling (HAART), die de ontwikkeling van aids voorkomt bij mensen die met hiv geïnfecteerd zijn (zie het kader over HAART). Met betrekking tot ID's kunnen ook hiv-gerichte preventiemaatregelen een belangrijke rol hebben gespeeld en in sommige landen kan daarnaast de afname van het aantal drugsspueters een factor van betekenis zijn geweest (zie „Drugsgebruik via injectie“, blz. 65).

Uit de jaarlijkse incidentiecijfers blijkt dat het grootste aantal nieuwe aids-gevallen in de EU tot 2002 veroorzaakt werd door intraveneus drugsgebruik. Daarna is deze besmettingswijze „ingehaald“ door heteroseksuele seks, wat een weerspiegeling is van de veranderingen in de hiv-epidemiologie in de voorgaande jaren (figuur 15). Daarbij dient wel de kanttekening te worden geplaatst dat de infectiepatronen grote verschillen tussen landen kunnen vertonen⁽¹²⁹⁾.

Hepatitis B en 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⁽¹³⁰⁾. België, Estland, Griekenland, Italië, Polen, Portugal en Noorwegen rapporteren voor 2002-2003

Figuur 15: Aids-gevallen naar besmettingsgroep en diagnosejaar (1987-2003; EU) gecorrigeerd voor vertragingen in de rapportage



NB: De gegevens hebben betrekking op de drie besmettingsgroepen en op gevallen waarin geen besmettingsgroep wordt vermeld. HBM — homoseksuele en bisexuele mannen; IDU — injecterende drugsgebruikers; HC — heteroseksuele contacten. De gegevens hebben geen betrekking op Frankrijk, Nederland (geen gegevens beschikbaar voor de hele periode) en Cyprus (geen gegevens beschikbaar).

Bron: EuroHIV; stand van de gerapporteerde gegevens per 31 december 2003.

⁽¹²⁷⁾ Zie figuren INF-26 en INF-27 in het Statistical Bulletin 2005.

⁽¹²⁸⁾ Zie figuur INF-1 in het Statistical Bulletin 2005.

⁽¹²⁹⁾ Zie figuur INF-2 in het Statistical Bulletin 2005.

⁽¹³⁰⁾ Zie tabellen INF-2 en INF-1.1 in het Statistical Bulletin 2005.

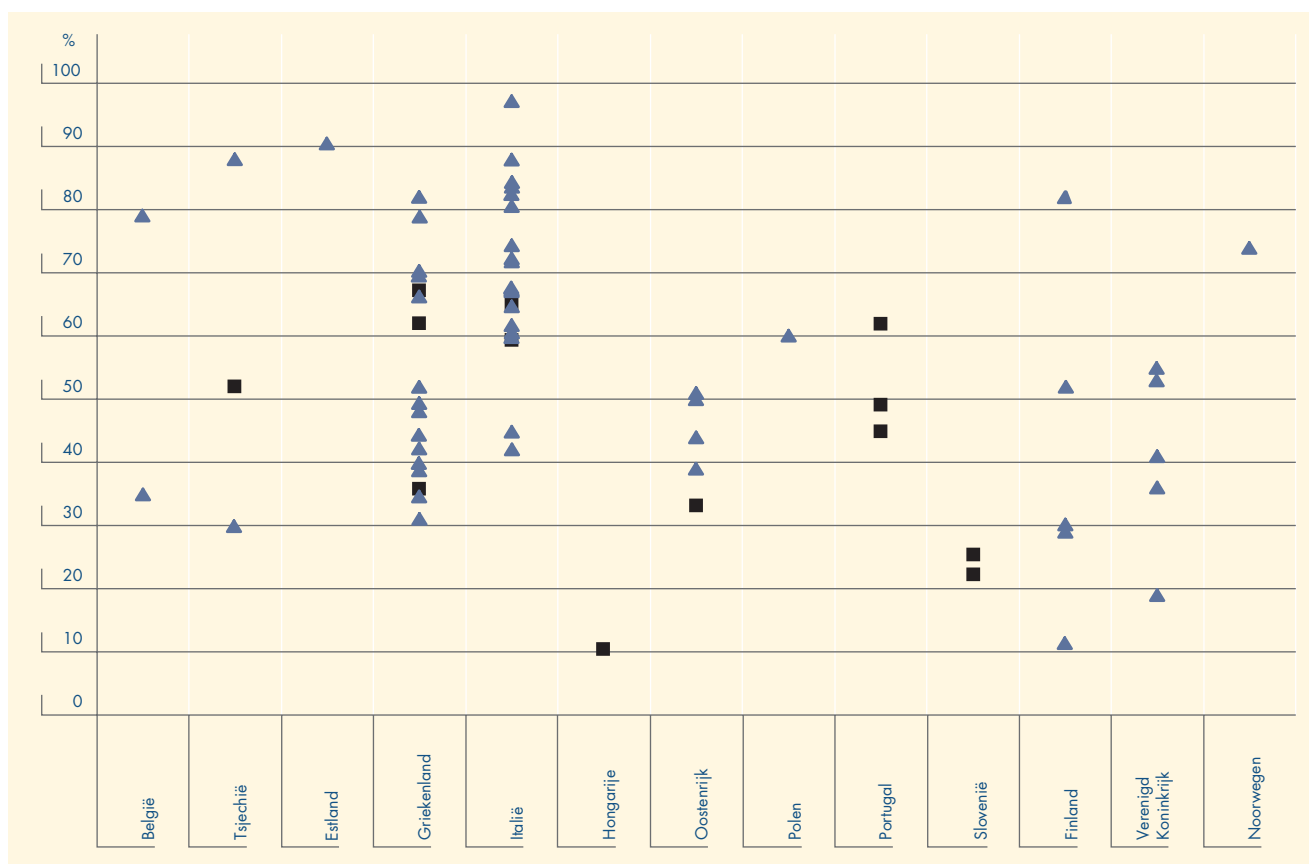
steekproeven onder ID's met prevalentiepercentages van meer dan 60 %, terwijl er melding wordt gemaakt van steekproeven met een prevalentie van minder dan 40 % in België, Tsjechië, Griekenland, Hongarije, Oostenrijk, Slovenië, Slowakije, Finland en het Verenigd Koninkrijk (figuur 16) ⁽¹³¹⁾.

Slechts een paar landen hebben de beschikking over prevalentiegegevens onder jonge ID's (jonger dan 25 jaar) en in sommige gevallen zijn deze steekproeven maar klein. Van de landen met beschikbare informatie wordt de hoogste prevalentie onder jonge ID's in 2002-2003 (meer dan 40 %) aangetroffen in steekproeven in Griekenland, Oostenrijk en Polen; de laagste prevalentiepercentages (minder dan 20 %) zijn afkomstig van steekproeven in Hongarije, Slovenië, Finland en het Verenigd Koninkrijk ⁽¹³²⁾. Over de HCV-prevalentie onder nieuwe drugsspueters (die minder dan twee jaar injecteren) zijn nog minder

gegevens beschikbaar. Uit de beperkte informatie die voor 2002-2003 voorhanden is, blijkt dat de hoogste prevalentie (meer dan 40 %) in steekproeven in België en Polen voorkomt en de laagste prevalentie (minder dan 20 %) in steekproeven in Tsjechië, Griekenland en Slovenië ⁽¹³³⁾. Uit de registratiegegevens van hepatitis C voor de periode tussen 1992 en 2003 blijkt dat in de landen waarvoor gegevens beschikbaar zijn, de ID's het merendeel van het aantal gerapporteerde HCV-gevallen voor hun rekening nemen (registraties hebben overigens meestal alleen betrekking op gediagnosticeerde acute infectiegevallen) (figuur 17).

De prevalentie van markers voor het hepatitis-B-virus (HBV) varieert ook aanzienlijk in en tussen landen ⁽¹³⁴⁾. De meest volledige gegevens zijn die over anti-HBc (de aanwezigheid van deze stof wijst op een infectieverleden) en druggebruikers met een negatieve testuitslag op deze stof

Figuur 16: Nationale en lokale schattingen van de HCV-prevalentie onder injecterende drugsgebruikers (ID's), 2002-2003



NB: Zwart vierkant = steekproeven met een landelijke dekking; blauwe driehoek = steekproeven met een lokale/regionale dekking. De verschillen tussen landen dienen met terughoudendheid te worden geïnterpreteerd met het oog op verschillen in settings en/of onderzoeksmethoden; nationale steekproefnemingen verschillen onderling. De gegevens voor Portugal en Spanje (en sommige gegevens van Tsjechië) omvatten ook niet-ID's, hetgeen kan leiden tot een onderschatting van de prevalentie onder ID's (het aandeel niet-ID's in de steekproeven is onbekend). De gegevens voor Portugal, Slovenië en Slowakije zijn beperkt tot prevalentie van hiv-infecties onder injecterende drugsgebruikers die een behandeling ondergaan en zijn waarschijnlijk niet representatief voor de prevalentie van hiv-infecties onder injecterende drugsgebruikers die geen behandeling ondergaan.
Bron: Nationale focal points van het Reitox-netwerk (2004). Voor primaire bronnen, onderzoeksgegevens en -bijzonderheden van vóór 2002 wordt verwezen naar tabel INF-11 in het Statistical Bulletin 2005.

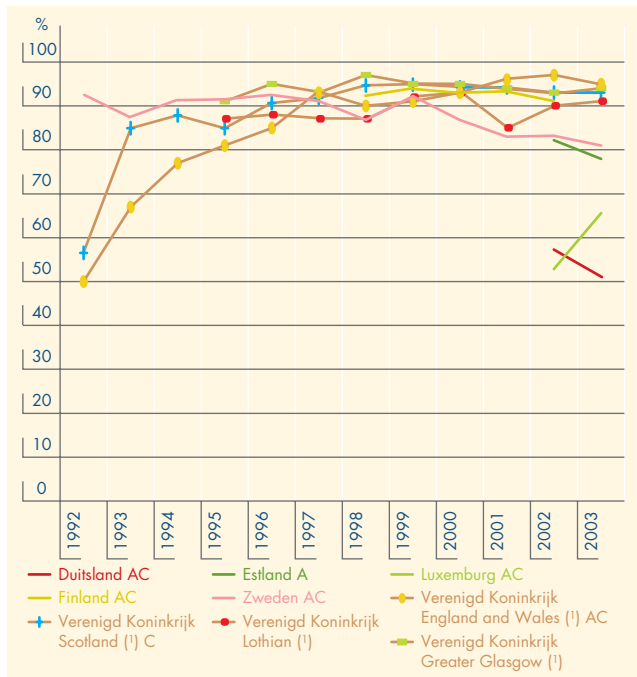
⁽¹³¹⁾ Zie ook figuur INF-21 in het Statistical Bulletin 2005 en Matheï et al., 2005.

⁽¹³²⁾ Zie tabel INF-12 in het Statistical Bulletin 2005.

⁽¹³³⁾ Zie tabel INF-13 en figuren INF-7 en INF-8 in het Statistical Bulletin 2005.

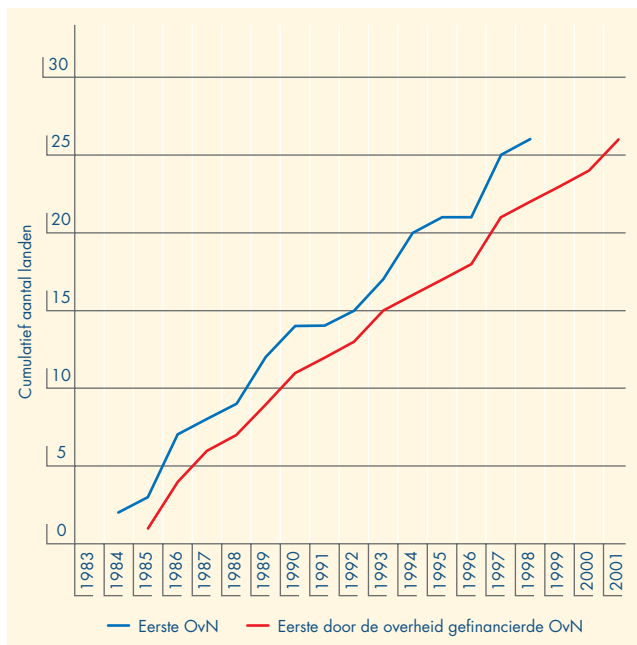
⁽¹³⁴⁾ Zie tabellen INF-3, INF-14 en INF-15 in het Statistical Bulletin 2005.

Figuur 17: Gemelde gevallen van hepatitis C als percentage van de gevallen die als ID zijn gerapporteerd, 1992-2003



(!) De gegevens hebben geen betrekking op het nationaal niveau.
 NB: A, acute gevallen; AC, acute en chronische gevallen; C, chronische gevallen.
 Bronnen: Reitox nationale focal points.

Figuur 18: Introductie van omruilprogramma's voor naalden en spuiten (OvN's) in 23 EU-landen, Noorwegen en Bulgarije



Bronnen: Reitox nationale verslagen, 2004.

kunnen tegen HBV gevaccineerd worden. In 2002-2003 zijn steekproeven onder ID's met een prevalentie van meer dan 60 % gemeld door België, Estland en Italië, terwijl in België, Spanje, Italië, Oostenrijk, Portugal, Slovenië, Slowakije en het Verenigd Koninkrijk steekproeven met een prevalentie van minder dan 30 % zijn aangetroffen ⁽¹³⁵⁾. Uit de registratiegegevens van hepatitis B voor de periode tussen 1992 en 2003 blijkt dat in de landen waarvoor gegevens beschikbaar zijn, het percentage geregistreerde ID's toeneemt ⁽¹³⁶⁾. In Noord-Europa heeft de grote meerderheid van geregistreerde acute HCB-gevallen betrekking op ID's en in een aantal landen vallen hepatitis-B-epidemieën samen met een toename van het injecterend drugsgebruik (Blystad et al., 2005).

Voor een beknopt overzicht van andere drugsgerelateerde infectieziekten wordt verwezen naar het jaarverslag 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int/nl/page074-nl.html>).

Preventie van infectieziekten als gevolg van drugsgebruik

Hoewel het nationale beleid van de lidstaten afhankelijk van hun individuele drugsituatie en politieke context varieert, zijn er ook aanwijzingen voor een toenemende consensus op Europees niveau over de essentiële elementen van een effectieve bestrijding van hiv en andere infectieziekten onder ID's ⁽¹³⁷⁾. Tot die effectieve maatregelen behoren een betere toegang tot drugsbehandelingen (WHO, 2005), de ontwikkeling van laagdrempelige hulpverlening, het verstrekken van steriel materiaal en het gebruik van voorlichtingsprogramma's. Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat er verschillen tussen landen bestaan met betrekking tot de nadruk die op de verschillende interventieaspecten wordt gelegd. Het is met name van belang dat er voldoende orale substitutiebehandelingen voor injecterende opioïdengebruikers beschikbaar zijn, omdat drugsgerelateerd gedrag met een hoog hiv-besmettingsrisico hierdoor aanzienlijk wordt verminderd (Gowing et al., 2005; Sullivan et al., 2005).

Beschikbaarheid van naalden en spuiten

Als een directe reactie op de dreiging van een hiv-epidemie onder drugs spuiters is in het midden van de jaren tachtig begonnen met omruilprogramma's voor naalden en spuiten (OvN's). Het aantal OvN's is in de jaren negentig in snel tempo toegenomen (figuur 18). In 1993 werden dergelijke, door de overheid gefinancierde programma's in meer dan de helft van de huidige 25 lidstaten van de EU en in Noorwegen uitgevoerd. Tegenwoordig zijn er OvN's operationeel in alle landen van de EU (met uitzondering van Cyprus) en in Bulgarije, Roemenië en Noorwegen. Overigens wordt op Cyprus via

⁽¹³⁵⁾ Zie figuren INF-9, INF-10, INF-22 en INF-23 in het Statistical Bulletin 2005.

⁽¹³⁶⁾ Zie figuur INF-14 in het Statistical Bulletin 2005.

⁽¹³⁷⁾ Tijdens twee recente conferenties hebben Europese regeringsvertegenwoordigers de samenwerkingsbereidheid in de strijd tegen hiv/aids bevestigd en maatregelen vastgelegd voor effectievere acties op dit gebied (Verklaring van Dublin, februari 2004, en Verklaring van Vilnius, september 2004). Alle belangrijke EU-documenten over hiv/aids zijn te vinden op de website voor volksgezondheid van de Europese Commissie (http://europa.eu.int/comm/health/ph_threats/com/aids/keydocs_aids_en.htm).

apotheken wel steriel injectiemateriaal ter beschikking gesteld en wordt overwogen om een officieel OvN op te starten ⁽¹³⁸⁾. Wanneer dergelijke programma's eenmaal in een land in gang zijn gezet, neemt het aantal OvN-servicepunten over het algemeen gestaag toe. In veel landen is er nu al sprake van een volledige geografische dekking, waarbij in een aantal lidstaten een belangrijke rol is weggelegd voor apotheken. De twee programma's die in 1986 in het zuiden van Zweden zijn opgestart, hebben echter nog steeds geen vervolg gekregen. In Griekenland is het aantal OvN's beperkt en wordt het programma uitsluitend in Athene uitgevoerd ⁽¹³⁹⁾.

OvN's zijn in de EU en in Noorwegen doorgaans goed geïntegreerd in de werkzaamheden van instanties die laagdrempelige drugs counseling verzorgen (zie het kader „Verbeteren van de toegankelijkheid van de hulpverlening“), in het straatwerk en in de daklozenzorg. Aangezien instanties met een laagdrempelige toegankelijkheid succesvol zijn in het bereiken van verborgen populaties actieve drugsgebruikers, kunnen zij een belangrijk startpunt vormen voor het leggen van contacten, voor preventie, voorlichting en advies, en voor het verwijzen naar behandelingen. In toenemende mate wordt eveneens onderkend dat laagdrempelige diensten als een cruciaal platform kunnen fungeren voor het verlenen van primaire medische zorg, voor het screenen op infectieziekten en voor het verzorgen van vaccinaties en antivirale behandelingen ten behoeve van mensen in onze samenleving die het om uiteenlopende redenen moeilijk vinden om gebruik te maken van de reguliere gezondheidszorgfaciliteiten.

Zestien lidstaten van de EU en Noorwegen geven aan dat OvN's de belangrijkste instrumenten zijn voor de preventie van infectieziekten onder drugsgebruikers en in zes andere landen behoren OvN's tot de reguliere preventie-instrumenten. In tweederde van de landen van de EU worden OvN's als een beleidsprioriteit beschouwd voor het terugdringen van infectieziekten onder drugsgebruikers ⁽¹⁴⁰⁾.

Onderzoek naar de effectiviteit van omruilprogramma's voor naalden en spuiten

Al in de jaren tachtig is er wetenschappelijk onderzoek verricht naar de effectiviteit van OvN's bij het terugdringen van hiv/aids onder ID's ⁽¹⁴¹⁾. Uit een literatuuronderzoek dat in 2004 door de WHO is gepubliceerd, blijkt dat er overduidelijk bewijs voorhanden is dat het aantal hiv-infecties aanzienlijk kan worden verlaagd als er meer steriel injectiemateriaal wordt aangeboden en de ID's hiervan beter gebruikmaken. Daarentegen zijn er geen aanwijzingen gevonden voor eventuele onbedoelde negatieve effecten (WHO, 2004). Een van de conclusies van het onderzoek was echter ook dat er voor de bestrijding van hiv-infecties onder ID's meer nodig is dan

Verbeteren van de toegankelijkheid van de hulpverlening

De term „laagdrempelige hulpverlening“ verwijst naar voorzieningen die bedoeld zijn om drugsgebruikers eerder en gemakkelijker in contact te brengen met maatschappelijke diensten en de gezondheidszorg. Om die drempel te verlagen worden de zorgfaciliteiten op specifieke locaties gevestigd en worden openingstijden gehanteerd die vaak aangepast zijn aan de behoeften van hun cliënten, dat wil zeggen dat deze voorzieningen ook 's avonds laat en 's nachts toegankelijk zijn. Bij de laagdrempelige hulpverlening wordt vaak ook gebruikgemaakt van straathoekwerkers. Het gebruik van deze vorm van hulpverlening vergt weinig bureaucratie en is meestal gratis, terwijl er op de cliënten geen verplichting rust om drugsvrij te zijn dan wel af te kicken. De doelgroep van de laagdrempelige hulpverlening zijn de actuele drugsgebruikers die nog nooit contact hebben gehad met de drugshulpverlening of reguliere gezondheidszorg of die dat contact zijn kwijtgeraakt. De hulpverlening is gericht op de groepen die „moeilijk te bereiken“ zijn, op gebruikersgroepen die een verhoogd risico lopen en op experimentele gebruikers (door deze bijvoorbeeld actief te benaderen in clubs, disco's en andere partysettings). Laagdrempelige hulpverlening kan aangeboden worden via centra voor straatwerk, inloophuizen, ambulante centra voor gezondheidszorg en noodopvangvoorzieningen. Vanwege hun lage toegangsdrempel spelen deze instanties binnen het totale zorgsysteem een belangrijke rol bij het in contact komen met de meer „verborgen“ of „moeilijk te bereiken“ drugsgebruikers. In het kader van de laagdrempelige hulpverlening wordt niet alleen getracht gebruikers te motiveren om in behandeling te gaan, maar vinden ook doorverwijzingen plaats en worden „op overleving gerichte diensten aangeboden“ in de vorm van voedsel, kleding, opvang, steriel injectiemateriaal en medische zorg. De faciliteiten voor laagdrempelige drugshulpverlening zijn van cruciaal belang voor het geven van voorlichting over een betere gezondheid en voor het vergroten van de kennis en vaardigheden met betrekking tot veilig drugsgebruik gericht op personen die experimenteel drugs gebruiken, op verslaafden en op problematische drugsgebruikers. In toenemende mate worden via de laagdrempelige hulpverlening ook behandelvoorzieningen aangeboden.

alleen OvN's. Om de hiv-infecties onder ID's effectief met deze programma's onder controle te kunnen houden, zijn aanvullende maatregelen noodzakelijk. In het kader van een kosten-batenanalyse van OvN's concluderen de Wit en Bos (2004) dat de programma's niet alleen effectief lijken voor de preventie van hiv-verspreiding, maar dat zij naast het terugdringen van hiv ook nog aanvullende en waardevolle positieve effecten hebben, zoals het in contact brengen van een moeilijk te bereiken populatie

⁽¹³⁸⁾ Zie tabel NSP-2 in het Statistical Bulletin 2005.

⁽¹³⁹⁾ Zie de rubriek over de beschikbaarheid van naalden en spuiten in het Statistical Bulletin 2005.

⁽¹⁴⁰⁾ Zie de EWDD-website voor een overzicht van nationale reacties op infectieziekten (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10212>).

⁽¹⁴¹⁾ Zie de EWDD-website voor een overzicht van de belangrijkste studies (<http://emcdda.eu.int/?nnodeid=5777>).

drugsgebruikers met maatschappelijke instanties en de gezondheidszorg.

Preventie van hepatitis

Injecterende drugsgebruikers lopen een zeer hoog risico op een HBV- of HCV-infectie: 50-80 % van de drugsgebruikers raakt binnen vijf jaar na de eerste drugsinjecties besmet, wat tot chronische infecties kan leiden die de lever kunnen beschadigen en uiteindelijk zelfs vernietigen (EWDD, 2004b). Op dit moment is er nog geen vaccin beschikbaar voor hepatitis C, maar hepatitis B kan wel op effectieve wijze via vaccinatie worden voorkomen⁽¹⁴²⁾.

Een aantal landen in de EU heeft in het afgelopen decennium hepatitis B (weer) opgenomen in nationale immunisatieprogramma's, en de vaccinatie ertegen maakt nu in de meeste landen van de EU onderdeel uit van de standaardvaccinatieprogramma's voor kinderen. Tot nu toe hebben alleen Denemarken, Nederland, Zweden, het Verenigd Koninkrijk en Noorwegen geen gevolg gegeven aan de aanbevelingen van de WHO⁽¹⁴³⁾.

Hoewel het nog enkele tientallen jaren zal duren totdat er nog maar een kleine risicopopulatie aanwezig is, zijn er in de meeste landen van de EU en in Noorwegen op dit moment gerichte vaccinatieprogramma's voor drugsgebruikers operationeel. Om de doelgroep te kunnen bereiken, worden de vaccinaties via laagdrempelige contactpunten aangeboden; daarnaast nemen ook de vaccinatiemogelijkheden in gevangenissen toe⁽¹⁴⁴⁾.

Campagnes voor een HBV-immunisatie worden vaak gecombineerd met hepatitis-A-vaccinaties en met voorlichting, tests en verwijzingen met betrekking tot hepatitis C. Hoewel er in alle landen HCV-behandelingen worden aangeboden, kunnen deze in de praktijk moeilijk toegankelijk zijn voor drugsgebruikers. Aangezien officiële medische richtsnoeren als een belangrijk instrument worden beschouwd voor het aansturen van het aanbod aan HCV-behandelingen, heeft het EWDD de situatie op dit gebied in 2003-2004 aan een analyse onderworpen⁽¹⁴⁵⁾. In de meeste richtsnoeren wordt aanbevolen met de behandeling van drugsgebruikers te beginnen als zij drugsvrij zijn of gedurende een bepaalde periode (variërend van drie maanden tot twee jaar) stabiel op een substitutiebehandeling reageren. Naarmate de documenten van recentere datum zijn, wordt er ook meer

rekening gehouden met onderzoeken die aantonen dat drugsgebruikers profijt hebben van een multidisciplinaire behandelapproach door teams bestaande uit internisten/leverspecialisten en gespecialiseerde drugshulpverleners. Waarschijnlijk zal de recente toename van nationale richtsnoerdocumenten de behandel mogelijkheden voor drugsgebruikers vergroten en tot betere behandelresultaten leiden.

Sterfte ten gevolge van drugsgebruik

Sterfte ten gevolge van heroïnegebruik

In dit gedeelte worden de termen „sterfte ten gevolge van drugsgebruik” en „drugsgelateerde sterfte” gebruikt als verwijzing naar sterfgevallen die direct veroorzaakt zijn door de consumptie van een of meer drugs en waarbij de dood in het algemeen kort na de consumptie van die stof(fen) intreedt. Dergelijke sterfgevallen staan bekend als „overdoses”, „vergiftigingen of intoxicaties” of „door drugs geïnduceerde sterfgevallen”⁽¹⁴⁶⁾.

Bij de meeste sterfgevallen ten gevolge van het gebruik van illegale drugs die in de EU worden gerapporteerd, spelen opiaten een rol, hoewel in veel gevallen ook andere middelen tijdens de toxicologische analyse worden aangetroffen, met name alcohol, benzodiazepinen en, in sommige landen, cocaïne⁽¹⁴⁷⁾.

Tussen 1990 en 2002 werden jaarlijks 7 000 tot 9 000 sterfgevallen als gevolg van overdoses gerapporteerd door de EU-landen⁽¹⁴⁸⁾, wat betekent dat er in deze periode meer dan 100 000 mensen als gevolg van hun drugsgebruik zijn overleden. Deze cijfers kunnen als minimale schattingen worden beschouwd, omdat het aantal meldingen in veel landen waarschijnlijk lager is dan het feitelijke aantal sterfgevallen.

Overdoses met opiaten zijn een van de belangrijkste doodsoorzaken onder jonge mensen in Europa, met name onder mannen in stedelijke gebieden (EWDD, 2004c). Op dit moment is een overdosis ook de belangrijkste doodsoorzaak onder opiatengebruikers in de EU als geheel; in 2001 hebben de vijftien lidstaten van de EU melding gemaakt van 8 347 drugsgelateerde sterfgevallen — ter vergelijking, 1 633 sterfgevallen door aids onder ID's (EuroHIV, 2004)⁽¹⁴⁹⁾; de kosten en

⁽¹⁴²⁾ Voor meer informatie over hepatitis wordt verwezen naar de EWDD-website (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10192>).

⁽¹⁴³⁾ Verslag over de „14th Global Advisory Group: Expanded Programme on Immunization”, 14-18 oktober 1991, Antalya, Turkije, aangenomen door de bijeenkomst van de Wereldgezondheidsorganisatie in 1992.

⁽¹⁴⁴⁾ Zie de vaccinatietabel Hepatitis B (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10192>).

⁽¹⁴⁵⁾ *Consultant study on hepatitis C treatment guidelines for injecting drug users* (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=5826>).

⁽¹⁴⁶⁾ Dit is de definitie zoals overeengekomen door de EWDD-groep van nationale deskundigen: zie de methodologische opmerkingen „Drug-related death EMCDDA definition” in het Statistical Bulletin 2005 en het DRD-standaardprotocol, versie 3.0 (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419>). De meeste landen hanteren nu nationale definities die (vrijwel) overeenkomen met die van het EWDD, hoewel sommige landen ook sterfgevallen als gevolg van psychoactieve geneesmiddelen meetellen en sterfgevallen die niet het gevolg zijn van een overdosis, maar over het algemeen betreft dit slechts een beperkt percentage (zie „National definitions of drug-related deaths” in het Statistical Bulletin 2005).

⁽¹⁴⁷⁾ Zie tabel DRD-1 in het Statistical Bulletin 2005.

⁽¹⁴⁸⁾ Zie tabellen DRD-2 en DRD-3 in het Statistical Bulletin 2005.

⁽¹⁴⁹⁾ Het percentage sterfgevallen als gevolg van aids heeft betrekking op de westelijke regio van WHO Europa en omvat ook een aantal landen van buiten de EU, zoals Zwitserland, IJsland en Israël.

mogelijke langetermijnproblemen van hiv-infecties mogen hierbij niet over het hoofd worden gezien.

De meeste slachtoffers van overdoses zijn mannen (60-100 %) en in de meeste landen varieert dat percentage tussen de 75 en 90 %. Meestal gaat het om mensen van in de twintig of dertig, met een gemiddelde leeftijd van midden-dertig (met een spreiding tussen de 22 en 45 jaar). Die gemiddelde leeftijd is het laagst in sommige nieuwe lidstaten (Estland, Letland, Litouwen en Roemenië), waar het percentage slachtoffers als gevolg van overdoses dat jonger dan 25 jaar is, relatief hoog is. Dat zou een gevolg kunnen zijn van het feit dat de populatie die in deze landen heroïne gebruikt, jonger is ⁽¹⁵⁰⁾.

Sterfgevallen als gevolg van methadon

Een aantal landen meldt in de nationale Reitox-verslagen 2004 dat bij een substantieel percentage van de drugsgerelateerde sterfgevallen methadon is aangetroffen. De betreffende informatie wordt echter verstrekt op basis van de gehanteerde nationale terminologie en in sommige gevallen kan moeilijk worden vastgesteld welke rol methadon nu precies bij het overlijden heeft gespeeld; in sommige gevallen is sprake van duidelijke methadonvergiftigingen, maar in andere gevallen wordt alleen maar vermeld dat de stof is aangetroffen. In Denemarken is in 49 % van de sterfgevallen als gevolg van een intoxicatie methadon aangetroffen (97 van 198 gevallen, waarbij in 64 gevallen uitsluitend methadon was betrokken). Duitsland rapporteert dat 23 % van de sterfgevallen toegeschreven is aan „substitutiemiddelen” waarbij in 3 % (55 gevallen) alleen maar sprake is van de aanwezigheid van substitutiemiddelen; in 20 % (354 gevallen) zijn die stoffen in combinatie met alcohol en verdovende middelen aangetroffen. In 2002 ging het in Duitsland nog om 30 % van de gevallen (7 % alleen substitutiemiddelen; 23 % in combinatie). In het Verenigd Koninkrijk wordt in 418 gevallen „melding” gemaakt van methadon, maar dat wil niet zeggen dat er ook een oorzakelijk verband is. Andere landen rapporteren de aanwezigheid van methadon bij sterfgevallen als gevolg van drugsgebruik minder vaak: Frankrijk (acht gevallen met uitsluitend methadon of in combinatie met andere stoffen), Oostenrijk (methadon aangetroffen bij 10 % van de dodelijke slachtoffers), Portugal (aangetroffen in 3 % van de gevallen) en Slovenië (vier sterfgevallen als gevolg van methadon). In de nationale Reitox-verslagen 2003 maken ook Ierland en Noorwegen melding van een aanzienlijk aantal sterfgevallen waarbij methadon is aangetroffen.

Net als alle opiaten is methadon een middel dat in aanleg giftig is, maar onderzoeken hebben duidelijk aangetoond dat het risico op overlijden als gevolg van een overdosis kleiner is bij deelnemers aan substitutieprogramma's. Uit een aantal studies is gebleken dat sterfgevallen waarbij methadon is betrokken, naar alle waarschijnlijkheid eerder veroorzaakt zijn door illegaal drugsgebruik dan door het

gebruik van drugs op recept. In andere onderzoeken is er wel op gewezen dat er tijdens de eerste fases van onderhoudsbehandelingen met methadon een verhoogd risico bestaat. Uit deze bevindingen kan in ieder geval geconcludeerd worden dat het noodzakelijk is om goede kwaliteitsnormen voor substitutieprogramma's vast te stellen.

Sterfgevallen als gevolg van fentanyl en buprenorfine

In de afgelopen jaren hebben de Baltische landen enkele sterfgevallen gemeld waarbij in de toxicologische analyse fentanyl is aangetroffen, vaak samen met heroïne. In het Zweedse nationale verslag wordt voor 2003 melding gemaakt van dertien sterfgevallen onder ID's waarbij fentanyl is betrokken, terwijl dergelijke sterfgevallen de jaren daarvoor slechts sporadisch voorkwamen. In nadere informatie over de rol van buprenorfine in drugsgerelateerde sterfgevallen wordt verwezen naar de speciale kwestie over buprenorfine.

Trends in acute sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik

De trends in acute sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik kunnen van land tot land en zelfs van regio tot regio uiteenlopen ⁽¹⁵¹⁾ als gevolg van verschillen in de heroïne-verspreiding, in de prevalentie van het heroïnegebruik, in risicogedragingen (bijvoorbeeld het percentage drugsspueters, polydrugsgebruik), in het aanbod aan behandelmogelijkheden en andere ondersteunende diensten voor drugsgebruikers, en misschien ook in de beschikbaarheid en eigenschappen van de heroïne. Ook kunnen verschillen in de organisatiestructuur en het eerstehulpbeleid een belangrijke rol spelen.

Met inachtneming van deze beperkingen kunnen een aantal gemeenschappelijke EU-trends worden onderscheiden. Dat geldt overigens met name voor de EU van de vijftien oude lidstaten omdat zij al langer en meer systematisch reeksen gegevens verzamelen. In het algemeen is er in de jaren tachtig en negentig sprake van een aanzienlijke toename in het aantal sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik. Tussen 1990 en 2000 heeft die opwaartse trend zich, ondanks een daling in sommige landen voortgezet, zij het in een trager tempo. In 2000 werden 8 930 sterfgevallen gemeld tegenover 6 426 in 1990 (een toename met 40 %) ⁽¹⁵²⁾. In de meeste lidstaten die al geruime tijd gegevens verzamelen, blijkt uit een analyse van de overdosis-slachtoffers dat deze een steeds hogere leeftijd hebben. Dit zou op een „leeftijdscohorteffect” kunnen duiden, wat verband zou kunnen houden met een afname van de instroom van nieuwe, jonge verslaafden (figuur 19).

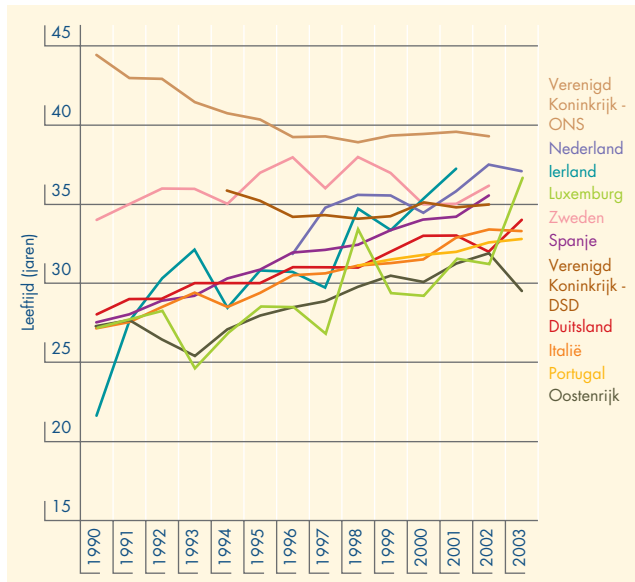
Sinds 2000 rapporteren de meeste EU-landen echter een daling van het aantal drugsgerelateerde sterfgevallen. In de vijftien oude lidstaten en Noorwegen is het totale

⁽¹⁵⁰⁾ Zie figuur DRD-2 in het Statistical Bulletin 2005.

⁽¹⁵¹⁾ Zie figuur DRD-7 in het Statistical Bulletin 2005.

⁽¹⁵²⁾ Zie figuur DRD-8 in het Statistical Bulletin 2005.

Figuur 19: Trends in de gemiddelde leeftijd bij acute sterfgevallen als gevolg van drugsgebruik in een aantal van de vijftien oude EU-lidstaten, 1990-2001/2003

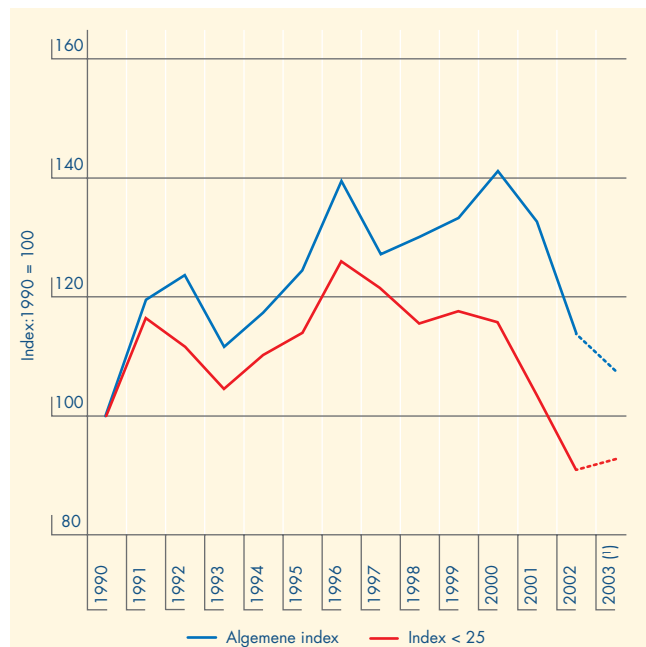


NB: De gegevens hebben betrekking op landen die in de meeste jaren in de genoemde periode melding hebben gemaakt van de gemiddelde leeftijd van de slachtoffers. Informatie gebaseerd op de nationale definities als weergegeven in tabel DRD-6 in het Statistical Bulletin 2005. In Engeland en Wales wordt de „Drug Strategy Definition” gehanteerd.
 Bron: Nationale Reitox-verslagen (2004). De gegevens zijn ontleend aan nationale overlijdensregisters of speciale registers (forensische of politieregisters).

aantal gedaald van 8 930 in 2000 tot 8 394 in 2001 (een afname met 6 %) en 7 122 sterfgevallen in 2002 ⁽¹⁵³⁾ (een daling met nog eens 15 %). Er is slechts voor tien landen informatie over 2003 beschikbaar, wat betekent dat er de nodige voorzichtigheid betracht moet worden bij het trekken van conclusies over trends in de EU. Op basis van die tien landen is er in 2003 sprake van een afname van 5 %; dat is slechts eenderde van de afname die in 2002 is geconstateerd. Van die tien landen rapporteren drie landen een stijging, meldt één land geen verandering en noteren zes landen een afname, waarvan die in Griekenland (22 %) en Italië (17 %) als significant kunnen worden beschouwd ⁽¹⁵⁴⁾. Deze ontwikkeling is aanleiding voor grote bezorgdheid omdat de maatregelen die voor de daling van drugsgerelateerde sterfgevallen tussen 2000 en 2002 (een vermindering met 20 %) hebben gezorgd, in 2003 mogelijk hun effectiviteit hebben verloren; dit is met name van belang omdat het aantal sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik zich nog steeds op een historisch hoog niveau bevindt — ongeveer op hetzelfde niveau als in het begin van de jaren negentig (figuur 20).

In het algemeen is de drugsgerelateerde sterfte onder mensen jonger dan 25 jaar sinds 1996 gestaag afgenomen, wat op een mogelijke daling van het aantal

Figuur 20: Algemene trend in de gemiddelde leeftijd bij acute sterfgevallen als gevolg van drugsgebruik in de vijftien oude EU-lidstaten en de trend in het percentage slachtoffers als gevolg van drugsgebruik onder de 25 jaar, 1990-2003



(*) De gegevens over 2003 hebben een voorlopig karakter, aangezien slechts tien landen informatie over dat jaar hebben verstrekt. De gegevens over 2003 zijn gebaseerd op de landen die zowel over 2002 als 2003 informatie hebben verstrekt.

NB: Index: 1990 = 100. Het aantal gevallen per land per jaar is weergegeven in tabel DRD-2 (delen i en v) in het Statistical Bulletin 2005. België heeft over 1998-2001 geen gegevens verstrekt en Ierland niet over 2002. Om deze situatie te corrigeren is gebruikgemaakt van een calculatiemethode zoals gedefinieerd in EWDDA (2001).
 Bron: Nationale Reitox-verslagen (2004). De gegevens zijn ontleend aan nationale overlijdensregisters of speciale registers (forensische of politieregisters) en zijn gebaseerd op de nationale definities zoals weergegeven in tabel DRD-6 in het Statistical Bulletin.

jonge drugsspueters zou kunnen duiden (figuren 19 en 20). Dit is met name het gevolg van een neerwaartse dan wel stabiele trend in de meeste van de vijftien oude lidstaten (met uitzondering van Frankrijk, Zweden en Noorwegen). In een aantal nieuwe lidstaten is er tussen het midden van de jaren negentig en 2000-2002 echter sprake van een duidelijke toename van het percentage slachtoffers onder de 25 jaar, wat zou kunnen betekenen dat het aantal nieuwe, jonge drugsgebruikers in die landen is gestegen ⁽¹⁵⁵⁾. Daarnaast heeft de daling die zich in de oude lidstaten sinds 2000 heeft voorgedaan, voornamelijk onder mannen plaatsgevonden (een afname met 21,9 %). De daling onder vrouwen is veel kleiner (14,5 %) en in tegenstelling tot bij de mannen lijkt het alsof de neerwaartse trend onder vrouwen in 2003 naar een opwaartse trend is omgebogen ⁽¹⁵⁶⁾.

Het signaleren van trends in de nieuwe lidstaten is niet eenvoudig vanwege de beperkte hoeveelheid beschikbare

⁽¹⁵³⁾ Exclusief de cijfers voor België en Ierland in 2002 (in Ierland waren er in 2001 88 gevallen).

⁽¹⁵⁴⁾ Op basis van een simpel statistisch intoxicatiemodel. Uit Noorse politiegegevens blijkt ook een duidelijke afname in 2003.

⁽¹⁵⁵⁾ Zie figuur DRD-9 in het Statistical Bulletin 2005.

⁽¹⁵⁶⁾ Zie figuur DRD-6 in het Statistical Bulletin 2005.

informatie. Ondanks verschillen tussen landen blijkt uit de aanwezige informatie dat het aantal sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik vanaf 1990-1991 tot het midden van de jaren negentig duidelijk is gestegen. Dit wordt ook bevestigd door de toename van het percentage slachtoffers jonger dan 25 jaar vanaf het midden van de jaren negentig tot 1999-2000 in de meeste landen die informatie hebben verstrekt ⁽¹⁵⁷⁾. In de nieuwe lidstaten die over de benodigde gegevens beschikken, is het aantal slachtoffers onder de 25 jaar aanzienlijk meer gestegen dan het totale aantal slachtoffers sinds 1996 (figuur 21), wat op een meer recente epidemie zou kunnen duiden. Sinds 2000 is het aantal sterfgevallen als gevolg van illegale stoffen in Bulgarije, Tsjechië ⁽¹⁵⁸⁾, Letland (in 2003) en Hongarije gestabiliseerd of gedaald. In het algemeen lijkt er de afgelopen jaren sprake te zijn van een bepaalde mate van stabilisatie, maar die conclusie moet met het nodige voorbehoud worden getrokken omdat de kwaliteit en dekking van de rapportage in veel landen nog steeds beperkt is. De toename van het heroïnegebruik die zich waarschijnlijk in de jaren negentig in veel van de nieuwe lidstaten heeft afgespeeld, zou tot staan gebracht kunnen zijn door het grotere behandelaanbod in de afgelopen jaren of door andere factoren, maar het is moeilijk om de toekomstige trend op dit punt te voorspellen (figuur 21).

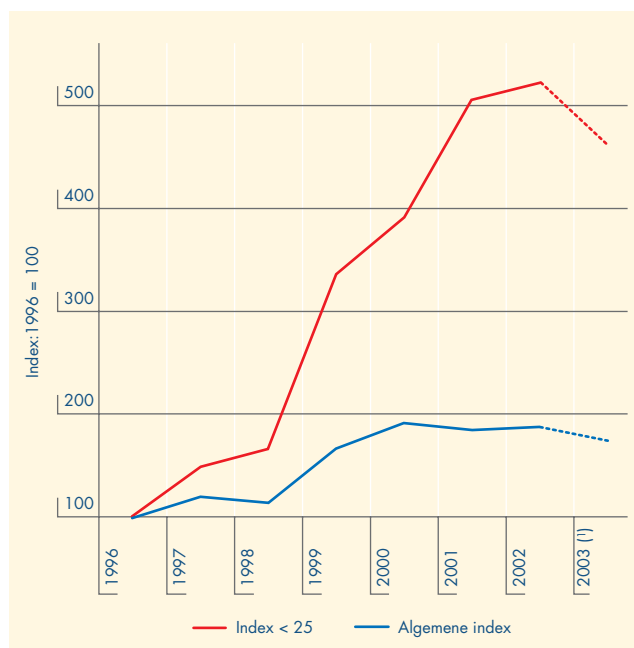
Ondanks de positieve ontwikkelingen tussen 2000 en 2002 (mogelijk als gevolg van een afname van het injecteren onder opiatengebruikers in een aantal landen en een toename van het behandelaanbod) en de mogelijke stabilisatie of afname in het aantal opiatengebruikers, moet geconstateerd worden dat de huidige percentages vanuit een langetermijnperspectief te hoog blijven. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat de verbeteringen niet zullen doorzetten.

Totale sterfte onder opiatengebruikers

De sterfte onder opiatengebruikers is ten minste twintig keer zo hoog als onder de algemene bevolking in dezelfde leeftijdsgroep. Met name drugsspueters lopen een hoog risico om als gevolg van opiatengebruik te overlijden. Ondanks de lage prevalentie van opiatenverslavingen, hebben deze toch een aanzienlijk effect op het sterftecijfer onder jongvolwassenen in Europa (Bargagli et al., 2004).

Tot de oorzaken van sterfgevallen onder opiatengebruikers behoren niet alleen overdoses, maar ook aids en andere infectieziekten, en externe doodsoorzaken (ongelukken, geweld, zelfmoord e.d.). De belangrijkste doodsoorzaak onder cohorten met een lage prevalentie aan hiv-infecties is een overdosis. Als gevolg van een groter aanbod aan HAART-behandelingen na 1995 (zie hierboven voor de totaalcijfers in Europa) is het aantal sterfgevallen als gevolg van aids aanzienlijk afgenomen, zelfs onder cohorten met een hoge prevalentie aan hiv-infecties ⁽¹⁵⁹⁾.

Figuur 21: Algemene trend in de gemiddelde leeftijd bij acute sterfgevallen als gevolg van drugsgebruik in de nieuwe lidstaten en de kandidaat-lidstaten en de trend in het percentage slachtoffers als gevolg van drugsgebruik onder de 25 jaar, 1996-2003



(*) De gegevens over 2003 hebben een voorlopig karakter.
 NB: De gegevens hebben betrekking op Tsjechië, Estland, Letland, Litouwen, Hongarije, Malta, Slovenië en Bulgarije.
 Index: 1996 = 100. Het aantal gevallen per land per jaar is weergegeven in tabel DRD-2 (deel ii) in het Statistical Bulletin 2005.
 Vermeld dient te worden dat de berekening van de index plaatsgevonden heeft op basis van gegevens van een beperkt aantal landen. Daarbij dient opgemerkt te worden dat Tsjechië en Estland verantwoordelijk zijn voor een aanzienlijk gedeelte van de slachtoffers onder de 25 jaar. Estland heeft geen gegevens verstrekt over 1996 en 2003, Hongarije niet over 2002 en voor Tsjechië is geen informatie beschikbaar voor de periode van 1996 tot 2002. Voor meer informatie over de calculatiemethode wordt verwezen naar EWDD (2001).
 Bronnen: Nationale Reitox-verslagen (2004). De gegevens zijn ontleend aan nationale overlijdensregisters of speciale registers (forensische of politieregisters) en zijn gebaseerd op de nationale definities zoals weergegeven in tabel DRD-6 in het Statistical Bulletin.

Naarmate opiatengebruikers ouder worden, neemt de sterfte progressief toe doordat sterfgevallen als gevolg van chronische aandoeningen (zoals levercirrose, kanker, ademhalingsaandoeningen, endocarditis, aids) opgeteld worden bij het aantal sterfgevallen door overdoses en door externe oorzaken zoals zelfmoord en geweld (Nederlands nationale verslag).

Daarnaast kunnen de leefomstandigheden en andere factoren dan het drugsgebruik op zich (dakloosheid, mentale stoornissen, geweld, slechte voeding e.d.) een grote invloed hebben op de hoge sterfte onder drugsgebruikers. Uit onderzoeken is gebleken dat de sterfte onder psychiatrische patiënten vier keer zo hoog is als onder de algemene bevolking (Korkeila, 2000) en dat

⁽¹⁵⁷⁾ Zie figuur DRD-9 in het Statistical Bulletin 2005.

⁽¹⁵⁸⁾ Zou eigenlijk alleen betrekking moeten hebben op „Selectie D” van het EWDD, die ook illegale drugs omvat. De nationale definitie omvat ook sterfgevallen als gevolg van psychoactieve geneesmiddelen (75 %).

⁽¹⁵⁹⁾ „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”, EWDD-verslag CT.00.EP.13, 2002 (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419>).

de sterfte onder daklozen eveneens drie tot vier keer hoger is dan onder de algemene bevolking (Hwang, 2001).

Terugdringen van sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik

Beleidsmaatregelen

De doelstelling in de EU-strategie inzake drugs, 2000-2004, namelijk om het aantal sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik aanzienlijk terug te dringen, heeft in een aantal lidstaten veel weerklank gevonden. In acht van de vijftien oude lidstaten van de EU (Duitsland, Griekenland, Spanje, Ierland, Luxemburg, Portugal, Finland en het Verenigd Koninkrijk) en in vier nieuwe lidstaten (Cyprus, Letland, Litouwen en Polen) is het terugdringen van drugsgerelateerde sterfgevallen opgenomen in de nationale strategiedocumenten⁽¹⁶⁰⁾. Het feit dat een aantal nieuwe lidstaten nog steeds niet over betrouwbare informatie beschikt over het aantal sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik, vormt echter een belangrijk obstakel voor het opstellen van adequate beleidsmaatregelen.

In de nieuwe EU-strategie inzake drugs (2005-2012) wordt een hoge prioriteit gegeven aan het verbeteren van de toegang tot bepaalde hulpverleningsmogelijkheden die het ziektecijfer en de sterfte als gevolg van drugsverslavingen kunnen terugdringen. Daarnaast is het aantal sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik aangemerkt als een van de hoofdindicatoren voor de vooruitgang in de eerste vier jaar van het actieplan (2005-2008)⁽¹⁶¹⁾.

Interventies

Een van de interventies die met het oog op het terugdringen van de drugsgerelateerde sterfte van groot belang blijkt te zijn, is een adequaat behandelaanbod, met name substitutiebehandelingen (WHO, 1998; ACMD, 2000; Brugal et al., 2005). In de jaren tachtig, en nog sterker in de jaren negentig, is het aantal substitutiebehandelingen in Europa in snel tempo uitgebreid, met name in de lidstaten met een hoge prevalentie aan heroïnespuiters. Op dit moment volgt meer dan de helft van de heroïnegebruikers in de EU een of ander substitutieprogramma (dat is tussen een kwart en de helft van de geschatte doelgroep heroïnegebruikers).

In landen waar meer dan de helft van de populatie problematische drugsgebruikers een substitutiebehandeling volgt, neemt het aantal drugsspuiters en de hieraan verbonden risicogedragingen waarschijnlijk af, wat vervolgens weer tot een vermindering van het aantal sterfgevallen als gevolg van een overdosis leidt.

In 2003 heeft de Europese Commissie de lidstaten een aantal aanbevelingen gedaan om het aantal drugsgerelateerde sterfgevallen te verminderen⁽¹⁶²⁾. Tot die aanbevelingen behoren niet alleen het beschikbaar

stellen van behandelmogelijkheden voor drugsverslaving, maar ook het verbeteren van voorlichting en het verspreiden van informatie onder drugsgebruikers en hun leeftijdsgenoten en families over overdosisrisico's en risicobeheersing. Daarnaast wordt ook het gebruik van proactieve strategieën aanbevolen om via straathoekwerk en laagdrempelige „attractieve” hulpverlening degenen te bereiken die geen beroep doen op de reguliere gezondheidszorg. De Commissie houdt nauwlettend toezicht op de mate waarin de aanbevelingen ten uitvoer worden gelegd en op de effecten daarvan. Een verslag hieromtrent wordt in 2006 verwacht.

Uit het demografisch profiel van slachtoffers van overdoses blijkt dat oudere heroïnegebruikers die geen behandeling volgen, het grootste risico lopen om te overlijden aan een overdosis drugs. Een gerichte en effectieve maatregel om deze prioritaire doelgroep te bereiken, is het beschikbaar stellen van ruimten waar onder toezicht drugs kunnen worden gebruikt⁽¹⁶³⁾. In vijftien Duitse en vijftien Nederlandse steden, alsmede in Madrid, Barcelona en Bilbao (Spanje) en in het Noorse Oslo, wordt inmiddels gebruikgemaakt van dergelijke voorzieningen.

Behandelingen voor opiaten

De beschikbare behandelingen voor problematisch drugsgebruik kunnen globaal in drie categorieën worden onderverdeeld: behandelingen met behulp van medicatie, drugsvrije therapieën en ontwenningsskuren (op deze laatste behandelingsvorm zal in het kader van dit verslag niet nader worden ingegaan). De aanpak van verslavings- en ontwenningverschijnselen is echter slechts een van de aspecten die een rol spelen bij een succesvolle behandeling van opiatenproblemen. Voor een positief resultaat op lange termijn is het waarschijnlijk net zo belangrijk om de betrokkenen te ondersteunen bij de terugkeer in de maatschappij via sociale integratie, d.w.z. door het zoeken van werk en een vaste huisvesting en het ontwikkelen van de noodzakelijke sociale en andere vaardigheden om een terugval te voorkomen. Uit talloze studies is gebleken dat problematische opiatengebruikers vaak meerdere behandelingen volgen en dat de therapeutische doelstellingen, met name volledige drugsonthouding, niet noodzakelijkerwijs tijdens de eerste behandeling van een drugsgebruiker verwezenlijkt hoeven te worden, maar dat die doelen ook middels herhaalde behandelinterventies bereikt kunnen worden.

Behandelingen met behulp van medicatie

Behandelingen met medicatie omvatten zowel substitutiebehandelingen met agonisten (methadon, buprenorfine, dihydrocodeïne, heroïne, „slow release”-morfine) als behandelingen met antagonist (bijvoorbeeld naltrexon), zij het dat deze laatste behandelingsvorm veel minder vaak wordt toegepast.

⁽¹⁶⁰⁾ Zie de overzichtstabel van strategieën en maatregelen om het aantal drugsgerelateerde sterfgevallen terug te dringen (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10697>).

⁽¹⁶¹⁾ Zie de EU-strategie inzake drugs 2005-2012 (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=6790>).

⁽¹⁶²⁾ <http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=5173&pluginMethod=eldd.showlegaltextdetail&id=2603&lang=en&T=2>

⁽¹⁶³⁾ „European report on drug consumption rooms” (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1327>).

Tabel 3: Gebruikte stoffen in Europa bij behandelingen met behulp van medicatie (m.i.v. experimenten)

Land	Methadon	Buprenorfine	Dihydrocodeïne	„Slow release“- morphine	Heroïne	Naltrexon/ naloxon	Clonidine
België	X	X	X			X	X
Tsjechië	X	X					
Denemarken	X	X					
Duitsland	X	X	X		X	X	
Estland	X	X					
Griekenland	X	X				X	
Spanje	X	X			X		
Frankrijk	X	X		X			
Ierland	X						
Italië	X	X				X	X
Cyprus							
Lëtland	X						
Litouwen	X	X				X	
Luxemburg	X	X		X			
Hongarije	X						
Malta	X		X			X	X
Nederland	X	X			X	X	X
Oostenrijk	X	X	X	X			
Polen	X						
Portugal	X	X				X	X
Slovenië	X						
Finland	X	X					
Zweden	X	X					
Verenigd Koninkrijk	X	X	X		X	X	X
Bulgarije	X			X			
Roemenië	X						
Noorwegen	X	X					

NB: Voor Slowakije en Turkije is geen informatie beschikbaar.

Bron: Standaard tabel over de beschikbaarheid van drugsgerelateerde behandelingen.

In vrijwel alle lidstaten wordt methadon gebruikt en dit blijft nog steeds het meest voorgeschreven substitutiemiddel in Europa (zie tabel 3). In de afgelopen jaren is het aantal alternatieve behandelmogelijkheden echter wel toegenomen. Buprenorfine wordt inmiddels voorgeschreven in 18 van de 26 landen waarvoor informatie beschikbaar is. Behandelingen met andere agonisten en behandelingen met antagonist (naltrexon, naloxon of clonidine) komen in de EU veel minder vaak voor. In België wordt op dit moment een onderzoek uitgevoerd naar het gecontroleerd voorschrijven van heroïne. Op basis van de resultaten van bestaande internationale programma's heeft een groep deskundigen in Oostenrijk advies uitgebracht over de behandeling van chronische opiatenverslaafden met behulp van heroïne.

Uit de meest recente cijfers blijkt dat er in 2003 in de EU meer dan 450 000 cliënten via gespecialiseerde centra een substitutiebehandeling volgden (tabel 4), waarvan meer dan 90 % met methadon. Daarnaast waren er ook nog cliënten die een ander soort substitutiebehandeling kregen (bijvoorbeeld met dihydrocodeïne, „slow release“-morphine of heroïne) en drugsgebruikers die via andere kanalen, zoals huisartsen, in substitutiebehandeling waren. Helaas zijn er op dit moment in veel lidstaten geen betrouwbare gegevens beschikbaar over deze aspecten van substitutiebehandelingen en is het derhalve ook niet mogelijk om voor de EU als geheel de bijbehorende cijfers te bepalen.

Sommige landen beschikken echter wel over betrouwbare gegevens en schattingen van het aantal cliënten dat via huisartsen een substitutiebehandeling volgt, hetgeen

Tabel 4: Schattingen van het aantal cliënten in substitutiebehandeling in Europa in 2003

Land	Cliënten in methadonbehandeling via gespecialiseerde behandelcentra	Cliënten in buprenorfinebehandeling via gespecialiseerde behandelcentra	Totaalaantal cliënten in substitutiebehandeling via gespecialiseerde behandelcentra
België	1 922	48	1 970
Tsjechië	368	204	572
Denemarken	4 971	484	5 455
Duitsland	65 000	9 000	74 000
Estland	60	13	73
Griekenland	2 018	275	2 293
Spanje	88 678	36	88 714
Frankrijk	15 000	13 000	28 000
Ierland (1)	5 561	0	5 561
Italië	79 065	7 113	86 178
Cyprus	0	0	0
Letland	67	0	67
Litouwen	332	n.b.	332
Luxemburg	133	10	143
Hongarije	750	0	750
Malta	698	0	698
Nederland	12 000	n.b.	12 000
Oostenrijk (2)	1 796	1 667	6 413 (3)
Polen	865	0	865
Portugal	9 765	2 743	12 508
Slovenië	1 909	0	1 909
Finland	170	430	600
Zweden	800	1 300	2 100
Verenigd Koninkrijk	128 000	n.b.	128 000
Bulgarije	380	0	380
Roemenië	400	0	400
Noorwegen	1 947	484	2 431
Totaal (4)	422 655	36 807	462 412 (5)

(1) Dit cijfer heeft meer betrekking op het aantal gevallen dan op het aantal personen dat elk jaar wordt behandeld.

(2) In Oostenrijk krijgt ongeveer 46 % van de cliënten een andere substitutiebehandeling dan met methadon of buprenorfine. Deze behandelingen zijn meegeteld om een correct aantal weer te geven. De proportionele uitsplitsing is gebaseerd op eerste behandelingen.

(3) Het hogere totaal aantal cliënten wordt veroorzaakt door de naar schatting 2 950 cliënten die in Oostenrijk een andere substitutiebehandeling dan met methadon of buprenorfine volgen (voornamelijk „slow release“-morfine).

(4) n.b. = geen informatie beschikbaar. Bij het berekenen van de totalen heeft „geen informatie“ de waarde „0“ toegewezen gekregen. Dat betekent dat de weergegeven aantallen minimumwaarden zijn.

NB: Voor Slowakije en Turkije is geen informatie beschikbaar.

Bron: Standaard tabel over de beschikbaarheid van drugsgerelateerde behandelingen.

aanvullende, waardevolle informatie oplevert voor de schatting van het totaal aantal cliënten dat in de EU een substitutiebehandeling krijgt. Het aantal cliënten dat via hun huisarts in 2003 in substitutiebehandeling was, bedroeg 8 500 in Frankrijk, 2 682 in Ierland, 851 in Luxemburg en 930 in Nederland. Daarnaast kregen 1 200 cliënten in Tsjechië en 70 000 cliënten in Frankrijk via hun huisarts een buprenorfinebehandeling. Naar

schatting volgen in deze vijf landen in totaal 81 743 cliënten een substitutiebehandeling via hun huisarts. In de wetenschap dat meer dan 450 000 cliënten in gespecialiseerde centra in substitutiebehandeling zijn, ligt het totale aantal cliënten dat in substitutiebehandeling is met 530 000 thans ruim boven het half miljoen. Aangezien de betreffende informatie onvolledig is, dient er nogmaals op gewezen te worden dat dit aantal van

530 000 een minimumschatting is van het aantal drugsgebruikers in substitutiebehandeling.

Er is een groot verschil in het behandelaanbod tussen de vijftien oude lidstaten van de EU en de nieuwe lidstaten en kandidaat-lidstaten. Hoewel 20 % van de populatie opiatengebruikers zich in de nieuwe lidstaten en de kandidaat-lidstaten bevindt, dragen deze landen slechts 1,3 % bij aan het totale aantal cliënten in substitutiebehandeling (waarbij Turkije niet is inbegrepen, omdat er voor dit land geen gegevens over substitutiebehandelingen beschikbaar zijn). Slechts twee nieuwe lidstaten, Tsjechië en Slovenië, hebben een schatting gegeven van de prevalentie van problematisch drugsgebruik. In vergelijking met het gemiddelde van de EU van de vijftien oude lidstaten (35 %), is het aantal problematische drugsgebruikers dat in Tsjechië en Slovenië een substitutiebehandeling ondergaat, lager (respectievelijk 16 en 26 %). Ondanks het gebrek aan schattingen van de prevalentie van problematisch drugsgebruik in de andere nieuwe lidstaten en kandidaat-lidstaten, ligt het niveau van de substitutiebehandelingen in die landen beduidend lager dan in EU-15. Gezien het grote risico op de verspreiding van infectieziekten in sommige landen en de preventieve rol die behandelingen met behulp van medicatie hierbij kunnen spelen (zie bijvoorbeeld UNODC, 2002), verdient deze situatie beslist meer aandacht.

In de afgelopen jaren zijn met betrekking tot behandelingen met behulp van medicatie twee duidelijke trends waar te nemen. De eerste is een continuering van de tendens om het behandelaanbod te vergroten, hoewel die stijging de laatste tijd minder uitgesproken is. Daarnaast is er sprake van een diversificatie van de voorgeschreven substitutiemiddelen. Zo is het aantal landen dat het gebruik van buprenorfine meldt, gestegen van zes in 1999/2000 tot veertien in 2003.

Een derde, zij het minder duidelijke trend, is de stijging van het aantal huisartsen dat bij de behandeling met behulp van medicatie een rol speelt. In 2000/2001 maakten slechts drie van de vijftien lidstaten (België, Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk) melding van het inschakelen van huisartsen bij dergelijke behandelingen (Solberg et al., 2002), terwijl huisartsen op dit moment in tien van de oude vijftien lidstaten een rol op dit vlak spelen (België, Duitsland, Frankrijk, Ierland, Italië, Luxemburg, Nederland, Oostenrijk, Zweden en het Verenigd Koninkrijk) en ook in drie van de nieuwe lidstaten (Tsjechië, Malta en Slovenië).

Drugsvrije therapieën

Bij drugsvrije therapieën worden psychosociale en educatieve technieken gebruikt om een langdurige onthouding van drugs te bewerkstelligen. Traditioneel vinden drugsvrije behandelingen intramuraal en gedurende een lange termijn, bijvoorbeeld in

therapeutische gemeenschappen plaats, maar tegenwoordig kunnen dergelijke behandelingen ook extramuraal via het maatschappelijk werk gevolgd worden.

De meeste lidstaten gebruiken centrale nationale registers voor behandelingen met behulp van medicatie, maar voor drugsvrije therapieën gebeurt dat zelden, en betrouwbare, duidelijke, kwantitatieve gegevens voor deze behandelingsmethode zijn dan ook schaars. Hoewel een nauwkeurige vergelijking met behandelingen met behulp van medicatie niet mogelijk is, blijkt uit de verslagen van een aantal lidstaten dat een behandeling met medicatie in de meerderheid van de lidstaten van de EU (en ook op communautair niveau als geheel) de belangrijkste behandelingsmethode voor problematische opiatengebruikers is. In sommige landen wordt echter in het algemeen de voorkeur gegeven aan drugsvrije behandelingen (Estland, Cyprus, Litouwen, Polen en Finland) in plaats van behandelingen met behulp van medicatie. In een aantal andere landen, met name Griekenland, Spanje en Noorwegen, lijken beide behandelmethoden ongeveer even vaak toegepast te worden.

Nieuwe ontwikkelingen in kwaliteitsbewaking

Verscheidene landen (Duitsland, Oostenrijk en Portugal) hebben handboeken uitgegeven voor medisch personeel dat bij drugsgerelateerde behandelingen is betrokken. Uit maatregelen in het kader van de drugsstrategie van de regering van het Verenigd Koninkrijk is gebleken dat de wachtlijsten verkleind kunnen worden en meer problematische drugsgebruikers in behandeling kunnen gaan en ook blijven, indien meer geld beschikbaar wordt gesteld voor organisatie, monitoring en personeel. Vergeleken bij 1998-1999 is het aantal problematische drugsgebruikers dat in het Verenigd Koninkrijk een beroep deed op faciliteiten voor drugsbehandelingen, in 2003-2004 met 41 % gestegen. Daarnaast zijn de wachttijden voor een behandeling sinds 2001 met tweederde afgenomen. In 2003-2004 heeft 72 % van de cliënten ofwel een gestructureerde behandeling succesvol afgerond ofwel de behandeling voortgezet; in 2002-2003 was dit slechts 57 % (NTA, 2004).

De settings waarin drugsvrije behandelingen worden uitgevoerd lopen aanzienlijk uiteen. In sommige landen vindt de drugsvrije behandeling van problematische opiatengebruikers voornamelijk via extramuraal settings plaats (Duitsland, Griekenland, Spanje, Frankrijk, Cyprus, Luxemburg, Nederland, Polen, Slovenië en het Verenigd Koninkrijk), een kleinere groep landen geeft aan dat dit voornamelijk via intramuraal behandelcentra gebeurt (Ierland, Italië en Oostenrijk), terwijl er in sommige andere landen geen duidelijke voorkeur lijkt te bestaan (Zweden en Noorwegen).

Sociale reïntegratie

Sociale reïntegratie kan worden gedefinieerd als elke sociale interventie die gericht is op het integreren van voormalige of huidige problematische drugsgebruikers in de samenleving. Sociale integratie berust op drie „pijlers“: 1) huisvesting; 2) opleiding; en 3) werk (inclusief beroepsopleidingen). Daarnaast kunnen ook andere maatregelen worden toegepast, zoals counseling en vrijetijdsactiviteiten.

Sociale integratie wordt in het kader van het terugdringen van problematisch drugsgebruik veel minder toegepast dan drugsbehandelingen en dat betekent dat het overzicht en de rapportage op dit gebied ook veel gefragmenteerder zijn. Sommige landen maken weliswaar melding van kwalitatieve evaluaties van hun activiteiten op het gebied van de sociale reïntegratie, maar geen van die landen rapporteert op dit vlak een goede dekking. Alle rapporterende landen (Estland, Ierland, Malta, Nederland, Roemenië, Zweden en Noorwegen) constateren tekortkomingen in hun diensten en/of programma's die op sociale reïntegratie zijn gericht. Griekenland is de uitzondering op de regel, aangezien er in dit land zowel sprake is van een relatief breed scala aan programma's voor sociale reïntegratie als van betrouwbare gegevens over het aantal cliënten dat hierdoor wordt bereikt.

Vangsten en marktinformatie ⁽¹⁶⁴⁾

Productie, handel en inbeslagname van opiaten

Afghanistan is inmiddels uitgegroeid tot 's werelds verreweg grootste leverancier van illegale opium, zeker gezien het feit dat de totale grondoppervlakte die in dat land voor de opiumteelt wordt gebruikt, in 2004 nog verder is toegenomen. De wereldwijde productie van illegale opium wordt in 2004 geschat op ongeveer 4 850 ton (4 766 ton in 2003) waarvan 87 % in Afghanistan en 8 % in Myanmar is geproduceerd. De mondiale opiumproductie is de afgelopen vijf jaar gestabiliseerd, evenwel met uitzondering van 2001, toen het verbod dat het Taliban-regime op de teelt van opiumpapper had uitgevaardigd, tot een scherpe, zij het korte productiedaling heeft geleid. Wereldwijd werd de potentiële productie van heroïne in 2004 op 485 ton geschat (477 ton in 2003) (CND, 2005).

De heroïne die in de EU wordt gebruikt, wordt voornamelijk (en in toenemende mate) in Afghanistan en langs de handelsroutes voor opium (met name in Turkije) geproduceerd (UNODC, 2003; INCB, 2005). 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, een deel van Italië, Servië, Montenegro en Bosnië-Herzegovina) en een noordelijke tak (via Bulgarije, Roemenië, Hongarije en Oostenrijk). Het INCB (2005) meldt dat de noordelijke tak via de Balkan zich in 2003 tot de belangrijkste handelsroute voor heroïne heeft ontwikkeld. Sinds het midden van de jaren negentig vindt de heroïnesmokkel ook steeds vaker via de „zijderoute“ plaats, dat wil zeggen via Centraal-Azië, de Kaspische Zee en de Russische Federatie, Wit-Rusland of Oekraïne (nationale Reitox-verslagen, 2004; UNODC, 2003; CND, 2005; INCB, 2005). Hoewel dit de belangrijkste routes zijn, hebben er in 2003 ook elders incidentele vangsten plaatsgevonden van voor Europa bestemde heroïne, bijvoorbeeld in een aantal Oost- en West-Afrikaanse landen en in Amerika (CND, 2005; INCB, 2005).

Naast de invoer van heroïne, worden er ook opiaten in de EU zelf geproduceerd. Die productie is voornamelijk beperkt tot „home-made“ papaverproducten (zoals papaverconcentraten van fijngemalen papaverkronen of -stengels) in een aantal oostelijke EU-landen zoals Estland, Letland en Litouwen (nationale Reitox-verslagen, 2004). Dergelijke producten lijken in 2003 met name in Estland aan populariteit gewonnen te hebben.

Wat de hoeveelheid betreft, is wereldwijd de meeste heroïne ook in 2003 in Azië (56 %) en in Europa (34 %) in beslag genomen. De rol van Europa wordt hierbij steeds groter, met name door het gestegen aantal heroïnevangsten in Oost- en Zuidoost-Europese landen (CND, 2005). Sinds 1998 vinden de meeste heroïnevangsten (ook wat de in beslag genomen hoeveelheden betreft) in het Verenigd Koninkrijk plaats, gevolgd door Spanje wat het aantal heroïnevangsten, en Italië wat de in beslag genomen hoeveelheden betreft ⁽¹⁶⁵⁾. In 2002 was het Verenigd Koninkrijk goed voor ongeveer 30 % van zowel het totale aantal heroïnevangsten als de hoeveelheid in beslag genomen heroïne in de EU.

Over het algemeen is de hoeveelheid in beslag genomen heroïne ⁽¹⁶⁶⁾ in de EU de afgelopen vijf jaar gestegen, met een stabilisatie in 2000-2002, terwijl het aantal vangsten in diezelfde periode is gedaald. Uit de trends in de landen waarover gegevens beschikbaar zijn, kan echter ook worden opgemaakt dat het aantal heroïnevangsten en de hoeveelheid geconfisqueerde heroïne in de EU in 2003 zijn gedaald ⁽¹⁶⁷⁾.

In 2003 zijn er wederom fentanyl- en methylfentanylvangsten (synthetische opiaten die tot honderd keer sterker zijn dan heroïne) gerapporteerd in Estland. Daarnaast heeft Letland in 2003 de eerste 3-methylfentanylvangst gemeld en Oostenrijk de eerste

⁽¹⁶⁴⁾ Zie de „Interpretatie van vangsten en marktgegevens“, blz. 42.

⁽¹⁶⁵⁾ Dit dient getoetst te worden aan de hand van de ontbrekende gegevens over 2003 zodra deze beschikbaar zijn. Voor 2003 zijn er geen gegevens beschikbaar over het aantal heroïnevangsten in Italië, Cyprus, Nederland en Roemenië. Gegevens over zowel het aantal ecstasylvangsten als de in beslag genomen hoeveelheden ontbreken over 2003 voor Ierland en het Verenigd Koninkrijk.

⁽¹⁶⁶⁾ Zie tabel SZR-4 (deel i) in het Statistical Bulletin 2005.

⁽¹⁶⁷⁾ Zie tabel SZR-3 (deel i) in het Statistical Bulletin 2005.

fentanylvangst (in januari 2004). In Estland wordt de slechte kwaliteit van de heroïne die op de lokale markt beschikbaar is, sinds 2002 gecompenseerd door de introductie van beide synthetische opiaten onder namen als „white Chinese“, „white Persian“ of „synthetische heroïne“ (nationale Reitox-verslagen, 2004).

Hoewel het EWDD geen systematische gegevens over benzodiazepinevangsten verzamelt (een middel dat vaak als substituut voor heroïne wordt gebruikt), hebben Spanje, Litouwen, Zweden en Noorwegen in 2003 wel melding van dergelijke vangsten gemaakt (met name van rohypnol).

Prijs en zuiverheid van heroïne

In Europa is heroïne in twee vormen verkrijgbaar: de meest gangbare vorm is de bruine heroïne (de chemische basevorm), terwijl witte heroïne (een zoutvorm) beperkter verkrijgbaar en dus duurder is. Witte heroïne is meestal afkomstig uit Zuidoost-Azië. De gemiddelde straatprijs van bruine heroïne in de EU liep in 2003 uiteen van 27 EUR per gram in België tot 144 EUR per gram in Zweden, terwijl de prijs van witte heroïne varieerde van 25 EUR (Slowakije) tot 216 EUR (Zweden) per gram⁽¹⁶⁸⁾. Dit prijsverschil wordt waarschijnlijk veroorzaakt door de mate van zuiverheid van de verkochte drugs.

Buprenorfine: behandeling, misbruik en verkrijgbaarheid op recept, in EWDD-jaarverslag 2005: speciale kwesties

Sinds tien jaar wordt buprenorfine in Europa in toenemende mate voor de behandeling van opiatenverslavingen gebruikt als alternatief voor methadon. Oorspronkelijk is dit middel ontwikkeld als pijnstillert, maar eind jaren zeventig zijn de eerste pogingen ondernomen om buprenorfine voor de behandeling van opiatenverslavingen te gebruiken. In deze speciale kwestie wordt een overzicht gegeven van de introductie van buprenorfine in de EU van de vijftien lidstaten en van de verbreiding van dat gebruik in die oude en in de nieuwe lidstaten.

Er worden ook vergelijkingen gemaakt tussen de werking en de kosten van buprenorfine en methadon. Daarnaast wordt het aanbod aan buprenorfinebehandelingen in Europa beschreven en wordt een vergelijking gemaakt tussen de lidstaten die buprenorfine gebruiken bij de behandeling van opiatenverslavingen als primaire stof en de lidstaten die bij de behandeling met behulp van medicatie voornamelijk methadon gebruiken. Uit onderzoeksresultaten is gebleken dat ongeveer 20 % van de cliënten in de EU die op dit moment een therapie met behulp van medicatie volgen, buprenorfine krijgen. Daarbij dient wel vermeld te worden dat de meeste buprenorfinebehandelingen zich in slechts één land afspeelen (Frankrijk). Het gebruik van buprenorfine heeft

zich over veel landen verspreid, maar het feitelijke aantal cliënten is in het merendeel van de lidstaten nog beperkt.

Er wordt ook aandacht besteed aan eventueel misbruik van buprenorfine. Uit de eerste resultaten blijkt dat dit slechts in een paar landen regelmatig voorkomt en dat daar in andere landen vrijwel geen sprake van is. Er zijn enkele aanwijzingen dat het misbruik van buprenorfine gekoppeld is aan specifieke populaties of leeftijdscategorieën. In enkele gevallen is ook getracht om die specifieke groepen in kaart te brengen. Hoewel sterfgevallen als gevolg van buprenorfinemisbruik zeldzaam zijn, worden in de literatuur en door sommige Europese landen wel enkele gevallen gerapporteerd. Meldingen van sterfgevallen door buprenorfinemisbruik worden vergeleken met de meldingen die verband houden met sterfgevallen als gevolg van methadonmisbruik.

In deze speciale kwestie worden ook conclusies getrokken over de relatieve voordelen van buprenorfine en methadon bij de behandeling van opiatenverslavingen. Geconstateerd wordt dat buprenorfine de mogelijkheid biedt om behandelingen met behulp van medicatie op grotere schaal en eenvoudiger toegankelijk te maken.

Deze speciale kwestie is, uitsluitend in het Engels, op papier en via internet beschikbaar (<http://issues05.emcdda.eu.int>): „Buprenorphine: treatment, misuse and prescription practices“, in *EMCDDA annual report 2005: Selected issues*.

⁽¹⁶⁸⁾ Zie tabel PPP-2 (deel i) in het Statistical Bulletin 2005.

⁽¹⁶⁹⁾ Zie tabel PPP-6 (deel i) in het Statistical Bulletin 2005.

⁽¹⁷⁰⁾ De steekproef in Noorwegen is slechts klein ($n = 8$).



Hoofdstuk 7

Criminaliteit en gevangenisqwesties

Drugsgelateerde criminaliteit

De term „drugsgelateerde criminaliteit” verwijst naar strafbare feiten die zijn begaan onder invloed van drugs; om het drugsgebruik te financieren; als onderdeel van de werking van verboden drugsmarkten; en als overtreding van de drugswetgeving en (andere aanverwante) wet- en regelgeving. In de EU worden uitsluitend voor de laatste categorie „drugsdelicten” systematisch gegevens verzameld.

Aangiften van drugsdelicten ⁽¹⁷¹⁾ zijn een afspiegeling van verschillen in de manier waarop de nationale wetgeving gehandhaafd en toegepast wordt, alsmede van de middelen en prioriteiten die aan specifieke misdaden worden toegekend door de opsporings- en vervolgingsinstanties. Daarnaast bestaan er aanzienlijke 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 voor wat er wanneer wordt geregistreerd en op welke wijze dit gebeurt. Door deze verschillen is het erg moeilijk gegevens tussen de diverse EU-landen te vergelijken.

Tussen 1998 en 2003 is het aantal „aangiften” van drugsdelicten in de meeste EU-landen toegenomen. De grootste stijgingen (ten minste een verdubbeling) worden gemeld door Estland en Polen. Het aantal „aangiften” van drugsdelicten is in 2003 echter afgenomen in België, Spanje, Italië (sinds 2001), Hongarije, Malta, Oostenrijk en Slovenië (sinds 2002) ⁽¹⁷²⁾.

In de meeste lidstaten van de EU heeft het merendeel van de gerapporteerde drugsdelicten betrekking op het bezit en/of gebruik van drugs ⁽¹⁷³⁾, variërend van 39 % van alle drugsdelicten in Polen tot 87 % in Oostenrijk en het Verenigd Koninkrijk. In Tsjechië en in Luxemburg houdt respectievelijk 91 en 46 % van de gerapporteerde

Enkele cijfers over drugsgebruik en criminaliteit

Uit een enquête die in 2004 in Tsjechië is uitgevoerd, blijkt dat politiefunctionarissen op regionale hoofdbureaus het aantal „gewone” diefstallen en inbraken om aan geld voor drugs te komen, op 40 % respectievelijk 30 % schatten. Uit standaardgegevens over de geregistreerde criminaliteit blijkt dat 0,7 % van alle delicten in Tsjechië in 2003 onder invloed van verdovende middelen of psychotrope stoffen (met uitzondering van alcohol) zijn gepleegd (Tsjechisch nationaal verslag).

In Finland was het percentage moorden en geweldpleging dat tussen 2000 en 2003 onder invloed van illegale drugs plaatsvond, veel lager dan het percentage voor vergelijkbare criminele handelingen onder invloed van alcohol (6 % vergeleken met 64 % voor moorden en 2 % vergeleken met 71 % met betrekking tot geweldpleging) (Lehti en Kivivuori; geciteerd in het Finse nationale verslag). Hoewel de rol van drugs bij roofovervallen in de afgelopen tien jaar afgenomen lijkt te zijn, is de invloed van alcohol bij diefstallen nog steeds vrij groot (alcohol speelt bij 43 % van de diefstallen een rol terwijl slechts 9 % van de diefstallen onder invloed van drugs wordt gepleegd).

De „criminaliteit uit directe economische motieven” — criminele vergrijpen om aan verdovende middelen, substitutiemiddelen of alternatieve drugs te komen — is in Duitsland in 2003 afgenomen tot 2 568 gevallen, waarvan 70 % verband hield met het vervalsen van recepten of met diefstal van receptbriefjes (BKA, 2004).

Uit standaardgegevens van het ministerie van Binnenlandse Zaken in Letland blijkt dat 2,8 % van alle geconstateerde misdaden onder invloed van verdovende middelen is gepleegd (3,1 % in 2003) (Lets nationaal verslag).

drugsdelicten verband met het dealen in en smokkelen van drugs, terwijl in Italië en Spanje (waar het gebruik en bezit van drugs niet strafbaar is) alle drugsdelicten betrekking

⁽¹⁷¹⁾ De term „aangiften” van drugsdelicten staat tussen aanhalingstekens omdat deze uiteenlopende concepten bestrijkt die per land kunnen verschillen (processen-verbaal voor drugsdelicten, tenlasteleggingen van drugsdelicten e.d.). Voor een exacte definitie voor elk land wordt verwezen naar de *Methodological notes on definitions of „reports” for drug law offences* in het Statistical Bulletin 2005 (in de jaarverslagen tot en met 2001 is de term „aanhoudingen” gebruikt).

⁽¹⁷²⁾ Zie tabel DLO-1 (deel i) in het Statistical Bulletin 2005. Gegevens over „aangiften” van drugsdelicten waren over 2003 niet beschikbaar voor Denemarken, Duitsland, Ierland, Letland, Slowakije en het Verenigd Koninkrijk.

⁽¹⁷³⁾ Zie tabel DLO-2 in het Statistical Bulletin 2005.

hebben op het dealen in of smokkelen van drugs. Tot slot heeft 59 % van de strafbare feiten in Portugal⁽¹⁷⁴⁾ en Noorwegen⁽¹⁷⁵⁾ betrekking op een combinatie van het gebruiken/dealen van drugs en drugssmokkel.

Tussen 1998 en 2003 is het percentage drugsdelicten in verband met het gebruik/bezit van drugs gestegen in alle landen waarvoor gegevens beschikbaar zijn, met uitzondering van Portugal⁽¹⁷⁶⁾. Over het algemeen verliep die stijging langzaam, maar in België, Luxemburg en Slovenië — en in Ierland tot 2001 — is dat percentage sterker toegenomen. In Portugal is het aandeel van strafbare feiten vanwege drugsgebruik sinds 2000 (dat is één jaar voordat het gebruik en bezit van drugs in juli 2001 uit het strafrecht zijn gehaald) afgenomen⁽¹⁷⁷⁾. Tsjechië, Luxemburg, Oostenrijk en Slovenië hebben voor 2003 een daling gerapporteerd.

In de meeste lidstaten is cannabis als verboden drug het vaakst bij de gerapporteerde drugsdelicten betrokken⁽¹⁷⁸⁾: 39 % (Italië) tot 87 % (Frankrijk) van alle drugsdelicten in 2003. In Nederland hebben de meeste drugsdelicten met „harddrugs“⁽¹⁷⁹⁾ te maken, terwijl het in Tsjechië vooral om amfetaminen gaat (48 %). Het relatieve aandeel aan drugsdelicten dat betrekking heeft op specifieke drugs, wordt door een aantal factoren beïnvloed, waaronder de door de rechtshandhavende instanties gestelde prioriteiten en expliciete of impliciete strategische beslissingen om verschillende soorten drugsdelicten op een verschillende manier aan te pakken.

Sinds 1998 is er voor Duitsland, Spanje, Frankrijk, Ierland, Litouwen, Luxemburg, Malta en Portugal een afname te constateren van het percentage drugsdelicten waarbij cannabis⁽¹⁸⁰⁾ betrokken is, terwijl dat aandeel in België, Tsjechië, Nederland, Slovenië, Zweden en het Verenigd Koninkrijk stabiel is gebleven. In Italië en Oostenrijk is het percentage cannabisdelicten gedaald⁽¹⁸¹⁾.

In dezelfde periode is het percentage heroïnedelicten in alle EU-landen waarvoor gegevens beschikbaar zijn, gedaald, met uitzondering van Oostenrijk en het Verenigd Koninkrijk waar dat percentage juist is gestegen⁽¹⁸²⁾. Voor

cocaïnedelicten is er juist sprake van een opwaartse trend, aangezien dat percentage ten opzichte van alle drugsdelicten sinds 1998 in alle landen waarvoor gegevens beschikbaar zijn is afgenomen, met uitzondering van Duitsland⁽¹⁸³⁾.

Drugsgebruikers en het gevangeniswezen

Drugsgebruikers in de gevangenis

Er is zeer weinig nationale standaardinformatie beschikbaar over het soort drugsgebruik onder gevangenen en over de gebruikspatronen; de informatie die wel beschikbaar is, heeft bovendien een fragmentarisch karakter. Veel van de gegevens in Europa zijn afkomstig van ad-hoconderzoeken met steekproeven die een grote variatie in omvang vertonen. Daardoor is het erg moeilijk om uit dergelijke gegevens conclusies te trekken c.q. trends vast te stellen.

Vergeleken met de algemene bevolking zijn drugsgebruikers in gevangenschappen oververtegenwoordigd. Uit de meeste onderzoeken in de EU blijkt dat het „ooit“-gebruik van drugs onder gedetineerden meer dan 50 % bedraagt, maar deze percentages variëren sterk tussen gevangenispopulaties, gevangenschappen en landen (van 22 tot 86 %) ⁽¹⁸⁴⁾. De prevalentie van regelmatig drugsgebruik of van drugsverslaving in de periode voorafgaand aan de detentie loopt uiteen van 8 tot 73 % ⁽¹⁸⁵⁾.

Hoewel de meeste drugsgebruikers stoppen met drugs of hun drugsgebruik verminderen wanneer zij in de gevangenis terechtkomen, zijn er ook veel 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 onderzoeken blijkt dat tussen de 8 en 60 % van de gedetineerden aangeeft tijdens hun verblijf in de gevangenis drugs te hebben gebruikt; 10 tot 42 % rapporteert een regelmatig drugsgebruik ⁽¹⁸⁶⁾.

⁽¹⁷⁴⁾ In Portugal hebben drugsdelicten tegenwoordig uitsluitend betrekking op het „dealen in en smokkelen van drugs“ aangezien drugsgebruik en drugsbezit voor eigen gebruik sinds juli 2001 niet langer strafbaar zijn.

⁽¹⁷⁵⁾ In Noorwegen wordt geen onderscheid gemaakt tussen „dealen in en smokkelen van drugs“ en „drugsgebruik/dealen en drugssmokkel“. De resterende drugsdelicten worden dan ook uitsluitend met drugsgebruik in verband gebracht.

⁽¹⁷⁶⁾ Zie tabel DLO-4 in het Statistical Bulletin 2005.

⁽¹⁷⁷⁾ De wet die het gebruik en bezit van drugs uit het Wetboek van strafrecht haalt is in november 2000 aangenomen en in juli 2001 in werking getreden.

⁽¹⁷⁸⁾ Zie tabel DLO-3 in het Statistical Bulletin 2005.

⁽¹⁷⁹⁾ In Nederland worden „harddrugs“ gedefinieerd als verdovende middelen met een onaanvaardbaar risico voor de volksgezondheid, zoals heroïne, cocaïne, ecstasy en LSD.

⁽¹⁸⁰⁾ De volgende landen hebben ten aanzien van drugsdelicten trendmatige uitsplitsingen verstrekt naar de betrokken drugs: België, Tsjechië, Duitsland, Spanje, Frankrijk, Ierland, Italië, Litouwen, Luxemburg, Malta, Nederland (alleen „cannabis/softdrugs“ en „harddrugs“), Oostenrijk, Portugal, Slovenië, Zweden en het Verenigd Koninkrijk.

⁽¹⁸¹⁾ Zie tabel DLO-5 in het Statistical Bulletin 2005.

⁽¹⁸²⁾ Zie tabel DLO-6 in het Statistical Bulletin 2005.

⁽¹⁸³⁾ Zie tabel DLO-7 in het Statistical Bulletin 2005.

⁽¹⁸⁴⁾ Zie tabel DUP-1 in het Statistical Bulletin 2005.

⁽¹⁸⁵⁾ Zie tabel DUP-5 (bijlage) in het Statistical Bulletin 2005.

⁽¹⁸⁶⁾ Zie tabel DUP-3 in het Statistical Bulletin 2005.

Het percentage gevangenen dat ooit drugs via injectie heeft gebruikt, ligt tussen de 15 en 50 %. In sommige onderzoeken wordt echter melding gemaakt van heel lage percentages (slechts 1 %) of juist van heel hoge percentages (69 %). Uit vergelijkbare gegevens (Oostenrijk 1999, Engeland en Wales 1997-1998) blijkt dat jonge gedetineerden minder vaak injecteren dan volwassenen en dat er onder vrouwelijke gedetineerden procentueel meer drugs spuiters voorkomen dan onder mannelijke gedetineerden⁽¹⁸⁷⁾. Op basis van een aantal studies in de EU constateren Bird en Rotily (2002) dat ongeveer eenderde van de mannelijke gevangenen drugs injecteert. Uit de verstrekte gegevens van de focal points van het Reitox-netwerk blijkt dat tussen de 0,2 en 34 % van de gedetineerden⁽¹⁸⁸⁾ tijdens hun verblijf in de gevangenis drugs heeft geïnjecteerd. Om een eventuele verspreiding van infectieziekten te voorkomen, zal er dan ook aandacht besteed moeten worden aan de beschikbaarheid van steriel injectiemateriaal en aan het op hygiënische wijze delen van spuiten onder de gevangenispopulatie.

Hulpverlening voor en behandeling van drugsgebruikers in gevangenissen

Alle lidstaten en kandidaat-lidstaten hanteren bepaalde systemen voor de hulpverlening aan drugsgebruikers in gevangenissen, hoewel er een grote variatie bestaat in het aanbod en de beschikbaarheid van de voorzieningen. In het algemeen wordt wel steeds vaker onderkend dat gedetineerden eenzelfde recht op toegang tot medische zorg hebben als andere burgers; dat geldt ook voor de ondersteuning en behandeling van drugsgebruikers (Regionaal kantoor voor Europa van de WHO, 2002; nationale verslagen van Ierland, Litouwen en Finland). Voorzieningen waarover gedetineerden zouden moeten beschikken, zijn onder meer preventieve faciliteiten (inclusief drugsvrije programma's), detoxificatiebehandelingen, behandelingen met methadon en andere substitutiemiddelen, counseling en voorlichting.

Diverse landen maken echter melding van uiteenlopende problemen bij het verstrekken van de benodigde zorg en ondersteuning. De beschikbaarheid van de voorzieningen in Estland is bijvoorbeeld wisselvallig; voor drugsgebruikers in Letland zijn er geen speciale faciliteiten; Polen kent een lange wachtlijst voor behandelingen; Zweden rapporteert overvolle gevangenissen en bezuinigingen op personeel; en in Roemenië is er geen adequate wet- en regelgeving op dit punt. Cyprus kent weliswaar geen geïntegreerd programma voor de ondersteuning van gedetineerde drugsgebruikers, maar in dit land worden wel enkele preventieve maatregelen genomen.

Algemene preventiestrategieën hebben meestal betrekking op voorlichting en training. In de meeste lidstaten en

kandidaat-lidstaten zijn dergelijke activiteiten zowel op drugsgebruikende gedetineerden als het gevangenispersoneel gericht. Tot de landen die dit soort preventieve activiteiten rapporteren, behoren Estland, Spanje, Cyprus, Hongarije, Roemenië en Slovenië (nationale Reitox-verslagen).

Een andere preventieve maatregel is het creëren van drugsvrije afdelingen in gevangenissen. Gedetineerde drugsgebruikers kunnen op vrijwillige basis op een dergelijke afdeling worden geplaatst, meestal na het ondertekenen van een schriftelijke verklaring dat zij met bepaalde voorwaarden akkoord gaan, zoals periodieke urinetests. Alle vijftien oude lidstaten en de meeste nieuwe lidstaten maken gebruik van drugsvrije afdelingen. Uit een evaluatie van de drugsvrije zone in een Oostenrijkse gevangenis blijkt dat gedetineerden van deze afdeling significant minder vaak opnieuw worden veroordeeld na hun vrijlating (35 %) dan vrijgelaten gedetineerden van „normale” afdelingen (62 %).

In gevangenissen is een drugsvrije behandeling de meest gebruikte behandelingsmethode. Deze wordt in alle lidstaten toegepast (met uitzondering van Cyprus en Letland) hoewel het aanbod tussen landen uiteenloopt. In veel landen vindt ook via behandelcentra in de burgermaatschappij ondersteuning, behandeling en nazorg plaats. Dat geldt bijvoorbeeld voor België, Tsjechië, Griekenland, Luxemburg en het Verenigd Koninkrijk.

In de meeste landen is het aanbod van onderhoudsbehandelingen met substitutiemiddelen in gevangenissen beperkter dan daarbuiten. Alleen in Spanje wordt veel gebruikgemaakt van dergelijke behandelingen en 18 % van alle gevangenen (82 % van de problematische drugsgebruikende gedetineerden) volgt in dit land een onderhoudsbehandeling. Ook in Luxemburg wordt veel gebruikgemaakt van onderhoudsbehandelingen. Tot de landen die een aanzienlijke toename in het aanbod van therapieën met behulp van medicatie rapporteren, behoren Frankrijk (voornamelijk met buprenorfine) en Ierland (nationale Reitox-verslagen). In Nederland komen alleen kortgestrafte gedetineerden die vóór hun detentie methadon gebruikten, in aanmerking voor een behandeling met behulp van medicatie, terwijl het eerste programma op basis van een methadonbehandeling in Polen van start is gegaan met veertien cliënten in voorlopige hechtenis.

Nieuwe ontwikkelingen in het terugdringen van de verspreiding van infectieziekten in gevangenissen

In 2003 is de preventie van de verspreiding van hiv in Estland verbeterd. Ten opzichte van 2002 is het aantal primaire hiv-tests in dit land met een factor 2,6 toegenomen, terwijl het aantal positieve tests slechts

⁽¹⁸⁷⁾ Zie tabel DUP-2 in het Statistical Bulletin 2005.

⁽¹⁸⁸⁾ Zie tabel DUP-4 in het Statistical Bulletin 2005.

licht is gestegen. De counselingfaciliteiten voor en na de tests zijn ook verbeterd, zowel in kwantitatief als kwalitatief opzicht. In samenwerking met een aantal niet-gouvernementele organisaties (NGO's) zijn er in Roemenië programma's ontwikkeld voor de preventie van de verspreiding van hiv/aids in penitentiaire inrichtingen en onder gevangenen.

Spanje is het enige land dat in gevangenisstraf op een systematische wijze gebruikmaakt van omruilprogramma's voor naalden en spuiten. In 2003 zijn daar in totaal 18 260 spuiten gedistribueerd. Voornamelijk bestaan er in andere lidstaten en kandidaat-lidstaten geen plannen om ook dergelijke programma's uit te voeren.

Alternatieven voor gevangenisstraf: problematische drugsgebruikende delinquenten in de EU, in EWDD-jaarverslag 2005: speciale kwesties

De gevangenis heeft een bijzonder negatief effect op problematische drugsgebruikers en er bestaat brede politieke consensus over het toepassen van het behandelprincipe als alternatief voor gevangenisstraf. Tot de alternatieve straffen voor drugsgebruikende delinquenten behoren een scala aan sancties die tijdelijk of definitief kunnen leiden tot een uitstel van gevangenisstraf of dienen ter voorkoming en vervanging van of als aanvulling op gevangenisstraffen voor drugsgebruikers die een delict hebben gepleegd waar doorgaans bij nationale wet een gevangenisstraf op staat. In deze speciale kwestie wordt de nadruk gelegd op maatregelen die een drugsgerelateerde behandelcomponent omvatten.

Sinds de jaren zestig is op basis van verdragen, strategieën en actieplannen van zowel de VN als de EU herhaaldelijk het beginsel bevestigd en benadrukt dat behandelingen, voorlichting en reïntegratiemogelijkheden moeten worden aangeboden als alternatieven voor veroordelingen en straffen voor drugsgerelateerde delicten. Dit is ook als zodanig omgezet in de nationale wetgeving van de lidstaten. Ook de strafrechtelijke systemen, de maatschappelijke dienstverlening en het gezondheidszorgstelsel zijn dienovereenkomstig aangepast. Met name jonge drugsgebruikers lopen een groter risico om in een vicieuze cirkel van drugs en criminaliteit terecht te komen en er wordt vooral alles in het werk gesteld om gevangenisstraffen voor jonge drugsdelinquenten zo veel mogelijk te voorkomen.

Het ten uitvoer leggen van alternatieve maatregelen voor gevangenisstraffen brengt echter bepaalde problemen met zich mee als gevolg van de verschillende bestuursrechtelijke systemen en de uiteenlopende, onderliggende beginselen. Op dit moment wordt er met behulp van organisatiestructuren en initiatieven voor een betere coördinatie tussen politie, rechtbanken, gevangenisstraf en de drugshulpverlening getracht om de kloof te overbruggen die er bestaat tussen het

strafrechtelijke systeem enerzijds en de maatschappelijke dienstverlening en gezondheidszorg anderzijds. Vaak blijken informele samenwerkingsmechanismen op lokaal niveau de basis te hebben gevormd voor meer stabiele institutionele samenwerkingsvormen.

In de afgelopen decennia is er in de EU van de vijftien oude lidstaten toenemend gebruikgemaakt van alternatieven voor gevangenisstraffen, hoewel die ontwikkeling onlangs in een aantal landen is gestagneerd. De wetgeving en tenuitvoerlegging met betrekking tot alternatieve straffen zijn in de „nieuwe” lidstaten pas later op gang gekomen. In het algemeen wordt voor de behandeling van delinquenten met een problematisch drugsgebruik een beroep gedaan op het reguliere systeem voor drugsbehandelingen. In de meeste landen vinden die behandelingen in een intramurale setting plaats, maar er zijn ook mogelijkheden voor het volgen van extramurale behandelprogramma's.

Er zijn maar weinig Europese evaluatieonderzoeken gedaan naar de toepassing van behandelingen als alternatief voor gevangenisstraffen en de resultaten van die onderzoeken zijn deels ambivalent. Net als bij het onderzoek naar andere behandelingen blijkt echter ook in dit geval dat het volledig afronden van een behandeling de belangrijkste indicator voor het succes ervan is; de uitvalpercentages vormen dan ook een van de grootste problemen bij de alternatieven voor gevangenisstraffen. Er zijn aanwijzingen dat de kwaliteit van de toegepaste behandelingen belangrijker is voor het welslagen ervan dan de wijze waarop de cliënt in die behandeling terecht is gekomen. Behandelingen als alternatieven voor gevangenisstraf hebben de meeste kans op succes indien de verslaafden gemotiveerd zijn voor de behandeling, en de zorgvoorzieningen goede klinische normen hanteren en over voldoende en gekwalificeerd personeel beschikken.

Deze speciale kwestie is, uitsluitend in het Engels, op papier en via internet beschikbaar (<http://issues05.emcdda.eu.int>): „Alternatives to imprisonment: targeting offending problem drug users in the EU”, in *EMCDDA annual report 2005: Selected issues*.



Referenties

- ACMD (2000), *Reducing drug-related deaths. A Report by The Advisory Council on the Misuse of Drugs*, The Stationery Office, Londen.
- ACPO (2003), *Cannabis enforcement guidance*, ACPO, Londen.
- Ashton, M. (2003), 'The American STAR comes to England', *Drug and Alcohol Findings* 8, blz. 21–26.
- ASPECT Consortium (2004), *Tobacco or Health in the European Union*, Bureau voor officiële publicaties der Europese Gemeenschappen, Luxemburg (http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/tobacco_fr_en.pdf).
- Bandura, A. (1977), *Social learning theory*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Bargagli, A. M. et al. (2004), *Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries*, Zesde Europad-conferentie, Parijs.
- Becoña, E. (2002), *Bases Científicas de la Prevención de las Drogodependencias*, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Madrid.
- Bird, S. en Rotily, M. (2002), 'Inside methodologies for counting blood-borne viruses and injector-inmates' behavioural risks — results from European prisons', *Howard Journal* 41(2).
- BKA (Bundeskriminalamt) (2004), *Polizeiliche Kriminalstatistik 2003 Bundesrepublik Deutschland*. BKA, Wiesbaden.
- Blystad, H., Blad, L., Tulisov, A. en Aavitsland, P. (2005), 'Hepatitis B in northwest Russia and the Nordic and Baltic countries: recent trends and prevention activities', *Eurosurveillance Weekly* 10: 050310 (<http://www.eurosurveillance.org/ew/2005/050310.asp>).
- Botvin, G. J. (2000), 'Preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiological factors', *Addictive Behaviours* 25, blz. 887-897.
- Bovenkerk, F. en Hogewind, W. I. M. (2002), *Hennepteelt in Nederland: het probleem van criminaliteit en haar bestrijding*, Willem Pompe Instituut voor Strafrechtswetenschappen, Utrecht.
- Brugal, M. T., Domingo-Salvany, A., Puig, R., et al. (2005), 'Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and Aids in a cohort of heroin users in Spain', *Addiction*, in druk.
- Butler, G. K. L. en Montgomery, A. M. J. (2004), 'Impulsivity, risk taking and recreational „ecstasy“ (MDMA) use', *Drug and Alcohol Dependence* 76, blz. 55–62.
- Butters, J. E. (2004), 'The impact of peers and social disapproval on high-risk cannabis use: gender differences and implications for drug education', *Drugs: Education, Prevention and Policy* 11, blz. 381–390.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., et al. (2003), *Enjoying the nightlife in Europe: the Role of moderation*, IREFREA España, Palma de Mallorca (www.irefrea.org).
- Canning, U., Millward, L., Raj, T. en Warm, D. (2004), *Drug use prevention among young people: a review of reviews*, Health Development Agency, Londen.
- CND (2004), *World drug situation with regard to drug trafficking: report to the secretariat*, Commission on Narcotic Drugs, Verenigde Naties, Economische en Sociale Raad, Wenen.
- CND (2005), *World drug situation with regard to drug trafficking: report to the secretariat*, Commission on Narcotic Drugs, Verenigde Naties, Economische en Sociale Raad, Wenen.
- Cuijpers, P., et al. (2002), 'The effects of drug abuse prevention at school: the healthy school and drugs project', *Addiction* 97, blz. 67–73.
- Cunningham, J. A. (2001), 'Impact of normative feedback on problem drinkers: a small-area population study', *Journal of Studies on Alcohol* 62, blz. 228–233.
- De Wit, A. en Bos, J. (2004) 'Cost-effectiveness of needle and syringe exchange programmes: a review of the literature', In *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options*, EMCDDA Monographs 7, Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving, Lissabon, blz. 329–43.
- Drug Misuse Research Division (2004), 'Trends in treated problem opiates use in the seven health board areas outside the Eastern Regional Health Authority, 1998 to 2002', *Occasional Paper No. 13/2004*, Drug Misuse Research Division, Dublin.
- EWDD (2001), 'Co-ordination of the implementation of the EMCDDA standard guidelines on the drug-related deaths in the EU Member States, and the collection and analysis of information on drug-related deaths', project CT.99.RTX.04, gecoördineerd door het Trimbos-instituut, Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving, Lissabon.
- EWDD (2003), 'National prevalence estimates of problem drug use in the European Union, 1995–2000', CT.00.RTX.23, gecoördineerd door het Institut für Therapieforchung, München, Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving, Lissabon (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1372>).
- EWDD (2004a), *Jaarverslag 2004: Stand van de drugsproblematiek in de Europese Unie en Noorwegen*, Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving, Lissabon.
- EWDD (2004b), 'Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options', *EWDD Monographs* 7, Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving, Lissabon. (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=428>).
- EWDD (2004c), *Drugs in beeld 13. Overdosis — een belangrijke oorzaak van vermijdbare sterfgevallen onder jongeren*, Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving, Lissabon.
- Eurobarometer (2004), 'Young people and drugs', *Flash Eurobarometer 158*, Taylor Nelson Sofres, directoraat-generaal Pers en communicatie, Europese Commissie, Brussel.
- EuroHIV (Europees Centrum voor de epidemiologische controle van aids) (2004), *HIV/Aids Surveillance in Europe, End-year report, 2003, nr. 70*, Institut de Veille Sanitaire, Saint-Maurice.
- Eurostat (2002), *Health statistics: Key data on health 2002*, Bureau voor officiële publicaties der Europese Gemeenschappen, Luxemburg, blz. 58.

- Eysenbach, G., Powell, J., Englesakis, M., et al. (2004), 'Health related virtual communities and electronic support groups: systematic review of the effects of online peer-to-peer interactions', *BMJ* 328, blz. 1166.
- FSW (Fonds Soziales Wien) (2004), *Jahresbericht 2003*, Fonds Soziales Wien, Wenen.
- Ghuran, A. en Nolan, J. (2000), 'Recreational drug misuse: issues for the cardiologist', *Heart* 83, blz. 627–633.
- Gowing, L., Farrell, M., Bornemann, R. en Ali, R. (2005), 'Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection' (review), *The Cochrane Library*, 2005, deel 2 (www.thecochranelibrary.com).
- GLADA (Greater London Alcohol and Drug Alliance) (2004), *An evidence base for London crack cocaine strategy*, Greater London Alcohol and Drug Alliance, Londen (http://www.london.gov.uk/mayor/health/drugs_and_alcohol/docs/coc_strategy_evidence.pdf).
- Haasen, C. (2003), Speech in het kader van de 'Conference on treatment monitoring in the EU and the EU action plan on drugs 2000-2004' bij het EWDD, november 2003.
- Hawks, D., Scott, K., McBride, N., et al. (2002), *Prevention of psychoactive substance use: a selected review of what works in the area of prevention*, Wereldgezondheidsorganisatie, Genève.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson, T., et al. (2004), *The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European Countries*, de Zweedse Raad voor informatie over alcohol en andere drugs (CAN) en de Pempidou-groep van de Raad van Europa.
- Hwang, S. (2001), 'Mental illness and mortality among homeless people', *Acta Psychiatrica Scandinavica* 103, blz. 81–82.
- INCB (2005), *Report of the International Narcotics Control Board 2004*, United Nations International Narcotics Control Board: New York.
- Korkeila, J. (2000), *Measuring aspects of mental health*, Themes 6/2000, STAKES: Helsinki.
- Kumpfer, K. L., Alvarado, R. en Whiteside, H. O. (2003), 'Family-based interventions for substance use and misuse prevention', *Substance Use and Misuse* 38, blz. 1759–1787.
- Leppin, A. (2004), Vortrag zur schulischen Suchtprävention im Rahmen der Fachtagung 'Qualität schulischer Suchtprävention' d.d. 20.4.2004 in Kärnten (<http://www.schule.at/community>).
- Macchia, T., Giannotti, F. C. en Taggi, F. (2004), *I servizi e le sostanze ricreative: una rilevazione clinica in Italia*, FrancoAngeli, Milaan.
- Matheï, C., Robaey, G., van Damme, P., et al. (2005), 'Prevalence of hepatitis C in drug users in Flanders: determinants and geographic differences', *Epidemiology and Infection* 133, blz. 127–136.
- Mendes, F., Relvas, A. P., Olaio, A., et al. (2001), *The challenge of prevention of drug use*, IREFREA España, Palma de Mallorca (www.irefrea.org).
- Mol, A., Van Vlaanderen, J. L. en De Vos, A. (2002), *Ontwikkeling van de cocaïne-hulpvraag in de ambulante verslavingszorg 1994-2000*, IVZ, Houten.
- Morral, A. R., McCaffrey, D. F. en Paddock, S. M. (2002), 'Reassessing the marijuana gateway effect', *Addiction* 97, blz. 1493–1504.
- National Treatment Agency (NTA) (2003), 'New guidance on injectable heroin and injectable methadone treatment for opiate misusers', persbericht d.d. 13 juni 2003 (<http://www.nta.nhs.uk>).
- National Treatment Agency (NTA) (2004), '54 per cent more drug misusers get treatment in England', persbericht d.d. 30 september 2004 (<http://www.nta.nhs.uk>).
- Ouwehand, A., Van Alem, V., Mol, A. en Boonzajer Flaes, S. (2004), *Key figures addiction care 2003*, IVZ, Houten (<http://www.sivz.nl>).
- Pijlman, F. T. A., Krul, J. en Niesink, R. J. M. (2003), *Uitgaan en veiligheid: feiten en fictie over alcohol, drugs en gezondheidsverstoringen*, Trimbos-instituut, Utrecht.
- 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.
- Quensel, S. (2004), *Das Elend der Suchtprävention*, Verlag für Sozialwissenschaften (VS), Wiesbaden.
- Reis, J., Riley, W., Lokman, L. en Baer, J. (2000), 'Interactive multimedia preventive alcohol education: a technology application in higher education', *Journal of Drug Education* 30, blz. 399–421.
- Reitox national reports (2004) (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435>).
- Rhodes, T., Lilly, R., Fernández, C., et al. (2003), 'Risk factors associated with drug use: the importance of „risk environment„', *Drugs: Education, Prevention and Policy* 10, blz. 303–329.
- Rigter, H., Van Gageldonk, A., Ketelaars, T. en Van Laar, M. (2004), *Hulp bij probleemgebruik van drugs: stand van wetenschap voor behandelingen en andere interventies, 2004*, Trimbos-instituut/Nationale Drug Monitor (NDM), Utrecht.
- SAMHSA, Office of Applied Studies, 2003 National Survey on Drug Use and Health (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).
- Solberg, U., Burkhart, G. en Nilson, M. (2002), 'An overview of opiate substitution treatment in the European Union and Norway', *International Journal of Drug Policy* 13, blz. 477–484.
- Sullivan, L. E., Metzger, D. S., Fudala, P. J. en Fiellin, D. A. (2005), 'Decreasing international HIV transmission: the role of expanding access to opioid agonist therapies for injection drug users', *Addiction* 100, blz. 150–158.
- Sussman, S., Earleywine, M., Wills, T., et al. (2004), 'The motivation, skills and decision-making model of „drug abuse“ prevention', *Substance Use and Misuse* 39, blz. 1971–2016.
- Taylor, B. J. (2000), 'Modeling prevention program effects on growth in substance use: analysis of five years of data from the Adolescent Alcohol Prevention Trial', *Prevention Science* 1, blz. 183–197.
- Terweij, M. en Van Wamel, A. (2004), *Ouders aan zet: opvoedingsondersteuning en verslavingspreventie voor allochtonen: succes- en faalfactoren*, GGZ Nederland, Utrecht.
- UNODC (2002), *Contemporary drug abuse treatment: a review of the evidence base*, United Nations Office on Drugs and Crime, Wenen.
- UNODC (2003a), *Global illicit drug trends 2003*, United Nations Office on Drugs and Crime, Wenen.
- UNODC (2003b), *Ecstasy and amphetamines: global Survey 2003*, United Nations Office on Drugs and Crime, Wenen.
- UNODC en de regering van Marroko (2003), *Morocco cannabis survey 2003*, United Nations Office on Drugs and Crime, Wenen.
- WHO (1998), *Opioid overdose: trends, risk factors, interventions and priorities for action*, Wereldgezondheidsorganisatie, Programme on Substance Abuse, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, Genève.
- WHO (2004), 'Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/Aids among injecting drug users', *Evidence for action technical papers*, WHO, Genève.
- WHO (2005), 'Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users', *Evidence for action technical papers*, definitieve versie, maart 2005, WHO, Genève.
- WHO Regionaal kantoor voor Europa (2002), *Prisons, Drugs and Society, A Consensus Statement on Principles, Policies and Practices*, Regionaal kantoor voor Europa van de WHO, Genève.

Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving

Jaarverslag 2005 — Stand van de drugsproblematiek in Europa

Luxemburg: Bureau voor officiële publicaties der Europese Gemeenschappen
2005 — 90 blz. — 21 x 29,7 cm
ISBN 92-9168-230-6

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.eu.int>),
- 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.