



Europees Waarnemingscentrum
voor drugs en drugsverslaving

ISSN 1609-6177

JAAARVERSLAG 2009

STAND VAN DE DRUGSPROBLEMATIEK
IN EUROPA



Europees Waarnemingscentrum
voor drugs en drugsverslaving

STAND VAN DE DRUGSPROBLEMATIEK IN EUROPA

JAAKVERSLAG 2009

Mededeling

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

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

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

Gratis nummer (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

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

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

Bibliografische gegevens bevinden zich aan het eind van deze uitgave.

Luxemburg: Bureau voor publicaties van de Europese Unie, 2009

ISBN 978-92-9168-391-8

© Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving, 2009

Overname is toegestaan, mits de bron wordt vermeld.

Printed in Luxembourg

GEDRUKT OP CHLOORVRIJ GEBLEEKT PAPIER



Europees Waarnemingscentrum
voor drugs en drugsverslaving

Cais do Sodré, 1249-289 Lissabon, PORTUGAL
Tel. +351 211210200 • Fax +351 218131711
info@emcdda.europa.eu • www.emcdda.europa.eu

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Dankbetuiging	7
Inleiding	9
Commentaar: Schieten op een bewegend doel — De lastige ontwikkeling van een pragmatisch beleidsantwoord op een veranderend drugsprobleem	11
Hoofdstuk 1: Beleid en wetgeving	
Internationale en EU-beleidsontwikkelingen • Nationale drugsstrategieën en -actieplannen • Drugsgelateerde overheidsbestedingen • Nationale wetgeving • Onderzoek naar drugs	18
Hoofdstuk 2: De aanpak van drugsproblemen in Europa — Een overzicht	
Preventie • Behandeling • Schadebeperking • Sociale re-integratie • Handhaving van de drugswetgeving en drugsdelicten • Gezondheids- en sociale maatregelen in gevangenissen	27
Hoofdstuk 3: Cannabis	
Aanvoer en beschikbaarheid • Prevalentie en gebruikspatronen • Behandeling	40
Hoofdstuk 4: Amfetaminen, ecstasy en hallucinogenen	
Aanvoer en beschikbaarheid • Prevalentie en gebruikspatronen • Amfetaminen en ecstasy in recreatieve settings • Behandeling	52
Hoofdstuk 5: Cocaïne en crack-cocaïne	
Aanvoer en beschikbaarheid • Prevalentie en gebruikspatronen • Gevolgen voor de gezondheid • Problematisch gebruik en de vraag naar behandeling • Behandeling en schadebeperking	63
Hoofdstuk 6: Opioidengebruik en injecterend drugsgebruik	
Aanvoer en beschikbaarheid • Problematisch opioidengebruik • Injecterend drugsgebruik • Behandeling van problematisch opioidengebruik	74
Hoofdstuk 7: Infectieziekten en sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik	
Infectieziekten • De aanpak van infectieziekten • Sterfte en sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik • Vermindering van sterfte ten gevolge van drugsgebruik	84
Hoofdstuk 8: Nieuwe drugs en opkomende trends	
EU-actie op het gebied van nieuwe drugs • „Spice” en gerelateerde synthetische cannabinoïden • Internet — een marktplaats voor psychoactieve stoffen • Psychoactieve stoffen: follow-up	96
Referenties	102



Voorwoord

Dit verslag geeft een actuele en gedetailleerde beoordeling van de drugssituatie in Europa, en wij danken al onze medewerkers die hard hebben gewerkt om het tot stand te laten komen. We moeten evenwel erkennen dat de kwaliteit van dit document niet alleen voortkomt uit ons werk hier in Lissabon, maar ook en vooral uit de inspanningen die in de lidstaten zijn geleverd om een degelijk en uitgebreid informatiesysteem te ontwikkelen. Dit waarnemingssysteem draagt in belangrijke mate bij tot een met kennis van zaken gevoerd debat over het drugsprobleem en resulteert volgens ons ook in een beter en doeltreffender drugsbeleid.

Zo'n beleid is te meer noodzakelijk daar de problematiek op dit gebied almaar complexer wordt. De rode draad door dit verslag is de dynamische aard van het drugsprobleem. We moeten ervoor zorgen dat onze visie gelijke tred houdt met de veranderende omstandigheden waarmee we worden geconfronteerd.

Het EWDD is al 15 jaar bezig met het verzamelen van informatie en het uitbrengen van verslagen over het Europese drugsprobleem. Om dit te markeren, hebben we dit jaar de conferentie „Identifying Europe's information needs for effective drug policy” georganiseerd. Zij bood wetenschappers, vakmensen en beleidsmakers uit Europa en daarbuiten de gelegenheid naar Lissabon te komen en ons te helpen de bestaande kennis op het gebied van drugs in kaart te brengen en te evalueren, en de huidige en toekomstige informatiebehoeften vast te stellen.

De conferentie toonde aan dat Europa zich heeft ontwikkeld tot een geweldig laboratorium voor het bestuderen van, en inzicht krijgen in drugsgebruik en drugsmaatregelen, waardoor we nu over grote mogelijkheden beschikken om collectief te leren en kennis te delen. Nergens ter wereld bestaat er zo'n grote groep van cultureel verschillende landen die alle vastbesloten zijn om dit complexe sociale probleem beter te begrijpen en er adequater op te reageren. Dat blijkt uit de ontwikkeling van een transversaal drugswaarnemingssysteem dat 30 landen met een gezamenlijke bevolking van meer dan vijfhonderd miljoen mensen omvat. Het blijkt ook uit de EU-drugsstrategie en het EU-actieplan inzake drugs, twee hulpmiddelen die een inventaris moeten maken van de beschikbare informatie en deze moeten verwerken tot concrete en collectieve actie. Dat is des te belangrijker nu onze lidstaten moeilijke keuzes over financieringsprioriteiten moeten maken en steeds meer gefocust zijn op een maximaal rendement op investeringen. We zijn ervan overtuigd dat ons verslag bijdraagt tot dit proces. Bovendien verbinden wij ons ertoe om de vaststelling van doeltreffende praktijken op het gebied van

drugs in toenemende mate deel te laten uitmaken van de activiteiten van het EWDD.

In de hier gepresenteerde analyse wordt een aantal belangrijke vraagstukken behandeld die op de conferentie zijn vastgesteld. Onze informatiesystemen moeten beter presteren wat het vaststellen, opsporen en melden van nieuwe ontwikkelingen betreft. Hiervoor is het evenwel van essentieel belang dat onze rapportage accuraat, goed onderbouwd en strikt zakelijk blijft. Op de conferentie werd ook benadrukt dat in onze analyse zowel de aanvoer van als de vraag naar drugs moest worden onderzocht. In het verslag van dit jaar besteden we extra aandacht aan een analyse van de aanvoerindicatoren en de drugsmarkt. Dit doen we met de nodige omzichtigheid, aangezien er nog niet voldoende inspanningen zijn geleverd om de kwaliteit, betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid van de Europese gegevens ter zake te verbeteren. Dit probleem wordt nu algemeen onderkend en we zullen met onze nationale en Europese partners aan een oplossing werken.

Een van de bevindingen van het verslag van dit jaar is dat we de drugssituatie in Europa alleen maar kunnen beoordelen als we inzicht hebben in de nationale kenmerken, de specifieke subregionale aspecten en, in toenemende mate, de gemeenschappelijke Europese of zelfs wereldwijde trends. We moeten deze complexe relatie beter beschrijven, omdat dit ons niet alleen meer inzicht zal verschaffen in de factoren die de groei van drugsproblemen kunnen bevorderen of afremmen, maar ook omdat het ons zal helpen gepaste maatregelen te ontwikkelen.

Tot slot dient erop te worden gewezen dat de Europese Unie en de Verenigde Naties eind 2008 en begin 2009 bijna gelijktijdig hun drugsbeleidsdocumenten hebben vernieuwd. Zowel het nieuwe EU-actieplan inzake drugs als de nieuwe beleidsverklaring en het nieuwe actieplan van de VN geeft blijk van het internationale streven naar terugdringing van het drugsgebruik en de schadelijke gevolgen ervan. Het bereiken van deze doelstellingen vormt een grote uitdaging en zal alleen mogelijk zijn als de geplande maatregelen algemeen worden toegepast. Controle en evaluatie zijn hierbij essentiële elementen die ons in staat stellen ons beleid op koers te houden en de gemaakte vooruitgang in kaart te brengen.

Marcel Reimen

Voorzitter van de raad van bestuur van het EWDD

Wolfgang Götz

Directeur van het EWDD



Dankbetuiging

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

- de hoofden van de nationale focal points van het Reitox-netwerk en hun medewerkers;
- de instanties in de lidstaten die de ruwe gegevens voor dit verslag hebben verzameld;
- de leden van de raad van bestuur en het Wetenschappelijk Comité van het EWDD;
- het Europees Parlement, de Raad van de Europese Unie — in het bijzonder de Horizontale Groep drugs — en de Europese Commissie;
- het Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding (ECDC), het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA) en Europol;
- de Pompidou-groep van de Raad van Europa, het UNODC (Bureau voor drugs en criminaliteit van de Verenigde Naties), het Regionaal Kantoor voor Europa van de Wereldgezondheidsorganisatie, Interpol, de Werelddouaneorganisatie, het ESPAD-project en de Zweedse Raad voor informatie over alcohol en andere drugs (CAN);
- het Vertaalbureau voor de organen van de Europese Unie en het Bureau voor publicaties van de Europese Unie.

Nationale focal points van het Reitox-netwerk

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

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

<http://www.emcdda.europa.eu/about/partners/reitox-network>



Inleiding

Dit jaarverslag is gebaseerd op informatie die de lidstaten van de EU, de kandidaat-lidstaten Kroatië en Turkije alsook Noorwegen in de vorm van nationale verslagen aan het EWDD verstrekken. De statistische gegevens in dit jaarverslag hebben betrekking op 2007 (of het meest recente jaar waarover informatie beschikbaar is). De grafieken en tabellen in dit verslag hoeven niet altijd een weerspiegeling van de situatie in alle EU-landen te zijn: selectie vindt plaats op basis van de landen die gegevens over de desbetreffende periode beschikbaar hebben.

De aan het EWDD gerapporteerde straatwaarde van drugs is de prijs die de gebruikers hiervoor betalen. De informatie van de meeste landen over de zuiverheid of sterkte is gebaseerd op een steekproef van alle drugsvangsten en het is over het algemeen niet mogelijk om de gerapporteerde gegevens in verband te brengen met een specifiek niveau binnen de drugsmarkt. Voor de zuiverheid of sterkte en de straatwaarde geldt dat alle analyses zijn gebaseerd op gerapporteerde gemiddelde of modale waarden of, wanneer die niet beschikbaar zijn, op mediane waarden.

Informatie over de prevalentie van drugsgebruik die is gebaseerd op algemene bevolkingsenquêtes heeft meestal betrekking op de nationale bevolking in de leeftijdscategorie van 15 tot 64 jaar. Landen die op het gebied van leeftijd afwijkende boven- of ondergrenzen hanteren zijn Bulgarije (18-60), Tsjechië (18), Denemarken (16), Duitsland (18), Hongarije (18-59), Malta (18), Zweden (16) en het Verenigd Koninkrijk (16-59). De prevalentiegegevens van het Verenigd Koninkrijk hebben betrekking op Engeland en Wales.

Bij informatie over de vraag naar behandeling duidt de term „nieuwe cliënten” op de gebruikers die voor het eerst in hun leven aan een behandeling zijn begonnen en de term „alle cliënten” op alle gebruikers die in behandeling gaan. Cliënten die aan het begin van het betreffende jaar in behandeling waren, zijn niet in de gegevens opgenomen. Waar voor een primaire drug het percentage behandelaanvragen wordt vermeld, is het aantal gevallen waarin de primaire drug bekend is als totaal genomen.

De analyse van trends is uitsluitend gebaseerd op informatie uit de landen die voldoende gegevens hebben verstrekt om veranderingen in de desbetreffende periode te kunnen beschrijven. Bij de trendanalyse van gegevens over de drugsmarkt kunnen ontbrekende waarden voor 2007 zijn vervangen door cijfers voor 2006; voor de analyse van andere trends kunnen ontbrekende gegevens door middel van interpolatie zijn verkregen. Prijsrends zijn op nationaal niveau aangepast voor inflatie.

Informatie over de beschikbaarheid en het aanbod van diverse interventies in Europa is doorgaans gebaseerd op het geïnformeerde oordeel van nationale deskundigen, waarnaar via gestructureerde vragenlijsten wordt gevraagd.

De term „aangiften” van drugsdelicten kan uiteenlopende concepten bestrijken die per land verschillen.

Het jaarverslag kan in 23 talen worden gedownload op
<http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2009>

In het Statistical Bulletin 2009 (<http://www.emcdda.europa.eu/stats09>) zijn alle tabellen met brongegevens opgenomen die de basis vormen voor de statistische analyse in dit verslag. Dit bulletin met ruim 100 aanvullende grafieken bevat ook nadere informatie over de gehanteerde methoden.

Landenoverzichten (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews>) geven een uitstekende samenvatting in grafiekvorm van de hoofdaspecten van de drugssituatie in ieder land.

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



Commentaar

Schieten op een bewegend doel — De lastige ontwikkeling van een pragmatisch beleidsantwoord op een veranderend drugsprobleem

Gerichter actieplan voor drugs dankzij consensus over beleid

Dit rapport gaat over een belangrijke periode voor het drugsbeleid in Europa en daarbuiten. In de Europese Unie is het actieplan voor drugs 2005-2008 (het vijfde sinds 1990) geëvalueerd en is gewerkt aan het daaropvolgende plan voor de jaren 2009-2012. Hoewel vaak wordt gekeken naar de verschillen die er op het gebied van drugsbeleid tussen de lidstaten bestaan, is het opvallend hoe groot de overeenstemming in de discussie op dit moment is. Lidstaten hebben — deels vanwege hun specifieke binnenlandse situatie — nog steeds verschillende beleidsperspectieven. Op veel terreinen wordt de discussie inmiddels echter op een volwassen niveau gevoerd en staat consensus centraal. Zo kon een nieuw EU-actieplan ontstaan, dat als pragmatisch, relevant en doelgericht kan worden gekarakteriseerd. Concreet komt deze benadering tot uiting in de aandacht voor specifieke gebieden uit de praktijk, waaronder het voorkomen van drugsgerelateerde sterfgevallen, het werken in gevangenissen en het verbeteren van de kwaliteit van behandelingen en andere hulp.

Internationaal werd de belangstelling van het grote publiek en de vakmensen aangewakkerd door de discussies die voorafgingen aan de goedkeuring van een nieuwe politieke verklaring van de Verenigde Naties en een actieplan voor de bestrijding van het wereldwijde drugsprobleem, na een evaluatie van de doelstellingen die waren geformuleerd tijdens de bijzondere zitting van de Algemene Vergadering (SAVVN) in 1998. In deze discussie heeft Europa zich sterk gemaakt voor een evenwichtig, wetenschappelijk onderbouwd en humaan drugsbeleid. Mede hierdoor kon worden bereikt dat in de uiteindelijke overeenkomst de belangrijkste progressieve onderdelen van de oorspronkelijke SAVVN-documenten uit 1998 behouden bleven. Hoewel er bij de VN bij tijd en wijle verhit werd gediscussieerd en deelnemers zich soms ingroeven in politieke en ideologische standpunten, begon zich ook steun af te tekenen voor een meer pragmatische en redelijke benadering van de eisen waaraan effectieve maatregelen moeten voldoen. Zo stelden bijvoorbeeld de Verenigde Staten zich ten aanzien van de verstrekking van steriel injectiemateriaal soepeler op om het risico van

door bloed overgedragen infecties te beperken, nu duidelijk is aangetoond dat dit effectief is. Meer in het algemeen lijken de VS in recente beleidsuitspraken dichter bij het Europese model te komen staan. Tijdens de SAVVN-vergadering bleek ook brede consensus over de noodzaak van effectieve wereldwijde monitoring van het drugsverschijnsel, met name vanwege de nog steeds toenemende problemen in ontwikkelings- en overgangslanden. Er is kritiek geuit op het rapportagesysteem dat werd ontwikkeld om de uitvoering van de SAVVN-actieplannen te beoordelen. Na het afdanken van dit systeem vallen belangrijke werkgebieden (waaronder met name vraagbeperkende maatregelen) buiten het bestaande kader van wereldwijde rapportage. Waarschijnlijk wordt dit een belangrijk onderwerp van gesprek tijdens de komende zitting van de Commissie verdovende middelen.

Praktische handhaving versus concurrerende beleidsdoelstellingen

Het jaarverslag besteedt dit jaar veel aandacht aan de handhaving van drugswetgeving, terwijl een selected issue is gewijd aan straffen en andere gevolgen voor drugsdelinquenten. In Europa blijft het gerapporteerde aantal overtredingen van de drugswetgeving toenemen. En hoewel het lastig is om de gegevens te interpreteren, rijst hierbij de vraag in hoeverre de handhavingspraktijk aansluit bij de beleidsdoelstellingen op dit gebied.

In algemene zin wordt in de beleidsdiscussie in Europa tegenwoordig het standpunt gehuldigd dat allereerst de handel in drugs moet worden verboden, en niet zozeer het gebruik. Zo zijn in sommige landen de wettelijke straffen voor delicten in verband met drugshandel verhoogd of werden minimumstraffen ingevoerd. Het is moeilijk in te schatten in hoeverre deze verschuiving van de aandacht van de gebruiker naar de handelaar in beleid tot uiting komt. Slechts enkele landen noteren meer delicten in verband met de handel in drugs dan met het bezit ervan. In totaal is het aantal delicten in verband met de handel in drugs toegenomen. Het aantal delicten in verband met het bezit van drugs nam echter ook toe, en zelfs nog sterker.

Ook is over heel Europa gezien het beeld voor delicten in verband met drugshandel gevarieerder: de helft van de rapporterende landen meldt over de middellange termijn dalende aantallen.

In de uitvoerige studie naar de straffen die in Europa worden opgelegd voor drugsdelicten wordt onderzocht wat er gebeurt met overtreders van de drugswetgeving. Doorgaans worden gevangenisstraffen opgelegd voor delicten in verband met de handel in drugs maar dit zijn vaak korte straffen, gemiddeld van drie jaar of minder. Dit kan gewoon een gevolg zijn van het feit dat veel van de veroordeelden bij de handel „onderin de boom” zitten. Het zijn bijvoorbeeld straatdealers of verslaafden die ook drugs verkopen om hun verslaving te bekostigen. Deze vaststelling heeft gevolgen voor de ontwikkeling van richtsnoeren voor minimumstraffen, wanneer zij tenminste bedoeld zijn om „grotere vissen” te weerhouden van de handel in drugs.

In de meeste landen worden zelden gevangenisstraffen opgelegd voor het gebruik of bezit van drugs. Wel krijgt een klein percentage van degenen die voor de rechter verschijnen direct een gevangenisstraf, mogelijk vanwege verzwarende omstandigheden. Dat betekent dat steeds meer drugsgebruikers slechts een administratieve of lichte straf krijgen opgelegd wanneer zij met justitie in aanraking komen. Nog los van de mogelijke afschrikkende werking van deze maatregelen rijst daarbij de vraag in hoeverre dit contact met bepaalde groepen drugsgebruikers een gemiste kans is voor ander beleid, gericht op vermindering van de vraag. Sommige landen hebben op dit gebied innovatieve benaderingen ontwikkeld, maar dat zijn nog wel de uitzonderingen.

Aangezien drugsdelinquenten vaak een diverse groep vormen, is onderzoek naar hun behoeften bijzonder belangrijk voor de ontwikkeling van diensten op dit gebied. Gezondheidsinterventies omvatten een gebied dat reikt van preventie, educatie en schadebeperkende benaderingen tot korte interventies en, indien gerechtvaardigd, verwijzing naar gespecialiseerde diensten voor drugsbehandeling en maatschappelijk werk. De ontwikkeling van een werkbaar model voor passende verwijzingstrajecten vormt waarschijnlijk een organisatorische uitdaging. Portugal heeft dit probleem iets anders aangepakt. Het gebruik van drugs valt daar niet langer onder het strafrecht en degenen bij wie drugs worden aangetroffen worden rechtstreeks voor een indicatie doorverwezen naar een speciale rechtbank, de zogenoemde „ontmoedigingscommissie drugsmisbruik”. Deze rechtbank kan een boete opleggen, maar beoogt niet in eerste instantie het opleggen van sancties. Het systeem wordt nu acht jaar toegepast. De aanvankelijke

angst dat deze benadering zou leiden tot toenemend drugstoerisme of meer gebruik lijkt niet door de beschikbare gegevens te worden bevestigd.

Behandeling en gezondheidsinterventies: van standaard naar maatwerk

Europa kent een steeds diverser aanbod van diensten voor drugsgebruikers, die worden aangeboden als onderdeel van een geïntegreerd zorgpakket. Deze ontwikkeling kan zowel conceptueel als praktisch worden bezien. Zo worden bijvoorbeeld schadebeperking en behandeling steeds vaker gecombineerd aangeboden door dezelfde aanbieders. Hoewel het belang van maatschappelijke re-integratie breed wordt erkend, blijft dit een ondergeschoven kind en ondervinden drugsgebruikers nog steeds grote problemen bij het vinden van werk, goede huisvesting en het leiden van een leven zonder drugs.

Hoewel in Europa bij de behandeling van drugsgebruikers vooruitgang is geboekt, geldt dat niet in dezelfde mate voor alle verdovende middelen en in alle regio's. De grootste vooruitgang kon worden genoteerd voor behandelingen met vervangers voor opioïden, waarbij de behandelde populatie nu circa 650 000 mensen telt en nog steeds toeneemt. Oost-Europa als geheel draagt echter slechts een klein deel bij tot dit totaal, wat erop wijst dat in sommige landen behoefte aan uitbreiding van diensten bestaat. Een aantal landen heeft de ervaring dat betrokkenheid van huisartsen kan bijdragen aan toename van het aantal behandelingen. Gezamenlijke zorgregelingen met gespecialiseerde centra ondersteunen niet alleen de huisarts maar waarborgen ook de kwaliteit van de behandeling.

Hoewel het in de meeste landen theoretisch mogelijk is om een substitutiebehandeling in de gevangenis te beginnen of voort te zetten is dit in de praktijk vaak moeilijk. Gelet op het aantal gedetineerde drugsgebruikers in Europa is het dringend nodig om alle typen behandelmogelijkheden in deze setting uit te breiden. Dit wordt ook erkend in het actieplan van de EU, maar met die erkenning wordt in de meeste landen op dit moment weinig gedaan.

Voor andere drugs dan opioïden zijn de beschikbaarheid van diensten en onze opvatting van effectieve zorg in Europa minder goed ontwikkeld. Langzamerhand wordt dit probleem echter onderkend en werken steeds meer Europese onderzoeksprojecten en pilotprogramma's nu aan de behandelingsbehoefte van gebruikers van stimulerende middelen en cannabis. Ontwikkelingen op het gebied van de neurowetenschappen hebben daarnaast niet alleen ons inzicht in de biologische mechanismen van verslaving vergroot maar gaan nu ook

fungeren als aanjager van innovatieve benaderingen. Voorbeelden hiervan zijn een cocaïnevacin dat momenteel op grote schaal in Europa wordt getest. Ook ontwikkelingen op het gebied van de informatietechnologie hebben innovatie gestimuleerd, bijvoorbeeld in de vorm van behandelingsprogramma's via internet en het gebruik van sms-berichten.

Nieuwe aanwijzingen dat het cannabisgebruik in Europa begint af te nemen

De populariteit van het cannabisgebruik nam in de jaren negentig zo sterk toe dat tegenwoordig een kwart van alle Europese volwassenen zegt de drug ten minste één keer te hebben gebruikt. Vervolgens begon de situatie zich te stabiliseren, en de meest recente gegevens bevestigen duidelijk de analyse uit het vorige jaarverslag dat het gebruik van deze drug over de hele lijn afneemt. Van bijzonder belang zijn de jongste resultaten van het European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD), die een beeld geven van de trends in het drugsgebruik onder scholieren. Patronen die hier worden waargenomen, komen later vaak terug bij oudere leeftijdsgroepen. In het verleden waren in de stijgende trends in het cannabisgebruik verschillende tijdpatronen zichtbaar, en het is interessant te zien dat dit patroon zich nu in omgekeerde richting lijkt te herhalen. Zo was het Verenigd Koninkrijk een van de eerste landen waar hoge prevalentieniveaus werden geregistreerd en meldt het nu ook als een van de eerste een daling van het gebruik. Dit patroon is nu ook in de meeste andere West-Europese landen zichtbaar. In Oost-Europa nam het gebruik in de meeste landen tot voor kort nog steeds toe. Ook in deze landen lijkt het gebruik onder jongeren zich echter te stabiliseren en kan, wanneer de elders waargenomen patronen zich ook hier voordoen, later een afname worden verwacht.

Inzicht in de factoren die van invloed zijn op de populariteit van een drug als cannabis is duidelijk van belang. Wel moet voorzichtigheid worden betracht bij het trekken van eenvoudige causale conclusies. Nationaal en Europees beleid kunnen op deze trends van invloed zijn geweest. Ook in de VS en Australië is sprake van een afnemend gebruik, hetgeen erop wijst dat ook bredere sociaal-culturele factoren van belang kunnen zijn. In Europa valt een kleine groep landen uit met name het noorden of zuiden van Europa op, waar het cannabisgebruik enige tijd laag en stabiel is gebleven. Inzicht in de beschermende factoren die in deze landen een rol spelen zou ook van groot belang zijn. Ook hier moet echter bij een analyse terdege rekening worden gehouden met culturele, maatschappelijke en historische

factoren en moet worden gekeken naar de invloed van drugs- en sociaal beleid.

In tegenstelling tot de gegevens over het totale gebruik is de meest recente analyse van patronen van problematisch cannabisgebruik in Europa minder eenduidig en bemoedigend. Wel moet daarbij worden aangetekend dat er momenteel goede gegevens over verslaafd of probleemgebruik ontbreken en moeten we ons baseren op meer indirecte gegevens, hoewel in deze richting enige vooruitgang wordt geboekt. Mogelijk stabiliseert het aantal nieuwe aanvragen voor cannabisbehandelingen zich op dit moment nadat het jarenlang gestaag was toegenomen. Onduidelijk blijft echter in hoeverre dit een beeld geeft van gebruikspatronen of de capaciteit van diensten. De beste gedragsindicator voor problematisch cannabisgebruik wordt momenteel gevonden door extrapolatie uit schattingen van het aantal dagelijkse gebruikers van de drug. Trends in het dagelijkse gebruik zijn moeilijk te beoordelen, maar de beschikbare gegevens wijzen niet op een algehele afname. Het EWDD schat dat ergens tussen de 2 en 2,5 % van de jong volwassenen dagelijks of bijna dagelijks cannabis gebruikt, waarbij het gebruik onder jonge mannen veel hoger ligt. Dit is een grote risicopopulatie, die de noodzaak benadrukt van een beter inzicht in de behoefte aan diensten voor deze groep.

Heroïne en cocaïne: geen duidelijke tekenen van afnemende problemen

Weinig wijst op verbetering voor wat betreft het gebruik van heroïne en cocaïne, de twee middelen die centraal staan in het Europese drugsprobleem. Het is dan ook lastig om op dit gebied een duidelijk beeld te schetsen omdat gegevens uit verschillende indicatoren zich moeilijk laten combineren. Dat geldt met name voor cocaïne, waarvan volgens de meest recente gegevens de geschatte productie daalde, in Europa minder in beslag werd genomen en bovendien de zuiverheid in de straathandel in meeste landen afnam. In het Verenigd Koninkrijk, een land met een grote cocaïnemarkt, was de recente achteruitgang van de zuiverheid aanzienlijk. Deze gegevens zouden kunnen wijzen op een afnemende verkrijgbaarheid van cocaïne, maar deze conclusie wordt door andere informatie weer ontkracht. Steeds meer cocaïne wordt in beslag genomen, de prijzen dalen en er zouden nieuwe smokkelroutes door Oost-Europa zijn gekomen, waardoor bestrijdingsmaatregelen worden belemmerd. Het gebruik van cocaïne blijft in Europa geconcentreerd in de westelijke landen, waar in algemene zin sprake is van een stabiele of nog toenemende trend. Er zijn echter aanwijzingen dat de drug zich naar andere

In vogelvlucht — schattingen van drugsgebruik in Europa

De hier gepresenteerde schattingen hebben betrekking op de volwassen populatie (15-64 jaar) en zijn gebaseerd op de meest recente beschikbare gegevens. Zie voor de volledige gegevens en informatie over de methodologie het bijgaande Statistical Bulletin.

Cannabis

„Ooit“-gebruik: ten minste 74 miljoen
(22 % van de Europese volwassenen)

Gebruik afgelopen twaalf maanden: circa 22,5 miljoen Europese volwassenen of een derde van de mensen die ooit cannabis hebben gebruikt

Gebruik in de afgelopen maand: circa 12 miljoen Europeanen
Variaties per land in het gebruik van vorig jaar:
0,4 % tot 14,6 %

Cocaïne

„Ooit“-gebruik: circa 13 miljoen
(3,9 % van de Europese volwassenen)

Gebruik afgelopen twaalf maanden: 4 miljoen Europese volwassenen of een derde van de mensen die ooit cocaïne hebben gebruikt

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

Ecstasy

„Ooit“-gebruik: circa 10 miljoen
(3,1 % van de Europese volwassenen)

Gebruik afgelopen twaalf maanden: circa 2,5 miljoen of een kwart van de mensen die ooit ecstasy hebben gebruikt

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

Amfetaminen

„Ooit“-gebruik: circa 12 miljoen
(3,5 % van de Europese volwassenen)

Gebruik afgelopen twaalf maanden: circa 2 miljoen of een zesde van de mensen die ooit amfetaminen hebben gebruikt

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

Opioiden

Probleemgebruikers van opioiden: naar schatting tussen 1,2 en 1,5 miljoen Europeanen

Drugsdoden maakten 4 % uit van alle sterfgevallen onder Europeanen in de leeftijdsgroep van 15 tot 39 jaar oud. In circa driekwart van de gevallen werden opioiden aangetroffen.

Voornaamste drug in bijna 50 % van alle aanvragen voor behandeling

Meer dan 650 000 opioïdengebruikers hebben in 2007 een substitutiebehandeling gekregen.

landen verspreidt. Ook het aantal behandelingsaanvragen in verband met cocaïne neemt toe. Uit de beschikbare gegevens kan worden afgeleid dat het huidige gebruik in de bestaande gebieden onveranderd hoog blijft en elders toeneemt. Er zijn echter ook aanwijzingen dat de handel op sommige grotere markten moeilijk aan de vraag van gebruikers kan voldoen. Het wordt interessant te zien of er in de toekomst concretere aanwijzingen komen voor een afnemende verkrijgbaarheid van deze drug na recente meldingen van een daling van de wereldwijde cocaïneproductie.

Heroïne blijft verantwoordelijk voor het grootste deel van de ziekte- en sterfgevallen door drugsgebruik in Europa. Het gebruik van deze drug nam sinds midden en eind jaren negentig af, maar op dit moment is het beeld minder duidelijk en in sommige gebieden zelfs zorgwekkend. Na jaren van duidelijke afname stijgt het aantal nieuwe behandelingsaanvragen sinds 2002 en meldt een significant aantal landen nu een groei van zowel het aantal behandelingsaanvragen als het aandeel van opioïde drugs daarin. Gegevens over drugsgerelateerde sterfgevallen, die meestal met heroïnegebruik in verband worden gebracht, wijzen ook niet op een terugkeer van de dalende trend die vóór 2004 werd waargenomen. Gegevens over de aantallen drugsdelicten en drugsvangsten wijzen eveneens op een toename. Zorgwekkend is het feit dat volgens enkele landen heroïneproblemen zijn geconstateerd bij sommige jongeren, waaruit zou blijken dat de drug zich onder nieuwe populaties verspreidt. Over de gehele lijn bezien moet het als teleurstellend worden beschouwd dat de positief ingeschatte afnemende trend in heroïne-gerelateerde problemen niet langer aanhoudt. En hoewel er momenteel geen aanwijzingen zijn voor een terugkeer naar de epidemische omvang die het heroïnegebruik in het verleden heeft gekend, zijn de maatschappelijke en gezondheidsproblemen als gevolg van het gebruik van deze drug aanzienlijk. Aanwijzingen voor een verslechterende situatie, met name nu Europa een periode van economische problemen tegemoet gaat, zijn redenen voor grote zorg.

Meervoudig drugsgebruik en bijkomende alcoholproblemen zijn nu de belangrijkste onderdelen van het Europese drugsprobleem

Met betrekking tot drugspreventie werd lang aangenomen dat problemen door het gebruik van verdovende middelen het best holistisch kunnen worden aangepakt in het kader van gezonde levensstijlen en weloverwogen keuzes. Ten aanzien van drugsgebruik wordt echter vaak vooral naar het middel zelf gekeken. Het ligt voor de hand om te

concluderen dat dit eendimensionale perspectief steeds minder zinvol wordt wanneer we inzicht willen krijgen in de dynamische aard van gebruikspatronen van verdovende middelen in Europa. Mensen die bijna nooit drugs gebruiken, beperken zich tot één enkele stof. In Europa is polydrugsgebruik tegenwoordig echter de norm en is het gecombineerde gebruik van verschillende middelen verantwoordelijk voor de meeste problemen waarmee wij worden geconfronteerd of maakt deze nog gecompliceerder. Daarom moet een breder, geïntegreerd en op meerdere middelen gericht perspectief worden ontwikkeld om beter inzicht te krijgen in de situatie en passende maatregelen te kunnen ontwikkelen en beoordelen. En dat geldt ook voor de drugsmarkt. Maatregelen om de handel in een bepaalde drug te bestrijden hebben duidelijk minder zin wanneer daardoor de deur wordt geopend naar een vervanger die wellicht nog schadelijker is.

Dit jaarverslag gaat vergezeld van een „selected” issue over meervoudig drugsgebruik, waarin wordt onderzocht welke effecten het meervoudig gebruik van verdovende middelen op verschillende groepen drugsgebruikers heeft. De conclusies zijn zorgwekkend. Onder jongeren kan het meervoudige gebruik van verdovende middelen leiden tot een grotere kans op acute problemen en is het de voorbode van de ontwikkeling van een chronische drugsgewenning in het latere leven. Onder oudere geregelde drugsgebruikers is polydrugsgebruik een belangrijke oorzaak van overdoses, bemoeilijkt het drugsbehandelingen en gaat het gepaard met geweld en criminaliteit. Gebruikers in Europa hebben ook een steeds ruimere keuze aan drugs. In dit laatste rapport worden genoemd: het groeiende scala van veelal ongecontroleerde stoffen die op de cannabismarkt verschijnen, innovatie bij de productie van synthetische drugs en toenemende zorgen over misbruik van op voorschrift verkrijgbare geneesmiddelen. Daarnaast wordt erkend dat in Europa het gelijktijdige gebruik van alcohol een bepalende factor is voor het gebruik van verdovende middelen. Ook dit is in elke leeftijdsgroep zichtbaar. Uit de meest recente gegevens blijkt dat onder scholieren overmatige alcoholconsumptie en drugsgebruik vaak samen gaan. Overmatig alcoholgebruik gaat vaak hand in hand met recreatief drugsgebruik, met een toenemende kans op negatieve gevolgen voor jong volwassenen. Onder chronische drugsgebruikers is alcoholmisbruik zo gewoon dat het vaak niet eens wordt genoemd en de noodzaak om iets te doen aan gelijktijdige alcoholverslaving is voor centra voor drugsbehandeling steeds groter geworden. Alcoholproblemen kunnen bijzonder schadelijk zijn voor verslaafden aan opioïden

omdat hun leverfunctie mogelijk al is aangetast door een hepatitisinfectie en zij een hoog risico op overdoses lopen.

Innovatie en beschikbaarheid van precursoren: gerelateerde factoren met steeds groter effect op de markt voor synthetische drugs

Het EWDD constateert dat de situatie met betrekking tot de verkrijgbaarheid van synthetische drugs in Europa steeds gecompliceerder en volatieler wordt. De illegale markt en zijn toeleveranciers zijn bijzonder innovatief waar het gaat om productieprocessen, nieuwe producten en marketingkansen, en laten zien dat zij zich snel weten aan te passen aan controlemaatregelen. Daarnaast vormt de steeds betere marketing van „legale alternatieven” voor illegale drugs een zorgwekkende ontwikkeling.

Een voorbeeld van de volatiliteit van de markt is te zien in recente ontwikkelingen in de verkrijgbaarheid van ecstasy. Tot 2007 bevatten de meeste ecstasypillen die in Europa werden onderzocht 3,4-methyleendioxy-methyl-amfetamine (MDMA) of een andere met ecstasy vergelijkbare stof. De eerste gegevens uit het systeem voor vroegtijdige waarschuwing uit begin 2009 wijzen er echter op dat dit in sommige lidstaten (waaronder Denemarken en Nederland) aan het veranderen is. In bijna de helft van alle pillen die in deze landen werden onderzocht werd geen MDMA of een vergelijkbare stof aangetroffen. In plaats daarvan bevatten de pillen 1-(3-chlorofenyl)piperazine (mCPP) of een combinatie daarvan met een andere psychoactieve stof. Hoewel mCPP niet in de VN-Verdragen wordt genoemd, gelden er in sommige EU-lidstaten beperkingen voor. De aanleiding voor de huidige veranderingen op de markt is niet geheel duidelijk, maar een tekort aan 3,4-methyleendioxyfenyl-2-propanon (PMK) (een belangrijke precursor voor het maken van MDMA), is een mogelijke verklaring. Het valt nog niet te zeggen of deze ontwikkeling een tijdelijke verschuiving is of duidt op een grotere verandering op de ecstasymarkt. Het EU-systeem voor vroegtijdige waarschuwing monitort mCPP sinds 2005 en het EWDD en Europol volgen de ontwikkelingen op dit gebied op de voet. Zij zullen in 2010 een rapport over de markt uitbrengen.

Veranderingen op de ecstasymarkt wijzen mogelijk op steeds succesvollere pogingen om de verspreiding van precursoren te voorkomen. Deze inspanningen kunnen ook grote effecten hebben op de verkrijgbaarheid en het gebruik van andere stoffen. Zo zijn er bijvoorbeeld aanwijzingen dat metamfetamine in delen van Noord Europa amfetamine zou verdringen. Ook hier lijken

marktfactoren en precursoren belangrijke factoren te zijn. Productielocaties voor metamfetamine blijken nu te zijn gevestigd in Litouwen, dat gunstig is gelegen voor de invoer van dergelijke stoffen, in dit geval 1-fenyl-2-propanon (BMK), van buiten de Europese Unie. De situatie in de Scandinavische landen geeft ook reden tot zorg over de mogelijke verspreiding van het gebruik van metamfetamine tot voorbij de Tsjechische Republiek. Dit land kent allang problemen met metamfetamine. Wel vindt de productie doorgaans op kleine schaal plaats voor persoonlijk of lokaal gebruik. Een aantal Midden-Europese landen rapporteert nu echter ook enig metamfetaminegebruik en Europol meldt dat in andere delen van Europa enkele grotere productielocaties zijn ontdekt en ontmanteld. Er zijn ook enkele aanwijzingen dat het gebruik van metamfetamine snel toeneemt in enkele landen aan de grenzen van de Europese Unie. Tot op heden vormde deze drug nog geen bedreiging voor de grote markt voor stimulerende drugs in West-Europa, waar nog hoofdzakelijk cocaïne of amfetamine wordt gebruikt. Vanwege het relatieve gemak waarmee metamfetamine kan worden geproduceerd en de mogelijke grote negatieve gezondheidseffecten van deze drug is niets doen geen optie. Hoe snel problemen zich kunnen ontwikkelen, is goed te zien in Slowakije, waar het gebruik van metamfetamine volgens een recente case study aanzienlijk is toegenomen.

Internet en marketing: hebben kruiden de toekomst?

Maar weinig gebieden van het moderne leven zijn niet veranderd door de vooruitgang op het gebied van informatietechnologie. Internet is tegenwoordig niet alleen een vrije bron van informatie, maar ook een grote virtuele markt voor het verkeer van goederen en diensten. Daarom komt het niet als een verrassing dat dit medium nu ook op het gebied van drugs een rol speelt. Dit jaar startte het EWDD een eerste onderzoek naar behandelingen via internet en het blijkt dat internet voor bepaalde vormen van preventie, behandeling en schadebeperkende interventies grote mogelijkheden biedt. Minder positief is dat regulering van dit virtuele en wereldwijde verschijnsel lastig is en dat internet kan worden gebruikt voor de bevordering van het gebruik van psychoactieve stoffen. Niet alleen de onlineverkoop van alcohol en geneesmiddelen geeft aanleiding tot zorg, maar ook de opkomst van zogenaamd „legale” alternatieven voor gecontroleerde psychoactieve stoffen.

Het EWDD volgt nu geregeld de psychoactieve stoffen die worden aangeboden door onlineverkopers. Deze markt is in de afgelopen jaren gegroeid en omvat nu een breed aanbod van plantaardige producten (waaronder met name kruidenmengsels) en handelswaar met synthetische bestanddelen. De nieuwe stoffen die op internet hun intrede doen, kunnen uiteenlopen van drugs die traditioneel in bepaalde delen van de wereld worden gebruikt tot experimentele chemische stoffen die in laboratoria worden vervaardigd en niet op mensen zijn getest. Andere innovaties zijn de ontwikkeling van aparte merken en het gebruik van aantrekkelijke verpakkingen. Een goed voorbeeld hiervan zijn de kruidenmengsels die op de markt worden gebracht onder het „spice”-label.

Er zijn vele merken „kruiden” aangetroffen, met uiteenlopende verpakkingen en verschillende lijsten van ingrediënten. Bij forensisch onderzoek kon echter zelden worden aangetoond dat de op de etiketten vermelde plantaardige stoffen ook daadwerkelijk aanwezig waren. Wel werden in sommige gevallen synthetische cannabinoïden aangetroffen die aan de mengsels waren toegevoegd. Deze stoffen stonden niet op het etiket vermeld en zouden daardoor dus onbewust worden geconsumeerd. De aangetroffen cannabinoïden zijn relatief onbekende experimentele verbindingen, waarvan sommigen uiterst krachtig zijn. Over hun effecten op de mens is weinig bekend.

Pogingen om het drugstoezicht te omzeilen door de verkoop van niet-gereguleerde vervangers zijn niet nieuw. Wel nieuw is het brede scala aan stoffen waarmee nu wordt geëxperimenteerd, de agressieve marketing van producten die opzettelijk onjuist zijn geëtiketteerd, het toenemende gebruik van internet en de snelheid waarmee de markt reageert op regulerende maatregelen. „Kruiden” kunnen ook een waarschuwing vormen voor de problemen van de toekomst. Begaafde scheikundigen, die zich vaak buiten het bereik van de Europese rechtscolleges bevinden, kunnen tegen lage kosten organische synthese verrichten en hebben zo in potentie een groot aantal psychoactieve stoffen onder handbereik. Daardoor kunnen volledig nieuwe chemische groepen opduiken, met vele analoge stoffen die moeilijk kunnen worden aangetoond en controlebeleid dat is gebaseerd op individuele verbindingen bijzonder lastig maken. Aangezien sommige van deze stoffen mogelijk ook legaal worden gebruikt of vermoedelijk voor legale doeleinden worden verkocht, kunnen zij bovendien in het gat tussen drugstoezicht en handelsregulering vallen.



Hoofdstuk 1

Beleid en wetgeving

Inleiding

In het afgelopen jaar werden op Europees en internationaal niveau twee nieuwe beleidsdocumenten inzake drugs opgesteld. In december 2008 maakte de Europese Unie haar nieuwe drugsactieplan voor 2009-2012 bekend, wat enkele maanden later gevolgd werd door de nieuwe politieke verklaring en het nieuwe actieplan van de Verenigde Naties om het wereldwijde drugsprobleem aan te pakken. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de inhoud van de nieuwe beleidsdocumenten inzake drugs en op de rol van organisaties uit het maatschappelijk middenveld in de totstandkoming ervan.

De internationale beleidsdiscussies hadden onder meer betrekking op drugshandel. In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de recente ontwikkelingen in de wetgeving met betrekking tot minimumstraffen voor drugshandel in Europa. Ook schadebeperking nam een belangrijke plaats in in het beleidsdebat. De wettelijke status van twee belangrijke interventies op dat gebied, met name de omruil van naalden en spuiten en substitutiebehandelingen, komen eveneens in dit hoofdstuk aan bod.

Andere behandelde onderwerpen zijn de recente goedkeuring en evaluatie van de nationale drugsstrategieën en -actieplannen, nieuwe gegevens en trends met betrekking tot drugsgerelateerde overheidsbestedingen en ontwikkelingen op het gebied van onderzoek naar drugs in Europa.

Internationale en EU-beleidsontwikkelingen

Nieuwe politieke verklaring en nieuw actieplan van de VN

Tijdens een politieke bijeenkomst op hoog niveau werden tijdens de zitting van de Commissie voor verdovende middelen (CND) van de Verenigde Naties een nieuwe politieke verklaring en een nieuw actieplan ⁽¹⁾ aangenomen. Dat was het resultaat van de denkoefening die het voorbije jaar werd gemaakt in het kader van de

evaluatie na tien jaar van de vorderingen die waren gemaakt met de verwezenlijking van de doelen en doelstellingen die in 1998 waren vastgesteld tijdens de twintigste bijzondere zitting van de Algemene Vergadering van de VN over het wereldwijde drugsprobleem.

De Europese Unie en haar lidstaten hebben een belangrijke rol gespeeld in de evaluatie van deze bijzondere zitting. Het standpunt van de Europese Unie met betrekking tot het drugsbeleid dat naar aanleiding van de evaluatie door de VN zou moeten worden gevolgd, werd tot uitdrukking gebracht in een gemeenschappelijk standpunt dat door de Raad van de Europese Unie werd geformuleerd. In het gemeenschappelijke standpunt werd de nadruk gelegd op het belang van de volksgezondheid als basisbeginsel van het internationale systeem voor drugsbestrijding en op de behoefte aan samenhang in het gehele systeem bij alle VN-organen (de INCB, het UNODC, Unaid en de Wereldgezondheidsorganisatie). Voorts werd opgeroepen om een reeks sleutelementen en prioriteiten in de nieuwe politieke verklaring van de VN vast te stellen, waaronder de behoefte aan een allesomvattend, geïntegreerd en evenwichtig drugsbeleid, waarin meer aandacht wordt besteed aan de terugdringing van de vraag naar drugs en waarin ook schadebeperking wordt opgenomen. De EU heeft erop aangedrongen dat de naleving van de internationale verdragen inzake mensenrechten alsook het recht op gezondheid een wezenlijk onderdeel vormen van het nieuwe drugsbeleid en dat het drugsbeleid stoelt op wetenschappelijk bewijs. Bovendien heeft de EU betoogd dat, teneinde de productie van drugs te bestrijden, een terugdringing van de illegale teelten geen voorwaarde mag zijn voor de ondersteuning van initiatieven voor de ontwikkeling van alternatieven.

Het nieuwe VN-document is inhoudelijk vergelijkbaar met de oorspronkelijke verklaringen en actieplannen die de Algemene Vergadering in 1998 is overeengekomen. Het bevat heel wat van de door de Europese Unie aangereikte elementen, zoals blijkt uit het actieplan, dat een evaluatie

⁽¹⁾ Political declaration and plan of action on international cooperation towards an integrated and balanced strategy to counter the world drug problem (Politieke verklaring en actieplan inzake internationale samenwerking voor een geïntegreerde en evenwichtige strategie om het wereldwijde drugsprobleem aan te pakken).

inhoudt van de problemen met het huidige drugsbeleid en een overzicht geeft van de initiatieven waartoe de VN-lidstaten zich in de komende tien jaar hebben verbonden. Essentiële acties en doelstellingen met betrekking tot de terugdringing van de vraag naar drugs zijn onder meer: een betere naleving van de mensenrechten, een grotere toegankelijkheid van de dienstverlening en een betere afstemming ervan op de kwetsbare groepen. Voorts werd ook opgeroepen tot een evenwichtiger drugsbeleid, waarin aandacht wordt besteed aan de terugdringing van de vraag naar drugs, op bewezen gestoelde interventies alsmede mechanismen voor monitoring en kwaliteitsborging. Het nut van schadebeperking, een aanpak die in Europa onder nauwlettend wetenschappelijk toezicht toegepast wordt, wordt evenwel niet uitdrukkelijk in het VN-document erkend.

EU-drugsactieplan

In september 2008 heeft de Europese Commissie haar eindevaluatie van het EU-drugsactieplan (2005-2008) gepresenteerd ⁽²⁾. In het verslag wordt beoordeeld tot op welke hoogte de in het actieplan vastgestelde maatregelen zijn uitgevoerd en de doelstellingen zijn gerealiseerd. Voorts wordt ook de invloed van het actieplan op het nationale drugsbeleid van de EU-lidstaten nagegaan en wordt gekeken naar de recente trends in de Europese drugssituatie.

Uit de evaluatie is gebleken dat, hoewel niet alle maatregelen volledig waren uitgevoerd en niet alle doelstellingen waren gehaald, toch vooruitgang was geboekt op vrijwel alle actiegebieden van het actieplan. Bovendien omvatte het nationale drugsbeleid in de meeste lidstaten doelstellingen uit het EU-actieplan, wat beschouwd werd als bewijs van de toenemende convergentie van het nationale drugsbeleid van de Europese landen. Voorts werd in de afgelopen jaren in Europa een relatieve stabilisering van de drugssituatie waargenomen. In welke mate het EU-actieplan daartoe heeft bijgedragen, kon evenwel niet worden bepaald.

Globaal genomen, en ondanks een aantal tekortkomingen in de uitvoering, was de Commissie van oordeel dat het EU-drugsactieplan waarde heeft toegevoegd op drie onderscheiden gebieden: de nastreving van gemeenschappelijke doelstellingen door de lidstaten en de EU, de vaststelling van een kader voor de coördinatie en ontwikkeling van een samenhangende aanpak op het gebied van drugs en zijn rol als beleidsmodel op internationaal niveau.

Wereldwijde illegale drugsmarkt

Tijdens de zitting van de Commissie voor verdovende middelen in Wenen in 2009 werd een nieuwe door de Europese Commissie medegefinancierde studie over de wereldwijde illegale drugsmarkt voorgesteld ⁽¹⁾. In de studie werd geen bewijs gevonden voor de bewering dat de wereldwijde drugsproblematiek tussen 1998 en 2007 zou zijn afgenomen. Voor bepaalde landen is het probleem weliswaar minder erg geworden, maar de situatie is in andere landen verslechterd en in sommige landen zelfs in grote mate.

Volgens de studie zijn de illegale drugsmarkten niet verticaal geïntegreerd en worden ze ook niet gedomineerd door grote dealers of kartels. Hoewel de omzet uit de verkoop van illegale drugs geraamd wordt op meer dan 100 miljard EUR, hebben de meeste betrokkenen bij de handel in verdovende middelen een bescheiden inkomen. Slechts enkelen verdienen een vermogen, maar zij nemen slechts een klein deel van de totale opbrengst voor hun rekening.

Uit de studie blijkt dat het drugsbeleid van de verschillende landen beter op elkaar wordt afgestemd, dat steeds meer aandacht wordt besteed aan de vermindering van de vraag en dat schadebeperking een breder draagvlak heeft. De beleidsmaatregelen ten aanzien van handelaars en smokkelaars zijn strenger geworden.

De handhaving van het drugsverbod heeft volgens de studie onbedoeld heel wat schade aangericht, waarvan een groot deel voorspelbaar was (bv. geografische verplaatsing van productie en handel).

⁽¹⁾ Europese Commissie, „Report on global illicit drug markets, 2009” (beschikbaar op: http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/drugs/studies/doc_drugs_studies_en.htm).

De eindevaluatie van het drugsactieplan diende als basis voor de opstelling van het EU-drugsactieplan voor 2009–2012, dat in december 2008 door de Europese Raad werd bekrachtigd ⁽³⁾. Dit drugsactieplan, het vijfde sinds 1990, is het tweede in het kader van het huidige EU-drugsbeleid (2005-2012). Het algemene doel is het drugsgebruik onder de bevolking aanzienlijk terug te dringen en de schade te verminderen die de gezondheid en de maatschappij oplopen ten gevolge van het gebruik van en de handel in illegale drugs.

In het nieuwe EU-actieplan zijn vijf kernprioriteiten vastgesteld die overeenstemmen met de actiegebieden van het plan: verbetering van coördinatie, samenwerking en bewustmaking van het publiek, terugdringing van de vraag naar drugs, terugdringing van het drugsaanbod, verbetering van de internationale samenwerking en verbetering van het inzicht in de problematiek. Het nieuwe plan is gericht dan het vorige en omvat slechts half

⁽²⁾ 13407/08 ADD3 Cordrogue 69 (<http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/08/st13/st13407-ad03.en08.pdf>).

⁽³⁾ PB C 326 van 20.12.2008, blz. 7.

zoveel doelstellingen (24) en minder maatregelen (72). Het bevat ook doelstellingen en maatregelen die nog niet in het vorige actieplan waren opgenomen ⁽⁴⁾. Een externe onafhankelijke beoordelaar zal in 2012 een eindevaluatie maken van het huidige drugsactieplan en het huidige drugsbeleid. Daarna volgt een bezinningsperiode met het oog op de opstelling van de volgende EU-beleidsdocumenten inzake drugs.

De rol van het maatschappelijk middenveld in de drugsbeleidsvorming

De deelname van niet-gouvernementele organisaties (ngo's) aan de voorbereidende gesprekken over de nieuwe beleidsdocumenten van de EU en de VN inzake drugs vormen een belangrijke stap in de actieve betrokkenheid van het maatschappelijk middenveld op dit beleidsdomein. In mei 2008 heeft het drugsforum van het maatschappelijk middenveld van de Europese Commissie de eerste resultaten van de evaluatie van het EU-drugsactieplan (2005-2008) besproken alsmede de behoeften en de mogelijke inhoud van het volgende actieplan (Europese Commissie, 2008a). De 26 ngo's die deel uitmaken van het forum gaven te kennen dat de beginselen van de volksgezondheid en de naleving van de mensenrechten centraal moesten staan in het EU-drugsbeleid en dat bijzondere aandacht moest worden besteed aan de strijd tegen de stigmatisering en discriminatie van drugsgebruikers. Zij riepen ook op om meer aandacht te besteden aan kwetsbare groepen, polydrugsgebruik, mentale gezondheidsproblemen, de situatie in gevangenis en de preventie van sterfgevallen als gevolg van drugsgebruik. De prioriteiten die het forum heeft vastgesteld, zijn onder meer een verbetering van de coördinatie tussen de overheden en het maatschappelijk middenveld, de ontwikkeling van kwaliteitsnormen in het kader van de terugdringing van de vraag naar drugs, betere mechanismen voor de verzameling van gegevens en steun voor de ontwikkeling van alternatieven in derde landen.

De bijdrage van ngo's tot de geboekte vooruitgang in de verwezenlijking van de in 1998 door de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties vastgestelde doelstellingen werd onderzocht door de ngo-commissie voor verdovende middelen (Wenen), met financiële steun van de Europese Commissie en diverse EU-lidstaten. Het „Beyond 2008“-proces stelde op negen regionale raadplegingen die uiteindelijk zijn uitgemond in een forum dat in juli 2008 heeft plaatsgevonden in Wenen. De slotverklaring en de drie resoluties die door het forum werden aangenomen, hebben de aandacht toegespitst op de vele activiteiten van de ngo's en hun alsmaar grotere rol in het drugsbeleid ⁽⁵⁾. De ngo's riepen de regeringen

EU-drugsactieplan (2009-2012) — Nieuwe elementen

In het nieuwe EU-drugsactieplan wordt meer aandacht besteed aan de betrokkenheid van het maatschappelijke middenveld bij het drugsbeleid. Het actieplan heeft tot doel het publieke engagement voor de drugsproblematiek te bevorderen en door middel van een Europese drugscampagne initiatieven op het gebied aan te moedigen. Het actieplan nodigt de lidstaten ook uit om het maatschappelijke middenveld op alle mogelijke niveaus deel te laten nemen aan het drugsbeleid.

Er wordt ook sterker de nadruk gelegd op de kwaliteit van interventies op het gebied van preventie, behandeling, schadebeperking en re-integratie door maatregelen waarvoor richtsnoeren, goede praktijken en kwaliteitsnormen dienen te worden uitgewerkt en uitgewisseld en ter zake Europese minimumkwaliteitseisen en -benchmarks moeten worden vastgesteld. Ook gevangenis krijgen extra aandacht in het kader van een vermindering van de vraag naar drugs, met maatregelen die de lidstaten aansporen om aan drugsgebruikers in gevangenis dezelfde diensten te verlenen als aan drugsgebruikers in de samenleving, om nazorg te verzekeren na afloop van gevangenisstraffen en in het algemeen om de monitoring van drugsproblemen en drugsdiensten in deze setting te verbeteren.

De meeste maatregelen in verband met de beperking van de aanvoer van drugs hebben tot doel de wetshandhaving en justitiële samenwerking tussen de lidstaten te versterken, vaak door een intensievere gebruikmaking van EU-instanties, -projecten en -hulpmiddelen. Zeven verschillende initiatieven met een brede operationele toespitsing zijn erop gericht de verspreiding van en de handel in drugsprecursoren binnen en via Europa in te dijken.

Op het gebied van internationale samenwerking wordt sterker de nadruk gelegd op de uitbouw van alternatieven, met drie initiatieven die meer financiële en politieke steun voor dergelijke programma's vragen. Voorts wordt ernaar gestreefd een evenwichtige aanpak inzake de vermindering van vraag en aanbod beter te integreren in externe overeenkomsten en programma's.

Op het gebied van informatie, onderzoek en evaluatie spoort een nieuwe maatregel aan tot de vaststelling van kernindicatoren en strategieën voor de verzameling van gegevens over interventies met betrekking tot drugsgerelateerde misdrijven, illegale teelt, drugsmarkten en aanvoervermindering. Tot slot wordt ook extra benadrukt dat meer onderzoek moet worden gedaan naar de drugsproblematiek en dat werk moet worden gemaakt van de evaluatie van het drugsbeleid, zowel op nationaal als op EU-niveau.

⁽⁴⁾ Zie „EU-drugsactieplan voor 2009-2012 — Nieuwe elementen“.

⁽⁵⁾ http://www.vngoc.org/details.php?id_cat=8&id_cnt=56.

en internationale organisaties op om hen geregeld te raadplegen en hen grotere steun te verlenen. De talrijke en uiteenlopende aansporingen gericht aan de lidstaten en de internationale organisaties kunnen worden opgesplitst in meerdere thema's, waaronder een allesomvattend en evenwichtig drugsbeleid dat is gebaseerd op de mensenrechten, volksgezondheid en wetenschappelijk bewijsmateriaal, een grotere capaciteit op het gebied van monitoring en evaluatie, de ontwikkeling en verspreiding van goede praktijken, met name de richtsnoeren van de VN voor een doeltreffende behandeling, de toegankelijkheid en het passende aanbod van verdovende middelen als pijnstillers, alternatieve sancties en maatregelen inzake drugsgerelateerde misdrijven en de naleving van de mensenrechten van drugsverslaafde gevangenen en van personen die in hechtenis zijn genomen voor drugsgerelateerde misdrijven.

Nationale drugsstrategieën en -actieplannen

Nieuwe ontwikkelingen

Drugsstrategieën en -actieplannen zijn tegenwoordig essentiële instrumenten van het nationale drugsbeleid in Europa. Op één land na hebben de 30 door het EWDD gevolgde landen dergelijke documenten aangenomen, die op gezette tijden worden hernieuwd.

In 2008 zijn nieuwe beleidsdocumenten inzake drugs ⁽⁶⁾ aangenomen door Griekenland, Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk. Griekenland heeft in aanvulling op zijn bestaande drugsstrategie een actieplan (2008-2012) goedgekeurd. Het nieuwe plan heeft onder meer tot doel het aanbod van drugsbehandelingen te verbeteren. Het nieuwe Franse actieplan (2008-2011) heeft betrekking op illegale drugs, alcohol en tabak. Een van de voornaamste prioriteiten bestaat erin jongeren ervan te weerhouden drugs te gaan gebruiken door bijzondere aandacht te vestigen op het verbod op drugsgebruik en jongeren en hun ouders informatie te verschaffen over de risico's van drugsgebruik. De nieuwe drugsstrategie (2008-2018) en het bijbehorende actieplan (2008-2011) die door het Verenigd Koninkrijk werden aangenomen, strekken ertoe de aanvoer van en de vraag naar illegale drugs terug te dringen, met bijzondere aandacht voor de bescherming van gezinnen en de versterking van gemeenschappen.

In tien andere EU-lidstaten zijn de nationale beleidsdocumenten inzake drugs in 2008 verstrekt. Spanje nam een nieuwe drugsstrategie aan in februari

2009 en acht andere landen (Bulgarije, Ierland, Italië, Litouwen, Cyprus, Portugal, Roemenië en Slowakije) waren in de eerste helft van 2009 bezig met de afronding en goedkeuring van nieuwe drugsstrategieën en -actieplannen. Letland verlengde zijn programma voor 2005-2008 met een actieplan voor één jaar. Ook Nederland is voornemens zijn witboek over drugsbeleid van 1995 in 2009 te vervangen. Dit jaar verstrijken bovendien beleidsdocumenten in meerdere landen (Tsjechië, Luxemburg, Hongarije, Slovenië, Kroatië en Turkije).

Evaluatie

Ongeveer twee derde van de Europese landen verklaart dat de tenuitvoerlegging van de in hun nationale beleidsdocumenten inzake drugs vastgestelde maatregelen onderworpen is aan een permanente of jaarlijkse controle. In de meeste gevallen wordt aan de regering of het parlement een voortgangsverslag voorgelegd dat is gebaseerd op gegevens die worden verzameld bij dienstverleners en ministeries die bij het drugsbeleid betrokken zijn. De meeste landen zijn dus al begonnen met de tenuitvoerlegging van maatregel 70 van het EU-drugsactieplan (2009-2012), die de EU-lidstaten aanspoort om hun nationale drugsbeleid op gezette tijden of op permanente basis te evalueren en te verfijnen.

Wat de eindevaluatie van de nationale drugsstrategieën en -actieplannen betreft, is de situatie vergelijkbaar. Meer dan 20 landen verklaren dat zij momenteel een dergelijke evaluatie uitvoeren of er onlangs een hebben afgerond. In bepaalde gevallen is het eindverslag een samenvatting van de jaarverslagen over de uitvoering, in andere gevallen wordt gepoogd meer inzicht te verwerven in de uitvoeringsprocedures, de doeltreffendheid en het effect van het beleid. Van de landen die kiezen voor een grondiger benadering van de evaluatie hebben er twee (Luxemburg en Cyprus) beslist om samen te werken met externe buitenlandse beoordelaars.

De resultaten van drugsstrategieën en -actieplannen kunnen in het kader van de evaluaties van het drugsbeleid maar moeilijk in verband worden gebracht met veranderingen in de drugssituatie. Zo is het bijvoorbeeld niet evident om het effect van omvangrijke maatregelenpakketten te bepalen en is het inzicht beperkt in de invloed van belangrijke contextuele elementen, zoals drugsmarkten, trends in drugsgebruik en de bij jongeren gangbare levensstijlen. Desalniettemin hebben bepaalde Europese landen gepoogd drugsstrategieën en -actieplannen in verband te brengen met de drugssituatie,

⁽⁶⁾ De term „nationaal beleidsdocument inzake drugs” verwijst naar alle door een regering aangenomen officiële documenten waarin algemene beginselen en welbepaalde interventies of doelstellingen inzake drugs worden vastgesteld en die officieel worden voorgesteld als een strategie, actieplan, programma of beleidsdocument inzake drugs.

wat in de toekomst waarschijnlijk vaker zal gebeuren nu in het nieuwe EU-drugsactieplan (2009-2012) wordt opgeroepen om instrumenten te ontwikkelen waarmee de doeltreffendheid en het effect van het drugsbeleid kan worden gemeten. Het EWDD werkt bovendien aan richtsnoeren om de lidstaten te helpen met de evaluatie en interpretatie van de resultaten van hun beleidsdocumenten inzake drugs.

Drugsgelateerde overheidsbestedingen

Beleidsmakers hebben gedetailleerde, betrouwbare informatie over drugsgelateerde overheidsbestedingen nodig om de feitelijke toewijzing van de middelen op dit domein te kunnen evalueren en uiteindelijk ook de kosten en de baten van het drugsbeleid te kunnen afwegen. De economische raming van de overheidsbestedingen met betrekking tot het gebruik van illegale drugs vormt dan ook een wezenlijke stap om meer inzicht te krijgen in de bredere impact van drugsgebruik.

Schattingen van overheidsbestedingen zijn gebaseerd op overheidsbegrotingen en boekhoudkundige stukken. Een schatting maken van de totale bestedingen voor de tenuitvoerlegging van het nationale drugsbeleid is evenwel niet evident. Daarvoor moeten immers cijfers bij elkaar worden gebracht over activiteiten die op verschillende bestuursniveaus worden uitgevoerd (bv. lokaal, regionaal en nationaal), die eventueel gefinancierd worden uit verschillende begrotingslijnen en die vaak niet specifiek als drugsgelateerd worden aangemerkt.

De totale overheidsbestedingen in verband met drugs worden in Europa voor 2005 geraamd op 34 miljard euro (EWDD, 2008a). Deze raming kan niet worden geactualiseerd door aanzienlijke onderrapportering. De problemen met de verzameling van informatie ter zake blijken uit het feit dat van de 23 landen die voor 2007 gegevens hebben gerapporteerd, enkel Tsjechië een overzicht kon geven van alle uitgaven op de verschillende bestuursniveaus. De meeste landen verstrekten informatie over de bestedingen van de centrale overheid. Zeven landen beschikten ook over informatie over de uitgaven van regionale of lokale overheden (België, Denemarken, Estland, Oostenrijk, Finland en Kroatië) of van socialezekerheidskassen (Duitsland).

Uitdrukkelijk als drugsgelateerd aangemerkte en andere drugsgelateerde uitgaven

Uitdrukkelijk als drugsgelateerd aangemerkte uitgaven zijn geplande drugsgelateerde uitgaven die worden gedaan door de algemene overheid van een staat. Zij

weerspiegelen de vrijwillige inzet van de staat voor de drugsproblematiek en kunnen worden getraceerd met een gedetailleerde analyse van overheidsbegrotingen. Van de 23 landen die gegevens hebben verstrekt voor 2007, hebben er 16 uitsluitend gegevens over uitdrukkelijk als drugsgelateerd aangemerkte uitgaven verschaft. In vele gevallen (bv. Estland, Frankrijk, Polen en Roemenië) hield het grootste deel van de vastgestelde drugsgelateerde uitgaven verband met de tenuitvoerlegging van de nationale beleidsdocumenten inzake drugs.

Niet alle drugsgelateerde uitgaven worden als dusdanig opgenomen in de nationale begrotingen. In de meeste landen zitten de uitgaven voor bepaalde drugsgelateerde activiteiten vervat in andere programma's en interventies (bv. algemene begroting voor politieoperaties of interventies die zowel gericht zijn op verboden als op niet-verboden middelen). In dergelijke gevallen moeten deze „andere drugsgelateerde uitgaven” geraamd worden aan de hand van kostenmodellen. Uit vroeger onderzoek is gebleken dat de andere drugsgelateerde uitgaven in de meeste gevallen het merendeel uitmaken van de nationale uitgaven voor de drugsproblematiek.

Drugsgelateerde overheidsbestedingen kunnen worden opgesplitst volgens de Classificatie van overheidsfuncties (COFOG) (EWDD, 2008e). Drie landen hebben de gemelde, uitdrukkelijk als drugsgelateerd aangemerkte, uitgaven opgesplitst volgens het eerste niveau van COFOG (Luxemburg, Finland en het Verenigd Koninkrijk uitsluitend voor Engeland). Enkel het Verenigd Koninkrijk heeft cijfers ter beschikking gesteld over de bestedingsgroepen „algemeen overheidsbestuur”, „onderwijs” en „sociale bescherming” (7). In deze drie landen nam de groep „gezondheid” het grootste deel van de totale uitgaven voor zijn rekening, gevolgd door „openbare orde en veiligheid” (tabel 1). Bij de landen die COFOG-gegevens hebben verstrekt over andere uitgaven ging het grootste deel daarentegen naar „openbare orde en veiligheid”, gevolgd door „gezondheid”. Dat stemt overeen met de bevindingen uit vroegere verslagen (zie EWDD, 2008e), waaruit blijkt dat, hoewel het grootste deel van de drugsgelateerde uitgaven kan worden toegeschreven aan interventies op het gebied van „gezondheid”, activiteiten in verband met „openbare orde en veiligheid” het leeuwendeel van de drugsgelateerde overheidsbestedingen voor hun rekening nemen.

Trends

In de meeste landen die beschikken over nauwkeurige gegevens zijn expliciet als drugsgelateerd

(7) De COFOG-classificatie telt drie hiërarchische niveaus. Op het eerste niveau worden overheidsbestedingen opgesplitst in tien functies.

aangemerkt uitgaven in 2007, uitgedrukt in constante prijzen, gestegen ten opzichte van 2005. In het Verenigd Koninkrijk zijn de uitdrukkelijk als drugsgerelateerd aangemerkt uitgaven in dezelfde periode stabiel gebleven.

Nationale wetgeving

In haar evenwichtige benadering van het drugsbeleid besteedt de Europese Unie evenveel aandacht aan de terugdringing van de vraag naar, als van de aanvoer van drugs. Uit onderzoek van de afgelopen tien jaar naar de nationale wetgevingen is gebleken dat de EU-lidstaten actief wetgeving hebben aangenomen in overeenstemming met deze politieke verbintenis. De lidstaten hebben rechtskaders gecreëerd voor bepaalde op schadebeperking gerichte activiteiten en hebben de strafmaat voor drugshandel vergroot. Halverwege de periode gaven twee EU-instrumenten nog een extra stimulans in die zin. In 2003 deed de Europese Raad een aanbeveling over de preventie en beperking van gezondheidsschade ten gevolge van drugsgebruik, waarbij de lidstaten werden aangespoord om actie te ondernemen, zoals het aanbieden van passende substitutiebehandelingen en de distributie en omruil van injectiemateriaal ⁽⁸⁾. Bovendien werd in Kaderbesluit 2004/757/JBZ van de Raad van 25 oktober 2004 opgeroepen tot strengere straffen voor illegale drugshandel. In deze paragraaf worden de trends beschreven die zich in de afgelopen tien jaar hebben voorgedaan in de regelgeving voor schadebeperkende activiteiten en de aan drugshandelaren opgelegde

straffen. Uit het overzicht blijkt dat de nationale activiteiten op deze gebieden een weerspiegeling zijn van overeenkomsten op EU-niveau, hoewel bepaalde landen hun recht hebben uitgeoefend om verder te gaan dan de in deze overeenkomsten vastgestelde minimumnorm.

Substitutiebehandeling voor opioïdengebruikers

Sinds 1998 hebben 18 landen samen ongeveer 45 wetteksten aangenomen tot vaststelling of wijziging van het rechtskader voor programma's voor substitutiebehandeling. Meerdere van deze teksten strekten ertoe de programma's enigszins in detail vast te stellen of te reglementeren. Dat was met name het geval in Ierland (1998), Polen (1999), Duitsland (2000), Tsjechië en Portugal (2001), Griekenland en Luxemburg (2002), België en Frankrijk (2004), Letland (2005) en Oostenrijk en Litouwen (2007).

Hoewel in de wet- en regelgeving van vele Europese landen vele verschillende aspecten van substitutiebehandeling voor opioïdengebruikers aan bod komen, tekende zich tot 2004 een duidelijke trend af om de toegestane stoffen te definiëren. Gedurende die periode werd het gebruik van stoffen als methadon en buprenorfine door ongeveer een kwart van de teksten toegestaan of gereguleerd. Een derde van de sinds 2002 gemelde teksten daarentegen definieerde of vergemakkelijkte de toegang tot programma's. In bepaalde gevallen mogen bij wet enkel aan behandelingscentra verbonden geneesheren opioïdenvervangende stoffen voorschrijven, maar vaak mogen ook andere geneesheren een recept voor

Tabel 1: Uitdrukkelijk als drugsgerelateerd aangemerkt en andere drugsgerelateerde overheidsuitgaven in 2007 voor de EU-lidstaten die verslag uitbrengen volgens COFOG (classificatie van overheidsfuncties)

COFOG-categorie	Luxemburg (miljoen EUR (%))		Finland ⁽¹⁾ (miljoen EUR (%))		Verenigd Koninkrijk (miljoen EUR (%))
	Uitdrukkelijk drugsgerelateerde uitgaven	Andere drugsgerelateerde uitgaven ⁽²⁾	Uitdrukkelijk drugsgerelateerde uitgaven	Andere drugsgerelateerde uitgaven	Uitdrukkelijk drugsgerelateerde uitgaven
Algemeen overheidsbestuur	—	—	—	—	50,4 (3,6)
Openbare orde en veiligheid	4,7 (37,6)	15,1 (70,2)	—	62,3 (82,2)	358,9 (27,2)
Gezondheid	7,8 (62,4)	6,4 (29,8)	14,3 (100)	3,8 (5,0)	958,2 (68,8)
Onderwijs	—	—	—	9,7 (12,8)	15,2 (1,1)
Sociale bescherming	—	—	—	—	10,5 (0,8)

⁽¹⁾ Gegevens van 2006.

⁽²⁾ Luxemburg heeft volledige informatie verstrekt over de modelleerprocedures die werden gebruikt voor het schatten van de andere drugsgerelateerde uitgaven.

Bronnen: Nationale Reitox-verslagen 2008.

⁽⁸⁾ Aanbeveling van de Raad van 18 juni 2003 (PB L 165 van 3.7.2003, blz. 31).

dergelijke stoffen verstrekken ⁽⁹⁾. Gewoonlijk wordt in de wetgeving ook verduidelijkt wie opioïdenvervangende stoffen mag aanbieden. Het gaat dan voornamelijk om apotheken en behandelingscentra, maar in bepaalde landen mogen ook geneesheren de stoffen leveren.

Omruil- en distributieprogramma's voor naalden en spuiten

Omruil- en distributieprogramma's voor naalden en spuiten kunnen op lokaal, regionaal of nationaal niveau worden uitgevoerd, in enkele uitzonderlijke gevallen binnen een welbepaald nationaal rechtskader. De wetgeving die de afgelopen tien jaar in Europa werd aangenomen, had hoofdzakelijk tot doel een rechtsbasis te creëren voor dergelijke interventies (Slovenië in 1999, Polen in 2001 en Finland in 2003) of de toegangsvoorwaarden tot omruil- en distributieprogramma's voor naalden en spuiten te definiëren of te vergemakkelijken (België en Frankrijk in 1998 en Finland in 2003). Het kernpunt van de wetgeving verschoof al snel naar de reglementering van de programma's. Zo namen België, Portugal en Luxemburg in respectievelijk 2000, 2001 en 2003 specifieke, gedetailleerde wetten en decreten aan waarin werd vastgesteld wie dergelijke programma's mag uitvoeren en of verdeelautomaten al dan niet zijn toegestaan. In Portugal werd het regelgevende kader in 2007 uitgebreid met omruil- en distributieprogramma's voor naalden en spuiten in gevangenis.

Bepaalde landen hebben wetgeving aangenomen in antwoord op de bezorgdheid dat omruil- en distributieprogramma's voor naalden en spuiten in strijd zouden kunnen zijn met wettelijke bepalingen die het „vergemakkelijken” van of het „aanzetten tot” drugsgebruik strafbaar maken. In België en Duitsland werd het probleem opgelost met een wetsartikel dat bepaalde programma's uitdrukkelijk van een dergelijke strafrechtelijke tenlastelegging vrijstelt, hoewel beperkingen kunnen worden opgelegd wat het aantal verdeelde spuiten betreft. In een aantal landen kregen de politiediensten richtsnoeren over passende rechtshandhaving in de buurt van distributiepunten voor naalden en spuiten. Over het algemeen nemen politiediensten in Europa naar verluidt slechts zelden steriele spuiten of naalden in beslag.

Straffen voor drugshandel

In de afgelopen tien jaar hebben de EU-lidstaten zowel afzonderlijk als gezamenlijk verklaard dat drugshandel strenger moet worden bestraft, ook al worden de misdrijven zelf in de wetgeving van bijna 30 landen

anders omschreven. Misdrijven in verband met „drugshandel” kunnen betrekking hebben op de productie van drugs en de teelt van drugsgewassen, op de in- en uitvoer, het vervoer, de aanvoer, de verkoop en/of het bezit van drugs met de bedoeling ze te distribueren of aan te bieden alsmede op het optreden „uit winstbejag” of „op commerciële basis”.

Tussen 1999 en 2004 hebben zes landen wetten aangenomen die strengere straffen oplegden voor bepaalde misdrijven op het gebied van drugshandel. In 1999 stelde Ierland een nieuw misdrijf vast, namelijk het ter verkoop voorhanden hebben van grote hoeveelheden drugs (een waarde van meer dan 12 700 EUR), waarvoor een minimumcelstraf van tien jaar kan worden uitgesproken. In 2000 voerde het Verenigd Koninkrijk een minimumcelstraf van zeven jaar in voor een derde veroordeling voor handel in drugs van klasse A. In 2001 scherpte Griekenland de straffen voor drugshandelaars aan door hun recht op voorwaardelijke invrijheidstelling te beperken. Met de wijziging van het Estse strafrecht in 2002 en 2004 werd de maximumstraf voor handelaars van kleine hoeveelheden opgetrokken van drie naar vijf jaar celstraf en voor handelaars van grote hoeveelheden van vijf naar tien jaar. In Denemarken werd de straf voor drugshandel verhoogd van zes naar tien jaar en voor het verhandelen van grote hoeveelheden of van bijzonder gevaarlijke stoffen van tien naar zestien jaar. Nog in 2004 verhoogde Litouwen de maximumstraf voor het verhandelen van kleine hoeveelheden van twee jaar naar twee tot acht jaar en voor het verhandelen van grote hoeveelheden van twee tot acht jaar naar acht tot tien jaar.

In oktober 2004 stelde de Raad in Kaderbesluit 2004/757/JBZ minimumvoorschriften vast met betrekking tot strafbare feiten en straffen op het gebied van de illegale drugshandel. Sindsdien hebben vier landen wetten aangenomen om de straffen voor minder ernstige misdrijven inzake drugshandel in overeenstemming te brengen met het besluit. In 2006 heeft Nederland de maximumstraf voor het verhandelen van grote hoeveelheden drugs verhoogd van vier naar zes jaar, terwijl Polen de maximumstraf voor het bezit van grote hoeveelheden drugs en voor de verkoop van drugs aan minderjarigen heeft opgetrokken van vijf naar acht jaar en tevens een minimumstraf van zes maanden heeft ingevoerd. In Slowakije werd de minimumstraf voor drugshandel van twee tot acht jaar verhoogd naar vier tot tien jaar en ging de maximumstraf voor grotere hoeveelheden van tien naar vijftien tot zelfs twintig jaar. Tot slot heeft Oostenrijk de maximumcelstraf voor het verstrekken van verdovende middelen of het telen van narcoticaplanten in 2007 opgetrokken van zes naar

⁽⁹⁾ Zie figuur 11, blz. 81.

twalf maanden. De strafmaat voor zwaardere misdrijven bleef onveranderd, maar de definitie van een grote hoeveelheid werd wel aangepast. Een hoeveelheid drugs wordt beschouwd als een grote hoeveelheid indien het gaat om meer dan 15 maal de drempelhoeveelheid, tegenover 25 maal vóór de wijziging van de definitie.

Onderzoek naar drugs

In een selected issue van 2008 ⁽¹⁰⁾ brengt het EWDD verslag uit over het onderzoek dat in elk Europees land werd uitgevoerd op het gebied van drugs. Dit jaar wordt ingegaan op de verwijzingen naar nationaal onderzoek in de recentste verslagen van het Reitox-netwerk met de bedoeling inzicht te verwerven in het recente onderzoek van de Europese landen. Bovendien wordt in deze paragraaf aandacht besteed aan een studie inzake drugsgerelateerd onderzoek in de EU die de Europese Commissie dit jaar heeft gepubliceerd.

Onderzoeksprojecten in de lidstaten

In de meest recente nationale verslagen van het Reitox-netwerk meldden de Europese landen dat in 2007 en 2008 meer dan 350 onderzoeksprojecten liepen of gepubliceerd zijn. Het Verenigd Koninkrijk maakte melding van het grootste aantal onderzoeksprojecten, meer dan 80, gevolgd door Duitsland en Nederland, elk meer dan 30, en Tsjechië, Ierland en Finland, elk meer dan 20.

Meer dan een derde van de recente studies betrof onderzoek naar de aanpak van de drugsproblematiek. Nog een derde van de onderzoeksprojecten was toegespitst op de prevalentie, de incidentie en de patronen van drugsgebruik en één vijfde had betrekking op de gevolgen van drugsgebruik. Onderzoeksgebieden die klaarblijkelijk heel wat minder aandacht kregen, waren onder meer determinanten en risico- en beschermingsfactoren, drugsmechanismen en de effecten van drugs, aanvoer van drugs en drugsmarkten en methodologische problemen.

De resultaten van deze analyse, hoe beperkt haar reikwijdte ook moge zijn, ondersteunen de oproep in het nieuwe EU-actieplan voor grotere onderzoeksinspanningen op de prioritaire gebieden waaraan onvoldoende aandacht wordt besteed, met name de aanvoer van drugs.

Europese juridische database inzake drugs

De Europese juridische database inzake drugs (European Legal Database on Drugs — ELDD) is de onlinegegevensbank van het EWDD met informatie over de Europese drugswetgeving voor de lidstaten en Noorwegen. De ELDD bevat wetteksten in hun oorspronkelijke vorm, profielen van de drugswetten van alle landen en gedetailleerde verslagen over welbepaalde thema's. De rubriek „Overview of legal topics” bevat ook samenvattingen van de rechtspositie met betrekking tot bepaalde onderwerpen, waaronder illegale drugshandel, substitutiebehandeling en omruilprogramma's voor naalden en spuiten ⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Overview of legal topics van de ELDD:
<http://eldd.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5036EN.html>.

Analyse van het onderzoek naar drugs in de Europese Unie

De aanvoer van drugs is een van de domeinen die in het huidige onderzoek onvoldoende aan bod komen, zoals blijkt uit een vergelijkende analyse van het onderzoek naar illegale drugs in de Europese Unie, die in opdracht van de Europese Commissie werd uitgevoerd. Andere gebieden waarop volgens het verslag in verhouding eveneens te weinig onderzoek wordt verricht, zijn onder meer preventie, rechtskaders en verboden. Epidemiologische onderzoeksthema's komen iets vaker aan bod ⁽¹¹⁾. Deze studie heeft uitgewezen dat, hoewel de lidstaten over uitgebreide vakkennis beschikken, de onderlinge vergelijkbaarheid van de gegevens van de verschillende landen alsmede de zichtbaarheid van het onderzoek moeten worden bevorderd.

De deelname aan Europese onderzoeksactiviteiten loopt per land sterk uiteen en de internationale samenwerking verloopt grotendeels op een informele basis. In de studie wordt echter benadrukt dat Europese en internationale netwerken van onderzoekers onderzoek naar drugs kunnen vergemakkelijken. Ook de onderzoekscapaciteit, de globale kwaliteit en de beschikbaarheid van financiële middelen variëren sterk binnen de EU. Bovendien is de behoefte aan bijkomende onderzoekscapaciteit en financiering groot, teneinde onderzoek te kunnen verrichten naar een breder scala aan beleidsdomeinen die verband houden met het EU-drugsactieplan.

⁽¹⁰⁾ Aanvullende informatie over Europees en nationaal onderzoek naar drugs kan worden geraadpleegd op <http://www.emcdda.europa.eu/themes/research>.

⁽¹¹⁾ Zie http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/drugs/fsj_drugs_intro_en.htm.

Hoofdstuk 2

De aanpak van drugsproblemen in Europa — Een overzicht

Inleiding

Dit hoofdstuk biedt een overzicht van de aanpak van drugsproblemen in Europa. Waar mogelijk worden trends, ontwikkelingen en kwaliteitskwesaties aan de orde gesteld. Het pakket maatregelen dat hier wordt bekeken omvat preventie, behandeling, schadebeperking en sociale re-integratie, die samen een alomvattend systeem vormen voor de terugdringing van de vraag naar drugs. Zij kunnen als complementair worden aangemerkt en worden soms samen door eenzelfde faciliteit aangeboden. Dat is bijvoorbeeld in toenemende mate het geval voor behandeling en schadebeperkende maatregelen.

In een nieuwe paragraaf wordt ook ingegaan op de verschillende wijzen van aanpak met betrekking tot de handhaving van de drugswetgeving en zijn de meest recente gegevens over drugsmisdriven opgenomen. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een evaluatie van de beschikbare gegevens over de behoeften van drugsgebruikers in gevangenissen en de bestaande aanpakwijzen in deze specifieke omgeving.

Preventie

Drugspreventie kan worden onderverdeeld in een aantal niveaus of strategieën, variërend van omgevingspreventie (gericht op de gehele maatschappij) tot geïndiceerde preventie (gericht op kwetsbare individuen), die idealiter niet met elkaar concurreren maar elkaar aanvullen. Het onderstaande overzicht is toegespitst op de recente ontwikkelingen en recent gepubliceerde resultaten van gecontroleerde proeven op het gebied van preventie.

Algemene preventie

Algemene preventie is gericht op volledige populaties. Zij heeft tot doel het eerste drugsgebruik en drugsgerelateerde problemen te ontmoedigen of te vertragen door jongeren te informeren en hen uit te rusten met de nodige vaardigheden om te voorkomen dat zij drugs gaan gebruiken. Voor het eerst worden de toegepaste preventiemaatregelen in de meeste lidstaten systematisch gevolgd. De meest recente verslagen

bevestigen dat in al deze landen voor universele preventie op scholen en op maatschappelijk niveau vooral gegrepen wordt naar op informatieverstrekking gerichte interventies, zoals eenmalige voordrachten. De doeltreffendheid van dit soort interventies wordt echter niet ondersteund door het beschikbare bewijsmateriaal. Er zijn evenwel landen (Tsjechië, Cyprus, Oostenrijk, Polen, Slovenië en Slowakije) die een beroep doen op wetenschappelijk beter onderbouwde interventies, zoals preventieprogramma's op basis van gestandaardiseerde protocollen.

In de EU-Dap-studie (www.eudap.net) wordt ingegaan op het beperkte aantal preventieprogramma's waarvan het nut is bewezen. Aan deze studie namen 7 000 leerlingen van twaalf tot veertien jaar deel in zeven Europese landen. In de studie wordt een programma geëvalueerd dat is gebaseerd op de benadering van brede sociale invloed en dat het aanleren van levensvaardigheden combineert met normatief onderwijs en de verwerving van kennis over drugs. Na twee jaar onderzoek is gebleken dat het programma veelvuldige dronkenschap en frequent gebruik van cannabis effectief vermindert.

De resultaten van de EU-Dap-studie zijn genderafhankelijk. De algemene doeltreffendheid van het programma is enkel aangetoond voor jongens. Het is niet duidelijk of dat komt doordat meisjes minder kwetsbaar zijn of doordat zij niet op het programma reageerden. Ook in een Deense gecontroleerde proef van een programma voor de verwerving van levensvaardigheden waren de resultaten genderafhankelijk. Het programma sorteerde bij meisjes het grootste effect op het gebied van pestgedrag en alcoholconsumptie in de afgelopen week en de afgelopen maand. Bij jongens was het effect dan weer het grootst voor het achtereenvolgens drinken van meer dan vijf dranken en het proberen van cannabis.

In het kader van een gecontroleerde proef in Praag werden een gemeenschapsgericht programma (met een onderwijsluik), een aanpak van en voor leeftijdgenoten, levensvaardigheidstrainingen en op ouders gerichte programma's in scholen afgemeten tegen de gebruikelijke „minimumnorm voor preventieprogramma's" (Miovský et

al., 2007). Het gemeenschapsgerichte programma bleek de meest doeltreffende aanpak te zijn om het alcoholgebruik te verminderen en had ook de grootste invloed op de houding van leerlingen tussen 13 en 15 jaar ten aanzien van drugsgebruik, vooral dan bij bepaalde kwetsbare groepen van kinderen, waaronder kinderen uit eenoudergezinnen. Derhalve werd gesteld dat het programma zou kunnen worden gebruikt voor selectieve preventie.

Selectieve en geïndiceerde preventie

Zowel bij selectieve als geïndiceerde preventie wordt erkend dat problematisch drugsgebruik zich vooral voordoet bij kwetsbare groepen of individuen met beperkte sociale en persoonlijke kansen (EWDD, 2008c). Selectieve preventie is gericht op specifieke groepen, gezinnen of hele gemeenschappen, waarin mensen, vanwege hun geringe sociale banden en middelen, een grotere kans lopen om drugsgebruiker te worden of om een verslaving te ontwikkelen. Op het EWDD-portaal voor goede praktijken ⁽¹²⁾ is een nieuwe module geplaatst met informatie over de wetenschappelijke basis van deze aanpak. Bij geïndiceerde preventie is het de bedoeling personen te identificeren met gedrags- of psychologische problemen die de ontwikkeling van problematisch drugsgebruik in hun latere leven kan voorspellen, en zich met speciale interventies individueel op hen te richten.

België en Luxemburg hebben nieuwe informatie gepubliceerd over selectieve preventie bij etnische groepen. Voor jonge delinquenten beschikken enkel Oostenrijk, Duitsland, Catalonië (Spanje) en Luxemburg over systematische protocollen voor interventie na hun contact met het strafrechtstelsel. Andere landen maken melding van algemeen of individueel ingrijpen. Sinds 2008 wordt met steun van de EU het FRED-programma ⁽¹³⁾, een systematisch interventieprotocol voor jonge delinquenten, in tien lidstaten ten uitvoer gelegd. Uit een nieuwe evaluatie van FRED in 140 Duitse voorzieningen is gebleken dat slechts een beperkt aantal deelnemers recidiveert of drugs gebruikt.

Enkel Duitsland, Nederland, Slowakije en Zweden hebben nieuwe geïndiceerde-preventieprojecten gemeld. Ondanks het bewijsmateriaal voor de doeltreffendheid van dergelijke projecten, blijven ze evenwel een zeldzaamheid (EWDD, 2009b). Actuele voorbeelden van dergelijke projecten in Europa zijn het PMTO-model (parent management training Oregon),

een training die in Nederland en Noorwegen wordt gegeven aan ouders van kinderen met gedragsstoornissen in de leeftijd van 4 tot 12 jaar. Verder is er ook de „Komet för föräldrar“-methode, die wordt toegepast in bijna 30 % van de Zweedse gemeenten. Deze methode is gericht op ouders van kinderen met externaliserende gedragsproblemen die ook moeilijkheden hebben om positieve relaties te onderhouden met leeftijdgenoten. Uit een gerandomiseerde, gecontroleerde proef met 159 gezinnen is gebleken dat de ouderschapscompetenties van de deelnemende ouders aanzienlijk verbeterden en dat hun kinderen minder gedragsproblemen vertoonden.

Behandeling

In 2007 zijn ongeveer 400 000 drugsgebruikers in behandeling gegaan voor hun verslaving ⁽¹⁴⁾. Voor minder dan de helft daarvan ging het om hun eerste behandeling. Globaal genomen ontvangen extramurale behandelcentra de overgrote meerderheid van de behandelingsaanvragen (86 %). De vraag naar extramurale behandeling is in de afgelopen jaren om diverse redenen gestegen, onder meer door de toenemende beschikbaarheid en diversificatie van gespecialiseerde extramurale behandeling.

In Europa worden drugsproblemen gewoonlijk behandeld met psychosociale hulp, substitutie van opioïden en detoxificatie. Psychosociale hulp ondersteunt gebruikers in hun poging om hun drugsproblemen onder controle te krijgen en te overwinnen. Het omvat counseling, motivatietherapie, cognitieve gedragstherapie, casemanagement, groeps- en gezinstherapie en terugvalpreventie. Psychosociale interventies vormen de basis van gemeenschapsgerichte extra- en intramurale behandeling en worden doorgaans ook gebruikt in aanvulling op substitutiebehandelingen voor opioïdengebruik. Drugsdetoxificatie is een kortstondige interventie onder medisch toezicht die tot doel heeft de afkickverschijnselen van chronisch drugsgebruik te overwinnen. Deze interventie gebeurt gewoonlijk in een intramuraal behandelcentrum. Welke behandelingen proportioneel het meest worden toegepast in de verschillende landen, hangt af van meerdere factoren, waaronder de organisatie van de nationale gezondheidszorg.

⁽¹²⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/evidence/selective-prevention>.

⁽¹³⁾ http://www.lwl.org/LWL/Jugend/lwl_ks/Projekte_KS1/Fgn-english.

⁽¹⁴⁾ De indicator voor de vraag naar behandeling (treatment demand indicator) is gebaseerd op gegevens van 23 landen over extramurale behandelcentra (met betrekking tot meer dan 70 % van de centra in de meeste landen), en van 20 landen over intramurale behandelcentra (met betrekking tot meer dan 50 % van de centra in de meeste landen).

Op specifieke stoffen gerichte campagnes in de massamedia

In Europa zijn in de massamedia speciaal op cannabisgebruik (Denemarken, Ierland, Frankrijk, Nederland, Verenigd Koninkrijk) en meer recent ook op cocaïnegebruik (Ierland, Spanje, Verenigd Koninkrijk) gerichte campagnes gelanceerd.

Vrijwel al deze campagnes waarschuwen voor de risico's van drugsgebruik en een aantal ervan doet dat door het doelpubliek te choqueren. Slechts twee campagnes stoelen op een andere benadering. De Brits-Colombiaanse campagne „Shared responsibility” is toegespitst op de verantwoordelijkheid die gebruikers dragen voor de sociale en milieuschade die worden veroorzaakt door de productie van cocaïne. De Nederlandse cannabiscampagne richtte in 2006 haar pijlen op normovertuigingen met waargebeurde verhalen over jongeren als positief rolmodel, in plaats van met waarschuwingen en afbeeldingen van cannabisgebruik. Uit de evaluatie bleek dat de sociale normen ten aanzien van blowen afwijzender waren geworden en dat er geen negatieve effecten waren, noch voor de intentie om te blowen, noch voor de normovertuigingen (Wammes et al., 2007).

De campagnes in de massamedia die gericht zijn op de risico's van drugsgebruik worden maar zelden geëvalueerd op hun eventuele invloed op het gedrag en de attitudes ten aanzien van drugsgebruik en op de intentie om drugs te gebruiken. Bovendien wordt getwijfeld aan de effectiviteit van dergelijke campagnes en geopperd dat ze zelfs negatieve gevolgen kunnen hebben. Zo bleek uit een grondige evaluatie van de resultaten van de nationale cannabiscampagne in de VS dat de campagne globaal genomen geen effect sorteerde. Wel was er bewijs dat de campagne onbedoeld het gebruik van cannabis had bevorderd en dat personen die tevoren geen belangstelling voor de drug hadden, plots wel voornemens waren de drug te gebruiken (Hornik et al., 2008). Vergelijkbare problemen werden gemeld in de evaluatie van de Schotse op cocaïnegebruik toegespitste campagne „Know the score” (EWDD, 2007a).

De besluitvorming bij jongeren is een complexe aangelegenheid. Zij worden sterk beïnvloed door contacten met leeftijdsgenoten en de gepercipieerde sociale normen. De campagnes in de massamedia hebben nog niet op effectieve wijze ingespeeld op deze complexiteit.

Extramurale behandeling

In het verleden werden drugsgebruikers in eerste instantie hoofdzakelijk intramuraal behandeld, in de meeste gevallen voor heroïneverslaving. Die situatie veranderde in de loop van de jaren tachtig en negentig met de snelle uitbreiding van extramurale behandeling en, meer recent, met het toenemende aantal cannabis- en

cocaïnegebruikers die op zoek gaan naar hulp.

Bovendien deden zich steeds vaker problemen voor met legale of op recept verkrijgbare geneesmiddelen.

In 2007 zijn opioïden, en vooral dan heroïne, de voornaamste drugs gebleven van de meeste gebruikers die in extramurale behandeling gingen. Heroïne werd door 54 % van de cliënten genoemd als primaire drug, gevolgd door cannabis (21 %) en cocaïne (18 %). Diverse landen melden stijgende percentages cliënten, en vooral nieuwe cliënten, die in behandeling gaan voor problemen met andere drugs dan opioïden (zie de hoofdstukken 3 en 5).

Drugsgebruikers die in extramurale behandeling gaan, zijn hoofdzakelijk jonge mannen van gemiddeld 31 jaar oud. Bovendien zijn mannen in deze groep bijna vier keer talrijker dan vrouwen (3,7:1). De leeftijd en het geslacht van cliënten in behandeling verschilt naar gelang van de primaire drug. Cannabiscliënten zijn gemiddeld veel jonger (25) dan opioïden- (32) en cocaïnecliënten (33). Ongeacht de primaire drug ligt de gemiddelde leeftijd van cliënten die voor het eerst in behandeling gaan ongeveer twee jaar onder de gemiddelde leeftijd van alle cliënten samen. Bij cocaïne- en cannabiscliënten is de verhouding tussen mannen en vrouwen met respectievelijk 5,1:1 en 5,5:1 hoger dan gemiddeld ⁽¹⁵⁾.

Gewoonlijk komen cliënten die extramurale behandeling wensen op eigen initiatief, met name in één derde van de gevallen. Ongeveer één vierde van de cliënten wordt naar behandeling verwezen vanuit het strafrechtelijke systeem. De andere cliënten worden doorverwezen door sociale en gezondheidsdiensten of informele netwerken, zoals familie en vrienden. Ziekenhuizen en andere medische bronnen verwijzen maar zelden naar behandeling, behalve in Finland, waar dergelijke verwijzingen goed zijn voor 25 % van de cliënten. Ook Hongarije is een uitzondering. Meer dan 70 % van de cliënten wordt er naar behandeling verwezen vanuit het strafrechtelijke systeem ⁽¹⁶⁾. Hier zij opgemerkt dat volgens het Hongaarse strafrecht geen straf kan worden opgelegd voor het bezit van kleine hoeveelheden indien de drugs worden aangetroffen bij een drugsverslaafde die kan aantonen dat hij een behandeling heeft gevolgd.

Extramurale psychosociale behandeling wordt voornamelijk verstrekt door openbare instellingen (zestien landen) en niet-gouvernementele organisaties (tien landen). Volgens nationale deskundigen is dit soort behandeling beschikbaar voor de meeste drugsverslaafden die zich willen laten behandelen in tien

⁽¹⁵⁾ Zie de tabellen TDI-10 en TDI-21 in het Statistical Bulletin 2009.

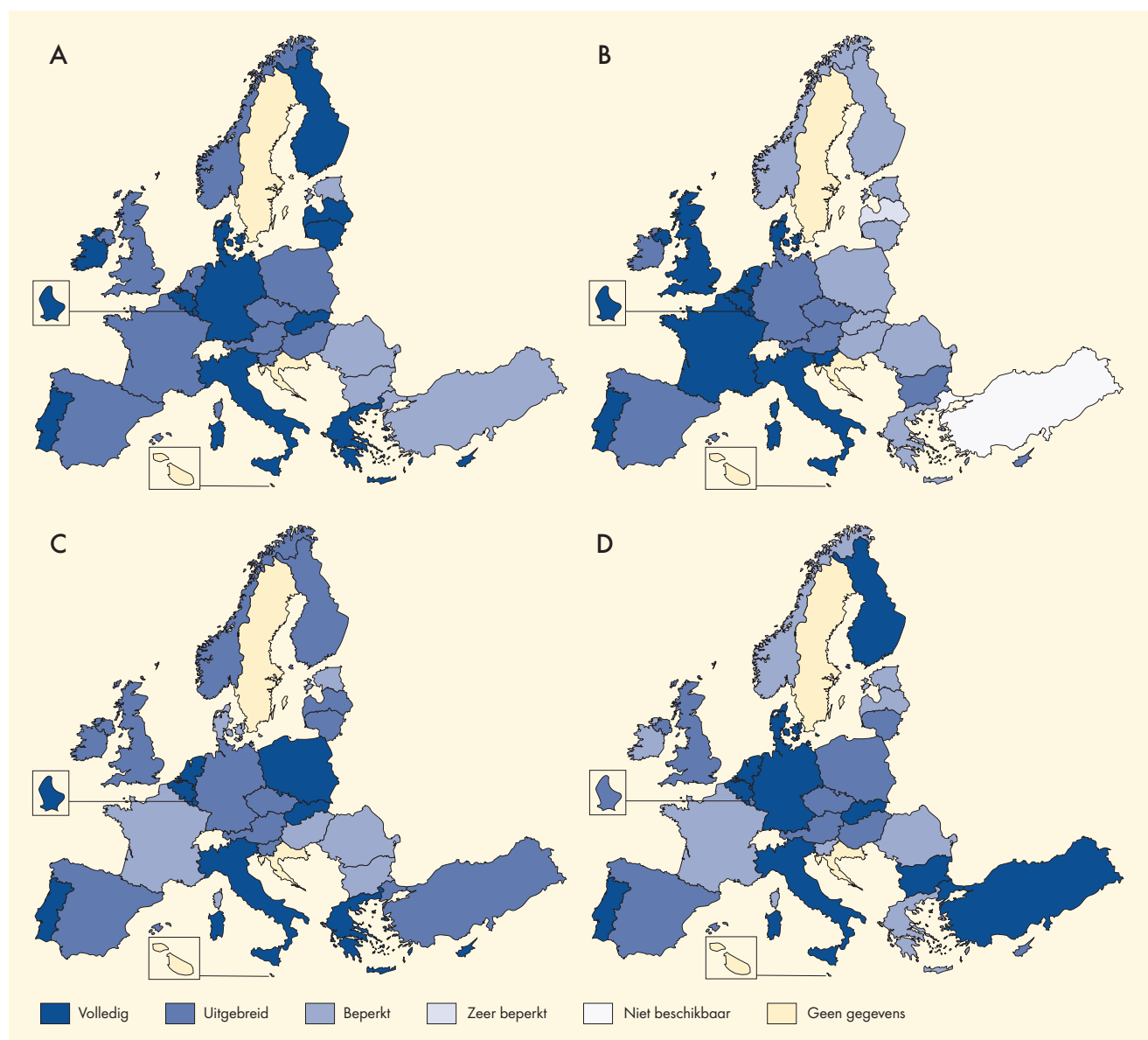
⁽¹⁶⁾ Zie tabel TDI-16 deel (ii) in het Statistical Bulletin 2009.

landen en voor vrijwel alle drugsverslaafden in dertien andere landen. In vier landen (Bulgarije, Estland, Roemenië en Turkije) is extramurale psychosociale behandeling echter beschikbaar voor naar schatting minder dan de helft van de drugsverslaafden die zich daadwerkelijk op die manier willen laten behandelen (zie figuur 1A). Achter deze classificatie kunnen evenwel aanzienlijke verschillen schuilgaan, zowel binnen de landen als wat de beschikbaarheid van gespecialiseerde behandelingsprogramma's voor cannabis- en cocaïnegebruikers betreft.

Substitutiebehandeling voor opioïdengebruikers

In Europa ondergaan opioïdengebruikers in de meeste gevallen een substitutiebehandeling in combinatie met psychosociale hulp. Gewoonlijk betreft het een extramurale behandeling, maar in bepaalde landen kan deze behandeling ook intramuraal worden verstrekt. In Oostenrijk wordt bijvoorbeeld 65 % van de cliënten die een langdurige intramurale behandeling ondergaan, behandeld met traagwerkende morfine. Substitutiebehandeling wordt ook steeds vaker in gevangenissen verstrekt ⁽¹⁷⁾.

Figuur 1: Beschikbaarheid van behandelingen in verhouding tot de behoefte, geëvalueerd door nationale deskundigen:
(A) psychosociaal extramuraal, (B) substitutie, (C) psychosociaal intramuraal, (D) detoxificatie



NB: De beschikbaarheid wordt omschreven als het geschatte percentage van alle drugsgebruikers die behandeling nodig hebben dat ook daadwerkelijk kan worden behandeld: vrijwel allemaal (volledig), het merendeel, maar minder dan vrijwel allemaal (uitgebreid), meer dan een beperkt aantal, maar minder dan de helft (beperkt), slechts een beperkt aantal (zeer beperkt) en niet beschikbaar.

Bronnen: Nationale focal points van het Reitox-netwerk.

⁽¹⁷⁾ Zie „Zorgaanbod voor gedetineerde drugsgebruikers”, blz. 38.

Sinds de invoering van de behandeling met hoge doses buprenorfine op Cyprus in 2007 is substitutiebehandeling beschikbaar in alle EU-lidstaten en in Kroatië en Noorwegen ⁽¹⁸⁾. In Turkije moet substitutiebehandeling nog worden ingevoerd, al is zij al wel toegestaan krachtens een verordening over behandelcentra uit 2004. In 16 landen zijn gespecialiseerde openbare extramurale behandelcentra de belangrijkste aanbieders van substitutiebehandeling. Huisartsenpraktijken vervullen echter een steeds grotere rol in de verstrekking van dit soort behandeling, vaak in het kader van regelingen voor gedeelde zorg met gespecialiseerde centra, en zijn in bepaalde landen zelfs de voornaamste aanbieders ervan (Waal Gewest in België, Tsjechische Republiek, Duitsland, Frankrijk, Luxemburg, Oostenrijk en Noorwegen) (zie hoofdstuk 6).

In 2007 hebben in Europa naar schatting zo'n 650 000 opioïdengebruikers een substitutiebehandeling ondergaan ⁽¹⁹⁾. Volgens nationale deskundigen is dit soort behandeling toegankelijk voor vrijwel alle opioïdengebruikers in negen landen en voor de meeste gebruikers in zeven andere landen. In tien landen is substitutiebehandeling naar schatting beschikbaar voor een minderheid van opioïdengebruikers (Estland, Griekenland, Letland, Litouwen, Hongarije, Polen, Roemenië, Slowakije, Finland en Noorwegen). De gegevens over de beschikbaarheid van substitutiebehandeling wijzen op regionale verschillen, waarbij de behandeling het minst beschikbaar is in landen van Oost- en Noord-Europa (figuur 1B).

Intramurale behandeling

Intramurale of residentiële behandeling houdt in dat cliënten gedurende meerdere weken of maanden in het behandelcentrum verblijven. Deze programma's volgen gewoonlijk een drugsvrij beleid (geen substitutiebehandeling) om de cliënt in staat te stellen zich van drugs te onthouden. Cliënten krijgen een kamer en individuele gestructureerde psychosociale behandelingen. Zij nemen ook deel aan activiteiten die gericht zijn op hun re-integratie in de maatschappij. In deze context wordt vaak gekozen voor een therapeutische gemeenschapsbenadering. Ook psychiatrische ziekenhuizen verstrekken intramurale drugsbehandeling, met name voor cliënten met comorbide geestelijke gezondheidsproblemen.

In 2007 kozen zo'n 40 000 gebruikers, ofwel één op de tien gebruikers die in behandeling gingen, voor intramurale behandeling. Meer dan de helft van hen

meldten opioïden als voornaamste drug (56 %). De meeste andere cliënten noemden cannabis (14 %), andere stimulerende middelen dan cocaïne (14 %) en cocaïne (7 %) als primaire drug.

De gemiddelde leeftijd van drugsgebruikers die in intramurale behandeling gaan, bedraagt 30 jaar. Cliënten die in behandeling gaan voor opioïden en cocaïne zijn wel gemiddeld ouder (31) dan cliënten die behandeld worden voor andere stimulerende middelen dan cocaïne (28) en voor cannabis (26). De meeste intramurale cliënten zijn van het mannelijke geslacht. De algemene verhouding tussen mannen en vrouwen bedraagt 3,6:1. De verhouding ligt lager bij primaire gebruikers van andere stimulerende middelen dan cocaïne (2,2:1) en hoger bij gebruikers van cocaïne (5,1:1) en cannabis (8:1). In de meeste landen waar vergelijking mogelijk is, ligt het percentage drugscliënten zonder werk en met een onzekere huisvestingssituatie hoger onder intramurale dan onder extramurale cliënten ⁽²⁰⁾.

Over het algemeen wordt intramurale behandeling verzorgd door niet-gouvernementele organisaties (12 landen) en openbare instellingen (11 landen). In Denemarken en Luxemburg nemen privé-instellingen die rol op zich, terwijl zij in tien andere landen de op één na belangrijkste aanbieder zijn. Nationale deskundigen schatten dat intramurale psychosociale behandeling beschikbaar is voor de meeste gebruikers die behandeld willen worden in 12 landen en voor vrijwel iedereen die behandeld wil worden in negen andere landen. In zes landen (Bulgarije, Denemarken, Estland, Frankrijk, Hongarije en Roemenië) is deze behandeling echter beschikbaar voor naar schatting minder dan de helft van de drugsverslaafden die zich daadwerkelijk op die manier willen laten behandelen (zie figuur 1C).

Detoxificatie

Detoxificatie is doorgaans een basisvoorwaarde voor een langdurige, op onthouding gebaseerde intramurale behandeling. Het betreft gewoonlijk, maar niet altijd, een intramurale interventie in een ziekenhuis, een gespecialiseerd behandelcentrum of een intramurale faciliteit met een medische of psychiatrische afdeling.

In 21 landen wordt detoxificatie hoofdzakelijk door openbare instellingen verzorgd. In België (Vlaanderen) en Nederland nemen vooral niet-gouvernementele organisaties die taak op zich en in Luxemburg en Bulgarije staat vooral de privésector in voor deze interventie. Nationale deskundigen schatten dat detoxificatie

⁽¹⁸⁾ Zie de tabellen HSR-1 en HSR-2 in het Statistical Bulletin 2009.

⁽¹⁹⁾ Zie tabel HSR-3 in het Statistical Bulletin 2009.

⁽²⁰⁾ Zie de tabellen TDI-10, TDI-13, TDI-15 en TDI-21 in het Statistical Bulletin 2009.

beschikbaar is voor de meeste gebruikers die zich eraan willen onderwerpen in negen landen, en aan vrijwel alle gebruikers in tien andere landen. In acht landen (Estland, Ierland, Griekenland, Frankrijk, Letland, Roemenië, Slovenië en Noorwegen) is detoxificatie naar schatting beschikbaar voor minder dan de helft van de drugsverslaafden die een dergelijke behandeling wensen (zie figuur 1D).

Kwaliteitsborging

Europese gezondheidsplanners en beleidsmakers gaan steeds vaker op zoek naar mechanismen om een hoge kwaliteit van drugsbehandeling te kunnen garanderen. Zij hebben ook de neiging voorrang te geven aan „gedocumenteerde” interventies wanneer zij beslissingen moeten nemen omtrent het aanbod van behandelingen en de toewijzing van financiële middelen.

Richtsnoeren worden een steeds belangrijker instrument voor de kwaliteitsborging van drugsbehandelingen. Behandelingsrichtsnoeren omvatten onder meer op wetenschappelijk bewijsmateriaal stoelende aanbevelingen, advies van deskundigen, voorkeuren van gebruikers van diensten en nationale gezondheidszorgsystemen. Zij zijn zodanig opgesteld dat zij helpen met de keuze en de toepassing van de passende drugsbehandelingen. In 20 van de 27 rapporterende landen worden de nationale behandelingsrichtsnoeren opgesteld door een daartoe aangewezen instelling.

Bestaande richtsnoeren hebben met name betrekking op farmacologische drugsbehandelingen. Achttien landen beschikken over nationale richtsnoeren voor substitutiebehandeling en elf landen maken melding van richtsnoeren voor detoxificatie. In ongeveer één derde van deze landen is de naleving van de richtsnoeren echter geen voorwaarde voor de uitbating of het ontvangen van financiering voor een behandelingsfaciliteit.

Nationale richtsnoeren voor psychosociale behandelingen en sociale re-integratie komen minder vaak voor. Slechts zeven lidstaten (Bulgarije, Tsjechië, Duitsland, Denemarken, Nederland, Slovenië en het Verenigd Koninkrijk) beschikken over richtsnoeren voor psychosociale interventies. Wat sociale re-integratie betreft, zijn dat er slechts vijf (Tsjechië, Duitsland, Portugal, Slovenië en het Verenigd Koninkrijk). Het feit dat maar zelden nationale richtsnoeren voorhanden zijn, is waarschijnlijk te wijten aan de beperkte beschikbaarheid van wetenschappelijk bewijsmateriaal, wat op deze onderzoeksgebieden de behoefte onderstreept aan meer gerandomiseerde, gecontroleerde proeven op meerdere locaties.

Permanente bijscholing van personeel is belangrijk voor de verlening van kwalitatief hoogstaande diensten. In de Europese Unie worden vaak opleidingen aangeboden die speciaal bestemd zijn voor zorgwerkers die betrokken zijn bij de behandeling van drugsverslaafden en een vorm van bijscholing voor geneesheren op het gebied van drugsbehandeling. De meeste landen bieden andere professionals als verpleegkundigen, sociaal werkers en psychologen gelijksoortige opleidingen aan.

Slechts weinig landen melden dat de resultaten van alle soorten drugsbehandeling geregeld worden geëvalueerd. Vijf lidstaten evalueren de resultaten van substitutiebehandeling en detoxificatie en enkel Denemarken, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk evalueren met regelmaat de resultaten van psychosociale

Portaal voor goede praktijken — Nieuwe module over behandeling

Na de publicatie van de modules over algemene en selectieve preventie in 2008 heeft het EWDD op zijn portaal voor goede praktijken nu ook een module over drugsbehandeling geplaatst. Deze nieuwe module bevat een synthese van de resultaten van het meest recente onderzoek naar de effectiviteit van farmacologische en psychosociale behandelingen voor problematisch gebruik van opioïden, stimulerende middelen en cannabis. De werkzaamheden met betrekking tot het portaal werden vergemakkelijkt door een door de Europese Commissie gefinancierde studie naar de kwaliteit van behandelingen en de uitwisseling van goede praktijken (directoraat-generaal Gezondheid en consumentenbescherming, 2008b).

In de aan behandeling gewijde module worden de bevindingen gepubliceerd van studies waarbij de effectiviteit van verschillende interventies met elkaar wordt vergeleken. De effectiviteit van interventies wordt idealiter bepaald aan de hand van gecontroleerde of gerandomiseerde gecontroleerde proeven waarbij het resultaat van interventies wordt getoetst aan specifieke maatstaven. Het grootste deel van het bewijsmateriaal is afkomstig van studies uit de Verenigde Staten. In Europa worden tegenwoordig ook meer van dergelijke studies uitgevoerd, waaronder een aantal baanbrekende studies naar nieuwe middelen voor substitutiebehandeling voor opioïdengebruik.

De nieuwe module bevat ook snelkoppelingen naar andere informatiebronnen, geëvalueerde interventies, een verklarende woordenlijst en een kort overzicht van de lacunes in het huidige wetenschappelijke bewijsmateriaal. Het portaal zal in de toekomst nog worden uitgebreid met aanvullende thema's.

EWDD-portaal voor goede praktijken:
<http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/treatment>

hulp. Een aantal landen meldt dat de resultaten van drugsbehandelingen op onregelmatige tijdstippen of in alleenstaande gevallen worden geëvalueerd.

Schadebeperking

De preventie en beperking van drugsgerelateerde schade is in alle lidstaten en in de EU-drugsstrategie (Europese Commissie, 2007) een doelstelling van het volksgezondheidsbeleid. De belangrijkste interventies op dit gebied zijn substitutiebehandeling voor opioïdengebruikers en omruil- en distributieprogramma's voor naalden en spuiten, die gericht zijn op het tegengaan van sterfgevallen ten gevolge van overdoses en de verspreiding van infectieziekten. De beschikbaarheid van deze maatregelen wordt gemeld door alle landen, met uitzondering van Turkije. Hoewel er aanzienlijke verschillen bestaan in het aanbod en het niveau van de dienstverlening (zie de hoofdstukken 6 en 7), is de algemene Europese trend er een van groei en consolidatie van schadebeperkende maatregelen.

Daarnaast bieden de meeste landen een reeks gezondheids- en maatschappelijke diensten aan, waaronder individuele risicobeoordeling en persoonlijk advies, instructieve begeleiding voor veiliger drugsgebruik, tests op infectieziekten en counseling alsmede vaccinatie tegen en behandeling van virale hepatitis. Deze diensten worden vaak verleend door laagdrempelige instellingen. De aanpak inzake schadebeperking is niet langer beperkt tot hiv en aids. Het perspectief werd verruimd naar de sociale en gezondheidsbehoeften van problematische drugsgebruikers en in het bijzonder naar die van de sociaal uitgesloten gebruikers.

In de afgelopen jaren heeft zich een professionalisering voltrokken op het gebied van schadebeperking en is het toezicht strenger gemaakt om hoge kwaliteitsnormen te kunnen garanderen. Zo werden de schadebeperkingsdiensten in Engeland in 2006 en 2007 geëvalueerd om te bepalen welke gebieden nog voor verbetering vatbaar waren. De kwaliteit kan ook worden gewaarborgd door de naleving van welbepaalde normen in financieringsovereenkomsten vast te stellen, zoals wordt gemeld door Tsjechië en Estland.

In 14 landen ligt de verantwoordelijkheid voor de kwaliteitsborging bij nationale instellingen. In landen met een federale structuur kunnen ook subnationale instanties daarmee belast zijn. Richtsnoeren kunnen worden onderbouwd met bevindingen van wetenschappelijk onderzoek inzake kosteneffectiviteit, zoals bijvoorbeeld in

het Verenigd Koninkrijk het geval is voor de richtsnoeren betreffende programma's voor naalden en spuiten (NICE, 2009). Er wordt ook gestreefd naar een grotere betrokkenheid van cliënten en feedback van het personeel om de kwaliteit van de dienstverlening verder te verbeteren. Goede praktijken en resultaten van nieuw onderzoek worden onder professionals verspreid, onder andere via nationale kennisplatforms, zoals „resultaten scoren” in Nederland, en internationale bewustmakingsevenementen, bijvoorbeeld met betrekking tot hepatitis C ⁽²¹⁾. Voorts heeft het European Network for Social Inclusion and Health in samenwerking met het EWDD (Hedrich et al., 2008a) in het kader van door de EU gefinancierde projecten voor de ontwikkeling en tenuitvoerlegging van Europese gezondheidsindicatoren een protocol voor gegevensverzameling uitgewerkt voor gespecialiseerde laagdrempelige instellingen die actief zijn op het gebied van schadebeperking.

Sociale re-integratie

Sociale re-integratie wordt onderkend als een essentieel onderdeel van alomvattende drugsstrategieën. Zij kan worden toegepast in elke fase van drugsgebruik en in verschillende settings en omvat onder meer capaciteitsvorming, verbetering van sociale vaardigheden, maatregelen ter bevordering van de tewerkstelling en maatregelen om huisvesting te vinden of de woonsituatie te verbeteren. In de praktijk kunnen re-integratiediensten zorgen voor beroepsbemiddeling, stages en begeleid wonen, terwijl bij gevangenisgerichte interventies, die een invloed hebben op de preventie van terugval en recidive, gevangenen in voorbereiding op hun vrijlating in contact kunnen worden gebracht met diensten op het gebied van sociale huisvesting en maatschappelijke ondersteuning (directoraat-generaal Gezondheid en consumentenbescherming, 2008a). Over het algemeen hangen de resultaten van sociale re-integratie vaak af van de efficiënte samenwerking tussen gezondheids- en sociale instellingen.

Dakloos zijn is, samen met een onzekere huisvestingssituatie, een van de ernstigste vormen van sociale marginalisering waarmee drugsgebruikers te maken hebben en circa 10 % van de drugsgebruikers die in 2007 in behandeling ging ⁽²²⁾, werd hiermee geconfronteerd. Waarschijnlijk ligt dit cijfer nog veel hoger voor bepaalde groepen van drugsgebruikers.

Alle lidstaten melden de beschikbaarheid van regelingen die drugsgebruikers kunnen helpen om huisvesting te vinden. Er is echter maar weinig informatie beschikbaar

⁽²¹⁾ <http://www.hepatitisfachtag.org/>.

⁽²²⁾ Zie tabel TDI-15 deel (ii) in het Statistical Bulletin 2009.

over de mate waarin is voldaan aan de huisvestingsbehoeften van drugsgebruikers. In Slowakije bijvoorbeeld is de vraag bij gebrek aan financiële middelen vaak groter dan de huisvestingscapaciteit van de re-integratiediensten.

Verschillende landen melden het bestaan van huisvestingsbijstand (bv. Tsjechië, Duitsland, Ierland, Nederland, Finland, Zweden en het Verenigd Koninkrijk). Deze tijdelijke huisvestingsregelingen omvatten gewoonlijk logies en ontbijt of kleine gemeubileerde appartementen met korte huurtermijnen en worden vaak bij het ontslag van cliënten uit een intramuraal behandelcentrum aangeboden om hen in staat te stellen autonoom te leven. Zo moeten gebruikers in Ierland bijvoorbeeld de huur en een aantal huishoudelijke diensten zelf betalen, maar bieden hulpverleners hen woonbegeleiding en proberen zij hen toegang te geven tot onderwijs, opleiding en werk.

Aangezien 45 % van de gebruikers die in behandeling gaan in het beste geval het lager onderwijs heeft voltooid en ongeveer 40 % van de gebruikers die in behandeling gaan werkloos is ⁽²³⁾, zijn het helpen van drugsgebruikers bij het vinden van een baan en het verstrekken van beroepsopleiding essentieel voor sociale re-integratie. De meeste landen maken melding van re-integratieprogramma's. In Hongarije, Tsjechië, Litouwen, Slovenië en Slowakije werd de re-integratie van drugsgebruikers op de arbeidsmarkt bevorderd door projecten die werden gefinancierd door het EU-initiatief tegen discriminatie op de arbeidsmarkt (Equal). De meeste van deze projecten helpen gestabiliseerde cliënten een baan te vinden die overeenstemt met hun capaciteiten. De waarde van deze aanpak wordt bevestigd door de resultaten van een Schotse studie, waaruit is gebleken dat herstellende drugsgebruikers die werkgerelateerde ondersteuning hebben gekregen drie keer meer kans maken op een betaalde baan dan andere drugsgebruikers (McIntosh et al., 2008).

Handhaving van de drugswetgeving en drugsdelicten

Bij de handhaving van de drugswetgeving zijn diverse autoriteiten betrokken die onder de verantwoordelijkheid van verschillende ministeries vallen (bv. politie, justitie en volksgezondheid). In de praktijk wordt de term „handhaving van de drugswetgeving” gewoonlijk geassocieerd met de activiteiten die de politie en gelijksoortige instellingen (bv. douane) uitvoeren om de wetgeving met betrekking tot drugsgebruik en de drugsmarkt te doen naleven. Domeinen die binnen dat

actiegebied vallen, zijn onder meer drugsgebruik en het bezit van drugs, drugshandel en de productie van drugs alsook misbruik van chemische stoffen en het witwassen van geld.

Handhaving van de drugswetgeving staat centraal in de Europese aanpak van het drugsprobleem en ontvangt een groot deel, mogelijk zelfs het grootste deel, van de middelen die voor de drugsproblematiek worden uitgetrokken. Uit een recente poging om de toewijzing van drugsgelateerde overheidsuitgaven in Europa te vergelijken, is gebleken dat deze voor „openbare orde en veiligheid” (politiediensten, gerecht en gevangenis) gemiddeld tot wel drie keer meer bedragen dan de uitgaven voor gezondheidsproblemen ten gevolge van drugsgebruik. Een aanzienlijk percentage van het budget voor „openbare orde en veiligheid” is waarschijnlijk bestemd voor de politiediensten (EWDD, 2008e).

De aard en intensiteit van de geleverde inspanningen om de drugswetgeving te handhaven, kunnen variëren naar gelang van de nationale wetgeving en de tenuitvoerlegging ervan alsook volgens de middelen en prioriteiten van de betrokken instellingen, inclusief algemene wetshandhavingsdiensten en gespecialiseerde eenheden („narcoticabrigade”).

In tegenstelling tot bepaalde andere wetshandavingsdomeinen, waarop politieambtenaren gewoonlijk reageren op overtredingen van de wet, die vaak door burgers worden aangegeven, kan het leeuwendeel van het handhavingswerk inzake drugs veeleer worden omschreven als proactief, aangezien het meeste werk op initiatief van wetshandhavingsdiensten met bevoegdheden op drugsgebied wordt gedaan. Dat komt omdat heel wat drugsdelicten beschouwd kunnen worden als een „consensueel delict” waarbij individuen vrijwillig en in het geheim deelnemen aan een onwettige activiteit waarvan de politie alleen maar op de hoogte kan zijn indien zij deze activiteit per toeval (bv. tijdens patrouilles) of door actief speurwerk ontdekt.

Handhaving van de drugswetgeving omvat dan ook een brede waaier van activiteiten die vaak stoelen op het verzamelen, verwerken en delen van informatie door mensen en elektronische apparatuur, inclusief geautomatiseerde gegevensbanken en toepassingsgerichte communicatienetwerken. Dat is met name het geval voor activiteiten die tot doel hebben de aanvoer van drugs te beperken ⁽²⁴⁾, waarbij wetshandhaving een belangrijke rol speelt. Voorbeelden van dergelijke activiteiten zijn onder meer het omgaan met informanten, infiltratie

⁽²³⁾ Zie de tabellen TDI-12 en TDI-13 in het Statistical Bulletin 2009.

⁽²⁴⁾ Zie het kader op blz. 28 van het Jaarverslag 2008 van het EWDD voor een definitie van „terugdringing van de aanvoer van drugs”.

(„undercoverwerk”) en elektronisch toezicht, inclusief het onderscheppen van communicatie.

Gecontroleerde levering van drugs en gerichte operaties om drugsverkooppunten te verstoren of op te doeken zijn voorbeelden van operationele tactieken die Europese wetshandhavingsdiensten toepassen. De controle en fouillering van personen en het doorzoeken van voertuigen op en rond strategische locaties, zoals havens, luchthavens en landsgrenzen, vormen een meer algemene tactiek die ook nog andere doeleinden dient, zoals immigratiecontrole.

Wetshandhavingsdiensten, en met name de douane, dienen in vele landen ook toe te zien op de naleving van de wetgeving inzake gecontroleerde chemische stoffen. Dergelijke handhavingsactiviteiten omvatten de verwerking van in- en uitvoeraanvragen alsook het opsporen en onderzoeken van verdachte transacties. In landen waar synthetische drugs worden geproduceerd, kan de ontmanteling van illegale drugslaboratoria eveneens tot het takenpakket van de wetshandhavingsdiensten behoren.

Drugsdelicten

De eerste aangiften van drugsdelicten, veelal van de politie, zijn de enige stelselmatige bron van informatie over drugsgerelateerde delicten in Europa ⁽²⁵⁾. De verslagen maken gewoonlijk melding van delicten als de vervaardiging, het vervoer en de distributie van drugs alsook drugsgebruik en -bezit.

Gegevens over drugsdelicten kunnen worden gezien als indirecte indicatoren van drugsgebruik en drugshandel en als meer directe indicatoren van de wetshandhavingsactiviteiten. Zij hebben echter uitsluitend betrekking op de drugsgerelateerde activiteiten die onder de aandacht van de wetshandhavingsdiensten zijn gekomen en kunnen ook variëren als gevolg van nationale verschillen op het gebied van wetgeving, prioriteiten en beschikbare middelen. Bovendien gebruiken niet alle landen hetzelfde informatiesysteem voor de registratie en verslaglegging. Daarom kunnen landen maar moeilijk met elkaar vergeleken worden en is het beter trends met elkaar te vergelijken dan absolute cijfers.

Uit de gegevens van 21 lidstaten, die 85 % van de Europese bevolking tussen 15 en 64 jaar vertegenwoordigen, is gebleken dat het aantal gemelde drugsdelicten tussen 2002 en 2007 met naar schatting 29 % is toegenomen. De gegevens tonen een opwaartse trend in alle rapporterende landen, behalve in Bulgarije, Tsjechië, Griekenland,

Luxemburg, Hongarije en Slovenië, waar het aantal delicten in dezelfde periode stabiel is gebleven of is gedaald ⁽²⁶⁾.

Gebruiks- en aanvoerdelicten

Er heeft zich in vergelijking met voorgaande jaren geen grote verschuiving voorgedaan in de verhouding tussen gebruiksgelateerde en aanvoergelateerde drugsdelicten (dealen, handel, productie). In de meeste Europese landen heeft het grootste deel van de delicten te maken met bezit of gebruik van drugs; in Spanje liep het percentage in 2007 zelfs op tot 91 % ⁽²⁷⁾. In Tsjechië en Nederland houden de meeste delicten echter verband met de aanvoer van drugs, met percentages van respectievelijk 87 % en 69 % (figuur 2). Wie in Tsjechië betrapt wordt met een kleine hoeveelheid drugs die niet bestemd is voor de verkoop, krijgt een waarschuwing of een boete. In Nederland worden gebruiksdelicten doorgaans niet vervolgd ⁽²⁸⁾.

Tussen 2002 en 2007 is het aantal gebruiksdelicten in de meeste rapporterende landen toegenomen. Enkel Bulgarije, Griekenland, Nederland en Slovenië melden een daling in dezelfde periode ⁽²⁹⁾. Over het algemeen is het aantal gebruiksdelicten in de Europese Unie tussen 2002 en 2007 met naar schatting 32 % gestegen.

Ook het aantal aanvoerdelicten is in de periode van 2002 tot 2007 gestegen, maar heel wat minder snel, met ongeveer 14 % in de Europese Unie. In dezelfde periode melden acht landen een algemene daling van het aantal aanvoerdelicten. Acht andere landen rapporteren een stijging ⁽³⁰⁾.

Selected issue van het EWDD uit 2009 over veroordelingsstatistieken

Het EWDD publiceerde in 2009 een nieuw selected issue over veroordelingsstatistieken, waarin wordt onderzocht hoe drugsdelicten in de Europese landen worden afgehandeld. Het verslag is gebaseerd op de beschikbare nationale statistieken van politiediensten, openbaar aanklagers en rechtbanken, die worden geanalyseerd volgens het soort delict (drugsbezit of drugshandel) en het resultaat (boete, opsluiting of behandeling). De centrale vraag die wordt gesteld, is: wat is het meest waarschijnlijke scenario in elk land wanneer iemand wordt aangehouden voor drugsbezit of voor een aan drugshandel gerelateerd delict?

Dit selected issue is uitsluitend in het Engels beschikbaar, zowel op papier als in elektronische vorm (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/sentencing>).

⁽²⁵⁾ Zie EWDD (2007b) voor een bespreking van de verbanden tussen drugs en criminaliteit.

⁽²⁶⁾ Zie figuur DLO-1 en tabel DLO-1 in het Statistical Bulletin 2009.

⁽²⁷⁾ Zie tabel DLO-2 in het Statistical Bulletin 2009.

⁽²⁸⁾ Zie de „Landenoverzichten” voor Tsjechië en Nederland op de EWDD-website (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews>).

⁽²⁹⁾ Zie figuur DLO-1 en tabel DLO-4 in het Statistical Bulletin 2009.

⁽³⁰⁾ Zie figuur DLO-1 en tabel DLO-5 in het Statistical Bulletin 2009.

Trends per drug

Cannabis blijft de illegale drug die het vaakst een rol speelt bij gerapporteerde drugsdelicten in Europa ⁽³¹⁾. In de meeste Europese landen vertegenwoordigden de met cannabis verband houdende delicten in 2007 55 % tot 85 % van de gerapporteerde drugsdelicten. In slechts twee landen voerden andere drugs de lijst van drugsdelicten aan: in Litouwen ging het in 26 % van de gevallen om heroïne en in Tsjechië ging het in 59 % van de gevallen om metamfetamine. In Letland zijn de drugsdelicten gelijk verdeeld over cannabis, heroïne en ecstasy.

In de periode van 2002 tot 2007 is het aantal drugsdelicten met cannabis in de meeste rapporterende landen gestegen of stabiel gebleven, wat heeft geleid tot een stijging van naar schatting 23 % in de Europese Unie. Een neerwaartse trend doet zich naar verluidt voor in Bulgarije, Tsjechië en Slovenië ⁽³²⁾.

Het aantal delicten waarbij cocaïne in het spel was, steeg in de periode 2002-2007 in alle rapporterende landen, behalve in Bulgarije en Duitsland. Het EU-gemiddelde nam in die periode met 59 % toe ⁽³³⁾.

Het ziet ernaar uit dat de neerwaartse trend in het aantal delicten met heroïne die zich aftekende in voorgaande verslagen tot een einde is gekomen. In de periode van 2002 tot 2007 werd een stijging van ongeveer 7 % vastgesteld. Niet alle landen vertonen echter dezelfde lijn en de opwaartse trend is voornamelijk te wijten aan stijgingen in de afgelopen twee jaar in België, Griekenland, Spanje, Frankrijk, Polen en Portugal en aan een stabilisering in Duitsland en Oostenrijk ⁽³⁴⁾.

Het aantal amfetamedelicten in de Europese Unie blijft toenemen, met een gemiddelde stijging van 59 % tussen 2002 en 2007. Het aantal ecstasydelicten is in dezelfde periode daarentegen met naar schatting 22 % gedaald ⁽³⁵⁾.

Gezondheids- en sociale maatregelen in gevangenissen

De gevangenispopulatie in de Europese Unie telt ruim 600 000 gedetineerden ⁽³⁶⁾, wat een gemiddelde oplevert van ongeveer 120 gevangenen per 100 000 inwoners. De nationale gevangenispopulaties schommelen tussen 65

en 320 gevangenen per 100 000 inwoners. In de meeste Centraal- en Oost-Europese lidstaten ligt het aantal gevangenen boven het Europese gemiddelde. Toch blijven de nationale cijfers en het EU-gemiddelde ruim onder het cijfer van Rusland (629) en de VS (756) ⁽³⁷⁾.

Voor drugsdelicten veroordeelde gevangenen vertegenwoordigen in de meeste EU-landen 10 tot 30 % van de gevangenispopulatie. Een niet nader bekend percentage gevangenen is veroordeeld voor delicten met betrekking tot eigendommen, die werden begaan om een drugsverslaving te onderhouden, of voor andere drugsdelicten. Hoewel het totale aantal drugsdelinquenten onder veroordeelde gevangenen beperkt is, zijn zij in de afgelopen jaren in meerdere Centraal- en Oost-Europese lidstaten talrijker geworden.

Drugsgebruik in gevangenissen

De definities, onderzoeksthema's en methoden die worden gebruikt in studies naar drugsgebruik in gevangenissen zijn nog steeds onvoldoende gestandaardiseerd (Vandam, 2009; directoraat-generaal Gezondheid en consumentenbescherming, 2008a), hoewel uit recent onderzoek is gebleken dat drugsgebruik vaker blijft voorkomen bij gevangenen dan bij de algemene bevolking. Sinds 2002 hebben meerdere studies, voornamelijk West-Europese, aangetoond dat een derde tot een vijfde van de geënquêteerden verklaarde geregeld illegale drugs gebruikt te hebben vóór hun gevangenisstraf. Onderzoek geeft ook aan dat de schadelijkste vormen van drugsgebruik het vaakst voorkomen bij gevangenen. Een vijfde tot een derde van de geënquêteerden verklaarde ooit al drugs te hebben geïnjecteerd ⁽³⁸⁾.

Wanneer drugsgebruikers de gevangenis ingaan, verminderen zij hun gebruik of stoppen ze er helemaal mee, hoofdzakelijk omdat drugs er moeilijk te krijgen zijn. Zowel gevangenisdeskundigen als beleidsmakers in Europa erkennen evenwel dat illegale drugs tot in de meeste gevangenissen doordringen, ondanks alle aanvoerbeperkende maatregelen. Uit studies die sinds 2002 zijn uitgevoerd, is gebleken dat 1 tot 50 % van de gevangenen drugs heeft gebruikt in de gevangenis en dat wel 27 % er geregeld drugs gebruikt ⁽³⁹⁾. Uit een studie met 1 457 gedetineerden van zes Duitse gevangenissen is

⁽³¹⁾ Zie tabel DLO-3 in het Statistical Bulletin 2009.

⁽³²⁾ Zie figuur DLO-3 en tabel DLO-6 in het Statistical Bulletin 2009.

⁽³³⁾ Zie figuur DLO-3 en tabel DLO-8 in het Statistical Bulletin 2009.

⁽³⁴⁾ Zie figuur DLO-3 en tabel DLO-7 in het Statistical Bulletin 2009.

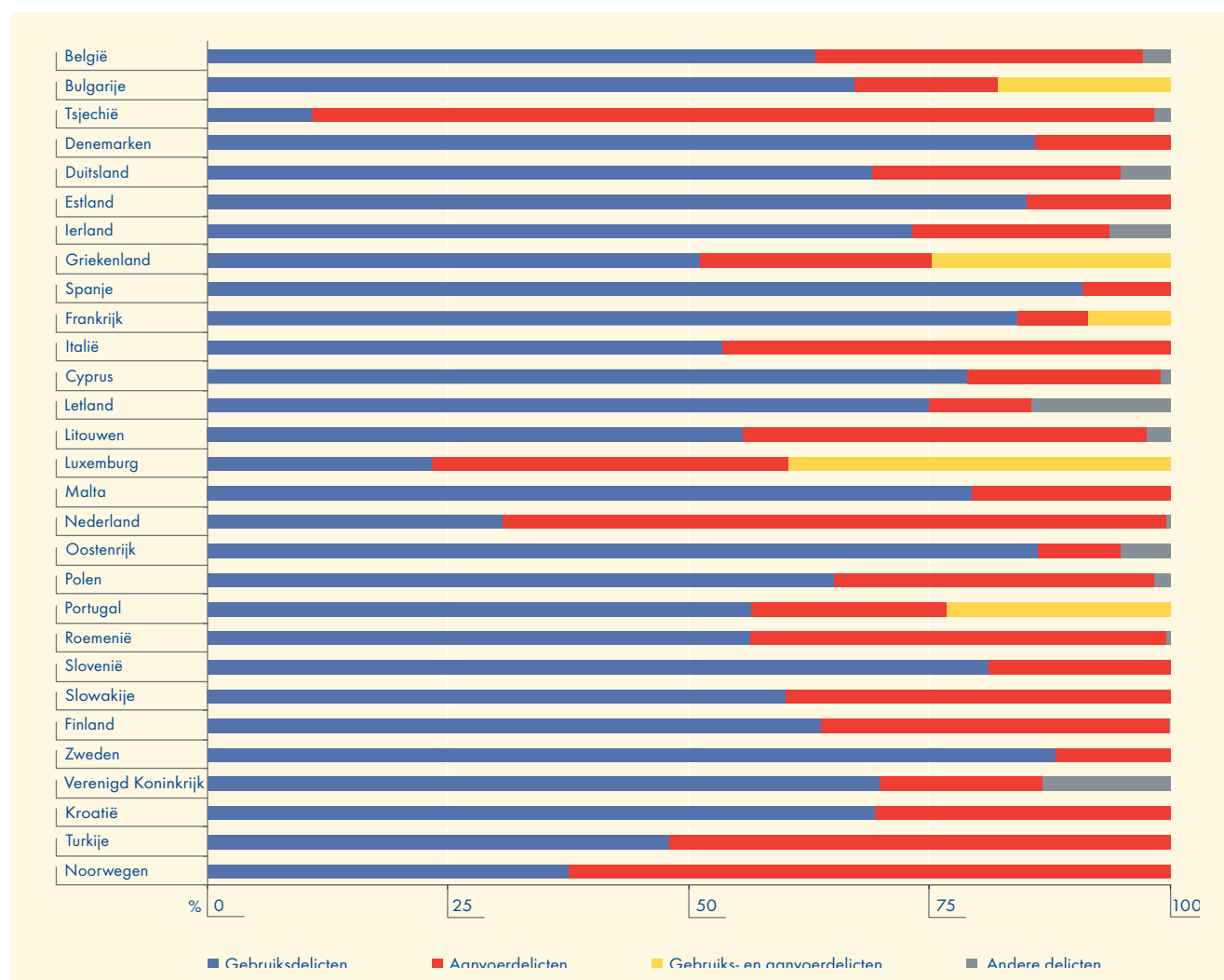
⁽³⁵⁾ Zie figuur DLO-3 in het Statistical Bulletin 2009.

⁽³⁶⁾ Gegevens over gevangenissen in Europa zijn beschikbaar op de website van de Raad van Europa op: http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_co-operation/prisons_and_alternatives/Statistics_SPACE_1/List_Space_1.asp.

⁽³⁷⁾ <http://www.kcl.ac.uk/depsta/law/research/icps/worldbrief> voor de cijfers over Rusland en de Verenigde Staten van Amerika.

⁽³⁸⁾ Zie de tabellen DUP-105 en DUP-2 in het Statistical Bulletin 2009.

⁽³⁹⁾ Zie tabel DUP-3 in het Statistical Bulletin 2009.

Figuur 2: Soorten delicten in de aangiften van drugsdelicten in Europa

NB: Zie voor nadere informatie figuur DLO-2 in het Statistical Bulletin 2009.

Bronnen: Nationale focal points van het Reitox-netwerk.

gebleken dat 22 % van hen in de gevangenis drugs had geïnjecteerd. Studies in vier andere landen maken melding van ten minste 10 % ⁽⁴⁰⁾. Gevangenen die drugs injecteren, delen hun materiaal vaker met anderen dan gebruikers die niet in de gevangenis zitten, wat het risico op de verspreiding van infectieziekten onder de gevangenispopulatie vergroot.

Gezondheidszorg in Europese gevangenissen

Gevangenen hebben recht op dezelfde medische verzorging als personen die in de maatschappij leven en de gezondheidsdiensten van gevangenissen moeten drugsgelerateerde problemen kunnen behandelen onder omstandigheden die vergelijkbaar zijn met die buiten de gevangenis (CPT, 2006; WHO, 2007). Dit algemene gelijkwaardigheidsbeginsel wordt door de Europese Unie

erkend in de aanbeveling van de Raad van 18 juni 2003 betreffende de preventie en beperking van gezondheidsschade die samenhangt met drugsverslaving ⁽⁴¹⁾ en het nieuwe EU-drugsactieplan (2009-2012) roept op tot de tenuitvoerlegging ervan.

Beleidsmakers beginnen meer aandacht te besteden aan de verstrekking van gezondheidszorg aan gevangenen en er zijn ook tekenen dat de EU-lidstaten de dienstverlening aan gevangenen verbeteren. Zo melden diverse landen dat zij nu ook beschikken over een nationaal gezondheidsbeleid en nationale gezondheidsprogramma's voor gevangenissen. Toch moet er nog veel worden gedaan om gevangenen toegang te bieden tot gezondheidszorg van hetzelfde niveau en dezelfde kwaliteit als de gezondheidszorg buiten de gevangenis. Bovendien moeten gevangenissen het hoofd bieden aan

⁽⁴⁰⁾ Zie tabel DUP-4 in het Statistical Bulletin 2009.

⁽⁴¹⁾ PB L 165 van 3.7.2003, blz. 31.

problemen die voortvloeien uit de specifieke zorgbehoeften van drugsgebruikers, zoals door bloed overgedragen infectieziekten en comorbide psychiatrische problemen.

Zorgaanbod voor gedetineerde drugsgebruikers

Diensten die in Europa aan gevangenen worden verleend, zijn onder meer informatieverstrekking over drugs en gezondheid, tests op infectieziekten en vaccinatie, behandeling van drugsverslaving, inclusief detoxificatie, substitutiebehandeling en drugsvrije aanpakwijzen alsmede voorbereiding op vrijlating. Voorbeelden van de voortdurende uitbreiding van de dienstverlening aan gevangenen zijn onder meer de invoering van substitutiebehandeling in gevangenissen in Tsjechië, Polen en Zweden, een drugsvrij behandelingsprogramma op Cyprus en de uitbreiding van de Deense „behandelingsgarantie” (gegarandeerde toegang tot drugsbehandeling binnen de twee weken na aanvraag) naar gevangenissen.

De voortzetting van een substitutiebehandeling na afloop van een gevangenisstraf is toegelaten volgens de officiële wetteksten van 26 landen, waarvan er vijf de voortzetting evenwel niet toepassen. In 21 landen kan een substitutiebehandeling ook in de gevangenis worden gestart. Volgens deskundigen zijn er evenwel verschillen in de verstrekking van deze interventie.

Substitutiebehandeling is in negen landen beschikbaar in vrijwel alle gevangenissen en in vier andere landen is dat het geval in meer dan de helft van de gevangenissen. In Tsjechië, Frankrijk, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk wordt substitutiebehandeling naar schatting in minder dan de helft van de gevangenissen aangeboden en in Hongarije, Polen, Finland en Zweden slechts in enkele gevangenissen. Tot slot is dit soort behandeling niet beschikbaar in de gevangenissen van negen landen (Bulgarije, Estland, Griekenland, Cyprus, Litouwen, Letland, Slowakije, Roemenië en Turkije), hoewel stappen in die zin worden ondernomen in Bulgarije en Roemenië en in Letland een debat wordt gevoerd over een eventuele wijziging van de wet.

Een beperkt aanbod van substitutiebehandeling in de maatschappij betekent doorgaans dat het aanbod van dit soort behandeling in gevangenissen zeer beperkt tot onbestaande is ⁽⁴²⁾. Andere door de lidstaten

gesignaleerde hinderpalen voor substitutiebehandeling in gevangenissen zijn: het gebrek aan een rechtskader om met de behandeling te kunnen beginnen (Finland) en het betalende karakter van de behandeling (Franstalige Gemeenschap in België). De verstrekking van substitutiebehandeling hangt ook af van lokale factoren en in bepaalde gevallen is het de geneesheer van de gevangenis die het initiatief moet nemen.

Met betrekking tot de beschikbaarheid en het niveau van de verstrekking van andere preventieve en schadebeperkende maatregelen in gevangenissen zijn gegevens van deskundigen voorhanden voor 26 EU-lidstaten, Noorwegen en Turkije. Individuele counseling over infectieziekten en de evaluatie van drugsgerelateerd risicogedrag worden aangeboden in de gevangenissen van 26 landen. In 22 landen worden gevangenen bij het binnenkomen van de gevangenis getest op hepatitis C, maar niet in Hongarije, Polen en Turkije. In Hongarije werden in de eerste negen maanden van een sinds 2007 lopende campagne echter meer dan 14 % van alle gevangenen gecontroleerd op hcv. Andere interventies zijn onder meer op gevangenissen gerichte vaccinatieprogramma's tegen hepatitis B, op drugs gerichte opleidingen voor gevangenispersoneel inzake gezondheidsbevordering en advies en instructies voor veiliger drugsgebruik, die alle gerapporteerd worden in dertien landen, hoewel het bereik ervan varieert.

Preventiemaatregelen voor overdoses zijn in vergelijkbare mate beschikbaar. Hoewel 18 landen counseling over het risico op overdoses aanbieden voordat gevangenen worden vrijgelaten, wordt geschat dat de dienst in de afgelopen twaalf maanden in slechts acht landen aan meer dan slechts enkele gevangenen is verleend. Speciaal op gevangenissen afgestemd voorlichtingsmateriaal over sterfgevallen en noodgevallen ten gevolge van drugsgebruik is slechts in zeven landen beschikbaar ⁽⁴³⁾.

Omruilprogramma's voor naalden en spuiten in gevangenissen werden gerapporteerd door Duitsland, Spanje, Luxemburg, Portugal en Roemenië en het Verenigd Koninkrijk (Schotland) heeft plannen in die richting. Weerstand van het gevangenispersoneel en gebrek aan vertrouwelijkheid werden genoemd als voornaamste belemmeringen voor de succesvolle tenuitvoerlegging van een aantal omruilprogramma's voor naalden en spuiten in gevangenissen.

⁽⁴²⁾ Zie figuur HSR-2 in het Statistical Bulletin 2009.

⁽⁴³⁾ Zie tabel HSR-7 in het Statistical Bulletin 2009.



Hoofdstuk 3

Cannabis

Inleiding

Het Europese beeld met betrekking tot cannabis heeft zich de afgelopen tien jaar sterk ontwikkeld, evenals het debat over de juiste manier van omgaan met het grootschalige gebruik van deze drug. In het begin en midden van de jaren negentig sprongen een paar landen eruit vanwege hun hoge prevalentiewaarden, maar was de norm in Europa een gebruiksniveau dat, naar huidige maatstaven, laag was. In bijna alle landen is het cannabisgebruik in de jaren negentig en het begin van deze eeuw gestegen, hetgeen ertoe heeft geleid dat het Europese beeld vandaag de dag veel minder gevarieerd is, ook al bestaan er nog steeds aanzienlijke verschillen tussen landen. Bovendien heeft men de afgelopen jaren meer inzicht gekregen in de gevolgen van het langdurige en grootschalige gebruik van deze drug voor de volksgezondheid en zijn de gerapporteerde niveaus voor de vraag naar behandeling voor cannabisgerelateerde problemen gestegen. Wellicht is er in Europa nu een nieuwe fase aangebroken, aangezien de resultaten van onderzoek bij de algemene bevolking en scholieren wijzen op een stabilisering of zelfs een daling. Historisch gezien blijven de gebruiksniveaus echter hoog en de vraag hoe aan een doeltreffende aanpak van cannabisgebruik moet worden vormgegeven blijft een heet hangijzer in het Europese debat over drugs.

Aanvoer en beschikbaarheid

Productie en handel

Cannabis kan onder allerlei verschillende omstandigheden worden geteeld en groeit in vele delen van de wereld in het wild. Momenteel wordt ervan uitgegaan dat de plant wordt geteeld in 172 landen en gebieden (UNODC, 2009) ⁽⁴⁴⁾. Uit dit alles blijkt dat het uitermate moeilijk is om met enige precisie een schatting te maken van de wereldwijde productie van cannabis. Het UNODC (2009) raamt de mondiale productie van cannabisbladeren in 2008 op 13 300 tot 66 100 ton.

Cannabisteelt is wijdverbreid in Europa en neemt mogelijk nog toe (Korf, 2008). In 2007 meldden 19 Europese landen dat op hun grondgebied cannabis werd geteeld, hoewel de omvang van het fenomeen aanzienlijk lijkt te variëren. Toch is een groot deel van de in Europa gebruikte cannabis wellicht afkomstig van intraregionale handel.

Cannabisbladeren worden in Europa ook ingevoerd, voornamelijk uit Afrika (bv. Nigeria, Marokko, Ghana en Zuid-Afrika) en in mindere mate uit Zuidwest-Azië (Pakistan) en het Amerikaanse continent (Jamaica) (INCB, 2009a).

De mondiale productie van cannabisbush wordt voor 2008 geraamd op 2 200 tot 9 900 ton (UNODC, 2009)

Tabel 2: Productie, vangsten, straatwaarde en sterkte van cannabisbladeren en -hars

	Cannabishars	Cannabisbladeren
Geschatte wereldwijde productie (ton)	2 200–9 900	13 300–66 100
Wereldwijd onderschepte hoeveelheid (ton)	1 300	5 600
Onderschepte hoeveelheid (ton)	853	70
EU en Noorwegen (incl. Kroatië en Turkije)	(859)	(96)
Aantal vangsten EU en Noorwegen (incl. Kroatië en Turkije)	324 000 (325 000)	227 000 (241 000)
Gemiddelde straatwaarde (EUR per gram)	3–11	1–12
Bereik (interkwartielafstand) ⁽¹⁾	(5–9)	(4–9)
Bereik gemiddelde sterkte (THC-gehalte)	2–13 %	1–10 %

⁽¹⁾ Bereik van de middelste helft van de gerapporteerde gemiddelde straatwaarden.

NB: Alle gegevens hebben betrekking op 2007, behalve de schattingen van de wereldwijde productie, die betrekking hebben op 2008.

Bronnen: Het World Drug Report 2009 van het UNODC voor de mondiale waarden en de nationale focal points van het Reitox-netwerk voor de Europese gegevens.

⁽⁴⁴⁾ Zie voor informatie over de gegevensbronnen inzake de aanvoer en beschikbaarheid van drugs, blz. 41.

en Marokko blijft de grootste producent. Het teeltgebied voor de productie van cannabisbushars is er afgenomen van 134 000 hectare in 2003 tot 76 400 hectare in 2005 (UNODC en de regering van Marokko, 2007). Harsproductie wordt ook gemeld in andere landen, waaronder Afghanistan en Pakistan (UNODC, 2009). In Marokko geproduceerde cannabisbushars wordt Europa traditioneel binnengesmokkeld via het Iberische schiereiland en Nederland, waarna de drug verder wordt gedistribueerd naar andere Europese landen.

Vangsten

In 2007 is wereldwijd naar schatting 5 600 ton cannabisbladeren en 1 300 ton cannabisbushars in beslag genomen, wat een stijging van ongeveer 10 % inhoudt ten opzichte van het jaar ervoor. Noord-Amerika blijft verantwoordelijk voor het grootste deel van de geconfisqueerde cannabisbladeren (66 %), terwijl de hoeveelheden in beslag genomen hars nog altijd geconcentreerd zijn in West- en Centraal-Europa (66 %) (UNODC, 2009).

In 2007 zijn in Europa naar schatting 241 000 vangsten van cannabisbladeren gedaan, met een totaalgewicht van 96 ton ⁽⁴⁵⁾. Het aantal vangsten is meer dan verdubbeld tussen 2002 en 2007. De hoeveelheid geconfisqueerde cannabisbladeren was in de eerste twee jaar van die

periode gehalveerd en is vervolgens opnieuw gaan stijgen, hoewel de in beslag genomen hoeveelheden ruim onder de 130 ton van 2002 bleven. Het Verenigd Koninkrijk rapporteerde de meeste vangsten van cannabisbladeren, wat goed was voor zowat de helft van de totale vangst in 2005 en 2006. Turkije (25,5 ton) en België (12,8 ton) rapporteerden recordvangsten in 2007.

De vangsten van cannabisbushars in Europa overtreffen die van cannabisbladeren zowel in aantal als in hoeveelheid ⁽⁴⁶⁾: in 2007 ongeveer 325 000 vangsten van cannabisbushars en een onderschepte hoeveelheid van 859 ton, bijna negen keer de onderschepte hoeveelheid cannabisbladeren. Het aantal vangsten van cannabisbushars is tussen 2002 en 2007 gestegen, hoewel de geconfisqueerde hoeveelheid in dezelfde periode schommelde. Iets meer dan de helft van het totale aantal vangsten van cannabisbushars en ongeveer drie kwart van de in 2007 onderschepte hoeveelheid werden door Spanje gerapporteerd, terwijl recordvangsten van cannabisbushars werden gedaan in België (59 ton), Portugal (43 ton) en Turkije (6 ton).

De vangsten van cannabisplanten zijn sinds 2002 gestaag in aantal toegenomen, tot naar schatting 15 000 gevallen in 2007. De landen rapporteren de onderschepte hoeveelheid als het aantal in beslag genomen planten of geven een raming van het gewicht. Er werden 2,4 miljoen planten geconfisqueerd, een cijfer dat de laatste twee jaar

Aanvoer en beschikbaarheid van drugs – Gegevens en bronnen

De systematische informatieverzameling om de markten voor en de handel in illegale drugs in kaart te brengen, vindt nog steeds in beperkte mate plaats. Schattingen van de productie van heroïne, cocaïne en cannabis worden verkregen uit schattingen van de teelt, die het resultaat zijn van veldwerk (het nemen van steekproeven ter plaatse) en opnemingen vanuit de lucht en door satellieten. Deze schattingen hebben enkele belangrijke beperkingen, die bijvoorbeeld verband houden met de variaties in de opbrengstcijfers of de moeilijkheid om gewassen te monitoren die ook binnen kunnen worden geteeld of niet beperkt zijn tot een bepaald geografisch gebied, zoals cannabis.

Drugsvangsten worden vaak beschouwd als een indirecte indicator van het aanbod, de gebruikte handelsroutes en de beschikbaarheid van drugs. Zij vormen een meer directe indicator voor de geleverde inspanningen op het gebied van wetshandhaving (bv. prioriteiten, middelen en strategieën) en weerspiegelen ook de kwetsbaarheid van handelaars en de toegepaste verslagleggingspraktijken. Ook gegevens over de zuiverheid of sterkte en de straatwaarde van illegale drugs

kunnen worden geanalyseerd om de illegale drugsmarkten beter te begrijpen. De beschikbaarheid van dit soort gegevens kan echter beperkt zijn en er kan worden getwijfeld aan de betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid ervan. Inlichtingen van rechtshandavingsinstanties kunnen helpen om het beeld te vervolledigen.

Het EWDD verzamelt nationale gegevens over drugsvangsten en over de zuiverheid en de straatwaarde van drugs in Europa. Andere gegevens over het aanbod van drugs zijn voornamelijk afkomstig van de informatiesystemen en analyses van het UNODC, aangevuld met informatie van Europol. Informatie over drugsprecursoren wordt verkregen van de Europese Commissie, die gegevens verzamelt over de inbeslagname van deze stoffen in de EU, en de INCB, die betrokken is bij internationale initiatieven ter voorkoming van misbruik van chemische precursoren die worden gebruikt voor de vervaardiging van illegale drugs.

Omdat in veel delen van de wereld geen geavanceerde informatiesystemen met betrekking tot het aanbod van drugs voorhanden zijn, moeten sommige schattingen en andere gerapporteerde gegevens met de nodige terughoudendheid worden geïnterpreteerd, ook al gaat het daarbij om de best mogelijke schattingen.

⁽⁴⁵⁾ De gegevens over Europese drugsvangsten die in dit hoofdstuk worden genoemd, zijn te vinden in de tabellen SZR-1 tot SZR-6 in het Statistical Bulletin 2009.

⁽⁴⁶⁾ Door verschillen in de omvang van zendingen en in de reisafstand en door het feit dat internationale grenzen moeten worden overgestoken, is voor cannabisbushars het risico op inbeslagname groter dan voor binnenlands geproduceerde cannabisbladeren.

vrij stabiel is gebleven, maar wel een stijging inhoudt ten opzichte van de 1,5 miljoen van 2002. Het gewicht van de onderschepte planten kende een opvallende stijging sinds 2002 en liep in 2007 op tot 27 ton, waarvan 25 ton door Spanje werd gemeld.

Sterkte en prijs

De sterkte van cannabisproducten wordt bepaald door de hoeveelheid delta-9-tetrahydrocannabinol (THC), het primaire actieve bestanddeel. De sterkte van cannabis varieert aanzienlijk tussen en binnen landen alsook tussen de verschillende cannabisproducten. Informatie over de sterkte van cannabis wordt in de meeste gevallen verkregen uit forensische analyse van monsters die worden genomen van in beslag genomen cannabis. Gegevens over de sterkte van de drug dienen steeds met de nodige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd, aangezien niet bekend is in hoeverre de geanalyseerde monsters representatief zijn voor de gehele markt. In 2007 varieerde het gerapporteerde gemiddelde THC-percentage van cannabisbushars in de landen van 2,9 tot 13,3 %. De gemiddelde sterkte van cannabisbladeren, exclusief inlandse sinsemilla („nederwiet”) uit Nederland, varieerde van 1,2 tot 10,2 %. In de periode 2002-2007 bleef de sterkte van cannabisbushars en van cannabisbladeren in veel van de 16 Europese landen die voldoende gegevens verschaften stabiel of was er een daling. Er is echter een opwaartse trend in het gemiddelde THC-gehalte van cannabisbushars waargenomen in Portugal en Luxemburg. Vijf andere landen deden dezelfde vaststelling bij cannabisbladeren. Informatie over de sterkte van lokaal geproduceerde cannabisbladeren over een aantal jaren zijn uitsluitend beschikbaar voor Nederland, waar na een piek van 20,3 % in 2004 in de afgelopen jaren een daling werd vastgesteld van de gemiddelde sterkte van nederwiet tot 16,0 % in 2006, een waarde die in 2007 onveranderd is gebleven ⁽⁴⁷⁾.

De gemiddelde straatwaarde van cannabisbushars varieerde in 2007 van 3 tot 11 EUR per gram in de 18 landen die prijsgegevens hebben verstrekt en in de helft van deze landen lag de prijs tussen 5 en 9 EUR. De gemiddelde straatwaarde van cannabisbladeren varieerde van 1 tot 12 EUR per gram in de 17 landen die hierover hebben gerapporteerd en in de helft van deze landen lag de prijs tussen 4 en 9 EUR. In de 11 landen waarvan de gegevens betrekking hadden op de periode van 2002 tot 2007 is de gemiddelde (voor inflatie gecorrigeerde) straatwaarde van cannabisbushars gedaald. De beschikbare gegevens wijzen op een stabielere situatie voor de prijzen van cannabisbladeren.

Prevalentie en gebruikspatronen

De algemene bevolking

Volgens conservatieve schattingen hebben ten minste 74 miljoen Europeanen ooit in hun leven cannabis gebruikt („ooit”-gebruik), hetgeen neerkomt op ruim één vijfde van alle 15- tot 64-jarigen (zie tabel 3 voor een overzicht van de gegevens). Hoewel er tussen landen aanzienlijke verschillen bestaan, met cijfers per land die variëren van 1,5 tot 38,6 %, melden de meeste landen schattingen van 10 tot 30 %.

Veel landen melden relatief hoge prevalentiewaarden voor recent (in het afgelopen jaar) en actueel gebruik (in de afgelopen maand) van cannabis. Naar schatting hebben ongeveer 22,5 miljoen Europeanen in de afgelopen twaalf maanden cannabis gebruikt, of gemiddeld ongeveer 6,8 % van de leeftijdscategorie van 15 tot 64 jaar. Bij schattingen van actueel gebruik gaat het om mensen die op een meer regelmatige basis cannabis gebruiken, hoewel dat gebruik niet noodzakelijkerwijs intensief is. Geschat wordt dat 12 miljoen Europeanen in de afgelopen maand cannabis hebben gebruikt, of gemiddeld ongeveer 3,6 % van de 15- tot 64-jarigen.

Cannabisgebruik onder jongvolwassenen

Het gebruik van cannabis is grotendeels geconcentreerd onder jongeren (15-34 jaar), waarbij de hoogste recente gebruiksniveaus over het algemeen worden gemeld onder de 15- tot 24-jarigen. Dit geldt in bijna alle Europese landen, met uitzondering van Portugal ⁽⁴⁸⁾.

Uit bevolkingsenquêtes blijkt dat gemiddeld 31,1 % van de jongvolwassen Europeanen (15-34 jaar) ooit cannabis heeft gebruikt, 12,5 % van hen de drug in het afgelopen jaar heeft gebruikt en 6,8 % in de afgelopen maand. Geschat wordt dat nog hogere percentages Europeanen in de leeftijdscategorie 15 tot 24 jaar het afgelopen jaar (15,9 %) of de afgelopen maand (8,3 %) cannabis hebben gebruikt. Nationale schattingen van het cannabisgebruik variëren sterk tussen de verschillende landen bij alle prevalentietellingen, waarbij de landen met de hoogste prevalenties waarden rapporteren die tot tien maal zo hoog zijn dan die van de landen waar de prevalentie het laagst is.

Cannabisgebruik ligt hoger bij mannen dan bij vrouwen (zie EWDD, 2006a), hoewel er opvallende verschillen tussen landen worden waargenomen. Zo varieert de verhouding tussen mannen en vrouwen onder degenen die zeggen in het afgelopen jaar cannabis te hebben gebruikt van 6,4 mannen voor elke vrouw in Portugal tot 1,4 in Oostenrijk.

⁽⁴⁷⁾ Zie de tabellen PPP-1 en PPP-5 in het Statistical Bulletin 2009 voor gegevens over sterkte en prijs.

⁽⁴⁸⁾ Zie figuur GPS-1 in het Statistical Bulletin 2009.

Enquêtes — een belangrijk hulpmiddel om inzicht te krijgen in gebruikspatronen en trends in Europa

Het drugsgebruik onder de algemene bevolking of onder scholieren wordt gemeten door middel van representatieve enquêtes die schattingen opleveren van het deel van de bevolking dat gedurende een bepaalde periode een bepaalde drug heeft gebruikt. Enquêtes leveren ook nuttige contextuele informatie op over gebruikspatronen, de sociaaldemografische kenmerken van gebruikers en percepties van de risico's en de beschikbaarheid.

Het EWDD heeft in samenwerking met nationale deskundigen een reeks gemeenschappelijke kernelementen ontwikkeld (de „Europese modellenquête”) voor gebruik bij enquêtes onder volwassenen. Dit protocol wordt inmiddels in de meeste EU-lidstaten toegepast. Toch zijn er nog altijd verschillen tussen landen wat betreft de gebruikte methodologie en het jaar waarin de gegevensverzameling heeft plaatsgevonden. Bij de interpretatie van kleine verschillen tussen landen dient derhalve de nodige terughoudendheid in acht genomen te worden.

Aangezien enquêtes een dure aangelegenheid zijn, zijn er maar weinig Europese landen die jaarlijks informatie vergaren en doen veel landen dit elke twee of vier jaar. In dit verslag worden gegevens gepresenteerd op basis van de meest recente resultaten, die in de meeste gevallen afkomstig zijn van enquêtes die zijn gehouden tussen 2004 en 2007.

Van de drie standaardtijds aanduidingen die worden gebruikt voor het rapporteren van enquêtegegevens, is „ooit”-gebruik (gebruik van een drug op een willekeurig tijdstip in iemands leven) de breedste categorie. Deze maatstaf geeft geen goed beeld van het huidige gebruik onder volwassenen, maar kan wel nuttig zijn om inzicht te krijgen in gebruikspatronen en in de incidentie van drugsgebruik. Bij volwassenen — de standaardleeftijdscategorieën van het EWDD zijn de 15- tot 64-jarigen (alle volwassenen) en de 15- tot 34-jarigen (jongvolwassenen) — wordt voornamelijk gekeken naar het recente en het actuele gebruik (gebruik in de afgelopen twaalf maanden of de afgelopen dertig dagen vóór de enquête) ⁽¹⁾. Bij scholieren liggen het „ooit”-gebruik en het recente gebruik dicht bij elkaar aangezien illegaal drugsgebruik bij jongeren van minder dan 15 jaar maar zelden voorkomt.

In het kader van het ESPAD-project (Europese studie naar de consumptie van alcohol en drugs op school) worden gestandaardiseerde methoden en instrumenten gebruikt om het drugs- en alcoholgebruik te meten in representatieve steekproeven van 15- tot 16-jarige scholieren. Er werden enquêtes gehouden in 1995, 1999, 2003 en 2007. In 2007 werden gegevens verzameld in 35 landen, waaronder 25 EU-lidstaten, Noorwegen en Kroatië ⁽²⁾.

⁽¹⁾ Zie voor nadere informatie <http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/gps-overview>.

⁽²⁾ Een samenvatting van de voornaamste conclusies van de ESPAD-studie van 2007 is in 23 talen beschikbaar (<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index77163EN.html>). Het volledige verslag kan online worden geraadpleegd op de website van ESPAD (<http://www.espad.org>).

Cannabisgebruik onder scholieren

De ESPAD-enquête ⁽⁴⁹⁾ levert vergelijkbare gegevens op over alcohol- en drugsgebruik onder 15- tot 16-jarige scholieren in Europa (Hibell et al., 2009). In 2007 werd de enquête gehouden in 25 EU-lidstaten alsook in Noorwegen en Kroatië. Bepaalde landen (bv. Spanje, Zweden en het Verenigd Koninkrijk) rapporteren ook gegevens uit hun eigen nationale schoolenquêtes, onder meer met betrekking tot cannabisgebruik, die vergelijkbaar zijn met de ESPAD-enquête en het HBSC-onderzoek (Health-Behaviour in School-aged Children).

De gegevens van de ESPAD-enquête van 2007 wijzen erop dat het „ooit”-gebruik van cannabis het hoogst is onder 15- tot 16-jarige scholieren in Tsjechië (45 %) ⁽⁵⁰⁾, terwijl Estland, Frankrijk, Nederland, Slowakije en het Verenigd Koninkrijk prevalentiewaarden van 26 tot 32 % melden. In 15 landen ligt het „ooit”-gebruik van cannabis tussen de 13 en 25 %. Het laagste gebruik (minder dan 10 %) wordt gerapporteerd door Griekenland, Cyprus, Roemenië, Finland, Zweden en Noorwegen. Globaal genomen is er tussen de twee seksen maar weinig verschil in het „ooit”-gebruik van cannabis.

Het actuele gebruik van cannabis onder 15- tot 16-jarigen in Europa is het hoogst in Spanje (20 %) en Tsjechië (18 %) ⁽⁵¹⁾.

Internationale vergelijkingen

Europese cijfers kunnen worden vergeleken met die uit andere delen van de wereld. In de Verenigde Staten leverde de nationale enquête inzake drugsgebruik en gezondheid (Samhsa, 2007) bijvoorbeeld een schatting op van het „ooit”-gebruik van cannabis onder jongvolwassenen (15-34 jaar, herberekend door het EWDD) van 49 % en een recent gebruik van 21 %. Voor dezelfde leeftijdsgroep in Canada lag het „ooit”-gebruik van cannabis op 58 % en het recent gebruik op 28 % (2004), terwijl in Australië de percentages respectievelijk 47 % en 16 % bedroegen (2007). Al deze cijfers liggen boven de overeenkomstige Europese gemiddelden van respectievelijk 31,1 % en 12,5 %.

Onder scholieren rapporteren enkel Spanje en Tsjechië een vergelijkbaar „ooit”-gebruik van cannabis met dat van de Verenigde Staten en Australië.

Trends in cannabisgebruik

Uit nationale aan het EWDD gemelde enquêtegegevens blijkt dat het cannabisgebruik in vrijwel alle EU-lidstaten opvallend is gestegen in de loop van jaren negentig, in

⁽⁴⁹⁾ Zie het kader over enquêtes.

⁽⁵⁰⁾ Zie figuur EYE-1 deel (ii) in het Statistical Bulletin 2009.

⁽⁵¹⁾ Zie figuur EYE-1 deel (i) in het Statistical Bulletin 2009.

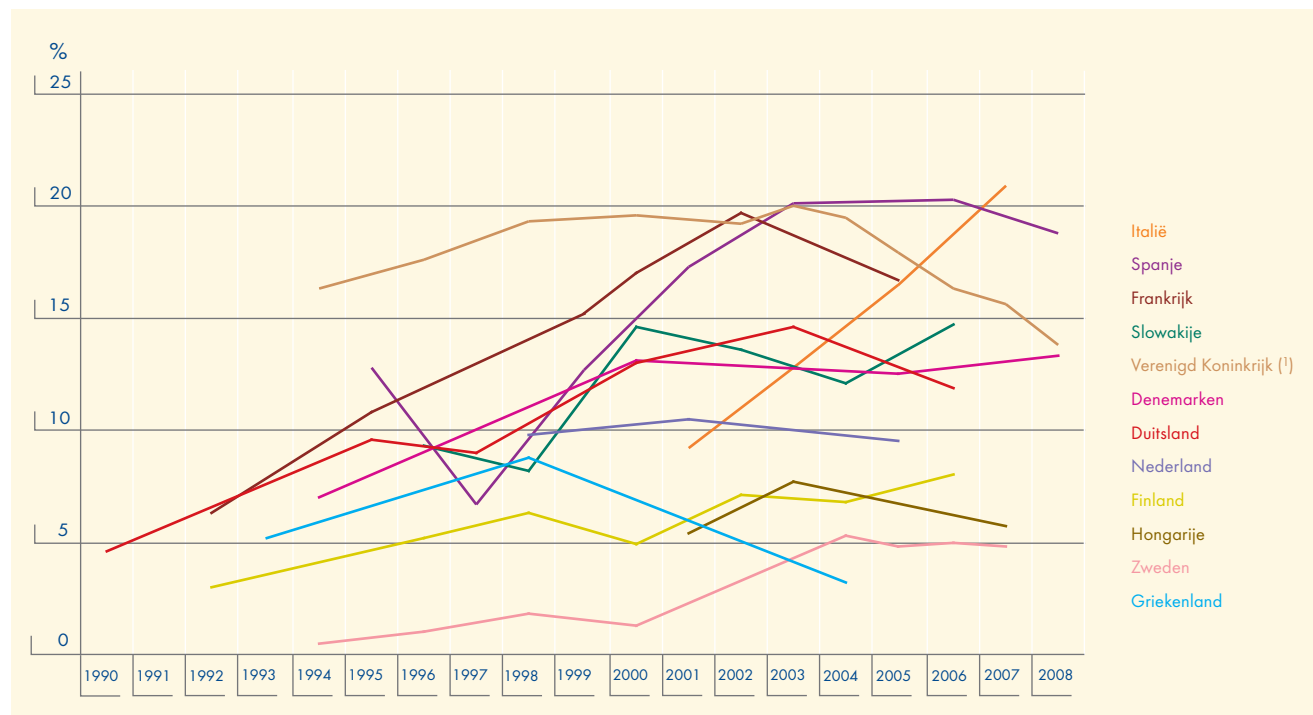
Tabel 3: Prevalentie van cannabisgebruik onder de algemene bevolking – Samenvatting van de gegevens

Leeftijdsgroep	Tijdsbestek van het gebruik		
	Ooit	Afgelopen jaar	Afgelopen maand
15-64 jaar			
Geschat aantal gebruikers in Europa	74 miljoen	22,5 miljoen	12 miljoen
Europees gemiddelde	22,1 %	6,8 %	3,6 %
Bereik	1,5-38,6 %	0,4-14,6 %	0,1-7,2 %
Landen met de laagste prevalentie	Roemenië (1,5 %), Malta (3,5 %), Bulgarije (5,6 %), Cyprus (6,6 %)	Roemenië (0,4 %), Malta (0,8 %), Griekenland (1,7 %), Bulgarije (1,9 %)	Roemenië (0,1 %), Malta (0,5 %), Zweden (0,6 %), Litouwen (0,7 %)
Landen met de hoogste prevalentie	Denemarken (38,6 %), Italië (31,2 %), Frankrijk (30,6 %), Verenigd Koninkrijk (30,0 %)	Italië (14,6 %), Spanje (10,1 %), Tsjechië (9,3 %), Frankrijk (8,6 %)	Italië (7,2 %), Spanje (7,1 %), Frankrijk, Tsjechië (4,8 %)
15-34 jaar			
Geschat aantal gebruikers in Europa	41,5 miljoen	17 miljoen	9 miljoen
Europees gemiddelde	31,1 %	12,5 %	6,8 %
Bereik	2,9-48,0 %	0,9-20,9 %	0,3-13,4 %
Landen met de laagste prevalentie	Roemenië (2,9 %), Malta (4,8 %), Cyprus (9,9 %), Griekenland (10,8 %)	Roemenië (0,9 %), Malta (1,9 %), Griekenland (3,2 %), Cyprus (3,4 %)	Roemenië (0,3 %), Zweden (1,3 %), Griekenland, Litouwen (1,5 %)
Landen met de hoogste prevalentie	Denemarken (48,0 %), Frankrijk (43,6 %), Verenigd Koninkrijk (40,1 %), Tsjechië (38,3 %)	Italië (20,9 %), Tsjechië (19,3 %), Spanje (18,8 %), Frankrijk (16,7 %)	Spanje (13,4 %), Italië (10,4 %), Tsjechië, Frankrijk (9,8 %)
15-24 jaar			
Geschat aantal gebruikers in Europa	19 miljoen	10 miljoen	5 miljoen
Europees gemiddelde	30,5 %	15,8 %	8,3 %
Bereik	3,7-43,9 %	1,5-28,2 %	0,5-16,9 %
Landen met de laagste prevalentie	Roemenië (3,7 %), Malta (4,9 %), Cyprus (6,9 %), Griekenland (9,0 %)	Roemenië (1,5 %), Griekenland, Cyprus (3,6 %), Zweden (6,0 %), Portugal (6,6 %)	Roemenië (0,5 %), Griekenland (1,2 %), Zweden (1,6 %), Cyprus, Litouwen (2,0 %)
Landen met de hoogste prevalentie	Tsjechië (43,9 %), Frankrijk (42,0 %), Denemarken (41,1 %), Duitsland (39,0 %)	Tsjechië (28,2 %), Spanje (24,1 %), Italië (22,6 %), Frankrijk (21,7 %)	Spanje (16,9 %), Tsjechië (15,4 %), Frankrijk (12,7 %), Italië (11,5 %)
De prevalentieschattingen in Europa zijn berekend met behulp van gewogen gemiddelden op basis van de meest recente nationale enquêtes die werden gehouden tussen 2001 en 2008 (voornamelijk 2004-2008). Zij kunnen dan ook niet aan een welbepaald jaar gekoppeld worden. De gemiddelde prevalentie in Europa is berekend met behulp van een gewogen gemiddelde op basis van de populatie van de relevante leeftijdsgroep in elk land. In landen waarvoor geen informatie beschikbaar was, is de gemiddelde prevalentie in de EU gebruikt. De populaties waarop de cijfers zijn gebaseerd, zijn: 15-64 (324 miljoen), 15-34 (133 miljoen) en 15-24 (63 miljoen). De gegevens die hier worden samengevat, zijn beschikbaar onder „General population surveys” in het Statistical Bulletin 2009.			

het bijzonder onder jongeren (figuur 3) en scholieren. Aan het begin van deze eeuw had in de meeste Europese landen een aanzienlijk deel van de jonge bevolking de drug ooit al gebruikt of gebruikten de jongeren hem nog steeds. Dat blijkt duidelijk uit het feit dat tussen 1998 en 2003 het „ooit“-gebruik van cannabis onder 15- tot 34-jarigen steeg tot ongeveer 30 % in zeven landen en tot zelfs meer dan 40 % in twee andere landen. Het

overeenkomstig recent gebruik liep in dezelfde leeftijdscategorie in zeven landen op tot wel 15-20 %, terwijl het actueel gebruik in zes landen varieerde van 8 tot 15 %.

Bijzonder interessant is de trend in cannabisgebruik in het Verenigd Koninkrijk, het land dat zich begin en medio jaren negentig liet opmerken als het land met de hoogste geschatte prevalentie in Europa. Deze situatie is geleidelijk

Figuur 3: Trends in de prevalentie van cannabisgebruik in het afgelopen jaar onder jongvolwassenen (15-34 jaar)

(1) Engeland en Wales.

NB: Zie voor nadere informatie figuur GPS-4 in het Statistical Bulletin 2009.

Bronnen: Nationale Reitox-verslagen (2008), gebaseerd op bevolkingsenquêtes, onderzoeksverslagen en wetenschappelijke artikelen.

aan veranderd, naarmate het gebruik in de andere landen toenam. Bovendien is het cannabisgebruik in het Verenigd Koninkrijk gestaag gedaald sinds 2003, met name in de leeftijdscategorie van 16 tot 24 jaar ⁽⁵²⁾, wat zou kunnen wijzen op een generatieverschuiving. Ook elders wordt nu een neerwaartse of stabiliserende trend waargenomen in de gegevens van zowel schoolenquêtes als een aantal algemene bevolkingsenquêtes. In de 11 landen waarvoor het mogelijk is de trend van 2002 tot 2007 te analyseren, daalde het recente gebruik onder jongvolwassenen in vier landen met minstens 15 % ten opzichte van de beginwaarde en lijkt de situatie stabiel in vier andere landen ⁽⁵³⁾. In drie landen steeg de prevalentie met minstens 15 %, hoewel andere gegevens deze opwaartse trend in twijfel trekken.

Trends onder scholieren

Net zoals bij de volwassenen steeg het cannabisgebruik onder scholieren in bepaalde Europese landen tussen 1995 en 2003, maar meer recent is deze opwaartse trend over het algemeen gestopt of zelfs veranderd in een neerwaartse trend. Slechts twee van de door het EWDD gevolgde landen die deelnamen aan ESPAD-schoolenquêtes in 2007 (Litouwen en Slowakije) melden

een stijging van meer dan drie procentpunten in het „ooit“-gebruik van cannabis sinds 2003, terwijl negen landen over dezelfde periode melding maken van een daling van dezelfde omvang ⁽⁵⁴⁾. Uit gegevens van schoolenquêtes uit de Verenigde Staten en Australië blijkt eveneens een dalende trend, die voor het eerst in Australië werd waargenomen in 1999 ⁽⁵⁵⁾.

De beschikbare gegevens wijzen op uiteenlopende patronen in de trendmatige ontwikkeling van cannabisgebruik onder scholieren tussen 1995 en 2007 (figuur 4). Zeven landen, voornamelijk uit Noord- en Zuid-Europa (Griekenland, Cyprus, Malta, Roemenië, Finland, Zweden en Noorwegen), rapporteerden over het algemeen een stabiel of laag „ooit“-gebruik van cannabis over de hele periode. De meeste West-Europese landen en Kroatië en Slovenië, die tot 2003 te maken hadden met een hoog of een sterk toenemend „ooit“-gebruik van cannabis, stelden in 2007 een daling of stabilisering vast. Van deze 11 landen rapporteerden er negen een daling van meer dan drie procentpunten en bleef het gebruik stabiel in de beide overige landen. In het grootste deel van Centraal- en Oost-Europa is de situatie enigszins verschillend en lijkt de opwaartse trend die werd vastgesteld tussen 1995 en 2003 zich te stabiliseren.

⁽⁵²⁾ Zie figuur GPS-10 in het Statistical Bulletin 2009.

⁽⁵³⁾ Wanneer geen informatie beschikbaar was over het betreffende jaar, werd informatie gebruikt over het voorgaande of volgende jaar.

⁽⁵⁴⁾ ESPAD beschouwt stijgingen of dalingen van meer dan drie procentpunten als maatgevend voor verandering.

⁽⁵⁵⁾ Zie figuur EYE-1 deel (xii) in het Statistical Bulletin 2009.

In de regio melden zes landen een stabiele situatie en worden twee andere landen geconfronteerd met een stijging van meer dan drie procentpunten ⁽⁵⁶⁾.

In bepaalde Europese landen ging de stijging van het „ooit“-gebruik van cannabis onder scholieren tussen 1995 en 2003 gepaard met een toename van het aantal scholieren dat ooit een sigaret had gerookt. Sinds 2003 zijn beide trends in heel wat landen gekeerd, wat zou kunnen wijzen op een mogelijk verband tussen het roken van tabak en van cannabis door jongeren ⁽⁵⁷⁾.

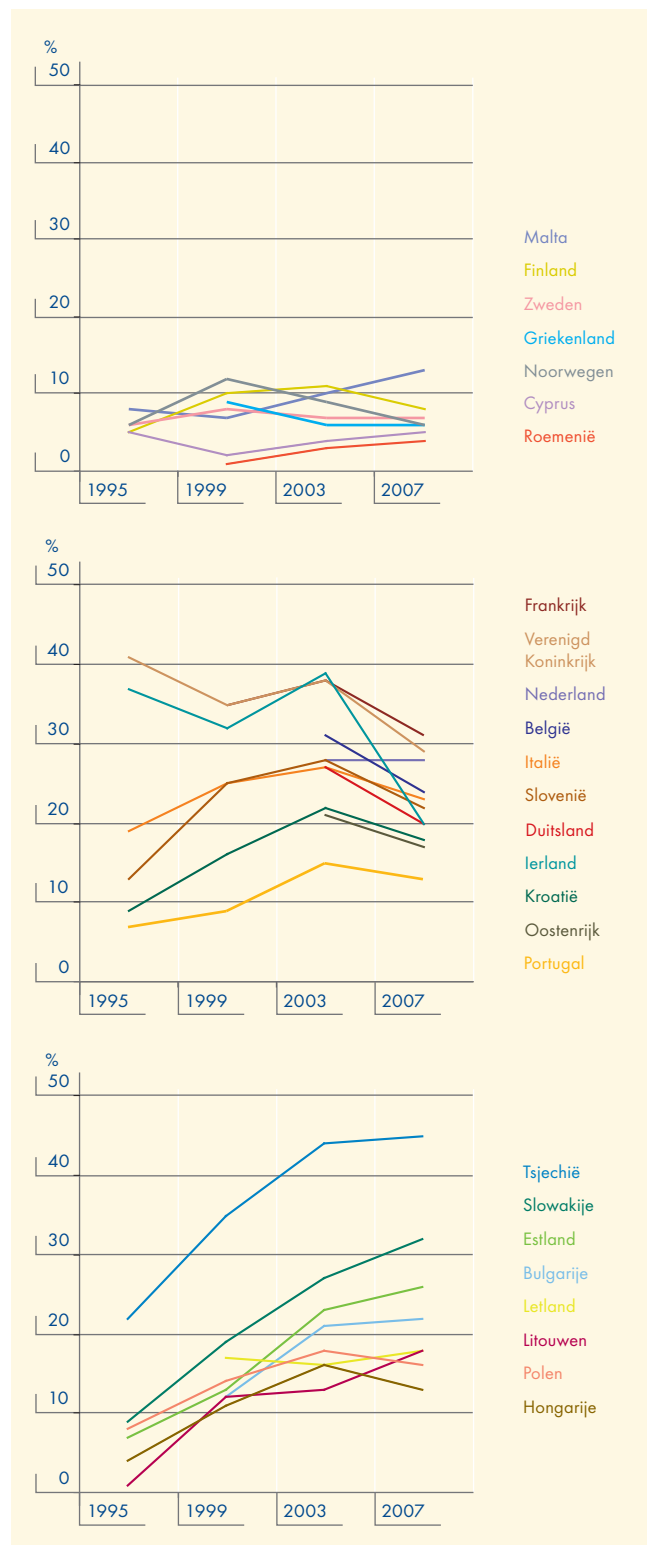
Patronen van cannabisgebruik

De beschikbare gegevens wijzen op uiteenlopende patronen van cannabisgebruik. Van de 15- tot 64-jarigen die ooit cannabis hebben gebruikt, heeft slechts 30 % dat in het afgelopen jaar gedaan ⁽⁵⁸⁾. Maar van degenen die de drug in het afgelopen jaar hebben gebruikt, heeft gemiddeld 50 % dat in de afgelopen maand gedaan. Bovendien heeft recent onderzoek aangetoond dat herhaald gebruik van de drug stabiel kan zijn gedurende lange perioden, zelfs onder jongere gebruikers (Perkonigg, 2008).

Het schatten van intensieve en langdurige gebruikspatronen is een belangrijk volksgezondheidsthema door de correlatie met negatieve gevolgen als ademhalingsproblemen, zwakke schoolresultaten en verslaving (Hall en Solowij, 1998). Dagelijks of vrijwel dagelijks gebruik (op twintig of meer van de afgelopen dertig dagen) is momenteel de beste vergelijkbare indicator van intensief gebruik. Gegevens over deze vorm van cannabisgebruik in Europa werden in 2007 en 2008 verzameld in het kader van een veldonderzoek dat werd gecoördineerd door het EWDD in samenwerking met nationale deskundigen en de focal points van het Reitox-netwerk van 13 landen, die samen 77 % van alle Europese volwassenen (15-64 jaar) vertegenwoordigden. Op basis van deze gegevens wordt geschat dat ruim 1 % van alle Europese volwassenen, ongeveer 4 miljoen, (vrijwel) dagelijks cannabis gebruikt. Het merendeel van deze cannabisgebruikers, ongeveer 3 miljoen, is tussen de 15 en 34 jaar oud en vertegenwoordigt bij benadering 2 tot 2,5 % van alle Europeanen in deze leeftijdscategorie ⁽⁵⁹⁾.

Trends in intensief cannabisgebruik zijn moeilijk te beoordelen omdat maar weinig gegevens beschikbaar zijn. Van de zeven landen die informatie verstrekken over recente trends, rapporteerden er vier (Spanje, Frankrijk, Italië en

Figuur 4: Verschillende patronen in de trends in het „ooit“-gebruik van cannabis onder 15- tot 16-jarige scholieren



Bron: ESPAD.

⁽⁵⁶⁾ Zie figuur EYE-1 deel (xiii) in het Statistical Bulletin 2009.

⁽⁵⁷⁾ Zie het selected issue over polydrugsgebruik.

⁽⁵⁸⁾ Zie figuur GPS-2 in het Statistical Bulletin 2009.

⁽⁵⁹⁾ De vermelde Europese gemiddelden zijn ruwe schattingen gebaseerd op een gewogen gemiddelde (op basis van de bevolkingsgrootte) voor landen die informatie hebben verstrekt. De gemiddelde uitkomst is aangehouden voor landen die geen informatie hebben verstrekt. De verkregen percentages zijn 1,2 % voor alle volwassenen (15-64 jaar) en 2,3 % voor jongvolwassenen (15-34 jaar). Zie tabel GPS-7 in het Statistical Bulletin 2008.

Portugal) een stijging van het dagelijkse cannabisgebruik; één land meldde een stabiele situatie (Ierland) en twee andere een daling (Griekenland en Nederland) ⁽⁶⁰⁾. Deze resultaten wijzen op een mogelijke globale stijging van het aantal intensieve cannabisgebruikers in Europa in de afgelopen tien jaar.

Cannabisverslaving wordt in toenemende mate erkend als een mogelijk gevolg van regelmatig gebruik van de drug, al lijken de ernst en de gevolgen minder zwaar dan veelal wordt waargenomen bij sommige andere psychoactieve stoffen (bv. heroïne en cocaïne). Vanwege het relatief hogere percentage van de bevolking dat regelmatig cannabis gebruikt, kan het totale effect van intensieve vormen van cannabisgebruik op de volksgezondheid echter aanzienlijk zijn. Gebruikers, in het bijzonder intensieve gebruikers, kunnen ook problemen ervaren zonder dat zij voldoen aan de klinische criteria voor verslaving.

Onderzoek heeft uitgewezen dat de ontwikkeling van een cannabisverslaving minder abrupt verloopt dan bij andere drugs (bv. cocaïne) en dat onder degenen die de drug minstens één keer in hun leven hebben gebruikt, wellicht nooit meer dan 10 % verslaafd raakt (Wagner en Anthony, 2002). Uit nationale bevolkingsenquêtes die in de Verenigde Staten zijn gehouden, is gebleken dat circa 20 tot 30 % van de dagelijkse gebruikers positief scoort op het punt van verslaving ⁽⁶¹⁾. Uit andere studies kon worden afgeleid dat cannabisverslaving vrij stabiel kan blijven (Swift et al., 2000). Toch slaagt wellicht meer dan de helft van de cannabisverslaafden erin zonder behandeling af te kicken (Cunningham, 2000; Ellingstad et al., 2006).

Patronen van cannabisgebruik onder scholieren

Uit de ESPAD-enquêtes van 2007 blijkt dat „ooit“-gebruik van cannabis gecorreleerd is met de perceptie dat de drug een kleiner risico inhoudt en dat hij vlotter verkrijgbaar is ⁽⁶²⁾. In vergelijking met de algemene studentenpopulatie is voor cannabisgebruikers de kans groter dat zij ook alcohol, tabak en andere illegale drugs gebruiken ⁽⁶³⁾.

Nieuwe gegevens uit het ESPAD-onderzoek werpen ook enig licht op intensievere patronen van cannabisgebruik. In tien Europese landen verklaarde 5 tot 12 % van de 15- tot 16-jarige mannelijke scholieren meer dan 40 keer cannabis te hebben gebruikt. Dat percentage is minstens het dubbele van dat voor vrouwelijke scholieren en bevestigt andere gegevens die aantonen dat intensieve gebruikspatronen vaker voorkomen bij jonge mannen. Gebruik op jonge

leeftijd wordt geassocieerd met de ontwikkeling van een intensievere en problematische vorm van drugsgebruik op een later tijdstip. In vrijwel al de tien landen met een relatief hoge prevalentie van frequent gebruik verklaart 5 tot 9 % van de scholieren dat zij cannabis zijn beginnen gebruiken op hun dertiende of zelfs vroeger ⁽⁶⁴⁾.

Snelle meetinstrumenten voor problematische vormen van cannabisgebruik in het kader van algemene bevolkingsenquêtes

Er zijn aanwijzingen dat cannabisverslaving en afkickverschijnselen op een even betrouwbare wijze kan worden gemeten onder de algemene bevolking als in steekproeven van gebruikers die een behandeling hebben gevolgd (Mennes et al., 2009). Daarom werkt het EWDD samen met verschillende landen aan methoden voor de monitoring van de intensievere en significante langdurige vormen van cannabisgebruik.

In de afgelopen jaren zijn meerdere methoden getest voor het schatten van de prevalentie van intensieve en problematische vormen van drugsgebruik, voornamelijk cannabisgebruik, in het kader van de algemene bevolkingsenquêtes. Duitse deskundigen hebben op basis van literatuuronderzoek en de analyse van het tot op heden verrichte werk op het gebied vier soorten cannabisschalen gevonden die in Europa zijn getest op steekproeven van de algemene bevolking: Severity of Dependence Scale (SDS), Problematic Use of Marijuana (PUM), Cannabis Abuse Screening Test (CAST) en Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT) (Piontek et al., 2008). Deze meetinstrumenten omvatten vier tot tien items en op psychometrisch niveau (bv. hun vermogen om consequent probleemgevallen van andere gevallen te onderscheiden in overeenstemming met het gewenste concept van cannabisverslaving of aan cannabis gerelateerde problemen) werden ze over het algemeen erg goed bevonden.

Er blijft evenwel een aantal moeilijkheden bestaan door het gebrek aan overeenstemming over welk concept (bv. verslaving, misbruik, schadelijk gebruik, aan gebruik gerelateerde problemen) of welke combinatie van concepten moet worden gemeten om problematische vormen van cannabisgebruik te evalueren. Ook het maken van schattingen verloopt niet zonder problemen aangezien maatstaven voor een fenomeen met een lage prevalentie heel wat „onterecht positieve“ gevallen zou kunnen opleveren, waardoor het problematisch gebruik van cannabis onder de algemene bevolking te hoog zou worden ingeschat. Aanvullende valideringsstudies, die momenteel worden uitgevoerd of in de pijplijn zitten, zouden deze problemen kunnen helpen oplossen.

⁽⁶⁰⁾ Zie tabel GPS-7 in het Statistical Bulletin 2009.

⁽⁶¹⁾ Analyse van gegevens van nationale bevolkingsenquêtes die in de Verenigde Staten werden gehouden tussen 2000 en 2006. Online-analysetoepassing van de NSDUH: <http://webapp.icpsr.umich.edu/cocoon/SAMHDA/SERIES/00064.xml>, geraadpleegd op 25 februari 2008 en geanalyseerd met de variabelen MJDAY30A en DEPNDMRJ.

⁽⁶²⁾ Zie figuur EYE-1 deel (v) en deel (vi) in het Statistical Bulletin 2009.

⁽⁶³⁾ Zie het selected issue over polydrugsgebruik.

⁽⁶⁴⁾ Zie figuur EYE-1 deel (iii) en deel (vii) in het Statistical Bulletin 2009.

Behandeling

De vraag naar behandeling

In 2007 was cannabis de primaire drug van circa 20 % van de 73 000 cliënten die in behandeling zijn gegaan. Daarmee is cannabis na heroïne de drug waarvoor de vraag naar behandeling het grootst is. De verschillen tussen landen zijn echter aanzienlijk: cannabis wordt als primaire drug door minder dan 5 % van alle cliënten genoemd in Bulgarije, Litouwen en Slovenië, terwijl dat percentage in Denemarken, Frankrijk, Hongarije, Nederland en Turkije oploopt tot meer dan 30 %. Deze verschillen kunnen worden verklaard aan de hand van de prevalentie van cannabisgebruik, de behoefte aan drugsbehandeling, de beschikbaarheid en organisatie van de behandelingen en de manier van doorverwijzen. In de twee landen met de hoogste percentages cannabispatiënten richten counselingcentra zich tot jonge drugsgebruikers (Frankrijk) en wordt drugsbehandeling als alternatieve straf aan cannabisgebruikers opgelegd (Hongarije). Het strafrechtelijke systeem vervult in beide landen een belangrijke rol in de verwijzing naar behandeling, maar over het algemeen melden de lidstaten dat de meeste cannabisgebruikers die in Europa in behandeling gaan, dat op eigen initiatief doen.

Cliënten die zich voor cannabisgebruik laten behandelen in extramurale centra melden vaak ook het gebruik van andere drugs. Op basis van gegevens uit 14 landen werd vastgesteld dat 85 % van hen ook nog een andere drug gebruikt, veelal alcohol (65 %) of cocaïne (13 %), of een combinatie van beide (12 %) ⁽⁶⁵⁾.

Trends in nieuwe aanvragen voor drugsbehandeling

In de 19 landen waarvoor gegevens beschikbaar zijn, is het aantal en het percentage primaire cannabisgebruikers onder nieuwe cliënten tussen 2002 en 2007 gestegen van circa 19 000 tot 34 000 (van 25 % tot 31 %) ⁽⁶⁶⁾. Het ziet er evenwel naar uit dat deze trend tussen 2006 en 2007 werd onderbroken. De meeste landen melden in die periode immers een daling of stabilisering van het aantal nieuwe cannabiscliënten. Deze trendkering kan verband houden met recente trends in het gebruik van cannabis, maar kan ook het resultaat zijn van veranderingen in de rapportagepraktijken, een verzadiging van de dienstverleningscapaciteit of het gebruik van andere diensten (bv. primaire gezondheidszorg en geestelijke gezondheidszorg).

Cliëntprofielen

Cannabisgebruikers die beginnen aan een extramurale behandeling zijn in Europa voornamelijk jonge mannen (met een verhouding van 5,5 : 1) van gemiddeld 25 jaar oud ⁽⁶⁷⁾. Van degenen die voor het eerst extramuraal behandeld worden, noemt 67 % van de 15- tot 19-jarigen ⁽⁶⁸⁾ en 78 % van degenen die jonger zijn dan 15 cannabis als primaire drug.

Globaal genomen is 24 % van de primaire cannabisgebruikers die aan een extramurale behandeling beginnen incidentele gebruiker, in vele gevallen wellicht doorverwezen door het strafrechtelijke systeem; 12 % gebruikt cannabis wekelijks of minder vaak. Circa 18 % gebruikt de drug 2 tot 6 keer per week en 47 %, de meest problematische groep, gebruikt dagelijks. Er bestaan aanzienlijke verschillen tussen de landen. In Hongarije, Roemenië en Kroatië zijn de meeste cannabiscliënten incidentele gebruikers, terwijl in België, Denemarken, Spanje, Frankrijk, Malta en Nederland dagelijkse gebruikers de grootste groep vormen ⁽⁶⁹⁾. Uit een Frans onderzoek waaraan cliënten van gespecialiseerde counselingcentra hebben meegewerkt, is gebleken dat bij 63 % van de dagelijkse gebruikers sprake was van verslaving (Obradovic, 2008).

Veel cannabiscliënten zitten nog op school of studeren nog en hebben een stabiele woonomgeving (EWDD, 2008a). In Frankrijk heeft 34 % van de cannabiscliënten echter een technische opleiding gevolgd, tegenover 6,8 % van de algemene bevolking (Obradovic, 2008), wat wijst op een lager opleidingsniveau.

Het verband tussen cannabisgebruik en comorbide psychiatrische stoornissen blijft een complex vraagstuk (EWDD, 2008a). Onderzoek heeft echter aangetoond dat mensen met geestelijke gezondheidsproblemen, met name schizofrenie, meer kans maken op de ontwikkeling van een intensief gebruikspatroon van cannabis (Henquet et al., 2005). Er is ook duidelijk bewijs dat cannabisgebruik een negatieve invloed kan hebben op mensen die vóór het drugsgebruik al met geestelijke gezondheidsproblemen kampen (ACMD, 2008). Drugsdiensten zouden ook best wel eens vrij vaak te maken kunnen krijgen met adolescenten die voor cannabisproblemen worden doorverwezen en onderliggende geestelijke gezondheidsproblemen hebben (Schroder et al., 2008), mogelijkerwijze omdat zij in de algemene geestelijke gezondheidszorg geen behandeling wensen of geen passende behandeling krijgen (Zachrisson et al., 2006).

⁽⁶⁵⁾ Zie het selected issue over polydrugsgebruik.

⁽⁶⁶⁾ Zie de figuren TDI-1 en TDI-2 en de tabellen TDI-3 deel (iv) en TDI-5 deel (ii) in het Statistical Bulletin 2009.

⁽⁶⁷⁾ Zie tabel TDI-21 deel (ii) in het Statistical Bulletin 2009.

⁽⁶⁸⁾ Zie tabel TDI-10 deel (iv) en deel (vi) in het Statistical Bulletin 2009.

⁽⁶⁹⁾ Zie de tabellen TDI-18 deel (i) en TDI-111 deel (viii) in het Statistical Bulletin 2009.

Aanbod van behandelingen

Op cannabisgebruikers gerichte behandelingsprogramma's kunnen diensten verlenen die zijn afgestemd op de behoeften van deze groep en kunnen ook het risico beperken dat jongeren in contact komen met meer problematische en oudere drugsgebruikers. In 2008 verzamelde het EWDD informatie over de beschikbaarheid van dergelijke programma's in Europa. Nationale deskundigen meldden het bestaan ervan in 13 van de 25 rapporterende landen (figuur 5). De beschikbaarheid van de diensten varieerde in de verschillende landen. Geschat werd dat vrijwel alle gebruikers die dat wensen een specifieke behandeling kunnen volgen in Frankrijk, Griekenland en Slovenië. In Duitsland en het Verenigd Koninkrijk geldt dat voor meer dan de helft van de gebruikers en in de resterende acht landen voor slechts een minderheid. Van de 12 landen die melden dat zij geen specifiek op cannabisgebruikers gerichte programma's hebben, zijn Bulgarije, Tsjechië, Estland, Cyprus, Roemenië en Turkije voornemens ze in de komende drie jaar in te voeren.

Behandelprogramma's voor cannabisgebruikers in Europa

In Griekenland voorzien de adolescenteneenheden van OKANA in een programma voor vroegtijdige interventie bij experimentele of incidentele cannabisgebruikers, terwijl intensieve en problematische gebruikers aan een meer gestructureerde behandeling worden onderworpen. De behandeling is meestal gebaseerd op systeem- en gezinstherapie.

In Frankrijk bieden circa 275 gespecialiseerde consultatiebureaus verspreid over het hele land preventie-informatie, korte interventies en ondersteuning aan jonge drugsgebruikers (hoofdzakelijk cannabis), jonge delinquenten en hun gezinsleden. Wanneer problematisch drugsgebruik (bv. verslaving) of ernstige comorbiditeit wordt vastgesteld, worden cliënten doorverwezen naar gespecialiseerde diensten.

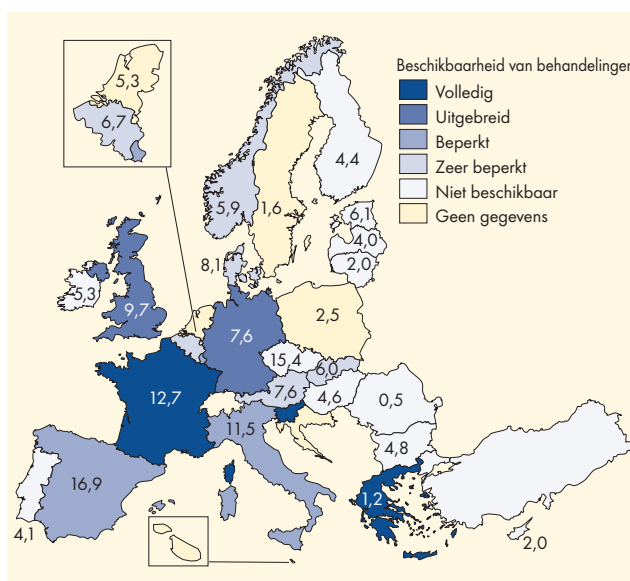
In Oostenrijk passen diverse counselingcentra (bv. ChEck it!, B.I.T. en Clean Bregenz) speciaal op jonge cannabisgebruikers afgestemde concepten toe die erop gericht zijn hen van andere cliënten (voornamelijk van opioïdengebruikers) te scheiden en hun familie en vrienden bij de counseling of de behandeling te betrekken.

In Duitsland werd het onlineafkickprogramma voor cannabis „Quit the shit”⁽⁷⁰⁾ overgedragen aan 12 faciliteiten voor drugscounseling in zeven deelstaten. FRED (zie hoofdstuk 2) omvat een op gesprekken gebaseerde motivatietherapie voor gebruikers die door het strafrechtelijke systeem worden

doorverwezen. In Dresden loopt momenteel Candis, een behandelprogramma voor patiënten met aan cannabis gerelateerde stoornissen dat is gebaseerd op motivationele ondersteuning, cognitieve gedragstherapie en het oplossen van psychosociale problemen. De evaluatie van dit programma is positief gebleken en op basis van het resultaat van een vervolgstudie die in tien bijkomende centra wordt uitgevoerd, zal worden beslist of het programma elders al dan niet navolging krijgt.

België, Duitsland, Frankrijk, Nederland en Zwitserland werken samen aan een internationale studie (Incant), in het kader waarvan de doeltreffendheid van een alomvattende gezinsgerichte behandeling van problematisch cannabisgebruik wordt onderzocht.

Figuur 5: Beschikbaarheid van gerichte behandelprogramma's voor cannabisgebruikers en actueel cannabisgebruik (%) onder 15- tot 24-jarigen



NB: De beschikbaarheid wordt omschreven als het geschatte percentage van alle cannabisgebruikers die behandeling nodig hebben dat ook daadwerkelijk kan worden behandeld: vrijwel allemaal (volledig), het merendeel, maar minder dan de helft (beperkt), slechts een beperkt aantal (zeer beperkt) en niet beschikbaar.

De gegevens over de beschikbaarheid van gerichte behandelprogramma's werden verstrekt door nationale deskundigen, die hebben ingeschat in welke mate de behandelcapaciteit overeenstemt met de vraag van cannabisgebruikers die actief naar behandeling op zoek gaan. Gerichte programma's kunnen problematische cannabisgebruikers een gestructureerde behandeling bieden, gezinsleden ondersteunen en niet-problematische cannabisgebruikers of jonge delinquenten bijstaan met counseling. Nederland meldt het bestaan van dergelijke programma's, maar er zijn geen gegevens over de beschikbaarheid ervan. Het actuele cannabisgebruik onder 15- tot 24-jarigen geeft een idee van het percentage jongeren dat met dergelijke programma's in contact zou kunnen komen. Het is evenwel geen indicatie voor de behandelingsbehoeften of het aantal problematische cannabisgebruikers in een land.

Zie voor nadere informatie over prevalentie tabel GPS-16 in het Statistical Bulletin 2009.

Bronnen: Nationale focal points van het Reitox-netwerk.

⁽⁷⁰⁾ Zie „Onlinebehandeling”, blz. 50.

Uit de wetenschappelijke literatuur kan worden afgeleid dat een aantal psychotherapieën, zoals motivatie- en cognitieve gedragstherapie, geschikt zijn voor cannabisbehandeling, maar geen enkele therapie is beter bevonden dan de andere (Nordstrom en Levin, 2007). Bepaalde problematische cannabisgebruikers kunnen ook baat hebben bij korte interventies, die bijvoorbeeld worden verzorgd door sociale jeugddiensten, huisartsen en scholen.

Uit een recente gerandomiseerde gecontroleerde proef met 326 jonge intensieve cannabisgebruikers is gebleken dat bij de follow-up na drie en zes maanden geen verschil

kon worden vastgesteld in het stoppercentage bij gebruikers die motivationele gesprekstherapie volgden en bij gebruikers die enkel advies of informatie over drugsgebruik hadden gekregen (McCambridge et al., 2008). Na drie maanden bleken individuele therapeuten en een wisselwerking tussen de therapeut en de interventie evenwel invloed te hebben op de stopzetting van het cannabisgebruik. Deze bevindingen illustreren het belang van een goede opleiding voor zorgverleners die werken met jonge cannabisgebruikers, vooral indien de interventies niet door gespecialiseerde diensten worden verstrekt.

Onlinebehandeling

Onlinebehandeling voor het gebruik van drugs bestaat in de Europese Unie sinds 2004, maar is vooralsnog beperkt. Een recent onderzoek geeft inzicht in de huidige stand van zaken met betrekking tot dit soort interventie in de Europese Unie (EWDD, 2009a). Onlinebehandeling kan worden omschreven als „speciaal ontwikkelde of aangepaste, gestructureerde en geplande behandelinterventies voor drugsgebruik die worden aangeboden op en waarvan de communicatie verloopt via het wereldwijde web”. Interventies ter behandeling van aan cannabis gerelateerde gebruiksproblemen worden verstrekt in Duitsland, Nederland en het Verenigd Koninkrijk. Daarnaast wordt in Nederland ook speciaal op gebruikers van cocaïne en „Clubdrugs” (bv. ecstasy) gerichte hulp verleend.

Onlinebehandeling wordt aangeboden door organisaties die actief zijn op het gebied van behandeling en preventie en heeft tot doel gebruikers te helpen hun gebruik van stoffen te beoordelen en hen bij te staan in hun pogingen om hun gedrag te veranderen. Interventies zijn onder andere de verstrekking van informatie alsook kennistests of spelletjes over drugs en drugsverslaving en zelftests voor drugsgebruik.

In alle gevallen is een gestructureerde behandelinterventie beschikbaar: een vast zelfhulpprogramma zonder contact met begeleiders of een gestructureerd programma met persoonlijke contacten op welbepaalde tijdstippen. Deze contacten kunnen gebeuren via een persoonlijke chat of via message boards. In bepaalde gevallen kan via een forum ook contact worden gezocht met andere gebruikers, waardoor virtuele zelfhulpgroepen ontstaan.

Er is nog steeds onvoldoende bewijs voor de effectiviteit van dit soort interventies, maar de eerste gerandomiseerde gecontroleerde proeven wijzen toch op een mogelijk nut. Uit de voorlopige evaluatie van „Quit the shit”, een Duitse interventie voor cannabisgebruikers, is gebleken dat 32 % van de deelnemers geen cannabis meer gebruikte na afloop van het programma en dat vooral gebruikers werden bereikt die voor het eerst naar een behandeling op zoek gingen. Door de laagdrempelige aard van deze hulp is het mogelijk dat gebruikers worden bereikt die nogal weigerachtig staan tegenover andere diensten. Er kunnen zich ook gebruikers met ernstige problemen aanmelden, zoals drugsverslaving of andere geestelijke gezondheidsproblemen, waarvoor onlinebehandeling ontoereikend is.



Hoofdstuk 4

Amfetaminen, ecstasy en hallucinogenen

Inleiding

In Europa behoren amfetaminen (een algemene term die verwijst naar zowel amfetamine als metamfetamine) en ecstasy tot de meest gebruikte illegale drugs. Hoewel het cocaïnegebruik in absolute cijfers hoger is, houdt de geografische concentratie ervan in dat ecstasypillen of amfetaminen op cannabis na in heel wat landen de meest gebruikte illegale drug zijn. Bovendien vormt het gebruik van amfetaminen in bepaalde landen een belangrijk deel van het drugsprobleem en is de drug verantwoordelijk voor een aanzienlijk percentage van de gebruikers die behoefte hebben aan behandeling.

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

Ecstasy is een verzamelterm voor synthetische drugs die chemisch verwant zijn aan amfetaminen, maar een

enigszins andere werking hebben. Het meest bekende middel uit de ecstasygroep is 3,4-methylenedioxy-metamfetamine (MDMA), maar er worden soms ook andere verwante stoffen in ecstasypillen aangetroffen (MDA, MDEA). Ecstasygebruik kwam voor het einde van de jaren tachtig nauwelijks voor in Europa, maar nam snel in de loop van de jaren negentig toe. De populariteit van de drug wordt historisch in verband gebracht met die van de dancemuziek en het grootschalige gebruik van synthetische drugs wordt ook in algemene zin geassocieerd met specifieke culturele subgroepen en sociale settings.

De consumptie van lyserginezuur-diethylamide (LSD), verreweg de bekendste synthetische hallucinogene drug, is laag en al geruime tijd redelijk stabiel in Europa. De laatste jaren lijkt er onder jongeren echter sprake te zijn van een toenemende belangstelling voor natuurlijke hallucinogenen, zoals die welke worden aangetroffen in hallucinogene paddenstoelen.

Tabel 4: Productie, vangsten, straatwaarde en zuiverheid van amfetamine, metamfetamine, ecstasy en LSD

	Amfetamine	Metamfetamine	Ecstasy	LSD
Geschatte wereldwijde productie (ton)	230-640 ⁽¹⁾		72-137	N.b.
Wereldwijd onderschepte hoeveelheid (ton)	23,6	18,2	7,9	0,9
Onderschepte hoeveelheid EU en Noorwegen (incl. Kroatië en Turkije)	7,9 ton (8,1 ton)	340 kilogram (340 kilogram)	Pillen 21 miljoen (22 miljoen)	Eenheden 68 000 (68 000)
Aantal vangsten EU en Noorwegen (incl. Kroatië en Turkije)	39 500 (40 000)	4 500 (4 500)	23 000 (24 000)	950 (960)
Gemiddelde straatwaarde (EUR) Bereik (interkwartielafstand) ⁽²⁾	Gram 5-30 (12-23)	Gram 8-51	Pil 3-19 (4-8)	Dosis 4-30 (7-12)
Bereik van gemiddelde zuiverheid	4-40 %	3-66 %	21-90 mg	-

⁽¹⁾ Voor amfetamine en metamfetamine zijn enkel gezamenlijke productieschattingen beschikbaar.

⁽²⁾ Bereik van de middelste helft van de gerapporteerde gemiddelde straatwaarden.

NB: Alle gegevens hebben betrekking op 2007. N.b.: gegevens niet beschikbaar.

Bronnen: Het World Drug Report 2009 van het UNODC voor de mondiale waarden en de nationale focal points van het Reitox-netwerk voor de Europese gegevens.

Aanvoer en beschikbaarheid

Synthetische drugsprecursoren

De inspanningen op het gebied van rechtshandhaving zijn gericht op de gecontroleerde chemische stoffen die nodig zijn voor de vervaardiging van illegale drugs, een terrein waarop internationale samenwerking van bijzonder groot belang is. Het Prisma-project is een internationaal initiatief dat is opgezet om de verspreiding van precursorstoffen ⁽⁷¹⁾ die voor de illegale vervaardiging van synthetische drugs worden gebruikt, te voorkomen. Hiertoe wordt een systeem gehanteerd dat is gebaseerd op voorafgaande kennisgevingen van uitvoer voor legale handel en rapportage van tegengehouden zendingen en uitgevoerde inbeslagnemingen bij verdachte transacties. Informatie betreffende activiteiten op dit gebied worden gemeld aan de International Narcotics Control Board (INCB, 2009b).

Volgens de INCB werd in 2007 wereldwijd een aanzienlijke stijging genoteerd van de inbeslagneming van twee belangrijke precursoren van metamfetamine, namelijk efedrine en pseudo-efedrine, waarvan respectievelijk 22 ton (tegenover 10,2 ton in 2006) en 25 ton (tegenover 0,7 ton in 2006) werden onderschept. De EU-lidstaten (vooral Zweden en Bulgarije) namen samen 0,6 ton efedrine in beslag, meer dan het dubbele van de in 2006 onderschepte hoeveelheid, alsook 7 ton pseudo-efedrine, waarvan het leeuwendeel in Frankrijk.

De wereldwijde vangsten van 1-fenyl-2-propanon (P2P, BMK), dat kan worden gebruikt voor de illegale vervaardiging van zowel amfetamine als metamfetamine, kenden in 2007 daarentegen een scherpe daling tot 834 liter (tegenover 2 600 liter in 2006). In de EU werd 582 liter P2P in beslag genomen, tegenover 2 005 liter in 2006.

De wereldwijde vangsten van 3,4-methylenedioxyfenyl-2-propanon (3,4-MDP2P, PMK), dat wordt gebruikt voor de vervaardiging van MDMA, zijn in 2007 verder gedaald tot 2 300 liter, tegenover 8 800 liter in 2006. De wereldwijde vangsten van safrol, dat 3,4-MDP2P bij de synthetische vervaardiging van MDMA kan vervangen, namen in 2007 met een in beslag genomen hoeveelheid van 46 000 liter (62 liter in 2006) echter weer een hoge vlucht, hoewel slechts 8 liter daarvan in de EU werd onderschept.

Wat zijn drugsprecursoren?

Op drugsgebied verwijst de term „precursor” naar stoffen die voor een aantal legale doeleinden gebruikt worden, maar die ook gebruikt kunnen worden voor de vervaardiging van illegale drugs. Andere termen als „essentiële chemische stoffen” kunnen ook naar deze stoffen verwijzen.

De rechtsgrondslag voor de internationale controle van „precursoren” is artikel 12 van het VN-Verdrag van 1988 tegen de sluikhandel in verdovende middelen en psychotrope stoffen. In het Verdrag zijn twee tabellen vastgesteld met 23 „stoffen die veelvuldig worden gebruikt bij de clandestiene vervaardiging van verdovende middelen of psychotrope stoffen” en waarvan moet worden voorkomen dat zij voor illegale doeleinden worden gebruikt.

Artikel 12 werd in Europees recht omgezet in de initiële wetgeving die in 1990 werd goedgekeurd om het gebruik van deze stoffen voor illegale doeleinden te ontmoedigen (EEG nr. 3677/90) alsook in de verordeningen die daarna werden aangenomen ter regulering van de handel in deze stoffen binnen de EU (EG nr. 273/2004), tussen de EU en derde landen (EG nr. 111/2005) en tot vaststelling van vergunningsprocedures en toezichtsregels (EG nr. 1277/2005).

Categorie 1 van de EU-verordeningen heeft hoofdzakelijk betrekking op stoffen die onmisbaar zijn voor de productie van synthetische drugs, zoals efedrine en pseudo-efedrine (voor metamfetamine), 3,4-methylenedioxyfenyl-2-propanon (PMK), isosafrol en safrol (voor ecstasy) en 1-fenyl-2-propanon (P2P, BMK) (voor amfetamine en metamfetamine). Categorie 2 omvat belangrijke reagentia, zoals kaliumpermanganaat en azijnzuuranhydride, die op grote schaal gebruikt worden voor de productie van respectievelijk cocaïne en heroïne. Categorie 3 bevat meer gangbare reagentia, waaronder zoutzuur en zwavelzuur (voor heroïne en cocaïne) en oplosmiddelen als aceton (voor cocaïne en MDMA) en tolueen (voor metamfetamine en MDMA).

Amfetamine

De mondiale productie van amfetamine is geconcentreerd in Europa, waar zich 81 % van alle in 2007 gemelde amfetaminelaboratoria bevonden (UNODC, 2009), hoewel de stof ook in andere delen van de wereld wordt geproduceerd, met name in Noord-Amerika ⁽⁷²⁾. Wereldwijd werd in 2007 bijna 24 ton amfetaminen in beslag genomen, waarvan ongeveer twee derde werd onderschept in het Nabije en Midden-Oosten, in de vorm van in Zuidoost-Europa geproduceerde „Captagon”-pillen ⁽⁷³⁾ (zie tabel 4). West- en Centraal-Europa waren goed voor 36 % van de wereldwijde vangsten, wat een weerspiegeling is van de rol die Europa speelt als

⁽⁷¹⁾ Zie „Wat zijn drugsprecursoren?”.

⁽⁷²⁾ Zie voor informatie over de gegevensbronnen inzake de aanvoer en beschikbaarheid van drugs, blz. 41.

⁽⁷³⁾ Captagon is een van de geregistreerde handelsnamen van fenetylamine, een synthetische stof die het centrale zenuwstelsel stimuleert. Pillen met dit logo die op de illegale markt worden verkocht, bevatten echter vaak een mengsel van amfetamine en cafeïne.

belangrijke producent en consument van deze drug (CND, 2008; UNODC, 2009).

De meeste in Europa geconfisqueerde amfetamine wordt geproduceerd in Nederland, Polen en België, en in mindere mate in Estland en Litouwen. In 2007 werden in de Europese Unie 29 plaatsen ontdekt en aan Europol gemeld die een rol speelden bij de productie, verpakking of opslag van amfetaminen.

In 2007 zijn in Europa naar schatting 40 000 vangsten van amfetaminepoeder gedaan, in totaal goed voor 8,1 ton ⁽⁷⁴⁾. In de periode van 2002 tot 2007 is het aantal inbeslagnemingen van amfetamine gestaag toegenomen. De onderschepte hoeveelheid varieerde, hoewel zich over het algemeen een opwaartse trend aftekende, en bereikte een nieuw hoogtepunt in 2007 ⁽⁷⁵⁾.

De zuiverheid van de monsters van de in 2007 in Europa in beslag genomen amfetamine liep sterk uiteen en wel in die mate dat uitspraken over gemiddelde waarden met enige voorzichtigheid moeten worden benaderd. Niettemin varieert de gemiddelde zuiverheid van de monsters van minder dan 10 % in Denemarken, Duitsland, Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk tot meer dan 30 % in Nederland, Polen en bepaalde Baltische en Scandinavische landen. De afgelopen vijf jaar was de zuiverheid van amfetamine stabiel of daalde ze in het merendeel van de 20 landen waarvoor voldoende gegevens beschikbaar zijn om een trendanalyse mogelijk te maken.

In 2007 lag de gemiddelde straatwaarde van amfetamine tussen de 10 en 20 EUR per gram in meer dan de helft van de 17 rapporterende landen. Van de 11 landen waarvan de gegevens van 2007 en 2006 vergeleken konden worden, rapporteerden Spanje, Frankrijk en Oostenrijk een stijging van de straatwaarde, terwijl de andere landen stabiele of dalende prijzen meldden.

Metamfetamine

De productie van metamfetamine is geconcentreerd in Oost- en Zuidoost-Azië en Noord-Amerika, hoewel ook in Latijns-Amerika en Oceanië een toename van de productie gesignaleerd wordt. In 2007 werd 18,2 ton metamfetamine in beslag genomen, wat een voortzetting van de in 2004 ingezette stabiele trend betekent. De grootste hoeveelheid werd onderschept in Oost- en Zuidoost-Azië (56 %), gevolgd door Noord-Amerika. Europa was goed voor slechts 2 % van de vangsten (UNODC, 2009).

Illegale productie van metamfetamine komt wel voor in Europa, maar blijft grotendeels beperkt tot Tsjechië, waar in 2007 circa 390 kleinschalige „keukenlaboratoria” werden ontdekt. De productie van de drug wordt ook gemeld in Slowakije en Litouwen.

In 2007 werden in Europa bijna 4 500 vangsten van metamfetamine gerapporteerd, met een totaalgewicht van ongeveer 340 kg. Noorwegen heeft de meeste vangsten gedaan en de grootste hoeveelheid onderschept. Tussen 2005 en 2007 is zowel het aantal vangsten als de onderschepte hoeveelheid metamfetamine in Europa gestegen, maar zij zijn nog altijd laag in vergelijking met andere drugs.

Ecstasy

De wereldwijde productie van ecstasy in 2007 wordt door het UNODC (2009) geschat op 72 tot 137 ton. De productie lijkt geografisch meer verspreid te zijn doordat de drug dicht bij de afzetmarkten wordt geproduceerd in Noord-Amerika, Oost- en Zuidoost-Azië en Oceanië. Desondanks blijft Europa de belangrijkste productielocatie voor ecstasy, waarbij de productie zich concentreert in Nederland en België en in mindere mate in Duitsland, het Verenigd Koninkrijk en Polen.

In 2007 werd wereldwijd 7,9 ton ecstasy in beslag genomen - een stijging in de meeste regio's. West- en Centraal-Europa waren verantwoordelijk voor 36 % van de mondiale vangsten en Zuidoost-Europa voor 2 % (UNODC, 2009). Globaal genomen werden in Europa in 2007 bij meer dan 24 000 vangsten naar schatting 22 miljoen ecstasypillen onderschept. Nederland

Productie van metamfetamine in Europa — Gezamenlijke publicaties van het EWDD en Europol

In 2009 hebben het EWDD en Europol een nieuwe publicatiereeks gelanceerd van gezamenlijke verslagen over de aanvoer van drugs in Europa. Het eerste verslag uit de reeks geeft een uitgebreid overzicht van de problemen in Europa die verband houden met de productie van en de handel in metamfetamine. Verder worden ook de verschillende aanpakwijzen op Europees en internationaal niveau onder de loep genomen ⁽¹⁾.

Verslagen over de aanvoer van andere synthetische drugs in Europa, inclusief amfetamine en ecstasy, zullen later aan de reeks worden toegevoegd.

⁽¹⁾ Beschikbaar op: <http://emcdda.europa.eu/publications/>.

⁽⁷⁴⁾ Dit is een voorlopige analyse aangezien de gegevens uit het Verenigd Koninkrijk voor 2007 nog niet beschikbaar zijn.

⁽⁷⁵⁾ De gegevens over Europese drugsvangsten die in dit hoofdstuk worden genoemd, zijn te vinden in de tabellen SZR-11 tot SZR-18 in het Statistical Bulletin 2009.

rapporteerde de grootste hoeveelheid in beslag genomen ecstasy, namelijk 8,4 miljoen pillen, een verdubbeling van de in 2006 gerapporteerde hoeveelheid. In 2007 meldden slechts twee andere Europese landen vangsten in die orde van grootte; zowel Frankrijk als Duitsland meldden de inbeslagneming van circa één miljoen pillen. Het Verenigd Koninkrijk rapporteerde de inbeslagneming van zes miljoen pillen in 2006, maar voor 2007 zijn er nog geen gegevens beschikbaar.

Tussen 2002 en 2007 is het aantal ecstasyvangsten scherp gedaald in 2003, maar sindsdien is er een lichte stijging van jaar tot jaar. In dezelfde periode daalde de onderschepte hoeveelheid tot een dieptepunt in 2005, waarna ze opnieuw is gestegen en nu opnieuw in de buurt lijkt te komen van het niveau van 2002.

In Europa bevatten de meeste ecstasypillen die in 2007 zijn geanalyseerd MDMA of een andere ecstasyachtige stof (MDEA, MDA) als enige aanwezige psychoactieve stof. Zeventien landen melden dat dit het geval was in ruim 70 % van het totale aantal geanalyseerde pillen. Landen die een lager percentage ecstasypillen met MDMA of gelijksoortige stoffen rapporteerden, waren Bulgarije (47 %), Cyprus (44 %) en Oostenrijk (61 %). In Luxemburg bevatten de meeste geanalyseerde pillen (83 %) geen gecontroleerde stof, net zoals in Cyprus (53 %). In Turkije werden in slechts 23 % van de geanalyseerde pillen MDMA-achtige stoffen gevonden.

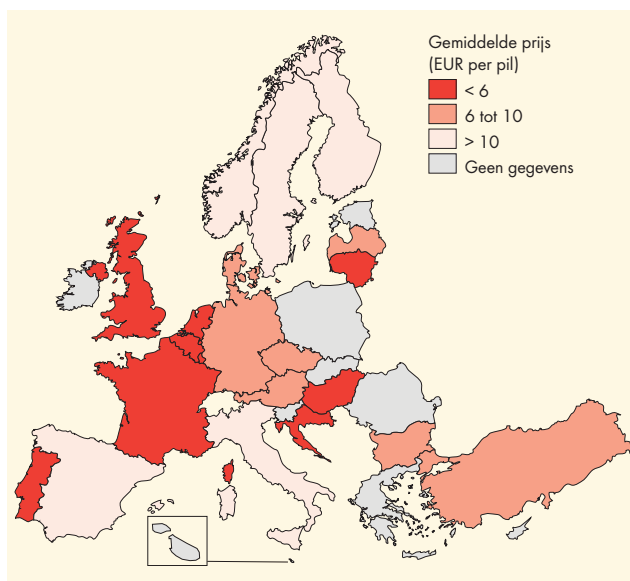
De 11 landen die hierover hebben gerapporteerd, melden voor 2007 een gebruikelijke hoeveelheid MDMA per ecstasypil van 19 tot 75 mg. Daarnaast maken bepaalde landen (Bulgarije, Frankrijk, Nederland, Slowakije en Noorwegen) melding van ecstasypillen met een hoge dosis, die meer dan 130 mg MDMA bevatten. Er kan geen duidelijke trend worden waargenomen in de zuiverheid van ecstasypillen.

Ecstasy is nu aanzienlijk goedkoper dan in de jaren negentig, toen de drug voor het eerst op grote schaal beschikbaar kwam. Hoewel er berichten zijn dat pillen worden verkocht voor minder dan 2 EUR, melden de meeste landen gebruikelijke straatwaarden in de orde van grootte van 4 tot 10 EUR per pil (figuur 6). De beschikbare gegevens voor de periode 2002-2007 wijzen erop dat de (voor inflatie aangepaste) straatwaarde is blijven dalen.

Halluzinogenen

Het gebruik van en de handel in LSD worden in Europa nog altijd beschouwd als marginaal. De beschikbare gegevens wijzen op een daling van de onderschepte hoeveelheden in de periode 2002-2007, hoewel het aantal vangsten tussen 2003 en 2007 licht is gestegen.

Figuur 6: Straatwaarde van ecstasypillen



NB: Landen die enkel een minimum- en een maximumwaarde hebben gemeld, werden in aanmerking genomen indien de gerapporteerde waarden binnen een van de prijsvorken vielen. Zie tabel PPP-4 in het Statistical Bulletin 2009.

Bronnen: Nationale focal points van het Reitox-netwerk.

De (voor inflatie aangepaste) straatwaarden van LSD zijn sinds 2003 licht gedaald en schommelden in 2007 in de meeste rapporterende landen tussen de 5 en 12 EUR per eenheid.

Hallucinogene paddenstoelen, die in veel Europese landen in het wild groeien en die via het internet kunnen worden gekocht, werden gemeld door 11 van de 28 landen die voor 2007 drugsvangsten hebben gerapporteerd. In vijf van de zes landen die melding maakten van een trend in de vangsten, de prevalentie van het gebruik of de beschikbaarheid van hallucinogene paddenstoelen, ging het om een dalende trend. Eén land (Frankrijk) rapporteerde een stijging van de gebruiksprevalentie en het aantal vangsten, die werd toegeschreven aan het aanbod van paddenstoelen en kweeksets voor paddenstoelen op het internet.

Prevalentie en gebruikspatronen

In bepaalde EU-lidstaten (Tsjechië, Estland en het Verenigd Koninkrijk) is het gebruik van amfetaminen of ecstasy onder de algemene bevolking relatief hoog. In een beperkt aantal landen vertegenwoordigt het gebruik van amfetamine of metamfetamine, vaak via injectie, een aanmerkelijk percentage van het totale aantal problematische drugsgebruikers en van de gebruikers die hulp zoeken in verband met drugsproblemen. Naast deze populaties van chronische gebruikers bestaat er een algemener verband tussen synthetische drugs, met name

ecstasy, en clubs en dance-evenementen, wat leidt tot significant hogere gebruiksniveaus onder jongeren en extreem hoge gebruiksniveaus in bepaalde settings en specifieke subpopulaties. De totale consumptie van hallucinogenen als lyserginezuur-diethylamide (LSD) en hallucinogene paddenstoelen is over het algemeen laag en is in de afgelopen jaren in ruime mate stabiel gebleven.

Amfetaminen

Recente bevolkingsenquêtes wijzen uit dat het „ooit“-gebruik van amfetaminen ⁽⁷⁶⁾ in Europa varieert per land, van vrijwel nul tot 11,7 % van alle volwassenen (15-64 jaar). Gemiddeld heeft naar schatting 3,5 % van alle Europese volwassenen minstens één keer amfetaminen gebruikt. Het recente gebruik van de drug (laatste twaalf maanden) is beduidend lager, met een Europees gemiddelde van 0,5 %. Uit deze schattingen blijkt dat circa 12 miljoen Europeanen amfetaminen geprobeerd hebben en dat ongeveer 2 miljoen Europeanen de stof de laatste twaalf maanden hebben gebruikt (zie tabel 5 voor een overzicht van de gegevens).

Onder jongvolwassenen (15-34 jaar) varieert het „ooit“-gebruik van amfetaminen aanmerkelijk per land, van 0,1 tot 15,3 %, met een gewogen Europees gemiddelde van circa 5 %. Het percentage amfetaminegebruikers in deze leeftijdscategorie dat de drug de laatste twaalf maanden heeft gebruikt, schommelt tussen de 0,1 en 3,1 %, waarbij het merendeel van de landen de prevalentie schat op 0,5 tot 2,0 %. Naar schatting heeft gemiddeld 1,1 % van de jonge Europeanen in de laatste twaalf maanden amfetaminen gebruikt.

Op basis van enquêtegegevens uit 2007 schommelt het „ooit“-gebruik onder 15- tot 16-jarige scholieren in de 26 EU-lidstaten, Noorwegen en Kroatië tussen de 1 tot 8 %, hoewel de prevalentie enkel in Bulgarije (6 %), Letland (6 %) en Oostenrijk (8 %) meer dan 5 % bedroeg ⁽⁷⁷⁾.

Problematisch amfetaminegebruik

De indicator voor problematisch drugsgebruik van het EWDD kan worden gebruikt voor amfetaminen, namelijk waar het injecteren of langdurig/regelmatig gebruik van de stof als problematisch wordt omschreven. Enkel Finland heeft een recente nationale schatting van het aantal

problematische amfetaminegebruikers verstrekt, die in 2005 werd geraamd op 12 000 tot 22 000 gebruikers ⁽⁷⁸⁾, ofwel vier keer het geschatte aantal probleemgebruikers van opioïden in het land.

Het aantal gerapporteerde behandelaanvragen in verband met het gebruik van amfetamine als primaire drug is in de meeste Europese landen relatief klein. Toch vertegenwoordigen zij een aanzienlijk deel van de gebruikers die in behandeling gaan in Zweden (34 %), Finland (23 %), Letland (16 %) en Hongarije (11 %). In vier andere landen (België, Denemarken, Duitsland en Nederland) noemt 6 tot 10 % van de behandelde cliënten amfetamine als primaire drug. In de andere landen ligt het percentage onder de 3 % ⁽⁷⁹⁾.

Het totale aantal en percentage van amfetaminegebruikers onder nieuwe cliënten die in behandeling gaan, zijn tussen 2002 en 2007 relatief stabiel gebleven. Enkel Denemarken, Letland en Nederland rapporteren een aanzienlijke stijging. Zweden en Finland rapporteren een daling van het percentage nieuwe amfetaminecliënten ⁽⁸⁰⁾. Bij de analyse van trendgegevens dient echter rekening te worden gehouden met methodologische beperkingen als gevolg van recente wijzigingen in het volgsysteem van bepaalde landen (bv. Letland).

Amfetaminegebruikers die in behandeling gaan zijn gemiddeld 29 jaar oud. Het percentage vrouwen ligt hoger dan bij andere drugs. De verhouding tussen mannen en vrouwen bedraagt ongeveer 2:1. Amfetaminegebruikers die een behandeling volgen, melden vaak ook gebruik van andere drugs, hoofdzakelijk cannabis en alcohol en in sommige gevallen opioïden ⁽⁸¹⁾. In de landen waar primaire amfetaminegebruikers een hoog percentage vertegenwoordigen van drugsgebruikers die in behandeling gaan, wordt injectie van de drug het vaakst als gebruiksmethode gemeld (63-83 %).

Problematisch metamfetaminegebruik

In vergelijking met andere delen van de wereld, waar het gebruik van metamfetamine de afgelopen jaren aan een opmars bezig is, lijken de gebruiksniveaus in Europa bescheiden. Historisch gezien concentreert het gebruik van deze drug zich in Tsjechië en Slowakije. In 2007 waren er in Tsjechië naar schatting 20 400 tot 21 400 metamfetaminegebruikers (2,8 tot 2,9 gevallen per 1 000

⁽⁷⁶⁾ In enquêtegegevens over „amfetaminegebruik“ wordt vaak geen onderscheid gemaakt tussen amfetamine en metamfetamine, hoewel het doorgaans gaat om het gebruik van amfetamine (-sulfaat of dexamfetamine), aangezien metamfetamine in Europa maar zelden gebruikt wordt.

⁽⁷⁷⁾ Gegevens uit alle ESPAD-landen en Spanje. Zie figuur EYE-2 deel (vi) in het Statistical Bulletin 2009.

⁽⁷⁸⁾ Dit stemt overeen met 3,4 tot 6,3 gevallen per 1 000 inwoners in de leeftijdscategorie van 15 tot 64 jaar. Deze cijfers werden herberekend op basis van de oorspronkelijke steekproef uit de leeftijdscategorie van 15 tot 54 jaar, waarbij werd aangenomen dat er geen gevallen te melden waren in de leeftijdsgroep van 55 tot 64 jaar.

⁽⁷⁹⁾ Zie tabel TDI-5 deel (ii) in het Statistical Bulletin 2009.

⁽⁸⁰⁾ Zie figuur TDI-1 en tabel TDI-36 in het Statistical Bulletin 2009.

⁽⁸¹⁾ Zie tabel TDI-37 in het Statistical Bulletin 2009.

Tabel 5: Prevalentie van amfetaminegebruik onder de algemene bevolking – Samenvatting van de gegevens

Leeftijdsgroep	Tijdsbestek van het gebruik	
	Ooit	Afgelopen jaar
15-64 jaar		
Geschat aantal gebruikers in Europa	12 miljoen	2 miljoen
Europees gemiddelde	3,5 %	0,5 %
Bereik	0,0-11,7 %	0,0-1,3 %
Landen met de laagste prevalentie	Roemenië (0,0 %), Griekenland (0,1 %), Malta (0,4 %), Cyprus (0,8 %)	Griekenland, Malta, Roemenië (0,0 %), Frankrijk (0,1 %)
Landen met de hoogste prevalentie	Verenigd Koninkrijk (11,7 %), Denemarken (6,3 %), Spanje (3,8 %), Noorwegen (3,6 %)	Estland (1,3 %), Denemarken (1,2 %), Noorwegen (1,1 %), Verenigd Koninkrijk (1,0 %)
15-34 jaar		
Geschat aantal gebruikers in Europa	7 miljoen	1,5 miljoen
Europees gemiddelde	5,0 %	1,1 %
Bereik	0,1-15,3 %	0,1-3,1 %
Landen met de laagste prevalentie	Roemenië (0,1 %), Griekenland (0,2 %), Malta (0,7 %), Cyprus (0,8 %)	Griekenland, Roemenië (0,1 %), Frankrijk (0,2 %), Cyprus (0,3 %)
Landen met de hoogste prevalentie	Verenigd Koninkrijk (15,3 %), Denemarken (10,5 %), Letland (6,1 %), Noorwegen (5,9 %)	Denemarken (3,1 %), Estland (2,9 %), Noorwegen (2,0 %), Letland (1,9 %)
De prevalentieschattingen in Europa zijn berekend met behulp van gewogen gemiddelden op basis van de meest recente nationale enquêtes die werden gehouden van 2001 tot 2008 (voornamelijk 2004-2008). Zij kunnen dan ook niet aan een welbepaald jaar gekoppeld worden. De gemiddelde prevalentie in Europa is berekend met behulp van een gewogen gemiddelde op basis van de populatie van de relevante leeftijdsgroep in elk land. In landen waarvoor geen informatie beschikbaar was, is de gemiddelde prevalentie in de EU gebruikt. De populaties waarop de cijfers zijn gebaseerd, zijn: 15-64 (334 miljoen) en 15-34 (133 miljoen). De gegevens die hier worden samengevat, zijn beschikbaar onder „General population surveys” in het Statistical Bulletin 2009.		

15- tot 64-jarigen), twee keer zoveel als het geschatte aantal problematische opioïdengebruikers, en in Slowakije 5 800 tot 15 700 (1,5 tot 4,0 gevallen per 1 000 15- tot 64-jarigen), circa 20 % minder dan het geschatte aantal problematische opioïdengebruikers.

In beide landen is metamfetamine de primaire drug van een groot percentage cliënten dat in behandeling gaat, 61 % in Tsjechië en 26 % in Slowakije. Tussen 2002 en 2007 is de vraag naar behandeling voor metamfetaminegebruik in beide landen gestegen ⁽⁸²⁾.

Injecterend gebruik is de meest gebruikelijke toedieningsweg onder cliënten die in behandeling zijn voor het gebruik van metamfetamine (82 % in Tsjechië en 41 % in Slowakije). Vaak wordt ook het gebruik van andere drugs gemeld, vooral dan cannabis, alcohol en opioïden. In Slowakije werd een aanzienlijke stijging vastgesteld in het aantal cliënten dat een substitutiebehandeling voor opioïdengebruik volgt en ook het gebruik van metamfetamine meldt.

Metamfetaminegebruikers die zich in Tsjechië en Slowakije laten behandelen, zijn vrij jong (gemiddeld 24 tot 25 jaar

oud) en voornamelijk van het mannelijke geslacht. Het percentage vrouwen is in vergelijking met andere drugs wel hoger onder gebruikers die behandeld worden voor problemen in verband met metamfetamine.

Ecstasy

Naar schatting hebben ongeveer 10 miljoen Europese volwassenen ooit ecstasy geprobeerd (gemiddeld 3,1 %) en hebben ongeveer 2,5 miljoen van hen (0,8 %) het middel de laatste twaalf maanden gebruikt (zie tabel 6 voor een overzicht van de gegevens). Er bestaan aanmerkelijke verschillen tussen landen. Zo blijkt uit recente enquêtes dat tussen de 0,3 en 7,5 % van alle volwassenen (15-64 jaar) de drug wel eens heeft geprobeerd en rapporteren de meeste landen schattingen van het „ooit”-gebruik in de orde van grootte van 1 tot 5 %. Het gebruik van de drug in de laatste twaalf maanden varieert binnen Europa van 0,1 tot 3,5 %. Met alle gebruikte maatstaven, en net als bij de meeste andere illegale drugs, is het gerapporteerde gebruik veel hoger onder mannen dan onder vrouwen.

⁽⁸²⁾ Zie tabel TDI-5 deel (ii) in het Statistical Bulletin 2009.

Ecstasygebruik komt meer voor onder jongvolwassenen (15-34 jaar), waar het geschatte „ooit“-gebruik op nationaal niveau uiteenloopt van 0,6 % tot 14,6 % en waarbij tussen de 0,2 en 7,7 % van de jongeren uit deze leeftijdscategorie verklaart de drug in de laatste twaalf maanden te hebben gebruikt. Naar schatting hebben 7,5 miljoen jonge Europeanen (5,6 %) ooit ecstasy geprobeerd en ongeveer 2 miljoen van hen (1,6 %) melden het middel het afgelopen jaar te hebben gebruikt. De geschatte prevalentiewaarden zijn nog hoger indien enkel wordt gekeken naar een jongere leeftijdsgroep: onder de 15- tot 24-jarigen varieert het „ooit“-gebruik van 0,4 tot 18,7 %, al melden de meeste landen schattingen in de orde van grootte van 2,1 tot 6,8 %. In deze leeftijdscategorie wordt het gebruik van ecstasy in de laatste twaalf maanden in de meeste landen geschat op 1,0 % tot 3,9 % en is er een aanmerkelijk verschil tussen de laagste nationale schatting van 0,3 % en de hoogste van 12 % ⁽⁸³⁾.

Onder 15- tot 16-jarige scholieren schommelt het „ooit“-gebruik van ecstasy in 2007 in vrijwel alle 28 onderzochte landen tussen 1 en 5 %. Slechts vier landen

melden hogere prevalentieniveaus, namelijk Bulgarije, Estland, Slowakije (elk 6 %) en Letland (7 %).

Het aantal primaire ecstasygebruikers die in 2007 in behandeling gingen, bleef verwaarloosbaar. In twee derde van de landen wordt ecstasy door minder dan 1 % van de drugscliënten genoemd. In de resterende landen schommelt het percentage tussen de 1 en 5 %. Met een gemiddelde leeftijd van 24 jaar behoren ecstasycliënten tot de jongste groepen die aan een drugsbehandeling beginnen. Zij maken ook regelmatig melding van het gelijktijdige gebruik van andere stoffen, zoals cannabis, cocaïne, alcohol en amfetaminen ⁽⁸⁴⁾.

LSD en hallucinogene paddenstoelen

Het „ooit“-gebruik van LSD onder de volwassen bevolking (15-64 jaar) varieert van bijna nul tot 5,2 %. Onder jongvolwassenen (15-34 jaar) ligt het geschatte „ooit“-gebruik iets hoger (nul tot 6,6 %), hoewel er lagere prevalenties worden gemeld voor recent gebruik en onder 15- tot 24-jarigen ⁽⁸⁵⁾. Daarentegen wordt het gebruik van

Tabel 6: Prevalentie van ecstasygebruik onder de algemene bevolking – Samenvatting van de gegevens

Leeftijdsgroep	Tijdsbestek van het gebruik	
	Ooit	Afgelopen jaar
15-64 jaar		
Geschat aantal gebruikers in Europa	10 miljoen	2,5 miljoen
Europees gemiddelde	3,1 %	0,8 %
Bereik	0,3-7,5 %	0,1-3,5 %
Landen met de laagste prevalentie	Roemenië (0,3 %), Griekenland (0,4 %), Malta (0,7 %), Litouwen (1,0 %)	Roemenië (0,1 %), Griekenland, Malta (0,2 %), Polen (0,3 %)
Landen met de hoogste prevalentie	Verenigd Koninkrijk (7,5 %), Tsjechië (7,1 %), Ierland (5,4 %), Letland (4,7 %)	Tsjechië (3,5 %), Estland (1,7 %), Slowakije (1,6 %), Verenigd Koninkrijk, Letland (1,5 %)
15-34 jaar		
Geschat aantal gebruikers in Europa	7,5 miljoen	2 miljoen
Europees gemiddelde	5,6 %	1,6 %
Bereik	0,6-14,6 %	0,2-7,7 %
Landen met de laagste prevalentie	Griekenland, Roemenië (0,6 %), Malta (1,4 %), Litouwen, Polen (2,1 %)	Roemenië (0,2 %), Griekenland (0,4 %), Polen (0,7 %), Italië, Litouwen, Portugal (0,9 %)
Landen met de hoogste prevalentie	Tsjechië (14,6 %), Verenigd Koninkrijk (12,7 %), Ierland (9,0 %), Letland (8,5 %)	Tsjechië (7,7 %), Estland (3,7 %), Verenigd Koninkrijk (3,1 %), Letland, Slowakije, Nederland (2,7 %)
De prevalentieschattingen in Europa zijn berekend met behulp van gewogen gemiddelden op basis van de meest recente nationale enquêtes die werden gehouden van 2001 tot 2008 (voornamelijk 2004-2008). Zij kunnen dan ook niet aan een welbepaald jaar gekoppeld worden. De gemiddelde prevalentie in Europa is berekend met behulp van een gewogen gemiddelde op basis van de populatie van de relevante leeftijdsgroep in elk land. In landen waarvoor geen informatie beschikbaar was, is de gemiddelde prevalentie in de EU gebruikt. De populaties waarop de cijfers zijn gebaseerd, zijn: 15-64 (334 miljoen) en 15-34 (133 miljoen). De gegevens die hier worden samengevat, zijn beschikbaar onder „General population surveys“ in het Statistical Bulletin 2009.		

⁽⁸³⁾ Zie figuur GPS-9 deel (ii) en de tabellen GPS-17 en GPS-18 in het Statistical Bulletin 2009.

⁽⁸⁴⁾ Zie de tabellen TDI-5 en TDI-37 deel (i), deel (ii) en deel (iii) in het Statistical Bulletin 2009.

⁽⁸⁵⁾ Zie de tabellen GPS-8 deel (i), GPS-9, GPS-11 en GPS-17 in het Statistical Bulletin 2009.

LSD in de enkele landen die vergelijkbare gegevens verstrekken vaak overtroffen door dat van hallucinogene paddenstoelen, waarbij de schattingen van het „ooit“-gebruik voor jongvolwassenen variëren van 0,3 tot 8,3 % en van het recente gebruik van 0,2 tot 2,8 %.

Onder de 15 tot 16-jarige scholieren liggen de prevalentieschattingen voor het gebruik van hallucinogene paddenstoelen hoger dan voor LSD en andere hallucinogenen in tien van de 26 landen die over deze stoffen gegevens hebben verstrekt. De meeste landen schatten het „ooit“-gebruik van hallucinogene paddenstoelen op 1 tot 4 %, terwijl Slowakije (5 %) en Tsjechië (7 %) een hoger gebruiksniveau rapporteren ⁽⁸⁶⁾.

Trends in het gebruik van amfetaminen en ecstasy

Eerdere berichten over een stabiliserend of zelfs dalend gebruik van amfetamine en ecstasy in Europa worden door de meest recente gegevens bevestigd. Na een algemene stijging in de jaren negentig wijzen bevolkingsenquêtes nu op een algehele stabilisatie of zelfs een bescheiden afname in de populariteit van beide drugs, hoewel dit patroon niet in alle landen wordt aangetroffen.

Het recente amfetaminegebruik onder jongvolwassenen (15-34) is in het Verenigd Koninkrijk aanzienlijk gedaald van 6,2 % in 1998 tot 1,8 % in 2008. In Denemarken is het amfetaminegebruik gestegen van 0,5 % in 1994 tot 3,1 % in 2000, met een vergelijkbaar cijfer in 2008 ⁽⁸⁷⁾. In de andere landen die melding maken van herhaalde enquêtes gedurende een vergelijkbare periode (Duitsland,

Selected issue van het EWDD over polydrugsgebruik

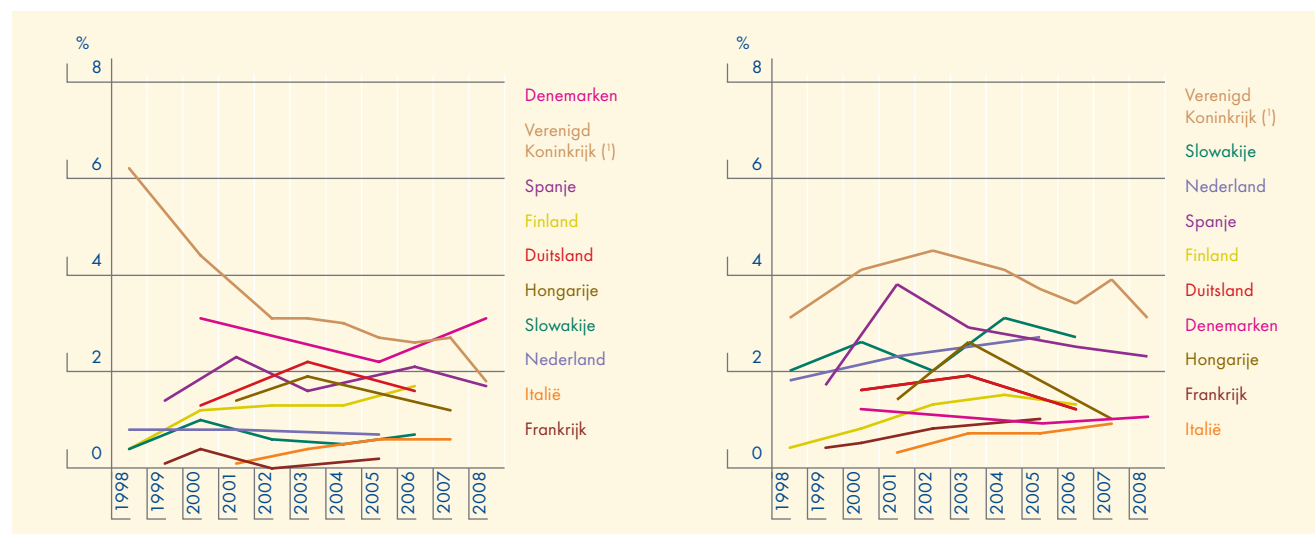
Naast het jaarverslag van 2009 publiceert het EWDD ook een selected issue over polydrugsgebruik. In het document wordt een overzicht gegeven van de beschikbare definities van dit zeer vaak voorkomende gebruikspatroon en worden gegevens aangereikt waarmee meer inzicht kan worden verkregen in de prevalentie en de kenmerken van polydrugsgebruik in verschillende populaties (scholieren, volwassenen, problematische drugsgebruikers). Er wordt ook ingegaan op de bestaande op polydrugsgebruik gerichte interventies op het gebied van preventie, behandeling en schadebeperking. Tot slot bevat het verslag ook een kort overzicht van de risico's van een aantal van de meest gebruikelijke drugscombinaties en een debat over de monitoring van polydrugsgebruik in de toekomst.

Dit selected issue is uitsluitend in het Engels beschikbaar, zowel op papier als in elektronische vorm (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/polydrug-use>).

Griekenland, Spanje, Frankrijk, Nederland, Slowakije en Finland) zijn de trends grotendeels stabiel (figuur 7). Van de 11 landen die voor de periode 2002-2007 voldoende gegevens hebben verstrekt over het recente gebruik van amfetamine onder 15- tot 34-jarigen, melden er vier een daling van 15 % of meer, drie een stabilisatie en vier een stijging.

Voor het ecstasygebruik onder jongvolwassenen (15-34 jaar) is het beeld minder eenduidig. Na een algemene stijging van het gebruik in bepaalde Europese landen eind

Figuur 7: Trends in de prevalentie van recent gebruik van amfetaminen (links) en ecstasy (rechts) onder jongvolwassenen (15-34 jaar)



(¹) Engeland en Wales.

NB: In deze figuur worden enkel de gegevens weergegeven van landen waar in de periode van 1998 tot 2008 minstens drie enquêtes werden gehouden. Zie voor nadere informatie de figuren GPS-8 en GPS-21 in het Statistical Bulletin 2009.

Bronnen: Nationale Reitox-verslagen, gebaseerd op bevolkingsenquêtes, onderzoeksverslagen en wetenschappelijke artikelen.

⁽⁸⁶⁾ Gegevens van ESPAD voor alle landen, uitgezonderd Spanje. Zie figuur EYE-2 deel (v) in het Statistical Bulletin 2009.

⁽⁸⁷⁾ In Denemarken hebben de gegevens voor 1994 betrekking op „harddrugs“, waaronder hoofdzakelijk amfetaminen werden verstaan.

jaren tachtig en begin jaren negentig, wat medio jaren negentig leidde tot een vergelijkbaar ecstasygebruik in Duitsland, Spanje en het Verenigd Koninkrijk, is het recente gebruik in Europa naar schatting gedaald tot gemiddeld 1,6 %. Onder de landen die beschikken over meer recente enquêtegegevens blijft de prevalentie lager dan in het Verenigd Koninkrijk ⁽⁸⁸⁾. In de periode van 2002 tot 2007 is het recente gebruik van ecstasy onder jongvolwassenen met ten minste 15 % gedaald in drie van de elf landen met voldoende informatie, terwijl het stabiel is gebleven in vier landen en is toegenomen in vier andere landen.

Cocaïne zou in enkele landen en in bepaalde groepen van de drugsgebruikende populatie de plaats van amfetaminen en ecstasy aan het innemen kunnen zijn. Deze hypothese kan worden geïllustreerd in het Verenigd Koninkrijk en, zij het in mindere mate, in andere landen (bv. Denemarken en Spanje), waar de stijging van de cocaïneconsumptie gepaard gaat met een daling van het amfetaminegebruik (EWDD, 2008b).

Uit de ESPAD-enquête en andere schoolenquêtes van 2007 blijkt dat het „ooit“-gebruik van amfetamine en ecstasy onder 15- tot 16-jarige scholieren over het algemeen vrij stabiel blijft. Wanneer gekeken wordt naar stijgingen van minstens twee procentpunten tussen 2003 en 2007, is het „ooit“-gebruik van amfetamine in negen landen toegenomen. Volgens dezelfde maatstaf is het ecstasygebruik gestegen in zeven landen. Het „ooit“-gebruik van amfetamine is enkel gedaald in Estland, terwijl Tsjechië, Portugal en Kroatië melding maken van een daling van het gebruik van ecstasy.

Amfetaminen en ecstasy in recreatieve settings: gebruik en interventies

Drugs- en alcoholgebruik worden soms geassocieerd met bepaalde recreatieve settings waar jongeren samenkomen, zoals dance-evenementen en muziekfestivals. Studies naar het drugsgebruik in een dergelijke omgeving kunnen een nuttig beeld geven van het gedrag van gebruikers die amfetaminen en ecstasy of andere drugs als ketamine en GHB gebruiken. Het geschatte drugsgebruik in deze settings is hoog, maar dat laat zich niet veralgemenen voor de bredere bevolking en de drugs worden vaak in het weekend of in vakantieperioden gebruikt (EWDD, 2006b).

Voor vijf landen (België, Tsjechië, Letland, Litouwen en Oostenrijk) zijn prevalentiegegevens beschikbaar uit studies die in 2007 werden uitgevoerd in recreatieve settings. Het geschatte „ooit“-gebruik varieerde van 15 tot

71 % voor ecstasy en van 17 tot 68 % voor amfetaminen. Vier van deze studies bevatten ook schattingen van het „ooit“-gebruik van hallucinogene paddenstoelen, dat schommelde tussen 4 en 64 %. In deze settings kan ook frequent gebruik van ecstasy of amfetaminen voorkomen, maar doorgaans ligt het gebruik heel wat lager.

De in 2007 en 2008 uitgevoerde British Crime Survey geeft een idee van de mate waarin het gebruik van deze drugs geconcentreerd is onder de jongeren die nachtclubs bezoeken. Onder de 16- tot 24-jarigen lag het recente gebruik bij degenen die verklaarden in de afgelopen maand vier keer of vaker in een nachtclub geweest te zijn, meer dan drie keer hoger (8 %) dan bij degenen die geen nachtclubs bezoeken (2,3 %) (Hoare en Flatley, 2008).

De gezondheid en veiligheid van nachtclubbezoekers die drugs gebruiken, vormen een toenemend probleem voor de volksgezondheid. Richtsnoeren zoals de „safe-dance guidelines“ in het Verenigd Koninkrijk zijn op dat gebied een belangrijk hulpmiddel geworden. Hoewel 12 landen melden dat zij intussen gelijksoortige richtsnoeren voor uitgaansfaciliteiten hebben uitgewerkt, rapporteren enkel Nederland, Slovenië, Zweden en het Verenigd Koninkrijk dat ook werk wordt gemaakt van toezicht en handhaving.

Richtsnoeren voor een veilig clubbezoek hebben tot doel de kans op drugsgerelateerde problemen te verkleinen. Voorbeelden zijn onder meer toegang tot gratis koud water, de onmiddellijke beschikbaarheid van eerstehulp en preventie door straathoekwerkers. Nationale deskundigen meldden de beschikbaarheid van dergelijke maatregelen in nachtclubs met voldoende grote doelgroepen voor de uitvoering van de interventie. Over het algemeen blijkt dat eenvoudige maatregelen om gezondheidsrisico's en drugsgebruik in het Europese uitgaansleven te voorkomen of te beperken slechts in beperkte mate beschikbaar zijn. Preventie door straathoekwerkers wordt gemeld in het merendeel van de betrokken clubs in Litouwen en Slovenië, maar slechts in een klein aantal clubs in 18 andere landen. In zes landen bestaat dergelijke preventie helemaal niet. Vijf landen melden de onmiddellijke beschikbaarheid van eerstehulp in het merendeel van de betrokken nachtclubs (Luxemburg, Portugal, Slovenië, het Verenigd Koninkrijk en Noorwegen). De maatregel is in 15 landen enkel beschikbaar in een beperkt aantal clubs en is in Griekenland en Zweden helemaal niet beschikbaar. Tot slot hebben bezoekers toegang tot gratis koud water in het merendeel van de betrokken nachtclubs in elf landen en in een beperkt aantal clubs in negen andere landen. De maatregel is niet beschikbaar in Griekenland, Cyprus en Roemenië.

⁽⁸⁸⁾ Zie figuur GPS-21 in het Statistical Bulletin 2009.

Behandeling

Gebruikers van amfetaminen worden doorgaans behandeld door extramurale drugsdiensten, die in landen met historisch hoge gebruiksniveaus van amfetaminen zelfs gespecialiseerd kunnen zijn in de behandeling van dat soort drugsprobleem. De meest problematische amfetaminegebruikers kunnen worden behandeld in intramurale behandelcentra of in psychiatrische klinieken of ziekenhuizen.

Negen landen melden het bestaan van specifiek op amfetaminegebruikers gerichte behandelprogramma's (Duitsland, Estland, Spanje, Italië, Oostenrijk, Portugal, Slovenië, Slowakije en het Verenigd Koninkrijk), hoewel de beschikbaarheid ervan verschilt van land tot land. Slechts drie van deze landen (Portugal, Slovenië en het Verenigd Koninkrijk) melden dat gespecialiseerde programma's beschikbaar zijn voor de meeste amfetaminegebruikers die actief op zoek gaan naar behandeling. In de andere zes landen schatten nationale deskundigen dat gespecialiseerde amfetaminebehandeling beschikbaar is voor minder dan de helft van de gebruikers die een behandeling wensen te volgen. De inhoud van de specifieke programma's voor de gebruikers van deze drugs is vaak niet goed gedocumenteerd.

In het algemeen zijn er geen therapeutische behandelingen waarvan de effectiviteit duidelijk bewezen is en waarop de behandeling van de verslaving aan psychostimulantia zoals amfetaminen kan worden gebaseerd. Er werden veelbelovende resultaten geboekt in recent onderzoek naar farmacologische middelen om gebruikers te helpen bij het afkicken of om de behoeften die gepaard gaan met de verslaving aan psychostimulantia te verminderen, middelen die er tot nog toe niet waren. In Finland waren de eerste resultaten van een onderzoek naar het gebruik van methylfenidaat en aripiprazol positief. Cliënten die methylfenidaat kregen, leverden minder vaak urinestalen af die positief testten op amfetaminen dan degenen die aripiprazol of een placebo kregen (Tiihonen et al., 2007). Bovendien heeft recent literatuuronderzoek gewezen op de positieve resultaten van methylfenidaat en dexamfetamine in de behandeling van metamfetamineverslaving (Elkashef et al., 2008).

Dexamfetamine wordt al geruime tijd gebruikt voor de behandeling van zeer problematische amfetaminegebruikers in Engeland en Wales, waar het middel door alle artsen mag worden voorgeschreven. Er is evenwel weinig informatie voorhanden over deze handelswijze uit het Verenigd Koninkrijk. In een onderzoek naar apotheekdiensten dat meer dan tien jaar geleden heeft plaatsgevonden, werd geschat dat 900 tot 1 000 cliënten met het middel behandeld werden (Strang en Sheridan, 1997). De meeste recepten werden

afgegeven door artsen die verbonden waren aan ziekenhuizen of klinieken, vrijwel allemaal artsen die werkten voor de National Health Service (NHS). Een onderzoek dat in 2000 werd gevoerd bij 265 gespecialiseerde NHS-diensten heeft uitgewezen dat dexamfetamine in een op de drie deelnemende diensten werd voorgeschreven (Rosenberg et al., 2002). In de richtsnoeren van het Verenigd Koninkrijk voor de klinische behandeling van drugsverslaving wordt het voorschrijven van dexamfetamine als substitutiemiddel evenwel afgeraden omdat er onvoldoende bewijs is voor de effectiviteit ervan (NTA, 2007).

Tot nog toe bestaan voor geen enkele psychosociale interventie duidelijke bewijzen dat ze gebruikers van psychostimulantia op effectieve wijze helpt van de drugs af te blijven. In de literatuur zijn de interventies die zich in de behandeling van gebruikers van stimulerende middelen het doeltreffendst hebben betoond cognitieve gedragsbenaderingen, zoals terugvalpreventie. Er is maar weinig bewijsmateriaal voor de effectiviteit van andere soorten interventies. In de literatuur zijn namelijk maar weinig degelijke studies naar primaire amfetaminegebruikers te vinden, vooral wat het resultaat van behandelingen betreft (Baker et al., 2004). In een recent onderzoek van de Cochrane Collaboration naar psychosociale interventies voor verslaving aan psychostimulantia werd geconcludeerd dat de enige consistente, positieve gedragsresultaten (in behandeling blijven, minder drugs gebruiken) worden waargenomen bij interventies waarvan een bepaalde vorm van gedragstraining (contingency management) een onderdeel is. Deze aanpak wordt in Europa slechts zelden toegepast, hoewel er een aantal proefprojecten geweest zijn (zie hoofdstuk 5).

Bijkomend onderzoek moet worden verricht naar de psychosociale en farmacologische behandeling van cliënten met problemen in verband met amfetaminegebruik en in het bijzonder van injecterende gebruikers. Verder dienen de huidige behandelpraktijken en het bereik van de behandelingen in Europa beter te worden gedocumenteerd en moet nog heel wat worden gedaan om de uitwisseling van goede praktijken te bevorderen. Het is best mogelijk dat het gebrek aan gerichte programma's amfetamine- en metamfetaminegebruikers ervan weerhoudt in behandeling te gaan, vooral in een vroege gebruiksfase. Bovendien zou de beschikbaarheid van dergelijke programma's meer gebruikers naar een behandeling kunnen leiden, zoals werd vastgesteld bij problematische cannabisgebruikers in Duitsland en Frankrijk toen beide landen het aanbod van gerichte behandelprogramma's hebben uitgebreid. Dergelijke maatregelen zouden bijzonder nuttig kunnen zijn in landen waar recent een stijging werd vastgesteld van het aantal problematische amfetamine- en metamfetaminegebruikers en vooral dan injecterende gebruikers (Talu et al., 2009).

Hoofdstuk 5

Cocaïne en crack-cocaïne

Inleiding

In de afgelopen tien jaar is het cocaïnegebruik en het aantal cocaïnevangsten in de Europese Unie over het algemeen gestegen, hoewel deze stijging in ruime mate beperkt is gebleven tot de westelijke lidstaten en er zich ook aanzienlijke verschillen voordoen per land. De beschikbare gegevens wijzen ook op een aanmerkelijke verscheidenheid onder cocaïnegebruikers, zowel op het gebied van gebruikspatronen als op sociaaldemografisch vlak. De grootste groep wordt gevormd door de gebruikers die slechts één keer of een paar keer met het middel experimenteren. Een andere groep, waartoe in bepaalde landen een relatief groot aantal jongeren behoort, wordt gevormd door sociaal geïntegreerde regelmatige gebruikers. Sommigen drijven hun cocaïnegebruik op of gebruiken de drug gedurende een lange periode, wat kan leiden tot chronische gezondheids- en sociale problemen en de behoefte aan behandeling. Een derde groep wordt gevormd door sociaal uitgesloten gebruikers, onder wie ook (vroegere) gebruikers van opioïden. Het merendeel van hen vertoont intensieve gebruikspatronen van cocaïne, en gebruikt eventueel crack of injecteert de drug, wat bestaande sociale en gezondheidsproblemen kan verergeren of bestendigen en

hun behandeling voor opioïdengebruik kan bemoeilijken. Gezien de uiteenlopende profielen onder cocaïnegebruikers vormen de evaluatie van de prevalentie van de drug, de gevolgen ervan op de sociale situatie en de gezondheid van de gebruikers en de vereiste aanpakwijzen een unieke uitdaging.

Aanvoer en beschikbaarheid

Productie en handel

De teelt van cocabladeren, de grondstof voor cocaïne, blijft geconcentreerd in enkele landen in de Andes ⁽⁸⁹⁾. Het UNODC (2009) schatte dat met de geteelde cocabladeren in 2008 circa 845 ton pure cocaïne-hydrochloride werd geproduceerd, waarbij Colombia goed was voor 51 %, Peru voor 36 % en Bolivia voor 13 %. De wereldwijde cocaïneproductie is in 2008 met naar schatting 15 % gedaald, voornamelijk als gevolg van de productiedaling in Colombia — van 600 ton in 2007 naar 430 ton in 2008. In Peru en Bolivia bleef de productie daarentegen licht toenemen.

Het proces waarbij cocabladeren worden omgezet in cocaïne-hydrochloride vindt nog steeds voornamelijk

Tabel 7: Productie, vangsten, straatwaarde en zuiverheid van cocaïne en crack-cocaïne

	Cocaïne	Crack-cocaïne ⁽¹⁾
Geschatte wereldwijde productie (ton)	845	N.b.
Wereldwijd onderschepte hoeveelheid (ton)	710 ⁽²⁾	0,8
Onderschepte hoeveelheid (ton) EU en Noorwegen (incl. Kroatië en Turkije)	76,4 (76,7)	0,08 (0,08)
Aantal vangsten EU en Noorwegen (incl. Kroatië en Turkije)	91 400 (92 000)	9 500 (9 500)
Gemiddelde straatwaarde (EUR/gram) Bereik (Interkwartielafstand) ⁽³⁾	44–88 (58–67)	20–112
Bereik van gemiddelde zuiverheid (%)	22–57	35–98

⁽¹⁾ Gezien het kleine aantal landen dat informatie heeft verstrekt, dienen de gegevens steeds met de nodige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd.

⁽²⁾ Het UNODC schat dat dit cijfer overeenstemt met 412 ton zuivere cocaïne.

⁽³⁾ Bereik van de middelste helft van de gerapporteerde gemiddelde straatwaarden.

NB: Alle gegevens hebben betrekking op 2007, behalve de schattingen van de wereldwijde productie, die betrekking hebben op 2008. N.b.: gegevens niet beschikbaar.

Bronnen: Het World Drug Report 2009 van het UNODC voor de mondiale waarden en de nationale focal points van het Reitox-netwerk voor de Europese gegevens.

⁽⁸⁹⁾ Zie voor informatie over de gegevensbronnen inzake de aanvoer en beschikbaarheid van drugs, blz. 41.

plaats in Colombia, Peru en Bolivia, hoewel dit ook kan gebeuren in andere Zuid-Amerikaanse landen. Het belangrijke aandeel van Colombia in de productie van cocaïne wordt bevestigd door de beschikbare gegevens over het aantal ontmantelde laboratoria en de vangsten van kaliumpermanganaat, een chemisch reagens dat wordt gebruikt bij de synthese van cocaïne-hydrochloride. In 2007 werden in Colombia 2 471 cocaïne laboratoria ontmanteld (78 % van het wereldtotaal) en werd in totaal 144 ton kaliumpermanganaat in beslag genomen (94 % van de wereldwijde vangsten) (INCB, 2009a).

De beschikbare informatie wijst erop dat cocaïne nog steeds via verschillende routes naar Europa wordt gesmokkeld (EWDD, 2008d). Cocaïne zendingen worden via Zuid- en Centraal-Amerikaanse landen als Argentinië, Brazilië, Ecuador, Mexico en Venezuela naar Europa gebracht. Ook het Caribische gebied is een belangrijk doorvoer gebied voor cocaïne die naar Europa wordt vervoerd. Op deze routes wordt de cocaïne gesmokkeld via commerciële vluchten of per schip. De afgelopen jaren is ook een alternatieve route via West-Afrika ontstaan. Vandaaruit wordt de cocaïne vaak naar Europa vervoerd in vissers- en zeilboten, hoewel ook melding gemaakt wordt van smokkel door de lucht of over land via Noord-Afrika (Europol, 2007).

In recente jaren zijn ook andere landen als doorvoer land genoemd. Het betreft onder meer Zuid-Afrika en Rusland, maar ook landen in Centraal- en Oost-Europa, waar het aantal cocaïne vangsten is gestegen van naar schatting 412 gevallen in 2002 tot 1 065 gevallen in 2007. België, Spanje, Frankrijk, Italië, Nederland, Portugal en het Verenigd Koninkrijk worden genoemd als belangrijke doorvoer landen voor cocaïne ladingen die bestemd zijn voor verdere distributie in Europa.

Vangsten

Cocaïne is na cannabisbladeren en cannabis hars de meest verhandelde drug ter wereld. Wereldwijd is de hoeveelheid in beslag genomen cocaïne in 2007 stabiel gebleven op circa 710 ton. In Zuid-Amerika wordt nog steeds de grootste in beslag genomen hoeveelheid gemeld, goed voor 45 % van de mondiale hoeveelheid, gevolgd door Noord-Amerika met 28 % en West- en Centraal-Europa met 11 % (UNODC, 2009).

Het aantal cocaïne vangsten in Europa is de afgelopen twintig jaar gestegen en vooral sinds 2003. In 2007 steeg het aantal cocaïne vangsten tot 92 000, hoewel de totale in beslag genomen hoeveelheid met 77 ton daalde ten opzichte van de 121 ton van 2006. De daling van de

totale hoeveelheid onderschepte cocaïne is grotendeels toe te schrijven aan Portugal en in mindere mate aan Spanje en Frankrijk, die voor 2007 de inbeslagneming van kleinere hoeveelheden meldde in vergelijking met het voorgaande jaar ⁽⁹⁰⁾. In 2007 was Spanje opnieuw goed voor de grootste hoeveelheid onderschepte cocaïne en het grootste aantal vangsten van de drug in heel Europa.

Zuiverheid en prijs

De gemiddelde zuiverheid van cocaïne in Europa varieerde in 2007 van 22 % tot 57 % ⁽⁹¹⁾. Van de landen die voldoende gegevens hebben verstrekt voor een trendanalyse, rapporteren de meeste een dalende trend in de zuiverheid van cocaïne in de periode 2002-2007, met uitzondering van Spanje en Portugal.

In 2007 bedroeg de straatwaarde van cocaïne in de 19 landen die gegevens hebben verstrekt gemiddeld 44 tot 88 EUR per gram, waarbij ongeveer de helft van de landen prijzen melden van 58 tot 67 EUR per gram. In de landen die voldoende gegevens hebben verstrekt om vergelijking mogelijk te maken, is de cocaïne die op straat wordt verkocht tussen 2002 en 2007 goedkoper geworden.

Prevalentie en gebruikspatronen

Cocaïne gebruik onder de algemene bevolking

Globaal genomen blijft cocaïne na cannabis de meest gebruikte illegale drug in Europa, hoewel het gebruik sterk verschilt per land. Geschat wordt dat circa 13 miljoen Europeanen minstens één keer in hun leven cocaïne hebben gebruikt, gemiddeld 3,9 % van de volwassenen tussen de 15 en 64 jaar (zie tabel 8 voor een overzicht van de gegevens). De cijfers per land lopen uiteen van 0,1 tot 8,3 %, waarbij 12 van de 23 rapporterende landen, inclusief de meeste Centraal- en Oost-Europese landen, lage niveaus voor het „oortoegewoonte”-gebruik onder volwassenen melden (0,5-2 %).

Naar schatting hebben ongeveer 4 miljoen Europeanen de drug in het afgelopen jaar gebruikt (gemiddeld 1,2 %), hoewel ook hier de verschillen tussen landen aanmerkelijk zijn. Dat blijkt uit recente nationale enquêtes, die schattingen van het recente gebruik te zien geven tussen nul en 3,1 %, hoewel het percentage in 18 van de 24 rapporterende landen niet boven de 1 % uitkomt. Met 1,5 miljoen Europeanen stemt de schatting van het actuele gebruik van cocaïne in Europa overeen met ongeveer 0,4 % van de volwassen bevolking. Het gaat hier waarschijnlijk om voorzichtige schattingen.

⁽⁹⁰⁾ Zie de tabellen SZR-9 en SZR-10 in het Statistical Bulletin 2009.

⁽⁹¹⁾ Zie de tabellen PPP-3 en PPP-7 in het Statistical Bulletin 2009 voor gegevens over zuiverheid en prijs.

Wetgeving ter bestrijding van drugsmokkel op volle zee

Of drugsmokkel op zee al dan niet succesvol wordt bestreden, hangt af van de samenwerking tussen verschillende landen, een samenwerking die door twee internationale verdragen wordt vergemakkelijkt.

Overeenkomstig artikel 108 van het internationaal Verdrag inzake het recht van de zee (1982) kan een staat die vermoedt dat een schip dat zijn vlag voert ⁽¹⁾ zich bezighoudt met drugsmokkel om de medewerking van andere staten verzoeken om dergelijke smokkelpraktijken te stoppen. Verdere samenwerking is voorzien in artikel 17 van het VN-Verdrag van 1988 ter bestrijding van smokkelpraktijken. In dat verdrag wordt een mechanisme vastgesteld waarmee elke staat die redelijke gronden heeft aan te nemen dat een schip dat is geregistreerd in een ander land zich bezighoudt met drugsmokkel, aan de vlaggenstaat van het schip toestemming mag vragen aan boord te gaan van het vaartuig, eventuele drugs op te sporen en in beslag te nemen en de delinquenten te vervolgen. Deze interventies mogen overal buiten de territoriale wateren worden uitgevoerd. De bevoegde nationale instanties worden aangesteld als contactpunt en zijn permanent bereikbaar, zodat zo snel mogelijk een antwoord kan worden gegeven op dergelijke verzoeken. Een verzoek kan worden ingewilligd, al dan niet onder voorwaarden, of geweigerd. Interventies mogen enkel worden uitgevoerd door oorlogsschepen en militaire vliegtuigen of andere schepen en vliegtuigen die daartoe gemachtigd zijn en waaraan duidelijk kan worden gemerkt dat zij in dienst zijn van de overheid.

Het aan boord gaan en de verdere acties worden uitgevoerd door een team wetshandhavers van de verzoekende staat, een zogenoemd Law Enforcement Detachment (LEDET). Onder de coördinatie van intergouvernementele instanties als het MAOC-N (Maritime Analysis Operations Centre – Narcotics) is een LEDET soms aan boord van een oorlogsschip van een ander land. Teneinde te voldoen aan de identificatievereiste vliegen of varen de helikopters en kleine boten die tijdens de operatie worden gebruikt in dat geval tijdelijk onder de vlag van de staat van het LEDET en niet onder die van de staat van het oorlogsschip.

⁽¹⁾ Een schip en de bijbehorende bemanning vallen onder de bevoegdheid van de staat waar het schip is geregistreerd (de „vlaggenstaat“).

Over het algemeen lijkt het cocaïnegebruik geconcentreerd te zijn in enkele landen, met name Denemarken, Spanje, Italië, Ierland en het Verenigd Koninkrijk, terwijl het gebruik van de drug relatief laag is in de rest van Europa. In landen waar amfetaminen de markt voor illegale stimulerende middelen domineren, zijn de schattingen van het cocaïnegebruik in bijna alle gevallen laag. In de meeste landen waar cocaïne het belangrijkste illegale stimulerende middel is, worden

Analyse van de dalende waarde van cocaïne in Europa

Sinds 2000 is de straatwaarde van cocaïne (aangepast voor inflatie) in Europa gedaald, terwijl de vraag naar de drug net is toegenomen, zoals blijkt uit de prevalentiecijfers voor cocaïnegebruik onder de algemene bevolking en onder problematische drugsgebruikers. Er zijn meerdere verklaringen voor deze op het eerste gezicht tegenstrijdige vaststelling. De stijgende aanvoer van cocaïne in Europa, die blijkt uit het toenemende aantal vangsten, speelt zeker een belangrijke rol. De zoektocht door Zuid-Amerikaanse cocaïnehandelaars naar een alternatief voor de Amerikaanse markt zou een stuwende factor kunnen zijn voor de groeiende aandacht voor de Europese markt. Bovendien kan de groeiende vraag naar cocaïne in Europa een aantrekkend effect hebben. De stijgende hoeveelheid cocaïne die in Europa wordt verbruikt en de relatieve sterkte van de Europese valuta's in vergelijking met de Amerikaanse dollar kan de dalende prijzen en eventueel kleinere winstmarges gecompenseerd hebben.

Er zijn echter ook nog andere factoren die de straatwaarde van cocaïne beïnvloed kunnen hebben. De technologische vooruitgang en het gebruik van nieuwe handelsroutes, zoals de West-Afrikaanse route, waar slechts in beperkte mate wordt opgetreden tegen drugs en goedkope smokkelaars voorhanden zijn, kunnen hebben bijgedragen tot een vermindering van de vervoerskosten en -risico's. Ook de toegenomen concurrentie op de cocaïnemarkt (Desroches, 2007) kan de straatwaarde van de drug in Europa hebben beïnvloed.

Door het gebrek aan gegevens ter zake is deze analyse noodgedwongen speculatief, wat het belang onderstreept van meer inzicht in de factoren die de Europese drugsmarkt beïnvloeden. Het EWDD verbindt zich ertoe meer samenwerkingsverbanden op te zetten en relevant onderzoek te blijven doen.

daarentegen lage gebruiksniveaus voor amfetamine gerapporteerd.

Slechts een klein percentage van de personen die minstens één keer in hun leven cocaïne hebben gebruikt, ontwikkelt een intensief gebruikspatroon. Gegevens afkomstig van algemene bevolkingsenquêtes wijzen op hoge discontinueringscijfers onder cocaïnegebruikers. In de landen waar het recente gebruik boven de 2 % ligt, hebben de meeste volwassenen die ooit cocaïne hebben gebruikt (80-95 %) dat niet in de afgelopen maand gedaan ⁽⁹²⁾.

Cocaïnegebruik onder jongvolwassenen

In Europa hebben naar schatting 7,5 miljoen jongvolwassenen (15-34 jaar), ofwel gemiddeld 5,6 %, ooit in hun leven cocaïne gebruikt. De cijfers per land

⁽⁹²⁾ Zie figuur GPS-16 in het Statistical Bulletin 2009.

variëren van 0,1 tot 12,0 %. Het Europese gemiddelde voor recent gebruik van cocaïne in deze leeftijdscategorie wordt geschat op 2,2 % (3 miljoen) en voor actueel gebruik op 0,8 % (1 miljoen).

Het gebruik is vooral hoog onder jonge mannen (15-34 jaar), met een recent gebruik van cocaïne tussen de 4,2 en 7,7 % in Denemarken, Spanje, Ierland, Italië en het Verenigd Koninkrijk ⁽⁹³⁾. In de meeste landen bedraagt de verhouding tussen mannen en vrouwen voor recent gebruik van cocaïne onder jongvolwassenen ten minste 2:1.

De percentages voor recent cocaïnegebruik onder de 15- tot 24-jarigen worden geschat op 2,2 %, ofwel 1,5 miljoen gebruikers in Europa. In tegenstelling tot de prevalentieschattingen voor cannabis- en ecstasygebruik, die het hoogst zijn in de leeftijdscategorie van 15 tot 24 jaar, ligt het recentere gebruik van cocaïne (in het afgelopen jaar en de afgelopen maand) ongeveer even hoog in de leeftijdscategorie 15-34 jaar als in de categorie 15-24 jaar ⁽⁹⁴⁾.

Cocaïnegebruik wordt geassocieerd met alcoholgebruik en een bepaalde levensstijl. Uit gegevens afkomstig van de British Crime Survey 2007-2008 blijkt dat 13,5 % van de 16- tot 24-jarigen die de afgelopen maand negen keer of meer een kroeg hebben bezocht het afgelopen jaar cocaïne heeft gebruikt, tegenover 1,7 % van de jongeren die geen kroeg hebben bezocht. Ook het bezoek aan nachtclubs wordt in verband gebracht met een hoger cocaïnegebruik. Bijna 10 % van de 16- tot 24-jarigen die in de afgelopen maand vier keer of meer een club heeft bezocht, heeft het afgelopen jaar cocaïne gebruikt, tegenover 3,3 % van de jongeren die geen club hebben bezocht. In dezelfde enquête ligt het gemelde gebruik van crack-cocaïne laag, zelfs onder cocaïnegebruikers, wat strookt met de bevindingen van andere studies, waarin melding wordt gemaakt van verschillende profielen voor de gebruikers van beide middelen (Hoare en Flatley, 2008). Studies in recreatieve settings hebben ook aangetoond dat de prevalentie van cocaïnegebruik in dergelijke settings vaak hoger ligt dan onder de algemene bevolking (EWDD, 2007a). Bovendien heeft een recente online-enquête onder fans van elektronische muziek in Tsjechië uitgewezen dat 30,9 % van de respondenten ooit al cocaïne had gebruikt.

Uit een Eurobarometer-enquête uit 2008, die werd gehouden in de 27 EU-lidstaten, blijkt dat 85 % van de 15- tot 25-jarigen cocaïnegebruik als een groot gezondheidsrisico beschouwt. Het percentage

respondenten dat een even groot gezondheidsrisico associeert met het gebruik van andere middelen is veel lager: 40 % voor cannabis, 28 % voor tabak en 24 % voor alcohol. Enkel heroïne wordt door een nog groter percentage respondenten in verband gebracht met een hoog risico. De verschillen per land zijn klein en 95 % van de respondenten vindt dat cocaïne verboden moet blijven (Europese Commissie, 2008b).

Cocaïnegebruik onder scholieren

Schattingen van het cocaïnegebruik onder scholieren zijn veel lager dan die van cannabisgebruik. Volgens de ESPAD-enquête bedraagt het „ooit“-gebruik onder 15- tot 16-jarige scholieren tussen de 1 en 2 % in de helft van de 28 rapporterende landen. De meeste andere landen melden prevalentiepercentages van 3 tot 4 %, hoewel Frankrijk, Italië en het Verenigd Koninkrijk 5 % rapporteren. Het „ooit“-gebruik van cocaïne ligt in de meeste landen hoger bij mannen dan bij vrouwen en het hoogste niveau (6 %) wordt gemeld door Frankrijk en Italië ⁽⁹⁵⁾.

Internationale vergelijkingen

Over het algemeen is het recente gebruik van cocaïne onder jongvolwassenen in de Europese Unie lager dan onder hun leeftijdsgenoten in Australië en de Verenigde Staten. Twee landen, Spanje en het Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales), melden echter hogere cijfers dan Australië en enkel Spanje rapporteert een hoger schattingspercentage dan de Verenigde Staten (figuur 8).

Trends in cocaïnegebruik

Eenvoudig gezegd hebben de trends in het cocaïnegebruik in Europa verschillende patronen gevolgd. In de twee landen met het hoogste cocaïnegebruik (Spanje en het Verenigd Koninkrijk) is het gebruik van de drug dramatisch toegenomen aan het einde van de jaren negentig, waarna een stabielere trend werd ingezet die toch nog steeds licht stijgend was. In een tweede groep landen, Denemarken, Ierland en Italië, zette de stijging van het gebruik zich iets later door en was ze minder uitgesproken. Het gebruik in deze drie landen blijft evenwel hoog in vergelijking met andere Europese landen. Elders in Europa is het beeld minder duidelijk, met een over het algemeen lage prevalentie en zowel lichte stijgingen als dalingen in bepaalde landen. Van de 11 landen waarvoor de trend tussen 2002 en 2007 kan worden geëvalueerd, meldten

⁽⁹³⁾ Zie figuur GPS-13 in het Statistical Bulletin 2009.

⁽⁹⁴⁾ Zie figuur GPS-15 en de tabellen GPS-14, GPS-15 en GSP-16 voor alle jaren alsmede de tabellen GPS-17, GPS-18 en GPS-19 voor de meest recente gegevens in het Statistical Bulletin 2009.

⁽⁹⁵⁾ Zie tabel EYE-12 in het Statistical Bulletin 2009.

Tabel 8: Prevalentie van cocaïnegebruik onder de algemene bevolking – Samenvatting van de gegevens

Leeftijdsgroep	Tijdsbestek van het gebruik		
	Ooit	Afgelopen jaar	Afgelopen maand
15-64 jaar			
Geschat aantal gebruikers in Europa	13 miljoen	4 miljoen	1,5 miljoen
Europees gemiddelde	3,9 %	1,2 %	0,4 %
Bereik	0,1-8,3 %	0,0-3,1 %	0,0-1,1 %
Landen met de laagste prevalentie	Roemenië (0,1 %), Litouwen, Malta (0,4 %), Griekenland (0,7 %)	Roemenië (0,0 %), Griekenland (0,1 %), Tsjechië, Hongarije, Polen (0,2 %)	Tsjechië, Griekenland, Estland, Roemenië (0,0 %), Malta, Litouwen, Polen, Finland (0,1 %)
Landen met de hoogste prevalentie	Spanje (8,3 %), Verenigd Koninkrijk (7,6 %), Italië (6,8 %), Ierland (5,3 %)	Spanje (3,1 %), Verenigd Koninkrijk (2,3 %), Italië (2,2 %), Ierland (1,7 %)	Spanje (1,1 %), Verenigd Koninkrijk (1,0 %), Italië (0,8 %), Ierland (0,5 %)
15-34 jaar			
Geschat aantal gebruikers in Europa	7,5 miljoen	3 miljoen	1 miljoen
Europees gemiddelde	5,6 %	2,2 %	0,8 %
Bereik	0,1-12,0 %	0,1-5,5 %	0,0-2,1 %
Landen met de laagste prevalentie	Roemenië (0,1 %), Litouwen (0,7 %), Malta (0,9 %), Griekenland (1,0 %)	Roemenië (0,1 %), Griekenland (0,2 %), Polen (0,3 %), Hongarije, Tsjechië (0,4 %)	Estland, Roemenië (0,0 %), Tsjechië, Griekenland, Polen (0,1 %)
Landen met de hoogste prevalentie	Verenigd Koninkrijk (12,0 %), Spanje (11,8 %), Denemarken (9,5 %), Ierland (8,2 %)	Spanje (5,5 %), Verenigd Koninkrijk (4,5 %), Denemarken (3,4 %), Ierland, Italië (3,1 %)	Verenigd Koninkrijk (2,1 %), Spanje (1,9 %), Italië (1,2 %), Ierland (1,0 %)
15-24 jaar			
Geschat aantal gebruikers in Europa	3 miljoen	1,5 miljoen	0,6 miljoen
Europees gemiddelde	4,4 %	2,2 %	0,9 %
Bereik	0,1-9,9 %	0,1-5,6 %	0,0-2,5 %
Landen met de laagste prevalentie	Roemenië (0,1 %), Griekenland (0,6 %), Litouwen (0,7 %), Malta, Polen (1,1 %)	Roemenië (0,1 %), Griekenland (0,2 %), Polen (0,3 %), Tsjechië (0,4 %)	Estland, Roemenië (0,0 %), Griekenland (0,1 %), Tsjechië, Polen, Portugal (0,2 %)
Landen met de hoogste prevalentie	Verenigd Koninkrijk (9,9 %), Spanje (9,3 %), Denemarken (9,2 %), Ierland (7,0 %)	Denemarken (5,6 %), Spanje (5,4 %), Verenigd Koninkrijk (5,0 %), Ierland (3,8 %)	Verenigd Koninkrijk (2,5 %), Spanje (1,7 %), Italië (1,2 %), Ierland (1,1 %)

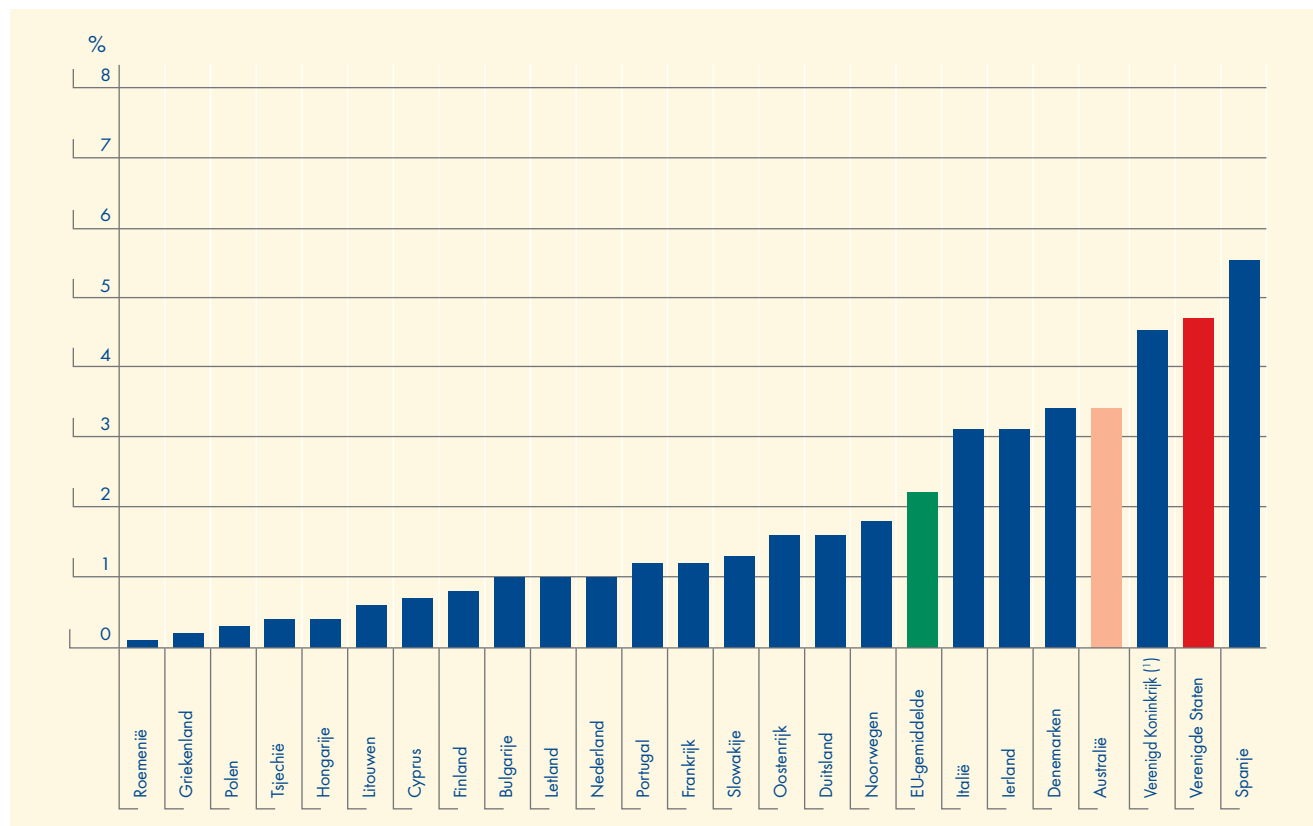
De prevalentieschattingen in Europa zijn berekend met behulp van gewogen gemiddelden op basis van de meest recente nationale enquêtes die werden gehouden tussen 2001 en 2008 (voornamelijk 2004-2008). Zij kunnen dan ook niet aan een welbepaald jaar gekoppeld worden. De gemiddelde prevalentie in Europa is berekend met behulp van een gewogen gemiddelde op basis van de populatie van de relevante leeftijdsgroep in elk land. In landen waarvoor geen informatie beschikbaar was, is de gemiddelde prevalentie in de EU gebruikt. De populaties waarop de cijfers zijn gebaseerd, zijn: 15-64 (334 miljoen), 15-34 (133 miljoen) en 15-24 (63 miljoen). De gegevens die hier worden samengevat, zijn beschikbaar onder „General population surveys” in het Statistical Bulletin 2009.

vijf landen (Ierland, Italië, Letland, Portugal en het Verenigd Koninkrijk) een stijging van minstens 15 % voor het recente gebruik onder jongvolwassenen (15-34 jaar) ^(%). Twee landen (Hongarije en Polen) rapporteerden een daling en de vier resterende landen (Duitsland, Spanje, Slowakije en Finland) een status-quo (figuur 9).

Uit de in 2007 gehouden ESPAD-scholenquêtes is gebleken dat het „ooit”-gebruik van cocaïne onder 15- tot 16-jarige scholieren sinds 2003 met minstens twee procentpunten is gestegen in Frankrijk, Cyprus, Malta, Slovenië en Slowakije. In de Spaanse scholenquête werd voor de periode van 2004 tot 2007 een daling van twee procentpunten gemeld.

^(%) In Denemarken werd eveneens een stijging vastgesteld, maar dan in een ander tijds kader.

Figuur 8: Prevalentie van cocaïnegebruik in het afgelopen jaar onder jongvolwassenen (15-34 jaar) in Europa, Australië en de Verenigde Staten



⁽¹⁾ Engeland en Wales.

NB: De gegevens zijn voor elk land gebaseerd op de meest recente enquête. Het Europese prevalentiegemiddelde werd berekend als het gemiddelde van de nationale prevalentiepercentages, gewogen op basis van de nationale populatie van 15- tot 34-jarigen (2006, overgenomen van Eurostat). Voor de VS en Australië werden de oorspronkelijke onderzoeksresultaten omgerekend naar de leeftijdscategorie van 15 tot 34 jaar. Zie voor nadere informatie figuur GPS-20 in het Statistical Bulletin 2009.

Bronnen: Nationale focal points van het Reitox-netwerk.

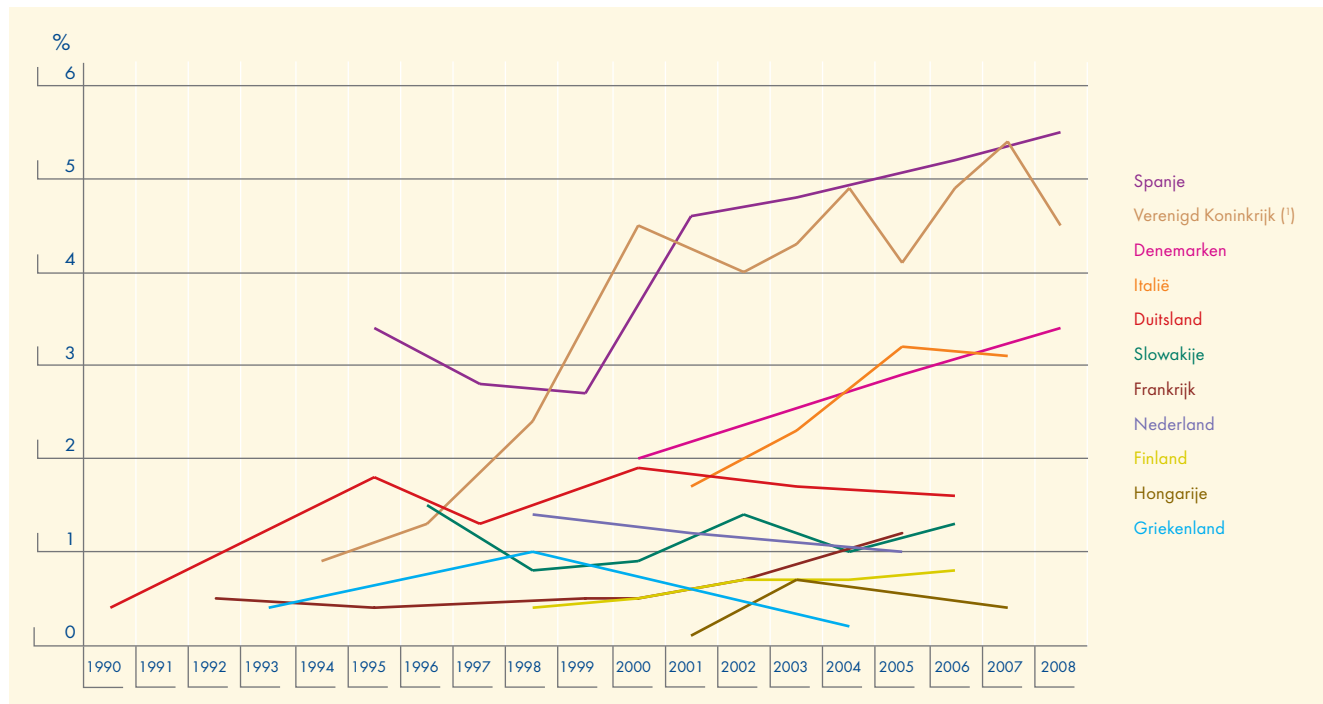
SAMHSA (USA), Office of Applied Studies (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>). National survey on drug use and health, 2007. Australian Institute of Health and Welfare 2008. 2007 National Drug Strategy Household Survey: detailed findings. Drug statistics series no. 22. Cat. no. PHE 107. Canberra: AIHW (<http://www.aihw.gov.au/publications/phe/ndshs07-df/ndshs07-df.pdf>).

Gevolgen van cocaïnegebruik voor de gezondheid

De gevolgen van cocaïne voor de gezondheid worden wellicht onderschat, deels ten gevolge van de niet-specifieke of chronische aard van de aandoeningen die doorgaans uit langdurig cocaïnegebruik voortvloeien. Bovendien zijn causale verbanden tussen de aandoeningen en het gebruik van de drug moeilijk vast te stellen. Regelmatig cocaïnegebruik, inclusief snuiven, kan in verband worden gebracht met hart- en vaatziekten, neurologische aandoeningen en psychiatrische problemen alsook met een verhoogd risico op ongevallen en geweld. Gelijktijdig gebruik van andere middelen, inclusief alcohol, kan de aan cocaïne gerelateerde problemen nog versterken (EWDD, 2007a). In een Amerikaans onderzoek werd geschat dat frequente cocaïnegebruikers zeven maal meer kans maken op niet-dodelijke acute hartinfarcten dan niet-gebruikers (Qureshi et al., 2001). Globaal genomen bleek dat naar schatting een kwart van de niet-dodelijke

acute hartinfarcten in de leeftijdscategorie van 18 tot 45 jaar toe te schrijven was aan „frequent cocaïnegebruik”.

Uit recente gegevens is gebleken dat in landen met een relatief hoog cocaïnegebruik de drug in verband gebracht kan worden met het merendeel van de drugsgerelateerde spoedopnamen in ziekenhuizen. Het Amerikaanse Drug Abuse Warning Network (DAWN) schat dat cocaïne, alleen of in combinatie met andere drugs, betrokken was bij zes van de tien drugsgerelateerde spoedopnamen in 2006. In Spanje werd in het nationale rapportagesysteem voor spoedopnamen in ziekenhuizen ten gevolge van niet-medisch gebruik van psychoactieve stoffen vastgesteld dat cocaïne in 2006 het meest voorkomende middel was (59 %), gevolgd door cannabis (31 %), slaapmiddelen (28 %) en heroïne (22 %). Al deze middelen worden vaak gecombineerd met alcohol. In een studie onder patiënten die zich op de spoedafdeling van een ziekenhuis in Barcelona aanmeldden voor problemen die rechtstreeks te maken hadden met het gebruik van cocaïne, waren de

Figuur 9: Trends in de prevalentie van cocaïnegebruik in het afgelopen jaar onder jongvolwassenen (15-34 jaar)

(1) Engeland en Wales.

NB: Zie voor nadere informatie figuur GPS-14 deel (ii) in het Statistical Bulletin 2009.

Bronnen: Nationale Reitox-verslagen (2008), gebaseerd op bevolkingsenquêtes, onderzoeksverslagen en wetenschappelijke artikelen.

meest voorkomende klachten angst of opwinding (48 %) en pijn in de borststreek of hartkloppingen (25 %).

Injecterend cocaïnegebruik en het gebruik van crack-cocaïne brengen het grootste gezondheidsrisico met zich mee (onder meer hart- en vaatziekten, geestelijke gezondheidsproblemen en een aftakeling van de algemene gezondheid). Deze problemen worden over het algemeen nog versterkt door sociale uitsluiting en bijkomende specifieke problemen, zoals de risico's die horen bij het injecteren van drugs. Het gelijktijdige gebruik van opioïden en cocaïne lijkt te leiden tot een hogere kans op een overdosis opioïden (EWDD, 2007a).

Verslaving is een van de negatieve gevolgen van cocaïnegebruik. Een Amerikaanse studie heeft aangetoond dat circa 5 % van de cocaïnegebruikers in het eerste gebruiksjaar verslaafd kan raken, hoewel op de lange termijn niet meer dan circa 20 % van de gebruikers verslaafd werd (Wagner en Anthony, 2002). Uit een andere studie is gebleken dat bijna 40 % van de personen die verslaafd raken erin slaagt af te kicken zonder drugs- of alcoholbehandeling (Cunningham, 2000). Er zijn ook aanwijzingen dat veel cocaïnegebruikers hun gebruik onder controle hielden door regels vast te stellen, bijvoorbeeld met betrekking tot de hoeveelheid, de frequentie of de context van het gebruik (Decorte, 2000).

Problematisch cocaïnegebruik en de vraag naar behandeling

Nationale schattingen van problematisch cocaïnegebruik (injecterend of langdurig/regelmatig gebruik) zijn alleen beschikbaar voor Spanje en Italië, terwijl er voor het Verenigd Koninkrijk regionale schattingen alsook schattingen van het gebruik van crack-cocaïne⁽⁹⁷⁾ beschikbaar zijn. In Italië waren er in 2007 naar schatting 3,8 tot 4,7 problematische cocaïnegebruikers per 1 000 volwassenen. Volgens de meest recente gegevens uit Spanje waren er in 2002 tussen de 4,5 en 6 problematische cocaïnegebruikers per 1 000 volwassenen (15-64 jaar). Schattingen van het aantal problematische cocaïnegebruikers liggen waarschijnlijk lager dan het werkelijke aantal gebruikers dat behoefte heeft aan behandeling of korte interventies omdat sociaal beter geïntegreerde problematische cocaïnegebruikers ondervertegenwoordigd kunnen zijn in de benutte gegevensbronnen.

Cocaïne, vooral poedercocaïne, werd in Europa in 2007 genoemd door ongeveer 17 % van alle cliënten als de belangrijkste reden om in drugsbehandeling te gaan, wat overeenkomt met circa 61 000 gerapporteerde gevallen in 25 Europese landen. Het percentage primaire cocaïnegebruikers is hoger onder de cliënten die voor het eerst behandeld worden (22 %).

⁽⁹⁷⁾ Zie „Het gebruik van crack-cocaïne in Europa”, blz. 70.

Er bestaat veel variatie tussen de landen wat het percentage cocaïnegebruikers betreft, zowel onder alle cliënten als onder de nieuwe cliënten. Spanje meldt het hoogste percentage, zowel onder alle cliënten (45 %) als onder de nieuwe cliënten (60 %), gevolgd door Nederland (32 % en 29 %) en Italië (23 % en 26 %). In België, Ierland, Cyprus, Luxemburg en het Verenigd Koninkrijk vertegenwoordigen cocaïnecliënten tussen de 11 en 13 % van alle drugscliënten en tussen de 11 en 19 % van de nieuwe cliënten. In de rest van Europa is cocaïne verantwoordelijk voor minder dan 10 % van de drugscliënten. Zeven landen melden zelfs een percentage van minder dan 1 % ⁽⁹⁸⁾.

Het aantal cliënten dat in behandeling gaat voor primair cocaïnegebruik is in Europa al enkele jaren aan het stijgen, hoewel de trend sterk wordt beïnvloed door een beperkt aantal landen. Tussen 2002 en 2007 werden de grootste procentuele stijgingen onder nieuwe cliënten gemeld door Spanje, Ierland en Italië. In de landen die voldoende gegevens hebben verstrekt voor een trendanalyse is het aantal cliënten dat aan een behandeling is begonnen en cocaïne als primaire drug noemde procentueel gestegen van 13 % naar 19 % (op basis van gegevens van 18 landen) ⁽⁹⁹⁾. Onder de nieuwe cliënten steeg het percentage van 17 % naar 25 % (op basis van gegevens van 19 landen). Van de landen met het hoogste percentage cocaïnecliënten melden Spanje en Italië sinds 2005 een stabiele situatie, terwijl Nederland een daling vaststelt in het percentage nieuwe cliënten die aan een behandeling voor cocaïne beginnen. Het percentage gaat echter in stijgende lijn in andere landen als Denemarken, Ierland, Griekenland en Portugal ⁽¹⁰⁰⁾.

Profiel van cliënten in behandeling

Bijna alle gerapporteerde cocaïnecliënten worden behandeld in extramurale centra, hoewel sommige cocaïnegebruikers wellicht behandeld worden in privéklinieken; deze zijn echter vrijwel niet vertegenwoordigd in het huidige volgsysteem.

Cocaïnecliënten hebben een van de hoogste man-vrouwverhoudingen (vijf mannen voor elke vrouw) en een van de hoogste leeftijdsgemiddelden (ongeveer 32 jaar) van alle drugscliënten. Dat is met name het geval in bepaalde landen met een groot aantal primaire cocaïnecliënten en vooral in Italië, waar de verhouding tussen mannen en vrouwen 8:1 bedraagt en de gemiddelde leeftijd 35 jaar is. Bijna de helft van de

Het gebruik van crack-cocaïne in Europa

In Europa is cocaïne verkrijgbaar in twee vormen: cocaïnepoeder (cocaïne-HCl, een hydrochloridezout) en de minder gangbare crack-cocaïne (vrije base). Crack-cocaïne wordt doorgaans gerookt en staat bekend om de intense roes die de drug teweegbrengt en die kan leiden tot problematische gebruikspatronen. Over het algemeen wordt crack op basis van cocaïne-HCl gemaakt dicht bij de plaatsen waar de drug wordt verhandeld en gebruikt.

Crack werd in de Verenigde Staten populair in het midden van de jaren tachtig, vooral in armere delen van grootstedelijke gebieden en onder etnische minderheden. Sindsdien wordt gevreesd voor een gelijksoortig fenomeen in Europa, maar tot nu toe is nog geen ernstige crackepidemie vastgesteld.

Crack-cocaïne wordt wel gebruikt in bepaalde Europese steden, hoewel de exacte omvang van het fenomeen moeilijk te schatten is. Verslagen over de situatie in Londen (GLADA, 2004) en Dublin (Connolly et al., 2008) wijzen er ook op dat het gebruik kan toenemen. In Londen wordt het gebruik van crack beschouwd als een belangrijk deel van de drugsproblematiek in de stad en de toename ervan sinds het midden van de jaren negentig wordt vooral toegeschreven aan het groeiende aantal opioïdengebruikers dat ook crack gebruikt.

Het merendeel van de behandelaanvragen met betrekking tot crack en de meeste vangsten van de drug worden gedaan in het Verenigd Koninkrijk. In een studie werd het aantal problematische crackgebruikers in Engeland in 2006-2007 geschat op 5,2 tot 5,6 per 1 000 volwassenen. Ook in andere Europese landen melden steden aanzienlijke problemen met crack.

Crackgebruikers behoren meestal tot de uitgesloten en kansarme groepen, zoals sekswerkers en problematische opioïdengebruikers, en bepaalde landen melden ook crackgebruik onder welbepaalde etnische minderheden (Frankrijk, Nederland en het Verenigd Koninkrijk). Sociaal geïntegreerde gebruikers, inclusief regelmatige gebruikers van poedercocaïne, grijpen maar uiterst zelden naar crack (Prinzleve et al., 2004). Het aanhoudende gebruik van crack in bepaalde groepen en steden onderstreept echter het gevaar op verspreiding naar bredere populaties.

cocaïnecliënten begint de drug te gebruiken voor zijn twintigste en 88 % voor zijn dertigste. In Spanje, Italië en Nederland wordt een groot tijdsverloop gemeld (9-12 jaar) tussen het eerste cocaïnegebruik en het begin van de eerste behandeling ⁽¹⁰¹⁾.

De meeste cocaïnecliënten snuiven (55 %) of roken (32 %) de drug en minder dan 7 % meldt injecterend gebruik ⁽¹⁰²⁾. Uit een analyse die in 2006 in 14 landen werd

⁽⁹⁸⁾ Zie figuur TDI-2 en tabel TDI-5 deel (i) en deel (ii) in het Statistical Bulletin 2009. De gegevens voor Spanje hebben betrekking op 2006.

⁽⁹⁹⁾ Er werd enkel rekening gehouden met cliënten die opioïden, cannabis, cocaïne en andere stimulerende middelen als primaire drug hebben genoemd.

⁽¹⁰⁰⁾ Zie de figuren TDI-1 en TDI-3 alsook tabel TDI-3 deel (ii) in het Statistical Bulletin 2009.

⁽¹⁰¹⁾ Zie de tabellen TDI-10, TDI-11 deel (iii), TDI-21 en TDI-103 deel (ii) in het Statistical Bulletin 2009.

⁽¹⁰²⁾ Zie tabel TDI-17 deel (iv) in het Statistical Bulletin 2009.

uitgevoerd, is gebleken dat circa 63 % van de cocaïnecliënten meerdere drugs gebruikt. 42 % van hen gebruikt ook alcohol, 28 % cannabis en 16 % heroïne. Cocaïne wordt ook vaak genoemd als secundaire drug, vooral door cliënten met een primair heroïneprobleem (28 %) ⁽¹⁰³⁾.

In 2007 zijn volgens de meldingen om en bij de 8 000 cliënten aan een extramurale behandeling begonnen voor primair gebruik van crack-cocaïne, wat overeenkomt met 15 % van alle cocaïnecliënten en 2,7 % van alle drugscliënten in extramurale behandeling. De meeste crackcliënten (ongeveer 6 500) worden gemeld door het Verenigd Koninkrijk, waar zij 45 % uitmaken van alle cliënten die voor cocaïnegebruik behandeld worden. Iets minder dan een kwart (22 %) van de primaire crackcliënten gebruikt ook heroïne. Een groot deel van deze cliënten is werk- en dakloos ⁽¹⁰⁴⁾.

Onder de cocaïnecliënten die in behandeling zijn, kunnen twee grote groepen worden onderscheiden: sociaal geïntegreerde gebruikers van poedercocaïne en een meer marginale groep van cliënten die cocaïne, vaak crack-cocaïne, combineren met opioïden. In de eerste groep wordt de drug doorgaans gesnoven, soms in combinatie met andere middelen zoals alcohol of cannabis, maar niet met opioïden. Sommige gebruikers uit deze groep worden naar behandeling verwezen vanuit het strafrechtelijke systeem. Gebruikers van de tweede groep melden vaak injecterend gebruik, gebruiken zowel cocaïne als opioïden, roken soms crack-cocaïne, hebben een kwetsbare gezondheid en leven in hachelijke sociale omstandigheden. Heroïnegebruikers die opnieuw in behandeling gaan voor cocaïnegebruik behoren ook tot deze groep.

Behandeling en schadebeperking

Behandeling

In Europa zijn de openbare behandelingsfaciliteiten voornamelijk gericht op de behoeften van opioïdengebruikers. Centra die zich toespitsen op de behandeling van cocaïnegebruikers zijn schaars en vaak privaat. Bepaalde landen (bv. Ierland, Italië en Spanje) hebben evenwel strategieën of behandelprogramma's voor cocaïnegebruikers ten uitvoer gelegd en in Frankrijk wordt aan soortgelijke programma's gewerkt.

De verscheidenheid onder de cocaïnegebruikers en de diverse aard van hun problemen en behoeften bemoeilijken de organisatie en verstrekking van behandelingsdiensten aan wie ze nodig heeft. Bepaalde

groepen cocaïnegebruikers kunnen maar moeilijk worden bereikt, waardoor het ook moeilijk is om hen aan een behandeling te onderwerpen. Sociaal uitgesloten injecterende gebruikers van cocaïne en gebruikers van crack-cocaïne gaan bijvoorbeeld maar zelden op eigen initiatief op zoek naar behandeling. Daarom worden in Ierland straathoekwerk en andere initiatieven aanbevolen om gebruikers die anders niet bereikt zouden worden toch naar behandeling te kunnen leiden. Voor bepaalde groepen kunnen ook behandelprogramma's in wijkcentra nuttig zijn, wat geïllustreerd wordt door een Nederlands onderzoek naar sociaal uitgesloten crackgebruikers. Een groot deel van de cliënten maakte het behandelprogramma af en was er tevreden over. Cliënten verklaarden na de behandeling dat hun gezondheid, woonomstandigheden, gezinsrelaties, sociale contacten en geestelijke gesteldheid in gunstige zin waren geëvolueerd (Henskens et al., 2008).

Sociaal geïntegreerde cocaïnegebruikers zetten ook niet altijd snel de stap naar behandeling. Zo is het bijvoorbeeld mogelijk dat niet aan hun behoeften wordt voldaan in behandelingsdiensten waar voornamelijk opioïdengebruikers worden behandeld. Bepaalde landen hebben maatregelen gemeld die dergelijke problemen moeten aanpakken. Zo omvat het in 2007 in Italië gelanceerde „Progetto nazionale cocaina” gespecialiseerde diensten en zijn de openingsuren van de centra beter afgestemd op de behoeften van sociaal geïntegreerde cocaïnegebruikers en hun gezinsleden (bv. na de werkuren). Een vergelijkbare aanpak wordt gemeld door Ierland, waar gerichte programma's worden opgezet voor gebruikers van poedercocaïne.

Het is ook belangrijk ervoor te zorgen dat problematische gebruikers van cocaïne en crack-cocaïne hun behandeling niet afbreken. Intensief cocaïnegebruik wordt immers in verband gebracht met psychologische stoornissen (bv. impulsief en agressief gedrag) en, in bepaalde groepen, met chaotische levensstijlen en ernstige geestelijke en fysieke aftakeling. Professionals melden dat het regelmatig bijwonen van therapie sessies en een zinvolle therapeutische dialoog een probleem vormen (Connolly et al., 2008). Cocaïnegebruik kan ook aanleiding geven tot het afbreken van behandelingen voor verslaving aan andere drugs en kan met succes van heroïne afgekomen gebruikers opnieuw tot heroïnegebruik drijven. Zo werd in Duitsland vastgesteld dat het gelijktijdige gebruik van cocaïne een beslissende rol speelt bij cliënten die hun substitutiebehandeling voor opioïden stopzetten.

Gebruikers in behandeling krijgen en houden is evenmin evident in een context waarin geen solide bewijs bestaat

⁽¹⁰³⁾ Zie het selected issue over polydrugsgebruik.

⁽¹⁰⁴⁾ Zie „Het gebruik van crack-cocaïne in Europa” (blz. 70) alsook de tabellen TDI-7 en TDI-115 in het Statistical Bulletin 2009.

voor de doeltreffendheid van de uiteenlopende psychosociale hulp en waar geen doeltreffende farmacotherapie beschikbaar is die verslaafde gebruikers kan helpen van de drugs af te blijven of hun gebruik tijdens de behandeling te verminderen.

Deze obstakels kunnen worden weggewerkt met gerichte behandelprogramma's en trainingen die zijn aangepast aan de specifieke problemen die cocaïne- en crackgebruik met zich meebrengen. Specifiek op cocaïne gerichte opleidingen voor behandelend personeel worden gerapporteerd door Ierland, Italië en het Verenigd Koninkrijk. Bovendien melden 11 lidstaten, waaronder de landen met een hoog cocaïnegebruik en een hoge vraag naar behandeling, dat naast de traditionele behandelingsdiensten ook gerichte behandelprogramma's beschikbaar zijn voor cocaïne- en crackgebruikers. Terwijl nationale deskundigen uit Italië, Portugal, Slovenië en het Verenigd Koninkrijk schatten dat deze programma's beschikbaar waren voor het merendeel van de cocaïnegebruikers die behandeling nodig hadden, meenden deskundigen uit Denemarken, Duitsland, Ierland, Oostenrijk, Nederland, Frankrijk en Spanje echter dat slechts een minderheid toegang had tot dergelijke programma's.

Geruime tijd werd vrijwel al het onderzoek in de Verenigde Staten verricht, maar nu lopen ook in Europa diverse studies naar de behandeling van cocaïneverslaving. In het Verenigd Koninkrijk wordt in het kader van een klinische proef onderzoek gedaan naar de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie in combinatie met contingency management (EWDD, 2008b) voor primaire cocaïnegebruikers. Volgens een recent Cochrane Collaboration-overzicht levert deze combinatie de beste resultaten op voor de behandeling van verslaving aan stimulerende middelen (Knapp et al., 2007). Een andere klinische proef in het Verenigd Koninkrijk is gericht op de doeltreffendheid van modafinil in combinatie met contingency management dat is gebaseerd op het geven van tegoedbonnen bij patiënten die een substitutiebehandeling voor opioïdengebruik volgen en crack-cocaïne gebruiken. Modafinil heeft al in meerdere proeven bewezen dat het potentieel heeft als substitutiemiddel voor de behandeling van verslaving aan stimulerende middelen.

In Nederland lopen momenteel vijf klinische proeven die gericht zijn op de doeltreffendheid van een aantal farmaceutische stoffen voor de behandeling van cocaïneverslaving, waaronder dexamfetamine en

modafinil. Voorts wordt in een andere Nederlandse klinische proef onderzoek gedaan naar de combinatie van de „community reinforcement“-benadering (actieve betrokkenheid van de directe omgeving van de cliënt) met contingency management voor cliënten met een cocaïneverslaving die een substitutiebehandeling voor opioïden volgen. Uit de resultaten bleek een aanmerkelijke daling van het cocaïnegebruik in vergelijking met de standaardbehandeling.

Ten slotte wordt in het kader van een gezamenlijke Spaans-Italiaanse studie op meerdere locaties onderzoek gedaan naar de doeltreffendheid van het cocaïnevaccin TA-CD. Het gaat tot nog toe om de grootste proef die ooit met het vaccin werd uitgevoerd en enkele honderden vrijwilligers werken eraan mee. De eerste veiligheidsstudies met betrekking tot het TA-CD-vaccin in de VS tonen dat de subjectieve effecten van cocaïne en het gebruik van de drug afnemen en dat meer cliënten in behandeling blijven.

Schadebeperking

Op problematische crack- en cocaïnegebruikers gerichte schadebeperkende interventies vormen in heel wat lidstaten een nieuw werkdomein. Een van de mogelijke redenen voor het beperkte aanbod van dergelijke interventies, vooral voor crackgebruikers, is een gebrek aan kennis over de drug, de doelgroep en hun behoeften bij de zorgverstrekkers die een belangrijke rol vervullen in de behandeling.

Aan injecterende cocaïnegebruikers stellen lidstaten gewoonlijk dezelfde diensten en faciliteiten ter beschikking als aan opioïdengebruikers, zoals aanbevelingen voor veiliger gebruik, trainingen in veilig injecteren en omruilprogramma's voor naalden en spuiten. Injecterend cocaïnegebruik wordt echter geassocieerd met een groter risico op het delen van toebehoren met anderen en met frequent gebruik, dat kan leiden tot ingeklapte bloedvaten en tot toediening via risicovollere delen van het lichaam (bv. benen, handen, voeten en liesstreek). Aanbevelingen voor veiliger gebruik moeten dan ook aangepast zijn aan deze specifieke risico's. In sommige landen (bv. België en Frankrijk) stellen bepaalde laagdrempelige centra ook schone crackpijpen ter beschikking.

Op cocaïnegebruikers gerichte schadebeperkende interventies in recreatieve settings zijn voornamelijk toegespitst op bewustmaking. In het kader van specifieke programma's wordt aan jongeren advies en informatie verstrekt over de risico's van alcohol en drugs in het algemeen en vaak ook over de risico's van cocaïne.



Hoofdstuk 6

Opioïdengebruik en injecterend drugsgebruik

Inleiding

Sinds de jaren zeventig wordt het gebruik van heroïne, en vooral dan injecterend gebruik, sterk geassocieerd met problematisch drugsgebruik. Ook nu nog is deze drug in de Europese Unie verantwoordelijk voor het grootste deel van de morbiditeit en de sterfte ten gevolge van drugsgebruik. Het heroïnegebruik en de bijbehorende problemen zijn in de afgelopen tien jaar afgenomen, hoewel meer recente gegevens erop wijzen dat de trend in bepaalde landen wel eens zou kunnen zijn gekeerd. Bovendien bevestigen de meldingen van het gebruik van synthetische opioïden als fentanyl en het injecterend gebruik van stimulerende middelen, zoals cocaïne en amfetaminen, de toenemende veelzijdigheid van problematisch drugsgebruik in Europa.

Aanvoer en beschikbaarheid

In Europa worden van oudsher twee soorten geïmporteerde heroïne op de illegale drugsmarkt aangeboden: de meest gangbare vorm is de bruine heroïne (de chemische basisvorm), die hoofdzakelijk afkomstig is uit Afghanistan, terwijl witte heroïne (een zoutvorm), die veelal afkomstig is uit Zuidoost-Azië, veel beperkter verkrijgbaar is ⁽¹⁰⁵⁾. Bovendien worden sommige opioïden binnen Europa geproduceerd, waarbij het overwegend gaat om „homemade“-papaverproducten (zoals papaverconcentraten van fijn gemalen papaverkronen of -stengels) in een aantal Oost-Europese landen (bv. Letland en Litouwen).

Productie en handel

De in Europa geconsumeerde heroïne is overwegend afkomstig uit Afghanistan, dat wereldwijd de meeste illegale opium levert. De andere producerende landen zijn Myanmar, dat vooral levert aan markten in Oost- en Zuidoost-Azië, Pakistan en Laos, gevolgd door Mexico en Colombia, die worden beschouwd als de grootste heroïneleveranciers van de Verenigde Staten (UNODC, 2009). Geschat wordt dat de wereldwijde opiumproductie na de piek van 2007 is gedaald, hoofdzakelijk als gevolg

van een productievermindering in Afghanistan van 8 890 ton tot circa 8 000 ton in 2008. Volgens de meest recente raming bedroeg in 2007 de potentiële wereldwijde productie van heroïne 735 ton (UNODC, 2009). Uit het groeiende aantal laboratoria dat de afgelopen jaren in Afghanistan werd ontmanteld, kan worden afgeleid dat de opium steeds vaker in het land zelf in morfine of heroïne wordt omgezet. Grote opium- en morfinevangsten in aangrenzende landen (Pakistan en Iran) duiden er echter op dat de verwerking van opium ook in belangrijke mate buiten Afghanistan plaatsvindt (CND, 2008; UNODC, 2009).

Heroïne komt voornamelijk via twee hoofdroutes in Europa terecht: de van oudsher belangrijke Balkanroute en de verschillende afsplitsingen daarvan (na doorvoer via Pakistan, Iran en Turkije, waar de grootste hoeveelheid

Tabel 9: Productie, vangsten, straatwaarde en zuiverheid van heroïne

Productie en vangsten	Heroïne
Geschatte potentiële wereldwijde productie (ton) ⁽¹⁾	735
Wereldwijd onderschepte hoeveelheid heroïne (ton), morfine (ton)	65 27
Onderschepte hoeveelheid (ton) EU en Noorwegen (incl. Kroatië en Turkije)	8,8 (22)
Aantal vangsten EU en Noorwegen (incl. Kroatië en Turkije)	56 000 (58 000)
Straatwaarde en zuiverheid in Europa	Bruine heroïne
Gemiddelde straatwaarde (EUR per gram) Bereik (interkwartielafstand) ⁽²⁾	14–119 (35–77)
Gemiddelde zuiverheid (%) Bereik (interkwartielafstand) ⁽²⁾	9–50 (16–27)

⁽¹⁾ Het cijfer van het UNODC is gebaseerd op zijn schatting van de wereldwijde productie van illegale opium (8 870 ton in 2008) (UNODC, 2009).

⁽²⁾ Bereik van de middelste helft van de gerapporteerde gemiddelde straatwaarde of zuiverheid.

NB: De gegevens hebben betrekking op 2007, behalve de schatting van de wereldwijde potentiële productie.

Bronnen: Het World Drug Report 2009 van het UNODC voor de mondiale waarden en de nationale focal points van het Reitox-netwerk voor de Europese gegevens.

⁽¹⁰⁵⁾ Zie voor informatie over de gegevensbronnen inzake de aanvoer en beschikbaarheid van drugs, blz. 41.

wordt onderschept) en de „noordelijke route” via Centraal-Azië en de Russische Federatie, waarbij de heroïne bijvoorbeeld per trein rechtstreeks naar Polen of via Litouwen naar Noorwegen wordt gesmokkeld. Er zijn ook berichten over secundaire handelsroutes die gebruikt worden voor heroïne uit Zuidwest-Azië, bijvoorbeeld door de lucht van Afghanistan en Pakistan via landen in het Midden-Oosten en Oost-Afrika naar illegale markten in Europa (INCB, 2009a; WCO, 2008). Heroïne uit Zuidwest-Azië wordt door de lucht vanuit Pakistan ook rechtstreeks naar Europa (Verenigd Koninkrijk) gesmokkeld. Binnen de Europese Unie spelen Nederland en in mindere mate België een belangrijke rol als secundair distributiecentrum (Europol, 2008).

Vangsten

De bij de gerapporteerde opiumvangsten in beslag genomen hoeveelheden namen in 2007 wereldwijd toe tot 510 ton, waarvan 84 % werd onderschept in Iran. De wereldwijd onderschepte hoeveelheid morfine kende een scherpe daling tot 27 ton, terwijl de geconfisqueerde hoeveelheid heroïne licht toenam tot 65 ton. Iran nam de grootste hoeveelheid heroïne in beslag (25 % van het wereldtotaal), gevolgd door Turkije en Afghanistan (UNODC, 2009).

In Europa werd in 2007 bij naar schatting 58 000 vangsten 22 ton heroïne onderschept. Het Verenigd Koninkrijk meldde opnieuw het grootste aantal vangsten in Europa, terwijl Turkije in 2007 met 13,2 ton alweer de grootste hoeveelheid in beslag nam ⁽¹⁰⁶⁾. De gegevens van 25 rapporterende landen voor de periode 2002-2007 wijzen erop dat na een sterke daling in het eerste jaar, het aantal vangsten sinds 2003 gestaag is gestegen. De globale trend van de in Turkije onderschepte heroïne stemt niet overeen met die van de Europese Unie. Turkije meldde een verviervoudiging van de hoeveelheid in beslag genomen heroïne tussen 2002 en 2007, terwijl de in de Europese Unie onderschepte hoeveelheid in dezelfde periode over het algemeen is gedaald, hoewel zich van 2006 tot 2007 een stijging heeft voorgedaan.

De wereldwijde vangsten van azijnzuuranhydride (gebruikt bij het vervaardigen van heroïne) namen in 2007 toe en waren in 2007 goed voor een totaal van 56 300 liter, waarvan de helft werd onderschept in de Russische Federatie (25 000 liter), gevolgd door Turkije (13 300 liter) en Slovenië (6 500 liter) (INCB, 2009b). De INCB schat dat „bijna 80 %” van het in Afghaanse heroïne laboratoria gebruikte azijnzuuranhydride

gesmokkeld wordt via Oost- en Zuidoost-Europa en moedigt de Europese Commissie en de EU-lidstaten aan om maatregelen te treffen tegen de verspreiding van azijnzuuranhydride vanuit de interne markt (INCB, 2009a).

Zuiverheid en prijs

De zuiverheid van bruine heroïne lag in 2006 in de meeste landen tussen de 15 en 30 %, hoewel waarden onder de 15 % werden gemeld door Frankrijk (12 %) en Oostenrijk (9 %) en door het Verenigd Koninkrijk (50 %) en Noorwegen (35 %) hogere waarden werden gerapporteerd. De gebruikelijke zuiverheid van witte heroïne was in de weinige Europese landen die hierover gegevens hebben verstrekt over het algemeen iets hoger (30-50 %) ⁽¹⁰⁷⁾.

De straatwaarde van bruine heroïne bleef hoger in de noordse landen dan in de rest van Europa. Zo meldden Zweden en Denemarken een gemiddelde prijs van respectievelijk 119 EUR en 96 EUR per gram. In tien andere landen varieerde de straatwaarde van bruine heroïne van 30 EUR tot 80 EUR per gram, terwijl in Turkije de gemiddelde prijs voor een gram van de drug 15 EUR bedroeg. In de periode van 2002 tot 2007 is de straatwaarde van bruine heroïne gedaald in zeven van de twaalf Europese landen die verslag hebben gedaan van trendmatige ontwikkelingen. Vijf andere landen meldden dan weer een stijging. Slechts enkele Europese landen hebben informatie verstrekt over de straatwaarde van witte heroïne, die schommelt tussen 31 EUR en 151 EUR per gram.

Prevalentieschattingen van problematisch opioidengebruik

De gegevens in deze paragraaf zijn gebaseerd op de indicator voor problematisch drugsgebruik van het EWDD, die met name injecterend drugsgebruik en het gebruik van opioïden meet, hoewel in enkele landen ook het gebruik van amfetamine of cocaïne een belangrijke component is. Heel wat landen melden dat de meeste „problematische opioïdengebruikers” kunnen worden beschreven als polydrugsgebruikers die ook opioïden gebruiken. Gezien de relatief lage prevalentie en het feit dat het zicht op dit type drugsgebruik vaak beperkt is, kunnen op basis van de beschikbare gegevensbronnen alleen maar prevalentieschattingen worden gemaakt door middel van statistische extrapolatie.

⁽¹⁰⁶⁾ Zie de tabellen SZR-7 en SZR-8 in het Statistical Bulletin 2009. Daarbij moet opgemerkt worden dat voor de raming van de totale Europese vangsten en onderschepte hoeveelheid ontbrekende gegevens van 2007 vervangen zijn door de overeenkomstige gegevens van 2005. Het betreft een voorlopige analyse, aangezien de gegevens uit het Verenigd Koninkrijk voor 2007 nog niet beschikbaar zijn.

⁽¹⁰⁷⁾ Zie de tabellen PPP-2 en PPP-6 in het Statistical Bulletin 2009.

Waarde van heroïne op verschillende marktniveaus

Het monitoren van de drugs prijzen is een belangrijk hulpmiddel om meer inzicht te krijgen in de drugsmarkten. Het EWDD verzamelt gegevens over de straatwaarde van drugs, die doorgaans wordt uitgedrukt in euro per gram, dosis of pil. Op basis van die informatie kan de prijs worden geschat die gebruikers in een Europees land gemiddeld voor een bepaalde drug betalen.

Prijsveranderingen in de tijd kunnen wijzen op eventuele verschuivingen in het aanbod van of de vraag naar drugs. Ook informatie over de groothandelsprijzen, met andere woorden de prijs die dealers betalen aan de belangrijkste distributeurs op de markt waar de drugs gebruikt worden, vormt een nuttige indicator die meer inzicht kan geven in de winsten van de markt.

Slechts een klein aantal landen heeft voor 2007 vergelijkbare gegevens verstrekt over zowel de groothandels- als de straatwaarde van drugs (Tsjechië, Duitsland, Spanje, Roemenië en het Verenigd Koninkrijk). In deze landen schommelt de gerapporteerde groothandelswaarde van heroïne tussen de 12,5 en 35,8 EUR per gram en ligt de straatwaarde, indien daarover gegevens beschikbaar waren, tussen de 36 en 62,7 EUR. Zowel voor de groothandels- als voor de straatwaarde heeft Roemenië de laagste prijzen gemeld en Spanje de hoogste. De verhouding tussen de straat- en de groothandelswaarde verschilt eveneens aanzienlijk per land, gaande van 1,6:1 in Tsjechië tot 2,8:1 in het Verenigd Koninkrijk. Eventuele verschillen in de zuiverheid van drugs – tussen landen, tussen marktniveaus of in de tijd – moeten met de nodige omzichtigheid worden geïnterpreteerd. Toch kunnen dergelijke analyses nuttige informatie opleveren, vooral wat trendmatige ontwikkelingen betreft, aangezien zij kunnen wijzen op belangrijke veranderingen op de markt.

Schattingen van de prevalentie van problematisch opioïdengebruik in Europa in de periode van 2002 tot 2007 schommelen tussen één en zes gevallen per 1 000 inwoners van 15 tot 64 jaar oud. De algemene prevalentie van problematisch drugsgebruik wordt geraamd op drie tot tien gevallen per 1 000 inwoners. De laagste goed gedocumenteerde schattingen van problematisch opioïdengebruik worden gemeld door Tsjechië, Letland, Polen en Finland (hoewel zowel Tsjechië als Finland een groot aantal problematische amfetaminegebruikers tellen), terwijl de hoogste schattingen afkomstig zijn van Malta, Italië, Oostenrijk en Spanje (figuur 10).

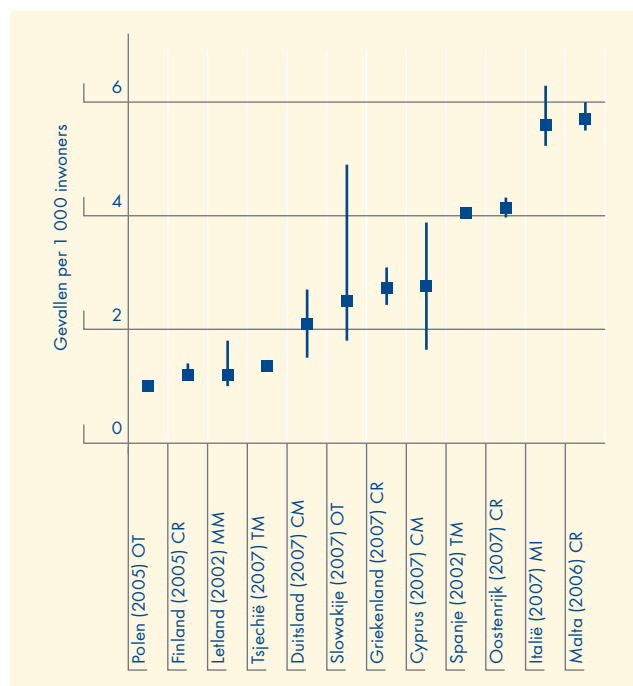
In de rapporterende landen wordt de gemiddelde prevalentie van problematisch opioïdengebruik geschat op 3,6 tot 4,6 gevallen per 1 000 inwoners die tussen de 15

en 64 jaar oud zijn. In de veronderstelling dat dit een afspiegeling van de EU in haar geheel is, betekent dit dat er in 2007 in de EU en Noorwegen ongeveer 1,4 miljoen (1,2-1,5 miljoen) problematische opioïdengebruikers waren ⁽¹⁰⁸⁾. Gevangenen die problematisch opioïdengebruik vertonen, vooral de langgestraften, kunnen in deze schatting ondervertegenwoordigd zijn.

Opioïdengebruikers in behandeling

Opioïden, vooral heroïne, blijven in Europa de belangrijkste drugs waarvoor behandeling wordt

Figuur 10: Schattingen van de jaarlijkse prevalentie van problematisch opioïdengebruik (per 1 000 inwoners tussen de 15 en 64 jaar)



NB: Het symbool staat voor een puntschatting, terwijl een streepje een onzekerheidsinterval aangeeft, hetgeen ofwel een 95 %-betrouwbaarheidsinterval is ofwel een op een sensitiviteitsanalyse gebaseerd interval. De doelgroepen kunnen enigszins verschillend zijn vanwege verschillen in schattingsmethoden en gegevensbronnen; daarom is terughoudendheid geboden bij het maken van vergelijkingen. In de studies uit Finland (15-54), Malta (12-64) en Polen (alle leeftijden) werd geen standaardleeftijdscategorie gebruikt. De cijfers van de drie landen werden verrekend naar de bevolkingsgroep van 15 tot 64 jaar oud, waarbij ervan uit werd gegaan dat het drugsgebruik in andere leeftijdscategorieën verwaarloosbaar is. Bij Duitsland en Cyprus geeft het interval de hoogste en de laagste bestaande schatting weer en de puntschatting een eenvoudig gemiddelde van de middelpunten. Afkortingen van de gebruikte schattingsmethoden: CR=Capture-Recapture (capture/release-steekproefprocedé); TM=Treatment Multiplier (behandelingsmultiplier); MI=Multivariate Indicator (multivariabele indicator); MM=Mortality Multiplier (mortaliteitsmultiplier); CM = Combined Methods (combinatie van methoden) en OT = Other Methods (andere methoden). Zie voor nadere informatie figuur PDU-1 deel (ii) in het Statistical Bulletin 2009.

Bronnen: Nationale focal points van het Reitox-netwerk.

⁽¹⁰⁸⁾ Deze schatting werd op basis van nieuwe gegevens bijgesteld van 1,5 naar 1,4 miljoen. Gezien de grote betrouwbaarheidsintervallen en het feit dat de schatting gebaseerd is op gegevens van verschillende jaren, kan niet worden geconcludeerd dat de nieuwe schatting wijst op een lagere prevalentie van problematisch opioïdengebruik in Europa.

Incidentie van problematisch opioidengebruik

Monitoring van de incidentie van problematisch drugsgebruik — het aantal personen dat in een bepaald jaar een stof begint te gebruiken en naar problematisch gebruik evolueert — is onontbeerlijk voor de opsporing van trends in de Europese drugssituatie en de vaststelling van passende beleidsmaatregelen en interventies.

Het EWDD stimuleert onderzoek dat zich bezighoudt met het schatten van de incidentie van problematisch drugsgebruik en heeft daar onlangs richtsnoeren over gepubliceerd (Scalia Tomba et al., 2008). Het waarnemingscentrum is in samenwerking met de Universiteit van Zürich ook aan een studie begonnen in het kader waarvan een nieuwe „eendagsmethode” wordt beproefd die gebruik maakt van de verdeling van de „latentietijd” (tijd die verstrijkt tot aan het begin van een behandeling) in een transversale steekproef van heroïnegebruikers die een behandeling volgen. De methode stoelt op een functie die weergeeft hoe waarschijnlijk het is dat iemand een substitutiebehandeling volgt (General Inclusion Function, GIF) wanneer de toegang tot behandeling niet wordt belemmerd door reglementeringen, met inachtneming van latentietijd, sterfte en afkickcijfers. Schattingen kunnen worden afgeleid van behandelingsgegevens voor één enkele dag, terwijl de gevestigde methoden lange tijdreeksen vereisen van minstens acht tot tien jaar.

De studie werd uitgevoerd in zes EU-lidstaten (Spanje, Italië, Malta, Nederland, Slowakije en het Verenigd Koninkrijk) en gaf aan dat de incidentie van problematisch heroïnegebruik met de GIF-methode kan worden geschat, zelfs wanneer de behandelingsgegevens onvolledig zijn. In minstens vijf regio's konden op basis van de incidentieschattingen prevalentieschattingen worden gemaakt die goed overeenstemden met andere bestaande schattingen (bv. aan de hand van het capture/release-steekproefprocedé).

De GIF-methode lijkt solide en zou niet alleen geschikt zijn voor het schatten van de incidentie, maar ook voor het maken van kosteneffectieve schattingen van de prevalentie van problematisch opioidengebruik en van het bereik van substitutiebehandeling alsook van de verandering van deze waarden in de tijd. Mogelijkheden voor toekomstig onderzoek zijn onder meer studies in andere EU-lidstaten, de analyse van geografische verschillen en analyses op basis van gender en toedieningswegen.

aangevraagd. Er bestaan binnen Europa echter aanzienlijke nationale verschillen in het percentage drugsgebruikers dat in behandeling gaat voor problemen in verband met deze drugs. Opioidencliënten vertegenwoordigen meer dan 90 % van de gebruikers die

met een behandeling beginnen in Bulgarije en Slovenië. In 15 landen vertegenwoordigen zij 50 tot 90 % en in nog eens negen andere landen 10 tot 49 % ⁽¹⁰⁹⁾. Van de circa 325 000 cliënten die in behandeling zijn gegaan en van wie de primaire drug bekend is, noemde 49 % heroïne als primaire drug. Indien ook rekening wordt gehouden met andere opioïden, loopt het percentage op tot 55 % van de cliënten ⁽¹¹⁰⁾. In bepaalde landen zijn zowel het percentage als het aantal behandelaanvragen voor het gebruik van andere opioïden dan heroïne in de afgelopen jaren gestegen ⁽¹¹¹⁾.

Een groot deel van de opioidengebruikers zijn opgenomen in programma's die langdurige zorg verlenen, wat leidt tot een hoger percentage primaire opioidengebruikers onder de drugsgebruikers die al in behandeling zijn. Uit een recente analyse van gegevens uit 14 landen over cliënten die een drugsbehandeling volgen, is gebleken dat primaire opioidengebruikers 61 % van alle drugscliënten uitmaakten, maar slechts 38 % van de cliënten die voor het eerst met een behandeling begonnen ⁽¹¹²⁾. Het percentage primaire opioidengebruikers onder deze cliënten die langer dan een jaar in behandeling waren, bedroeg meer dan 50 % in alle landen die aan het onderzoek deelnamen.

Clënten die in behandeling gaan voor primair opioidengebruik melden vaak ook het gebruik van andere drugs. In 2006 bleek uit een analyse van gegevens uit 14 landen dat 59 % van de heroïnecliënten een secundaire drug gebruikt, in de meeste gevallen cocaïne (28 %), cannabis (14 %) en alcohol (7 %) ⁽¹¹³⁾.

Trends in problematisch opioidengebruik

Trendmatige ontwikkelingen in de prevalentie en incidentie van problematisch opioidengebruik zijn moeilijk vast te stellen vanwege het beperkte aantal longitudinale schattingen en de statistische onzekerheid rond individuele schattingen. Longitudinale prevalentieschattingen uit negen landen voor de periode 2002-2007 laten een vrij stabiele situatie zien. De stijging die tot 2005 werd waargenomen in Oostenrijk, werd niet bevestigd door meer recente gegevens. Informatie uit andere landen wijst erop dat de situatie mogelijk aan het veranderen is. In Cyprus blijkt uit een schatting van 2007 dat het problematische gebruik van opioïden aanmerkelijk gestegen is, een evolutie die in verband wordt gebracht met een stijging van het aantal buitenlandse cliënten ⁽¹¹⁴⁾. Informatie van het Franse „TREND”-systeem, dat is

⁽¹⁰⁹⁾ Zie tabel TDI-5 deel (ii) in het Statistical Bulletin 2009.

⁽¹¹⁰⁾ Zie tabel TDI-113 in het Statistical Bulletin 2009.

⁽¹¹¹⁾ Zie „Misbruik van op recept verkrijgbare opioïden”, blz. 80.

⁽¹¹²⁾ Zie tabel TDI-38 in het Statistical Bulletin 2009.

⁽¹¹³⁾ Zie het selected issue over polydruggebruik 2009.

⁽¹¹⁴⁾ Zie de tabellen PDU-6 deel (ii) en PDU-102 in het Statistical Bulletin 2009 voor alle informatie, met inbegrip van de betrouwbaarheidsintervallen.

gebaseerd op zowel kwalitatieve als kwantitatieve gegevens, duidt op de verspreiding van heroïne naar nieuwe groepen gebruikers en zorgwekkend genoeg ook naar sociaal geïntegreerde individuen en bezoekers van technofuiven.

In gevallen waarin geen adequate, actuele schattingen van de incidentie en de prevalentie van problematisch opioïdengebruik voorhanden zijn, kunnen trendmatige ontwikkelingen eventueel toch nog worden geanalyseerd aan de hand van, hoofdzakelijk indirecte, indicatoren als gegevens over de vraag naar behandelingen. Op basis van een 19 landen omvattende steekproef werd vastgesteld dat het totale aantal primaire heroïnegebruikers die tussen 2002 en 2007 in behandeling zijn gegaan, is toegenomen. Meer recent (tussen 2006 en 2007) zijn zowel het aantal gebruikers dat voor primair heroïnegebruik in behandeling is gegaan als hun percentage ten opzichte van alle drugscliënten in acht landen gestegen. Bovendien melden tien landen al sinds 2004 stijgingen in zowel het aantal als het percentage nieuwe cliënten dat in behandeling gaat en heroïne als primaire drug noemt ⁽¹¹⁵⁾.

Andere indicatoren bevestigen deze analyse. Nergens blijkt uit de gegevens van 2007 over door drugs geïnduceerde sterfgevallen, die doorgaans verband houden met het gebruik van opioïden, dat opnieuw wordt aangeknoopt met de dalende trend die zich tot 2003 liet zien (zie hoofdstuk 7). In meer dan de helft van de rapporterende landen kende het aantal door drugs geïnduceerde sterfgevallen een stijging tussen 2006 en 2007 ⁽¹¹⁶⁾. In dezelfde lijn heeft de dalende trend in het aantal heroïnevangsten in de Europese Unie vanaf 2003 plaats geruimd voor een gestage stijging. Uit de meest recente gegevens over drugsdelicten blijkt voorts ook een toename van het aantal aan heroïne gerelateerde gevallen.

De beschikbare gegevens wijzen erop dat de tot 2003 waargenomen dalende trend in de indicatoren van opioïdengebruik is afgevlakt. Deze evolutie tekent zich sinds 2003 wellicht het duidelijkst af in de drugsvangsten en het aantal door drugs geïnduceerde sterfgevallen en na 2004 in de nieuwe behandelaanvragen voor heroïnegebruik. Deze veranderingen hebben zich voorgedaan op hetzelfde ogenblik dat de opiumproductie in Afghanistan groeide, wat deed vrezen dat beide ontwikkelingen met elkaar in verband stonden door de toegenomen beschikbaarheid van heroïne op de Europese markt.

Injecterend drugsgebruik

Prevalentie van injecterend drugsgebruik

Injecterende drugsgebruikers behoren tot de drugsgebruikers die het grootste risico lopen dat hun drugsgebruik tot gezondheidsproblemen leidt, zoals door bloed overgedragen infectieziekten (bv. hiv/aids en hepatitis) of dat ze komen te overlijden als gevolg van hun drugsgebruik. Niet meer dan twaalf landen konden recente schattingen van het injecterend drugsgebruik ⁽¹¹⁷⁾ overleggen, ondanks het belang daarvan voor de volksgezondheid. Het verbeteren van de beschikbare informatie over deze welbepaalde groep blijft dan ook een belangrijke uitdaging voor de ontwikkeling van gezondheidsvolgsystemen in Europa.

De beschikbare schattingen van de prevalentie van injecterend drugsgebruik duiden op grote verschillen tussen de landen. In de meeste landen lopen de schattingen uiteen van één tot vijf gevallen per 1 000 inwoners in de leeftijdsgroep van 15 tot 64 jaar,

Selected issue van het EWDD over injecterend drugsgebruik

Injecterend drugsgebruik is een van de bepalende factoren van ernstige volksgezondheidsproblemen onder drugsgebruikers, waaronder hiv/aids, hepatitis C en overdoses. In Europa verschillen de prevalentie en trends van injecterend drugsgebruik per lidstaat en zij kunnen ook veranderen in de loop der tijd. Naast het injecteren van drugs kunnen ook alternatieve toedieningswegen (bv. roken) worden gebruikt en drugsgebruikers kunnen hun toedieningsweg ook veranderen.

Het selected issue is toegespitst op de situatie en trends op het gebied van injecterend drugsgebruik en op welbepaalde interventies die speciaal bedoeld zijn voor injecterende drugsgebruikers in Europa. In het document wordt ook ingegaan op de mechanismen die kunnen schuilgaan achter de daling van het injecterend gebruik die in een aantal landen en regio's werd vastgesteld alsook op de vraag waarom het injecterend gebruik in andere regio's hoog blijft (of blijft stijgen). Ten slotte wordt ook gekeken naar interventies en beleidsmaatregelen die tot doel hebben het injecterend gebruik te verminderen en welke gebruikers aansporen om minder schadelijke toedieningswegen te gebruiken.

Dit selected issue is vanaf december 2009 beschikbaar op papier en in elektronische vorm, uitsluitend in het Engels (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/injecting-drug-use>).

⁽¹¹⁵⁾ Zie tabel TDI-3 in het Statistical Bulletin 2009.

⁽¹¹⁶⁾ Zie tabel DRD-2 deel (i) in het Statistical Bulletin 2009.

⁽¹¹⁷⁾ Zie figuur PDU-2 in het Statistical Bulletin 2009.

terwijl Estland een uitzonderlijk hoog niveau van vijftien gevallen per 1 000 inwoners meldt.

Het gebrek aan gegevens maakt het moeilijk om conclusies te trekken over trends in de prevalentie van injecterend drugsgebruik, maar de beschikbare gegevens wijzen op een stabiele situatie in Tsjechië, Griekenland, het Verenigd Koninkrijk en Noorwegen ⁽¹¹⁸⁾. In Cyprus werd een stijging vastgesteld.

Enquêtes over infectieziekten kunnen eveneens informatie opleveren over nationale verschillen en ontwikkelingen in de tijd met betrekking tot injecterend drugsgebruik. Vergelijkingen tussen landen dienen evenwel steeds met de nodige voorzichtigheid te gebeuren vanwege de uiteenlopende settings waarin de deelnemers worden gerekruteerd. In drie landen is het percentage nieuwe injecterende drugsgebruikers (gebruikers die minder dan twee jaar drugs injecteren) relatief hoog (meer dan 20 %), wat kan wijzen op een nieuwe toename van het injecterend gebruik. In tien andere landen lag dit percentage onder de 10 % ⁽¹¹⁹⁾. Ook het percentage jonge injecteerders (jonger dan 25) dat op basis van de steekproeven werd vastgesteld, wijst op een meer recente toename van het injecterend gebruik. Zij vertegenwoordigden in de steekproeven meer dan 40 % van de injecterende gebruikers in Tsjechië, Estland, Letland, Litouwen, Oostenrijk, Roemenië en Slowakije, terwijl minder dan 20 % van de geënquêteerde injecteerders jonger was dan 25 in elf andere landen.

Injecterend drugsgebruik onder opioidengebruikers

Opioidengebruikers die in behandeling gaan, geven vaak injecterend gebruik aan als gebruikelijke wijze waarop zij zichzelf de drugs toedienen. In de meeste landen gaat het om meer dan de helft van de opioidencliënten, in zeven landen om 25 tot 50 % en in vijf landen om minder dan 25 %. De laagste percentages injecteerders onder opioidengebruikers die in behandeling gaan, worden gemeld door Denemarken en Nederland en de hoogste door Litouwen, Letland en Roemenië ⁽¹²⁰⁾. Verslagen over behandelingen duiden er ook op dat de prevalentie van injecterend gebruik onder opioidengebruikers lang niet in alle landen dezelfde is. Zo schommelt het percentage injecteerders onder nieuwe opioidencliënten in de autonome regio's van Spanje tussen de 0,9 en 47,2 %.

Van alle opioidengebruikers die voor de eerste keer aan een behandeling begonnen, zei 42 % de drug te

injecteren, wat minder is dan het percentage van alle opioidengebruikers die in behandeling zijn gegaan (44 %). Dit verschil wordt waargenomen in alle 22 rapporterende landen. Uit een analyse van de gegevens van 14 landen over drugsgebruikers die een behandeling volgen, is gebleken dat het percentage injecteerders met 62 % van alle drugscliënten hoog blijft, hoewel er enkele opmerkelijke uitzonderingen zijn, zoals Nederland, waar het percentage slechts 6,1 % bedraagt ⁽¹²¹⁾.

Het percentage injecteerders onder heroïnegebruikers die in behandeling gaan, is verder gedaald in 2007. Deze trend tekent zich nu duidelijk af in bepaalde landen waar dat eerder nog niet het geval was (bv. Tsjechië en Duitsland). Tussen 2002 en 2007 is het percentage injecterende gebruikers onder primaire opioidencliënten die in behandeling gaan in de meeste landen gedaald. Dertien landen meldten statistisch significante dalingen, hoewel twee landen voor dezelfde periode melding maakten van een stijging (Bulgarije en Slowakije) ⁽¹²²⁾.

Andere studies bevestigen over het algemeen de dalende trend van injecterend gebruik onder de gebruikers van opioïden. In Frankrijk werd bijvoorbeeld sinds 2001 in de gegevens over drugsbehandelingen een daling in de prevalentie van injecterend drugsgebruik vastgesteld. Studies hebben ook aangetoond dat nieuwe heroïnegebruikers steeds vaker de drug snuiven en in vergelijking met vroeger pas later op injecterend gebruik overschakelen.

Behandeling van problematisch opioidengebruik

Clënten die primair in extramurale behandeling gaan voor opioidengebruik zijn gemiddeld 33 jaar oud en sinds 2003 melden vrijwel alle landen een stijging ⁽¹²³⁾.

Vrouwelijke cliënten, opioidengebruikers die voor het eerst in behandeling gaan en opioidengebruikers uit de lidstaten die sinds 2004 tot de EU zijn toegetreden, zijn gemiddeld jonger dan hun mannelijke tegenhangers.

Vrouwelijke drugsgebruikers vormen een zeer kwetsbare groep. Over het algemeen bedraagt de verhouding tussen mannen en vrouwen onder opioidencliënten 3,5:1, hoewel vrouwen een groter percentage van de opioidencliënten vertegenwoordigen in noordelijke landen (bv. Zweden en Finland) en een lager percentage in zuidelijke landen (Griekenland, Italië en Portugal) ⁽¹²⁴⁾.

⁽¹¹⁸⁾ Zie tabel PDU-6 deel (iii) in het Statistical Bulletin 2009.

⁽¹¹⁹⁾ Zie figuur PDU-3 in het Statistical Bulletin 2009.

⁽¹²⁰⁾ Zie de tabellen PDU-104, TDI-5 en TDI-17 deel (v) in het Statistical Bulletin 2009.

⁽¹²¹⁾ Zie de tabellen TDI-17 deel (v) en TDI-38 in het Statistical Bulletin 2009.

⁽¹²²⁾ Zie de tabellen TDI-4 en TDI-5 in de Statistical Bulletins 2006 en 2009.

⁽¹²³⁾ Zie de tabellen TDI-10, TDI-32 en TDI-103 in het Statistical Bulletin 2009.

⁽¹²⁴⁾ Zie de tabellen TDI-5 en TDI-21 in het Statistical Bulletin 2009.

Misbruik van op recept verkrijgbare opioïden

Opioïde pijnstillers zijn de krachtigste beschikbare middelen voor de beheersing van hevige en chronische pijn. Opioïden worden ook als substitutiemiddel gebruikt voor de behandeling van opioïdenverslaving. Van deze middelen, die op recept verkrijgbaar zijn, kan misbruik worden gemaakt, wat negatieve gevolgen kan hebben voor de gezondheid, zoals verslaving, overdoses en aan injecterend gebruik gerelateerde schade. Op recept verkrijgbare opioïden kunnen hun weg vinden naar de illegale drugsmarkt wanneer substitutiemiddelen niet voor hun geëigende doel worden gebruikt. In de Verenigde Staten lijken ook onlineapotheken een belangrijke rol te spelen in de beschikbaarheid van op recept verkrijgbare opioïden (INCB, 2009a), maar in Europa is hun rol voornamelijk beperkt. In Europa is de toename van de hoeveelheid substitutiemiddelen die aan opioïdenverslaafden wordt voorgeschreven, gepaard gegaan met een toename van het misbruik van de middelen.

Heroïne niet meegerekend, zijn opioïden de primaire drug van circa 5 % (17 810) van de cliënten die in Europa aan een drugsbehandeling beginnen. De meest gemelde stoffen zijn buprenorfine, een stof die in Finland als primaire drug wordt genoemd bij 41 % van alle behandelaanvragen en in Frankrijk bij 7 %, methadon, dat goed is voor 18,5 % van alle behandelaanvragen in Denemarken, en andere op recept verkrijgbare opioïden, die in Letland, Oostenrijk en Zweden 5 tot 15 % van alle behandelaanvragen uitmaken (!). Tsjechië maakte ook melding van naar schatting 4 250 problematische buprenorfinegebruikers in 2007. Deze cijfers weerspiegelen veeleer een verschuiving in de door problematische heroïnegebruikers gebruikte stoffen, dan een stijging van de globale prevalentie van problematisch opioïdengebruik. Het Duitse Phar-Mon-systeem, dat toezicht houdt op een breed aanbod van medicijnen die misbruikt kunnen worden, registreerde ook een stijging van het aantal misbruiken van op recept verkrijgbare opioïden, waar substitutiemiddelen een belangrijkere rol spelen dan pijnstillers (Roesner en Küfner, 2007).

Misbruik van op recept verkrijgbare opioïden maakt het heel wat moeilijker om te voorkomen dat substitutiemiddelen en opioïde pijnstillers hun weg vinden naar de illegale markt. Tegelijkertijd moet erover worden gewaakt dat het legitieme gebruik van deze stoffen niet in gevaar komt (Cherny et al., 2006).

(!) Zie tabel TDI-113 in het Statistical Bulletin 2009.

Opioïdengebruikers die aan een behandeling beginnen, zijn vaker werkloos en hebben vaker een lager opleidingsniveau genoten dan andere cliënten (zie hoofdstuk 2). Bij deze groep worden ook frequenter psychiatrische stoornissen vastgesteld. Zo bleek uit een Italiaanse studie dat de meeste drugscliënten met psychiatrische comorbiditeit (72 %) primaire opioïdengebruikers waren (¹²⁵).

Vrijwel alle opioïdengebruikers die in behandeling gaan, melden dat zij vóór hun dertigste drugs zijn begonnen nemen. Bij ongeveer de helft was dat vóór hun twintigste. Gemiddeld verstrijkt een periode van acht jaar tussen het eerste gebruik van opioïden en het eerste contact met drugsbehandeling (¹²⁶).

Aanbod en bereik van behandelingen

De behandelingen voor opioïdengebruikers vinden meestal plaats in extramurale settings, zoals gespecialiseerde centra, huisartspraktijken en laagdrempelige faciliteiten (zie hoofdstuk 2). In enkele landen spelen ook intramurale centra een belangrijke rol in de behandeling van drugsproblemen, met name in Bulgarije, Griekenland, Finland en Zweden (¹²⁷). De mogelijkheden in Europa voor de behandeling van opioïdenverslaving zijn legio en alsmat meer gedifferentieerd, hoewel er geografisch

Comorbiditeit — drugsgebruik en geestelijke stoornissen

Comorbiditeit is het gezamenlijk voorkomen van aan drugsgebruik gerelateerde problemen en psychiatrische stoornissen bij eenzelfde persoon. Onderzoek heeft uitgewezen dat veel patiënten die een drugsbehandeling volgen ook psychiatrische problemen hebben en dat een groot deel van de patiënten in psychiatrische diensten met drugsproblemen worstelt (EWDD, 2005).

De geestelijke stoornissen die in Europa het vaakst worden gemeld onder drugsgebruikers zijn onder meer depressie, angstgevoelens, schizofrenie, stoornissen in de persoonlijkheidsstructuur, concentratiestoornissen en hyperactiviteit. Het aanbod van speciaal op drugsgebruikers met comorbiditeit gerichte behandelingen blijft in Europa beperkt. Nationale deskundigen melden dat 18 landen beschikken over speciale programma's, maar in 14 daarvan zijn zij beschikbaar voor slechts een minderheid van de cliënten die een dergelijke behandeling nodig hebben. In zeven andere landen zijn er helemaal geen gespecialiseerde programma's, maar vijf ervan zijn wel voornemens om in de komende drie jaar dergelijke programma's op te zetten.

Recent werd in Europa een verkennend onderzoek (Isadora) uitgevoerd onder patiënten met een tweeledige diagnose van diverse diensten voor acuut-psychiatrische zorgverlening (!). In de conclusies wordt de aandacht gevestigd op de moeilijkheid om vergelijkende analyses op dit gebied uit te voeren, wat de behoefte onderstreept aan een meer eenvormige benadering van de diagnose en de behandeling van en onderzoek naar comorbiditeit in Europa (Baldacchino et al., 2009).

(!) <http://isadora.advsh.net/>.

(¹²⁵) Zie ook „Comorbiditeit — Drugsgebruik en geestelijke stoornissen”.

(¹²⁶) Zie de tabellen TDI-11, TDI-33, TDI-107 en TDI-109 in het Statistical Bulletin 2009.

(¹²⁷) Zie tabel TDI-24 in het Statistical Bulletin 2009.

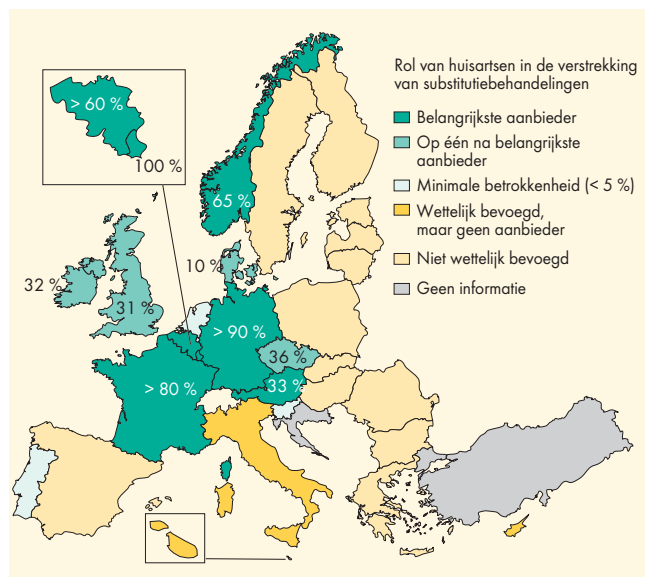
gezien verschillen zijn in de toegankelijkheid en het bereik ervan. Drugsvrije en substitutiebehandelingen voor opioidengebruik zijn beschikbaar in alle EU-lidstaten, Kroatië en Noorwegen. In Turkije wordt momenteel onderzocht of substitutiebehandeling in de toekomst ook zal worden aangeboden.

Drugsvrije behandeling is een therapeutische aanpak waarbij cliënten zich moeten onthouden van alle middelen, ook van substitutiemiddelen. De patiënten nemen deel aan dagactiviteiten en krijgen intensieve psychologische begeleiding. Hoewel drugsvrije behandelingen zowel in extra- als intramurale settings worden aangeboden, rapporteren de lidstaten dat de behandeling hoofdzakelijk plaatsvindt in het kader van intramurale programma's die gebaseerd zijn op de beginselen van de therapeutische gemeenschap of het Minnesota-model.

Substitutiebehandelingen, die vaak gecombineerd worden met psychosociale zorg, worden meestal aangeboden in gespecialiseerde extramurale centra. Dertien landen melden dat ook huisartsenpraktijken substitutiebehandeling aanbieden, gewoonlijk in het kader van regelingen voor gedeelde zorg met gespecialiseerde behandelcentra (zie figuur 11). In Tsjechië, Frankrijk, Nederland, Portugal, het Verenigd Koninkrijk en Kroatië mogen alle huisartsen substitutiebehandeling aanbieden, terwijl die bevoegdheid in België, Denemarken, Duitsland, Ierland, Luxemburg, Oostenrijk en Noorwegen voorbehouden is aan artsen die daarvoor speciaal zijn opgeleid of er een vergunning voor hebben. Enkele landen rapporteren dat de betrokkenheid van huisartsen de beschikbaarheid en het bereik van substitutiebehandeling verbetert doordat de wachttijden kleiner worden en de behandeling toegankelijker wordt (Tsjechië, Duitsland, Frankrijk, Oostenrijk, Verenigd Koninkrijk).

Volgens schattingen van deskundigen is de beschikbaarheid van substitutiebehandeling voor opioidengebruik vrij groot in 16 landen, waar minstens de helft van de opioidengebruikers er toegang toe heeft (zie hoofdstuk 2). In deze landen kiest 10 tot 25 % van de opioidengebruikers voor een drugsvrije behandeling. In tien andere landen (Estland, Griekenland, Letland, Litouwen, Hongarije, Polen, Roemenië, Slowakije, Finland en Noorwegen) is substitutiebehandeling naar schatting beschikbaar voor een minderheid van de opioidengebruikers, mogelijk omdat cliënten, vooral jongeren en nieuwe cliënten, vaak kiezen voor een drugsvrije behandeling of omdat ze maar moeilijk toegang kunnen krijgen tot substitutiebehandeling. In Griekenland bijvoorbeeld bedraagt de wachttijd voor een substitutiebehandeling voor opioidengebruik meer dan drie jaar.

Figuur 11: Aanbod van substitutiebehandeling voor opioidengebruik door huisartsenpraktijken



NB: Het percentage cliënten dat een substitutiebehandeling volgt bij huisartsen in de samenleving wordt op de kaart aangegeven.

Bronnen: Nationale focal points van het Reitox-netwerk.

Verlening van psychosociale zorg is van essentieel belang voor de effectiviteit van substitutiebehandelingen. Deskundigen schatten dat dergelijke zorg wordt verleend aan vrijwel alle substitutiecliënten in zeven landen (Griekenland, Italië, Letland, Portugal, Roemenië, Slowakije en het Verenigd Koninkrijk) en aan de meesten in 14 andere landen. In vier landen (Estland, Luxemburg, Hongarije en Nederland) krijgt naar schatting slechts een minderheid van de cliënten die een substitutiebehandeling volgen psychosociale hulp.

Het totale aantal cliënten dat een substitutiebehandeling volgt in de EU, Kroatië en Noorwegen werd in 2007 geschat op ongeveer 650 000, tegenover 560 000 in 2005 en 500 000 in 2003. De beschikbare gegevens wijzen op een stijging in alle landen, uitgezonderd Spanje, waar het aantal substitutiecliënten in dalende lijn is sinds 2002, en Frankrijk, Luxemburg, Hongarije en Nederland, waar een bescheiden daling of een stabiele situatie wordt gemeld. Van de landen die het aanbod van substitutiebehandeling hebben uitgebreid, werden de grootste stijgingen vastgesteld in Estland, waar het aantal cliënten in vijf jaar tijd is gestegen van 60 naar meer dan 1 000, en Bulgarije, waar het aantal beschikbare plaatsen tussen 2003 en 2007 is opgetrokken van 380 tot bijna 3 000. Het aantal substitutiecliënten is in dezelfde periode meer dan verdubbeld in Tsjechië, Letland, Finland en Noorwegen, terwijl Griekenland, Polen, Portugal, Roemenië en Zweden een stijging van meer dan 40 % melden.

Uit de eenvoudige vergelijking van het geschatte aantal problematische opioïdengebruikers en het geschatte aantal verstrekte behandelingen blijkt dat meer dan 40 % van hen in substitutiebehandeling zou kunnen zijn. Beide reeksen gegevens zijn echter nog steeds niet nauwkeurig genoeg, zodat voorzichtigheid dient te worden betracht in verband met deze schatting. Om dezelfde reden kunnen maar moeilijk vergelijkingen worden gemaakt, hoewel de beschikbare gegevens erop wijzen dat het percentage problematische opioïdengebruikers in substitutiebehandeling per land aanmerkelijk verschilt, met schattingen die variëren van 5 tot meer dan 50 % ⁽¹²⁸⁾.

De meeste substitutiecliënten in Europa krijgen methadon (70 %), maar in steeds meer landen worden ook andere middelen voorgeschreven. Zo is buprenorfine beschikbaar in alle EU-lidstaten, met uitzondering van Bulgarije, Spanje, Hongarije en Polen. In Tsjechië, Frankrijk, Letland en Zweden wordt meer dan 50 % van de substitutiecliënten met buprenorfine behandeld. Andere mogelijkheden zijn traagwerkende morfine (Bulgarije, Oostenrijk en Slovenië) en codeïne (Duitsland, Oostenrijk en Cyprus). In 2006 werd een nieuwe combinatie van buprenorfine en naloxon op de EU-markt toegelaten. Sindsdien werd het in 11 landen op de markt gebracht. Zes Europese landen bieden ook een behandeling met heroïne aan voor gebruikers die onvoldoende vooruitgang boeken met andere behandelingen.

Effectiviteit, kwaliteit en normering van de behandeling

In overzichten van gerandomiseerde gecontroleerde proeven en observationeel onderzoek wordt geconcludeerd dat substitutiebehandelingen met methadon of buprenorfine effectief kunnen zijn bij de behandeling van opioïdenverslaving. Algemeen wordt bij dit soort behandeling een aantal positieve resultaten waargenomen: behandelaars houden hun cliënten beter

vast, het illegaal opioïdengebruik en het injecterend drugsgebruik nemen af, de sterftcijfers en de prevalentie van crimineel gedrag worden teruggedrongen en de gezondheid en de sociale omstandigheden van chronische heroïnegebruikers stabiliseren zich. Bovendien is uit recente gerandomiseerde gecontroleerde proeven gebleken dat behandeling met heroïne daadwerkelijk helpt om het illegale drugsgebruik te verminderen, de fysieke en geestelijke gezondheidstoestand te verbeteren en de prevalentie van crimineel gedrag te beperken bij cliënten die worden beschouwd als moeilijk te behandelen of die vruchteloos andere behandelingen hebben gevolgd.

Onderzoek naar de resultaten van behandelingen heeft ook aangetoond dat psychosociale en psychotherapeutische interventies in combinatie met farmacotherapie effectief kunnen zijn (Schulte et al., 2008). Deze aanpak kan ertoe leiden dat de motivatie om een behandeling te volgen groter wordt, dat een terugval wordt voorkomen en dat de schade wordt beperkt. Bovendien worden eventueel ook advies en praktische ondersteuning gegeven aan cliënten die niet alleen hun opioïdenverslaving moeten overwinnen, maar ook problemen hebben met hun huisvesting, werk en/of familie.

Recentelijk heeft de Wereldgezondheidsorganisatie (2009) een reeks minimumvereisten en internationale richtsnoeren vastgesteld voor de behandeling van opioïdenverslaafden met farmacotherapie in combinatie met psychosociale interventies. Het document werd opgesteld naar aanleiding van een resolutie van de Economische en Sociale Raad van de Verenigde Naties (ECOSOC) en is gebaseerd op systematisch literatuuronderzoek en raadplegingen van gerenommeerde deskundigen van over de hele wereld. De meeste Europese landen hebben ook richtsnoeren voor substitutiebehandeling uitgewerkt (zie hoofdstuk 2).

⁽¹²⁸⁾ Zie figuur HSR-1 in het Statistical Bulletin 2009.



Hoofdstuk 7

Infectieziekten en sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik

Infectieziekten ten gevolge van drugsgebruik

Infectieziekten als hiv en hepatitis B en C behoren tot de ernstigste gezondheidsgevolgen van drugsgebruik. Zelfs in landen waar de prevalentie van hiv bij injecterende drugsgebruikers laag is, kunnen andere infectieziekten, waaronder hepatitis A, B en C, seksueel overdraagbare ziekten, tuberculose, tetanus, botulisme en de menselijke variant van het T-lymfotropisch virus drugsgebruikers buitenproportioneel treffen. Het EWDD volgt de ontwikkeling van hiv en hepatitis B en C onder injecterende drugsgebruikers systematisch (in het geval van hepatitis B gaat het daarbij om de prevalentie van antistoffen of andere specifieke markers) ⁽¹²⁹⁾.

Hiv en aids

Tegen het einde van 2007 leek de incidentie van gediagnosticeerde hiv-infecties onder injecterende drugsgebruikers in de meeste landen van de Europese Unie nog steeds laag te zijn. Bovendien ziet de algemene situatie in de EU er in een mondiale context relatief positief uit, wat mogelijk ten minste gedeeltelijk te danken is aan het toenemende aantal maatregelen op het gebied van preventie, behandeling en schadebeperking, met inbegrip van substitutiebehandelingen en omruil- en distributieprogramma's voor naalden en spuiten. Andere factoren kunnen ook een belangrijke rol hebben gespeeld, zoals de afname van het injecterend drugsgebruik waarvan in enkele landen melding wordt gemaakt. Desondanks valt uit de gegevens af te leiden dat de aan injecterend drugsgebruik gerelateerde overdracht van hiv in 2007 in sommige delen van Europa nog steeds relatief hoog ligt, wat bevestigt dat het bereik en de effectiviteit van plaatselijke preventiepraktijken moeten worden vergroot.

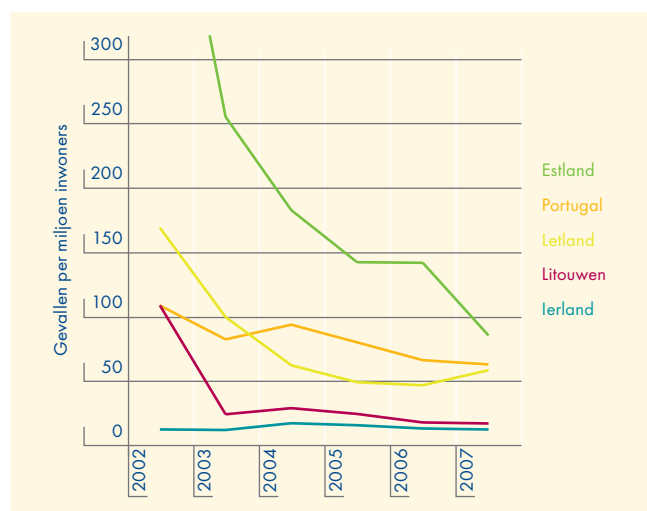
Trends in hiv-infecties

Gegevens over nieuw gediagnosticeerde, aan injecterend drugsgebruik gerelateerde gevallen in 2007 duiden erop dat het aantal nieuwe infecties in de Europese Unie nog

steeds daalt na de piek in 2001-2002, die te wijten was aan uitbraken in Estland, Letland en Litouwen ⁽¹³⁰⁾. In 2007 was het algehele cijfer voor nieuw gediagnosticeerde infecties onder injecterende drugsgebruikers in de 24 EU-lidstaten waarvoor nationale gegevens beschikbaar zijn 4,7 gevallen per miljoen inwoners, waar dat in 2006 nog 5,0 gevallen was ⁽¹³¹⁾. Van de drie landen die het hoogste aantal nieuw gediagnosticeerde infecties melden, rapporteerden Portugal en Estland nog steeds een neerwaartse trend, hoewel de trend in Portugal lijkt af te vlakken. Letland rapporteerde daarentegen een stijging van 47,1 gevallen per miljoen inwoners in 2006 tot 58,7 gevallen per miljoen inwoners in 2007 (figuur 12).

Tussen 2002 en 2007 zijn geen grote stijgingen van het aantal hiv-infecties waargenomen en zijn de cijfers laag gebleven. Het aantal nieuw gediagnosticeerde infecties is echter gestegen in Bulgarije en Zweden (van 0,3 nieuwe gevallen per miljoen inwoners in 2002 tot 5,6 gevallen in 2007 in Bulgarije en in Zweden van 3,5 nieuwe gevallen

Figuur 12: Trends in vijf EU-lidstaten met een hoog aantal nieuwe hiv-infecties onder injecterende drugsgebruikers



NB: Voor Estland ligt de waarde van 2002 buiten de schaal (516 gevallen per miljoen inwoners). Zie voor nadere informatie tabel INF-104 in het Statistical Bulletin 2009.

Bronnen: ECDC en WHO Europe.

⁽¹²⁹⁾ Voor gedetailleerde informatie over methoden en definities, zie het Statistical Bulletin 2009.

⁽¹³⁰⁾ Zie tabel INF-104 in het Statistical Bulletin 2009.

⁽¹³¹⁾ Van Spanje, Italië en Oostenrijk zijn geen landelijke gegevens beschikbaar.

per miljoen inwoners in 2002 tot een piek van 6,7 gevallen in 2007, waarna er terug een daling optrad tot het vroegere niveau), wat erop wijst dat hiv zich nog verder kan verspreiden onder injecterende drugsgebruikers.

Trendgegevens die verzameld zijn door het monitoren van de hiv-prevalentie in steekproeven van injecterende drugsgebruikers vormen een belangrijke aanvulling op de gegevens uit rapportages over hiv-gevallen. Voor de periode 2002-2007 zijn prevalentiegegevens van 25 landen beschikbaar ⁽¹³²⁾. In elf landen bleef de hiv-prevalentie in de betreffende periode onveranderd. In zes landen (Bulgarije, Duitsland, Spanje, Italië, Letland en Portugal) vertoonde de prevalentie een statistisch significante daling, steeds op basis van nationale steekproeven. In twee van deze landen werden echter ook regionale stijgingen gerapporteerd: in Bulgarije in één stad (Sofia) en in Italië in drie van de eenentwintig regio's. In twee landen (Litouwen en Polen) vertoonde de hiv-prevalentie een statistisch significante stijging, in beide gevallen op basis van nationale steekproeven.

Uit een vergelijking van trends in nieuw gediagnosticeerde aan injecterend drugsgebruik gerelateerde infecties met trends in de hiv-prevalentie onder injecterende drugsgebruikers blijkt dat de incidentie van aan injecterend drugsgebruik gerelateerde hiv-infecties in de meeste landen op nationaal niveau afneemt.

Het hoge aantal aan injecterend drugsgebruik gerelateerde hiv-infecties dat jaarlijks nieuw wordt gediagnosticeerd in Estland, Letland en Portugal wijst erop dat de overdracht in deze landen nog steeds vrij hoog ligt, ook al gaan de cijfers in Estland en Portugal in dalende lijn. In het geval van Estland wordt dit ondersteund door prevalentiegegevens uit 2005, die aangeven dat ongeveer een derde van de nieuwe injecterende drugsgebruikers (drugsgebruikers die minder dan twee jaar injecteren) hiv-positief waren. Andere indicaties van een aanhoudende overdracht van hiv zijn afkomstig uit rapporten over hoge prevalentieniveaus (hoger dan 5 %) onder jonge injecterende drugsgebruikers (steekproeven van vijftig of meer injecterende drugsgebruikers van minder dan 25 jaar oud) in diverse landen: Spanje (landelijke gegevens, 2006), Frankrijk (vijf steden, 2006), Estland (twee regio's, 2005), Litouwen (één stad, 2006) en Polen (één stad, 2005) ⁽¹³³⁾.

Aids-incidentie en beschikbaarheid van HAART

Informatie over de incidentie van aids is belangrijk omdat daaruit blijkt in hoeveel nieuwe gevallen de aandoening zich symptomatisch uit. De hoge incidentiecijfers voor aids in enkele Europese landen kunnen een teken zijn dat veel injecterende drugsgebruikers die met hiv zijn geïnfecteerd de zeer actieve antiretrovirale behandeling (HAART) niet in een voldoende vroege fase van de infectie krijgen om maximaal profijt te kunnen trekken uit de behandeling.

Estland is het land met de hoogste aan injecterend drugsgebruik gerelateerde aids-incidentie, die voor 2007 wordt geschat op 33,5 nieuwe gevallen per miljoen inwoners, tegenover 17,1 nieuwe gevallen per miljoen inwoners in 2006. Relatief hoge aids-incidenties worden ook gemeld in Letland (13,2 nieuwe gevallen per miljoen inwoners), Spanje (8,8), Portugal (8,6) en Litouwen (6,2). De trend is daarbij neerwaarts in Spanje, Letland en Portugal, maar niet in Litouwen ⁽¹³⁴⁾.

Hepatitis B en C

Hoewel in slechts weinig EU-lidstaten een hoge prevalentie van hiv-infecties wordt waargenomen, is de prevalentie van virale hepatitis onder injecterende drugsgebruikers en met name infecties die worden veroorzaakt door het hepatitis C-virus (hcv), in heel Europa hoger. De aanwezigheid van antistoffen tegen hcv, zoals gemeten in nationale steekproeven onder injecterende drugsgebruikers, liep in 2006-2007 uiteen van circa 18 tot 95 %, waarbij de meeste landen waarden van boven de 40 % melden. Drie landen (Bulgarije, Tsjechië en Slovenië) rapporteren dat bij nationale steekproeven onder injecterende drugsgebruikers een prevalentie van minder dan 25 % is vastgesteld ⁽¹³⁵⁾. Deze infectieniveaus vormen nog steeds een belangrijk probleem op het gebied van volksgezondheid.

Binnen de afzonderlijke landen kan de prevalentie van hcv aanmerkelijk uiteenlopen, wat zowel een afspiegeling kan zijn van regionale verschillen als van de kenmerken van de onderzochte populatie. Zo komen uit lokale studies in het Verenigd Koninkrijk niveaus van tussen de 29 en 60 % naar voren, terwijl verschillende regionale schattingen in Italië uitkomen op percentages van 36 tot 92 %.

Recente studies (2006-2007) duiden op een aanzienlijke variatie in de prevalentie onder injecterende drugsgebruikers van minder dan 25 jaar oud en gebruikers die minder dan twee jaar geleden zijn beginnen injecteren, wat wijst op verschillende hcv-

⁽¹³²⁾ Zie tabel INF-108 in het Statistical Bulletin 2009.

⁽¹³³⁾ Zie de tabellen INF-109 en INF-110 in het Statistical Bulletin 2009.

⁽¹³⁴⁾ Zie figuur INF-1 in het Statistical Bulletin 2009.

⁽¹³⁵⁾ Zie de tabellen INF-111 tot INF-113 in het Statistical Bulletin 2009.

Hiv onder injecterende drugsgebruikers in de Europese Unie en haar buurlanden – Stijgende trends in Oost-Europa

De hiv-epidemie onder injecterende drugsgebruikers blijft zich in Europa op uiteenlopende wijze ontwikkelen. In de lidstaten van de Europese Unie blijft het aantal gerapporteerde nieuw gediagnosticeerde hiv-infecties onder injecterende drugsgebruikers in grote mate stabiel en op een laag niveau of is er zelfs sprake van een daling. In veel van de voormalige sovjetrepublieken is het aantal in 2007 echter gestegen (Wiessing et al., 2008b), wat erop wijst dat de bestaande preventiemaatregelen onvoldoende zijn en moeten worden aangescherpt.

In de Oost-Europese landen waar sinds het hoogtepunt van 2001 een zekere daling werd vastgesteld (Rusland en Wit-Rusland), werd in de afgelopen jaren opnieuw een stijging

waargenomen. In 2007 varieerde het aantal gerapporteerde nieuw gediagnosticeerde hiv-infecties onder injecterende drugsgebruikers van nul in Turkmenistan tot 80 gevallen per miljoen inwoners in Kazachstan en 152 gevallen per miljoen inwoners in Oekraïne. Voor Rusland bedraagt het meest recente cijfer 78 gevallen per miljoen inwoners (2006).

In absolute cijfers meldde Oekraïne het grootste aantal nieuw gerapporteerde gevallen van hiv onder injecterende drugsgebruikers in 2007 (7 087 gevallen), gevolgd door Oezbekistan (1 816 gevallen) en Kazachstan (1 246 gevallen), terwijl Rusland voor 2006 melding maakte van 11 161 gevallen. In verschillende andere voormalige sovjetlanden met globaal genomen lagere aantallen tekent zich een stijgende trend af in het aantal gerapporteerde gevallen, wat kan wijzen op een epidemie onder de injecterende drugsgebruikers. Het betreft in het bijzonder Azerbeidzjan, Wit-Rusland, Georgië, Kirgizië, Moldavië en Tadzjikistan.

incidentieniveaus bij deze populaties in Europa ⁽¹³⁶⁾. Uit deze studies is tevens gebleken dat heel wat injecterende gebruikers het virus al snel na het begin van hun injecterend gebruik oplopen. Het tijdsbestek voor doeltreffende hcv-preventiemaatregelen is dan ook vrij kort.

De prevalentie van antistoffen tegen het hepatitis B-virus (hbv) varieert nog sterker dan die van antistoffen tegen hcv, mogelijk deels vanwege verschillende vaccinatiedekkingen, hoewel ook andere factoren een rol kunnen spelen. De meest volledige gegevens die beschikbaar zijn, betreffen de antistof tegen het hepatitis B-core antigeen (anti-hbc), waarvan de aanwezigheid wijst op een infectieverleden. In 2006-2007 maakten drie van de tien landen die gegevens over injecterende drugsgebruikers hebben verstrekt melding van prevalentieniveaus voor anti-hbc van meer dan 40 % ⁽¹³⁷⁾.

De trendmatige ontwikkeling van de gemelde gevallen van hepatitis B en C geeft een uiteenlopend beeld, wat de interpretatie ervan bemoeilijkt. Het percentage injecterende drugsgebruikers op alle gemelde gevallen waarvan de risicofactoren bekend zijn, kan wel enig inzicht geven in de epidemiologie van deze infecties (Wiessing et al., 2008a). Voor hepatitis B is het percentage injecterende drugsgebruikers tussen 2002 en 2007 in vier van de 17 rapporterende landen gedaald. Voor hepatitis C werd in dezelfde periode een daling van het percentage vastgesteld in zeven landen en een daling in vier andere landen (Tsjechië, Luxemburg, Malta en het Verenigd Koninkrijk) ⁽¹³⁸⁾.

De prevalentie van hepatitis C als een mogelijke indicator van het aan injecterend gebruik gerelateerde hiv-risico

Een door het EWDD samengestelde groep van modelontwikkelaars en epidemiologen heeft onderzoek gedaan naar de mogelijkheid om informatie over de prevalentie van het hepatitis C-virus (hcv) onder injecterende drugsgebruikers te gebruiken als een indicator voor het risico op de overdracht van hiv. Hcv wordt net als hiv overgedragen door het delen van naalden. Aangezien hcv heel wat besmettelijker is, kan de prevalentie ervan aanwijzingen geven over het globale risicogedrag, waaronder het delen van naalden en injectietoebehoren en het veranderen van de partner met wie samen drugs wordt geïnjecteerd, in populaties van injecterende gebruikers waarin hiv nog niet verspreid is.

Een vergelijkende analyse van de prevalentie van hcv en hiv heeft uitgewezen dat een hcv-prevalentie onder injecterende gebruikers tot circa 30 % (95 %-betrouwbaarheidsinterval, 21-38 %) gepaard gaat met een totale afwezigheid of een zeer lage prevalentie van hiv. Bij een hogere hcv-prevalentie werd een lineair verband vastgesteld tussen de prevalentie van hiv en hcv en tijdreeksen geven aan dat de waargenomen hiv-prevalentie met ongeveer de helft van de hcv-prevalentie toeneemt.

Uit deze resultaten blijkt dat de prevalentie van hcv gebruikt zou kunnen worden voor de ontwikkeling van gerichte preventiemaatregelen en schadebeperkende interventies onder injecterende drugsgebruikers. Bovendien kan de waarde ook worden gebruikt om de kans op een uitbraak van hiv te beoordelen in landen waar de prevalentie van hiv onder injecterende drugsgebruikers nog steeds laag is.

Bron: Vickerman et al. (ingediend).

⁽¹³⁶⁾ Zie figuur INF-6 deel (ii) en deel (iii) in het Statistical Bulletin 2009.

⁽¹³⁷⁾ Zie tabel INF-115 in het Statistical Bulletin 2009.

⁽¹³⁸⁾ Zie de tabellen INF-105 en INF-106 in het Statistical Bulletin 2009.

Preventie en aanpak van infectieziekten

Zeventien EU-lidstaten en Turkije melden dat de preventie van infectieziekten bij drugsgebruikers deel uitmaakt van hun nationale drugsstrategie, terwijl zes andere landen aangeven dat daarvoor een afzonderlijke strategie is uitgewerkt. Tien van deze 23 landen melden ook het bestaan van strategieën voor de preventie van infectieziekten op lokaal of regionaal niveau.

De EU-lidstaten passen een combinatie van enkele van de volgende maatregelen toe om de verspreiding van infectieziekten onder drugsgebruikers terug te dringen: drugsbehandelingen, de distributie van steriele injectienaalden en sociale activiteiten waarbij informatie, educatie, tests en gedragsinterventies worden verleend, vaak door buurthuizen en laagdrempelige faciliteiten. Deskundigen uit 27 landen brachten verslag uit over de prioriteit die aan bepaalde interventies wordt gegeven om de verspreiding van infectieziekten onder drugsgebruikers te voorkomen⁽¹³⁹⁾. Toegang tot steriel injectiemateriaal door middel van omruil- en distributieprogramma's voor naalden en spuiten is een prioriteit in 23 landen. Tests en counseling met betrekking tot infectieziekten worden genoemd door 16 landen en de verspreiding van informatie en educatief en voorlichtingsmateriaal door 14 landen.

Toegang tot steriele spuiten is net zoals in 2005 de vaakst gemelde prioriteit. Een toenemend aantal landen meldt nu wel ook counseling voor infectieziekten en tests alsook specifiek op hepatitis gerichte immunisatieprogramma's als prioriteit.

Interventies

Onderzoek heeft aangetoond dat aanhoudende behandeling het injecterend drugsgebruik en het daaraan gerelateerde risicogedrag vermindert, waardoor dus ook het risico op hiv-infectie afneemt. In de meeste Europese landen is het aanbod van behandelingen en schadebeperkende maatregelen sinds het midden van de jaren negentig aanzienlijk uitgebreid (Hedrich et al., 2008b). Substitutiebehandeling voor opioïdengebruik is beschikbaar in alle EU-lidstaten, Kroatië en Noorwegen, hoewel het aanbod van deze interventie in meerdere landen beperkt blijft (zie de hoofdstukken 2 en 6).

Nationale deskundigen schatten dat in het afgelopen jaar vrijwel alle drugsgebruikers in 17 landen individuele counseling hebben genoten met betrekking tot infectieziekten⁽¹⁴⁰⁾. In twaalf landen was dat ook het geval voor hcv-tests, terwijl deskundigen van 11 landen schatten dat de meeste problematische drugsgebruikers het

Behandeling van injecterende drugsgebruikers met chronische hepatitis C

Tot wel 30 % van de patiënten met onbehandelde chronische hepatitis C ontwikkelt binnen de 30 jaar levercirrose en de zorgkosten voor het eindstadium van leverziekten lopen hoog op (Jager et al., 2004). Om de lasten van hepatitis C in Europa te verminderen moet de grootste patiëntengroep, namelijk dragers van het virus die ook actieve injecterende drugsgebruikers zijn, dan ook aangemoedigd worden om zich te laten behandelen en moet de behandeling ook vlotter toegankelijk worden gemaakt.

De huidige behandeling voor chronische hepatitis C, een zes tot twaalf maanden durende combinatietherapie met langwerkend interferon en ribavirine, is doeltreffend bij meer dan 50 % van de patiënten, die een blijvende virologische respons bereiken. Hoewel het aantal langetermijnstudies beperkt blijft, heeft vroeger onderzoek uitgewezen dat injecterende drugsgebruikers de behandeling goed volhouden en met succes volgen (bv. Moussalli et al., 2007). De kosteneffectiviteit van de behandeling van hepatitis C in gevangenen (Sutton et al., 2008) en de veiligheid en effectiviteit van de behandeling voor drugsgebruikers met comorbide psychiatrische stoornissen werden eveneens aangetoond (Loftis et al., 2006).

Slechts een klein aantal drugsgebruikers heeft echter toegang tot behandeling van hepatitis C, mogelijk door een ontoereikende behandelcapaciteit, een gebrek aan informatie over de behandelingsmogelijkheden of het feit dat drugsgebruikers niet als een prioriteit worden beschouwd. Verscheidene EU-lidstaten, waaronder Denemarken, Duitsland, Frankrijk, Nederland en het Verenigd Koninkrijk, hebben hun beleid onlangs herzien om patiënten met chronische hepatitis C die ook actieve injecterende drugsgebruikers zijn gemakkelijker toegang te geven tot tests en behandeling.

De behandeling van hepatitis C in de context van drugsverslaving is niet altijd evident, maar ze kan worden verbeterd door een zorgvuldig gepland en georganiseerd klinisch beheer en met de medewerking van de patiënt na diens geïnformeerde instemming. Multidisciplinaire teams die weten hoe ze moeten omgaan met drugsverslaving, leverziekten en comorbide geestelijke problemen, hebben een positieve invloed op het resultaat (Grebely et al., 2007).

afgelopen jaar concreet advies en training hebben gekregen in verband met veiliger drugsgebruik en veiliger injecteren. Vaccinatie tegen hepatitis B maakt deel uit van het vaste immunisatieschema van 21 van de 28 rapporterende landen. Zeventien landen melden ook het bestaan van specifiek op drugsgebruikers gerichte vaccinatieprogramma's. Voorts noemen zeventien landen ook gezondheidsonderricht door instructeurs die de drugscene heel goed kennen en die dezelfde taal spreken.

⁽¹³⁹⁾ Zie tabel HSR-6 in het Statistical Bulletin 2009.

⁽¹⁴⁰⁾ De verstrekking van welbepaalde interventies aan drugsgebruikers werd geschat door deskundigen uit 26 EU-lidstaten, Turkije en Noorwegen.

Omruil- en distributieprogramma's voor naalden en spuiten zijn beschikbaar in alle EU-lidstaten, Kroatië en Noorwegen. In 2007 werd in Cyprus echter nauwelijks een beroep gedaan op het programma. In 15 landen wordt geschat dat de meeste injecterende drugsgebruikers in de afgelopen twaalf maanden minstens één keer spuiten hebben gekregen in het kader van een dergelijk programma. In 11 landen heeft slechts een minderheid van injecterende gebruikers in dezelfde periode spuiten gekregen, ondanks het feit dat toegang tot steriel injectiemateriaal in negen van deze landen als een prioriteit wordt gezien om de verspreiding van infectieziekten te voorkomen.

Het aantal spuiten dat in het kader van omruil- en distributieprogramma's voor naalden en spuiten wordt verstrekt, is tussen 2005 en 2007 gestegen in 18 van de 26 landen waarvoor gegevens beschikbaar zijn. Het aantal spuiten die jaarlijks per cliënt worden verstrekt, varieert sterk per land. Zo verstrekten Kroatië en Litouwen in 2007 circa 50 spuiten per cliënt van hun omruil- en distributieprogramma voor naalden en spuiten, terwijl dat cijfer opliep tot 200 in Finland en tot 300 in Roemenië ⁽¹⁴¹⁾.

Het totale aantal verstrekte spuiten lag in 2007 in de 14 landen waarvoor betrouwbare gegevens of schattingen beschikbaar zijn 33 % hoger dan in 2003. In dezelfde periode werden gestage stijgingen gemeld door België, Bulgarije, Tsjechië, Estland, Hongarije, Oostenrijk, Slowakije en Finland. Het aantal verstrekte spuiten bleef constant in Letland, terwijl een daling werd gemeld door Spanje, Litouwen, Luxemburg, Portugal en Polen.

Gegevens uit 15 landen geven aan dat in 2007 meer dan 125 000 drugsgebruikers zich tot centra met een omruil- en distributieprogramma voor naalden spuiten hebben gewend ⁽¹⁴²⁾. Voor vier van de grootste EU-lidstaten (Duitsland, Spanje, Italië en het Verenigd Koninkrijk) zijn hierover echter geen gegevens beschikbaar. Uit een nationale enquête die werd gehouden in de 120 Franse CAARUD-centra voor schadebeperking bleek dat in 2007 naar schatting 40 000 drugsgebruikers een beroep op de centra hebben gedaan (Toufik et al., 2008). In het Verenigd Koninkrijk werd in 2008 een nieuw volgsysteem opgezet voor het omruilen van naalden en spuiten.

Laagdrempelige faciliteiten kunnen ook een kanaal bieden voor primaire gezondheidszorg en schadebeperkende interventies ten behoeve van moeilijk bereikbare gebruikers. Uit een recente evaluatie van laagdrempelige op injecterende drugsgebruikers gerichte zorgcentra in Finland is gebleken dat deze combinatie van diensten een belangrijke rol speelde in de preventie van infectieziekten.

Zij werd ook beschouwd als een kosteneffectieve, vernieuwende werkwijze die kon worden toegepast binnen de grenzen van het restrictieve drugsbeleid van het land (Arponen et al., 2008).

Omruil- en distributieprogramma's voor naalden en spuiten kunnen ook bijdragen tot een verbetering van de gezondheid. Opleidingen inzake gezondheidsbevordering — op basis van een formeel leerprogramma of aan de hand van handboeken — worden aangeboden aan het personeel dat meewerkt aan omruil- en distributieprogramma's voor naalden en spuiten in twintig landen en aan apothekers in negen landen. Elf EU-lidstaten melden ook het bestaan van richtsnoeren voor activiteiten in laagdrempelige settings, onder meer met betrekking tot het testen op infectieziekten, het omruilen van naalden en spuiten, straathoekwerk en leren van leeftijd- en lotgenoten.

Sterfte en sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik

Drugsgebruik is in Europa een van de belangrijkste oorzaken van gezondheidsproblemen en sterfte onder jonge mensen. Dat kan onder meer worden geïllustreerd met een door het EWDD ondersteunde internationale studie, waaruit is gebleken dat in zeven stedelijke gebieden in Europa 10 tot 23 % van de sterfgevallen in de leeftijdscategorie van 15 tot 49 jaar kon worden toegeschreven aan het gebruik van opioïden (Bargagli et al., 2005).

Sterfte ten gevolge van drugsgebruik omvat de sterfgevallen die rechtstreeks het gevolg zijn van de farmacologische werking van een of meerdere stoffen (door drugs geïnduceerde sterfgevallen) alsook sterfgevallen die indirect het gevolg zijn van drugsgebruik, vaak in combinatie met andere factoren (bv. ongevallen). Doodsoorzaken zijn onder meer acute vergiftiging, verkeersongevallen, vooral wanneer stoffen worden gecombineerd met alcohol (EWDD, 2007c), geweldpleging, zelfmoord onder gebruikers die al kwetsbaar zijn en chronische aandoeningen ten gevolge van herhaald gebruik (bv. hart- en vaatziekten bij gebruikers van cocaïne). Hoewel de meeste drugsgerelateerde sterfgevallen zich voordoen onder de problematische drugsgebruikers, zijn er toch ook sterfgevallen in andere groepen van gebruikers, ook onder de incidentele gebruikers ⁽¹⁴³⁾.

Door drugs geïnduceerde sterfgevallen

De definitie van door drugs geïnduceerde sterfgevallen van het EWDD verwijst naar sterfgevallen die direct veroorzaakt zijn (overdoses) door de consumptie van een

⁽¹⁴¹⁾ Zie tabel HSR-5 deel (i) en deel (ii) in het Statistical Bulletin 2009.

⁽¹⁴²⁾ Zie tabel HSR-5 deel (ii) in het Statistical Bulletin 2009.

⁽¹⁴³⁾ Zie „Drugsgerelateerde sterfte: een complex begrip” in het jaarverslag van 2008.

of meer drugs, waarbij ten minste een van de gebruikte stoffen een illegale drug is. Het totale aantal sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik kan worden beïnvloed door factoren als het aantal drugsgebruikers, de gebruikspatronen (injectie, polydrugsgebruik), de leeftijd en comorbiditeit van drugsgebruikers en de beschikbaarheid van behandelingen en nooddiensten.

Omdat de betrouwbaarheid van de Europese gegevens is verbeterd, kunnen Europese en nationale trends nauwkeuriger worden beschreven. Bovendien hebben de meeste landen inmiddels een gevalsdefinitie aangenomen die in overeenstemming is met die van het EWDD ⁽¹⁴⁴⁾. Desondanks zijn de nationale verschillen in de kwaliteit van de vaststelling van gevallen en in de rapportage aan de nationale overlijdensregisters en aan het EWDD dusdanig dat terughoudendheid is geboden bij het maken van vergelijkingen.

In de periode van 1990 tot 2006 werden door de EU-lidstaten, Kroatië, Noorwegen en Turkije jaarlijks tussen de 6 400 en 8 500 door drugs geïnduceerde sterfgevallen gerapporteerd, wat samen neerkomt op meer dan 135 000 sterfgevallen. In 2006 werd de helft van alle gemelde sterfgevallen vastgesteld in het Verenigd Koninkrijk en Duitsland. Bevolkingssterftecijfers in verband met door drugs geïnduceerde sterfgevallen lopen in de verschillende landen sterk uiteen, van 3 tot meer dan 85 sterfgevallen per miljoen inwoners van 15 tot 64 jaar oud (Europees gemiddelde van 22 sterfgevallen per miljoen inwoners). Zeventien van de dertig Europese landen kennen meer dan 20 sterfgevallen per miljoen inwoners en zes meer dan 40 per miljoen inwoners (figuur 13). Onder de Europeanen van 15 tot 39 jaar oud was 4 % van alle overlijdens te wijten aan een overdosis ⁽¹⁴⁵⁾.

Aan opioïden gerelateerde sterfgevallen

Heroïne

In de EU spelen opioïden, voornamelijk heroïne en zijn metabolieten, een rol bij de meeste door drugs geïnduceerde sterfgevallen. In de 22 landen die hierover gegevens hebben verstrekt, waren opioïden verantwoordelijk voor 35 tot bijna 100 % van de gevallen. Elf van deze landen rapporteerden percentages van meer dan 85 % ⁽¹⁴⁶⁾. In de toxicologische rapporten over sterfgevallen worden ook andere stoffen genoemd. De stoffen die het vaakst vermeld worden, zijn alcohol, benzodiazepinen, andere opioïden en in bepaalde landen

cocaïne. Daaruit kan worden geconcludeerd dat een substantieel percentage van alle door drugs geïnduceerde overlijdensgevallen kan worden gerelateerd aan polydrugsgebruik.

Het merendeel van de door een overdosis heroïne geïnduceerde sterfgevallen in Europa betreft mannen (82 %). In de meeste landen zijn slachtoffers van overdoses gemiddeld halverwege de dertig en in vele gevallen stijgt de gemiddelde leeftijd, wat kan wijzen op een stabilisering of daling van het aantal jonge heroïnegebruikers. Globaal genomen heeft 14 % van de in Europa gemelde sterfgevallen ten gevolge van een overdosis betrekking op jongeren onder de 25 jaar. In Bulgarije, Oostenrijk en een aantal landen met een laag aantal door drugs geïnduceerde sterfgevallen (Malta, Cyprus, Slowakije en Roemenië) doet meer dan een derde van de sterfgevallen ten gevolge van een overdosis zich in deze leeftijdscategorie voor, wat kan duiden op een jongere populatie heroïnegebruikers of injecterende drugsgebruikers in de desbetreffende landen ⁽¹⁴⁷⁾.

Factoren die in verband gebracht worden met overdoses heroïne zijn onder meer injecterend heroïnegebruik en het gelijktijdige gebruik van andere stoffen, met name alcohol, benzodiazepinen en bepaalde antidepressiva, alsook comorbiditeit, een verleden van overdoses en alleen zijn (Schotse regering, 2008). In de periode net na de vrijlating uit een gevangenis of net na het ontslag uit een behandelcentrum is het risico op een overdosis bijzonder groot gebleken.

Per dodelijke overdosis zouden er naar schatting wel 20 tot 25 gevallen van niet-dodelijke overdoses kunnen zijn, maar de gevolgen van deze laatste worden vaak niet als dusdanig herkend. Het EWDD werkt aan een kritische evaluatie van relevante risicofactoren en mogelijke interventies op het gebied.

Methadon en buprenorfine

Hoewel onderzoek uitwijst dat een substitutiebehandeling voor opioïdengebruik de kans op een dodelijke overdosis verkleint, worden ieder jaar wel enkele sterfgevallen gerapporteerd die verband houden met misbruik van substitutiemiddelen (methadon of buprenorfine) of, in een klein aantal gevallen, met problemen die optreden tijdens de behandeling.

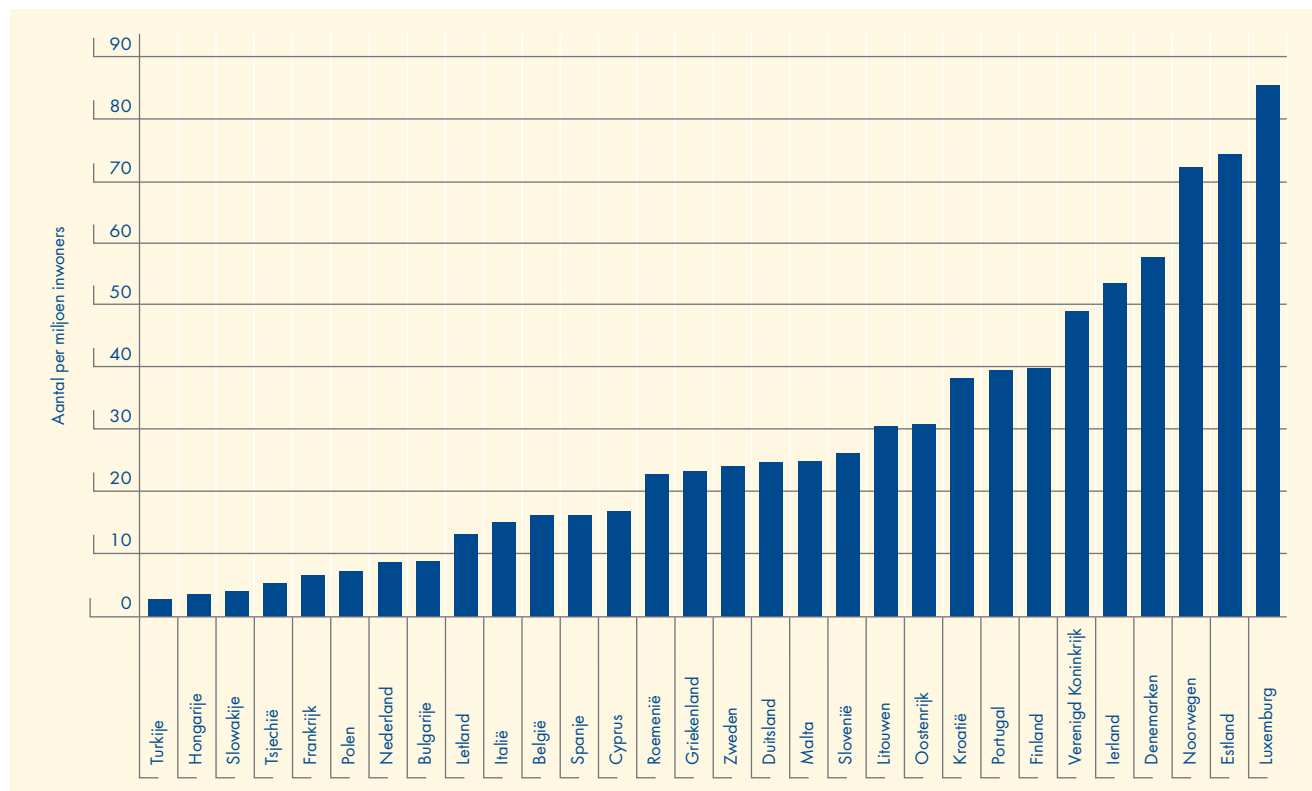
Verscheidene landen melden dat bij een substantieel percentage van de drugsgerelateerde sterfgevallen

⁽¹⁴⁴⁾ Voor gedetailleerde informatie over methoden, zie het Statistical Bulletin 2009.

⁽¹⁴⁵⁾ Zie figuur DRD-7 deel (i) en de tabellen DRD-5 deel (ii) en DRD-107 deel (i) in het Statistical Bulletin 2009.

⁽¹⁴⁶⁾ Omdat de meeste aan het EWDD gerapporteerde gevallen een overdosis opioïden betreffen (voornamelijk heroïne), worden de algemene kenmerken van gemelde door drugs geïnduceerde sterfgevallen gebruikt voor de beschrijving van opioïdengevallen. Zie figuur DRD-1 in het Statistical Bulletin 2009.

⁽¹⁴⁷⁾ Zie de figuren DRD-2 en DRD-3 en tabel DRD-1 deel (i) in het Statistical Bulletin 2009.

Figuur 13: Door drugs geïnduceerde sterfgevallen onder alle volwassenen (15-64 jaar)

NB: Voor Tsjechië is selectie D van het EWDD gebruikt in plaats van de nationale definitie; voor het Verenigd Koninkrijk is de definitie uit de nationale drugsstrategie gebruikt; voor Roemenië hebben de gegevens betrekking op Boekarest en een aantal districten die onder de bevoegdheid van het toxicologisch laboratorium van Boekarest vallen; voor Portugal hebben de gegevens betrekking op alle gevallen waarin bij postmortemonderzoek illegale drugs werden vastgesteld, waardoor het geschatte aantal wellicht hoger ligt dan bij selectie D. De berekeningen van de sterftecijfers zijn gebaseerd op de cijfers over nationale bevolkingen voor 2006 als gerapporteerd door Eurostat. Bij vergelijkingen tussen bevolkingscijfers moet enige terughoudendheid in acht worden genomen omdat de gevalsdefinities en de kwaliteit van de rapportage niet overal dezelfde zijn. Zie figuur DRD-7 deel (i) in het Statistical Bulletin 2009 voor nadere informatie over de gebruikte gegevens.

Bronnen: Nationale Reitox-verslagen 2008, gegevens uit nationale sterfteregisters of speciale (politie- of forensische) registers en Eurostat.

methadon wordt aangetroffen, al is daarbij door het ontbreken van gemeenschappelijke rapportagenormen niet altijd duidelijk welke rol methadon in het overlijden heeft gespeeld aangezien er ook nog andere drugs in het spel kunnen zijn. Bovendien kunnen ook andere factoren een rol spelen, zoals verminderde tolerantie voor opioïden en buitensporige dosering of misbruik, zoals onregelmatig en niet-therapeutisch gebruik. Sterfgevallen als gevolg van vergiftiging met buprenorfine komen slechts zelden voor, ondanks het feit dat deze stof in veel Europese landen steeds vaker in substitutiebehandelingen wordt gebruikt (zie hoofdstuk 6). In Finland speelt buprenorfine echter een rol bij de meeste door drugs geïnduceerde sterfgevallen, waarbij de gebruikers de drug gewoonlijk combineren met slaapmiddelen of alcohol of hem injecteren.

Fentanyl en andere synthetische opioïden

In Estland lag een epidemie van fentanylvergiftigingen aan de basis van het overlijden van 117 injecterende drugsgebruikers in 2005-2006 (EWDD, 2008b). Er zijn voor Estland geen gegevens beschikbaar over de aan

fentanyl gerelateerde sterfgevallen in 2007, hoewel recente studies het toenemende gebruik van de drug door injecterende drugsgebruikers bevestigen. In 2007 noemde twee derde van de geënquêteerde spuiters in Tallinn fentanyl als primaire drug en verklaarde één op de tien injecterende gebruikers die gebruik maken van het omruilprogramma voor naalden en spuiten in de afgelopen maand fentanyl te hebben geïnjecteerd. Uit een andere studie die in Tallinn werd uitgevoerd, is gebleken dat hiv vaker voorkomt onder injecterende gebruikers met fentanyl als primaire drug en dat zij in vergelijking met injecterende amfetaminegebruikers een grotere kans lopen op risicogedrag bij het injecteren en op een overdosis (Talu et al., 2009). In Finland werden opioïden als oxycodon, tramadol en fentanyl gemeld in verband met 21 sterfgevallen, hoewel de rol van deze drugs niet nader werd omschreven.

Aan andere drugs gerelateerde sterfgevallen

Door cocaïne geïnduceerde sterfgevallen zijn moeilijker te definiëren en vast te stellen dan aan opioïden gerelateerde

sterfgevallen. Een farmacologische overdosis lijkt maar zelden de directe oorzaak van sterfgevallen te zijn en in de gevallen dat dat wel zo is, is meestal sprake van zeer hoge doses cocaïne. De meeste sterfgevallen die verband houden met cocaïne lijken het resultaat van de chronische toxiciteit van de drug, die leidt tot cardiovasculaire en neurologische complicaties. De rol van cocaïne bij deze sterfgevallen kan niet altijd worden vastgesteld, waardoor het overlijden niet altijd wordt aangemerkt als zijnde gerelateerd aan cocaïne. De interpretatie van de gegevens wordt verder bemoeilijkt door de aanwezigheid van andere stoffen, die het leggen van oorzakelijke verbanden lastig maakt.

In 2007 werden in 12 lidstaten circa 500 aan cocaïne gerelateerde sterfgevallen gerapporteerd (tegenover 450 in 14 landen in 2006), hoewel het werkelijke aantal door cocaïne geïnduceerde sterfgevallen in de Europese Unie waarschijnlijk hoger ligt.

Er wordt zelden melding gemaakt van sterfgevallen ten gevolge van ecstasy en meestal wordt de drug niet geïdentificeerd als de directe doodsoorzaak. Hoewel sterfgevallen ten gevolge van amfetaminen eveneens zeldzaam zijn, werd in Tsjechië in 2007 een substantieel aantal dodelijke overdoses — exclusief geneesmiddelen — (11 van de 40) toegeschreven aan pervitine (metamfetamine), tegenover 14 aan opioïden gerelateerde sterfgevallen. In Finland waren amfetaminen betrokken bij 40 % van de 229 in 2007 gerapporteerde sterfgevallen, al betekent dat niet noodzakelijkerwijs dat de drug ook de directe doodsoorzaak was ⁽¹⁴⁸⁾.

Trends in door drugs geïnduceerde sterfgevallen

Het aantal door drugs geïnduceerde sterfgevallen in Europa is in de jaren tachtig en het begin van de jaren negentig scherp gestegen, mogelijk als gevolg van de toename van heroïnegebruik en injecterend drugsgebruik, en sindsdien op een hoog niveau gebleven. De gegevens uit landen waar al lange tijd cijfers worden verzameld, geven echter geen eenduidig beeld: in enkele landen (bv. Duitsland, Spanje, Frankrijk en Italië) was er een piek in het aantal sterfgevallen in de eerste helft van de jaren negentig; in andere landen (bv. Griekenland, Portugal en Finland) vond die piek plaats rond het jaar 2000 en in weer andere landen (bv. Denemarken, Nederland, Oostenrijk en het Verenigd Koninkrijk) werd een opwaartse trend gesignaleerd, maar zonder duidelijke piek ⁽¹⁴⁹⁾.

Tussen 2000 en 2003 melden de meeste EU-lidstaten een daling van het aantal sterfgevallen, gevolgd door een stijging tussen 2003 en 2006. Volgens voorlopige

gegevens voor 2007 ligt het aantal sterfgevallen minstens even hoog als in 2006 en rapporteren 14 van de 18 lidstaten een stijging.

Het is moeilijk te verklaren waarom het aantal door drugs geïnduceerde sterfgevallen niet daalt, vooral omdat er tekenen zijn dat het injecterend drugsgebruik afneemt en steeds meer opioïdengebruikers zich laten behandelen of in contact komen met schadebeperkende diensten. In het licht van deze mogelijke inkrimping van de risicopopulatie, is het stabiele of stijgende aantal door drugs geïnduceerde sterfgevallen een grote bron van bezorgdheid geworden.

Er kunnen een aantal mogelijke verklaringen worden gegeven voor het fenomeen, die elk nader moeten worden onderzocht. Het gaat onder meer om een vergrijzende en meer chronische populatie die kwetsbaarder wordt, een toename van polydrugsgebruik of risicogedrag, het onvermogen van de bestaande diensten om de meest kwetsbare groep te bereiken en zelfs een stijging van het aantal opioïdengebruikers dat na afloop van de gevangenisstraf of drugsbehandeling terugvalt (zoals bekend, is het risico daarop heel groot) ⁽¹⁵⁰⁾.

Totale aan drugs gerelateerde sterfte

Naast door drugs geïnduceerde sterfgevallen omvat de totale aan drugs gerelateerde sterfte ook de sterfgevallen die indirect verband houden met drugsgebruik. Deze sterfgevallen zijn geconcentreerd onder problematische drugsgebruikers, maar komen ook voor onder incidentele gebruikers (bv. verkeersongevallen en zelfmoord). Hoewel het aantal indirect aan drugs gerelateerde sterfgevallen moeilijk te becijferen valt, kan het effect ervan op de volksgezondheid aanzienlijk zijn.

De totale sterfte kan op verschillende manieren worden geschat. Zo kunnen de gegevens van cohortstudies inzake mortaliteit gecombineerd worden met prevalentieschattingen van drugsgebruik ⁽¹⁵¹⁾. Volgens een andere methode wordt uitgegaan van de bestaande algemene sterftecijfers om het percentage aan drugs gerelateerde sterfgevallen te schatten. Er kunnen ook andere gespecialiseerde informatiebronnen worden gebruikt. Zo worden voor het overlijden ten gevolge van hiv/aids gegevens van Eurostat en EuroHIV gecombineerd.

Cohortstudies inzake mortaliteit

In het kader van cohortstudies inzake mortaliteit volgen onderzoekers steeds dezelfde groep problematische drugsgebruikers en proberen zij op basis van

⁽¹⁴⁸⁾ Voor gegevens over sterfgevallen ten gevolge van andere drugs dan heroïne, zie tabel DRD-108 in het Statistical Bulletin 2009.

⁽¹⁴⁹⁾ Zie de figuren DRD-8 en DRD-11 in het Statistical Bulletin 2009. Om historische redenen heeft deze trend betrekking op de EU-15 en Noorwegen.

⁽¹⁵⁰⁾ Zie „Vermindering van de sterfte door overdoses na een gevangenisstraf”, blz. 94.

⁽¹⁵¹⁾ Zie „Schatting van de totale sterfte ten gevolge van problematisch drugsgebruik: nieuwe ontwikkelingen”, blz. 92.

overlijdensregisters de oorzaak van alle sterfgevallen in de groep vast te stellen. Met dit soort studies kunnen voor het hele cohort zowel het totale sterftcijfer als het sterftcijfer per doodsoorzaak worden bepaald en kan geschat worden hoeveel hoger de mortaliteit van de groep ligt ten opzichte van de algemene bevolking. Grootschalige longitudinale cohortstudies kunnen worden gebruikt om hypothesen te toetsen, bijvoorbeeld met betrekking tot de redenen voor veranderingen in het aantal door drugs geïnduceerde sterfgevallen, alsook om het globale risico op te volgen en patroonveranderingen in de doodsoorzaken op te sporen.

Naar gelang de setting waarin de onderzoekspopulatie wordt geworven (bv. studies die worden uitgevoerd in behandelcentra voor drugsgebruikers) en de toegepaste criteria (bv. injecterende drugsgebruikers, heroïnegebruikers, enz.) bedraagt het sterftcijfer onder problematische drugsgebruikers in de meeste cohortstudies 1 tot 2 % op jaarbasis. Hoewel het relatieve belang van de doodsoorzaken per land en in de tijd varieert, blijft een overdosis de meest voorkomende doodsoorzaak, die aan de basis ligt van wel 50 tot 60 % van de sterfgevallen onder injecterende gebruikers in landen met een lage hiv/aids-prevalentie. Jammer genoeg blijkt in een aantal landen uit de algemene sterfteregisters dat overdoses maar in een beperkt aantal gevallen als zodanig worden herkend. Een aanmerkelijk deel van de geregistreerde sterfgevallen met een „onbekende” of onvoldoende specifieke (bv. hartstilstand) oorzaak kunnen te wijten zijn aan overdoses. Voor een hogere betrouwbaarheid van de vastgestelde doodsoorzaken kunnen ook andere informatiebronnen (speciale sterfteregisters van de politie of het gerecht) worden geraadpleegd.

Het EWDD heeft een protocol uitgewerkt om de lidstaten aan te moedigen cohortstudies inzake mortaliteit te ondernemen, teneinde vergelijkbare informatie te verkrijgen over het mortaliteitsrisico onder problematische drugsgebruikers en het preventie- en zorgbeleid te onderbouwen. De meest recente Europese studies werden uitgevoerd in Duitsland, Spanje, Italië, Nederland, het Verenigd Koninkrijk en Noorwegen. Een derde van de EU-lidstaten heeft nog geen cohortstudies inzake mortaliteit uitgevoerd, hoewel diverse landen melding maken van lopende of voor 2009 geplande studies (bv. Tsjechië, Frankrijk, Letland en Polen).

Sterfgevallen die indirect zijn gerelateerd aan drugsgebruik

In 2006 zijn in de Europese Unie naar schatting 2 100 mensen overleden aan hiv/aids ten gevolge van

drugsgebruik ⁽¹⁵²⁾. Van deze sterfgevallen vond 89 % plaats in Spanje, Frankrijk, Italië en Portugal. Overlijden door hiv/aids is na de invoering van de zeer actieve antiretrovirale behandelingen in 1996 in de meeste EU-lidstaten substantieel gedaald, hoewel de daling in Portugal veel beperkter is gebleven. De stijging van het sterftcijfer die de afgelopen jaren in Estland werd waargenomen, strookt met de hoge prevalentieschatting voor hiv onder injecterende drugsgebruikers van het land (vijf tot zes op de tien) en het hoge percentage injecteerders dat niet weet dat zij geïnfecteerd zijn. Recent werd ook een stijging gemeld in Letland. De geschatte mortaliteit ten gevolge van hiv/aids onder drugsgebruikers is in de meeste landen laag, behalve in Spanje en Portugal. In Italië, Frankrijk en Letland liggen de sterfte door hiv/aids en de sterfte door overdoses ongeveer op hetzelfde niveau ⁽¹⁵³⁾.

Andere ziekten die eveneens verantwoordelijk zijn voor een deel van de sterfgevallen onder drugsgebruikers zijn onder meer chronische aandoeningen als leverziekten (door een

Schatting van de totale sterfte ten gevolge van problematisch drugsgebruik — Nieuwe ontwikkelingen

Uit recente cohortstudies inzake sterfte in de Europese Unie is gebleken dat door drugs geïnduceerde sterfgevallen (overdoses) doorgaans een vijfde tot de helft van het totale aantal overlijdens onder problematische drugsgebruikers uitmaken, wat erop wijst dat de totale sterfte in deze populatie circa twee tot vijf keer hoger kan liggen dan het aantal geregistreerde door drugs geïnduceerde sterfgevallen. Deze vermenigvuldigingsfactor verschilt per land door diverse factoren, zoals risicogedrag, het aantal dodelijke overdoses en de prevalentie van andere mogelijke doodsoorzaken.

Het EWDD moedigt onderzoek aan dat zich bezighoudt met het schatten van de totale sterfte onder problematische drugsgebruikers. In 2008 werden samen met onderzoekers uit Tsjechië de literatuur, gegevensbronnen en mogelijke methoden op dit gebied onderzocht ⁽¹⁾. Een deskundigengroep beval twee methoden aan voor toekomstig onderzoek: een multipliemethode op basis van het aantal geregistreerde dodelijke overdoses en een extrapolatiemethode op basis van de sterfte in cohorten van problematische drugsgebruikers en nationale schattingen van het aantal problematische drugsgebruikers. Beide methoden werden met succes beproefd in Tsjechië en het EWDD is voornemens een groep met belangstellende landen samen te stellen die binnenkort op het verrichte werk kan voortbouwen.

⁽¹⁾ Zie <http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/drd>.

⁽¹⁵²⁾ Het jaar 2006 is het meest recente jaar waarvoor Eurostat over gegevens over doodsoorzaken van vrijwel alle lidstaten beschikt. Voor gedetailleerde gegevens over bronnen, aantallen en berekeningen, zie tabel DRD-5 deel (iii) in het Statistical Bulletin 2009.

⁽¹⁵³⁾ Zie figuur DRD-7 deel (ii) in het Statistical Bulletin 2009.

besmetting met hepatitis C en zwaar alcoholmisbruik), kanker en hart- en vaatziekten. Aan andere doodsoorzaken is tot nu toe heel wat minder aandacht besteed, ondanks het feit dat ook zij een aanzienlijke impact hebben. Zo zouden trauma's (ongevallen, moorden en andere geweldplegingen) en zelfmoord aan de basis kunnen liggen van ten minste 25 % van de sterfgevallen onder problematische drugsgebruikers. Uit literatuuronderzoek (Darke en Ross, 2002) is gebleken dat het percentage zelfmoorden onder heroïnegebruikers veertien maal hoger is dan onder de algemene bevolking. Volgens recente cohortstudies in Europa is 6 tot 11 % van de sterfgevallen onder problematische drugsgebruikers het gevolg van zelfmoord. Het globale effect van deze oorzaken is bij gebrek aan gegevens evenwel moeilijk te bepalen.

Vermindering van sterfte ten gevolge van drugsgebruik

Twaalf landen melden dat hun nationale drugsstrategie een luik omvat dat is gericht op het verminderen van de sterfte ten gevolge van drugsgebruik. Eén land, het Verenigd Koninkrijk, beschikt over een specifiek actieplan om drugsgerelateerde schade te beperken, waarin welbepaalde maatregelen zijn vastgesteld voor de preventie van drugsgerelateerde sterfgevallen. Dertien landen hebben noch een specifieke strategie noch een luik in het nationale drugsbeleid voor de vermindering van het aantal door drugs geïnduceerde sterfgevallen. Twee landen hebben helemaal geen informatie verstrekt.

Interventies

Uit een Italiaanse verkennende studie die werd uitgevoerd onder problematische drugsgebruikers die aan een behandeling begonnen, is gebleken dat de kans op overlijden in het cohort tien keer hoger lag dan bij de algemene bevolking (Davoli et al., 2007). Voor problematische gebruikers die een behandeling volgden, lag het overlijdensrisico tot vier keer boven dat van de algemene bevolking, wat bevestigde dat drugsbehandeling de aan drugs gerelateerde sterfte vermindert. De studie wees er evenwel ook op dat het sterftcijfer onder drugsgebruikers piekte in de eerste 30 dagen na afloop van een behandeling. Deze vaststelling onderstreepte de behoefte aan een nauwgezet beheerde nazorg en duidt er ook op dat korte behandelperiodes maar beter kunnen worden vermeden omdat de risico's van de behandeling groter dan de voordelen zouden kunnen zijn.

De meeste landen die informatie hebben verstrekt, verspreiden bewustmakings- en preventiemateriaal. Volgens deskundigen uit 28 landen ⁽¹⁵⁴⁾ werden het afgelopen jaar drukwerk en multimedia-informatiedragers over het voorkomen van overdoses verspreid onder de meeste of vrijwel alle problematische drugsgebruikers in negen landen en aan een minderheid in twaalf landen en in de Franstalige Gemeenschap van België. Dergelijk voorlichtingsmateriaal bestaat niet in Turkije en in Estland, Letland, Hongarije en in Slowakije heeft slechts een klein deel van de problematische drugsgebruikers er toegang toe. Er is geen informatie beschikbaar over Bulgarije.

In het merendeel van de gevallen zijn anderen getuige van dodelijke en niet-dodelijke overdoses, zoals mededugsgebruikers, familieleden, gezondheids- en sociale werkers, politieagenten en gevangenisbewakers die op dat ogenblik zouden kunnen ingrijpen. Tien landen melden dat zij over specifiek voorlichtingsmateriaal beschikken dat gezinsleden van drugsgebruikers moet helpen overdoses te herkennen en passend op te treden. In acht landen wordt dergelijke informatie aan politieagenten gegeven en in zeven landen werd het materiaal speciaal voor gevangenispersoneel opgesteld ⁽¹⁵⁵⁾. Andere doelgroepen zijn onder meer medewerkers van drugscentra, ambulancepersoneel, hulpverleners alsmede immigranten uit Russischtalige landen en de Roma-bevolking. Er zijn echter maar weinig landen waar het materiaal ter beschikking van meerdere doelgroepen wordt gesteld en niet al het materiaal is overal toegankelijk.

Alle landen melden dat voorlichting wordt gegeven over het risico op overdoses en in negen landen gebeurt dit in de meest relevante steden met een substantieel aantal problematische drugsgebruikers. In vier landen wordt echter voorlichting gegeven in slechts een beperkt aantal relevante steden en in twaalf andere landen in slechts enkele steden.

Gerichte trainingen in het reageren op overdoses worden individueel of in een groep gegeven. Drugsgebruikers worden geïnformeerd over de risico's van overdoses, waaronder verminderde tolerantie na perioden van onthouding, het effect en de risico's van polydrugsgebruik, met name het gelijktijdige gebruik van alcohol, de risico's van het gebruiken van drugs terwijl verder niemand aanwezig is en het bieden van eerste hulp. Nationale deskundigen schatten dat in zeven landen het merendeel van de problematische drugsgebruikers in de afgelopen twaalf maanden een of andere training in het reageren op overdoses heeft gehad. In tien landen was dat het geval voor slechts een minderheid, terwijl in nog eens zes andere

⁽¹⁵⁴⁾ Zie tabel HSR-8 in het Statistical Bulletin 2009. Deskundigen uit 26 EU-lidstaten, Turkije en Noorwegen hebben geschat in welke mate gerichte interventies aan drugsgebruikers worden verleend om aan drugs gerelateerde sterfgevallen te voorkomen.

⁽¹⁵⁵⁾ Zie tabel HSR-8 deel (ii) in het Statistical Bulletin 2009.

landen (België, Letland, Oostenrijk, Polen, Roemenië en Slowakije) slechts enkele problematische drugsgebruikers een dergelijke training hadden gekregen. Estland, Hongarije en Turkije bieden geen trainingen aan in het reageren op overdoses.

Drugsgebruikers die al eerder een niet-dodelijke overdosis hebben ingenomen, lopen een groot risico op een nieuwe overdosis (Coffin et al., 2007). Maatregelen moeten dan ook specifiek op hen gericht zijn. Daartoe opgeleid personeel beoordeelt het persoonlijke risico op een overdosis om te bepalen wie behoefte heeft aan bijkomende ondersteuning. Volgens deskundigen werd in het afgelopen jaar in negen landen het risico op een overdosis voor de meeste problematische drugsgebruikers minstens één keer beoordeeld, terwijl in zestien landen een dergelijke interventie werd verleend aan slechts een minderheid van hen. Er is geen informatie beschikbaar over Bulgarije, Duitsland en Frankrijk.

De verstrekking van naloxon aan drugsgebruikers is in Europa geen standaardmethode om overdoses te voorkomen, hoewel in Italië in het kader van drugsdiensten wel vaak thuis toe te dienen doses worden verstrekt die ook zonder recept bij de apotheek kunnen worden gekocht. In het Verenigd Koninkrijk werd de wettelijke status van naloxon in juni 2005 gewijzigd, waardoor iedereen het middel mag toedienen om een mensenleven te redden. De invloed van overdosistrainingen in combinatie met de verstrekking van thuis toe te dienen naloxon werd geëvalueerd in het kader van een cohortstudie waaraan 239 opioïdengebruikers uit behandelcentra deelnamen (Strang et al., 2008). Uit de resultaten bleek een betere kennis van de symptomen van een overdosis en meer zelfvertrouwen bij het gebruik van naloxon. In de eerste drie maanden hadden twaalf overdoses waarbij naloxon gebruikt was, geen dodelijke afloop, terwijl zich één sterfgeval voordeed in de zes gevallen van overdosis waarbij geen naloxon werd gebruikt. De onderzoekers besluiten daaruit dat een uitbreiding van het aanbod het aantal aan drugs gerelateerde sterfgevallen nog sterker kan terugdringen en bevelen bijkomend onderzoek aan naar de invloed van overdosistrainingen en de verstrekking van naloxon onder opioïdengebruikers voor eventuele noodgevallen.

De terbeschikkingstelling van ruimten voor drugsgebruik onder toezicht ⁽¹⁵⁶⁾ is een andere controversiële aanpak die het overlijdensrisico voor cliënten moet beperken door de onmiddellijke verlening van passende medische hulp indien zich ter plaatse een geval van overdosis voordoet. Gegevens over de werking van dergelijke faciliteiten in Europa, Canada en Australië geven aan dat ter plaatse

ingenomen overdoses met succes worden aangepakt, zodat tot nog toe geen enkele overdosis dodelijke gevolgen heeft gehad. Milloy en collega-onderzoekers berekenden het aantal sterfgevallen dat mogelijk wordt voorkomen door de ruimte voor drugsgebruik onder toezicht in Vancouver. Zij schatten dat mogelijk twee tot twaalf sterfgevallen per jaar worden voorkomen (Milloy et al., 2008), wat eerdere bevindingen bevestigt over de mogelijk gunstige invloed van deze ruimten op het aantal sterfgevallen door overdosis in buurten waar het bereik voldoende groot is.

Vermindering van de sterfte door overdoses na een gevangenisstraf

In Engeland ging het bij naar schatting 15 % van de 1 506 sterfgevallen ten gevolge van een overdosis in 2005 om gebruikers die kort voordien uit de gevangenis waren ontslagen (Ministerie van Volksgezondheid, 2007). Internationale studies bevestigen het verhoogde risico op overlijden als gevolg van een onopzettelijk ingenomen overdosis in de periode meteen na vrijlating uit de gevangenis (bv. Farrell en Marsden, 2008). Deze studies onderstrepen ook de behoefte aan een betere aanpak van aan drugs gerelateerde en geestelijke gezondheidsproblemen voor ex-gedetineerden.

Volgens deskundigen uit 24 landen verlenen zes Europese landen geen enkele counseling met betrekking tot het risico op en het voorkomen van overdoses voordat gevangenen worden vrijgelaten. In tien landen wordt een dergelijke dienst verleend aan slechts een klein aantal problematische drugsgebruikers en in nog eens zes andere landen aan minder dan de helft van hen. Enkel Italië en Luxemburg verlenen de dienst aan het grootste deel van het doelpubliek. Aangezien soms moeilijk kan worden voorspeld wanneer iemand zal worden vrijgelaten, vooral wanneer het gaat om gedetineerden in voorhechtenis, wordt in gevangenissen idealiter op een regelmatige basis gewerkt aan de bewustmaking van het risico op overdoses om risicogedrag te verminderen.

Substitutiebehandelingen voor opioïdengebruik, die volgens wetenschappelijk onderzoek een beschermende invloed hebben in gevangenissen (Dolan et al., 2005), lijken in de EU steeds vaker te worden aangeboden en in 21 landen voorziet de wetgeving in de mogelijkheid om in de gevangenis aan een substitutiebehandeling te beginnen (zie hoofdstuk 2). De mogelijkheid om aan een dergelijke behandeling in de gevangenis te beginnen, vermindert de kans op een overdosis en op overlijden na het verlaten van de instelling en beperkt ook het aantal gebruikers dat na hun vrijlating opnieuw in de gevangenis belandt (Wereldgezondheidsorganisatie, 2009). Het is echter belangrijk dat de medische diensten in gevangenissen nauw aansluiten op de verstrekkers van drugsbehandelingen in de samenleving om de continuïteit van de behandeling te garanderen.

⁽¹⁵⁶⁾ Zie EWDD (2004) voor een evaluatie van het thema.



Hoofdstuk 8

Nieuwe drugs en opkomende trends

Inleiding

Het gebruik van nieuwe psychoactieve stoffen en nieuwe patronen in het drugsgebruik kunnen aanzienlijke gevolgen hebben voor de volksgezondheid en het beleid ter zake. Zij kunnen echter maar moeilijk worden opgespoord omdat zij doorgaans eerst op kleine schaal, op specifieke locaties of in een beperkte subgroep van de populatie ontstaan. Slechts weinig landen hebben volgsystemen die gevoelig zijn voor nieuwe verschijnselen op drugsgebied en de methodologische problemen die zich voordoen bij het monitoren ervan zijn aanzienlijk. Desondanks wordt algemeen erkend dat het belangrijk is om mogelijke nieuwe bedreigingen te identificeren. Het systeem voor vroegtijdige waarschuwingen van de Europese Unie omvat een mechanisme waarmee snel kan worden gereageerd op de opkomst van nieuwe psychoactieve stoffen in de drugscene. De activiteiten die het EWDD ontplooit ter ondersteuning van het systeem voor vroegtijdige waarschuwingen vormen een belangrijk deel van zijn werkzaamheden en passen in het bredere perspectief van het gebruik van een grote hoeveelheid gegevensbronnen om de snelheid van reageren en de gevoeligheid van het Europese drugsvolgsysteem te verbeteren.

Actie op het gebied van nieuwe drugs

Op grond van het besluit van de Raad inzake nieuwe psychoactieve stoffen ⁽¹⁵⁷⁾ is een mechanisme ingesteld voor de snelle uitwisseling van informatie over nieuwe psychoactieve stoffen die een maatschappelijke bedreiging of een bedreiging voor de volksgezondheid kunnen vormen (systeem voor vroegtijdige waarschuwingen) ⁽¹⁵⁸⁾. Ook voorziet het besluit in een beoordeling van de aan deze nieuwe psychoactieve stoffen verbonden risico's, waarvan de bevindingen kunnen leiden tot een politiek besluit om nieuwe stoffen in de hele Europese Unie aan controle te onderwerpen.

Sinds de oprichting van het systeem voor vroegtijdige waarschuwingen zijn meer dan 90 stoffen gerapporteerd. Tot voor kort betroffen de meldingen vooral fenethylaminen en tryptaminen. In de afgelopen jaren is echter een veel ruimer bereik van stoffen opgedoken, waaronder tal van piperazinen en van cathinon afgeleide stoffen alsook een uiteenlopend mengsel van andere stoffen, zoals plantaardige stoffen, een aantal weinig gebruikelijke stimulerende middelen en hallucinogenen en enkele medicinale stoffen.

In 2008 werden voor het eerst in de EU 13 nieuwe psychoactieve stoffen officieel via het systeem voor vroegtijdige waarschuwingen gemeld. Naast nieuwe synthetische drugs, die goed waren voor 11 van de nieuw gemelde stoffen, omvatte de groep ook twee planten, maar geen medicinale stoffen.

De chemische samenstelling van de twee gemelde planten — kratom en kava — is vrij goed bekend uit de literatuur. Zij worden voor traditionele doeleinden gebruikt in andere delen van de wereld en lijken maar zelden voor te komen in de Europese drugscene.

Het merendeel van de nieuw gemelde synthetische verbindingen betreft psychotrope stoffen die vergelijkbaar zijn met de stoffen die genoemd worden in de lijsten I en II van het VN-Verdrag van 1971 inzake psychotrope stoffen. Van de nieuwe in 2008 gemelde stoffen behoren er minder dan in voorgaande jaren tot de belangrijkste chemische klassen, namelijk de fenethylaminen (één), tryptaminen (twee) en piperazinen (geen). Zes van de nieuw gemelde stoffen zijn afgeleiden van cathinon. Het grootste deel van de nieuwe synthetische stoffen heeft stimulerende eigenschappen, terwijl er slechts drie zijn met een hallucinogene werking.

In 2008 is voor het eerst via het systeem voor vroegtijdige waarschuwingen melding gemaakt van een synthetische cannabinoïde (JWH-018). Het opduiken van synthetische cannabinoïden duidt op de laatste fase in de ontwikkeling van „designer drugs”: van de op fentanyl gebaseerde drugs in de jaren tachtig over de ring-vervangende

⁽¹⁵⁷⁾ Besluit 2005/387/JBZ van de Raad van 10 mei 2005 inzake de uitwisseling van informatie, de risicobeoordeling en de controle ten aanzien van nieuwe psychoactieve stoffen (PB L 127 van 20.5.2005, blz. 32).

⁽¹⁵⁸⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/themes/new-drugs/early-warning>.

fenethylaminen eind jaren tachtig en de tryptaminen in de jaren negentig tot de piperazinen en van cathinon afgeleide stoffen in de afgelopen jaren. Er zijn meer dan honderd verbindingen die cannabinoïdereceptoren activeren en er kan van uitgegaan worden dat nieuwe stoffen uit verschillende chemische klassen in de drugscene zullen blijven opduiken. Dit alles vormt een voortdurende uitdaging voor de volksgezondheids- en wetshandavingsinstanties, zowel aangaande de forensische en de toxicologische identificatie van nieuwe stoffen als de onmiddellijke beoordeling van het risico en, waar nodig, de tenuitvoerlegging van controlemaatregelen.

„Spice“-producten en gerelateerde synthetische cannabinoïden

Sinds 2006 worden op het internet en in bepaalde gespecialiseerde winkels producten aangeboden onder de naam „spice“. Hoewel „spice“ soms wordt geadverteerd als wierook, heeft het middel volgens gebruikers een vergelijkbaar effect als dat van cannabis wanneer het wordt gerookt. Naar aanleiding van een melding van Zweden via het systeem voor vroegtijdige

waarschuwingen is begin 2008 gestart met het volgen van deze „spice“-producten.

Uit de informatie op de verpakking van „spice“-producten blijkt dat zij wel 14 plantaardige bestanddelen bevatten. Hoewel twee van deze bestanddelen, namelijk *Pedicularis densiflora* en *Leonotis leonurus*, in zekere mate een psychoactieve werking kunnen hebben, is maar weinig bekend over de farmacologie en de toxicologie van de plantaardige stoffen die naar verluidt in „spice“-producten worden gebruikt. Er kunnen dan ook geen definitieve uitspraken worden gedaan over de mogelijke gezondheidsrisico's of psychoactieve werking van deze producten. In de productinformatie worden geen synthetische bestanddelen vermeld.

In 2008 werden „spice“-producten en diverse op „spice“ gelijkende kruidenmengsels te koop aangeboden door onlinewinkels alsook door head- of smartshops die „legale psychedelica“ aanbieden in ten minste negen EU-lidstaten (Tsjechië, Duitsland, Letland, Litouwen, Luxemburg, Oostenrijk, Polen, Portugal en het Verenigd Koninkrijk).

De lidstaten hebben uitgebreid forensisch onderzoek gedaan om te bepalen welke bestanddelen van „spice“-producten een psychoactieve werking hebben.

Via het systeem voor vroegtijdige waarschuwingen gemelde psychoactieve planten

In de afgelopen jaren werden stoffen van vijf psychoactieve planten gemeld. De door het systeem voor vroege waarschuwingen gedetecteerde soorten staan niet onder internationale controle, maar kunnen wel door de EU-lidstaten onder controle worden geplaatst.

Kava (*Piper methysticum*) is een struik die al eeuwenlang voor ceremoniële doeleinden wordt gebruikt op de eilanden in het zuiden van de Stille Oceaan. Thee van de wortels van de plant helpt tegen angstgevoelens en heeft een ontspannende werking. Er is echter bezorgdheid ontstaan over de vraag of het gebruik van kava op de lange termijn de lever kan beschadigen. Noch de plant, noch de actieve bestanddelen ervan (kavalactonen) worden gecontroleerd in de EU-lidstaten.

Qat bestaat uit bladeren en jonge scheuten van de *Catha edulis*, een struik die wordt geteeld in Oost-Afrika en op het Arabisch schiereiland. De verse bladeren en scheuten worden gekauwd en hebben een mild stimulerende werking. De actieve bestanddelen, cathinon en cathine, zijn chemisch nauw verwant aan synthetische drugs als amfetamine en methcathinon en staan onder internationale controle krachtens het VN-Verdrag van 1971. *Catha edulis* staat onder controle in 12 EU-lidstaten.

Kratom (*Mitragyna speciosa*) is een Zuidoost-Aziatische boom. De bladeren worden gekauwd, gerookt of gebruikt voor thee en hebben in een lage dosis een stimulerende

werking. Wanneer hogere doses worden ingenomen, heeft kratom opioïdeachtige effecten. Het middel wordt in de traditionele geneeskunde gebruikt om pijn en afkickverschijnselen van opioïden te verzachten. De belangrijkste actieve bestanddelen van kratom zijn mitragynine, mitrafyline en 7-hydroxymitragynine, hoewel de mitragynine er wellicht voor zorgt dat kratom pijn en de afkickverschijnselen van opioïden verzacht. De plant, mitragynine en 7-hydroxymitragynine staan onder controle in Denemarken. In Litouwen gaat het enkel om de plant en mitragynine.

Salvia divinorum is een vaste plant uit Zuid-Mexico, waar zij traditioneel voor ceremoniële doeleinden wordt gebruikt vanwege haar hallucinogene eigenschappen. Het voornaamste actieve bestanddeel, salvinorine-A, werkt sterk in op de kappa-opiaatreceptoren. Recreatief gebruik van *Salvia* omvat het kauwen op de bladeren en het roken of sublinguaal toedienen van geconcentreerde aftreksels, die naar het schijnt een intens effect geven. De orale inname van bladeren of zaden van de plant geeft een langer, maar minder intens effect. *Salvia divinorum* en de actieve bestanddelen ervan staan onder controle in zes lidstaten en in Kroatië.

Argyreia nervosa (vaak aangeduid als „Hawaiian baby woodrose“) is een overblijvende klimplant. De zaden van de plant bevatten het actieve bestanddeel d-lysergzuuramide (LSA, ook wel d-lysergamide genoemd), een stof die nauw verwant is aan LSD en een licht hallucinogene werking heeft. LSA staat als een drug onder controle in zowel Ierland als het Verenigd Koninkrijk.

In december 2008 ontdekten Duitsland en Oostenrijk de synthetische cannabinoïde JWH-018 ⁽¹⁵⁹⁾. De chemische samenstelling van JWH-018 verschilt aanzienlijk van die van tetrahydrocannabinol (THC), het voornaamste actieve bestanddeel van alle cannabisproducten. Bij proefdieren heeft JWH-018 hetzelfde effect als THC, maar dan sterker. Begin 2009 werden in „spice“-monsters in Europa nog een tweede synthetische cannabinoïde, CP 47,497 ⁽¹⁶⁰⁾, en drie homologe verbindingen ervan ontdekt.

Er werden slechts in een beperkt aantal monsters synthetische cannabinoïden aangetroffen, in verschillende hoeveelheden. Het ziet ernaar uit dat deze synthetische stoffen heimelijk worden toegevoegd, aangezien op de verpakking van „spice“-producten enkel plantaardige middelen vermeld staan.

Voor zover bekend worden de stoffen JWH-018 en CP 47,497 en de homologe verbindingen van deze laatste niet algemeen als zelfstandige psychoactieve drugs gebruikt. Het blijft dus nog afwachten of er een zekere vraag bestaat voor deze welbepaalde stoffen alsook of er verdere maatregelen moeten worden getroffen overeenkomstig de bepalingen van Besluit 2005/387/JBZ van de Raad.

In reactie op de mogelijke gezondheidsrisico's hebben vijf lidstaten diverse wettelijke maatregelen getroffen om „spice“-producten en daaraan gerelateerde verbindingen te verbieden of anderszins te controleren. Duitsland greep naar een noodwet voor verdovende middelen om vijf in „spice“ aangetroffen synthetische cannabinoïden gedurende één jaar te controleren. Frankrijk categoriseerde zes in „spice“-producten aangetroffen synthetische cannabinoïden als verdovend middel. Oostenrijk gebruikte zijn geneesmiddelenwet om het roken te verbieden van mengsels met zes synthetische cannabinoïden die in het land worden ingevoerd of aangeboden. Luxemburg besloot verschillende synthetische cannabinoïden te controleren als psychotrope stoffen. Polen paste zijn drugswet aan om JWH-018 en twee van de beweerde plantaardige bestanddelen van „spice“ onder controle te stellen.

Internet — een marktplaats voor psychoactieve stoffen

Het internet heeft zich ontpopt als een nieuwe marktplaats voor psychoactieve stoffen waarop detailhandelaren alternatieven voor gecontroleerde drugs aan een breed publiek te koop kunnen aanbieden. De onlinemarktplaats heeft gevolgen voor de mogelijke verspreiding van nieuwe psychoactieve stoffen. Monitoring wordt dan ook steeds

Nationale procedures voor risicobeoordeling

In 2008 heeft het EWDD onderzoek gedaan naar de verschillende nationale juridische procedures die worden gevolgd om nieuwe stoffen onder de controle van de drugswetgeving te plaatsen alsook naar de tijd die dergelijke procedures in beslag nemen en de eventuele toepassing van nationale procedures voor risicobeoordeling. In de 26 onderzochte landen kwamen drie verschillende benaderingen van risicobeoordeling naar voren. In zes landen wordt geen risicobeoordeling uitgevoerd. Die landen verlaten zich op risicobeoordelingen die worden uitgevoerd op internationaal of Europees niveau. In zeven landen wordt incidenteel een nationale risicobeoordeling uitgevoerd naar gelang van de behoefte. In 13 landen wordt een vorm van risicobeoordeling verricht wanneer moet worden beslist of een stof al dan niet onder controle moet worden geplaatst, ofwel omdat dit door de drugswetgeving of equivalente regelgeving wordt voorgeschreven, ofwel in het kader van de verplichte procedure voor nieuwe wetgevingsvoorstellen.

De vastgestelde schadeniveaus beïnvloeden de snelheid van de wetgevingsprocedure niet in 12 van de 20 landen die hun eigen risicobeoordelingen uitvoeren. Vier landen (Duitsland, Luxemburg, Slowakije en Zweden) kunnen een beroep doen op een versnelde wetgevingsprocedure indien het risico hoog wordt geacht. In Frankrijk, Oostenrijk en Noorwegen wordt de duur van de risicobeoordeling zelf ingekort in zeer dringende gevallen. Nederland beschikt over beide mogelijkheden.

In 16 landen worden de nationale risicobeoordelingen uitgevoerd door een deskundigengroep binnen de overheid, een bevoegd ministerie of een ander overheidsorgaan. Zes landen raadplegen ook onafhankelijke wetenschappers of hebben de mogelijkheid daartoe, indien dat nodig wordt geacht. In drie landen (Nederland, Oostenrijk en het Verenigd Koninkrijk) worden risicobeoordelingen uitgevoerd door onafhankelijke wetenschappelijke entiteiten.

Zie het onderdeel „Legal reports“ voor nadere informatie (<http://eldd.emcdda.europa.eu>).

belangrijker voor het vaststellen van nieuwe drugstrends. Er dient met name bijzondere aandacht te worden besteed aan de risico's van de te koop aangeboden stoffen. Zowel de gebruikers als de professionals, waaronder klinisch toxicologen, gifdeskundigen en personen die zich bezighouden met de drugsproblematiek, hebben meer informatie nodig.

Om de huidige ontwikkelingen op de onlinedrugsmarkt te kunnen vaststellen, voert het EWDD jaarlijks een studie uit waarin een momentopname wordt gemaakt van de actuele situatie. In 2009 werden in totaal 115

⁽¹⁵⁹⁾ Naftaleen-1-yl-(1-pentylindol-3-yl)-methanon.

⁽¹⁶⁰⁾ 5-(1,1-dimethylheptyl)-2-[[1R,3S]-3-hydroxycyclohexyl]-fenol.

onlinewinkels in het onderzoek opgenomen. Op basis van hun domeinnaam en andere informatie op hun website werd vastgesteld dat de onlinewinkels verspreid waren over 17 Europese landen. De meeste onlinedetailhandelaars waren gevestigd in het Verenigd Koninkrijk (37 %), Duitsland (15 %), Nederland (14 %) en Roemenië (7 %).

Hallucinogene paddenstoelen die psilocine en psilocybine bevatten, werden in 2009 in geen van de onlinewinkels meer verkocht, wat wel nog het geval was in 2008. Vier onlinewinkels uit Frankrijk en Nederland boden echter scelerotia aan, het verharde mycelium van de hallucinogene paddenstoelen *Psilocybe mexicana* en *Psilocybe tampanensis*.

Nieuwe producten die in 2009 te koop worden aangeboden, zijn onder meer diverse rookproducten op basis van kruiden en „partypillen” die nieuwe legale alternatieven voor benzylpiperazine (BZP) bevatten. Ook het aanbod van snuifmiddelen en kruidenpoeders neemt toe.

Van de onlinewinkels uit het onderzoek verkocht 48 % „spice”-producten ⁽¹⁶¹⁾. Hoewel deze winkels verspreid waren over 14 Europese lidstaten, was meer dan twee vijfde van hen gevestigd in het Verenigd Koninkrijk (42 %), met ook aanzienlijke percentages in Ierland, Letland en Roemenië.

De bezorgdheid omtrent „spice”-producten heeft een aantal landen ertoe aangezet juridische actie te ondernemen om de stoffen te verbieden of anderszins te controleren. In maart 2009 waren „spice”-producten bij de onlinewinkels in Duitsland, Oostenrijk en Frankrijk al uit de verkoop gehaald.

In 2009 begonnen alternatieve rookmengsels voor „spice” op de onlinemarktplaats op te duiken. De onderzochte winkels boden minstens 27 verschillende kruidenmengsels aan als alternatief voor „spice”. Deze producten worden geadverteerd als plantaardig, hoewel een aantal ervan ook de hallucinogene paddenstoel *Amanita muscaria* bevatten. In Duitsland en Oostenrijk worden onder meer verschillende kruidenmengsels als alternatief voor „spice” verkocht onder de naam „kamerverfrisser” of wierook. Het feit dat al zo snel alternatieve middelen voor „spice” opduiken, onderstreept de flexibiliteit van de markt om snel in te spelen op veranderingen in de juridische status van psychoactieve stoffen, wat zich vaak vertaalt in het op de markt brengen van nieuwe stoffen.

Sinds de EU-lidstaten BZP onder controle hebben gesteld, mag deze stof niet langer gebruikt worden in „partypillen” die worden verkocht als legaal alternatief voor ecstasy. Begin 2009 boden heel wat onlinewinkels „partypillen” zonder BZP aan. Zo boden onlinewinkels in Ierland, Polen en het Verenigd Koninkrijk „retropillen” aan, die naar verluidt 1-(4-fluorofenyl)piperazine (pFPP) bevatten, een stof met een mild hallucinogeen en een sterk euforisch effect.

Snuifproducten worden geadverteerd als een alternatief voor gecontroleerde drugs zoals cocaïne en amfetaminen. De producten bevatten naar verluidt cafeïne en een reeks andere plantaardige bestanddelen, zoals *Acorus calamus*, *Hydrastis canadensis* en *Tilia europea*.

Psychoactieve stoffen: follow-up

Piperazinen

In 2007 zijn het EWDD en Europol in hun verslag over het actief monitoren van mCPP (1-(3-chlorofenyl)piperazine) tot de conclusie gekomen dat de stof geen bijzondere aantrekkingskracht op gebruikers lijkt uit te oefenen en dat de kans klein is dat de stof een rol als zelfstandige recreatieve drug zal gaan spelen. In 2008 bleef mCPP echter de meest beschikbare nieuwe synthetische drug op de illegale drugmarkt, zowel op zelfstandige basis als in combinatie met MDMA, wat wordt bevestigd door het aantal vangsten en de onderschepte hoeveelheden die aan het EWDD en Europol werden gemeld. Het is nog niet duidelijk of de stof wordt gebruikt om het effect van MDMA te versterken of na te bootsen dan wel of het alleen maar gaat om een „versnijdingsmiddel”. Aangezien mCPP in de meeste lidstaten geen gecontroleerde stof is, liggen de werkelijke vangsten waarschijnlijk hoger.

Op 3 maart 2008 heeft de Raad beslist dat de lidstaten overeenkomstig hun nationale wetgeving de noodzakelijke maatregelen dienen te treffen om BZP te onderwerpen aan de controlemaatregelen die evenredig zijn aan de met deze stof samenhangende risico's en de strafrechtelijke sancties waarin is voorzien door de wetgeving die de lidstaten hebben aangenomen om te voldoen aan hun verplichtingen uit hoofde van het VN-Verdrag van 1971 inzake psychotrope stoffen ⁽¹⁶²⁾. De lidstaten streven ernaar deze maatregelen zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk binnen een jaar na de datum van het besluit te nemen. Toen dit verslag werd voorbereid, hadden 17 lidstaten ⁽¹⁶³⁾ gemeld BZP onder controle te hebben geplaatst.

⁽¹⁶¹⁾ Zie „„Spice”-producten en gerelateerde synthetische cannabinoïden”, blz. 97.

⁽¹⁶²⁾ Besluit 2008/206/JBZ van de Raad van 3 maart 2008 houdende omschrijving van 1-benzylpiperazine (BZP) als nieuwe psychoactieve stof die aan controlemaatregelen en strafrechtelijke bepalingen moet worden onderworpen.

⁽¹⁶³⁾ België, Denemarken, Duitsland, Estland, Ierland, Griekenland, Frankrijk, Italië, Cyprus, Litouwen, Luxemburg, Malta, Hongarije, Portugal, Slowakije, Zweden en Finland alsook Kroatië, Turkije en Noorwegen.

GHB, GBL en ketamine

In Europa wordt toezicht gehouden op gamma-hydroxybutyraat (GHB) en ketamine sinds het jaar 2000, toen een risicobeoordeling werd uitgevoerd in het kader van het gemeenschappelijke optreden inzake nieuwe synthetische drugs van 1997 (EWDD, 2002).

Slechts weinig landen verstrekken informatie over de prevalentie van GHB en ketamine en de gemelde prevalentieschattingen blijven veel lager dan die van andere illegale drugs. Veranderingen in de situatie kunnen maar moeilijk worden geëvalueerd doordat de beschikbare prevalentiegegevens worden verkregen op basis van niet-probabilistische steekproeven die zowel in de tijd als onderling slechts in beperkte mate vergelijkbaar zijn. In 2007 bleek uit een onderzoek van het Nederlandse Trendwatch dat het gebruik van GHB in bepaalde netwerken en regio's van Nederland was toegenomen, maar dat zowel GHB als ketamine veel minder vaak worden gebruikt dan andere partydrugs en vooral dan in verborgen populaties, thuis en op feestjes.

In tegenstelling tot de voorgaande jaren, waarin steeds melding werd gemaakt van een stijging, wijzen de meest recente statistieken over medische spoedgevallen in Amsterdam in verband met GHB nu op een duidelijke daling, van 444 gevallen in 2006 tot 110 gevallen in 2007. In een studie die in een Londens ziekenhuis werd uitgevoerd, werden 58 spoedgevallen voor ketaminegebruik gemeld, zowel in 2006 als in 2007. In de meeste met ketamine verband houdende gevallen was de drug ingenomen in combinatie met andere drugs. In slechts 11 % van de gevallen was enkel ketamine ingenomen en niemand moest naar de intensive care worden gebracht (Wood et al., 2008).

De ESPAD-schoolenquêtes van 2007 zijn de meest recente bron van informatie over het gebruik van GHB onder 15- tot 16-jarige scholieren in Europa. Onder de geënquêteerde scholieren uit 26 EU-landen, Noorwegen en Kroatië schommelt het „ooit“-gebruik van GHB tussen de nul en 3 %, hoewel de meeste landen een percentage van 1 % of minder melden.



Referenties

- ACMD (2008), Cannabis: classification and public health, Advisory Council on the Misuse of Drugs, Home Office, Londen (<http://drugs.homeoffice.gov.uk/publication-search/acmd/acmd-cannabis-report-2008?view=binary>).
- Arponen, A., Brummer-Korvenkontio, H., Liitsola, K. en Salminen, M. (2008), Trust and free will as the keys to success for the low threshold health service centers (LTHSC), National Public Health Institute, Helsinki (http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b24.pdf).
- Baker, A., Lee, N.K. en Jenner, L. (uitgevers) (2004), Models of intervention and care for psychostimulant users (2de uitgave), National Drug Strategy Monograph Series No. 51, Australian Government Department of Health and Ageing, Canberra.
- Baldacchino, A., Groussard-Escaffre, N., Clancy, C. et al. (2009), „Epidemiological issues in comorbidity: lessons learnt from a pan-European ISADORA project”, Mental Health and Substance Use: Dual Diagnosis 2, blz. 88-100.
- Bargagli, A.M., Hickman, M., Davoli, M., et al. (2005), „Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries”, European Journal of Public Health 16, blz. 198-202.
- Cherny, N.I., Catane, R. en Kosmidis, P.A. (2006), „Problems of opioid availability and accessibility across Europe: ESMO tackles the regulatory causes of intolerable and needless suffering”, Annals of Oncology 17, blz. 885-7.
- CND (2008), World drug situation with regard to drug trafficking: report of the Secretariat, Commissie voor verdovende middelen van de Economische en Sociale Raad van de Verenigde Naties, Wenen.
- Coffin, P.O., Tracy, M., Bucciarelli, A. et al. (2007), „Identifying injection drug users at risk of nonfatal overdose”, Academic Emergency Medicine 14, blz. 616-23.
- Connolly, J., Foran, S., Donovan, A.M. et al. (2008), Crack cocaine in the Dublin region: an evidence base for a Dublin crack cocaine strategy, HRB Research Series 6, Health Research Board, Dublin (http://www.hrb.ie/uploads/tx_hrbpublications/HRB_Research_Series_6.pdf).
- Cunningham, J.A. (2000), „Remissions from drug dependence: is treatment a prerequisite?”, Drug and Alcohol Dependence 59, blz. 211-213.
- Darke, S. en Ross, J. (2002), „Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods”, Addiction 97, blz. 1383-1394.
- Davoli, M., Bargagli, A.M., Perucci, C.A. et al. (2007), „Risk of fatal overdose during and after specialised drug treatment: the VEdTTE study, a national multi-site prospective cohort study”, Addiction 102, blz. 1954-1959.
- Decorte, T. (2000), The taming of cocaine, VUB University Press, Brussel.
- Department of Health (2007), Reduction of drug-related harm: an action plan, Department of Health, Londen (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_074850).
- Desroches, F. (2007), „Research on upper level drug trafficking: a review”, Journal of Drug Issues 37, blz. 827-844.
- Directoraat-generaal Gezondheid en consumentenbescherming (2008a), Final report on prevention, treatment, and harm reduction services in prison, on reintegration services on release from prison and methods to monitor/analyse drug use among prisoners, Directoraat-generaal Gezondheid en consumentenbescherming, Brussel (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_frep1.pdf).
- Directoraat-generaal Gezondheid en consumentenbescherming (2008b), Quality of treatment services in Europe — Drug treatment situation and exchange of good practice, Directoraat-generaal Gezondheid en consumentenbescherming, Brussel (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_treatment_frep_en.pdf).
- Dolan, K.A., Shearer, J., White, B. et al. (2005), „Four-year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection”, Addiction 100, blz. 820-828.
- ECDC en WHO Regional Office for Europe (2008), HIV/AIDS surveillance in Europe 2007, Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding, Stockholm.
- Elkashef, A., Vocci, F., Hanson, G. et al. (2008), „Pharmacotherapy of methamphetamine addiction: an update”, Substance Abuse 29, blz. 31-49.
- Ellingstad, T.P., Sobell, L.C., Sobell, M.B. et al. (2006), „Self-change: a pathway to cannabis abuse resolution”, Addictive Behaviours 31, blz. 519-530.

- Europese Commissie (2007), „Verslag van de Commissie aan het Europees Parlement en de Raad betreffende de implementatie van de aanbeveling van de Raad van 18 juni 2003 over de preventie en beperking van gezondheidsschade die samenhangt met drugsverslaving”, COM(2007) 199 definitief (eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/nl/com/2007/com2007_0199n01.pdf).
- Europese Commissie (2008a), Civil Society Forum on Drugs in the European Union, Brussels 20-21 May 2008, Final report (http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/drugs/forum/docs/final_report_2008_en.pdf).
- Europese Commissie (2008b), „Young people and drugs among 15–24 year-olds”, Flash Eurobarometer 233 (http://ec.europa.eu/health/ph_publication/eurobarometers_en.htm).
- Europees Comité ter voorkoming van foltering en onmenselijke of vernederende behandeling of bestraffing (CPT) (2006), The CPT standards — „substantive” sections of the CPTs General Reports, CPT/Inf/E (2002)1-Rev.2006 (<http://www.cpt.coe.int/EN/documents/eng-standards-prn.pdf>).
- Europol (2007), Project COLA: European Union cocaine situation report 2007, Europol, Den Haag.
- Europol (2008), European Union drug situation report 2007, Europol, Den Haag.
- EWDD (2002), Report on the risk assessment of GHB in the framework of the joint action on new synthetic drugs, Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving, Lissabon.
- EWDD (2004), European report on drug consumption rooms, Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving, Lissabon.
- EWDD (2005), Co-morbidity: drug use and mental disorders, Drugs in focus nr. 14, Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving, Lissabon.
- EWDD (2006a), A gender perspective on drug use and responding to drug problem, selected issue, Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving, Lissabon.
- EWDD (2006b), Developments in drug use within recreational settings, selected issue, Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving, Lissabon.
- EWDD (2007a), Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue, selected issue, Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving, Lissabon.
- EWDD (2007b), Drugs and crime: a complex relationship, Drugs in focus nr. 16, Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving, Lissabon.
- EWDD (2007c), Drugs and driving, selected issue, Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving, Lissabon.
- EWDD (2008a), Een boek over cannabis: mondiale kwesties en lokale ervaringen, monografie nr. 8, Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving, Lissabon.
- EWDD (2008b), Jaarverslag 2008: stand van de drugsproblematiek in Europa, Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving, Lissabon.
- EWDD (2008c), Drugs and vulnerable groups of young people, selected issue, Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving, Lissabon.
- EWDD (2008d), Monitoring the supply of cocaine to Europe, technical datasheet, Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving, Lissabon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-datasheets/cocaine-trafficking>).
- EWDD (2008e), Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe, selected issue, Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving, Lissabon.
- EWDD (2009a), Internet-based drug treatment interventions: best practice and applications in EU Member States, Insights nr. 10, Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving, Lissabon.
- EWDD (2009b), Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention, Thematic papers, Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving, Lissabon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/indicated-prevention>).
- Farrell, M. en Marsden, J. (2008), „Acute risk of drug-related death among newly released prisoners in England and Wales”, *Addiction* 103, blz. 251-255.
- GLADA (2004), An evidence base for the London crack cocaine strategy, Greater London Authority, Londen.
- Grebely, J., Genoway, K., Khara, M. et al. (2007), „Treatment uptake and outcomes among current and former injection drug users receiving directly observed therapy within a multidisciplinary group model for the treatment of hepatitis C virus infection”, *International Journal of Drug Policy* 18, 437-443.
- Hall, W. en Solowij, N. (1998), „Adverse effects of cannabis”, *Lancet* 1352, blz. 1611-1616.
- Hedrich, D., Majo Roca, X., Marvanykövi, F. en Razc, J. (uitgevers) (2008a), Data-collection protocol for specialist harm reduction agencies, Stichting De Regenboog-AMOC, Correlation-netwerk, Amsterdam (<http://www.correlation-net.org/products/datacollection.pdf>).
- Hedrich, D., Pirona, A. en Wiessing, L. (2008b), „From margin to mainstream: the evolution of harm reduction responses to problem drug use in Europe”, *Drugs: Education, Prevention and Policy* 15, blz. 503-517 (DOI: 10.1080/09687630802227673).
- Henquet, C., Krabbendam, L., Spauwen, J. et al. (2005), „Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and symptoms in young people”, *BMJ* 330, blz. 11.

- Henskens, R., Garretsen, H., Bongers, I. et al. (2008), „Effectiveness of an outreach treatment program for inner city crack abusers: compliance, outcome, and client satisfaction”, *Substance Use Misuse* 43, blz. 1464–75.
- Hibell, B. et al. (2009), The ESPAD Report 2007: alcohol and other drug use among students in 35 European countries, de Zweedse Raad voor informatie over alcohol en andere drugs (CAN) en de Pompidou-groep van de Raad van Europa.
- Hoare, R. en Flatley, J. (2008), Drug misuse declared: findings from the 2007/08 British Crime Survey, Home Office Statistical Bulletin, Home Office, Londen.
- Hornik, R., Jacobsohn, L., Orwin, R. et al. (2008), „Effects of the National Youth Anti-Drug Media Campaign on youths”, *American Journal of Public Health* 98, blz. 2229-2236.
- INCB (2009a), Report of the International Narcotics Control Board for 2008, International Narcotics Control Board van de Verenigde Naties, New York.
- INCB (2009b), Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances 2008, International Narcotics Control Board van de Verenigde Naties, New York.
- Jager, J., Limburg, W., Kretschmar, M. et al. (uitgevers) (2004), Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options, Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving, Lissabon.
- Knapp, W.P., Soares, B.G., Farrell, M. en Lima, M.S. (2007), „Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders”, *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3), CD003023.
- Korf, D. (uitgever) (2008), Cannabis in Europe: dynamics in perception, policy and markets, Pompidou-groep, Pabst Science Publishers, Lengerich, Duitsland.
- Loftis, J.M., Matthews, A.M. en Hauser, P. (2006), „Psychiatric and substance use disorders in individuals with hepatitis C: epidemiology and management”, *Drugs* 66, blz. 155-174.
- McCambridge, J., Slyn, R.L. en Strang, J. (2008), „Randomized controlled trial of motivational interviewing compared with drug information and advice for early intervention among young cannabis users”, *Addiction* 103, blz. 1819-1820.
- McIntosh, J., Bloor, M. en Robertson, M. (2008), „Drug treatment and the achievement of paid employment”, *Addiction Research and Theory* 16, blz. 37-45.
- Mennes, C.E., Ben Abdallah, A. en Cottler, L.B. (2009), „The reliability of self-reported cannabis abuse, dependence and withdrawal symptoms: Multisite study of differences between general population and treatment groups”, *Addictive Behaviors* 34, blz. 223-226.
- Milloy, M., Kerr, T., Tyndall, M. et al. (2008), „Estimated drug overdose deaths averted by North America's first medically-supervised safer injection facility”, *PLoS ONE* 3(10): e3351 (doi:10.1371/journal.pone.0003351).
- Miovský, M., Miovska, L., Řehan, V. en Trapková, B. (2007), „Substance use in fifth- and seventh-grade basic school pupils: review of results of quasi-experimental evaluation study”, *Československá Psychologie* 103 (Supplement 51), blz. 109-118 (http://csppsych.psu.cas.cz/files/csppsych_supplement2007.pdf).
- Moussalli, J., Melin, P., Wartelle-Bladou, C. en Lang, J.P. (2007), „Prise en charge de l'hépatite C chez les patients utilisateurs de drogues”, *Gastroenterologie clinique et biologique* 31, blz. S51-S55.
- NICE (2009), Needle and syringe programmes: providing people who inject drugs with injecting equipment, Public health guidance 18, National Institute for Health and Clinical Excellence, Londen.
- Nordstrom, B.R. en Levin, F.R. (2007), „Treatment of cannabis use disorders: a review of the literature”, *American Journal of Addiction* 16, blz. 331-342.
- NTA (2007), Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management (<http://www.nta.nhs.uk/publications/>).
- Obradovic, I. (2008), Activité des „ consultations jeunes consommateurs „ (2005–2007), *Tendances* 63, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Parijs.
- Perkonig, A., Goodwin, R.D., Fiedler, A. et al. (2008), „The natural course of cannabis use, abuse and dependence during the first decades of life”, *Addiction* 103, blz. 439-449.
- Piontek, D., Kraus, L. en Klempova, D. (2008), „Short scales to assess cannabis-related problems: a review of psychometric properties”, *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 3, blz. 25.
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H. et al. (2004), „Cocaine use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups”, *European Addiction Research* 10, blz. 147-155.
- Qureshi, A.I., Suri, M.F.K., Guterman, L.R. en Hopkins, L.N. (2001), „Cocaine use and the likelihood of non-fatal myocardial infarction and stroke. Data from the third national health and nutrition examination survey”, *Circulation* 103, blz. 502-506.
- Roesner, S. en Küfner, H. (2007), „Monitoring des Arzneimittelgebrauchs 2006 bei Klienten von Suchtberatungsstellen (PHAR-MON)”, *Sucht* 54 (Supplement 1), blz. S65-S77.
- Rosenberg, H., Melville, J. en McLean, P.C. (2002), „Acceptability and availability of pharmacological interventions for substance misuse by British NHS treatment services”, *Addiction* 97, blz. 59-65.
- Samhsa (2007), National survey on drug use and health, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).

- Scalia Tomba, G.P., Rossi, C., Taylor, C. et al. (2008), Guidelines for estimating the incidence of problem drug use, Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving, Lissabon.
- Schotse regering (2008), Reducing drug users' risk of overdose, Sociaal onderzoek van de Schotse regering (<http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/243164/0067668.pdf>).
- Schroder, R., Sellman, D., Frampton, C. en Deering, D. (2008), „Profile of young people attending alcohol and other drug treatment services in Aotearoa, New Zealand: clinical file search”, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 42, blz. 963-968.
- Schulte, B., Thane, K., Rehm, J. et al. (2008), „Review of the efficacy of drug treatment interventions in Europe”, in *Quality of treatment services in Europe — Drug treatment: situation and exchange of good practice* (ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_treatment_frep_en.pdf).
- Strang, J. en Sheridan, J. (1997), „Prescribing amphetamine to drug misusers: data from the 1995 national survey of community pharmacies in England and Wales”, *Addiction* 92, blz. 833-838.
- Strang, J., Manning, V., Mayet, S. et al. (2008), „Overdose training and take-home naloxone for opiate users: prospective cohort study of impact on knowledge and attitudes and subsequent management of overdoses”, *Addiction* 103, blz. 1648-1657.
- Sutton, A.J., Edmunds, W.J., Sweeting, M.J. en Gill, O.N. (2008), „The cost-effectiveness of screening and treatment for hepatitis C in prisons in England and Wales: a cost-utility analysis”, *Journal of Viral Hepatitis* 15, blz. 797-808.
- Swift, W., Hall, W. en Copeland, J. (2000), „One year follow-up of cannabis dependence among long-term users in Sydney, Australia”, *Drug and Alcohol Dependence* 59, blz. 309-318.
- Talu, A., Rajaleid, K., Abel-Ollo, K. et al. (2009), „HIV infection and risk behaviour of primary fentanyl and amphetamine injectors in Tallinn, Estonia: implications for intervention”, *International Journal of Drug Policy* (doi:10.1016/j.drugpo.2009.02.007).
- Tiihonen, J., Kuoppasalmi, K., Fohr, J. et al. (2007), „A comparison of aripiprazole, methylphenidate, and placebo for amphetamine dependence”, *American Journal of Psychiatry* 164, blz. 160-162.
- Toufik, A., Cadet-Taïrou, A., Janssen, E. en Gandilhon, M. (2008), The first national survey on users of the CAARUD centres, *Tendances* nr. 61, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Parijs.
- UNODC (2009), World drug report, Bureau voor drugs en criminaliteit van de Verenigde Naties, Wenen.
- UNODC en Marokkaanse regering (2007), Morocco cannabis survey 2005, Bureau voor drugs en criminaliteit van de Verenigde Naties, Wenen.
- Vandam, L. (2009), „Patterns of drug use before, during and after detention: a review of epidemiological literature”, in Cools, M. et al. (editors), *Contemporary issues in the empirical study of crime*. Maklu, Antwerpen.
- Vickerman, P., Hickman, M., May, M. et al. (ingediend), „Can HCV prevalence be used as a measure of injection-related HIV-risk in populations of injecting drug users? An ecological analysis”, *Addiction*.
- Wagner, F.A. en Anthony, J.C. (2002), „From first drug use to drug dependence; developmental periods of risk for dependence upon marijuana, cocaine, and alcohol”, *Neuropsychopharmacology* 26, blz. 479-488.
- Wammes, A., Van Leeuwen, L. en Lokman, S. (2007), Evaluatierapport DVP-Campagne 2006 „Je bent niet gek als je niet blowt”, Trimbos-instituut, Utrecht.
- WCO (2008), Customs and drugs report 2007, Werelddouaneorganisatie, Brussel.
- WHO (2007), Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health, WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen (<http://www.euro.who.int/document/e90174.pdf>).
- WHO (2009), Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence, Wereldgezondheidsorganisatie, Genève (http://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence-guidelines.pdf).
- Wiessing, L., Guarita, B., Giraudon, I. et al. (2008a), „European monitoring of notifications of hepatitis C virus infection in the general population and among injecting drug users (IDUs) — the need to improve quality and comparability”, *Eurosurveillance* 13(21):pii=18884 (<http://www.eurosurveillance.org/viewarticle.aspx?ArticleId=18884>).
- Wiessing, L., Van de Laar, M.J., Donoghoe, M.C. et al. (2008b), „HIV among injecting drug users in Europe: Increasing trends in the East”, *Eurosurveillance* 13(50) (<http://www.eurosurveillance.org/viewarticle.aspx?ArticleId=19067>).
- Wood, D.M., Bishop, C.R., Greene, S.L. en Dargan, P.I. (2008), „Ketamine-related toxicology presentations to the ED”, *Clinical Toxicology* 46, blz. 630.
- Zachrisson, H.D., Rödje, K. en Mykletun, A. (2006), „Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey”, *BMC Public Health* 6:34 (www.biomedcentral.com).

Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving

Jaarverslag 2009: Stand van de drugsproblematiek in Europa

Luxemburg: Bureau voor publicaties van de Europese Unie

2009 — 105 blz. — 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-391-8

Waar kunt u EU-publicaties krijgen?

Betaalde publicaties:

- bij de EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>);
- bij uw boekhandel onder vermelding van titel, uitgever en/of ISBN-nummer;
- rechtstreeks bij een van onze verkoopagenten. U vindt de contactgegevens op <http://bookshop.europa.eu> of u kunt ze per fax aanvragen op +352 2929-42758.

Gratis publicaties:

- bij de EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>);
- bij de vertegenwoordigingen en delegaties van de Europese Commissie. U vindt de contactgegevens op <http://ec.europa.eu> of u kunt ze per fax aanvragen op +352 2929-42758.

Over het EWDD

Het Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving (EWDD) is een van de gedecentraliseerde agentschappen van de Europese Unie. Het in Lissabon gevestigde EWDD is in 1993 opgericht en fungeert als de centrale bron van velerlei informatie op het gebied van drugs en drugsverslaving in Europa.

Het EWDD verzamelt, analyseert en verspreidt feitelijke, objectieve, betrouwbare en vergelijkbare informatie over drugs en drugsverslaving. Op deze manier voorziet het EWDD zijn publiek van een gedocumenteerd beeld van het verschijnsel drugs in Europa.

De publicaties van het Waarnemingscentrum vormen een belangrijke informatiebron voor een zeer gevarieerde doelgroep, waaronder beleidsmakers en hun adviseurs, hulpverleners en onderzoekers op het gebied van drugs en, meer in het algemeen, voor de media en het grote publiek.

Dit jaarverslag bevat het jaarlijkse overzicht van het EWDD met betrekking tot drugs in de EU. Het is een belangrijk naslagwerk voor degenen die op de hoogte willen blijven van de meest recente stand van zaken op drugsgebied in Europa.

