



Europees Waarnemingscentrum
voor drugs en drugsverslaving

NL

ISSN 2314-9159

Europees Drugs Rapport

Trends en ontwikkelingen

2013



Europees Waarnemingscentrum
voor drugs en drugsverslaving

| Europees | Drugs | Rapport

Trends en ontwikkelingen

2013

| Mededeling

Deze uitgave is eigendom van het Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving (EMCDDA) en is auteursrechtelijk beschermd. Het EMCDDA wijst elke verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van de hand voor mogelijke gevolgen die voortvloeien uit het gebruik van gegevens uit dit document. De inhoud van deze uitgave geeft niet noodzakelijkerwijs de officiële standpunten weer van de partners van het EMCDDA, van de lidstaten van de EU of van instellingen of agentschappen van de Europese Unie of Europese Gemeenschappen.

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

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

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

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

Dit verslag is beschikbaar in het Bulgaars, Spaans, Tsjechisch, Deens, Duits, Ests, Grieks, Engels, Frans, Italiaans, Lets, Litouws, Hongaars, Nederlands, Pools, Portugees, Roemeens, Slowaaks, Sloveens, Fins, Zweeds en Noors.

Bibliografische gegevens bevinden zich aan het eind van deze uitgave.

Luxemburg: Bureau voor publicaties van de Europese Unie, 2013

ISBN 978-92-9168-620-9

doi:10.2810/90330

© Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving, 2013
Overname is toegestaan, mits de bron wordt vermeld.

Printed in Spain

GEDRUKT OP CHLOORVRIJ GEBLEEKT PAPIER



Europees Waarnemingscentrum
voor drugs en drugsverslaving

Cais do Sodré, 1249-289 Lissabon, Portugal
Tel. +351 211210200
info@emcdda.europa.eu | www.emcdda.europa.eu

| Inhoudsopgave

5	Voorwoord
9	Inleiding en dankbetuiging
11	SAMENVATTING Oude en nieuwe drugsproblemen — het Europese landschap in 2013
17	HOOFDSTUK 1 Drugsaanbod in Europa
31	HOOFDSTUK 2 Drugsgebruik en drugsgerelateerde problemen
49	HOOFDSTUK 3 Aanpak van drugs
61	HOOFDSTUK 4 Drugsbeleid
67	BIJLAGE Nationale gegevenstabellen

Voorwoord

Dit jaar wordt het EMCDDA's jaarlijkse analyse van de drugssituatie in een nieuwe uitvoering gepresenteerd. Het pakket van het Europees drugs rapport over de drugssituatie (EDR) 2013, bestaande uit een aantal gekoppelde producten, is bedoeld als gemeenschappelijk toegangspunt tot het werk van het EMCDDA en biedt verschillende doelgroepen eenvoudige toegang tot de specifieke informatie die zij nodig hebben. Het rapport geeft een analyse die accurater en interactief is, en meer wijst op onderlinge verbanden. Deze ontwikkelingen zijn noodzakelijk om gelijke tred te houden met de snel veranderende drugssituatie en de groeiende behoefte en veranderende verwachtingen van onze doelgroepen.

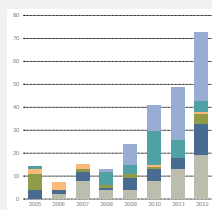
In het EDR-pakket staat dit rapport centraal (ook beschikbaar online). Het biedt een hoogwaardig overzicht van trends en ontwikkelingen. De bijhorende 'Perspectives on drugs' (POD's) geven een beter inzicht in belangrijke vraagstukken, waaronder dit jaar nieuwe behandelmethode voor hepatitis C, cannabisgebruik met een verhoogd risico en de controle ten aanzien van nieuwe psychoactieve middelen die in steeds ruimere mate voorhanden zijn. Het Statistical bulletin en de Landenoverzichten geven extra lagen aan het pakket met gegevens en analyses op nationaal niveau.

EUROPEES DRUGS RAPPORT 2013

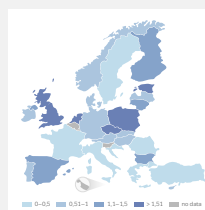
een aantal onderling verbonden componenten bieden volledige toegang tot de beschikbare gegevens en analyses van het drugsproblematiek in Europa



Trends en ontwikkelingen
leveren een hoogwaardige analyse van belangrijke ontwikkelingen



Statistical bulletin
bevat volledige gegevensmatricesdata, verklarende figuren en methodologische informatie



Landenoverzichten
nationale gegevens en analyses binnen handbereik



Perspectives on drugs
interactieve vensters voor belangrijke vraagstukken

Deze benadering valt samen met de lancering van een nieuwe drugsstrategie van de EU voor 2013-2020, waarin de Europese Unie opnieuw bevestigt zich in te zetten voor een evenwichtige en wetenschappelijk onderbouwde aanpak van de drugsproblematiek. Een belangrijk onderdeel van de missie van het EMCDDA is het verstrekken van de nodige informatie om uitvoering te geven aan deze strategie. Een groot aantal positieve ontwikkelingen rond drugs in Europa is het resultaat van een debat dat wordt gevoed door een steeds betere kennis van de problemen en een strenge wetenschappelijk

onderbouwde toetsing van de maatregelen die nodig zijn om de problemen het hoofd te bieden. Wij zijn trots op de rol die het EMCDDA daarin heeft.

Wij zijn ons echter evenzeer bewust van de uitdagingen die voor ons liggen. De drugsstrategie van de EU zal moeten kunnen omgaan met een nieuw politiek landschap, waarvan een groot aantal aspecten in dit rapport aan de orde komt, zoals de noodzakelijke verbetering van de dienstverlening aan gedetineerde druggebruikers en de toenemende rol van synthetische drugs. De strategie wordt ingevoerd in een periode van economische onzekerheid en grote, wereldwijde ontwikkelings- en sociale veranderingen. Globalisering en technologische innovatie zijn van invloed op alle aspecten van het moderne leven. Het zal niet verbazen dat dit ook voor de drugsproblematiek geldt. Als informatie verstrekking agentschap reageren wij hierop met actuele en flexibele middelen, die een breed gebied beslaan. Wij geloven dat het EDR 2013 — zowel wat betreft inhoud als vorm — een belangrijke stap voorwaarts is om deze uitdagingen aan te gaan. Of het nu gaat om een snelle toegang tot een strategisch overzicht van de drugssituatie of om een diepgaande analyse van de statistische gegevens, wij hopen dat het EDR 2013 een waardevol en gebruikersvriendelijk toegangspunt is tot de omvangrijke bronnen die inmiddels op dit gebied beschikbaar zijn.

João Goulão

voorzitter van de raad van bestuur van het EMCDDA

Wolfgang Götz

directeur van het EMCDDA

| Inleiding en dankbetuiging

Dit rapport is gebaseerd op informatie die de lidstaten van de EU, de kandidaat-lidstaten Kroatië en Turkije, alsook Noorwegen aan het EMCDDA hebben verstrekt.

De statistische gegevens in dit rapport hebben betrekking op 2011, of het meest recente jaar waarover informatie beschikbaar is. De Europese totaalcijfers en trends zijn gebaseerd op die landen die voldoende en relevante gegevens hebben geleverd voor de betreffende periode. Met de gegevensanalyse wordt een prioriteitsrangorde aangebracht in niveaus, trends en geografische spreiding. De nodige technische beperkingen en kwalificaties van de gegevens zijn te vinden in de online versie van dit rapport in het Engels en in het Statistical Bulletin 2013 van het EMCDDA, met informatie over de methodologie, de rapporterende landen en de jaren waarover wordt gerapporteerd. Daarnaast bevat de online versie links naar andere bronnen.

Het EMCDDA wil de volgende personen en instanties danken voor hun bijdrage aan dit jaarrapport:

- | de hoofden van de nationale focal points van het Reitox-netwerk en hun medewerkers;
- | de instanties en deskundigen in de lidstaten die de ruwe gegevens voor dit rapport hebben verzameld;
- | de leden van de raad van bestuur en de Wetenschappelijke Commissie van het EMCDDA;
- | het Europees Parlement, de Raad van de Europese Unie — in het bijzonder de Horizontale Groep Drugs — en de Europese Commissie;
- | het Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding (ECDC), het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA) en Europol;
- | de Pompidou-groep van de Raad van Europa, het UNODC (Bureau voor drugs en criminaliteit van de Verenigde Naties), het Regionaal Kantoor voor Europa van de Wereldgezondheidsorganisatie, Interpol, de Werelddouaneorganisatie, het Europees schoolenquêteproject inzake alcohol en andere drugs (ESPAD) en de Zweedse Raad voor informatie over alcohol en andere drugs (CAN);
- | het Vertaalbureau voor de organen van de Europese Unie, Missing Element Design en Composiciones Rali.

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, de kandidaat-lidstaten en bij de Europese Commissie. Onder de verantwoordelijkheid van de nationale regeringen zijn de focal points de nationale instanties die het EMCDDA drugsinformatie verstrekken. De contactgegevens van de nationale focal points zijn te vinden op de EMCDDA-website.

Samenvatting

De drugsmarkt lijkt op dit moment vloeier en dynamischer te zijn, en ook minder georganiseerd rondom middelen die afkomstig zijn van planten die over lange afstanden worden vervoerd naar gebruikersmarkten in Europa

Oude en nieuwe drugsproblemen — het Europese landschap in 2013

De belangrijkste kenmerken van het Europese drugslandschap zijn de laatste jaren relatief stabiel gebleven. Hoewel het drugsgebruik historisch hoog blijft, zijn positieve veranderingen zichtbaar, met een recordniveau aan behandelaanbod en een aantal tekenen die duiden op een afname van injecterend druggebruik, van nieuw heroïnegebruik, van cocaïnegebruik en van het roken van cannabis. Dit optimisme moet wel enigszins worden getemperd, omdat de jeugdwerkloosheid en bezuinigingen in de dienstverlening ertoe zouden kunnen leiden dat 'oude' problemen weer de kop opsteken. Bovendien doet een nadere bestudering vermoeden dat de drugssituatie zich in een overgangsfase bevindt, met 'nieuwe' problemen die het huidige beleid en de huidige praktijkmodellen op de proef stellen: er verschijnen nieuwe synthetische drugs en gebruikspatronen, zowel op de illegale drugsmarkt als in de context van niet-gecontroleerde middelen.

De drugsmarkt lijkt op dit moment vloeiender en dynamischer te zijn, en ook minder georganiseerd rondom middelen die afkomstig zijn van planten die over lange afstanden worden vervoerd naar gebruikersmarkten in Europa. Globalisering en ontwikkelingen in de informatietechnologie spelen hierbij een belangrijke rol. In landen met lage of middeninkomens worden andere gebruikspatronen waargenomen. Dit kan ook gevolgen hebben voor de Europese drugsproblematiek in de toekomst. Het internet zorgt voor steeds grotere uitdagingen, niet alleen als mechanisme voor snelle verspreiding van nieuwe trends maar ook als snel groeiende, anonieme en wereldomvattende marktplaats. Dit creëert nieuwe netwerken op het gebied van gebruik en levering van drugs. Het biedt echter ook mogelijkheden voor innovatieve wegen voor behandeling, preventie en schadebeperkende maatregelen.

Er is nog onvoldoende inzicht in de gevolgen van deze veranderingen voor de volksgezondheid. Tekenende erop wijzen dat het huidige beleid greep heeft gekregen op een aantal belangrijke gebieden, moeten worden bekeken in het licht van een veranderende drugssituatie, hetgeen betekent dat de bestaande praktijk moet worden aangepast om doelgericht en effectief te blijven.

Cannabis

Ondanks een aantal indicaties voor afnemende trends, met name in landen met een lange geschiedenis van traditioneel hoge prevalentie, blijft het cannabisgebruik in Europa historisch hoog, met een grote en relatief solide markt voor dit middel. Er is ook een toenemende diversiteit in de verkrijgbare cannabisproducten. De rol van cannabisbladeren, die een zeer krachtige werking kunnen hebben, is inmiddels groot, naast de recente opkomst van 'cannabisachtige' synthetische producten. Beide kunnen vanuit volksgezondheidsperspectief zorgwekkende ontwikkelingen zijn. Cannabis is, als meest gebruikte drug, een belangrijk thema voor de preventie onder jongeren. Op dit gebied groeit de belangstelling voor de inzet van op de omgeving gerichte preventiestrategieën. Dit weerspiegelt de aanwijzingen dat omgevingsgerichte benaderingswijzen nuttig zijn gebleken bij het verminderen van de problematiek rond het gebruik van legale middelen zoals tabak en alcohol.

Positieve veranderingen in indicatoren van het algehele cannabisgebruik in Europa moeten worden gezien in de context van een tamelijk heterogene situatie op nationaal niveau. Een aantal landen meldt bijvoorbeeld consistent lage en stabiele prevalentieniveaus, terwijl het cannabisgebruik in veel Midden- en Oost-Europese landen tussen 2000 en 2010 aanzienlijk is gestegen. Trends moeten ook worden gezien in samenhang met verschillende gebruikspatronen, waarbij regelmatig en langdurig gebruik het meest met schadelijke gevolgen wordt geassocieerd. Door cannabis veroorzaakte problemen worden nu beter herkend en erkend in Europa. De drug is het op een na meest gebruikte middel van cliënten die zich melden bij de specialistische drugsbehandeling. Niettemin het merendeel van de mensen die zich melden voor problemen met cannabis over het algemeen relatief jonge mannen betreft, komt er steeds meer besef van de problemen onder oudere, chronische gebruikers.

Cannabis is ook de drug die de houding van het publiek verdeelt. Zo maken een aantal landen in hun drugsbeleid een expliciet onderscheid tussen cannabis en andere middelen.

Heroïne en andere opioïden

Tegen de achtergrond van een algemene toename van behandelmogelijkheden voor heroïnegebruikers, duiden indicatoren inmiddels op een neerwaartse trend wat betreft gebruik en beschikbaarheid van deze drug. De langetermijntrend wat betreft de hoeveelheid

onderschepte heroïne daalt en meer recentelijk is ook een daling waargenomen in het aantal inbeslagnames. Een aantal landen rapporteert dat in het laatste decennium heroïne op de markt plaats heeft moeten maken voor andere opioïden. Andere landen hebben meer recentelijk marktschokken of tekorten ervaren, in de meeste gevallen gevolgd door een gedeeltelijk herstel.

Het aantal heroïnegebruikers dat zich voor het eerst meldt voor behandeling neemt ook af en zij die in behandeling gaan, behoren over het algemeen tot een vergrijzende groep. Sterfte in verband met opiaatgebruik is de laatste jaren eveneens gedaald. Historisch gezien wordt heroïnegebruik gekoppeld aan injecterend druggebruik, maar op dit gebied is al lange tijd eveneens een daling zichtbaar. Samen met de impact van interventies heeft dit waarschijnlijk bijgedragen aan de afname van het aantal nieuwe hiv-infecties dat wordt toegeschreven aan druggebruik. Het feit dat recente, aan injecteren gerelateerde hiv-uitbraken in Griekenland en Roemenië deze positieve trend hebben doorbroken, is zorgwekkend. Dit onderstreept de noodzaak om gezamenlijk maatregelen te blijven nemen, met name op het gebied van schadebeperking en effectieve drughulpverlening, wil Europa een afname van de problemen op dit gebied blijven zien. Ongeacht nieuwe trends in heroïnegebruik, betekent de hardnekkige aard van dit probleem dat het nog vele jaren een belangrijk thema zal zijn voor de drughulpverlening. Gezien het grote aantal druggebruikers dat aanklopt voor hulpverlening wordt de noodzaak steeds groter om de aandacht te richten op continuïteit van de zorg, hulp bij maatschappelijke reïntegratie en consensus over wat realistische langetermijnresultaten voor herstel zijn.

**Tegen de achtergrond
van een algemene toename
van behandelmogelijkheden
voor heroïnegebruikers,
duiden indicatoren
inmiddels op een
neerwaartse trend
wat betreft gebruik
en beschikbaarheid
van deze drug**

Cocaïne

Slechts enkele landen rapporteren problemen met het gebruik van crack en waar dit het geval is, valt het vaak samen met problematisch gebruik van andere middelen, zoals heroïne. Poedercocaïne wordt veruit het meest gebruikt, maar concentreert zich over het algemeen in een relatief klein aantal West-Europese landen. In het algemeen laten cocaïnegebruik en toeleveringsindicatoren in recente jaren een neerwaartse trend zien. Deze enorme afname van de onderschepte hoeveelheid wordt waarschijnlijk — voor een deel — veroorzaakt doordat georganiseerde criminele organisaties steeds andere aanvoerwegen en technieken gebruiken. Het Iberisch Schiereiland blijft belangrijk wat betreft inbeslagnames, zij het verhoudingsgewijs minder dan in het verleden, terwijl meldingen van onderschepte cocaïne in Oost-Europa zorgwekkend zijn en vraagtekens oproepen over een mogelijke verdere verspreiding van cocaïnegebruik.

In landen met hogere prevalenties blijkt uit zowel onderzoeksgegevens als behandelgegevens dat het cocaïnegebruik daalt, alhoewel er historisch gezien nog steeds sprake is van hoge gebruiksniveaus. Het aantal sterfgevallen in verband met cocaïnegebruik is licht gedaald, hoewel voorzichtigheid is geboden bij de interpretatie van de gegevens op dit gebied. Acute problemen door cocaïnegebruik hebben geresulteerd in opnames bij spoedafdelingen van ziekenhuizen in bepaalde delen van Europa, maar onze capaciteit om toezicht te houden op dergelijke problemen is beperkt. In vele landen is inmiddels specialistische behandeling beschikbaar voor problematische cocaïnegebruikers en het huidige bewijsmateriaal ondersteunt de inzet van psychosociale interventies.

Synthetische stimulerende middelen

Het inzichtelijk maken van de algemene trends in het gebruik van synthetische stimulerende middelen is een gecompliceerd proces. Deze middelen worden namelijk dikwijls afwisselend gebruikt, omdat gebruikers hun keuze bepalen op basis van beschikbaarheid, prijs en veronderstelde 'kwaliteit'. Amfetamine en ecstasy zijn nog steeds de meest gebruikte synthetische stimulerende middelen in Europa en concurreren in zekere mate met cocaïne. Amfetamine blijft een belangrijk onderdeel van het druggebruik in veel landen en injecterend gebruik van amfetamine vormt historisch gezien een belangrijk deel van het chronische drugsprobleem in veel noordelijke landen. Over de langere termijn bleven de meeste amfetamine-indicatoren stabiel. Recente gegevens wijzen echter op een toenemende beschikbaarheid

van methamfetamine, en in een aantal markten heeft dit middel inmiddels amfetamine vervangen. Er zijn aanwijzingen dat ecstasy de laatste jaren aan populariteit heeft ingeboet, waarschijnlijk vanwege het feit dat veel pillen die als ecstasy werden verkocht geen MDMA bevatten of een lage zuiverheidsgraad hadden. Ecstasyproducenten lijken recentelijk efficiënter te zijn geworden bij het inkopen van MDMA en de samenstelling van de pillen is dienovereenkomstig gewijzigd. Het blijft te bezien of dit zal resulteren in een hernieuwde belangstelling voor deze drug, maar er zijn aanwijzingen die in die richting wijzen.

Stimulerende middelen kunnen nadelige gevolgen voor de gezondheid opleveren, met name wanneer ze in hoge doses worden gebruikt, en er wordt dan ook jaarlijks een aantal sterfgevallen gerapporteerd. Voor gebruikers van stimulerende middelen die problemen ondervinden, is de spoedeisende hulpafdeling van een ziekenhuis vaak het eerste contact met de hulpverlening. Er staan momenteel Europese projecten op stapel om de controle op dit gebied te verbeteren en richtlijnen vast te stellen om effectief te kunnen reageren op druggerelateerde noodsituaties in het nachtelijk uitgaanscircuit. Hoewel de sterfte ten gevolge van stimulerende middelen relatief zeer gering is, is dit niettemin zorgwekkend, met name wanneer het verder gezonde jongvolwassenen betreft. De opkomst van nieuwe psychoactieve stoffen met een onbekende toxiciteit maakt de situatie nog gecompliceerder. Een recent voorbeeld is de opkomst op de illegale drugsmarkt van de niet-gecontroleerde stimulerende stof 4-MA, die voor het eerst in 2009 werd gemeld en die als amfetamine of vermengd met amfetamine wordt verkocht. Sterfgevallen die verband hielden met deze stof waren aanleiding voor een risicobeoordeling en daaropvolgende aanbeveling voor controle op Europees niveau.

Nieuwe psychoactieve stoffen

Er wordt in Europa een groeiend aantal nieuwe psychoactieve stoffen aangetroffen, die speciaal bedoeld zijn om de effecten van illegale drugs na te bootsen. Sommige stoffen worden rechtstreeks op de illegale markt verkocht, terwijl andere stoffen, de zogenaamde 'legale psychedelica', openlijker worden verkocht. Ontwikkelingen op dit gebied voltrekken zich in een hoog tempo en er komen steeds nieuwe stoffen bij. Af en toe ontpopt een nieuwe stof zich tot een gewilde drug op de illegale markt. Het meest recente voorbeeld hiervan is mephedrone. Het EU-systeem voor vroegtijdige waarschuwing blijft meldingen ontvangen van circa één nieuwe stof per week in 2013. De laatste jaren zijn gedomineerd door nieuwe synthetische cannabinoïde receptoragonisten

(CRA's), fenethylaminen en cathinonen, die in veel gevallen de meest populaire illegale drugs naar de kroon steken. Een recente ontwikkeling is echter dat een toenemende hoeveelheid middelen afkomstig is uit minder bekende, meer obscure chemische groepen. Veel van de aangeboden producten bevatten mengsels van stoffen. Door het ontbreken van farmacologische en toxicologische gegevens is het moeilijk speculeren over de gevolgen van het gebruik ervan voor de gezondheid op de lange termijn. Een toenemende hoeveelheid gegevens laat echter zien dat een aantal van deze stoffen problemen veroorzaakt die tot klinische interventies leiden, inmiddels zijn ook sterfgevallen gemeld.

De Europese Commissie werkt aan een nieuw voorstel voor het versterken van de maatregelen binnen de EU ten aanzien van nieuwe psychoactieve stoffen. Alhoewel het gebruik van nieuwe psychoactieve stoffen voornamelijk

onder jonge recreatieve gebruikers wordt gemeld, is er sprake van enige verspreiding onder problematische druggebruikers. Er is geconstateerd dat opioïden hier en daar plaats maken voor synthetische stimulerende middelen in landen die tekorten aan heroïne rapporteren. Het motief voor de overgang van heroïnegebruik op cathinonen is niet duidelijk, hoewel dit wellicht verband houdt met de toegankelijkheid en vermeende hoge kwaliteit van de nieuwe drugs. De volksgezondheid is in het geding vanwege toenemend injecterend gebruik, problemen met de geestelijke gezondheid en fysieke schade. Tot nu toe hebben landen geëxperimenteerd met een reeks controlemaatregelen om het probleem van nieuwe drugs het hoofd te bieden. Veel minder goed ontwikkeld, maar even belangrijk, is de noodzaak om adequate maatregelen vast te stellen en in te voeren voor een afname van de vraag naar deze middelen.

1

**Zoals blijkt uit de hoge gebruiksprevalentie
is cannabis verreweg de meest
onderschepte drug in Europa**

Drugsaanbod in Europa

Europa is een belangrijke bestemming voor illegale drugs en speelt ook een beperkte rol als doorvoergebied voor drugs naar andere regio's. Latijns-Amerika, West-Azië en Noord-Afrika zijn belangrijke herkomstlanden voor Europa. Door de dynamiek van de moderne drugsmarkt worden momenteel echter ook andere regio's in de wereld steeds belangrijker. Europa is ook een producerende regio voor cannabis en synthetische drugs. Terwijl praktisch alle geproduceerde cannabis voor plaatselijk gebruik is bedoeld, worden sommige synthetische drugs ook vervaardigd voor de export naar andere regio's.

De toenemende beschikbaarheid van 'nieuwe psychoactieve stoffen' die niet worden gecontroleerd uit hoofde van internationale verdragen op het gebied van drugsbestrijding, is een relatief nieuwe ontwikkeling op Europese drugsmarkten. Deze stoffen, die voor het merendeel buiten Europa worden geproduceerd, kunnen worden gekocht via online verkopers en in gespecialiseerde winkels en worden soms ook samen met gecontroleerde middelen op de illegale drugsmarkt verkocht.

Controle op het drugsaanbod

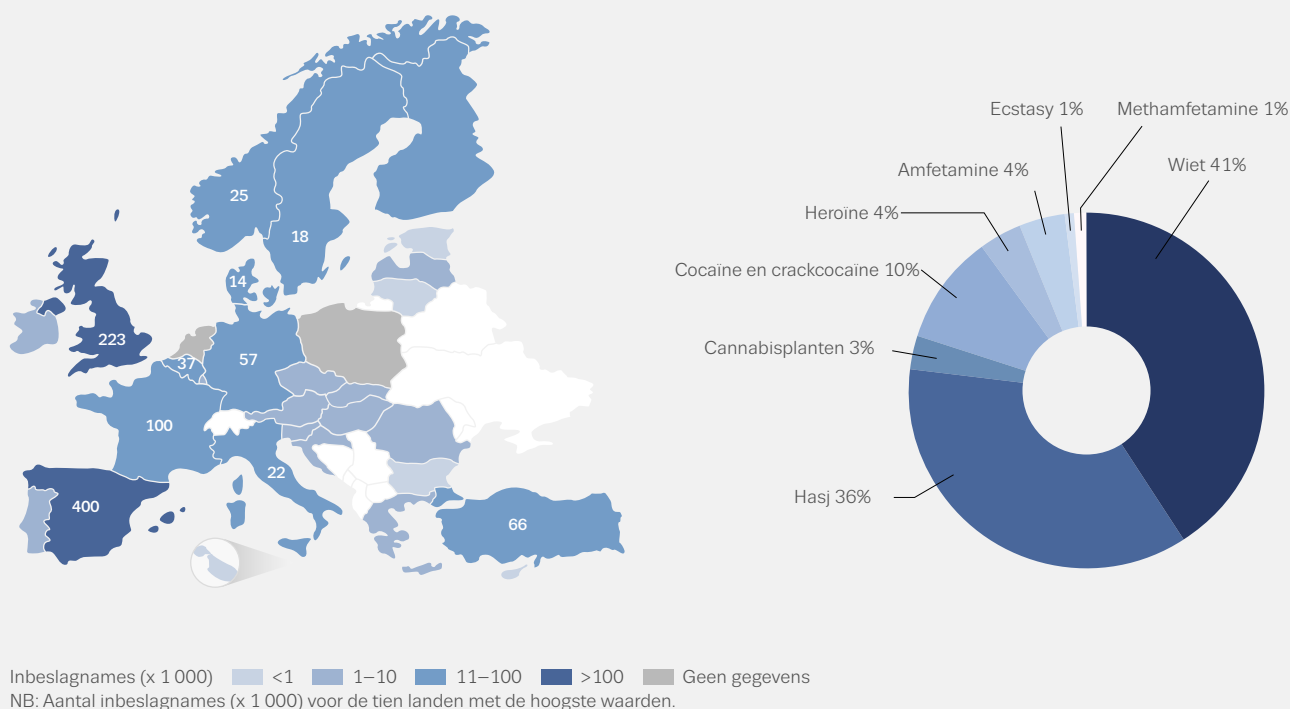
De analyse in deze paragraaf is gebaseerd op een reeks gegevensbronnen: inbeslaggenomen drugs, ontmantelde faciliteiten voor drugsproductie, onderschepping van precursorchemicaliën, drugsleveringsmisdrijven, straatwaarde van drugs en forensische analyse van onderschepte drugs. De volledige gegevens en uitvoerige methodologische notities zijn te vinden in het Statistical bulletin. Er wordt op gewezen dat trends kunnen worden beïnvloed door een reeks factoren, zoals de mate waarin wetshandhaving plaatsvindt en de doelmatigheid van verbodsmaatregelen. Gegevens van nieuwe psychoactieve stoffen zijn gebaseerd op meldingen aan het EU-systeem voor vroegtijdige waarschuwing dat uitgaat van gegevens van de nationale netwerken van het EMCDDA en Europol. Een volledige beschrijving van dit mechanisme is te vinden op de website van het EMCDDA bij Action on new drugs.

Een miljoen inbeslagnames van drugs in Europa

Er is sprake van een sterk stijgende langetermijntrend in het aantal inbeslagnames van drugs in Europa, met ongeveer een miljoen in 2011 gemelde inbeslagnames. In de meeste gevallen ging het om kleine hoeveelheden drugs die bij gebruikers werden aangetroffen, alhoewel het ook zendingen van handelaren en producenten ter grootte van meerdere kilo's betrof.

FIGUUR 1.1

Aantal gemelde inbeslagnames per land (links) en aantal inbeslagnames van de belangrijkste drugs (rechts), 2011



De meerderheid van de inbeslagnames in 2011 werd slechts door twee landen — Spanje en het Verenigd Koninkrijk — gerapporteerd, hoewel België en vier Noord-Europese landen ook relatief hoge aantallen meldde. Een ander belangrijk land wat betreft inbeslagnames is Turkije, waar een deel van de onderschepte drugs bedoeld was voor gebruik in andere landen in Europa en het Midden-Oosten.

Zoals blijkt uit de hoge gebruiksprevalentie is cannabis verreweg de meest onderschepte drug in Europa (Figuur 1.1). Cocaine komt op de tweede plaats, met ongeveer tweemaal zoveel gerapporteerde inbeslagnames als voor amfetaminen of heroïne. Het aantal ecstasyvangsten is kleiner en de laatste jaren aanzienlijk afgenomen.

Cannabis: veranderingen in het aanbod

Twee producten worden overall op de Europese drugsmarkt aangetroffen: cannabisbladeren ('wiet') en cannabisbush ('hasj'). De jaarlijkse consumptie van deze producten kan ruwweg worden geschat op ongeveer 2 500 ton.

De in Europa aangetroffen cannabisbladeren worden zowel in het land zelf geproduceerd als vanuit naburige landen aangevoerd, hoewel sommige meldingen aangeven dat de bladeren uit andere regio's afkomstig zijn, onder andere Afrika. De meeste cannabisbush wordt over zee of

per vliegtuig uit Marokko ingevoerd. Op Europees niveau zijn de onderschepte hoeveelheden hars gemiddeld groter in omvang dan die van bladeren.

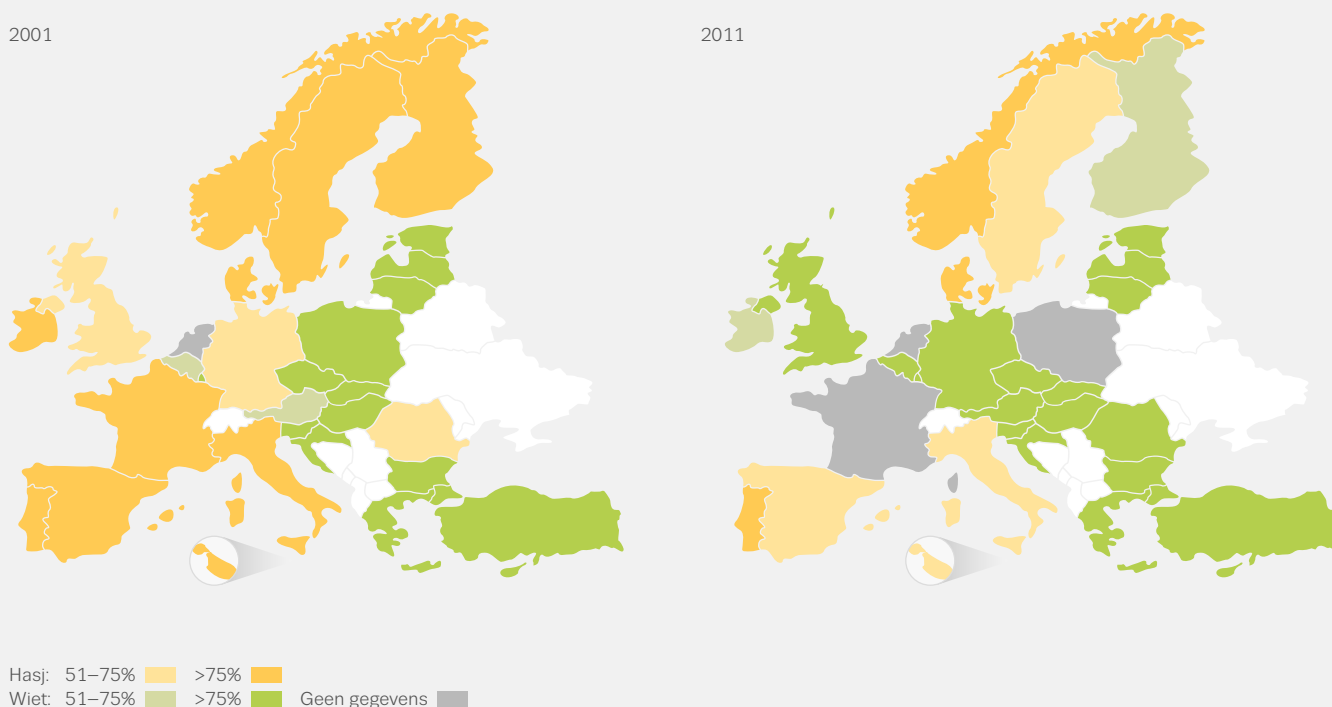
In de afgelopen tien jaar is het aantal inbeslagnames van hasj ingehaald door dat van wiet: meer dan de helft van alle inbeslagnames van cannabis betreft wiet (Figuur 1.3). Dit weerspiegelt voor een deel de toenemende beschikbaarheid van wiet, die in veel landen zelf worden geproduceerd. Hoewel er in de afgelopen jaren sprake is van een daling, is de hoeveelheid onderschepte hasj echter nog steeds groter dan die van wiet (483 ton tegenover 92 ton in 2011).

Europese trends in inbeslagnames van cannabis moeten begrepen worden in de context dat gegevens van een beperkt aantal landen van disproportioneel belang zijn (Figuur 1.4). Zo was bijvoorbeeld Spanje, dat in de nabijheid van Marokko ligt en een omvangrijke interne markt heeft, goed voor circa twee derde van de inbeslagnames van hasj in 2011 in Europa. Wat betreft wiet rapporteerden zowel Griekenland als Italië recentelijk een enorme toename van de hoeveelheden onderschepte drugs. Sinds 2007 is Turkije het land met de grootste hoeveelheden onderschepte wiet.

De onderschepping van cannabisplanten kan gezien worden als een indicator voor binnenlandse productie, hoewel de kwaliteit van de beschikbare gegevens op

FIGUUR 1.2

Belangrijkste cannabissoort, hasj of wiet, onder het aantal vangsten in 2001 en 2011

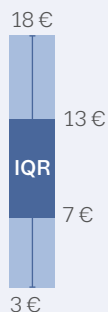


CANNABIS

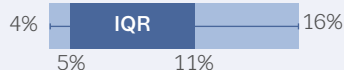
Hasj

483 Inbeslaggenomen tonnen **345 000** Inbeslagnames

504 Inbeslaggenomen tonnen, inclusief Turkije **353 000** Inbeslagnames, inclusief Turkije



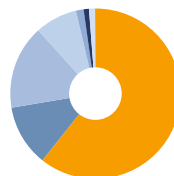
Prijs (EUR/g)



Sterkte (% THC)

113 000

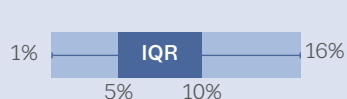
Gemelde aanbodgerelateerde misdrijven

61% van illegale drugstransporten voor de zes belangrijkste drugs

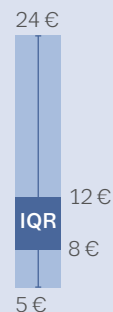
Wiet

92 Inbeslaggenomen tonnen **398 000** Inbeslagnames

147 Inbeslaggenomen tonnen, inclusief Turkije **439 000** Inbeslagnames, inclusief Turkije



Sterkte (% THC)



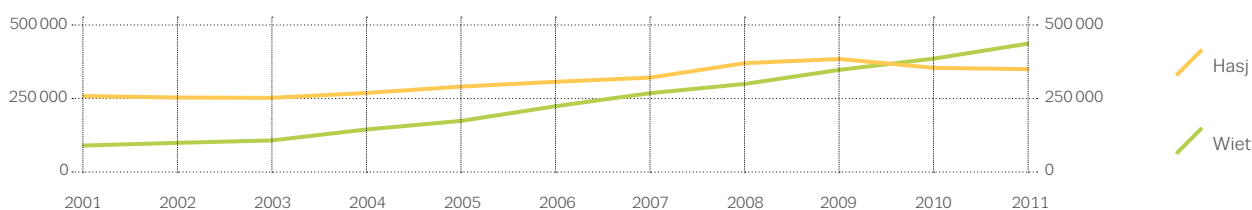
Prijs (EUR/g)

Prijs en sterkte van het cannabisproduct: nationale gemiddelde waarden, minimum, maximum en interkwartielafstand (IQR). De hierbij betrokken landen verschillen per indicator.

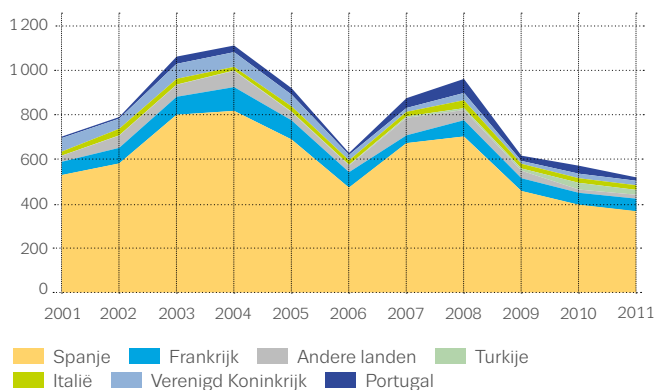
FIGUUR 1.3

Aantal inbeslagnames van cannabis en onderschepte hoeveelheid in tonnen: hasj en wiet, 2001-2011

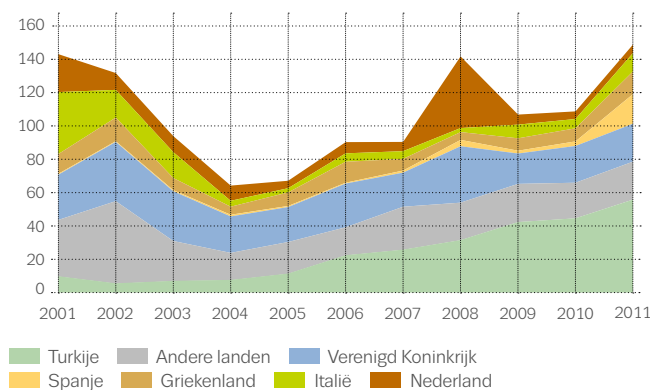
Aantal inbeslagnames



Hasj (Ton)



Wiet (Ton)



dit gebied problemen oplevert voor het maken van vergelijkingen. In 2011 werden er in Europa 31 000 vangsten van cannabisplanten gerapporteerd. Het gaat hierbij om meldingen van zowel het aantal onderschepte planten (4,4 miljoen in totaal) als de hoeveelheden (33 ton). De grootste aantallen onderschepte planten werden gerapporteerd door Nederland (2 miljoen), Italië (1 miljoen) en het Verenigd Koninkrijk (627 000), terwijl Spanje (26 ton) en Bulgarije (5 ton) de grootste vangsten qua gewicht meldten.

Een nieuwe dimensie: synthetische cannabinoïde receptoragonisten

De recente beschikbaarheid van producten die synthetische cannabinoïde receptoragonisten (CRA's) bevatten, die de effecten van de natuurlijke psychoactieve componenten van cannabis benaderen, voegt een nieuwe dimensie toe aan de cannabismarkt. Deze producten, die extreem sterk kunnen zijn, zijn nu in praktisch alle Europese landen gerapporteerd. Vele kilo's in poedervorm worden voornamelijk vanuit Azië geïmporteerd, waarna deze worden verwerkt en verpakt in Europa. Er zijn ook aanwijzingen dat Europa wordt gebruikt voor de doorvoer van chemische grondstoffen, zoals een recente vangst van bijna 15 kilo zuiver CRA-poeder uit China op weg naar Rusland.

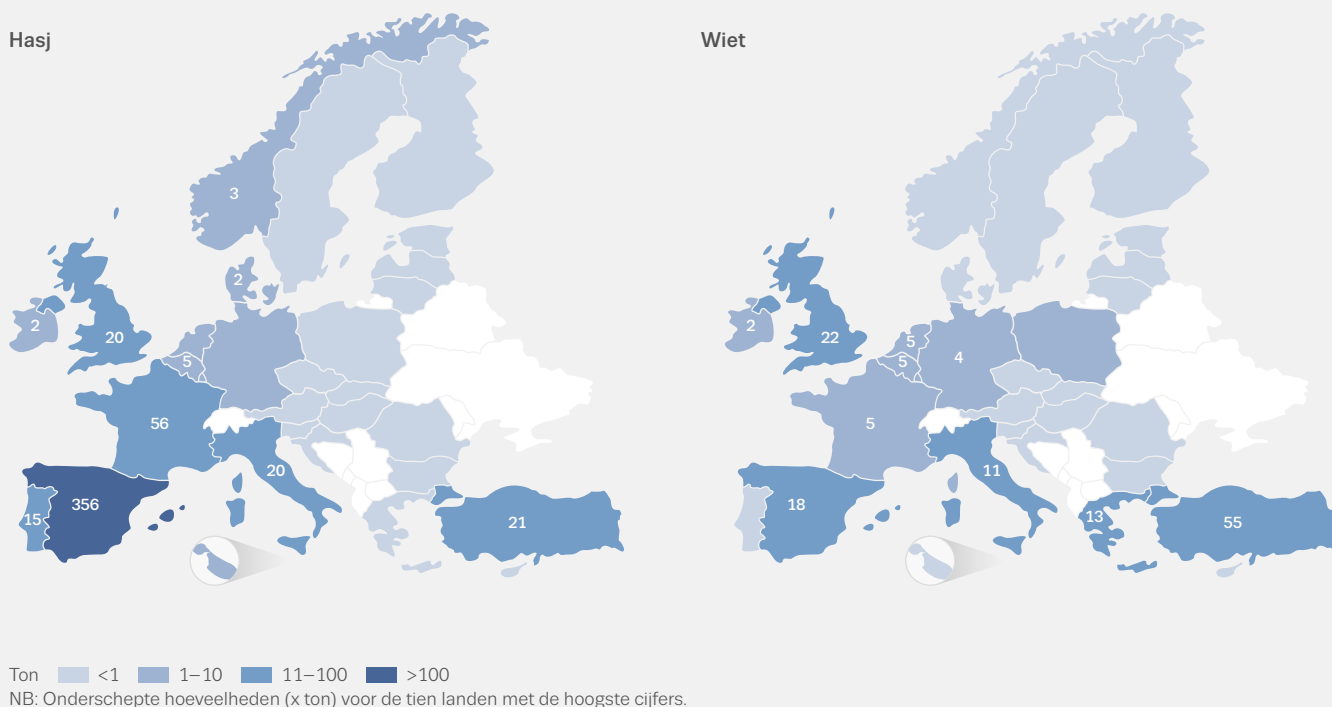
Heroïne: tekenen die duiden op afname

In Europa zijn historisch gezien twee soorten geïmporteerde heroïne beschikbaar: de meest gebruikelijke is bruine heroïne (de chemische basisvorm), hoofdzakelijk afkomstig uit Afghanistan. Veel minder gangbaar is witte heroïne (een zoutvorm), dat oorspronkelijk afkomstig is uit Zuidoost-Azië maar tegenwoordig ook elders vandaan kan komen. Binnen Europa worden op kleine schaal nog steeds opioïden geproduceerd, overwegend zelfbereide papaverproducten die in delen van Oost-Europa worden gemeld.

De in 2011 onderschepte hoeveelheid heroïne was de laagste die in het afgelopen decennium werd gerapporteerd en bedroeg slechts om en nabij de helft van de in 2001 onderschepte hoeveelheid

FIGUUR 1.4

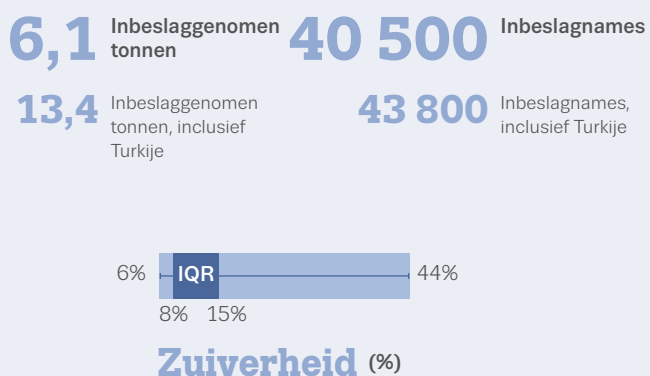
Hoeveelheid inbeslaggenomen hasj (links) en wiet (rechts), 2011



Afghanistan blijft 's werelds grootste illegale opiumproducent. Aangenomen wordt dat de meeste van de in Europa aangetroffen heroïne daar is vervaardigd of, in mindere mate, in de buurlanden Iran en Pakistan. Er zijn twee vaag gedefinieerde smokkelroutes voor vervoer van de drug naar Europa. De van oudsher belangrijkste van de twee is de 'Balkanroute', die in westelijke richting door Turkije loopt naar de Balkanlanden (Bulgarije, Roemenië of Albanië) en vervolgens naar Midden-, Zuid- en West-

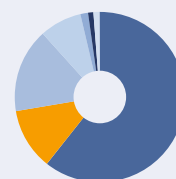
Europa. Een recentere smokkelroute is de 'Noordelijke route' of 'Zijderoute', die noordwaarts naar Rusland loopt via de voormalige Sovjetrepublieken in Centraal-Azië. Het lijkt er echter op dat de situatie veranderliker is geworden. Ladingen heroïne uit Iran en Pakistan worden over zee of per vliegtuig naar Europa getransporteerd, al dan niet rechtstreeks of via West- en Oost-Afrikaanse landen.

HEROÏNE



23 300 Gemelde aanbodgerelateerde misdrijven

12% van illegale drugstransporten voor de zes belangrijkste drugs



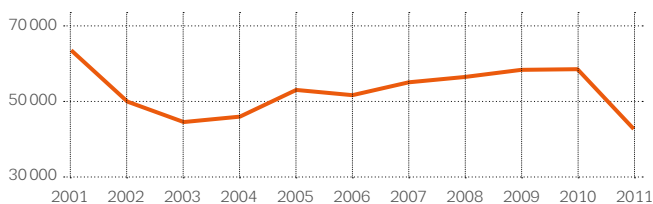
Prijs en sterkte van 'bruine heroïne': nationale gemiddelde waarden, minimum, maximum en interkwartielafstand (IQR).

De hierbij betrokken landen verschillen per indicator.

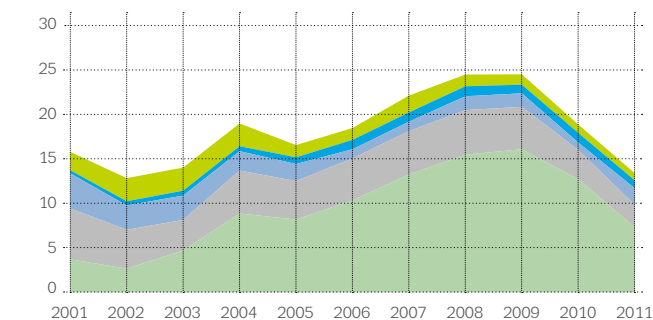
FIGUUR 1.5

Aantal inbeslagnames van heroïne en onderschepte hoeveelheid, 2001-2011

Aantal inbeslagnames



Ton

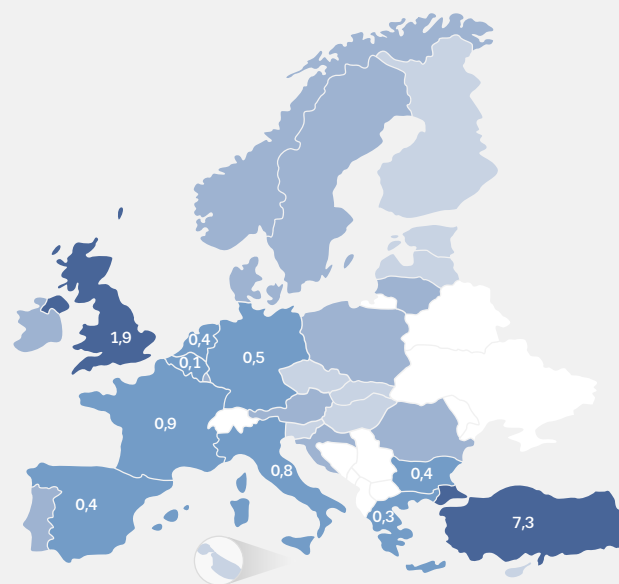


Turkije Andere landen Verenigd Koninkrijk
Frankrijk Italië

De in 2011 onderschepte hoeveelheid heroïne (6,1 ton) was de laagste die in het afgelopen decennium werd gerapporteerd en bedroeg slechts om en nabij de helft van de in 2001 onderschepte hoeveelheid (12 ton). Het aantal over dezelfde periode (2001-2011) gerapporteerde inbeslagnames nam ook af, van een piek van 63 000 in 2001 tot een geschat aantal van 40 500 in 2011. Deze verlaging kan in zekere mate worden verklaard uit het toenemend aantal vangsten tussen 2002 en 2009 in Turkije, dat sinds 2006 consistent meer drugsvangsten realiseert dan alle andere landen samen (Figuur 1.5). In 2010 en 2011 is er in Turkije echter een aanzienlijke daling van de onderschepte hoeveelheden gemeld.

Naast de afgenomen hoeveelheid heroïnevangsten en illegale transporten zijn recentelijk hevige, kortdurende marktschokken gerapporteerd, waarschijnlijk als gevolg van de succesvolle inspanningen om de heroïne op de Balkanroute te onderscheppen. In een aantal landen met relatief grote groepen heroïnegebruikers was er einde 2010 /begin 2011 een aanzienlijk tekort aan heroïne, waarvan slechts een paar markten hersteld lijken te zijn.

FIGUUR 1.6

Hoeveelheid in 2011 onderschepte heroïne

Ton <0,01 0,01–0,10 0,11–1,0 >1,0

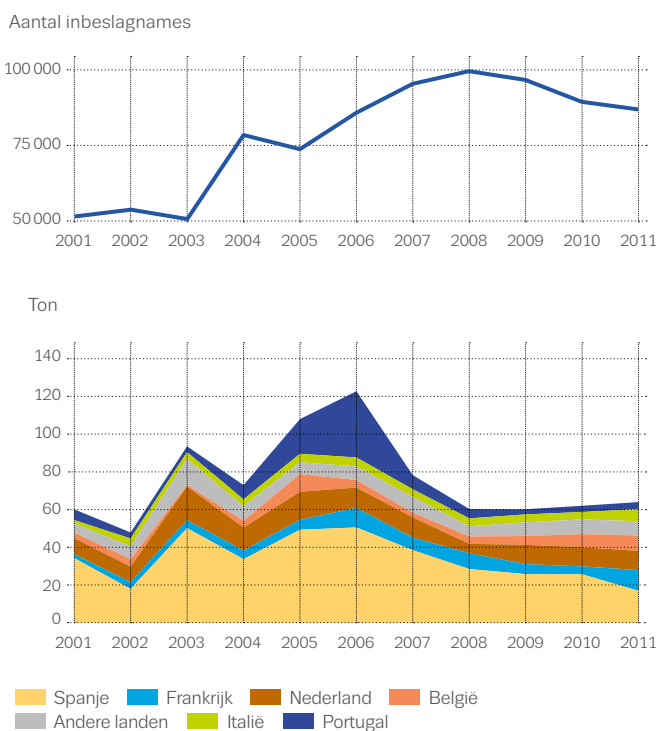
NB: Onderschepte hoeveelheden (x ton) voor de tien landen met de hoogste cijfers.

Cocaïne: veranderende aanvoerroutes?

Er zijn in Europa twee soorten cocaïne verkrijgbaar, waarvan de meest voorkomende soort cocaïnepoeder is (een hydrochloridezout, HCl). Minder algemeen verkrijgbaar is crackcocaïne, een cocaïne-soort die wordt gerookt. Cocaïne wordt vervaardigd van bladen van de cocastruik. De drug wordt bijna uitsluitend geproduceerd in Bolivia, Colombia en Peru en wordt zowel door de lucht als over zee aangevoerd. De belangrijkste aanvoerroute naar Europa lijkt te lopen via het Iberisch Schiereiland (Spanje en Portugal), hoewel door het toegenomen containervervoer de grote Belgische en Nederlandse havens en die van andere West-Europese landen mogelijk belangrijker zijn geworden. Recente tekenen die wijzen op een toenemende spreiding van de aanvoerroutes van cocaïne naar Europa zijn onder meer de omvangrijke inbeslagnames in havens in Bulgarije, Griekenland, Roemenië en de Baltische staten.

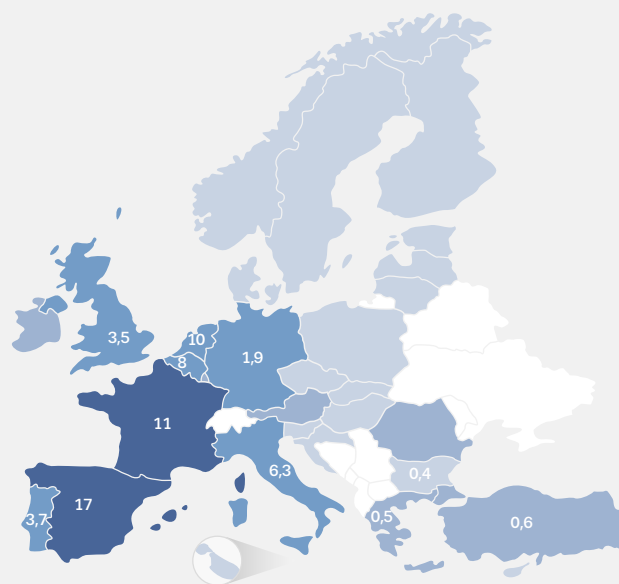
Niet alle cocaïne bereikt Europa in een vorm die gereed is voor de handel en de afgelopen jaren zijn een aantal illegale 'laboratoria' in Europa ontmanteld. Spanje ontdekte en ontmantelde tussen 2008 en 2010 73 laboratoria. Het merendeel betrof secundaire extractielaboratoria waar cocaïne wordt geëxtraheerd uit bepaalde dragers waarin de drug is verwerkt, zoals bijenwas, mest, plastic, levensmiddelen en kleding.

FIGUUR 1.7

Aantal inbeslagnames van cocaïne en onderschepte hoeveelheid, 2001-2011

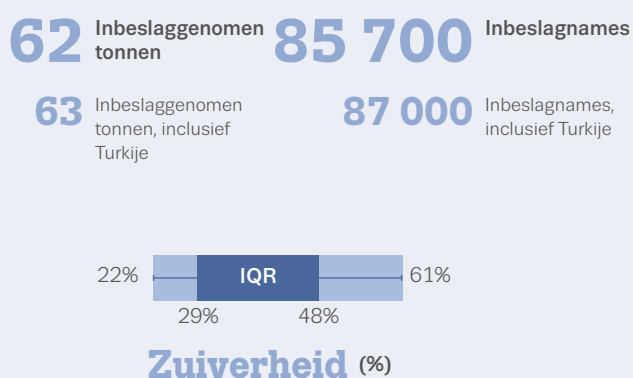
In 2011 werden circa 86 000 inbeslagnames van cocaïne in Europa gerapporteerd, waarbij 62 ton cocaïne werd onderschept. Dit is een daling van bijna 50% vergeleken met de 120 ton die in het piekjaar 2006 werd onderschept. Het aantal inbeslagnames is ook gedaald, zij het minder opmerkelijk, waarbij de piek van 100 000 inbeslagnames in 2008 lag. (Figuur 1.7). Een afname van de hoeveelheden onderschepte cocaïne is vooral te zien op het Iberisch Schiereiland, waar de totale door Spanje en Portugal onderschepte hoeveelheid daalde van 84 ton

FIGUUR 1.8

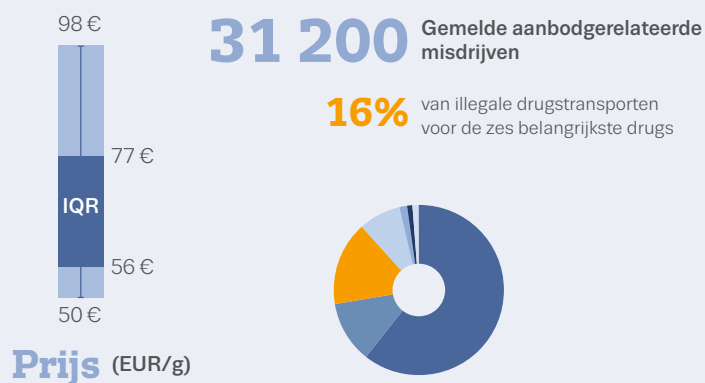
Hoeveelheid inbeslaggenomen cocaïne in 2011

Ton <0,1 0,1–1,0 1,1–10 >10
 NB: Inbeslaggenomen hoeveelheden (x ton) voor de tien landen met de hoogste cijfers.

in 2006 naar 20 ton in 2011. Dit is vergelijkbaar met de onderschepte hoeveelheid in Nederland en België, die in 2011 gezamenlijk de onderschepping van 18 ton van deze drug rapporteerden. Recordvangsten van cocaïne werden in 2011 door Frankrijk (11 ton) en Italië (6 ton) gemeld. Het is onduidelijk in hoeverre de hoeveelheden cocaïne die in Europese landen zijn onderschept een weerspiegeling zijn van veranderingen in de aanvoer naar de Europese markt, van gewijzigde handhavingsactiviteiten of van de invoering

COCAÏNE

Prijs en sterkte van cocaïne: nationale gemiddelde waarden, minimum, maximum en interkwartielafstand (IQR).



De hierbij betrokken landen verschillen per indicator.

van nieuwe operationele strategieën door organisaties die zich bezighouden met drugshandel.

Amfetaminen: signalen die duiden op meer methamfetamine

Methamfetamine en amfetamine, die oorspronkelijk voor therapeutische doeleinden zijn ontwikkeld en algemeen bekend zijn als amfetaminen, zijn nauw verwante synthetische stimulerende middelen. Van deze twee middelen is amfetamine altijd de meest gangbare geweest, maar er zijn signalen die erop wijzen dat methamfetamine steeds beter verkrijgbaar is.

Beide drugs worden in Europa geproduceerd voor binnenlands gebruik, alhoewel een klein deel van de amfetamine ook wordt vervaardigd voor de export, voornamelijk naar het Midden-Oosten. Productietechnieken kunnen relatief geavanceerd zijn, met grote productiehoeveelheden als resultaat. Dezelfde installaties en personeel kunnen ook worden ingezet voor de productie van andere synthetische middelen zoals MDMA (ecstasy). Het is bekend dat België en Nederland een omvangrijke productie kennen, evenals Polen en de Baltische staten. Er zijn ook laboratoria in andere landen bekend, zoals Bulgarije, Duitsland en Hongarije. Tsjechië meldt een groot aantal productiefaciliteiten voor methamfetamine. De meeste betreffen kleinschalige productielocaties waarbij de drug wordt vervaardigd voor persoonlijk gebruik, alhoewel ook grootschaliger productie bekend is, waarbij methamfetamine wordt vervaardigd

Na een periode van hoge cijfers, zowel wat aantallen als hoeveelheden betreft, zijn de amfetaminevangsten in 2011 weer terug op het niveau van 2002

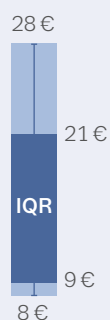
AMFETAMINE

5,9 Inbeslaggenomen tonnen **35 600** Inbeslagnames

6,2 Inbeslaggenomen tonnen, inclusief Turkije **35 600** Inbeslagnames, inclusief Turkije



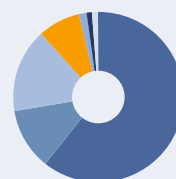
Zuiverheid (%)



Prijs (EUR/g)

16 000 Gemelde aanbodgerelateerde misdrijven

8% van illegale drugstransporten voor de zes belangrijkste drugs

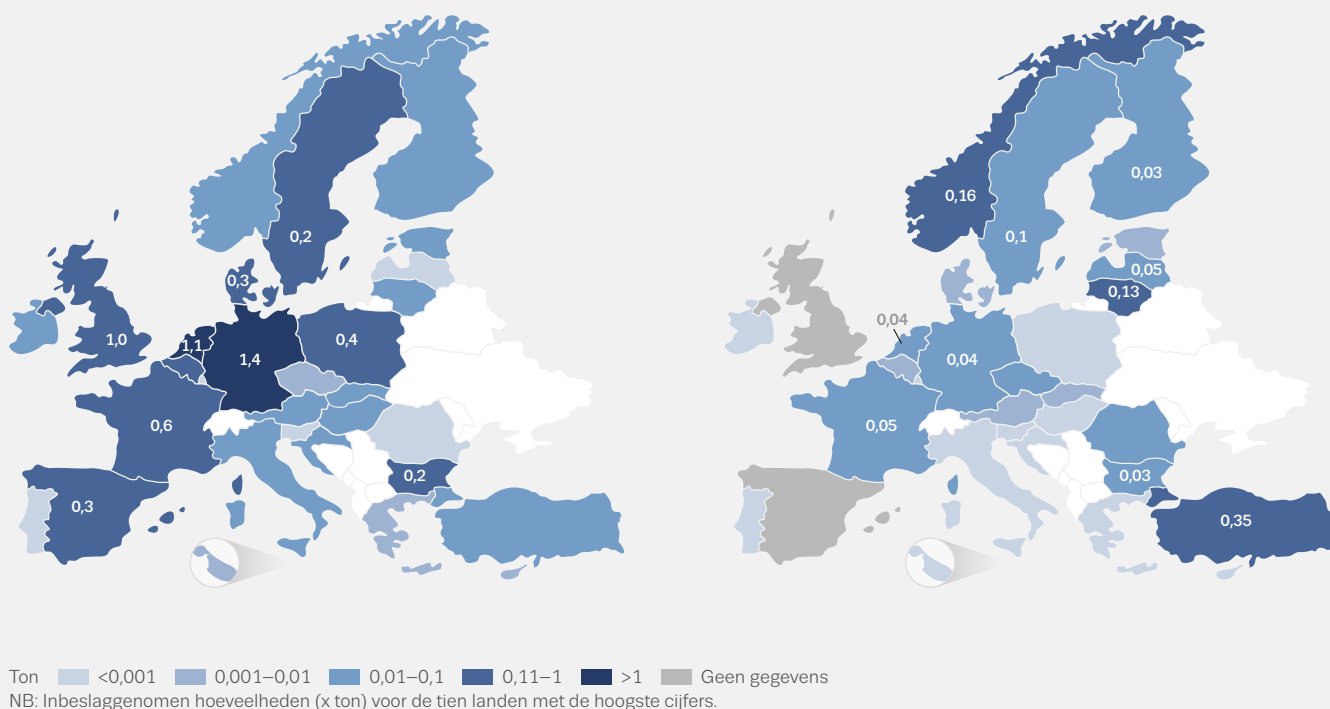


Prijs en sterkte van amfetamine: nationale gemiddelde waarden, minimum, maximum en interkwartielafstand (IQR).

De hierbij betrokken landen verschillen per indicator.

FIGUUR 1.9

Hoeveelheid inbeslaggenomen amfetamine (links) en methamfetamine (rechts), 2011



voor zowel binnenlands gebruik als voor export naar omliggende landen. De methamfetamineproductie in de Baltische landen lijkt ook te zijn opgeschaald. De drug wordt in die landen vervaardigd voor export naar Scandinavische landen, waar het amfetamine wel eens zou kunnen gaan verdringen.

In 2011 werden er circa 45 000 inbeslagnames van amfetamine gerapporteerd. Deze kunnen worden onderverdeeld in 35 600 inbeslagnames en 5,9 ton amfetamine, en 9 400 inbeslagnames en 0,7 ton methamfetamine. Na een periode van hoge cijfers, zowel wat aantallen als hoeveelheden betreft, zijn de amfetaminevangsten in 2011 weer terug op het

METHAMFETAMINE

0,7 Inbeslaggenomen tonnen

1,0 Inbeslaggenomen tonnen, inclusief Turkije

9 400 Inbeslagnames

9 500 Inbeslagnames, inclusief Turkije



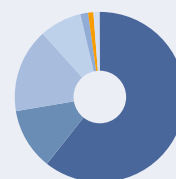
Zuiverheid (%)



Prijs (EUR/g)

2 200 Gemelde aanbodgerelateerde misdrijven

1% van illegale drugstransporten voor de zes belangrijkste drugs



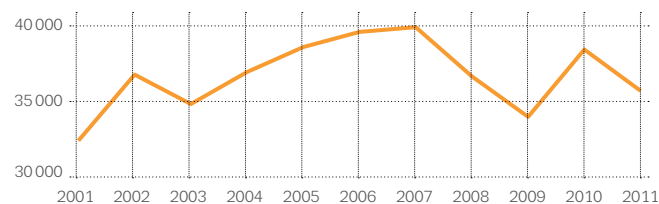
Prijs en sterkte van methamfetamine: nationale gemiddelde waarden, minimum, maximum en interkwartielafstand (IQR).

De hierbij betrokken landen verschillen per indicator.

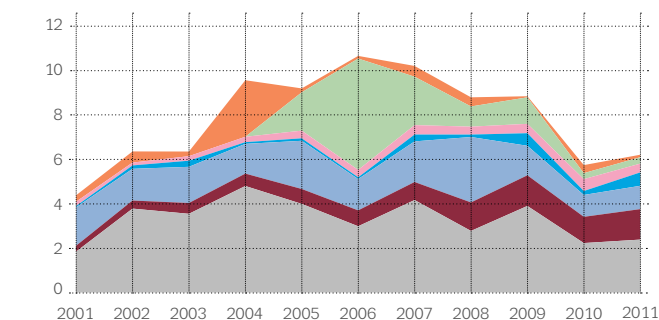
FIGUUR 1.10

Aantal inbeslagnames van amfetamine en onderschepte hoeveelheid, 2001-2011

Aantal inbeslagnames



Ton



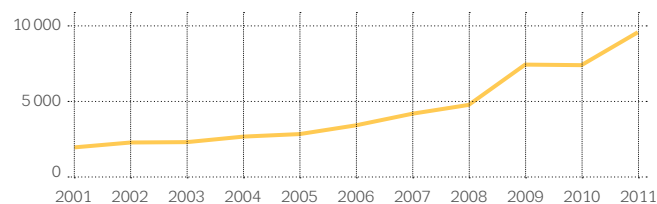
Andere landen Duitsland Verenigd Koninkrijk
Frankrijk Polen Turkije België

niveau van 2002 (Figuur 1.10). De inbeslagnames van methamfetamine namen daarentegen in dezelfde periode toe, hoewel nog steeds gering qua aantal en hoeveelheid (Figuur 1.11).

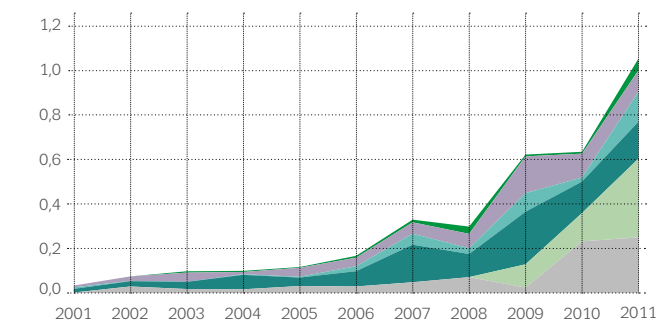
FIGUUR 1.11

Aantal inbeslagnames van methamfetamine en onderschepte hoeveelheid, 2001-2011

Aantal inbeslagnames



Ton



Andere landen Turkije Noorwegen Litouwen
Zweden Letland

| Ecstasy: bezig aan een comeback?

Ecstasy verwijst meestal naar de synthetische stof MDMA, die chemisch verwant is aan amfetaminen maar een wat andere werking heeft. Tabletten die als ecstasy worden verkocht, kunnen echter een of meer aan MDMA verwante stoffen en niet-verwante chemische stoffen bevatten.

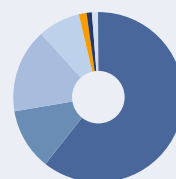
ECSTASY

4,3 Miljoen inbeslaggenomen tabletten
5,7 Miljoen inbeslaggenomen tabletten, inclusief Turkije
10 000 Inbeslagnames
13 000 Inbeslagnames, inclusief Turkije

**Zuiverheid** (MDMA mg/tablet)**Prijs** (EUR/tablet)

3 000 Gemelde aanbodgerelateerde misdrijven

1% van illegale drugstransporten voor de zes belangrijkste drugs



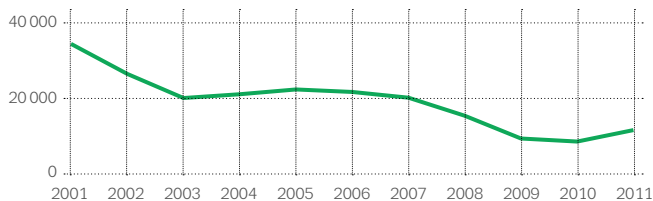
Prijs en sterkte van ecstasyprijs: nationale gemiddelde waarden, minimum, maximum en interkwartielafstand (IQR).

De hierbij betrokken landen verschillen per indicator.

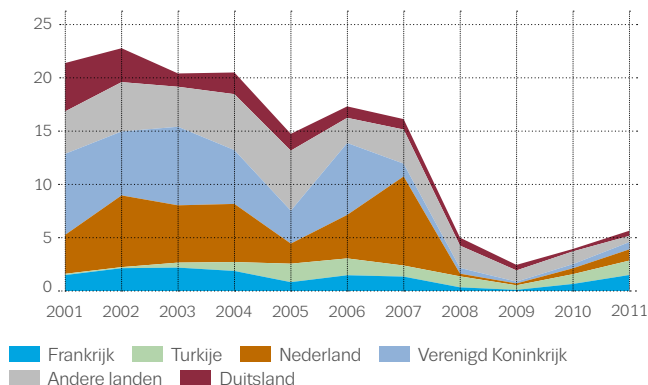
FIGUUR 1.12

Aantal inbeslagnames van ecstasy en onderschepte tabletten, 2001-2011

Aantal inbeslagnames



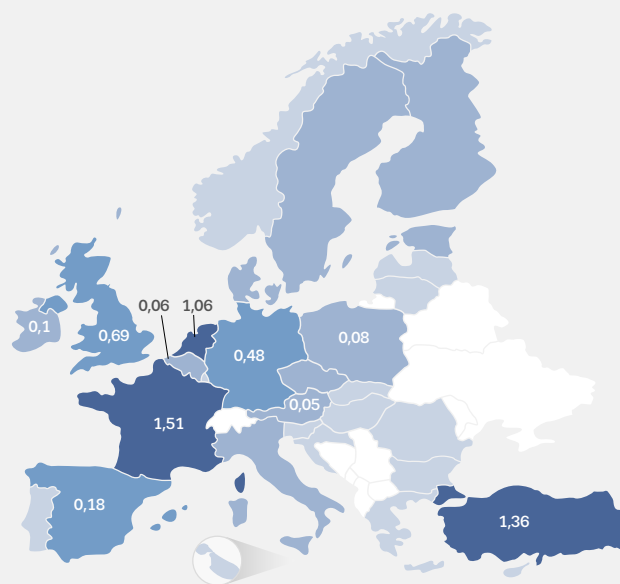
Tabletten (x miljoen)



De vervaardiging van ecstasy in Europa heeft wellicht zijn piek gehad in 2000, toen de ontmanteling van vijftig laboratoria werd gemeld. Dit aantal daalde in 2010 naar drie en in 2011 naar vijf, hetgeen erop duidt dat de productieniveaus in heel Europa zijn gedaald. Nederland, gevolgd door België, heeft in het laatste decennium het grootste aantal ontmantelde laboratoria gerapporteerd, waaruit geconcludeerd wordt dat dit gebied geografisch gezien de belangrijkste productieregio voor deze drug is.

De inbeslagnames van deze drug zijn sinds 2007 fors gedaald (Figuur 1.12) en het huidige cijfer van 4,3 miljoen onderschepte ecstasypillen is slechts een fractie van de vangst in het piekjaar 2002: 23 miljoen. Er is ook een forse daling gemeld van het aantal aan ecstasylevering gerelateerde misdrijven, dat tussen 2006 en 2011 met circa twee derde daalde en inmiddels nog slechts 1% van de leveringsmisdrijven van de belangrijkste drugs vertegenwoordigt. Deze neerwaartse trends worden toegeschreven aan de verscherpte controles en de doelgerichte onderschepping van PMK, de belangrijkste chemische drugsprecursor voor de vervaardiging van MDMA. Mogelijk wordt dit ook weerspiegeld door een aanzienlijke wijziging van de samenstelling van de 'ecstasypillen' die in Europa beschikbaar zijn, in de zin dat slechts drie landen rapporteerden dat het merendeel van de in 2009 geanalyseerde pillen uit MDMA-achtige stoffen bestond. Er zijn echter ook aanwijzingen voor een recent herstel van de ecstasymarkt,

FIGUUR 1.13

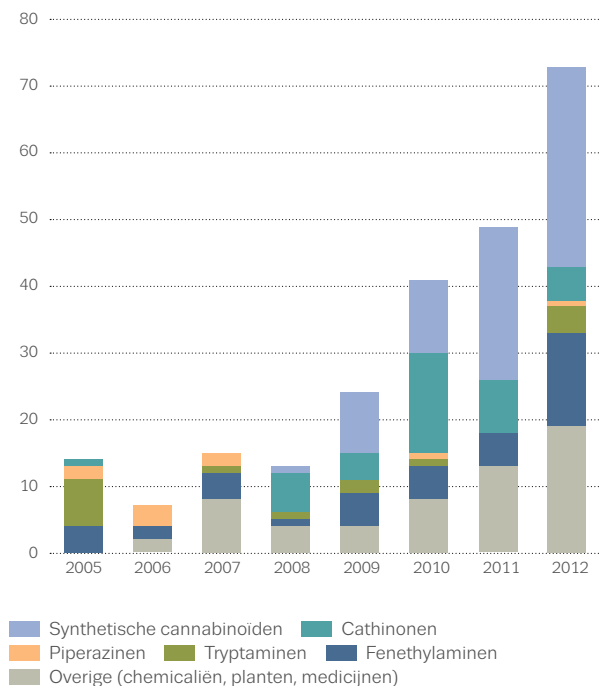
Hoeveelheid inbeslaggenomen ecstasy, 2011

Tabletten (x miljoen) <0,01 0,01–0,1 0,11–1,0 >1,0
NB: Inbeslaggenomen hoeveelheden (aantal tabletten) voor de tien landen met de hoogste waarden.

De inbeslagnames van deze drug zijn sinds 2007 fors gedaald en het huidige cijfer van 4,3 miljoen onderschepte ecstasypillen is slechts een fractie van de vangst in het piekjaar 2002

FIGUUR 1.14

Aantal en hoofdgroepen van nieuwe psychoactieve stoffen die werden aangemeld bij het EU-systeem voor vroegtijdige waarschuwing, 2005-2012



In 2012 werden voor het eerst via het EU-systeem voor vroegtijdige waarschuwing 73 nieuwe psychoactieve stoffen door de lidstaten aangemeld

alhoewel niet tot de eerder waargenomen niveaus. MDMA lijkt gangbaarder te worden en in bepaalde delen van Europa is poeder met een hoge zuiverheidsgraad verkrijgbaar. Ecstasyproducenten kunnen als reactie op precursorcontroles zijn overgestapt op 'pre-precursoren' of 'gemaskeerde precursoren': belangrijke chemische stoffen die legaal kunnen worden ingevoerd als niet-gecontroleerde stoffen en vervolgens worden omgezet in chemische drugsprecursoren voor de productie van MDMA.

Nieuwe drugs: meer middelen beschikbaar

De analyse van de drugsmarkt is vanwege de opkomst van nieuwe drugs (nieuwe psychoactieve middelen) gecompliceerd: chemische of natuurlijke stoffen die niet worden gecontroleerd onder internationale wetgeving en worden geproduceerd om de effecten van gecontroleerde drugs na te bootsen. In een aantal gevallen worden nieuwe drugs in clandestiene laboratoria in Europa geproduceerd en direct op de markt gebracht. Andere chemische stoffen worden geïmporteerd van leveranciers, vaak in China of India, en daarna in Europa aantrekkelijk verpakt en verkocht als 'legale psychedelica'. De term 'legale psychedelica' is misleidend, aangezien deze stoffen in een aantal lidstaten illegaal kunnen zijn of, indien voor consumptie verkocht, indruisen tegen de regelgeving inzake consumentenveiligheid of verkoop. Om controles

te ontlopen, worden producten vaak van een verkeerd etiket voorzien, bijvoorbeeld 'onderzoekskemicaliën' of 'plantenvoedsel' en van disclaimers waarin is vermeld dat het product niet bedoeld is voor menselijke consumptie.

In 2012 werden voor het eerst via het EU-systeem voor vroegtijdige waarschuwing 73 nieuwe psychoactieve stoffen door de lidstaten aangemeld (Figuur 1.14). Dertig van deze stoffen waren synthetische cannabinoïde receptoragonisten, hetgeen een afspiegeling is van de consumentenvraag naar cannabisachtige producten. Negentien componenten voldeden niet aan de gemakkelijk te herkennen chemische groepen (waaronder planten en medicijnen), terwijl er ook veertien nieuwe fenethylaminesubstituties werden gemeld, het hoogste aantal sinds 2005.

Omdat het internet een belangrijke marktplaats is voor nieuwe psychoactieve stoffen, maakt het EMCDDA regelmatig een momentopname ter controle van het aantal online winkels dat producten aan de Europese consument aanbiedt. Het aantal winkels dat wordt vastgesteld stijgt, met 693 vastgestelde online winkels in januari 2012.

De meeste nieuwe psychoactieve stoffen worden doorgaans snel vervangen nadat controlemaatregelen ertegen zijn getroffen, waardoor met name interventie maatregelen op dit gebied moeilijk zijn. Mefedron is echter een uitzonderlijk voorbeeld van

een nieuwe drug die mogelijk wel als gewilde drug op de illegale markt voor stimulerende middelen is terechtgekomen. Ondanks controles in de hele Europese Unie lijkt de drug nog steeds verkrijgbaar te zijn in sommige landen, waar deze nu op de illegale markt wordt verkocht. Hoewel er mogelijk nog voorraden zijn van vóór het verbod en clandestiene invoer wellicht nog steeds plaatsvindt, is de recente ontdekking van een productiefaciliteit voor mephedron in Polen — inclusief banden met internationale georganiseerde misdaadorganisaties en bewijs van vervoer naar andere Europese landen — een zorgwekkende ontwikkeling.

MEER INFORMATIE

EMCDDA-publicaties

2012

Cannabis production and markets in Europe, EMCDDA Insights 12.

2011

Report on the risk assessment of mephedrone in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances.

Recent shocks in the European heroin market: explanations and ramifications. Kort verslag van de bijeenkomst van EMCDDA Trendspotter op 18 en 19 oktober 2011.

Aanpak van nieuwe psychoactieve stoffen, Drugs in beeld, Nr 22.

EMCDDA- en Europolpublicaties

2013

Annual report on the Implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

EU Drug markets report: a strategic analysis.

2011

Amphetamine: a European Union perspective in the global context.

2010

Cocaine: a European Union perspective in the global context.

2009

Methamphetamine: a European Union perspective in the global context.

Alle publicaties zijn beschikbaar op
www.emcdda.europa.eu/publications

2

Ten minste 85 miljoen volwassen Europeanen hebben op een bepaald moment in hun leven drugs gebruikt, hetgeen gelijkstaat aan ongeveer een kwart van de volwassen bevolking van Europa

Druggebruik en druggerelateerde problemen

De controle op druggebruik en daaraan gerelateerde schadelijke gevolgen wordt door een groot aantal factoren bemoeilijkt. Er is een aanzienlijke variatie in de manieren waarop drugs worden gebruikt, met bijvoorbeeld consumptiepatronen variërend van experimenteel en incidenteel tot dagelijks en langdurig. De risico's waaraan gebruikers worden blootgesteld, worden mede bepaald door talloze factoren, zoals de geconsumeerde dosis, de wijze van toediening, het gelijktijdig gebruiken van andere middelen, aantal en duur van de perioden van druggebruik en individuele kwetsbaarheid.

Controle op druggebruik en druggerelateerde problemen

De controle op druggebruik en druggerelateerde schadelijke gevolgen in Europa is voornamelijk gebaseerd op vijf epidemiologische hoofdindicatoren: drugsgebruik onder de algemene bevolking, problematisch druggebruik, druggerelateerde sterfte en mortaliteit, druggerelateerde infectieziekten en de hulpvraag in verband met druggebruik. Informatie over deze indicatoren en methodologische notities zijn te vinden op de website van het EMCDDA bij Key indicators gateway en in het Statistical bulletin.

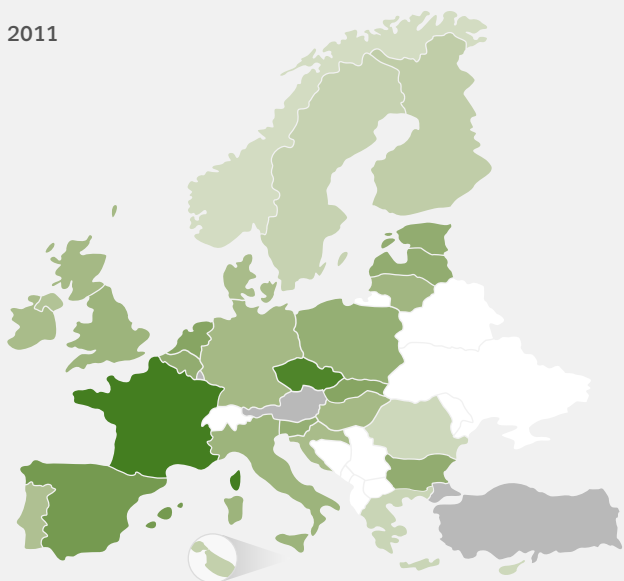
Een kwart van de Europese volwassenen heeft drugs gebruikt

Ten minste 85 miljoen volwassen Europeanen hebben op een bepaald moment in hun leven drugs gebruikt, hetgeen gelijkstaat aan ongeveer een kwart van de volwassen bevolking van Europa. De meeste meldingen betreffen het gebruik van cannabis (77 miljoen), met veel lagere schattingen voor het 'ooit'-gebruik van andere drugs: 14,5 miljoen voor cocaïne, 12,7 miljoen voor amfetaminen en 11,4 miljoen voor ecstasy. Er is een aanzienlijke variatie in de gerapporteerde niveaus van 'ooit'-gebruik in Europa, uiteenlopend van circa een derde van de volwassenen in Denemarken, Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk, tot minder dan een op de tien in Bulgarije, Griekenland, Hongarije, Roemenië en Turkije.

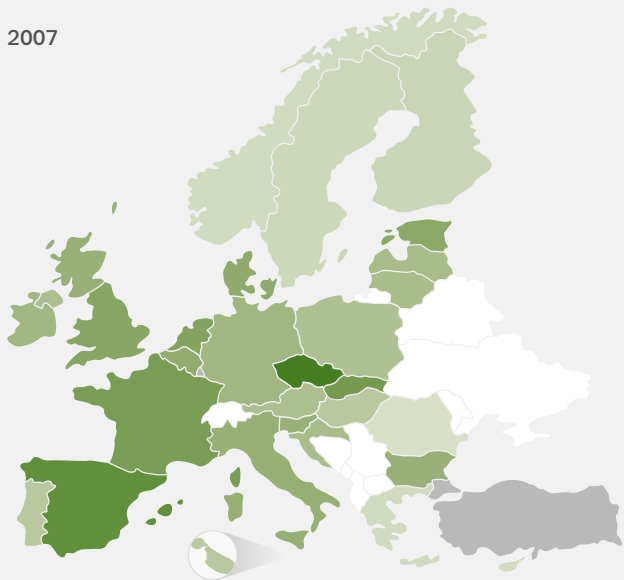
FIGUUR 2.1

De prevalentie van het 'ooit'-gebruik van cannabis onder 15- en 16-jarige scholieren

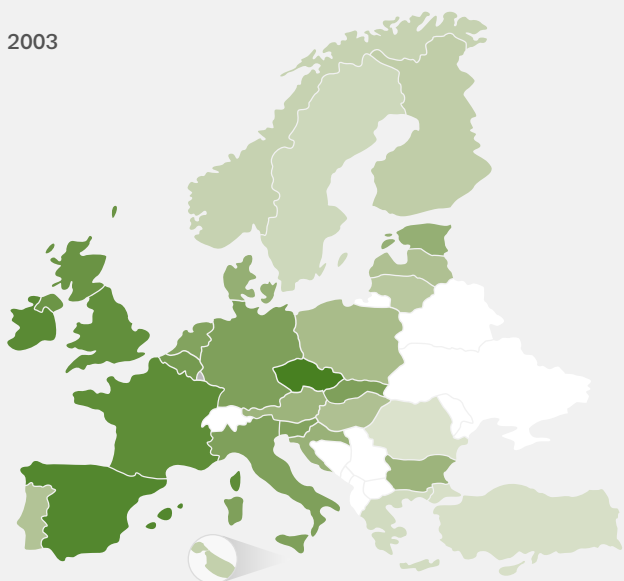
2011



2007



2003



2% 10 20 30 40 45%
Geen gegevens

NB: ESPAD-gegevens en landelijke enquêtes voor Spanje en het Verenigd Koninkrijk.

Cannabis: stabiele of dalende trends in landen met een hogere prevalentie

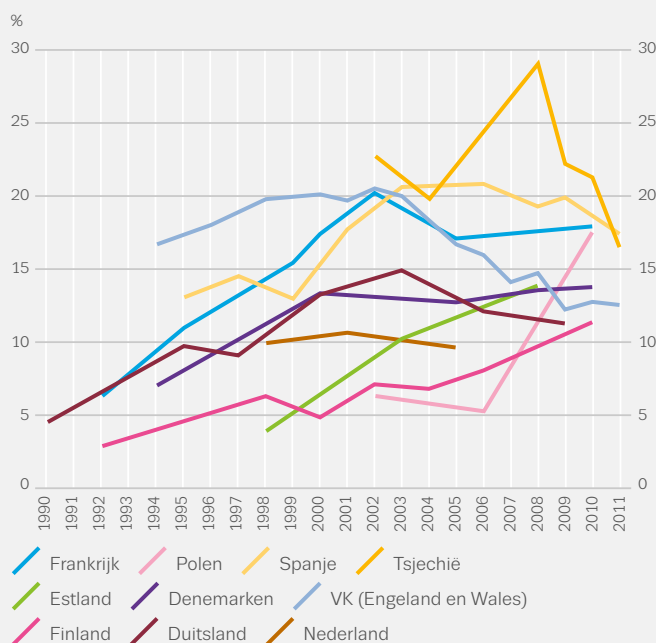
Cannabisproducten worden over het algemeen gerookt, meestal vermengd met tabak. Gebruikspatronen van cannabis variëren van incidenteel of experimenteel tot regelmatig en verslaafd gebruik, met cannabisgerelateerde problemen die sterk verband houden met veelvuldig gebruik en grote hoeveelheden. Gezondheidseffecten zijn onder meer ademhalingsproblemen, psychische problemen en verslaving. Sommige nieuwe synthetische cannabinoïde receptoragonisten kunnen extreem sterk zijn en er wordt een toenemend aantal ernstige gevolgen gerapporteerd.

Als een Europese student of scholier een drug probeert, dan is dat meestal cannabis. In de ESPAD-enquêtes in 2011 varieerde het 'ooit'-gebruik van cannabis onder 15- en 16-jarigen van 5% in Noorwegen tot 42% in Tsjechië (Figuur 2.1). Ook de sekseverhoudingen lopen uiteen, van fiftyfifty tot circa 2,5 keer zoveel jongens als meisjes. De brede Europese trend is dat het cannabisgebruik onder scholieren tussen 1995 en 2003 steeg, enigszins afnam in 2007 en sindsdien stabiel is gebleven. Een opmerkelijke trend in deze periode was dat het cannabisgebruik afnam in veel landen die in eerdere enquêtes hoge prevalentieniveaus hadden gerapporteerd. In dezelfde periode steeg het niveau van cannabisgebruik onder scholieren in veel Midden- en Oost-Europese landen, waardoor er in heel Europa een zekere mate van convergentie viel waar te nemen. In de zes landen die na het ESPAD-onderzoek (2011/2012) landelijke schoolenquêtes hielden, blijft de prevalentie van het cannabisgebruik onder studenten en scholieren stabiel of daalt het enigszins.

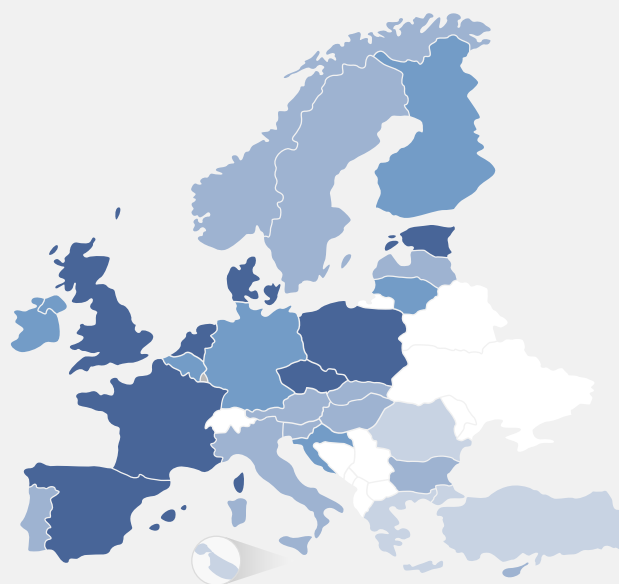
Naar schatting 15,4 miljoen jonge Europeanen (15–34 jaar) (11,7% van deze leeftijdsgroep) gebruikten cannabis in het afgelopen jaar, onder wie 9,2 miljoen 15- tot 24-jarigen (14,9%). Cannabisgebruik is over het algemeen hoger onder mannen. Langduriger trends onder jongvolwassenen zijn grofweg in lijn met die onder studenten en scholieren, met een geleidelijke gebruikstoename in een aantal landen met een lagere prevalentie, naast een afname in landen met hogere prevalenties. Met uitzondering van Polen en Finland rapporteren landen met recente enquêtes (2010 of later) stabiele of dalende trends onder jongvolwassenen (Figuur 2.2). Slechts een gering aantal landen houdt momenteel enquêtes over het gebruik van synthetische cannabinoïde receptoragonisten. In deze landen zijn de prevalenties over het algemeen laag.

FIGUUR 2.2

Prevalentie van het cannabisgebruik onder jongvolwassenen in het afgelopen jaar: bijzondere trends en meest recente gegevens



NB: Trends voor tien landen met de hoogste prevalentie en drie of meer enquêtes.



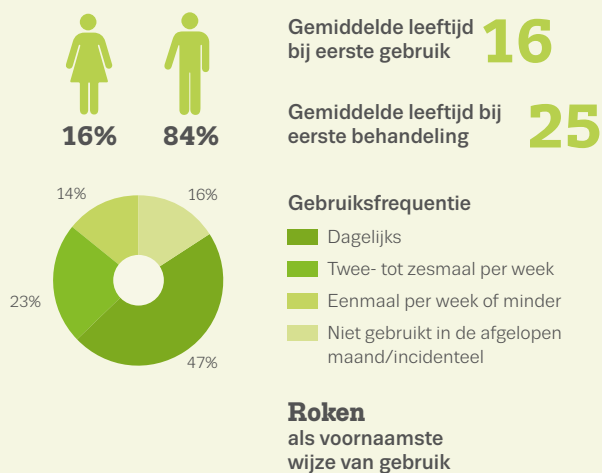
Meer dan 3 miljoen cannabisgebruikers en toenemende hulpvraag

Een aanzienlijke minderheid van de cannabisgebruikers consumeert het middel intensief. Dagelijks of bijna dagelijks cannabisgebruik wordt gedefinieerd als gebruik

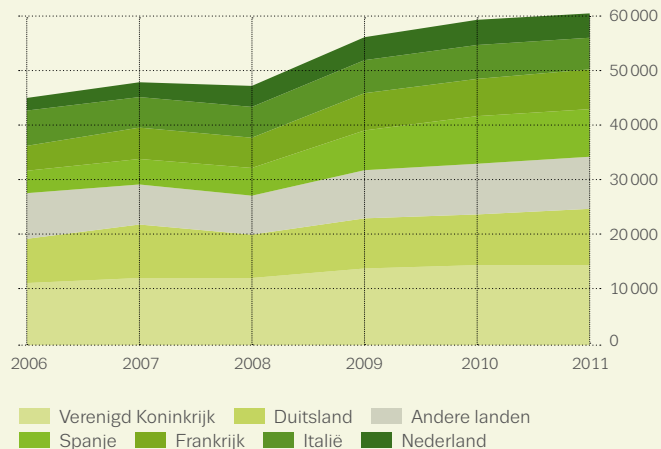
op twintig dagen of meer in de maand voorafgaande aan de enquête. Gegevens uit 22 landen geven aan dat circa 1% van de volwassenen, ten minste drie miljoen, meldt dat zij de drug op die manier gebruiken. Meer dan twee derde van deze mensen is tussen de 15 en 34 jaar en meer dan driekwart in deze leeftijdsgroep is man.

CANNABISGEBRUIKERS IN BEHANDELING

Eigenschappen



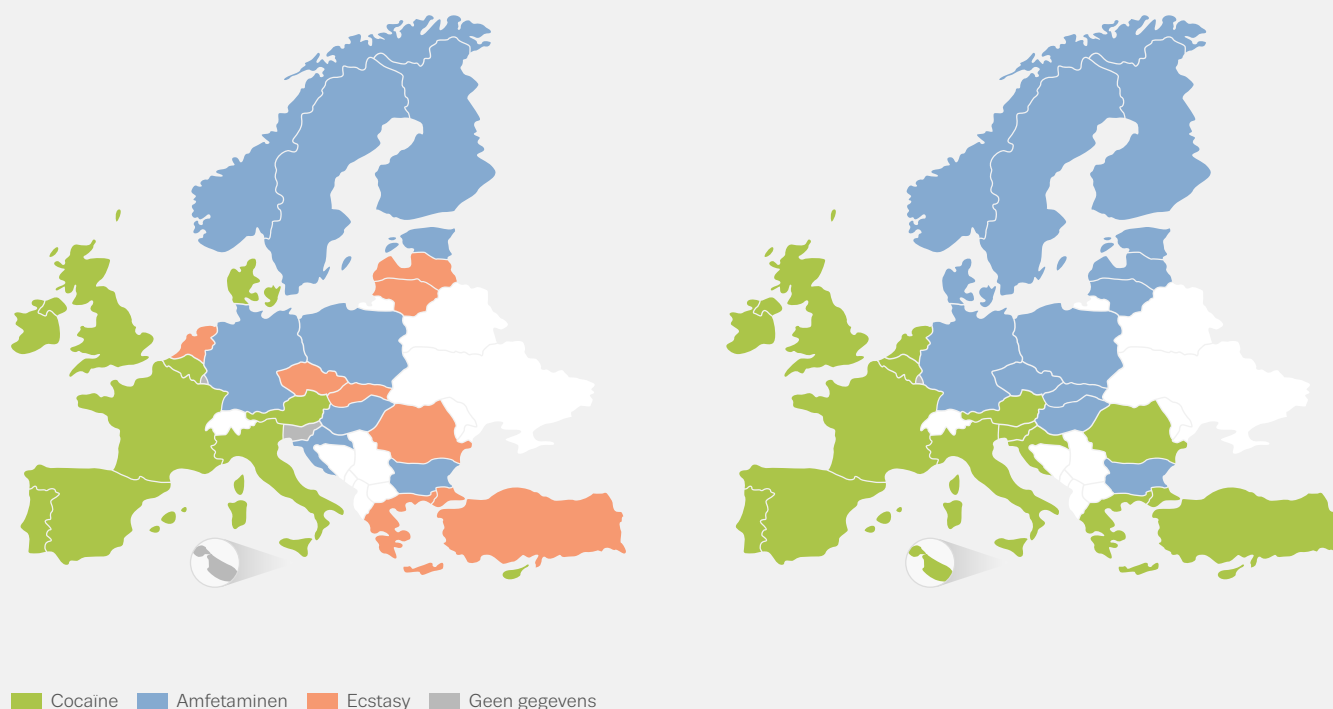
Trends bij gebruikers die zich voor het eerst melden voor behandeling



NB: De kenmerken betreffen al degenen die zich melden voor behandeling in de verslavingszorg met cannabis als primaire drug. De trends betreffen degenen die zich voor het eerst melden voor behandeling met cannabis als primaire drug. De hierbij betrokken landen verschillen per indicator.

FIGUUR 2.3

Belangrijkste stimulerende middel per prevalentie in het afgelopen jaar onder 15- tot 34-jarigen (links) en per primaire drug bij gebruikers die zich voor het eerst melden voor behandeling (rechts)



In 2011 werd cannabis gerapporteerd als de op een na meest gebruikte primaire drug na heroïne voor cliënten die zich melden voor een gespecialiseerde behandeling in de verslavingszorg in Europa (109 000) en de meest genoemde drug onder hen die zich voor het eerst melden voor behandeling. Er bestaat echter een aanzienlijke variatie tussen landen, uiteenlopend van 4% van alle drugscliënten die deze drug als reden melden om zich te laten behandelen in Bulgarije, tot 69% in Hongarije. Deze variaties kunnen worden verklaard door de verschillende wijzen waarop doorverwijzing plaatsvindt, het type behandel aanbod en landelijke prevalenties. Europa heeft een toename gezien van het aantal cannabiscliënten dat zich voor het eerst meldt voor behandeling, van circa 45 000 in 2006 tot 60 000 in 2011.

**Cannabis... de meest
genoemde drug onder hen
die zich voor het eerst melden
voor behandeling**

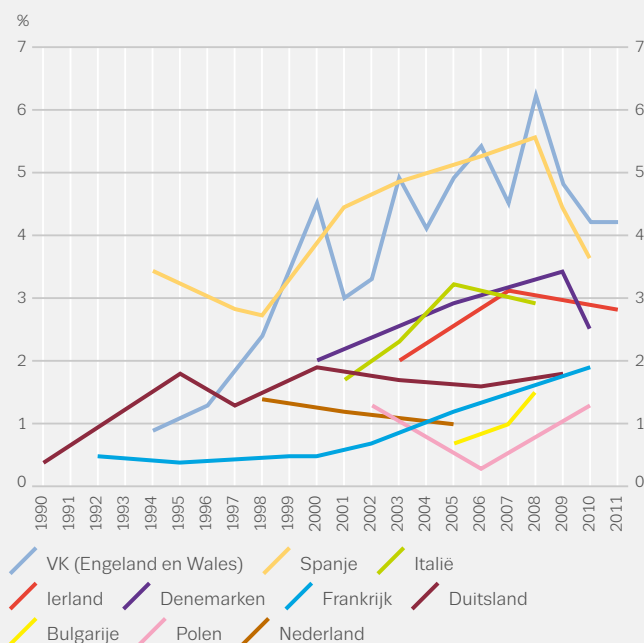
Illegale stimulerende middelen in Europa: regionale gebruikspatronen

Cocaine, amfetaminen en ecstasy zijn de meest gebruikte illegale stimulerende middelen in Europa, terwijl een aantal minder bekende middelen, zoals piperazinen (bijv. BZP) en synthetische cathinonen (bijv. mefedron en MDPV), ook illegaal worden gebruikt vanwege hun stimulerende effecten. Hoge gebruiksniveaus voor stimulerende middelen worden vaak toegeschreven aan specifieke dancemuziekevenementen en aan het nachtleven, waar deze drugs vaak worden gebruikt in combinatie met alcohol.

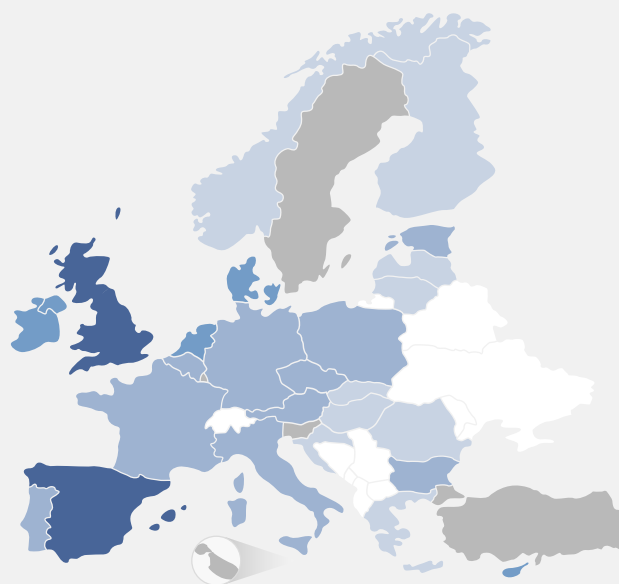
Prevalentiegegevens illustreren de geografisch diverse markt voor stimulerende middelen in Europa, waarbij cocaïne meer prevaleert in het zuiden en westen van Europa, amfetaminen vaker worden gebruikt in Midden- en Noord-Europese landen en ecstasy het stimulerende middel met de hoogste prevalentie is in landen in het zuiden en oosten (Figuur 2.3). Gegevens uit de verslavingszorg laten soortgelijke patronen zien voor cocaïne en amfetamine, terwijl het aantal cliënten dat zich laat behandelen voor ecstasygebruik laag is.

FIGUUR 2.4

Prevalentie van het cocaïnegebruik in het afgelopen jaar onder jongvolwassenen: bijzondere trends (links) en meest recente gegevens (rechts)



NB: Trends voor tien landen met de hoogste prevalentie en drie of meer enquêtes.

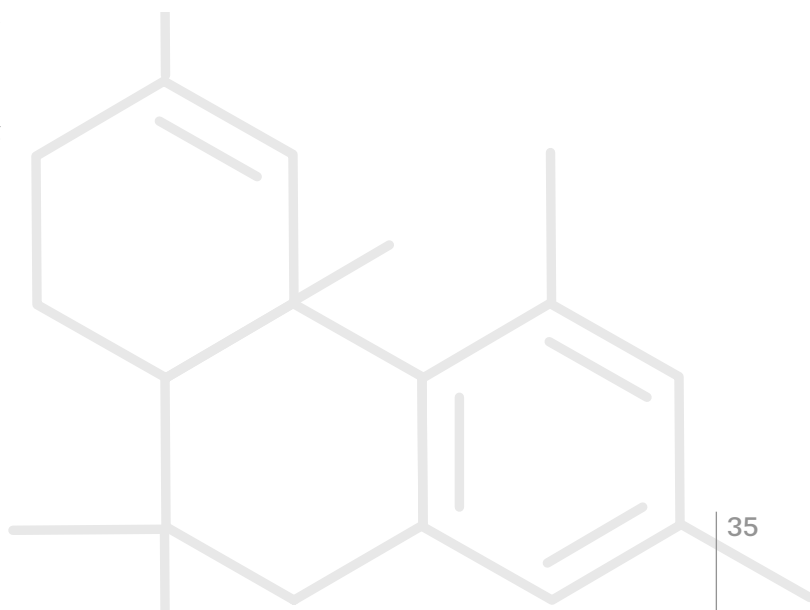


Cocaïne: afnemend gebruik in landen met een hoge prevalentie

Cocaïnepoeder wordt voornamelijk gesnoven maar soms ook geïnjecteerd, terwijl crackcocaïne meestal wordt gerookt. Onder de regelmatige gebruikers kan grofweg een onderscheid worden gemaakt tussen maatschappelijk meer geïntegreerde gebruikers, die de drug in een recreatieve setting gebruiken, en meer gemarginaliseerde druggebruikers die cocaïne gebruiken, dikwijls in combinatie met andere middelen, als onderdeel van een chronisch drugsprobleem. Regelmatig cocaïnegebruik wordt geassocieerd met cardiovasculaire, neurologische en geestelijke gezondheidsproblemen en met een verhoogd risico van ongelukken en verslaving. Injecterend cocaïnegebruik en crackgebruik kennen de hoogste gezondheidsrisico's onder cocaïnegebruikers, waaronder cardiovasculaire en psychische problemen.

Cocaïne is de meest gebruikte illegale stimulerende drug in Europa, hoewel de meerderheid van de gebruikers wordt aangetroffen in een relatief klein aantal landen.

Cocaïne, amfetaminen en ecstasy zijn de meest gebruikte illegale stimulerende middelen in Europa



Naar schatting gebruikten 2,5 miljoen jonge Europeanen (1,9% van deze leeftijdsgroep) het afgelopen jaar cocaïne. Denemarken, Ierland, Spanje en het Verenigd Koninkrijk heeft relatief hoge gebruiksniveaus gerapporteerd voor cocaïne in het afgelopen jaar onder jongvolwassenen (2,5-4,2%) (Figuur 2.4). In de landen met een hogere prevalentie en met meer recente enquêtes piekten de niveaus van cocaïnegebruik in het afgelopen jaar onder jongvolwassenen over het algemeen in 2008/2009 en lieten daarna een geringe daling of stabilisatie zien. In andere landen bleven de gebruiksniveaus voor cocaïne relatief laag en stabiel, alhoewel zowel Frankrijk als Polen in 2010 een stijging rapporteerde.

Signalen die duiden op een dalende hulpvraag van cocaïnegebruikers

Slechts vier landen beschikken over relatief recente schattingen van het intensief of problematisch cocaïnegebruik en deze zijn moeilijk te vergelijken omdat de gebruikte definities onderling verschillen. In 2009 schatte Spanje het 'intensieve cocaïnegebruik' onder de volwassen bevolking op 0,45%, schatte Duitsland de 'cocaïnegerelateerde problemen' op 0,20% en kwam Italië met een schatting van 0,34% voor 'mogelijk problematisch cocaïnegebruik'. Het Verenigd Koninkrijk schatte voor 2009/2010 het gebruik van crackcocaïne onder de volwassen bevolking in Engeland op 0,54%, maar wees erop dat velen van hen waarschijnlijk zowel crack als opioïden gebruiken.

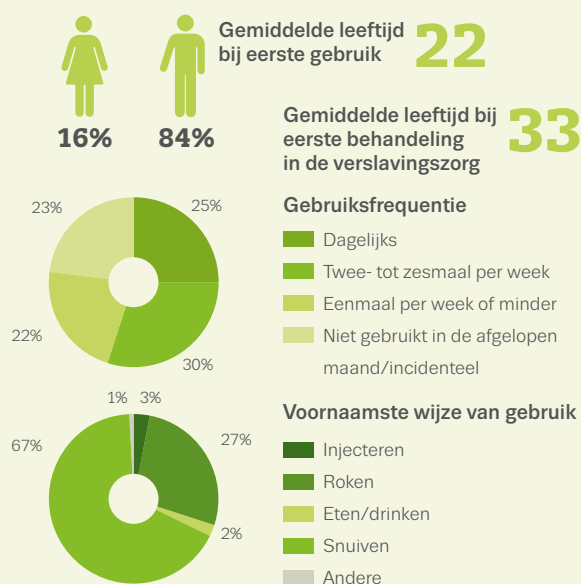
Cocaïne werd genoemd als de primaire drug voor 14% van alle cliënten die zich in 2011 meldden voor een gespecialiseerde behandeling in de verslavingszorg (60 000) en voor 19% van degenen die zich voor het eerst meldden voor behandeling (31 000). Er bestaan grote verschillen tussen landen: om en nabij 90% van alle cocaïnecliënten wordt slechts door vijf landen gerapporteerd (Duitsland, Spanje, Italië, Nederland en het Verenigd Koninkrijk). Het aantal cliënten dat zich voor het eerst in hun leven meldde voor behandeling voor primair cocaïnegebruik steeg van 35 000 in 2006 tot 37 000 in 2009 en daalde vervolgens tot 31 000 in 2011 (23 landen). Spanje heeft sinds 2005 een kleine, maar gestage daling gezien van het aantal nieuwe cocaïnecliënten dat in behandeling gaat, het Verenigd Koninkrijk sinds 2008 en Italië sinds 2009. Slechts om en nabij 3 000 nieuwe primaire gebruikers van crackcocaïne meldden zich in 2011 in Europa voor behandeling; twee derde van hen in het Verenigd Koninkrijk en de overigen merendeels in Spanje en Nederland.

Toename op de langere termijn van het aantal cocaïnegerelateerde spoedgevallen in ziekenhuizen

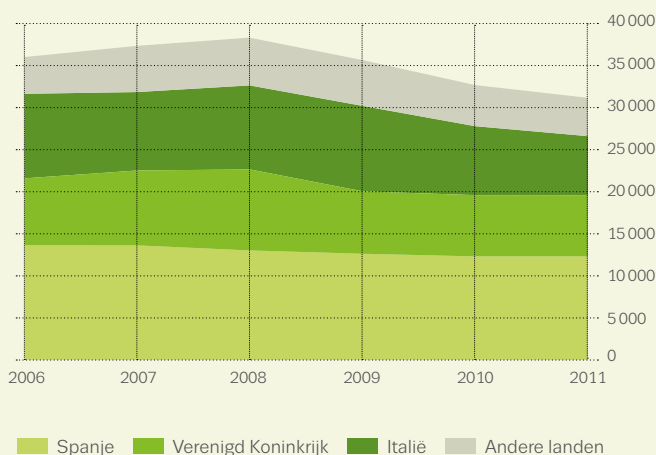
In een recent Europees onderzoek werd in enkele landen bij de indicatoren van cocaïnegerelateerde ziekenhuisopnamen een verdrievoudiging sinds eind jaren 1990 vastgesteld, met een piek rond 2008 in Spanje en het Verenigd Koninkrijk (Engeland). In de meeste cocaïnegerelateerde spoedgevallen betrof het jonge

COCAÏNEGEBRUIKERS IN BEHANDELING

Eigenschappen



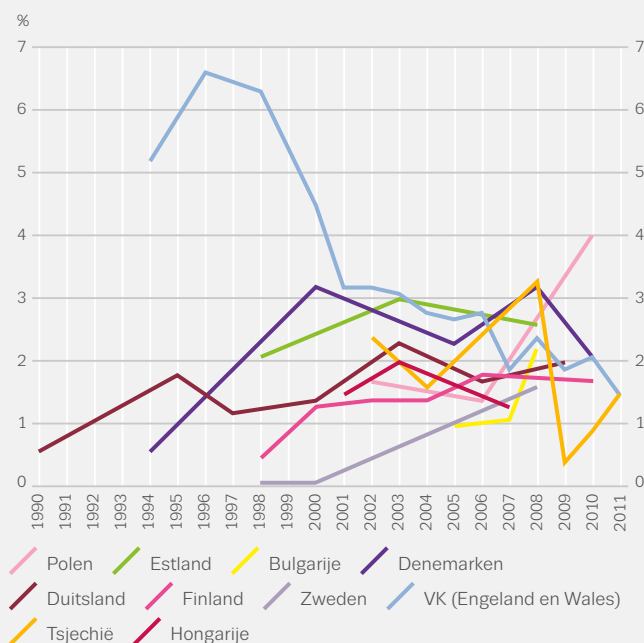
Trends bij gebruikers die zich voor het eerst melden voor behandeling



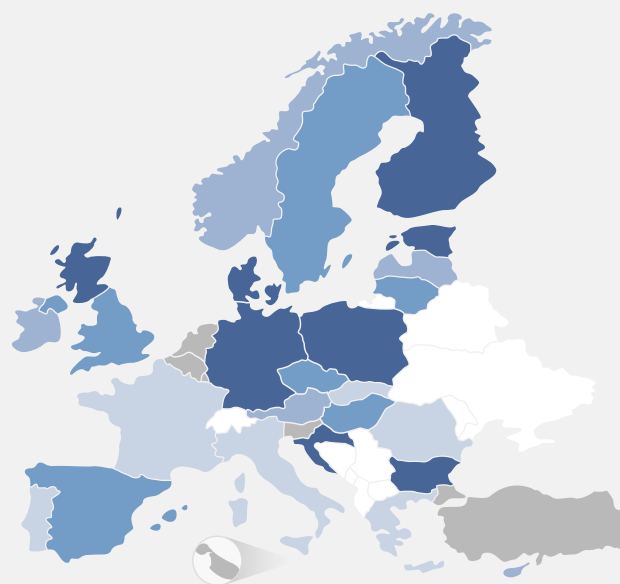
NB: De kenmerken betreffen al degenen die zich melden voor behandeling met cocaïne/crack als primaire drug. De trends betreffen degenen die zich voor het eerst melden voor behandeling in de verslavingszorg met cocaïne/crack als primaire drug. De hierbij betrokken landen verschillen per indicator.

FIGUUR 2.5

Prevalentie van het amfetaminegebruik in het afgelopen jaar onder jongvolwassenen: bijzondere trends (links) en meest recente gegevens (rechts)



NB: Trends voor tien landen met de hoogste prevalentie en drie of meer enquêtes.



% 0–0,5 0,51–1 1,1–1,5 >1,5 Geen gegevens

mannen. Sterfte door acute cocaïnevergiftiging lijkt relatief uitzonderlijk. In 2011 werden in 17 landen ten minste 475 sterfgevallen gemeld in verband met cocaïne, alhoewel ook vaak andere drugs in het spel waren. Recente gegevens uit Spanje en het Verenigd Koninkrijk duiden op een daling van het aantal cocaïne-gerelateerde sterfgevallen sinds 2008. Cocaïne speelt vermoedelijk ook een rol bij een aantal sterfgevallen door cardiovasculaire problemen, maar gegevens op dit gebied zijn schaars.

Amfetaminen: gebruik is stabiel maar gezondheidsrisico's blijven

In Europa is amfetamine breder verkrijgbaar dan methamfetamine, waarvan het gebruik van oudsher beperkt blijft tot Tsjechië en, meer recentelijk, Slowakije. Amfetaminen worden doorgaans oraal ingenomen of gesnoven. In enkele landen echter worden deze drugs relatief vaker geïnjecteerd onder problematische druggebruikers en cliënten die een behandeling ondergaan in de verslavingszorg.

De meeste onderzoeken naar de gevolgen van amfetaminegebruik voor de gezondheid worden gedaan door Australië en de Verenigde Staten, waar het roken van kristallijne methamfetamine veel voorkomt. Hun bevindingen kunnen niet rechtstreeks naar de Europese situatie worden vertaald. Deze onderzoeken signaleren

effecten zoals cardiovasculaire pulmonale, neurologische en psychische problemen, variërend van angstaanvallen, agressie en depressie tot acute paranoïde psychose, terwijl injecterend gebruik een risicofactor voor infectieziekten vormt. Hoewel uitzonderlijk in vergelijking met sterfgevallen door opioïden, wordt door een aantal landen amfetamine-gerelateerde sterfte gerapporteerd, met name door landen met relatief grote groepen amfetaminegebruikers. Overdoses amfetaminen zijn echter moeilijker identificeerbaar aangezien de symptomen minder specifiek zijn. Dit probleem wordt bemoeilijkt door de opkomst van nieuwe stimulerende middelen. Zo zijn meer dan twintig sterfgevallen in 2011 en 2012 in verband gebracht met het amfetamine-gerelateerde bestanddeel 4-methylamfetamine, waarop het EMCDDA en Europol reageerden met een risicobeoordeling op Europees niveau en de Europese Commissie met een aanbeveling voor controlemaatregelen in de hele Europese Unie.

**In Europa is amfetamine
breder verkrijgbaar
dan methamfetamine**

Geschat wordt dat in het afgelopen jaar ongeveer 1,7 miljoen (1,3%) jongvolwassenen (15-34 jaar) amfetaminen hebben gebruikt. Tussen 2006 en 2011 bleef het amfetaminegebruik in het afgelopen jaar in de meeste Europese landen relatief laag en stabiel onder jongvolwassenen met een prevalentie rond 2% of minder in alle rapporterende landen, met uitzondering van Bulgarije (2,1%), Estland (2,5%) en Polen (3,9%). De landen met recente enquêtes (2010 of later) rapporteerden alle een daling van de prevalentie voor amfetaminen, met uitzondering van Polen dat een stijging rapporteerde (Figuur 2.5).

↑ Toename van de hulpvraag voor methamfetamine

Slechts twee landen beschikken over recente schattingen van het aantal problematische methamfetaminegebruikers, met schattingen voor volwassenen (15-64 jaar) van om en nabij 0,42% voor Tsjechië (2011) en 0,21% in Slowakije (2007). In Duitsland, Griekenland, Cyprus en Turkije zijn recentelijk signalen gemeld die wijzen op problematisch methamfetaminegebruik.

Ongeveer 6% van de cliënten die zich in 2011 in Europa hebben aangemeld voor specialistische behandeling in de verslavingszorg noemt amfetaminen als hun primaire drug (ongeveer 24 000 cliënten, van wie 10 000 zich voor het eerst in hun leven meldden voor behandeling). Primaire amfetaminegebruikers vormen alleen in Letland, Polen

en Zweden een aanzienlijk deel van de gerapporteerde groep mensen die zich voor het eerst melden voor behandeling, terwijl methamfetamine als primaire drug wordt genoemd door een groot deel van de cliënten die zich in Tsjechië en Slowakije voor het eerst hadden gemeld voor behandeling. Tussen 2006 en 2011 bleven de trends voor amfetaminegebruikers die zich voor het eerst voor behandeling meldden stabiel, met uitzondering van Tsjechië en Slowakije, die een toegenomen aantal methamfetamine cliënten rapporteerden.

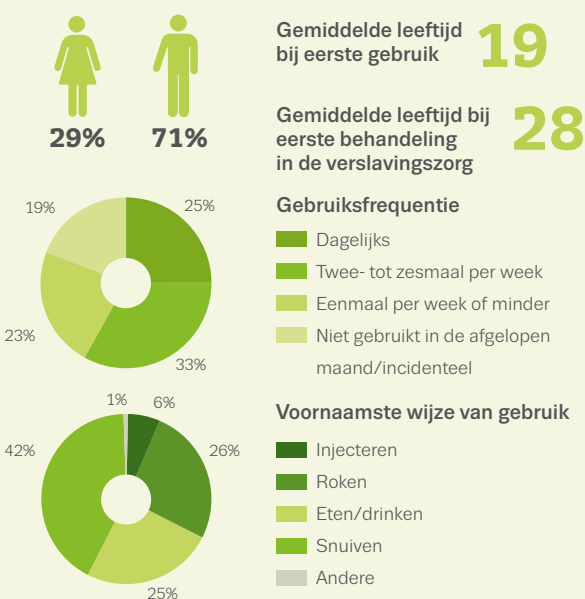
↑ Ecstasy: een lage behandelvraag

Ecstasy verwijst meestal naar de synthetische stof MDMA. De drug wordt in de meeste gevallen in tabletvorm gebruikt, maar is soms als poeder verkrijgbaar. Het wordt geslikt, gesnoven en (in uitzonderlijke gevallen) geïnjecteerd. Ecstasygebruik wordt van oudsher gekoppeld aan de elektronische dancemuziekscene en vindt vooral plaats onder jongvolwassenen, met name jonge mannen. De problemen die verband houden met het gebruik van deze drug zijn onder meer acute hyperthermie en psychische problemen. Ecstasygerelateerde sterfte wordt zelden gemeld.

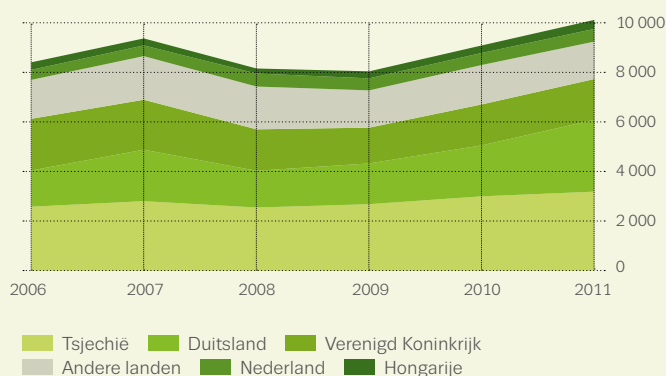
1,8 miljoen jongvolwassenen hebben naar schatting in het afgelopen jaar ecstasy gebruikt, met landelijke schattingen uiteenlopend van minder dan 0,1% tot 3,1%. Van het begin tot halverwege de jaren 2000 piekte de consumptie van

AMFETAMINEGEBRUIKERS IN BEHANDELING

Eigenschappen



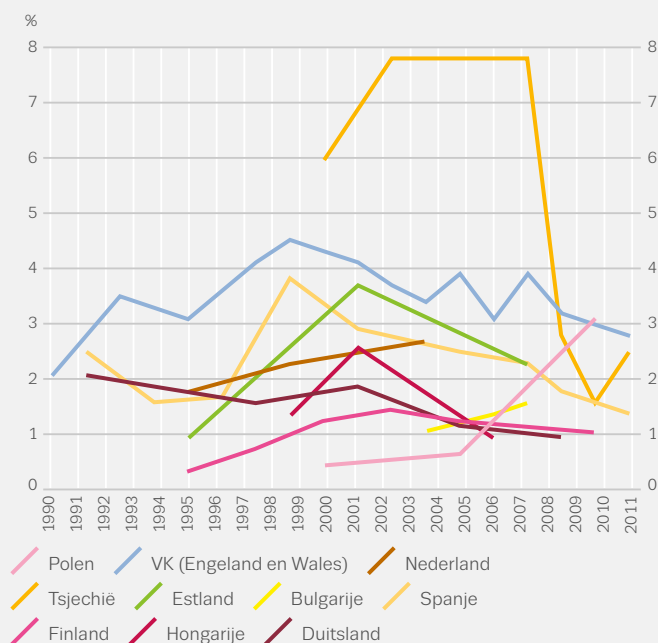
Trends bij gebruikers die zich voor het eerst melden voor behandeling in de verslavingszorg



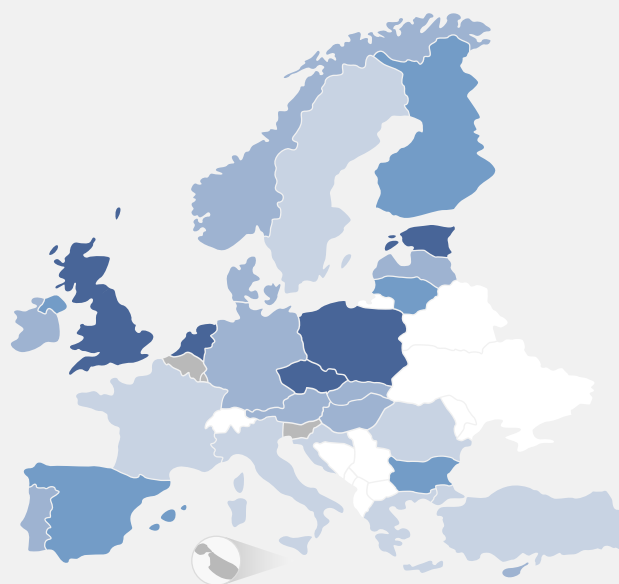
NB: De kenmerken betreffen degenen die zich melden voor behandeling in de verslavingszorg met amfetaminen als primaire drug. De hierbij betrokken landen verschillen per indicator.

FIGUUR 2.6

Prevalentie van het ecstasygebruik in het afgelopen jaar onder jongvolwassenen: bijzondere trends (links) en meest recente gegevens (rechts)



NB: Trends voor tien landen met de hoogste prevalentie en drie of meer enquêtes.



% 0–0,5 0,51–1,0 1,1–2,0 >2,0 Geen gegevens

de drug over het geheel genomen, om daarna weer te dalen (Figuur 2.6). De meeste landen hebben tussen 2006 en 2011 stabiele of afnemende trends in ecstasygebruik gerapporteerd. Met uitzondering van Polen wordt deze afname waargenomen in de gegevens van landen die sinds 2010 enquêtes rapporteren. Weinig gebruikers meldden zich in 2011 voor behandeling voor problemen in verband met ecstasy: ecstasy werd genoemd als primaire drug door minder dan 1% (circa 600 cliënten) van de gerapporteerde gebruikers in Europa die zich voor het eerst meldden voor behandeling.

enquête in 2010/2011 werd echter bij alle groepen een daling in de gebruiksniveaus waargenomen.

Meer in het algemeen wordt in Europa nog steeds melding gemaakt van mefedrongerelateerde mortaliteit en sterfte, hoewel het om relatief lage niveaus gaat. Een aantal landen rapporteert ook injecterend gebruik van mefedron, MDPV en andere synthetische cathinonen onder groepen problematische druggebruikers en cliënten die in behandeling zijn (Hongarije, Oostenrijk, Roemenië en het Verenigd Koninkrijk).

Mefedron: nieuwe opvolger op de markt voor stimulerende middelen

Er zijn signalen die erop wijzen dat synthetische cathinonen, waaronder mefedron, in sommige landen een plaats hebben ingenomen op de illegale markt. Op dit moment heeft echter alleen het Verenigd Koninkrijk nieuwe enquêtes gehouden waarin ook deze drugs aan bod komen. De meest recente gegevens melden dat in Engeland en Wales 1,1% van de volwassenen (16-59 jaar) in het afgelopen jaar mefedron gebruikten, waardoor het de op drie na meest gebruikte illegale drug is. Onder 16- tot 24-jarige jongeren was de prevalentie in het afgelopen jaar gelijk aan die van ecstasy (3,3%), de op twee na meest prevalentie drug in deze leeftijdsgroep. Vergeleken met de

**Synthetische cathinonen,
waaronder mefedron,
in sommige landen een plaats
hebben ingenomen
op de illegale markt**

Hallucinogenen, GHB en ketamine: nog steeds in beeld

Een aantal psychoactieve middelen met hallucinogene en verdovende eigenschappen is verkrijgbaar op de illegale markt in Europa. Deze middelen kunnen apart, samen of in plaats van andere meer gangbare drugs worden gebruikt. De prevalentie van het gebruik van hallucinogene paddenstoelen en lsd in Europa is al een aantal jaren over het algemeen laag en stabiel. Landelijke enquêtes melden dat de geschatte prevalentie in het afgelopen jaar voor het gebruik van hallucinogene paddenstoelen onder jongvolwassenen (15-34 jaar) varieerde van 0% tot 2,2%, en voor lsd van 0% tot 1,7%.

Sinds het midden van de jaren negentig van de vorige eeuw is recreatief gebruik van ketamine en gammahydroxyboterzuur (GHB) gemeld in subgroepen van druggebruikers in Europa. De erkenning van de gezondheidsproblemen in verband met deze middelen neemt toe, zoals schade aan de urinewegen bij langdurig ketaminegebruik. Verlies van bewustzijn en verslaving zijn risico's die worden gekoppeld aan het gebruik van GHB en het ontwenningsyndroom is gedocumenteerd. Voor zover aanwezig, blijven landelijke schattingen van de prevalentie van het gebruik van GHB en ketamine door zowel volwassenen en scholieren laag. In het Verenigd Koninkrijk meldde 1,8% van de 16- tot 24-jarigen ketaminegebruik in het afgelopen jaar, waarbij de niveaus tussen 2008 en 2012 stabiel bleven, alhoewel in 2006 een stijging van 0,8% werd waargenomen. Gerichte enquêtes in het uitgaansleven rapporteren hogere prevalentiecijfers voor het 'oijt'-gebruik. Een enquête onder Deense bezoekers van het clubcircuit bijvoorbeeld meldde dat 10% van hen ketamine had geprobeerd. Bij een internetenquête onder de Britse respondenten die als frequente bezoekers van het clubcircuit waren geïdentificeerd, meldde 40% gebruik van ketamine en 2% gebruik van GHB in het afgelopen jaar.

Opioiden: meer dan 1,4 miljoen problematische gebruikers

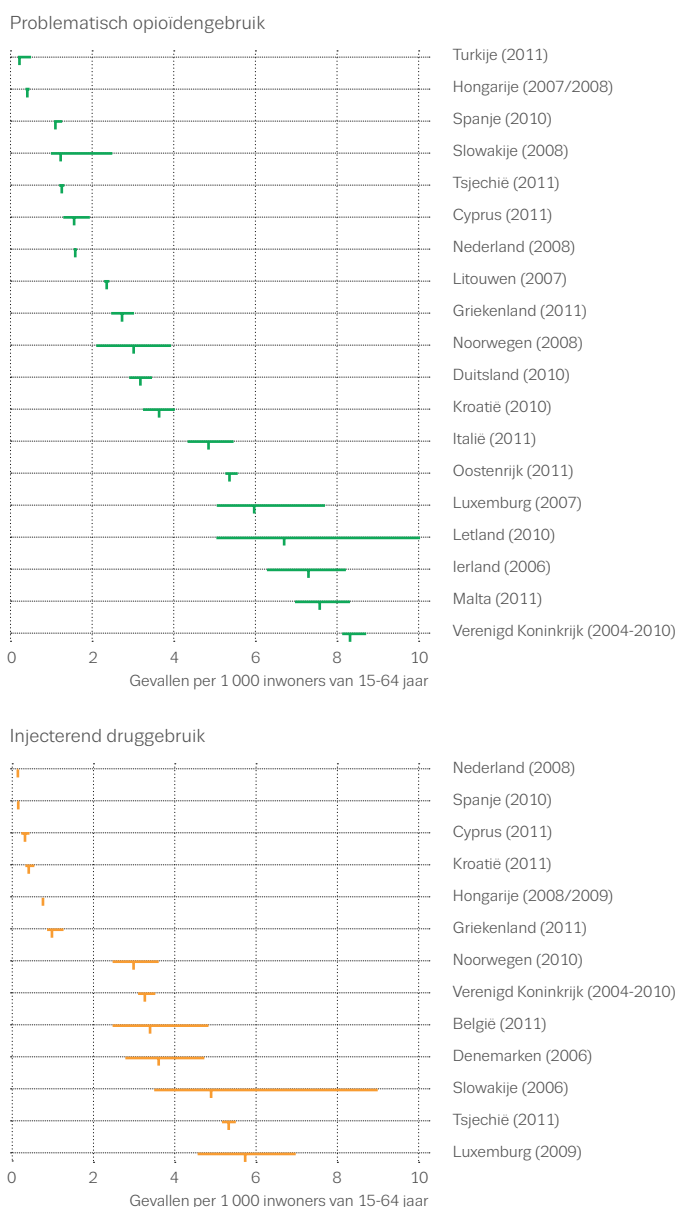
Het opioïdegebruik blijft verantwoordelijk voor een disproportioneel groot aandeel in mortaliteit en sterfte als gevolg van druggebruik in Europa. Heroïne is de voornaamste opioïde die in Europa wordt gebruikt en wordt gerookt, gesnoven of geïnjecteerd. Een reeks andere synthetische opioïden, zoals buprenorfine, methadon en fentanyl zijn ook verkrijgbaar op de illegale markt. De meeste opioïdegebruikers zijn polydruggebruikers. In stedelijke gebieden en onder gemarginaliseerde groepen zijn de prevalentiecijfers hoger. Naast gezondheidsproblemen rapporteren opioïdegebruikers die

in behandeling gaan over het algemeen hogere dak- en werkloosheidsniveaus en lagere opleidingsniveaus dan gebruikers van andere drugs.

Europa heeft diverse golven van heroïneverslaving gekend. De eerste trof vanaf het midden van de jaren zeventig veel West-Europese landen en een tweede golf, vanaf het midden tot het einde van de jaren negentig, trof Midden- en Oost-Europa. Hoewel er in het afgelopen decennium uiteenlopende trends zijn geweest, lijkt het aantal nieuwe heroïnegebruikers nu te dalen.

FIGUUR 2.7

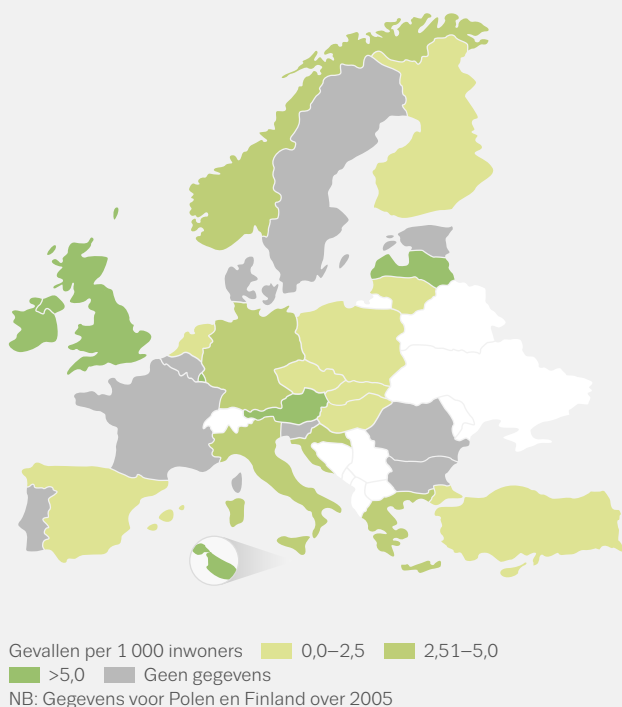
Landelijke prevalentieschattingen voor problematisch opioïdegebruik en injecterend druggebruik



NB: Gegevens weergegeven als puntschattingen en onzekerheidsintervallen.

FIGUUR 2.8

Schattingen van problematisch opioïdegebruik in Europa



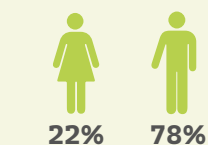
De gemiddelde prevalentie van problematisch opioïdegebruik onder volwassenen (15-64 jaar) wordt in 2011 in Europa geschat op 0,41%, welk percentage overeenkomt met 1,4 miljoen problematische opioïdegebruikers. Op nationaal niveau variëren prevalentieschattingen van problematisch opioïdegebruik van minder dan één tot acht gevallen per 1 000 inwoners van 15-64 jaar (Figuur 2.7).

Heroïne: daling van het aantal nieuwe cliënten dat zich meldt voor behandeling in de verslavingszorg

Gebruikers van opioïden (hoofdzakelijk heroïne) vertegenwoordigen 48% van alle cliënten die zich in 2011 in Europa meldden voor een gespecialiseerde behandeling in de verslavingszorg (197 000 cliënten) en ongeveer 30% van de gebruikers die zich voor het eerst voor behandeling meldden. Qua trend daalt het totaal aantal nieuwe heroïnecliënten in Europa, van een piek van 59 000 in 2007 naar 41 000 in 2011, waarbij de daling het meest zichtbaar is in West-Europese landen. Over het geheel genomen lijkt het aantal nieuwe heroïnegebruikers te dalen en werkt dat nu door op de behandelvraag.

HEROÏNEGEBRUIKERS IN BEHANDELING

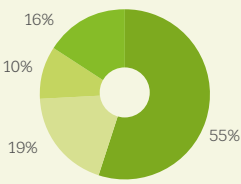
Eigenschappen



Gemiddelde leeftijd bij eerste gebruik **22**

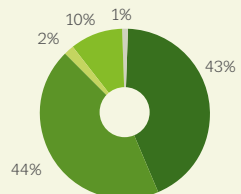
Gemiddelde leeftijd bij eerste behandeling in de verslavingszorg **35**

Gebruiksfrequentie



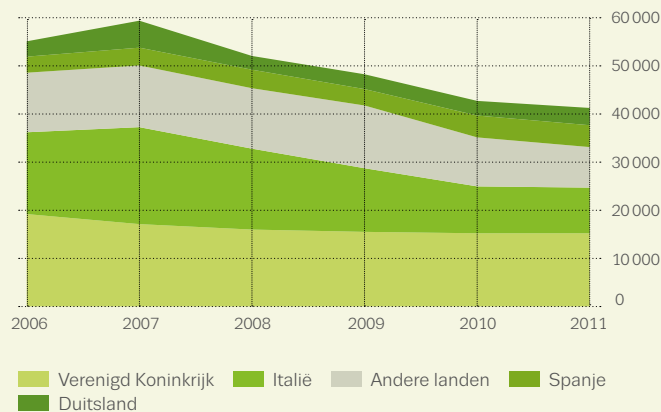
- Dagelijks
- Twee- tot zesmaal per week
- Eenmaal per week of minder
- Niet gebruikt in de afgelopen maand/incidenteel

Voornaamste wijze van gebruik



- Injizieren
- Roken
- Eten/drinken
- Snuiven
- Andere

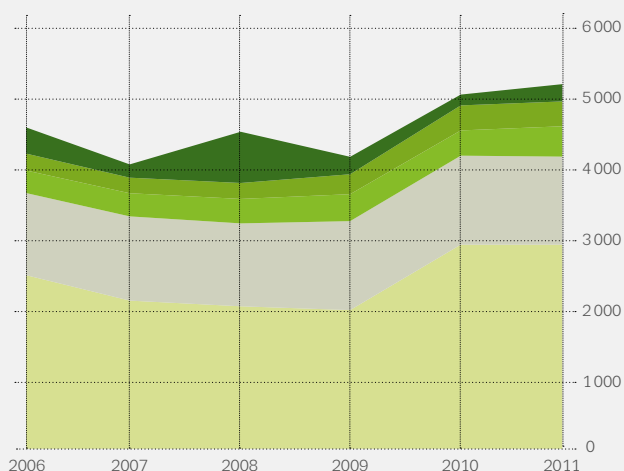
Trends bij gebruikers die zich voor het eerst melden voor behandeling in de verslavingszorg



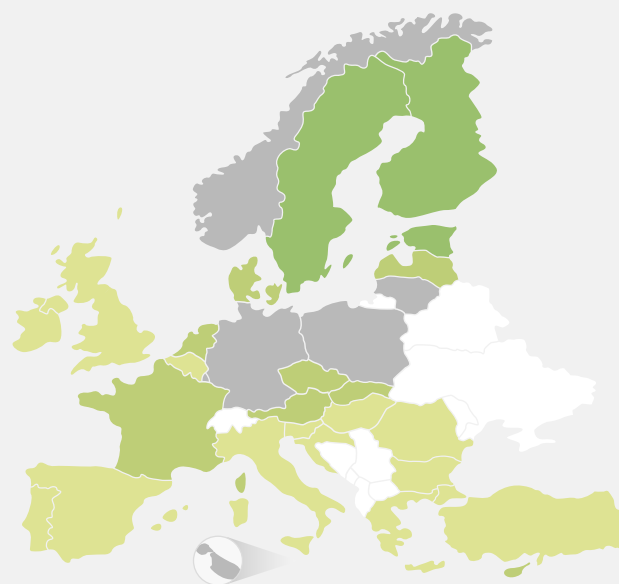
NB: De kenmerken betreffen al degenen die zich melden voor behandeling in de verslavingszorg met heroïne als primaire drug. De trends betreffen degenen die zich voor het eerst melden voor behandeling met heroïne als primaire drug. De hierbij betrokken landen verschillen per indicator.

FIGUUR 2.9

Gebruikers die zich voor het eerst meldden voor behandeling in de verslavingszorg voor andere opioïden dan heroïne: trends in aantallen (links) en als percentage van alle cliënten die zich voor het eerst meldden voor behandeling met opioïden als primaire drug (rechts)



Verenigd Koninkrijk Andere landen Frankrijk
Spanje Italië



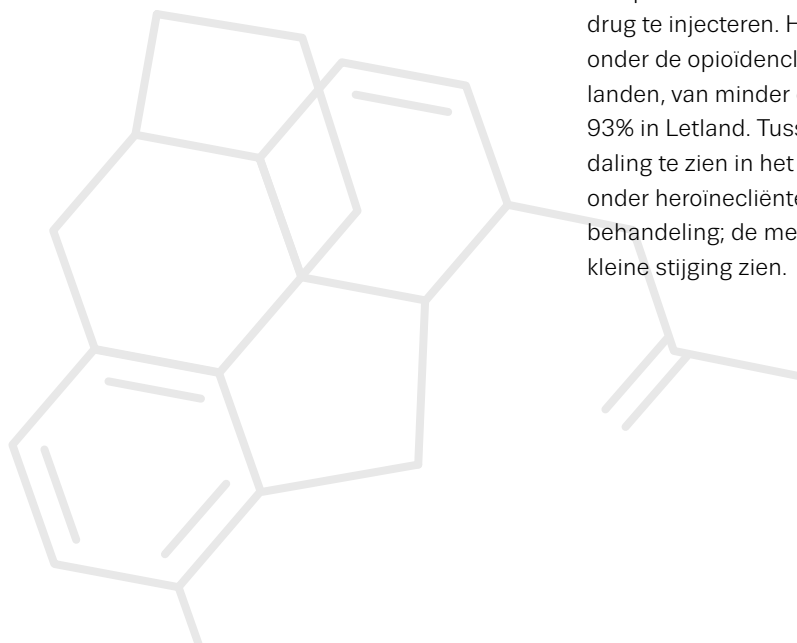
% 0-10 11-50 >50 Geen gegevens

Andere opioïden dan heroïne: een uitdaging in sommige landen

In 2011 rapporteerden elf Europese landen dat 10% of meer van hun opioïdencliënten die zich voor het eerst meldden voor een specialistische behandeling in de verslavingszorg andere opioïden dan heroïne gebruikten, waaronder fentanyl, methadon en buprenorfine (Figuur 2.9). In sommige landen zijn deze drugs nu de meest gangbare vorm van opioïdegebruik: in Estland gebruikten de meeste cliënten die zich meldden voor behandeling voor opioïden het illegale fentanyl, terwijl in Finland het merendeel van de opioïdencliënten primair gebruiker was van buprenorfine.

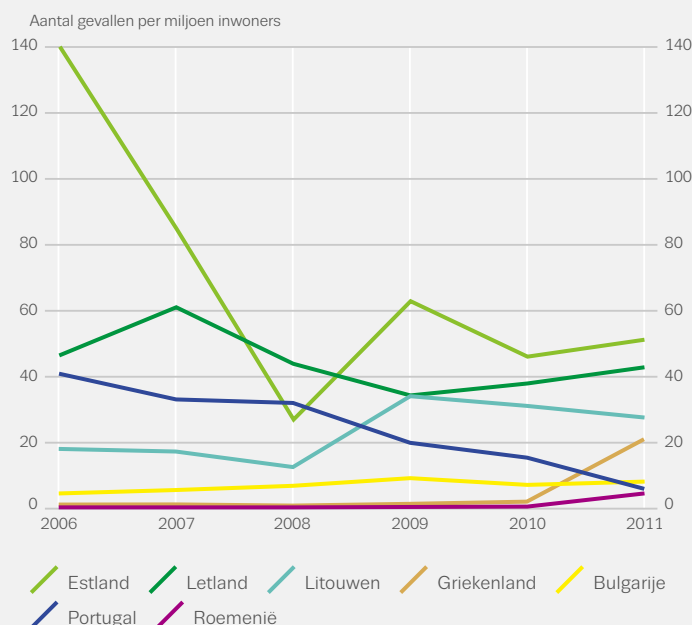
Injecterend druggebruik: daling op lange termijn

Injecterende druggebruikers behoren tot de druggebruikers die het grootste risico lopen dat hun druggebruik tot gezondheidsproblemen leidt, zoals door via bloed overgedragen infectieziekten of drugsoverdoses. Injecterend druggebruik wordt gewoonlijk in verband gebracht met opioïdegebruik, hoewel in een klein aantal landen het injecteren van amfetaminen een groter probleem vormt. Dertien landen beschikken over recente schattingen van de prevalentie van injecterend druggebruik, variërend van één tot circa zes gevallen per 1 000 inwoners van 15-64 jaar. Van cliënten die zich meldden voor een specialistische behandeling in de verslavingszorg rapporteerde 38% van de opioïdencliënten en 24% van de amfetaminecliënten de drug te injecteren. Het percentage injecterende gebruikers onder de opioïdencliënten varieert in de verschillende landen, van minder dan 9% in Nederland tot meer dan 93% in Letland. Tussen 2006 en 2011 is er een algemene daling te zien in het aantal injecterende druggebruikers onder heroïnecliënten die zich voor het eerst melden voor behandeling; de meest recente gegevens laten echter een kleine stijging zien.

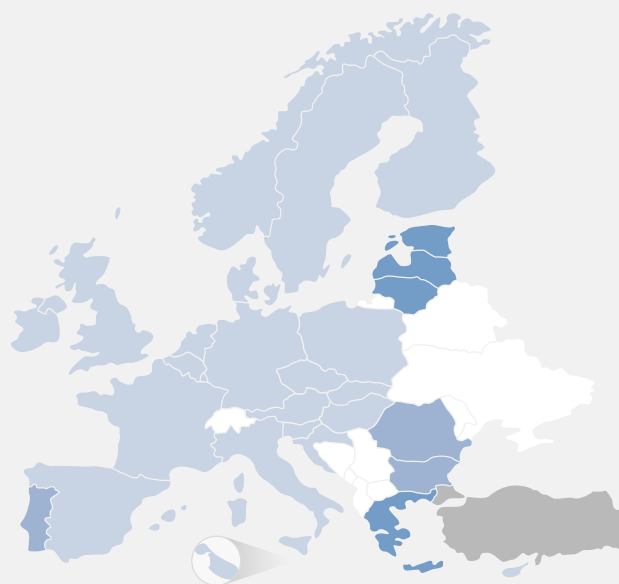


FIGUUR 2.10

Nieuw gediagnosticeerde hiv-infecties in verband met injecterend druggebruik: bijzondere trends (links) en meest recente gegevens (rechts)



NB: Nieuw gediagnosticeerde hiv-infecties onder injecterende druggebruikers in landen die in 2011 de hoogste cijfers rapporteren (bron: ECDC)



Uitbraken onder druggebruikers bedreigen hiv-afname op de lange termijn

Het injecteren van drugs blijft een belangrijk mechanisme voor de overdracht van infectieziekten, waaronder hiv/aids en hepatitis C. De meest recente cijfers laten zien dat de daling op de lange termijn van het aantal nieuwe hiv-diagnoses in Europa wellicht verstoord wordt door uitbraken van hiv onder injecterende druggebruikers in Griekenland en Roemenië (Figuur 2.10). In 2011 bedroeg het gemiddeld aantal nieuw gemelde hiv-diagnoses dat aan injecterend druggebruik wordt toegeschreven 3,03 per miljoen inwoners. Hoewel de cijfers nog kunnen veranderen, waren er 1 507 nieuw gerapporteerde gevallen in 2011, iets meer dan in 2010, waardoor de algemene neerwaartse trend sinds 2004 wordt verstoord.

Het Europese cijfer maskeert belangrijke verschillen in niveaus en trends in nieuwe hiv-diagnoses in de afzonderlijke landen. In 2011 waren Griekenland en Roemenië goed voor 353 diagnoses, oftewel 23% van het totaal aantal, terwijl deze landen in 2010 iets meer dan 2% (31/1 469) vertegenwoordigden. Bulgarije, Estland en Letland rapporteerden een geringe toename van het aantal nieuw gediagnosticeerde hiv-infecties in 2011. De door Ierland, Spanje en Portugal gerapporteerde cijfers daarentegen bleven dalen, in lijn met de neerwaartse trend sinds 2004.

Het injecteren van drugs blijft een belangrijk mechanisme voor de overdracht van infectieziekten

Hepatitis en andere infecties: grote gezondheidsvraagstukken

Virale hepatitis, in het bijzonder infectie veroorzaakt door het hepatitis C-virus (HCV), kent een hoge prevalentie onder injecterende druggebruikers binnen Europa. De HCV-antilichaamspiegels in nationale steekproeven onder injecterende druggebruikers in 2010-2011 variëren van 18% tot 80%, waarbij acht van de twaalf landen met landelijke gegevens een prevalentieniveau van ruim boven de 40% melden (Figuur 2.11). Een prevalentie op of boven dit niveau kan een aanwijzing zijn dat er een kans bestaat op nieuwe uitbraken van aan injecterend gebruik gerelateerde hiv-overdracht. Van de landen met nationale trendgegevens voor de periode 2006-2011 werd in drie landen (Italië, Portugal en Noorwegen) een dalende HCV-prevalentie bij injecterende druggebruikers gemeld, terwijl andere landen een stijging zagen (Griekenland, Cyprus).

In de achttien landen waarvoor gegevens beschikbaar zijn voor de periode 2010-2011, maakt injecterend

druggebruik gemiddeld 58% van alle HCV-gevallen uit en 41% van de gemelde acute diagnoses, van wie de risicocategorie bekend is. Wat hepatitis B betreft vertegenwoordigen injecterende druggebruikers 7% van alle gemelde diagnoses en 15% van de acute diagnoses. Druggebruik kan een risicofactor voor andere infectieziekten zijn, waaronder hepatitis A en D, seksueel overdraagbare ziekten, tuberculose, tetanus en botulisme. Uitbraken van miltvuurbesmetting, waarschijnlijk veroorzaakt door besmette heroïne, worden ook sporadisch gerapporteerd in Europa. Zo werden bijvoorbeeld tussen juni 2012 en begin maart 2013 vijftien aan drugs gerelateerde gevallen van miltvuur gemeld, waarvan er zeven tot sterfte hebben geleid. Dit kan verband houden met een eerdere uitbraak van miltvuur die in 2009/2010 werd gemeld.

Aan drugs gerelateerde sterfgevallen: niet alleen overdoses

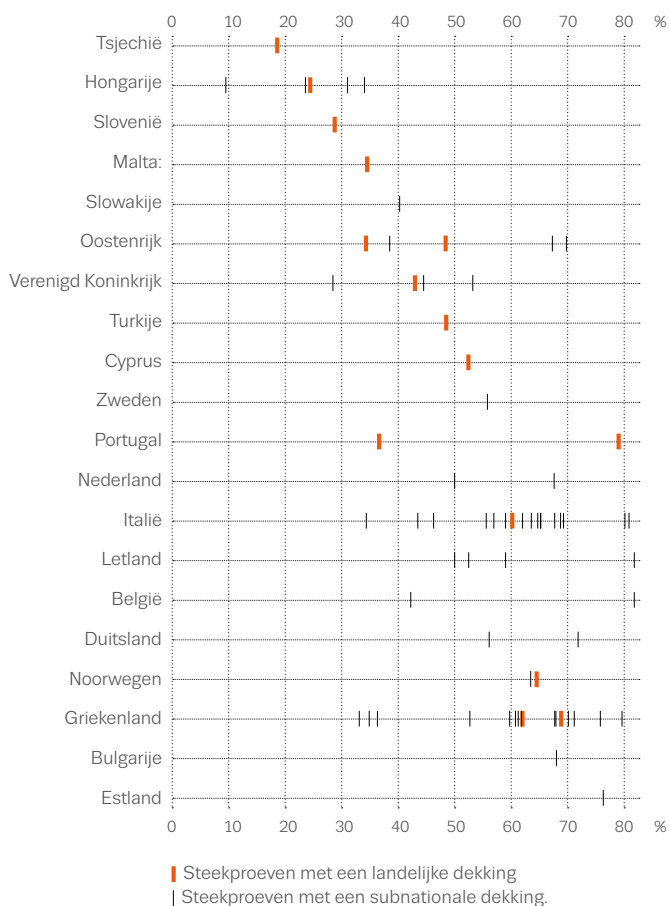
Druggebruik is een van de belangrijkste doodsoorzaken onder jongeren in Europa, zowel rechtstreeks door een overdosis (drugsgelateerde sterfgevallen) als indirect door aan drugs gerelateerde ziekten en ongelukken, geweld en suicide. De meeste studies naar cohorten van problematische druggebruikers laten mortaliteitspercentages zien van 1-2% per jaar en vertegenwoordigen een oversterftecijfer dat tien tot twintig keer hoger is dan de verwachte basissterfte. Een recente analyse van het EMCDDA schatte dat er in Europa elk jaar tussen 10 000 en 20 000 opioïdegebruikers sterven. Het merendeel van deze sterfgevallen komt voor onder mannen rond 30 jaar. Leeftijd, mortaliteitspercentage en doodsoorzaken variëren tussen landen en in de tijd.

Hiv-gerelateerde mortaliteit is de best gedocumenteerde indirecte doodsoorzaak onder druggebruikers. De meest recente schatting duidt erop dat in 2010 in Europa ongeveer 1 700 mensen stierven aan hiv/aids door injecterend druggebruik en dat er sprake is van een neerwaartse trend. Leverziekten zijn waarschijnlijk ook verantwoordelijk voor een groot aantal sterfgevallen onder druggebruikers, voornamelijk als gevolg van HCV-infectie en vaak verergerd door zwaar alcoholgebruik, hoewel Europese cijfers daaromtrent niet voorhanden zijn. Suicide, verwondingen en moord zijn eveneens van invloed op de oversterfte onder druggebruikers, hoewel ook hier betrouwbare schattingen ontbreken.

De belangrijkste doodsoorzaak onder problematische druggebruikers in Europa is drugsoverdosis. Opioïden, voornamelijk heroïne of metabolieten daarvan, spelen een rol bij de meeste gerapporteerde gevallen, vaak

FIGUUR 2.11

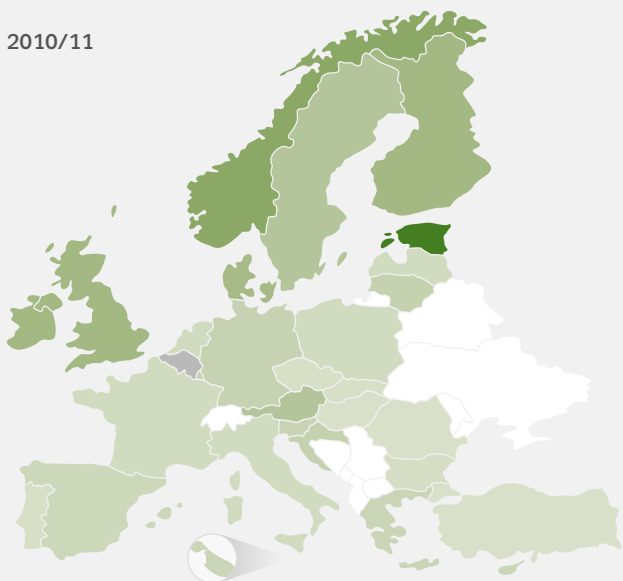
Prevalentie van HCV- antistoffen onder injecterende druggebruikers, 2010/2011



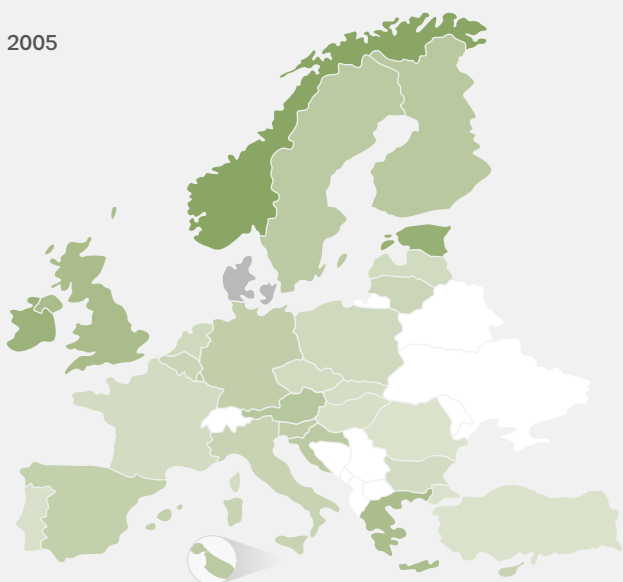
FIGUUR 2.12

Druggerelateerde mortaliteit onder volwassenen (15-64 jaar)

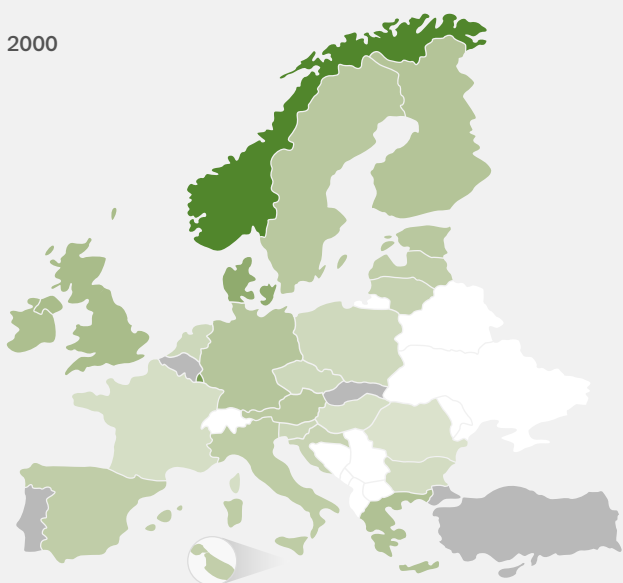
2010/11



2005



2000



1 17 51 85 119 136

Aantal gevallen per miljoen inwoners

Geen gegevens

in combinatie met andere middelen zoals alcohol of benzodiazepinen. Naast heroïne vermelden toxicologische rapporten ook andere opioïden, waaronder methadon, buprenorfine en fentanyl.

Bij circa 90% van de in Europa gerapporteerde sterfgevallen door overdoses gaat het om mensen ouder dan 25 jaar. De gemiddelde leeftijd van mensen die aan een overdosis sterven, stijgt, hetgeen duidt op een ouder wordend cohort problematische opioïdegebruikers. De meeste sterfgevallen door overdoses (80%) worden onder mannen gemeld.

Voor 2011 wordt de gemiddelde mortaliteit in Europa als gevolg van overdoses geschat op achttien doden per miljoen inwoners van 15-64 jaar. Meer dan veertig sterfgevallen per miljoen inwoners werden in zes landen gerapporteerd, waarbij het hoogste cijfer werd gemeld in Noorwegen (73 per miljoen inwoners) en Estland (136 per miljoen inwoners) (Figuur 2.12).

De meeste landen rapporteerden een stijgende trend in sterfgevallen door overdoses vanaf 2003 tot 2008/2009, toen de totaalcijfers eerst stabiliseerden en vervolgens begonnen te dalen. Over het geheel genomen werden in 2011 circa 6 500 sterfgevallen door overdoses gerapporteerd, een daling ten opzichte van de 7 000 gevallen in 2010 en 7 700 in 2009. De situatie varieert niettemin per land en een aantal landen rapporteert nog steeds stijgende aantallen.

...werden in 2011 circa 6 500 sterfgevallen door overdoses gerapporteerd, een daling ten opzichte van de 7 000 gevallen in 2010 en 7 700 in 2009

MEER INFORMATIE

EMCDDA-publicaties

2012

Driving under the influence of drugs, alcohol and medicines in Europe: findings from the DRUID project, Thematische paper.

Fentanyl in Europe. EMCDDA Trendspotter studie.

Prevalence of daily cannabis use in the European Union and Norway, Thematische paper.

2011

Mortality related to drug use in Europe, Specifiek onderwerp.

2010

Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe, Specifiek onderwerp.

Trends in injecting drug use in Europe, Specifiek onderwerp.

2009

Polydrug use: patterns and responses, Specifiek onderwerp.

2008

A cannabis reader: global issues and local experiences, volume 2, part I: Epidemiology, en Part II: Health effects of cannabis use, EMCDDA Monographs.

EMCDDA- en ESPAD-publicaties

2012

Samenvatting van het ESPAD-verslag van 2011.

EMCDDA- en ECDC-publicaties

2012

HIV in injecting drug users in the EU/EEA, following a reported increase of cases in Greece and Romania.

Alle publicaties zijn beschikbaar op
www.emcdda.europa.eu/publications

3

De aanpak van drugs bestaat, in ruime zin, uit activiteiten om hetzij de vraag naar drugs, hetzij het aanbod van drugs te verminderen

Aanpak van drugs

De aanpak van drugs bestaat, in ruime zin, uit activiteiten om hetzij de vraag naar drugs, hetzij het aanbod van drugs te verminderen. Het eerste omvat interventies op het gebied van gezondheid en sociale omstandigheden, zoals preventie, schadebeperking, hulpverlening en maatschappelijke reïntegratie. Het tweede omvat de handhaving van druggerelateerde wetgeving, voornamelijk door politie, douane en justitie, met als voornaamste doel om de beschikbaarheid van drugs te verminderen.

Monitoring van het drugsbeleid

Het drugsbeleid wordt op dit moment gemonitord met behulp van een combinatie van vaste gegevensbronnen en nationale evaluaties en beoordelingen door deskundigen. Gegevens over maatregelen op het gebied van gezondheid en sociale omstandigheden omvatten schattingen omtrent het verlenen van substitutiebehandeling voor opiaatgebruikers en het leveren van injectiespuiten en naalden. Daarnaast leveren evaluaties van wetenschappelijk bewijs, zoals uitgevoerd door bijvoorbeeld de Cochrane Collaboration, informatie op over de doelmatigheid van de interventies op het gebied van de volksgezondheid. Meer informatie over de gegevens die hier worden gepresenteerd en over de wetenschappelijke onderbouwing van de aanpak kunt u vinden op de website van het EMCDDA, en wel onder Statistical bulletin en Best practice portal.

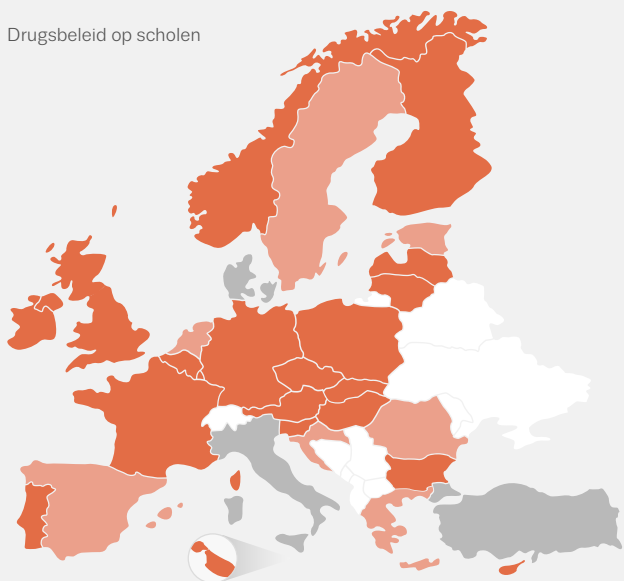
Op weg naar evidence-based preventie op scholen

Er wordt gebruik gemaakt van een aantal preventiestrategieën om druggebruik en drugsgelateerde problemen aan te pakken. Op de omgeving gerichte preventie en universele preventie richt zich op de hele bevolking, terwijl selectieve preventie zich richt op kwetsbare groepen en geïndiceerde preventie zich richt op kwetsbare personen. In Europa vinden over het algemeen de meeste preventieactiviteiten plaats op scholen (Figuur 3.1), alhoewel ook andere omgevingen het doelwit zijn.

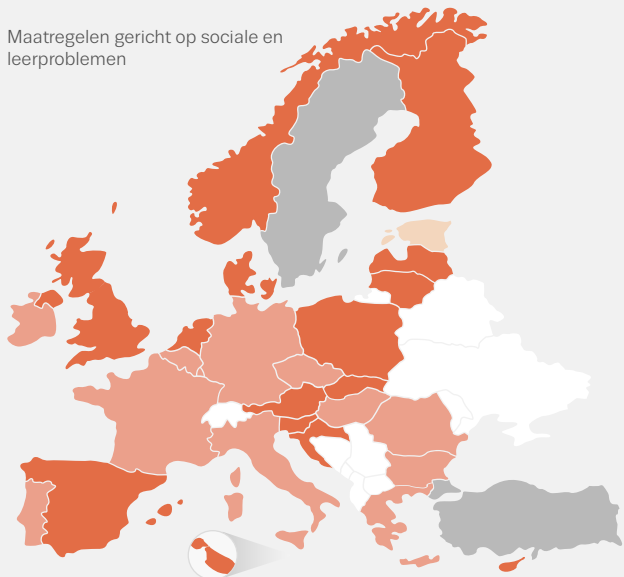
FIGUUR 3.1

Beschikbaarheid van specifieke drugspreventiemaatregelen op scholen (beoordelingen door deskundigen, 2010)

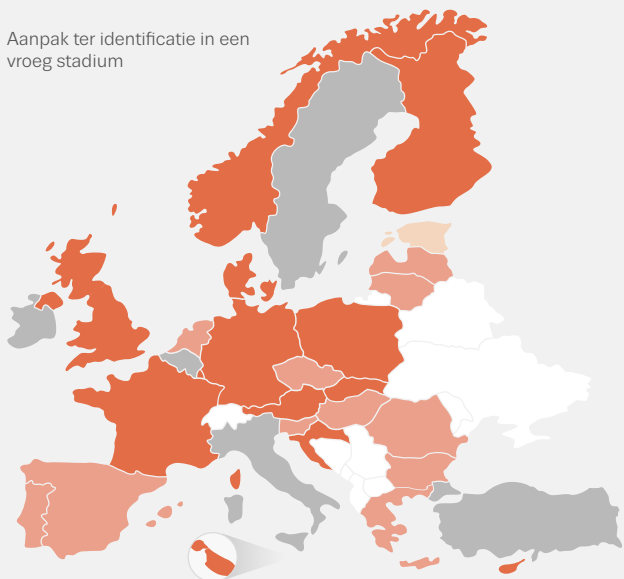
Drugsbeleid op scholen



Maatregelen gericht op sociale en leerproblemen



Aanpak ter identificatie in een vroeg stadium



■ Volledig/vrijwel volledig
 ■ Beperkt/uitzonderlijk
 ■ Niet beschikbaar
 ■ Geen gegevens

Bewezen is dat omgevingsgerichte preventiestrategieën, die tot doel hebben de culturele, sociale, fysieke en economische omgevingen te veranderen, effectief de normatieve overtuigingen en dus het middelengebruik kunnen beïnvloeden. Over heel Europa genomen worden op scholen maar zelden maatregelen toegepast die op de omgeving zijn gericht. Op sommige terreinen, zoals het bevorderen van een beschermende schoolomgeving en het ontwikkelen van drugsbeleid op scholen (bijv. richtlijnen t.a.v. de reactie op druggebruik of -verkoop door leerlingen), is echter vooruitgang geboekt. Er is tevens een kleine verschuiving geconstateerd in de richting van het gebruik van positief beoordeelde universele preventieve benaderingen op scholen, zoals training op het gebied van persoonlijke en sociale vaardigheden, en het laten varen van activiteiten als het verstrekken van basisinformatie, waarvan de effectiviteit niet of nauwelijks bewezen is. Er is een toenemend aantal meldingen geweest van het geslaagd overnemen van positief beoordeelde Noord-Amerikaanse en Europese preventieprogramma's (bijv. Good Behaviour Game, EUDAP (Unplugged), Örebro and Prevention).

Selectieve preventiemaatregelen richten zich op kwetsbare groepen jongeren met een verhoogd risico om problemen rond druggebruik te ontwikkelen. Rapporten van deskundigen vermelden een algehele toename van de beschikbaarheid van maatregelen voor sommige kwetsbare groepen in Europa, met name meer activiteiten gericht op leerlingen met sociale en leerproblemen. Scholen zijn eveneens een belangrijke omgeving voor geïndiceerde preventie activiteiten, zoals maatregelen om leerlingen met gedrags- en drugsproblemen in een vroeg stadium te identificeren.

Interventies in het uitgaansleven: de noodzaak van een geïntegreerde aanpak

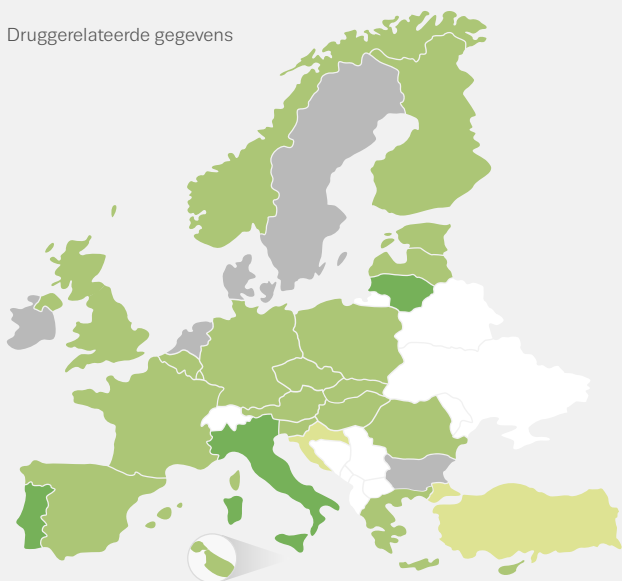
Het gebruik van drugs, met name stimulerende middelen, speelt zoals bekend een rol in het uitgaansleven en jongeren die bepaalde evenementen bezoeken kunnen een patroon van drugs- en alcoholgebruik ontwikkelen waardoor ze een groter risico lopen op gezondheidsproblemen, ongelukken of verwondingen. De Healthy Nightlife Toolbox, een Europees initiatief, benadrukt het belang dat er in recreatieve settings een allesomvattende reeks maatregelen genomen wordt om deze risico's terug te dringen. De aanbevolen aanpak is een combinatie van preventie, schadebeperking, regulering en wetshandhaving.

Iets meer dan een derde van de landen geeft aan dat ze in recreatieve settings gebruik maken van preventieve

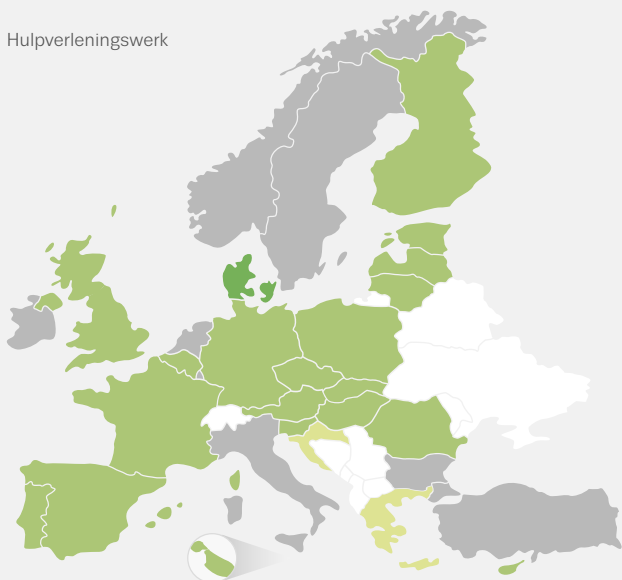
FIGUUR 3.2

Beschikbaarheid van specifieke interventies in het uitgaansleven
(beoordelingen door deskundigen, 2011)

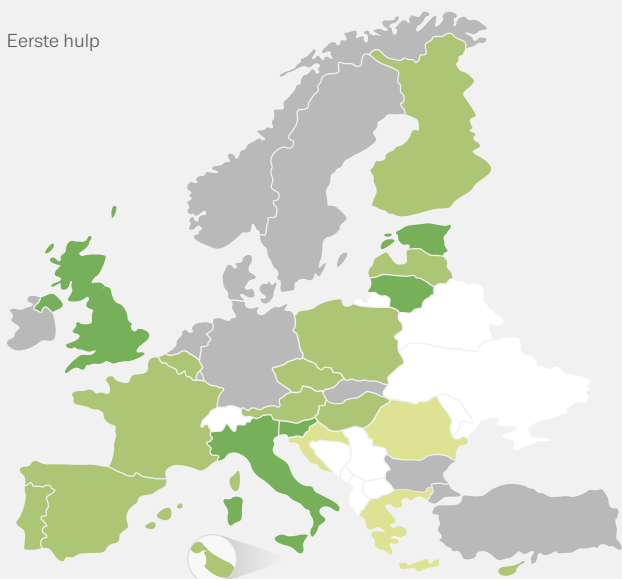
Druggerelateerde gegevens



Hulpverleningswerk



Eerste hulp



■ Volledig/vrijwel volledig ■ Beperkt/uitzonderlijk
■ Niet beschikbaar ■ Geen gegevens

en schadebeperkende strategieën. Sommige van deze strategieën richten zich op personen door middel van het verspreiden van informatiebrochures, educatie door groepsgenoten en de inzet van mobiele teams. Andere strategieën zijn op de omgeving gericht, zoals het regulerings- en vergunningenbeleid voor gelegenheden waar alcohol wordt verkocht, het propageren van de verstandige verkoop van alcohol, initiatieven op het gebied van het beheersen van mensenmassa's en zorg dragen voor de beschikbaarheid van gratis water en veilig nachtelijk vervoer. Dergelijke maatregelen worden gepropageerd door club-health.eu en de kwaliteitslabels voor 'safe-partying' (veilig feestvieren) gepropageerd door het Europese project 'Party+'. Een onderzoek naar de beschikbaarheid van drie interventies in het uitgaansleven (verspreiding van informatiebrochures, hulpverleningswerk en eerste hulp) laat echter zien dat dit terrein in de meeste landen nog vrijwel onontgonnen is (Figuur 3.2).

Preventie van infectieziekten: behandeling hepatitis C vraagt meer aandacht

Druggebruikers, en met name injecterende druggebruikers, lopen het risico om een infectieziekte te krijgen ten gevolge van gemeenschappelijk gebruik van materialen voor drugstoediening en onbeschermd seks. In het Europese drugsbeleid is het voorkomen van hiv, virale hepatitis en andere infectieziekten een belangrijke doelstelling. De effectiviteit van substitutiebehandeling voor injecterende opiaatgebruikers is in verschillende recente onderzoeken aangetoond en lijkt nog toe te nemen wanneer de behandeling wordt gecombineerd met omruilprogramma's voor naalden en spuiten.

Het aantal spuiten dat in het kader van speciale programma's werd uitgedeeld is in de 23 landen die voor beide jaren nationale gegevens hebben geleverd, gestegen van 34,2 miljoen in 2005 naar 46,3 miljoen in 2011. In de elf landen waarvoor recente schattingen over het aantal injecterende druggebruikers beschikbaar zijn, werden in 2011 gemiddeld 127 spuiten per injecterende druggebruiker uitgedeeld, variërend van minder dan 50 tot meer dan 300 spuiten per gebruiker (Figuur 3.3).

Er bestaat een veilig en effectief vaccin om verspreiding van het hepatitis B-virus (HBV) te voorkomen en 25 Europese landen hebben het opgenomen in hun nationale vaccinatieprogramma. Zestien landen hebben aangegeven dat er specifieke HBV-vaccinatieprogramma's voor injecterende druggebruikers bestaan. Voor hepatitis C bestaat geen vaccin en gelden vergelijkbare maatregelen als voor hiv-overdracht. In sommige Europese landen zijn er nog steeds maar weinig initiatieven genomen ten aanzien

FIGUUR 3.3

Aantal spuiten per injecterende druggebruiker uitgedeeld in het kader van speciale programma's (schatting)



NB: Gegevens weergegeven als puntschattingen en onzekerheidsintervallen.

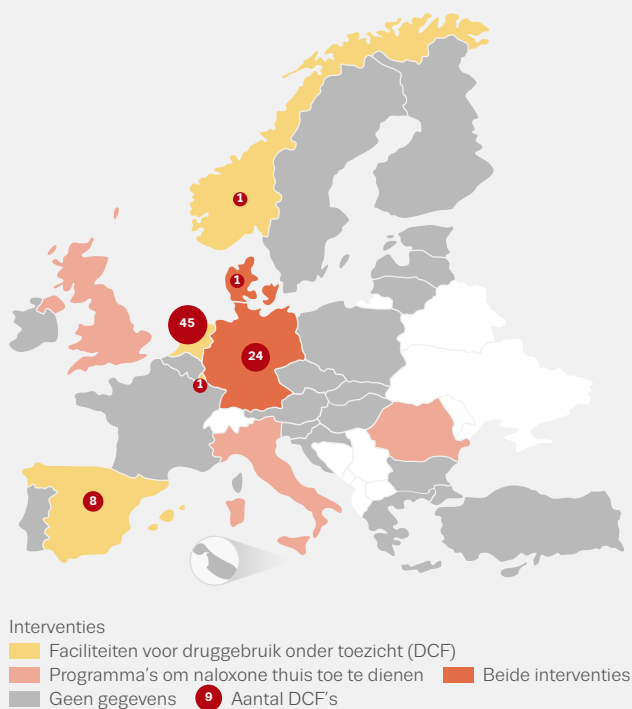
van het testen van injecterende druggebruikers op hepatitis C de voorlichting daarover. Ook kampt men met geldgebrek. Onderzoek op basis van simulatiemodellen suggereert dat de kans op de overdracht van hepatitis C afneemt wanneer geïnfecteerde gebruikers een antivirale behandeling voor het virus krijgen. Desondanks, en ondanks toenemende aanwijzingen die het gunstige effect bij injecterende druggebruikers bevestigen, zijn er in Europa relatief maar weinig gebruikers die een antivirale hepatitis C-behandeling krijgen.

Voorkomen van druggerelateerde sterfte: een grote uitdaging voor de volksgezondheid

Het terugdringen van drugsoverdoses en andere druggerelateerde sterfte blijft voor de volksgezondheid in Europa een grote uitdaging. In behandeling zijn voor druggebruik, met name de substitutiebehandeling voor opiaatgebruikers, verlaagt het sterfterisico van

FIGUUR 3.4

Landen met programma's om naloxone thuis toe te dienen en met faciliteiten voor druggebruik onder toezicht

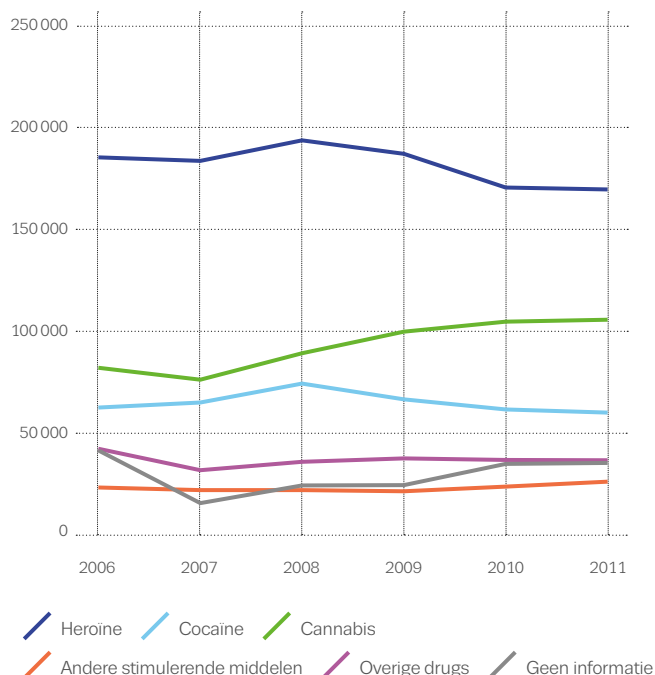


druggebruikers aanzienlijk en het verbeteren van de toegankelijkheid van behandelingen in de verslavingszorg en van het in behandeling blijven kan worden gezien als een belangrijke maatregel om een overdosis te voorkomen. Het is bekend dat het risico van een overdosis voor opiaatgebruikers toeneemt wanneer ze de gevangenis verlaten of ophouden met bepaalde vormen van behandeling, waarschijnlijk ten gevolge van een verlaagd tolerantieniveau. Een vernieuwende aanpak van dit risico is het breder beschikbaar stellen van de opioïde antagonist naloxone. Vijf landen geven aan proefprojecten of -programma's te hebben die opiaatgebruikers zelf, hun familie of hun verzorgers een thuis toe te dienen dosis naloxone verstrekken (Figuur 3.4). In het Verenigd Koninkrijk is aangetoond dat gezondheidswerkers, waaronder werkers in de verslavingszorg, met minimale training hun kennis en vaardigheden zodanig kunnen vergroten dat ze weten hoe ze moeten handelen bij een opiaatoverdosis en hoe ze naloxone kunnen toedienen.

De meeste landen geven aan dat ze informatie verspreiden aan problematische druggebruikers over het risico van een overdosis. De risico-inschatting op een overdosis door opgeleide gezondheids- of verslavingswerkers kan helpen bij de vroeg detectie van hoog-risicogebruikers, terwijl faciliteiten voor druggebruik onder toezicht groepen gemarginaliseerde

FIGUUR 3.5

Aantal cliënten dat in specialistische behandeling gaat in de verslavingszorg voor druggebruik, per primaire drug



druggebruikers kunnen bereiken. Dergelijke faciliteiten bestaan in zes landen en dragen waarschijnlijk bij aan het voorkomen van sterfgevallen door overdoses en het verminderen van de gevolgen van een niet-dodelijke overdosis.

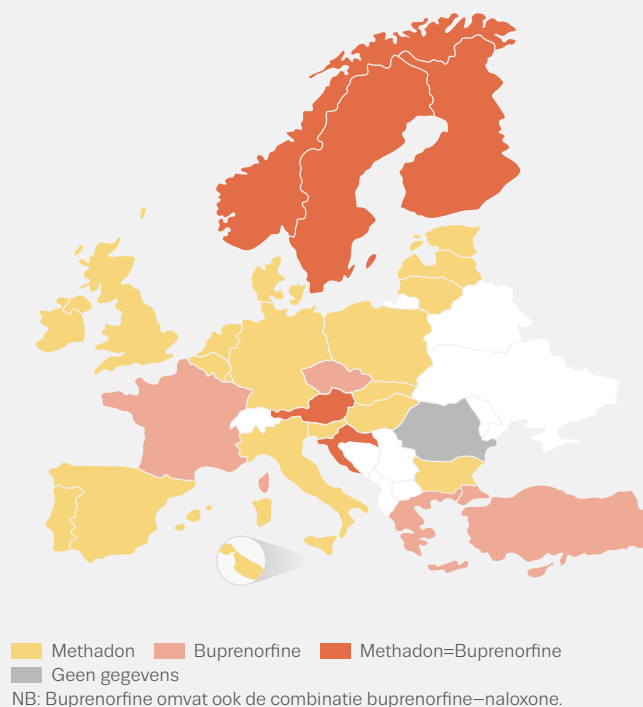
Meer dan een miljoen Europeanen in behandeling voor drugs

Naar schatting waren in Europa in 2011 ten minste 1,2 miljoen mensen in behandeling in de verslavingszorg voor het gebruik van illegale drugs. Van de groepen die in behandeling zijn, is de groep opiaatgebruikers de grootste, niettemin kan uit de gegevens over gebruikers die in behandeling gaan (Figuur 3.5) worden opgemaakt dat cannabis- en cocaïnegebruikers de respectievelijk op een na en op twee na grootste groep zijn, alhoewel er verschillen zijn tussen de diverse landen.

In Europa zijn psychosociale interventies, opiaatsubstitutie en detoxificatie de belangrijkste vormen van behandeling voor de aanpak van drugsproblemen en de meeste behandelingen vinden plaats in extramurale settings, zoals gespecialiseerde centra, huisartspraktijken en laagdrempelige instellingen voor verslavingszorg. Een aanzienlijk, zij het afnemend deel van de verslavingszorg, wordt verleend in een intramurale setting.

FIGUUR 3.6

Belangrijkste substitutiemedicatie voor opiaatgebruikers per aantal cliënten



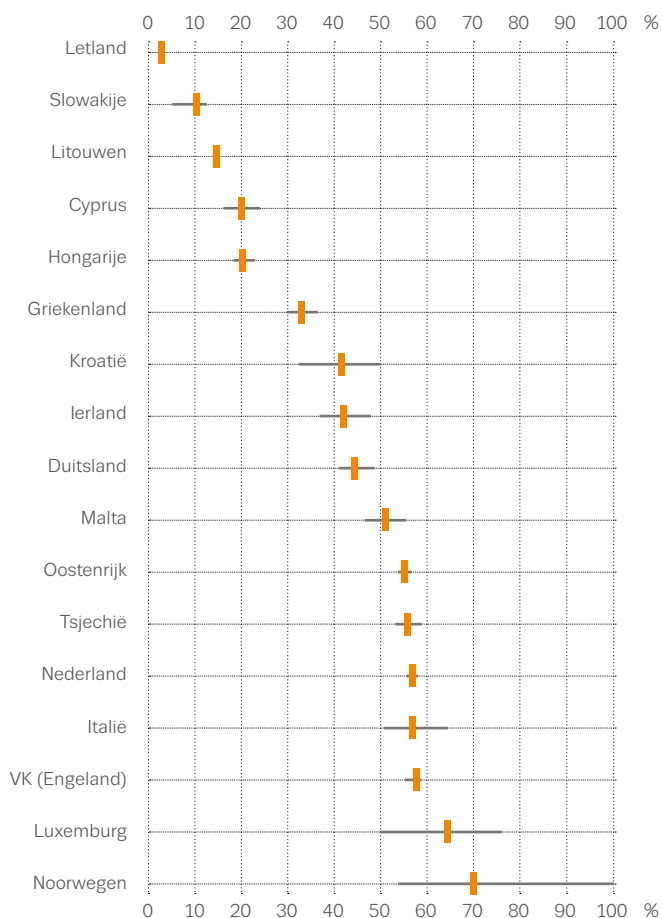
Opiaatgebruikers: substitutiebehandeling is de eerste keuze

De meest gebruikelijke behandeling van opiaatverslaving in Europa is de substitutiebehandeling, doorgaans gecombineerd met psychosociale zorg en verleend vanuit specialistische extramurale instellingen of door huisartsen. Methadon is de meest voorgeschreven substitutiemedicatie, waarmee tot driekwart van de cliënten wordt behandeld, terwijl buprenorfine aan het grootste deel van de overige cliënten wordt voorgeschreven en in vijf landen het belangrijkste substitutiemiddel is (Figuur 3.6). Minder dan 5% van alle substitutiebehandelingen in Europa schrijft een ander middel voor, zoals morfine met vertraagde afgifte of diacetylmorfine (heroïne).

Naar schatting waren in Europa in 2011 ten minste 1,2 miljoen mensen in behandeling in de verslavingszorg voor het gebruik van illegale drugs

FIGUUR 3.7

Percentage problematische opiaatgebruikers in substitutiebehandeling (schatting)



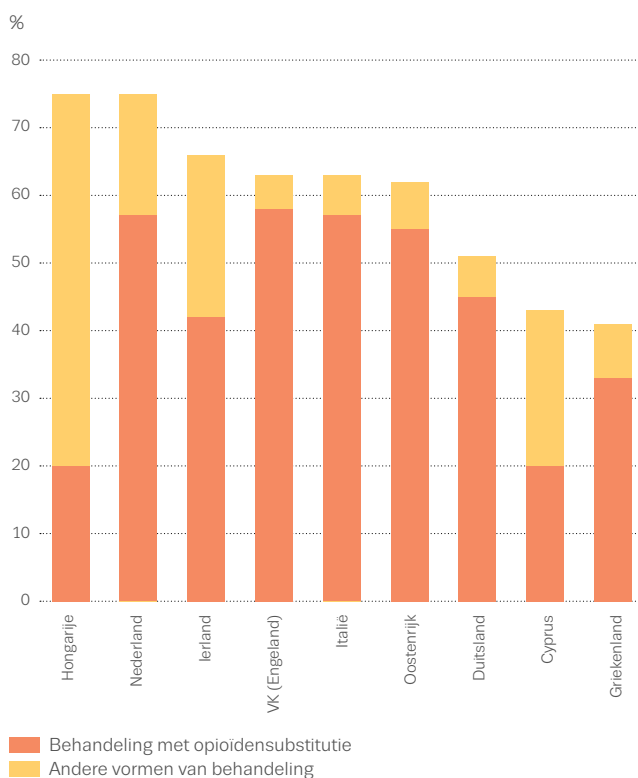
NB: Gegevens weergegeven als puntschattingen en onzekerheidsintervallen.

Het huidige beschikbare bewijsmateriaal ondersteunt substitutiebehandeling voor opiaatgebruikers in combinatie met psychosociale zorg als manier om niet alleen patiënten in behandeling te houden maar ook om illegaal opiaatgebruik, druggerelateerde schadelijke gevolgen en mortaliteit te verminderen. Methadon, buprenorfine en diacetylmorfine hebben bewezen doeltreffend te zijn om de cyclus van gebruik en onthouding te doorbreken en zodoende patiënten te helpen stabiliseren en mee te werken aan andere typen interventie, zoals behandeling voor hiv/aids en hepatitis. Substitutiebehandeling heeft ook bewezen dat het de levenskwaliteit verbetert en de maatschappelijke reïntegratie bevordert.

Het totaal aantal opiaatgebruikers in Europa dat substitutiebehandeling krijgt, wordt geschat op 730 000 in 2011, vergeleken met 650 000 in 2008. Zij vertegenwoordigen naar schatting ongeveer 50% van de problematische opiaatgebruikers in Europa. Deze

FIGUUR 3.8

Percentage problematische opiaatgebruikers dat behandeling voor drugsproblemen krijgt (schatting)



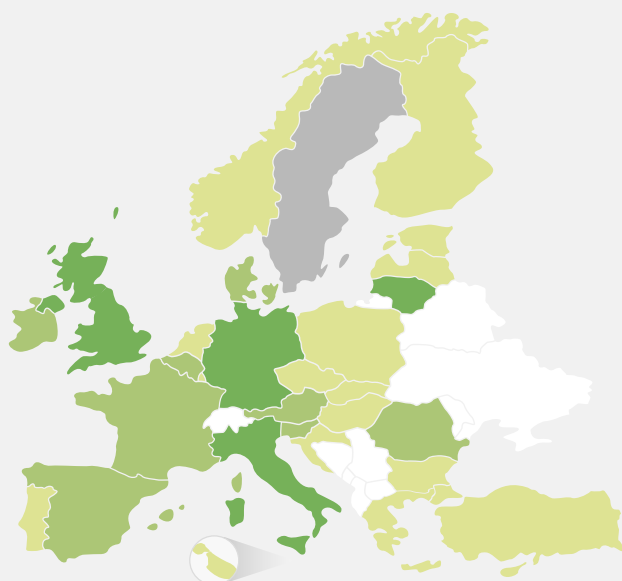
geschatte dekkingsgraad is vergelijkbaar met die in Australië en de Verenigde Staten. Overigens bestaan er in Europa grote nationale verschillen in dekkingsgraad, waarbij de laagste dekking (3-20%) voorkomt in Letland, Slowakije en Litouwen (Figuur 3.7). Vijf landen rapporteerden lange wachttijden van tussen een en zes maanden, terwijl wachttijden van langer dan zes maanden werden gerapporteerd in Bulgarije en Griekenland. Griekenland heeft echter, in respons op hiv-uitbraken onder injecterende heroïnegebruikers in 2010, onlangs de verstrekking van substitutiebehandeling uitgebreid en de wachttijden verkort.

Andere behandelingen voor opiaatgebruikers: beschikbaar in alle landen

Behandeling zonder substitutiemedicatie wordt in alle Europese landen aan opiaatgebruikers verstrekt. Dit kan plaatsvinden in zowel extra- als intramurale faciliteiten en omvat psychosociale interventies zoals cognitieve gedragstherapie, therapeutische gemeenschappen en andere manieren van aanpak. Behandeling wordt soms voorafgegaan door een detoxificatieprogramma, dat farmaceutische ondersteuning biedt bij de aanpak van lichamelijke ontwenningsschijnselen. Cognitieve gedragstherapie heeft bewezen enigermate doeltreffend te zijn bij opiaatgebruikers, maar het bewijs is niet overtuigend genoeg om vast te kunnen stellen welke

FIGUUR 3.9

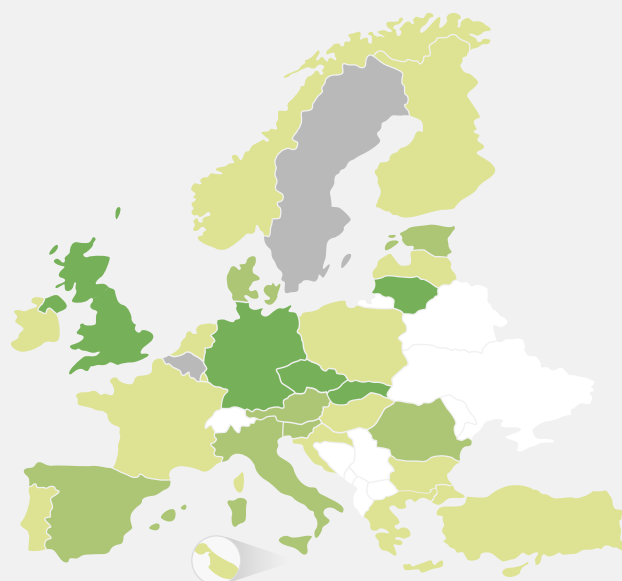
Beschikbaarheid van specifieke behandelprogramma's voor cocaïnegebruikers (beoordelingen door deskundigen, 2011)



Volledig/vrijwel volledig Beperkt/uitzonderlijk
Niet beschikbaar Geen gegevens

FIGUUR 3.10

Beschikbaarheid van specifieke behandelprogramma's voor amfetaminegebruikers (beoordelingen door deskundigen, 2011)



Volledig/vrijwel volledig Beperkt/uitzonderlijk
Niet beschikbaar Geen gegevens

interventie het meest doeltreffend is. Er bestaan geen duidelijke bewijzen dat drugsvrije therapeutische gemeenschappen doeltreffend zijn.

De dekking van behandelmethoden anders dan substitutiemedicatie varieert in de negen landen die voldoende gegevens hebben aangeleverd van 5% tot meer dan 50% van alle problematische opiaatgebruikers. De dekkingsgraad van alle typen behandeling voor problematische opiaatgebruikers bedraagt in al deze landen meer dan 40%.

Hulpverlening aan cocaïnegebruikers: er bestaan speciale programma's

De primaire behandelmogelijkheden voor cocaïneverslaving zijn psychosociale interventies, waarvan 'contingency management' (omgaan met onvoorziene gebeurtenissen) de meest doeltreffende lijkt te zijn. Wat betreft geneesmiddelen zijn dopamine-agonisten en medicijnen tegen psychose wellicht doeltreffend bij het verminderen van cocaïnegebruik.

Hoewel mensen met cocaïneproblemen aangetroffen worden in algemene behandelprogramma's, bestaan er in twaalf landen (Figuur 3.9) speciale programma's voor gebruikers van cocaïne of crackcocaïne, met inbegrip van de landen met het hoogste cocaïnegebruik. In

sommige landen zijn dergelijke programma's gericht op maatschappelijk geïntegreerde cocaïnegebruikers, die wellicht terughoudend zijn om gebruik te maken van andere hulpverlening. In Denemarken en Oostenrijk wordt behandeling aan cocaïnegebruikers ook verstrekt in programma's voor polydruggebruik. Bulgarije, Malta en Nederland geven aan plannen te hebben om op korte termijn dergelijke behandelprogramma's aan te bieden. Speciale richtlijnen voor de behandeling van cocaïnegebruikers zijn ontwikkeld in Denemarken, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk.

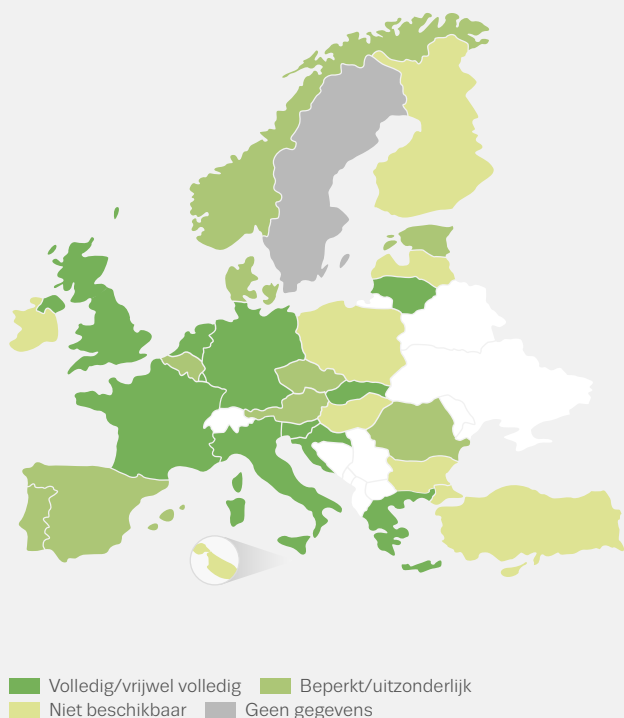
Hulpverlening aan amfetaminegebruikers: geografische verschillen

Psychosociale interventies die worden verschaft via de poliklinische verslavingszorg zijn de primaire behandelopties voor amfetaminegebruikers. Zowel cognitieve gedragstherapie als 'contingency management' — soms in combinatie — lijken positieve resultaten te behalen. Voor de behandeling van amfetamine- en methamfetamine-afhankelijkheid zijn diverse geneesmiddelen onderzocht, maar betrouwbaar bewijs voor een farmacologische therapie is nog niet voorhanden.

De behandelopties die beschikbaar zijn voor amfetaminegebruikers in Europa verschillen aanzienlijk per land. Specifiek toegesneden behandelprogramma's

FIGUUR 3.11

Beschikbaarheid van specifieke behandelprogramma's voor cannabisgebruikers (beoordelingen door deskundigen, 2011)



zijn voornamelijk beschikbaar in landen met een lange voorgeschiedenis van behandeling van amfetaminegebruikers (Figuur 3.10). Bulgarije en Hongarije geven bovendien aan dat ze plannen hebben om op korte termijn specifieke behandelprogramma's voor amfetaminegebruikers te implementeren.

Hulpverlening aan cannabisgebruikers: uiteenlopende benaderingen

De behandeling van cannabisgebruikers in Europa omvat zeer uiteenlopende maatregelen, zoals online hulpverlening, kortdurende interventies, multidimensionele familietherapie, cognitieve gedragstherapie en andere gestructureerde psychosociale interventies in intra- en extramurale settings. Het strafrechtstelsel, ongevallen- en eerstehulpafdelingen en de geestelijke gezondheidszorg zijn in sommige landen belangrijke bronnen van verwijzing. De beschikbaarheid van evaluatieonderzoek naar de behandeling van cannabisgebruikers is de afgelopen jaren toegenomen met, bijvoorbeeld, een recente meta-analyse van multidimensionele familietherapie waaruit een aantal positieve resultaten van deze benadering naar voren kwam in de zin van middelengebruik en therapietrouw. Er wordt ook onderzoek uitgevoerd naar farmacologische producten die psychosociale interventies kunnen ondersteunen. De agonist rimonabant bijvoorbeeld, heeft positieve resultaten

opgeleverd voor het verminderen van acute fysiologische problemen in verband met het roken van cannabis.

In 2011 rapporteerde meer dan de helft van de Europese landen dat specifieke behandelprogramma's beschikbaar waren voor cannabisgebruikers (Figuur 3.11), terwijl Bulgarije, Cyprus, Hongarije en Polen van plan zijn dergelijke programma's in te voeren.

GHB: behandel mogelijkheden onderzocht

Verslaving aan gammahydroxyboterzuur (GHB) is een erkende klinische aandoening, met een potentieel ernstig ontwenningsyndroom na regelmatig of chronisch gebruik. Tot dusver concentreerde het onderzoek zich op het beschrijven van het syndroom en de hieraan gerelateerde complicaties, die in noodsituaties moeilijk te herkennen kunnen zijn. Tot nu toe zijn nog geen standaardprotocollen ontwikkeld voor de behandeling van het GHB-ontwenningsyndroom, alhoewel in Nederland onderzoek wordt gedaan naar gecontroleerde detoxificatie met geneesmiddelen die GHB bevatten.

Maatschappelijke reïntegratie: het ontbrekende element?

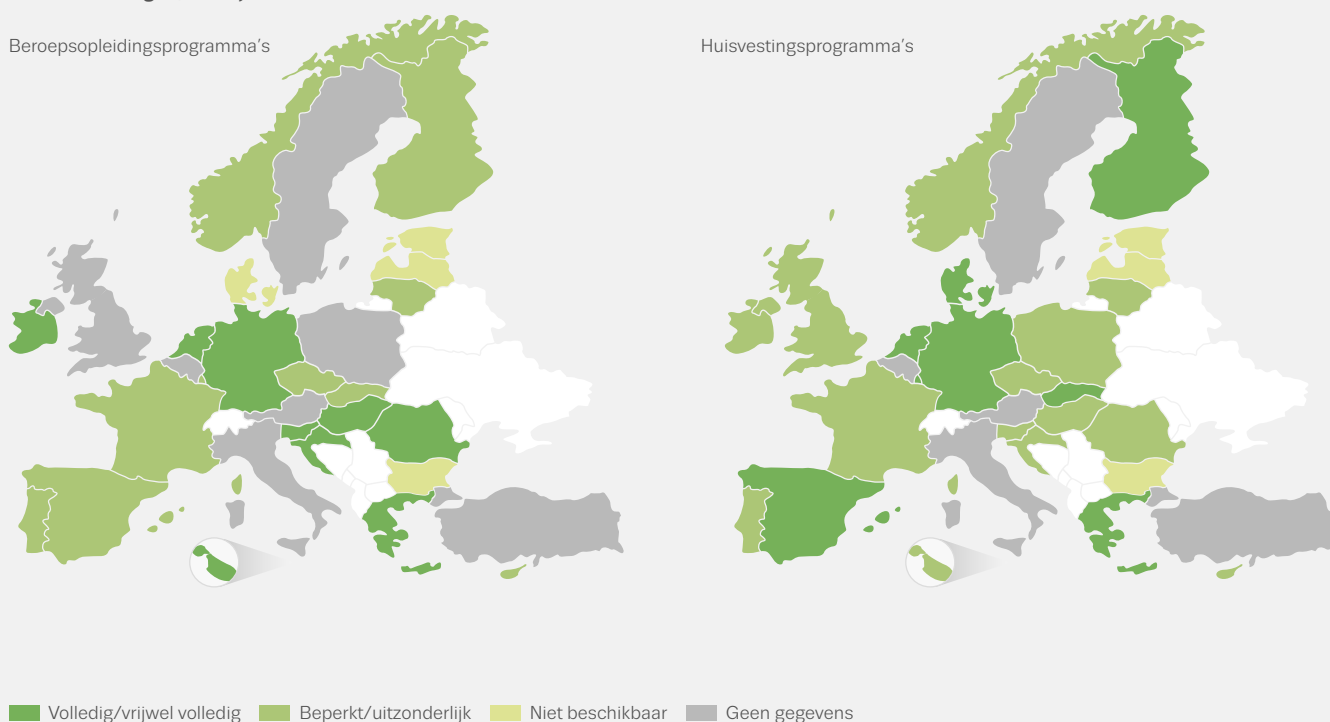
Uit gegevens over cliënten die in 2011 in gespecialiseerde behandeling gingen, blijkt dat ongeveer de helft van hen werkloos was (47%) en bijna een op de tien geen vaste woon- of verblijfplaats (9%) had. Er is ook vaak sprake van een laag opleidingsniveau bij deze groep, waarbij 36% alleen lager onderwijs heeft afgerond en 2% zelfs dit niveau niet heeft gehaald.

Hulpverlening op het gebied van maatschappelijke reïntegratie, hetgeen verbetering van de sociale vaardigheden, bevordering van scholing en inzetbaarheid en het voorzien in huisvestingsbehoeften omvat, wordt ofwel gelijktijdig ofwel na afronding van de verslavingszorg verstrekt. Hoewel de meeste landen rapporteren dat ze over dergelijke reïntegratiedienstverlening beschikken (Figuur 3.12), is het niveau van het aanbod hiervan over het algemeen te laag vergeleken bij de vraag. Bovendien is de toegang tot de hulpverlening vaak voorwaardelijk, bijvoorbeeld afhankelijk van drugsvrije status of stabiele huisvesting. Hierdoor worden wellicht sommigen die de zorg het hardst nodig hebben er juist van uitgesloten.

Het succes van de maatschappelijke reïntegratiemaatregelen hangt vaak af van de goede samenwerking tussen verschillende soorten hulpverleners. Dit onderwerp maakte deel uit van een

FIGUUR 3.12

Beschikbaarheid van maatschappelijke reïntegratieprogramma's voor druggebruikers in behandeling (beoordelingen door deskundigen, 2010)



recente EMCDDA-enquête waarin 17 van de 28 landen het bestaan rapporteerden van een of andere vorm van samenwerkingsovereenkomst tussen instellingen voor verslavingszorg en instellingen op het gebied van huisvesting, werkgelegenheid enz.

Hulpverlening in gevangenissen: nog steeds onderontwikkeld

De percentages druggebruik onder gevangenen zijn hoger dan onder de algehele bevolking. Ook de gebruikspatronen zijn schadelijker. Dit blijkt uit recent onderzoek, waarin wordt gerapporteerd dat 5% tot 31% van de gevangenen ooit drugs heeft geïnjecteerd. In detentie reduceren de meeste gebruikers hun gebruik of stoppen ze ermee. Niettemin zijn in veel gevangenissen drugs verkrijgbaar en sommige gedetineerden gaan tijdens hun detentie door met het gebruiken van drugs of beginnen er dan juist mee.

Omdat gedetineerden met een drugsprobleem vaak behoefte hebben aan meervoudige en complexe vormen van gezondheidszorg, die een multidisciplinaire aanpak en gespecialiseerde medische zorg vereisen, is een beoordeling van de zorgbehoeften bij binnenkomst in de gevangenis een belangrijke interventie. De meeste landen hebben overkoepelende samenwerkingsverbanden tussen de gezondheidszorg in de gevangenis en zorgverleners in de maatschappij voor het geven

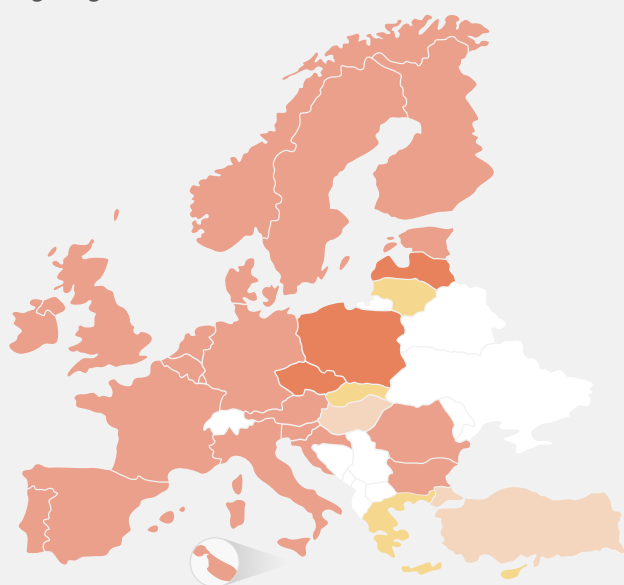
van gezondheidsvoorlichting en behandeling in de gevangenis en waarborging van zorgcontinuïteit bij detentie en vrijlating. Zeven Europese landen hebben de verantwoordelijkheid voor de gezondheidszorg in gevangenissen bij het ministerie van Volksgezondheid ondergebracht. In het algemeen echter blijft de levering van zorg in gevangenissen vaak nog steeds achter bij die daarbuiten, ondanks dat men het principe van gelijkwaardigheid van de zorg in brede zin onderschrijft.

De hulpverlening voor problemen met drugs die in Europese gevangenissen wordt verleend, omvat een breed scala aan interventies: informatieverstrekking, counseling en behandeling, schadebeperkende maatregelen en voorbereiding op vrijlating. Screening op infecties, met name hiv, wordt dikwijls aangeboden tijdens de start van de detentie en in enkele landen ook tijdens de vrijlating. HCV-screening maakt echter niet altijd deel uit van de bestaande testprogramma's. Het verstrekken van schoon injectiemateriaal is zeldzaam in gevangenissen. Slechts vier landen rapporteerden dat spuiten in ten minste één gevangenis beschikbaar zijn.

Behandeling met opiaatsubstitutie in gevangenissen bestaat in de meeste landen, maar de invoering ervan is langzamer gegaan dan in de maatschappij zelf. Een recent onderzoek duidt erop dat gedurende het jaar ten minste 74 000 gevangenen deze behandeling gekregen hebben, alhoewel de mate van verstrekking tussen de landen

FIGUUR 3.13

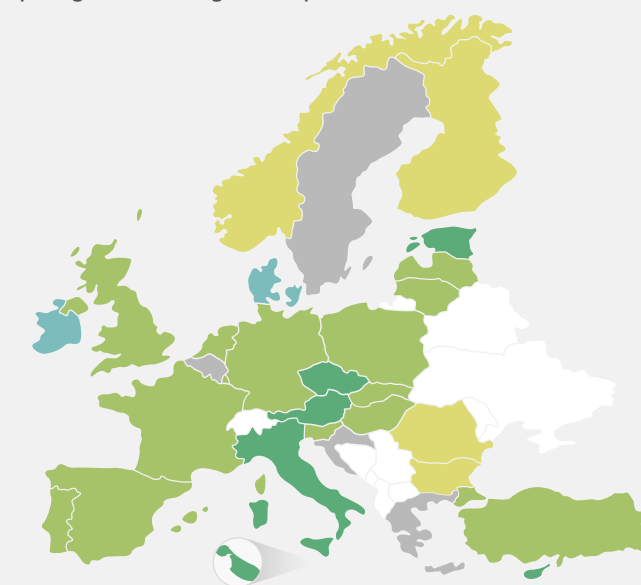
Beschikbaarheid van behandeling met opiaatsubstitutie in gevangenen



■ Zowel voortzetting als begin van de behandeling
 ■ Alleen voortzetting
 ■ Geen gevallen gerapporteerd ■ Niet beschikbaar

FIGUUR 3.14

Typen gespecialiseerde handhavingsinstanties op het gebied van drugs in Europa



■ Speciale drugsbrigades
 ■ Eenheden voor zware georganiseerde misdaad
 ■ Beide ■ Andere ■ Geen gegevens

enorm verschilt. Soms gelden beperkingen, zoals de voorwaarde in sommige landen dat substitutiebehandeling alleen aan gevangenen wordt gegeven die deze voor hun detentie ook al kregen (Figuur 3.13).

Terugdringing van het aanbod aan drugs: steeds minder drugsbrigades

Hoewel interventies op het gebied van de vermindering van de vraag dikwijls beschreven zijn, is het systematisch verzamelen van gegevens over activiteiten gericht op de vermindering van het aanbod veel zeldzamer, ondanks het feit dat die activiteiten vaak het merendeel van de nationale drugsbudgetten opslokken. Handhaving van de drugswetgeving is een belangrijk aspect van aanbodvermindering en het EMCDDA is onlangs een proefproject gestart om de beschrijving en het begrip van de organisatie van de activiteiten op dit gebied te verbeteren. Een van de uitgangspunten hiervoor was het in kaart brengen van de officiële handhavingsinstanties die als primaire missie hebben om overtredingen van de drugswetgeving op te sporen en te onderzoeken. Er bestaan twee hoofdgroepen in dit verband: speciale drugsbrigades en instanties ter bestrijding van georganiseerde misdaad met een specifiek mandaat om het aanbod van drugs te verminderen.

Ten minste een van deze twee soorten organisaties bestaat in 26 landen, die in totaal melding maakten van meer dan 1 000 eenheden met een specifiek mandaat voor handhaving van drugswetgeving (Figuur 3.14). Voor 23 landen is het aantal functionarissen van handhavingsinstanties die zijn gespecialiseerd in drugs geschat. In totaal gaat het om 17 000 functionarissen, voornamelijk politie. Hoewel de gerapporteerde aantallen niet altijd vergelijkbaar zijn, bestaat naar schatting 0,2 tot 3,3% van alle functionarissen van handhavingsinstanties op nationaal niveau uit gespecialiseerde krachten.

Het merendeel van de drugsbrigades en instanties ter bestrijding van georganiseerde misdaad met een specifiek mandaat om het aanbod van drugs te verminderen zijn gelieerd aan de politie, hoewel een klein gedeelte ook onderdeel uitmaakt van de douane. Bovendien rapporteren elf landen het bestaan van transversale samenwerking tussen instanties. Dit gaat meestal om gecombineerde politie-douaneteams of -eenheden, maar soms zijn ook andere instanties betrokken, zoals de kustwacht of de grenspolitie. Deze laatste categorie kwam onder de meer dan 1 000 instanties echter slechts 42 keer voor.

Hoewel 21 landen het bestaan van speciale drugsbrigades rapporteren, kan uit de gegevens worden opgemaakt dat dit type gespecialiseerde eenheid in brede zin in Europa op de terugtocht is ten gunste van breed georiënteerde instanties ter bestrijding van 'ernstige en georganiseerde

criminaliteit'. Dit is tot op zekere hoogte een afspiegeling van de ontwikkelingen op Europees niveau, waar het aanbod van drugs steeds meer gezien wordt als een van de op verschillende, met elkaar verband houdende dimensies in de strijd tegen de georganiseerde misdaad door zowel de Dreigingsevaluatie van de Ernstige en Georganiseerde Criminaliteit van Europol als binnen de beleidscyclus voor zware georganiseerde misdaad van de Europese Raad.

**Voor 23 landen is het
aantal functionarissen van
handhavingsinstanties die
zijn gespecialiseerd
in drugs geschat.
In totaal gaat het om
17 000 functionarissen**

MEER INFORMATIE

EMCDDA-publicaties

2012

Terugdringing van de vraag naar drugs: mondiaal bewijs voorlokale acties, Drugs in beeld, Nr 23.

Guidelines for the evaluation of drug prevention: a manual for programme planners and evaluators (second edition), Handboek.

New heroin-assisted treatment, EMCDDA Insights.

Prisons and drugs in Europe: the problem and responses, Specifiek onderwerp.

Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment, EMCDDA Insights.

2011

European drug prevention quality standards, Handboek.

Guidelines for the treatment of drug dependence: a European perspective, Specifiek onderwerp.

2010

Harm reduction: evidence, impacts and challenges, EMCDDA Monographs.

Treatment and care for older drug users, Specifiek onderwerp.

2009

Internet-based drug treatment interventions, EMCDDA Insights.

2008

A cannabis reader: global issues and local experiences, volume 2, part III Prevention and treatment, EMCDDA Monographs.

EMCDDA- en ECDC-publicaties

2011

ECDC and EMCDDA guidance. Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs.

Alle publicaties zijn beschikbaar op
www.emcdda.europa.eu/publications

4

Het drugsbestrijdingsbeleid in Europa functioneert binnen de algehele context van het internationale bestrijdingssysteem, dat berust op drie VN-verdragen

Drugsbeleid

In Europa is het de verantwoordelijkheid van de nationale regeringen en parlementen om de wettelijke, strategische, organisatorische en budgettaire kaders vast te stellen voor de respons op druggerelateerde problemen, terwijl de drugswetgeving en meerjarige strategieën en actieplannen van de EU het kader bieden voor gecoördineerde maatregelen. Samen vormen deze elementen het drugsbeleid op basis waarvan landen de interventies ter vermindering van vraag en aanbod kunnen ontwikkelen en implementeren die in dit rapport worden besproken.

Drugsbeleid beoordelen

Belangrijke beleidsdimensies die op Europees niveau kunnen worden beoordeeld zijn: drugswetgeving en drugsdelicten, nationale drugsstrategieën en -actieplannen, beleidscoördinatie- en evaluatiemechanismen en druggerelateerde budgetten en overheidsuitgaven. De gegevens worden verzameld via twee EMCDDA-netwerken: de nationale focal points en de correspondenten over de wetgeving. Gegevens en methodologische aantekeningen over drugsdelicten kunnen worden gevonden in het Statistical bulletin en uitgebreide informatie over Europees drugsbeleid en -wetgeving (EN) is online beschikbaar.

Drugswetgeving: een gemeenschappelijk kader

Het drugsbestrijdingsbeleid in Europa functioneert binnen de algehele context van het internationale bestrijdingssysteem, dat berust op drie VN-verdragen. Dit systeem omvat een kader voor de bestrijding van de productie, de handel en het bezit van meer dan 240 psychoactieve stoffen, waarvan de meeste zijn toegelaten voor medisch gebruik. Op grond van de verdragen moet elke vorm van illegaal aanbod worden beschouwd als een misdrijf. Hetzelfde geldt voor het bezit van drugs voor eigen gebruik, zij het dat hiervoor de 'constitutionele principes en basisconcepten van het rechtssysteem van een land' van toepassing zijn. Deze clause wordt door de Europese landen niet eensluidend geïnterpreteerd, hetgeen moge blijken uit de onderlinge verschillen in de wettelijke aanpak.

Bezit van drugs voor eigen gebruik: steeds minder vaak gevangenisstraf

In de meeste Europese landen is het bezit van drugs voor eigen gebruik (en soms druggebruik) een misdrijf dat strafbaar is gesteld met een gevangenisstraf. In sommige landen wordt het echter bestraft met niet-strafrechtelijke maatregelen zoals een boete of tijdelijke ontzegging van de rijbevoegdheid. Om welke drug het gaat, is een bijkomende factor. In twee derde van de Europese landen hanteert de nationale wetgeving één sanctie voor het bezit van drugs voor eigen gebruik, ongeacht het middel. In de overige landen varieert de straf al naar gelang de drug.

De algemene trend in Europa sinds circa 2000 is om minder vaak gevangenisstraf op te leggen voor het bezit van drugs voor eigen gebruik. Sommige landen hebben hun wetgeving gewijzigd en de gevangenisstraf afgeschaft, zoals Portugal, Slovenië, Bulgarije en — meest recent — Kroatië. Andere landen hebben nationale richtlijnen uitgevaardigd voor politie en justitie om andere sancties dan gevangenisstraf toe te passen. De aanpak van Portugal heeft internationaal veel aandacht gekregen. Door de maatregelen uit 2001 ligt er minder nadruk op straf en worden druggebruikers in plaats daarvan naar een netwerk van 'commissies voor het ontmoedigen van drugsverslaving' gezonden, die worden aangestuurd door het ministerie van Volksgezondheid.

In de meeste Europese landen gaat het merendeel van de rapportages van drugs misdrijven over gebruik of bezit voor eigen gebruik van drugs. In totaal ging het hierbij in 2011 om meer dan 1 miljoen gevallen, een stijging van 15% vergeleken met 2006. Meer dan driekwart van deze misdrijven heeft betrekking op cannabis (Figuur 4.1).

De gegeven vonnissen verschaffen enige duidelijkheid over de tenuitvoerlegging en feitelijke resultaten ten aanzien van druggebruik en bezit voor eigen gebruik in Europa. Uit een EMCDDA-gegevensverzameling in 2009 viel op te maken dat veel landen boetes, waarschuwingen of werkstraffen geven voor drugsbezit voor eigen gebruik, alhoewel enkele Midden- en Oost-Europese landen, zoals Bulgarije, Polen, Roemenië, Slowakije en Kroatië, eerder voorwaardelijke gevangenisstraffen gaven.

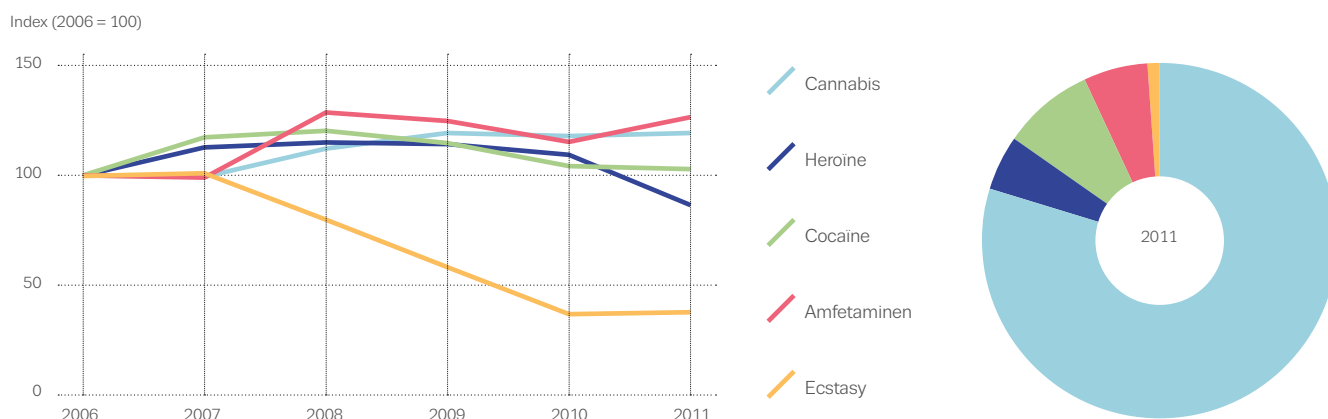
Levering van drugs: variatie in bestrafning

In heel Europa is het leveren van drugs een misdrijf, waarvoor de maximumstraffen echter enorm verschillen. Sommige landen hanteren voor het leveren van drugs één enkele, maar brede strafmaat (maximaal levenslang). Andere landen maken onderscheid tussen lichte en zware misdrijven — hetgeen wordt bepaald door factoren als de hoeveelheid geleverde drugs — met daarbij behorende maximumstraffen. Een andere aanpak, die veertien van de dertig hier onderzochte landen toepassen, is om de strafmaat te laten afhangen van de drug die in het spel is (Figuur 4.2).

Sinds 2006 is het aantal meldingen van misdrijven m.b.t. het leveren van drugs met 25% toegenomen tot meer dan 225 000 in 2011. Net als bij bezit voor eigen gebruik ging het bij de misdrijven m.b.t. het leveren van drugs voornamelijk om cannabis. In het geval van cocaine, heroïne en amfetaminen betrof het echter meer gevallen van levering dan van bezit (Figuur 4.3).

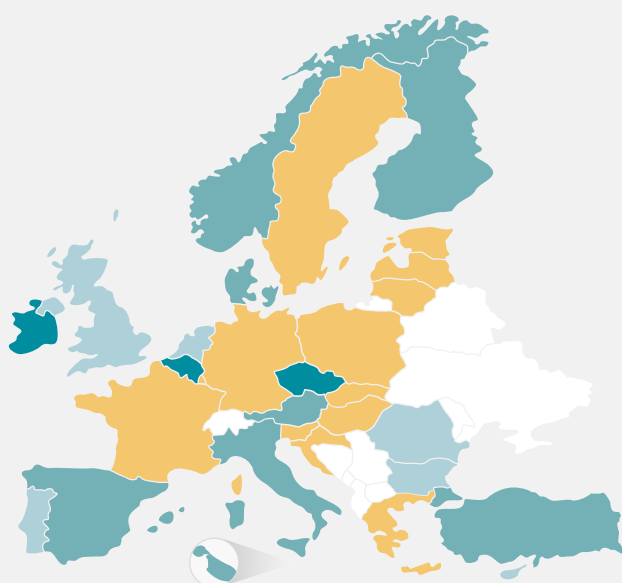
FIGUUR 4.1

Gerapporteerde misdrijven m.b.t. druggebruik of bezit voor eigen gebruik in Europa: trends en uitsplitsing per drug (belangrijkste drugs)



FIGUUR 4.2

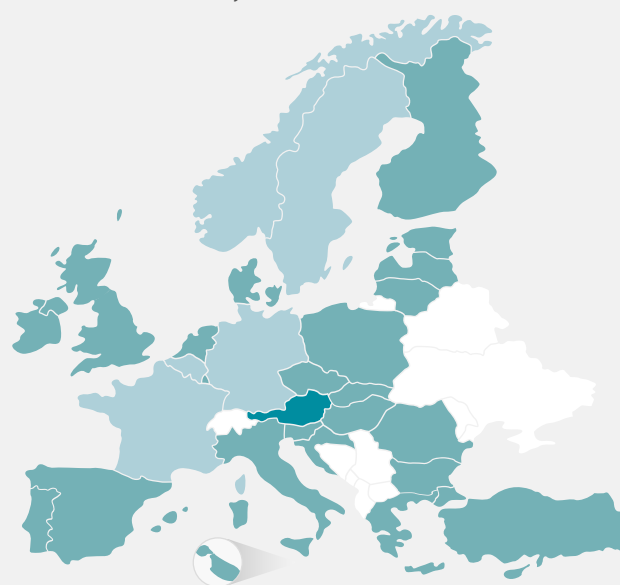
Straffen voor drugsmisdrijven: variatie per drug



Gelijke straffen voor alle drugs
Straffen variëren per drug voor:
Levering Bezit voor eigen gebruik
Beide soorten misdrijf

FIGUUR 4.4

Nationale drugsstrategieën en -actieplannen: beschikbaarheid en reikwijdte



Gecombineerde strategie voor legale en illegale drugs
Strategie voor illegale drugs Geen nationale drugsstrategie
NB: Hoewel het Verenigd Koninkrijk een strategie voor de aanpak van drugs heeft, heeft zowel Wales als Noord-Ierland een gecombineerde strategie waaronder ook alcohol valt.

De statistieken van de vonnissen uit 2009 van een beperkt aantal landen laten zien dat er voor levering van drugs eerder een gevangenisstraf werd gegeven dan voor bezit voor eigen gebruik. De maximumstraf werd echter niet of nauwelijks gegeven, terwijl de gemiddelde duur van de gevangenisstraf kort en vaak voorwaardelijk was. Dit suggereert dat slechts een klein gedeelte van de overtreders werd gezien als een grote handelaar. Uit deze gegevens blijkt tevens dat de gemiddelde straf verschilde al naar gelang het type drug, zelfs in die landen die alle drugs in de zin van de wet over één kam scheren.

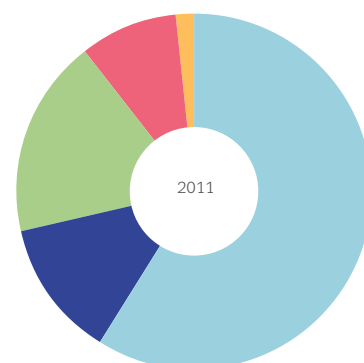
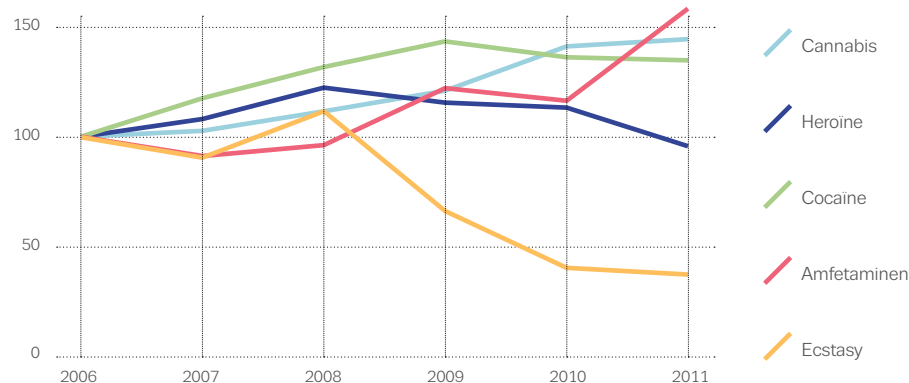
Nationale drugsstrategieën: een Europese norm

Sinds het eind van de jaren negentig is het gebruikelijk dat nationale overheden in Europa drugsstrategieën en -actieplannen vaststellen. Deze documenten bevatten een reeks algemene principes, doelstellingen en prioriteiten voor een beperkte periode, waarin de maatregelen en de partijen die zorg moeten dragen voor de tenuitvoerlegging ervan zijn vastgesteld. Op dit moment beschikken alle landen over een nationale drugsstrategie of -actieplan, behalve Oostenrijk, dat werkt met provinciale plannen. Vijf

FIGUUR 4.3

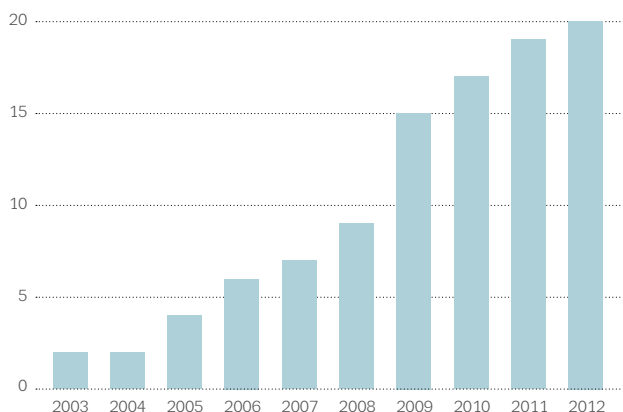
Gemelde misdrijven m.b.t. de levering van drugs in Europa: trends en uitsplitsing per drug (belangrijkste drugs)

Index (2006=100)



FIGUUR 4.5

Cumulatief aantal landen met een geëvalueerde nationale drugsstrategie



landen hebben een nationale strategie met actieplannen vastgesteld die betrekking hebben op zowel legale als illegale drugs (Figuur 4.4).

Ondersteunende drugsstrategieën: coördinatie- en evaluatiemechanismen

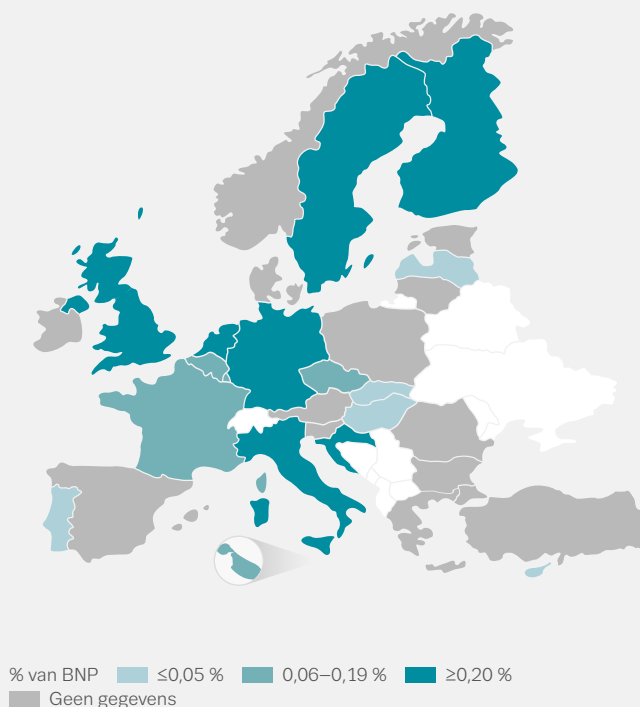
Tegelijk met de ontwikkeling van een nationale drugsstrategie hebben landen ook mechanismen ingesteld om de tenuitvoerlegging van hun drugsbeleid te coördineren. De meeste landen hebben inmiddels op nationaal niveau een interministeriële drugscommissie ingesteld die wordt ondersteund door een nationale drugscoördinatie-instantie die verantwoordelijk is voor de dagelijkse activiteiten. In veertien landen valt deze commissie onder het ministerie van Volksgezondheid, niettegenstaande deze elders onder Algemene Zaken, Binnenlandse Zaken, het kabinet van de minister-president of een ander ministerie valt. Twee derde van de landen rapporteerde dat ze beschikken over een formeel benoemde nationale drugscoördinator, die vaak ook het hoofd van de nationale drugscoördinatie-instantie is. Nationale drugscoördinatoren komen bijeen op EU-niveau.

Op regionaal of lokaal niveau bestaan in de meeste landen drugscoördinatie-agentschappen, drugscoördinatoren of beide. Bovendien bevorderen in sommige landen — met name die met een federale structuur — verticale coördinatie-instanties de samenwerking tussen het landelijke en plaatselijke niveau. In andere landen valt de coördinatie op regionaal of lokaal niveau vaak direct onder de nationale instantie.

Gedurende de afgelopen jaren hebben zowel de Europese Unie als een toenemend aantal landen een eindbeoordeling van hun drugsstrategie of -actieplan

FIGUUR 4.6

Meest recente schattingen van druggerelateerde overheidsuitgaven (%BNP)



uitgevoerd (Figuur 4.5). Het doel is meestal om te beoordelen hoever de tenuitvoerlegging is gevorderd en de drugssituatie in z'n totaliteit is veranderd, zodat hiermee rekening kan worden gehouden bij de ontwikkeling van de volgende strategie. De meeste evaluaties in Europa vinden intern plaats en worden uitgevoerd door het agentschap of de instelling die verantwoordelijk is voor het plan. Steeds meer landen hebben echter opdracht gegeven voor een gemeenschappelijke of externe evaluatie. Op dit moment hebben de meeste Europese landen plannen om een eindbeoordeling van hun actuele drugsstrategie uit te voeren.

De meeste landen hebben inmiddels op nationaal niveau een interministeriële drugscommissie ingesteld die wordt ondersteund door een nationale drugscoördinatie-instantie die verantwoordelijk is voor de dagelijkse activiteiten

Economische evaluatie: de behoefte aan betere gegevens

Een economische evaluatie — onderzoek naar de vergelijkbare kosten en baten van alternatieve maatregelen — kan een belangrijk instrument voor beleidsevaluatie zijn. De kwantiteit en de kwaliteit van de beschikbare informatie over druggerelateerde overheidsuitgaven in Europa laten echter nog steeds te wensen over, hetgeen een ernstige belemmering is voor een goede kosten-batenanalyse. Het aantal landen dat geprobeerd heeft om minstens één keer gedurende de afgelopen tien jaar een schatting te maken van de overheidsuitgaven op het gebied van drugsbeleid is echter gestegen. Deze landen rapporteren een uitgavenniveau dat varieert van 0,01% tot 0,7% van het BNP (Figuur 4.6), alhoewel vergelijkingen tussen landen moeilijk te maken zijn omdat de reikwijdte en kwaliteit van de schattingen enorm uiteenlopen. Ondanks deze beperkingen lijkt uit de beschikbare gegevens naar voren te komen dat in de meeste landen het meeste druggerelateerde overheidsgeld naar activiteiten gaat voor terugdringing van het drugsaanbod.

Europa heeft, net als vele andere delen van de wereld, nog steeds te maken met de gevolgen van de economische crisis. Daartoe behoren onder andere negatieve economische groei, stijgende werkloosheid — met name onder jongeren — en overheidsbezuinigingen. De beschikbare budgetten voor gezondheidszorg, openbare orde en veiligheid zijn wellicht verlaagd, en dat is waar de meeste druggerelateerde uitgaven aan worden besteed. Het lijkt erop alsof de mate van fiscale consolidatie of bezuinigingen — en de gevolgen daarvan — enorm verschilt tussen de Europese landen onderling. Estland, Letland en Litouwen behoren tot de landen die het hardst hebben gesnoeid in de overheidsuitgaven. Inmiddels rapporteren een aantal Europese landen ook bezuinigingen op het gebied van druggerelateerde hulpverlening.

MEER INFORMATIE

EMCDDA-publicaties

2013

Drug policy profiles: Ireland.

2012

Drug-related research in Europe: recent developments and future perspectives, Thematische paper.

2011

Drug policy profiles: Portugal.

2009

Drug offences: sentencing and other outcomes, Specifiek onderwerp.

2008

Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe, Specifiek onderwerp.

2006

European drug policies: extended beyond illicit drugs?, Specifiek onderwerp.

2005

Illicit drug use in the EU: legislative approaches, Thematische paper.

EMCDDA- en EC-publicaties

2010

The European Union and the drug phenomenon: frequently asked questions.

Alle publicaties zijn beschikbaar op www.emcdda.europa.eu/publications

Bijlage

De nationale gegevens die hier worden gepresenteerd zijn ontleend aan en vormen een subgroep van het Statistical bulletin 2013 van het EMCDDA. Daar zijn overigens ook meer gegevens, jaren, opmerkingen en metagegevens beschikbaar

TABEL 1

OPIOÏDEN

Land	Problematisch opioïdengebruik (schatting)	Indicator voor de vraag naar behandeling: primaire drug				Cliënten met substitutie-behandeling
		Opioïdencliënten als % van diegenen die zich melden voor behandeling in de verslavingszorg		% van opioïdencliënten dat injecteert (de belangrijkste wijze van gebruik)		
		Allen die zich melden voor behandeling	Gebruikers die zich voor het eerst melden voor behandeling	Allen die zich melden voor behandeling	Gebruikers die zich voor het eerst melden voor behandeling	
Land	gevallen per 1 000	% (aantal)	% (aantal)	% (aantal)	% (aantal)	aantal
België	–	36,8 (2 176)	18 (403)	19,7 (399)	16,3 (60)	17 701
Bulgarije	–	79,3 (1 877)	93,2 (275)	85,9 (1 300)	84,2 (223)	3 452
Tsjechië	1,2–1,3	19,4 (1 791)	9,9 (443)	86,3 (1 528)	83,1 (359)	5 200
Denemarken	–	17,5 (663)	7,1 (102)	33,9 (193)	23 (20)	7 600
Duitsland	2,9–3,4	44,3 (31 450)	19,2 (3 576)	36,2 (13 827)	33,2 (1 491)	76 200
Estland	–	91,4 (486)	80,4 (131)	84,5 (410)	84 (110)	1 076
Ierland	6,2–8,1	57,9 (4 930)	39 (1 457)	31 (1 488)	22,9 (327)	8 729
Griekenland	2,5–3,0	80,6 (4 693)	73,4 (1 886)	41,3 (1 930)	38,7 (729)	6 783
Spanje	1,1–1,3	34,3 (18 374)	18,2 (4 881)	15,8 (2 756)	10,2 (481)	82 372
Frankrijk	–	40,7 (14 987)	20,2 (2 042)	17,7 (2 097)	12,3 (226)	145 000
Italië	4,3–5,4	55,3 (23 416)	42,4 (9 706)	57,5 (12 566)	50,5 (4 603)	109 987
Cyprus	1,3–2,0	36,7 (365)	10,8 (48)	52,6 (191)	46,8 (22)	188
Letland	5,0–9,9	52,9 (1 044)	34,1 (126)	93,3 (935)	88,4 (107)	277
Litouwen	2,3–2,4	–	72,1 (181)	–	98,6 (136)	798
Luxemburg	5,0–7,6	67,4 (151)	–	58,9 (89)	–	1 228
Hongarije	0,4–0,5	6,8 (325)	2,3 (75)	66,8 (203)	49,3 (34)	639
Malta	6,9–8,2	78,7 (1 434)	45,4 (83)	62,5 (893)	59 (49)	1 107
Nederland	1,6–1,6	12,8 (1 674)	6 (461)	8,9 (91)	16 (46)	10 085
Oostenrijk	5,2–5,5	64,5 (2 426)	41,3 (566)	42,2 (987)	26,8 (146)	16 782
Polen	–	48,2 (643)	14,7 (53)	77 (488)	46,2 (24)	2 200
Portugal	–	70,1 (2 637)	54,4 (980)	15,4 (147)	13,1 (80)	26 531
Roemenië	–	35 (648)	29,6 (339)	91,5 (590)	90,2 (305)	742
Slovenië	–	86,6 (451)	74,9 (155)	56,8 (256)	49,7 (77)	3 557
Slowakije	1,0–2,5	33,7 (691)	22,7 (217)	75,7 (514)	63,1 (137)	500
Finland	–	62,2 (898)	43,8 (109)	81,8 (719)	66,7 (72)	2 000
Zweden	–	24,8 (1 541)	16,5 (255)	55,7 (857)	26,6 (69)	3 115
Verenigd Koninkrijk	8,0–8,6	59,3 (68 112)	40 (18 005)	33,2 (22 081)	29,2 (5 156)	177 993
Kroatië	3,2–4,0	80,9 (6 198)	29,8 (343)	74,5 (4 530)	53,3 (171)	4 074
Turkije	0,2–0,5	70,3 (1 488)	64,7 (701)	50,9 (746)	48 (333)	8 074
Noorwegen	2,1–3,9	37,5 (2 884)	–	73,1 (160)	–	6 640

TABEL 2

COCAÏNE

Land	Prevalentieschattingen			Indicator voor de vraag naar behandeling: primaire drug			
	Algehele bevolking		Scholieren	Cocaïnecliënten als % van diegenen die zich melden voor behandeling in de verslavingszorg		% van cocaïnecliënten dat injecteert (de belangrijkste wijze van gebruik)	
	'Ooit'-gebruik, volwassenen (15-64)	Laatste 12 maanden, jongvolwassenen (15-34)	'Ooit'-gebruik, scholieren (15-16)	Allen die zich melden voor behandeling	Gebruikers die zich voor het eerst melden voor behandeling	Allen die zich melden voor behandeling	Gebruikers die zich voor het eerst melden voor behandeling
Land	%	%	%	% (aantal)	% (aantal)	% (aantal)	% (aantal)
België	–	2	4	12,9 (764)	13,6 (304)	6,0 (37)	1,2 (3)
Bulgarije	1,7	1,5	3	0,8 (20)	1,4 (4)	30 (3)	0 (0)
Tsjechië	1,4	1,1	1	0,3 (30)	0,3 (14)	3,4 (1)	0 (0)
Denemarken	4,4	2,5	2	5,1 (193)	5,8 (84)	10,1 (17)	0 (0)
Duitsland	3,3	1,8	3	5,9 (4 212)	6,2 (1 164)	19,8 (3 007)	8,7 (256)
Estland	–	1,3	–	–	–	–	–
Ierland	6,8	2,8	3	10 (850)	13,3 (496)	1,3 (11)	0,4 (2)
Griekenland	0,7	0,2	1	4,3 (248)	4,2 (109)	19 (47)	10,1 (11)
Spanje	8,8	3,6	3	41,4 (22 131)	45,3 (12 148)	2,3 (480)	1,4 (167)
Frankrijk	3,66	1,85	4	6,9 (2 544)	5,1 (519)	10,2 (215)	4,4 (21)
Italië	4,2	1,3	2	24,3 (10 271)	30,3 (6 938)	5,3 (516)	4,1 (273)
Cyprus	3	2,2	4	10,1 (100)	7 (31)	1 (1)	0 (0)
Letland	1,5	0,3	4	0,4 (7)	0,3 (1)	0 (0)	0 (0)
Litouwen	0,5	0,3	2	–	0,8 (2)	–	0 (0)
Luxemburg	–	–	–	18,3 (41)	–	39 (16)	–
Hongarije	0,9	0,4	2	1,6 (78)	1,6 (52)	2,7 (2)	0 (0)
Malta	0,4	–	4	12,5 (228)	28,4 (52)	24,8 (56)	17,6 (9)
Nederland	5,2	2,4	2	24,6 (3 220)	20,3 (1 560)	0,3 (6)	0 (0)
Oostenrijk	2,2	1,2	–	6 (226)	7,6 (104)	7 (15)	3 (3)
Polen	1,3	1,3	3	1,3 (17)	2,2 (8)	0 (0)	0 (0)
Portugal	1,9	1,2	4	10,5 (397)	14,4 (259)	3,6 (8)	1 (2)
Roemenië	0,3	0,2	2	1,2 (22)	1,6 (18)	4,8 (1)	5,9 (1)
Slovenië	–	–	3	3,5 (18)	3,9 (8)	44,4 (8)	25 (2)
Slowakije	0,6	0,4	2	0,8 (17)	1,6 (15)	0 (0)	0 (0)
Finland	1,7	0,6	1	0,1 (1)	0 (0)	–	–
Zweden	3,3	1,2	1	1,5 (91)	1,7 (27)	0 (0)	0 (0)
Verenigd Koninkrijk	9,6	4,2	3	12,3 (14 077)	16 (7 185)	2,1 (284)	1 (68)
Kroatië	2,3	0,9	2	1,6 (126)	2,6 (30)	1,7 (2)	3,6 (1)
Turkije	–	–	–	2,2 (46)	2,3 (25)	2,2 (1)	4 (1)
Noorwegen	2,5	0,6	1	1 (78)	–	25 (2)	–

TABEL 3

AMFETAMINEN

	Prevalentieschattingen			Indicator voor de vraag naar behandeling: primaire drug			
	Algehele bevolking		Scholieren	Amfetaminecliënten als % van diegenen die zich melden voor behandeling		% van amfetaminecliënten dat injecteert (de belangrijkste wijze van gebruik)	
	'Ooit'-gebruik, volwassenen (15-64)	Laatste 12 maanden, jongvolwassenen (15-34)	'Ooit'-gebruik, scholieren (15-16)	Allen die zich melden voor behandeling	Gebruikers die zich voor het eerst melden voor behandeling	Allen die zich melden voor behandeling	Gebruikers die zich voor het eerst melden voor behandeling
Land	%	%	%	% (aantal)	% (aantal)	% (aantal)	% (aantal)
België	–	–	5	9,8 (581)	11,2 (250)	9,1 (50)	5 (12)
Bulgarije	2,1	2,1	6	1,4 (33)	1,7 (5)	0 (0)	0 (0)
Tsjechië	2,1	0,8	2	65,2 (6 008)	69,6 (3 122)	77,4 (4 601)	71,9 (2 210)
Denemarken	6,2	2	2	9,5 (358)	10,3 (149)	3,1 (9)	0 (0)
Duitsland	3,7	1,9	4	11 (7 785)	15,2 (2 839)	1,7 (246)	0,7 (31)
Estland	–	2,5	3	–	–	61,5 (8)	50 (4)
Ierland	4,5	0,8	2	0,6 (53)	0,9 (33)	6 (3)	6,3 (2)
Griekenland	0,1	0,1	2	0,1 (6)	0,1 (2)	0 (0)	0 (0)
Spanje	3,3	1,4	2	1 (517)	1,2 (320)	0,6 (3)	0,6 (2)
Frankrijk	1,69	0,46	4	0,3 (107)	0,3 (31)	14,9 (13)	0 (0)
Italië	1,8	0,1	1	0,1 (38)	0,1 (16)	0 (0)	0 (0)
Cyprus	0,7	0,7	4	0,2 (2)	0,2 (1)	50 (1)	0 (0)
Letland	2,2	1,9	4	19,3 (380)	28,2 (104)	60,9 (206)	53,9 (48)
Litouwen	1,6	1,1	3	–	2 (5)	–	60 (3)
Luxemburg	–	–	–	0,4 (1)	–	0 (0)	–
Hongarije	1,8	1,2	6	11,9 (567)	11 (354)	23,3 (130)	19,2 (67)
Malta	0,4	–	3	0,2 (3)	–	33,3 (1)	–
Nederland	3,1	–	3	6,2 (818)	6,5 (499)	0,6 (3)	1 (3)
Oostenrijk	2,5	0,9	–	2,2 (83)	3,5 (48)	3,7 (3)	2,2 (1)
Polen	4,2	1,3	4	21,4 (285)	26,7 (96)	9,4 (25)	8,4 (8)
Portugal	0,9	0,4	3	0 (1)	0,1 (1)	–	–
Roemenië	0,1	0	2	0,6 (12)	0,9 (10)	0 (0)	0 (0)
Slovenië	–	–	2	0,4 (2)	0,5 (1)	50 (1)	0 (0)
Slowakije	0,5	0,7	2	38,2 (784)	41,9 (400)	32,1 (243)	25,4 (99)
Finland	2,3	1,6	1	14,1 (204)	11,6 (29)	78,6 (154)	64,3 (18)
Zweden	5	1,5	1	27,8 (1 728)	19,4 (301)	68,6 (1 137)	49,7 (149)
Verenigd Koninkrijk	11,5	1,4	2	3 (3 486)	3,6 (1 615)	22,1 (714)	16 (241)
Kroatië	2,6	–	2	1 (80)	2,2 (25)	0 (0)	0 (0)
Turkije	0,3	–	–	0,9 (18)	0,8 (9)	5,6 (1)	0 (0)
Noorwegen	3,8	0,8	1	0 (0)	–	75,1 (205)	–

TABEL 4

ECSTASY

	Prevalentieschattingen			Indicator voor de vraag naar behandeling: primaire drug	
	Algehele bevolking		Scholieren	Ecstasycliënten als % van diegenen die zich melden voor behandeling	
	'Ooit'-gebruik, volwassenen (15-64)	Laatste 12 maanden, jongvolwassenen (15-34)	'Ooit'-gebruik, scholieren (15-16)	Allen die zich melden voor behandeling	Gebruikers die zich voor het eerst melden voor behandeling
Land	%	%	%	% (aantal)	% (aantal)
België	–	–	4,0	0,6 (38)	1 (23)
Bulgarije	1,7	1,6	4,0	0,3 (6)	0,3 (1)
Tsjechië	5,8	2,5	3,0	0,1 (6)	0,1 (3)
Denemarken	2,1	0,8	1,0	0,3 (13)	0,5 (7)
Duitsland	2,4	1,0	2,0	0 (0)	0 (0)
Estland	–	2,3	3,0	–	–
Ierland	6,9	0,9	2,0	0,6 (51)	0,6 (24)
Griekenland	0,4	0,4	2,0	0,2 (9)	0,2 (5)
Spanje	3,6	1,4	2,0	0,2 (98)	0,2 (66)
Frankrijk	2,4	0,4	3,0	0,3 (118)	0,2 (24)
Italië	1,8	0,1	1,0	0,3 (129)	0,5 (107)
Cyprus	2,0	1,0	3,0	0,3 (3)	0,2 (1)
Letland	2,7	0,8	4,0	0,1 (2)	0 (0)
Litouwen	2,1	1,9	2,0	–	–
Luxemburg	–	–	–	–	–
Hongarije	2,4	1,0	4,0	1 (50)	1,2 (38)
Malta	0,7	–	3,0	0,7 (13)	1,6 (3)
Nederland	6,2	3,1	3,0	0,5 (69)	0,8 (58)
Oostenrijk	2,3	1,0	–	0,5 (19)	1,2 (16)
Polen	3,4	3,1	2,0	0,1 (1)	0,3 (1)
Portugal	1,3	0,9	3,0	0,1 (4)	0,2 (4)
Roemenië	0,7	0,4	2,0	0,5 (9)	0,6 (7)
Slovenië	–	–	2,0	0,2 (1)	0,5 (1)
Slowakije	1,9	0,9	4,0	0,1 (2)	0,2 (2)
Finland	1,8	1,1	1,0	0,3 (4)	0,8 (2)
Zweden	2,1	0,2	1,0	0,3 (17)	0,5 (7)
Verenigd Koninkrijk	8,6	2,8	3,0	0,2 (229)	0,3 (141)
Kroatië	2,5	0,5	2,0	0,3 (23)	0,5 (6)
Turkije	0,1	0,1	–	0 (1)	0,1 (1)
Noorwegen	1,0	0,6	1,0	0 (0)	–

TABEL 5

CANNABIS

	Prevalentieschattingen			Indicator voor de vraag naar behandeling: primaire drug	
	Algehele bevolking		Scholieren	Cannabisciënten als % van diegenen die zich melden voor behandeling	
	'Ooit'-gebruik, volwassenen (15-64)	Laatste 12 maanden, jongvolwassenen (15-34)	'Ooit'-gebruik, scholieren (15-16)	Allen die zich melden voor behandeling	Gebruikers die zich voor het eerst melden voor behandeling
Land	%	%	%	% (aantal)	% (aantal)
België	14,3	11,2	24	31 (1 832)	48,2 (1 077)
Bulgarije	7,3	6	21	4,3 (101)	3,1 (9)
Tsjechië	24,9	16,1	42	13,2 (1 214)	18,7 (839)
Denemarken	32,5	13,5	18	63,4 (2 397)	72,6 (1 048)
Duitsland	25,6	11,1	19	33 (23 418)	54,9 (10 236)
Estland	–	13,6	24	5,3 (28)	–
Ierland	25,3	10,3	18	22,9 (1 951)	35,7 (1 336)
Griekenland	8,9	3,2	8	12,8 (746)	20,2 (518)
Spanje	27,4	17	32	21 (11 210)	32,3 (8 653)
Frankrijk	32,12	17,54	39	47,8 (17 621)	71,1 (7 193)
Italië	21,7	8	13	18,8 (7 957)	25,2 (5 781)
Cyprus	11,6	7,9	7	48,8 (485)	78,1 (346)
Letland	12,5	7,3	24	11,8 (232)	19,8 (73)
Litouwen	11,9	9,9	20	–	3,6 (9)
Luxemburg	–	–	–	12,9 (29)	–
Hongarije	8,5	5,7	19	69,4 (3 321)	77,3 (2 492)
Malta	3,5	1,9	10	6,7 (122)	20,8 (38)
Nederland	25,7	13,7	26	48,3 (6 334)	58 (4 446)
Oostenrijk	14,2	6,6	–	22,5 (848)	41,8 (574)
Polen	17,3	17,1	23	23,5 (313)	44,4 (160)
Portugal	11,7	6,7	14	13,9 (525)	25,4 (457)
Roemenië	1,6	0,6	7	8,6 (160)	11,3 (130)
Slovenië	–	6,9	23	8,4 (44)	18,8 (39)
Slowakije	10,5	7,3	27	19,2 (394)	27,3 (260)
Finland	18,3	11,2	11	13,4 (193)	32,9 (82)
Zweden	21,4	6,1	6	24,9 (1 550)	45,1 (699)
Verenigd Koninkrijk	31	12,3	21	20,3 (23 378)	32,4 (14 559)
Kroatië	15,6	10,5	18	12,5 (957)	52,7 (607)
Turkije	0,7	0,4	–	17,1 (363)	22,1 (240)
Noorwegen	14,6	7	5	20,3 (1 561)	–

TABEL 6

OVERIGE INDICATOREN

	Drugsgelateerde sterfgevallen (leeftijd 15-64)	Hiv-diagnoses onder injecterende druggebruikers (ECDC)	Schatting injecterend druggebruik	Injectiespuiten verstrekt via speciale programma's
Land	Gevallen per miljoen inwoners (aantal)	Gevallen per miljoen inwoners (aantal)	Gevallen per 1 000 inwoners	Aantal
België	19,6 (142)	1 (11)	2,5–4,8	938 674
Bulgarije	4,8 (24)	8,4 (63)	–	643 377
Tsjechië	3,8 (28)	0,9 (9)	5,1–5,5	5 398 317
Denemarken	49,8 (181)	1,8 (10)	2,8–4,7	–
Duitsland	17,9 (966)	1,1 (90)	–	–
Estland	135,7 (123)	51,5 (69)	–	2 130 306
Ierland	51,8 (159)	3,6 (16)	–	1 097 000
Griekenland	–	21,7 (245)	0,9–1,3	119 397
Spanje	12,5 (392)	4,5 (148)	0,2–0,2	2 672 228
Frankrijk	7,9 (331)	1,3 (87)	–	–
Italië	9,1 (362)	2,7 (161)	–	–
Cyprus	16,3 (9,66)	0 (0)	0,3–0,5	42
Letland	7,9 (11)	40,4 (90)	–	h m i l h
Litouwen	20,9 (43)	26,5 (86)	–	181 408
Luxemburg	17,1 (6)	0 (0)	4,5–6,9	246 858
Hongarije	2 (14)	0 (0)	0,8	648 269
Malta	17,3 (5)	0 (0)	–	289 940
Nederland	9,1 (101)	0,2 (4)	0,2–0,2	–
Oostenrijk	35,3 (201)	4,3 (36)	–	4 329 424
Polen	8,4 (232)	1,2 (47)	–	175 902
Portugal	2,7 (19)	5,8 (62)	–	1 650 951
Roemenië	1 (15)	5 (108)	–	901 410
Slovenië	16,9 (24)	0 (0)	–	632 462
Slowakije	3,9 (15)	0,2 (1)	3,5–8,9	15 064
Finland	53,3 (189)	1,5 (8)	–	3 539 009
Zweden	35,5 (217)	1,3 (12)	–	244 493
Verenigd Koninkrijk	52,3 (2 153)	2,1 (131)	3,1–3,5	–
Kroatië	19,8 (59)	0,7 (3)	0,4–0,6	340 357
Turkije	1,9 (93)	0,1 (5)	–	0
Noorwegen	73,1 (238)	2 (10)	2,5–3,6	2 639 000

TABEL 7

VANGSTEN

	Heroïne		Cocaïne		Amfetaminen		Ecstasy	
	Onder-schepte hoeveelheid	Aantal vangsten	Onder-schepte hoeveelheid	Aantal vangsten	Onder-schepte hoeveelheid	Aantal vangsten	Onder-schepte hoeveelheid	Aantal vangsten
Land	kg	Aantal	kg	Aantal	kg	Aantal	Tabletten	Aantal
België	140	2 176	7 999	3 263	112	2 699	64 384	838
Bulgarije	385	41	4	22	233	38	7 879	11
Tsjechië	5	34	16	44	1,20	3	13 000	15
Denemarken	37	484	43	1 756	255	1 733	16 000	197
Duitsland	498	4 361	1 941	3 335	1 368	9 131	484 992	1 322
Estland	0,048	5	1	34	42	215	11 496	44
Ierland	32	752	179	476	23	104	97 882	272
Griekenland	307	2 477	463	466	1,84	17	70	8
Spanje	412	7 587	16 609	42 659	278	3 178	183 028	2 123
Frankrijk	883	4 834	10 834	4 538	601	387	1 510 500	781
Italië	811	3 588	6 342	6 859	19	124	14 108	114
Cyprus	0,6	49	3	79	0,011	5	653	13
Letland	0	329	81	25	0,1	29	3 592	13
Litouwen	11	234	10	23	13	46	303	5
Luxemburg	24	244	24	94	3	15	91	6
Hongarije	3	22	13	108	24	483	270	22
Malta	4	39	5	86	0,50	1	2 171	30
Nederland	400	–	10 000	–	1 074	–	1 059 534	–
Oostenrijk	65	640	139	970	13	383	45 780	90
Polen	51	–	78	–	395	–	75 082	–
Portugal	73	1 169	3 678	1 385	0,2	26	7 791	95
Roemenië	13	314	161	73	0,4	28	7 594	96
Slovenië	4	503	2	272	1	204	34	14
Slowakije	0	33	35,3	30	13,22	10	27	5
Finland	1,0	3	4	81	71	3 157	17 800	300
Zweden	21	314	89	618	168	3 542	17 060	189
Verenigd Koninkrijk	1 850	9 174	3 468	17 751	1 048	6 801	686 000	3 346
Kroatië	33	185	4	142	15	372	2 898	75
Turkije	7 294	3 306	592	1 457	14	6	1 364 253	2 587
Noorwegen	15	1 364	46	840	75	2 894	5 327	198

TABEL 7

VANGSTEN (vervolg)

	Cannabishars		Cannabisbladeren		Cannabisplanten	
	Onderschepte hoeveelheid	Aantal vangsten	Onderschepte hoeveelheid	Aantal vangsten	Onderschepte hoeveelheid	Aantal vangsten
Land	kg	Aantal	kg	Aantal	Planten (kg)	Aantal
België	5 020	5 156	5 095	21 784	337 955 (–)	1 070
Bulgarije	16,8	11	1 035	168	7 456 (4 658)	24
Tsjechië	2	24	441	508	62 817 (–)	240
Denemarken	2 267	8 403	168	891	– (1 452)	710
Duitsland	1 748	7 285	3 957	27 144	– 133 650	1 804
Estland	46	22	53	409	– (29,3)	25
Ierland	1 814	722	1 865	1 833	6 606 (–)	582
Griekenland	122	172	13 393	5 774	33 242 (–)	460
Spanje	355 904	199 770	17 535	140 952	– (26 108)	1 436
Frankrijk	55 641	85 096	5 450	12 155	73 572 (–)	2 146
Italië	20 258	6 244	10 908	4 007	1 008 215 (–)	1 208
Cyprus	1	33	76	758	86 (–)	27
Letland	283	55	34	399	– (497)	7
Litouwen	168	31	43	311	– (–)	0
Luxemburg	2	171	11	833	81 (–)	5
Hongarije	18	63	209	2 073	14 121 (–)	192
Malta	89	48	1,5	32	44 (–)	7
Nederland	1 000	–	5 000	–	2 000 000 (–)	–
Oostenrijk	75	1 197	621	5 272	– (219)	261
Polen	–	–	1 265	–	52 914 (–)	–
Portugal	14 633	3 093	108	460	5 523 (–)	304
Roemenië	18	328	252	1 365	897 (–)	9
Slovenië	4,2	89	613	3 306	12 836 (–)	178
Slowakije	0,0	22	137	1 512	10 045 (18)	45
Finland	860	1 829	97	4 281	16 400 (42)	3 187
Zweden	950	7 465	264	5 272	– (–)	92
Verenigd Koninkrijk	19 665	15 094	22 402	149 411	626 680 (–)	16 672
Kroatië	2	373	421	3 684	4 136 (–)	195
Turkije	21 141	8 192	55 251	43 217	– (–)	7 318
Noorwegen	2 548	11 232	219	3 631	1 099 (214)	381

Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving
Europees Drugs Rapport 2013: Trends en ontwikkelingen
Luxemburg: Bureau voor publicaties van de Europese Unie
2013 — 74 blz. — 21 × 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-620-9
doi:10.2810/90330

HOE KOM IK AAN EU-PUBLICATIES?

Gratis publicaties

bij EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>)

bij de vertegenwoordigingen en delegaties van de Europese Unie. Ga voor de contactgegevens naar <http://ec.europa.eu> of stuur een fax naar +352 2929-42758.

Betaalde publicaties

bij EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>)

Betaalde abonnementen

(bv. jaarreeksen van het *Publicatieblad van de Europese Unie* en de jurisprudentie van het Hof van Justitie van de Europese Unie)

via een van de verkoopkantoren van het Bureau voor publicaties van de Europese Unie (http://publications.europa.eu/others/agents/index_nl.htm)

Over dit rapport

Het rapport Trends en ontwikkelingen geeft een uitstekend overzicht van het drugsverschijnsel in Europa, en behandelt zowel de drugsaanvoer, het drugsgebruik, volksgezondheidsproblemen als het drugsbeleid en de reacties op de problematiek. Het online statistisch bulletin (Statistical bulletin), de landenoverzichten (Country overviews) en de drugsperspectieven (Perspectives on drugs) vormen samen met dit rapport het verslag over de drugssituatie in Europa in 2013.

Over het EMCDDA

Het Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving (EMCDDA) vervult een spilfunctie bij het verstrekken van informatie op het gebied van drugs in de Europese Unie. Het heeft tot taak de Europese Unie en haar lidstaten 'feitelijke, objectieve, betrouwbare en vergelijkbare informatie' over drugs, drugsverslaving en de gevolgen daarvan te verstrekken. Het Waarnemingscentrum werd in 1993 opgericht, opende zijn deuren in 1995 in Lissabon en is een van de gedecentraliseerde agentschappen van de Europese Unie. Met een sterk multidisciplinair team biedt het agentschap beleidsmakers het feitenmateriaal dat zij nodig hebben om drugswetgeving en -beleid vast te stellen. Het helpt ook vakmensen en onderzoekers beste praktijken te bepalen en nieuwe gebieden voor analyse te lokaliseren.

