



Europees Waarnemingscentrum
voor drugs en drugsverslaving

ISSN 1609-6177

JAAARVERSLAG 2008

STAND VAN DE DRUGSPROBLEMATIEK
IN EUROPA



Europees Waarnemingscentrum
voor drugs en drugsverslaving

STAND VAN DE DRUGSPROBLEMATIEK IN EUROPA

JAAKVERSLAG 2008

Mededeling

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

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

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

Gratis nummer (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

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

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

Bibliografische gegevens bevinden zich aan het eind van deze uitgave.

Luxemburg: Bureau voor officiële publicaties der Europese Gemeenschappen, 2008

ISBN 978-92-9168-333-8

© Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving, 2008

Overname is toegestaan mits de bron wordt vermeld.

Printed in Luxembourg

GEDRUKT OP CHLOORVRIJ GEBLEEKT PAPIER



Europees Waarnemingscentrum
voor drugs en drugsverslaving

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

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Dankbetuiging	7
Inleiding	9
Commentaar: De drugssituatie in Europa — Nieuwe perspectieven en enkele oude realiteiten	11
Hoofdstuk 1: Beleid en wetgeving Internationale en EU-beleidsontwikkelingen • Nationale strategieën • Drugsgelateerde overheidsbestedingen • De ontwikkeling van nationale wetgeving • Drugsgelateerde criminaliteit • Nationaal onderzoek naar drugs	19
Hoofdstuk 2: De aanpak van drugsproblemen in Europa — een overzicht Preventie • Behandeling • Schadebeperking • Sociale re-integratie • Gezondheids- en sociale maatregelen in gevangenissen	30
Hoofdstuk 3: Cannabis Aanvoer en beschikbaarheid • Prevalentie en gebruikspatronen • Cannabisbehandeling	39
Hoofdstuk 4: Amfetaminen, ecstasy en LSD Aanvoer en beschikbaarheid • Prevalentie en gebruikspatronen • Recreatieve settings • Behandelaanbod	51
Hoofdstuk 5: Cocaïne en crack-cocaïne Aanvoer en beschikbaarheid • Prevalentie en gebruikspatronen • Behandeling en schadebeperking	63
Hoofdstuk 6: Opioidengebruik en injecterend drugsgebruik Aanvoer en beschikbaarheid van heroïne • Prevalentieschattingen van problematisch opioidengebruik • Injecterend drugsgebruik • Behandeling van problematisch opioidengebruik	74
Hoofdstuk 7: Infectieziekten en sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik Infectieziekten en sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik • Preventie van infectieziekten • Sterfte en sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik • Vermindering van sterfte ten gevolge van drugsgebruik	85
Hoofdstuk 8: Nieuwe drugs en opkomende trends EU-actie op het gebied van nieuwe psychoactieve stoffen • Internet — een marktplaats voor psychoactieve stoffen • GHB en zijn precursor GBL: follow-up	99
Referenties	104



Voorwoord

Met trots presenteren we dit jaarverslag van het Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving, het dertiende. Dit verslag heeft alleen tot stand kunnen komen door het harde werk en de inzet van onze partners in het Reitox-netwerk van nationale focal points en deskundigen uit heel Europa die aan de analyse hebben bijgedragen. Daarnaast zijn we dank verschuldigd aan de EU-agentschappen en internationale organisaties die actief zijn op het gebied van drugs. Ons verslag is een collectieve onderneming en we bedanken iedereen die eraan bijgedragen heeft. De gedachte achter dit verslag is dat een nuchtere analyse van wat we weten over de drugssituatie een voorwaarde is voor een geïnformeerd, productief en op argumenten gebaseerd debat. Een dergelijke analyse zorgt ervoor dat opvattingen worden geschrapt door feiten en dat degenen die moeilijke beleidsbeslissingen moeten nemen een duidelijk beeld kunnen krijgen van de kosten en baten van de beschikbare opties.

Het is een uitzonderlijk druk jaar geweest voor de ontwikkeling van het drugsbeleid, en het EWDD heeft de eer gehad om zowel de eindevaluatie van het lopende EU-drugsactieplan als de herziening van de verklaringen en actieplannen van de speciale zitting van de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties (SAVVN) van 1988 te mogen ondersteunen. Het is bevredigend om te merken dat naar internationale standaarden Europa een van de werelddelen is waar de monitoring het best ontwikkeld is. Desondanks zijn we ons bewust van de beperkingen van onze huidige informatiebronnen en werken we constant samen met onze partners om de kwaliteit en de relevantie van de beschikbare gegevens te verbeteren.

Een onderliggend thema van het beleidsdebat over drugs wordt gevormd door de kosten van het Europese drugsprobleem, zowel de zichtbare als de meer verborgen kosten. Dit thema komt in verschillende delen van het verslag aan de orde. Het EWDD heeft geprobeerd beter inzicht te krijgen in de overheidsuitgaven die verband houden met de aanpak van het drugsgebruik in de EU-lidstaten. Dit werk staat echter nog in de kinderschoenen en de schattingen die eruit voortvloeien zijn eerder indicatief dan exact. Dat neemt niet weg dat alles erop wijst dat er op dit beleidsterrein aanzienlijke bedragen worden uitgegeven, waarbij de voorlopige cijfers uitkomen op een bedrag van tussen de 28 en 40 miljard EUR. Moeilijker te kwantificeren is de economische schade die door drugsgebruik wordt veroorzaakt. Welke kosten moeten we rekenen voor het tragische verlies van levens ten gevolge van drugsgebruik in Europa, de negatieve gevolgen voor de gemeenschappen waar drugs worden geproduceerd of verkocht, of de manier waarop de drugshandel de sociale ontwikkeling en politieke stabiliteit van producerende en

doorvoerlanden ondergraaft? We hoeven alleen maar te kijken naar de zorgwekkende ontwikkelingen die het gevolg zijn van de doorvoer van cocaïne via West-Afrika om te worden herinnerd aan de bijkomende schade die door dit probleem kan worden veroorzaakt.

Positiever is dat het drugsgebruik in Europa zich lijkt te stabiliseren en dat er vooruitgang kan worden waargenomen in de manier waarop de EU-lidstaten dit probleem aanpakken. Voor de meeste vormen van drugsgebruik geldt dat onze algemene beoordeling is dat we geen toename zien en dat op sommige gebieden de trend neerwaarts lijkt te zijn. Met betrekking tot de aanpak hebben we gezien dat vrijwel alle lidstaten een strategisch plan hebben aangenomen en dat er ook op Europees niveau meer samenhang zichtbaar is. De beschikbaarheid van behandelingen blijft toenemen en in enkele landen is inmiddels het punt bereikt dat een meerderheid van de heroïnegebruikers, die ooit werden beschouwd als een verborgen populatie, in contact staat met enige vorm van dienstverlening. Nog niet zo lang geleden was het aantal hiv-infecties onder drugsgebruikers een centraal punt van zorg in het debat over het drugsbeleid. Sindsdien is een pragmatische combinatie van preventie, behandeling en schadebeperkende maatregelen in Europa de norm geworden en is het aantal nieuwe infecties dat wordt toegeschreven aan drugsgebruik nu al enige tijd aan het dalen.

Goed nieuws levert geen interessante krantenkoppen op en kan daarom snel over het hoofd worden gezien. Het is echter belangrijk om vooruitgang te herkennen wanneer die wordt geboekt. In Europa begrijpen we steeds beter welke maatregelen effectief kunnen zijn bij de bestrijding van drugsproblemen. Onderkennen dat onze activiteiten verschil kunnen maken, en dat ook doen, is een voorwaarde om investeringen en beleidsondersteuning veilig te stellen. Dat wil niet zeggen dat in ons verslag niet wordt gewezen op allerlei punten van zorg voor de Europese Unie. Voorbeelden daarvan zijn het toenemende cocaïnegebruik en de aanzienlijke verschillen die er nog steeds tussen de landen bestaan op het gebied van de beschikbaarheid en de kwaliteit van diensten voor gebruikers met problemen. Daarom moeten we concluderen dat er, ook al is er vooruitgang geboekt, nog een lange weg te gaan is. Wel bestaat er in Europa nu meer overeenstemming — meer dan er in het verleden ooit geweest is — over de richting die we moeten inslaan.

Marcel Reimen

voorzitter van de raad van bestuur van het EWDD

Wolfgang Götz

directeur van het EWDD



Dankbetuiging

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

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

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 en Noorwegen (dit land neemt sinds 2001 deel aan de activiteiten van het EWDD) in de vorm van nationale verslagen aan het EWDD verstrekken. De statistische gegevens in dit jaarverslag hebben betrekking op 2006 (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 gebruikelijke (modale) waarden of, wanneer die niet beschikbaar zijn, gemiddelde (of 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 onder meer: Bulgarije (18-60), Tsjechië (18), Denemarken (16), Duitsland (18), Hongarije (18-59), Malta (18), Zweden (16) en het Verenigd Koninkrijk (16-59).

Bij informatie over de vraag naar behandeling duidt de term „nieuwe cliënten” op die gebruikers die voor het eerst in hun leven aan een behandeling zijn begonnen en de term „alle cliënten” op alle gebruikers die in behandeling zijn gegaan. Cliënten die aan het begin van het betreffende jaar onder langdurige behandeling stonden 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 die 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 2006 zijn vervangen door cijfers voor 2005; voor de analyse van andere trends kunnen ontbrekende gegevens door middel van interpolatie zijn verkregen. Prijsrends zijn aangepast voor inflatie op nationaal niveau.

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

Nadere informatie over de gegevens en analysemethoden is te vinden in het Statistical Bulletin 2008.

Het jaarverslag kan in 23 talen worden gedownload van <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2008>

In het Statistical Bulletin 2008 (<http://www.emcdda.europa.eu/stats08>) 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 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

De drugssituatie in Europa — Nieuwe perspectieven en enkele oude realiteiten

Een krachtige Europese stem in een belangrijk jaar voor het nadenken over en het ontwikkelen van drugsbeleid

2008 is het jaar waarin het EU-drugsactieplan 2005-2008 is geëvalueerd en waarin een nieuw plan voor de tenuitvoerlegging van de EU-drugsstrategie in de tweede periode (2009-2012) wordt opgesteld. Tegelijkertijd zijn 13 lidstaten bezig met het herzien of evalueren van hun nationale drugsstrategieën of actieplannen. Internationaal gezien staat dit jaar ook in het teken van de evaluatie — na tien jaar — van de door de twintigste speciale zitting van de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties (SAVVN) aangenomen verklaringen en actieplannen. Hierdoor is 2008 in Europa en mondiaal gezien een jaar zonder weerga voor het nadenken over de vraag hoe het drugsbeleid tot op heden heeft gefunctioneerd en welke richting dat beleid in de toekomst moet inslaan.

In Europa kan een groeiende consensus worden waargenomen in de nationale drugsstrategieën van de lidstaten en hun bijdragen aan het wereldwijde debat over drugs. Op één na hebben alle EU-lidstaten nu een officieel nationaal drugsbeleid, en ongeveer de helft van de lidstaten heeft dat nationale beleid gestructureerd langs dezelfde lijnen als het EU-actieplan — een indicatie dat er in Europa steeds meer overeenstemming bestaat over de wijze waarop het drugsprobleem moet worden aangepakt. De EU-lidstaten nemen, met steun van de Europese Commissie, steeds vaker een gemeenschappelijk standpunt in tijdens de lopende discussies over de evaluatie van de SAVVN. In de Europese bijdragen aan de debatten wordt met klem gewezen op de noodzaak van alomvattende, evenwichtige en op bewijzen gestoelde beleidsmaatregelen en op de waarde van betere monitoring van het mondiale drugsprobleem in de periode na de SAVVN.

Drugsgebruik en de toepassing van strafrechtelijke sancties: een gemengd beeld

De afgelopen jaren heeft het EWDD de tendensesignaleerd dat er in de drugswetgeving van de Europese landen een sterker onderscheid wordt gemaakt tussen drugshandelaren en drugsgebruikers. Dit onderscheid komt in enkele landen tot uiting in een

verlaging van de straffen voor drugsgebruik, al hebben andere landen het idee van lagere straffen verworpen of de straffen zelfs verhoogd. In de praktijk is het vaak moeilijk om onderscheid te maken tussen de leverancier en de gebruiker van drugs, en de wijzen waarop lidstaten de lijn tussen deze twee categorieën hebben getrokken lopen sterk uiteen.

De constatering dat de Europese landen minder gebruik maken van strafrechtelijke sancties voor drugsgebruik komt niet direct tot uiting in de beschikbare gegevens. Het aantal gerapporteerde overtredingen van de drugswetgeving in Europa is de afgelopen vijf jaar gestegen. Daarbij gaat het vaker om het gebruik en bezit van drugs dan om drugshandel, en terwijl het aantal delicten in verband met de handel in drugs met 12 % is gestegen, bedraagt de stijging van het aantal delicten met betrekking tot het bezit van drugs meer dan 50 %. Cannabis is nog steeds de drug die het vaakst een rol speelt bij drugsdelicten.

De redenen voor de stijging van het aantal drugsdelicten zijn onduidelijk. Het is zelfs mogelijk dat het in enkele landen administratief eenvoudiger is geworden om een veroordeling uit te spreken voor het bezit van drugs. De door sommigen gehuldigde opvatting dat de kans dat drugsgebruikers, en met name cannabisgebruikers, een drugsdelict ten laste wordt gelegd de afgelopen jaren is gedaald, wordt echter niet gestaafd door de gegevens. Bovendien is niet duidelijk in hoeverre de sancties voor drugsbezit zijn veranderd, en het EWDD zal deze vraag volgend jaar in een *selected issue* proberen te beantwoorden.

Nieuwe enquête naar de houding van jongeren tegenover drugs

In een recente Eurobarometer-enquête is de houding van jongeren tegenover drugs onderzocht, waarbij een grote consensus onder de landen werd gesignaleerd. De risico's die verband houden met het gebruik van drugs als heroïne, cocaïne en ecstasy worden door 81 tot 96 % van de ondervraagden gezien als hoog. De overgrote meerderheid van de respondenten (95 %) is van mening dat deze drugs in Europa aan controlemaatregelen onderworpen moeten blijven. Met betrekking tot cannabis lopen de meningen

echter meer uiteen. Van de respondenten vindt 40 % dat de drug een hoog risico met zich meebrengt, terwijl ongeveer hetzelfde percentage respondenten (43 %) het gezondheidsrisico van cannabisgebruik als „gemiddeld” aanmerkt, vergelijkbaar met de risico's van het roken van tabak. De perceptie van de gezondheidsrisico's die verband houden met het gebruik van cannabis komt tot uiting in de afgenomen steun voor handhaving van het verbod op cannabis (67 %) en in de door een substantiële minderheid (31 %) gehuldigde opvatting dat cannabis, op overeenkomstige wijze als voor alcohol en tabak, gelegaliseerd moet worden.

Drugspreventie: het bewijs neemt toe, maar de praktijk verandert slechts langzaam

Ondanks de bijna universele steun voor de preventie van drugsgebruik is het formeel evalueren hiervan een methodologische uitdaging, en historisch gezien is er slechts een beperkte hoeveelheid bewijs beschikbaar voor de doelmatigheid van interventies op dit gebied. Deze situatie is echter aan het veranderen doordat de wetenschappelijke basis voor drugspreventie blijft toenemen en er steeds meer en beter opgezette studies worden uitgevoerd. Hoewel er nog steeds vaak conclusies moeten worden getrokken op basis van studies uit de Verenigde Staten, waarvan de relevantie voor de Europese context twijfelachtig kan zijn, is er inmiddels een groter aantal Europese studies beschikbaar. In combinatie stelt de beschikbare informatie ons nu in staat beter te begrijpen welke activiteiten waarschijnlijk effectief zullen zijn en hoe de mensen die het meeste risico lopen kunnen worden bereikt. Uit nieuwe gegevens valt echter af te leiden dat in veel landen de meest gebruikte methoden nog steeds niet zijn gestoeld op wetenschappelijk bewijs en dat sommige methoden activiteiten omvatten die zelfs averechts kunnen werken. Voor beleidsmakers is de uitdaging mogelijk dat voor de programma's waarvan bekend is dat ze resultaten opleveren vaak grotere investeringen nodig zijn en er daarbij meer aandacht aan opleiding en kwaliteitscontrole moet worden besteed.

Om de kennisoverdracht en de uitwisseling van goede praktijken op het gebied van drugs te ondersteunen heeft het EWDD in 2008 een internetportaal voor goede praktijken geopend. Het portaal, dat een module over preventie omvat, biedt een overzicht van de meest recente bewijzen voor de efficiëntie en de effectiviteit van programma's, evenals instrumenten en standaarden die kunnen worden gebruikt voor het verbeteren van de kwaliteit van interventies. Ook worden voorbeelden van geëvalueerde praktijken uit heel Europa gegeven.

Drugsbehandeling: meer nadruk op resultaten en de behoeften van cliënten

Het aantal drugsgebruikers dat wordt behandeld vanwege hun verslaving is de afgelopen jaren sterk gestegen, en in veel landen volgt een groot deel van de problematische drugsgebruikers nu een langdurige substitutiebehandeling. Deze trend heeft geleid tot een verbreding van de beschikbare farmaceutische opties en tot een sterkere nadruk op de kwaliteit en het resultaat van de behandeling, waarbij het aantal drugsgebruikers dat in behandeling gaat als beleidsdoel minder gewicht heeft gekregen. Het debat is verschoven naar discussies over de vraag wat realistische langetermijndoelen voor substitutiebehandelingen zijn en in hoeverre cliënten kunnen re-integreren in de samenleving en kunnen terugkeren naar een normale levenswijze. Werk is een van de belangrijkste elementen voor een succesvolle re-integratie in de samenleving en is van hoge voorspellende waarde gebleken. Herintreding op de arbeidsmarkt is echter vaak moeilijk gezien de beperkte vaardigheden en het lage opleidingsniveau die kenmerkend zijn voor een groot deel van de verouderende populatie van chronische drugsgebruikers die een langetermijnbehandeling volgen in Europa. Vragen als hoe er consensus kan worden bereikt over wat een succesvol resultaat is voor drugsgebruikers die al lange tijd problemen hebben en in hoeverre leden van deze populatie met succes kunnen re-integreren in de samenleving worden steeds belangrijker voor de Europese drugsbehandeldiensten.

Hoewel het aanbod van behandeldiensten in Europa zal blijven toenemen, bestaan er op het gebied van de beschikbaarheid van zorg of de mate waarin diensten zijn gericht op verschillende soorten drugsproblemen nog steeds grote verschillen tussen de landen. Bovendien wordt de brede erkenning van het feit dat het aanbieden van behandelopties aan drugsgebruikers in gevangenissen waardevol is nog onvoldoende vertaald in investeringen in diensten op dit gebied, die in de meeste Europese landen nog maar nauwelijks zijn ontwikkeld. Een belangrijke uitdaging voor de drugsbehandeldiensten in Europa is de ontwikkeling van zorgmodellen die zijn toegesneden op de behoeften van een steeds heterogenere populatie van drugsgebruikers. Tegen de algemene achtergrond dat de beschikbare bewijzen niet op één enkele beste aanpak duiden, zijn enkele Europese landen interessante nieuwe methoden voor de behandeling van cannabis- of cocaïnegebruikers aan het ontwikkelen. De complexe problemen die worden veroorzaakt door diverse patronen van polydrugsgebruik, inclusief het gebruik van alcohol, vormen een uitdaging voor de ontwikkeling van behandeldiensten. De Europese drugsbehandeldiensten

zullen daarom in de toekomst waarschijnlijk een steeds gedifferentieerdere aanpak moeten hanteren als ze willen inspelen op de steeds gedifferentieerdere behoeften van hun cliënten.

Sterkere signalen dat de populariteit van cannabis mogelijk daalt

Recente gegevens uit enquêtes onder scholieren en volwassenen wijzen erop dat het cannabisgebruik in enkele landen is gestabiliseerd of zelfs gedaald. De nationale trends die worden waargenomen zijn echter nog steeds niet eensluidend en ook tussen de landen kunnen er grote verschillen bestaan. Dit komt tot uiting in de trends voor de middellange termijn, die in landen met een lage prevalentie vaak stijgingen laten zien, terwijl de situatie in veel andere landen stabiel is en het cannabisgebruik in enkele landen met een hoge prevalentie aan het dalen is.

Dalingen van de prevalentie zijn het zichtbaarst bij jongere leeftijdsgroepen. Uit nieuwe trendgegevens, die afkomstig zijn uit het meest recente HBSC-onderzoek (*Health behaviour in school-aged children*), blijkt dat het drugsgebruik onder 15-jarige scholieren in de periode

2001-2006 in de meeste landen stabiel is of afneemt. Uit voorlopige berichten valt af te leiden dat dit beeld wordt bevestigd door de nieuwste Espad-enquête (*European school project on alcohol and other drugs*), waarvan de resultaten eind 2008 zullen worden gepubliceerd. In het Verenigd Koninkrijk, een land dat altijd hoog gescoord heeft als het gaat om de prevalentie van cannabisgebruik, is inmiddels een gestage neerwaartse trend te zien, met name in de leeftijdscategorie van 16 tot 24 jaar. De redenen waarom het gebruik van cannabis onder jongeren mogelijk aan populariteit verliest zijn niet goed gedocumenteerd, maar kunnen verband houden met mogelijke veranderingen in de perceptie van de risico's van het gebruik van deze drug. Enkele commentatoren hebben gesuggereerd dat de afnemende populariteit van cannabis mogelijk verband houdt met de gewijzigde houding tegenover het roken van sigaretten. In Europa wordt cannabis vaak in combinatie met tabak gebruikt en drugspreventieprogramma's zijn steeds vaker gericht op de gelijktijdige behandeling van de gezondheidseffecten van zowel legale als illegale stoffen.

Ondanks recente trends ligt het cannabisgebruik in Europa nog steeds op historisch hoge niveaus, en veel landen hebben te maken met grote groepen regelmatige en

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 71 miljoen
(22% van de Europese volwassenen)

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

Gebruik afgelopen maand: meer dan
12 miljoen Europeanen

Variaties per land in het gebruik van vorig jaar:
0,8 tot 11,2%

Cocaïne

„Ooit“-gebruik: ten minste 12 miljoen
(3,6% van de Europese volwassenen)

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

Gebruik afgelopen maand: circa 2 miljoen

Variaties per land in het gebruik van vorig jaar:
0,1 tot 3,0%

Ecstasy

„Ooit“-gebruik: circa 9,5 miljoen
(2,8% van de Europese volwassenen)

Gebruik afgelopen twaalf maanden:
meer dan 2,6 miljoen, ofwel een derde van de mensen die ooit ecstasy hebben gebruikt

Gebruik afgelopen maand: meer dan 1 miljoen

Variaties per land in het gebruik van vorig jaar:
0,2 tot 3,5%

Amfetaminen

„Ooit“-gebruik: bijna 11 miljoen
(3,3% van de Europese volwassenen)

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

Gebruik afgelopen maand: minder dan 1 miljoen

Variaties per land in het gebruik van vorig jaar: 0,0 tot 1,3%

Opioiden

Problematisch opioïdengebruik: tussen de 1 en 6 gevallen per
1 000 volwassenen

In 2005-2006 vormden door drugs geïnduceerde sterfgevallen 3,5% van alle sterfgevallen onder Europeanen in de leeftijdscategorie van 15 tot 39 jaar, waarbij in 70% van de gevallen opioïden werden aangetroffen

Voornaamste drug in bijna 50% van alle aanvragen voor behandeling

Meer dan 600 000 opioïdengebruikers hebben in 2006 een substitutiebehandeling gekregen

intensieve gebruikers, die voor het merendeel uit jonge mannen bestaan. De trends in het aantal regelmatige en intensieve cannabisgebruikers zijn onafhankelijk van de prevalentie van het gebruik van de drug onder de algemene bevolking en er is meer onderzoek nodig naar deze gebruikspatronen en de problemen die daarmee verband houden.

Binnenlandse cannabisproductie: de grote onbekende

Cannabishars is historisch gezien in veel EU-lidstaten het meest gebruikte cannabisproduct, en West-Europa blijft wereldwijd de grootste consument van deze vorm van de drug. De binnenlandse productie van cannabisbladeren is echter gestegen en is nog grotendeels onontdekt. Er wordt nu door de meeste Europese landen melding gemaakt van binnenlandse cannabisteelt, die kan variëren van een paar planten voor persoonlijk gebruik tot grootschalige plantages voor commerciële doeleinden.

De omvang van de binnenlandse teelt van cannabisbladeren en het marktaandeel van deze cannabisproductie zijn niet bekend, en daarom voert het EWDD een studie uit om de cannabismarkt in Europa in kaart te brengen. Er is ook steeds meer debat over de gevolgen van deze ontwikkeling. Zorgwekkend zijn onder andere de negatieve effecten van cannabisplantages op lokale gemeenschappen, doordat de criminaliteit stijgt, en het feit dat de binnenlands geproduceerde cannabis vaak zeer krachtig is. De binnenlandse productie van cannabis is ook een uitdaging voor rechtshandavingsinstanties, omdat de plantages zich dicht bij de consument bevinden, relatief gemakkelijk te verbergen zijn en de drugs geen nationale grenzen hoeven te passeren.

Het cocaïnegebruik groeit nog steeds in een gesegmenteerde Europese markt voor stimulerende middelen

Stimulerende middelen spelen niet alleen een belangrijke rol in gebruikspatronen binnen de populatie van chronische en gemarginaliseerde problematische drugsgebruikers in Europa, maar ook onder de sociaal beter geïntegreerde groepen jongeren die op een meer recreatieve manier drugs gebruiken. De patronen in het gebruik van stimulerende middelen lopen in Europa echter uiteen: cocaïne is nu de meest gebruikte stimulerende drug in veel landen in Zuid- en West-Europa en het gebruik ervan blijft toenemen. De indicatoren voor het gebruik van amfetaminen en ecstasy wijzen daarentegen op een stabiele situatie of zelfs een afnemend gebruik. Toch blijven amfetaminen de meest gebruikte stimulerende drugs in de meeste landen in Midden-, Noord- en Oost-Europa, waar ze in enkele gevallen een belangrijk aspect van het

drugsprobleem vormen. Het gebruik van metamfetaminen blijft buiten Tsjechië en Slowakije zeldzaam, hoewel de beschikbaarheid c.q. het gebruik van deze drug sporadisch ook door andere landen wordt gemeld.

Omdat zowel de settings waarin een aantal stimulerende middelen wordt gebruikt als de redenen die voor dat gebruik worden aangevoerd in de verschillende landen sterke gelijkenissen vertonen, kunnen deze stoffen tot op zekere hoogte worden beschouwd als concurrerende producten op de Europese drugsmarkt. Dit zou betekenen dat interventies niet alleen gericht moeten zijn op afzonderlijke stoffen, maar dat stimulerende drugs moeten worden beschouwd als één groep in plaats van als een verzameling afzonderlijke problemen. Dit is een belangrijk punt, omdat maatregelen die gericht zijn op het beperken van de beschikbaarheid van een van deze stoffen kunnen worden ondergraven als ze tot gevolg hebben dat consumenten eenvoudigweg op alternatieve producten overschakelen.

Ontwikkelingen in de productie van synthetische drugs in Europa leiden tot meer bezorgdheid over de milieukosten

De Europese landen blijven belangrijke producenten van amfetaminen en MDMA, hoewel het relatieve belang van Europa mogelijk is afgenomen omdat de productie elders is gestegen. Over het algemeen worden elk jaar tussen de zeventig en negentig productie-eenheden ontdekt, vooral in enkele landen in West- en Oost-Europa. Uit gegevens van rechtshandavingsinstanties kan worden afgeleid dat de productie van synthetische drugs, waaronder metamfetaminen, mogelijk geavanceerder wordt, waarbij de schaal waarop de productie plaatsvindt toeneemt door het gebruik van grotere reactievaten, industriële en op maat gemaakte apparatuur en mobiele eenheden.

De grotere gemiddelde omvang van de partijen die worden gefabriceerd kan tot ernstiger problemen met het dumpen van afval leiden. De productie van een kilo amfetamine of MDMA levert gemiddeld vijftien tot twintig kilo afvalmateriaal op, waaronder toxische en ontvlambare chemische stoffen die een gevaar voor het milieu vormen. De milieukosten en de kosten van het schoonmaken van illegale dumpplaatsen van chemisch afval dat ontstaat bij de productie van synthetische drugs kunnen aanzienlijk zijn.

Cocaïnehandel via West-Afrika: een gebied van zorg en actie

Naarmate het gebruik van cocaïne in Europa toeneemt, wordt er steeds meer actie ondernomen om de drug te onderscheppen. Zowel de hoeveelheid onderschepte cocaïne als het aantal cocaïnevangsten blijft stijgen. Jaarlijks wordt er nu meer dan 120 ton cocaïne in beslag genomen, waarvan Spanje en Portugal meer dan driekwart

voor hun rekening nemen. De maatregelen om de invoer van cocaïne in Europa tegen te gaan hebben een sterke impuls gekregen door de oprichting van het Maritieme Analyse en Operatie Centrum Narcotica (MAOC-N), dat gevestigd is in Lissabon en dat een centrale rol speelt bij de coördinatie van de onderscheppingsactiviteiten en het uitwisselen van inlichtingen tussen de deelnemende lidstaten.

Hoewel cocaïne Europa langs een aantal verschillende routes binnenkomt, is de smokkel via West-Afrikaanse landen dramatisch toegenomen en is dit nu een van de belangrijkste routes voor cocaïne die bestemd is voor de Europese markt. De situatie zou de ontwikkelingsinspanningen kunnen destabiliseren en ondergraven in een regio die al geplaagd wordt door een groot aantal sociale, politieke en gezondheidsproblemen. Vooral de inkomsten die met de handel in cocaïne worden gegenereerd hebben een aanzienlijk potentieel om de strafrechtelijke systemen te ondergraven en de corruptie aan te moedigen. De Europese Unie en haar lidstaten werken samen met de West-Afrikaanse landen bij de ontwikkeling van een reeks maatregelen om het hoofd te bieden aan deze groeiende dreiging.

Heroïneproblemen nemen niet af, ondanks berichten over toenemend gebruik van synthetische opioïden

De meest recente schattingen laten zien dat de potentiële mondiale productie van heroïne is blijven stijgen en nu naar schatting 733 ton bedraagt. De gevolgen van deze stijging voor de beschikbaarheid en het gebruik van deze drug in Europa zijn echter moeilijk in te schatten, omdat de beschikbare gegevens het trekken van conclusies op dit gebied niet goed mogelijk maken. Zo is de hoeveelheid heroïne die in Europese Unie is onderschept licht gedaald, maar is deze hoeveelheid in Turkije juist gestegen.

Er bestaat geen sterk bewijs voor een epidemische toename van het heroïneprobleem zoals die zich in de jaren negentig in Europa heeft voorgedaan; alles bij elkaar wijzen de gegevens op een stabiele, maar niet verder afnemende omvang van de problematiek. Heroïnegebruik blijft als zodanig een ernstig volksgezondheidsprobleem dat nog altijd verantwoordelijk is voor een groot deel van de totale gezondheids- en sociale kosten van het gebruik van drugs. Uit de gegevens blijkt dat het gebruik van opioïden, met name heroïne, de achterliggende oorzaak is van 60% van het aantal drugsbehandelingen in Europa. Onder degenen die voor het eerst in behandeling gaan is het percentage opioïdengebruikers — zij het niet in absolute cijfers — de laatste tijd gedaald, maar deze trend lijkt nu te zijn afgevlakt. En hoewel er bewijs is dat de populatie opioïdengebruikers in Europa langzaam

aan het verouderen is, blijkt uit de gegevens ook dat het aantal nieuwe gebruikers nog steeds dermate hoog is dat de omvang van het probleem in de nabije toekomst niet significant zal afnemen.

Hoewel dit, gelet op de situatie in Afghanistan, misschien tegen de intuïtie indruist, lijken enkele landen steeds meer problemen te krijgen met zowel het misbruik van legale synthetische opioïden als de productie van illegale synthetische opioïden. In Letland, Litouwen en Estland zijn er bijvoorbeeld aanwijzingen dat de problemen die worden veroorzaakt door de beschikbaarheid van illegale, buiten de EU vervaardigde 3-methylfentanyl in omvang toenemen. Door de krachtige werking van deze drug (fentanyl is aanzienlijk krachtiger dan heroïne) kan het gebruik van deze drug buitengewoon gevaarlijk zijn, zoals blijkt uit meer dan zeventig meldingen in 2006 van aan fentanyl gerelateerde fatale vergiftigingen in Estland. Andere landen rapporteren een groeiend aantal hulpzoekenden vanwege problemen die verband houden met het misbruik van opioïden die voor therapeutische doelen worden verstrekt, en dit draagt bij aan het toenemende probleem van het polydrugsgebruik dat in delen van Europa inmiddels kenmerkend is voor het chronisch drugsgebruik.

Injecterend drugsgebruik en hiv: positief totaalbeeld, maar grote verschillen tussen de landen

Meer dan 40% van alle heroïnegebruikers die aan een extramurale behandeling beginnen zegt de drug te injecteren, wat bevestigt dat deze bijzonder schadelijke wijze van toediening in Europa een belangrijk gezondheidsprobleem blijft vormen. Injecterend gebruik wordt in verband gebracht met een groot aantal problemen, waaronder, maar niet uitsluitend, de verspreiding van via het bloed overdraagbare infecties, zoals hiv en hepatitis C. Veranderingen in het aantal injecterende gebruikers als percentage van het totale aantal drugsgebruikers dat in behandeling gaat wijzen op een neerwaartse trend in het injecterend drugsgebruik in veel landen, al zijn er in de gegevens duidelijke regionale en nationale verschillen zichtbaar. In enkele landen, vooral in Oost-Europa, blijft injecterend gebruik de meest gangbare wijze van toediening van heroïne, en meer dan 80% van de heroïnegebruikers die in behandeling gaan zegt de drug op deze manier tot zich te nemen. Ook blijkt het aantal nieuwe gebruikers in enkele lidstaten nog steeds hoog te zijn, zoals blijkt uit studies onder injecterende drugsgebruikers, waaruit een relatief hoog percentage jonge en nieuwe injecterende gebruikers naar voren komt.

Het totale aantal nieuwe hiv-infecties in Europa is gedaald sinds een aantal plaatselijke epidemieën aan het begin van

dit decennium een piek veroorzaakten. De afname van het injecterend gebruik en de beschikbaarheid van behandel- en schadebeperkende diensten lijken te hebben geleid tot een algemene verbetering van de situatie; en waar een toename van het aantal infecties is waargenomen, is deze klein. Er blijven echter grote verschillen tussen landen bestaan. Hoewel de gegevens erop wijzen dat de situatie in Estland, Letland en Portugal verbetert, rapporteren deze landen nog steeds buitenproportioneel hoge aantallen nieuwe infecties en nemen ze een belangrijk deel van het aantal nieuwe aan drugsgebruik gerelateerde hiv-gevallen in Europa voor hun rekening. Uit gegevens naar aanleiding van regionale en lokale studies blijkt dat de overdracht van hiv ook een probleem blijft in Spanje en Italië, al maakt het ontbreken van nationale „case reporting” (ofwel „meldingen”: het absolute aantal nieuw geregistreerde/gemelde gevallen) het vaststellen van trends in deze landen moeilijk. In andere landen houdt het risicogedrag aan en is het potentieel voor een nieuwe uitbraak nog steeds aanwezig, zodat waakzaamheid geboden blijft. Zo rapporteerde Bulgarije in 2006 34 nieuwe gevallen, terwijl het in de periode 2000-2003 vrijwel geen nieuwe infecties had gemeld.

Drugserelateerde sterfgevallen: een grote belasting voor het volksgezondheidsbeleid

Het EWDD houdt het aantal direct aan drugsgebruik toe te schrijven fatale vergiftigingen (door drugs geïnduceerde sterfgevallen) bij. In Europa worden gemiddeld ongeveer zeven- à achtduizend door drugs geïnduceerde sterfgevallen gemeld en deze cijfers vormen een minimumschatting, omdat bekend is dat er sprake is van onderrapportage. Opioiden, met name heroïne, worden het vaakst in verband gebracht met overdoses, hoewel andere drugs en alcohol meestal ook een rol spelen. Na een neerwaartse trend in het aantal door drugs geïnduceerde sterfgevallen in het eerste deel van dit decennium, is deze daling nu afgevlakt. De oorzaken hiervan zijn onduidelijk, reden waarom er meer onderzoek nodig is naar de factoren die verband houden met overdoses en naar de effectiviteit van preventiemaatregelen. Drugsgebruikers die de gevangenis verlaten lopen mogelijk een hoger risico: in een recente studie wordt melding gemaakt van sterftcijfers die acht maal hoger zijn dan verwacht. Het voorkomen van overdoses blijft een gebied waarop meer investeringen nodig zijn.

Uit studies is verder gebleken dat de totale sterfte onder drugsgebruikers, wanneer ook sterfgevallen door ziekten, ongelukken en geweld worden meegerekend, tot wel vijftig maal hoger is dan onder de algemene bevolking.

Investeringen in goed opgezette cohortstudies zijn nodig om zo meer inzicht te krijgen in de oorzaken en de omvang van de drugserelateerde sterfte en om de differentiële risico's te onderzoeken, zoals de risico's die gedetineerden lopen vanaf het moment dat ze vrij komen of de risico's voor gebruikers die met hun behandeling stoppen.

Internet en marktinnovatie: uitdagingen voor het drugsbeleid

Uit een recent onderzoek van het EWDD is gebleken dat onlinewinkels in Europa meer dan tweehonderd natuurlijke, semisynthetische en synthetische drugs verkopen. Veel van deze stoffen worden aangeduid als „legal highs” of „herbal highs” (kruidachtige planten met een stimulerende werking) en worden aangeboden als alternatief voor gecontroleerde stoffen, hoewel hun wettelijke status niet overal in Europa gelijk is. Volgens de berichten neemt het aantal onlinewinkels dat deze producten verkoopt toe en reageren deze winkels snel op pogingen om de markt onder controle te krijgen, bijvoorbeeld door nieuwe producten aan te bieden. Bovendien bieden onlineapotheken en onlinewinkels die psychoactieve stoffen verkopen voor schijnbaar legale doeleinden ook nieuwe kansen voor de aanbieders van illegale drugs. Bij elkaar genomen vormt de verkoop via internet inmiddels een grote uitdaging voor het nationale en internationale drugsbeleid en de controlemechanismen. Gezien de snelheid waarmee nieuwe producten op de markt verschijnen en worden gedistribueerd, wordt het monitoren van onlineactiviteiten een belangrijk terrein dat moet worden ontwikkeld.

Groeiend besef van het belang van een dialoog met het maatschappelijk middenveld

Drugsproblemen zijn vervlochten met een reeks andere sociale en gezondheidsproblemen. Daarom is voor het welslagen van interventies op dit gebied de betrokkenheid van een brede alliantie van deelnemers nodig en kunnen deze interventies profiteren van de steun van de gemeenschappen waarbinnen ze worden uitgevoerd. Dit heeft geleid tot het groeiende besef dat een dialoog met het maatschappelijk middenveld onderdeel moet zijn van het debat over het beleid. Met dit doel in gedachten zijn er onlangs diverse stappen ondernomen in het Europees debat over drugs. Een van de meest opmerkelijke daarvan is dat de Europese Commissie een drugsforum heeft opgericht met deelnemers die uit het maatschappelijk middenveld afkomstig zijn. Het forum moet de mogelijkheid bieden om in het veld opgedane ervaringen een rol te laten spelen in het proces dat moet leiden tot een nieuwe EU-drugsstrategie en bij de

evaluatie van het EU-drugsactieplan. Het belang van overleg met vertegenwoordigers van niet-gouvernementele organisaties en lokale gemeenschappen wordt inmiddels ook onderkend in de EU-drugsstrategie en klinkt door in een in maart 2008 door het Europees Parlement aangenomen verslag, waarin de fundamentele rol van het maatschappelijk middenveld bij de ontwikkeling, tenuitvoerlegging, evaluatie en monitoring van drugsbeleid wordt onderkend.

Europees drugsonderzoek en de noodzaak van transnationale samenwerking

In de afgelopen tien jaar hebben het onderzoek naar drugs en de infrastructuur waarop dat onderzoek steunt (onderzoekscentra, wetenschappelijke tijdschriften, financieringsmechanismen) zich in Europa sterk ontwikkeld, zoals blijkt uit een selected issue over onderzoek die het

EWDD in 2008 heeft gepubliceerd. Minder positief is dat deze ontwikkeling niet gepaard is gegaan met een versterking van de samenwerking en de coördinatie tussen de EU-lidstaten op het gebied van onderzoek in verband met drugs. Er komt echter steeds meer aandacht voor dit onderwerp en de Commissie heeft opdracht gegeven voor een nieuwe studie waarin de onderzoeksactiviteiten in kaart worden gebracht en een vergelijkende analyse wordt gemaakt van de beschikbare infrastructuur in Europa en in andere regio's van de wereld. Het resulterende rapport zal aanbevelingen bevatten over de wijze waarop de samenwerking op EU-niveau kan worden verbeterd en moet een bijdrage leveren aan het debat over de vraag hoe de Europese financieringsmogelijkheden en de behoeften op het gebied van onderzoek en beleid beter op elkaar kunnen worden afgestemd.

Hoofdstuk 1

Beleid en wetgeving

Inleiding

Drugsbeleid zal in 2008 ongetwijfeld een belangrijk onderwerp worden. In dit jaar beoordelen namelijk zowel de Verenigde Naties (VN) als de Europese Unie de resultaten van hun drugsbeleid inzake het gebruik van illegale drugs en de schade die hierdoor wordt veroorzaakt. De Verenigde Naties beoordelen de geboekte voortgang bij de tenuitvoerlegging van de maatregelen en de verwezenlijking van de doelen die in 1998 zijn vastgesteld tijdens de speciale zitting van de Algemene Vergadering van de VN (SAVVN) over het wereldwijde drugsprobleem. In Europa vindt in 2008 de eindevaluatie plaats van het lopende EU-drugsactieplan (2005-2008) en wordt het actieplan voor de periode 2009-2012 opgesteld. Daarnaast evalueert dit jaar een ongekend groot aantal EU-lidstaten hun nationale drugsstrategieën en -actieplannen en stelt nieuwe beleidsdocumenten inzake drugs ⁽¹⁾ op.

Het EWDD bespreekt de in 2008 gedane bevindingen en geconstateerde ontwikkelingen in zijn volgende jaarverslag. Dit jaar worden in hoofdstuk 1 recente wijzigingen in het drugsbeleid bekeken, nieuwe gegevens over drugsgerelateerde overheidsbestedingen gepresenteerd, drie specifieke dimensies van drugswetgeving — bezit voor persoonlijk gebruik, alternatieve straffen en de nadruk op de bescherming van het publiek — onderzocht en actuele trends met betrekking tot drugsdelicten onder de aandacht gebracht. Het hoofdstuk besluit met een overzicht van de onderzoeksactiviteiten op het terrein van drugs die in de EU-lidstaten plaatsvinden.

Internationale en EU-beleidsontwikkelingen

Evaluatie tien jaar na de SAVVN

In juni 1998 vond in New York de twintigste speciale zitting van de Algemene Vergadering van de VN (SAVVN)

plaats om het wereldwijde drugsprobleem te bespreken. Op deze „drugstop” werd een nieuwe agenda voor de internationale gemeenschap vastgesteld door het aannemen van drie belangrijke documenten ⁽²⁾: een politieke verklaring, een verklaring over de leidende beginselen voor de terugdringing van de vraag naar drugs, en een uit vijf onderdelen bestaande resolutie met maatregelen ter verbetering van de internationale samenwerking. Door de politieke verklaring aan te nemen, verplichtten de VN-lidstaten zich ertoe om uiterlijk 2008 meetbare resultaten te boeken bij de terugdringing van het aanbod van en de vraag naar illegale drugs.

Tijdens de zitting van de Commissie voor verdovende middelen (CND) van de Verenigde Naties van dit jaar werd de evaluatie in gang gezet van de geboekte voortgang bij de verwezenlijking van de tijdens de SAVVN van 1998 vastgestelde doelen en doelstellingen na tien jaar. In een verslag van het UNODC (Bureau voor drugs en criminaliteit van de Verenigde Naties) werd gesteld dat er in de afgelopen tien jaar aanzienlijke vooruitgang is geboekt, ook al hebben de VN-lidstaten in bepaalde gebieden en regio's de in de politieke verklaring ⁽³⁾ opgenomen doelen en doelstellingen niet volledig gerealiseerd. Op deze beoordeling volgt een bezinningsperiode van een jaar, waarin eerst besprekingen zullen plaatsvinden in intergouvernementele werkgroepen van deskundigen en vervolgens tussentijdse vergaderingen zullen worden belegd. Op die manier kunnen voorbereidingen worden getroffen voor een tweedaags segment op hoog niveau tijdens de zitting van de CND in 2009, waar zij een besluit zal nemen over een mogelijke toekomstige politieke verklaring en eventuele maatregelen.

De Europese Unie is actief betrokken bij de evaluatie van de SAVVN. Er zijn door de EU opgestelde resoluties aangenomen tijdens de zittingen van de CND in 2006 (49/1), 2007 (50/12) en 2008 (51/4), waarin telkens werd aangedrongen op een wetenschappelijke en

⁽¹⁾ Met de term „nationaal beleidsdocument inzake drugs” wordt bedoeld: een door een regering goedgekeurd officieel document waarin algemene beginselen en specifieke interventies of doelstellingen op het terrein van drugs zijn vastgelegd, en dat officieel wordt aangeduid als een drugsstrategie, -actieplan, -programma of ander beleidsdocument.

⁽²⁾ <http://www.un.org/ga/20special/>

⁽³⁾ <http://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/session/51.html>

transparante evaluatieprocedure. Ook het EWDD is betrokken geweest bij door de Europese Commissie gefinancierde en door het UNODC georganiseerde raadplegingen van deskundigen, en het heeft in dit verband een overzicht verschaft van de drugsstrategieën en maatregelen in Europa sinds 1998.

Evaluatie van het EU-drugsactieplan

In december 2007 heeft de Europese Commissie haar tweede voortgangsverslag over de tenuitvoerlegging van het EU-drugsactieplan (2005-2008) gepresenteerd. In het verslag, dat gegevens bevat van de EU-lidstaten, het EWDD, Europol en de Europese Commissie, wordt beoordeeld tot op welke hoogte de maatregelen die voor 2007 gepland stonden zijn uitgevoerd. Een van de voornaamste conclusies van de evaluatie was dat er in het drugsbeleid van de lidstaten een zekere convergentie valt waar te nemen. Verder werden in het verslag problemen benadrukt bij de verzameling van gegevens in verband met de terugdringing van het aanbod en bij het koppelen van bepaalde geplande acties aan de indicator die was gekozen om de tenuitvoerlegging ervan te meten.

De eindevaluatie van het huidige EU-drugsactieplan heeft in 2008 plaatsgevonden, met bijdragen van de EU-lidstaten, Europol en het EWDD. Publicatie van het evaluatieverslag door de Commissie staat gepland voor het najaar van 2008, en de bevindingen zullen bijdragen aan de totstandkoming van het tweede actieplan (2009-2012) in het kader van de huidige EU-drugsstrategie (2005-2012).

Andere EU-ontwikkelingen

In september 2007 hebben de Raad en het Europees Parlement uit hoofde van het financieel kader 2007-2013 en het algemene programma „Grondrechten en justitie” het programma „Drugspreventie en -voorlichting” ⁽⁴⁾ aangenomen. De algemene doelstellingen van het programma zijn: voorkoming en beperking van drugsgebruik, verslaving en drugsgelateerde schade, bijdragen tot de verbetering van de voorlichting over drugsgebruik, en acties in het kader van de EU-drugsstrategie (2005-2012) ondersteunen. In het kader van het programma zal 21,35 miljoen EUR beschikbaar komen voor studies van de Commissie, de bedrijfskosten van Europese non-gouvernementele organisaties op drugsg gebied, en transnationale projecten. Er kunnen ook gemeenschappelijke acties worden genomen met andere communautaire programma's, zoals het

tweede communautair actieprogramma op het gebied van gezondheid (2008-2013) ⁽⁵⁾, dat, in het gedeelte over gezondheidsbevordering door de aanpak van verschillende gezondheidsdeterminanten, acties omvat met betrekking tot illegale drugs in specifieke settings, zoals in het onderwijs en op het werk.

In juni 2006 heeft de Europese Commissie een groenboek ingediend over de rol van het maatschappelijk middenveld in het drugsbeleid, waartoe zij was opgeroepen in het huidige drugsactieplan. Dit groenboek werd in 2007 gevolgd door de selectieprocedure voor een nieuw drugsforum van het maatschappelijk middenveld. Het forum moet dienen als een platform voor de informele uitwisseling van ideeën en informatie tussen de Commissie en maatschappelijke organisaties in de EU, in de kandidaat-lidstaten en, indien gepast, in de landen die onder het Europees nabuurschapsbeleid vallen. Het forum omvat 26 organisaties die een breed scala aan opvattingen vertegenwoordigen. Het is in december 2007 voor het eerst bijeengekomen, en vervolgens in mei 2008, om de evaluatie van het huidige EU-drugsactieplan en het nieuwe drugsactieplan te bespreken.

Nationale drugsstrategieën

Nieuwe ontwikkelingen

Er zijn in de tweede helft van 2007 nieuwe drugsactieplannen of -programma's aangenomen door vier EU-lidstaten (Tsjechië, Estland, Hongarije, Finland), Turkije en Noorwegen. Al deze documenten bestrijken een periode van drie tot vier jaar en, met uitzondering van het Turkse actieplan, bouwen zij voort op eerdere plannen of programma's. In hetzelfde jaar heeft Spanje ook een aanvullend nationaal actieprogramma tegen cocaïne (2007-2010) aangenomen.

Begin 2008 hebben nog eens drie lidstaten nieuwe beleidsdocumenten aangenomen. Het eerste Italiaanse drugsactieplan heeft een looptijd van een jaar, en zal worden gevolgd door een actieplan met een looptijd van vier jaar (2009-2012), dat synchroon zal lopen met het nieuwe EU-drugsactieplan. In het eerste nationale beleidsdocument inzake drugs van Malta is weliswaar geen tijdsbestek aangegeven, maar het omvat toch bijna vijftig acties die in de komende jaren ten uitvoer moeten worden gelegd. Ten slotte wordt de nieuwe tienjarenstrategie inzake drugs (2008-2018) van het Verenigd Koninkrijk, voor het eerst, aangevuld met een

⁽⁴⁾ Besluit nr. 1150/2007/EG van het Europees Parlement en de Raad van 25 september 2007 tot vaststelling van het specifieke programma „Drugspreventie en -voorlichting” voor de periode 2007-2013 als onderdeel van het algemene programma „Grondrechten en justitie” (PB L 257 van 3.10.2007, blz. 23).

⁽⁵⁾ Besluit nr. 1350/2007/EG van het Europees Parlement en de Raad van 23 oktober 2007 tot vaststelling van een tweede communautair actieprogramma op het gebied van gezondheid (2008-2013) (PB L 301 van 20.11.2007, blz. 3).

driejarenactieplan (2008-2011), waarin de belangrijkste maatregelen zijn vastgelegd die in de nabije toekomst moeten worden genomen.

Het merendeel van de eind 2007 en begin 2008 aangenomen nationale beleidsdocumenten inzake drugs richt zich in hoofdzaak op illegale drugs, terwijl in sommige ook aandacht wordt besteed aan andere stoffen, zoals alcohol, tabak, medicijnen en prestatiebevorderende middelen. Dit past in een tendens onder Europese landen waarbij het bestaan van verbanden en overeenkomsten tussen het gebruik van illegale en legale middelen wel wordt onderkend, maar dat in beleidsdocumenten inzake drugs zelden uitgebreid wordt ingegaan op andere stoffen dan illegale drugs ⁽⁶⁾. Noorwegen blijft een van de uitzonderingen op dit patroon en in zijn onlangs aangenomen actieplan zijn illegale drugs en alcohol dan ook volledig geïntegreerd. De talloze nationale drugsstrategieën en -actieplannen die voor 2009 worden ontwikkeld alsmede de strategieën en actieplannen die onlangs zijn aangenomen, bieden het EWDD de mogelijkheid om te onderzoeken of de trend naar verdere integratie van legale en illegale drugs in nationaal drugsbeleid, die werd geconstateerd in het selected issue uit 2006, is doorgezet.

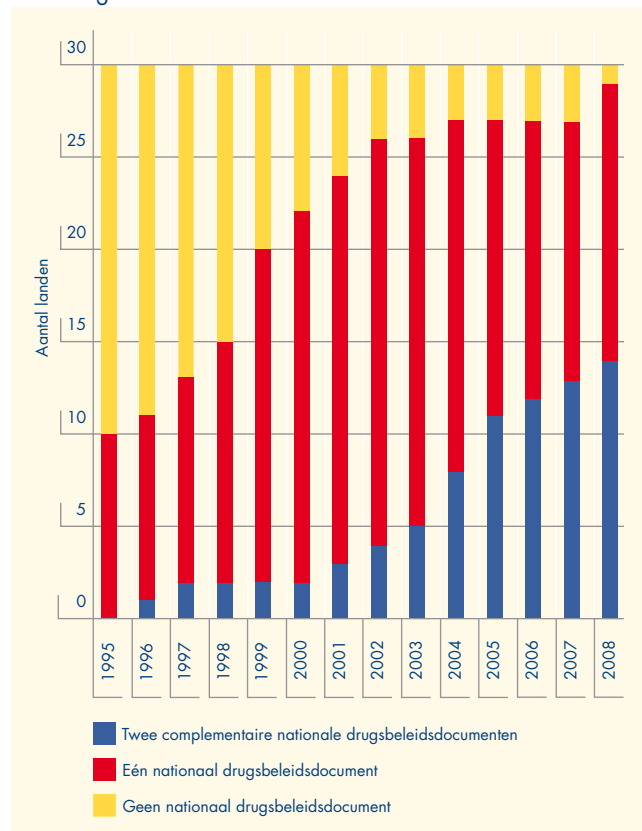
Algemene situatie

Oostenrijk is inmiddels de enige EU-lidstaat die nog geen nationale drugsstrategie of -actieplan heeft vastgesteld, maar al zijn deelstaten beschikken wel over regionale drugs- of verslavingsstrategieën of -actieplannen. In de andere 26 lidstaten, en in Kroatië, Turkije en Noorwegen, wordt het drugsbeleid uiteengezet in nationale beleidsdocumenten inzake drugs. Ter vergelijking: in 1995 hadden slechts tien van deze dertig landen een dergelijk instrument opgesteld (figuur 1).

Er kan ook convergentie worden geconstateerd in de opzet van drugsstrategieën en actieplannen. Veertien landen structureren hun nationale beleidsdocumenten inzake drugs inmiddels op een wijze die vergelijkbaar is met die van de huidige EU-drugsstrategie en het EU-drugsactieplan. Bovendien maken evenveel landen bij de organisatie van hun nationale drugsbeleid nu gebruik van twee elkaar aanvullende instrumenten: een strategisch kader en een actieplan (figuur 1). In 2000, toen de Europese Unie deze aanpak voor het eerst gebruikte, beschikten slechts twee lidstaten over twee elkaar aanvullende beleidsdocumenten inzake drugs.

Ook op het terrein van de inhoud van nationale beleidsdocumenten inzake drugs zijn er tekenen van convergentie tussen de EU-lidstaten, Kroatië, Turkije

Figuur 1: Trend in het aantal landen met nationale drugsbeleidsdocumenten onder de 27 EU-lidstaten, Kroatië, Turkije en Noorwegen



Bronnen: nationale focal points van het Reitox-netwerk.

en Noorwegen: de door de verschillende landen vastgestelde nationale drugsstrategieën en -actieplannen bevatten steeds meer aanwijzingen die duiden op gemeenschappelijke doelstellingen en gemeenschappelijke interventies. Omdat er in de Europese landen echter verschillen bestaan met betrekking tot drugsproblemen, evenals met betrekking tot de politieke, sociale en economische context, zal de — weliswaar afnemende — diversiteit in het nationale drugsbeleid, in de toekomst tot op zekere hoogte waarschijnlijk blijven bestaan. Enkele voorbeelden van deze diversiteit komen aan de orde in hoofdstuk 2.

Evaluatie

In 2008 hebben 13 EU-lidstaten hun nationale beleidsdocumenten inzake drugs al herzien of staan zij op het punt deze te evalueren en herzien. Dit is dan ook een jaar met een niet eerder vertoonde beleidsactiviteit op nationaal niveau. Na Italië, Malta en het Verenigd Koninkrijk, zal ook Ierland zijn drugsstrategie in 2008 vernieuwen, Frankrijk, Portugal en Roemenië gaan hun drugsactieplannen actualiseren, en Bulgarije, Spanje, Cyprus, Litouwen en Slowakije vernieuwen zowel hun

⁽⁶⁾ Zie de selected issue „Het Europees drugsbeleid: meer dan alleen illegale drugs?“ uit 2006.

drugsstrategieën als hun actieplannen. Ten slotte is Nederland, dat binnen Europa beschikt over het oudste nationale beleidsdocument inzake drugs, voornemens in 2008 een nieuw document op te stellen.

In Europa wordt steeds meer de noodzaak erkend om monitoring en evaluatie tot essentiële onderdelen van nationale drugsstrategieën en -actieplannen te maken. Bijna alle bovenstaande landen hebben een voortgangsevaluatie opgesteld van de tenuitvoerlegging van hun drugsstrategieën of -actieplannen of zijn voornemens dat te doen, en een aantal van hen, bijvoorbeeld Ierland, Cyprus en Portugal, zou in 2008 nog grondiger evaluaties kunnen opstellen.

De methoden en benaderingen die de EU-lidstaten gebruiken om nationale drugsstrategieën en actieplannen te evalueren, lopen echter uiteen, en er is dan ook behoefte aan een vaststelling van beste praktijken op dit gebied. Dit is benadrukt tijdens een door het Portugese EU-voorzitterschap in september 2007 georganiseerde conferentie over evaluatie. In reactie op deze uitdaging onderzoekt het EWDD, in samenwerking met de lidstaten, de mogelijkheid om op dit gebied Europese richtsnoeren te ontwikkelen.

Drugsgelateerde overheidsbestedingen

Voor 2006 geven vier EU-lidstaten (Tsjechië, Ierland, Polen, Portugal) gedetailleerde informatie over uitgaven in verband met de aanpak van drugs (samengevat in tabel 1). Twee van de vier landen geven informatie over de verdeling van drugsgelateerde uitgaven tussen de centrale overheid en regionale of plaatselijke overheden, waardoor de rol die verschillende overheidssectoren

spelen vergeleken kan worden. In de landen waarvoor gegevens beschikbaar zijn, wordt het grootste deel van de gerapporteerde drugsgelateerde overheidsbestedingen toegewezen aan activiteiten die door de centrale overheid worden gefinancierd.

Elf lidstaten geven gedetailleerde informatie over staatsuitgaven aan bepaalde activiteiten die zijn ondernomen in reactie op het drugsprobleem. Nog eens twee landen geven ruwe schattingen van de totale overheidsbestedingen in verband met het drugsprobleem (Spanje, Malta), maar zonder informatie te verstrekken over de activiteiten waaraan het geld is besteed.

In 2005 werd berekend dat het totale bedrag aan drugsgelateerde overheidsbestedingen in Europese landen lag tussen de 13 en 36 miljard EUR (EWDD, 2007a). De schatting van dit bedrag werd verkregen door de totale drugsgelateerde overheidsbestedingen van zes landen (België, Hongarije, Nederland, Finland, Zweden, Verenigd Koninkrijk) te extrapoleren naar de andere staten. Onlangs is een herziene schatting voorgesteld, waarin gegevens uit meer landen (Tsjechië, Frankrijk, Luxemburg, Polen, Slowakije) zijn meegenomen (EWDD, 2008d). De nieuwe schatting van de drugsgelateerde overheidsbestedingen in Europa is 34 miljard EUR (95%-betrouwbaarheidsinterval, 28-40 miljard EUR), oftewel 0,3% van het bruto binnenlands product van alle EU-lidstaten tezamen. Dat zou betekenen dat staatsuitgaven aan het drugsprobleem de gemiddelde EU-burger 60 EUR per jaar kosten. Deze bedragen moeten echter nog steeds als indicatief worden beschouwd omdat zij zijn gebaseerd op een beperkte hoeveelheid gegevens.

Tabel 1: Drugsgelateerde overheidsuitgaven ⁽¹⁾ in geselecteerde EU-lidstaten

Land	Door de overheidssector gerapporteerde drugsgelateerde uitgaven (EUR)				Totale drugsgelateerde bestedingen als percentage van de totale overheidsuitgaven ⁽²⁾ (%)
	Centraal	Regionaal	Lokaal	Totaal	
Tsjechië	12 821 000	3 349 000	1 699 000	17 869 000	0,04
Ierland ⁽³⁾	214 687 000	–	–	214 687 000	0,39
Polen	68 476 000	644 000	13 253 000	82 373 000	0,08
Portugal	75 195 175	–	–	75 195 175	0,11

⁽¹⁾ Overheidsuitgaven die in officiële boekhoudkundige documenten expliciet worden bestempeld als drugsgelateerd.

⁽²⁾ Totale algemene overheidsuitgaven in het betreffende jaar.

⁽³⁾ In Ierland worden de ministeries en staatsorganen verzocht hun jaarlijkse drugsgelateerde bestedingen te rapporteren aan het coördinerende departement voor Gemeenschaps-, plattelands en Gaeltachtzaken. Deze bestedingen hoeven in de officiële boekhoudkundige documenten niet expliciet te worden bestempeld als drugsgelateerd.

Bron: nationale focal points van het Reitox-netwerk en Eurostat (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>).

Verslagen over de maatschappelijke kosten van drugsgebruik

Vier landen doen verslag van de maatschappelijke kosten van drugsgebruik (directe en indirecte door drugsgebruik veroorzaakte kosten). Hoewel deze verslagen nuttige inzichten kunnen verschaffen in de gevolgen van het drugsgebruik in het land waarvoor zij zijn opgesteld, betekenen verschillen in methoden en in de manier waarop de resultaten worden gerapporteerd dat het onmogelijk is de landen met elkaar te vergelijken. Het gebrek aan vergelijkbaarheid van de gegevens uit de verschillende landen benadrukt dat het noodzakelijk is om tot een gemeenschappelijke aanpak van het monitoren van de maatschappelijke kosten van het drugsgebruik in Europa te komen.

In Italië worden de maatschappelijke kosten van illegaal drugsgebruik geraamd op 6 473 miljoen EUR, waarbij activiteiten in het kader van de rechtshandhaving verantwoordelijk zijn voor het grootste deel van de totale kosten (43 %), en de rest verdeeld is over gezondheidszorg en sociale hulpverlening (27 %) en productiviteitsverlies van drugsgebruikers en indirect door drugsgebruik getroffen mensen (30 %). Verder wordt geschat dat drugsgebruikers 3 980 miljoen EUR hebben besteed aan het kopen van illegale drugs. Op basis van deze gegevens worden de kosten van het drugsgebruik in Italië geraamd op 0,7 % van het bruto binnenlands product. Uit gegevens over Oostenrijk komt naar voren dat de verdeling tussen directe en indirecte kosten in 2004 tegengesteld was aan de verdeling die door Italië wordt gerapporteerd: van de geraamde maatschappelijke kosten van drugsgebruik van 1 444 miljoen EUR bestond 72 % uit indirecte kosten.

Het Verenigd Koninkrijk meldt dat in de periode 2003-2004 de economische en maatschappelijke kosten van het gebruik van drugs die in klasse A (*) zijn ingedeeld in Engeland en Wales 22,26 miljard EUR bedroegen, waarmee de kosten op jaarbasis uitkwamen op 63 940 EUR per problematische drugsgebruiker. Gesuggereerd wordt dat problematisch drugsgebruik goed is voor 99 % van de totale kosten. Kosten ten gevolge van drugsgerelateerde criminaliteit, met inbegrip van de kosten van rechtshandhaving en de door de slachtoffers van deze vorm van criminaliteit gemaakte kosten, vormen het grootste deel van de totale kosten (90 %, oftewel 20,1 miljard EUR).

De ontwikkeling van nationale wetgeving

De analyse van de wijzigingen die in de drugswetgeving zijn doorgevoerd sinds de SAVVN over drugs van 1998

Naar een beter begrip van de drugsgerelateerde overheidsuitgaven in Europa – Selected issue van het EWDD in 2008

Als reactie op het EU-drugsactieplan 2005-2008 heeft het EWDD een project ontwikkeld dat als doel heeft om methoden voor het kwantificeren van drugsgerelateerde overheidsuitgaven te identificeren, ontwikkelen en toetsen. In een selected issue over dit onderwerp wordt een overzicht gegeven van de totale drugsgerelateerde overheidsuitgaven in de EU-lidstaten en Noorwegen in 2005. De meeste geconstateerde uitgaven werden daarbij in eerste instantie als drugsgerelateerd bestempeld en vervolgens „teruggevolgd” door middel van uitgebreid onderzoek van officiële boekhoudkundige documenten, waarmee mogelijk een goed beeld is verkregen van de vrijwillige inspanningen van de lidstaten op het gebied van drugs. Waar dat haalbaar was is met behulp van modeltechnieken een schatting gemaakt van verborgen of „niet-geoordeelde” uitgaven die onderdeel uitmaken van programma's met bredere doelen. Deze nieuwe, tweevoudige aanpak levert gestandaardiseerde schattingen op die de vergelijkbaarheid van de overheidsuitgaven op het gebied van drugs en drugsverslaving tussen landen maximaliseert, evenals de geldigheid van de resultaten.

Dit selected issue is beschikbaar in gedrukte vorm en op internet (alleen in het Engels) (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues>).

is van bijzonder belang in dit jaar van internationale, Europese en nationale beoordelingen en evaluaties van beleidsdocumenten inzake drugs. In deze paragraaf wordt naar aanleiding van de wijzigingen op drie belangrijke terreinen de volgende vraag gesteld: Wijzen de veranderingen in de wettelijke definities en de aanpak van drugsgebruikers op een nieuwe, algemenere trend in de manier waarop landen naar drugsgebruikers kijken?

Bezit voor persoonlijk gebruik

In de afgelopen tien jaar heeft in de meeste Europese landen een verschuiving plaatsgevonden in de richting van een aanpak waarin een onderscheid wordt gemaakt tussen enerzijds de drugshandelaar, die beschouwd wordt als crimineel, en anderzijds de drugsgebruiker, die veeleer wordt gezien als een zieke die behandeling behoeft. Toch zijn er aanzienlijke verschillen tussen de lidstaten als wordt gekeken naar de keuzen die zij hebben gemaakt bij het definiëren van deze categorieën in de nieuwe wetten die zij de afgelopen jaren hebben aangenomen.

Een van de punten waarop de verschillen tussen de lidstaten het grootst zijn is of er wel of geen drempelhoeveelheden voor persoonlijk gebruik worden vastgesteld. In de periode 2004-2006 schafte Bulgarije

(*) Drugs die zijn ingedeeld in klasse A worden beschouwd als de schadelijkste.

het concept van persoonlijk gebruik af, voerde Italië het na twaalf jaar van afwezigheid opnieuw in, en legde het Verenigd Koninkrijk het concept wettelijk vast om vervolgens af te zien van toepassing ervan. Cyprus en België introduceerden in 2003 vastgestelde grenshoeveelheden, voor respectievelijk alle drugs en voor cannabis, terwijl de Duitse deelstaten werken aan de consistentere tenuitvoerlegging van een uitspraak van het constitutionele hof, waarin zonder verdere definitie verwezen werd naar „onaanzienlijke hoeveelheden”, wat resulteerde in interpretaties van tussen de drie en dertig gram. In 2005 werden in Slowakije de wettelijk definities van het concept persoonlijk gebruik verruimd van een maximum van één dosis tot een maximum van drie en, bij een grotere hoeveelheid, tot tien doses. Tegelijkertijd werd de gevangenisstraf voor het bezit van alles boven deze hoeveelheden verhoogd tot een absoluut minimum van vier jaar, hetzelfde als voor de handel in drugs.

Ook het drugsgebruik in kleine groepen vormt een uitdaging als geprobeerd wordt een onderscheid te maken tussen gebruikers en leveranciers. In België werd het specifieke strafbare feit van drugsgebruik in groepsverband in 2003 geschrapt. In hetzelfde jaar maakte een wijziging van het Hongaarse wetboek van strafrecht het mogelijk de leverancier van een kleine hoeveelheid drugs voor „gezamenlijke” consumptie onder behandeling te stellen (vervolgens is beroep aangetekend omdat de bepaling juridisch onduidelijk zou zijn). In 2006 werd op Malta geconcludeerd dat de minimumgevangenisstraf van zes maanden voor leveranciers niet altijd gepast is in situaties waarin de drugs worden gedeeld, en werd de wet gewijzigd om uitzonderingen op de regel toe te staan.

Wat de straffen betreft, zijn de maximum- of te verwachten straffen voor gebruik of bezit voor persoonlijk gebruik, bij ontbreken van verzwarende omstandigheden, sinds 2001 in diverse Europese landen verlaagd — hetzij voor alle drugs (Estland, Griekenland, Hongarije, Portugal, Finland), hetzij uitsluitend voor cannabis (België, Luxemburg, Verenigd Koninkrijk) of voor drugs met een beperkt risico (Roemenië). Niet alle landen hebben in deze periode echter hun straffen verlaagd: Frankrijk en Polen hebben na raadpleging besloten hun wetten niet te wijzigen, en Denemarken heeft de „normale” straffen verhoogd van waarschuwingen tot boetes (die vervolgens zijn verhoogd). Door een nieuwe wet in Italië is drugsgebruik wederom een administratief delict, en is dit delict opnieuw geclassificeerd zodat hiervoor dezelfde straffen gelden als voor andere illegale stoffen, zoals heroïne en cocaïne. In het Verenigd Koninkrijk is

aangekondigd dat cannabis in een hogere klasse zal worden ingedeeld.

Alternatieve straffen

De wijzigingen met betrekking tot de toegang van drugsgebruikers tot behandeling via het strafrechtelijk systeem hebben twee kenmerken gemeen. Ten eerste ontstaat door dergelijke wijzigingen meer ruimte om drugsgebruikers door te verwijzen naar behandeling. Er zijn echter bepaalde verschillen tussen landen met betrekking tot de fase waarin een aanbod om een behandeling te ondergaan wordt gedaan. Het merendeel van de landen biedt behandeling aan in de gerechtelijke fase, in plaats van in de eerdere fasen van het contact met politie of aanklagers. Ten tweede is een dergelijk aanbod voorwaardelijk: wordt in strijd gehandeld met het bevel tot behandeling, dan wordt de procedure in de fase van de aanklacht, vervolging of straf voortgezet.

Landen hebben mogelijkheden of systemen gecreëerd of verruimd voor de doorverwijzing van plegers van drugsdelicten naar behandeling of counseling, als alternatief voor (gevangenis)straf, overeenkomstig de doelstellingen zoals die zijn vastgesteld door de SAVVN en in het EU-actieplan zijn neergelegd. In Ierland en Malta kunnen drugsgebruikers na hun aanhouding naar behandeling worden doorverwezen; dit geldt ook voor het Verenigd Koninkrijk, waar het in bepaalde omstandigheden is toegestaan om een drugstest af te nemen. Er zijn speciale drugsgerechten opgericht in Ierland, het Verenigd Koninkrijk (Engeland en Schotland) en Noorwegen, en in Malta wordt daarover gesproken. Portugal heeft een systeem van „commissies voor de ontmoediging van drugsgebruik” opgezet die bestaan uit een advocaat, een dokter en een maatschappelijk werker. In andere landen is via nieuwe wetten enige vorm van behandeling ingevoerd als alternatieve straf: in Frankrijk kunnen niet-verslaafde drugsdelinquenten op eigen kosten bewustwordingscursussen volgen, in Spanje, Hongarije en Letland kunnen vrijheidsstraffen worden geschorst als drugsgebruikers in behandeling gaan, en in Bulgarije, Hongarije, Roemenië en Turkije kan voorwaardelijke invrijheidstelling worden gecombineerd met behandeling. Nederland streeft ernaar het gebruik van behandeling als voorwaarde voor vervroegde invrijheidstelling uit te breiden. Indien dit gepast wordt geacht, kunnen veroordeelde delinquenten in Finland naar een open gevangenis worden overgebracht als zij drugsvrij blijven. In Griekenland kunnen zij naar een speciale behandel eenheid worden gestuurd. De groep van veroordeelden die in aanmerking komen voor behandelprogramma's is uitgebreid met plegers van

zwaardere misdrijven in Italië (indien op het delict een gevangenisstraf staat van maximaal zes jaar, in plaats van vier) en Spanje (verhoogd van drie naar vijf jaar). In België bestaan in alle fasen van de strafrechtelijke procedure alternatieven om drugsgebruikende delinquenten zo ver te krijgen een behandeling te ondergaan.

Nadere omschrijvingen van de diverse behandelingen die als alternatieve straf kunnen worden opgelegd en de mate waarin dat gebeurt zijn te vinden in de onderdelen „Topic overviews” en „Legal reports” van de Europese juridische database inzake drugs ⁽⁸⁾.

Nadruk op de bescherming van het publiek

In de afgelopen tien jaar is het strafrecht steeds meer gebruikt om het publiek te beschermen tegen de drugsgebruiker en, parallel aan het onderscheid dat is gemaakt tussen de „zieke” gebruiker en de „criminele” handelaar, wordt ook de categorie „gebruiker” juridisch onderverdeeld in gebruikers die wel en gebruikers die geen problemen of schade veroorzaken voor andere leden van de samenleving. De hierboven beschreven maatregelen waarmee de strafrechtelijke sancties voor persoonlijk gebruik zijn verlaagd of alternatieve straffen zijn gecreëerd, maken deel uit van deze ontwikkeling. Deze behandelingen of lagere straffen worden bijvoorbeeld aangeboden op voorwaarde dat de gebruiker geen enkele vorm van overlast veroorzaakt.

Verder zijn de criteria verruimd en de sancties verhoogd voor die delinquenten bij wie het risico bestaat dat zij andere leden van de samenleving schade berokkenen. Het grootste deel van de wetgevingsactiviteit was gericht op mensen die drugs gebruiken en vervolgens gaan autorijden (België, Tsjechië, Denemarken, Spanje, Frankrijk, Letland, Litouwen, Portugal, Finland). Nieuwe wetten inzake drugstests op de werkplek in Ierland, Finland en Noorwegen benadrukken dat testen voornamelijk is toegestaan in situaties waarin het onder invloed zijn een aanzienlijk gevaar of risico zou opleveren. Het gebruik van drugs in verschillende vervoersmiddelen wordt beheerst door nieuwe wetten: treinen en schepen in Ierland, boten in Letland, vliegtuigen in Finland. In de afgelopen jaren zijn verder waargenomen: wetten en strategieën ter voorkoming of bestraffing van drugsgerelateerde overlast (zie het selected issue uit 2005), nieuwe bevoegdheden om cafés of andere ruimten te sluiten of mensen daaruit te weren (België, Ierland, Nederland), en bevoegdheden om particuliere woningen te sluiten waar sprake is van de commerciële distributie van drugs of van systematisch

drugsgebruik (respectievelijk Nederland en het Verenigd Koninkrijk). Parallel hieraan zijn er in Europa in deze periode ook nieuwe wetten ingevoerd om niet-rokers te beschermen tegen het gebruik van tabak: sinds 2004 hebben 24 Europese lidstaten (alle lidstaten behalve Griekenland, Hongarije en Polen) het roken in openbare ruimten verboden of drastisch beperkt, vaak met hoge boetes voor overtreders.

De aan de orde gestelde wetswijzigingen kunnen als volgt worden samengevat: het lijkt erop dat de strafsancities voor individuele gebruikers die drugs gebruiken zonder dat er sprake is van verzwarende omstandigheden vaak zijn verlaagd, maar dat die sancties, haast als tegenwicht, zijn verhoogd voor gebruikers die gedrag vertonen waarvan andere leden van de samenleving overlast ondervinden. Dit laatste past bij de grotere nadruk die wordt gelegd op de inzet van het strafrecht ter bescherming van het publiek.

Drugsgerelateerde criminaliteit

Drugsgerelateerde criminaliteit is een breed concept dat alle begane delicten kan omvatten die op enigerlei wijze verband houden met drugs ⁽⁹⁾. In de praktijk zijn er in Europa alleen stelselmatige gegevens beschikbaar over de eerste aangiften van drugsdelicten, voornamelijk van de politie. Hoewel deze gegevens meestal worden beschouwd als indirecte indicatoren van het drugsgebruik of de drugshandel, is het belangrijk op te merken dat hierin de verschillen tussen de nationale wetgevingen tot uitdrukking komen, alsmede de verschillende manieren waarop de wetten worden toegepast en gehandhaafd. De gegevens weerspiegelen verder de verschillen in de hoeveelheid middelen en de prioriteit die opsporings- en vervolgingsinstanties aan specifieke delicten toekennen. Daarnaast bestaan er verschillen tussen landen in de informatiesystemen voor drugsdelicten, met name met betrekking tot de rapportage- en registratieprocedures. Omdat deze verschillen het lastig maken landen met elkaar te vergelijken, is het beter om te kijken naar trends dan naar absolute aantallen.

Over het geheel genomen is het aantal aangiften van drugsdelicten in de EU-lidstaten tussen 2001 en 2006 toegenomen met gemiddeld 36% (figuur 2). De gegevens laten een groeiende trend zien in alle rapporterende landen, met uitzondering van Bulgarije, Griekenland, Letland en Slovenië, die in die periode van vijf jaar juist een afname lieten zien ⁽¹⁰⁾.

⁽⁸⁾ <http://eldd.emcdda.europa.eu>

⁽⁹⁾ Zie voor een bespreking van de verbanden tussen drugs en criminaliteit EWDD (2007b).

⁽¹⁰⁾ Zie tabel DLO-1 in het Statistical Bulletin 2008.

Gebruiks- en aanvoerdelicten

De verhouding tussen drugsdelicten in verband met het gebruik en die in verband met de aanvoer (dealen, handel, productie) is vergelijkbaar met de verhouding die in voorgaande jaren is gerapporteerd. De meeste Europese landen melden dat het grootste deel van de delicten te maken heeft met bezit en/of gebruik van drugs, met in Spanje in 2006 zelfs een percentage van 93 % ⁽¹¹⁾. In Tsjechië, Nederland, Turkije en Noorwegen houden de meeste gerapporteerde drugsdelicten echter verband met de aanvoer van drugs, met percentages van 52 % (Turkije) tot 88 % (Tsjechië) van alle in 2006 gerapporteerde drugsdelicten.

Het aantal drugsdelicten in verband met gebruik is in de Europese Unie tussen 2001 en 2006 met gemiddeld 51 % toegenomen, waarbij in twee derde van de rapporterende landen een opwaartse trend is waargenomen en alleen Slovenië en Noorwegen in die periode van vijf jaar een neerwaartse trend lieten zien ⁽¹²⁾. Daarnaast moet worden opgemerkt dat, als percentage van alle drugsdelicten, de hoeveelheid gebruiksdelicten in de helft van de rapporterende landen in dezelfde periode gestegen is.

Ook het aantal delicten in verband met de aanvoer van drugs is toegenomen in de periode 2001-2006, maar met een gemiddelde stijging van 12 % in de Europese Unie ging dit veel minder snel. In deze periode is het aantal aanvoerdelicten in ruim de helft van de rapporterende landen gestegen, maar gedaald in vier landen (Duitsland, Cyprus, Nederland, Slovenië) ⁽¹³⁾.

Trends per drug

In de meeste Europese landen bleef cannabis in 2006 de illegale drug die het vaakst een rol speelt bij gerapporteerde drugsdelicten ⁽¹⁴⁾. In de landen waar dit het geval is, kwam 36 tot 86 % van alle drugsdelicten voor rekening van strafbare feiten die verband houden met cannabis. In enkele landen voerden andere drugs dan cannabis de lijst van drugsdelicten aan: in Tsjechië ging het bij 60 % van alle drugsdelicten om metamfetamine, in Malta lag het percentage voor heroïne op 41 %. In Luxemburg waren de drugsdelicten bijna gelijk verdeeld over cannabis, heroïne en cocaïne.

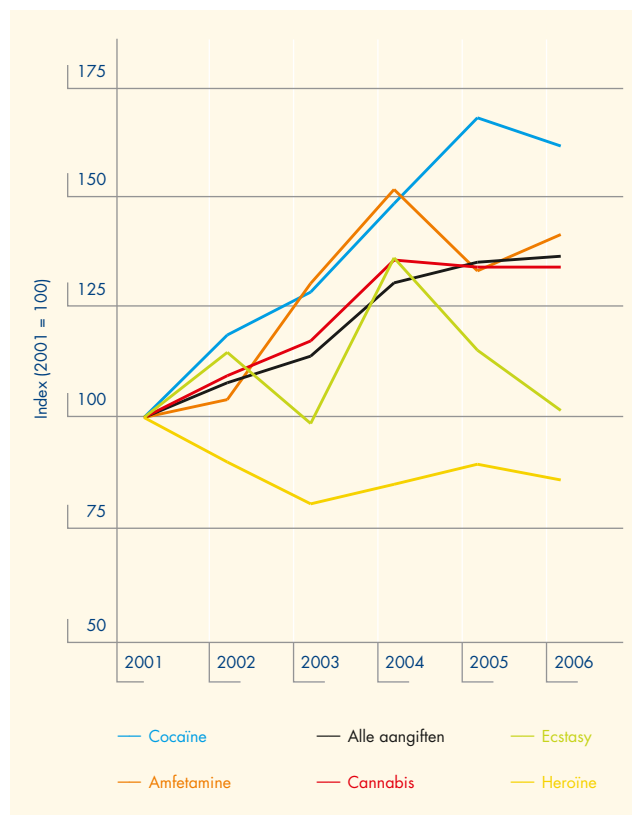
In de periode 2001-2006 is het aantal drugsdelicten waarbij cannabis betrokken was in de meeste rapporterende landen gestegen of gelijk gebleven, met een gemiddelde stijging van 34 % in de Europese Unie (figuur

2). In Bulgarije, Tsjechië (2002-2006), Italië en Slovenië was evenwel sprake van een neerwaartse trend ⁽¹⁵⁾.

Het aantal delicten waarbij cocaïne in het spel was steeg in de periode 2001-2006 in alle Europese landen met uitzondering van Bulgarije, Duitsland en Slowakije. Het EU-gemiddelde nam in die periode met 61 % toe.

Met betrekking tot drugsdelicten waarbij heroïne een rol speelt is in de periode 2001-2006 het beeld anders dan

Figuur 2: Geïndexeerde trends in de verslagen voor drugsdelicten in de EU-lidstaten, 2001-2006



NB: De getoonde trends vormen de weerslag van de beschikbare informatie over het aantal landelijke aangiften van drugsdelicten (zowel overtredingen als misdrijven) als gerapporteerd door de rechtshandhavinginstanties in de EU-lidstaten. Voor de berekening van een algemene EU-trend zijn alle reeksen geïndexeerd tegen een basisniveau van 100 in 2001 en gewogen op basis van de bevolkingsgrootte; de totale aantallen aangiften in 2006 in de landen waarop de trends zijn gebaseerd (vóór weging) waren: amfetamine 41 069; cannabis 550 878; cocaïne 100 117; ecstasy 17 598; heroïne 77 242; alle meldingen 936 866. Landen die voor twee of meer jaar achter elkaar geen gegevens hebben verstrekt zijn niet meegenomen in de trendberekeningen: de algemene trend is gebaseerd op alle EU-lidstaten, behalve het Verenigd Koninkrijk, de trend voor cannabis is gebaseerd op achttien landen, de trend voor heroïne op achttien landen, de trend voor cocaïne op zeventien landen, de trend voor amfetamine op twaalf landen en de trend voor ecstasy op dertien landen. Voor meer informatie over de gebruikte methodologie, zie figuur DLO-3 in het Statistical Bulletin.

Bronnen: nationale focal points van het Reitox-netwerk en voor bevolkingscijfers Eurostat (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>).

⁽¹¹⁾ Zie tabel DLO-2 in het Statistical Bulletin 2008.

⁽¹²⁾ Zie figuur DLO-2 en tabel DLO-4 in het Statistical Bulletin 2008.

⁽¹³⁾ Zie tabel DLO-5 in het Statistical Bulletin 2008.

⁽¹⁴⁾ Zie tabel DLO-3 in het Statistical Bulletin 2008.

⁽¹⁵⁾ Zie tabel DLO-6 in het Statistical Bulletin 2008. Zie voor een aanvullende analyse van delicten in verband met cannabis hoofdstuk 3.

bij cannabis en cocaïne: het totaal daalde in de Europese Unie met gemiddeld 14 %, vooral tussen 2001 en 2003. De nationale trends in heroïnedelicten laten echter een gemengd beeld zien in deze periode, met opwaartse trends in een derde van de landen ⁽¹⁶⁾.

De gemiddelde trends in de EU voor delicten in verband met amfetamine en ecstasy vertonen een piek in 2004. Terwijl de trend voor amfetaminedelicten opwaarts bleef (gemiddelde stijgingen van 41 % tussen 2001 en 2006), fluctueerde het EU-gemiddelde voor ecstasydelicten in die periode, maar zonder tussen 2001 en 2006 veel verandering te vertonen.

Nationaal onderzoek naar drugs

Het drugsprobleem wordt in alle Europese landen onderzocht, waar het informatie oplevert die essentieel is voor het beschrijven en begrijpen van de gevolgen die drugs op nationale schaal hebben. Op basis van verslagen uit 25 lidstaten, Kroatië en Noorwegen, kan een overzicht worden gegeven van de organisatie van het onderzoek naar drugs dat in Europese landen wordt verricht. In een periode waarin het belang van zogenaamde evidence-based interventies steeds meer wordt onderkend, is het opvallend dat 21 landen rapporteren dat onderzoeksresultaten in ieder geval in enige mate in het drugsbeleid worden meegenomen.

Coördinatie en financiering

Onderzoek naar drugs wordt vermeld in de nationale drugsstrategieën of -actieplannen van 20 van de 27 rapporterende landen, hetzij als een specifiek onderwerp, hetzij als een essentieel element van evidence-based beleid. In 15 van de 27 rapporterende landen bestaan er structuren voor de coördinatie van onderzoek naar drugs op nationaal niveau. Slechts vijf landen melden dat onderzoek naar drugs niet is opgenomen in hun nationale strategieën of dat zij op dit gebied geen nationale coördinatiestructuur hebben.

De staat is de voornaamste financieringsbron voor onderzoek naar drugs die door de lidstaten wordt vermeld, hetzij via programma's voor algemeen onderzoek, hetzij via onderzoeksprogramma's op drugsgebied. Gezondheidszorg en sociale wetenschappen zijn twee van de belangrijkste terreinen voor algemeen onderzoek waarop financiering van onderzoek naar drugs plaatsvindt. Specifiek voor onderzoek naar drugs bestemde middelen kunnen beschikbaar zijn via nationale coördinatieorganen voor drugs (Tsjechië, Spanje, Frankrijk, Luxemburg, Hongarije, Polen, Portugal, Noorwegen). Bij

beide typen financieringsprogramma's wordt onderzoek naar illegale drugs vaak gekoppeld aan andere terreinen binnen het verslavingsgebied, zoals alcohol, tabak en gokken. De middelen zijn meestal beschikbaar via contracten voor onderzoek dat in opdracht wordt verricht of via kaderprogramma's waarop onderzoekers een beroep doen. Andere soorten financieringsbronnen die worden genoemd zijn onder meer stichtingen, wetenschappelijke academies, particuliere instellingen, speciale fondsen voor de strijd tegen drugs, de Europese Commissie en de Verenigde Naties.

Structuren en projecten

Het merendeel van de landen meldt dat het onderzoek voornamelijk plaatsvindt bij universiteiten en in gespecialiseerde centra, waar soms ook nationale focal points zijn ondergebracht, gevolgd door publieke en private onderzoekscentra. Sommige landen (Duitsland, Spanje, Portugal) rapporteren het bestaan van nationale onderzoeksnetwerken. Dergelijke netwerken kunnen een belangrijke rol spelen bij de organisatie en financiering van onderzoek, en kunnen ook directere verbanden tussen onderzoek en de praktijk bevorderen.

Van de grote door de lidstaten gerapporteerde studies die sinds 2000 zijn uitgevoerd betreft meer dan de helft de epidemiologie en ongeveer een derde toegepast onderzoek (voornamelijk evaluaties van interventies op het gebied van preventie en behandeling). Er worden ook studies aangehaald naar determinanten, risico- en beschermingsfactoren voor drugsgebruik, gevolgen van drugsgebruik, en drugsmechanismen en affecten.

Diverse landen melden beperkingen voor onderzoek naar drugs. Tot de geconstateerde problemen behoren: organisatorische aspecten — zoals een gebrek aan coördinatie en versnipperde middelen — (Duitsland, Frankrijk, Oostenrijk), gebrek aan gekwalificeerd personeel (Letland, Hongarije) en methodologische aspecten (kwesties inzake gegevensbescherming, problemen bij het bereiken van verborgen populaties, gebrek aan continuïteit van onderzoeksprojecten). Diverse landen bestempelen de beperkte beschikbaarheid van middelen voor onderzoek naar drugs als een belangrijke beperking (België, Griekenland, Polen, Roemenië en Finland).

Verspreiding

In totaal zijn er 25 Europese aan intercollegiale toetsing onderhevige tijdschriften die specifiek gericht zijn op het gebied van drugs en er zijn publicaties waargenomen in elf andere talen dan het Engels. Het

⁽¹⁶⁾ Zie tabel DLO-7 in het Statistical Bulletin 2008.

Meer nieuws over drugsgerelateerd onderzoek

Door middel van de nationale focal points van het Reitox-netwerk verzamelt het EWDD gedetailleerde informatie over onderzoek op het gebied van drugs dat in de Europese landen wordt uitgevoerd. De door de lidstaten verstrekte informatie omvat onder andere een beschrijving van nationale onderzoeksorganisaties en financieringsregelingen. De lidstaten hebben ook lijsten verstrekt van de belangrijkste studies die sinds 2000 in hun land zijn uitgevoerd en van de wetenschappelijke papers, wetenschappelijke tijdschriften en websites door middel waarvan de bevindingen van dit drugsgerelateerde onderzoek zijn verspreid. Het EWDD zorgt er met behulp van verschillende verspreidingsproducten en -kanalen voor dat deze en andere informatie beschikbaar komt (zie <http://www.emcdda.europa.eu/themes/research>).

Voor meer gedetailleerde informatie over dit onderwerp, zie het selected issue uit 2008 over drugsgerelateerd onderzoek (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues>).

De Europese Commissie heeft opdracht gegeven voor een grondige vergelijkende analyse van onderzoek naar illegale drugs in de Europese Unie. De studie moet een overzicht bieden van de financiële middelen voor drugsgerelateerd onderzoek die de Europese Unie en de lidstaten beschikbaar stellen, waarbij wordt voortgebouwd op de resultaten van het selected issue over onderzoek. Het bereik van de studie wordt uitgebreid om ook onderzoek naar het terugdringen van het aanbod van drugs en veiligheid in de analyse te betrekken. In de studie zal de bestaande onderzoeksinfrastructuur in de lidstaten en op EU-niveau tegen het licht worden gehouden en een vergelijking worden gemaakt met andere regio's, zoals Noord-Amerika en Australië. Tot slot zullen er beleidsaanbevelingen worden geformuleerd om gaten in de kennis op te vullen en de samenwerking op Europees niveau te verbeteren. Ook zullen de bestaande Europese netwerken worden beoordeeld, waaronder die van het EWDD en de nationale focal points van het Reitox-netwerk. De resultaten van deze studie zullen begin 2009 worden gepubliceerd.

merendeel van deze nationale tijdschriften publiceert Engelse samenvattingen en accepteert internationale bijdragen. Behalve in publicaties die specifiek gericht zijn op illegale drugs en verslaving, verschijnen artikelen over illegaal drugsgebruik ook in aan intercollegiale toetsing onderhevige tijdschriften uit een breed scala aan disciplines en in vakbladen. In 2006 zijn onderzoeksresultaten op drugsgebied gepubliceerd in

ruim honderd van dergelijke Europese tijdschriften. Ook andere soorten publicaties, met inbegrip van die van nationale focal points, spelen een belangrijke rol in de verspreiding.

Ook de nationale focal points van het Reitox-netwerk vervullen een belangrijke rol bij de verspreiding van onderzoeksresultaten in alle rapporterende landen, hoofdzakelijk door middel van hun nationale verslagen.



Hoofdstuk 2

De aanpak van drugsproblemen in Europa — een overzicht

Inleiding

Dit hoofdstuk biedt een overzicht van de aanpak van drugsproblemen in Europa en 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 tezamen een alomvattend systeem vormen voor de terugdringing van de vraag. Het hoofdstuk omvat verder een evaluatie van de beschikbare gegevens over de behoeften van drugsgebruikers in gevangenissen en de bestaande wijzen van aanpak in deze specifieke omgeving. Bovendien wordt kort ingegaan op toekomstige uitdagingen met betrekking tot de monitoring van een ander terrein binnen het drugsbeleid, namelijk de terugdringing van het aanbod van drugs.

Preventie

Drugspreventie kan worden onderverdeeld in een aantal niveaus of strategieën, variërend van omgevings- tot geïndiceerde preventie, die idealiter niet met elkaar concurreren maar elkaar aanvullen. De onderstaande beschrijving van de actuele situatie en trends in Europa is gebaseerd op kwalitatieve gegevens over algemene en selectieve preventie die in 2007 aan het EWDD zijn gerapporteerd ⁽¹⁷⁾ en op literatuuronderzoek inzake geïndiceerde preventie (EWDD, 2008f).

Algemene preventie

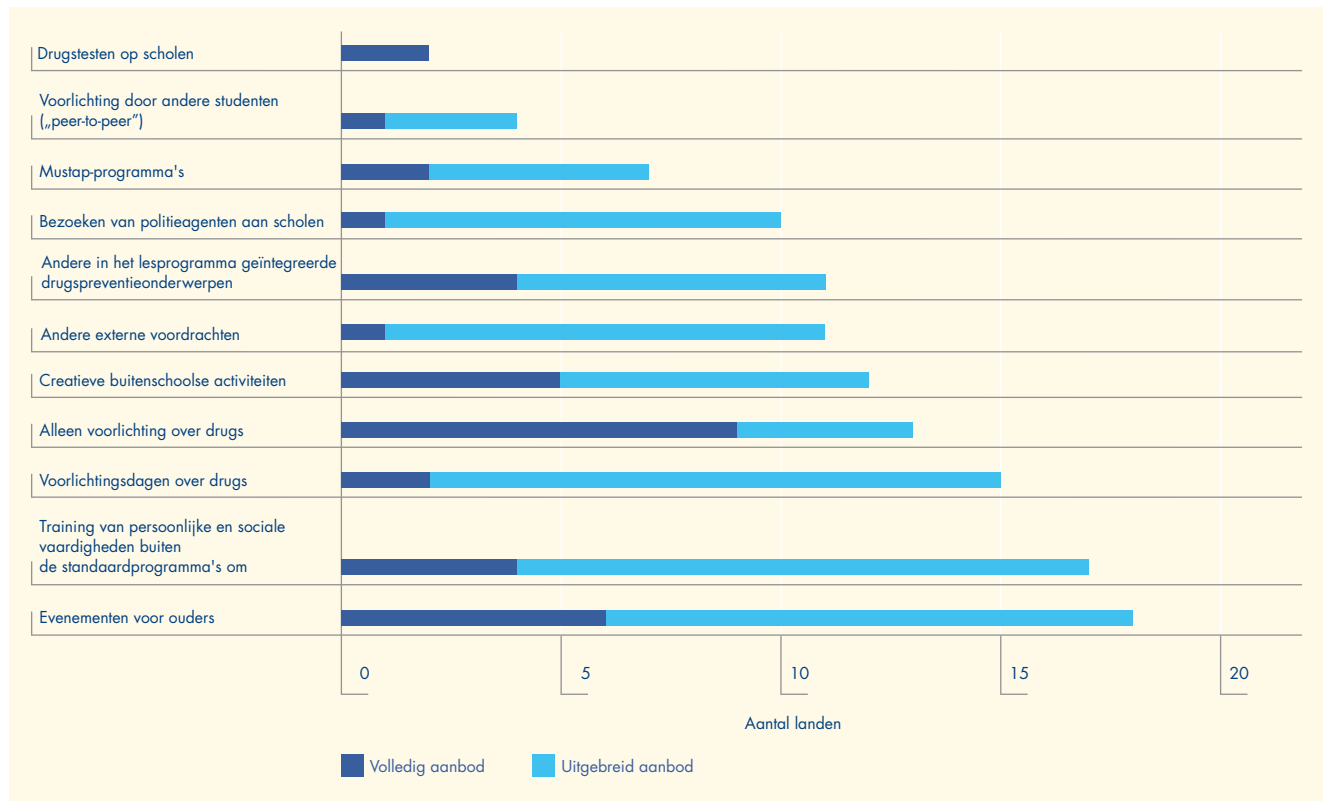
De doelstellingen van algemene schoolgerichte drugspreventie in Europa lijken de afgelopen jaren te zijn verschoven. In 2007 was de ontwikkeling van levensvaardigheden de meest gerapporteerde doelstelling van preventieactiviteiten (12 van de 28 rapporterende landen), terwijl in 2004 de helft van de landen (13/26) bewustwording en voorlichting als voornaamste doelstelling noemde. Het scheppen van een beschermende schoolomgeving, een vorm van structurele interventie, werd in 2007 ook vaker genoemd als belangrijkste doelstelling (zes landen) dan in 2004 (vier landen). De veranderingen in gemelde doelstellingen

Betere monitoring van de aanbodvermindering

Aanbodvermindering kan worden omschreven als alle activiteiten die bedoeld zijn om te voorkomen dat illegale drugs de gebruikers bereiken. Daarbij kan het gaan om internationale verdragen, wetgeving en beleid op EU- en nationaal niveau, maar ook om maatregelen tegen de verschillende processen en actoren die betrokken zijn bij de productie van en handel in illegale drugs, misbruik of illegale vervaardiging van legale stoffen (medicijnen, chemische precursoren) voor illegale doeleinden en het witwassen van drugsgelden. Rechtshandavingsactiviteiten, initiatieven voor alternatieve ontwikkeling en projecten die gericht zijn op de preventie van drugsgerelateerde misdaad dragen allemaal bij aan het verminderen van het aanbod van illegale drugs. Monitoring en analyse vormen, net als bij de vermindering van de vraag naar drugs, een belangrijke ondersteuning van deze activiteiten en de evaluatie ervan.

Recente gegevens die zijn verzameld in het kader van de jaarlijkse voortgangsverslagen over het EU-drugsactieplan en de voortgangsbijeenkomst over hiv/aids van de Algemene Vergadering van de VN (SAVVN) (zie hoofdstuk 1) geven een gemengd beeld van de beschikbaarheid van responsgegevens op het gebied van aanbodvermindering. Activiteiten in het kader van internationale projecten zijn meestal goed gedocumenteerd, maar de toegankelijkheid van gegevens op nationaal niveau is vaak slecht en ook de onderlinge vergelijkbaarheid van deze gegevens laat vaak te wensen over. De Europese Commissie, Eurostat, Europol en het EWDD zullen deze situatie proberen te verbeteren in het kader van het volgende EU-drugsactieplan (2009-2012). Daarbij zullen de huidige begripsmatige kaders, informatiesystemen en informatiebronnen voor het monitoren en analyseren van de activiteiten van de lidstaten op het gebied van aanbotsvermindering tegen het licht worden gehouden. Ook is er behoefte aan een beter begrip van de drugsmarkten, met name van de wijze waarop het aanbod wordt gedistribueerd, waarbij zowel de economische als de sociale dimensie aan bod moeten komen. In twee door de Europese Commissie gefinancierde studies zal onderzoek worden gedaan naar respectievelijk de informatiesystemen en bronnen op het gebied van aanbotsvermindering en de internationale drugsmarkt.

⁽¹⁷⁾ De gegevens zijn verstrekt door nationale deskundigen in de lidstaten.

Figuur 3: Meest frequent gebruikte interventies bij universele preventie op scholen

NB: Mustap-programma's zijn gestandaardiseerde multisessie-programma's met gedrukt materiaal.
 Bron: nationale focal points van het Reitox-netwerk.

kunnen een overstap weerspiegelen op een rationelere en meer evidence-based aanpak, maar het is onduidelijk in hoeverre deze gewijzigde doelstellingen overeenstemmen met de daadwerkelijk gehanteerde preventiestrategieën.

Evenementen voor ouders en strategieën die uitsluitend bestaan in het geven van voorlichting (voorlichtingsdagen, bezoeken van deskundigen of van politieagenten aan scholen) behoren tot de typen schoolgerichte interventie die door de grootste groep landen worden gemeld (figuur 3). Hoe doeltreffend deze interventies zijn is onduidelijk. Daarentegen worden enkele interventies waarvoor juist sterker bewijs bestaat slechts door een paar landen gemeld. Het gaat daarbij onder meer om gestandaardiseerde programma's, „peer-based“-benaderingen of specifiek op jongens gerichte interventies. Al deze interventies hebben tot doel communicatieve vaardigheden te verbeteren, het vermogen om met conflicten, stress en frustratie om te gaan te vergroten, of normatieve misvattingen over drugsgebruik te corrigeren. De algemene voorkeur voor interventies waarvoor geen of slechts een zwakke wetenschappelijke basis bestaat, kan een gevolg zijn van

het feit dat hiervoor minder middelen en minder opleiding van personeel nodig is.

Naast activiteiten die specifiek gericht zijn op drugsgebruik, vinden op scholen ook structurele interventies plaats. Met structurele interventies wordt geprobeerd invloed uit te oefenen op de keuzen die jongeren maken omtrent drugsgebruik, door te streven naar beschermende en normatieve sociale omgevingen (Toumbourou et al., 2007). Deze aanpak sluit aan bij een algemeen preventiebeleid waarbij in toenemende mate striktere regels voor tabak en alcohol op scholen worden gehanteerd. Twintig landen melden een volledig rookverbod op alle scholen, en 18 landen melden een volledig of extensief aanbod⁽¹⁸⁾ van drugsinterventies op scholen. Met name in Midden- en West-Europa melden lidstaten dat zij structurele interventies hebben ingevoerd om het gebruik van tabak en alcohol op scholen terug te dringen. Deze preventiemaatregelen kunnen ook worden aangevuld met andere structurele maatregelen, zoals de verbetering van het ontwerp van schoolgebouwen en het schoolleven.

⁽¹⁸⁾ Extensief aanbod: de interventie wordt aangeboden op het merendeel van de locaties waar de omvang van de doelpopulatie toereikend is voor de uitvoering ervan. Volledig aanbod: de interventie is beschikbaar op bijna alle locaties waar de omvang van de doelpopulatie toereikend is voor de uitvoering ervan.

Gezinsgerichte preventie is een andere veelgebruikte preventieaanpak. Elf landen rapporteren een volledig of extensief aanbod van gezinsbijeenkomsten en avonden. Net als schoolgerichte preventie lijkt gezinsgerichte preventie voornamelijk tot doel te hebben voorlichting te geven. Het intensief coachen en trainen van gezinnen, een aanpak die in studies consistent doeltreffend is gebleken (Petrie et al., 2007), wordt op beperkte schaal aangeboden, met slechts zeven landen die de hoogste aanbodniveaus melden.

Selectieve preventie

Selectieve preventie is gebaseerd op sociale en demografische indicatoren, zoals werkloosheids-, criminaliteits- en spijbelcijfers. Deze vorm van 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.

Dertien landen melden dat gezinsgerichte preventie meestal selectief van aard is. Toch worden belangrijke risicofactoren voor gezinnen in Europa zelden aangepakt. Van de dertig rapporterende landen maken er slechts zeven melding van een volledig of extensief aanbod van interventies voor drugsgebruik binnen gezinnen, en vijf van interventies voor gezinsconflicten en verwaarlozing. Daarnaast worden de volgende categorieën interventies elk door vier landen gerapporteerd: aanpak van sociale achterstanden (bijv. werkloosheid), hulp bij problemen met justitie, en ondersteuning van gemarginaliseerde gezinnen uit etnische minderheden. Bovendien richten slechts drie landen zich op de behoeften van gezinnen die kampen met geestelijke gezondheidsproblemen.

Ook de risico-omstandigheden van jonge kwetsbare groepen, bijvoorbeeld jonge delinquenten, daklozen, spijbelaars, en jongeren uit achterstands- en minderheidsgroepen, worden zelden aangepakt ondanks dat zij steeds hoger op de politieke agenda staan. Sinds 2004 worden deze omstandigheden in het drugsbeleid steeds vaker genoemd als het belangrijkste doel voor preventieve interventies, maar het gemelde aanbod aan interventies is in deze periode niet toegenomen. Gedetailleerdere gegevens zijn te vinden in het selected issue uit 2008 over kwetsbare jongeren.

Geïndiceerde preventie

Bij geïndiceerde preventie is het doel om personen te identificeren met gedrags- of psychologische problemen die de ontwikkeling van problematisch drugsgebruik in

Drugs en kwetsbare groepen jongeren — selected issue van het EWDD in 2008

Bepaalde groepen jongeren lopen het risico sociaal te worden uitgesloten, wat kan leiden tot een verhoogde kans op drugsgebruik en ontwikkeling van drugsgebruikproblemen. Door de interventies ter beperking van drugsgebruik en drugsgerelateerde schade toe te spitsen op specifieke groepen, is er meer kans dat aan de behoeften van deze groepen wordt voldaan en dat de interventie succes heeft.

Deze selected issue biedt grondige informatie over de risicofactoren en kwetsbaarheidsprofielen van specifieke groepen en onderzoekt het drugsgebruik en de drugsgerelateerde problemen bij die groepen. Er wordt ook nagegaan wat de gevolgen zijn van kwetsbaarheid ten gevolge van spijbelen, schooluitval, sociale achterstand, familiale problemen en criminaliteit. Verder wordt specifieke maatregelen besproken om drugsgebruik en drugsproblemen bij kwetsbare groepen aan te pakken, zoals wetgeving, preventie en behandeling.

Deze selected issue is beschikbaar in gedrukte vorm en op internet (alleen in het Engels) (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues>).

hun latere leven kan voorspellen, en om zich met speciale interventies individueel op hen te richten. Dergelijke personen zijn onder meer vroegtijdige schoolverlaters en mensen met psychiatrische stoornissen, asociaal gedrag of vroegtijdige tekenen van drugsgebruik. In een onlangs door het EWDD (2008f) gepubliceerd rapport worden longitudinale studies gepresenteerd waarin wordt ingegaan op probleemtrajecten, neurologische gedragsstudies en de toenemende kennis over de plasticiteit van de hersenen en de rol van neurotransmitters, en waarin de aandacht wordt gevestigd op de bevindingen van door de lidstaten gerapporteerde interventies.

Kinderen met gedragsstoornissen, zoals een combinatie van „attention deficit (hyperactivity) disorder” (ADHD) en een antisociale gedragsstoornis, lopen een groot risico om drugsproblemen te ontwikkelen. Vroegtijdige interventie bij kinderen met gedragsstoornissen vereist nauwe samenwerking van medische, maatschappelijke en jeugddiensten. Bij het Duitse „multi-modulebehandelingsconcept” wordt bijvoorbeeld een combinatie aangeboden van counseling voor ouders en verzorgers, medische, psychotherapeutische en psychosociale hulpverlening en extra ondersteuning op de (kleuter)school. De Ierse benadering, die bestaat in gerichte voorlichting en psychologische counseling voor jongeren, met name ter voorkoming van

ontwikkelingsproblemen op scholen, onderwijsinstellingen en binnen het gezin, is over het algemeen positief geëvalueerd. In Nederland is in een studie naar de preventieve langetermijneffecten van de behandeling van gedragsstoornissen bij kinderen tussen de acht en dertien jaar gebleken dat geprotocolleerde gedragstherapie aanzienlijk betere vervolgresultaten oplevert voor roken en cannabisgebruik dan de gebruikelijke behandeling (Zonnevylle-Bender et al., 2007).

Werkzaamheid en risico's van interventies

Drugsgebruik onder kinderen en binnen gezinnen blijft het voornaamste aandachtspunt van gerichte preventie in Europa. In een groot aantal studies naar de sociale en neurologische predictoren voor de ontwikkeling van drugsgebruik wordt aangetoond dat ook niet op drugs gerichte preventie-inspanningen effect kunnen hebben op het drugsgebruik. Zowel selectieve als geïndiceerde preventie kan het effect van een vroege ontwikkelingsachterstand, de vertaling daarvan in sociale marginalisering, en de daarop volgende ontwikkeling van het drugsgebruik matigen. Diverse onderzoeksstudies hebben laten zien dat interventies in de eerste schooljaren die zijn gericht op het verbeteren van de onderwijsomgeving en het tegengaan van sociale uitsluiting, ook een matigend effect hebben op later drugsgebruik (Toumbourou et al., 2007).

De algemene doeltreffendheid van schoolgerichte preventie is in twijfel getrokken (Coggans, 2006; Gorman et al., 2007). Recent literatuuronderzoek ⁽¹⁹⁾ laat echter zien dat bepaalde onderdelen van schoolgerichte preventie, zoals de nadruk op normen en waarden en levensvaardigheden, effectief lijken te zijn. Zo kwamen er bijvoorbeeld positieve resultaten uit de EU-Dap studie, een door de Europese Commissie medegefinancierd Europees gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek om een schoolgericht preventieprogramma te ontwikkelen en evalueren ⁽²⁰⁾. In een vervolgstudie bleek dat 15 maanden na de interventie het effect van het programma stabiel bleef en er onder de deelnemers minder vaak sprake was van dronkenschap en cannabisgebruik. Het in het onderzoek gebruikte „Unplugged“-programma zet vraagtekens bij de normen met betrekking tot de aanvaarding en bij de ideeën over de prevalentie van drugsgebruik onder jongeren.

Preventie moet niet alleen effectief zijn maar ook veilig: ongewenste effecten moeten tot het minimum worden beperkt. De risico's van negatieve effecten moeten dan ook nauwkeurig worden afgewogen bij het ontwerpen en

evalueren van interventies. Dit is met name van belang bij schoolgerichte preventie, die wordt aangeboden aan een omvangrijke en diverse doelgroep. Zo is bijvoorbeeld het uitsluitend geven van voorlichting over de gevolgen van drugs een wijdverbreide benadering in Europa niet alleen ineffectief, maar kan dit ook gepaard gaan met ongewenste effecten (Werch en Owen, 2002). Hetzelfde geldt voor campagnes in de massamedia, die het risico kunnen meebrengen dat de neiging om drugs te gaan gebruiken wordt vergroot ⁽²¹⁾.

Een manier om te waarborgen dat preventieprogramma's zijn gestoeld op wetenschappelijk onderzoek en dat de risico's van ongewenste effecten worden beperkt, is de ontwikkeling van standaarden voor de uitvoering en inhoud van preventieprojecten. Het aantal lidstaten dat melding maakt van standaarden voor het ontwerp en de evaluatie van projecten is gestegen van drie in 2004 tot negen in 2007. Diverse lidstaten melden dat zij

Het EWDD-portaal voor goede praktijken

Het EWDD heeft dit jaar op internet de eerste module geopend van zijn portaal voor goede praktijken op het gebied van drugsgerelateerde interventies (preventie, behandeling, schadebeperking en sociale re-integratie). Het portaal biedt een overzicht van het meest recente bewijsmateriaal voor de doelmatigheid van diverse interventies, reikt instrumenten en standaarden aan voor het verbeteren van de kwaliteit van de interventies en brengt voorbeelden van geëvalueerde praktijken uit heel Europa onder de aandacht. Het portaal is bedoeld voor behandelaars, beleidsmakers en onderzoekers op het gebied van drugs en is vooral op Europa gericht.

De eerste module van het portaal heeft betrekking op algemene preventie, in het bijzonder op bewijzen voor doelmatigheid, en is gebaseerd op verschillende overzichten die sinds 2000 zijn gepubliceerd. Voor details over de bevindingen, zie <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice>

Het portaal biedt informatie over de doelmatigheid van de verschillende interventies, maar daarbij moet wel worden opgemerkt dat de bewijsgrondslag soms beperkt is en dat bij de keuze tussen interventies daarom de nodige behoedzaamheid moet worden betracht. Bovendien blijft het de vraag, aangezien de doelmatigheid van programma's wordt gemeten door middel van gecontroleerde proeven, hoe bepaalde interventies zullen uitpakken in andere settings. De nieuwe editie van de gegevensbank voor uitwisseling van activiteiten op het gebied van vermindering van de vraag naar drugs (EDDRA), die te vinden is op het portaal, bevat voorbeelden van geëvalueerde interventies in verschillende landen en settings, die als aanvullende leidraden kunnen dienen.

⁽¹⁹⁾ Zie de Best practice portal (<http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice>).

⁽²⁰⁾ <http://www.eudap.net>

⁽²¹⁾ Zie hoofdstuk 3 van dit verslag en het jaarverslag 2007.

certificeringsprocedures aan het ontwikkelen zijn om de kwaliteit van programma's en het doelmatig gebruik van publieke middelen te garanderen (Tsjechië, Hongarije, Polen, Portugal). In Tsjechië bijvoorbeeld is de certificering van preventieve activiteiten een voorwaarde om subsidies van de staat te kunnen ontvangen.

Behandeling

Deze paragraaf heeft tot doel een overzicht te geven van drugsbehandelingen in Europa, waarbij ingegaan wordt op de wijze waarop diensten worden georganiseerd en aangeboden.

Organisatie

Over het algemeen worden drugsbehandelingen in de EU-lidstaten hoofdzakelijk verzorgd door de publieke sector, hoewel non-gouvernementele organisaties (NGO's) eenzelfde rol kunnen vervullen (zeven lidstaten), of zelfs de voornaamste aanbieder van behandelingen kunnen zijn (vijf lidstaten). Ook huisartsen vervullen een belangrijke rol en zijn in sommige landen belangrijke aanbieders van substitutiebehandeling. De particuliere sector kan in bepaalde landen ook betrokken zijn bij drugsbehandeling, voornamelijk bij intramurale behandeling. Niettemin is de financiering van drugsbehandelingen grotendeels afkomstig uit de schatkist of uit sociale of zorgverzekeringen.

Aanbod

De behandeling van drugsgebruikers vindt plaats onder allerlei omstandigheden, onder meer in extra- en intramurale behandelcentra, onder toezicht van de huisarts, in laagdrempelige instellingen en in de gevangenis. Extramurale zorg, waaronder behandeling onder toezicht van de huisarts, vertegenwoordigt het grootste deel van de behandelingen voor drugsgebruik in Europa, vooral omdat substitutiebehandeling meestal in dergelijke settings plaatsvindt. Drugsgebruikers die met een extramurale behandeling beginnen zijn, volgens de jongste cijfers van de treatment demand indicator (indicator voor de vraag naar behandeling), gemiddeld rond de dertig jaar oud en hoofdzakelijk mannen ⁽²²⁾. Circa een derde gaat op eigen initiatief in behandeling, 22 % wordt naar behandeling verwezen door het strafrechtelijk systeem — een percentage dat de afgelopen jaren is gestegen — en de rest wordt

doorverwezen via sociale en gezondheidsdiensten of via informele netwerken ⁽²³⁾.

De helft van het aantal cliënten dat in extramurale behandeling gaat meldt opioïden als primaire drug, terwijl 21 % cannabis en 16 % cocaïne als primaire drug noemt. De stijgende percentages cliënten, en vooral nieuwe cliënten, die worden doorverwezen voor behandeling in verband met problemen met drugs die geen opioïden zijn, kunnen zowel worden veroorzaakt doordat de beschikbaarheid van behandelingen voor gebruikers van cannabis en cocaïne in diverse landen is verbeterd als door een stijging van de aantallen gebruikers die om behandeling verzoeken voor deze drugs (zie de hoofdstukken 3 en 5). De algehele beschikbaarheid van diensten die specifiek zijn afgestemd op de behoeften van niet-opioïdengebruikende cliënten blijft beperkt.

Intramurale behandeling vindt met name plaats in therapeutische gemeenschappen, psychiatrische ziekenhuizen en op gespecialiseerde afdelingen van algemene ziekenhuizen. De aangeboden diensten variëren van kortstondige detoxificatie tot langlopende psychiatrische en afkickprogramma's. Intramurale diensten kunnen in het bijzonder geschikt zijn voor drugsgebruikers die complexe behandelingsbehoeften hebben vanwege de comorbiditeit van lichamelijke en geestelijke gezondheidsproblemen. Intramurale cliënten zijn, gemiddeld, vergelijkbaar met extramurale cliënten: zij zijn rond de dertig jaar oud, hoofdzakelijk mannen en zij gaan in behandeling voor het gebruik van opioïden als primaire drug ⁽²⁴⁾. Wel ligt, in de meeste landen waar vergelijking mogelijk is, het percentage drugscliënten zonder werk en met een onzekere huisvestingssituatie hoger onder intramurale dan onder extramurale cliënten ⁽²⁵⁾.

Historisch gezien zijn drugsbehandelingen georganiseerd om tegemoet te komen aan de behoeften van opioïdengebruikers, die nog altijd de voornaamste groep gebruikers in behandeling vormen. In het merendeel van de lidstaten is substitutiebehandeling in combinatie met psychosociale zorg de belangrijkste behandeling voor opioïdengebruikers geworden. Sinds de invoering van de hogedosisbehandeling met buprenorfine in Cyprus in 2007, is substitutiebehandeling nu beschikbaar in alle lidstaten en in Kroatië en Noorwegen ⁽²⁶⁾. In Turkije moet substitutiebehandeling nog worden ingevoerd, al is zij al wel toegestaan krachtens een verordening over behandelcentra uit 2004. Na methadon is buprenorfine het substituuat dat het vaakst wordt voorgeschreven

⁽²²⁾ Zie de tabellen TDI-10 deel (iii) en TDI-21 deel (ii) in het Statistical Bulletin 2008.

⁽²³⁾ Zie tabel TDI-16 in het Statistical Bulletin 2008.

⁽²⁴⁾ Zie de tabellen TDI-10 deel (vii) en TDI-21 deel (iv) in het Statistical Bulletin 2008.

⁽²⁵⁾ Zie de tabellen TDI-13 en TDI-15 in het Statistical Bulletin 2008.

⁽²⁶⁾ Zie de tabellen HSR-1 en HSR-2 in het Statistical Bulletin 2008.

aan opioïdengebruikers, en het gebruik ervan voor de behandeling van opioïdenverslaving is de afgelopen jaren toegenomen (zie hoofdstuk 6). Het is nu beschikbaar als behandelmiddel in alle lidstaten, behalve Bulgarije, Hongarije en Polen. In 2006 ondergingen in Europa naar schatting 600 000 opioïdengebruikers een substitutiebehandeling, waarbij 16 van de 22 landen die gegevens verstrekten een stijging melden ten opzichte van het voorgaande jaar.

Schadebeperking

De preventie en beperking van drugsgerelateerde schade is in alle lidstaten en in de EU-drugsstrategie en het EU-actieplan (Europese Commissie, 2007a) een doelstelling op het terrein van de volksgezondheid. 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 behalve Turkije (zie ook de hoofdstukken 6 en 8) en, hoewel er aanzienlijke verschillen bestaan in het aanbod en het niveau van de dienstverlening, 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 via laagdrempelige instellingen. Enkele landen melden echter dat de uitvoering van schadebeperkende maatregelen vertraging heeft opgelopen ten gevolge van een gebrek aan politieke steun. In Griekenland is de uitbreiding van het aantal laagdrempelige instellingen en substitutiebehandelingen tegengewerkt, in Roemenië en Polen zijn omruil- en distributieprogramma's voor naalden en spuiten in 2006 afgebouwd, nadat de externe financiering was beëindigd. Het enige omruil- en distributieprogramma voor naalden en spuiten van Cyprus wordt niet officieel ondersteund. In Hongarije, waar omruil- en distributieprogramma's voor naalden en spuiten en straathoekwerk zijn uitgebreid, lijkt een studie onder de groep drugsgebruikers die geen behandeling onderging uit te wijzen dat het aanbod nog altijd ontoereikend is en er hoge toegangsbarrières zijn.

Vanwege het specifieke profiel van de Baltische staten en Roemenië met betrekking tot hiv/aids, blijven internationale donoren in deze landen een belangrijke rol spelen. Financiële steun voor schadebeperkende activiteiten wordt verleend in het kader van het

programma van het Mondiaal Fonds ter bestrijding van aids, malaria en tuberculose, terwijl het UNODC in Estland, Litouwen en Letland onlangs een project is gestart op het gebied van hiv/aids-preventie en zorg onder injecterende drugsgebruikers en in gevangenissettings.

Tot slot heeft een aantal lidstaten onlangs de gevolgen bekeken van de invoering van schadebeperkende interventies. In Frankrijk viel de waargenomen daling van de sterftecijfers onder drugsgebruikers samen met de invoering van drievoudige antivirale therapieën, de ontwikkeling van een schadebeperkingsbeleid en de beschikbaarheid van substitutiebehandelingen voor opioïdengebruikers; in Spanje wordt het dalende aantal injecterende drugsgebruikers, in combinatie met de eenvoudige toegang tot onderhoudsbehandelingen met methadon in verband gebracht met een daling in het aantal infectieziekten en sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik (De la Fuente et al., 2006). In Portugal laten de beschikbare gegevens een stabilisatie zien met betrekking tot infectieziekten, die waarschijnlijk gedeeltelijk kan worden toegeschreven aan de verbeterde beschikbaarheid van schadebeperkende maatregelen en behandelingen.

Sociale re-integratie

Drugsgebruikers die in behandeling zijn geven vaak aan dat zij werkloos en/of dakloos zijn. Dergelijke nadelige omstandigheden komen vaak ook meer voor onder specifieke groepen gebruikers, met name vrouwen, heroïne- en crackgebruikers, gebruikers afkomstig uit etnische minderheden en gebruikers met comorbide psychiatrische problemen.

Sociale re-integratie wordt onderkend als een essentieel onderdeel van alomvattende drugsstrategieën, en kan worden toegepast in elke fase van drugsgebruik en in verschillende settings. De doelen van interventies op het gebied van sociale re-integratie kunnen worden verwezenlijkt door middel van capaciteitsopbouw, verbetering van sociale vaardigheden, maatregelen om werken te vereenvoudigen en bevorderen en om huisvesting te vinden of de woonsituatie te verbeteren. In de praktijk kunnen re-integratiediensten beroepsbemiddeling, stages en begeleid wonen verzorgen, terwijl bij gevangenisgerichte interventies gevangenen in voorbereiding op hun vrijlating in contact kunnen worden gebracht met diensten op het gebied van sociale huisvesting en maatschappelijke ondersteuning.

Dakloos zijn is, samen met een onzekere huisvestingssituatie, een van de ernstigste vormen van

sociale uitsluiting waarmee drugsgebruikers te maken hebben, en circa 10 % van de drugsgebruikers die in 2006 in behandeling gingen had hier mee te maken ⁽²⁷⁾. Hoewel in veel landen aan cliënten die een drugsbehandeling ondergaan ondersteuning wordt verleend op het gebied huisvesting, zijn er ook tekorten vastgesteld, en twee landen melden dat het moeilijk is voor drugsgebruikers om toegang te krijgen tot de algemene diensten voor daklozen waarvan traditioneel gebruik wordt gemaakt door problematische alcoholisten (Ierland, Italië). Nieuwe maatregelen die kunnen helpen voorzien in de huisvestingsbehoeften van drugsgebruikers worden getroffen in drie landen (België, Denemarken, Nederland), die rapporteren dat de faciliteiten voor langdurig verslaafde daklozen worden gecentraliseerd en er gespecialiseerde verzorgingshuizen worden geopend voor drugsgebruikers met probleemgedrag of comorbiditeit.

Drugscliënten helpen bij het vinden van werk is een belangrijk onderdeel van sociale re-integratie, aangezien van elke twee cliënten die in behandeling gaan er één werkloos is ⁽²⁸⁾. Nieuwe benaderingen om cliënten te helpen bij het vinden en behouden van werk zijn naar verluidt succesvol gebleken. Het gaat onder meer om: „mentorprogramma's”, gesubsidieerde werkplekken (sinds 2006 ook mogelijk in Litouwen) en speciale begeleiding van werkgevers en werknemers, zoals uitgevoerd in het Ierse project „Ready for work”, en bij diverse werkgelegenheids- en sociale instanties in Tsjechië.

Gezondheids- en sociale maatregelen in gevangenissen

Gevangenissen zijn een belangrijke omgeving voor het aanbieden van gezondheids- en maatschappelijke interventies aan drugsgebruikers. In deze paragraaf wordt ingegaan op gegevens over drugsgebruik en drugsgebruikers in Europese gevangenissen, alsmede op recente informatie over het aanbieden van diensten aan gedetineerde drugsgebruikers en nieuwe wetten inzake drugsbehandeling in de gevangenis.

Drugsgebruik

De gegevens die beschikbaar zijn op basis van een reeks studies blijven wijzen op een oververtegenwoordiging van drugsgebruikers in Europese gevangenissen, vergeleken

met de algemene bevolking. Uit enquêtes die zijn afgenomen tussen 2001 en 2006 blijkt dat het percentage gevangenen ⁽²⁹⁾ dat zegt ooit een illegale drug te hebben gebruikt enorm verschilt per gevangenispopulatie, detentiecentrum en land: van een derde of minder (Bulgarije, Hongarije, Roemenië) tot ruim 50 % in de meeste studies, en tot wel 84 % in een vrouwengevangenis in de regio Engeland en Wales. Cannabis blijft de illegale drug die door gevangenen het meest wordt gemeld, met een percentage „ooit“-gebruik dat kan oplopen tot 78 %. Hoewel schattingen van het „ooit“-gebruik van andere middelen in sommige gevangenissen zeer laag kunnen zijn (tot 1 %), wordt in bepaalde studies een „ooit“-gebruik onder gevangenen gerapporteerd van 50 tot 60 % voor heroïne, amfetaminen of cocaïne ⁽³⁰⁾. Ook kunnen de schadelijkste vormen van drugsgebruik zich concentreren onder gevangenen: in sommige studies staat dat ruim een derde van de geënquêteerden ooit drugs heeft geïnjecteerd ⁽³¹⁾.

Het feit dat drugs, ondanks alle maatregelen om de aanvoer terug te dringen, in de meeste gevangenissen binnen weten te komen, wordt onderkend door zowel deskundigen op het gebied van gevangenissen als door beleidsmakers. Tussen 2001 en 2006 in Europa uitgevoerde studies laten zien dat tussen de 1 en 56 % van de gedetineerden zegt in de gevangenis drugs te hebben gebruikt, en tot een derde van de gedetineerden heeft drugs geïnjecteerd terwijl zij vastzaten ⁽³²⁾. Dit leidt tot bezorgdheid met betrekking tot de potentiële verspreiding van infectieziekten, vooral in verband met het delen van injectiemateriaal.

De gevangenispopulatie in de Europese Unie telt ruim 607 000 ⁽³³⁾ mensen, met een geschatte jaarlijkse doorstroom van ruim 860 000 gevangenen. In de meeste landen ligt het percentage gevangenen dat is veroordeeld voor drugsdelicten tussen de 10 en 30 %. Op basis van de beschikbare gegevens kan worden geschat dat er ieder jaar ruim 400 000 mensen die in het verleden of recentelijk illegale drugs hebben gebruikt de gevangenissen in de EU passeren. Onder hen bevindt zich een aanzienlijk aantal problematische drugsgebruikers. De zorgbehoeften van deze grote groep (voormalige) drugsgebruikers in de Europese gevangenissen worden, tot op zekere hoogte, bepaald door gezondheidsproblemen die samenhangen met drugsgebruik, met name

⁽²⁷⁾ Zie tabel TDI-15 in het Statistical Bulletin 2008.

⁽²⁸⁾ Zie tabel TDI-20 in het Statistical Bulletin 2008.

⁽²⁹⁾ De term „gevangenen” wordt hier in brede zin gebruikt, en omvat zowel gedetineerden die in voorarrest zitten als veroordeelden.

⁽³⁰⁾ Zie tabel DUP-1 in het Statistical Bulletin 2008.

⁽³¹⁾ Zie tabel DUP-2 in het Statistical Bulletin 2008.

⁽³²⁾ Zie de tabellen DUP-3 en DUP-4 in het Statistical Bulletin 2008.

⁽³³⁾ Council of Europe Annual Penal Statistics (Statistieken op strafrechtelijk gebied van de Raad van Europa — SPACE), op basis van een enquête onder de gevangenispopulatie per 1 september 2006.

infectieziekten als virale hepatitis B en C en hiv/aids (zie hoofdstuk 7).

Gezondheidszorg

De verantwoordelijkheid voor de gezondheidszorg in gevangenen berust, in de meeste landen, bij het ministerie van Justitie. Dit is echter aan het veranderen, en in een toenemend aantal Europese landen, is de verantwoordelijkheid overgedragen aan het volksgezondheidsstelsel (Frankrijk, Italië, Engeland en Wales in het Verenigd Koninkrijk, Noorwegen). In Spanje worden in alle gevangenen alomvattende diensten ontwikkeld voor drugsgebruikers, overeenkomstig het actieplan bij de nationale drugsstrategie (2000-2008) en op basis van een samenwerkingsprotocol tussen het ministerie van Volksgezondheid en het ministerie van Binnenlandse Zaken, dat in 2005 is ondertekend. In andere landen zijn gevangenen, om te voorzien in de behoeften van de stijgende aantallen gedetineerde drugsgebruikers, samenwerkingsverbanden aangegaan met volksgezondheidsdiensten en gespecialiseerde non-gouvernementele drugsagentschappen in de gemeenschap.

Het aantal interventies in de Europese Unie dat is gericht op drugsgebruikende gevangenen is uitgebreid. In

vergelijking met vijf jaar geleden maken nu meer landen melding van activiteiten op de volgende terreinen: drugsgerelateerde voorlichting en preventie, screening op infectieziekten en vaccinaties, en behandeling van drugsverslaving, waaronder substitutiebehandeling. Daarnaast zijn deze interventies binnen de landen breder beschikbaar geworden. Substitutiebehandeling in de gevangenis is officieel beschikbaar in alle landen behalve Bulgarije, Estland, Letland, Litouwen, Cyprus, Slowakije en Turkije, hoewel de algemene toegankelijkheid van deze behandelingsoptie in veel landen beperkt is. Spanje is momenteel het enige Europese land dat een breed scala schadebeperkende maatregelen in gevangenen aanbiedt.

In 2006 verstrekken slechts vier lidstaten sociaaldemografische gegevens en informatie over patronen in het drugsgebruik van gevangenen die in behandeling zijn via hun nationale volgsystemen voor behandelingen. In Frankrijk, Cyprus en Slowakije noemen drugsgebruikers die in behandeling gaan het meest een opioïde, meestal heroïne, als primaire drug, terwijl in Zweden het gebruik van amfetamine als primaire drug de voornaamste reden is om in de gevangenis in behandeling te gaan, hetgeen ruwweg de patronen van problematisch drugsgebruik in dat land weerspiegelt.

Recente wetgeving over behandeling in gevangenen

In 2006 en in de eerste maanden van 2007 hebben zes landen hun wettelijk kader en richtsnoeren inzake het recht van gedetineerden op een drugsbehandeling gewijzigd. In België is in een richtlijn van de minister van Justitie bepaald dat gevangenen recht hebben op dezelfde behandelingsmogelijkheden als die welke buiten de gevangenis worden aangeboden. En in Ierland wordt in nieuwe richtsnoeren inzake gevangenisdiensten nadruk gelegd op de normen waaraan behandeldiensten moeten voldoen, die vergelijkbaar moeten zijn met die van de diensten die in de samenleving worden aangeboden, zij het aangepast aan de setting.

In Denemarken hebben gedetineerde drugsgebruikers na een wetswijziging in januari 2007 recht op gratis behandeling van hun drugsprobleem. In de wet wordt bepaald dat de behandeling normaal gesproken moet beginnen binnen veertien dagen nadat de gedetineerde een aanvraag daarvoor heeft ingediend bij de Deense gevangenis- en reclasseringsdienst. Dit recht vervalt echter als de gedetineerde naar verwachting binnen drie maanden

zal worden vrijgelaten of als niet geschikt of onvoldoende gemotiveerd voor een behandeling wordt beoordeeld. In Roemenië is in mei 2006 een nieuwe wettelijke basis gelegd voor substitutiebehandelingen in gevangenen, na een gemeenschappelijk besluit van de ministers van Justitie, Volksgezondheid en Binnenlandse Zaken betreffende de voortzetting van geïntegreerde medische, psychologische- en socialezorgprogramma's voor gedetineerden.

In Noorwegen is na een circulaire van het ministerie van Justitie en het ministerie van Volksgezondheid en Sociale Zaken de samenwerking tussen deze twee sectoren versterkt om veroordeelde drugsgebruikers een betere follow-up te kunnen geven na het uitzitten van de straf. En in Slowakije is het sinds de aanneming van een wet in 2006 mogelijk om psychologische diensten te verlenen aan drugsgebruikers die in voorarrest zitten en afkickverschijnselen hebben. Het doel van deze wet is om drugsgebruikers dit soort diensten aan te kunnen bieden op het moment dat ze die het hardst nodig hebben, in de periode onmiddellijk na de aanhouding, wanneer er gedwongen ontwenning plaatsvindt. Ook is er een wettelijk kader gecreëerd om de al bestaande behandelunits voor veroordeelde drugsgebruikers te ondersteunen.

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 de nieuwe eeuw gestegen, hetgeen ertoe heeft geleid dat het Europese beeld vandaag de dag veel minder gevarieerd is, ook al bestaan er nog steeds 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 in verband met cannabisgerelateerde problemen gestegen. Wellicht is er in Europa nu een nieuwe fase aangebroken, aangezien de gegevens wijzen op een toestand die zich stabiliseert of waarin zelfs sprake is van een daling. Historisch gezien blijven de gebruiksniveaus echter hoog, en de vraag hoe 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, 2008) ⁽³⁴⁾. In samenhang betekenen deze feiten dat het uitermate moeilijk is om met enige precisie een schatting te maken van de wereldwijde productie van cannabis. Het meest recente cijfer van het UNODC voor de mondiale productie van cannabisbladeren is 41 600 ton (2006), waarvan meer dan de helft voor rekening komt van

Noord- en Zuid-Amerika en bijna een kwart voor die van Afrika (UNODC, 2008).

De wijdverbreide teelt van cannabis betekent ook dat een aanzienlijk percentage van de handel zich waarschijnlijk regionaal zal afspelen. Dit is het geval voor een deel van de cannabisbladeren in Europa, waar naast de binnenlandse productie ⁽³⁵⁾, Albanië en Nederland worden genoemd als landen van herkomst (nationale Reitox-verslagen). Ook andere delen van de wereld worden vermeld als plaats van herkomst van cannabisbladeren in Europa, onder andere: westelijk en zuidelijk Afrika (Nigeria, Angola), Zuidoost-Azië (Thailand), Zuid-West Azië (Pakistan) en Noord- en Zuid-Amerika (Colombia, Jamaica) (CND, 2008; Europol, 2008).

De mondiale productie van cannabisbush wordt voor 2006 geraamd op 6 000 ton, tegen 7 500 ton in 2004 (UNODC, 2007) en Marokko blijft de belangrijkste internationale producent. Het teeltgebied voor de productie van cannabisbush is daar afgenomen van 134 000 hectare in 2003 tot 76 400 hectare, waar in 2005 1 066 ton werd geproduceerd (UNODC en de regering van Marokko, 2007). Harsproductie wordt ook gemeld in Afghanistan, waar zij snel toeneemt, Pakistan, India, Nepal, en Centraal-Aziatische en andere GOS-landen (UNODC, 2008). In Marokko geproduceerde cannabisbush wordt Europa meestal binnengesmokkeld via het Iberisch schiereiland (Europol, 2008), terwijl een gedeelte ervan verder wordt gedistribueerd vanuit Nederland.

Vangsten

In 2006 is wereldwijd 5 230 ton cannabisbladeren en 1 025 ton cannabisbush in beslag genomen, hetgeen minder was dan de recordniveaus van 2004. Noord-Amerika blijft verantwoordelijk voor het grootste deel van de geconfisqueerde cannabisbladeren (58 %), terwijl de hoeveelheden in beslag genomen hars nog altijd geconcentreerd zijn in West- en Midden-Europa (62 %) (UNODC, 2008).

⁽³⁴⁾ Zie voor informatie over de gegevensbronnen inzake de aanvoer en beschikbaarheid van drugs, blz. 40.

⁽³⁵⁾ Zie „Cannabisproductie in Europa“, blz. 41.

Aanbod en beschikbaarheid van drugs – gegevens en bronnen

Systematische informatieverzameling om de markten voor en de handel in illegale drugs in kaart te brengen vindt nog steeds maar in beperkte mate plaats. Schattingen van de productie van heroïne, cocaïne en cannabis worden verkregen uit schattingen van de teelt, die weer het resultaat zijn van veldwerk (het nemen van steekproeven op de grond) en opnemingen vanuit de lucht en door satellieten. Deze schattingen hebben enkele belangrijke beperkingen, die verband houden met bijvoorbeeld de variaties in de opbrengstcijfers of de moeilijkheid om gewassen te monitoren die niet in begrensde geografische gebieden worden geteeld, zoals cannabis.

Drugvangsten worden vaak beschouwd als een indirecte indicator van het aanbod, de gebruikte handelsroutes en de beschikbaarheid van drugs, hoewel ze ook een weerspiegeling vormen van de prioriteiten, middelen en strategieën van rechtshandavingsinstanties, de kwetsbaarheid van handelaren en de heersende verslagleggingspraktijken. Ook kunnen gegevens over de zuiverheid of sterkte en de straatwaarde van illegale drugs worden geanalyseerd om de illegale drugsmarkten beter te begrijpen. De beschikbaarheid van dit soort gegevens kan echter beperkt zijn en bij de betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid ervan kunnen soms vraagtekens worden gezet. Inlichtingen van rechtshandavingsinstanties kunnen helpen om het beeld te completeren.

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 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 functioneren, moeten sommige schattingen en andere gerapporteerde gegevens met de nodige terughoudendheid worden geïnterpreteerd, ook al gaat het daarbij om de best mogelijke schattingen.

In 2006 zijn in Europa naar schatting 177 000 vangsten van cannabisbladeren gedaan, met een totaalgewicht van 86 ton ⁽³⁶⁾. Het Verenigd Koninkrijk is de EU-lidstaat die de meeste vangsten van cannabisbladeren rapporteert, hoewel de gegevens voor 2006 nog niet beschikbaar zijn. Turkije meldt voor 2006 recordhoeveelheden geconfisqueerde cannabisbladeren. Het aantal vangsten

van cannabisbladeren in Europa is sinds 2001 gestaag toegenomen, hoewel de totale in beslag genomen hoeveelheid tot 2005 is gedaald, terwijl in de meest recente gegevens een stijging kan worden waargenomen.

De vangsten van cannabisbladeren in Europa overtreffen die van cannabisbladeren zowel in aantal als hoeveelheid: met twee keer zoveel vangsten (325 000) en een onderschepte hoeveelheid (713 ton) die acht keer zo groot is. De meeste harsvangsten worden nog altijd gemeld door Spanje (dat in 2006 verantwoordelijk was voor ongeveer de helft van alle vangsten en voor circa twee derde van de in beslag genomen hoeveelheid), op enige afstand gevolgd door Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk. Na een periode van stabilisatie tussen 2001 en 2003 stijgt het aantal vangsten van cannabisbladeren in Europa, terwijl de onderschepte hoeveelheden tot 2003-2004 stegen, maar daarna afnamen.

In 2006 resulteerden de naar schatting 10 500 vangsten in Europa in de inbeslagname van ongeveer 2,3 miljoen cannabisplanten ⁽³⁷⁾ en 22 ton cannabisplanten (waarvan 64 % in Spanje). Na een gestage toename sinds 2001, stabiliseerde zich het aantal vangsten van cannabisplanten in 2006 ⁽³⁸⁾. Na een sterke daling in 2002, die volgde op een recordhoeveelheid in beslag genomen planten in 2001, vertoonde het aantal geconfisqueerde planten in Europa een stijgende lijn, hoewel deze in 2006 zich stabiliseerde op de helft van het aantal dat in 2001 in beslag werd genomen. In dezelfde periode van vijf jaar laat de hoeveelheid in Europa geconfisqueerde en in kilogrammen gerapporteerde cannabisplanten een gestage toename zien, die in 2006 versnelt vanwege recordvangsten in Litouwen.

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, en tussen verschillende cannabismonsters en -producten. Vanwege een aantal methodologische redenen zijn de gegevens op dit gebied moeilijk te interpreteren en is het de vraag in hoeverre de geanalyseerde vangsten representatief zijn voor de gehele markt. Onderzoek lijkt uit te wijzen dat binnenlands geproduceerde cannabis die onder intensieve omstandigheden is geteeld sterker is. In 2006 varieerde het gemelde THC-percentages van harsmonsters van 2,3 tot 18,4 %, terwijl de sterkte van cannabisbladeren

⁽³⁶⁾ De gegevens over Europese drugsvangsten die in dit hoofdstuk worden genoemd, zijn te vinden in de tabellen SZR-1, SZR-2, SZR-3, SZR-4, SZR-5 en SZR-6 in het Statistical Bulletin 2008.

⁽³⁷⁾ Omdat Turkije heeft gerapporteerd dat het in 2005 en 2006 geen cannabisplanten in beslag heeft genomen, nadat het in de periode 2001-2004 een groot aantal vangsten van dit materiaal had gemeld, is het buiten de Europese analyse gelaten.

⁽³⁸⁾ Dit is een voorlopig beeld omdat de gegevens voor het Verenigd Koninkrijk, het land dat in 2005 meldde het grootste aantal cannabisplanten in beslag te hebben genomen, voor 2006 nog niet beschikbaar zijn.

Cannabisproductie in Europa

De kwestie van binnenlandse productie van cannabis is in de afgelopen jaren in heel Europa steeds belangrijker geworden. Een meerderheid van de Europese landen maakt tegenwoordig melding van binnenlandse cannabisteelt en substantiële vangsten van cannabisplanten. Volgens de meldingen vindt de cannabisteelt in Europa zowel plaats in overdekte ruimten, waarbij vaak sprake is van intensieve teelt, als in plantages in de open lucht. De omvang van de plantages varieert sterk (afhankelijk van de motivatie en de middelen van de teler), van een paar planten voor persoonlijk gebruik tot vele duizenden planten in grote plantages voor commerciële doeleinden.

De beschikbare informatie vertoont veel gaten, wat een accurate beoordeling van de omvang van de cannabisteelt in Europa onmogelijk maakt. Uit gegevens van enkele landen blijkt echter dat deze teelt niet langer als marginaal mag worden beschouwd. Zo werd in 2005 in Frankrijk op basis van enquêtes geschat dat ongeveer tweehonderdduizend mensen ooit in hun leven cannabis hadden geteeld. In het Verenigd Koninkrijk werd in de periode 2005-2006 melding gemaakt van de sluiting door de Londense politie van meer dan 1 500 cannabisplantages, met gemiddeld vierhonderd planten per plantage (Daly, 2007), en de inschatting is dat de meeste cannabisbladeren die nu beschikbaar zijn hetzij in het eigen land, hetzij in andere Europese landen worden geproduceerd. In Nederland is de cannabisteelt in sommige delen van het land wijdverspreid: in 2005 en 2006 werden naar schatting in totaal 6 000 cannabisplantages ontmanteld.

De productie van cannabis lijkt sinds de eerste helft van de jaren negentig in enkele West-Europese landen sterk te zijn toegenomen, gedeeltelijk als reactie van consumenten op de slechte kwaliteit en de hoge prijs van geïmporteerde cannabishars, in die periode het meest gebruikte cannabisproduct. Het lijkt erop dat in enkele landen inmiddels een meerderheid van de gebruikers binnenlands geproduceerde cannabisbladeren consumeert. Deze gedeeltelijke substitutie van geïmporteerde hars door binnenlands geproduceerde cannabisbladeren is mogelijk gemaakt door de toegenomen kennis over de teelt en de ontwikkeling van de technologie (om de opbrengsten te maximaliseren en ontdekking te voorkomen), waarover vervolgens informatie werd verspreid via internet (Hough et al., 2003; Jansen, 2002; Szendrei, 1997/1998). Binnenlands geproduceerde cannabis heeft voor de teler het voordeel dat het product geen nationale grenzen hoeft te passeren.

varieerde van minder dan 1 tot 13 %. In de periode 2001-2006 bleef de sterkte van cannabishars en -bladeren in veel van de 16 Europese landen die voldoende gegevens verschaften stabiel of nam deze af; er is echter een opwaartse trends waargenomen voor ingevoerde cannabishars in Nederland en voor cannabisbladeren

in zeven andere landen. Schattingen van de sterkte van lokaal geproduceerde cannabisbladeren over een aantal jaar zijn uitsluitend beschikbaar voor Nederland, dat in 2006 een daling tot 16,0% meldt, na een piek van 20,3 % in 2004 ⁽³⁹⁾.

De gebruikelijke straatwaarde van zowel cannabisbladeren als cannabishars liep uiteen van 2 tot 14 EUR per gram. De meeste landen melden prijzen van 4-10 EUR voor beide producten. In de periode 2001-2006 werd, behalve in België en Duitsland, gerapporteerd dat de (voor inflatie gecorrigeerde) straatwaarde van cannabishars daalde. De beschikbare gegevens van de meeste landen wijzen op een stabielere situatie voor de prijzen van cannabisbladeren in deze periode, met uitzondering van Duitsland en Oostenrijk, waar tekenen van prijsstijgingen zijn waargenomen.

Prevalentie en gebruikspatronen

De algemene bevolking

Volgens conservatieve schattingen hebben ten minste 70 miljoen Europeanen ooit in hun leven cannabis gebruikt („ooit“-gebruik), hetgeen neerkomt op ruim één op de vijf van alle 15- tot 64-jarigen (zie tabel 2 voor een overzicht van de gegevens). Hoewel er tussen landen aanzienlijke verschillen bestaan, met cijfers per land die variëren van 2 tot 37 %, meldt de helft van de landen schattingen van 11 tot 22 %.

Veel landen melden relatief hoge prevalentiewaarden voor recent (in het laatste jaar) en actueel gebruik (in de laatste maand) van cannabis. Naar schatting hebben ongeveer 23 miljoen Europeanen in de afgelopen twaalf maanden cannabis gebruikt, of gemiddeld ongeveer 7 % van de leeftijdscategorie van 15 tot 64 jaar. Bij schattingen van actueel gebruik gaat het om mensen die regelmatig cannabis gebruiken, hoewel dat gebruik niet noodzakelijkerwijs intensief is (zie onder). Geschat wordt dat 12,5 miljoen Europeanen in de laatste maand cannabis hebben gebruikt, ongeveer 4 % van de 15- tot 64-jarigen.

Cannabisgebruik onder jongvolwassenen

Het gebruik van cannabis is grotendeels geconcentreerd onder jongeren (15-34 jaar), waarbij de hoogste gebruiksniveaus over het algemeen worden gemeld onder 15- tot 24-jarigen. Dit geldt in bijna alle Europese landen, met uitzondering van België, Cyprus en Portugal ⁽⁴⁰⁾.

⁽³⁹⁾ Zie de tabellen PPP-1 en PPP-5 in het Statistical Bulletin 2008 voor gegevens over sterkte en prijs.

⁽⁴⁰⁾ Zie figuur GPS-1 in het Statistical Bulletin 2008.

Tabel 2: 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	71,5 miljoen	23 miljoen	12,5 miljoen
Europees gemiddelde	21,8 %	6,8 %	3,8 %
Bereik	1,7-36,5 %	0,8-11,2 %	0,5-8,7 %
Landen met de laagste prevalentie	Roemenië (1,7 %) Malta (3,5 %) Bulgarije (4,4 %) Cyprus (6,6 %)	Malta (0,8 %) Bulgarije (1,5 %) Griekenland (1,7 %) Zweden (2,0 %)	Malta (0,5 %) Zweden (0,6 %) Litouwen (0,7 %) Bulgarije (0,8 %)
Landen met de hoogste prevalentie	Denemarken (36,5 %) Frankrijk (30,6 %) Verenigd Koninkrijk (30,1 %) Italië (29,3 %)	Italië, Spanje (11,2 %) Tsjechië (9,3 %) Frankrijk (8,6 %)	Spanje (8,7 %) Italië (5,8 %) Verenigd Koninkrijk, Frankrijk, Tsjechië (4,8 %)
15-34 jaar			
Geschat aantal gebruikers in Europa	42 miljoen	17,5 miljoen	10 miljoen
Europees gemiddelde	31,2 %	13 %	7,3 %
Bereik	2,9-49,5 %	1,9-20,3 %	1,5-15,5 %
Landen met de laagste prevalentie	Roemenië (2,9 %) Malta (4,8 %) Bulgarije (8,7 %) Cyprus (9,9 %)	Malta (1,9 %) Griekenland (3,2 %) Cyprus (3,4 %) Bulgarije (3,5 %)	Griekenland, Litouwen, Zweden (1,5 %) Bulgarije (1,7 %)
Landen met de hoogste prevalentie	Denemarken (49,5 %) Frankrijk (43,6 %) Verenigd Koninkrijk (41,4 %) Spanje (38,6 %)	Spanje (20,3 %) Tsjechië (19,3 %) Frankrijk (16,7 %) Italië (16,5 %)	Spanje (15,5 %) Frankrijk, Tsjechië (9,8 %) Verenigd Koninkrijk (9,2 %)
15-24 jaar			
Geschat aantal gebruikers in Europa	20 miljoen	11 miljoen	6 miljoen
Europees gemiddelde	30,7 %	16,7 %	9,1 %
Bereik	2,7-44,2 %	3,6-28,2 %	1,2-18,6 %
Landen met de laagste prevalentie	Roemenië (2,7 %) Malta (4,9 %) Cyprus (6,9 %) Griekenland (9,0 %)	Griekenland, Cyprus (3,6 %) Zweden (6,0 %) Bulgarije, Portugal (6,6 %)	Griekenland (1,2 %) Zweden (1,6 %) Cyprus, Litouwen (2,0 %)
Landen met de hoogste prevalentie	Denemarken (44,2 %) Tsjechië (43,9 %) Frankrijk (42,0 %) Verenigd Koninkrijk (39,5 %)	Tsjechië (28,2 %) Spanje (24,3 %) Frankrijk (21,7 %) Verenigd Koninkrijk (20,9 %)	Spanje (18,6 %) Tsjechië (15,4 %) Frankrijk (12,7 %) Verenigd Koninkrijk (12,0 %)

De informatie is gebaseerd op de meest recente beschikbare enquête voor elk land. Het bestudeerde jaar varieert van 2001 tot 2007. 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 (328 miljoen), 15-34 (134 miljoen) en 15-24 (64 miljoen). De gegevens die hier worden samengevat zijn beschikbaar onder „General population surveys” in het Statistical Bulletin 2008.

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 enquêtes die schattingen opleveren van het deel van de bevolking dat gedurende een bepaalde periode drugs heeft gebruikt. De enquêtes leveren ook nuttige contextuele informatie op over gebruikspatronen, de sociaaldemografische kenmerken van gebruikers en percepties van de risico's en de beschikbaarheid ⁽¹⁾.

Het EWDD heeft in samenwerking met nationale deskundigen een reeks gemeenschappelijke kernitems ontwikkeld (de „Europese modellenquête“) voor gebruik bij enquêtes onder volwassenen. Dit protocol wordt inmiddels in de meeste EU-lidstaten toegepast ⁽²⁾. 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 ⁽³⁾.

Aangezien het duur is om enquêtes uit te voeren, zijn er maar weinig 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 laatste beschikbare resultaten, die in de meeste gevallen afkomstig zijn uit enquêtes die zijn gehouden tussen 2004 en 2007.

Van de drie standaardtijds aanduidingen die worden gebruikt voor het rapporteren van enquêtegegevens over drugsgebruik, is „ooit“-gebruik de breedste categorie. Deze maatstaf geeft geen goed beeld van het huidige gebruik onder volwassenen, maar kan wel een nuttige rol spelen bij het rapporteren over scholieren en bij het inzicht bieden in gebruikspatronen en de incidentie van drugsgebruik. Bij volwassenen wordt voornamelijk gekeken naar het gebruik in het afgelopen jaar en de afgelopen maand ⁽⁴⁾. Het is belangrijk om duidelijk vast te stellen wie regelmatig drugs gebruiken en wie problemen hebben met hun drugsgebruik; op dit vlak wordt vooruitgang geboekt met de ontwikkeling van korte schalen voor intensieve gebruiksvormen onder de algemene bevolking, volwassenen en scholieren (zie het kader over de ontwikkeling van psychometrische schalen in het Jaarverslag 2007).

⁽¹⁾ Meer informatie over de bij de enquêtes gebruikte methode is te vinden in het Statistical Bulletin 2008 (<http://www.emcdda.europa.eu/stats08/gps/methods>).

⁽²⁾ Beschikbaar op: <http://www.emcdda.europa.eu/themes/monitoring/general-population>

⁽³⁾ Voor meer informatie over nationale enquêtes, zie tabel GPS-21 in het Statistical Bulletin 2008.

⁽⁴⁾ De standaardleeftijdscategorieën van het EWDD zijn alle volwassenen (15 tot 64 jaar) en jongvolwassenen (15 tot 34 jaar). In dit verslag staan de termen „ooit“-gebruik, recent gebruik en actueel gebruik voor respectievelijk prevalentie tijdens de gehele levensduur, prevalentie in het afgelopen jaar en prevalentie in de afgelopen maand.

Uit bevolkingsenquêtes blijkt dat, gemiddeld, 31 % van de jongvolwassen Europeanen (15-34 jaar) ooit cannabis heeft gebruikt, 13 % de drug in het afgelopen jaar heeft gebruikt en 7 % in de afgelopen maand. Geschat wordt dat nog hogere percentages Europeanen in de leeftijdscategorie 15 tot 24 jaar het afgelopen jaar (17 %) of de afgelopen maand (9 %) cannabis hebben gebruikt, hoewel gemiddeld iets minder mensen in deze leeftijdscategorie de drug ooit hebben geprobeerd (30 %). Nationale schattingen van het cannabisgebruik variëren sterk tussen landen bij alle prevalentiemetingen, waarbij de landen met de hoogste prevalenties waarden rapporteren die tot tien maal zo hoog zijn als de landen waar de prevalentie het laagst is.

Het cannabisgebruik is hoger onder mannen dan onder vrouwen (zie het selected issue uit 2006 over gender en drugsgebruik), hoewel er opvallende verschillen tussen landen worden waargenomen. De verhouding tussen mannen en vrouwen onder degenen die zeggen in het afgelopen jaar cannabis te hebben gebruikt varieert van 6,4 mannen op elke vrouw in Portugal tot 1,3 in Italië.

Cannabisgebruik onder scholieren

Na tabak en alcohol blijft cannabis ook onder scholieren de psychoactieve stof die het meest wordt gebruikt.

Het „ooit“-gebruik onder 15- en 16-jarige scholieren kan als een weerspiegeling worden beschouwd van het recente of actuele gebruik, omdat het moment waarop voor het eerst met deze stof wordt geëxperimenteerd vaak rond deze leeftijd ligt. Gegevens afkomstig van de in 2005 en 2006 gehouden HBSC-enquête onder 15-jarigen laten een grote variatie in „ooit“-gebruik van cannabis zien tussen 27 landen. Vijf landen rapporteren schattingen voor het „ooit“-gebruik van cannabis van minder dan 10 %; elf landen melden waarden van 10 tot 20 % en elf landen van 21 tot 31 % (Currie et al., 2008) ⁽⁴¹⁾. In deze leeftijdscategorie zeggen jongens normaal gesproken vaker cannabis te gebruiken dan meisjes, maar het verschil in de gemelde prevalentie tussen de seksen is klein of zelfs afwezig in enkele van de landen met de hoogste geschatte prevalenties.

Net als bij het „ooit“-gebruik lopen ook de schattingen van het actuele gebruik onder scholieren van land tot land sterk uiteen. In bepaalde landen wordt hiervan nauwelijks melding gemaakt, terwijl in andere circa 15 % van de geënquêteerden zegt in de afgelopen dertig dagen cannabis te hebben gebruikt, met soms zelfs nog hogere percentages onder jongens. Op basis van gegevens die tijdens eerdere ESPAD-enquêtes zijn

⁽⁴¹⁾ Zie figuur EYE-5 in het Statistical Bulletin 2008.

Recente schoolenquêtes

In het HBSC-onderzoek (Health behaviour in school-aged children), dat wordt uitgevoerd onder auspiciën van de WHO, worden gegevens verzameld over de gezondheid en het gezondheidsgedrag van scholieren. Sinds 2001 worden in dit onderzoek ook vragen gesteld over het cannabisgebruik van 15-jarige scholieren. De tweede ronde van deze enquête met vragen over cannabisgebruik werd tussen oktober 2005 en mei 2006 gehouden, met de medewerking van 26 EU-lidstaten en Kroatië.

Aan de vierde ESPAD-enquête (onderzoeksprojecten naar het gebruik van alcohol en andere drugs op Europese scholen), gehouden in 2007, is meegedaan door 25 EU-lidstaten, Kroatië en Noorwegen. In deze enquête wordt specifiek onderzoek gedaan naar het gebruik van stoffen onder scholieren die in het desbetreffende kalenderjaar 16 worden. De resultaten van de meest recente enquêtes worden in december 2008 gepubliceerd.

De deelname aan deze internationale enquêtes onder scholieren, die elke vier jaar worden gehouden, neemt bij iedere enquête toe, en inmiddels doen de meeste Europese landen eraan mee.

Spanje, Italië, Portugal, Slowakije, Zweden en het Verenigd Koninkrijk hebben in 2006 ook gegevens over cannabisgebruik uit hun eigen nationale schoolenquêtes gerapporteerd.

verzameld, wordt geschat dat in 2003 circa 3,5 miljoen (22,1 %) 15- en 16-jarige scholieren ten minste één keer in hun leven cannabis hadden gebruikt in de EU-lidstaten plus Kroatië en Turkije, en dat circa 1,7 miljoen (11 %) van hen de drug had gebruikt in de maand voorafgaand aan de enquête.

Internationale vergelijkingen

Europese cijfers kunnen worden vergeleken met die uit andere delen van de wereld. In de Verenigde Staten, bijvoorbeeld, leverde de nationale enquête naar drugsgebruik en gezondheid (SAMHSA, 2005) een schatting op van het „ooit“-gebruik van cannabis onder jongvolwassenen (15-34 jaar, herberekend door de 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 48 en 20 % bedroegen (2004). Al deze cijfers liggen boven de corresponderende Europese gemiddelden van respectievelijk 31 en 13 %.

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 ⁽⁴²⁾. Maar van degenen die de drug in het afgelopen jaar hebben gebruikt, heeft gemiddeld 56 % dat in de afgelopen maand gedaan.

Het maken van schattingen van intensieve en langdurige gebruikspatronen is een belangrijk volksgezondheidsthema. Dagelijks of vrijwel dagelijks gebruik (gebruik op twintig of meer van de laatste dertig dagen) kan een indicator zijn 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. Op basis van deze, weliswaar beperkte, 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 ⁽⁴³⁾.

Trends in intensief cannabisgebruik in Europa zijn moeilijk te beoordelen, maar in de landen die deelnamen aan beide praktijkonderzoeken in 2004 en 2007 (Frankrijk, Spanje, Ierland, Griekenland, Italië, Nederland, Portugal), bedroeg de gemiddelde stijging ongeveer 20 %, zij het dat deze schatting sterk wordt beïnvloed door de cijfers van Frankrijk, Spanje en Italië.

Herhaald gebruik van cannabis kan vrij stabiel zijn gedurende lange perioden, zelfs onder jongere gebruikers. Een onlangs gepubliceerde Duitse studie, waarin een cohort van 14- tot 24-jarigen tien jaar lang gevolgd werd, toonde aan dat van degenen die aan het begin van deze periode herhaaldelijk cannabis hadden gebruikt (vijf keer of vaker in hun leven), een groot deel daarvan de drug bleef gebruiken: 56 % maakte na vier jaar nog melding van gebruik en 46 % gebruikte de drug na tien jaar nog. Daarentegen leek er geen verband te bestaan tussen incidenteel gebruik van de drug aan het begin van de periode (1 tot 4 keer) en de latere ontwikkeling van langdurige en problematischer vormen van gebruik (Perkonig, 2008).

Cannabisverslaving wordt in toenemende mate erkend als een mogelijk gevolg van regelmatig gebruik van de drug,

⁽⁴²⁾ Zie figuur GPS-2 in het Statistical Bulletin 2008.

⁽⁴³⁾ 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.

al lijken de ernst en de gevolgen minder dan die veelal worden waargenomen bij sommige andere psychoactieve stoffen. 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 aanmerkelijk zijn. Uit de analyse van gegevens afkomstig uit nationale bevolkingsenquêtes die in de Verenigde Staten zijn gehouden tussen 2000 en 2006 blijkt dat circa 20 tot 30 % van de dagelijkse gebruikers positief scoort op het punt van verslaving ⁽⁴⁴⁾. In een Australische studie is van 92 % van de langdurige cannabisgebruikers vastgesteld dat zij op een bepaald punt in hun leven verslaafd waren geweest, terwijl meer dan de helft van hen van mening was dat zij ten tijde van de studie verslaafd waren. Uit een vervolgstudie die een jaar later werd uitgevoerd kon worden afgeleid dat, onder langdurige gebruikers, de mate van cannabisgebruik en de verslaving in deze periode stabiel kan blijven (Swift et al., 2000).

Het EWDD ontwikkelt, in samenwerking met diverse landen, methoden voor het monitoren van de intensievere en aanzienlijk langduriger vormen van cannabisgebruik, met inbegrip van verslaving. In verschillende EU-lidstaten worden psychometrische schalen getest en de beschikbare gegevens zullen dit jaar worden geanalyseerd. Deze informatie kan de EU-lidstaten wellicht helpen bij het beoordelen van de implicaties van problematischer vormen van cannabisgebruik voor de volksgezondheid en bij het plannen van passende interventies ⁽⁴⁵⁾.

Patronen van cannabisgebruik onder scholieren

De HBSC-gegevens laten zien dat frequent cannabisgebruik onder 15-jarige scholieren ongebruikelijk blijft. Slechts zes landen melden een prevalentie van frequent cannabisgebruik (hier gedefinieerd als ten minste veertig keer in de afgelopen twaalf maanden) van boven de 2 %. Maar frequent gebruik komt over het algemeen meer voor onder jongens, met schattingen tot 5 % in zeven landen. In verslagen wordt aangegeven dat er verbanden bestaan tussen de problematischer patronen van cannabisgebruik en het behoren tot een kwetsbare groep (bijv. jonge delinquenten, spijbelaars, scholieren met slechte schoolprestaties), hetgeen erop wijst dat er specifieke strategieën nodig zijn om een vangnet te

bieden voor deze bijzonder kwetsbare jongeren. Dit onderwerp wordt belicht in het selected issue uit 2008 over kwetsbare groepen.

In samenwerking met ESPAD is in 2003 onderzoek gedaan naar polydrugsgebruik door het drugsgebruik van 15- en 16-jarige scholieren die in de afgelopen dertig dagen cannabis hadden gebruikt te vergelijken met dat van de overige scholieren. De vergelijking laat zien dat het, gemiddeld, waarschijnlijker is dat scholieren die cannabis hebben gebruikt ook andere stoffen hebben gebruikt. Hoewel het actueel gebruik van andere drugs onder cannabisgebruikers laag bleef (minder dan 10 %), bedroegen de percentages voor het roken van sigaretten en „binge-drinking” (occasioneel zwaar alcoholgebruik) onder cannabisgebruikers ongeveer het dubbele (80 %) van de percentages die werden waargenomen onder de algemene scholierenpopulatie. Deze vergelijkingen geven aan dat cannabisgebruik in verband kan worden gebracht met aanmerkelijk hogere gemiddelde percentages voor het gebruik van zowel legale als illegale drugs ⁽⁴⁶⁾.

Trends in cannabisgebruik

Alleen Zweden en Noorwegen maken melding van reeksen enquêtes onder jongeren of dienstplichtigen die teruggaan tot de jaren zeventig. Een eerste golf van cannabisgebruik werd waargenomen in de jaren zeventig, gevolgd door een afname in de jaren tachtig en een tweede aanzienlijke toename in de jaren negentig. Bij de analyse van het jaar waarin mensen voor het eerst cannabis gebruikten is in recente enquêtes ook een aanzienlijke toename van het cannabisgebruik vastgesteld in Spanje (medio jaren zeventig) en Duitsland (begin jaren negentig) (zie de Jaarverslagen 2004 en 2007).

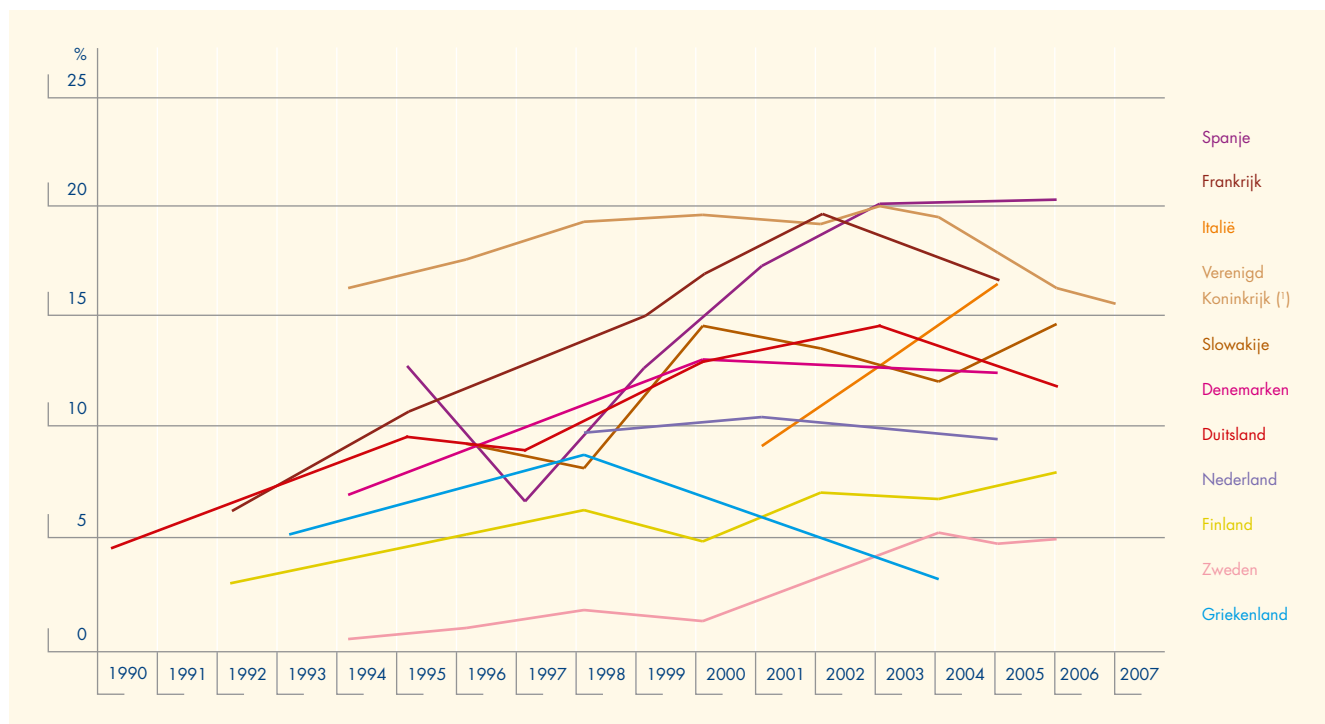
Uit nationale aan het EWDD gemelde enquêtegegevens blijkt dat in bijna alle EU-landen het cannabisgebruik in de jaren negentig duidelijk is toegenomen, in het bijzonder onder jongeren (figuur 4) en scholieren. Rond het jaar 2000 steeg het „ooit”-gebruik van cannabis in de leeftijdscategorie 15-34 in negen landen tot niveaus boven de 30 % en lag het in twee gevallen rond de 40 %, terwijl het recente gebruik in zeven landen percentages van tussen de 15 en 20 % bereikte en het actueel gebruik in zes landen tussen de 8 en 15 % lag. Bijzonder interessant is de trend in cannabisgebruik in het Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales), het land dat begin en medio jaren negentig de hoogste geschatte prevalentie

⁽⁴⁴⁾ 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 MJDY30A en DEPNDMRJ.

⁽⁴⁵⁾ De interventies, bijv. behandelingsvormen, zijn te vinden in „Aanbod van behandelingen”, blz. 48.

⁽⁴⁶⁾ De analyse is gebaseerd op gegevens die afkomstig zijn uit de database die is opgezet in het kader van het ESPAD-project (onderzoeksprojecten naar het gebruik van alcohol en andere drugs op Europese scholen) en voldoet aan de regels voor het gebruik van de ESPAD-database. De belangrijkste nationale onderzoekers die gegevens verstrekken voor elk van de deelnemende landen zijn te vinden op de website van het project (www.espad.org).

Figuur 4: Trends in de prevalentie van cannabisgebruik in het afgelopen jaar onder jongvolwassenen (15-34 jaar)



(¹) Engeland en Wales.

NB: Voor meer informatie, zie figuur GPS-4 in het Statistical Bulletin 2008.

Bronnen: nationale Reitox-verslagen (2007), gebaseerd op enquêtes onder de bevolking, onderzoeksverslagen en wetenschappelijke artikelen.

in Europa meldde, maar waar recentelijk een gestage neerwaartse trend is waargenomen, met name onder 16- tot 24-jarigen (⁴⁷).

Informatie afkomstig uit recente nationale enquêtes lijkt erop te wijzen dat het cannabisgebruik zich in veel landen stabiliseert. In de 16 landen waarvoor het mogelijk is de trend van 2001 tot 2006 te analyseren, steeg het recent gebruik onder jongvolwassenen in zes landen met 15 % of meer, daalde het in drie landen met een vergelijkbaar percentage en was het in zeven stabiel (⁴⁸).

Ook de meest recentelijk gepubliceerde gegevens over cannabisgebruik onder scholieren tonen duidelijk stabiele of dalende trends. Een vergelijking van HBSC-gegevens van 2001-2002 en 2005-2006 laat een stabiele of dalende trend zien, zowel voor het „ooit“-gebruik als voor andere meer frequente vormen van cannabisgebruik onder 15-jarige scholieren in de meeste EU-landen (⁴⁹). Ook bij andere recent gehouden nationale schoolenquêtes in Spanje, Portugal, Slowakije, Zweden en het Verenigd Koninkrijk worden stabiele of dalende trends gemeld.

Omdat de beschikbaarheid van cannabis in Europa als geheel niet gewijzigd lijkt te zijn en de prijzen in

de meeste landen die informatie verstrekken lijken te dalen, moet een verklaring voor de huidige stabilisatie of afname elders worden gevonden. Bij de Franse bevolkingsenquête (Baromètre santé) van 2005 werd opgemerkt dat van degenen die waren gestopt met het gebruiken van cannabis, 80 % als reden om te stoppen aangaf dat zij hun belangstelling ervoor kwijt waren geraakt. Een deel van de verklaring kan ook gelegen zijn in de waargenomen afname van het roken van tabak, dat op dezelfde wijze als cannabis wordt genuttigd, en het gedrag kan derhalve enig verband met elkaar houden (nationale Reitox-verslagen en Currie et al., 2008).

Dalingen in het experimenteel of incidenteel gebruik van cannabis houden niet noodzakelijkerwijs rechtstreeks verband met trends in het regelmatig gebruik van de drug. Dit kan worden afgeleid uit gegevens afkomstig uit twee opeenvolgende enquêtes onder adolescenten in Duitsland, waaruit dalingen in „ooit“-gebruik en recent gebruik naar voren kwamen, terwijl het „regelmatig gebruik“ van cannabis (ten minste tien keer in het afgelopen jaar) ongewijzigd bleef (2,3 %) (BZgA, 2004 en BZgA, 2007, aangehaald in het Duitse nationale verslag).

(⁴⁷) Zie figuur GPS-10 in het Statistical Bulletin 2008.

(⁴⁸) Wanneer er geen informatie beschikbaar was over het betreffende jaar, is er informatie gebruikt over het voorgaande of volgende jaar; wanneer ook die informatie niet beschikbaar was, is geen analyse uitgevoerd.

(⁴⁹) Zie de figuren EYE-4 en EYE-5 in het Statistical Bulletin 2008.

Cannabisbehandeling

Patronen in de vraag naar behandeling

In 2006 was cannabis in circa 21 % van de in totaal 390 000 gerapporteerde behandelaanvragen (beschikbare gegevens uit 24 landen) de drug die primair de aanleiding vormde om in behandeling te gaan. Daarmee is cannabis na heroïne de drug waarvoor de vraag naar behandeling het grootst is ⁽⁵⁰⁾. De verschillen tussen landen zijn echter aanzienlijk: cannabis wordt door minder dan 5 % van alle cliënten in Bulgarije, Litouwen, Luxemburg en Roemenië als primaire reden genoemd om in behandeling te gaan, terwijl de drug door ruim 30 % van de behandelde cliënten in Frankrijk, Hongarije en Nederland als belangrijkste drug wordt vermeld ⁽⁵¹⁾.

Er zijn ook aanzienlijke variaties als het gaat om nieuwe behandelaanvragen, waarbij cannabis als primaire drug wordt genoemd door minder dan 10 % van de nieuwe cliënten in Bulgarije, Litouwen en Roemenië en door meer dan 50 % in Denemarken, Duitsland, Frankrijk en Hongarije ⁽⁵²⁾. Die variaties kunnen worden verklaard aan de hand van prevalentieverschillen in intensief cannabisgebruik, de organisatie van de behandeling van drugsgebruikers of de manier van doorverwijzen. In bepaalde landen met hoge percentages cannabispatiënten (bijv. Duitsland, Hongarije, Oostenrijk, Zweden) wordt drugsbehandeling aangeboden als alternatieve straf en is een dergelijke behandeling soms verplicht als drugsgebruikers worden aangehouden. In Frankrijk, dat het hoogste percentage cannabiscliënten in Europa meldt, zijn onlangs gespecialiseerde centra voor cannabisgebruikers opgezet en dit zal directe gevolgen hebben voor het aantal gemelde nieuwe behandelaanvragen.

Cannabisgebruikers worden hoofdzakelijk behandeld in extramurale centra, maar een aantal landen (Ierland, Slowakije, Finland, Zweden) meldt dat rond een derde verzoekt om intramurale behandeling ⁽⁵³⁾. Van de meeste cannabiscliënten wordt gemeld dat zij op eigen initiatief komen, maar deze route komt minder vaak voor bij cannabiscliënten dan bij mensen die om hulp vragen voor problemen met andere drugs.

Primaire cannabisgebruikers die om extramurale behandeling verzoeken zeggen ook andere drugs te gebruiken: 21 % meldt het gebruik van alcohol als secundaire stof, 12 % amfetaminen en ecstasy, en 10 % cocaïne. Onder hen die behandeld worden voor andere

primaire drugs, is cannabis (21 %) na alcohol (32 %) de secundaire stof die het vaakst wordt gemeld ⁽⁵⁴⁾.

Trends in nieuwe aanvragen voor drugsbehandeling

Binnen de ongeveer 160 000 nieuwe aanvragen voor drugsbehandeling (beschikbare gegevens uit 24 landen) die in 2006 werden gerapporteerd, vormen cannabiscliënten de op een na grootste groep (28 %), na heroïnecliënten (34 %). Vergeleken met het aandeel van alle cliënten die cannabis als hun primaire drug noemen, is het percentage onder nieuwe cliënten hoger. De helft van de landen meldt dat het percentage nieuwe cliënten dat om behandeling verzoekt voor cannabis als primaire drug toeneemt. Het absolute aantal nieuwe aanvragen voor cannabisbehandeling is in de periode 2002-2006 gestegen, terwijl het percentage nieuwe cliënten dat in behandeling ging voor primair cannabisgebruik tussen 2002 en 2005 steeg en in 2006 op hetzelfde niveau bleef ⁽⁵⁵⁾.

De stijgende trend die wordt waargenomen in het aantal behandelaanvragen in verband met cannabis kan verband houden met een aantal factoren: stijgingen van het cannabisgebruik of van intensief en langdurig gebruik, betere verslaglegging, recente uitbreiding en diversificatie van het behandelstelsel — dat eerder gericht was op heroïnegebruikers, maar zich nu ook richt op gebruikers van andere drugs — en wets- en beleidswijzigingen die soms een stijging tot gevolg hebben van het aantal verwijzingen naar behandeling in verband met cannabis vanuit het strafrechtelijk systeem (EWDD, 2008a). De recente stabilisatie van het aantal nieuwe behandelaanvragen in verband met cannabisgebruik zou ook kunnen worden verklaard uit recentere trends in cannabisgebruik, veranderingen in het behandelstelsel of aanpassingen van de verwijzroutes.

Cliëntprofielen

Cannabisgebruikers die beginnen aan een extramurale behandeling zijn voornamelijk jonge mannen (met een verhouding van 5,2 mannen op elke vrouw) en een gemiddelde leeftijd van 24 jaar. Cannabis is de primaire drug die in de jongere leeftijdsgroepen het vaakst wordt gemeld. Van degenen die voor het eerst behandeld worden noemt 67 % van de 15- tot 19-jarigen en 80 % van degenen onder de 15 cannabis als primaire drug ⁽⁵⁶⁾.

⁽⁵⁰⁾ Zie figuur TDI-2 deel (ii) in het Statistical Bulletin 2008.

⁽⁵¹⁾ Zie tabel TDI-5 deel (ii) in het Statistical Bulletin 2008.

⁽⁵²⁾ Zie tabel TDI-4 deel (ii) in het Statistical Bulletin 2008.

⁽⁵³⁾ Zie tabel TDI-24 in het Statistical Bulletin 2008.

⁽⁵⁴⁾ Zie de tabellen TDI-22 en TDI-23 deel (i) en deel (iv) in het Statistical Bulletin 2008.

⁽⁵⁵⁾ Zie de figuren TDI-1 en TDI-2 en de tabellen TDI-3 deel (iv) en TDI-5 deel (ii) in het Statistical Bulletin 2008.

⁽⁵⁶⁾ Zie de tabellen TDI-10 en TDI-21 deel (ii) in het Statistical Bulletin 2008.

De meeste cannabiscliënten lijken sociaal relatief goed geïntegreerd te zijn in vergelijking met gebruikers die hulp zoeken vanwege problemen met andere soorten drugs. Veel van hen zitten nog op school of studeren en hebben een stabiele woonomgeving, vaak bij hun ouders; in recent onderzoek wordt echter ook een sociaal profiel van cannabispatiënten gerapporteerd dat afwijkt van dat van de algemene bevolking in dezelfde leeftijdsgroep alsmede een sociaal zwakkere achtergrond (EWDD, 2008a).

In het algemeen kunnen primaire cannabisgebruikers die in behandeling gaan worden onderverdeeld in drie groepen op basis van de frequentie waarmee zij gebruiken: incidentele gebruikers (30 %), cliënten die één keer tot een aantal keren per week cannabis gebruiken (30 %) en dagelijkse gebruikers (40 %) ⁽⁵⁷⁾. Er worden echter aanzienlijke verschillen tussen landen waargenomen, met name in het percentage regelmatige cannabisgebruikers dat in behandeling gaat. In die landen met grotere aantallen cannabiscliënten, varieert het percentage dagelijkse gebruikers van ruim 70 % in Nederland en Denemarken tot 40-60 % in Spanje, Frankrijk en Italië, en 20-30 % in Duitsland en Hongarije.

Aanbod van behandelingen

Uit een in opdracht van het EWDD uitgevoerde enquête naar het aanbod van cannabisbehandelingen bij een steekproef onder drugsbehandelcentra in 19 lidstaten blijkt dat de helft van de geënquêteerde centra geen programma's heeft die specifiek zijn afgestemd op cannabisproblemen (EWDD, 2008a). Hieruit kan worden afgeleid dat veel cannabisgebruikers worden behandeld in dezelfde omgeving als gebruikers van andere drugs, hetgeen problemen kan opleveren, zowel voor het behandelend personeel als voor cliënten.

Van de onderzochte gespecialiseerde centra bieden de meeste korte behandeltrajecten voor cannabisgebruik aan van doorgaans minder dan twintig sessies. Behandeling vindt over het algemeen plaats in de vorm van individuele counseling en therapie of counseling over de mogelijke gevolgen van cannabisgebruik. Bepaalde instellingen noemen cannabisdetoxificatie, gezinstherapie, therapeutische gemeenschappen en wederzijdse hulpgroepen als mogelijke onderdelen van de behandeling. Indien er intramurale zorg voor cannabisbehandeling wordt aangeboden, gebeurt dit over het algemeen in verband met het verlichten van sociale gedragsproblemen.

Volgens de wetenschappelijke literatuur op dit terrein is de effectiviteit van een aantal psychotherapieën

voor cannabisbehandeling aangetoond, waaronder motivatietherapie en cognitieve gedragstherapie. Geen enkele vorm van psychotherapie is echter doelmatiger gebleken dan enige andere vorm (Nordstrom en Levin, 2007). Hoewel de meeste studies naar de doeltreffendheid van cannabisbehandeling zijn uitgevoerd in de Verenigde Staten en Australië, worden er nu ook Europese studies gestart of gerapporteerd. Een Duits gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek naar een behandelprogramma voor adolescenten met problematisch cannabisgebruik (Candis) is in 2004 van start gegaan. Het programma is gebaseerd op motivationele ondersteuning, cognitieve gedragstherapie en het oplossen van psychosociale problemen. De eerste resultaten laten zien dat de helft van de patiënten na beëindiging van de behandeling gestopt was met het gebruik van cannabis. Nog eens 30 % is minder cannabis gaan gebruiken. Bovendien is een opmerkelijke afname van de met cannabisgebruik verband houdende mentale en sociale problemen gemeld. Er staat een vervolgstudie gepland.

Initiatieven op het gebied van behandeling voor jonge cannabisgebruikers worden gemeld door diverse landen. In Frankrijk zijn sinds 2005 verspreid over het land ongeveer 250 consultatiecentra voor cannabis opgezet, die counseling en ondersteuning aanbieden aan gebruikers en hun gezinsleden. In Denemarken zijn onlangs speciale middelen toegewezen voor de ontwikkeling van gerichte programma's voor jonge cannabisgebruikers. Daarnaast werken België, Duitsland, Frankrijk, Nederland en Zwitserland samen aan een internationale studie naar de effectiviteit van een alomvattende gezinsgerichte behandeling van problematisch cannabisgebruik (Incant) ⁽⁵⁸⁾.

In Duitsland worden pogingen ondernomen om de internet-service „Quit the shit” ⁽⁵⁹⁾, die helpt bij het stoppen met cannabisgebruik en waarbij interactieve counseling wordt aangeboden in samenwerking met extramurale behandelcentra, over te hevelen naar de gemeentelijke structuren voor jongerenwelzijn en drugsopvang of naar instellingen voor de preventie van drugsverslaving.

Er wordt in Europa in toenemende mate gebruik gemaakt van informatie- en communicatietechnologie bij interventies die tot doel hebben de vraag naar drugs terug te dringen. In 2006-2007 wordt de beschikbaarheid van counseling en advies over drugsgebruik door negen lidstaten genoemd, terwijl er acht melding maken van het gebruik van internet (Tsjechië, Duitsland, Estland, Nederland, Portugal, Oostenrijk, Slowakije, Verenigd Koninkrijk) en Denemarken meldt dat er gebruik wordt

⁽⁵⁷⁾ Zie tabel TDI-18 in het Statistical Bulletin 2008.

⁽⁵⁸⁾ <http://www.incant.eu>

⁽⁵⁹⁾ <http://www.drugcom.de>

gemaakt van sms. Deze (internet)diensten zijn gericht op jongeren en concentreren zich op problemen in verband met alcohol en cannabis.

Cannabisgebruikers in aanraking met justitie

Cannabis is de illegale drug die in Europa het meest voorkomt in politieaangiften in verband met drugsdelicten ⁽⁶⁰⁾, en het aantal delicten dat verband houdt met deze drug in de Europese Unie is tussen 2001 en 2006 gemiddeld met 34 % gestegen (figuur 2). De beschikbare gegevens laten zien dat het merendeel van de gemelde cannabisdelicten verband houdt met gebruik en bezit voor gebruik, en niet met handel of aanvoer. Gebruiksgelateerde delicten vertegenwoordigen in het merendeel van de rapporterende landen 62 tot 95 % van alle gemelde cannabisdelicten.

Omdat veel drugsdelinquenten jonge cannabisgebruikers zijn, die anders niet in aanraking zouden komen met drugsdiensten, wordt er melding gemaakt van toenemende samenwerking tussen de rechterlijke instanties en preventie- en counselingdiensten op scholen en

bij instanties voor jongerenwelzijn. Duitsland, Spanje (Catalonië), Luxemburg en Oostenrijk hebben protocollen en programma's ingevoerd voor jongeren die de drugswetgeving overtreden of die zijn veroordeeld voor het gebruik of het bezit van drugs, meestal cannabis. De overtreder kan de keuze krijgen om in plaats van een boete te betalen een cursus te volgen. De programma's die in de verschillende landen worden aangeboden hebben tot doel escalatie van het drugsgebruik en recidive te voorkomen; hierin kan een rol zijn weggelegd voor het gezin, de school of psychologische counseling.

Bij een vervolgevaluatie van de Duitse FReD-programma's voor jonge delinquenten (100 respondenten) bleek dat 44 % van de oud-deelnemers hun gebruik van alcohol en tabak had verminderd, 79 % minder illegale drugs gebruikte of ermee was gestopt en 69 % niet had gerecidiveerd na afronding van de cursus. Naar aanleiding van een evaluatie van de vergelijkbare „youth offending teams” (YOT) in het Verenigd Koninkrijk werd geconcludeerd dat het programma aanzienlijke potentiële voordelen had (Matrix Research, 2007).

Rookverboden en cannabis

Het mogelijke verband tussen tabaksbeleid en het gebruik van cannabis is een onderwerp dat de aandacht verdient. In steeds meer Europese landen worden rookverboden ingesteld en in negen lidstaten is inmiddels een volledig rookverbod van kracht op de werkplek en in openbare gelegenheden als restaurants en cafés. In België, Denemarken, Duitsland, Nederland en Portugal geldt sinds kort een gedeeltelijk rookverbod.

Het verband tussen het gebruik van tabak en het latere gebruik van illegale drugs valt vaak weg wanneer de cijfers worden gecorrigeerd voor de onderliggende factoren, zoals is aangetoond in een analyse van prospectieve studies (Mathers et al., 2006). In Europa ligt het cannabisgebruik

onder rokers echter wel degelijk hoger dan onder niet-rokers, en een streng tabaksbeleid heeft mogelijk positieve effecten op de heersende normen, die een goede voorspeller van zowel tabaks- als cannabisgebruik zijn.

Er zijn ook aanwijzingen dat cannabisgebruik reageert op de prijs en beschikbaarheid van sigaretten (Cameron en Williams, 2001). In geïsoleerde onderzoeken werd geconcludeerd dat hogere accijns op sigaretten onder mannen tot een minder intensief marihuana-gebruik leiden en mogelijk een bescheiden negatief effect hebben op de kans dat ze marihuana gaan gebruiken (Farrelly et al., 2001).

Tot slot is het vermeldenswaard dat het Nederlandse rookverbod in restaurants en cafés ook geldt voor coffeeshops en dat de gemeente Amsterdam heeft besloten om het in het openbaar roken van cannabis te verbieden.

⁽⁶⁰⁾ Zie tabel DLO-6 in het Statistical Bulletin 2008.



Hoofdstuk 4

Amfetaminen, ecstasy en LSD

Inleiding

Wereldwijd behoren amfetaminen (een verzamelterm die zowel amfetamine als metamfetamine omvat) en ecstasy, na cannabis, tot de meest gebruikte illegale drugs. In Europa mag het cocaïnegebruik, in absolute cijfers, inmiddels hoger zijn, maar de geografische concentratie van cocaïne in een paar landen betekent dat voor het grootste deel van de Europese Unie geldt dat een vorm van synthetisch geproduceerde drug de op één na meest gebruikte illegale stof blijft. Bovendien vormt in delen van Europa het gebruik van amfetaminen een belangrijk deel van het drugsprobleem, 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 meest algemeen 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 spectaculair toe in de loop van de jaren negentig. De populariteit van de drug wordt historisch in verband gebracht met die van de dancemuziek en het grootschalig gebruik van synthetische drugs wordt ook in algemene zin geassocieerd met specifieke culturele subgroepen of sociale settings.

Schattingen van de consumptie van lyserginezuur-diethylamide (LSD), verreweg de bekendste hallucinogene drug, zijn laag en al geruime tijd redelijk stabiel in Europa. Er lijkt onder jongeren echter sprake te zijn van een toenemende belangstelling voor natuurlijke hallucinogenen.

Amfetamine en metamfetamine: overeenkomsten en verschillen

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

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

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

Bronnen: Drugsprofielen van het EDWW (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/methamphetamine>).

Aanvoer en beschikbaarheid

Amfetamine

De mondiale productie van amfetamine, die in 2006 geschat werd op 126 ton, blijft geconcentreerd in Europa, waar 79% van alle in 2006 gemelde amfetaminelaboratoria zich bevindt (UNODC, 2008), hoewel de productie zich verplaatst naar andere delen van de wereld, met name Noord-Amerika en Zuidoost-Azië ⁽⁶¹⁾. Wereldwijd werd in 2006 ruim 19 ton amfetaminen in beslag genomen, waarvan het meeste werd onderschept in het Nabije en Midden-Oosten (67%), in de vorm van in Zuidoost-Europa geproduceerde

⁽⁶¹⁾ Voor informatie over de bronnen voor gegevens over de aanvoer en beschikbaarheid van drugs, zie blz. 40.

„Captagon“-pillen ⁽⁶²⁾, gevolgd door amfetaminevangsten in West- en Midden-Europa (27 %), een uitvloeisel van de rol die Europa speelt als belangrijke producent en consument van deze drug (CND, 2008; UNODC, 2008).

De meeste in Europa geconfisqueerde amfetamine wordt respectievelijk geproduceerd in Nederland, Polen en België, en in mindere mate in Estland en Litouwen. In 2006 werden veertig plekken die een rol speelden bij de productie, verpakking of opslag van amfetaminen ontdekt in de Europese Unie (Europol, 2007a); het UNODC (2008) meldt dat er in Europese landen 123 laboratoria zijn ontmanteld.

Turkije rapporteert de vangst van circa 20 miljoen amfetaminepillen met het logo „Captagon“. De productie van amfetamine in deze vorm wordt gemeld in zowel Bulgarije als Turkije, en men denkt dat die grotendeels bedoeld is voor de export naar afnemende landen in het Nabije en Midden-Oosten.

In 2006 zijn in Europa naar schatting 38 000 vangsten gedaan, in totaal goed voor 6,2 ton amfetaminepoeder. Hoewel de voorlopige cijfers voor 2006 een daling te zien lijken te geven ten opzichte van de hogere niveaus die in 2004 en 2005 werden gerapporteerd, is in de periode van vijf jaar tussen 2001 en 2006 zowel het aantal vangsten als de hoeveelheid onderschepte amfetaminen toegenomen ⁽⁶³⁾. Het gaat hier echter om een voorlopige conclusie omdat de meest recente gegevens uit het Verenigd Koninkrijk, het land dat in Europa doorgaans het meeste vangsten meldt, nog niet beschikbaar zijn. Vangsten van amfetaminepillen worden, in tegenstelling tot poeder, in toenemende mate gerapporteerd door een aantal landen. In totaal werden er in de Europese Unie (vooral in Spanje) in 2006 390 000 pillen in beslag genomen.

De zuiverheid van de monsters van de in 2006 in Europa in beslag genomen amfetamine liep sterk uiteen en wel dusdanig dat bij elk commentaar op de gebruikelijke waarden voorzichtigheid betracht moet worden. Niettemin kunnen de landen die gegevens voor 2006 hebben gemeld worden verdeeld in twee groepen, met tien landen die waarden tussen de 2 en 10 % melden en de andere die hogere zuiverheden (25 tot 47 %) rapporteren. Tot deze laatste groep behoren doorgaans die landen die erom bekend staan nauwer betrokken te zijn bij de productie, handel of consumptie van amfetamine (Nederland, Polen, de Baltische en noordse landen). In de afgelopen vijf jaar was de zuiverheid van amfetamine

stabiel of daalde deze in het merendeel van de 19 landen waarvoor voldoende gegevens beschikbaar zijn om een analyse mogelijk te maken.

Internationale maatregelen tegen vervaardiging en misbruik van synthetische drugsprecursoren

De inspanningen op het gebied van rechtshandhaving zijn steeds meer gericht op de precursorstoffen voor de vervaardiging van illegale drugs. De controle op precursoren wordt gezien als een aanvullende tegenmaatregel op dit terrein, waarop internationale samenwerking van bijzonder groot belang is. Het Prisma-project is een internationaal initiatief dat is opgezet om de verspreiding van precursorstoffen die voor de illegale vervaardiging van synthetische drugs worden gebruikt te voorkomen. Hiertoe wordt een systeem gehanteerd dat is gebaseerd op voorafgaande kennisgevingen van uitvoer voor legale handel aan de International Narcotics Control Board (INCB, 2008b) en rapportage van tegengehouden verzendingen en uitgevoerde inbeslagnemingen bij verdachte transacties.

In 2006 werd volgens de beschikbare gegevens wereldwijd meer dan elf ton efedrine en pseudo-efedrine (belangrijke precursoren van metamfetamine) in beslag genomen. China onderschepte ongeveer de helft hiervan, gevolgd door Canada en Myanmar. De EU-lidstaten (vooral België en Hongarije) en de Russische Federatie namen samen slechts 0,3 ton in beslag, hoewel Europol (2008) melding maakt van een recente toename van de uitvoer en overlading en een toenemend misbruik van deze chemicaliën in de Europese Unie.

De wereldwijde vangsten van 1-fenyl-2-propanon (P-2-P), dat kan worden gebruikt voor de illegale vervaardiging van zowel amfetamine als metamfetamine, namen in 2006 af. Uitzonderingen op deze trend vormden de EU-lidstaten (vooral Denemarken, Nederland en Polen), Turkije en de Russische Federatie, die samen het leeuwendeel van de wereldwijde vangsten (2 600 liter) van P-2-P voor hun rekening namen. Deze precursor wordt voornamelijk gebruikt voor de productie van amfetamine in Europa, waarbij de P-2-P meestal vanuit Aziatische landen (China) wordt ingevoerd, hoewel er sinds 2004 ook melding wordt gemaakt van invoer en smokkel vanuit de Russische Federatie (Europol, 2007a).

De wereldwijde vangsten van 3,4-methyleendioxyfenyl-2-propanon (3,4-MDP-2-P), dat wordt gebruikt voor de vervaardiging van MDMA, namen in 2006 af tot 7 500 liter. Deze hoeveelheid werd vrijwel geheel onderschept door Canada, op 105 liter na, die door Nederland in beslag werden genomen. De vangsten van safrol, dat 3,4-MDP-2-P kan vervangen bij de synthetische vervaardiging van MDMA, bleven in 2006 marginaal, met 62 liter wereldwijd, waarvan het merendeel in Australië; in Europa meldde alleen Frankrijk een inbeslagname van safrol (7 liter).

⁽⁶²⁾ Captagon is een van de geregistreerde handelsnamen van fenetylline, een synthetische stof die het centrale zenuwstelsel stimuleert, maar pillen met dit logo die op de illegale markt worden verkocht bevatten vaak een mengsel van amfetamine en cafeïne.

⁽⁶³⁾ De gegevens over Europese drugsvangsten die in dit hoofdstuk worden genoemd, zijn te vinden in de tabellen SZR-11 tot en met SZR-18 in het Statistical Bulletin 2008. NB: waar de gegevens voor 2006 ontbreken, zijn de overeenkomstige gegevens voor 2005 gebruikt om de Europese totalen te kunnen schatten.

In 2006 lag de gebruikelijke straatwaarde van amfetamine tussen de 10 en 15 EUR per gram in de helft van de rapporterende landen. In de periode 2001-2006 werd in de 16 landen die voldoende gegevens leverden voor analyse, met uitzondering van Tsjechië, Spanje en Roemenië, een daling van de straatwaarde van amfetamine gemeld.

Metamfetamine

De productie van metamfetamine is geconcentreerd in Noord-Amerika en Oost- en Zuidoost-Azië. In 2006 werd de mondiale productie van metamfetamine geschat op 266 ton, meer dan enige andere illegale synthetische drug. In 2006 is wereldwijd ongeveer 15,8 ton metamfetamine ontdekt, waarvan het grootste deel in beslag is genomen in Oost- en Zuidoost-Azië, gevolgd door Noord-Amerika. Minder dan 1 % van de vangsten vond plaats in Europa (UNODC, 2007, 2008).

Illegale productie van metamfetamine komt wel voor in Europa, maar blijft grotendeels beperkt tot Tsjechië, waar in 2006 ruim vierhonderd kleinschalige „keukenlaboratoria“ werden ontdekt. De productie van de drug wordt ook gemeld in Slowakije en, in mindere mate, Litouwen (INCB, 2008a).

In 2006 zijn door 17 Europese landen ongeveer 3 000 vangsten van metamfetamine gerapporteerd met een totaalgewicht van 154 kg. Noorwegen heeft de meeste vangsten gedaan en de grootste hoeveelheid onderschept, gevolgd door Zweden, Tsjechië en Slowakije. In de twee laatstgenoemde landen waren de vangsten doorgaans klein, meestal een paar gram of minder. Tussen 2001 en 2006 is zowel het aantal vangsten als de hoeveelheid metamfetamine die in Europa in beslag worden genomen gestegen, maar zij zijn nog altijd laag in vergelijking met andere drugs. In 2006 lag de gebruikelijke zuiverheid van metamfetamine, die is gebaseerd op de beperkte hoeveelheid beschikbare gegevens, ergens tussen de 20 % en 55 %.

Ecstasy

Het UNODC (2007a) meldt dat de mondiale productie van ecstasy in 2006 is gedaald tot rond de 102 ton. De productie lijkt geografisch meer verspreid te zijn, nu het vaker voorkomt dat in Noord-Amerika en in Oost- en Zuidoost-Azië ecstasy voor lokale consumptie wordt gemaakt. Desondanks blijft Europa de belangrijkste productielocatie voor ecstasy, waarbij de productie zich concentreert in Nederland (waar, na een aantal jaren van daling, de productie in 2006 mogelijk weer is gegroeid),

België en, in mindere mate, Polen en het Verenigd Koninkrijk.

Het relatieve belang van Europa als consument en producent van ecstasy kan afgeleid worden uit de gegevens over drugsvangsten. Europa meldt ruim 20 000 vangsten die in 2006 hebben geleid tot de onderschepping van bijna 14 miljoen ecstasypillen. Nederland was verantwoordelijk voor de grootste hoeveelheid in beslag genomen ecstasy (4,1 miljoen pillen), gevolgd door het Verenigd Koninkrijk, Turkije, Frankrijk en Duitsland. In totaal is het aantal ecstasyvangsten in de periode 2001-2006 afgenomen, en is ook de in beslag genomen hoeveelheid gedaald, na een piekjaar in 2002 ⁽⁶⁴⁾. Van de 4,5 ton ecstasy die in 2006 wereldwijd in beslag is genomen, is 43 % onderschept in West- en Midden-Europa; ter vergelijking: in Noord-Amerika was dit percentage 34 % (UNODC, 2008).

In Europa bevatten de meeste ecstasypillen die in 2006 zijn geanalyseerd MDMA of een andere ecstasychtieve 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. Spanje en Polen waren uitzonderingen met hun meldingen dat bij de analyse van pillen die als ecstasy waren verkocht regelmatig amfetamine of metamfetamine is aangetroffen, vaak in combinatie met MDMA of een hieraan verwante stof. In Letland en Malta bevatten de meeste geanalyseerde pillen geen enkele gecontroleerde stof.

Het merendeel van de landen meldt een gebruikelijke hoeveelheid MDMA per ecstasypil van tussen de 25 en 65 mg, hoewel de geanalyseerde monsters een aanzienlijke variatie vertonen (9-90 mg). Daarnaast maken sommige landen (België, Denemarken, Duitsland, Frankrijk, Nederland, Noorwegen) melding van ecstasypillen met een hoge dosis, die meer dan 130 mg MDMA bevatten en is er op bepaalde markten inmiddels kwalitatief hoogwaardig MDMA-poeder beschikbaar. Er kan geen duidelijke trend voor de middellange termijn worden waargenomen in de hoeveelheid MDMA per ecstasypil. Wel is het duidelijk dat in vergelijking met het moment waarop de drug voor het eerst op grote schaal beschikbaar kwam in Europa, begin jaren negentig, ecstasy aanzienlijk goedkoper is geworden. Hoewel er berichten zijn dat er pillen worden verkocht voor slechts 1 EUR, melden de meeste landen nu gebruikelijke straatwaarden in de orde van grootte van 3 tot 9 EUR per pil, en de beschikbare gegevens voor de periode 2001-2006 wijzen erop dat de (voor inflatie aangepaste) straatwaarde is blijven dalen.

⁽⁶⁴⁾ Dit is een voorlopig beeld, omdat de gegevens uit het Verenigd Koninkrijk, het land dat in 2005 de meeste vangsten heeft gemeld, voor 2006 nog niet beschikbaar zijn.

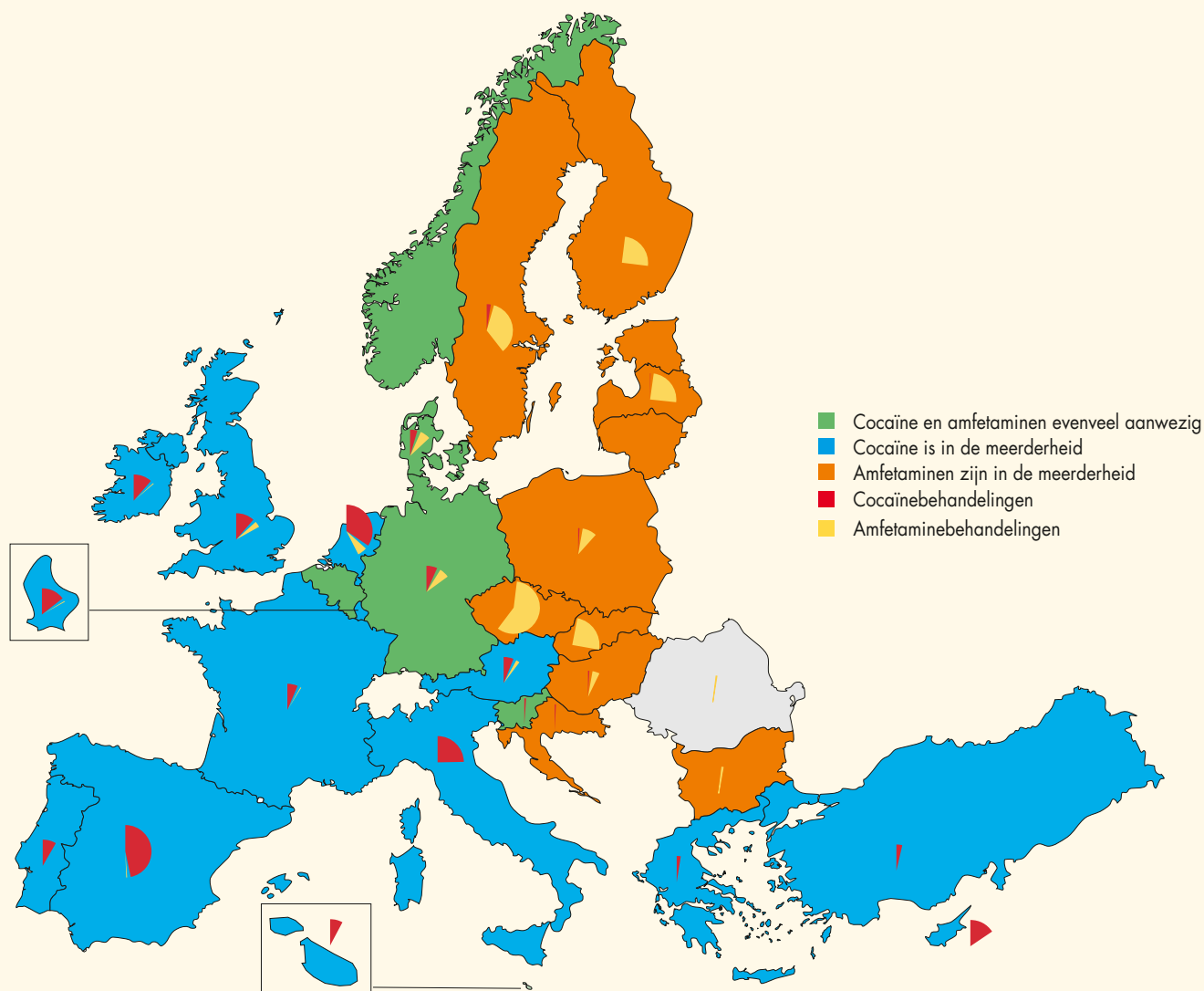
De Europese markt voor stimulerende middelen: „cocaïnelanden” en „amfetaminelanden”?

Een synthese van informatie uit diverse bronnen leidt tot de conclusie dat verschillende stimulerende drugs eenzelfde rol kunnen spelen in verschillende landen en dat het daarom verstandig kan zijn om bij de ontwikkeling van beleid op dit gebied niet alleen de individuele stoffen in aanmerking te nemen, maar ook te kijken naar de markt voor stimulerende middelen in zijn geheel. In enkele landen lijkt cocaïne de dominante stimulerende drug te zijn, terwijl dat in andere landen amfetamine of metamfetamine lijkt te zijn. Het

beeld dat ontstaat wanneer de gegevens van algemene bevolkingsenquêtes worden gecombineerd met cijfers over vangsten is dat de landen uit Noord- en Midden-Europa over het algemeen tot een „amfetaminegroep” behoren, terwijl in de West- en Zuid-Europese landen het gebruik van cocaïne vaak de overhand heeft.

Het relatieve belang van stimulerende middelen in de totale drugsproblematiek verschilt ook sterk per land. Dit kan worden afgeleid uit gegevens over behandelingen:

De markt voor stimulerende middelen in Europa: de relatieve prevalentie van cocaïne of amfetaminen in vangsten en bevolkingsenquêtes en het aandeel van drugsgebruikers in behandeling die deze stoffen als primaire drug melden



terwijl in een beperkte groep landen stimulerende middelen verantwoordelijk zijn voor een relatief hoog percentage van alle behandelaanvragen (metamfetamine in Tsjechië en Slowakije, amfetamine in Letland, Zweden en Finland, en cocaïne in Spanje, Italië en Nederland), is in andere landen het percentage cliënten dat een van deze stoffen als de belangrijkste reden noemt om hulp te zoeken zeer laag, soms zelfs verwaarloosbaar.

Uit gegevens van cliënten in behandeling valt ook op te maken dat degenen die worden behandeld voor problemen in verband met het gebruik van stimulerende middelen meestal alleen problemen ervaren met één soort. Zo noemde slechts circa 8% van alle cliënten die een extramurale behandeling voor het gebruik van cocaïne ondergingen amfetamine als hun tweede probleemdruk, terwijl van de amfetaminecliënten minder dan 9% cocaïne als tweede probleemdruk noemde. Bovendien wijzen berichten uit enkele landen erop dat het ene stimulerend middel soms de plaats van het andere inneemt in de markt. Uit de bestaande gegevens kan worden afgeleid dat cocaïne in enkele populaties van drugsgebruikers mogelijk amfetamine verdringt en dat in niet-stedelijke gebieden in Nederland amfetaminen mogelijk worden gebruikt als goedkoper substituut voor cocaïne.

Hoewel stimulerende drugs van elkaar kunnen verschillen met betrekking tot de effecten en gevolgen, zijn de behandelopties, de mate waarin cliënten de behandeling blijven volgen en de resultaten van behandelingen grotendeels vergelijkbaar (Rawson et al., 2000; Copeland en Sorensen, 2001). Tot op zekere hoogte kunnen er ook overeenkomsten worden waargenomen in de gebruikspatronen van deze drugs en in de algemene typologie van de gebruikers. Zo kunnen recreatieve en minder intensieve en schadelijke gebruikspatronen onder sociaal goed geïntegreerde gebruikers samengaan met intensieve gebruikspatronen onder meer gemarginaliseerde groepen waarin in hogere mate sprake is van verslavingsproblemen en meer riskante manieren van toediening, zoals injecteren en roken.

NB: De achtergrondkleuren zijn een weergave van de relatieve dominantie van cocaïne of amfetaminen volgens algemene bevolkingsenquêtes (prevalentie van het gebruik in het afgelopen jaar in de leeftijdsgroep 15 tot 34 jaar) en gegevens over vangsten; In de cirkeldiagrammen wordt het aandeel van alle behandelaanvragen voor deze twee drugs uitgebeeld — alleen de segmenten voor cocaïne en amfetaminen worden weergegeven. Voor Italië, Nederland en Polen, waar geen gegevens over vangsten beschikbaar waren, zijn alleen gegevens uit bevolkingsenquêtes gebruikt. Voor Kroatië zijn alleen gegevens over vangsten gebruikt. Voor Noorwegen en België waren geen gegevens over behandelingen beschikbaar. Uit de beschikbare gegevens voor Roemenië waren geen conclusies voor het land als geheel te trekken. In Tsjechië en Slowakije is metamfetamine de meest gebruikte amfetamine.

LSD

Het gebruik van en de handel in LSD worden nog altijd beschouwd als marginaal, hoewel de vangsten in Europa mogelijk een aanwijzing vormen voor een opleving van de belangstelling voor de drug in de afgelopen jaren. Na een langdurige neerwaartse trend, die teruggaat tot de jaren negentig, is zowel het aantal vangsten als de hoeveelheid in beslag genomen LSD sinds 2003 toegenomen. De huidige situatie is onduidelijk, want hoewel de beschikbare voorlopige gegevens duiden op een lichte daling voor beide waarden, heeft het Verenigd Koninkrijk, het land dat doorgaans de grootste hoeveelheden in beslag genomen LSD meldt, nog geen cijfers gerapporteerd. De (voor inflatie aangepaste) straatwaarden van LSD dalen sinds 2001 licht, en varieerden in 2006 in de meeste Europese landen tussen de 5 en 11 EUR per eenheid.

Prevalentie en gebruikspatronen

Onder de EU-lidstaten is het gebruik van amfetaminen of ecstasy relatief hoog in Tsjechië, Estland en het Verenigd Koninkrijk, en relatief hoog in vergelijking met de algemene nationale drugssituatie in sommige Midden- en Noord-Europese landen. Daarentegen zijn de consumptieniveaus van synthetische hallucinogene drugs als lyserginezuur-diethylamide (LSD) lager en al een aanzienlijke periode stabiel.

De hogere prevalentiewaarden in bepaalde landen moeten, althans volgens de eenvoudige verklaring, worden begrepen in de context van twee aparte consumptiepatronen. In een beperkt aantal landen vormt het gebruik van amfetamine of metamfetamine, vaak via injectie, een aanmerkelijk percentage van het totale aantal problematische drugsgebruikers en van de gebruikers die om hulp vragen in verband met drugsproblemen. Naast deze populaties van chronische gebruikers bestaat er een algemener verband tussen synthetische drugs, met name ecstasy, en clubs, dancemuziek en bepaalde subculturen. Dit leidt ertoe dat er significant hogere gebruiksniveaus onder jongeren worden gemeld, in vergelijking met de algemene bevolking, en dat er extreem hoge gebruiksniveaus worden aangetroffen in bepaalde settings en specifieke subpopulaties.

Amfetaminen

Recente bevolkingsenquêtes wijzen uit dat het „ooit“-gebruik van amfetaminen ⁽⁶⁵⁾ in Europa varieert per land, van 0,1 tot 11,9% van alle volwassenen (15-64 jaar). Gemiddeld zegt 3,3% van alle Europese volwassenen ten minste één keer amfetaminen te hebben gebruikt. Het gebruik van de drug in het afgelopen jaar is beduidend lager, met een Europees gemiddelde van 0,6% (0,0-1,3%). Naar schatting hebben ongeveer 11 miljoen Europeanen amfetaminen geprobeerd en hebben circa 2 miljoen de stof in de laatste twaalf maanden gebruikt (zie tabel 3 voor een overzicht van de gegevens).

Onder jongvolwassenen (15-34 jaar) varieert het „ooit“-gebruik van amfetaminen aanmerkelijk per land, van 0,2 tot 16,5%, met een Europees gemiddelde van circa 5%. Het amfetaminegebruik in het afgelopen jaar varieert in deze leeftijdscategorie van 0,1 tot 2,9%, waarbij het merendeel van de landen melding maakt van prevalentieschattingen van tussen de 0,7 en 1,9%. Naar schatting heeft gemiddeld 1,3% van de jonge Europeanen in de laatste twaalf maanden amfetaminen gebruikt.

Problematisch amfetaminegebruik

De indicator voor problematisch drugsgebruik (PDU) van het EMCDDA kan in beperkte mate worden gebruikt voor amfetaminen, namelijk waar het injecteren of langdurig/regelmatig gebruik van de stof als problematisch is gedefinieerd. Slechts één lidstaat (Finland) heeft een recente nationale schatting van problematisch amfetaminegebruik verstrekt: in 2005 werd geschat dat het ging om tussen de 12 000 en 22 000 problematische amfetaminegebruikers (4,3 tot 7,9 gevallen per 1 000, in de leeftijdscategorie 15-54 jaar), ongeveer vier keer zo veel als het geschatte aantal probleemgebruikers van opioïden.

Het aantal gerapporteerde behandelaanvragen in verband met het gebruik van amfetamine is in de meeste Europese landen relatief klein. Behandeling voor amfetaminegebruik is goed voor een omvangrijk deel van de totale vraag naar behandeling in Letland, Zweden en Finland, waar tussen de 25 en 35% van de drugscliënten die in behandeling gaan hun amfetaminegebruik als primaire drugsprobleem melden. Behalve in deze landen vertegenwoordigt de behandeling voor amfetamine alleen meer dan 5% van de gerapporteerde drugsbehandeling in Denemarken, Duitsland, Nederland en Polen, waar

tussen de 6 en 9% van de gebruikers die worden behandeld amfetamine noemen als hun primaire drug ⁽⁶⁶⁾.

Met uitzondering van Zweden en Finland geldt voor de meeste landen dat het percentage nieuwe cliënten die in behandeling gaan voor primair gebruik van amfetamine groter is dan het percentage van alle cliënten die voor deze drug in behandeling zijn. Van 2002 tot 2006 is het percentage nieuwe cliënten die in behandeling gaan voor primair gebruik van amfetamine in Europa als geheel relatief stabiel gebleven, hoewel Letland en Denemarken voor deze periode een toename melden, terwijl in Zweden en Finland het percentage nieuwe amfetaminecliënten juist daalde, mogelijk ten gevolge van het ouder worden van de populatie ⁽⁶⁷⁾.

Amfetaminegebruikers die in behandeling gaan zijn gemiddeld mannen van rond de 29 jaar. Hoewel de verhouding tussen mannen en vrouwen ongeveer 2:1 is, ligt het totale percentage vrouwen onder amfetaminecliënten hoger dan de percentages die bij andere drugs worden aangetroffen ⁽⁶⁸⁾.

Problematisch metamfetaminegebruik

In vergelijking met andere delen van de wereld, waar het gebruik van metamfetamine de afgelopen jaren in opkomst was, lijken de gebruiksniveaus in Europa bescheiden (Griffiths et al., 2008). Historisch gezien concentreert het gebruik van deze drug zich in Tsjechië en, tot op zekere hoogte, Slowakije. Alleen deze twee landen maken dan ook melding van recente schattingen van problematisch gebruik. In 2006 waren er in Tsjechië naar schatting 17 500-22 500 metamfetaminegebruikers (2,4 tot 3,1 per 1 000 15- tot 64-jarigen), bijna twee keer zo veel als het aantal problematische opioïdengebruikers, en in Slowakije, 6 200-15 500 (1,6 tot 4,0 per 1 000 15- tot 64-jarigen), circa 20% minder dan het geschatte aantal problematische opioïdengebruikers.

In de afgelopen vijf jaar is de gerapporteerde vraag naar behandelingen in verband met metamfetaminegebruik in beide landen gestegen. Metamfetamine is uitgegroeid tot de meest genoemde primaire drug onder mensen die voor het eerst in behandeling gaan in Slowakije, waar deze goed is voor 25% van alle behandelaanvragen. In Tsjechië noemt 59% van alle drugscliënten metamfetamine als hun primaire drug ⁽⁶⁹⁾. Cliënten die in behandeling zijn voor het gebruik van metamfetamine melden hoge percentages injecterend drugsgebruik: rond de 50% in Slowakije en 80% in Tsjechië.

⁽⁶⁵⁾ In enquêtegegevens over „amfetaminegebruik“ wordt vaak geen onderscheid gemaakt tussen amfetamine en metamfetamine, hoewel het doorgaans zal gaan om het gebruik van amfetamine (-sulfaat of dexamfetamine), omdat het gebruik van metamfetamine in Europa ongebruikelijk is. Minder dan 1% van de wereldwijde metamfetaminevangsten wordt in dit werelddeel gemeld.

⁽⁶⁶⁾ Zie tabel TDI-5 deel (ii) in het Statistical Bulletin 2008.

⁽⁶⁷⁾ Zie figuur TDI-1 en de tabellen TDI-4 deel (ii), TDI-5 deel (ii) en TDI-36 in het Statistical Bulletin 2008.

⁽⁶⁸⁾ Zie tabel TDI-37 in het Statistical Bulletin 2008.

⁽⁶⁹⁾ Zie tabel TDI-5 deel (ii) in het Statistical Bulletin 2008.

Ecstasy

Naar schatting hebben ongeveer 9,5 miljoen Europese volwassenen ooit ecstasy geprobeerd (gemiddeld 3 %) en hebben ongeveer 3 miljoen (0,8 %) het middel in de laatste twaalf maanden gebruikt (zie tabel 4 voor een overzicht van de gegevens). Er bestaan aanmerkelijke verschillen tussen landen. Zo blijkt uit recente enquêtes dat tussen de 0,3 en 7,3 % van alle volwassenen (15-64 jaar) de drug wel eens hebben geprobeerd, en rapporteren de meeste landen schattingen van het „ooit“-gebruik in de orde van grootte van 1,3 tot 3,1 %. Het gebruik van de drug in de laatste twaalf maanden varieert binnen Europa, van 0,2 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.

Ecstasygebruik komt meer voor onder jongvolwassenen (15-34 jaar), waar het geschatte „ooit“-gebruik op nationaal niveau uiteenloopt van 0,5 tot 14,6 %, waarbij tussen de 0,4 en 7,7 % van deze leeftijdscategorie zegt 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 2,5 miljoen (1,8 %) melden het middel het afgelopen jaar te hebben gebruikt. De geschatte prevalentiewaarden zijn nog hoger als de aandacht wordt beperkt tot een jongere leeftijdsgroep: onder 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 2,5-8 %⁽⁷⁰⁾. Hoewel de meeste landen schattingen rapporteren van 1,3 tot 4,6 % voor recent gebruik door deze leeftijdsgroep, is er sprake van een aanmerkelijk verschil tussen de

Tabel 3: Prevalentie van het gebruik van amfetaminen onder de algemene bevolking — Samenvatting van de gegevens

Leeftijdsgroep	Tijdsbestek van het gebruik	
	Ooit	Afgelopen jaar
15-64 jaar		
Geschat aantal gebruikers in Europa	11 miljoen	2 miljoen
Europees gemiddelde	3,3 %	0,6 %
Bereik	0,1-11,9 %	0,0-1,3 %
Landen met de laagste prevalentie	Griekenland (0,1 %) Roemenië (0,2 %) Malta (0,4 %) Cyprus (0,8 %)	Griekenland, Malta (0,0 %) Frankrijk (0,1 %) Portugal (0,2 %)
Landen met de hoogste prevalentie	Verenigd Koninkrijk (11,9 %) Denemarken (6,9 %) Noorwegen (3,6 %) Ierland (3,5 %)	Verenigd Koninkrijk, Estland (1,3 %) Noorwegen, Letland (1,1 %)
15-34 jaar		
Geschat aantal gebruikers in Europa	7 miljoen	2 miljoen
Europees gemiddelde	5,1 %	1,3 %
Bereik	0,2-16,5 %	0,1-2,9 %
Landen met de laagste prevalentie	Griekenland (0,2 %) Roemenië (0,5 %) Malta (0,7 %) Cyprus (0,8 %)	Griekenland (0,1 %) Frankrijk (0,2 %) Cyprus (0,3 %) Portugal (0,4 %)
Landen met de hoogste prevalentie	Verenigd Koninkrijk (16,5 %) Denemarken (12,7 %) Noorwegen (5,9 %) Spanje, Letland (5,3 %)	Estland (2,9 %) Verenigd Koninkrijk (2,7 %) Letland (2,4 %) Denemarken (2,2 %)

De informatie is gebaseerd op de meest recente beschikbare enquête voor elk land. Het bestudeerde jaar varieert van 2001 tot 2007. 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 (328 miljoen), 15-34 (134 miljoen) en 15-24 (64 miljoen). De gegevens die hier worden samengevat zijn beschikbaar onder „General population surveys“ in het Statistical Bulletin 2008.

⁽⁷⁰⁾ Zie tabel GPS-17 in het Statistical Bulletin 2008.

Tabel 4: Prevalentie van het gebruik van ecstasy onder de algemene bevolking — Samenvatting van de gegevens

Leeftijdsgroep	Tijdsbestek van het gebruik	
	Ooit	Afgelopen jaar
15-64 jaar		
Geschat aantal gebruikers in Europa	9,5 miljoen	2,6 miljoen
Europees gemiddelde	2,8 %	0,8 %
Bereik	0,3-7,3 %	0,2-3,5 %
Landen met de laagste prevalentie	Roemenië (0,3 %) Griekenland (0,4 %) Malta (0,7 %) Litouwen (1,0 %)	Griekenland, Malta (0,2 %) Denemarken, Polen (0,3 %)
Landen met de hoogste prevalentie	Verenigd Koninkrijk (7,3 %) Tsjechië (7,1 %) Ierland (5,4 %) Spanje (4,4 %)	Tsjechië (3,5 %) Verenigd Koninkrijk (1,8 %) Estland (1,7 %) Slowakije (1,6 %)
15-34 jaar		
Geschat aantal gebruikers in Europa	7,5 miljoen	2,5 miljoen
Europees gemiddelde	5,6 %	1,8 %
Bereik	0,5-14,6 %	0,4-7,7 %
Landen met de laagste prevalentie	Roemenië (0,5 %) Griekenland (0,6 %) Malta (1,4 %) Litouwen, Polen (2,1 %)	Griekenland (0,4 %) Italië, Polen (0,7 %) Denemarken, Litouwen, Portugal (0,9 %)
Landen met de hoogste prevalentie	Tsjechië (14,6 %) Verenigd Koninkrijk (13,0 %) Ierland (9,0 %) Slowakije (8,4 %)	Tsjechië (7,7 %) Verenigd Koninkrijk (3,9 %) Estland (3,7 %) Nederland, Slowakije (2,7 %)

De informatie is gebaseerd op de meest recente beschikbare enquête voor elk land. Het bestudeerde jaar varieert van 2001 tot 2007. 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 (328 miljoen), 15-34 (134 miljoen) en 15-24 (64 miljoen). De gegevens die hier worden samengevat zijn beschikbaar onder „General population surveys” in het Statistical Bulletin 2008.

laagste nationale schatting van 0,3 % en de hoogste van 12 %, waarin de verschillende ervaringen van bepaalde lidstaten worden weerspiegeld.

Onder scholieren kunnen bij kleine leeftijdstoename grote sprongen in prevalentie optreden; gegevens uit 16 landen laten bijvoorbeeld zien dat het „ooit”-gebruik onder 17- en 18-jarige scholieren in de meeste gevallen aanzienlijk hoger is dan onder jongere leerlingen, wat aangeeft dat zij de drug gewoonlijk voor het eerst gebruiken na hun zestiende ⁽⁷¹⁾.

Ondanks dat het aantal ecstasygebruikers in Europa vergelijkbaar is met dat van amfetamine, komen er heel weinig in beeld bij behandeldiensten. In 2006 gaf in de meeste landen minder dan 1 % van de drugsgebruikers die in behandeling gingen aan dat ecstasy hun primaire probleemdruk was, en in de meeste landen wordt slechts

een verwaarloosbaar aantal cliënten behandeld vanwege problemen die verband houden met ecstasy. Slechts vijf landen melden dat er meer dan honderd ecstasycliënten in behandeling gingen (Frankrijk, Italië, Hongarije, Verenigd Koninkrijk, Turkije), een percentage van tussen de 0,5 en 4 % van alle drugscliënten in deze landen. Met een gemiddelde leeftijd van 24-25 jaar behoren ecstasygebruikers tot de jongste groepen die aan een drugsbehandeling beginnen en zij maken regelmatig melding van het gelijktijdig gebruik van andere stoffen, waaronder cannabis, cocaine, alcohol en amfetaminen ⁽⁷²⁾.

LSD

Het „ooit”-gebruik van LSD onder de volwassen bevolking (15-64 jaar) loopt uiteen van bijna 0 tot 5,4 %. Onder

⁽⁷¹⁾ Zie de tabellen EYE-1 en EYE-2 in het Statistical Bulletin 2008.

⁽⁷²⁾ Zie de tabellen TDI-5 en TDI-37 deel (i), deel (ii) en deel (iii) in het Statistical Bulletin 2008.

jongvolwassenen (15-34 jaar) is het geschatte „ooit“-gebruik iets hoger (0,3 tot 7,1 %), hoewel er lagere prevalenties worden gemeld onder 15- tot 24-jarigen. Daarentegen wordt het gebruik van 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 1 tot 9%, en van het recent gebruik van 0,3 tot 3% (EMCDDA, 2006).

Trends in het gebruik van amfetaminen en ecstasy

Berichten over een stabiliserend of zelfs dalend gebruik van amfetamine en ecstasy in Europa worden ondersteund door de meest recente gegevens. 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 amfetaminegebruik (in de laatste twaalf maanden) onder jongvolwassenen (15-34 jaar) in het Verenigd Koninkrijk is aanzienlijk afgenomen tussen 1996 (6,5 %) en 2002 (3,1 %), waarna de cijfers stabiel bleven. In Denemarken wordt tussen 1994 en 2000 een opvallende stijging gerapporteerd, maar de resultaten van de enquête van 2005 geven een daling te zien in het gebruik van deze stof sinds het begin van dit decennium ⁽⁷³⁾. In de andere landen die melding maken van herhaalde enquêtes gedurende een vergelijkbare periode (Duitsland, Griekenland, Spanje, Frankrijk, Nederland, Slowakije, Finland) zijn de trends grotendeels stabiel ⁽⁷⁴⁾. Voor de periode 2001-2006 melden van de 14 landen die voldoende gegevens verstrekken over het recente gebruik van amfetamine onder 15- tot 34-jarigen, er drie een daling van 15 % of meer, vier stabilisatie en zeven een stijging van 15 % of meer.

Voor het ecstasygebruik onder jongvolwassenen (15-34 jaar) is het beeld minder eenduidig, met gebruiksniveaus die onder jonge mannen nog altijd hoog zijn ⁽⁷⁵⁾, evenals in studies naar bepaalde specifieke recreatieve settings. Na een algemene stijging van het gebruik in bepaalde Europese landen eind jaren tachtig en begin jaren negentig, die tot gevolg had dat de niveaus van het ecstasygebruik in Duitsland, Spanje en het Verenigd Koninkrijk medio jaren negentig vergelijkbaar waren, is het recente gebruik in het Verenigd Koninkrijk voortdurend hoger gebleven in vergelijking met de andere landen ⁽⁷⁶⁾. In de periode 2001-2006 is het recente gebruik van

ecstasy onder jongvolwassenen in drie van de veertien landen met voldoende informatie afgenomen, terwijl het stabiel bleef in vijf landen en in zes landen is toegenomen.

De gegevens uit enkele landen geven aan dat cocaïne de plaats aan het innemen zou kunnen zijn van amfetaminen en ecstasy in bepaalde delen van de drugsgebruikende populatie. Dit zou het geval kunnen zijn in het Verenigd Koninkrijk en Denemarken, en tot op zekere hoogte in Spanje. Zowel het Verenigd Koninkrijk (11,9 %) als Denemarken (6,9 %) meldt relatief hoge schattingen van het „ooit“-gebruik van amfetaminen, maar de gerapporteerde niveaus van het recente en actuele gebruik lijken meer op de niveaus zoals die worden aangetroffen in andere landen. De stijging van de cocaïneconsumptie in deze landen is tot op zekere hoogte gepaard gegaan met een daling van het amfetaminegebruik, wat wijst op de mogelijkheid dat het ene stimulerende middel het andere in deze markten vervangt ⁽⁷⁷⁾. Mogelijke veranderingen in de patronen van het drugsgebruik in andere landen (Duitsland, Frankrijk, Italië, Nederland) zijn minder duidelijk. Over het algemeen blijft het inzicht in de onderlinge verbanden tussen het gebruik van verschillende drugs die eenzelfde aantrekkingskracht hebben op gebruikers beperkt.

Een analyse van gegevens afkomstig van de nationale schoolenquêtes die in 2007 beschikbaar zijn gekomen (Tsjechië, Spanje, Portugal, Slowakije, Zweden, Verenigd Koninkrijk) ondersteunt het idee van een algemene stabilisatie van de situatie, aangezien zij geen verandering, of zelfs enige afname, laten zien in het gerapporteerde „ooit“-gebruik van amfetaminen en ecstasy.

Recreatieve settings

Gebruik van amfetaminen en ecstasy in recreatieve settings

Studies naar het drugsgebruik in specifieke recreatieve settings waarin jongeren samenkomen en waarvan bekend is dat zij soms geassocieerd worden met drugsgebruik, zoals dance-evenementen en muziektickets, kunnen een nuttig beeld geven van het gedrag van mensen die regelmatig of intensief amfetaminen en ecstasy gebruiken. Het geschatte drugsgebruik hier is hoog, maar dit laat zich niet generaliseren naar de rest van de bevolking.

Uit een in 2006 uitgevoerde studie naar jongeren in de leeftijd van 15 tot 30 die regelmatig uitgaan in het

⁽⁷³⁾ In Denemarken heeft de informatie voor 1994 betrekking op „harddrugs“, waaronder hoofdzakelijk amfetaminen werden verstaan.

⁽⁷⁴⁾ Zie figuur GPS-8 in het Statistical Bulletin 2008.

⁽⁷⁵⁾ Zie figuur GPS-9 deel (ii) in het Statistical Bulletin 2008.

⁽⁷⁶⁾ Zie figuur GPS-21 in het Statistical Bulletin 2008.

⁽⁷⁷⁾ Zie „De Europese markt voor stimulerende middelen: „cocaïnelanden“ en „amfetaminelanden“?, blz. 54.

nachtleven van negen Europese steden (Athene, Berlijn, Brno, Lissabon, Liverpool, Ljubljana, Palma, Venetië, Wenen) kwamen schattingen van het „ooit“-gebruik van 27 % voor ecstasy en 17 % voor amfetamine. Het percentage frequente gebruikers van deze drugs ligt veel lager: slechts 1,4 % van de respondenten gaf aan dat zij ten minste één keer per week ecstasy gebruikten en minder dan 1 % dat dit het geval was voor amfetamine. De gemiddelde leeftijd waarop de beide drugs voor het eerst worden gebruik licht in de bestudeerde groep op 18 jaar ⁽⁷⁸⁾. Gelijktijdig alcoholgebruik kwam veel voor, waarbij 34 % van de geënquêteerden zei in de vier weken voorafgaand aan de enquête meer dan twee keer „dronken“ te zijn geweest. Deze mate van dronkenschap werd vaker door mannen dan door vrouwen gemeld: respectievelijk 42 en 27 % (Europese Commissie, 2007b).

Naar aanleiding van een Franse enquête die in 2004 en 2005 is uitgevoerd bij vijf podia voor elektronische muziek werd een recent gebruik van 32 % voor ecstasy en 13 % voor amfetamine gemeld onder een steekproef van 1 496 respondenten. Hierbij moet echter worden opgemerkt dat de prevalentie hoger was binnen specifieke subpopulaties die gekenmerkt worden door aspecten die worden geassocieerd met een tegencultuur en die worden geclassificeerd als „alternatief“. Onder deze subpopulaties bedroeg de geschatte prevalentie voor ecstasy en amfetamine respectievelijk 54 en 29 %.

Interventies in recreatieve settings

Een steeds vaker voorkomende trend die in Europa wordt gerapporteerd is dat de autoriteiten aspecten van legale en illegale drugs collectief aanpakken als er kwesties op het gebied van de openbare orde of volksgezondheid in het geding zijn. Deze benadering is met name relevant voor interventies die gericht zijn op settings waarin zowel synthetische drugs als stimulerende middelen en alcohol worden geconsumeerd, zoals in nachtcafés en clubs. Een van de problemen op dit terrein is dat de mate waarin sprake is van gebruik van illegale en legale middelen moeilijk vast te stellen is. Het gebruik van alcohol onder jongeren is in Europa een bron van toenemende bezorgdheid, en in 2006 heeft de Europese Commissie een EU-strategie aangenomen ter ondersteuning van de lidstaten bij het beperken van aan alcohol gerelateerde schade. Het schadelijk gebruik van alcohol wordt in verband gebracht met één op de vier sterfgevallen onder jonge mannen (15-29 jaar) en één op de tien onder jonge vrouwen ⁽⁷⁹⁾.

Bezorgdheid over het in combinatie gebruiken van drugs en alcohol door jongeren in het openbaar heeft geleid tot de ontwikkeling van strategieën die tot doel hebben de sociale, economische en fysieke omgevingen die worden geassocieerd met de consumptie van alcohol en drugs aan te passen, teneinde het consumptiegedrag en de bijbehorende normen te beïnvloeden, omstandigheden te creëren die intoxicatie minder snel in de hand werken, en de kans op aan alcohol- en drugs gerelateerde problemen te beperken ⁽⁸⁰⁾. Lidstaten melden een aantal maatregelen die plaatsvinden in of rond het uitgaansleven met het specifieke doel om de schade te beperken of de sociale omgeving positief te beïnvloeden. Het gaat onder meer om de opleiding van bar- en beveiligingspersoneel, striktere handhaving van bestaande wetgeving, bewustwording van de schade die bepaalde middelen veroorzaken, nachtdiensten in het openbaar vervoer, en verbeteringen met de bedoeling een veiliger uitgaansleven te creëren. De maatregelen op dit terrein zijn uiteenlopend en omvatten zaken als verbetering van de straatverlichting, de beschikbaarheid van drinkwater, behoorlijke ventilatie, en zelfs maatregelen om snel te reageren op medische noodgevallen. Vaak is een gemeenschappelijk kenmerk van dergelijke benaderingen dat zij zijn gebaseerd op een dialoog tussen verschillende belanghebbenden, zoals de politie, vergunningverlenende instanties, clubeigenaars en zorgaanbieders, die als partners moeten samenwerken om zowel de lokale behoeften in kaart te brengen als om mogelijke oplossingen te vinden.

Een voorbeeld van werk op dit terrein is te vinden in Denemarken, waar restauranteigenaars en mensen die in het nachtleven werkzaam zijn in samenwerking met de gemeentelijke autoriteiten en de politie cursussen krijgen aangeboden ter bevordering van gemeenschappelijke opvattingen over de terugdringing van het gebruik en de verkoop van drugs en alcohol. Sommige benaderingen op dit gebied die zijn ontwikkeld door afzonderlijke lidstaten beginnen ook daarbuiten de aandacht te trekken, zoals wordt geïllustreerd door het feit dat de in het Verenigd Koninkrijk opgestelde „safe-dance guidelines“ inmiddels ook zijn ingevoerd in clubs in Parijs en Brussel. Clubeigenaars helpen, met medewerking van straathoekwerkers en de plaatselijke autoriteiten, het drinken met mate en de bewustwording van de schadelijke gevolgen van drugs en alcohol te bevorderen, en vergroten tegelijkertijd de veiligheidsomstandigheden (bijv. door te zorgen voor gratis water, personeel met EHBO-diploma's en chill-outplekken).

⁽⁷⁸⁾ Zie tabel EYE-2 in het Statistical Bulletin 2008.

⁽⁷⁹⁾ http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_factsheet_en.pdf

⁽⁸⁰⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/themes/prevention/environmental-strategies>

Het verband tussen het verkeer en drugs- en alcoholconsumptie is een onderwerp dat in bepaalde strategieën aan de orde is gesteld. Voorbeelden hiervan zijn onder meer het aanbieden van alternatief vervoer voor chauffeurs onder invloed, zoals dat in enkele Parijse nachtclubs gebeurt, en de bevordering van mogelijkheden om gebruik te maken van het openbaar vervoer door clubs in Brussel. In Spanje zijn, met name in het weekend, preventiecampagnes gevoerd waarin de nadruk lag op het aanwijzen van een „Bob” en op bewustwording van de risico’s die gepaard gaan met het rijden onder invloed van psychoactieve stoffen. Deze campagnes hebben wellicht bijgedragen aan de in 2006 geconstateerde daling van 16 % in het aantal verkeersongevallen in Spanje waarbij jongeren tussen de 18 en 20 betrokken waren ⁽⁸¹⁾.

Strategieën die zijn gericht op de omgeving waarin jongeren drugs en alcohol consumeren lijken een aanzienlijk potentieel te hebben met betrekking tot het waarborgen van de volksgezondheid en het verbeteren van de openbare veiligheid. Ze leveren niet alleen voordelen op voor degenen die drugs gebruiken, maar ook voor de gemeenschap als geheel. Dergelijke benaderingen lijken zich momenteel in Europa echter te beperken tot specifieke bekende probleemgebieden, vaak in de centra van grote steden, en worden zelden op alomvattende wijze uitgevoerd, waardoor de indruk ontstaat dat er veel ruimte is voor verdere investeringen en ontwikkeling op dit terrein. In algemenere zin heeft de nadruk bij het werk op dit terrein tot dusverre veelal gelegen op interventies gericht op specifiek probleemgedrag, of op bepaalde aspecten van de omgeving, in plaats van op de bredere taak die wordt

gevormd door de beïnvloeding van de normen en waarden die jongeren in specifieke settings hebben met betrekking tot het gebruik van drugs en alcohol.

Behandelaanbod

In de meeste lidstaten is de beperkte vraag terug te zien in de beperkte mate waarin er behandeldiensten beschikbaar zijn die zich specifiek richten op gebruikers van amfetamine, metamfetamine of ecstasy. Deze situatie is iets anders in enkele lidstaten met gevestigde populaties chronische gebruikers van amfetamine of metamfetamine. In deze landen (hoofdzakelijke Tsjechië, Slowakije, Finland en Zweden) worden gebruikers van amfetamine of metamfetamine behandeld door gespecialiseerde diensten. De behandelmogelijkheden lijken te bestaan in detoxificatie, gevolgd door individuele extramurale therapie of groepstherapie in een extra- of intramurale omgeving.

In het algemeen zijn er geen therapeutische mogelijkheden waarvoor solide bewijs van hun effectiviteit bestaat en waarop de behandeling van de verslaving aan psychostimulantia, zoals amfetaminen en cocaïne kan worden gebaseerd. Zoals wordt opgemerkt in hoofdstuk 5, zijn er momenteel geen farmacologische middelen beschikbaar om gebruikers te helpen bij het afkicken of om de behoeften die gepaard gaan met de verslaving aan psychostimulantia te verminderen. Bovendien blijkt uit de literatuur dat er geen enkele psychosociale interventie is waarvoor harde bewijzen bestaan dat die gebruikers van psychostimulantia op effectieve wijze helpt van de drugs af te blijven.

⁽⁸¹⁾ Zie voor meer informatie over preventiecampagnes in Europa de selected issue over drugs in het verkeer uit 2007.

Hoofdstuk 5

Cocaïne en crack-cocaïne

Inleiding

De meest recente gegevens blijven wijzen op een algemene toename van het gebruik van cocaïne in Europa. Bevolkingsenquêtes die zijn uitgevoerd in een aantal landen hebben sinds medio jaren negentig een aanmerkelijke stijging te zien gegeven in het gebruik onder jongeren. Deze bevindingen worden ondersteund door de resultaten van gerichte studies, waarin in bepaalde recreatieve settings (nachtclubs en podia voor dancemuziek) zeer hoge niveaus van cocaïnegebruik werden waargenomen. Parallel hieraan zijn de indicatoren voor de beschikbaarheid van cocaïne in Europa, waaronder het aantal vangsten van de drug en de in beslag genomen hoeveelheden, dramatisch gestegen.

In sommige EU-lidstaten is de vraag naar behandeling voor cocaïnegebruik de afgelopen jaren aanzienlijk toegenomen en in bepaalde landen, steden en regio's overtreft deze nu zelfs die naar behandeling voor opioïden. Daarnaast noemt een aanzienlijk percentage van de opioïdengebruikers onder behandeling cocaïne als secundaire drug, hetgeen kan bijdragen aan hun problemen en hun zorg complexer kan maken. In veel landen wordt cocaïne ook gemeld in de toxicologische analyse bij een hoog percentage sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik, doorgaans in combinatie met opioïden en andere stoffen.

Het feit dat er aanzienlijke verschillen tussen landen bestaan, terwijl er nog altijd veel landen zijn die melding maken van zeer lage gebruiksniveaus, is een belangrijk voorbehoud bij de waarneming dat het totale cocaïnegebruik in Europa toeneemt. De nationale ervaring met cocaïneproblemen is ook zeer wisselend: zo is bijvoorbeeld een relatief klein aantal landen verantwoordelijk voor het grootste deel van alle in Europa gerapporteerde behandelaanvragen in verband met cocaïne.

Aanvoer en beschikbaarheid

Productie en handel

De teelt van cocabladeren, de grondstof voor cocaïne, blijft geconcentreerd in enkele landen in de Andes-

regio ⁽⁸²⁾. Het UNODC (2008) schatte de potentiële cocaïneproductie voor het jaar 2007 op 994 ton pure cocaïne-hydrochloride, waarvan Colombia goed was voor 61, Peru voor 29 en Bolivia voor 10%. Analyse van het aantal laboratoria dat is ontmanteld lijkt erop te wijzen dat het grootste deel van de productie nog steeds in deze drie landen plaatsvindt, hoewel dit ook kan gebeuren in andere Zuid-Amerikaanse landen, voordat de cocaïne wordt uitgevoerd naar de belangrijkste consumentenmarkten in Noord-Amerika en Europa. Informatie over de illegale handel in kaliumpermanganaat (een chemische reagens die wordt gebruikt bij de synthese van cocaïne-hydrochloride) staft deze bevinding, want Colombia meldt de inbeslagname van 99 van de 101 ton kaliumpermanganaat die in 2006 wereldwijd is onderschept (INCB, 2008b).

De in de Andes-regio geproduceerde cocaïne wordt vervolgens naar Europa gesmokkeld vanuit Zuid-Amerikaanse landen (via Brazilië, Ecuador, Venezuela). Hoewel het Caribisch gebied een belangrijk doorvoer gebied blijft voor cocaïne die naar Europa wordt vervoerd, is het aantal overladingen via landen in West-Afrika, in het bijzonder in de Golf van Guinee en voor de kusten van Kaapverdië, Guinee en Guinee-Bissau, de afgelopen jaren aanmerkelijk toegenomen (CND, 2008; INCB, 2008a) ⁽⁸³⁾. De meeste cocaïne komt Europa nog steeds binnen via Spanje en Portugal, waarbij de rol van het laatste land sinds 2005 aanzienlijk groter is geworden. Cocaïne blijft Europa echter ook op directere wijze binnenkomen, per schip over de Atlantische oceaan of per vliegtuig, met name met bestemming Nederland, België, Italië, Frankrijk, het Verenigd Koninkrijk en Duitsland. Zowel Nederland als Frankrijk worden genoemd als belangrijke doorvoer landen voor de verdere distributie van cocaïne in Europa (Europol, 2007b). Recente verslagen over de invoer van cocaïne via Oost-Europese landen (Bulgarije, Estland, Letland, Litouwen, Roemenië, Rusland) kunnen wijzen op de ontwikkeling van nieuwe handelsroutes in dit deel van Europa.

⁽⁸²⁾ Zie voor informatie over de gegevensbronnen inzake de aanvoer en beschikbaarheid van drugs, blz. 40.

⁽⁸³⁾ Zie ook „West-Afrika: nu een regionaal doorvoercentrum voor drugssmokkel naar Europa”, blz. 64.

West-Afrika: nu een regionaal doorvoercentrum voor drugsmokkel naar Europa

In de afgelopen vijf jaar is West-Afrika opgekomen als een belangrijke regio voor de smokkel van cocaïne naar Europa (¹), waarbij deze regio dienstdoet als doorvoer-, opslag- en herverpakingscentrum (Europol, 2007b; UNODC 2007b; USDS, 2008). In 2007 liep naar schatting bijna een kwart van de cocaïnesmokkel naar Europa via deze regio (UNODC, 2008). Tegen de achtergrond van een toenemend cocaïnegebruik in Europa heeft de smokkel langs de West-Afrikaanse route waarschijnlijk bijgedragen aan de daling van de prijs van de drug, terwijl het de rol van het Iberisch schiereiland als het punt waar de cocaïne voor verdere verspreiding Europa binnenkomt belangrijker heeft gemaakt (Europol, 2007b).

Cocaïne uit West-Afrika wordt voornamelijk over zee naar Europa vervoerd, waarbij met vissersboten grote ladingen naar met name plaatsen aan de noordkust van Portugal en de kust van Galicië in Spanje worden gebracht. Kleinere zendingen cocaïne worden door de lucht of over land vervoerd, meer en meer in combinatie met cannabishars uit Noord-Afrika.

Het toegenomen belang van de West-Afrikaanse smokkelroute is toegeschreven aan diverse factoren, waaronder de effectievere controles op andere routes (Europol, 2007b), de geografische ligging van West-Afrika en de economische kwetsbaarheid van de landen in deze regio, die vaak resulteert in slecht ontwikkelde rechts- en rechtshandavingsstelsels.

De internationale gemeenschap heeft verschillende initiatieven gelanceerd om iets te doen aan dit probleem. Een van de initiatieven die de Europese Unie heeft genomen is dat de Raad West-Afrika door middel van de Horizontale Groep Drugs hoog op de agenda heeft geplaatst. Ook heeft de Raad in 2008 in de Commissie voor verdovende middelen van de VN een resolutie voor de versterking van de internationale bijstand aan West-Afrika ingediend. Daarnaast hebben zeven lidstaten, met steun van de EU, gezamenlijk het Maritieme Analyse en Operatie Centrum Narcotica (MAOC-N) opgericht, een rechtshandavingscentrum dat gevestigd is in Lissabon en dat met militaire steun probeert de cocaïnesmokkel te bestrijden, waarbij het zich vooral concentreert op het oostelijke deel van de Atlantische Oceaan.

(¹) Het UNODC (2007b) meldt dat de grootste vangsten in 2006-2007 werden gerapporteerd in Senegal, Ghana, Mauritanië, Guinee-Bissau, Kaapverdië, Nigeria, Benin en Sierra Leone.

Vangsten

Cocaïne is na cannabisbladeren en cannabishars de meest verhandelde drug ter wereld. Wereldwijd is de hoeveelheid in beslag genomen cocaïne in 2006 licht

gedaald tot 706 ton. In Zuid-Amerika is wederom de grootste in beslag genomen hoeveelheid gemeld, goed voor 45 % van de mondiale hoeveelheid, gevolgd door Noord-Amerika met 24 %, en West- en Midden-Europa met 17 % (UNODC, 2008).

Het aantal cocaïnevangsten in Europa is de afgelopen twintig jaar gestegen, en dat was ook het geval in de periode 2001-2006, met uitzondering van een daling in 2003. De hoeveelheid in beslag genomen cocaïne is de laatste tien jaar eveneens toegenomen, zij het met regelmatige fluctuaties. In 2006 is het aantal cocaïnevangsten in Europa gestegen tot 72 700 en de onderschepte hoeveelheid tot 121 ton (⁸⁴). Spanje bleef het land met het hoogste aantal gemelde vangsten: het land was goed voor 58 % van alle vangsten en 41 % van de totale hoeveelheid cocaïne die in Europa in dat jaar is onderschept. De enorme toename van de hoeveelheid die sinds 2005 in Portugal in beslag is genomen, en die in 2006 28 % van het Europese totaal vertegenwoordigde, wijst erop dat cocaïnehandelaren in toenemende mate gebruik maken van het Iberisch schiereiland om toegang te krijgen tot de Europese markt.

Zuiverheid en prijs

De gebruikelijke zuiverheid van cocaïne in Europa varieert in 2006 tussen de 1 en 90 %, hoewel de meeste landen percentages tussen de 25 en 55 % melden (⁸⁵). Van de 23 landen die voldoende gegevens hebben verstrekt, rapporteren de meeste in de periode 2001-2006 een dalende trend in de zuiverheid van cocaïne, hoewel er in de periode 2003-2006 stijgingen zijn waargenomen in Griekenland en Frankrijk.

In 2006 varieert de gebruikelijke straatwaarde van cocaïne in de meeste Europese landen tussen de 50 en 75 EUR per gram, hoewel Cyprus, Roemenië, Zweden en Turkije veel hogere prijzen melden. In de periode 2001-2006 is de cocaïne die op straat wordt verkocht in de 18 landen die voldoende gegevens verstrekten goedkoper geworden, met uitzondering van Roemenië, waar (aangepast voor inflatie) een prijsstijging werd geconstateerd.

Prevalentie en gebruikspatronen

Niet alleen de algemene niveaus van het cocaïnegebruik die de lidstaten melden laten een divers beeld zien, deze diversiteit komt ook tot uiting in de kenmerken van de cocaïnegebruikers zelf, die een breed maatschappelijk spectrum vertegenwoordigen, variërend van de meest bevoorrechte tot de meest gemarginaliseerde leden van de

(⁸⁴) De gegevens over Europese cocaïnevangsten die in dit hoofdstuk worden genoemd, zijn te vinden in de tabellen SZR-9 en SZR-10 in het Statistical Bulletin 2008. NB: waar in dit hoofdstuk de gegevens voor 2006 ontbreken, zijn de overeenkomstige gegevens voor 2005 gebruikt om de Europese totalen te kunnen schatten.

(⁸⁵) Zie de tabellen PPP-3 en PPP-7 in het Statistical Bulletin 2008 voor gegevens over zuiverheid en prijs.

samenleving. De patronen in het cocaïnegebruik kunnen al even uiteenlopend zijn, variërend van incidenteel en recreatief tot uiterst compulsief en verslavend. De vorm van de cocaïne die wordt gebruikt (cocaïne-hydrochloride of crack-cocaïne), en de manier waarop gebruikers de drug tot zich nemen zijn aanvullende complicerende factoren. Het is van belang deze verscheidenheid te onderkennen, zowel om inzicht te krijgen in het scala aan problemen dat zich kan voordoen in verband met de verschillende patronen van cocaïnegebruik, als om op basis van informatie diensten af te kunnen stemmen op en te ontwikkelen voor een zeer heterogene groep drugsgebruikers.

De algemene bevolking

In totaal blijft cocaïne de meest gebruikte illegale drug in Europa na cannabis, hoewel het gebruik sterk verschilt per land. Geschat wordt dat circa 12 miljoen Europeanen minstens één keer in hun leven cocaïne hebben gebruikt, gemiddeld 3,6% van de volwassenen tussen de 15 en 64 jaar (zie tabel 5 voor een overzicht van de gegevens). De cijfers per land lopen uiteen van 0,4 tot 7,7%, waarbij twaalf landen, voornamelijk lidstaten die na 2004 tot de Europese Unie zijn toegetreden, zeer lage niveaus voor het „ooit“-gebruik onder alle volwassenen rapporteren (0,4-1,2%).

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. Dit blijkt uit de uitkomsten van recent gehouden nationale enquêtes, die schattingen van het recent gebruik te zien geven van tussen de 0,1 en 3%, hoewel de gebruiksniveaus in slechts vier landen boven de 1% liggen. Met 2 miljoen bedragen de schattingen van het actuele gebruik ongeveer de helft van die voor recent gebruik, dus ongeveer 0,5% van de volwassen bevolking. Deze schattingen zijn waarschijnlijk aan de conservatieve kant.

Over het algemeen lijkt het cocaïnegebruik geconcentreerd te zijn in enkele landen, met name Spanje en het Verenigd Koninkrijk, en in mindere mate Italië, Denemarken en Ierland, terwijl het gebruik van de drug relatief laag is in de meeste andere Europese landen. In landen waarin 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 daarentegen lage gebruiksniveaus voor amfetamine gerapporteerd ⁽⁸⁶⁾.

Het schatten van cocaïnegebruik door analyse van afvalwater

De toepassing van recente ontwikkelingen in de analytische chemie op de detectie van cocaïne in afvalwater heeft tot een nieuwe benadering van het monitoren van illegaal drugsgebruik in een gemeenschap geleid, die wel „afvalwater-epidemiologie“ wordt genoemd. Bij deze methode wordt de hoeveelheid via de urine uitgescheiden residuen van illegale drugs gemeten. Deze hoeveelheid worden vervolgens met een bepaalde factor verhoogd om de consumptie van illegale drugs onder de bevolking te berekenen. In het geval van cocaïne is de belangrijkste metaboliet die via de urine wordt uitgescheiden benzoylecgonine. Als residu van cocaïne in het menselijk lichaam is het de enige bron van benzoylecgonine in afvalwatersystemen, zodat het mogelijk is om uitgaande van enkele aannames van het metaboliet in het afvalwater terug te rekenen naar de hoeveelheid cocaïne die in de desbetreffende gemeenschap is geconsumeerd (zij het niet naar het aantal consumenten).

De afvalwater-epidemiologie bevindt zich nog aan het begin van haar ontwikkeling en werpt niet alleen belangrijke technische en ethische vragen op, maar ook de vraag hoe de informatie die dit onderzoek oplevert moet worden geïntegreerd in het huidige denken over onderzoek. In de nieuwe publicatie van het EWDD over de analyse van afvalwater (EWDD, 2008b) worden deze vragen aan de orde gesteld. In deze publicatie, waarvoor deskundigen uit een groot aantal verschillende disciplines bij elkaar zijn gebracht, wordt geconcludeerd dat, hoewel deze vorm van onderzoek nog verder moet worden ontwikkeld, afvalwater-epidemiologie mogelijkheden biedt voor het monitoren van het drugsgebruik op het niveau van een gemeenschap. Ook zou afvalwater-epidemiologie een nuttig instrument kunnen zijn in de gezondheidszorg en de rechtshandhaving, omdat hiermee de gebruikspatronen van gemeenten van verschillende omvang met elkaar kunnen worden vergeleken. En omdat het verzamelen van monsters en het analyseren van afvalwater op dagelijkse, wekelijkse of maandelijkse basis kan worden uitgevoerd, kunnen de gegevens mogelijk worden gebruikt voor het verkrijgen van realtimecijfers, waarmee gemeenschappen meer mogelijkheden krijgen om het effect en de doelmatigheid van preventie- en interventieactiviteiten te monitoren.

Cocaïnegebruik onder jongvolwassenen

Cocaïne wordt het meest door jongvolwassenen (15-34 jaar) gebruikt. Van de 4 miljoen Europeanen die de drug in het afgelopen jaar hebben gebruikt, behoort bijvoorbeeld ongeveer zeven op de acht tot de groep jongvolwassenen.

In Europa hebben naar schatting 7,5 miljoen jongvolwassenen (15-34 jaar), oftewel gemiddeld

⁽⁸⁶⁾ Zie „De Europese markt voor stimulerende middelen: „cocaïnelanden“ en „amfetaminelanden“?“, blz. 54.

Table 5: Prevalentie van het gebruik van cocaïne 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	12 miljoen	4 miljoen	2 miljoen
Europees gemiddelde	3,6 %	1,2 %	0,5 %
Bereik	0,4-7,7 %	0,1-3,0 %	0-1,6 %
Landen met de laagste prevalentie	Roemenië, Malta, Litouwen (0,4 %) Griekenland (0,7 %)	Griekenland (0,1 %) Polen, Letland, Tsjechië (0,2 %)	Griekenland, Estland, Tsjechië (0,0 %) Malta, Litouwen, Polen, Finland, Letland (0,1 %)
Landen met de hoogste prevalentie	Verenigd Koninkrijk (7,7 %) Spanje (7,0 %) Italië (6,6 %) Ierland (5,3 %)	Spanje (3,0 %) Verenigd Koninkrijk (2,6 %) Italië (2,2 %) Ierland (1,7 %)	Spanje (1,6 %) Verenigd Koninkrijk (1,3 %) Italië (0,8 %) Ierland (0,5 %)
15-34 jaar			
Geschat aantal gebruikers in Europa	7,5 miljoen	3,5 miljoen	1,5 miljoen
Europees gemiddelde	5,4 %	2,3 %	1 %
Bereik	0,7-12,7 %	0,2-5,4 %	0,0-2,8 %
Landen met de laagste prevalentie	Roemenië, Litouwen (0,7 %) Malta (0,9 %) Griekenland (1,0 %)	Griekenland (0,2 %) Polen (0,3 %) Letland, Tsjechië (0,4 %)	Estland (0,0 %) Griekenland, Polen, Letland, Tsjechië (0,1 %)
Landen met de hoogste prevalentie	Verenigd Koninkrijk (12,7 %) Spanje (9,6 %) Denemarken (9,1 %) Ierland (8,2 %)	Verenigd Koninkrijk (5,4 %) Spanje (5,2 %) Italië (3,2 %) Ierland (3,1 %)	Spanje (2,8 %) Verenigd Koninkrijk (2,7 %) Italië (1,2 %) Denemarken, Ierland (1,0 %)
15-24 jaar			
Geschat aantal gebruikers in Europa	3 miljoen	2 miljoen	800 000
Europees gemiddelde	4,5 %	2,6 %	1,2 %
Bereik	0,4-11,2 %	0,2-6,1 %	0,0-3,2 %
Landen met de laagste prevalentie	Roemenië (0,4 %) Griekenland (0,6 %) Litouwen (0,7 %) Malta, Polen (1,1 %)	Griekenland (0,2 %) Polen (0,3 %) Tsjechië (0,4 %) Letland (0,6 %)	Estland (0,0 %) Griekenland, Letland (0,1 %) Tsjechië, Polen, Portugal (0,2 %)
Landen met de hoogste prevalentie	Verenigd Koninkrijk (11,2 %) Spanje (8,7 %) Denemarken (8,0 %) Ierland (7,0 %)	Verenigd Koninkrijk (6,1 %) Spanje (5,8 %) Ierland (3,8 %) Denemarken, Italië (3,3 %)	Verenigd Koninkrijk (3,2 %) Spanje (3,1 %) Italië (1,3 %) Bulgarije, Ierland (1,1 %)

De informatie is gebaseerd op de meest recente beschikbare enquête voor elk land. Het bestudeerde jaar varieert van 2001 tot 2007. 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 (328 miljoen), 15-34 (134 miljoen) en 15-24 (64 miljoen). De gegevens die hier worden samengevat zijn beschikbaar onder „General population surveys” in het Statistical Bulletin 2008.

5,4 %, ooit in hun leven cocaïne gebruikt. De cijfers per land variëren van 0,7 tot 12,7 %. Het Europees gemiddelde voor recent gebruik van cocaïne onder deze leeftijdscategorie wordt geschat op 2,3 % (3,5 miljoen) en voor actueel gebruik op 1 % (1,5 miljoen).

Het gebruik is vooral hoog onder jonge mannen (15-34 jaar), met een recent gebruik van cocaïne van tussen de 4 en 7 % in Spanje, Denemarken, Ierland, Italië en het Verenigd Koninkrijk ⁽⁸⁷⁾. De verhouding tussen vrouwen en mannen varieert voor recent gebruik van 1:1 tot 1:13 voor jongvolwassenen in verschillende landen. Gewogen gemiddelden voor de Europese Unie als geheel laten zien dat onder cocaïnegebruikers tussen de 15 en 34 de verhouding tussen mannen en vrouwen bijna 4:1 was (3,8 mannen voor elke vrouw).

De percentages voor recenter cocaïnegebruik (in het afgelopen jaar en de afgelopen maand) zijn het hoogst onder de groep 15- tot 24-jarigen, hoewel dit verschijnsel minder uitgesproken is dan in het geval van cannabis en ecstasy ⁽⁸⁸⁾. Het cocaïnegebruik in de laatste twaalf maanden wordt voor deze leeftijdsgroep geschat op 2,6 %, wat betekent dat 2 miljoen 15- tot 24-jarigen de drug in het afgelopen jaar hebben gebruikt.

Cocaïnegebruik wordt verder geassocieerd met bepaalde levensstijlen. Op basis van een analyse van gegevens die afkomstig zijn uit de British Crime Survey 2003-2004 wordt geschat dat ongeveer 13 % van de 16- tot 29-jarigen die regelmatig kroegen of cafés bezoeken het afgelopen jaar cocaïne heeft gebruikt, tegen 3,7 % onder minder regelmatige bezoekers. Voor 30- tot 59-jarigen zijn de percentages respectievelijk 3,1 en 1 %. Het gemelde gebruik van crack-cocaïne ligt in dezelfde enquête zeer laag, zelfs voor de groep met de hoogste prevalentiewaarden voor cocaïne. Dit staat de bevindingen van gerichtere studies, waarin melding wordt gemaakt van verschillende profielen voor de gebruikers van cocaïnepoeder in vergelijking met gebruikers van crack-cocaïne. Het is waarschijnlijk dat ook in andere landen cocaïnegebruik wordt geassocieerd met vergelijkbare levensstijlen.

Uit studies in recreatieve settings blijkt vaak een hoge prevalentiewaarde voor cocaïne. Zo werd bijvoorbeeld tijdens een in 2006 in negen Europese steden (Athene, Berlijn, Brno, Palma, Lissabon, Liverpool, Ljubljana, Venetië, Wenen) gehouden studie waaraan 1 383 jongeren tussen de 15 en de 30 meewerkten die regelmatig „uitgaan in het nachtleven”, door 29 % gemeld

dat zij de drug ten minste één keer hadden gebruikt en door bijna 4 % dat zij op een gegeven moment ten minste één keer per week cocaïne gebruikten (Europese Commissie, 2007b). Hogere prevalentiewaarden werden ook gemeld in een Franse enquête die in 2004 en 2005 heeft plaatsgevonden, waarbij 1 496 personen werden ondervraagd in vijf verschillende gelegenheden voor elektronische muziek. Bijna 35 % van de ondervraagden had in de afgelopen maand cocaïne gebruikt en 6 % crack- of freebasecocaïne. In de studie wordt ook melding gemaakt van verschillen tussen subpopulaties: het actuele gebruik bedraagt 50 % voor cocaïne en 13 % voor crack onder bezoekers die als „alternatief” worden aangeduid, terwijl ongeveer een kwart van de normalere subpopulaties in de afgelopen maand cocaïne heeft gebruikt en 2 % crack.

Cocaïnegebruik onder scholieren

Onder scholieren is het cocaïnegebruik veel lager dan het cannabisgebruik. In de meeste landen is het „ooit”-gebruik van cocaïne onder 15- en 16-jarige scholieren 2 % of lager; in Spanje en in het Verenigd Koninkrijk stijgt dit cijfer tot respectievelijk 4 en 5 % ⁽⁸⁹⁾. In landen die recente gegevens afkomstig uit nationale schoolenquêtes hebben gemeld (Spanje, Portugal, Slowakije, Zweden, Verenigd Koninkrijk) is het cocaïnegebruik stabiel of licht dalend, hoewel de veranderingen in de prevalentiewaarden doorgaans te klein zijn om statistisch significant te zijn. In Spanje geven recente enquêtegegevens een aanzienlijke daling onder 17- en 18-jarige scholieren te zien.

Patronen van cocaïnegebruik

Gegevens afkomstig uit algemene bevolkingsenquêtes wijzen op hoge discontinueringcijfers onder cocaïnegebruikers: in die landen waar het recent gebruik boven de 2 % ligt, heeft tussen de 80 en 90 % van de volwassenen die ooit cocaïne hebben gebruikt dit de afgelopen maand niet gedaan ⁽⁹⁰⁾.

Er is slechts beperkte informatie beschikbaar over de frequentie waarmee cocaïne in Europa wordt gebruikt. Uit een analyse van de British Crime Survey blijkt dat circa 20 % van de jongeren (16-24 jaar) die in het afgelopen jaar cocaïne hadden gebruikt de drug vaker dan eens per maand hadden geconsumeerd. Uit een Europese studie waarin gericht gebruik werd gemaakt van steekproeven van cocaïnegebruikers in negen steden (Prinzleve et al., 2004) blijkt dat de gemelde gebruiksfrequentie gemiddeld

⁽⁸⁷⁾ Zie figuur GPS-13 in het Statistical Bulletin 2008.

⁽⁸⁸⁾ Zie figuur GPS-15 en de tabellen GPS-14 tot en met GPS-16 voor alle jaren, en de tabellen GPS-17 tot en met GPS-19 voor de meest recente gegevens in het Statistical Bulletin 2008.

⁽⁸⁹⁾ Zie tabel EYE-1 in het Statistical Bulletin 2008.

⁽⁹⁰⁾ Zie figuur GPS-16 in het Statistical Bulletin 2008.

lager lag onder geïntegreerde gebruikers (zeven dagen per maand) dan onder sociaal buitengesloten gebruikers (elf dagen) en onder opioïdengebruikers in behandeling (veertien dagen).

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 regionale schattingen beschikbaar zijn voor het Verenigd Koninkrijk. Volgens de meest recente gegevens voor Spanje waren er in 2002 tussen de 4,5 en 6 problematische cocaïnegebruikers per 1 000 volwassenen (15-64 jaar). Evenzo waren er in Italië in 2006 naar schatting tussen de 3,7 en 4,5 problematische cocaïnegebruikers per 1 000 volwassenen. De informatie voor het Verenigd Koninkrijk is niet rechtstreeks vergelijkbaar met die voor Spanje en Italië, omdat deze is gebaseerd op het gebruik van crack-cocaïne. In 2004-2005 werd in één studie het aantal problematische gebruikers van crack-cocaïne in Engeland geschat op 5,7 tot 6,4 per 1 000 volwassenen.

Cocaïne, vooral cocaïnepoeder, werd in Europa in 2006 genoemd als de belangrijkste reden om in drugsbehandeling te gaan door ongeveer 16% van alle cliënten, hetgeen overeenkomt met circa 61 000 gerapporteerde gevallen in 24 landen ⁽⁹¹⁾. Ook wordt cocaïne als secundaire drug genoemd door circa 18% van alle extramurale drugscliënten ⁽⁹²⁾. Er bestaat veel variatie tussen de landen, waarbij cocaïnegebruikers alleen in Spanje (47%) en Nederland (35%) een hoog percentage van de behandelde cliënten uitmaken, hoewel de drug in Italië inmiddels goed is voor 25% van de behandelaanvragen. Elders in Europa vertegenwoordigt cocaïne tussen de 5 en 10% van alle behandelaanvragen (tien landen) of minder dan 5% (twaalf landen) ⁽⁹³⁾.

Het percentage cocaïnegebruikers is hoger onder hen die voor het eerst behandeld worden. In heel Europa werd cocaïne in 2006 als primaire drug genoemd door 23% van de nieuwe cliënten (circa 37 000 personen) ⁽⁹⁴⁾. In Spanje was cocaïne volgens de laatste gegevens in 2005 de primaire drug die het vaakst werd genoemd door mensen die aan een behandeling begonnen, en nieuwe cocaïnecliënten vertegenwoordigden 63% van alle nieuwe Spaanse drugscliënten.

Trends in cocaïnegebruik

Als het gebruik in het afgelopen jaar onder jongvolwassenen (15-34 jaar) als indicator wordt gebruikt voor de trends in recent gebruik (aangezien het cocaïnegebruik geconcentreerd is in deze leeftijdsgroep) blijkt dat het cocaïnegebruik in Spanje, Denemarken en het Verenigd Koninkrijk aanmerkelijk is gestegen in de tweede helft van de jaren negentig. Nieuwe gegevens (van tussen 2005 en 2007 gehouden enquêtes) bevestigen de opwaartse trend die vorig jaar al werd gemeld door Frankrijk, Ierland, Spanje, het Verenigd Koninkrijk, Italië, Denemarken en Portugal. In Duitsland, Nederland, Slowakije en Finland wordt een stabiele prevalentie waargenomen en in Polen is een daling gemeld (figuur 5).

Ook de in eerdere jaren opgemerkte stijging van de vraag naar behandeling voor cocaïne lijkt door te zetten, ook al wordt deze stijging onevenredig beïnvloed door een paar landen. Van 2002 tot 2006 is het percentage nieuwe cliënten die voor primair cocaïnegebruik behandeld wilden worden gegroeid van 13 naar 25%, en het aantal gemelde gevallen is gestegen van circa 13 000 naar bijna 30 000. Daarnaast is een stijging waargenomen in het aantal en het percentage van alle cocaïnecliënten die in behandeling gingen: van 22 000 cliënten (13% van alle behandelaanvragen) in 2002 tot 50 000 (19%) in 2006. De grootste toenames worden gemeld door Italië en Spanje ⁽⁹⁵⁾.

De stijging van het aantal cocaïnegebruikers dat in behandeling gaat kan verband houden met de toegenomen prevalentie van cocaïnegebruik en daaraan gerelateerde problemen, maar ook met andere factoren (bijv. de toename van het aantal verwijzingen naar behandeling of het aantal interventies dat specifiek gericht is op cocaïnegebruikers). De percentages per drugtype worden uiteraard beïnvloed door veranderingen in de vraag naar behandeling van gebruikers van andere middelen.

Internationale vergelijkingen

Over het algemeen is het geschatte „ooit“-gebruik van cocaïne lager onder jongvolwassenen in de Europese Unie dan onder hun leeftijdsgenoten in Australië, Canada en de Verenigde Staten. Op nationaal niveau melden Denemarken, Ierland, Spanje, Italië en het Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales) echter hogere cijfers dan Australië. Alleen het Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales) rapporteert een geschat „ooit“-gebruik dat vergelijkbaar is met dat van de Verenigde Staten ⁽⁹⁶⁾. In bepaalde opzichten kan aan deze

⁽⁹¹⁾ Zie tabel TDI-115 en figuur TDI-2 in het Statistical Bulletin 2008.

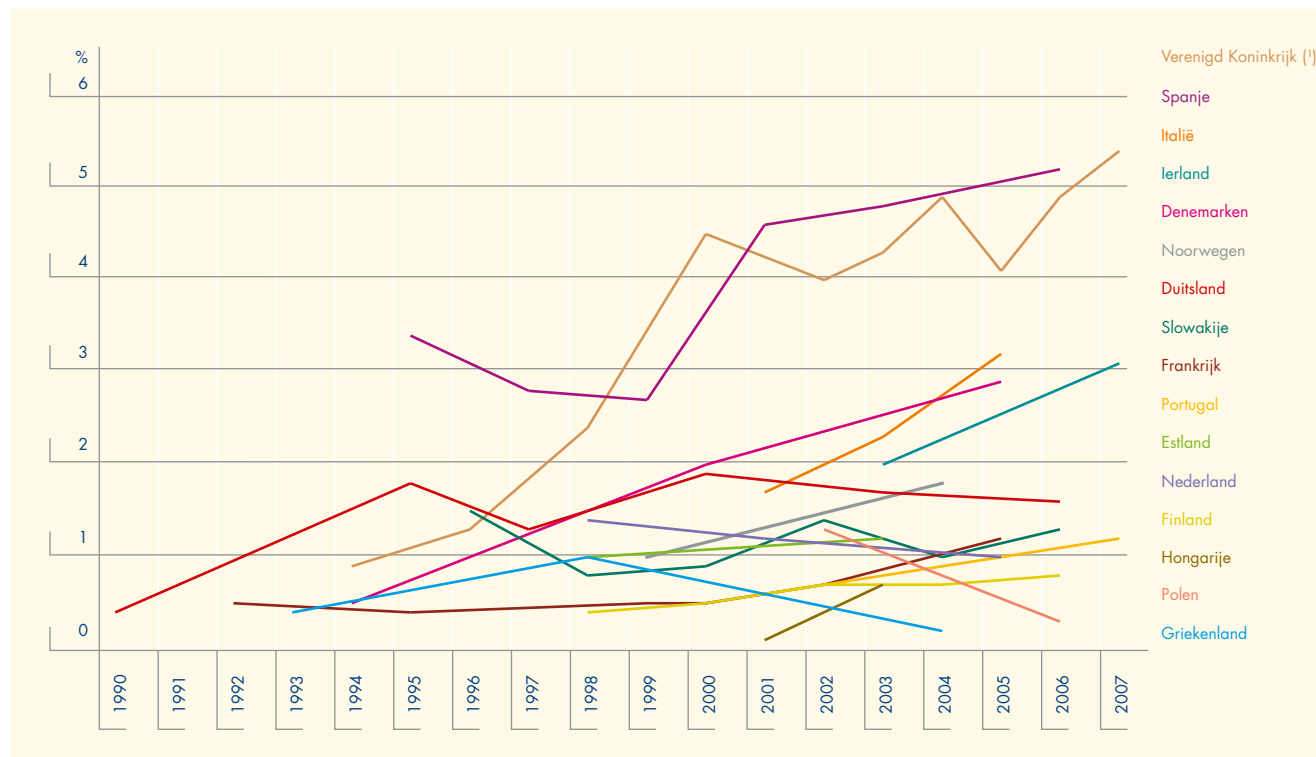
⁽⁹²⁾ Zie tabel TDI-22 deel (i) in het Statistical Bulletin 2008.

⁽⁹³⁾ Zie tabel TDI-5 deel (ii) in het Statistical Bulletin 2008; voor Spanje betreffen de gegevens 2005.

⁽⁹⁴⁾ Zie figuur TDI-2 in het Statistical Bulletin 2008.

⁽⁹⁵⁾ Zie de figuren TDI-1 en TDI-3 en tabel TDI-3 deel (ii) in het Statistical Bulletin 2008.

⁽⁹⁶⁾ Zie figuur GPS-20 in het Statistical Bulletin 2008.

Figuur 5: Trends in de prevalentie van cocaïnegebruik onder jongvolwassenen in het afgelopen jaar (15-34 jaar)

(¹) Engeland en Wales.

NB: In Denemarken heeft de waarde voor 1994 betrekking op „harddrugs”. Voor meer informatie, zie figuur GPS-14 in het Statistical Bulletin 2008.

Bronnen: nationale Reitox-verslagen (2007), gebaseerd op enquêtes onder de bevolking, onderzoeksverslagen en wetenschappelijke artikelen.

maatstaf de historische ontwikkeling van cocaïneproblemen worden afgelezen, alsmede de eerdere confrontatie van de Verenigde Staten en, in Europees verband, het Verenigd Koninkrijk, met grootschalig cocaïnegebruik.

Behandeling en schadebeperking

Profiel van cliënten in behandeling

Extramurale centra zijn goed voor bijna alle (94 %) gerapporteerde behandelaanvragen voor cocaïne in Europa ⁽⁹⁷⁾. Hierbij moet echter worden opgemerkt dat cocaïnebehandeling soms ook plaatsvindt in privéklinieken en soms op intramurale basis, en deze vorm van zorg is niet goed vertegenwoordigd in het huidige volgsysteem.

Bij cocaïnecliënten die starten met een extramurale behandeling wordt de hoogste man-vrouwverhouding onder drugscliënten aangetroffen (5 mannen voor elke vrouw). Hun gemiddelde leeftijd is 31 jaar ⁽⁹⁸⁾, waarmee zij de op twee na oudste cliëntengroep zijn, na gebruikers van opioïden en gebruikers van slaapmiddelen en

sedativa. De meeste cocaïnecliënten zeggen de drugs te zijn gaan gebruiken tussen de 15 en 24 jaar ⁽⁹⁹⁾.

Er worden aanzienlijke verschillen tussen landen gemeld met betrekking tot de wijze waarop cocaïnecliënten de drugs tot zich nemen. In totaal wordt gemeld dat ongeveer de helft (55 %) van de cocaïnecliënten de drug snuift, terwijl bijna een derde (32 %) hem rookt, en een veel kleiner percentage (9 %) de drug injecteert ⁽¹⁰⁰⁾. In algemene zin kunnen er twee hoofdgroepen cocaïnegebruikers worden onderscheiden onder de gebruikers die worden behandeld. Tot de eerste groep behoren de doorgaans sociaal beter geïntegreerde gebruikers, met een stabiele huisvestings- en werksituatie, die over het algemeen zeggen de drug te snuiven. De tweede is een meer gemarginaliseerde groep cliënten die de cocaïne doorgaans roken of injecteren (zie EWDD, 2006) en vaker melding maken van het feit dat zij ofwel crack-cocaïne gebruiken ofwel de combinatie van cocaïne en heroïne. Met name crackcliënten wonen veelal in grote steden, behoren tot etnische minderheden, en melden hoge werkloosheidsniveaus en slechte levensomstandigheden ⁽¹⁰¹⁾. Dit is een klein probleem op

⁽⁹⁷⁾ Zie tabel TDI-24 in het Statistical Bulletin 2008.

⁽⁹⁸⁾ Zie de tabellen TDI-10 en TDI-21 in het Statistical Bulletin 2008.

⁽⁹⁹⁾ Zie tabel TDI-11 deel (iii) in het Statistical Bulletin 2008.

⁽¹⁰⁰⁾ Zie tabel TDI-17 deel (ii) en deel (vi) en TDI-111 deel (vii) en deel (viii) in het Statistical Bulletin 2008.

⁽¹⁰¹⁾ Zie het selected issue uit 2007 over cocaine.

Europees niveau en is geografisch beperkt, aangezien significante problemen in verband met crack-cocaïne zich beperken tot een relatief klein aantal steden. In 2006 werd gerapporteerd dat er ongeveer 8 000 crack-cocaïnecliënten (circa 2% van alle drugscliënten) in twintig Europese landen in behandeling waren gegaan, waarbij het hoogste aantal werd gemeld door het Verenigd Koninkrijk ⁽¹⁰²⁾.

De behandeling van problemen die verband houden met het gelijktijdig gebruik van cocaïne en heroïne wordt in sommige landen een steeds belangrijker punt. Gebruikers die een behandeling ondergaan zijn soms (voormalige) heroïnegebruikers, die mogelijk onder substitutiebehandeling zijn. In bepaalde landen vormen zij de grootste groep cocaïnecliënten. In sommige studies is gesuggereerd dat gelijktijdig gebruik van cocaïne en heroïne in verband kan worden gebracht met duale diagnose, of onderliggende psychologische problemen als bipolaire stoornis kan verergeren. Daarnaast is aangetoond dat gelijktijdig cocaïnegebruik tijdens een onderhoudsbehandeling met methadon kan bijdragen tot het voortduren van of opnieuw beginnen met het gebruik van heroïne — een risicofactor voor hiv en andere door bloed overgedragen infectieziekten en ernstige medische, sociale en criminele problemen.

Cocaïnebehandeling

Na de toename van het cocaïnegebruik in diverse lidstaten en de problemen die daarmee gepaard gaan, zien gespecialiseerde drugsbehandelcentra zich voor de moeilijke taak gesteld om hun traditionele op opioïdengebruik afgestemde diensten aan te passen aan de gevarieerde populaties van cocaïne- en crack-cocaïne gebruikers. Toch beoordeelden de lidstaten, met uitzondering van Spanje, de beschikbaarheid en toegankelijkheid van specifieke behandelprogramma's voor cocaïne als laag.

Van de lidstaten die hoge prevalentiewaarden melden voor cocaïne of crack-cocaïne heeft een aantal bijzonder actief gereageerd op dit probleem. In 2007 heeft Spanje een specifiek nationaal actieplan voor cocaïne ingevoerd, terwijl Ierland een aantal specifieke programma's gericht op verschillende groepen cocaïnegebruikers heeft uitgevoerd en geëvalueerd. Deze programma's richten zich op problematische intranasale cocaïnegebruikers, polydrugsgebruikers met cocaïneproblemen, alsmede op vrouwen en sekswerkers die cocaïne gebruiken. In Italië wordt in 2008 een grootschalige klinische proef uitgevoerd om de werkzaamheid van twee

Aan cocaïne gerelateerde gezondheidsproblemen

De kennis over het verband tussen cocaïnegebruik en ziekten is vaak beperkt, zelfs onder medische professionals. Als gevolg daarvan zullen sommige aan cocaïne gerelateerde problemen niet worden opgemerkt en zullen de personen die deze problemen hebben mogelijk geen adequate zorg ontvangen. Onderrapportage van cocaïneproblemen staat een beter begrip van het effect van de drug op de volksgezondheid in de weg.

De risico's die verband houden met bepaalde problematische vormen van cocaïnegebruik zijn bekend en treffen vooral erkende groepen gebruikers (voormalige of huidige opioïdengebruikers, gemarginaliseerde groepen). Zo wordt het injecteren van cocaïne geassocieerd met het risico op infectieziekten en een verhoogde kans op een overdosis, terwijl het gebruik van cocaïne in combinatie met opioïden lijkt te leiden tot een hogere kans op een overdosis opioïden.

De kans dat gezondheidsproblemen die het gevolg zijn van het gebruik van poedercocaïne niet herkend worden is echter groter, wat consequenties kan hebben voor gebruikers die niet het gevoel hebben dat ze risico lopen. Chronisch gebruik van cocaïne kan belangrijke gezondheidsproblemen veroorzaken, die meestal van cardiovasculaire (atherosclerose, cardiomyopathie, aritmieën, myocardiale ischemie) of neurologische (cerebrovasculaire accidenten en epileptische insulten) aard zijn. Deze problemen kunnen door allerlei omstandigheden (zoals vasculaire misvormingen) en door risicofactoren als roken of het gebruik van alcohol in omvang toenemen. Veel sterfgevallen die worden toegeschreven aan cocaïne worden veroorzaakt door deze pathologieën.

Het gebruik van cocaïne in combinatie met alcohol vergroot de concentratie van cocaïne in het bloed met wel 30%. Vanuit gedragsoogpunt kan cocaïnegebruik excessief alcoholgebruik in de hand werken omdat de gebruiker door de cocaïne langer kan doorgaan met drinken, wat weer kan leiden tot een grotere cocaïneconsumptie (Gossop et al., 2006). Ook de vorming van cocaethyleen in de lever kan in verband worden gebracht met de mogelijke gezondheidsrisico's van het gecombineerd gebruik van cocaïne en alcohol.

Er zijn weinig studies gedaan naar het algehele effect van cocaïnegebruik op de volksgezondheid. Uit een grootschalig Amerikaans bevolkingsonderzoek (1988-1994) bleek dat een kwart van de niet-fatale acute myocardiale infarcten in de leeftijdscategorie van 18 tot 45 jaar was toe te schrijven aan frequent cocaïnegebruik ooit in het leven. Frequent gebruikers hebben een zeven maal hogere kans op niet-fatale acute myocardiale infarcten dan niet-gebruikers (Qureshi et al., 2001). Uit deze studie kunnen echter voor Europa geen rechtstreekse conclusies worden getrokken. Op dit moment is ons begrip van de mogelijke gezondheidseffecten van het toenemend cocaïnegebruik in Europa nog slecht ontwikkeld, en dit is een belangrijk gebied voor toekomstig volksgezondheidskundig onderzoek.

Voor meer informatiebronnen over aan cocaïne gerelateerde gezondheidsproblemen, zie het selected issue uit 2007 over cocaïne.

⁽¹⁰²⁾ Zie tabel TDI-115 in het Statistical Bulletin 2008.

geneesmiddelen (aripiprazole en ropinirole) voor de behandeling van cocaïneverslaving te onderzoeken.

Er is slechts schaarse informatie over de aard van de diensten die worden aangeboden aan problematische cocaïnegebruikers in Europa. Niettemin bieden nationale klinische publicaties of enquêtes onder professionals een goed inzicht in de bestaande praktijken. Volgens een recent Brits rapport (NICE, 2007) lijken aan cocaïne gerelateerde problemen in Britse gespecialiseerde behandelcentra uitsluitend aangepakt te worden als het primaire drugsprobleem verband houdt met opioïden. Ook zijn in een recente Italiaanse enquête onder deskundigen die betrokken zijn bij de behandeling van cocaïnegebruikers problemen aangegeven bij de toepassing van bepaalde aspecten die door hen worden beschouwd als cruciale factoren voor het behalen van goede behandelresultaten, zoals het aanbieden van passende diensten (bijv. kortdurende intramurale zorg, gestructureerde psychosociale interventies) en het maken van klinisch onderscheid tussen de verschillende soorten cocaïnegebruikers. De opgegeven redenen voor deze problemen zijn organisatorische problemen, gebrek aan middelen en het ontbreken van effectieve, specifiek op cocaïne gerichte behandelinterventies. Waarschijnlijk kampen professionals in andere lidstaten met vergelijkbare problemen. Adequate investeringen, geschikte behandelprotocollen en gespecialiseerde opleidingsbehoeften zijn dan ook naar alle waarschijnlijkheid de voornaamste vraagstukken in verband met de ontwikkeling van diensten op dit terrein.

In recent literatuuronderzoek wordt aangegeven dat de effectiviteit van de bestaande psychosociale interventies voor de behandeling van cocaïneverslaving niet met harde bewijzen kan worden gestaafd, noch bestaan er doeltreffende farmacologische behandelingen. In een recente studie van de Cochrane Collaboration naar psychosociale interventies gericht op cocaïne en andere psychostimulantia is geconcludeerd dat de enige consistente, positieve gedragsresultaten (in behandeling blijven, minder drugs gebruiken) worden waargenomen bij psychosociale interventies waarvan „contingency management“ een onderdeel is ⁽¹⁰³⁾.

Anders dan voor opioïdenverslaving zijn er momenteel geen doeltreffende farmacologische behandelingen beschikbaar om cocaïnegebruikers te helpen af te kicken of hun gebruik te verminderen (zie het selected issue uit 2007 over cocaïne). De potentie van experimentele therapeutische geneesmiddelen om de cocaïneconsumptie en de behoefte aan cocaïne terug te dringen is bij klinisch onderzoek aangetoond (bijv. baclofen, tiagabine, topiramate). Met name de resultaten in verband met het gebruik

van modafinil, een middel dat het centrale zenuwstelsel stimuleert, als substitutiemiddel voor psychostimulantia zijn veelbelovend. Daarbij heeft dit middel het voordeel dat in vergelijking met andere mogelijke substitutiemiddelen (bijv. d-amfetamine), het risico van misbruik gering is (Myrick et al., 2004). Bovendien hebben buprenorfine, topiramate en tiagabine veelbelovende resultaten laten zien bij het verminderen van cocaïnegebruik door opioïdengebruikers die een substitutiebehandeling ondergaan en gelijktijdig cocaïne gebruiken.

Er wordt tevens onderzoek gedaan naar immunotherapie voor cocaïneverslaving met een cocaïnevacin (TA-CD). Na toediening stimuleert het vaccin de productie van antilichamen die zich binden aan cocaïnemoleculen in de bloedbaan, waardoor natuurlijk voorkomende enzymen de mogelijkheid krijgen om de cocaïnemoleculen om te zetten in inactieve moleculen. De resultaten van de eerste

Contingency management

Contingency management is een methode om de gevolgen van drugsgebruik te verminderen door het belonen van onthouding. Contingency management wordt over het algemeen aan het begin van een behandeling toegepast, in combinatie met psychosociale ondersteuning, en de beloningen worden alleen gegeven bij inlevering van drugsvrije urinemonsters. Een beloning kan bijvoorbeeld bestaan uit tegoedbonnen waarvan de waarde toeneemt bij elke volgende periode van onthouding. In dit scenario leidt het produceren van een niet-drugsvrij urinemonster tot het verlies van de eerder verdiende beloningstoename.

Door deze techniek, waarbij een periodiek te bereiken doel wordt vastgesteld, wordt het onthoudingsgedrag van de cliënt voortdurend versterkt. Het krachtigste bewijs voor de effectiviteit van contingency management bij het volhouden van onthoudingsgedrag is afkomstig uit studies over cocaïne- en heroïnebehandelingen, maar er is enig bewijs dat deze aanpak ook werkt bij cannabis- en metamfetaminebehandelingen.

Het meeste onderzoek naar contingency management is buiten Europa gedaan, maar in studies naar de haalbaarheid van contingency management zijn onlangs positieve resultaten gemeld bij cocaïnegebruikers in Spanje (Secades-Villa et al., 2008) en bij het terugdringen van het cocaïnegebruik onder cliënten die een substitutiebehandeling voor opioïden volgden in Nederland (DeFuentes-Merillas en De Jong, 2008), waar de gemiddelde beloning aan het eind van de proef bestond uit goederen ter waarde van 150 EUR. Uit een economische analyse door het National Institute for Clinical Excellence (NICE, 2007) in het Verenigd Koninkrijk kwam naar voren dat contingency management een kosteneffectieve optie is bij cocaïnebehandelingen, vooral wanneer gekeken wordt naar de bredere economische kosten van cocaïnegebruik.

⁽¹⁰³⁾ Zie „Contingency management“.

klinische studies zijn bemoedigend, hoewel er meer studies nodig zijn om de haalbaarheid van het vaccin als farmacotherapie voor cocaïneverslaving te testen.

Het cocaïnevacin is primair bedoeld voor gebruik ter voorkoming van terugval, maar de benaming „vaccin” wekt ook verwachtingen ten aanzien van mogelijk gebruik ter voorkoming van cocaïneverslaving bij profylactische behandeling (bijv. bij kinderen of adolescenten die het gevaar van drugs niet zien). De doeltreffendheid van een dergelijke benadering is onzeker en doet bezorgdheid op ethisch vlak ontstaan, die diepgaand besproken zal worden in de komende EMCDDA-publicatie „Addiction neurobiology: ethical and social implications”.

Schadebeperking

Problematisch cocaïnegebruik wordt regelmatig in verband gebracht met ernstige gevolgen voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid. Uit een Ierse tweejarige vervolgenquête naar cocaïne in lokale gemeenschappen bleek een verslechtering van de algemene gezondheid van aan cocaïne verslaafde cliënten, met name onder injecterende gebruikers. Diverse projecten melden eveneens een toename van het aantal cliënten dat te maken krijgt met abscessen en wonden ten gevolge van slechte injectiegewoonten. Andere problemen die worden gemeld door cliënten die cocaïne gebruiken zijn onder meer gewichtsverlies, seksueel overdraagbare infectieziekten, hartaandoeningen, amputaties en risicogedrag.

Lidstaten bieden injecterende cocaïnegebruikers meestal dezelfde diensten en faciliteiten aan als die aan opioïdengebruikers worden aangeboden, zoals aanbevelingen voor veilig gebruik, trainingen in veilig injecteren en omruilprogramma's voor naalden. Laagdrempelige drugsdiensten spelen in dit opzicht een belangrijke rol omdat zij basale zorg verlenen, alsmede counseling en medische hulp. Gebruikers met ernstige aan cocaïne- en crackgebruik gerelateerde problemen, zoals comorbide lichamelijke en geestelijke gezondheidsproblemen of sociale problemen, zoals op het gebied van huisvesting, kunnen worden doorverwezen naar intramurale rehabilitatieprogramma's en therapeutische gemeenschappen. Deze programma's hebben niet alleen tot doel gebruikers te laten

afkicken, maar bieden ook respijt- en intensieve zorg en ondersteuning om de gebruikers te helpen bij het veranderen van hun chaotische en zeer risicovolle levensstijlen.

In een kwalitatieve studie in zes Spaanse steden is aangetoond dat alcohol en cocaïne de stoffen zijn die het meest worden gebruikt door sekswerkers. Het drugsgebruik wordt als incidenteel en instrumenteel bestempeld, en helpt de psychologische barrières of remmingen weg te nemen en de lange werkdagen die de sekswerkers met verschillende klanten maken vol te houden. Tot de gevolgen van drugsgebruik door prostituees behoren onbeschermd seks en een groter risico op het gebruik van geweld door klanten. In deze groep worden vaak ook ernstige consumptiepatronen van crack-cocaïne waargenomen.

Straathoekwerkers en schadebeperkingsdiensten richten zich op sekswerkers die problemen hebben met cocaïne en crack-cocaïne. In Nederland hebben bijvoorbeeld de gemeentelijke gezondheidsdiensten speciale gezondheidsprogramma's uitgevoerd gericht op sekswerkers die crack-cocaïne gebruiken. In Frankrijk organiseert de vereniging Espoir Goutte d'Or, die zich richt op risicopreventie en schadebeperking voor gebruikers van crack-cocaïne en sekswerkers, vrijwillige wekelijkse counseling en snelle tests op hiv en hepatitis.

Recreatief gebruik van cocaïne in combinatie met de overmatige consumptie van alcohol komt in het nachtleven regelmatig voor en kan gepaard gaan met ernstige acute lichamelijke problemen. Zoals in hoofdstuk 4 is vermeld, kiezen de lidstaten steeds meer voor een geïntegreerde aanpak van de beperking van schade die verband houdt met het gebruik van alcohol en illegale drugs in recreatieve settings. In het kader van deze programma's wordt advies en voorlichting gegeven aan jongeren over de risico's die in het algemeen in verband worden gebracht met het gebruik van alcohol en drugs, en meestal is er ook materiaal beschikbaar over de risico's die gepaard gaan met de acute en chronische consumptie van cocaïne. De leden van het Europese Netwerk van drugslijnen zijn ook zeer actief betrokken bij de bewustmaking en ondersteuning van drugsgebruikers door advies en informatie te verstrekken over de risico's van drugs.



Hoofdstuk 6

Opioïdengebruik en injecterend drugsgebruik

Aanvoer en beschikbaarheid van heroïne

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 ⁽¹⁰⁴⁾. 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 (Letland, Litouwen).

Productie en handel

De in Europa geconsumeerde heroïne is overwegend afkomstig uit Afghanistan, dat wereldwijd nog altijd de meeste illegale opium levert, gevolgd door Myanmar en Mexico. De mondiale opiumproductie is in 2007 opnieuw substantieel gestegen (met 34%) en bedroeg in 2007 naar schatting 8 870 ton, voornamelijk als gevolg van de toename van de productie in Afghanistan, die naar schatting 8 200 ton bedroeg. De potentiële mondiale productie van heroïne heeft als gevolg hiervan in 2007 een recordniveau bereikt van naar schatting 733 ton (UNODC, 2008). Uit het groeiende aantal laboratoria dat de afgelopen jaren in Afghanistan wordt ontmanteld kan worden afgeleid dat de opium steeds vaker in het land zelf in morfine of heroïne wordt omgezet. Grote morfinevangsten in aangrenzende landen (Pakistan, Iran) duiden er echter op dat de verwerking van opium ook in belangrijke mate buiten Afghanistan plaatsvindt (CND, 2008; UNODC, 2007).

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), en de steeds vaker gebruikte „noordelijke route“ via Centraal-Azië en de Russische

Federatie (figuur 6). Er zijn ook berichten over secundaire handelsroutes die gebruikt worden voor heroïne uit Zuidwest-Azië, bijvoorbeeld rechtstreeks van Pakistan naar Europa (het Verenigd Koninkrijk), maar ook via Pakistan en landen in het Midden-Oosten en Afrika naar illegale markten in Europa en Noord-Amerika (INCB, 2008a; Europol, 2008; UNODC, 2007; WCO, 2007). Heroïne uit Zuidwest-Azië wordt ook naar Europa gesmokkeld via Zuid-Azië (Bangladesh) (INCB, 2008a). Binnen de Europese Unie spelen Nederland en in mindere mate België een belangrijke rol als secundaire distributiecentra (Europol, 2008).

Vangsten

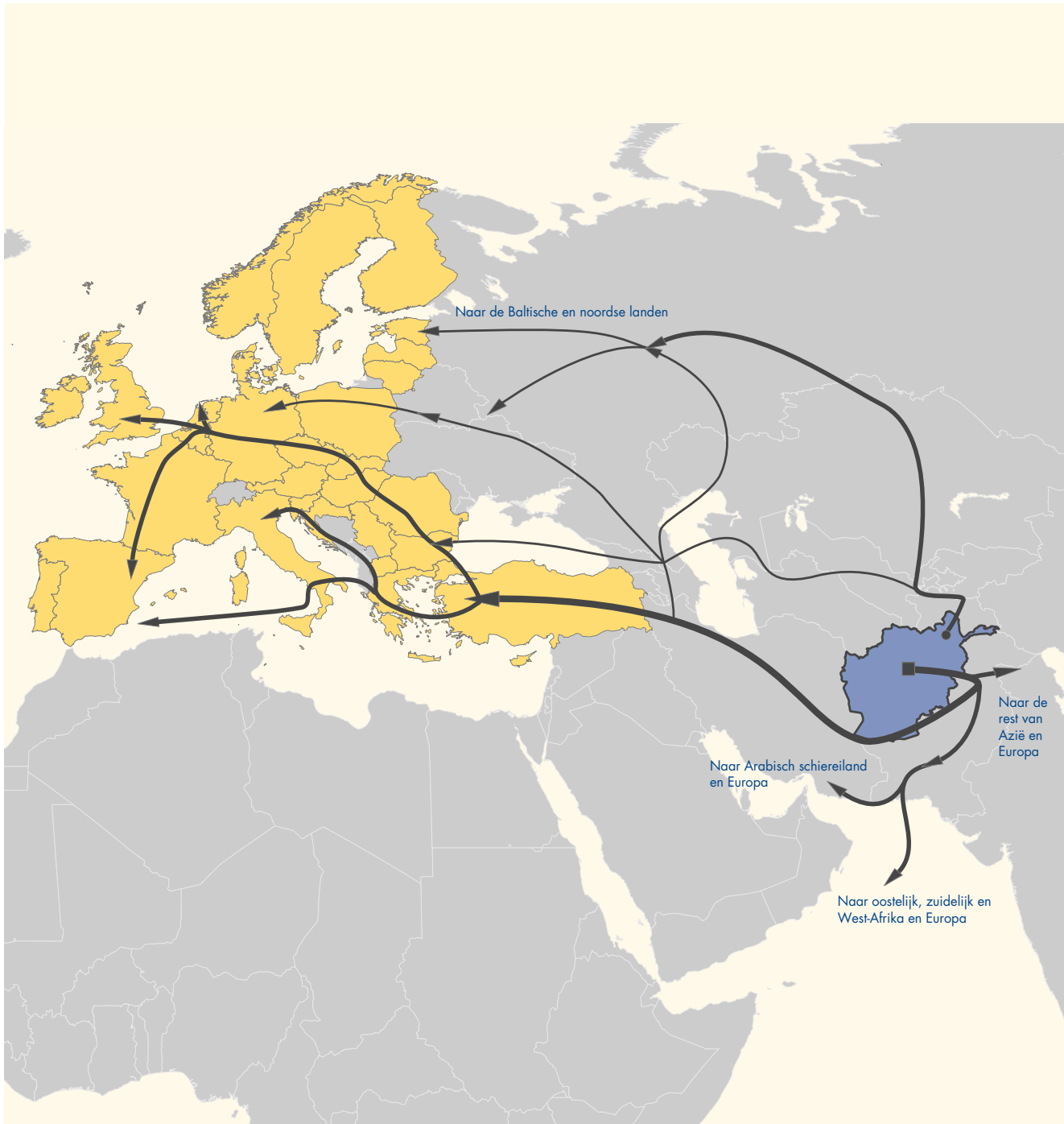
De bij de gerapporteerde opioïdenvangsten in beslag genomen hoeveelheden namen in 2006 wereldwijd toe tot in totaal 384 ton voor opium en 104 ton voor heroïne en morfine. Iran nam mondiaal gezien de meeste opium in beslag (81%), en heroïne en morfine werden voornamelijk onderschept in Pakistan (34%), gevolgd door Iran (20%), Turkije (10%) en China (6%) (UNODC, 2008).

In Europa werd in 2006 bij naar schatting 48 200 vangsten 19,4 ton heroïne geconfisqueerd. Het Verenigd Koninkrijk meldde opnieuw het hoogste aantal vangsten in Europa, terwijl Turkije in 2006 met 10,3 ton opnieuw de grootste hoeveelheden in beslag nam ⁽¹⁰⁵⁾. De hoeveelheid onderschepte heroïne bij een gemiddelde vangst verschilde sterk tussen deze twee landen, waarbij de omvang van de gemiddelde vangst in Turkije honderd maal zo groot was als die in het Verenigd Koninkrijk. Dit verschil is het gevolg van de verschillende posities die beide landen innemen in de aanvoerketen (figuur 6). In de afgelopen tien jaar fluctueerde het aantal heroïnevangsten in Europa, waarbij de trend neerwaarts was met een relatieve piek in 2001 en een laagterecord in 2003. De hoeveelheid in de Europese Unie in beslag genomen heroïne is tussen 2001 en 2006 afgenomen. De hoeveelheid in Turkije in beslag genomen heroïne is in deze periode echter verdrievoudigd.

⁽¹⁰⁴⁾ Voor meer informatie over de bronnen van de gegevens over de aanvoer en beschikbaarheid van drugs, zie blz. 40.

⁽¹⁰⁵⁾ Zie de tabellen SZR-7 en SZR-8 in het Statistical Bulletin 2008. Daarbij moet opgemerkt worden dat om een schatting mogelijk te maken, de ontbrekende gegevens met betrekking tot de Europese vangsten over 2006 zijn vervangen door de gegevens over 2005. Deze analyse is voorlopig omdat de gegevens van het Verenigd Koninkrijk over 2006 nog niet beschikbaar zijn.

Figuur 6: Belangrijkste routes voor de smokkel van heroïne vanuit Afghanistan naar Europa



NB: De op de kaart aangegeven handelstromen zijn geïdentificeerd in analyses van diverse internationale en nationale organisaties (nationale focal points van het Reitox-netwerk, Europol, INCB, UNODC, WDO). Deze analyses zijn gebaseerd op informatie over drugsvangsten langs de handelsroutes en op inlichtingen van rechtshandavingsinstanties over doorvoer- en bestemmingslanden, en in enkele gevallen op informatie uit complementaire bronnen. De belangrijkste handelsroutes op de kaart moeten worden beschouwd als indicatoren voor de voornaamste stromen, omdat er sprake kan zijn van aftakkingen naar andere landen langs de routes, en er zijn diverse secundaire, subregionale routes die niet op de kaart staan aangegeven en die snel kunnen veranderen.

De wereldwijde vangsten van azijnzuuranhydride (dat wordt gebruikt bij het illegaal vervaardigen van heroïne) namen in 2006 toe en bedroegen in totaal 26 400 liter, waarvan het merendeel werd onderschept in de Russische Federatie (9 900 liter) en Colombia (8 800 liter), gevolgd door Turkije (3 800 liter) (INCB, 2008b). De handelsroutes tussen Afghanistan en Europa worden ook gebruikt voor het smokkelen van chemische drugsprecursoren (voornamelijk azijnzuuranhydride, via de „zijderoute”) en synthetische drugs (voornamelijk ecstasy) van het westen naar het oosten (Europol, 2008).

Vangsten van 3-methylfentanyl in Letland en Litouwen in 2006 en berichten over een toename van het injecterend gebruik van illegaal geproduceerde fentanyl in Estland wijzen op de noodzaak om de beschikbaarheid van synthetische opioïden als fentanyl (dat aanzienlijk krachtiger is dan heroïne) nauwlettender te volgen.

Zuiverheid en prijs

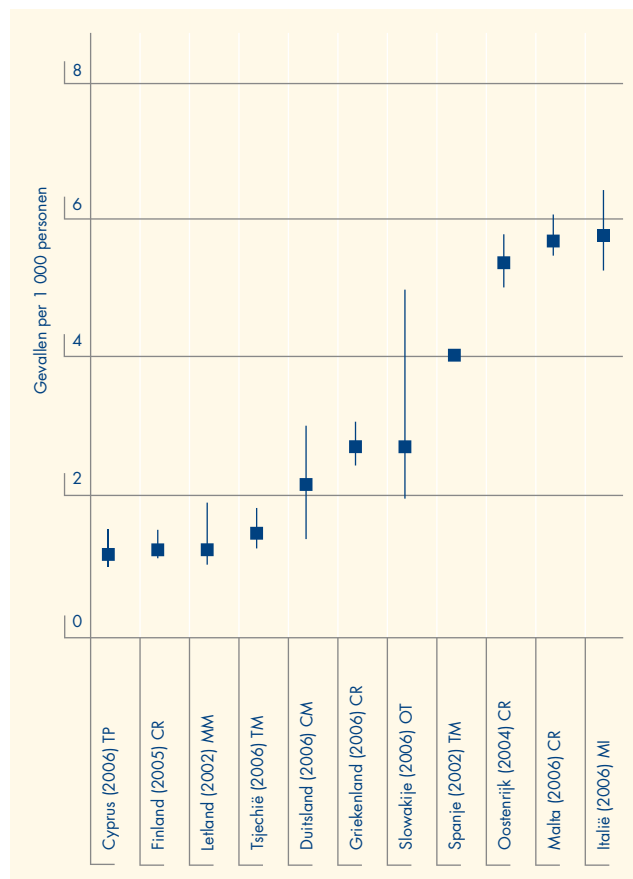
De zuiverheid van bruine heroïne varieerde in 2006 in de meeste landen over het algemeen tussen de 15 en 25 %, hoewel in Griekenland, Frankrijk en Oostenrijk waarden van onder de 10 % en in Malta (31 %), Turkije (36 %) en het Verenigd Koninkrijk (43 %) hogere waarden werden gerapporteerd. De gebruikelijke zuiverheid van witte heroïne was in de weinige Europese landen die hierover gegevens hebben verstrekt over het algemeen wat hoger (45 tot 70 %) ⁽¹⁰⁶⁾.

De straatwaarde van bruine heroïne varieerde in 2006 van 14,5 EUR per gram in Turkije tot 110 EUR per gram in Zweden, waarbij de meeste rapporterende landen in Europa melding maakten van prijzen tussen de 30 en 45 EUR per gram. Slechts enkele Europese landen hebben gegevens verstrekt over de prijs van witte heroïne, die varieerde van 27 EUR tot 110 EUR per gram. Over de periode 2001-2006 is de straatwaarde van bruine heroïne gedaald in de meeste van de dertien Europese landen die verslag hebben gedaan van trendmatige ontwikkelingen, hoewel er in Polen tekenen van een stijging waren te zien.

Prevalentieschattingen van problematisch opioïdengebruik

De gegevens in deze paragraaf zijn gebaseerd op de indicator voor problematisch drugsgebruik van het EMCDDA, die met name injecterend drugsgebruik en het gebruik van opioïden meet, hoewel in enkele landen ook amfetamine- of cocaïnegebruik een belangrijke component is. Schattingen van het aantal problematische opioïdengebruikers zijn vaak onzeker

Figuur 7: Schattingen van de jaarlijkse prevalentie van problematisch gebruik van opioïden (per 1 000 personen 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. Bij Duitsland geeft de 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 steekproefprocédé); TM=Treatment Multiplier (behandelingsmultiplier); TP=Truncated Poisson (Poisson-verdeling); MM=Mortality Multiplier (mortaliteitsmultiplier). Voor nadere informatie, zie figuur PDU-1 deel (ii) in het Statistical Bulletin 2008.

Bronnen: nationale focal points van het Reitox-netwerk.

vanwege de relatief lage prevalentie en het feit dat het zicht op dit type drugsgebruik vaak beperkt is, en om prevalentieschattingen te verkrijgen op basis van de beschikbare gegevensbronnen moeten deze worden geëxtrapoleerd. Bovendien zijn de meeste onderzoeken uitgevoerd in een specifiek geografisch gebied, zoals een stad of een stadsdeel, waardoor extrapolatie naar nationaal niveau moeilijk is.

Er lijkt in Europa sprake van een toenemende diversiteit in de patronen van problematisch drugsgebruik. Zo

⁽¹⁰⁶⁾ Zie de tabellen PPP-2 en PPP-6 in het Statistical Bulletin 2008 voor gegevens over de zuiverheid en prijzen.

wijzen recente berichten uit enkele landen waar het opioidengebruik historisch gezien altijd de overhand heeft gehad erop dat er steeds meer andere drugs worden gebruikt, waaronder cocaïne. De noodzaak om een aantal vormen van problematisch drugsgebruik te monitoren heeft het EMCDDA ertoe aangezet om te gaan rapporteren over subpopulaties binnen de algehele populatie van problematische drugsgebruikers. Deze subpopulaties worden afgebakend aan de hand van de gebruikte drug en kunnen elkaar overlappen ⁽¹⁰⁷⁾.

Schattingen van de prevalentie van het problematisch opioidengebruik op landelijk niveau in de periode 2002-2006 lopen ruwweg uiteen van één tot zes gevallen per 1 000 personen in de leeftijdsgroep van 15 tot 64 jaar; de algehele prevalentie wordt geschat op één tot acht gevallen per 1 000 personen. De laagste goed gedocumenteerde schattingen van problematisch opioidengebruik hebben betrekking op Cyprus, Letland, Tsjechië en Finland (al hebben Tsjechië en Finland grote aantallen problematische amfetaminegebruikers), terwijl de hoogste schattingen afkomstig zijn van Malta, Oostenrijk en Italië (figuur 7).

Uit de relatief beperkte hoeveelheid beschikbare gegevens is een geschatte gemiddelde prevalentie van problematisch opioidengebruik af te leiden van tussen vier en vijf gevallen per 1 000 personen in de leeftijdsgroep van 15 tot 64 jaar. Aangenomen dat dit een afspiegeling van de EU in haar geheel is, betekent dit dat er in 2006 in de EU en Noorwegen ongeveer 1,5 miljoen (1,3-1,7 miljoen) problematische opioidengebruikers waren.

Trends in en incidentie van problematisch opioidengebruik

Trendmatige ontwikkelingen in de prevalentie van problematisch opioidengebruik zijn moeilijk vast te stellen vanwege het beperkte aantal longitudinale schattingen en de onzekerheid rond individuele schattingen. Longitudinale schattingen van problematisch opioidengebruik in negen landen in de periode 2001-2006 laten verschillende ontwikkelingen zien. De prevalentie lijkt relatief stabiel te zijn in Tsjechië, Duitsland, Griekenland, Italië, Malta, Slowakije en Finland, terwijl een toename is waargenomen in Oostenrijk (de meest recente gegevens zijn van 2004) en er tekenen van een mogelijke daling zijn in Cyprus ⁽¹⁰⁸⁾.

De incidentie van problematisch opioidengebruik (het aantal nieuwe gevallen in een bepaald jaar) is een nauwkeurigere maat voor veranderingen in de tijd en kan in een vroege fase zicht geven op toekomstige ontwikkelingen met betrekking tot de prevalentie en de vraag naar behandelingen. De schattingsmodellen die hiervoor worden gebruikt gaan

Indicatoren van opioidengebruik dalen niet meer

In tegenstelling tot de in voorgaande jaarverslagen beschreven trends blijkt uit recente gegevens dat er in de Europese Unie sprake is van een lichte toename van het aantal door drugs geïnduceerde sterfgevallen, heroïnevangsten en nieuwe behandelaanvragen in verband met heroïnegebruik.

In 2003 kwam er een eind aan de neerwaartse trend in het aantal door drugs geïnduceerde sterfgevallen in Europa, die voornamelijk waren gerelateerd aan het gebruik van opioïden, en tussen 2003 en 2005 rapporteerden de meeste lidstaten een opwaartse trend. Tussen 2003 en 2006 steeg het aantal heroïnevangsten met meer dan 10% in 16 van de 24 landen die gegevens voor die periode hebben verstrekt. Nadat het aantal nieuwe behandelaanvragen met heroïne als primaire drug verscheidene jaren was gedaald, is dit aantal in de periode 2005-2006 in ongeveer de helft van de landen die hierover gegevens hebben verstrekt weer toegenomen. Dit kan het gevolg zijn van een veranderde incidentie — waarbij mogelijk enkele jaren eerder wordt begonnen met het heroïnegebruik, aangezien er vaak enige tijd ligt tussen het eerste gebruik en de eerste behandeling.

Deze recente trends gaan gepaard met een toegenomen opiumproductie in Afghanistan, wat tot bezorgdheid heeft geleid over de mogelijkheid dat deze twee trends met elkaar verband houden via een grotere beschikbaarheid van heroïne op de Europese markt. Dit is een belangrijk onderwerp voor verder onderzoek, omdat uit de beschikbare gegevens geen duidelijke conclusies kunnen worden getrokken. Bovendien compliceren enkele factoren het beeld. Zo wordt gemeld dat het gebruik van farmaceutische opioïden voor niet-medische doeleinden zich in diverse landen (Tsjechië, Estland, Frankrijk, Oostenrijk, Finland) op een hoog niveau heeft gehandhaafd of zelfs is gestegen, wat een belangrijke deelverklaring kan zijn van de trends in het aantal door drugs geïnduceerde sterfgevallen.

echter uit van verschillende veronderstellingen. Bovendien kan met deze modellen slechts een partiële schatting van de incidentie worden gemaakt, omdat ze alleen zijn gebaseerd op de gevallen waarbij sprake is van contact met behandelingen. Slechts twee landen hebben recente gegevens gerapporteerd, waaruit verschillende trends naar voren komen. In Italië is de schatting dat de incidentie van ongeveer 32 500 nieuwe gevallen in 1990 is gedaald tot 22 000 nieuwe gevallen in 1997, waarna er weer een stijging plaatsvond naar ongeveer 30 000 nieuwe gevallen in 2006. Daarentegen is de incidentie van problematisch opioidengebruik in Spanje volgens de schattingen sinds de piek in 1980 voortdurend gedaald, hoewel de incidentie zich in de afgelopen jaren (2002-2004) op een relatief laag niveau lijkt te hebben gestabiliseerd (ongeveer 3 000

⁽¹⁰⁷⁾ Voor een overzicht van de beschikbare schattingen van de verschillende componenten van problematisch drugsgebruik, zie het Statistisch Bulletin 2008.

⁽¹⁰⁸⁾ Zie tabel PDU-6 deel (ii) in het Statistical Bulletin 2008 en tabel PDU-102 voor alle informatie, met inbegrip van de betrouwbaarheidsintervallen.

nieuwe gevallen per jaar). Het EMCDDA heeft recentelijk, in samenwerking met een groep van nationale deskundigen, nieuwe richtsnoeren voor het schatten van de incidentie ontwikkeld om verder werk op dit gebied te stimuleren (Scalia Tomba et al., 2008).

Opioïdengebruikers in behandeling

Opioïden, vooral heroïne, blijven in de meeste rapporterende landen de belangrijkste drugs waarvoor behandeling wordt aangevraagd. Van de 387 000 behandelaanvragen waarvan in 2006 melding werd gemaakt (er zijn gegevens beschikbaar van 24 landen), was heroïne in 47 % van de gevallen waarbij de primaire drug bekend was de belangrijkste drug. In de meeste landen is tussen de 50 en 80 % van alle behandelaanvragen gerelateerd aan opioïdengebruik; in de overige landen schommelt dat cijfer tussen de 15 en 40 % ⁽¹⁰⁹⁾. Opioïden zijn niet alleen de meest gerapporteerde primaire drug onder de personen die in behandeling gaan, maar zijn dat in nog sterkere mate onder degenen die al een behandeling volgen. Uit een recent project, waarbij negen landen waren betrokken en dat gericht was op alle cliënten in behandeling, kwam naar voren dat primaire opioïdengebruikers 59 % van de cliënten uitmaakten, maar slechts 40 % van de cliënten die voor het eerst van hun leven in behandeling gingen ⁽¹¹⁰⁾.

De meeste drugscliënten die zich aanmelden voor een extramurale behandeling van primair opioïdengebruik gebruiken ook andere drugs, waaronder cocaïne (25 %), andere opioïden (23 %) en cannabis (18 %). Daarnaast gebruikt 13 % van de cliënten die een extramurale behandeling voor het gebruik van andere drugs volgen opioïden als secundaire drug; voor de cliënten die een intramurale behandeling volgen ligt dit cijfer op 11 % ⁽¹¹¹⁾.

Enkele landen rapporteren een significant percentage behandelaanvragen dat gerelateerd is aan andere opioïden dan heroïne. Misbruik van buprenorfine wordt gerapporteerd als de belangrijkste reden om in behandeling te gaan bij 40 % van alle cliënten in Finland en bij 8 % van alle cliënten in Frankrijk. In Letland en Zweden maakt tussen de 5 en 8 % van de drugscliënten melding van primair gebruik van andere opioïden dan heroïne of methadon: daarbij gaat het voornamelijk om buprenorfine, pijnstillers en andere opioïden ⁽¹¹²⁾. Verscheidene landen melden een toename van het aandeel polydrugsgebruikers onder hun heroïnecliënten en een stijging van het aantal cliënten dat andere opioïden dan heroïne gebruikt.

Het absolute aantal in het kader van de Treatment Demand Indicator (indicator voor de vraag naar behandeling) gerapporteerde aanvragen voor heroïnebehandelingen steeg tussen 2002 en 2006 met ongeveer 30 000 gevallen, van 108 100 tot 138 500. Onder de cliënten die voor het eerst van hun leven in behandeling gingen was een toename van het aantal primaire heroïnegebruikers te zien, van ongeveer 33 000 in 2002 naar meer dan 41 000 in 2006. Factoren die deze trend zouden kunnen verklaren zijn onder andere een toename van het aantal problematische heroïnegebruikers, een groter aanbod van behandelingen en een verbeterde verslaglegging.

Injecterend drugsgebruik

Prevalentie van injecterend drugsgebruik

Injecterende drugsgebruikers behoren tot de drugsgebruikers die het hoogste risico lopen dat hun drugsgebruik leidt tot gezondheidsproblemen, zoals door bloed overgedragen infectieziekten (hiv/aids, hepatitis en dergelijke), of dat ze komen te overlijden als gevolg van hun drugsgebruik. Niet meer dan elf landen konden recente schattingen van het injecterend drugsgebruik overleggen, ondanks het belang daarvan voor de volksgezondheid (figuur 8). Het verbeteren van de beschikbare informatie over deze speciale populatie is daarom een belangrijke uitdaging voor de ontwikkeling van gezondheidvolgsystemen 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 personen in de leeftijdsgroep van 15 tot 64 jaar, terwijl Estland een uitzonderlijk hoog niveau van vijftien gevallen per 1 000 personen 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 daling in Noorwegen (2001-2005) en een stabiele situatie in Tsjechië, Griekenland, Cyprus en het Verenigd Koninkrijk ⁽¹¹³⁾.

Injecterend drugsgebruik onder opioïdengebruikers die in behandeling gaan

Van alle opioïdengebruikers die in 2006 aan een extramurale behandeling begonnen, zei 43 % de drug te injecteren. Veranderingen in de verhouding injecterende

⁽¹⁰⁹⁾ Zie tabel TDI-5 in het Statistical Bulletin 2007.

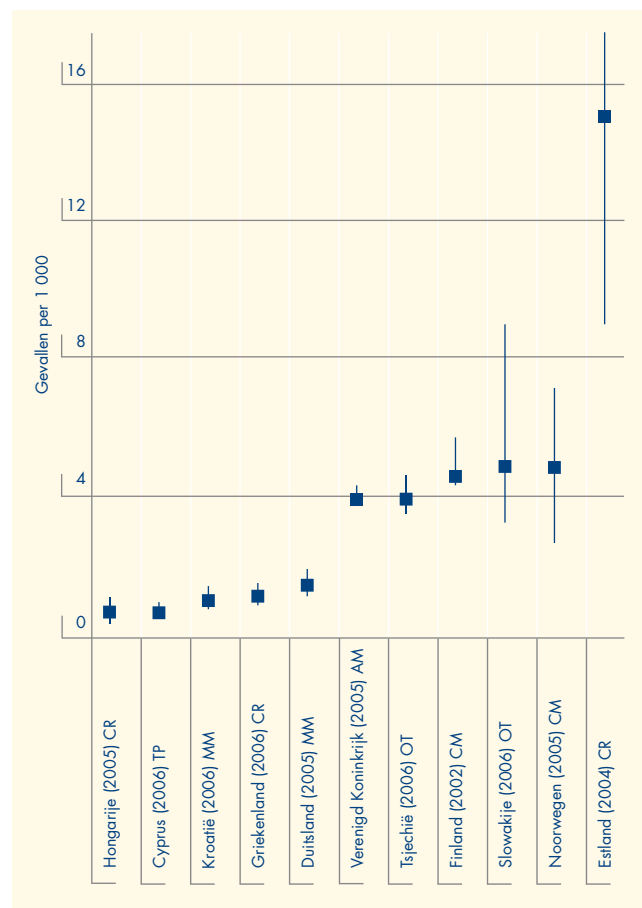
⁽¹¹⁰⁾ Zie tabel TDI-39 in het Statistical Bulletin 2008.

⁽¹¹¹⁾ Zie de tabellen TDI-22 en TDI-23 in het Statistical Bulletin 2008.

⁽¹¹²⁾ Zie tabel TDI-113 in het Statistical Bulletin 2008.

⁽¹¹³⁾ Zie tabel PDU-6 deel (iii) in het Statistical Bulletin 2008.

Figuur 8: Schattingen van de prevalentie van injecterend drugsgebruik (gevallen per 1 000 personen in de leeftijd van 15 tot 64 jaar)



NB: Het symbool staat voor een puntschatting, terwijl een streepje een onzekerheidsinterval aangeeft, die ofwel een 95%-betrouwbaarheidsinterval is, ofwel een op een sensitiviteitsanalyse gebaseerd interval. Voor Estland is de bovenste grens van het onzekerheidsinterval buiten de schaal (37,9 per 1 000). De doelgroepen kunnen enigszins verschillend zijn vanwege verschillen in schattingsmethoden en gegevensbronnen; daarom is terughoudendheid geboden bij het maken van vergelijkingen. Afkortingen van de gebruikte schattingsmethoden: CR = Capture-Recapture (Capture/release steekproefprocédé); TM=Treatment Multiplier (behandelingsmultiplier); MI = multivariate indicator (multivariabele indicator); TP=Truncated Poisson (Poisson-verdeling); MM=Mortality Multiplier (mortaliteitsmultiplier); CM=Combined methodes (combinatie van methoden); OT=Other methods (andere methoden). Zie Figuur PDU-2 in het Statistical Bulletin 2008 voor meer details.

Bronnen: nationale focal points van het Reitox-netwerk.

drugsgebruikers/heroïnegebruikers die in behandeling gaan kunnen een aanwijzing zijn voor trends in de bredere groep van problematische opioidengebruikers. In negen landen (Denemarken, Duitsland, Ierland, Griekenland,

Frankrijk, Italië, Zweden, het Verenigd Koninkrijk, Turkije) is tussen 2002 en 2006 een daling van het percentage injecterende drugsgebruikers waargenomen, terwijl twee landen (Roemenië, Slowakije) een stijging rapporteren. Tussen de landen zijn duidelijke verschillen te zien in de aantallen injecterende drugsgebruikers onder heroïnegebruikers die in behandeling gaan, met de laagste percentages injecterende drugsgebruikers in Spanje, Frankrijk en Nederland (lager dan 25 %) en de hoogste (hoger dan 80 %) in Bulgarije, Tsjechië, Roemenië, Slowakije en Finland ⁽¹¹⁴⁾.

Van de opioidengebruikers die in 2006 voor het eerst aan een extramurale behandeling begonnen, zei een iets kleiner deel de drug te injecteren (rond de 40 %). Als we naar de trends kijken, nam het percentage injecterende drugsgebruikers onder nieuwe opioidencliënten in de dertien landen waar voldoende gegevens beschikbaar waren af van 43 % in 2003 tot 35 % in 2006 ⁽¹¹⁵⁾.

Uit een analyse van de gegevens over behandelaanvragen van de negen landen die hebben deelgenomen aan een proefstudie bleek dat ongeveer 63 % van alle opioidencliënten (degenen die al in behandeling waren en degenen die het afgelopen jaar in behandeling zijn gegaan) zei de drug bij het begin van de behandeling te injecteren ⁽¹¹⁶⁾. Hieruit kan worden afgeleid dat onder de cliënten die al in behandeling waren het percentage injecterende cliënten bij het begin van de behandeling relatief hoog was.

Studies onder injecterende drugsgebruikers in Europa kunnen nieuwe informatie opleveren over de verschillen in het injecterend drugsgebruik tussen de landen en over ontwikkelingen in de tijd. Veel landen voeren regelmatig, meestal in het kader van tests op infectieziekten, herhaalstudies uit onder groepen injecterende drugsgebruikers, die in verschillende settings worden gerekruteerd om de mogelijkheid om te generaliseren zo groot mogelijk te maken. Bij het maken van vergelijkingen tussen landen moet de nodige voorzichtigheid worden betracht vanwege de mogelijkheid dat er bij de rekrutering van deelnemers aan deze studies ongelijke selectiecriteria worden gehanteerd ⁽¹¹⁷⁾.

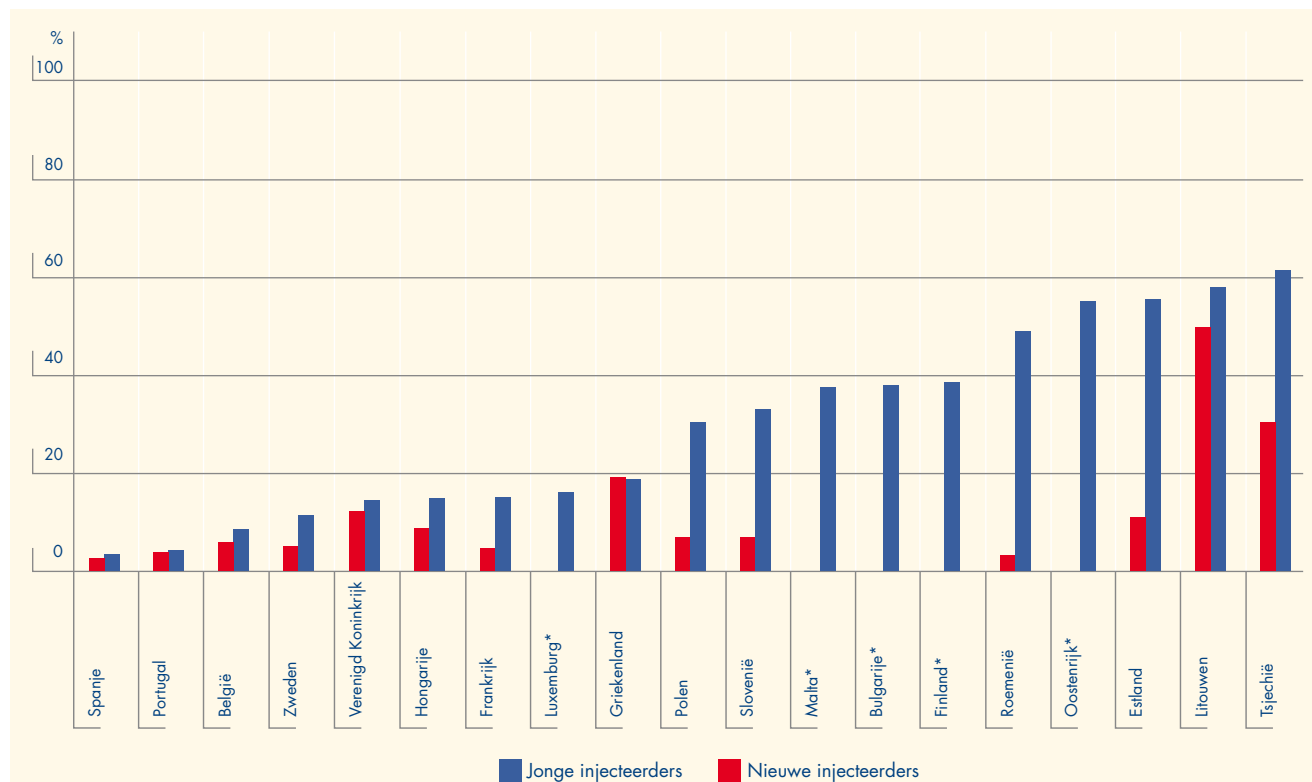
In enkele landen is het percentage nieuwe injecterende drugsgebruikers (drugsgebruikers die minder dan twee jaar drugs injecteren) in deze studies hoog (hoger dan 20 %), terwijl dit percentage in verschillende landen onder de 10 % ligt (figuur 9). Jonge injecterende drugsgebruikers

⁽¹¹⁴⁾ Zie de tabellen PDU-104, TDI-4, TDI-5 en TDI-17 deel (v) in het Statistical Bulletin 2008.

⁽¹¹⁵⁾ Zie figuur TDI-7 en tabel TDI-17 deel (i) in het Statistical Bulletin 2008.

⁽¹¹⁶⁾ Zie de tabellen TDI-17 deel (v) en TDI-40 in het Statistical Bulletin 2008.

⁽¹¹⁷⁾ Het kan worden verwacht dat het aandeel van jonge of nieuwe injecterende drugsgebruikers lager is in steekproeven die zijn genomen onder gebruikers die in behandeling zijn dan in steekproeven die zijn genomen in meer „open” settings, zoals laagdrempelige diensten, omdat cliënten die in behandeling gaan dat over het algemeen pas na enkele jaren van drugsgebruik doen. Uit statistische analyses van het verband tussen de setting waarin gerekruteerd wordt en het aandeel van jonge of nieuwe injecterende drugsgebruikers blijkt echter geen statistische significantie, wat erop duidt dat de setting waarin wordt gerekruteerd (aangeduid als „alleen drugsbehandeling”, „geen drugsbehandeling” en „gemengde settings”) niet van grote invloed op deze aandelen is.

Figuur 9: Aandeel van jonge en nieuwe injecteerders in steekproeven van injecterende drugsgebruikers

NB: De steekproeven hebben betrekking op injecteerders die zijn getest op infectieziekten (hiv en hcv). Voor elk land zijn de meest recente beschikbare steekproeven uit de periode 2002-2006 gebruikt, op voorwaarde dat de steekproef ten minste honderd injecteerders omvatte. Een asterisk geeft aan dat er geen gegevens beschikbaar zijn over nieuwe injecteerders. Voor meer informatie, zie figuur PDU-3 in het Statistical Bulletin 2008.

Bronnen: nationale focal points van het Reitox-netwerk.

(jonger dan 25) vormen meer dan 40 % van de injecterende drugsgebruikers, zo blijkt uit steekproeven die zijn genomen in Tsjechië, Estland, Litouwen, Oostenrijk en Roemenië, terwijl in de andere negen landen minder dan 20% van de onderzochte injecterende drugsgebruikers jonger dan 25 is.

Over het algemeen kan worden gezegd dat een hoog percentage nieuwe injecterende drugsgebruikers reden voor alarm is, vooral als ook het percentage jonge injecterende drugsgebruikers hoog is. Hoewel een hoger percentage nieuwe injecterende drugsgebruikers een indicatie kan vormen van een nieuwe toename van het injecterend drugsgebruik, kunnen ook andere factoren een rol spelen (zoals kortere „loopbanen” van injecterend drugsgebruik, de beschikbaarheid van betere behandelingen, hogere sterftcijfers in de oudere populatie).

In landen waar al lange tijd populaties van problematische opioïdengebruikers bestaan is het aandeel van zowel jonge als nieuwe injecterende drugsgebruikers over het algemeen laag. In de overige landen, vaak de nieuwere lidstaten, is het aandeel van jonge injecterende drugsgebruikers hoger. De verschillen

in het percentage nieuwe injecterende drugsgebruikers in deze landen, dat wil zeggen in de landen waarvoor informatie beschikbaar is, kan een afspiegeling zijn van de verschillen in de gemiddelde leeftijd waarop wordt begonnen met injecterend drugsgebruik, evenals van een toegenomen incidentie van injecterend drugsgebruik onder de jongere of de oudere populatie.

Behandeling van problematisch opioïdengebruik

Profiel van opioïdencliënten die in behandeling gaan

Clënten die primair in behandeling gaan voor opioïdengebruik zijn over het algemeen ouder (gemiddeld 32 jaar) dan cliënten die in behandeling gaan voor cocaïne, andere stimulerende middelen en cannabis (die een gemiddelde leeftijd hebben van respectievelijk 31, 27 en 24 jaar), waarbij vrouwelijke cliënten één of twee jaar jonger zijn dan hun mannelijke tegenhangers. Opioïdencliënten zijn over het algemeen jonger in landen die sinds 2004 lid van de Europese Unie zijn geworden, evenals in Ierland, Griekenland, Oostenrijk en Finland ⁽¹¹⁸⁾.

⁽¹¹⁸⁾ Zie de tabellen TDI-10, TDI-32 en TDI-103 in het Statistical Bulletin 2008.

Gemiddeld is het aantal mannelijke opioidencliënten drie maal zo groot als het aantal vrouwelijke opioidencliënten. Dit verschil is nog groter in Zuid-Europese landen (Bulgarije, Griekenland, Spanje, Frankrijk, Italië, Cyprus, Malta, Portugal) ⁽¹¹⁹⁾.

Opioidengebruikers zijn vaker werkloos en hebben vaker een lager opleidingsniveau genoten dan andere cliënten (zie hoofdstuk 2) en in enkele landen worden vaker comorbide psychiatrische stoornissen waargenomen.

Ongeveer de helft van de opioidengebruikers die een behandeling aanvragen zegt voor zijn of haar twintigste jaar te zijn begonnen; bij ongeveer een derde is dat tussen het twintigste en vierentwintigste jaar; het eerste gebruik van opioiden na het vijfentwintigste jaar is ongebruikelijk ⁽¹²⁰⁾. Volgens de gegevens ligt er gemiddeld zeven tot negen jaar tussen het eerste gebruik van opioiden en het eerste contact met een drugsbehandeling. Bij mannen is die periode langer dan bij vrouwen ⁽¹²¹⁾.

Aanbod en bereik van behandelingen

De behandelingen voor opioidengebruikers vinden meestal plaats in extramurale settings, zoals gespecialiseerde centra, huisartspraktijken en laagdrempelige faciliteiten. In enkele landen spelen ook intramurale centra een belangrijke rol, met name in Bulgarije, Griekenland, Finland en Zweden ⁽¹²²⁾.

Drugsvrije en substitutiebehandelingen voor opioidengebruikers zijn beschikbaar in alle EU-lidstaten, Kroatië en Noorwegen. In Turkije wordt het gebruik van substitutiebehandelingen momenteel bestudeerd. In de meeste landen zijn substitutiebehandelingen breed beschikbaar, ofschoon Hongarije, Polen en Zweden in 2005 rapporteerden dat de behandelingen vaker drugsvrij waren.

Substitutiebehandelingen, die vaak gecombineerd worden met psychosociale zorg, worden meestal aangeboden in gespecialiseerde extramurale centra en in het kader van regelingen voor gedeelde zorg met huisartsenpraktijken. De beschikbare gegevens over het aantal cliënten dat een substitutiebehandeling volgt wijzen op een algehele toename in het afgelopen jaar, behalve in Frankrijk, Nederland, Malta en Luxemburg, waar de situatie stabiel was. Verhoudingsgewijs de grootste stijging wordt gemeld in Tsjechië (42 %). Stijgingen met meer dan 10 % worden ook gerapporteerd door Polen (26 %), Finland (25 %), Estland (20 %), Zweden (19 %), Noorwegen (15 %), Hongarije en Oostenrijk (11 %).

Uit een eenvoudige vergelijking van de schattingen van het aantal problematische opioidengebruikers en het gerapporteerde aantal behandelingen kan worden afgeleid dat mogelijk meer dan een derde van de problematische opioidengebruikers een substitutiebehandeling volgt. Daarbij moet echter in gedachten worden gehouden dat beide schattingen nog steeds onder een gebrek aan nauwkeurigheid lijden, waardoor enige terughoudendheid moet worden betracht bij het overnemen van deze berekening. Bovendien maken de brede betrouwbaarheidsintervallen bij de schattingen van problematisch opioidengebruik het moeilijk om vergelijkingen tussen landen te maken. Desondanks wijzen de beschikbare gegevens erop dat het percentage problematische opioidengebruikers dat een substitutiebehandeling volgt per land sterk kan verschillen, met schattingen van rond de 5 % in Slowakije, 20 tot 30 % in Finland, Griekenland en Noorwegen, 35 tot 45 % in

Uitbreiding van de farmaceutische opties

In Europa zijn de afgelopen tijd nieuwe farmaceutische opties voor de behandeling van opioidenverslaving ontwikkeld en beschikbaar gekomen. Het doel van deze nieuwe opties is onder andere om de effectiviteit van de behandeling te vergroten, te reageren op de behoeften van verschillende groepen opioidengebruikers en de mogelijkheden voor misbruik van substitutiedrugs te verkleinen.

In 2006 werd in de EU, als alternatief voor alleen buprenorfine en om de mogelijkheid en aantrekkelijkheid van injecterend gebruik te verminderen, een combinatie van buprenorfine en naloxon op de markt gebracht. In een aantal lidstaten wordt de waarde van deze stof als behandeloptie voor opioidenverslaving momenteel uitgetest ⁽¹⁾.

Medicinale heroïne (diamorfine) wordt als behandeloptie voor chronische, behandelingsresistente opioidengebruikers in beperkte mate voorgeschreven in Nederland (815 cliënten in 2006), het Verenigd Koninkrijk (400 cliënten) en Duitsland, waar de deelnemers aan de heroïneproef op grond van een speciale regeling diamorfine blijven ontvangen. Daarnaast wordt in het Verenigd Koninkrijk momenteel een gerandomiseerde proef met injecteerbare opioiden uitgevoerd, waarin de effectiviteit van injecteerbare diamorfine, injecteerbare methadon en orale methadon wordt beoordeeld. In februari 2008 is ook in Denemarken besloten om diamorfine te gaan voorschrijven.

⁽¹⁾ Technische informatie over de stof is beschikbaar op de website van het EMEA: <http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/suboxone/suboxone.htm>

⁽¹¹⁹⁾ Zie de tabellen TDI-5 en TDI-21 in het Statistical Bulletin 2008.

⁽¹²⁰⁾ Zie de tabellen TDI-11, TDI-107 en TDI-109 in het Statistical Bulletin 2008.

⁽¹²¹⁾ Zie tabel TDI-33 in het Statistical Bulletin 2008.

⁽¹²²⁾ Zie tabel TDI-24 in het Statistical Bulletin 2008.

Tsjechië, Malta en Italië en boven de 50% in het Verenigd Koninkrijk (Engeland), Duitsland en Kroatië ⁽¹²³⁾.

Hoewel orale methadon nog steeds de belangrijkste substitutiedrug is, wordt het gebruik van buprenorfine steeds gebruikelijker. Een van de redenen hiervoor is dat buprenorfine mogelijk gepaard gaat met een lager sterftecijfer bij misbruik (Connock et al., 2007). In Denemarken heeft de nationale gezondheidsraad er na een herziening van de richtsnoeren voor substitutiebehandelingen bij huisartsen op aangedrongen om in plaats van methadon voortaan buprenorfine voor te schrijven.

Effectiviteit, kwaliteit en normering van de behandeling

In overzichten van gerandomiseerde gecontroleerde proeven en observationeel onderzoek wordt geconcludeerd dat zowel onderhoudsbehandelingen met methadon als onderhoudsbehandelingen met buprenorfine effectief kunnen zijn bij de behandeling van opioïdenverslaving. In een recent Cochrane-overzicht werd echter geconcludeerd dat buprenorfine minder effectief is dan adequate doses methadon (Mattick et al., 2008). Daarnaast is uit een aantal studies gebleken dat onderhoudsbehandelingen met diamorfine effectief kunnen zijn bij personen die niet reageren op onderhoudsbehandelingen met methadon (Schulte et al., in druk). In algemene zin wordt bij substitutiebehandelingen een aantal positieve resultaten waargenomen, zoals: behandelaars houden hun cliënten beter vast, het illegaal opioïdengebruik en het injecterend drugsgebruik nemen af, de sterftecijfers en de prevalentie van crimineel gedrag worden teruggedrongen, en de gezondheid en de sociale omstandigheden van chronische heroïnegebruikers stabiliseren zich.

Studies naar de resultaten van behandelingen, zoals NTORS in het Verenigd Koninkrijk (Gossop et al., 2002) en DATOS in de Verenigde Staten (Hubbard et al., 2003), hebben aangetoond dat ook psychosociale en psychotherapeutische interventies in combinatie met farmacotherapie effectief kunnen zijn. Deze aanpak kan er toe leiden dat de motivatie om een behandeling te volgen groter wordt, een terugval wordt voorkomen en de schade wordt verminderd, maar ook wordt aan cliënten die voor een opioïdenverslaving worden behandeld en die problemen hebben met hun huisvesting, werk en/of familie advies en praktische steun gegeven. Het beschikbare bewijsmateriaal levert echter geen ondersteuning voor het gebruik van alleen psychosociale behandelingen (Mayet et al., 2006).

Een aantal landen heeft recentelijk gerapporteerd dat ze hun behandelrichtsnoeren hebben verbeterd. In Kroatië, Denemarken en Schotland zijn de substitutieprogramma's tegen het licht gehouden en zijn de richtsnoeren herzien om de kwaliteit van de behandelingen te verbeteren en misbruik via de zwarte markt te voorkomen. In het Verenigd Koninkrijk zijn de richtsnoeren voor de klinische behandeling van drugsverslaving geactualiseerd, en het National Institute for Clinical Excellence heeft specifieke richtsnoeren uitgevaardigd voor het voorschrijven van buprenorfine en methadon, evenals voor behandelingen met naltrexon, psychosociale behandelingen en detoxificatie. Ook Portugal heeft nieuwe richtsnoeren opgesteld om een tijdige toegang tot behandelingen te waarborgen.

Behandeling in gevangenissen

Onder beleidsmakers in de EU wordt in brede kring erkend dat de praktijk en de kwaliteit van de diensten die in de samenleving worden aangeboden en die van de diensten die in gevangenissen worden aangeboden geharmoniseerd moeten worden. In een rapport van de Europese Commissie (2007a) is gewezen op het gebrek aan diensten voor drugsgebruikers in gevangenissen en op het belang van interventies in deze setting. Voorbeelden van het beperkte aanbod van drugsdiensten in gevangenissen zijn: gebrekkige capaciteit en deskundigheid (Letland, Polen, Malta), een versplinterd zorgaanbod (Letland), de beperkte beschikbaarheid van interventies voor specifieke groepen, zoals jonge drugsgebruikende gedetineerden (Oostenrijk), en het ontbreken van een op volksgezondheidsbeleid gebaseerde preventiestrategie (Griekenland).

Een positievere constatering is dat steeds meer gevangenissen drugsprogramma's aanbieden en dat veel landen melding maken van nieuwe initiatieven. Zo is in Portugal het wettelijk kader voor een programma voor de omruil van injectiespuiten aangenomen, is in Litouwen een wet aangenomen die gevangenissen verplicht tot counseling voordat de gedetineerde wordt vrijgelaten, krijgen in Denemarken alle gedetineerden sinds januari 2007 een „behandelgarantie“, is in Tsjechië het aanbod van substitutiebehandelingen uitgebreid naar tien gevangenissen, en worden de behandelingsdiensten in gevangenissen in Ierland momenteel beoordeeld om ze naar hetzelfde niveau te tillen als de diensten die in de samenleving worden aangeboden.

Het aanbod van drugsbehandeldiensten in gevangenissen blijft laag in vergelijking met het aanbod in de samenleving, hoewel de prevalentie

⁽¹²³⁾ Zie figuur HSR-1 in het Statistical Bulletin 2008.

in gevangenissen over het algemeen hoger is. In veel landen heeft detoxificatie de voorkeur en soms is dat de enig beschikbare behandeloptie. Substitutiebehandelingen worden in de meeste landen in theorie aangeboden, maar uit de gegevens blijkt dat in de praktijk weinig drugsgebruikers zo'n behandeling ondergaan. Uitzonderingen zijn Spanje, waar in 2006 14% van alle veroordeelde gedetineerden (19 600) een substitutiebehandeling onderging, en het Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales), waar na de invoering van de nieuwe richtsnoeren in april 2007 het aantal gedetineerden dat methadon krijgt naar verwachting zal stijgen van 6 000 naar 12 000.

Met steun van de Wereldgezondheidsorganisatie en het UNODC zijn onlangs praktische richtsnoeren voor substitutiebehandelingen in penitentiaire settings

gepubliceerd (Kastelic et al., 2008), en enkele onderzoeken duiden erop dat substitutietherapie voor opioidengebruik in gevangenissen een positief effect heeft op risicogedrag en het sterftecijfer (Dolan et al., 2003). In een recent overzicht van onderzoeken naar substitutieprogramma's in gevangenissen wordt geconcludeerd dat de positieve effecten met name zichtbaar zijn wanneer er voldoende hoge doses worden verstrekt en de behandeling gedurende de gehele detentieperiode wordt volgehouden (Stallwitz en Stöver, 2007). Andere belangrijke elementen van deze diensten zijn een zorgvuldige ontslagplanning en koppeling met zorg in de samenleving. Op die manier moet worden gewaarborgd dat de gezondheidswinst die in de detentieperiode wordt gerealiseerd daarna niet weer verloren gaat ⁽¹²⁴⁾.

⁽¹²⁴⁾ Zie „Verhoogd risico op door drugs geïnduceerde sterfte na afloop van de gevangenisstraf of behandeling”, blz. 97.

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). Bij de interpretatie van de gegevens is de nodige voorzichtigheid geboden, gezien de methodologische beperkingen van de diverse gegevenssystemen ⁽¹²⁵⁾.

Hiv en aids

Tegen het eind van 2006 leek de incidentie van gediagnosticeerde hiv-infecties onder injecterende drugsgebruikers in de meeste landen van de Europese Unie laag te zijn, en in een mondiale context ziet de algemene situatie in de EU er relatief positief uit. Dit is mogelijk ten minste gedeeltelijk het gevolg van een groter aanbod van 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 2006 in sommige delen van Europa nog steeds op een relatief hoog niveau ligt, wat een bevestiging is van de noodzaak om het bereik en de effectiviteit van plaatselijke preventiepraktijken te vergroten.

Trends in hiv-infecties

Gegevens over nieuw gediagnosticeerde, aan injecterend drugsgebruik gerelateerde gevallen in 2006 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 ⁽¹²⁶⁾. In 2006 was het algehele cijfer voor nieuw gediagnosticeerde infecties onder injecterende drugsgebruikers 5,0 gevallen per miljoen personen, waar dat in 2005 nog 5,6 was ⁽¹²⁷⁾. Van de drie landen die het hoogste aantal nieuw gediagnosticeerde infecties melden (Estland, Letland en Portugal), rapporteerde Portugal in 2005/2006 nog steeds een neerwaartse trend, terwijl de trend in Estland en Letland is afgevlakt en nu op het niveau van respectievelijk 142,0 en 47,1 nieuw gediagnosticeerde gevallen per miljoen inwoners ligt. Tussen 2001 en 2006 is er in geen enkel land een grote stijging van het aantal hiv-infecties onder de bevolking waargenomen. Waar een lichte stijging werdesignaleerd (zoals in Bulgarije en Ierland), was deze stijging lager dan één extra geval per miljoen inwoners per jaar.

Een blik op de absolute cijfers laat zien welke landen het meest bijdragen aan het totaal voor de EU. In 2006 werden de hoogste aantallen nieuw gediagnosticeerde infecties onder injecterende drugsgebruikers gerapporteerd door de landen met de hoogste infectiecijfers (Portugal: 703 nieuwe diagnoses, Estland 191, Letland 108) ⁽¹²⁸⁾ en de landen met grote populaties (Verenigd Koninkrijk 187, Duitsland 168, Frankrijk 167, Polen 112) (figuur 10). Tegen de achtergrond van neerwaartse trends worden de grootste stijgingen in absolute cijfers sinds 2001 waargenomen in het Verenigd Koninkrijk, met ongeveer dertien extra gevallen per jaar, en in Duitsland, met ongeveer tien extra gevallen, hoewel deze niet gelijkmatig zijn verspreid over de jaren. In Bulgarije is de langzame toename recentelijk veranderd in een snellere, met in de periode 2001-2006 0, 2, 0,

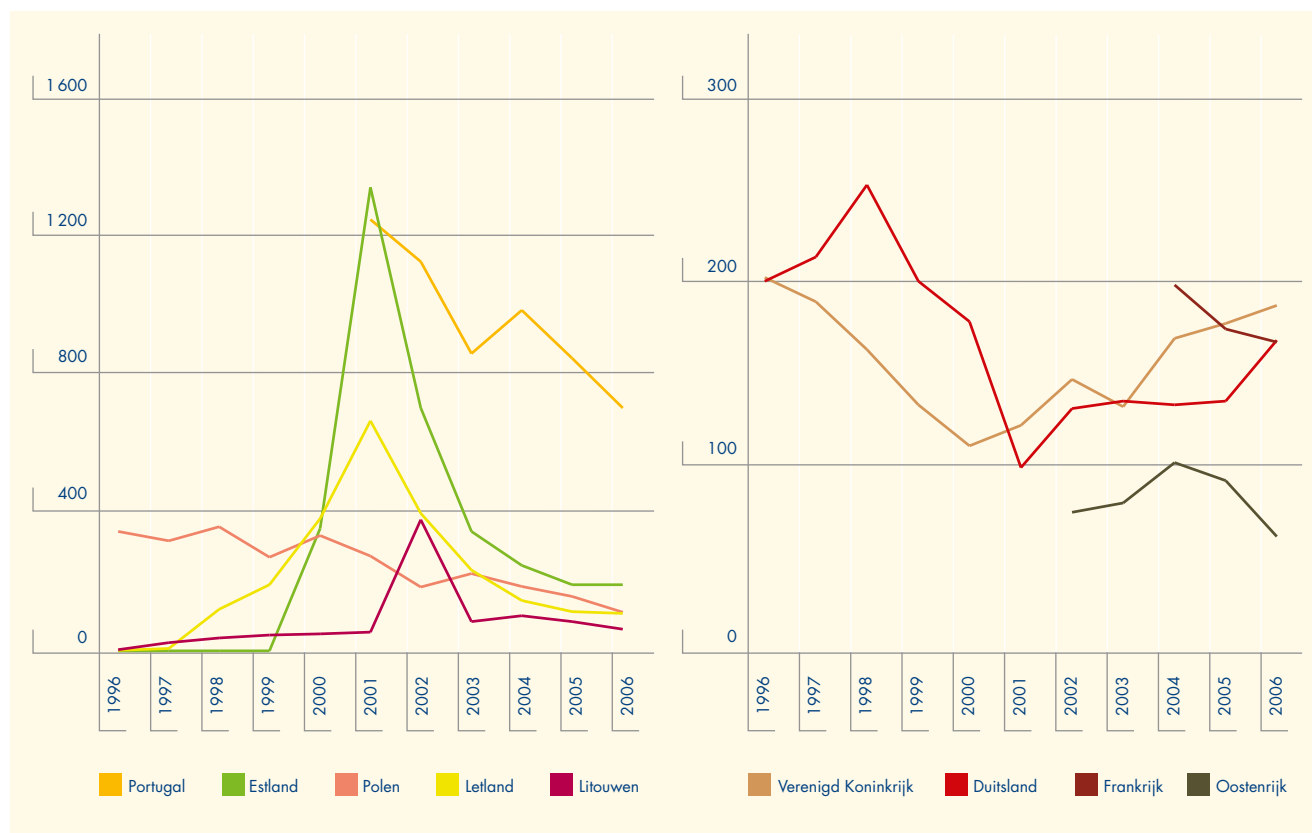
⁽¹²⁵⁾ Voor gedetailleerde informatie over methoden en definities, zie het Statistical Bulletin 2008.

⁽¹²⁶⁾ Zie tabel INF-104 in het Statistical Bulletin 2008.

⁽¹²⁷⁾ Van Spanje en Italië zijn geen landelijke gegevens beschikbaar. Gecorrigeerd voor deze twee landen zou het cijfer uitkomen op 5,9 per miljoen, vergeleken met 6,4 per miljoen in 2005.

⁽¹²⁸⁾ In Portugal rapporteert EuroHIV voor 2006 703 gevallen, terwijl het Portugese Epidemiologisch Centrum voor toezicht op overdraagbare ziekten (CVEDT) 432 gevallen rapporteert; het verschil is te wijten aan de wijze van classificeren: per verslagjaar (EuroHIV) of per diagnosejaar (CVEDT).

Figuur 10: Absolute aantallen nieuw gediagnosticeerde hiv-infecties onder injecterende drugsgebruikers per verslagjaar: landen met een piekniveau van hoger dan 300 (links) en een piekniveau tussen 100 en 300 (rechts)



NB: Er zijn geen nationale gegevens beschikbaar voor Spanje en Italië: waar beschikbaar zijn gegevens voor regio's gebruikt. Voor beide landen kwamen de partiële aantallen uit op in totaal 100 nieuwe gevallen in 2005 en was de trend neerwaarts. Voor meer informatie, zie tabel INF-104 in het Statistical Bulletin 2008.

Bron: EuroHIV.

7, 13 en 34 nieuwe gevallen per jaar, wat wijst op de mogelijkheid van een uitbraak.

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, omdat ze ook informatie over niet-gediagnosticeerde infecties opleveren. Over de periode 2002-2006 zijn prevalentiegegevens van 25 landen beschikbaar ⁽¹²⁹⁾. In vijftien landen bleef de hiv-prevalentie in deze periode onveranderd. In vijf landen (Bulgarije, Duitsland, Spanje, Italië en Letland) 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 acht van de 21 regio's en in één stad. Tot slot wordt in vijf landen geen melding gemaakt van landelijke trends of zijn deze stabiel, terwijl in ten minste één subnationale steekproef een opwaartse trend werd gesignaleerd. De prevalentie blijft echter in de meeste gevallen op een laag niveau liggen (België,

Tsjechië, Litouwen, het Verenigd Koninkrijk en mogelijk Slovenië).

Uit een vergelijking van trends in nieuw gediagnosticeerde, aan injecterend drugsgebruik gerelateerde infecties met trends in de hiv-prevalentie onder injecterende drugsgebruikers kan worden geconcludeerd dat de incidentie van aan injecterend drugsgebruik gerelateerde hiv-infecties in de meeste landen op nationaal niveau afneemt. De interpretatie van de gegevens is problematischer waar deze gegevensbronnen gedeeltelijk met elkaar in strijd zijn, zoals het geval is in bijvoorbeeld Bulgarije, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk; al is in deze landen zowel de incidentie van nieuwe diagnosen als het stijgingspercentage laag (behalve in Bulgarije in de periode 2004-2006).

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 op een hoog niveau ligt. In het geval van Estland wordt dit

⁽¹²⁹⁾ Zie tabel INF-108 in het Statistical Bulletin 2008.

„Hotspots” van hiv/aids

Uit de meest recente gegevens blijkt dat de incidentie van hiv-infecties onder injecterende drugsgebruikers in de Europese Unie als geheel laag is. Waakzaamheid is echter geboden, omdat in enkele lidstaten het aantal nieuwe hiv-infecties dat verband houdt met injecterend drugsgebruik hoog blijft, en in enkele naburige landen is de situatie nog zorgwekkender.

Na een recente hiv-epidemie in Estland en Letland zijn de aantallen nieuw gediagnosticeerde infecties onder injecterende drugsgebruikers sinds 2001 gedaald en hebben deze zich gestabiliseerd op niveaus die echter nog steeds hoog zijn (142,0 en 47,1 nieuwe gevallen per miljoen inwoners in 2006, respectievelijk), wat erop duidt dat het aantal overdrachten ook hoog blijft. Portugal heeft van alle EU-lidstaten nog steeds het hoogste aantal nieuw gediagnosticeerde infecties (zie blz. 85) en hoewel de trend neerwaarts is, is het cijfer voor het aantal nieuw gediagnosticeerde infecties met 66,5 nieuwe gevallen per miljoen inwoners nog steeds hoog.

In naburige landen in Oost-Europa is de situatie zeer zorgwekkend. In de twee grootste landen, Rusland en Oekraïne, is het aantal nieuw gediagnosticeerde gevallen nog steeds hoog en stijgende. In 2006 bedroeg het aantal nieuw gediagnosticeerde infecties naar schatting 11 000 in Rusland en 7 000 in Oekraïne (respectievelijk 78,6 en 152,9 nieuwe gevallen per miljoen inwoners).

De hoge overdrachtscijfers onder injecterende gebruikers wijzen op de noodzaak om de beschikbaarheid, het niveau en het bereik van de huidige dienstverlening te verbeteren, waarbij specifieke maatregelen moeten worden genomen om de verspreiding van infectieziekten tegen te gaan, zoals naaldomruilprogramma's en substitutiebehandelingen. Daarnaast zijn gerichte studies onder injecterende drugsgebruikers nodig om te onderzoeken waarom bepaalde populaties kwetsbaarder zijn dan andere, welke factoren een rol spelen bij risicogedrag en het belemmeren van zelfbescherming, en met welke veelbelovende maatregelen nieuwe uitbraken kunnen worden voorkomen.

ondersteund door prevalentiegegevens uit 2005, waaruit blijkt 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 jonger dan 25 jaar) in diverse landen: Spanje (landelijke gegevens, 2005), Portugal (landelijke gegevens, 2006), Estland (twee regio's, 2005), Letland (landelijk en in twee

steden, 2002/2003), Litouwen (één stad, 2006) en Polen (één stad, 2005) ⁽¹³⁰⁾.

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. Deze informatie vormt echter geen goede indicator van de overdracht van hiv. Gegevens over de incidentie van aids kunnen ook informatie opleveren over het bereik en de doelmatigheid van zeer actieve antiretrovirale behandelingen (HAART). 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 niet in een voldoende vroege fase van de infectie krijgen om maximaal profijt te kunnen trekken uit de behandeling.

Portugal blijft het land met de hoogste aan injecterend drugsgebruik gerelateerde aids-incidentie, met naar schatting 22,4 nieuwe gevallen per miljoen inwoners in 2006, al is de trend inmiddels duidelijk neerwaarts, gelet op de 29,9 nieuwe gevallen per miljoen inwoners in 2005. Relatief hoge aids-incidenties worden ook gemeld in Estland, Spanje en Letland, met respectievelijk 17,1, 15,1 en 13,5 nieuwe gevallen per miljoen inwoners. De trend is daarbij neerwaarts in Spanje en Letland, maar dat geldt niet voor Estland, waar de meest recente gegevens een stijging laten zien van 11,9 nieuwe gevallen per miljoen inwoners in 2005 naar 17,1 in 2006. Een stijging is ook vastgesteld in Litouwen, van 2,0 nieuwe gevallen per miljoen inwoners in 2005 naar 5,0 in 2006 ⁽¹³¹⁾.

Hepatitis B en C

Waar 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 van infecties die worden veroorzaakt door het hepatitis C-virus (hcv), in heel Europa hoger. De aanwezigheid van antistoffen tegen hcv, als gemeten in nationale steekproeven onder injecterende drugsgebruikers, liep in 2005-2006 uiteen van rond de 15% tot 90%, waarbij de meeste landen waarden van boven de 40% melden. Slechts enkele landen (Bulgarije, Tsjechië, Finland) rapporteren dat bij nationale steekproeven onder injecterende drugsgebruikers een prevalentie van minder dan 25% is geconstateerd; deze infectieniveaus vormen echter nog steeds een belangrijk volksgezondheidsprobleem ⁽¹³²⁾.

⁽¹³⁰⁾ Zie de tabellen INF-109 en INF-110 in het Statistical Bulletin 2008.

⁽¹³¹⁾ Zie figuur INF-1 in het Statistical Bulletin 2008.

⁽¹³²⁾ Zie de tabellen INF-111 tot INF-113 in het Statistical Bulletin 2008.

Toegang tot hiv-tests en -behandeling

Van alle personen in Europa die geïnfecteerd zijn met hiv is mogelijk een derde zich daar niet van bewust (ECDC, 2007), en uit berichten uit enkele lidstaten valt af te leiden dat dit cijfer onder injecterende drugsgebruikers nog hoger is.

Als gevolg hiervan ontvangen veel nieuw geïnfecteerden niet al in een vroege fase van de ziekte de behandeling en zorg die ze nodig hebben en kunnen ze bijdragen aan de verdere verspreiding van het virus doordat ze onbewust anderen aan het risico van infectie blootstellen. Bovendien wordt de kwaliteit van de gegevens die door hiv-volgsystemen worden verzameld hierdoor negatief beïnvloed.

Voorlopige gegevens wijzen erop dat de toegang tot antiretrovirale behandeling en zorg voor injecterende drugsgebruikers disproportioneel laag is (Donoghoe et al., 2007). Voor een effectieve antivirale behandeling moet rekening worden gehouden met de specifieke situatie en behoeften van injecterende drugsgebruikers. Daarbij kan het gaan om gecombineerde gezondheids- en sociale problemen (bijvoorbeeld om daklozen die niet verzekerd zijn), maar ook om stigmatisering en discriminatie in zorgcentra of herhaalde arrestaties en opsluiting.

Om de toegang tot hiv-tests en -behandelingen te verbeteren heeft het EWDD specifieke richtsnoeren ontwikkeld voor het aanbieden van jaarlijkse vrijwillige medische controles aan injecterende drugsgebruikers, waarbij ook wordt getest op hiv en virale hepatitis (!).

(!) <http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/pdu/2008/medical-examination>

Binnen afzonderlijke landen kan de prevalentie van hcv aanmerkelijk uiteenlopen. Dit kan zowel een afspiegeling van regionale verschillen zijn als van de kenmerken van de onderzochte populatie. Zo komen uit lokale studies in het Verenigd Koninkrijk niveaus van tussen de 29 en 59% naar voren, terwijl verschillende regionale schattingen in Italië uitkomen op niveaus van 40 tot 96%. Schattingen die resulteren uit niet-aselecte steekproeven dienen weliswaar altijd met de nodige terughoudendheid te worden gebruikt, maar de waargenomen variaties in de prevalentieniveaus hebben waarschijnlijk belangrijke implicaties voor het aanbod van preventie- en behandelprogramma's, met name voor de selectie van de te bereiken doelgroepen. Bovendien zal een beter begrip van de factoren die verantwoordelijk zijn voor de verschillen in de infectieniveaus waarschijnlijk tot de ontwikkeling van beter onderbouwde interventiestrategieën leiden.

Uit studies onder jonge (jonger dan 25) en nieuwe (minder dan twee jaar injecterend drugsgebruik) injecterende drugsgebruikers komt naar voren dat het tijdsbestek om hcv-infectie te voorkomen tamelijk kort is, omdat veel injecterende drugsgebruikers het virus vroeg in hun „loopbaan” oplopen. In recente studies (2005-2006) worden over het algemeen niveaus van tussen de 20 en 50% vastgesteld, zij het met grote verschillen tussen de steekproeven.

De prevalentie van antistoffen tegen het hepatitis B-virus (hcv) loopt nog sterker uiteen 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 antigen (anti-hbc), waarvan de aanwezigheid wijst op een infectieverleden. In 2005-2006 maakten zes van de elf landen die gegevens over injecterende drugsgebruikers hebben verstrekt melding van prevalentieniveaus voor anti-hbc van hoger dan 40% ⁽¹³³⁾.

Qua trendmatige ontwikkeling van de gemelde gevallen van hepatitis B en C zijn de beelden verschillend. Bij hepatitis B is het aandeel injecterende drugsgebruikers in alle gemelde gevallen over het algemeen gedaald, mogelijk ten gevolge van de toenemende effecten van op injecterende drugsgebruikers gerichte vaccinatieprogramma's. Bij hepatitis C is het aandeel injecterende drugsgebruikers in de gemelde gevallen in vijf landen gedaald, maar in vijf andere landen (Tsjechië, Luxemburg, Malta, Zweden, het Verenigd Koninkrijk) juist gestegen ⁽¹³⁴⁾. Bij zowel hepatitis B als hepatitis C bleef het aandeel injecterende drugsgebruikers in het totale aantal gemelde gevallen in 2006 van land tot land sterk variëren, wat wijst op geografische verschillen in de epidemiologie van deze infecties, al kan niet worden uitgesloten dat verschillende test- en rapportagepraktijken het beeld enigszins vertekenen.

Preventie van infectieziekten

De EU-lidstaten passen een combinatie van enkele van de volgende maatregelen toe om de verspreiding en de gevolgen van infectieziekten onder drugsgebruikers terug te dringen: drugsbehandelingen, waaronder substitutiebehandelingen (zie hoofdstuk 6), gezondheidsvoorlichting en counseling, distributie van steriele injectienaalden en educatie op het gebied van veiligere seks en veiliger gebruik. De beschikbaarheid en het bereik van deze maatregelen variëren sterk per land.

⁽¹³³⁾ Zie tabel INF-115 in het Statistical Bulletin 2008.

⁽¹³⁴⁾ Zie de tabellen INF-105 en INF-106 in het Statistical Bulletin 2008.

Omruil- en distributieprogramma's voor naalden en spuiten en substitutiebehandelingen voor opioïdengebruikers zijn beschikbaar in alle EU-lidstaten en Kroatië en Noorwegen, zij het dat de settings waarin deze worden aangeboden en de doelgroepen aanzienlijk van elkaar kunnen verschillen. Het aanbod van substitutiebehandelingen en schadebeperkende diensten is in de afgelopen tien jaar in Europa sterk verbeterd. In enkele landen is dit aanbod echter nog steeds beperkt en overtreft de behoefte, in algemene termen gesproken, nog altijd het aanbod.

In een recente cohortstudie die is uitgevoerd in Amsterdam is gewezen op de voordelen van het gecombineerde aanbod van onderhoudsbehandelingen met methadon en naaldomruilprogramma's, omdat deelname aan beide programma's, vergeleken met deelname aan één programma, geassocieerd werd met een lagere incidentie van hcv- en hiv-infecties onder injecterende drugsgebruikers (Van den Berg et al., 2007).

Het bereik van de omruil- en distributieprogramma's voor naalden en spuiten is moeilijk te beoordelen, en maar weinig landen overleggen relevante cijfers. Zo maakt Tsjechië melding van een netwerk van negentig laagdrempelige faciliteiten die ongeveer 25 000 drugsgebruikers per jaar bereiken (waarvan 70% injecterende gebruikers) en gemiddeld 210 spuiten per injecterende drugsgebruiker verstrekken.

In enkele landen wordt een toename gemeld van het aantal spuiten dat in het kader van omruil- en distributieprogramma's wordt verstrekt: in Estland is het geschatte aantal spuiten dat per injecterende drugsgebruiker wordt verstrekt tussen 2005 en 2006 verdubbeld tot 112, in dezelfde periode is in Hongarije het aantal in de omruilprogramma's verstrekte spuiten gestegen met 56% en het aantal cliënten met 84%, en Finland blijft een stijging van het aantal cliënten van gezondheids- en counselingcentra en het aantal gedistribueerde spuiten rapporteren. Niet alle landen hebben echter stijgingen gemeld: in Malta en Slowakije bleef de verstrekking van spuiten in 2006 gelijk, Polen maakt melding van een afname van het aantal functionerende centra en een daling van het aantal ingeruilde spuiten met 15%, en Roemenië meldt een daling met 70% van het aantal ingeruilde spuiten in Boekarest, waarbij financiële problemen als de belangrijkste oorzaak worden aangemerkt.

In een aantal landen kan de stabilisatie of daling van het aantal omgewisselde spuiten een afspiegeling zijn van gewijzigde patronen in het injecterend drugsgebruik en

Hepatitis B-vaccinatie onder drugsgebruikers

De overdracht van het hepatitis B-virus (hbv) onder injecterende drugsgebruikers zet zich in Europa voort. Het aantal actieve hbv-infecties (prevalentie van HBsAg) onder deze populatie blijft in de meeste landen hoog in vergelijking met het aantal infecties onder de algemene bevolking (¹). Vaccinatie wordt beschouwd als de meest effectieve preventiemaatregel tegen hbv-infecties en de gevolgen daarvan. In overeenstemming met de aanbevelingen die de WHO in 1991 heeft opgesteld zijn de meeste, maar niet alle, EU-lidstaten overgegaan tot universele vaccinaties tegen dit virus. Het vaccineren van kinderen zal echter vooral effect hebben op toekomstige generaties drugsgebruikers. Om de verspreiding van de infectie sneller terug te dringen heeft meer dan de helft van de EU-lidstaten specifiek op injecterende drugsgebruikers en/of gedetineerden gerichte vaccinatieprogramma's ontwikkeld. Het bereik van deze programma's verschilt echter per land en een derde van de EU-lidstaten heeft nog geen speciaal vaccinatieprogramma voor drugsgebruikers.

Bij vaccinatieprogramma's voor drugsgebruikers speelt vaak het probleem dat veel drugsgebruikers hun vaccinatieprogramma niet afmaken. Gezien de beschikbaarheid van veilige en effectieve vaccinaties moeten strategieën om hogere immunisatieniveaus onder risicogroepen te bereiken uitgaan van een flexibele aanpak, waarbij drugsgebruikers al vroeg na het eerste gebruik worden benaderd en gemeenschappen met een hogere prevalentie van drugsgebruik bij de programma's worden betrokken. Herhaling van het aanbod om te vaccineren en extra doses voor degenen met een verlaagde immuniteit kunnen ook bijdragen aan het bereiken van hogere immunisatieresultaten. Om de prevalentie van chronische hbv-infecties en de gevolgen daarvan te verminderen, moeten de EU-lidstaten wellicht hun beleid herzien en beter afstellen.

(¹) Zie de tabellen INF-106 en INF-114 in het Statistical Bulletin 2008.

wijzigingen in de beschikbaarheid van behandelingen: in Luxemburg stabiliseerde zich het aantal door laagdrempelige centra gedistribueerde spuiten in 2005, na een aantal jaren te zijn gestegen, en daalde dit aantal in 2006; dalingen van het aantal verstrekte spuiten zijn ook gemeld in Portugal en België (in de Vlaamse gemeenschap) en op lokaal niveau in Duitsland en Nederland.

Naaldomruilprogramma's en laagdrempelige diensten kunnen ook een kanaal bieden voor zorg aan drugsgebruikers die moeilijk toegang hebben tot generieke diensten. Daarbij kan het zowel om primaire gezondheidszorg gaan als om maatregelen ter bevordering van de seksuele gezondheid, zoals het

uitdelen van condooms en glijmiddelen en het geven van voorlichting over veiligere seks. Ook worden in een meerderheid van de landen diensten voor de preventie van infectieziekten aangeboden, zowel in laagdrempelige faciliteiten als door het inzetten van straathoekteams, hoewel de diensten op dit terrein nog in ontwikkeling zijn. Zo wordt er momenteel in Estland, Letland en Litouwen gewerkt aan een transnationaal, laagdrempelig preventienetwerk dat gemeenschappelijke standaarden en epidemiologische monitoringprotocols zal hanteren.

Medische diensten worden aangeboden in laagdrempelige klinieken en mobiele diensten of via doorverwijzingsregelingen. Het laagdrempelige netwerk van Tsjechië werkt bijvoorbeeld nauw samen met regionale gezondheidscentra om de toegang tot counseling, tests en behandelingen voor somatische comorbiditeit, en met name virale hepatitis, te vergemakkelijken. In Bulgarije werden in 2006 in een mobiele spreekkamer in Bourgas, aan de Zwarte Zee, 750 consulten gehouden. Enkele Deense gemeenten ontvingen overheidssteun voor gezondheidsprogramma's die op de meest kwetsbare groepen drugsgebruikers waren gericht. Daarnaast werd in 2008 de „gezondheidskamer“ opgericht, een driejarig proefproject in Kopenhagen waarin gezondheidszorg en sociale counseling worden gecombineerd met een laagdrempelige aanpak.

Preventie van virale hepatitis

Diverse landen maakten in 2006 melding van initiatieven om de verspreiding van virale hepatitis te voorkomen. Zo werd in Luxemburg op basis van de resultaten van actieonderzoek de counseling aan jonge en nieuwe drugsgebruikers inzake veilig gebruik versterkt, evenals de verstrekking van gratis injectietoebehoren voor injecterende drugsgebruikers. In Denemarken worden sinds 2006 gratis vaccinaties tegen hepatitis A en B aangeboden aan drugsgebruikers en hun partners en moeten gemeenten een alomvattende dienstverlening op het gebied van infectieziekten aan injecterende drugsgebruikers aanbieden. Tot slot heeft in Ierland een hcv-werkgroep in 2007 de opdracht gekregen om een nationale strategie voor toezicht, educatie en behandeling te ontwikkelen.

Gevangenissen zijn een belangrijke setting voor interventies gericht op aan drugsgebruik gerelateerde infectieziekten en voor het aanbieden van gezondheidsdiensten aan een populatie die op andere manieren moeilijk te bereiken is (zie hoofdstuk 2). Uit recent onderzoek is naar voren gekomen dat het belangrijk is om iedereen die ooit illegale drugs heeft gebruikt te testen op virale infecties, en dat

het testen op chronische hepatitis C bij aankomst in de gevangenis een kosteneffectieve maatregel is (Sutton et al., 2006). Behalve dat geïnfecteerden zo de noodzakelijke behandeling en zorg krijgen, kunnen drugsgebruikers in de gevangenis op deze manier profiteren van een heel scala aan interventies, zoals gezondheidseducatie en vaccinaties tegen hepatitis B ⁽¹³⁵⁾.

Sterfte en sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik

Drugsgebruik is in Europa een van de belangrijkste oorzaken van gezondheidsproblemen en sterfte onder jonge mensen. Het hoge sterftecijfer als gevolg van vooral opioïdengebruik wordt geïllustreerd door een door het EWDD ondersteunde internationale studie, waaruit bleek dat in zeven stedelijke gebieden in Europa 10 tot 23 % van de sterfgevallen in de leeftijdscategorie tussen 15 en 49 jaar kon worden toegeschreven aan het gebruik van opioïden (Bargagli et al., 2005).

Met behulp van de kernindicator „Sterfte ten gevolge van drugsgebruik en sterftecijfers voor drugsgebruikers“ monitort het EWDD voornamelijk sterftegevallen die rechtstreeks het gevolg zijn van drugsgebruik (door drugs geïnduceerde sterfgevallen) en, in mindere mate, de algehele sterfte onder drugsgebruikers, met inbegrip van sterfgevallen die in verband worden gebracht met een aantal andere gezondheids- en sociale problemen.

Door drugs geïnduceerde sterfgevallen

De definitie van door drugs geïnduceerde sterfgevallen ⁽¹³⁶⁾ van het EWDD verwijst naar sterfgevallen die direct veroorzaakt zijn (door vergiftiging of overdoses) door de consumptie van een of meer drugs, waarbij ten minste een van de gebruikte stoffen een illegale drug is. Het aantal drugsgebruikers, de gebruikspatronen (injectie, polydrugsgebruik) en de beschikbaarheid van behandelingen en nooddiensten zijn allemaal factoren die van invloed kunnen zijn op het totale aantal sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik in een gemeenschap. Bij door drugs geïnduceerde sterfgevallen treedt de dood over het algemeen in kort na de consumptie van de gebruikte stof(fen).

Omdat de kwaliteit en betrouwbaarheid van de Europese gegevens in de afgelopen jaren is verbeterd, kunnen Europese en nationale trends nu nauwkeuriger worden beschreven, en de meeste landen hebben inmiddels een gevaldefinitie aangenomen die in overeenstemming is met die van het EWDD ⁽¹³⁷⁾. Desondanks verschilt de kwaliteit

⁽¹³⁵⁾ Zie de DUP-tabellen in het Statistical Bulletin 2008.

⁽¹³⁶⁾ De term „door drugs geïnduceerde sterfgevallen“ is inmiddels als de te gebruiken term gekozen, omdat deze de gebruikte gevaldefinitie accurater weergeeft.

⁽¹³⁷⁾ Voor gedetailleerde methodologische informatie over drugsgelateerde sterfgevallen, zie het Statistical Bulletin 2008.

Drugserelateerde sterfte: een complex begrip

Het wetenschappelijk debat en het debat over het te voeren beleid inzake drugserelateerde sterfte worden gehinderd door het feit dat op dit gebied verschillende begrippen en definities worden gehanteerd. Wanneer zeer brede en inclusieve begrippen worden gebruikt, kan het zijn dat de gegevens van weinig waarde zijn om de onderliggende factoren van drugserelateerde sterfte te begrijpen. Wanneer bijvoorbeeld alle sterfgevallen met een positief toxicologisch resultaat bij elkaar gevoegd worden, zal deze groep zowel gevallen omvatten waarbij drugs een directe causale rol hebben gespeeld als gevallen waarbij die rol indirect is of in het geheel niet bestaat.

Een ander belangrijk punt is of er alleen naar illegale drugs wordt gezocht of ook naar andere psychoactieve stoffen en medicijnen. In dat laatste geval kan het lastig zijn om onderscheid te maken tussen sterfgevallen die primair aan geestelijke gezondheidsproblemen zijn gerelateerd (zoals zelfmoord tijdens een depressie) en gevallen die door het gebruik van bepaalde stoffen zijn veroorzaakt. Bovendien zijn veel door drugs geïnduceerde sterfgevallen in feite door polydrugsgebruik geïnduceerde sterfgevallen, en het vaststellen van de rol die elk van de gebruikte drugs daarbij heeft gespeeld kan moeilijk zijn.

Begripsmatig omvat drugserelateerde sterfte twee brede componenten. De eerste daarvan, en de best gedocumenteerde, heeft betrekking op sterfgevallen die rechtstreeks zijn veroorzaakt door de werking van een of meer drugs. Deze sterfgevallen krijgen meestal een etiket als „overdosis“, „vergiftiging“ of „door drugs geïnduceerd sterfgeval“ opgeplakt. De tweede component is breder en betreft sterfgevallen die niet rechtstreeks aan de farmacologische werking van de drugs zijn toe te schrijven, maar wel verband houden met het gebruik van deze drugs. Het gaat dan bijvoorbeeld om langetermijneffecten van infectieziekten of interactie met geestelijke gezondheidsproblemen (bijvoorbeeld zelfmoord) of met andere omstandigheden (zoals verkeersongelukken). Ook zijn er sterfgevallen die wel verband houden met drugs, maar die veroorzaakt zijn door andere omstandigheden (zoals geweld in verband met drugshandel).

De huidige aanpak van het EWDD met betrekking tot cijfers over drugserelateerde sterfte is gebaseerd op schattingen van de sterftetijfers in cohorten problematische drugsgebruikers. Andere methoden, waarbij gegevens uit verschillende bronnen worden gecombineerd om de totale aan drugs toe te schrijven sterfte in een gemeenschap te schatten, worden onderzocht (zie „Totale aan drugs relateerde sterfte“, blz. 94).

van de rapportages nog dusdanig dat terughoudendheid is geboden bij het maken van directe vergelijkingen.

In de periode 1990-2005 werden door de EU-lidstaten jaarlijks tussen de 6 500 en 8 500 door drugs

geïnduceerde sterfgevallen gerapporteerd, wat bij elkaar opgeteld neerkomt op meer dan 130 000 sterfgevallen. Deze cijfers moeten worden beschouwd als een minimale schatting ⁽¹³⁸⁾.

Bevolkingssterftetijfers in verband met door drugs geïnduceerde sterfgevallen lopen in de verschillende landen sterk uiteen, van 3-5 tot meer dan 70 sterfgevallen per miljoen inwoners in de leeftijd tussen de 15 en 64 jaar (gemiddeld 21 sterfgevallen per miljoen). Zestien Europese landen kennen meer dan 20 sterfgevallen per miljoen inwoners en vijf meer dan 40 per miljoen. Onder mannen van 15-39 jaar zijn de sterftetijfers gemiddeld en in de meeste landen tweemaal zo hoog (gemiddeld 44 sterfgevallen per miljoen in Europa). In 2005-2006 maakten sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik 3,5 % van alle sterfgevallen onder Europeanen van 15-39 jaar uit, en in acht landen meer dan 7 % ⁽¹³⁹⁾ (figuur 11).

Er wordt nog maar beperkt onderzoek gedaan naar de morbiditeit en andere gevolgen van niet-fatale doses en er wordt ook maar beperkt geïnvesteerd in preventiemaatregelen, ondanks de aanwezigheid van bewijs dat het mogelijk om grote aantallen gaat. In enkele studies wordt geschat dat er sprake kan zijn van tussen de 20 en 25 niet-fatale overdoses voor elke fatale. Hoewel moeilijk te bepalen is of deze schattingen van toepassing zijn op de Europese Unie als geheel, zou dit een ruwe schatting opleveren van 120 000 tot 175 000 niet-fatale overdoses per jaar.

Aan opioïden gerelateerde sterfgevallen

Heroïne

Een overdosis opioïden is in Europa een van de belangrijkste doodsoorzaken onder jonge mensen, met name onder mannen in stedelijke gebieden ⁽¹⁴⁰⁾. Opioïden, voornamelijk heroïne en zijn metabolieten, spelen een rol bij de meeste door drugs geïnduceerde sterfgevallen die in de EU worden gerapporteerd, te weten bij 55 tot bijna 100 % van alle gevallen, waarbij meer dan de helft van de landen percentages van boven de 80 meldt ⁽¹⁴¹⁾. In de toxicologische rapporten over sterfgevallen die worden toegeschreven aan heroïne worden vaak ook andere stoffen genoemd die mogelijk een rol hebben gespeeld. De stoffen die het vaakst worden genoemd zijn alcohol, benzodiazepinen, andere opioïden en in sommige landen cocaïne. In een recente studie door het EWDD, waaraan negen landen hebben deelgenomen, bleek dat in de toxicologische resultaten

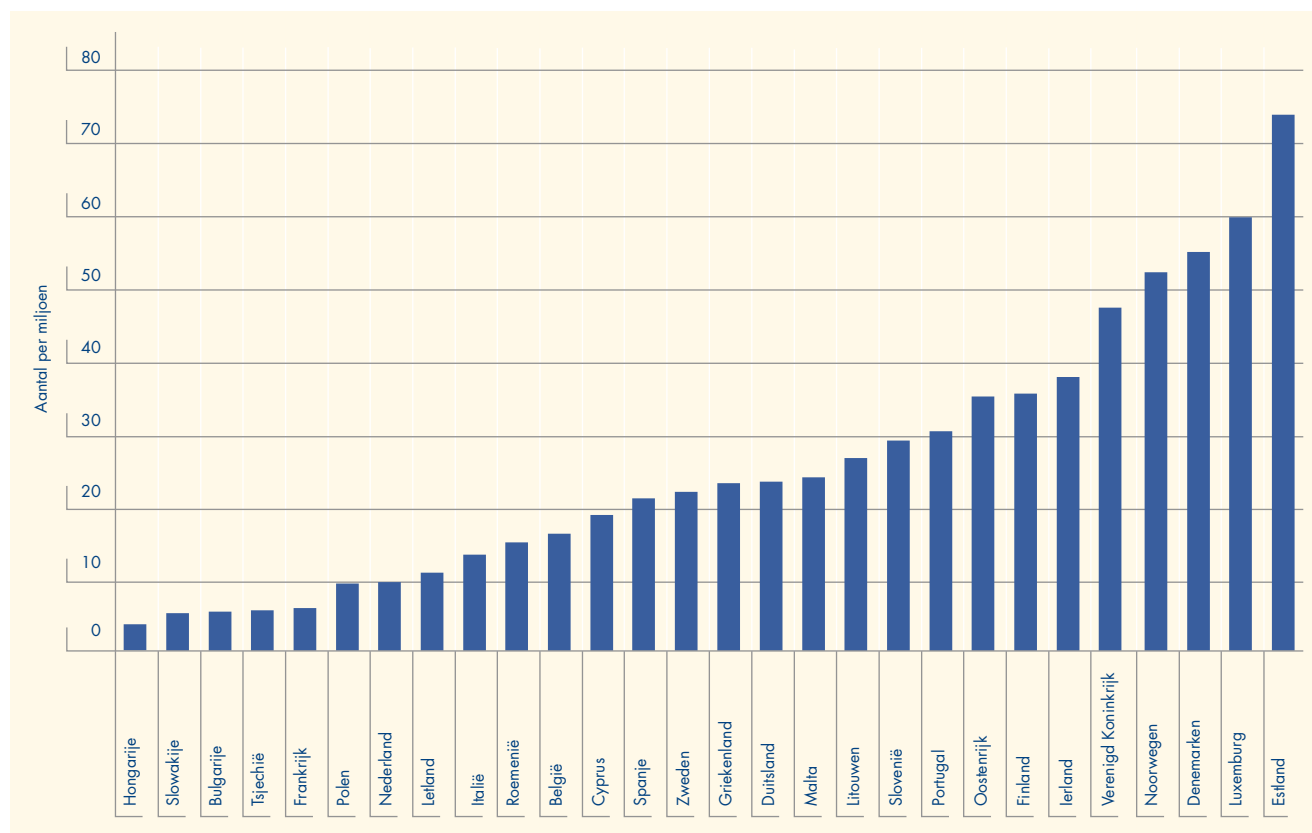
⁽¹³⁸⁾ Zie tabel DRD-2 deel (i) in het Statistical Bulletin 2008.

⁽¹³⁹⁾ Zie tabel DRD-5 en figuur DRD-7 deel (ii) in het Statistical Bulletin 2008.

⁽¹⁴⁰⁾ Omdat de meeste aan het EMCDDA gerapporteerde gevallen overdoses opioïden betreffen, worden de algemene kenmerken van door drugs geïnduceerde sterfgevallen gebruikt voor de beschrijving van opioïdengevallen.

⁽¹⁴¹⁾ Zie figuur DRD-1 in het Statistical Bulletin 2008.

Figuur 11: 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 verschillende districten die onder de bevoegdheid van het toxicologisch laboratorium van Boekarest vallen. De berekeningen van de sterftecijfers zijn gebaseerd op de cijfers over nationale bevolkingen voor 2005 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 hetzelfde zijn. Voor betrouwbaarheidsintervallen en meer informatie over de gegevens, zie figuur DRD-7 deel (j) in het Statistical Bulletin 2008.

Bronnen: nationale Reitox-verslagen 2007, gegevens uit nationale sterfteregisters of speciale (politie- of forensische) registers, en Eurostat.

van 60 tot 90% van de door opioïden geïnduceerde sterfgevallen meer dan één drug werd genoemd. Hieruit kan worden geconcludeerd dat een substantieel aandeel van alle door drugs geïnduceerde sterfgevallen kan worden gerelateerd aan polydrugsgebruik.

De meerderheid van de door overdoses opioïden geïnduceerde sterfgevallen (60 tot 95%) betreft mannen, veelal tussen de twintig en veertig jaar oud, met in de meeste landen een gemiddelde leeftijd van midden dertig ⁽¹⁴²⁾. In veel landen stijgt de leeftijd van slachtoffers van overdoses, wat wijst op een mogelijke stabilisering of daling van het aantal jonge heroïnegebruikers. Daar staat tegenover dat in andere landen (Bulgarije, Estland, Roemenië, Oostenrijk) een relatief groot deel van de sterfgevallen door overdoses betrekking heeft op jongeren onder de 25 jaar, wat erop kan duiden dat de populatie heroïnegebruikers of injecterende gebruikers in deze landen jonger is ⁽¹⁴³⁾.

Methadon en buprenorfine

Hoewel onderzoek uitwijst dat een substitutiebehandeling de kans op een dodelijke overdosis verkleint, worden ieder jaar wel enkele sterfgevallen gerapporteerd die verband houden met misbruik van substitutiemiddelen of, in een klein aantal gevallen, met problemen die optreden tijdens de behandeling ⁽¹⁴⁴⁾.

Verscheidene landen melden dat bij een substantieel percentage van de drugsgerelateerde sterfgevallen methadon is aangetroffen, al is daarbij door het ontbreken van gemeenschappelijke rapportagestandaarden niet altijd duidelijk welke rol methadon daarbij heeft gespeeld. Landen die een niet onbelangrijk aantal sterfgevallen rapporteren waarin methadon een rol speelt zijn onder andere Denemarken, Duitsland, het Verenigd Koninkrijk en Noorwegen; andere landen maakten geen melding van gevallen, of van slechts een beperkt aantal ⁽¹⁴⁵⁾. In de

⁽¹⁴²⁾ Zie tabel DRD-1 deel (i) in het Statistical Bulletin 2008.

⁽¹⁴³⁾ Zie de figuren DRD-2, DRD-3 en DRD-4 in het Statistical Bulletin 2008.

⁽¹⁴⁴⁾ Zie „Sterfgevallen die verband houden met substitutiebehandelingen”, blz. 93.

⁽¹⁴⁵⁾ Zie tabel DRD-108 in het Statistical Bulletin 2008.

Verenigde Staten is sinds 1999 een scherpe stijging van het aantal sterfgevallen dat verband houdt met methadon waargenomen. De meeste hiervan zijn toe te schrijven aan misbruik van methadon dat afkomstig is uit ziekenhuizen en apotheken of is voorgeschreven door huisartsen en in pijnbestrijding gespecialiseerde artsen, terwijl slechts een beperkt gedeelte veroorzaakt is door methadon die is verstrekt in het kader van substitutieprogramma's ⁽¹⁴⁶⁾.

Sterfgevallen als gevolg van vergiftiging met buprenorfine lijken slechts zeer zelden voor te komen, ondanks het feit dat deze stof in veel Europese landen steeds vaker in substitutiebehandelingen wordt gebruikt. In Frankrijk is het aantal gemelde sterfgevallen zeer laag, hoewel een aanzienlijk aantal drugsgebruikers een behandeling met buprenorfine ondergaat (76 000 tot 90 000). In Finland speelt buprenorfine echter een rol bij de meeste door drugs geïnduceerde sterfgevallen, gewoonlijk in combinatie met sedatieve medicijnen of alcohol of doordat de buprenorfine geïnjecteerd wordt ⁽¹⁴⁷⁾.

Fentanyl

In Estland is recentelijk op basis van forensisch toxicologisch postmortemonderzoek een zorgwekkende epidemie van fatale 3-methylfentanyl-vergiftigingen gerapporteerd, met 46 fatale vergiftigingen in 2005 en 71 in 2006 (Ojanperä et al., in druk). Bovendien blijkt uit voorlopige gegevens uit Estland dat in 2004 85 sterfgevallen verband hielden met deze stof. Ook uit andere Europese landen komen sporadische berichten van sterfgevallen ten gevolge van fentanyl, en in de Verenigde Staten is melding gemaakt van recente, over het algemeen kortdurende epidemieën van sterfgevallen; zo werden in Chicago tussen 2005 en 2007 350 sterfgevallen aan fentanyl toegeschreven (Denton et al., 2008). De enorme sterkte van deze stof kan de kans op een overdosis vergroten, terwijl het bij toxicologisch onderzoek over het hoofd kan worden gezien. De toename van de illegale productie en het gebruik van fentanyl zal daarom naar alle waarschijnlijkheid een grote uitdaging gaan vormen, zowel voor de bestaande volgsystemen als voor de volksgezondheidsdiensten.

Aan andere drugs gerelateerde sterfgevallen ⁽¹⁴⁸⁾

Door cocaïne geïnduceerde sterfgevallen zijn moeilijker te definiëren en vast te stellen dan aan opioïden gerelateerde sterfgevallen (zie het selected issue uit 2007 over cocaïne). Een farmacologische overdosis lijkt niet vaak de directe oorzaak van sterfgevallen te zijn en in de

Sterfgevallen die verband houden met substitutiebehandelingen

Onderzoek heeft aangetoond dat het risico op een overdosis substantieel daalt in de periode dat heroïnegebruikers een substitutiebehandeling met methadon ondergaan. Uit een recente studie onder een cohort van meer dan vijfhonderd heroïnegebruikers bleek dat het risico op een overdosis in de periode dat de gebruikers een substitutiebehandeling ondergingen negen keer lager was dan in de periode dat ze dat niet deden, waarbij ze in die laatste periode een andere behandeling dan wel geen enkele behandeling volgden (Brugal et al., 2005).

Bij sommige sterfgevallen wordt methadon echter wel geïdentificeerd in de toxicologische rapporten. Dit betekent echter niet dat er in alle gevallen een direct causaal verband bestaat, omdat ook andere drugs of factoren een rol kunnen spelen. Desalniettemin kunnen sterfgevallen door overdoses voorkomen, en de factoren die daarbij een rol spelen zijn onder andere een veranderde tolerantie, te grote doses, onjuist gebruik door de cliënt en gebruik voor niet-therapeutische doeleinden.

In het Verenigd Koninkrijk zijn maatregelen om het verdwijnen van methadon in de illegale markt te voorkomen in verband gebracht met een vermindering van het aantal gemelde sterfgevallen ten gevolge van methadon (Zador et al., 2006), en in het algemeen kunnen goede praktijken in substitutiebehandelingen een belangrijke component vormen bij het verlagen van de risico's op methadongerelateerde sterfte. Zowel de patiënt als de gemeenschap is daarom waarschijnlijk gebaat bij het verbeteren van de kwaliteit van de behandeling, met inbegrip van de voorschrijvingspraktijken, het monitoren van de cliënt tijdens de eerste fasen van de behandeling, het monitoren van mogelijke cardiotoxiciteiten, de voorlichting over het gebruik van andere medicijnen of psychoactieve stoffen, en de verstrektingspraktijken, teneinde het risico op misbruik te verkleinen.

De dramatische stijging van het aantal behandelingen met methadon in Europa komt niet tot uiting in een stijging van het aantal methadongerelateerde sterfgevallen. Uit een in het Verenigd Koninkrijk uitgevoerde studie komt naar voren dat de totale hoeveelheid voorgeschreven methadon tussen 1993 en 2004 met een factor 3,6 was toegenomen, terwijl het aantal sterfgevallen waarin methadon een rol speelde afnam van 226 tot 194 (Morgan et al., 2006). Dit betekent een daling van het aantal methadongerelateerde sterfgevallen van 13 per 1 000 patiëntjaren in 1993 tot 3,1 per 1 000 patiëntjaren in 2004. Hoewel vergelijkbare studies uit andere landen welkom zouden zijn, blijkt uit het beschikbare bewijs dat het aantal methadongerelateerde sterfgevallen eerder verband houdt met gebrekkige voorschrijvingspraktijken dan met het totale aantal substitutiebehandelingen.

⁽¹⁴⁶⁾ National Drug Intelligence Center. Methadone Diversion, Abuse and Misuse: Deaths Increasing at Alarming Rate. November 2007. Document 2007-Q0317-001. <http://www.usdoj.gov/ndic/pubs25/25930/index.htm#Key>

⁽¹⁴⁷⁾ Zie tabel DRD-108 in het Statistical Bulletin 2008 en het Jaarverslag 2007 voor meer informatie.

⁽¹⁴⁸⁾ Zie tabel DRD-108 in het Statistical Bulletin 2008.

gevallen waarin 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 en deze sterfgevallen worden wellicht niet altijd aangemerkt als gerelateerd aan cocaïne. De interpretatie van de gegevens over sterfgevallen door cocaïnegebruik wordt verder bemoeilijkt door het feit dat in veel gevallen andere stoffen aanwezig zijn, waardoor het leggen van oorzakelijke verbanden lastig is.

In 2006 werden in veertien lidstaten meer dan 450 aan cocaïne gerelateerde sterfgevallen gerapporteerd — hoewel het werkelijke aantal door cocaïne geïnduceerde sterfgevallen in de Europese Unie waarschijnlijk hoger ligt.

Sterfgevallen ten gevolge van het gebruik van ecstasy komen nog steeds niet veel voor. De meeste sterfgevallen waarbij ecstasy in het spel is worden gerapporteerd in het Verenigd Koninkrijk, maar in veel gevallen wordt de drug daarbij niet geïdentificeerd als de directe doodsoorzaak.

Ook sterfgevallen ten gevolge van het gebruik van amfetamine worden in Europa zelden gerapporteerd, hoewel in Tsjechië een substantieel aantal sterfgevallen wordt toegeschreven aan pervitine (metamfetamine). Finland rapporteert 64 sterfgevallen waarbij in toxicologisch onderzoek het gebruik van amfetaminen werd vastgesteld, al betekent dit niet noodzakelijkerwijs dat de drug ook rechtstreeks de doodsoorzaak was.

Trends in door drugs geïnduceerde sterfgevallen

Het aantal door drugs geïnduceerde sterfgevallen in Europa is in de jaren tachtig en negentig scherp gestegen, mogelijk als gevolg van de toename van het gebruik en de injectie van heroïne, om vervolgens op een hoog niveau te blijven ⁽¹⁴⁹⁾. De gegevens uit landen waarin al lange tijd cijfers worden verzameld geven geen eenduidig beeld: in enkele landen (Duitsland, Spanje, Frankrijk, Italië) was er een piek in het aantal sterfgevallen in de eerste helft van de jaren negentig, waarna er een afname zichtbaar werd; in ander landen (Ierland, Griekenland, Portugal, Finland, Zweden, Noorwegen) vond die piek plaats rond het jaar 2000, waarna ook daar een daling werd ingezet; en in weer andere landen (Denemarken, Nederland, Oostenrijk,

het Verenigd Koninkrijk) werd een opwaartse trend gesignaleerd, maar zonder duidelijke piek ⁽¹⁵⁰⁾.

De trends in het aantal door drugs geïnduceerde sterfgevallen in de periode 2001-2005/2006 zijn moeilijker te beschrijven. In de eerste jaren van dit decennium (2000-2003) maakten veel EU-lidstaten melding van een afname, en in de hele EU daalde het aantal door drugs geïnduceerde sterfgevallen: met 3 % in 2001, 14 % in 2002 en 7 % in 2003 ⁽¹⁵¹⁾. In 2004 en 2005 werden door de meeste Europese landen lichte stijgingen gemeld. Hier kunnen verschillende factoren aan ten grondslag liggen, waaronder een toename van het polydrugsgebruik, een mogelijk grotere beschikbaarheid van heroïne en een verouderende populatie van chronische drugsgebruikers ⁽¹⁵²⁾.

Vanwege het ontbreken van gegevens uit enkele grotere landen zijn de schattingen van het aantal door drugs geïnduceerde sterfgevallen voor 2006 voorlopig. Uit de beschikbare gegevens uit achttien landen blijkt echter een lichte daling ten opzichte van 2005.

Het aantal door drugs geïnduceerde sterfgevallen onder drugsgebruikers van jonger dan 25 jaar vertoont in de Europese Unie als geheel sinds 2004 een daling, terwijl het aantal sterfgevallen in deze leeftijdsgroep in de landen die na 2004 lid van de Europese Unie zijn geworden tot voor kort een stijging liet zien ⁽¹⁵³⁾. In de afgelopen jaren is er echter een stijging van het percentage jongeren waargenomen in Griekenland, Luxemburg en Oostenrijk, en in mindere mate in Bulgarije, Letland en Nederland ⁽¹⁵⁴⁾. Deze waarneming vraagt om nader onderzoek, omdat dit kan wijzen op een stijging van het aantal jonge mensen dat in deze landen opioïden gebruikt.

Totale aan drugs gerelateerde sterfte

Een recente studie die is uitgevoerd op acht plaatsen in Europa (zeven steden en één land) heeft uitgewezen dat opioïdengebruikers die benaderd werden voor een behandeling een zeer hoge sterfte vertoonden in vergelijking met hun leeftijdsgenoten (zie EWDD, 2006). Uit andere cohortstudies resulteerden mortaliteitscijfers voor drugsgebruikers die 6 tot 54 maal hoger lagen dan die voor de algemene bevolking. Deze verschillen worden voornamelijk veroorzaakt door sterfgevallen door overdoses, hoewel ook andere factoren belangrijk zijn, en in enkele landen speelt ook sterfte door aids

⁽¹⁴⁹⁾ Zie figuur DRD-8 in het Statistical Bulletin 2008. Om historische redenen heeft deze trend betrekking op de EU-15 en Noorwegen.

⁽¹⁵⁰⁾ Zie figuur DRD-11 in het Statistical Bulletin 2008.

⁽¹⁵¹⁾ Deze cijfers verschillen van die van eerdere jaren als gevolg van veranderingen in de gevaldefinitie of de dekking in Denemarken, Spanje, Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk en door updates in diverse landen.

⁽¹⁵²⁾ Zie „Indicatoren van opioïdengebruik dalen niet meer”, blz. 77 en tabel DRD-2 deel (i) en figuur DRD-12 in het Statistical Bulletin 2008.

⁽¹⁵³⁾ Zie figuur DRD-13 deel (i) in het Statistical Bulletin 2008.

⁽¹⁵⁴⁾ Zie figuur DRD-9 in het Statistical Bulletin 2008.

een rol van betekenis. Darke et al. (2007) hebben vier brede categorieën oorzaken van sterfgevallen onder drugsgebruikers geformuleerd: overdoses (met inbegrip van alcoholvergiftiging), ziekten, zelfmoord en trauma's. Van de ziekten kunnen door bloed overgedragen virussen (hiv, hcv en hbv, zie hierboven), neoplasma's, leverziekten en aandoeningen aan het vatenstelsel en het ademhalingsapparaat in verband worden gebracht met drugsgebruik. Bij trauma's gaat het veelal om ongelukken, moord en ander geweld.

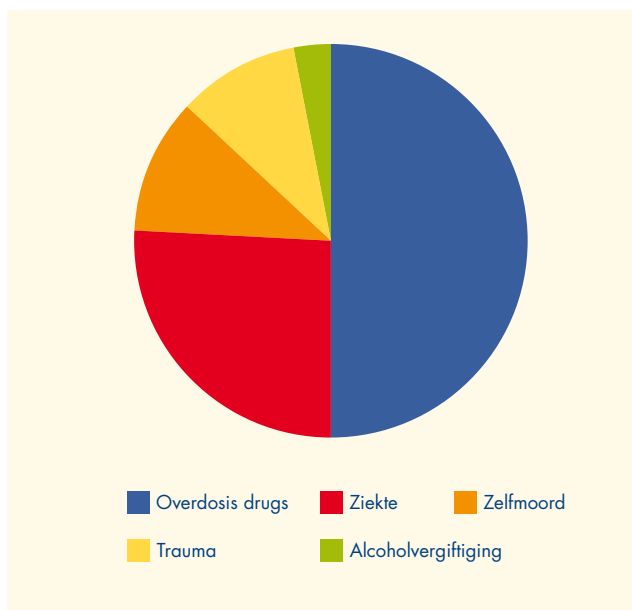
Uit een recente Noorse cohortstudie onder drugsgebruikers die waren toegelaten tot een behandeling bleek dat het in de helft van de 189 geregistreerde sterfgevallen waarvan de oorzaken bekend waren om een overdosis ging. Ziekten, vooral aids en leverziekten, waren verantwoordelijk voor bijna een kwart van de gevallen, terwijl zelfmoord en trauma's elk de oorzaak waren in 10 % van de gevallen en alcoholvergiftiging in circa 2 % van de gevallen (figuur 12). Opgemerkt moet worden dat het percentage sterfgevallen ten gevolge van aids aanzienlijk hoger kan liggen in landen met een hoge hiv-prevalentie onder drugsgebruikers.

Cohortstudies zijn een waardevol instrument voor het schatten en begrijpen van de totale sterfte als gevolg van drugsgebruik, maar ook andere benaderingen kunnen helpen bij het vergroten van het begrip van deze materie en het verkrijgen van een overzicht op nationaal niveau. Het EWDD onderzoekt momenteel, in nauwe samenwerking met de lidstaten, verschillende nieuwe methoden op dit gebied, met het oog op toepassing hiervan op EU-niveau. In een van deze nieuwe benaderingen worden de sterftecijfers uit cohortstudies geëxtrapoleerd naar lokale (Bargagli et al., 2005) of nationale (Cruts et al., 2008) schattingen van het aantal problematische drugsgebruikers. In een andere benadering wordt het aantal sterfgevallen dat aan drugsgebruik kan worden toegeschreven en waarvoor de cijfers afkomstig zijn uit verschillende studies, gekoppeld aan de doodsoorzaken die het vaakst worden gerelateerd aan drugsgebruik (zoals aids, ongelukken, zelfmoord en vergiftigingen) en die staan vermeld in de algemene sterfteregisters.

Sterfgevallen die indirect zijn gerelateerd aan drugsgebruik

Aids die kan worden toegeschreven aan injecterend drugsgebruik is een andere belangrijke doodsoorzaak. Op basis van gegevens van Eurostat en EuroHIV (eindejaarsverslagen van 2005 en 2006), kan worden geschat dat in 2003 meer dan 2 600 mensen zijn overleden aan de gevolgen van aids waarbij deze

Figuur 12: Bekende oorzaken van sterfte binnen een cohort drugsgebruikers in Noorwegen



NB: De gegevens zijn afkomstig uit een studie op basis van een steekproef van 501 drugsgebruikers die in de periode 1981-1991 werden toegelaten tot een behandeling voor drugsverslaving. Tot 2003 werden in totaal 189 sterfgevallen geregistreerd, waarvan de doodsoorzaak in 14 gevallen niet kon worden vastgesteld.

Bron: Ødegard, E., Amundsen, E.J. en Kielland, K.B. (2007), „Fatal overdoses and deaths by other causes in a cohort of Norwegian drug abusers: a competing risk approach“, *Drug and Alcohol Dependence* 89, blz. 176-182.

ziekte kan worden toegeschreven aan drugsgebruik (¹⁵⁵). Een klein aantal landen neemt het leeuwendeel van deze sterfgevallen voor zijn rekening: meer dan 90 % van deze sterfgevallen vond plaats in Spanje, Frankrijk, Italië en Portugal. De sterfte door aids beleefde halverwege de jaren negentig een piek en is na de invoering en de vergroting van het bereik van HAART (zeer actieve antiretrovirale behandelingen) substantieel gedaald.

Behalve in Spanje, Italië en vooral Portugal is de sterfte onder de bevolking door aan injecterend drugsgebruik toe te schrijven aids laag. En in veel landen is de sterfte onder drugsgebruikers door overdoses aanzienlijk hoger dan de sterfte door aids (¹⁵⁶). Het aantal sterfgevallen door andere oorzaken (zoals de gevolgen van infectieziekten, geweld en ongelukken) is op dit moment moeilijker te bepalen en er bestaat behoefte aan een betere gegevensverzameling en betere schattingen op dit gebied (zie de voorgaande paragraaf).

Zelfmoord lijkt een vaak voorkomende doodsoorzaak onder drugsgebruikers. Uit literatuuronderzoek (Darke en

⁽¹⁵⁵⁾ Het jaar 2003 is het meest recente jaar waarover Eurostat over gegevens over doodsoorzaken van bijna alle lidstaten beschikt. Voor gedetailleerde gegevens over bronnen, aantallen en berekeningen, zie tabel DRD-5 in het Statistical Bulletin 2008.

⁽¹⁵⁶⁾ Zie figuur DRD-7 deel (ii) in het Statistical Bulletin 2008.

Ross, 2002) bleek dat het percentage zelfmoorden onder heroïnegebruikers veertien maal hoger was dan dat onder de algemene bevolking.

Vermindering van sterfte ten gevolge van drugsgebruik

Vermindering van de sterfte ten gevolge van drugsgebruik is een doel van de meeste nationale drugsstrategieën. Slechts weinig landen hebben echter actieplannen aangenomen of systematische richtsnoeren voor de te nemen maatregelen geformuleerd. Wel heeft het ministerie van Gezondheidszorg van het Verenigd Koninkrijk in 2007 nieuwe richtsnoeren afgegeven voor de klinische omgang met drugsmisbruik en drugsverslaving, met inbegrip van specifieke acties voor de preventie van drugsgerelateerde sterfgevallen.

De bijdrage die behandelingen kunnen leveren aan het verminderen van de sterfte onder drugsgebruikers, inclusief substitutiebehandelingen in combinatie met psychosociale zorg en psychotherapie, is aangetoond in een Italiaanse prospectieve langetermijnstudie (Davoli et al., 2007). In deze studie, die werd uitgevoerd onder een cohort van 10 454 heroïnegebruikers die tussen 1998 en 2001 aan een behandeling begonnen, werd geëvalueerd in hoeverre de drugsgebruikers door de behandelaars werden vastgehouden en werd daarnaast gekeken naar de sterfte als gevolg van overdoses. Het risico op overlijden binnen

dit cohort was gemiddeld tien keer hoger dan onder de algemene bevolking. Het risico onder drugsgebruikers die een behandeling ondergingen was echter slechts vier keer zo hoog als het risico voor de algemene bevolking, terwijl degenen die gestopt waren met een behandeling een twintig keer hogere kans hadden om te overlijden.

De gerichte verspreiding van informatie over de risico's en het beheer van overdoses door middel van folders, brochures en posters is in de meeste landen staande praktijk. Bovendien maakt de helft van alle lidstaten inmiddels melding van workshops om de kennis en vaardigheden met betrekking tot het omgaan met overdoses te vergroten. Deze training kan bedoeld zijn voor drugsgebruikers, hun verwanten en behandelend personeel, en omvat meestal voorlichting over specifieke risico's, waaronder verminderde tolerantie na een periode van onthouding; de effecten van polydrugsgebruik, met name het gelijktijdig gebruik van alcohol; het gebruiken van drugs terwijl verder niemand aanwezig is; en het bieden van eerste hulp. In Italië wordt gerapporteerd dat in de helft van de publieke verslavingszorgcentra een combinatie van trainingen in het reageren op overdoses en verstrekking van thuis toe te dienen naloxon wordt toegepast.

Het proactief monitoren van het psychosociale welzijn van drugsgebruikers, waaronder drugsgebruikers die een substitutiebehandeling ondergaan, kan waardevol zijn omdat overdoses in veel gevallen

Verhoogd risico op door drugs geïnduceerde sterfte na afloop van de gevangenisstraf of behandeling

Het risico op een door drugs geïnduceerde dood in de periode onmiddellijk na vrijlating uit de gevangenis of tijdens een terugval na de behandeling is substantieel hoger, zo blijkt uit Europese en andere studies.

In een recente studie die is uitgevoerd in het Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales) werden de dossiers van bijna 49 000 gedetineerden die in de periode 1998-2000 vrijkwamen vergeleken met alle sterfgevallen tot aan november 2003 (Farrell en Marsden, 2008). Van de 442 sterfgevallen die in deze periode onder de onderzochte populatie werden geregistreerd, was de meerderheid (59%) drugsgerelateerd. In het jaar na vrijlating was het cijfer voor door drugs geïnduceerde sterfte 5,2 per 1 000 mannen en 5,9 per 1 000 vrouwen. In de periode onmiddellijk na de vrijlating overtrof het cijfer voor vrouwen het verwachte cijfer met meer dan tien keer. Voor mannen was dit ruim acht keer. Alle sterfgevallen onder vrouwen en 95% van de sterfgevallen onder mannen die plaatsvonden in de eerste twee weken na afloop van de detentieperiode waren drugsgerelateerd en

konden worden toegeschreven aan overdoses, of, in meer algemene zin, aan misbruik van stoffen. In de rapporten van pathologen-anatoom over door drugs geïnduceerde sterfgevallen werden opioïden genoemd in 95% van de gevallen, benzodiazepines in 20%, cocaïne in 14% en tricyclische antidepressiva in 10% van de gevallen.

In de VEdTTE-studie in Italië (Davoli et al., 2007) werd onder heroïnegebruikers in behandeling een sterftcijfer als gevolg van overdoses van 1 per 1 000 waargenomen, terwijl dat aantal in de eerste maand na de behandeling op 23 per 1 000 uitkwam. Daardoor is het risico op overlijden door een overdosis in de eerste maand na de behandeling na correctie voor mogelijk versturende variabelen 27 keer zo hoog.

Ondanks het waargenomen verband tussen door drugs geïnduceerde sterfte en vrijlating uit de gevangenis of beëindiging van de behandeling, investeren maar weinig landen systematisch in voorlichting over het risico van een overdosis aan gedetineerden of drugsgebruikers die een behandeling volgen. Ook de continuïteit van de zorg of de re-integratie van drugsgebruikers die in vrijheid worden gesteld is in veel landen onderontwikkeld. Verbeteringen op dit gebied zouden een waardevolle bijdrage kunnen leveren aan de preventie van drugsgerelateerde sterfgevallen.

worden getriggerd door eerdere gebeurtenissen op gezondheids- en sociaal gebied en omdat het percentage overdoses dat met opzet worden genomen mogelijk hoog is (Oliver et al., 2007).

Een andere uitdaging in veel landen is dat de gezondheids- en sociale diensten te maken hebben met een

verouderende populatie van langdurige drugsgebruikers, die kwetsbaarder kunnen zijn voor overdoses en een aantal negatieve gezondheidseffecten. Vooral injecterende drugsgebruikers kunnen lijden aan ernstige somatische ziekten, in het bijzonder chronische infecties van de lever, die hun kwetsbaarheid nog verder vergroten.



Hoofdstuk 8

Nieuwe drugs en opkomende trends

Inleiding

Het gebruik van psychoactieve stoffen kan belangrijke gevolgen hebben voor de volksgezondheid en het beleid, maar het monitoren van opkomende trends is niet eenvoudig. Het is moeilijk nieuwe patronen in het drugsgebruik te signaleren omdat deze per definitie eerst op kleine schaal, op specifieke locaties en in een beperkte subgroep van de populatie ontstaan. Slechts weinig landen hebben volgsystemen die gevoelig zijn voor dit soort gedrag, en de methodologische problemen die zich voordoen bij het monitoren van dit type drugsgebruik zijn aanzienlijk. Desondanks wordt algemeen erkend dat het belangrijk is om mogelijke nieuwe bedreigingen te identificeren, en het is precies om deze reden dat de Europese Unie bij het besluit van de Raad inzake nieuwe psychoactieve stoffen een systeem voor vroegtijdige waarschuwingen heeft ontwikkeld, dat een mechanisme omvat om snel te reageren op de opkomst van nieuwe psychoactieve stoffen in de Europese 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.

EU-actie op het gebied van nieuwe psychoactieve stoffen

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. Ook voorziet het besluit in een beoordeling van de aan deze nieuwe psychoactieve stoffen verbonden risico's, zodat de in de lidstaten geldende controlemaatregelen inzake verdovende middelen en psychotrope stoffen ook op de

nieuwe psychoactieve stoffen kunnen worden toegepast. In mei 2007 is door het uitgebreide wetenschappelijk comité van het EWDD een risicobeoordeling van de nieuwe psychoactieve stof BZP (1-benzylpiperazine) uitgevoerd, waarvan een verslag is ingediend bij de Raad en de Europese Commissie ⁽¹⁵⁸⁾. De conclusie van de risicobeoordeling luidde dat vanwege de stimulerende eigenschappen van BZP, de risico's voor de gezondheid en het feit dat BZP geen medische voordelen biedt, deze stof gecontroleerd moet worden, maar dat de controlemaatregelen evenredig dienen te zijn aan de relatief lage risico's die verbonden zijn aan deze stof. In maart 2008 heeft de Raad een besluit goedgekeurd waarin BZP wordt omschreven als een nieuwe psychoactieve stof die aan controlemaatregelen en strafrechtelijke bepalingen moet worden onderworpen. De lidstaten hebben een jaar de tijd om, overeenkomstig hun nationale wetgeving, de noodzakelijke maatregelen te treffen om BZP te onderwerpen aan controlemaatregelen die evenredig zijn aan de met deze stof samenhangende risico's en aan 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.

In maart 2007 hebben het EWDD en Europol verslag aan de Commissie uitgebracht over het actief monitoren van 1-(3-chlorofenyl)piperazine (mCPP) ⁽¹⁵⁹⁾. In dit verslag, dat alleen voor informatiedoeleinden is opgesteld, werd geconcludeerd dat de kans klein was dat mCPP een rol als zelfstandige recreatieve drug zou krijgen, vanwege de beperkte psychoactieve eigenschappen en de soms nadelige effecten. Omdat het erop lijkt dat mCPP geen bijzondere aantrekkingskracht op gebruikers uitoefent, is het waarschijnlijk dat de markt in de Europese Unie eerder aanbod- dan vraaggestuurd is.

In 2007 zijn, voor het eerst via het systeem voor vroegtijdige waarschuwingen, in totaal vijftien nieuwe psychoactieve stoffen aan het EWDD en Europol gemeld. De groep nieuwe stoffen is divers en omvat behalve

⁽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/publications/risk-assessments/bzp>

⁽¹⁵⁹⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index16775EN.html>

Nieuwe gecontroleerde stoffen

Sinds januari 2006 hebben twaalf landen hun lijsten van gecontroleerde stoffen aangevuld of gewijzigd. mCPP (1-(3-chlorofenyl)piperazine) is in zes landen (België, Duitsland, Litouwen, Hongarije, Malta, Slowakije) toegevoegd aan de lijst van gecontroleerde stoffen en BZP (1-benzylpiperazine) in vier landen (Estland, Italië, Litouwen, Malta). Van deze stoffen werd mCPP actief gemonitord door het EWDD en Europol, en voor BZP is in 2007 een risicobeoordeling gemaakt. Andere stoffen waarvoor in deze periode controles zijn ingesteld zijn onder andere de hallucinogenen DOC (4-chloro-2,5-dimethoxyamfetamine), DOI (4-iodo-2,5-dimethoxyamfetamine) en „bromo-dragonfly” (bromo-benzodifuranyl-isopropylamine) in Denemarken en Zweden en ketamine in Estland.

Ook een aantal planten met psychoactieve eigenschappen wordt gecontroleerd. België heeft zijn wetgeving inzake psychotrope stoffen geherstructureerd om daarin een nieuwe categorie van gecontroleerde planten of plantdelen te kunnen opnemen in plaats van alleen hun psychoactieve bestanddelen, zoals vroeger. Onder de planten die op de lijst zijn geplaatst bevinden zich qat (*Catha edulis*) en *Salvia divinorum*. Qat wordt nu in elf Europese landen gecontroleerd (in het Verenigd Koninkrijk werd in 2005 in een risicobeoordeling aanbevolen om deze plant niet in de lijst op te nemen). In 2006 voegde Zweden salvinorine-A, het belangrijkste actieve bestanddeel van *Salvia divinorum*, toe aan de lijst; en ook in Duitsland is de plant in 2008 op de lijst gezet. In dezelfde periode is *Tabernanthe iboga* aan de lijst van gecontroleerde stoffen toegevoegd in Frankrijk, na de wettelijke onderwerping aan controle van het actieve bestanddeel, ibogaïne, in België, Denemarken en Zweden. Tot slot hebben Ierland en Nederland in reactie op een aantal sterfgevallen waarbij hallucinogene paddenstoelen waren betrokken actie ondernomen om de mazen in de wetgeving te dichten die de verkoop en het bezit van verse paddenstoelen die psilocine bevatten mogelijk maakten. In Ierland is deze wetgeving in januari 2006 in werking getreden, terwijl het wetsvoorstel in Nederland op het moment van schrijven de parlementaire procedures doorloopt.

Een lijst van gecontroleerde stoffen in de EU en Noorwegen is te vinden onder de optie „Substances and classifications table” in de Europese juridische database inzake drugs (European Legal Database on Drugs) (<http://eldd.emcdda.europa.eu/publications/legal-reports>).

nieuwe synthetische drugs ook medicinale en in de natuur voorkomende stoffen. Negen van de nieuw gemelde verbindingen betroffen synthetische drugs die vergelijkbaar zijn met de stoffen die genoemd worden in de lijsten I en II bij het VN-Verdrag van 1971 inzake psychotrope stoffen, waaronder stoffen uit bekende chemische groepen als fenethylaminen, tryptaminen en piperazinen, evenals stoffen met een minder gebruikelijke chemische samenstelling. De

groep is gelijkelijk onderverdeeld in stoffen die duidelijke hallucinogene effecten hebben en stoffen die voornamelijk stimulerende eigenschappen hebben.

In 2007 is via het systeem voor vroegtijdige waarschuwingen voor het eerst melding gemaakt van drie in de natuur voorkomende stoffen, waaronder *Salvia divinorum*, een plant met sterke psychoactieve eigenschappen ⁽¹⁶⁰⁾.

Internet — een marktplaats voor psychoactieve stoffen

Het internet biedt een venster op de wereld van de drugsgebruiker in de vorm van onlineforums, chatrooms en onlinewinkels die psychoactieve alternatieven voor gecontroleerde stoffen verkopen. De beschikbare informatie kan inzicht geven in verschillende aspecten van de onlinemarktplaats voor drugs, bijvoorbeeld in de werkmethode van onlinewinkels, de manier waarop ze reageren op de vraag van gebruikers en nieuwe trends onder jonge mensen. Om een goed beeld te krijgen van de huidige ontwikkelingen in de onlinedrugsmarkt heeft het EWDD begin 2008 een momentopname gemaakt door een enquête te houden onder 25 onlinewinkels. De resultaten van dit onderzoek worden hier gepresenteerd.

Onlinewinkels

Er zijn berichten over een groeiend aantal onlinewinkels dat psychoactieve alternatieven voor gecontroleerde

Gebruikte methode voor de internetstudie

Om een momentopname te krijgen werden in januari 2008 met behulp van meertalige sleutelwoorden en de zoekmachine Google (<http://www.google.com>) zoekopdrachten op internet uitgevoerd. In totaal werden daarbij in de EU 68 onlinewinkels gevonden, die verschillende soorten „legal highs” verkopen. Deze winkels werden vervolgens gestratificeerd aan de hand van het land van herkomst. EU-landencodes (bijvoorbeeld ES, FR, DE) of andere aanwijzingen dat een winkel in de EU was gevestigd (bijvoorbeeld het contactadres) werden gebruikt om het land van herkomst vast te stellen. Meer dan de helft van de winkels (52 %) bleek gevestigd in het Verenigd Koninkrijk, 37 % in Nederland, 6 % in Duitsland, 4 % in Oostenrijk en 1 % in andere landen (waaronder Ierland en Polen). Een aselechte steekproef van 25 onlinewinkels werd nader geanalyseerd. De steekproeffracties in elk stratum (land van herkomst) waren proportioneel aan die van de totale steekproef van onlinewinkels. Onlinewinkels die uitsluitend aan de handel verkochten (en niet aan consumenten) werden uitgesloten, evenals winkels die uitsluitend hallucinogene paddenstoelen verkochten.

⁽¹⁶⁰⁾ Zie „Nieuwe gecontroleerde stoffen”.

stoffen als LSD, ecstasy, cannabis en opioïden verkoopt. Hoewel de stoffen die door onlinewinkels te koop worden aangeboden vaak worden aangeduid als bijvoorbeeld „legale psychedelica” of „herbal highs”, gelden hiervoor in enkele Europese landen dezelfde wetten als voor gecontroleerde drugs en kunnen de straffen even hoog zijn.

Volgens het onderzoek blijken de meeste onlinewinkels in de EU gevestigd te zijn in het Verenigd Koninkrijk en Nederland, en in mindere mate in Duitsland en Oostenrijk. Onlinewinkels zijn vaak gespecialiseerd in bepaalde soorten drugsgerelateerde producten. Zo verkopen sommige onlinewinkels hoofdzakelijk drugsparafernalia, specialiseren andere zich in hallucinogene paddenstoelen of „partypillen” en brengen weer andere een breed scala aan kruiden, semisynthetische en synthetische stoffen op de markt.

De onlinewinkels in Europa adverteren met meer dan tweehonderd psychoactieve producten. De meest gebruikelijke „legal highs” zijn *Salvia divinorum*, kratom (*Mitragyna speciosa*), *Argyreia nervosa*, hallucinogene paddenstoelen (EWDD, 2006), en een variëteit aan „partypillen”.

Van de te koop aangeboden stoffen wordt in de advertenties gezegd dat ze vergelijkbare effecten hebben als gecontroleerde drugs. Van zowel *Salvia divinorum* als *Argyreia nervosa* (ook vaak aangeduid als „Hawaiian baby woodrose”) en de minder vaak aangeboden *Ipomoea violacea* (vaak aangeduid met de Engelse term „morning glory”) een variëteit van de blauwe winde, wordt in de advertenties gezegd dat ze hallucinogene effecten hebben die vergelijkbaar zijn met die van LSD. Kratom wordt vaak aangeprezen als substituuat voor opioïden, diverse preparaten worden aangeboden als alternatief voor cannabis, en „partypillen” worden verkocht als alternatief voor MDMA. De „partypillen” die te koop zijn kunnen plantmateriaal of semisynthetische of synthetische stoffen bevatten. Het hoofdingrediënt van synthetische „partypillen” is vaak benzylpiperazine (BZP), al lijken de onlinewinkels vervangende stoffen tot hun beschikking te hebben voor wanneer BZP in de EU-lidstaten onderworpen wordt aan controlemaatregelen. De geadverteerde prijzen van de te koop aangeboden stoffen lopen uiteen van 1 tot 11 EUR voor het equivalent van één dosis.

GHB en zijn precursor GBL: follow-up

In Europa wordt toezicht gehouden op gamma-hydroxy-buiraat (GHB) sinds het jaar 2000, toen een risicobeoordeling werd uitgevoerd in het kader

van het gemeenschappelijk optreden inzake nieuwe synthetische drugs van 1997 (EMCDDA, 2002). Nadat GHB in maart 2001 in lijst IV bij het VN-Verdrag van 1971 inzake psychotrope stoffen werd opgenomen, werden alle EU-lidstaten verplicht om de drug op basis van hun nationale wetgeving inzake psychotrope stoffen te controleren en werd de vrije verkoop van GHB door nieuwe controlemaatregelen snel aan banden gelegd.

GHB wordt door het menselijk lichaam aangemaakt, maar wordt ook gebruikt als medicijn en als recreatieve drug. Het niet-medisch gebruik van GHB kwam in de jaren negentig aan de oppervlakte in het recreatieve nachtleven in delen van Europa, de Verenigde Staten en Australië, met name in nachtclubs waar het gebruik van veel andere drugs normaal was. Er ontstond al snel bezorgdheid over de gezondheidsrisico's van het gebruik van deze stof. Vooral zorgwekkend was de mogelijkheid dat GHB stiekem aan drankjes werd toegevoegd om het slachtoffer vervolgens seksueel te kunnen misbruiken. Hiervoor bestaat echter onvoldoende forensisch bewijs en dit verschijnsel is ook moeilijk aantoonbaar vanwege de korte tijdsperiode die beschikbaar is om de aanwezigheid van GHB in lichaamsvloeistoffen vast te stellen. De associatie van GHB met drugsgerelateerd seksueel geweld kan echter hebben bijgedragen aan het relatief „negatieve imago” van de stof (EWDD, 2008c).

GBL

De laatste tijd worden er zorgwekkende berichten ontvangen over de consumptie van gamma-butyrolactone (GBL), een precursor van GHB die op geen enkele VN-lijst van te controleren stoffen staat. GBL wordt in het lichaam snel omgezet in GHB, en er is op dit moment geen toxicologische test beschikbaar om te bepalen welke van beide stoffen is geconsumeerd.

GHB kan in korte tijd worden vervaardigd uit GBL en 1,4-butanediol (1,4-BD), stoffen die in veel sectoren (chemische stoffen, plastic, farmaceutica) op grote schaal en volkomen wettig worden gebruikt en daarom te koop zijn bij commerciële aanbieders. Het feit dat GBL in de handel te koop is kan ertoe leiden dat deze stof beschikbaar komt voor drugshandelaren en consumenten, tegen veel lagere prijzen en met veel minder risico's dan gebruikelijk is in de illegale drugsmarkt van de Europese Unie. Zo ligt de gemiddelde prijs van een dosis van één gram GBL, in bulk gekocht op internet, tussen de 0,09 en 2 EUR.

Gezondheidsrisico's

GHB en GBL hebben allebei een steile dosis-reactiecurve, waarbij de symptomen zich snel manifesteren, wat de

risico's van illegaal gebruik sterk vergroot. Misselijkheid, overgeven en verschillende gradaties van verminderd bewustzijn zijn de belangrijkste nadelige effecten die worden genoemd in de meldingen van vergiftiging door GHB. De frequente aanwezigheid van andere drugs kan het klinische beeld echter compliceren. In een Nederlands onderzoek onder 72 GHB-gebruikers werd gemeld dat de meerderheid ten minste één keer het bewustzijn had verloren tijdens het onder invloed zijn van GHB, en bij enkelen was dat meerdere malen (Korf et al., 2002). Uit een enquête onder GHB- en GBL-gebruikers in het Verenigd Koninkrijk bleek dat in clubsettings vaker negatieve effecten optreden dan bij thuisgebruik (Sumnall et al., 2008). In Londen en Barcelona zijn patiënten met GHB-vergiftiging veelal jonge mannen die de vergiftiging in de weekends hebben opgelopen, vaak na gelijktijdig gebruik van alcohol of illegale drugs (Miro et al., 2002; Wood et al., 2008).

Sinds het eind van de jaren negentig wordt in de literatuur en door het EWDD melding gemaakt, zij het niet systematisch, van aan GHB gerelateerde vergiftigingen en noodsituaties in België, Denemarken, Spanje, Luxemburg, Nederland, Finland, Zweden, het Verenigd Koninkrijk en Noorwegen. Hoewel GHB in verband wordt gebracht met slechts een zeer beperkt deel van alle noodsituaties die het gevolg zijn van vergiftiging door drugs en waarin ziekenhuis- of ambulancediensten te hulp worden geroepen, lijken deze aantallen sinds 2000 te zijn gestegen. In Amsterdam was het percentage hulpverzoeken in noodsituaties waarbij opname in een ziekenhuis nodig was in 2005 hoger in gevallen waarbij GHB/GBL een rol speelde dan in gevallen waarbij het om andere drugs ging.

In het Verenigd Koninkrijk rapporteerde een eerstehulpafdeling in Londen — met een verzorgingsgebied waarin zich plaatselijke clubs bevinden die veelal, maar niet uitsluitend, door de gayscene worden bezocht — in 2006 in totaal 158 noodgevallen als gevolg van het gebruik van GHB en GBL. Hoewel de meeste van

deze patiënten zeiden GHB te hebben gebruikt, bleek uit een chemische analyse van monsters die in hetzelfde gebied en in dezelfde periode in nachtclubs waren verzameld dat meer dan de helft hiervan niet zozeer GHB als wel GBL bevatte. Hieruit kan worden geconcludeerd dat het gebruik van GBL wel eens meer kan voorkomen dan eerder werd gedacht (Wood et al., 2008).

Omdat GHB/GBL snel uit het lichaam verdwijnt, is moeilijk vast te stellen of GHB/GBL de oorzaak van een vergiftiging of sterfgeval is. Bovendien bestaat er geen accuraat meldingssysteem voor aan GHB en zijn precursoren gerelateerde sterfgevallen en niet-fatale noodsituaties, waardoor het maken van vergelijkingen onmogelijk wordt.

Reacties

Enkele lidstaten (Italië, Letland, Zweden) hebben ervoor gekozen om GBL (of GBL en de andere precursor 1,4-BD) te onderwerpen aan controlemaatregelen of gelijkwaardige wetgeving. In het Verenigd Koninkrijk wordt momenteel een debat over het nemen van mogelijke controlemaatregelen gevoerd. In overeenstemming met de communautaire wetgeving inzake de controle op precursoren zijn GBL en 1,4-BD opgenomen in de lijst van niet-gecontroleerde stoffen waarvoor in alle lidstaten vrijwillige controlemaatregelen van kracht zijn om misbruik van voor legale doeleinden gebruikte GBL en 1,4-BD te voorkomen.

De meeste nationale en communautaire op settings in het nachtleven gerichte drugsprojecten omvatten interventies voor de preventie en beperking van de schade van het gebruik van GHB/GBL. Deze interventies bestaan over het algemeen uit trainingen voor behandelend personeel en het verspreiden van informatie over de risico's van het gebruik van GHB en andere drugs en vinden vaak plaats in combinatie met andere interventies met betrekking tot „clubdrugs” en het gecombineerd gebruik van alcohol en drugs (EWDD, 2008e).



Referenties

- 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, pp. 198-202.
- Brugal, M.T., Domingo-Salvany, A., Puig, R. et al. (2005), „Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and aids in a cohort of heroin users in Spain”, *Addiction* 100, pp. 981-989.
- Cameron, L. and Williams, J. (2001), „Cannabis, alcohol and cigarettes: substitutes or complements?”, *Economic Record* 77, pp. 19-34.
- 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.
- Coggans, N. (2006), „Drug education and prevention: has progress been made?”, *Drugs: Education, Prevention and Policy* 13, pp. 417-422.
- Connock, M., Juarez-Garcia, A., Jowett, S. et al. (2007), „Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence: a systematic review and economic evaluation”, *Health Technology Assessment* 11(9).
- Copeland, A.L. en Sorensen, J.L. (2001), „Differences between methamphetamine users and cocaine users in treatment”, *Drug and Alcohol Dependence* 62, pp. 91-95.
- Cruts, G., Buster, M., Vicente, J., Deerenberg, I. en Van Laar, M. (2008), „Estimating the total mortality among problem drug users”, *Substance Use and Misuse* 43, pp. 733-747.
- Currie, C. et al. (eds.) (2008), „Inequalities in young people's health: international report from the HBSC 2005/06 survey”, *WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents*, Issue 5, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Daly, M. (2007), „Plant warfare”, *Druglink* 22(2), maart-april.
- Darke, S. en Ross, J. (2002), „Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods”, *Addiction* 97, pp. 1383-1394.
- Darke, S., Degenhardt, L. en Mattick, R. (2007), *Mortality amongst illicit drug users: epidemiology, causes and intervention*, Cambridge University Press, Cambridge.
- 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, pp. 1954-1959.
- De la Fuente, L., Brugal, M.T., Domingo-Salvany, A. et al. (2006), „Más de treinta años de drogas ilegales en España: una amarga historia con algunos consejos para el futuro”, *Revista Española de Salud Pública* 80, pp. 505-520.
- DeFuentes-Merillas, L. en De Jong, C.A.J. (2008), „Is belonen effectief? Community reinforcement approach + vouchers: resultaten van een gerandomiseerde, multi-centre studie”, NISPA, Nijmegen.
- Denton, J.S., Donoghue, E.R., McReynolds, J. en Kalelkar, M.B. (2008), „An epidemic of illicit fentanyl deaths in Cook County, Illinois: September 2005 through April 2007”, *Journal of Forensic Science* 53, pp. 452-454.
- Dolan, K.A., Shearer, J., MacDonald, M. et al. (2003), „A randomised controlled trial of methadone maintenance treatment versus wait list control in an Australian prison system”, *Drug and Alcohol Dependence* 72, pp. 59-65.
- Donoghoe, M.C., Bollerup, A.R., Lazarus J.V., Nielsen, S. en Matic, S. (2007), „Access to highly active antiretroviral therapy (HAART) for injecting drug users in the WHO European Region 2002-2004”, *International Journal of Drug Policy* 18, pp. 271-280.
- ECDC (2007), *The first European communicable disease epidemiological report*, Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding, Stockholm.
- Europese Commissie (2007a), „Verslag van de Commissie aan de Raad en het Europees Parlement 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.
- Europese Commissie (2007b), *Friendship, fun and risk behaviours in nightlife recreational contexts in Europe*, Directoraat-generaal Gezondheid en consumentenbescherming.
- Europol (2007a), *The production and trafficking of synthetic drugs, related precursors and equipment: a European Union perspective*, Project SYN2007076, Den Haag.
- Europol (2007b), *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 (2006), *Jaarverslag 2006: Stand van de drugsproblematiek in Europa*, Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving, Lissabon.
- EWDD (2007a), *Jaarverslag 2007: Stand van de drugsproblematiek in Europa*, 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 (2008a), *Een boek over cannabis: mondiale kwesties en lokale ervaringen*, monografie nr. 8, Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving, Lissabon.
- EWDD (2008b), *Assessing illicit drugs in wastewater: potential and limitations of a new monitoring approach*, Insights nr. 9, Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving, Lissabon.
- EWDD (2008c), *Drug facilitated sexual assault*, Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving, Lissabon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-datasheets/dfs>).
- EWDD (2008d), *Drug-related public expenditure in Europe*: Selected issue van het EMCDDA, 2008, Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving, Lissabon.
- EWDD (2008e), *GHB and its precursor GBL: an emerging trend case study*, Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving, Lissabon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/gbh>).
- EWDD (2008f), *Preventing later substance abuse disorders in identified individuals during childhood and adolescence: review and analysis of international literature on the theory and evidence base of indicated prevention*, Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving, Lissabon.
- Farrell, M. en Marsden, J. (2008), „Acute risk of drug-related death among drug users newly released from prison or treatment”, *Addiction* 103, pp. 251-255.
- Farrelly, M.C., Bray, J.W., Zarkin, G.A. en Wendling, B.W. (2001), „The joint demand for cigarettes and marijuana: evidence from the National household surveys on drug abuse”, *Journal of Health Economics* 20, pp. 51-68.
- Gorman, D.M., Conde, E. en Huber, J.C. (2007), „The creation of evidence in „evidence-based” drug prevention: a critique of the strengthening families program plus life skills training evaluation”, *Drug and Alcohol Review* 26, pp. 585-593.
- Gossop, M., Manning, V. en Ridge, G. (2006), „Concurrent use and order of use of cocaine and alcohol: behavioural differences between users of crack cocaine and cocaine powder”, *Addiction* 101, pp. 1292-1298.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D. en Treacy, S. (2002), „Change and stability of change after treatment of drug misuse: two-year outcomes from the national treatment outcome research study (UK)”, *Addictive Behaviors* 27, pp. 155-166.
- Griffiths, P., Mravcik, V., Lopez, D. en Klempova, D. (2008), „Quite a lot of smoke but very limited fire: the use of methamphetamine in Europe”, *Drug and Alcohol Review* 27, pp. 236-242.
- Hough, M., Warburton, H., Few, B. et al. (2003), *A growing market: the domestic cultivation of cannabis*, Joseph Rowntree Foundation, York (<http://www.jrf.org.uk/bookshop/eBooks/1859350852.pdf>).
- Hubbard, R.L., Craddock, S.G. en Anderson, J. (2003), „Overview of five-year follow up outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS)”, *Journal of Substance Abuse Treatment* 25, pp. 125-134.
- INCB (2008a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2007*, Internationaal Comité van toezicht op verdovende middelen van de Verenigde Naties, New York.
- INCB (2008b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances 2007*, Internationaal Comité van toezicht op verdovende middelen van de Verenigde Naties, New York.
- Jansen, A.C.M. (2002), *The economics of cannabis-cultivation in Europe*, paper voor de tweede Europese conferentie over drugshandel en wetshandhaving, Parijs, 26 en 27 september 2002 (<http://www.cedro-uva.org/lib/jansen.economics.html>).
- Kastelic, A., Pont, J. en Stöver, H. (2008), *Opioid substitution treatment in custodial settings: a practical guide*, BIS Verlag der Carl von Ossietzky Universität, Oldenburg (available at <http://www.archido.de/>).
- Korf, D., Nabben, T. en Benschop, A. (2002), *GHB: Tussen extase en narcose*, Rozenberg, Amsterdam.
- Mathers, M., Toumbourou, J.W., Catalano, R.F., Williams, J. en Patton, G.C. (2006), „Consequences of youth tobacco use: a review of prospective behavioural studies”, *Addiction* 101, pp. 948-958.
- Matrix Research and Consultancy and Institute for Criminal Policy Research, Kings College (2007), *Evaluation of drug interventions programme pilots for children and young people: arrest referral, drug testing and drug treatment and testing requirements*, Ministerie van Binnenlandse Zaken van het Verenigd Koninkrijk (<http://drugs.homeoffice.gov.uk/publication-search/young-people/OLR0707>).
- Mattick, R.P., Kimber, J., Breen, C. en Davoli, M. (2008), „Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, nr. 2.
- Mayet, S., Farrell, M., Ferri, M., Amato, L. en Davoli, M. (2004), „Psychosocial treatment for opiate abuse and dependence”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, nr. 4.
- Miro, O., Nogue, S., Espinosa, G., To-Figueras, J. en Sanchez, M. (2002), „Trends in illicit drug emergencies: the emerging role of gamma-hydroxybutyrate”, *Journal of Toxicology: Clinical Toxicology* 40, pp. 129-135.

- Morgan, O., Griffiths, C. en Hickman, M. (2006), „Association between availability of heroin and methadone and fatal poisoning in England and Wales 1993-2004”, *International Journal of Epidemiology* 35, pp. 1579-1585.
- Myrick, H., Malcolm, R., Taylor, B. en LaRowe, S. (2004), „Modafinil: preclinical, clinical, and post-marketing surveillance: a review of abuse liability issues”, *Annals of Clinical Psychiatry* 16, pp. 101-109.
- NICE (2007), *Drug misuse: psychosocial interventions*, Clinical Guideline 51, National Institute for Clinical Excellence, London.
- Nordstrom, B.R. en Levin, F.R. (2007), „Treatment of cannabis use disorders: a review of the literature”, *American Journal of Addiction* 16, pp. 331-342.
- Ødegard, E., Amundsen, E.J. en Kielland, K.B. (2007), „Fatal overdoses and deaths by other causes in a cohort of Norwegian drug abusers: a competing risk approach”, *Drug and Alcohol Dependence* 89, pp. 176-182.
- Ojanperä, I., Gergov, M., Liiv, M., Riikola, A. en Vuori, E. (in druk), „An epidemic of fatal 3-methylfentanyl poisoning in Estonia”, *International Journal of Legal Medicine* (DOI 10.1007/s00414-008-0230-x).
- Oliver, P., Horspool, H., Rowse, G. et al. (2007), „A psychological autopsy study of non-deliberate fatal opiate-related overdose”, *Research briefing* 24, National Treatment Agency for Substance Misuse, London.
- 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, pp. 439-449.
- Petrie, J., Bunn, F. en Byrne, G. (2007), „Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: a systematic review”, *Health Education Research* 22, pp. 177-191.
- 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, pp. 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, pp. 502-586.
- Rawson, R., Huber, A., Brethen, P. et al. (2000), „Methamphetamine and cocaine users: differences in characteristics and treatment retention”, *Journal of Psychoactive Drugs* 32, pp. 233-238.
- Reitox nationale verslagen (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/national-reports>).
- SAMHSA (2005), *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., Klempova, D. en Wiessing, L. (2008), „Guidelines for estimating the incidence of problem drug use”, definitief verslag CT.06.EPI.150.1.0, EMCDDA, Lissabon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/pdu/2008/incidence-estimation>).
- Schulte, B., Thane, K., Rehm, J., et al. (in druk), „Review of the efficacy of drug treatment interventions in Europe”, definitief verslag WP 1 van het project SANCO/2006/C4/02 inzake „Drugsbeleid en schadebeperking” voor de Europese Commissie.
- Secades-Villa, R., Garcia-Rodriguez, O., Higgins, S.T., Fernandez-Hermida, J.R. en Carballo, J.L. (2008), „Community reinforcement approach plus vouchers for cocaine dependence in a community setting in Spain: six-month outcomes”, *Journal of Substance Abuse Treatment* 34, pp. 202-7.
- Stallwitz, A. en Stöver, H. (2007), „The impact of substitution treatment in prisons: a literature review”, *International Journal of Drug Policy* 18, pp. 464-474.
- Sumnall, H.R., Woolfall, K., Edwards, S. et al. (2008) „Use, function, and subjective experiences of gamma-hydroxybutyrate (GHB)”, *Drug and Alcohol Dependence* 92, pp. 286-290.
- Sutton, A.J., Edmunds, W.J. en Gill, O.N. (2006), „Estimating the cost-effectiveness of detecting cases of chronic hepatitis C infection on reception into prison”, *BMC Public Health* 6, p. 170.
- 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, pp. 309-318.
- Szendrei, K. (1997, 1998), „Cannabis as an illicit crop: recent developments in cultivation and product quality”, *Bulletin on Narcotics* XLIX en L, nrs. 1 en 2.
- Toumbourou, J.W., Stockwell, T., Neighbors, C. et al. (2007), „Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use”, *Lancet* 369, pp. 1391-401.
- UNODC (2007a), *2007 World drug report*, Bureau voor drugs en criminaliteit van de Verenigde Naties, Wenen.
- UNODC (2007b), *Cocaine trafficking in West Africa: the threat to stability and development*, Bureau voor drugs en criminaliteit van de Verenigde Naties, Wenen (beschikbaar op: <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/Studies-on-Drugs-and-Crime.html>).
- UNODC (2008), *2008 World drug report*, Bureau voor drugs en criminaliteit van de Verenigde Naties, Wenen.
- UNODC en de regering van Marokko (2007), *Morocco cannabis survey 2005*, Bureau voor drugs en criminaliteit van de Verenigde Naties, Wenen.
- USDS (2008), *International narcotics control strategy report*, Vol. I, US Department of State, Washington, DC.
- Van Den Berg, C., Smit, C., Van Brussel, G., Coutinho, R. en Prins, M. (2007), „Full participation in harm-reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam cohort studies among drug users”, *Addiction* 102, pp. 1454-1462.
- WCO (2007), *Customs and drugs report 2006*, Wereld Douane Organisatie, Brussel.

Werch, C.E. en Owen, D.M. (2002), „Latrogenic effects of alcohol and drug prevention programs”, *Journal of Studies on Alcohol* 63, pp. 581-590.

Wood, D., Warren-Gash, D., Ashraf, T. et al. (2008), „Medical and legal confusion surrounding gamma-hydroxybutyrate (GHB) and its precursors gamma-butyrolactone (GBL) and 1,4 butanediol (1,4BD)”, *Quarterly Journal of Medicine* 101, pp. 23-29.

Zador, D., Mayet, S. en Strang, J. (2006), „Commentary: Decline

in methadone-related deaths probably relates to increased supervision of methadone in UK”, *International Journal of Epidemiology* 35, pp. 1586-1587.

Zonneville-Bender, M.J.S., Matthys, W., van de Wiel, N.M.H. en Lochman, J.E. (2007), „Preventive effects of treatment of disruptive behavior disorder in middle childhood on substance use and delinquent behavior”, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 46, pp. 33-39.

Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving

Jaarverslag 2008: Stand van de drugsproblematiek in Europa

Luxemburg: Bureau voor officiële publicaties der Europese Gemeenschappen, 2008

2008 — 107 blz. — 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-333-8

Hoe zijn de EU-publicaties te verkrijgen?

Publicaties van het Publicatiebureau die te koop zijn kunt u via de website van de EU Bookshop <http://bookshop.europa.eu/> bestellen bij het verkoopkantoor van uw keuze.

U kunt ook via fax – op het nummer (352) 2929 42758 – een lijst aanvragen van onze wereldwijd verspreide verkoopkantoren.

Over het EWDD

Het Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving is een van de gedecentraliseerde agentschappen van de Europese Unie. Het in Lissabon gevestigde EWDD is in 1993 opgericht en fungeert als de centrale bron van velerlei informatie op het gebied van drugs en drugsverslaving in Europa.

Het EWDD verzamelt, analyseert en verspreidt 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 lidstaten van de EU en Noorwegen. Het is een belangrijk naslagwerk voor degenen die op de hoogte willen blijven van de meest recente stand van zaken op drugsgebied in Europa.



Publicatiebureau
Publications.europa.eu

ISBN 978-92-9168-333-8

