



emcdda.europa.eu

Social exclusion and reintegration

EMCDDA 2003 selected issue

In EMCDDA 2003 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway

In Zweden kunnen jonge mensen tussen 12 en 21 jaar met ernstige psychosociale problemen die vaak ook criminele gedragingen vertonen en psychoactieve stoffen gebruiken, zonder hun toestemming worden opgenomen. Tot de behandelmethoden behoren omgevingstherapie, functionele gezinstherapie, cognitieve gedragstherapie en, voor verslavingen, de „twaalf-stappenmethode”. Als alternatief voor een gevangenisstraf kunnen jonge delinquenten op basis van de (speciale voorzieningen in de) Zweedse Wet voor de zorg voor jonge personen opgenomen worden in een gesloten behandelcentrum voor jongerenzorg⁽¹⁸⁶⁾. Voor meer informatie over de maatregelen op behandelgebied wordt verwezen naar blz. 49.

Sociale uitsluiting en integratie

Definitie en concepten

Volgens het meest recente onderzoek naar „sociale onzekerheid en integratie”⁽¹⁸⁷⁾ varieert het percentage van de Europese populatie dat een risico op armoede en sociale uitsluiting loopt van 9 tot 22 % (Europese Raad, 2001). Mensen worden als sociaal uitgesloten aangemerkt indien zij „niet volledig aan het economische, sociale en burgerlijke leven kunnen deelnemen en/of wanneer hun toegang tot inkomen en andere hulpmiddelen (op persoonlijk of cultureel vlak dan wel in gezinsverband) dermate ontoereikend is dat zij niet van de levensstandaard kunnen genieten die door de maatschappij waarin zij leven als acceptabel wordt beschouwd” (Gallie en Paugam, 2002).

Dat betekent dat sociale uitsluiting gedefinieerd kan worden als een gebrek aan economische middelen, een sociaal isolement en een beperkte toegang tot sociale en burgerrechten. Sociale uitsluiting is een relatief concept in de diverse maatschappijen (CEIES, 1999) en weerspiegelt de progressieve accumulatie van sociale en economische factoren gedurende een bepaald tijdsverloop. Factoren die een bijdrage zouden kunnen leveren aan sociale uitsluiting zijn werkgerelateerde problemen, opleidingsniveau en levensstandaard, gezondheid, nationaliteit, drugsmisbruik, sekseverschillen en geweld (Europese Raad, 2001; nationale verslagen, 2002).

Drugsgebruik kan zowel gezien worden als een gevolg en als een oorzaak van sociale uitsluiting (Carpentier, 2002): drugsgebruik kan namelijk aan de ene kant tot een verslechtering van de leefomstandigheden leiden, maar aan de andere kant kan een steeds groter wordend sociaal isolement ook een reden zijn om met drugsgebruik te beginnen. Desalniettemin is er niet noodzakelijk sprake van een causaal verband tussen drugsmisbruik en sociale uitsluiting, omdat die uitsluiting „niet op alle drugsgebruikers van toepassing is” (Tomas, 2001).

Rekening houdend met deze complexe verbanden is getracht om het drugsgebruik onder sociaal uitgesloten populaties te analyseren en de sociale uitsluiting onder drugsverslaafden te bestuderen (zie figuur 22).

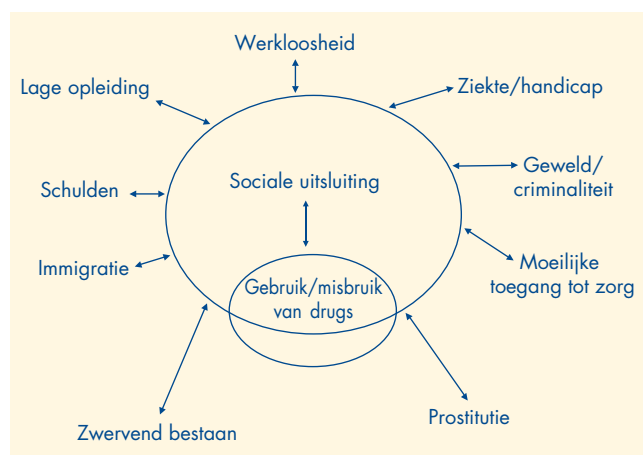
Patronen in drugsgebruik en de waargenomen gevolgen in een sociaal uitgesloten populatie

In de literatuur en in onderzoeken worden de volgende populaties meestal als risicogroepen voor sociale uitsluiting beschouwd: gevangenen, immigranten⁽¹⁸⁸⁾, daklozen, prostituees en kwetsbare jonge mensen. Wat de informatie over drugsgebruik en patronen in drugsgebruik in sociaal uitgesloten groepen betreft, dient wel rekening gehouden te worden met vertekeningen en methodologische beperkingen vanwege het gebrek aan gegevensbronnen en vergelijkbare data in Europa.

Er is een redelijk groot verband geconstateerd tussen gevangenen en drugsgebruik (zie ook blz. 34). Veel gedetineerden gebruiken al drugs voordat zij in de gevangenis terechtwamen en de oorzaak van hun detentie wordt ook vaak in verband gebracht met drugsgebruik. Een aantal mensen volgt echter de tegenovergestelde richting en begint pas met drugsgebruik nadat zij in de gevangenis zijn beland. Uit onderzoeken blijkt dat tussen 3 en 26 % van de drugsgebruikers in Europese gevangenis tijdens hun detentieperiode met drugs beginnen en dat tussen 0,4 en 21 % van de gedetineerde ID's voor de eerste keer in de gevangenis drugs injecteren. Drugsgebruik in gevangenis is een „normaal” verschijnsel: tot 54 % van de gevangenen meldt drugsgebruik tijdens hun detentie, en tot 34 % rapporteert injecterend drugsgebruik in de gevangenis (Stoever, 2001; EWDD, 2002a).

De relatie tussen „zwarte en etnische minderheidsgroepen” en drugsgebruik is minder duidelijk omdat hierover weinig informatie beschikbaar is. Er zijn geen wetenschappelijke gegevens waaruit zou blijken dat het drugsgebruik onder immigranten hoger is dan onder de totale populatie. In een aantal onderzoeken naar specifieke etnische minderheden is in deze groepen, vergeleken met de algemene populatie, een hoger percentage aan problematisch drugsgebruik geconstateerd. Dat geldt bijvoorbeeld voor de Ingriërs in Finland (van wie naar schatting 1 tot 2 % drugs zou gebruiken, met name heroïne), de Koerden in Duitsland, de zigeuners in Spanje en een aantal

Figuur 22 — Verband tussen sociale uitsluiting en drugsgebruik



⁽¹⁸⁶⁾ Zie <http://www.stat-inst.se/article.asp?articleID=87>.

⁽¹⁸⁷⁾ Eurobarometer-onderzoek 56.1: http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/soc-incl/eurobarometer_en.pdf.

⁽¹⁸⁸⁾ In EWDD (2002b) worden immigranten gedefinieerd als „zwarte en etnische minderheidsgroepen”. Daartoe behoren ook de populaties immigranten van de uiteenlopende gemeenschappen in de EU-landen.

etnische groeperingen in Nederland (Vrieling e.a., 2000) (189). Dit zou veroorzaakt kunnen worden door een combinatie van sociale achterstandsfactoren, zoals een slechte beheersing van de plaatselijke taal, werkloosheid en huisvestingsproblemen, slechte leefomstandigheden en een gebrek aan economische middelen (nationale verslagen, 2002).

Wat de patronen in drugsgebruik betreft, zijn er wel verschillen tussen etnische groepen aangetroffen. Het gebruik van qat wordt uitsluitend door de Somalische populaties en zwarte Afrikanen gemeld, terwijl het roken van heroïne veel vaker door immigranten uit Suriname en Bangladesh gebeurt. Daarnaast schijnt het drugsgebruik onder zigeuners in Spanje op een jongere leeftijd (twee tot drie jaar eerder) te beginnen dan onder de autochtone bevolking (Eland en Rigter, 2001; Reinking e.a., 2001; Fundación Secretariado General Gitano, 2002).

Ook daklozen worden beschouwd als een groep die een hoger risico op drugsgebruik loopt. Hoewel er geen vergelijkbare gegevens voor Europa beschikbaar zijn over het verband tussen dakloosheid en drugsgebruik, zijn er in veel landen gerichte studies op dit gebied uitgevoerd waaruit blijkt dat drugsgebruik onder daklozen een veel voorkomend probleem is (nationale verslagen, 2002). Denemarken, Frankrijk, Nederland en het Verenigd Koninkrijk melden dat tot 80 % van de daklozen die in opvangcentra wonen aan drugs verslaafd zijn; de prevalentiepercentages onder mensen die op straat leven of onder daklozen met andere sociale problemen zijn zelfs nog hoger. Volgens een klein onderzoek in Ierland is bijvoorbeeld 67 % van de dakloze ex-gedefinieerden aan drugs verslaafd (Hickey, 2002). Heroïne is de meest gebruikte drug onder daklozen, gevolgd door cocaïne en polydrugsgebruik. Er zijn gegevens die erop wijzen dat de prevalentie van ander gedrag met een hoog risico, zoals het injecteren van drugs en het delen van naalden, onder daklozen ook groot is (190).

Er wordt melding gemaakt van het feit dat kwetsbare jonge mensen frequent drugs gebruiken. Er is bijvoorbeeld een hoge prevalentie aangetroffen onder kinderen die met sociale of gezinsproblemen of met problemen op school te maken hebben gehad. Ook onder kinderen van drugsverslaafden is een hoge prevalentie van drugsgebruik geconstateerd; de percentages voor de ervaringsgraad van drugsgebruik onder kinderen met ouders die in het afgelopen jaar drugs hebben gebruikt, zijn significant hoger dan de percentages die in de „niet-kwetsbare” groep zijn aangetroffen (een ervaringsgraad van 37 tot 49 % vergeleken met 29 tot 39 % onder kinderen van ouders die geen drugs gebruiken) (191). Een aantal studies meldt dat kinderen die binnen het gezin seksueel of fysiek misbruikt zijn een hoger risico op drugsgebruik lopen wanneer zij volwassen

zijn (Liebschutz e.a., 2002). Uit een onderzoek in Portugal blijkt dat jonge slachtoffers van misbruik en geweld binnen het gezin een zevenmaal zo grote kans lopen om heroïne te gaan gebruiken als jonge mensen in de algemene bevolking (Lourenço en Carvalho, 2002). Jongeren die van huis weglopen in het Verenigd Koninkrijk (192) lijken een verhoogd risico op drugsmisbruik te lopen. De percentages van de ervaringsgraad voor drugsgebruik zijn in deze groep twee tot acht keer zo hoog dan onder jonge mensen die nog nooit zijn weggelopen. De drugs die het meest gebruikt worden, zijn crack, heroïne en oplosmiddelen. Schoolproblemen vormen een andere risicofactor: er wordt een hoge prevalentie van drugsgebruik gemeld onder kinderen die niet naar school gaan (Amossé e.a., 2001), onder degenen die naar correctionele instituten gaan (van 40 % van deze scholieren in Finland werd gemeld dat zij op een bepaald moment een verslavingsprobleem hadden; bij 16 % van hen hield dit verband met drugs) (Lehto-Salo e.a., 2002) en onder degenen met een laag opleidingsniveau (13,5 % in Noorwegen) (Vestel e.a., 1997).

Bij prostituees is drugsgebruik vaak een van de redenen geweest om dit werk te gaan doen, maar de omgekeerde situatie komt ook voor (dat geldt overigens ook voor andere factoren die met drugsgebruik in verband worden gebracht). Afhankelijk van het feit of het prostitueren vóór of na de drugsverslaving is begonnen, blijken er variaties in de patronen van het drugsgebruik te bestaan. Uit een Italiaans kwalitatief onderzoek onder straatprostituees bleek dat degenen die als gevolg van problemen bij het werken als prostituee met drugs waren begonnen, over het algemeen alcohol, kalmerende middelen of andere psychoactieve medicijnen gebruikten; degenen die aangaven dat de drugsverslaving de belangrijkste oorzaak was geweest om in de prostitutie te gaan, gebruikten meestal heroïne als primaire drug (Calderone e.a., 2001).

Over andere sociaal uitgesloten groepen zijn minder onderzoeksresultaten en gegevens beschikbaar. Denemarken meldt dat 50 tot 60 % van de patiënten in de psychiatrische hulpverlening drugsverslaafd is. Dat heeft waarschijnlijk te maken met de ruime beschikbaarheid van drugs en het feit dat dergelijke patiënten ervaring hebben met het nemen van psychoactieve medicijnen (nationaal verslag, 2002).

Verband tussen sociale uitsluiting en drugsgebruik

Over de sociale omstandigheden van de behandelde populatie zijn meer gegevens beschikbaar. Tot de sociaal-economische factoren die verband houden met drugsgebruik behoren onder andere lage opleidingsniveaus, het vroegtijdig verlaten van school c.q. van school gestuurd worden, werkloosheid, lage

(189) Tabel 19 OL: Overzicht van de belangrijkste verslavingsproblemen (alcohol, heroïne, cocaïne, cannabis en gokken) onder allochtonen en autochtonen in Nederland (on-lineversie).

(190) Het Britse ministerie van Binnenlandse Zaken meldt dat in het Verenigd Koninkrijk meer dan eenderde van de daklozen heroïne en een vijfde deel crack heeft gespoten. In de afgelopen maand heeft waarschijnlijk meer dan 10 % een spuit van iemand anders gebruikt of zijn eigen spuit uitgeleend (Carlen, 1996; Goulden en Sondhi, 2001).

(191) Op basis van een onderzoek dat in 1998-1999 onder 4 848 jonge mensen in Engeland en Wales is gehouden (Goulden en Sondhi, 2001).

(192) De Social Exclusion Unit van het ministerie van de Britse vice-premier definieert een „jong persoon die wegloupt als een kind of jong persoon onder de 18 jaar dat/die meer dan één nacht zonder toestemming buiten de gezinssituatie of gezinszorg doorbrengt of dat/die door de ouders of zorgverleners tot een vertrek gedwongen is” (Social Exclusion Unit, 2002).

salarissen en werk met een geringe status, laag inkomen en schulden, onzekerheid over huisvesting, dakloosheid, drugsgerelateerde ziekte en sterfte, slechte toegang tot zorg en sociale stigma's (zie tabel 5).

Afhankelijk van het gebruikte middel en het patroon in het drugsgebruik, blijken er relevante verschillen te bestaan in de sociale omstandigheden, waarbij de slechtste omstandigheden onder heroïne- en opiaatgebruikers en chronische drugsverslaafden worden aangetroffen.

Van alle cliënten die in 2001 in behandeling waren, heeft 47 % nooit onderwijs gevolgd of slechts de basisschool afgemaakt; onder drugsgebruikers komen ook vaak hoge percentages vroegtijdige schoolverlaters (al dan niet gedwongen) voor. De omstandigheden kunnen per land en op basis van de gebruikte primaire drug verschillen ⁽¹⁹³⁾. Zo hebben opiaatgebruikers (en met name heroïnegebruikers) het laagste opleidingsniveau (nationale verslagen, 2002).

Vanwege hun onzekere sociale omstandigheden hebben drugsgebruikers ook problemen in verband met hun positie op de arbeidsmarkt; de werkloosheidspercentages zijn in vergelijking met de algemene bevolking erg hoog (47,4 % onder drugscliënten en 8,2 % ⁽¹⁹⁴⁾ onder de algemene bevolking): het vinden van een baan is moeilijk, drugsverslaafden houden zelden een baan voor langere tijd en komen nauwelijks hogerop (DrugScope, 2000) ⁽¹⁹⁵⁾. Een

onzekere positie op de arbeidsmarkt kan weer tot financiële problemen leiden: drugsverslaafden hebben vaak een laag inkomen of helemaal geen inkomsten uit arbeid (32-77 % van de cliënten in behandeling is afhankelijk van een sociale uitkering). Ook hebben drugsverslaafden doorgaans schulden.

De woonomstandigheden van drugsgebruikers lijken vaak erg slecht: de huisvesting van 10,4 % van de cliënten is aan voortdurende wisselingen onderhevig en 7,5 % verblijft in opvangcentra. Daarnaast rapporteren veel landen hoge percentages daklozen (tot 29 %) onder drugsverslaafden ⁽¹⁹⁶⁾.

Wat nationaliteit betreft, is sprake van een gelijksoortige verdeling als onder de algemene bevolking ⁽¹⁹⁷⁾. Cliënten hebben meestal de nationaliteit van het land waar ze in behandeling gaan en het aantal cliënten uit andere landen (zowel Europees als niet-Europees) komt overeen met de percentages buitenlanders in de algemene bevolking. Daarbij dient echter opgemerkt te worden dat de registratie van de nationaliteit/ethniciteit van cliënten in sommige landen niet is toegestaan en dat dergelijke informatie dus niet zonder meer voor de gehele EU vergeleken kan worden.

Naast de directe gevolgen voor de gezondheid (zie blz. 24 en 28) kan het voor drugsgebruikers ook moeilijk zijn om de stap richting hulpverlening te maken doordat zij een afkeer hebben van zorginstanties of door een slechte opleiding, een laag acceptatieniveau bij de reguliere medische hulpverlening of door de uitzonderlijke gezondheidsproblemen waarvoor geen adequate faciliteiten beschikbaar zijn.

Tot slot hebben drugsgebruikers een negatief imago en kunnen zij geconfronteerd worden met een vijandige bejegening vanuit de algemene bevolking en overheidsinstanties. Uit onderzoek in een gevangenis in Wenen is gebleken dat drugsgebruikers soms te maken krijgen met geweld en mishandelingen door politieagenten of andere ambtenaren (Waidner, 1999).

Sociale integratie

In de Europese landen en Noorwegen worden maatregelen genomen om niet alleen de sociale uitsluiting onder groepen met of zonder drugsverslavingsproblemen aan te pakken, maar ook de sociale gevolgen van het drugsgebruik/de drugsverslaving.

Op basis van de drugsstrategie van de Europese Unie (2000-2004) (Raad van de Europese Unie, 2000) en een gericht onderzoek naar sociale integratie in de EU en Noorwegen (EWDD, 2003b), kan sociale integratie gedefinieerd worden als „alle inspanningen die bedoeld zijn om drugsgebruikers in de gemeenschap te integreren”.

Interventies op het gebied van sociale integratie zijn zowel op de huidige als op de voormalige problematische drugsgebruikers gericht, variërend van goed functionerende „ontwende” voormalige verslaafden en langdurige methadoncliënten tot zeer gedeprimeerde verslaafde zwerfers.

Tabel 5 — Sociale omstandigheden (opleiding, positie op de arbeidsmarkt, huisvesting) in 2001 van cliënten in behandeling in de lidstaten van de EU

Sociale omstandigheden		Drugsgebruikers in behandeling (geldig %) ⁽¹⁾
Opleiding (n = 98 688)	Nooit naar school gegaan/ basisschool niet afgemaakt	8,0
	Niveau basisschool	43,6
Positie op de arbeidsmarkt (n = 100 000)	Werkloos	47,4
	Economisch niet actief	9,6
Huisvesting (n = 41 299)	Wisselende woonomstandigheden	10,4
	Opvangcentra	7,5

⁽¹⁾ De percentages worden berekend aan de hand van het totale aantal gemelde gevallen per afzonderlijk item: het totaal komt niet op 100 % uit omdat alleen de cijfers vermeld worden die van belang zijn voor dit hoofdstuk (nooit naar school gegaan, werkloos en dergelijke). Voor een volledig overzicht wordt verwezen naar figuur 55 OL: Opleidingsniveau onder alle cliënten naar land, figuur 56 OL: Positie op de arbeidsmarkt onder alle cliënten naar land, en figuur 57 OL: Woonomstandigheden onder alle cliënten naar land (on-lineversie).

Bron: Nationale Reitox-verslagen — TDI-gegevens 2001.

⁽¹⁹³⁾ Figuur 55 OL: Opleidingsniveau onder alle cliënten naar land (on-lineversie).

⁽¹⁹⁴⁾ Gemiddeld werkloosheidspercentage over de vijftien lidstaten (Eurostat, 2002).

⁽¹⁹⁵⁾ Figuur 56 OL: Positie op de arbeidsmarkt onder alle cliënten naar land (on-lineversie).

⁽¹⁹⁶⁾ Figuur 57 OL: Woonomstandigheden onder alle cliënten naar land (on-lineversie).

⁽¹⁹⁷⁾ Figuur 58 OL: Nationaliteit van cliënten per land (on-lineversie).

De betreffende interventies hoeven niet noodzakelijkerwijs ook een (medische of psychosociale) behandelcomponent te omvatten. Dat betekent ook dat de sociale integratie niet per se na een behandeling plaats hoeft te vinden, maar dat deze ook los van eventuele eerdere behandelingen uitgevoerd kan worden. Zo zou sociale integratie bijvoorbeeld de laatste stap in een behandelproces kunnen zijn, maar het zou ook om een aparte en onafhankelijke interventie na afloop van de behandeling kunnen gaan via instellingen die geen behandelingen uitvoeren en over eigen doelstellingen en middelen beschikken. De sociale integratiezorg benadert overigens niet uitsluitend problematische gebruikers van illegale drugs, maar kan op alle soorten verslaafden gericht zijn (met inbegrip van verslaafden aan alcohol en aan legale drugs) en zelfs op alle sociaal uitgesloten groepen (bv. daklozen en mensen die buiten onder bruggen en in dozen slapen).

Het is onmogelijk om een kwantitatief overzicht van maatregelen op het gebied van sociale integratie in de lidstaten van de EU samen te stellen omdat de term „sociale integratie” niet overal dezelfde lading dekt. Hoewel er diverse integratiediensten naast elkaar kunnen bestaan, is er op nationaal niveau doorgaans in ieder geval sprake van een „algemeen aanbod aan voorzieningen” voor sociale integratie:

- gericht op alle uitgesloten groepen met en zonder verslavingsproblemen;
- gericht op personen met verslavingsproblemen in het algemeen;
- expliciet en uitsluitend gericht op problematische gebruikers van illegale drugs (zie figuur 23) ⁽¹⁹⁸⁾.

Het is moeilijk de beschikbaarheid van sociale integratievoorzieningen te kwantificeren en de effectiviteit van de dienstverlening te beoordelen, ofschoon de gegevens erop lijken te wijzen dat het aantal voorzieningen niet afdoende is. In Duitsland wordt het aantal benodigde sociale integratieplaatsen bijvoorbeeld op circa 25 000 geraamd, terwijl het feitelijke aantal beschikbare plaatsen rond de 4 000 ligt. In het kader van een werkgelegenheidsproject in Oostenrijk werden twee keer zoveel aanvragen als beschikbare plaatsen geregistreerd; gemiddeld moesten er 15 personen per dag wegens gebrek aan plaatsingsmogelijkheden afgewezen worden.

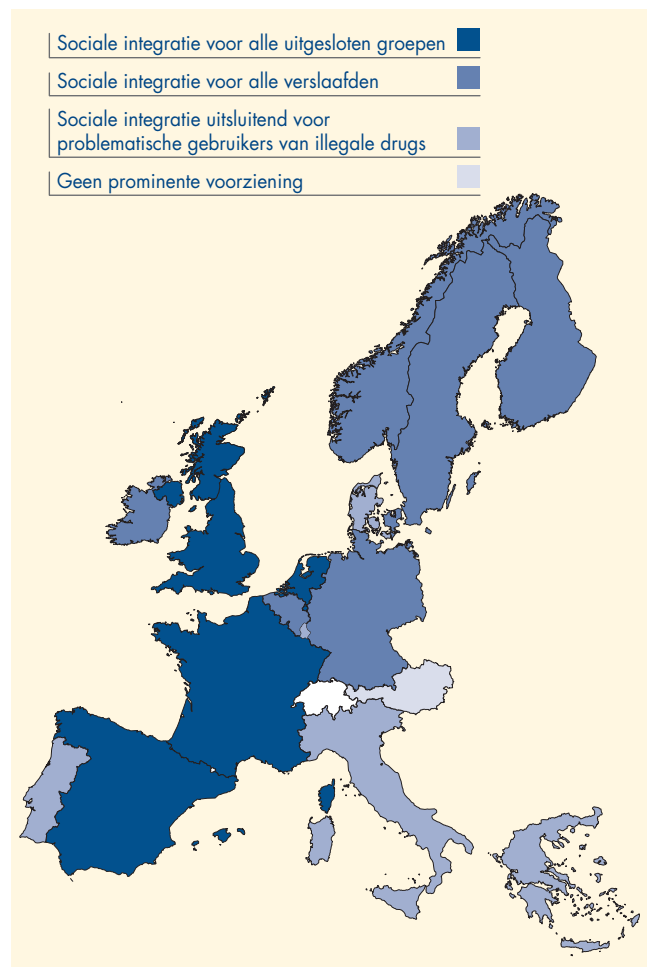
De sociale integratie kan in drie belangrijke interventiegebieden opgesplitst worden: opleidingen (inclusief training), huisvesting en werkgelegenheid.

Veel drugsgebruikers hebben een lage opleiding. In dat verband wordt in veel nationale verslagen gewezen op de slechte situatie van problematische drugsgebruikers op de arbeidsmarkt, zoals in Griekenland (Kavounidi, 1996), Denemarken (Stauffacher, 1998) en Nederland (Uunk en Vrooman, 2001). Dit betekent dat de kansen van cliënten op de arbeidsmarkt verbeterd zouden kunnen worden door meer aandacht te besteden aan hun theoretische, technische of praktische vaardigheden.

Werkgelegenheidsmaatregelen kunnen diverse vormen aannemen. In Griekenland wordt bijvoorbeeld financiële steun gegeven aan bedrijven die drugsgebruikers aan een reguliere, volwaardige baan helpen (dus geen vrijwilligerswerk en dergelijke). Andere maatregelen hebben betrekking op het opzetten van werkgelegenheidsvoorzieningen, zoals de Banenbeurs in het Oostenrijkse Wenen, of op de ondersteuning van cliënten bij het opstarten van een eigen bedrijf. Dat laatste gebeurt zowel in Griekenland als in Spanje in het kader van het werkgelegenheidsprogramma om het opzetten van een eigen zaak te stimuleren (een interventie die overigens overlapt met de eerste interventie gericht op opleiding/training).

Tot slot wordt via het regelen van huisvesting of het bieden van steun bij het zoeken naar woonruimte getracht om enige stabiliteit in het leven van cliënten te brengen. Het aanbieden van woonruimte kan op zichzelf al een interventie zijn, maar dit zal in de praktijk toch vaak ook gepaard gaan met psychosociale ondersteuning en een bepaalde mate van toezicht. Een voorbeeld van huisvesting gecombineerd met psychosociale zorg is het „Haus am Seespitz” in Tirol. Dit is een

Figuur 23 — Belangrijkste voorzieningen voor sociale integratie van problematische drugsgebruikers in de EU en Noorwegen



Bron: Nationale Reitox-verslagen.

⁽¹⁹⁸⁾ Voor uitgebreidere informatie en overzichten per land wordt verwezen naar het onderzoek „Social reintegration in the European Union and Norway” (http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/responses/social_reintegration_eu.pdf).

open nazorggroep voor cliënten waarbij de bijeenkomsten in de eigen woonomgeving plaatsvinden. In België wordt op basis van de „Habitations Protégées” zowel voor huisvesting als voor psychiatrische hulpverlening gezorgd. In een onderzoek in Ierland (Iers nationaal verslag (Hickey, 2002)) gaf 79 % van de vrouwelijke en 76 % van de mannelijke ex-gedetineerden aan dat het vinden van geschikte woonruimte hun grootste probleem was en dat werd tevens als de oorzaak van hun sociale uitsluiting gezien. Hieruit blijkt dat huisvestingsmaatregelen een belangrijke rol kunnen spelen bij de sociale integratie.

Overheidsbestedingen om de vraag naar drugs terug te dringen ⁽¹⁹⁹⁾

In de drugsstrategie van de Europese Unie (2000-2004) is vastgelegd dat de Raad en de Europese Commissie op basis van de activiteiten van het EWDD en de Pompidou-groep een gespecificeerd overzicht samenstellen van alle overheidsuitgaven op het gebied van drugs.

Om aan die taak zoals geformuleerd in de drugsstrategie van de EU te kunnen voldoen, heeft het EWDD — mede dankzij waardevolle bijdragen van de nationale focal points van het Reitox-netwerk — in dit jaarverslag een evaluatie opgenomen van de rechtstreekse overheidsuitgaven (in 1999) om de vraag naar drugs terug te dringen ⁽²⁰⁰⁾. Er wordt met name aandacht besteed aan de nationale en regionale uitgaven, aan preventie van drugsgebruik, behandeling van verslaving (intra- en extramuraal, substitutietherapie en drugsvrije therapie), rehabilitatie en integratie, hulpverlening, schadebeperking, onderwijs, onderzoek en coördinatie. Ten behoeve van een betere afbakening van ons onderzoek, hebben wij de directe uitgaven van particuliere gezondheidsorganisaties (therapiecentra, klinieken en dergelijke) en de indirecte uitgaven door de algemene dienstverlening (openbare ziekenhuizen en noodopvang) buiten beschouwing gelaten. Tot slot is de bredere en veel ingewikkeldere kwestie van de sociale kosten als gevolg van illegale drugsproblematiek niet in onderzoek genomen.

Met de bespreking van de overheidsuitgaven op dit (beperkte) terrein willen wij vooral wijzen op het belang van een drugsbeleidsindicator in de EU-lidstaten en leggen wij minder de nadruk op empirisch bewijsmateriaal.

Beperkingen en betrouwbaarheid van de gegevens

Hoewel wij de reikwijdte van ons onderzoek hebben beperkt, bevestigen de resultaten niettemin de problemen als gevolg van een geringe beschikbaarheid van gegevens en

gegevensverzameling op een relatief weinig geëxploreerd terrein in de EU. Naast het ad-hoconderzoek tijdens de voorbereiding van dit verslag ⁽²⁰¹⁾, zijn er in feite slechts enkele onderzoeken verricht naar het kwantificeren van de overheidsmiddelen die worden toegewezen aan de bestrijding van de drugsproblematiek in de EU ⁽²⁰²⁾. Vermeld dient te worden dat het merendeel van de EU-landen niet exact kan aangeven hoeveel zij uitgeven aan maatregelen ter bestrijding van drugs en drugsverslaving.

De meeste deelnemers aan dit onderzoek konden daarom geen uitvoerige gegevens verschaffen. Er ontbreken enkele getallen en vaak zijn de berekeningen gebaseerd op schattings- en extrapolatiemethoden ⁽²⁰³⁾.

Een groot aantal focal points heeft erop gewezen — en dit wordt ook in de vakliteratuur bevestigd — dat een dergelijk onderzoek door minstens vijf factoren beperkt kan worden: 1. het ontbreken van gegevens voor sommige gebieden en landen; 2. de moeilijkheid om gegevens over illegale drugs te lichten uit gegevens die zowel illegale drugs als alcohol bestrijken; 3. de variëteit aan betrokken partijen en organisaties die op centraal, regionaal en lokaal niveau voor de besteding van de gelden verantwoordelijk zijn; 4. de problemen bij het maken van een exacte onderverdeling naar theoretische categorieën, zoals bijvoorbeeld het terugdringen van de vraag versus het terugdringen van het aanbod; en 5. het complexe proces van het opsplitsen van de uitgaven binnen deze twee categorieën per interventiegebied (behandelingen, primaire interventie, integratie, samenwerking, coördinatie en dergelijke).

Het is echter interessant vast te stellen dat besluitvormers toenemende belangstelling hebben voor evaluaties van overheidsbestedingen ⁽²⁰⁴⁾ — ook al zijn dergelijke onderzoeken duidelijk gecompliceerd door methodologische problemen — niet alleen om een betere besluitvorming tot stand te brengen, maar ook om beleidsresultaten te kunnen meten.

Bestedingen ten behoeve van het terugdringen van de vraag naar drugs

Tijdens het in kaart brengen van de totale rechtstreekse overheidsuitgaven in de lidstaten van de EU aan activiteiten voor het terugdringen van de vraag, is op basis van de gegevens van de nationale focal points getracht een vergelijking van gelijksoortige uitgaven tussen de landen te maken.

Hoewel alle mogelijke statistische voorzorgsmaatregelen zijn genomen, was het niet te vermijden dat de gerapporteerde cijfers in verschillende landen soms op verschillende categorieën betrekking hadden en dat er in sommige landen gewoon geen

⁽¹⁹⁹⁾ Wegens de verschillen in de beschikbare gegevens kunnen er nauwelijks vergelijkingen tussen de landen worden gemaakt. Zie http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/public_expenditure.shtml voor een completer beeld van de uitgaven op dit terrein in de afzonderlijke lidstaten van de EU.

⁽²⁰⁰⁾ Het referentiejaar voor de rapportage van „momentopnames” in verband met de drugsstrategie van de Europese Unie (2000-2004).

⁽²⁰¹⁾ Het EWDD is met name dank verschuldigd aan de focal points in Griekenland, Oostenrijk en Portugal voor het gerichte onderzoek dat zij op dit gebied hebben gedaan, wat de reikwijdte van dit jaarverslag ten goede is gekomen. Onze dank gaat ook uit naar professor Pierre Kopp voor zijn toetsing van het onderzoek.

⁽²⁰²⁾ België (2003), Luxemburg (2002), het Verenigd Koninkrijk (2002). Voor meer referenties wordt verwezen naar de website van het EWDD

(http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/public_expenditure.shtml).

⁽²⁰³⁾ Ons streven om zo veel mogelijk landen hierbij te betrekken teneinde een compleet Europees beeld te schetsen, botst met het gebrek aan gegevens in een aantal onderzochte landen. Hoewel wij desalniettemin een breed perspectief hebben gehanteerd, zijn de analyse- en vergelijkingsmogelijkheden in hoge mate beperkt door de onzekerheid over de definitieve cijfers.

⁽²⁰⁴⁾ België (2003), Luxemburg (2002), het Verenigd Koninkrijk (2002). Voor meer referenties wordt verwezen naar de website van het EWDD (http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/public_expenditure.shtml).