

A stylized map of Europe in shades of blue, with several white stars scattered across the top right. The year '2001' is prominently displayed in the center.

2001

Jaarverslag over de stand van de drugsproblematiek in de Europese Unie

The logo for E.W.D.D. features a stylized tree with a human figure inside its branches, surrounded by a circle of stars.

E . W . D . D .

Europees Waarnemingscentrum
voor drugs en drugsverslaving

Mededeling

Deze uitgave is eigendom van het Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving (EWDD) en is auteursrechtelijk beschermd. Het EWDD wijst elke verantwoordelijkheid of aansprakelijkheid voor mogelijke gevolgen die voortvloeien uit het gebruik van de gegevens uit dit document van de hand. Tenzij anders staat aangegeven, vormen deze uitgave en de aanbevelingen en opvattingen die erin vervat zijn geen weergave van het beleid van het EWDD, noch van dat van zijn partners, enige lidstaat van de Europese Unie of enig bureau, agentschap of instelling van de Europese Unie of van de Europese Gemeenschappen.

Via Internet is veel aanvullende informatie over de Europese Unie beschikbaar. U kunt terecht op de Europaserver op het adres <http://europa.eu.int>.

Dit verslag is beschikbaar in het Deens, Duits, Engels, Fins, Frans, Grieks, Italiaans, Nederlands, Noors, Portugees, Spaans en Zweeds. Alle vertalingen zijn volledig verzorgd door het Vertaalbureau voor de organen van de Europese Unie.

Bibliografische gegevens bevinden zich aan het einde van deze uitgave.

Luxemburg: Bureau voor officiële publicaties der Europese Gemeenschappen, 2001

ISBN 92-9168-117-2

© Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving, 2001
Overname is toegestaan mits de bron wordt vermeld.

Printed in Belgium



E . W . D . D .

Europees Waarnemingscentrum
voor drugs en drugsverslaving

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23-25

P-1149-045 Lisboa

Tel. (351) 218 11 30 00

Fax (351) 218 13 17 11

E-mail: info@emcdda.org

Website: <http://www.emcdda.org>

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Dankbetuigingen	6
HOOFDSTUK 1	7
Drugs: vraag en aanbod	7
Drugsgebruik	7
Drugsgebruik onder de algemene bevolking	7
Problematisch drugsgebruik	11
Gevolgen van drugsgebruik voor de gezondheid	14
De vraag naar behandeling	14
Besmettelijke ziekten ten gevolge van drugsgebruik	16
Sterfte ten gevolge van drugsgebruik en sterftecijfers	17
Statistieken van politie en justitie	21
„Aanhoudingen” wegens drugsdelicten	21
Drugsgebruikers in de gevangenis	22
Statistieken over de drugsmarkt: vangsten, prijs en zuiverheid	22
Heroïne	22
Cocaïne	23
Synthetische drugs: amfetaminen, ecstasy en LSD	23
Cannabis	24
HOOFDSTUK 2	27
Maatregelen tegen drugsgebruik	27
Ontwikkelingen op het gebied van beleid en strategie	27
Op EU-niveau	27
Op nationaal niveau — Drugsstrategieën in de lidstaten van de EU	27
Specifieke maatregelen	31
Terugdringen van de vraag	31
Terugdringen van het aanbod	36

HOOFDSTUK 3	39
Speciale kwesties	39
Cocaïne en „base/crack”	39
Prevalentie, patronen en problemen	39
Markt	42
Interventieprojecten en nieuwe benaderingswijzen	42
Beleidskwesties	43
Besmettelijke ziekten	44
Prevalentie en tendensen	44
Determinanten en gevolgen	46
Schadebeperkende maatregelen	48
Synthetische drugs	50
Verspreiding van het gebruik	50
Gedrag en gebruikspatronen	50
Beschikbaarheid van middelen	51
Behandelingsgegevens	52
Gezondheidsrisico's	52
Sterfte ten gevolge van drugsgebruik	53
Respons	53
Terugdringen van het aanbod	53
Nieuwe initiatieven en uitdagingen voor de beleidsvorming	54
HOOFDSTUK 4	57
Het drugsprobleem in Midden- en Oost-Europese landen	57
Situatie en tendensen	57
Prevalentie van en patronen in het drugsgebruik	57
Vraag naar behandelingsfaciliteiten	58
Beschikbaarheid	58
Beleid en institutionele responsen op het verschijnsel drugs	59
Wetgeving	59
Nationale coördinatie	60
Nationale strategieën en actieplannen	60
Witwassen van geld	62
Reitox-Focal Points	63

Voorwoord

Het Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving (EWDD) presenteert met veel plezier het zesde *Jaarverslag over de stand van zaken van de drugsproblematiek in de Europese Unie*. Met dit verslag wordt vooral beoogd een bijdrage te leveren bij de ontwikkeling van beleid op regionaal, landelijk en EU-niveau.

In dit verslag wordt een actueel beeld gegeven van de stand van zaken op het gebied van drugs in de EU en wordt de nadruk gelegd op nieuwe tendensen en ontwikkelingen. Het biedt een algemeen overzicht en belicht een aantal belangrijke onderwerpen — cocaïne, infectieziekten en synthetische drugs — meer in detail. Het geeft ook een algemeen overzicht van de situatie in de landen van Midden- en Oost-Europa.

Dit jaar zijn de kwaliteit en de vergelijkbaarheid van de door de lidstaten geproduceerde cijfers veel beter. Het is evenwel van het grootste belang dat alle lidstaten zich blijven inspannen, niet alleen om gegevens op EU-niveau beter met elkaar te kunnen vergelijken maar ook om te garanderen dat dergelijke gegevens periodiek geproduceerd worden.

Dit brengt ons bij een uiterst belangrijk vraagstuk, te weten de harmonisatie van gegevens, die snel verwezenlijkt moet kunnen worden om te waarborgen dat de informatie over drugs op EU-niveau betrouwbaarder en beter vergelijkbaar wordt dan nu het geval is. Om dit proces te bevorderen, heeft het EWDD richtlijnen opgesteld voor de gestandaardiseerde invoering in de EU van vijf epidemiologische sleutelindicatoren. In het komende jaar gaan de lidstaten een belangrijke rol spelen door te verzekeren dat deze standaardindicatoren op nationaal niveau over de hele linie worden ingevoerd.

In het bijzonder moet worden opgemerkt dat in het EU-beleid inzake drugs en in het bijbehorende actieplan voor follow-upmaatregelen (2000-2004) informatie en evaluatie als hoofdprioriteiten worden aangemerkt.

Inderdaad is informatievergaring en -analyse een eerste, voorbereidende stap voor het beoordelen van de uitwerking van maatregelen. Het actieplan van de EU legt ook de nadruk op het belang van de verschillende in de Europese Unie beschikbare informatiebronnen — in het bijzonder het EWDD en Europol.

Het EWDD werkt intensief aan de vervulling van deze kernfunctie als informatieverstrekker. Het werkprogramma 2001-2003 is afgestemd op de zes prioritaire doelstellingen van het EU-beleid inzake drugs. Het EWDD levert tevens een bijdrage aan de evaluatie van de uitwerking van het EU-actieplan en werkt samen met de nationale Focal Points, Europol en de nationale drugseenheden om adequate hulpmiddelen te ontwikkelen voor het maken van twee momentopnames van een reeks variabelen die aan de zes prioritaire doelstellingen van het EU-beleid zijn aangepast.

De eerste momentopname toont de stand van zaken en de gevonden antwoorden in 1999, dit wil zeggen vóór de goedkeuring van het EU-actieplan. Hiermee wordt een basis verschaft waartegen de bereikte vooruitgang aan het eind van het plan in 2004 kan worden afgemeten. De tweede momentopname toont de stand van zaken en de gevonden antwoorden in 2004 op basis van de uit dezelfde reeks variabelen verzamelde informatie.

Via al deze stappen werkt het EWDD toe naar de vervulling van de voornaamste uitdaging, te weten door informatieverstrekking beleidsmakers een solide basis te bieden voor het ontwerpen van drugsbeleid met kennis van zaken.

Georges Estievenart
Directeur

Dankbetuigingen

Het EWDD wil de volgende personen en instanties bedanken 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;
- de Pompidou-groep van de Raad van Europa; het Programma van de Verenigde Naties voor Internationale Drugsbestrijding (UNDCP); de Wereldgezondheidsorganisatie; Europol; Interpol; de Werelddouaneorganisatie en het Europees Centrum voor de epidemiologische controle van aids;
- het Vertaalbureau voor de organen van de Europese Unie en het Bureau voor officiële publicaties der Europese Gemeenschappen;
- Andrew Haig & Associates, grafische vormgeving en lay-out.



Een interactieve versie van het jaarverslag 2001 is ook via Internet beschikbaar op www.emcdda.org. Deze versie bevat verwijzingen naar gegevensbronnen, verslagen en achtergronddocumenten die gebruikt zijn bij het samenstellen van dit verslag.

Drugs: vraag en aanbod

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de situatie met betrekking tot de vraag naar en het aanbod van drugs en worden recente ontwikkelingen en nieuwe tendensen beschreven.

Verbeteren van de vergelijkbaarheid van gegevens — De EWDD-sleutelindicatoren

Een van de centrale taken van het EWDD is het verbeteren van de vergelijkbaarheid van gegevens. Het EWDD ontwikkelt en geeft aanbevelingen over methoden en instrumenten om op Europees niveau geharmoniseerde kwaliteitsgegevens te verzamelen en te analyseren. In het EU-actieplan ter bestrijding van drugs (2000-2004) worden de lidstaten opgeroepen betrouwbare en vergelijkbare informatie beschikbaar te stellen over vijf epidemiologische sleutelindicatoren op basis van door het EWDD aanbevolen technische instrumenten en richtsnoeren. Het betreft de volgende vijf sleutelindicatoren:

- prevalentie van en patronen in drugsgebruik onder de algemene bevolking (bevolkingsenquêtes);
- prevalentie van en patronen in problematisch drugsgebruik (statistische ramingen van prevalentie/incidentie van de omvang van het probleem aangevuld met onderzoeken onder drugsgebruikers);
- besmettelijke ziekten ten gevolge van drugsgebruik (prevalentie en incidentie van HIV, hepatitis-B en -C onder intraveneuze drugsgebruikers);
- sterfte ten gevolge van drugsgebruik en het sterftecijfer onder drugsgebruikers (algemene overlijdensregisters en statistische sterftecijfers uit speciale registers en cohortstudies naar sterfte en doodsoorzaken onder drugsgebruikers);
- vraag naar drugstherapie (statistische gegevens van centra voor drugsbehandeling over cliënten die in therapie gaan).

Drugsgebruik

Drugsgebruik onder de algemene bevolking

Om de drugsituatie te beoordelen en beleid te ontwikkelen en te evalueren, zijn schattingen over het percentage van de bevolking dat drugs gebruikt of ermee heeft geëxperimenteerd onontbeerlijk. Het is noodzakelijk te weten in welke groepen het drugsgebruik geconcentreerd is en wat de gebruikspatronen zijn.

Patronen van drugsgebruik

Cannabis is het meest gebruikte verboden middel in alle EU-landen, zowel qua ervaringsgraad onder volwassenen (dat wil zeggen het percentage volwassenen dat ooit in zijn leven cannabis heeft gebruikt) als qua recent gebruik. Het gebruik van andere verboden middelen komt minder vaak voor.

De ervaringsgraad onder volwassenen (het EWDD-criterium is 15 tot 64 jaar, maar in sommige landen wordt een enigszins afwijkende norm gehanteerd) met betrekking tot cannabis loopt uiteen van ongeveer 10 % in Finland tot ongeveer 20 tot 25 % in Denemarken, Frankrijk, Ierland, Nederland, Spanje en het Verenigd Koninkrijk ⁽¹⁾.

Met andere middelen zijn veel minder mensen in aanraking gekomen. Van de volwassenen heeft 1 tot 4 % ooit in zijn leven amfetamine gebruikt, een percentage dat tot 10 % oploopt in het Verenigd Koninkrijk. Ecstasy is door 0,5 tot 4 % van de Europese volwassenen geprobeerd en cocaïne door 0,5 tot 3 %. Over het algemeen zegt minder dan 1 % van de volwassenen ervaring met heroïne te hebben gehad, hetgeen tegenstrijdig lijkt te zijn met de hoge aanwezigheidsfrequentie ervan in de indicatoren voor drugsproblemen.

⁽¹⁾ Figuur 1 OL — Percentage volwassenen in een aantal EU-landen dat ooit cannabis, amfetaminen of cocaïne heeft gebruikt. Cijfers gebaseerd op landelijke enquêtes onder de bevolking (on-lineversie).

Methodologie voor ramingen van drugsgebruik onder de algemene bevolking

Om het drugsgebruik te schatten, worden onderzoeken onder de algemene bevolking uitgevoerd. Twaalf lidstaten hebben de afgelopen jaren landelijke onderzoeken uitgevoerd naar drugsgebruik onder de algemene bevolking (hoewel de steekproef in Luxemburg klein was) en de resterende landen (Italië, Oostenrijk en Portugal) zijn bezig met de opzet van een onderzoek. Een aantal landen heeft al meerdere opeenvolgende nationale onderzoeken op basis van dezelfde methodologie uitgevoerd (bv. Duitsland, Spanje, het Verenigd Koninkrijk en Zweden) en in Frankrijk, Griekenland en Nederland zijn herhalingsonderzoeken in gang gezet. In een aantal landen zijn opeenvolgende ad-hoconderzoeken uitgevoerd die in zekere mate vergelijkbaar zijn (bv. in Denemarken, Finland en Frankrijk).

Tussen de landen bestaan verschillen in de methoden van gegevensverzameling, omvang van de steekproeven en

de onderzoekskaders, die de nauwkeurigheid en validiteit van de ramingen zouden kunnen beïnvloeden. Totdat deze kwesties opgelost zijn, dient de nodige terughoudendheid betracht te worden bij rechtstreekse vergelijkingen tussen de niveaus van drugsgebruik in lidstaten, vooral als de verschillen klein zijn.

Het EWDD heeft richtsnoeren ontwikkeld om de kwaliteit en vergelijkbaarheid van bevolkingsonderzoeken in de EU te verbeteren. Deze richtsnoeren omvatten onder andere een serie gemeenschappelijke kerngegevens die gebruikt kunnen worden om gegevens te distilleren uit bestaande onderzoeken. Zij kunnen echter ook geïntegreerd worden in uitgebreidere enquêtes en methodologische basisrichtsnoeren. De EWDD-richtsnoeren worden geleidelijk in de lidstaten ingevoerd.

Het gebruik van verboden middelen is vooral geconcentreerd in bepaalde bevolkingsgroepen, met name jongvolwassenen, mannen en de stedelijke bevolking. Het gebruik onder de groep jongvolwassenen (het EWDD-criterium is 15 tot 34 jaar, maar in sommige landen wordt een enigszins afwijkende norm gehanteerd) ligt voor de meeste drugs tot twee keer zo hoog als onder de algemene bevolking ⁽²⁾ ⁽³⁾.

Van de jongvolwassenen in Finland en Zweden heeft 15 % bijvoorbeeld ooit cannabis geprobeerd, terwijl dat in Denemarken, Frankrijk, Ierland, Nederland, Spanje en het Verenigd Koninkrijk 28 tot 40 % betreft. Met amfetaminen, ecstasy en cocaïne daarentegen is door 1 tot 6 % van de jongvolwassenen geëxperimenteerd (maar de percentages voor amfetamine en ecstasy in het Verenigd Koninkrijk bedragen respectievelijk 16 % en 8 %). Onder mannen is duidelijk sprake van een hoger percentage drugsgebruik, hoewel dit per land verschilt en de verschillen de neiging vertonen met de tijd af te nemen ⁽⁴⁾.

Onder inwoners van stedelijke gebieden is sprake van een hogere frequentie van drugsgebruik dan onder die van plattelandsgebieden. Verschillen in de totale cijfers

per land zouden grotendeels veroorzaakt kunnen worden door de urbanisatiegraad ⁽⁵⁾.

Hoewel de ervaringsgraad op ruime schaal gebruikt wordt, geeft deze geen nauwkeurig beeld van het recente drugsgebruik omdat daarin iedereen die ooit drugs heeft gebruikt is opgenomen. Meestal wordt het recente drugsgebruik geschat op basis van het gebruik in het voorgaande jaar (de zogenaamde prevalentie in de twaalf maanden voorafgaand aan het onderzoek).

Van de volwassenen geeft 1 tot 9 % aan recentelijk (dat wil zeggen in de twaalf maanden voorafgaand aan het onderzoek) cannabis gebruikt te hebben. De prevalentie van andere verboden middelen bij volwassenen ligt zelden boven de 1 % en bedraagt ongeveer het dubbele onder jongvolwassenen. In Ierland, Spanje (wat cocaïne betreft) en het Verenigd Koninkrijk zijn de percentages iets hoger dan in andere landen ⁽⁶⁾.

Tendensen

Gegevens over tendensen op drugsgebied kunnen veel informatiever zijn dan een momentopname. Tot nu toe zijn echter alleen in Duitsland, Spanje, het Verenigd

⁽²⁾ Figuur 2 OL — Prevalentie van ecstasy- en cocaïnegebruik per leeftijdsgroep in Engeland en Wales in de twaalf maanden voorafgaand aan het onderzoek, 1998 (on-lineversie).

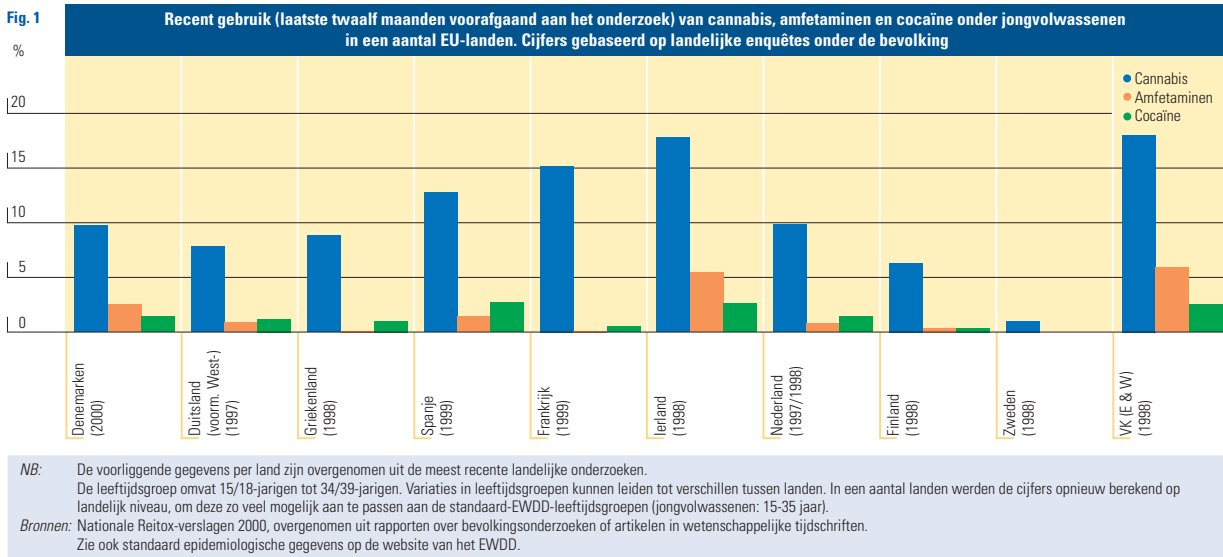
⁽³⁾ Figuur 3 OL — Percentage van alle volwassenen en jongvolwassenen in een aantal EU-landen dat ooit cannabis heeft gebruikt. Cijfers gebaseerd op landelijke enquêtes onder de bevolking (on-lineversie).

⁽⁴⁾ Figuur 4 OL — Percentage volwassenen (mannen en vrouwen) in een aantal EU-landen dat ooit cannabis heeft gebruikt. Cijfers gebaseerd op landelijke enquêtes onder de bevolking (on-lineversie).

⁽⁵⁾ Figuur 5 OL — Ervaring met cannabis onder Finse volwassenen in verhouding tot de urbanisatiegraad, 1998 (on-lineversie).

⁽⁶⁾ Figuur 6 OL — Percentage volwassenen dat ooit ervaring heeft opgedaan met cannabis en prevalentie van cannabis in de twaalf maanden voorafgaand aan het onderzoek in een aantal EU-landen. Cijfers gebaseerd op landelijke enquêtes onder de bevolking (on-lineversie).

Drugs: vraag en aanbod



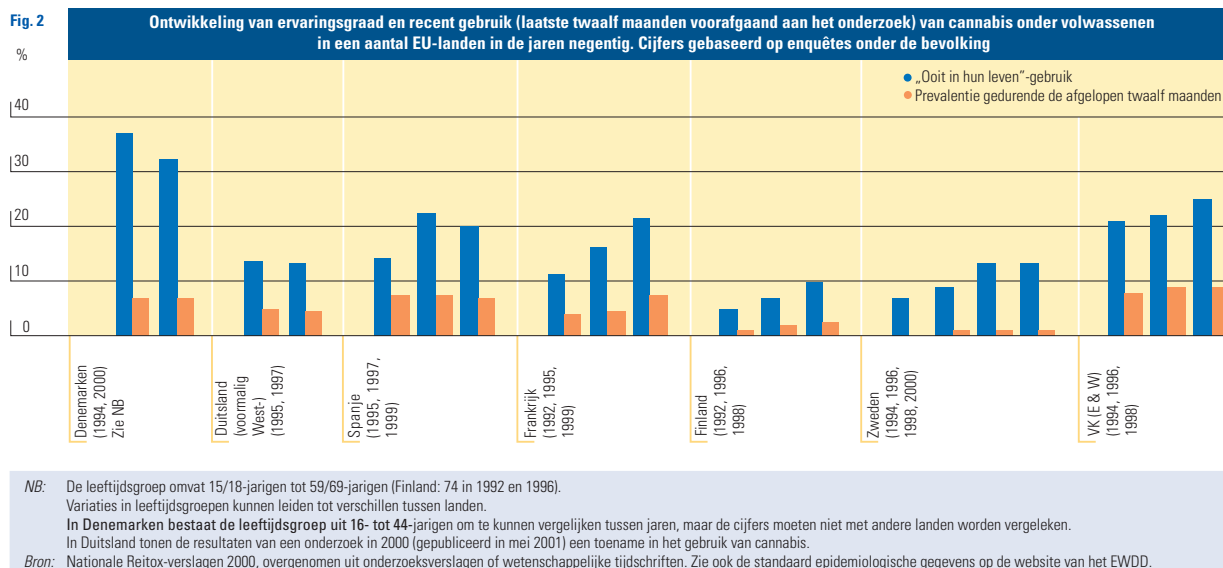
Koninkrijk en Zweden meerdere enquêtes onder de bevolking gehouden die onderling vergelijkbaar zijn. Andere landen hebben weer andere soorten onderzoeken uitgevoerd, en de tendensen dienen dan ook met terughoudendheid geanalyseerd te worden.

In de meeste landen waarover informatie beschikbaar is, is de ervaringsgraad met betrekking tot cannabis in de jaren negentig gestegen. Uit recente onderzoeken blijkt dat in veel landen sprake is van min of meer vergelijkbare prevalentiepercentages — ongeveer 20 tot 25 %. In landen met een lage prevalentie in het begin van de jaren negentig (bv. Finland, Griekenland en Zweden) heeft een proportioneel grotere stijging plaatsgevonden dan in landen die aanvankelijk een hogere prevalentie hadden (bv. Denemarken, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk).

Een toename van het aantal personen dat ooit cannabis heeft gebruikt, betekent niet noodzakelijk dat ook het

recente gebruik is gegroeid. De prevalentie in de twaalf maanden voorafgaand aan het onderzoek is in het algemeen minder gestegen dan de ervaringsgraad.

Het is moeilijker om tendensen te bepalen met betrekking tot het gebruik van andere verdovende middelen. Dergelijke ontwikkelingen doen zich vaak in relatief kleine groepen voor, maar kunnen toch aanzienlijke gevolgen hebben voor de volksgezondheid en het drugsbeleid. Zo moet bijvoorbeeld meer in detail worden nagegaan of er wel sprake is in veel landen van de veelbesproken groei van het cocaïnegebruik. Ook de recente groei in het gebruik van ecstasy — met name onder bepaalde jongerengroepen, zoals blijkt uit de vele beschikbare gegevens — komt niet duidelijk naar voren in cijfers die op de totale bevolking betrekking hebben. De onderzoekspopulaties moeten groot genoeg zijn en de analyse moet gericht zijn op de juiste leeftijdsgroepen. Onderzoek op grote schaal onder jonge mensen moet ook in aanmerking worden genomen.



Drugsgebruik onder scholieren

Voor mensen jonger dan 18 jaar baseert het EWDD zich op informatie van een vergelijkbare schoolenquête met gegevens uit dertig deelnemende landen in Europa en met gegevens uit de Verenigde Staten. Elf lidstaten van de EU hebben deelgenomen aan het meest recente Europese schoolenquêteproject over alcohol en andere drugs in 1999 (ESPAD — European School Survey Project on Alcohol and other Drugs ⁽¹⁾), dat het gebruik van tabak, alcohol en andere drugs in kaart brengt onder 15- en 16-jarige scholieren. België, Luxemburg en Spanje hebben onafhankelijk van de ESPAD-enquête in 1998 en 1999 schoolenquêtes uitgevoerd en de resultaten zijn in overeenstemming met die van het ESPAD.

Situatie en patronen

Uit deze enquêtes blijkt dat cannabis nog steeds het meest gebruikte verboden middel onder scholieren is. De ervaringsgraad onder 15- tot 16-jarigen varieert van 8 % in Portugal en Zweden tot 35 % in Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk. In twee lidstaten (Griekenland en Zweden) is de ervaringsgraad met betrekking tot vluchtige stoffen (oplosmiddelen) hoger dan of gelijk aan die van cannabis.

Uit schoolenquêtes komt een ervaringsgraad onder 15- en 16-jarige scholieren naar voren van 1 tot 8 % voor amfetaminegebruik, 1 tot 5 % voor ecstasygebruik en 1 tot 4 % voor cocaïnegebruik, waarbij Nederland en Spanje aan de hoge kant zitten ten aanzien van cocaïnegebruik.

De ervaringsgraad met betrekking tot het illegale gebruik van kalmerings- en slaapmiddelen (zonder doktersrecept) geeft een ander patroon te zien. Noorwegen en het Verenigd Koninkrijk bevinden zich met 4 % aan de ondergrens van die ervaringsgraad, Frankrijk met 12 % aan de bovengrens. De ervaringsgraad met betrekking tot illegale kalmerings- en slaapmiddelen is in Finland, Frankrijk, Italië, Portugal en Zweden hoger onder meisjes dan onder jongens. Daar staat tegenover dat de ervaringsgraad met betrekking tot verboden middelen in het algemeen onder jongens in alle lidstaten hoger is dan onder meisjes.

Het is het vermelden waard dat uit vergelijkbare gegevens in de Verenigde Staten blijkt dat de percentages voor de ervaringsgraad met betrekking tot een aantal verboden middelen hoger zijn dan voor welke lidstaat ook: cannabis (41 %), amfetamine (16 %), ecstasy (6 %) en cocaïne (8 %).

Er bestaat een negatieve relatie tussen het prevalentiepercentage van verboden drugsgebruik in een land en het

risico dat aan het gebruik van dat verdovende middel wordt toegekend. Meisjes zijn over het algemeen eerder dan jongens geneigd verdovende middelen als een risico te beschouwen. De afkeurende houding onder jongens en meisjes in de lidstaten van de EU ten aanzien van het gebruik van verboden middelen is met gemiddeld ongeveer 80 % consistent hoog, behalve ten aanzien van het gebruik van cannabis (gemiddeld 70 %).

Tendensen

Op Ierland en het Verenigd Koninkrijk na is tussen 1995 en 1999 in alle lidstaten die zowel aan de eerste als de latere ESPAD-enquêtes hebben deelgenomen een toename te constateren van de ervaringsgraad met betrekking tot verboden drugsgebruik.

Ervaringsgraad met betrekking tot cannabis

De gegevens over het gebruik van verboden drugs in het algemeen door 15- en 16-jarige scholieren worden gedomineerd door cannabis. In de meeste landen is de prevalentie van cannabis toegenomen.

In Finland en Noorwegen zijn de percentages van de ervaringsgraad met betrekking tot cannabis tussen 1995 en 1999 verdubbeld. In Denemarken, Italië, Portugal en Zweden was eveneens een toename te constateren. Er was echter sprake van een daling in de twee lidstaten die in 1995 de hoogste prevalentie van cannabis hadden. In het Verenigd Koninkrijk nam de ervaringsgraad met betrekking tot cannabis tussen 1995 en 1999 af van 41 naar 35 %, in Ierland van 37 tot 32 %.

De waargenomen verkrijgbaarheid van cannabis nam tussen 1995 en 1999 aanzienlijk toe in Denemarken, Finland, Italië en Noorwegen. In Ierland en het Verenigd Koninkrijk was sprake van een afname in de waargenomen verkrijgbaarheid, maar die was minder groot dan de afname in de ervaringsgraad.

Ervaringsgraad met betrekking tot „andere illegale drugs” (amfetamine, LSD/hallucinogenen, crack, cocaïne, ecstasy en heroïne)

Uit de ESPAD-enquête blijkt in de meeste lidstaten ook een toename in ervaringsgraad met betrekking tot de gecombineerde categorie van „andere illegale drugs”. Dat geldt echter niet voor Ierland en het Verenigd Koninkrijk, waar sprake was van een scherpe daling van respectievelijk 16 naar 9 % en van 22 naar 12 %. De stijging in de meeste lidstaten en de daling in Ierland en het Verenigd Koninkrijk bevestigen de tendens naar convergentie in de patronen van drugsgebruik in de lidstaten. De aanzien-

lijke daling in Ierland en het Verenigd Koninkrijk zou erop kunnen duiden dat de groep van 15- en 16-jarigen die met drugs willen experimenteren in de latere contactstadia met drugs verzadigd raakt.

Ervaringsgraad met betrekking tot kalmerings- en slaapmiddelen zonder doktersrecept

Traditioneel is het gebruik van kalmerings- of slaapmiddelen zonder doktersrecept aanzienlijk hoger onder meisjes dan onder jongens. Tussen 1995 en 1999 is de ervaringsgraad met betrekking tot kalmerings- en slaapmiddelen zonder doktersrecept in Denemarken, Ierland, Italië en het Verenigd Koninkrijk aanzienlijk — met ongeveer de helft — afgenomen. Daar staat tegenover dat bij meisjes in Finland en Portugal sprake was van een

toename van respectievelijk 3 % en 2 %. Bij de jongens in deze twee landen werd een afname geconstateerd.

Ervaringsgraad met betrekking tot vluchtige stoffen

Er is weinig veranderd in de ervaringsgraad met betrekking tot vluchtige stoffen, behalve in het Verenigd Koninkrijk en Zweden, waar tussen 1995 en 1999 sprake was van een daling.

(1) Het ESPAD-verslag 1999: het Europese schoolenquêteproject over alcohol en andere drugs, B. Hibbell, B. Andersson, S. Ahlström, O. Balakireva, T. Bjarnson, A. Kokkevi, M. Morgan, de Zweedse Raad voor informatie over alcohol en andere drugs (CAN) en de Pompidou-groep van de Raad van Europa, 2000.

Problematisch drugsgebruik

In het algemeen lijkt de prevalentie van problematisch drugsgebruik in Italië, Luxemburg, Portugal en het Verenigd Koninkrijk het hoogst te zijn, met tussen de vijf en acht problematische drugsgebruikers per 1 000 inwoners tussen de 15 en 64 jaar (op basis van de medianen van de spreiding binnen een land). De prevalentie

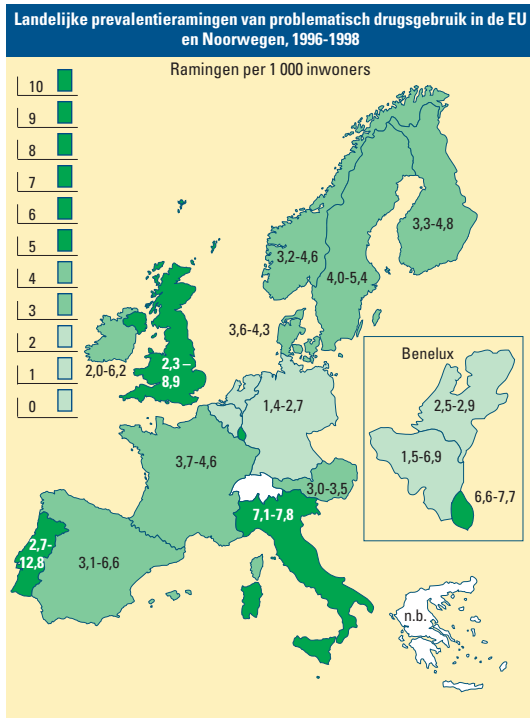
lijkt het laagst te zijn in België (waarvan de gegevens echter uitsluitend betrekking hebben op intraveneuze gebruikers en dus een lagere raming opleveren), Duitsland en Nederland met twee tot drie problematische drugsgebruikers per 1 000 inwoners tussen de 15 en 64 jaar. De cijfers voor Denemarken, Finland, Frankrijk, Ierland, Noorwegen, Oostenrijk en Spanje liggen hier tussenin, met drie tot vijf problematische drugsgebruikers per 1 000 inwoners tussen de 15 en 64 jaar. Een aantal landen meldt enigszins afwijkende cijfers ten opzichte van 2000 als gevolg van een hogere kwaliteit van de gegevens en betere ramingen. In Denemarken en met name Finland is sprake van een veel hogere prevalentie omdat minder betrouwbare (en in beide gevallen lagere) ramingen buiten beschouwing zijn gelaten.

Naast prevalentieramingen is informatie over patronen van drugsgebruik belangrijk. Er is echter weinig bekend over patronen van drugsgebruik onder problematische drugsgebruikers die niet behandeld worden, hoewel dit een belangrijke bron van informatie vormt voor de beleidsontwikkeling met betrekking tot de toekomstige vraag naar behandeling. In de noordelijke landen, met name in Finland en Zweden, bestaat de meerderheid van de problematische drugsgebruikers uit amfetaminegebruikers (voor Finland werd dat aandeel in 1997 geraamd op 70 tot 80 %). Dit in tegenstelling tot andere landen waar de groep problematische drugsgebruikers hoofdzakelijk uit gebruikers van opiaten bestaat (hoewel het ook vaak polygebruikers betreft, dat wil zeggen gebruikers die meer dan één drug gebruiken).

Tendensen

Met de huidige methoden en de kwaliteit en beschikbaarheid van gegevens is het nog steeds niet mogelijk tendensen in de prevalentie van problematisch drugsgebruik te berekenen, hoewel dat van belang zou zijn voor de

Fig. 3



NB: n. b. = geen gegevens beschikbaar. De verschillen tussen landen moeten voorzichtig worden geïnterpreteerd als gevolg van verschillende methoden en doelgroepen. Voor nadere informatie, zie tabel 1 OL en 2 OL op www.emcdda.org. Gegevens voor België en Oostenrijk betreffen 1995, voor Italië 1999 en voor Portugal 1999-2000. De oorspronkelijk geraamde cijfers van Zweden zijn met 8 % verlaagd door cannabisverslaafden buiten beschouwing te laten, zoals overeenstemt met de definitie van problematisch drugsgebruik van het EWDD. De kleur van een land duidt op het gemiddelde van de gevonden prevalenties, behalve voor België (geschat cijfer: 3 en met 95 % confidence interval-bereik). De Belgische schatting verwijst naar intraveneuze gebruikers en onderschat aldus het problematische drugsgebruik.
Bron: Reitox-Focal Points, 2000. Voor Zweden: B. Olsson, C. A. Wahren, S. Byqvist, Det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige 1998, CAN, Stockholm, 2001

Definitie en methodologie voor het schatten van problematisch drugsgebruik

Onder de term „problematisch drugsgebruik” wordt hier „intraveneus of langdurig/regelmatig gebruik van opiaten, cocaïne en/of amfetaminen” verstaan. In deze definitie worden gebruikers van ecstasy en cannabis buiten beschouwing gelaten, evenals degenen die nooit — of onregelmatig — opiaten, cocaïne of amfetaminen gebruiken. Tot de opiaten worden ook de opiaten op recept gerekend, zoals methadon. De landelijke ramingen van problematisch drugsgebruik voor de EU en Noorwegen (welk land ook deelnam aan het EWDD-project over prevalentieramingen) hebben betrekking op de periode tussen 1996 en 1998. Oostenrijk (1995) en België (1995) konden voor deze periode geen ramingen ter beschikking stellen vanwege een gebrek aan geschikte gegevens om de berekeningen op te baseren (zie figuur 3). Italië, Luxemburg en Portugal beschikten daarentegen zelfs al over recentere gegevens (1999-2000).

De ramingen zijn voornamelijk gebaseerd op statistische modellen waarin indicatoren over het drugsgebruik zijn verwerkt. Het gaat onder meer om:

- de meerdimensionale indicatormethode;
- bepaling-herbepaling;
- drie vermenigvuldigers op basis van politie-, behandelings- en overlijdensstatistieken;
- een wegingsmethode op basis van terugberekende aantallen intraveneuze drugsgebruikers met HIV-

besmetting of met aids, in combinatie met de prevalentie van HIV en aids onder intraveneuze drugsgebruikers.

Het bereik in figuur 3 is vaak gebaseerd op meerdere methoden. Dat betekent dat de hoogste en laagste cijfers via verschillende methoden verkregen kunnen zijn, zowel binnen als tussen landen. De methoden hebben ook niet altijd betrekking op dezelfde doelgroep — zo hebben de HIV/aids-terugberekening en de wegingsmethode voor sterfte ten gevolge van een overdosis betrekking op de doelgroep intraveneuze gebruikers, terwijl de vermenigvuldigers voor behandelingsgegevens alleen gebruikt konden worden voor de bredere groep van problematische gebruikers van opiaten.

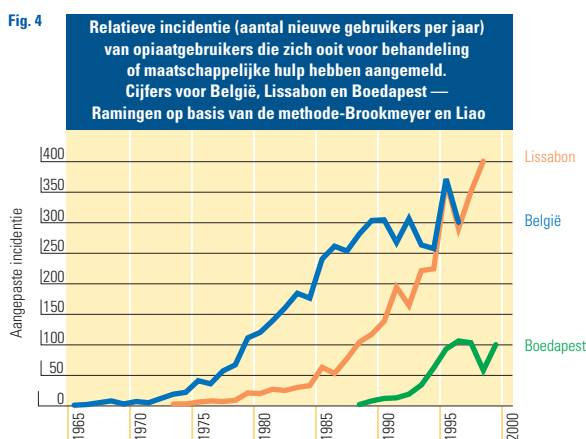
Een aantal landen heeft meerdere ramingsmethoden toegepast — twee methoden (Luxemburg, Nederland en Spanje), drie methoden (Duitsland, Finland, Frankrijk, Ierland en het Verenigd Koninkrijk) of zelfs vier methoden (Italië en Portugal). Andere landen (België, Denemarken, Noorwegen, Oostenrijk en Zweden) konden slechts één methode toepassen en Griekenland kon nog steeds geen raming ter beschikking stellen. Door het gebruik van verschillende, onafhankelijke methoden wordt het mogelijk afzonderlijke ramingen aan elkaar te toetsen, hetgeen een betrouwbaardere totaalraming voor een land oplevert. Een raming op basis van verschillende methoden, indien mogelijk met een jaarlijkse frequentie, zou dan ook de beste resultaten opleveren.

beleidsevaluatie. De incidentie van problematisch drugsgebruik zou een aanvullende en belangrijke bijdrage kunnen leveren aan het meten van tendensen. De incidentie geeft namelijk het aantal nieuwe gevallen in een jaar aan, terwijl de prevalentie alle bestaande (nieuwe en oude gevallen) weergeeft. Dat betekent dat ontwikkelingen op het gebied van de incidentie veel gevoeliger zijn voor epidemiologische veranderingen en voor interventies die erop gericht zijn nieuwe gevallen te voorkomen.

In het kader van een EWDD-project zijn nieuwe incidentieramingen van heroïnegebruik ontwikkeld voor België, Lissabon, Boedapest, Londen en Amsterdam waaruit af te leiden valt dat het verloop van de heroïne-epidemie in die regio's heel verschillend geweest is (zie figuur 4, Londen en Amsterdam worden niet getoond).

Uit figuur 5 blijkt dat zelfs binnen een land, in dit geval Italië, heroïne-epidemieën in verschillende regio's op verschillende tijdstippen kunnen plaatsvinden. De resultaten wijzen er ook op dat er een eerste (epidemische)

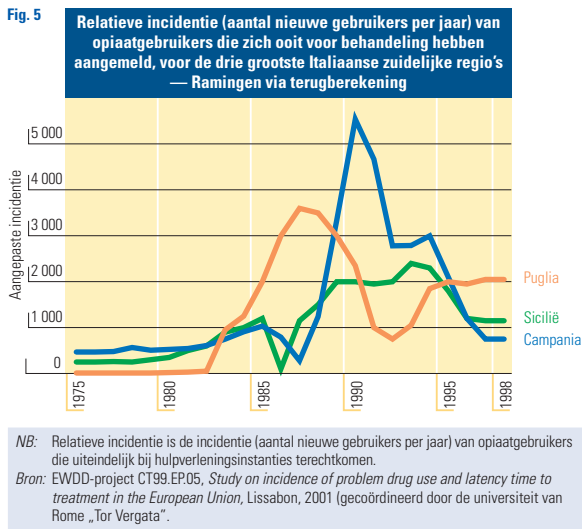
periode kan zijn met een snelle verspreiding gevolgd door verzadigingseffecten (wanneer de meest vatbare personen aan heroïne verslaafd zijn geraakt), waarna een minder snelle, maar constante verspreiding optreedt



NB: Relatieve incidentie is de incidentie (aantal nieuwe gebruikers per jaar) van opiaatgebruikers die uiteindelijk bij hulpverleningsinstanties terecht komen. Lissabon: extreem problematische zone in Lissabon, gebruikers vragen om maatschappelijke hulp. België: groep vraagt om behandeling in de Waalse Gemeenschap.

Bron: EWDD-project CT99.EP.05, *Study on incidence of problem drug use and latency time to treatment in the European Union*, Lissabon, 2001 (gecoördineerd door de universiteit van Rome „Tor Vergata”).

Drugs: vraag en aanbod



(endemische situatie) — een mechanisme dat veel overeenkomsten vertoont met de verspreiding van besmettelijke ziekten. Dit kan belangrijke consequenties hebben voor beleidsmakers met betrekking tot het optimale evenwicht tussen beleidsmaatregelen ten behoeve van primaire preventie, die in een vroeg stadium moet plaatsvinden om een hoge prevalentie te voorkomen, en secundaire preventie (drugsbehandeling en beperking van de schadelijke gevolgen van drugsgebruik), die erg belangrijk wordt nadat een hoge prevalentie is geconstateerd.

Opmerkelijk genoeg blijkt uit figuur 5 dat de heroïne-epidemie in Puglia eerder begonnen lijkt te zijn dan in Sicilië en Campania. Puglia, de „hak“ van Italië, ligt op een belangrijke handelsroute voor heroïne van de Balkanregio naar Europa, wat tot een eerdere verspreiding van heroïnegebruik geleid zou kunnen hebben. Dit vormt een bevestiging van eerdere resultaten gebaseerd op een geografische analyse van behandelingsgegevens (*jaarverslag 2000*, EWDD).

Verschillen in de prevalentie van drugsgebruik worden in elk land beïnvloed door uiteenlopende factoren. Aangezien landen met een soepeler drugsbeleid (zoals Nederland) en die met een strenger beleid (zoals Zweden) ongeveer dezelfde prevalentiepercentages kennen, is de invloed van het beleid van de verschillende landen (soepeler versus strenger) op de prevalentie van drugsgebruik en met name op problematisch drugsgebruik onduidelijk. Een alomvattend beleid op nationaal niveau is echter van groot belang voor het beperken van de negatieve gevolgen van problematisch drugsgebruik, zoals HIV-infecties, hepatitis-B en -C en sterfte als gevolg van overdoses. Andere factoren die van invloed kunnen zijn op de prevalentie van problematisch drugsgebruik,

zijn de beschikbaarheid en prijs van drugs, werkloosheid en armoede of andere maatschappelijke problemen (oorlog), de leeftijdsopbouw van een land en de verhouding tussen stedelijke en plattelandsgebieden. Daarnaast lijkt het drugsgebruik zich op een epidemische manier te gedragen (zie bijvoorbeeld figuur 4 en 5). Drugsgebruik kan dus op lange termijn via epidemische cycli verlopen, die voor een groot deel afhankelijk zijn van de demografische aanvulling met nieuwe generaties „ontvankelijke“ jonge mensen die nog geen ervaring hebben met de problemen die samenhangen met patronen van zwaarder drugsgebruik. Dit betekent dat het op dit moment niet mogelijk is een definitieve oorzakelijke interpretatie te geven van de verschillende prevalentiepercentages in de lidstaten van de EU.

Voor bepaalde landen en steden is aanvullende kwalitatieve of plaatselijke informatie beschikbaar over de tendensen met betrekking tot problematisch drugsgebruik.

In de meeste regio's van Oostenrijk lijkt de prevalentie van problematisch drugsgebruik op dit moment stabiel, hoewel straathoekwerkers in Wenen een afname hebben geregistreerd van het aantal jonge nieuwkomers in de drugscene. In het algemeen neemt het heroïnegebruik in Frankrijk af, hoewel onduidelijk is wat dit betekent voor het aantal heroïnegebruikers. Ook bestaan er in Frankrijk aanwijzingen dat op een aantal nieuwe locaties sprake is van een toename. In Finland is uit de prevalentieraming 1995-1997 voor Helsinki en omstreken af te leiden dat het gebruik van harddrugs in dit gebied in die twee jaar met ten minste 40 % gegroeid is. Die toename was het sterkst bij mannen ouder dan 26 jaar en bij amfetaminegebruikers.

Het heroïnegebruik in Duitsland speelt zich met name af in de grootstedelijke gebieden. De prevalentiepercentages en drugsvangsten in plattelandsgebieden zijn veel lager. In de nieuwe deelstaten komt heroïnegebruik nog steeds niet veel voor. Onderzoeken lijken erop te wijzen dat het heroïnegebruik sinds 1992 stabiel is of iets is toegenomen, terwijl het gebruik van cocaïne een stabiele en uniforme groei laat zien. In Griekenland lijken gegevens over indirecte indicatoren (behandeling, sterfte, laagdrempelige hulpverlening) erop te wijzen dat het problematisch drugsgebruik toeneemt. In Ierland zijn de drugsgebruikers jong, hetgeen een afspiegeling is van de algemene demografische situatie. Tot 1996 was de tendens bij het heroïnegebruik dat er steeds meer gerookt werd, maar sinds kort is het intraveneus heroïnegebruik weer aan het toenemen. In Italië lijken de niveaus van drugsgebruik hoger voor de noordelijke regio's. Het problematische drugsgebruik lijkt echter evenwichtiger verdeeld te zijn

over de noordelijke, centrale en zuidelijke regio's, zelfs als de risicopopulatie niet dezelfde is in de verschillende geografische gebieden. (De totale populatie van 15- tot 34-jarigen bedraagt ongeveer 32 miljoen mensen; 44 % hiervan leeft in de noordelijke, 19 % in de centrale en 37 % in de zuidelijke regio's.) Verder kent het noorden een relatief groter gebruik van recreatieve drugs.

Uit het landelijke registratiesysteem van Luxemburg blijkt tussen 1998 en 1999 een duidelijke toename van nieuwe registraties (42 %). Dit wordt echter voornamelijk veroorzaakt door overtreders van de drugswet en kan een gevolg zijn van politieactiviteiten. Onder de problematische gebruikers bevindt zich een groot aantal allochtonen (48 %). De prevalentieraming vertoont een stijgende tendens terwijl het intraveneuze drugsgebruik is afgenomen van meer dan 90 % naar ongeveer 66 %. In Amsterdam is het aantal heroïnegebruikers in de loop der jaren gematigd afgenomen, terwijl het percentage intraveneuze gebruikers sterk gegroeid is. In Portugal zijn de problemen met drugsgebruik het grootst in de regio's rond Lissabon, Porto, Setubal en Faro. In Spanje neemt het probleem van heroïnegebruik, met name intraveneus, af. Het cocaïnegebruik neemt hier echter een steeds grotere plaats in bij drugsproblemen. In Zweden heeft zich gedurende de jaren negentig een toename voorgedaan van het aantal zware drugsgebruikers, en heroïnegebruik komt steeds vaker voor onder jongere groepen probleemgebruikers. In het Verenigd Koninkrijk werd in een in 1998 gepubliceerd verslag een toename van nieuwe heroïne-„explosies” sinds ongeveer 1996 gesuggereerd onder jonge mensen in de meeste regio's van Engeland, terwijl een recent onderzoek in Londen een verdubbeling van de incidentie van niet-intraveneus gebruikte heroïne tussen 1991 en 1997 suggereerde.

Gevolgen van drugsgebruik voor de gezondheid

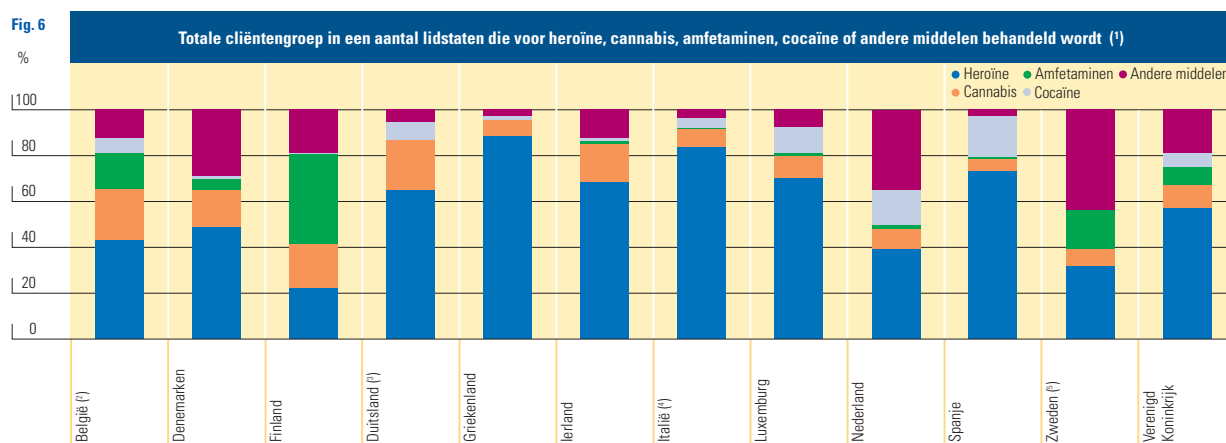
De vraag naar behandeling

De kenmerken van gebruikers die zich laten behandelen (zoals sociale kenmerken) en van het gebruiksgedrag (zoals het aantal intraveneuze gebruikers of het aantal gebruikers van opiaten) wijzen mogelijk op meer algemene tendensen in het problematisch drugsgebruik. Er kan echter een vertekend beeld ontstaan als gevolg van verschillende methoden die in landen worden gebruikt voor informatieverzameling en vanwege verschillen tussen landen in het aanbod van behandelingsmogelijkheden.

Middelen

Ondanks het uiteenlopende behandelingsbeleid en het onderscheid in registratiemethoden is het mogelijk zowel gemeenschappelijke als bijzondere tendensen in Europa te identificeren.

In de meeste landen zijn opiaten (met name heroïne) de voornaamste aanleiding voor nieuwe cliënten om in behandeling te gaan. De verschillen tussen de landen zijn tamelijk groot — van 22,4 % in Finland tot 84,2 % in Griekenland, maar het percentage ligt meestal tussen de 50 en 70 %. Naast heroïne zijn er nog andere drugs die de voornaamste aanleiding vormen om in behandeling te gaan, namelijk cannabis (meer dan 15 % in België, Denemarken, Finland en Ierland) en cocaïne (met name Nederland met 15,4 % en Spanje met 17 %). Ecstasy is slechts in een gering aantal gevallen de voornaamste drug, waarbij Ierland met 8,9 % de hoogste waarde kent. Met betrekking tot amfetaminen bestaan grote verschillen.



(*) Exclusief Frankrijk, Oostenrijk en Portugal aangezien de systemen voor rapportage niet vergelijkbaar zijn.
 (†) België: heroïne, inclusief alle opiaten en amfetaminen, inclusief alle stimulantia (gegevens van 1998).
 (‡) Duitsland: heroïne, inclusief alle opiaten.
 (¶) Italië: ook inclusief alle cliënten die nog sinds het voorgaande jaar in behandeling zijn.
 (¶) Zweden: heroïne, inclusief alle opiaten.
 Bronnen: nationale Reitox-verslagen 2000.

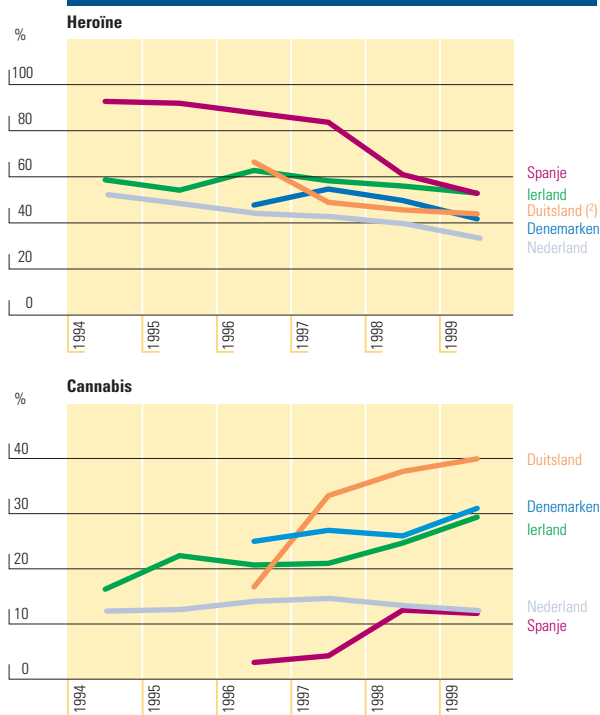
De hoogste percentages komen voor in Finland (39 %), Zweden (17 %) en België (15 %).

Tendensen

Er zijn gemeenschappelijke tendensen waarneembaar met betrekking tot de omvang van de groep nieuwe cliënten die behandeld wil worden — het aantal nieuwe cliënten dat om behandeling vraagt voor heroïne neemt af, terwijl de vraag naar behandeling vanwege cannabis- en met name cocaïnegebruik toeneemt. De grootste toename van het aantal cannabiscliënten wordt aangetroffen in Duitsland (van 16,7 % in 1996 tot 40 % in 1999, al dient opgemerkt te worden dat deze gegevens alleen betrekking hebben op extramurale centra), Ierland (van 25 % in 1996 tot 29,4 % in 1999) en Denemarken (van 25 % in 1996 tot 31 % in 1999). De grootste stijging van het aantal cocaïnegebruikers wordt gemeld door Spanje (van 21,6 % in 1998 tot 30,9 % in 1999) en Nederland (van 14,7 % in 1994 tot 23,2 % in 1999).

Deze tendensen worden niet alleen bevestigd door gegevens van alle cliënten die in de loop der jaren voor

Fig. 7 Ontwikkeling in de groep nieuwe cliënten die voor heroïne en cannabis behandeld wordt in een aantal lidstaten ⁽¹⁾



⁽¹⁾ Met uitzondering van een aantal landen vanwege het ontbreken van vergelijkbare gegevens voor de hier gepresenteerde jaren.

⁽²⁾ De gegevens hebben betrekking op alle opiaten.

Bronnen: nationale Reitox-verslagen 2000.

behandeling zijn opgenomen en waaruit een duidelijke toename van het aantal cocaïnegebruikers blijkt, maar ook door de vergelijking tussen nieuwe cliënten en alle cliënten die in een aantal lidstaten voor behandeling zijn opgenomen. Daarnaast blijkt er sprake te zijn van een toename van het gebruik van cocaïne als tweede drug bij cliënten die opiaten als voornaamste drug gebruiken ⁽⁷⁾ ⁽⁸⁾. In het algemeen gebruiken cliënten die om behandeling vragen meer dan één drug en zijn er verschillen te constateren in groepen die slechts één drug gebruiken.

In veel landen is sprake van een toename in de vraag naar substitutietherapie, met name bij zwangere vrouwen; dit is waarschijnlijk een gevolg van het feit dat deze behandelingsvorm in ruimere mate beschikbaar is.

Intraveneus drugsgebruik en andere manieren van drugsgebruik

Het percentage intraveneuze gebruikers onder cliënten die in behandeling zijn voor heroïne loopt sterk uiteen, van 12,5 % in Nederland tot 72,7 % in Griekenland. In de meeste landen is sprake van een algemene afname van het spuiten van heroïne, maar dat geldt niet voor alle landen (Ierland rapporteert in tegenstelling tot de algemene tendens een stijging van het intraveneus drugsgebruik). Een vergelijking tussen alle cliënten en nieuwe cliënten die behandeling voor heroïne nodig hebben lijkt de afname van het spuiten van heroïne te bevestigen (de gemiddelde afname van het intraveneus heroïnegebruik is ongeveer 10 %) ⁽⁹⁾.

Op de wijze van drugsgebruik kunnen veel factoren van invloed zijn, maar daarover bestaat vooralsnog geen duidelijkheid; daarnaast zijn ze ook nog niet aangetoond in wetenschappelijke onderzoeken. Zo zouden bijvoorbeeld marktfactoren, culturele tradities en interventies een rol kunnen spelen.

Op marktniveau zouden drie hoofdfactoren van invloed kunnen zijn op de wijze van drugsgebruik: de relatieve beschikbaarheid van rookbare heroïne (base-vorm) of van injecteerbare (hydrochloride) heroïne, de heroïneprijs (een hogere prijs leidt tot meer intraveneus gebruik) en de zuiverheid van heroïne (een lagere zuiverheid is gerelateerd aan een hoger intraveneus gebruiksniveau).

Vanuit een cultureel oogpunt houdt een aantal tradities met name verband met etnische minderheden. Binnen de subgroep Surinamers in Nederland is de wijze van

⁽⁷⁾ Figuur 7 OL — Ontwikkeling in de totale cliëntengroep die voor heroïne, cannabis en cocaïne wordt behandeld (on-lineversie).

⁽⁸⁾ Figuur 8 OL — De totale cliëntengroep en de groep nieuwe cliënten die voor cannabis en cocaïne worden behandeld (on-lineversie).

⁽⁹⁾ Figuur 9 OL — Percentage intraveneuze gebruikers in een aantal EU-landen onder cliënten die voor de behandeling van heroïnegebruik opgenomen zijn (gegevens over 1999) (on-lineversie).

gebruik (snuiven en roken) onder heroïnegebruikers kennelijk beïnvloed door hun afkeer van injecties. Diezelfde invloed is echter niet geconstateerd in andere subgroepen, zoals de Noord-Afrikaanse gebruikers in Frankrijk of de Antillianen die ook traditioneel heroïne roken of snuiven.

In diverse evaluatieonderzoeken wordt gewezen op het verband tussen preventieve activiteiten (beschikbare faciliteiten, informatie over de risico's van intraveneus gebruik) en veranderingen in de attitudes — bijvoorbeeld de overstap van intraveneus gebruik naar roken of snuiven — als invloedrijke factoren.

Sociale kenmerken

De meeste opgenomen gebruikers zijn mannen van in de twintig of dertig. De gemiddelde leeftijd voor alle cliënten is 29 jaar en voor nieuwe cliënten 27 jaar. De vrouwen zijn meestal jonger dan de mannen; zij vragen bijna een jaar eerder om behandeling dan mannen. Nederland en Zweden kennen de oudste cliënten, terwijl de jongste cliënten zich in Finland en Ierland bevinden, maar in Ierland is dat ook een afspiegeling van de demografische situatie in dat land.

Fig. 8

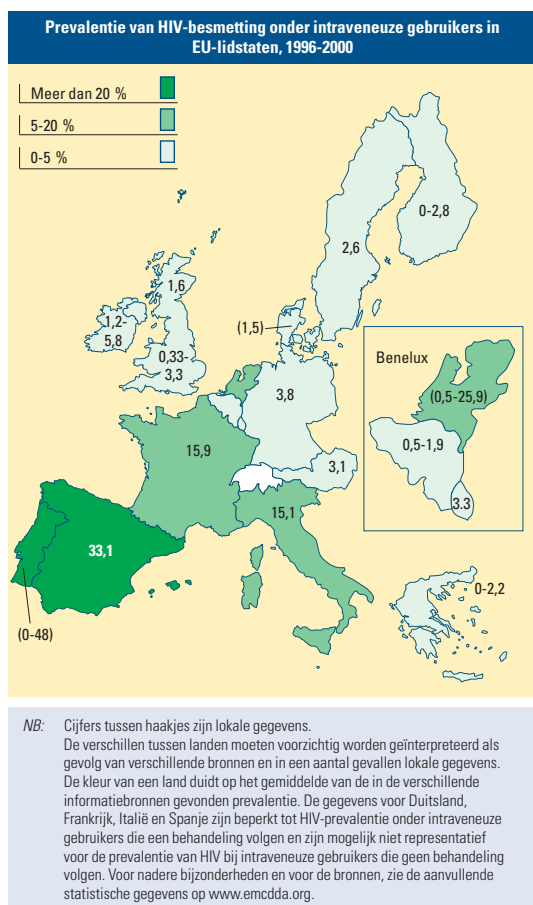
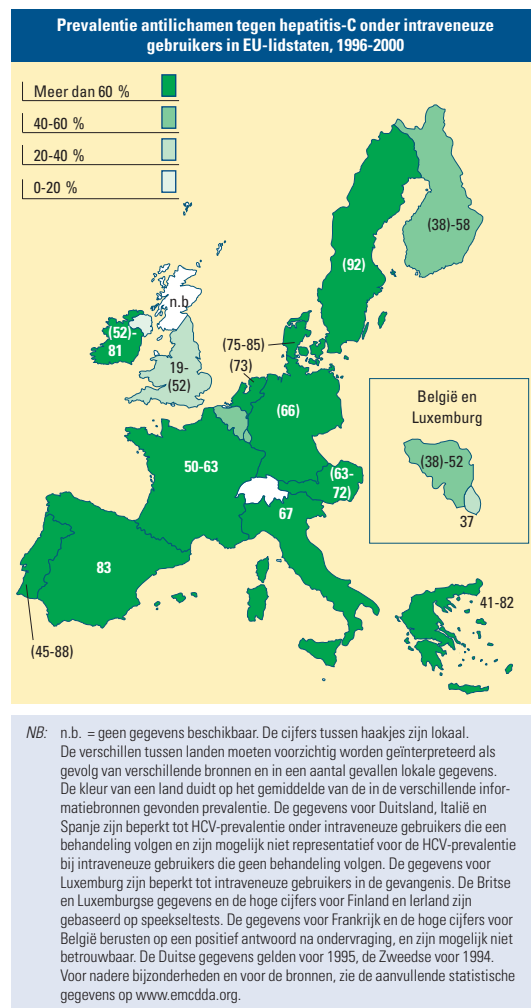


Fig. 9



De sekseverdeling loopt wat de behandeling betreft uiteen, waarbij de zuidelijke landen alle een verdeling kennen met een ruime meerderheid van mannen (86/14 in Spanje en 84/16 in Griekenland en Portugal) en waarbij in de noordelijke landen over het algemeen meer vrouwen in behandeling zijn (70/30 in Ierland en 72/28 in Zweden).

De sociale omstandigheden van cliënten die behandeling vragen, lijken te verslechteren wat het opleidingsniveau en de arbeidsparticipatie betreft. De meeste cliënten bevinden zich in de stedelijke gebieden, maar dit zou ook veroorzaakt kunnen worden door een ander niveau van hulpverlening in de plattlandsgebieden.

Besmettelijke ziekten ten gevolge van drugsgebruik

In hoofdstuk 3 (Speciale kwesties, Besmettelijke ziekten) wordt een gedetailleerder overzicht gegeven van deze kwestie.

Prevalentie en tendensen

Aangezien de beschikbare gegevens uit verschillende (soms plaatselijke) bronnen afkomstig zijn, kan van de

HIV-prevalentie onder intraveneuze gebruikers slechts een algemene indruk gegeven worden. Er is echter duidelijk sprake van grote verschillen, zowel tussen als binnen landen. De beschikbare gegevens wijzen op besmettingsniveaus onder de verschillende groepen intraveneuze gebruikers die globaal uiteenlopen van ongeveer 1 % in het Verenigd Koninkrijk tot 32 % in Spanje. De afgelopen jaren is het algemene beeld niet veranderd. Er bestaan echter aanwijzingen voor een hernieuwde toename van HIV-besmettingen onder (subgroepen van) intraveneuze gebruikers in bepaalde landen (zie kader beneden).

Er zijn minder gegevens beschikbaar over de prevalentie van besmetting met het hepatitis-C-virus (HCV) en voorzover ze beschikbaar zijn, zijn ze aan dezelfde beperkingen gebonden als de HIV-gegevens. Het algemene beeld is echter duidelijk — de prevalentie van HCV is buitengewoon hoog in de gegevens van alle EU-landen, met besmettingspercentages van tussen de 40 en 90 % in diverse subgroepen intraveneuze gebruikers

(figuur 9). Voorzover beschikbaar wijzen de prevalentiegegevens onder intraveneuze gebruikers onder de 25 jaar op besmettingsniveaus van HCV die variëren van 20 % (België, behandeling, 1998) tot meer dan 74 % (Portugal (Coimbra), behandeling, 2000) (zie figuur 7, hoofdstuk 3, Speciale kwesties, Besmettelijke ziekten). Dit zou erop kunnen duiden dat de besmetting met HCV nog steeds veelvuldig voorkomt in bepaalde landen, hoewel uit sommige onderzoeken blijkt dat de introductie van preventieve maatregelen de besmettingsgraad vermindert zou hebben (Verenigd Koninkrijk).

Sterfte ten gevolge van drugsgebruik en sterftcijfers

Het aantal acute sterfgevallen ten gevolge van het toedienen van drugs („overdoses”) wordt soms gebruikt als een simplistische manier om de drugssituatie in een land te definiëren en om vergelijkingen te maken. Drugsdoden, met name acute sterfgevallen onder jonge mensen, zijn een bron van maatschappelijke en politieke zorg.

Mogelijke toename van HIV-besmettingen onder intraveneuze gebruikers in een aantal EU-landen

Voorlopige gegevens duiden erop dat er in een aantal EU-landen sprake is van een toename van het aantal HIV-besmettingen onder subgroepen intraveneuze gebruikers. Daarbij dient wel rekening gehouden te worden met de beperkingen die verbonden zijn aan het gebruik van standaardgegevens om veranderingen vast te stellen in besmettingsniveaus (zie hoofdstuk 3, pagina 44). De toename in Ierland is mogelijk deels toe te schrijven aan een toegenomen aantal HIV-tests. Het is echter belangrijk om deze mogelijke toenames nauwkeurig in de gaten te houden en, waar nodig, adequate maatregelen te nemen. Van een eventuele toename van HIV-besmettingen zou sprake kunnen zijn in Finland, Ierland, Luxemburg, Nederland, Oostenrijk en Portugal.

In Oostenrijk is de HIV-prevalentie onder sterfgevallen ten gevolge van overdoses opiaten in 1999 gestegen van 1 naar 5 % (3 % in 1996, 2 % in 1997 en 1 % in 1998).

In Luxemburg is het aantal gerapporteerde HIV-besmettingen onder intraveneuze gebruikers gestegen van 2-3 per jaar in 1995-1997 naar 6-7 per jaar in 1998 en 1999.

In Ierland is het aantal positieve HIV-tests als gevolg van intraveneus gebruik verdrievoudigd tot 69 in 1999 (van 20-26 per jaar in de periode 1994-1998).

In Portugal zijn gegevens beschikbaar van plaatselijke bronnen. In Coimbra is de prevalentie onder intrave-

neuze gebruikers die in behandeling zijn tussen 1999 en 2000 van 9 naar 13 % gestegen; bij vrouwen ging het om een stijging van 9,5 naar 18 % in de leeftijdsgroep van 25-34 jaar. Uit een veldonderzoek onder 250 dakloze heroïnegebruikers in een groot probleemgebied in Lissabon bleek een prevalentie van 48 % in 1998-1999.

In Finland is het aantal HIV-meldingen als gevolg van intraveneus gebruik scherp toegenomen, van 0-5 gevallen per jaar in 1990-1997 tot 20 gevallen in 1998 en 84 gevallen in 1999. De prevalentie onder deelnemers aan omruilprogramma's voor naalden en spuiten die om een HIV-test vroegen, steeg ook van 0 % in 1997 naar 3 % in 1998 en naar 8 % in 1999 om vervolgens weer te dalen naar 3 % in 2000.

In Nederland is het aantal HIV-besmettingen toegenomen van 11 tot 22 % tussen 1994 en 1998-1999 onder intraveneuze drugsgebruikers in Heerlen, Limburg.

NB: Onderzoekspopulatie: Oostenrijk 1996-184, 1997-131, 1998-108, 1999-126; Nederland, Heerlen 1994-161, 1998-1999-116; Portugal, Coimbra 1999-227, 2000-106, Lissabon 1998-1999-252; Finland 1997-131, 1998-135, 1999-63, 2000-356.

Bronnen: Nationale Focal Points. Voor de gegevens uit Lissabon: Valle, H., Rodrigues, L., Coutinho, R., et al., „HIV, HCV and HBV infection in a group of drug addicts from Lisbon”, Seventh European conference on clinical aspects of HIV infection, 23 tot en met 27 oktober 1999, Lissabon, Portugal (samenvatting 866).

Methodologie en definities voor sterfte ten gevolge van drugsgebruik

In dit verslag ligt de nadruk op acute sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik (overdoses), tenzij anders vermeld.

Een rechtstreekse vergelijking tussen landen kan misleidend zijn, omdat het aantal doden ten gevolge van drugsgebruik niet alleen afhankelijk is van de prevalentie van problematisch drugsgebruik en de risicopatronen (zoals intraveneus gebruik), maar ook van nationale definities en registratiemethoden. Portugal hanteert bijvoorbeeld een ruime definitie, terwijl Zweden onlangs is overgestapt van een ruime naar een engere definitie ⁽¹⁾.

Sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik en sterfte onder drugsgebruikers vormen een van de epidemiologische sleutelindicatoren van het EWDD. Er is een Europees standaardprotocol ontwikkeld om gevallen te rapporteren op basis van de algemene overlijdensregisters van de burgerlijke stand en van speciale overlijdensregisters — zowel forensische als politieregisters. Dit standaardprotocol is in alle landen getest en er wordt in dit verband actief samengewerkt met Eurostat en de Wereldgezondheidsorganisatie ⁽²⁾.

Indien de definities, methoden en rapportagekwaliteit in een bepaald land consistent blijven, kunnen de statistische gegevens op bepaalde tendensen wijzen. Indien deze op een juiste wijze geanalyseerd en geïntegreerd worden met andere indicatoren, kunnen zij waardevol zijn bij de controle van de meer extreme patronen van drugsgebruik.

Bij het bepalen van alle gevolgen van drugsmisbruik dient ook rekening gehouden te worden met sterfgevallen die indirect in verband worden gebracht met drugsgebruik, zoals die ten gevolge van aids, verkeersongevallen, geweld of zelfdoding, maar daarvoor zijn andere informatiebronnen nodig, alsmede een meer onderzoeksgerichte methodologie.

-
- (1) Kader 1 OL — Definities van „acute sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik” in EU-lidstaten, zoals gebruikt in het EWDD-jaarverslag en gerapporteerd in de nationale verslagen (on-lineversie).
- (2) Kader 2 OL — Voorgestelde EWDD-standaard om acute sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik (DRD — drug-related deaths) te tellen — De DRD-standaard, F versie 1 (on-lineversie).

Kenmerken van acute sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik

Uit de beschikbare informatie blijkt dat het totaal aantal acute sterfgevallen dat in de afgelopen vijf jaar (van 1994 tot 1999) door EU-landen is gerapporteerd, fluctueert tussen de 7 000 en 8 000. In de EU blijven opiaten een rol spelen in de meeste gevallen van acute doden ten gevolge van drugsgebruik — de „overdoses” of „vergiftigingen” ⁽¹⁰⁾.

De aanwezigheid van andere middelen, zoals alcohol, benzodiazepinen of cocaïne is gebruikelijk. De aanwezigheid van sedatieve middelen als alcohol of benzodiazepinen wordt als een risicofactor beschouwd bij overdoses van opiaten. Acute sterfgevallen met aanwezigheid van cocaïne, amfetamine of ecstasy zonder opiaten lijken niet vaak voor te komen in Europa.

Veel sterfgevallen als gevolg van opiaten doen zich tot drie uur na gebruik voor, wat medisch ingrijpen mogelijk maakt. Bovendien zijn andere gebruikers vaak getuige van dodelijke en niet-dodelijke overdoses, hetgeen eveneens mogelijkheden biedt om in te grijpen — in dergelijke gevallen is het belangrijk dat gebruikers weten hoe ze op een effectieve manier hulp kunnen inroepen.

De meeste sterfgevallen als gevolg van opiaten doen zich voor onder intraveneuze gebruikers achter in de twintig of in de dertig jaar, veelal na een aantal jaren drugsgebruik. Verreweg de meeste slachtoffers zijn mannen. Net zoals bij cliënten die aan een behandeling beginnen, is in veel EU-landen een duidelijke verouderingstendens waarneembaar onder overleden gebruikers van opiaten ⁽¹¹⁾.

Sommige sterfgevallen als gevolg van cocaïnegebruik worden wellicht niet als zodanig gecategoriseerd vanwege de maatschappelijke achtergrond van de slachtoffers of vanwege de verschillende ziektebeelden (zoals ischemische hart- en vaatziekten en aritmie). Ambulance- en EHBO-personeel dient met deze mogelijkheid rekening te houden. Acute sterfgevallen als gevolg van ecstasygebruik lijken zelden voor te komen, ondanks de algehele bezorgdheid die dergelijke sterfgevallen in het midden van de jaren negentig in een aantal Europese landen veroorzaakten.

Bij een aantal drugsdoden is methadon aangetroffen en de rol daarvan is in een aantal Europese landen onderwerp van discussie geweest. Aangezien methadon de afgelopen jaren op tamelijk ruime schaal als substitutiemiddel is

⁽¹⁰⁾ Figuur 10 OL — Percentage misbruik van opiaten en van andere drugs onder de sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik. Valide percentages gebaseerd op gevallen met bekende toxicose (on-lineversie).

⁽¹¹⁾ Figuur 11 OL — Percentage mensen ouder dan 30 jaar onder de sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik in bepaalde EU-landen, 1986 en 1999 (on-lineversie).

toegepast, wordt bij toxicologisch onderzoek van drugsgebruikers die overlijden als gevolg van ongevallen, aids en dergelijke steeds vaker methadon aangetroffen. Uit enkele plaatselijke studies komt naar voren dat het methadon dat bij sommige acute sterfgevallen is aangetroffen, therapeutisch methadon zou kunnen zijn dat in het illegale circuit terecht is gekomen, wellicht mede ten gevolge van een slechte organisatie bij het uitschrijven van recepten. In een aantal landen is al aanbevolen om de organisatie van de substitutieprogramma's voor methadon te verbeteren. Ondanks deze problemen blijkt uit onderzoek dat substitutiebehandeling de risico's op overlijden als gevolg van drugsgebruik vermindert voor de deelnemers aan een dergelijk programma.

Tendensen met betrekking tot acute sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik

In veel EU-landen vond in de tweede helft van de jaren tachtig en in het begin van de jaren negentig een opvallende toename plaats van het aantal acute doden ten gevolge van drugsgebruik. In de afgelopen jaren is het aantal acute drugsdoden op het totale EU-niveau echter gestabiliseerd (tussen de 7 000 en 8 000 gevallen per jaar), en in sommige landen is er zelfs sprake van een daling.

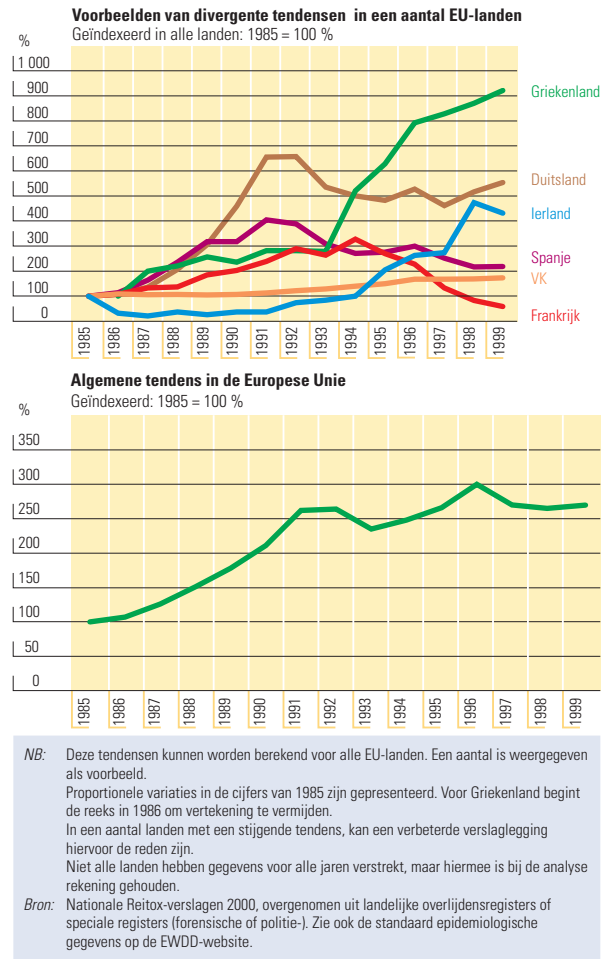
De recente stabilisatie van sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik hangt waarschijnlijk samen met meerdere factoren. Het aantal problematische drugsgebruikers zou gestabiliseerd kunnen zijn en uit behandelingengegevens valt af te leiden dat sommige risicohandelingen, bijvoorbeeld spuiten, ook afgenomen zijn. Daarnaast zijn de behandelingenactiviteiten — met inbegrip van substitutieprogramma's — in veel landen uitgebreid en zou de medische hulpverlening bij overdoses verbeterd kunnen zijn.

De stabilisatie is in lijn met de afname van de totale sterfte (in sommige gevallen ook met die van sterfgevallen als gevolg van een overdosis) onder cohorten van problematische drugsgebruikers zoals hieronder beschreven (paragraaf over sterfte onder drugsgebruikers).

Binnen de algehele tendens in de EU zijn verschillende landelijke tendensen waarneembaar.

- In een aantal landen valt een algemene neerwaartse tendens te constateren, zij het met jaarlijkse fluctuaties, zoals in Duitsland, Frankrijk, Italië, Luxemburg, Oostenrijk en Spanje. Duitsland (1999-2000), Luxemburg (1997-1998) en Oostenrijk (1999) hebben weliswaar onlangs nieuwe stijgingen gerapporteerd, maar deze zijn minder sterk dan voorafgaande

Fig. 10 Tendensen met betrekking tot acute sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik, 1985 tot en met 1999



waarden. Deze ontwikkeling dient nauwlettend in de gaten gehouden te worden.

- Sommige landen maakten tot voor kort melding van een sterk stijgende tendens, bijvoorbeeld Griekenland, Ierland (met een afname in 1999) en Portugal. Deze groei is waarschijnlijk gerelateerd aan een latere toename van het heroïnegebruik in deze landen in de jaren negentig, hetgeen verklaard kan worden door de sociologische ontwikkeling. De registratiemethoden zouden verbeterd kunnen zijn. De ruime definitie die Portugal hanteert voor acute drugsdoden zou deels ook verantwoordelijk kunnen zijn voor de aanmerkelijke stijging die onlangs in Portugal is geconstateerd.
- In het Verenigd Koninkrijk is sprake van een gematigd maar continu stijgende tendens. Andere landen vertonen een stabiele tendens of hebben moeite met het vaststellen van tendensen vanwege de recente verandering in de Internationale Classificatie van Ziekten (overgang van de 9e naar de 10e uitgave), of wijzigingen in nationale definities.

Vergelijkingen tussen ramingen over sterfte ten gevolge van drugsgebruik voor de EU en de Verenigde Staten dienen met de nodige terughoudendheid gemaakt en geïnterpreteerd te worden. De huidige Europese definities van sterfte ten gevolge van drugsgebruik zijn heterogeen, terwijl de Amerikaanse definitie iets ruimer is en ook psychotrope medicijnen omvat. Desondanks is het opvallend dat het aantal gevallen dat in de EU-landen is geregistreerd (met 376 miljoen inwoners) ongeveer de helft bedraagt van het aantal in de Verenigde Staten (met 27 miljoen inwoners). In de afgelopen jaren varieerde het aantal gevallen in de EU tussen de 7 000 en de 8 000. In de VS is daarentegen een stijgende tendens waarneembaar van ongeveer 13 000 naar bijna 16 000 gevallen in dezelfde periode (UNDCP, het Programma van de Verenigde Naties voor Internationale Drugsbestrijding, jaarverslag 2001).

Sterfte onder drugsgebruikers

Problematische drugsgebruikers vormen maar een klein deel van de bevolking, maar zij kennen onevenredig grote gezondheidsproblemen en, met name, een zeer hoog sterftecijfer.

Uit vervolgonderzoeken die gericht zijn op het langdurig — gedurende meerdere jaren — volgen van groepen probleemgebruikers (meestal gebruikers van opiaten die in behandelcentra zijn benaderd) is in alle gevallen gebleken dat het totale sterftecijfer voor gebruikers van opiaten (voor alle oorzaken) tot twintig keer hoger is dan dat voor de algemene bevolking van dezelfde leeftijd. Dit is niet alleen een gevolg van drugsoverdoses, maar ook van ongevallen, zelfdoding, aids en andere besmettelijke ziekten. Er zijn nog meer risicofactoren aan te wijzen: het sterftecijfer voor intraveneuze gebruikers is twee tot vier keer zo hoog als dat van andere gebruikers, terwijl het sterftecijfer van gebruikers die met HIV besmet zijn twee tot zes keer zo hoog is als dat van gebruikers die niet

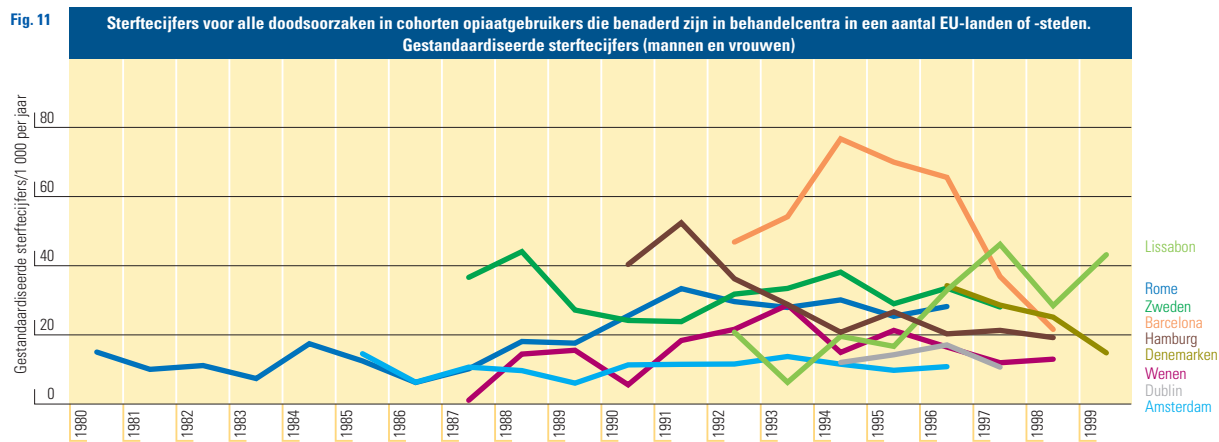
besmet zijn. Het gebruik van opiaten in combinatie met andere sedatieve stoffen, zoals alcohol of benzodiazepinen, kan het risico van overdoses vergroten.

De sterfte onder problematische drugsgebruikers die geen opiaten gebruiken of die hun drugs niet intraveneus toedienen, is merkbaar lager, hoewel de gezondheidsrisico's voor deze groep moeilijk nauwkeurig vast te stellen zijn. In het algemeen registreren de traditionele behandelcentra voor drugs relatief weinig en selecte gevallen van zware cocaïne- of amfetaminegebruikers. Een aanzienlijk deel daarvan lijkt uit voormalige gebruikers van opiaten (of gebruikers die opiaten als een van de middelen gebruiken), voormalige intraveneuze gebruikers of sociaal buitengesloten mensen te bestaan. Voor deze drugsgebruikers zijn wellicht andere methodologieën en/of bronnen nodig dan voor de traditionele gebruikers van opiaten.

In een studie die meerdere locaties omvatte en die door het EWDD werd gecoördineerd zijn voor negen Europese locaties (steden of landen) cohorten vastgesteld waarbij zo veel mogelijk het protocol is gevolgd dat ontwikkeld is als onderdeel van de sleutelindicator „sterfte ten gevolge van drugsgebruik en sterfte onder drugsgebruikers”. Uit de studie blijkt dat er van plaats tot plaats aanzienlijke verschillen bestaan in de totale sterftecijfers en doodsoorzaken.

Tendensen met betrekking tot de sterfte onder drugsgebruikers

Uit de bovengenoemde EWDD-studie blijkt dat de sterftecijfers op verschillende plaatsen in het begin en het midden van de jaren negentig hun hoogste niveau bereikten, terwijl ze de afgelopen jaren zijn gedaald (Barcelona, Hamburg, Wenen en wellicht ook Denemarken — over Denemarken is overigens alleen maar informatie over de afgelopen paar jaar beschikbaar). In Barcelona was deze ontwikkeling zeer duidelijk merkbaar. Het jaarlijkse



NB: Het is nog steeds in beperkte mate mogelijk om studies met elkaar te vergelijken.

Bron: EWDD-project CT.99.EP07, gecoördineerd door het Bureau voor de volksgezondheid, Rome. Zie ook de standaard epidemiologische gegevens op de website van het EWDD.

sterftcijfer steeg tussen 1992 en 1996 in die stad tot meer dan 50 gebruikers per 1 000. Daarna is het opmerkelijk gedaald, wat voornamelijk toe te schrijven is aan een daling van het aantal aids-doden en, zij het in mindere mate, aan een daling van het aantal doden ten gevolge van een overdosis.

Statistieken van politie en justitie

Overtredingen van de nationale drugswetgeving (zoals gebruik en bezit van en handel in drugs) zijn zowel een afspiegeling van verschillen in de diverse wetten als van de middelen en prioriteiten van de opsporingsinstanties. De vergelijkingen worden beïnvloed door variaties in registratieprocedures en definities. Waar mogelijk is echter getracht een vergelijking tussen tendensen te maken.

„Aanhoudingen”⁽¹²⁾ wegens drugsdelicten

Ook in 1999 speelde cannabis een hoofdrol bij „aanhoudingen wegens drugsdelicten”, variërend van 45 % van alle drugsgelateerde „aanhoudingen” in Italië tot 85 % in Frankrijk. In Zweden is het aandeel van amfetaminen bij „aanhoudingen” iets hoger dan dat van cannabis. In Luxemburg en Portugal heeft heroïne de overhand, terwijl in Nederland bij de meeste „aanhoudingen” sprake was van „harddrugs” (andere middelen dan cannabis en de derivaten daarvan).

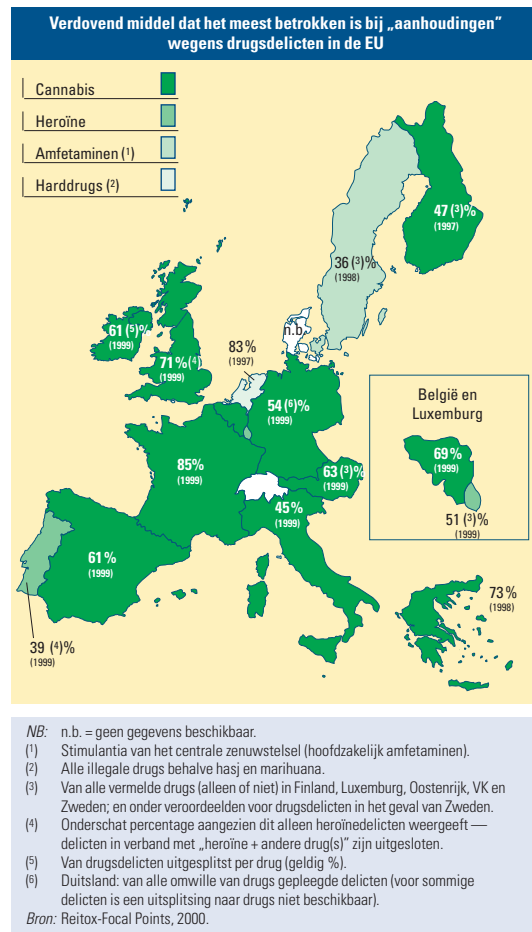
Bij de meeste gerapporteerde drugsdelicten gaat het om het bezit en/of gebruik van drugs, met uitzondering van Italië, Nederland en Spanje, waar drugsdelicten uitsluitend betrekking hebben op dealen en drugshandel. Net als in vorige jaren betroffen de meeste „aanhoudingen” in 1999 in Luxemburg gebruik van en handel in verdovende middelen.

Tendensen

Sinds 1995 vertonen de „aanhoudingen” voor drugsdelicten een stijgende lijn voor de EU in haar geheel. Finland, Griekenland en Portugal rapporteerden zelfs een meer dan zevenvoudige toename, terwijl de stijging in Denemarken, Italië, Nederland en Zweden beduidend minder pregnant was (twee keer zo hoog of minder).

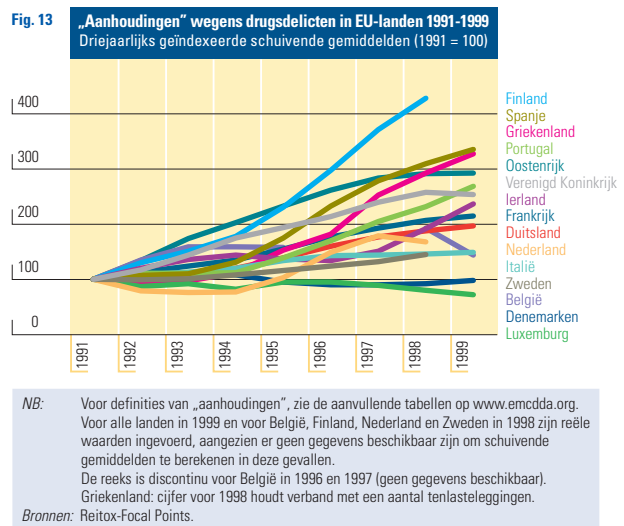
De afgelopen drie jaar is het aantal drugsgelateerde „aanhoudingen” in de meeste EU-landen gestegen. De grootste stijgingen werden door Griekenland, Ierland, Portugal en Spanje gerapporteerd. België en het Verenigd

Fig. 12



Koninkrijk waren in 1999 de enige landen die een daling van het aantal drugsgelateerde „aanhoudingen” rapporteerden⁽¹³⁾.

Fig. 13



(12) De lidstaten definiëren het begrip „aanhouding” wegens drugsdelicten op diverse manieren. Zo kan de term betrekking hebben op alle aanhoudingen op verdenking van een drugsdelict of alleen op aanhoudingen die geleid hebben tot een tenlastelegging. Voor exacte definities kunt u het Statistical Bulletin raadplegen op het adres www.emcdda.org.

(13) Tabel 3 OL — „Aanhoudingen” voor drugsdelicten (on-lineversie).

Drugsgebruikers in de gevangenis

Een raming over de prevalentie van drugsgebruikers onder gedetineerden vindt voornamelijk ad hoc plaats op basis van lokale onderzoeken. Tot 90 % van de gedetineerden zegt ooit in zijn of haar leven een verboden drug te hebben gebruikt. Het aantal problematische gebruikers en/of intraveneuze gebruikers ligt lager, maar kan in sommige gebieden toch oplopen tot 50 % van de totale gevangenispopulatie (14).

In een aantal landen is sprake van drugsgebruik in de gevangenis. Intraveneus gebruik komt in de gevangenis minder vaak voor dan daarbuiten, maar gedetineerden zijn veel eerder geneigd naalden en ander injectiemateriaal te delen.

Statistieken over de drugsmarkt: vangsten, prijs en zuiverheid

De gegevens over drugsvangsten, prijs en zuiverheid zijn afkomstig van de Focal Points van het Reitox-netwerk. Afwijkingen ten opzichte van de door Europol gepubliceerde gegevens zijn een gevolg van verschillen in rapportageprocedures (15).

Drugsvangsten worden meestal beschouwd als een indirecte indicator voor het aanbod en de beschikbaarheid van drugs, maar ze zijn ook een afspiegeling van de middelen, prioriteiten en strategieën in het vervolgingsbeleid en van de kwetsbaarheid van drugshandelaars voor het opsporingsbeleid. Tendensen met betrekking tot in beslag genomen hoeveelheden zijn moeilijk te analyseren, omdat deze per jaar kunnen variëren vanwege enkele uitzonderlijk grote vangsten. Het aantal vangsten geeft doorgaans een beter beeld van tendensen op gebruikersniveau, omdat deze indicator in veel landen grotendeels is samengesteld uit kleine vangsten op het niveau van de detailhandel. Indien bekend, kunnen de herkomst en bestemming van de in beslag genomen drugs aanwijzingen geven over handelsroutes en productiegebieden. De meeste lidstaten verstrekken informatie over de prijs en zuiverheid van drugs op het niveau van de detailhandel, maar die gegevens zijn nog bijzonder schaars, zodat geen nauwkeurige vergelijkingen kunnen worden gemaakt. Op basis van de beschikbare gegevens kan echter wel een globaal beeld geschetst worden van de beschikbaarheid van de verschillende drugs, en daarnaast bieden die gegevens informatie over de toegang tot drugs op gebruikersniveau.

Toegang tot drugs voor 15- tot 16-jarige scholieren

Uit de ESPAD-scholenquêtes valt af te leiden dat 15- tot 16-jarige scholieren van mening zijn dat zij in 1999 gemakkelijker toegang tot drugs hadden dan in 1995. Dit geldt voor alle deelnemende EU-landen (1), met uitzondering van Ierland en het Verenigd Koninkrijk, waar scholieren vonden dat de toegang tot drugs moeilijker is geworden. In 1999 vond 20 tot 60 % van de scholieren dat cannabis „erg gemakkelijk” of „vrij gemakkelijk” te verkrijgen was; voor heroïne en cocaïne was 5 tot 20 % die mening toegedaan, voor amfetaminen en ecstasy 6 tot 38 %. In Finland heerst traditioneel de opvatting dat de beschikbaarheid van verboden middelen laag is, terwijl in Denemarken, Ierland en het Verenigd Koninkrijk het tegenovergestelde het geval is.

(1) Deelnemende EU-landen: Denemarken, Finland, Frankrijk, Griekenland, Ierland, Italië, Portugal, Verenigd Koninkrijk, Zweden.

Bron: Zie blz. 11 voor de volledige verwijzing.

Heroïne

In 1999 is meer dan zeven ton heroïne in beslag genomen in de Europese Unie; een derde deel van die heroïnevangsten is toe te schrijven aan het Verenigd Koninkrijk. De heroïne die in de EU in beslag wordt genomen, is met name afkomstig uit de Gouden Halvemaan (Zuidwest-Azië: Afghanistan, Pakistan), gevolgd door de Gouden Driehoek (Zuidoost-Azië: Myanmar, Laos, Thailand) en wordt via Turkije, de Balkanroute en Nederland verder getransporteerd. Er wordt echter een toenemende drugshandel gemeld via landen in het noorden van Oost-Europa, met name via Rusland.

De straatwaarde van heroïne liep in 1999 binnen de EU uiteen van 30 tot 34 euro per gram. De hoogste prijzen werden aangetroffen in Finland en Zweden. De zuiverheid van heroïne varieert doorgaans van minder dan 20 % tot 35 %. Maar in Denemarken, Finland en het Verenigd Koninkrijk is sprake van een hogere gemiddelde zuiverheid.

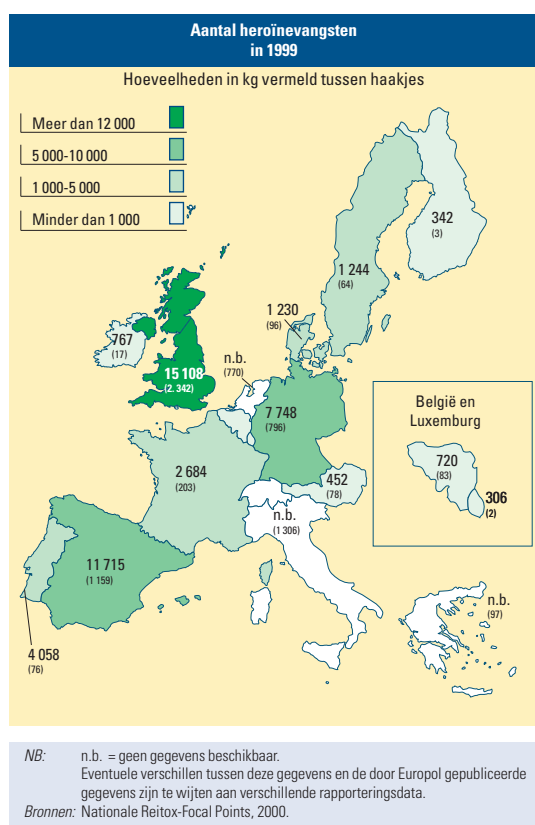
Tendensen

Na een stijging tot 1991-1992 is het aantal heroïnevangsten in de gehele Europese Unie gestabiliseerd. Het aantal heroïnevangsten is sinds 1985 in Luxemburg, Portugal en Zweden gestaag gegroeid, terwijl sinds 1996-1997 een aanmerkelijke daling heeft plaatsgevonden in

(14) Tabel 4 OL — Gegevens met betrekking tot het aandeel van drugsgebruikers onder gedetineerden in de EU-landen (on-lineversie).

(15) Tabel 5 OL — Drugsvangsten in de EU-landen, 1999 (on-lineversie).

Fig. 14



België, Denemarken, Duitsland, Frankrijk, Oostenrijk en Spanje. In elke lidstaat fluctueerde de omvang van de vangsten in deze periode. In 1999 was in Frankrijk, Griekenland, Ierland, Nederland en Oostenrijk sprake van een opvallende afname in de omvang van de heroïnevangsten, terwijl in Italië en Spanje een sterke toename werd geconstateerd.

De straatwaarde van heroïne is over het algemeen stabiel, maar Luxemburg, Portugal, het Verenigd Koninkrijk en Zweden maken melding van een recente daling van de prijzen. In alle landen is sprake van een stabiele of afnemende zuiverheid van heroïne, behalve in Duitsland en het Verenigd Koninkrijk, waar een recente toename is geconstateerd.

Cocaïne ⁽¹⁶⁾

Spanje blijft het land met het grootste aantal cocaïnevangsten in de EU. De cocaïne die in Europa wordt gebruikt, komt uit Latijns-Amerika (met name Brazilië, Colombia en Venezuela) via Midden-Amerika, Spanje en Nederland.

De straatwaarde van cocaïne varieert van 35 tot 170 euro per gram. De laagste prijzen worden in België en Spanje aangetroffen, de hoogste in Finland. De zuiverheid van

cocaïne is over het algemeen hoog — tussen de 55 en 70 % in de meeste landen — met uitzondering van Ierland, waar in 1999 sprake was van een gemiddelde zuiverheid van 41 %.

Tendensen

Sinds het midden van de jaren tachtig is het aantal cocaïnevangsten in de EU voortdurend gestegen. Dat aantal leek in 1999 te stabiliseren. Het aantal cocaïnevangsten in Luxemburg en Zweden is in 1999 aanzienlijk gestegen, terwijl in België, Denemarken en Oostenrijk een afname werd geconstateerd.

De omvang van de onderschepte cocaïne is, na een stijgende lijn tot en met 1990, gestabiliseerd en fluctueert sinds 1994, maar er is wel sprake van een opwaartse tendens. In de afgelopen jaren is de in beslag genomen hoeveelheid toegenomen in Frankrijk en Zweden en afgenomen in Griekenland, Ierland en Luxemburg.

In de meeste landen is de prijs van cocaïne stabiel, maar in Luxemburg, Portugal en het Verenigd Koninkrijk daalde de prijs. De zuiverheid is over het algemeen stabiel, maar deze is in 1999 in het Verenigd Koninkrijk toegenomen.

Synthetische drugs: amfetaminen, ecstasy en LSD ⁽¹⁷⁾

In Finland en Zweden staan amfetaminen op de tweede plaats op de lijst van drugs die het meest in beslag worden genomen. Binnen de EU worden de grootste hoeveelheden amfetaminen, ecstasy en LSD in beslag genomen in het Verenigd Koninkrijk.

In Nederland is sprake van een aanzienlijke plaatselijke productie van synthetische drugs, maar ook in andere lidstaten — in België en het Verenigd Koninkrijk — en in Oost-Europese landen (Estland, Polen en de Tsjechische Republiek) wordt melding gemaakt van de productie van deze drugs.

Amfetaminen worden volgens de rapportages verkocht voor een prijs tussen de 5 en 25 euro per gram. In België en het Verenigd Koninkrijk zijn synthetische drugs goedkoper. De zuiverheid van amfetamine loopt sterk uiteen, van 3 % in Ierland tot 55 % in Finland, maar varieert in de EU doorgaans tussen de 10 en 20 %. Pillen die als ecstasy worden verkocht, bevatten in 15 tot 90 % van de gevallen ecstasy of aanverwante stoffen (MDMA, MDEA, MDA). In 6 tot 22 % van de pillen worden amfetaminen (of methamfetaminen) aangetroffen, maar die pillen kunnen ook diverse andere psychotrope stoffen bevatten.

⁽¹⁶⁾ Figuur 12 OL — Aantal cocaïnevangsten in 1999 (on-lineversie).

⁽¹⁷⁾ Figuur 13 OL — Aantal amfetaminevangsten in 1999 (on-lineversie).

Tendensen

Zowel het aantal amfetaminevangsten als de onderschepte hoeveelheden vertonen sinds 1985 een stijgende lijn. In 1999 gold dat ook voor het aantal amfetaminevangsten in Finland en Zweden, terwijl deze in andere landen stabiel bleven of daalden. In de meeste lidstaten was er in 1997-1998 sprake van een piek in de in beslag genomen hoeveelheden.

Tot en met 1996 nam het aantal ecstasyvangsten toe, waarna een stabilisatie plaatsvond. In 1999 trad vervolgens in alle landen weer een stijging op, behalve in België en Luxemburg. De hoeveelheid onderschepte ecstasy vertoonde sinds 1985 dezelfde opwaartse tendens om vanaf 1993 te stabiliseren. 1996 was het topjaar qua in beslag genomen hoeveelheden ecstasy, maar in 1997 deed zich weer een daling voor. Sinds die tijd is er echter in alle lidstaten, op Ierland en Oostenrijk na, weer sprake van een stijgende lijn. De grootste toenames werden in Duitsland, Finland, Griekenland, Portugal, het Verenigd Koninkrijk en Zweden geconstateerd.

LSD-vangsten komen minder vaak voor. Zowel het aantal inbeslagnemingen als de onderschepte hoeveelheden stegen tot en met 1993 en namen vervolgens af. In 1999 zette de daling in de hoeveelheden zich in alle landen voort, behalve in Griekenland, Oostenrijk, Portugal en het Verenigd Koninkrijk.

Na een aanzienlijke daling in de jaren negentig is de prijs van amfetaminen en ecstasy in de EU gestabiliseerd. In 1999 werd echter een prijsdaling voor ecstasy in Portugal en voor amfetaminen in Zweden gemeld. Daarentegen is de prijs van ecstasypillen in Griekenland verdubbeld. In de afgelopen jaren is het percentage pillen dat ecstasy of aanverwante stoffen bevat in veel landen toegenomen, terwijl het aantal pillen met amfetaminen (en methamfetaminen) is gedaald.

Cannabis

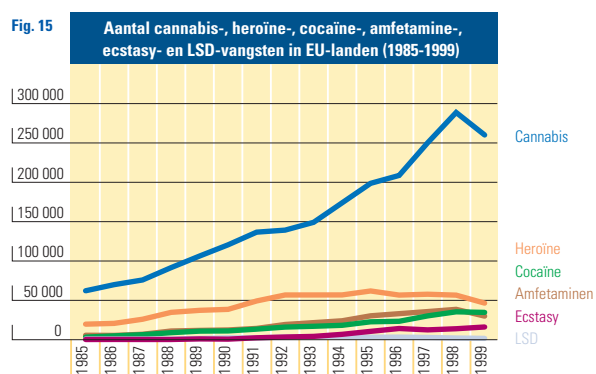
Cannabis is in elke lidstaat, op Portugal na, de meest in beslag genomen drug. In Portugal staan heroïnevangsten bovenaan. Sinds 1996 worden in Spanje de grootste cannabishoeveelheden onderschept. In het Verenigd Koninkrijk is sprake van een hoger aantal cannabisvangsten, maar gemiddeld gaat het daarbij om kleinere hoeveelheden (18).

Cannabishars komt meestal via Nederland en Spanje uit Marokko. Cannabisbladeren zijn niet alleen afkomstig uit Afghanistan, Libanon en Pakistan, maar ook uit voormalige

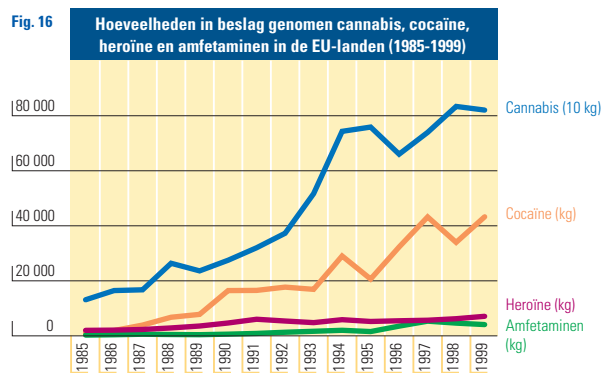
kolonies. In de meeste lidstaten is sprake van plaatselijke productie, met name de „nederwiet” (19) in Nederland.

De prijs van cannabis varieerde in 1999 van 3 tot 18 euro per gram voor cannabisbushars en van 3 tot 12 euro per gram voor cannabisbladeren.

Het percentage van de psychotrope stof delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) in cannabisbushars liep gemiddeld uiteen van 3 tot 15 %, maar er werd ook melding gemaakt van monsters van cannabisbushars in de EU met een THC-percentage van tussen de 0 en 70 %. Het THC-gehalte in cannabisbladeren is over het algemeen lager,



NB: Er zijn geen gegevens beschikbaar voor Griekenland; voor een aantal landen zijn uitsluitend gegevens beschikbaar vanaf 1988 (Denemarken, Portugal), 1993-1996 (Finland) en 1997 (Nederland). De aantallen vangsten zijn onderschat voor 1999, aangezien gegevens ontbreken voor Italië en Nederland.
 Cannabis, heroïne en cocaïne: er zijn geen gegevens beschikbaar voor 1999 voor Italië en Nederland.
 Amfetaminen: er zijn geen gegevens beschikbaar vanaf 1998 voor Nederland en Oostenrijk en voor Italië in 1999. De gegevens voor 1998 en 1999 voor België omvatten ook ecstasysvangsten.
 Ecstasy: de meeste gegevensreeksen beginnen in de eerste helft van de jaren negentig (behalve Frankrijk, Italië, Spanje, VK). Er zijn geen gegevens beschikbaar in 1999 voor Italië en Nederland. De gegevens voor België in 1998 en 1999 omvatten ook amfetaminevangsten. Tussen 1985 en 1994 omvatten de gegevens voor Spanje ook LSD-vangsten.
 LSD: er zijn geen gegevens beschikbaar in 1999 voor Finland en Nederland.
 Bron: Reitox-Focal Points.



NB: Een aantal in beslag genomen hoeveelheden zijn onderschat, aangezien er geen gegevens beschikbaar zijn.
 Amfetaminen: er zijn geen gegevens beschikbaar voor Oostenrijk vanaf 1998. Sinds 1996 omvatten de gegevens voor België zowel in beslag genomen amfetaminen als ecstasypodeer (in beslag genomen amfetamine- en ecstasypillen zijn hier niet meegerekend).
 Bron: Reitox-Focal Points.

(18) Figuur 14 OL — Aantal cannabisvangsten in 1999 (on-lineversie).

(19) „Nederwiet”: cannabisplanten die plaatselijk in Nederland worden geteeld.

Drugs: vraag en aanbod

ongeveer 2 tot 7 %, met uitzondering van de nederwiet-cannabis, die gemiddeld 8,6 % THC bevat.

Tendensen

Sinds 1985 is het aantal cannabisvangsten in de EU voortdurend gestegen. In 1999 zette die stijging zich in alle landen voort, behalve in België, Denemarken en het Verenigd Koninkrijk, waar minder cannabis werd onderschept. De hoeveelheid in beslag genomen cannabis nam

aanvankelijk ook toe, maar stabiliseerde tussen 1995 en 1997. Sinds die periode is er in de meeste landen sprake van een stijgende tendens, hoewel in 1999 een aanzienlijke daling heeft plaatsgevonden in België, Griekenland, Oostenrijk en het Verenigd Koninkrijk.

In het algemeen is de prijs van cannabis in de EU stabiel, behalve in Portugal, waar de prijs sinds 1997 een dalende lijn vertoont.

Maatregelen tegen drugsgebruik

Dit hoofdstuk bevat een overzicht van de ontwikkelingen in het beleid en de strategie inzake drugs, zowel op het niveau van de Europese Unie als op het niveau van de lidstaten. Ook wordt aandacht besteed aan de respons op het drugsprobleem in het onderwijs, de gezondheidszorg, de maatschappelijke hulpverlening en het strafrecht.

Ontwikkelingen op het gebied van beleid en strategie

Op EU-niveau

Het EU-actieplan ter bestrijding van drugs 2000-2004

Het actieplan ter bestrijding van drugs is in juni 2000 door de Europese Raad van Feira aanvaard als concreet vervolg op de drugsstrategie van de Europese Unie (2000-2004). In de drugsstrategie was sprake van elf algemene doelstellingen en zes streefdoelen voor de EU. Het actieplan voorziet in een lijst van circa honderd specifieke activiteiten die tegen het eind van het jaar 2004 door de EU ten uitvoer moeten zijn gelegd. De zes streefdoelen zijn:

- binnen vijf jaar de prevalentie van drugsgebruik alsmede het aantal nieuwe drugsgebruikers, in het bijzonder jongeren tot 18 jaar, sterk terugdringen;
- binnen vijf jaar drugsgelateerde schade aan de gezondheid (HIV, hepatitis, tbc enz.) en het aantal drugsgelateerde sterfgevallen aanzienlijk terugdringen;
- het aantal met succes behandelde verslaafden aanzienlijk doen toenemen;
- binnen vijf jaar de beschikbaarheid van illegale drugs sterk doen afnemen;
- binnen vijf jaar het aantal drugsgelateerde misdrijven sterk doen afnemen, en
- binnen vijf jaar witwaspraktijken en de illegale handel in precursoren sterk terugdringen.

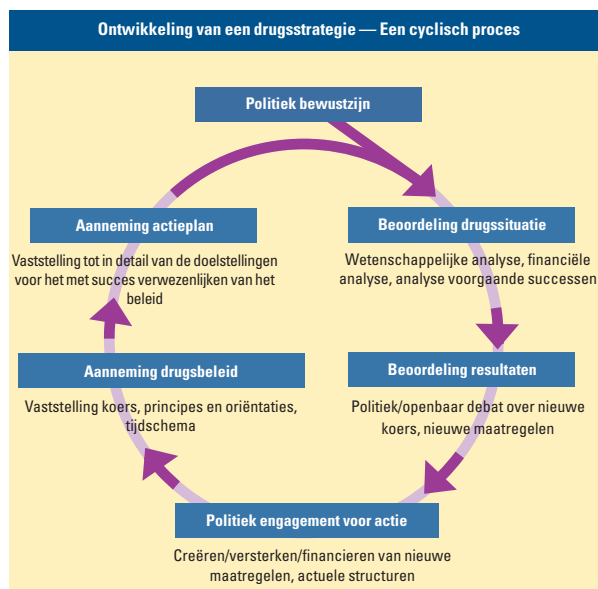
Hoewel het EU-actieplan juridisch gezien geen bindende werking heeft, is het wel een nieuwe stap voorwaarts in de strijd van de EU tegen drugs. Het laat zien dat het de lidstaten ernst is met de tenuitvoerlegging van de doelstellingen die in de drugsstrategie van 1999 zijn geformuleerd. Het actieplan bevat richtlijnen en kaders voor de te nemen maatregelen en onderschrijft het belang van een regelmatige evaluatie: zowel in 2002 als bij de afronding eind 2004 zal een dergelijke evaluatie moeten plaatsvinden.

In het actieplan wordt sterk de nadruk gelegd op coördinatie en informatie, waarmee uiting wordt gegeven aan de noodzaak tot een evenwichtige benadering te komen waarin het terugdringen van de vraag naar en het beperken van het aanbod van drugs elkaar dienen aan te vullen. Ook wordt het belang onderstreept van integratie van de kandidaat-landen, waaruit blijkt dat de EU sterk betrokken is bij het verlenen van steun aan die landen om het drugsprobleem zo effectief mogelijk aan te pakken.

Op nationaal niveau — Drugsstrategieën in de lidstaten van de EU

In de lidstaten is een verhoogde activiteit waarneembaar op het terrein van toetsing en herziening van het drugsbeleid. De betreffende initiatieven verschillen weliswaar in status, omvang en inhoud, maar zij vormen wel een zichtbare tendens in de richting van een sterker en beter drugsbeleid. Dit lijkt het gevolg te zijn van het tweeledig besef dat geen enkele geïsoleerde respons effectief is in de aanpak van het complexe drugsprobleem en dat een multidisciplinaire aanpak waardevol kan zijn mits die onderdeel uitmaakt van een gecoördineerde langetermijnstrategie.

Fig. 17



Wetenschappelijk inzicht en periodieke evaluatie worden beschouwd als essentiële onderdelen van de toetsing en herziening van drugsstrategieën. Figuur 17 toont de benaderingswijze die in een aantal lidstaten wordt toegepast en laat zien wat de gevolgen zijn van een hernieuwd politiek bewustzijn ten aanzien van de drugsproblematiek binnen een cyclisch proces van wetenschappelijk inzicht, evaluatie, politiek debat en formulering, besluitvorming en actie.

Een gecoördineerde aanpak van drugs

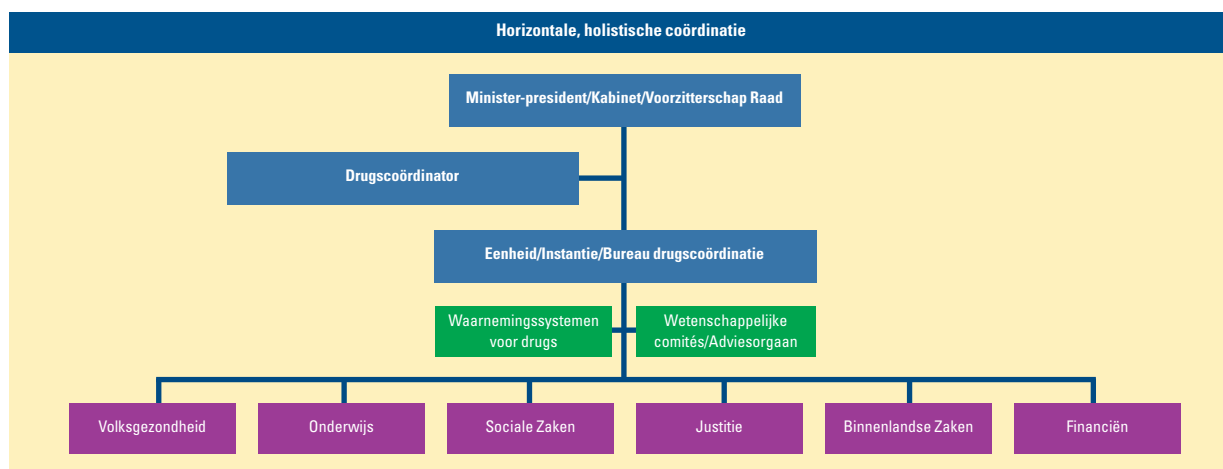
In het EU-actieplan ter bestrijding van drugs 2000-2004 worden de lidstaten aangemoedigd om nationale coördinatiemechanismen op te zetten en uit te bouwen en/of een nationale drugscoördinator te benoemen teneinde het drugsprobleem aan te pakken op basis van een mondiale, multidisciplinaire, geïntegreerde en evenwichtige

Fig. 18

Overzicht van recente ontwikkelingen op het gebied van drugsstrategieën	
Aangenomen	1998-1999
Oostenrijk	Weens programma voor drugsbeleid, 1999; Salzburg, actieplan
Frankrijk	Frans drugsbeleid, 1999-2001
Noord-Ierland	drugsbeleid: Drug misuse in Northern Ireland: a policy statement, 1999
Noorwegen	actieplan voor terugdringing drugsgebruik, 1998-2000
Portugal	Portugees drugsbeleid, 2000
Schotland	drugsbeleid: Tackling drugs in Scotland: action in partnership, 1999
Spanje	Spaans drugsbeleid, 2000-2008
Verenigd Koninkrijk	drugsbeleid: Tackling Drugs to Build a Better Britain, 1998-2008
Aangenomen	2000-2001
Oostenrijk	actieplannen: Stiermarken, Neder-Oostenrijk
België	politieke nota, 2001
Ierland	Building on experience, Ireland's National Drug Strategy, 2001-2008
Luxemburg	actieplan, 2000-2004
Portugal	actieplan, 2000-2004
Schotland	Schots actieplan „Protecting our future”, 2001
Wales	Tackling substance misuse in Wales: „a partnership approach”, 2001
Verenigd Koninkrijk	nationaal plan 2000/2001
In behandeling	2000-2001
Finland	herziening in-principe-besluiten voor 2001-2003
Griekenland	parlementair onderzoek (alle partijen) naar drugsbeleidsmaatregelen, 2000
Zweden	een plan voor maatregelen tegen drugs is gepland voor 2001

strategie. Ook wordt de Raad opgeroepen om voor degenen die op nationaal niveau verantwoordelijk zijn voor het drugsbeleid regelmatig bijeenkomsten te organiseren, zodat zij informatie kunnen uitwisselen over nationale ontwikkelingen en de samenwerking kunnen verstevigen⁽²⁰⁾.

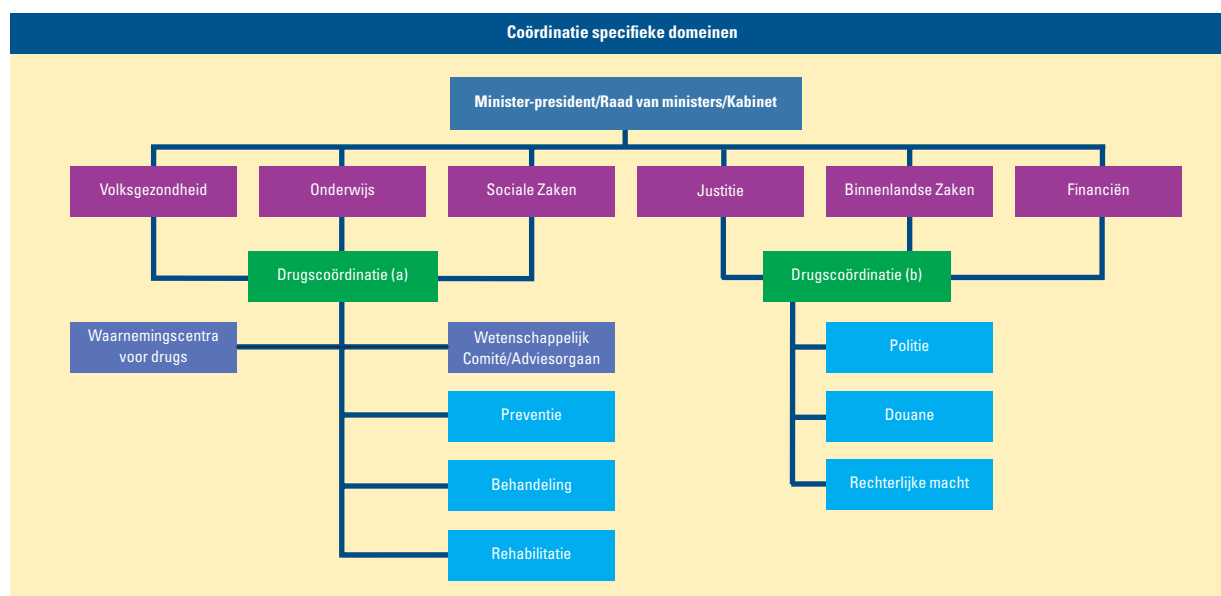
Fig. 19



⁽²⁰⁾ Artikel 1.1.3 van het EU-actieplan ter bestrijding van drugs 2000-2004, Cordroge 32 9283/00.

Maatregelen tegen drugsgebruik

Fig. 20



Alle lidstaten beschikken over instanties of functies voor de coördinatie van het drugsbeleid, maar deze verschillen wel aanzienlijk qua structuur en organisatie. Om een duidelijk beeld te krijgen van het systeem van drugskoördinatie binnen Europa, heeft het EWDD in 2000 een voorlopig onderzoek uitgevoerd dat in 2002 zal worden afgerond. Uit de resultaten van het onderzoek (beschikbaar op <http://www.emcdda.org>) blijkt dat er in sommige lidstaten een tendens bestaat om coördinerende instanties steeds meer op centraal niveau in te stellen of te versterken. In sommige lidstaten (zoals Frankrijk, Portugal en Spanje) zijn alle aspecten die verband houden met drugs en drugsverslaving gebundeld in een instantie met een zeer hiërarchische besluitvormingsstructuur, die direct verantwoording verschuldigd is aan de minister-president (figuur 19).

In andere EU-lidstaten (zoals Duitsland, Finland, Griekenland, Italië en het Verenigd Koninkrijk) vindt de coördinatie plaats op interdepartementaal niveau — zonder dat er sprake is van een centrale coördinerende instantie —, waarbij voor elk van de facetten van de drugsproblematiek regelmatig contacten en bijeenkomsten tussen de betreffende bestuursorganen plaatsvinden. In dit tweede model ligt de verantwoordelijkheid voor de coördinatie van het drugsbeleid bij het ministerie/departement van Sociale Zaken of Volksgezondheid. Ook kan het zijn dat een drugskoördinator is aangesteld, die belast is met aangelegenheden op het gebied van de gezondheidszorg en sociale zaken alsmede met het onderhouden van de contacten met het departement dat op andere drugsgerelateerde terreinen actief is (figuur 20).

Wetgeving en vervolging

Een van de taken waarop het EWDD zich richt, is het volgen van de belangrijkste tendensen en veranderingen op het gebied van de drugswetgeving. Met het oog hierop is een juridische database beschikbaar, <http://eldd.emcdda.org>, waarin drugswetgeving, juridische kaders en rechtsvergelijkende onderzoeken zijn opgenomen.

Een van de belangrijke recente ontwikkelingen is dat per 1 juli 2001 in Portugal geen strafrechtelijke sancties meer worden opgelegd om het bezit van illegale drugs voor eigen gebruik aan te pakken (Wet 30/2000, aangenomen in november 2000). In plaats daarvan worden drugsgebruikers door speciale commissies gewezen op de mogelijkheid van behandeling of begeleiding. Met ingang van mei 2001 worden gebruik en bezit van cannabis in Luxemburg nog slechts bestraft met een geldboete (de wet van 27 april 2001). De Belgische regering is van plan een besluit aan te nemen op grond waarvan „niet-problematisch” gebruik van cannabis niet langer strafbaar is.

Er zijn verschillende rapporten waaruit blijkt dat het gebruik en bezit van illegale drugs voor eigen gebruik niet tot de prioriteiten van de opsporingsinstanties in Europa behoren. De gerechtelijke instanties richten zich bij hun strijd tegen drugsovertreders op de ernstigere criminaliteit en de handel in drugs. De nieuwe maatregelen die in een aantal lidstaten zijn genomen en die gericht zijn op decriminalisering of niet-vervolgving van drugsdelicten bevestigen deze tendens. Uit een recent onderzoek naar de vervolging van drugsovertreders, waartoe in 2000 door het EWDD opdracht is gegeven,

blijkt ook dat procedures tegen bezitters/gebruikers van kleine hoeveelheden drugs voor persoonlijk gebruik vaak al vóór de behandeling ter terechtzitting worden geseponeerd. Aan de andere kant leiden het openbare bezit/gebruik van drugs, de verkoop van drugs door drugsgebruikers en strafbare feiten gepleegd in verband met drugsverslaving vaak tot een strengere aanpak door openbare aanklagers en rechters.

In Dublin is in januari 2001 een speciale „drugsrechtbank” in het leven geroepen met als doel het resocialiseren van drugsovertreders en het aanpakken van drugsgerelateerde criminaliteit. Deze „rechtbank” — geënt op Canadese, Australische en Amerikaanse modellen — heeft een rechter als voorzitter die zich gespecialiseerd heeft in drugskwesties en uitsluitend zaken behandelt waarbij niet-gewelddadige drugsovertreders betrokken zijn. Deze overtreeders wordt geen gevangenisstraf opgelegd, doch de mogelijkheid geboden zich onder toezicht te laten behandelen en te laten begeleiden bij hun terugkeer in de samenleving. De Schotse overheid heeft er eveneens voor gekozen om tegen het eind van het jaar 2001 een „drugsrechtbank” op te zetten, terwijl in Engeland verschillende vergelijkbare proefprojecten draaien.

Door een herziening van de Oostenrijkse wetgeving, die op 8 april 2001 van kracht werd, is de hoeveelheid drugs die gezien wordt als een grote „hoeveelheid” verlaagd van 5 naar 3 gram. Dit heeft gevolgen voor het verschil tussen overtredingen (koop en bezit van kleine hoeveelheden) en misdrijven (teelt en bezit van grote hoeveelheden). Ook zijn er discussies gaande over de juridische positie van cannabis voor medische doeleinden.

In Duitsland heeft een amendement op de wet inzake verboden middelen geleid tot een basiskader waarbinnen iedere deelstaat zijn eigen minimumnormen kan definiëren

waaraan moet worden voldaan om gebruikersruimten in te richten (ruimten waar intraveneuze gebruikers onder hygiënische omstandigheden drugs kunnen gebruiken). Iedere deelstaat kan dus besluiten of dergelijke ruimten zijn toegestaan. Op grond van de wet is ook een centraal register voor substitutietherapie opgezet en wordt aan de behandelende artsen de eis gesteld dat zij daarvoor cursussen volgen. In Portugal wordt thans — na de afronding van een nationaal debat — nagedacht over het aannemen van een besluit ter regeling van de inrichting van gebruikersruimten. In Luxemburg voorziet de wet van 27 april 2001 in een juridische basis voor de inrichting van gebruikersruimten.

Op het gebied van de inbeslagname van bezittingen die uit drugscriminaliteit zijn verkregen, is op dit moment in het Verenigd Koninkrijk een wetsontwerp aanhangig op grond waarvan niet alleen een *Criminal Assets Recovery Agency* in het leven kan worden geroepen, maar ook een regeling kan worden ingevoerd waarmee illegaal verkregen bezittingen via de burgerlijke rechter van delinquenten kunnen worden opgeëist. Ook de Finse regering heeft een wetsvoorstel bij het parlement ingediend teneinde winsten uit drugsdelicten te kunnen confisqueren in gevallen waarin vermoed wordt dat de herkomst van die winsten niet legaal is (de zogeheten omkering van de bewijslast). In Ierland is het sinds 1996, toen het *Criminal Assets Bureau (CAB)* een wettelijke grondslag kreeg ⁽²¹⁾, aan de veroordeelde om te bewijzen dat bezittingen legaal zijn verkregen. In Spanje vindt confiscatie van illegale winsten sinds vijf jaar plaats in het kader van het nationale drugsplan. In 2000 alleen al zijn voor een bedrag van meer dan 4,5 miljoen euro illegaal verkregen bezittingen (boten, auto's, gelden) „geretourneerd” aan de strijd tegen drugs: 1 543 137 miljoen euro ter bestrijding van de drugshandel en 2 978 014 miljoen euro voor preventie- en herintegratieprogramma's.

Fig. 21

Kader	Overzicht interventiemogelijkheden ter vermindering van de vraag		
	Doel		
	Preventie	Behandeling	Schadebeperking
Dwangsituaties („Je moet bij ons blijven”)		Behandeling in gevangenissen ⁽¹⁾ Alternatieve straffen Dwangverpleging	Schadebeperking in gevangenissen ⁽¹⁾
Vaste kaders („Je bent hier bij ons”)	Scholen ⁽¹⁾	Klinische behandeling	
Vaste plek („Kom naar ons toe”)	Jongerecentra	Extramurale behandeling Behandeling door huisarts	Laagdrempelige hulpverlening ⁽¹⁾
Mobiele plek („We zoeken je”)	Straathoek- en groepswork ⁽¹⁾		Straathoekwerk ⁽¹⁾
Media („Je blijft anoniem”)	Internet, massamedia ⁽¹⁾ Vroegtijdige signalering via enquêtes ⁽¹⁾		Telefoonhulplijnen Vroegtijdige signalering via enquêtes ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Geeft aan dat het concept in dit verslag besproken wordt.

⁽²¹⁾ Criminal Assets Bureau Act, 1996; Proceeds of Crime Act, 1999.

Maatregelen tegen drugsgebruik

Uitgaven ten behoeve van de drugsbestrijding

In 2000 is in het kader van het toezicht op de respons van lidstaten op het drugsgebruik een uitgebreid onderzoek uitgevoerd om gegevens over de omvang van de publieke uitgaven ten behoeve van drugsbestrijding te verzamelen en te analyseren en het uitgavenniveau in te schatten. De overheidsuitgaven op het gebied van zowel de gezondheidszorg als de opsporing en vervolging werden daarbij berekend door vaststelling van de directe kosten (uitgaven die rechtstreeks aan het drugsprobleem gerelateerd zijn) en de indirecte kosten (gemaakte overheadkosten als gevolg van het drugsprobleem, zoals de kosten van gevangnissen).

Ondanks een aantal verschillen is gebleken dat in alle lidstaten een vergelijkbaar beleid van kostentoe rekening wordt gevoerd op het gebied van drugs. Over het algemeen wordt tussen de 70 en 75 % van de begroting besteed aan opsporing en vervolging, het resterende gedeelte aan gezondheidszorg.

Specifieke maatregelen

Terugdringen van de vraag

In dit gedeelte wordt ingegaan op een aantal interventie-maatregelen die alle hun eigen doelstellingen hebben en alle binnen een specifieke setting functioneren. Een overzicht van de verschillende settings en benaderingswijzen wordt in figuur 21 gegeven.

Preventieve maatregelen

Drugspreventie op school

Drugspreventie op school blijft voor alle lidstaten een prioriteit. Er bestaan tal van richtsnoeren voor scholen op het gebied van preventie en het is wellicht nuttig een marktoverzicht op te stellen teneinde het meest geschikte materiaal te selecteren (zoals in Duitsland is gedaan). In de meeste lesprogramma's wordt drugspreventie als onderdeel van de algemene gezondheidsleer opgenomen. Een groepsgewijze aanpak (waarbij scholieren elkaar voorlichten) wordt als de meest effectieve methode gezien, maar is moeilijk op te zetten en in stand te houden. De betrokkenheid van ouders wordt als cruciaal beschouwd.

Ook de politie krijgt steeds meer belangstelling voor primaire drugspreventie op scholen (in België, Frankrijk, Nederland, Oostenrijk en Zweden), hoewel hier en daar wel twijfels worden geuit met betrekking tot de vraag of politiefunctionarissen over de benodigde educatieve vaardigheden beschikken om dit soort werk te verrichten.

Het is een feit dat scholieren drugs gebruiken (zie hoofdstuk 1, drugsgebruik onder scholieren) en tot de risico-

groep behoren. Dit is in het verleden vaak ontkend door scholen, uit angst voor aantasting van hun goede naam. Er wordt echter — in Frankrijk, Luxemburg, Nederland, Oostenrijk, Spanje en het Verenigd Koninkrijk — steeds vaker een strategie geformuleerd die erop gericht is voor scholen een beleid te ontwikkelen dat het mogelijk maakt risicogedrag te voorkomen, vroegtijdig in te grijpen en scholieren eventueel te verwijzen naar hulpinstanties. Met name jongeren die de school vroegtijdig verlaten of van school worden gestuurd, vormen een groot probleem. In Spanje zijn voor deze groep jongeren standaardrichtsnoeren opgesteld, terwijl in het Verenigd Koninkrijk 95 % van het voortgezet onderwijs over beleidsregels beschikt voor drugsgerelateerde incidenten.

Drugspreventie in de naaste omgeving

In de afgelopen jaren zijn er steeds meer plaatselijke activiteiten in verschillende vormen georganiseerd ter preventie van drugsgebruik. In alle lidstaten wordt melding gemaakt van verschillende soorten oudercursussen die op plaatselijk niveau worden gegeven. Zo hebben in Spanje in 1999 25 000 gezinnen deelgenomen aan „escuelas de padres”, terwijl in Frankrijk 75 speciale begeleidingscentra zijn opgericht om jongeren steun te bieden bij emotionele, sociale en gezinsproblemen. In de noordse landen gaan groepen ouders de straat op om in hun buurt jongeren te ondersteunen op uitgaansavonden. In Denemarken nemen 1 300 ouders deel aan dit soort activiteiten.

Aan sportverenigingen is in veel landen een meer prominente rol bij de drugspreventie toebedeeld dan in vorige jaren werd gemeld, met name in België, Duitsland, Frankrijk, Griekenland, Italië, Spanje en het Verenigd

Het mobiliseren van leerlingen bij de preventie van drugsgebruik

Op verzoek van het Franse ministerie van Onderwijs is een evaluatie gehouden binnen de scholen die hebben deelgenomen aan het proefproject „Les élèves acteurs de prévention”. De leerlingen kregen begeleiding bij het opzetten van campagnes en bij het doorgeven van kennis over kwesties die hun medeleerlingen aangingen. Door hun betrokkenheid bij het project kregen zij veel erkenning van hun medescholieren. Het experiment bleek op de helft van de scholen een succes, maar zelfs op de scholen waar dat niet het geval was, bestond er toch grote belangstelling vanuit de leerlingengroep. De invloed van het project op de sfeer en het leefklimaat binnen de scholen was zeer positief, zowel vanuit het gezichtspunt van de scholieren als ten aanzien van de externe reputatie van de scholen.

Koninkrijk. In Duitsland wordt al sinds 1994 samengewerkt tussen sportclubs en instanties voor drugspreventie; in 2000 hebben opnieuw 2 500 jeugdwerkers in de sport een cursus over drugspreventie gevolgd. In maart 2000 is in Potsdam (Duitsland) een congres over drugspreventie bij sportclubs gehouden, waarin aandacht werd besteed aan de kwaliteit van drugspreventie binnen sportverenigingen en aan drugsgebruik in samenhang met sportrielen en de sportclubcultuur.

Samenwerking tussen alle betrokkenen is van cruciaal belang. In Denemarken, Finland, Frankrijk, Griekenland, Ierland, Italië, Portugal, het Verenigd Koninkrijk en Zweden zijn of worden op korte termijn door het hele land onderlinge overeenkomsten gesloten tussen plaatselijke of regionale instanties voor drugspreventie.

Behandeling

Behandeling zonder gebruikmaking van drugs

Er is momenteel niet veel bekend over de toepassing van behandelingen zonder gebruikmaking van drugs binnen de EU. Dit soort behandelingen lijkt echter wel de meest gebruikte methode te zijn in Finland, Griekenland, Noorwegen en Zweden. Er bestaat in die landen een tendens om kortere behandelperiodes van drie tot zes maanden te hanteren, in plaats van periodes van een tot twee jaar, hoewel de gemiddelde behandelingsduur in Griekenland twaalf maanden bedraagt. Uit een recente

Beoordeling van behandelmethoden

In Noorwegen wordt een project uitgevoerd waarbij bepaalde methoden voor de behandeling van drugsgebruikers worden onderzocht om vast te kunnen stellen of sommige behandelmethoden betere resultaten opleveren dan andere en om te bepalen welke cliënten van welke soort behandeling profiteren. Aangezien drugsgebruikers vaak verschillende behandelingen ondergaan, is het uitgangspunt dat elke behandeling moet voortbouwen op de resultaten van een eerdere behandeling — waarbij dus wordt uitgegaan van de veronderstelling dat geïnvesteerde middelen niet verloren gaan.

meta-analyse in Duitsland, waarbij verschillende Europese landen betrokken waren, blijkt dat er een positieve relatie bestaat tussen de duur en het succes van een behandeling. Hierbij dient echter te worden opgemerkt dat de beoordeling van de verschillende keuzes van behandeling nog voor verbetering vatbaar is.

Er wordt op steeds grotere schaal gebruikgemaakt van casemanagement (laagdrempelige, intensieve, op de persoon afgestemde begeleiding) om een drugsgebruiker bij te staan op zijn weg door het netwerk van behandelingen. Dit gebeurt bijvoorbeeld in België, Duitsland en Nederland. Uit de bevindingen van vijf Nederlandse onderzoeken op het gebied van dubbele diagnoses (bij

Tabel 1

Substitutie therapie onder problematische drugsgebruikers			
	Geschatte prevalentie problematisch drugsgebruik ⁽¹⁾	Geschat aantal cliënten of cliënten in substitutietherapie	Dekkingspercentage substitutie (%) ⁽²⁾
België	20 200	7 000 (1996)	35 ⁽³⁾
Denemarken	12 752-15 248	4 398 (4 298 methadon + 100 buprenorfine)(1 januari 1999) ⁽⁴⁾	27-34
Duitsland	80 000-152 000	50 000 ⁽⁴⁾ (2001)	33-63
Griekenland	n.b.	966 (1 januari 2000) ⁽⁴⁾	
Spanje	83 972-177 756	72 236 die methadon krijgen (1999)	41-86
Frankrijk	142 000-176 000	71 260 (62 900 die buprenorfine krijgen en 8 360 die methadon krijgen) (december 1999) ⁽⁴⁾	40-50
Ierland	4 694-14 804	5 032 (31 december 2000) ⁽⁴⁾	34-100 ⁽⁵⁾
Italië	277 000-303 000	80 459 (1999) ⁽⁴⁾	27-29
Luxemburg	1 900-2 220	864 (164 in het officiële programma en aan +/- 700 wordt mephenon voorgeschreven (methadon in pilvorm) door huisartsen) (2000) ⁽⁴⁾	38-45
Nederland	25 000-29 000	11 676 (1997)	40-47
Noorwegen	9 000-13 000	1 100 (2001)	8-12
Oostenrijk	15 984-18 731	4 232 (1 januari 2000) ⁽⁴⁾	23-26
Portugal	18 450-86 800	6 040 (1 januari 2000)	7-33
Finland	1 800-2 700 ⁽⁶⁾	240 (170 buprenorfine en 70 methadon)	9-13
Zweden	1 700-3 350 ⁽⁶⁾	621 (31 mei 2000) ⁽⁴⁾	19-37
VK	88 900-341 423	19 630	6-22

N/B: n.b. = geen gegevens beschikbaar.

⁽¹⁾ Voor nadere bijzonderheden over nationale prevalenties en problematisch drugsgebruik, zie hoofdstuk 1, Problematisch drugsgebruik en tabel 1 OL op www.emcdda.org.

⁽²⁾ Geschatte percentage problematische drugsgebruikers in substitutietherapie.

⁽³⁾ Prevalentiecijfer betreft alleen intraveneuze drugsgebruikers, hetgeen kan resulteren in een te hoog geschatte substitutiepercentage.

⁽⁴⁾ Rechtstreeks door het nationale Focal Point verzamelde informatie.

⁽⁵⁾ Een dekkingspercentage van 100 % voor substitutietherapie lijkt niet aannemelijk, hetgeen suggereert dat de prevalentieschatting van 4 694 (1 195) een onderschatting is van de actuele prevalentie.

⁽⁶⁾ Opiatgebruikers.

Maatregelen tegen drugsgebruik

een gelijktijdig optreden van drugsproblemen en psychiatrische problemen) blijkt dat het toepassen van casemanagement licht positieve effecten heeft qua patiëntstatisfactie, drugsgebruik, psychiatrische symptomen, sociale vaardigheden en gebruikmaking van zorgdiensten.

Nederland vertoont een enigszins negatief beeld met betrekking tot een problematische doelgroep van mensen die ondanks een aantal pogingen niet in staat zijn een verandering aan te brengen in hun drugsgedrag. De Intramurale Motivatiecentra zijn bedoeld om drugsgebruikers te laten herstellen, hun sociale vaardigheden te ontwikkelen en structuur aan te brengen in hun dagelijkse leven, zodat zij beter gemotiveerd zijn om deel te nemen aan de reguliere zorg. Het aantal afvallers in deze centra bedraagt echter 60 %, zodat de conclusie moet worden getrokken dat niet-gemotiveerde drugsgebruikers niet met succes geholpen kunnen worden.

Substitutietherapie

Substitutietherapie heeft zich de afgelopen jaren slechts op gematigde schaal uitgebreid in de EU. In Finland, Griekenland, Noorwegen en Zweden is het sinds kort mogelijk substitutietherapie te volgen, met name met methadon. Buprenorfine, het belangrijkste substitutiemiddel in Frankrijk, is inmiddels ook geïntroduceerd in België, Denemarken, Duitsland, Finland (voor detoxificatie), Italië, Luxemburg, Noorwegen, Oostenrijk, Portugal en het Verenigd Koninkrijk, terwijl in Denemarken, Portugal en Spanje LAAM wordt voorgeschreven. In Nederland wordt momenteel onderzoek gedaan naar een snelle detoxificatie met naltrexone als medicatie; dit zou een alternatief kunnen gaan vormen voor andere behandelwijzen. Naltrexone is de afgelopen tien jaar in Portugal gebruikt.

In het Verenigd Koninkrijk wordt nog steeds selectief heroïne voorgeschreven. In Nederland wordt in het kader van een wetenschappelijk onderzoek op experimentele basis heroïne voorgeschreven voor de behandeling van moeilijk te genezen chronische drugsgebruikers, terwijl ook in Duitsland in 2001 een proef met het voorschrijven van heroïne zal worden uitgevoerd. Luxemburg overweegt om in 2002 te beginnen met het beschikbaar stellen van heroïne op experimentele basis. De deskundigen zijn het erover eens dat uitsluitend overwogen mag worden heroïne voor te schrijven als alle opties uitgeput zijn. Heroïne op recept is een ware beproeving voor cliënten, en het feit dat zij zich twee à drie keer per dag bij het behandelcentrum moeten melden, ontregelt hun leven. Er bestaan echter aanwijzingen dat deze methode in het kader van de criminaliteitsbestrijding, de bevordering van de gezondheid en de sociale integratie zeer effectief kan zijn bij ernstig verloederde drugsgebruikers.

Schadebeperkende maatregelen

Straathoekwerk

Het in kaart brengen van het straathoekwerk (het aanspreken van drugsgebruikers in hun eigen omgeving) in de EU is geen eenvoudige taak, aangezien een groot deel van het werk plaatselijk door particuliere organisaties wordt verricht op basis van structuren die in de regel nogal complex zijn.

Het straathoekwerk vindt zijn oorsprong in het jeugdwerk (gericht op het motiveren van drugsgebruikers om zich te laten behandelen) en in de bezorgdheid over aspecten van de volksgezondheid (met name het voorkomen van besmettelijke ziekten). Onder straathoekwerk valt bijvoorbeeld maatschappelijk werk ten behoeve van verslaafden, het verstrekken van schone naalden en spuiten, laagdrempelige hulpverlening en speciale hulp voor etnische minderheden, prostituees en andere groepen die moeilijk te bereiken zijn. De hulpverlening is in alle lidstaten beschikbaar voor problematische drugsgebruikers die geen reguliere behandeling ondergaan. Om tegemoet te komen aan de behoeften van drugsgebruikers zijn in Denemarken, Frankrijk, Nederland, Oostenrijk en Zweden ook ondersteunende organisaties van medegebruikers opgericht.

In de meeste lidstaten breidt het straathoekwerk zich verder uit. In Zweden was straathoekwerk tien tot vijftien jaar geleden echter veel meer in zwang dan nu. Uit een nieuw onderzoek blijkt dat veel van de drugsgebruikers wegens een gebrek aan middelen op dit moment niet meer door straathoekwerkers worden benaderd. Tot de nieuwe ontwikkelingen op dit gebied behoren het straathoekwerk voor Noord-Afrikaanse drugsgebruikers in Nederland en de introductie van speciale hulpverleners voor vrouwelijke drugsgebruikers in Denemarken, Noorwegen, Oostenrijk en Zweden.

Straathoekwerk — Project voor dakloze vrouwen

De Sociale Dienst van Stockholm, Zweden, heeft in 2000 een project opgezet voor straathoekwerk ten behoeve van dakloze vrouwen, waarvan velen geen of nauwelijks contact onderhielden met de maatschappelijke hulpverlening. Een van de doelstellingen is het motiveren van deze vrouwen om betere contacten te onderhouden. Om dit te bereiken, wordt begonnen met het verstrekken van eenvoudige medische hulp. Het project vervult in zoverre een voorbeeldfunctie dat het een samenwerking betreft tussen de maatschappelijke hulpverlening, vrijwilligersorganisaties en de medische sector.

Een van de specifieke activiteiten van het straathoekwerk in Frankrijk, Nederland, Oostenrijk en Spanje is het ter plekke testen van pillen bij dance-evenementen. Door het testen van pillen worden bezoekers aangetrokken, omdat zij het van groot belang vinden te weten wat zij slikken. Bij de meeste projecten is ook sprake van informatieverstrekking, voorlichting over de schadelijke gevolgen van drugsgebruik en crisisinterventie. In een recent EWDD-onderzoek („Een overzicht van interventies inzake het testen van pillen op locatie in de EU”, EWDD, 2001) wordt geopperd dat door het testen van pillen op doelmatige wijze kan worden gewaarschuwd tegen de onverwachte en gevaarlijke gevolgen van dance-drugs.

Laagdrempelige hulpverlening

De laagdrempelige hulpverlening breidt zich in de meeste lidstaten uit. Gebruikersruimten — ruimten waar intraveneuze gebruikers onder hygiënische en veilige omstandigheden hun drugs kunnen inspuiten — zijn in februari 2000 in Duitsland gelegaliseerd, terwijl dit jaar ook in Madrid (Spanje) een proefproject is gestart met een gebruikersruimte. In Nederland bestaan dergelijke ruimten al een aantal jaren en zij worden ook gebruikt door heroïnerokers en gebruikers van cocaïne en crack. Over soortgelijke initiatieven wordt op dit moment gesproken in Luxemburg, Oostenrijk en Portugal. Het Deense ministerie van Volksgezondheid heeft in een debat over de invoering van injectieruimten in combinatie met laagdrempelige hulpverlening besloten dit initiatief op de lange baan te schuiven in verband met de internationale verdragen op dit gebied.

Snelle gezondheidsmaatregelen als reactie op nieuwe synthetische drugs

Deze maatregelen zijn erop gericht gezondheidsproblemen te voorkomen die kunnen ontstaan in verband met de inname van onbekende middelen door gebruikers die zelf geen contact zoeken met behandelende en hulpverlenende instanties (het gaat hier dus om onbekende middelen ingenomen door onbekende gebruikers). Deze responsen behelzen het invoeren van structurele maatregelen zoals het organiseren van veilige party's (waar het personeel is getraind, water wordt verstrekt en afkoelfaciliteiten ter beschikking worden gesteld) of het geven van voorlichting over partydrugs via mediacampagnes, interactieve websites en cd-rom's. Ook wordt in dit kader soms via Internet of in bepaalde bladen specifieke informatie verschaft over de resultaten van pillentests die ter plekke of elders zijn uitgevoerd. Dergelijke interventies gaan soms dus gepaard met straathoekwerk, zoals het op locatie testen van pillen.

Training voor personeel van nachtclubs

In Ierland krijgt het personeel van nachtclubs training en ondersteuning om ervoor te zorgen dat het beter kan inspelen op drugsgerelateerde situaties in de nachtclubs. In de eerste twee fasen van het project worden cursussen georganiseerd voor eigenaren/managers en portiers van de clubs. Zij concentreren zich op het verbreden van hun kennis over drugs, het analyseren van hun houding jegens drugs en het bestuderen van aspecten van recht, gezondheid en veiligheid. De derde fase is bedoeld om jonge bezoekers terzake doende informatie over drugs te verschaffen door ze op een aantal plaatsen, zoals universiteiten en clubs, een boekje ter grootte van een creditcard te overhandigen dat bekend staat als het *Vital Information Pack (VIP)*. In de vierde fase wordt een eendaags congres gehouden om vanuit de muziek-/danssector steun te verkrijgen voor het opstellen van goede beleidsvoorschriften in dansgelegenheden. In de laatste fase wordt de aandacht gevestigd op het standaardiseren van cursussen voor portiers en het aanbieden van deze elementen in een modulaire vorm.

In Denemarken, Ierland, Italië, Nederland en Spanje worden bepaalde plaatsen waar jongeren graag komen (zoals clubs, kroegen en disco's) ook bezocht door de plaatselijke autoriteiten om het personeel te instrueren en te ondersteunen, zodat het beter kan inspelen op drugsgerelateerde situaties.

Het concept van controle op „real time”-basis van gelegenheden voor jongeren wordt bijvoorbeeld in Luxemburg toegepast. Na een eerste evaluatiefase is het spelpakket „Ecstasy” in verschillende jongerenomgevingen getoetst en in de geëigende lesprogramma's op scholen geïntegreerd. Het spelpakket stimuleert gesprekken en leidt tot het delen van ervaringen en het zoeken naar alternatieven voor drugsgebruik, met name op het gebied van synthetisch drugsgebruik. De groepsdynamiek die door het spel ontstaat, zorgt ervoor dat kwesties worden besproken waarop jongeren zouden moeten letten. Uit een evaluatie blijkt dat de creatieve en op actie gerichte elementen van het spel nog zouden moeten worden verbeterd.

Via Internet kan een enorme hoeveelheid informatie over drugs worden verkregen, waarin alle standpunten over drugsbeleid tot uiting komen. Er is echter geen controle op de kwaliteit van de informatie. De meeste overheidsinstanties die zich bezighouden met drugspreventie, maar

Maatregelen tegen drugsgebruik

ook NGO's die op dit gebied actief zijn, hebben hun eigen homepage of zijn bezig met het ontwerpen daarvan. Dergelijke homepages bieden voornamelijk informatie, maar bevatten ook interactieve elementen, zoals de Italiaanse site *Io non calo la mia vita* (<http://www.iononcalo.it>), het Zweedse *Drugsmart* (<http://www.drugsmart.com>) en de „Drug Search“-functie (<http://www.drugscope.org>) in het Verenigd Koninkrijk. Vanuit Finland wordt een innovatief initiatief gemeld dat de mogelijkheid biedt tot anonieme consultatie en zelfbeoordelingstesten via Internet (<http://www.aklinikka.fi/plimenu1.htm>). De database van het EWDD, EDDRA (<http://www.emcdda.org>), bevat verwijzingen naar meer dan 250 geëvalueerde projecten op het gebied van vraagvermindering en groeit nog steeds.

Terugdringing van drugscriminaliteit

Preventie van drugscriminaliteit

In alle lidstaten bestaan programma's waarbij onder bepaalde voorwaarden (betreffende de ernst van het delict of de leeftijd van de delinquent bijvoorbeeld) een behandeling naast of in plaats van gevangenisstraf wordt opgelegd. Dit wordt geacht preventief te werken, hoewel op dit vlak nauwelijks evaluatiegegevens beschikbaar zijn.

Drugsgebruikers blijven een groot probleem vormen voor het strafrechtstelsel. Bijna de helft van de gevangenen heeft problemen die samenhangen met drugs. Gezien het grote verloop in de gevangnissen wordt verwacht dat in de EU per jaar tussen de 180 000 en 600 000 drugsgebruikers de poorten van de strafinrichtingen passeren. De

Drugstest- en behandelingsprogramma's in het Verenigd Koninkrijk

De Britse regering heeft drugstest- en behandelingsprogramma's (*Drug Treatment and Testing Order (DTTO)*) geïntroduceerd op basis waarvan de rechter in plaats van een gevangenisstraf of zelfs als zelfstandige maatregel een behandeling aan een delinquent kan opleggen. Geschat wordt dat tegen 2001 circa 3 425 DTTO-maatregelen zullen worden opgelegd. Dit cijfer moet worden afgezet tegen de circa 120 000 personen die in 1999 wegens drugsdelicten zijn veroordeeld. Adviserende instanties op het gebied van drugspreventie zullen samen met de reclassering ondersteuning bieden aan degenen aan wie een dergelijke DTTO-maatregel is opgelegd en zullen hun praktijkbevindingen van de proefprojecten verspreiden alsmede de plaatselijke *Drug Action Teams* assisteren bij het ontwikkelen van geschikte verwijzingsregelingen.

prevalentie van het drugsgebruik varieert afhankelijk van het type strafinrichting. Er worden meer drugs gebruikt in grote strafinrichtingen en in gevangnissen waar gedetineerden slechts korte tijd verblijven, en het drugsgebruik is groter onder vrouwelijke dan onder mannelijke gevangenen.

Tabel 2 bevat een globaal overzicht van de begeleiding die in strafinrichtingen in de EU wordt geboden aan drugsgebruikers — het EWDD-verslag „Begeleiding voor drugsgebruikers in strafinrichtingen“ geeft hiervan een volledig overzicht.

Tabel 2

	Hulpverlening aan drugsgebruikers in gevangnissen in de EU		
	Drugsvrije behandeling in gevangnissen	Substitutie therapie in gevangnissen	Beperken van schadelijke gevolgen van drugs in gevangnissen
België	Ja, in experimentele fase	Graduele detoxificatie met methadon	Een aantal lokale HIV-preventie maatregelen
Denemarken	Samenwerking met particuliere behandelinstellingen	Ja, indien reeds onder behandeling met methadon voor gevangenis	Verstrekking reinigingsvloeistof, hepatitis-B-vaccinatie
Duitsland	Ja	Ja	Sputomruilprogramma's in een aantal gevangnissen
Griekenland	Zelfhulpgroepen	Nee	Informatieverstrekking in een aantal gevangnissen
Spanje	Ja	Ja	Ja
Finland	Cursussen over drugsmisbruik, drugsvrije afdelingen	Ja, indien reeds onder behandeling met buprenorfine/methadon voor gevangenis	Verstrekking reinigingsvloeistof, hepatitis-B-vaccinatie
Frankrijk	Nee	Ja (methadon of buprenorfine)	Informatieverstrekking aan gedetineerden, chloorine-verstrekking
Ierland	In beperkte mate	Detoxificatie met methadon, onderhoudsbehandeling voor seropositieve gedetineerden	Nee
Italië	Ja	Ja	Nee
Luxemburg	Ja	Ja, indien onder behandeling met methadon voor gevangenis en begin behandeling voor vrijlating	Nee
Nederland	Ja, verplichte behandeling voor „harde kern“-drugsgebruikers	In beperkte mate, afbouwprogramma's voor langdurig gedetineerden	Ja
Oostenrijk	Ja	Ja	Ja
Portugal	Ja	Ja	Informatie, opleiding bewakers, condooms en verstrekking bleekwater, hepatitisvaccinatie
Zweden	Ja	Nee	Nee
VK	Ja	Methadon- detoxificatie. Ook beschikbaar: sofaxidine, dihydrocodeïne en naltrexone	Desinfecterende tabletten in een aantal gevangnissen, counseling en informatie

„Back to the Future” in Finland

In Finland is een programma opgezet onder de naam „Back to the Future” (gefinancierd door het Integra-programma van de EU) dat zich bezighoudt met projecten voor jonge drugsverslaafden. De resultaten van het project bevestigen de indruk dat mensen die na het overwinnen van hun drugsgelateerde problemen geen uitzicht hebben op werk en kampen met een gebrek aan inkomsten in een zeer moeilijke situatie verkeren. Zij worden geconfronteerd met problemen als slechte huisvesting, verminderde arbeidsgeschiktheid, gebrek aan vakopleiding en problemen om „clean” te blijven. Voor de deelnemers aan het project waren opleidingsmogelijkheden beschikbaar, maar zij vonden het moeilijk de eerste stap te zetten in de richting van de opleidingsyste-

men en arbeidsmogelijkheden. Ook was het niet eenvoudig werkgevers te vinden die bereid waren hun een leercontract aan te bieden. Hoewel de staat automatisch studieleningen garandeert, weigerden banken persoonlijke leningen te verstrekken, aangezien bijna 90 % van de cliënten niet kredietwaardig was. Uit het project bleek dat de maatregelen die de maatschappelijke hulpverlening en gezondheidsinstanties ter beschikking stonden niet toereikend waren om de complexe welzijnsproblemen op te lossen. Het herintegratiesysteem dient te voorzien in actieve maatregelen, waaronder een individuele, op de persoon afgestemde aanpak die de bestuurlijke grenzen overschrijdt en die gekoppeld is aan een adequate financiering.

Rehabilitatie en sociale herintegratie

Onderwijs, training, huisvesting en werk zijn sleutelwoorden voor de sociale herintegratie van drugsgebruikers na behandeling, na gevangenisstraffen en bij langdurige substitutietherapieën. Het lijkt er echter op dat dit gebied van begeleiding nog steeds weinig ontwikkeld is, hoewel de professionele hulpverleners vaak benadrukken dat nazorg en herintegratie zeer belangrijke aspecten van de behandeling van drugsgebruikers vormen en dat er verbeteringen op dit gebied nodig zijn.

Evaluatie

Evaluatie vormt samen met adequate planning en infrastructuur, professionalisme, training, onderzoek en netwerken de sleutel voor de kwaliteit van de respons op drugsgebruik. Er worden steeds meer kwaliteitsbewakingsprocedures geïntroduceerd op het gebied van de

vraagvermindering in de EU. In Duitsland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Italië, Nederland en Oostenrijk is sprake van kwaliteitsbewakingsinitiatieven met betrekking tot drugspreventie, terwijl Duitsland, Griekenland, Luxemburg, Nederland, Noorwegen, Oostenrijk, Portugal en het Verenigd Koninkrijk melding maken van kwaliteitsbewaking op het gebied van de zorg.

In België, Duitsland, Finland, Ierland, Italië, Oostenrijk en het Verenigd Koninkrijk zijn cursussen ontwikkeld voor huisartsen en andere zorgverleners. In andere landen — Frankrijk, Griekenland, Italië, Luxemburg, Nederland en Zweden — is echter ook gebleken dat er ondanks de beschikbaarheid van basistraining voor mensen die zich bezighouden met preventie, gezondheidszorg en strafrecht behoefte blijft bestaan aan kwaliteitscursussen.

Terugdringen van het aanbod

De volgende informatie is gebaseerd op Europol-rapporten.

Door nieuwe technieken toe te passen waarbij snel en op verschillende niveaus van een opsporingsonderzoek wordt ingegrepen, is het mogelijk gebleken om lange, zich voortslepende en veel inspanning vergende onderzoeken te vermijden. Nieuwe samenwerkingsverbanden tussen justitiële en politie-instanties binnen de EU dienen volledig door de lidstaten benut te worden teneinde de uitwisseling van informatie zo veel mogelijk te bevorderen, zowel binnen de lidstaten als op internationaal niveau.

De georganiseerde misdaad binnen de EU groeit. De productie van en handel in drugs lijken nog steeds tot de belangrijkste activiteiten van criminele netwerken te behoren. De continue afwisseling en ontwikkeling van

Kwaliteitsbewaking bij het terugdringen van de vraag

In Oostenrijk nemen procedures voor kwaliteitsbewaking een steeds belangrijkere plaats in bij het terugdringen van de vraag naar drugs. Er zijn richtsnoeren opgesteld voor kwaliteitswerk alsmede minimumnormen voor alle activiteiten in de drugsverslaving en voor casemanagement ten behoeve van cliënten die substitutietherapie ondergaan. Ook zijn andere minimumnormen opgesteld die gefaseerd zullen worden ingevoerd, zoals randvoorwaarden voor de kwaliteit van de begeleiding van drugs- en alcoholverslaafden. In Wenen zijn speciale kenniscentra opgericht die belast zijn met netwerken en de zorg voor een goede informatievoorziening ten behoeve van activiteiten die niet expliciet betrekking hebben op drugskwesties (zoals jongerenwerk en gezondheidszorg).

Maatregelen tegen drugsgebruik

drugsroutes vormen een uitdaging voor de opsporingsinstanties. Successen en mislukkingen bij de handel in illegale middelen worden continu door criminelen bijgehouden en de activiteiten worden dienovereenkomstig aangepast door bijvoorbeeld routewijzigingen, de ontwikkeling van nieuwe methoden om drugs te verbergen en de werving van nieuwe koeriers.

Volgens Europol (EU-situatieverslag inzake de productie van en handel in drugs, 1999-2000) was Operatie paars een bemoedigend project in de strijd tegen de sluikhandel in chemische precursoren. Operatie paars was bedoeld om een einde te maken aan de handel in kaliumpermanganaat — een chemische stof die wordt gebruikt bij de productie van cocaïne — en heeft geleid tot samenwerking tussen 23 landen, waaronder zeven lidstaten van de EU, waarin sprake is van productie, invoer, uitvoer of doorvoer van deze stof, alsmede de International Narcotics Control Board, ICPO/Interpol en de Werelddouaneorganisatie. Doel van het project is het voorkomen van de handel in deze stof, gezien het feit dat precursoren een sleutelrol spelen in de productie van drugs. Sinds het project van start is gegaan, zijn 248 leveringen met een totaalgewicht van 7 778 ton opgespoord. Daarbij zijn 32

leveringen van kaliumpermanganaat, met een totaalgewicht van bijna 2 226 ton, onderschept of in beslag genomen. Verondersteld wordt dat dit overeenkomt met 29 % van alle gecontroleerde leveringen. Een soortgelijke operatie zal worden georganiseerd in verband met azijnzuur-anhydride, een chemische stof die wordt gebruikt bij de verwerking van heroïne.

De politieke ontwikkelingen gaan dus in de richting van betere samenwerking tussen politie en justitie, en daarnaast wordt de bevoegdheid van Europol zodanig uitgebreid dat daaronder ook witwaspraktijken in het algemeen komen te vallen, ongeacht de aard van het delict dat aanleiding heeft gegeven tot die praktijken.

Europol werkt momenteel samen met deskundigen uit de lidstaten en het EWDD aan de ontwikkeling van een geharmoniseerde database inzake inbeslagnames van drugs. De database voorziet in gemeenschappelijke definities en parameters voor alle lidstaten. Dit zou moeten leiden tot een gestandaardiseerde verzameling van Europese gegevens, die een betere vergelijking en analyse van de drugssituaties in de verschillende lidstaten mogelijk zou moeten maken.

Speciale kwesties

In dit hoofdstuk komen in verband met de drugsproblematiek in Europa drie speciale kwesties aan de orde: cocaïne en „base/crack”, besmettelijke ziekten en synthetische drugs.

Cocaïne en „base/crack”

Het toenemend gebruik van cocaïne is weliswaar een groeiende bron van zorg in de EU, maar de eigenlijke trends in cocaïnegebruik en de gevolgen daarvan in de verschillende EU-lidstaten zijn moeilijk vast te stellen. Ten eerste geven de landelijke gegevens uit bijvoorbeeld enquêtes of behandelingscentra geen goed beeld van de veranderingen in prevalentie en problemen die zich voordoen in kleine geografische gebieden binnen specifieke steden, of van veranderingen die optreden in een specifiek sociaal milieu. Ten tweede ontbreken in de huidige informatie over cocaïne vaak heldere, wetenschappelijke definities. Zo maken informatiesystemen zelden onderscheid tussen „base/crack” en cocaïne hydrochloride of tussen de verschillende vervaardigingsmethoden van „base/crack”. Deze verschillende vormen van cocaïne worden nochtans op verschillende manieren verhandeld en gebruikt, en leiden ook tot verschillende typen problemen. Inzicht in dit alles is noodzakelijk voor de ontwikkeling van een doelmatig beleid en voor het terugdringen van de vraag.

Prevalentie, patronen en problemen

Prevalentie

Noch algemene bevolkingsonderzoeken noch schoolenquêtes wijzen erop dat het gebruik van cocaïne in de EU als geheel toeneemt. Alleen in het Verenigd Koninkrijk is sprake van een bevestigde toename van het aantal mensen dat in hun leven ooit cocaïne heeft gebruikt, en wel onder jonge volwassenen in de leeftijdscategorie 16 tot en met 29 jaar. Het Italiaanse Focal Point meldt dat uit een reeks van Italiaanse bronnen is gebleken dat cocaïnegebruik op de tweede plaats komt, na cannabis en vóór amfetamine of ecstasy.

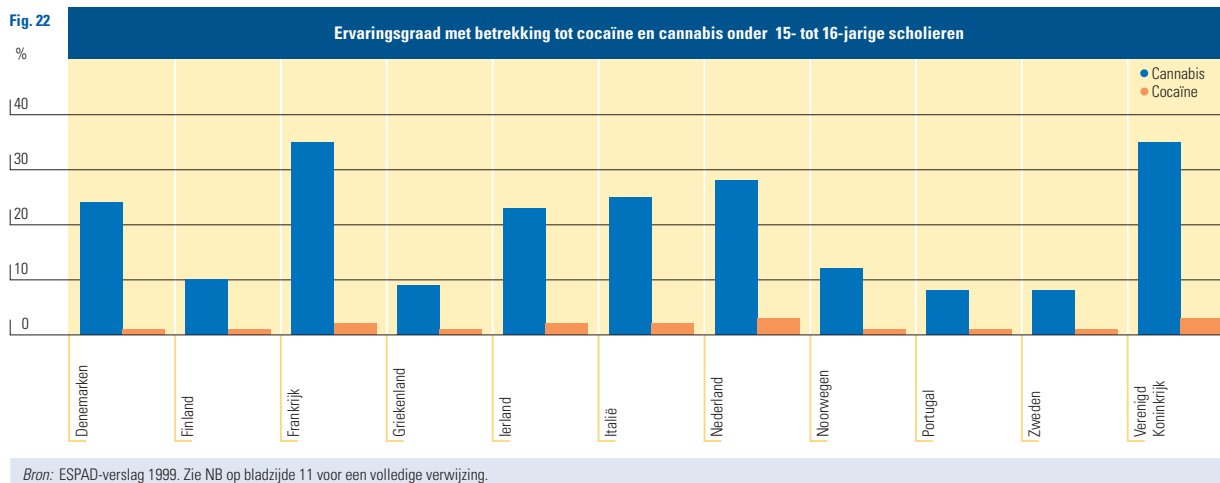
Een schoolenquête uit 1999 in Europa wijst uit dat experimenteelgedrag met cocaïne (de ervaringsgraad) onder

Wat zijn cocaïne en „crack”?

Cocaïne is een stimulerend middel dat wordt onttrokken aan de bladeren van de cocaplant *Erythroxylon Coca*. Het werd halverwege de negentiende eeuw ontwikkeld voor de behandeling van een grote verscheidenheid aan ziekten. De chemische naam voor deze drug in verwerkte vorm is cocaïne hydrochloride. Cocaïne wordt over het algemeen als een kristalachtig poeder verkocht „op straat”, waar het onder een hele reeks namen bekend staat, zoals „coke”, „sneeuw” en „Charlie”. Het wordt meestal intranasaal ingenomen, maar soms ook opgelost in water en vervolgens geïnjecteerd.

Cocaïne „base/crack” is een naam die in de straathandel wordt gebruikt voor cocaïne die zodanig is behandeld dat ze kan worden gerookt of via het inhaleren van dampen kan worden ingenomen, voor een onmiddellijk en intens effect. Er bestaan op zijn minst drie methoden voor de vervaardiging van „base/crack” (1). Een daarvan levert een zuiver product op — door toevoeging van warm water en ammonia of natriumbicarbonaat en afvoer van de overtollige vloeistoflaag met verdunningsmiddelen. In een alternatieve vervaardigingsmethode wordt een pasta van cocaïne en natriumbicarbonaat in een magnetron verhit, hetgeen resulteert in een eindproduct met een lager cocaïnegehalte waarin alle verdunningsmiddelen nog aanwezig zijn.

Cocaïne en „base/crack” worden doorgaans van elkaar onderscheiden op basis van hun uiterlijke kenmerken en zuiverheid. Het onderscheid is soms echter moeilijk te maken, omdat bepaalde vormen van „base/crack” fysiek sterk lijken op cocaïne hydrochloride.



15- en 16-jarige scholieren op een laag niveau blijft, ver onder dat van cannabis. In alle lidstaten die aan het onderzoek deelnamen, werd aangegeven dat cocaïne minder gemakkelijk verkrijgbaar was dan ecstasy, hoewel er tussen de landen onderling aanzienlijke verschillen bestonden. Het percentage van de 15- en 16-jarigen dat aangeeft dat cocaïne gemakkelijk verkrijgbaar is, is het grootst in Ierland en het Verenigd Koninkrijk (respectievelijk 21 % en 20 %) en het laagst in Finland (6 %). In alle EU-lidstaten in het onderzoek was cocaïne echter aanzienlijk minder gemakkelijk verkrijgbaar dan onder dezelfde leeftijdsgroep in de Verenigde Staten (2). Het gebruik van cocaïne wordt in alle deelnemende landen zeer sterk en in ongeveer gelijke mate afgekeurd, even sterk als heroïne.

Patronen

Hoewel er zich onder de bevolking op nationaal niveau geen dramatische verschijnselen voordoen, wekt het cocaïnegebruik in specifieke sociale omgevingen wel degelijk de aandacht. Bestaand onderzoek onder cocaïnegebruikers wijst uit dat er een scherpe scheidslijn bestaat tussen recreatieve gebruikers van cocaïnepoeder (hydrochloride) enerzijds en probleemgebruikers van „base/crack” en intraveneuze gebruikers anderzijds. Groepen regelmatige bezoekers van nachtclubs en dance-feesten vertonen een hele reeks patronen in het recreatief gebruik van cocaïnepoeder. Deze mensen gebruiken cocaïne voor sociale doeleinden en om van de effecten te kunnen genieten. Dergelijke recreatieve gebruikers behoren tot een duidelijk andere categorie

Tabel 3 Doelgroeponderzoeken naar eventuele ervaring (ooit in hun leven = LTP) met cocaïne in vergelijking met onderzoeken onder de totale bevolking

	LTP-clubbers			Jongvolwassenen in totale bevolking		
	% LTP	Omvang steekproef	(Jaar) en bron	% LTP	Omvang steekproef	Jaar en leeftijdsgroep
Oostenrijk	42	50	(1999) Oostenrijkse „ravers”	—	—	—
België	45	154	(1998) Rock Festival, Waalse Gemeenschap	—	—	—
Denemarken	—	—	—	3,1	14 228	2000 16-34 jaar
Finland	—	—	—	1,2	2 568	1998 15-34 jaar
Frankrijk	56	896	(1999) Techno-rave-party's, Médecins du Monde	1,9	2 003	1999 15-34 jaar
Duitsland						
Voormalig West-	—	—	—	2,2	6 380	1997 18-39 jaar
Voormalig Oost-	—	—	—	0,4	1 620	1997 18-39 jaar
Nederland	48	456	(1998) Clubbers in Amsterdam Enquête (23 % antwoorden)	3,7	22 000	1997-1998 15-34 jaar
Spanje				4,8	12 488	1999 15-34 jaar
Verenigd Koninkrijk	62	517	(1997) Release drugs and dance (1)	6,4	10 293	1998 16-34 jaar
	18 „crack”					
	50	100	(1999) Clubbers in Liverpool (2)			
Noord-Ierland	45	106	(2000) Ecstasygebruikers in Noord-Ierland			

(1) Release (1997), Release Dance and Drugs Survey: an insight into the culture. London.

(2) Henderson, S., „Protecting and Promoting the Health of Club-goers in Liverpool: An information campaign evaluation and Market Research Project 1999-2000”, 2000.

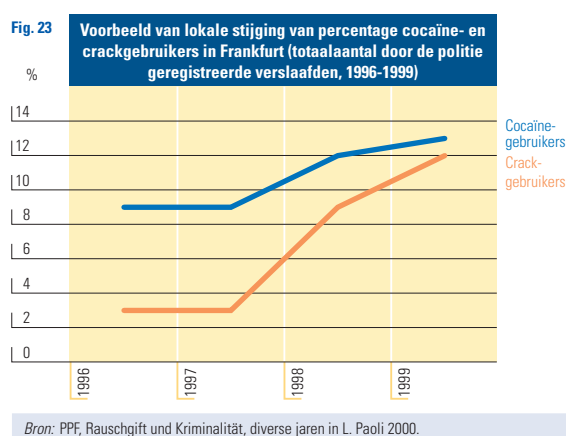
Bronnen: Nationale Focal Points en referenties zoals hieronder aangegeven.

dan gemarginaliseerde groepen, zoals dakloze jongeren, gebruikers in de prostitutie en probleemgebruikers van heroïne, die „base/crack” roken of zichzelf injecteren met een mengsel van cocaïne en heroïne. Deze groepen worden aangetroffen in bepaalde geografische zones binnen specifieke steden. De scheidslijn tussen cocaïne in poedervorm en „base/crack” zou echter kunnen vervagen als gevolg van het toenemend aantal mensen dat cocaïne rookt in een recreatieve setting of in uitgaanscentra, en als gevolg van recente veranderingen op de markt. Ten eerste is er in vijf lidstaten — Frankrijk, Griekenland, Italië, Nederland en het Verenigd Koninkrijk — sprake van een nieuwe trend om „base/crack” in een zogenaamde joint te vermengen met tabak. Ten tweede melden diensten voor technisch-gerechtelijk onderzoek dat sommige vormen van „base/crack” uiterlijk sterk lijken op cocaïnepoeder (hydrochloride), zodat het voor de politie en onervaren gebruikers moeilijk is om deze twee soorten cocaïne uit elkaar te houden (8). Ten derde zijn er in het Verenigd Koninkrijk aanwijzingen dat de „base/crack”, die bedoeld is om te worden gerookt, steeds vaker als geheel nieuw product en onder nieuwe namen zoals „rock” en „stone” aan de man wordt gebracht. Die namen dienen ertoe de cocaïne die direct kan worden gerookt te onderscheiden van „base/crack” en van een beter imago te voorzien, dat meer in de buurt komt van dat van cocaïnepoeder (4).

De prevalentie van cocaïnegebruik binnen subpopulaties waar ook het gebruik van andere drugs op een hoog niveau ligt, is aanzienlijk hoger dan onder jonge volwassenen in het algemeen. Tabel 3 (ervaringsgraad met betrekking tot cocaïne binnen specifieke gebruikersomgevingen) laat zien dat de ervaring met cocaïne onder jongeren die dance-feesten en clubs frequenteren aanmerkelijk groter is dan onder jonge volwassenen in het algemeen. De relatief hoge prijs van cocaïne vormt in combinatie met de korte duur van haar effecten een beperkende factor voor regelmatig recreatief gebruik, dat wellicht sterk samenhangt met de hoogte van het besteedbare inkomen. In uitgaanscentra zijn sommige mensen geneigd veel meer alcohol te drinken dan normaal als ze cocaïne gebruiken. Cocaïne verhoogt de gezelligheid door de ongewenste effecten van alcohol te verzachten.

Problemen

In Nederland en Spanje is het aantal behandelingsaanvragen van cliënten die hoofdzakelijk cocaïne gebruiken tussen 1994 en 1999 aanzienlijk toegenomen in verhouding tot het totaal aantal behandelingsaanvragen. Ook in Duitsland, Griekenland en Italië is dit aantal verhoudingsgewijs



gegroeid, en in Ierland tot 1998 (22). Ook uit het Verenigd Koninkrijk en zowel het Franstalige als het Vlaamstalige deel van België werd een toename gemeld. Er is een gebrek aan onderling vergelijkbare onderzoeksgegevens over cocaïnegebruikers die binnen de EU onder behandeling zijn. De verhoudingsgewijze toenames in de aantallen cliënten met cocaïnegerelateerde problemen die om hulp vragen, kunnen duiden op een werkelijke stijging van het aantal cocaïnegerelateerde problemen, maar kunnen ook het gevolg zijn van een afname van het aantal cliënten dat om hulp vraagt in verband met opiaatgerelateerde problemen, en van wie een aantal wellicht is overgestapt op cocaïne. Ook de ontwikkeling van steeds aantrekkelijkere hulpverlening voor cocaïnegebruikers kan de behandelingscijfers beïnvloeden. Sommige behandelingsinstellingen hebben aangegeven dat steeds meer cliënten die vanwege hun heroïneverslaving worden behandeld cocaïne gaan gebruiken, en die dan voornamelijk roken als „base/crack” of intraveneus gebruiken in combinatie met heroïne.

Figuur 23 geeft een voorbeeld van een lokale stijging van het aantal gebruikers van „base/crack” die op nationaal niveau niet wordt weerspiegeld. In Frankfurt is het percentage gebruikers van „crack” in verhouding tot het totaal aantal door de politie geregistreerde verslaafden tussen 1996 en 1999 verviervoudigd.

Aanbieders van gezondheidsdiensten en cocaïnegebruikers maken zelden melding van sterfgevallen of fysieke gezondheidsproblemen als rechtstreeks gevolg van het snuiven van cocaïnepoeder. Aangezien recreatieve gebruikers vaak zwaar drinken in combinatie met cocaïne of andere drugs, is het niet eenvoudig vast te stellen wat de oorzaken zijn van negatieve ervaringen. Desalniettemin melden Italië, Luxemburg en Nederland een toename van het aantal sterfgevallen onder drugsge-

(22) Figuur 15 OL — Cocaïne: verloop van nieuwe cliënten die voor behandeling zijn toegelaten (on-lineversie).

bruikers, terwijl Spanje melding maakt van een toename van het aantal noodopnames in het ziekenhuis waarbij cocaïne een rol speelde in combinatie met andere drugs. Deze laatste stijging kan echter voortkomen uit het feit dat het personeel van de betreffende eerstehulpafdelingen zich beter bewust is van de potentiële rol van cocaïne in cardiovasculaire stoornissen (4).

Gebleken is dat het roken van „base/crack” tot ernstige gezondheidsproblemen kan leiden, alsmede tot problemen op sociaal en psychologisch vlak, met name onder gemarginaliseerde groepen zoals probleemgebruikers van opiaten, daklozen en andere achtergestelde jongeren, alsmede prostituees. Er bestaat echter geen duidelijkheid over de mate waarin deze problemen rechtstreeks voortkomen uit het gebruik van deze vorm van cocaïne, of verband houden met de gebruiksfrequentie of -hoeveelheid, of wellicht moeten worden toegeschreven aan sociale/psychologische problemen of drugsproblemen die reeds in een eerder stadium zijn ontstaan.

Markt

In 1999 is het aantal inbeslagnames van cocaïne in Luxemburg en Zweden aanmerkelijk gestegen, terwijl het in België, Denemarken en Oostenrijk juist is gedaald. De gemelde verkoopprijs van cocaïne varieerde van 24 tot 170 euro per gram. De lagere prijzen werden vooral gemeld vanuit steden als Amsterdam en Frankfurt en de hogere in lidstaten als Finland en Zweden. In Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk is de verkoopprijs gedaald, maar is de zuiverheidsgraad van de verhandelde cocaïne over het algemeen hoog gebleven, tussen 55 en 70 %, hoewel de gemiddelde zuiverheidsgraad van „crack” in het Verenigd Koninkrijk eind 1999 sterk is afgenomen (10). De verkoopprijs binnen de afzonderlijke lidstaten loopt per regio sterk uiteen. Kleine hoeveelheden cocaïne, in fracties van een gram of in de vorm van „balls” of „rocks”, zijn in sommige steden al voor minder dan 15 euro verkrijgbaar, vooral in steden met een open drugscene en waar het cocaïnegehalte aanzienlijk kan afnemen (bv. in Frankfurt, Milaan, Parijs, Londen, Manchester en Liverpool). De cocaïne wordt in hoofdzaak verspreid via een vriendennetwerk, maar wordt in sommige steden ook in het openbaar verhandeld in uitgaanscentra of op straat. Dankzij het gemak en de bescherming (van de anonimiteit) die mobiele telefoons bieden, is het voor handelaars bijzonder aantrekkelijk geworden om hun waar in particuliere woningen of via besteldiensten aan de man te brengen (4, 5, 6, 7).

Een aantal Europese steden (Amsterdam, Rotterdam, Londen, Liverpool, Manchester, Frankfurt, Milaan en

Parijs) meldt een toename van de verkrijgbaarheid van voor roken geschikt gemaakte cocaïne („base/crack”). De bereidingsmethoden (en de daarmee verband houdende cocaïnegehalten, die tot 100 % kunnen oplopen) lopen echter uiteen en zorgen voor verwarring in de informatiesystemen over drugsgebruik. Het ontbreken van eenduidige wetenschappelijke definities van straatjargon als „crack” en „base” leidt tot problemen bij het opstellen van voorlichtings- en preventiemaatregelen. Het komt voor dat cocaïne die op straat wordt verhandeld reeds is vermengd met heroïne.

België, Nederland en Spanje worden genoemd als belangrijke doorvoerlanden, waar uit Latijns-Amerika (met name Brazilië, Colombia en Venezuela) afkomstige cocaïne naar de rest van de EU wordt vervoerd. In 1999 werd melding gemaakt van de ontmanteling van zes Spaanse laboratoria voor de verwerking van cocaïne. De daaropvolgende stijgingen van de groothandelsprijs van cocaïne in Spanje zijn hieraan toegeschreven.

Interventieprojecten en nieuwe benaderingswijzen

In de reactie van de EU op de toename van het gebruik van cocaïne en „crack” zijn drie benaderingswijzen te onderscheiden, alle gericht op het terugdringen van de vraag. Ten eerste werden er tijdens de jaren negentig van de vorige eeuw in een klein aantal steden gespecialiseerde diensten opgericht voor probleemgebruikers van cocaïne, gericht op de meest kwetsbare groepen, zoals *Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.* in Frankfurt en *Take Five* in Rotterdam. Ten tweede melden enkele lidstaten dat ze bestaande structuren proberen aan te passen aan de behoeften van probleemgebruikers van cocaïne en „crack”. Zo zijn Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk bezig met de ontwikkeling van multidisciplinaire strategieën die het de betrokken deskundigen mogelijk maken informatie uit te wisselen over de behoeften van cocaïne- en „crack”-gebruikers. Op basis daarvan kunnen passende trainingsmodules worden opgezet en bestaande modellen en behandelingsdiensten worden aangepast om doelmatiger in die behoeften te kunnen voorzien. Ten derde leggen sommige lidstaten nadruk op de noodzaak aandacht te besteden aan de meer algemene, met meervoudig drugsgebruik samenhangende problemen op het gebied van criminaliteit en gezondheid.

Het is moeilijk gegevens te verkrijgen over de respons op cocaïneproblemen vanuit de particuliere sector, maar het lijkt waarschijnlijk dat deze sector een grote rol speelt bij de behandeling van de sociaal meer bevoorrechte probleemgebruikers van cocaïne.

Voorbeelden van behandelingsmethoden voor probleemgebruikers van cocaïne

In de rapporten van de lidstaten worden slechts weinig behandelingsstrategieën besproken. Duitsland en Nederland brengen echter interventies voor het voetlicht die speciaal voor probleemgebruikers van cocaïne zijn ontwikkeld.

In Frankfurt biedt de jongerenorganisatie *Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.* een behandelingsprogramma voor cocaïneverslaafden dat is afgestemd op de behoeften van de individuele cliënt. Het programma begint met een korte „schokfase” van enkele dagen, die ofwel extramuraal wordt ondergaan, met psychosociale ondersteuning, of de vorm krijgt van een ontwenningproces waarbij de cliënt in een ziekenhuis verblijft. Vervolgens wordt de cliënt zes weken lang dagelijks intern behandeld in onder meer individuele sessies en groepssessies. Tijdens de herstelfase wordt de cliënt intra- of extramuraal begeleid bij het herstellen of versterken van de contacten met zijn of haar familie of partner.

Het „Take Five”-behandelingsprogramma voor zware „base/crack”-gebruikers in Rotterdam werd ingevoerd in 1996. Het is een laagdrempelig programma dat wordt gerund door gemeentelijke gezondheidsdiensten. Tijdens de eerste fase leggen hulpverleners in het veld contact met „base/crack”-gebruikers op verschillende locaties, zoals plekken waar drugs worden verhandeld, gebruikersruimten of crisiscentra. Tijdens de tweede fase bezoekt de patiënt een zogenaamde time-out-locatie, waar 24 uur per dag hulp wordt verleend en op verzoek ook een huisarts of psychiater kan worden geraadpleegd. Tijdens de derde fase wordt ernaar gestreefd de gezondheid van de cliënt te stabiliseren en een begin te maken met zijn of haar rehabilitatie. Acupunctuur blijkt onder de cliënten van het programma in Rotterdam een bijzonder populair middel om zich te ontspannen.

Beleidskwesties

In de EU is er een markt die bestaat uit recreatieve drugsgebruikers met een eigen inkomen die ofwel wantrouwend staan tegenover de ondoorzichtige samenstelling van ecstasypillen en zich zorgen maken over het risico van acute en chronische gezondheidsproblemen dat die met zich brengen, ofwel zijn afgeknapt op hun ervaringen met MDMA en haar onaangename nawerking, die zich tot halverwege de week kan doen gevoelen. Uit onderzoek blijkt dat recreatieve cocaïnegebruikers cocaïne als een voorspelbaarder, veelzijdiger en minder ingrijpend product beschouwen dan ecstasy, en van de nawerking van cocaïne minder en ook minder lang last hebben dan van de nawerking van ecstasy of amfetaminen (3).

Onderzoek onder cocaïnegebruikers heeft aangetoond dat gebruikers van cocaïnepoeder (hydrochloride) en rokers van „base/crack” in sociaal opzicht nadrukkelijk van elkaar zijn te onderscheiden en verschillende subculturen vormen. De scheidingslijnen tussen deze groepen zijn echter wellicht aan het vervagen als gevolg van de sinds kort toenemende populariteit van „base/crack” vermengd met tabak in „joints”, die vooral door recreatieve gebruikers en in het uitgaansleven worden gerookt. Dergelijke veranderingen kunnen de taboes verzwakken die rusten op het roken van „base/crack” en van oudsher hebben gefungeerd als informele barrières tegen de verspreiding van „crack” in de algemene recreatieve drugcultuur. Het ziet er dus naar uit dat deze informele sociale barrières tegen het gebruik van „base/crack” aan erosie onderhevig zijn, hetgeen de noodzaak van vroegtijdig ingrijpen des te groter maakt.

Een positief en utilitair imago van cocaïnepoeder, een drug die bestemd is „voor de hogere inkomensklassen”, en misschien ook wel van base/crack-cocaïne in combinatie met het bestaan van een groeiend aantal consumenten zou kunnen leiden tot een verbreiding van het cocaïnegebruik in de EU, inclusief voor „base/crack”. Met dit verbreidingspotentieel dient met zorg te worden omgegaan aangezien een bevooroordeelde berichtgeving over „base/crack” aanleiding kan geven tot mythevorming over het gebruik van deze drugs, hetgeen de aandacht kan afleiden van persistente structurele problemen waarmee sommige stadskernen te kampen hebben.

Bronnen

(Nationale rapporten van de Focal Points voor 2000)

- (1) „The Forensic Science Service”, *Drug Abuse Trends No 9*, Metropolitan Forensic Science Laboratory, Londen, 1999.
- (2) Het ESPAD-rapport „The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs” (het Europese schoolenquêteproject over alcohol en andere drugs), Zweedse Raad voor informatie over alcohol en andere drugs (CAN) en de Pompidou-groep bij de Raad van Europa, 1999.
- (3) Boys, A., et al., „Cocaine Trends: A Qualitative Study of Young People and Cocaine Use”, National Addiction Centre, Londen, 2001.
- (4) Ghuran, A. en Nolan, J., „Recreational drug misuse: issues for the cardiologist”, *Heart Vol.* 83, 2000, blz.627-633.
- (5) Brain, K., Parker, H. en Bottomley, T., „Evolving „crack” Cocaine Careers: New Users, Quitters and Long Term Combination Drug Users in NW England”, University of Manchester, 1998.
- (6) Paoli, L., „Pilot Project to Describe and Analyse Local Drug Markets: First-year report to the EMCDDA”, Max Planckinstituut, Freiburg, 2000.
- (7) Blanken, P., Barendregt, C., Zuidmulder, L., „Retail level drug dealing in Rotterdam in understanding and responding to drug

use: the role of qualitative research”, *EMCDDA Scientific Monograph Series Nr. 4*, 2000.

(8) „Drug Abuse Trends Issue Nr. 10 New Series”, oktober/december 1999.

(9) Hartman, D. en Golub, A., „The Social Construction of the „crack” Epidemic in the Print Media”, *Journal of Psychoactive Drugs*, Vol. 31 (4), 1999.

(10) Home Office Statistical Bulletin 2000.

Besmettelijke ziekten

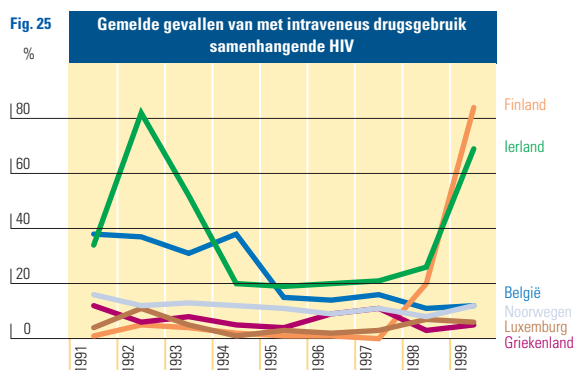
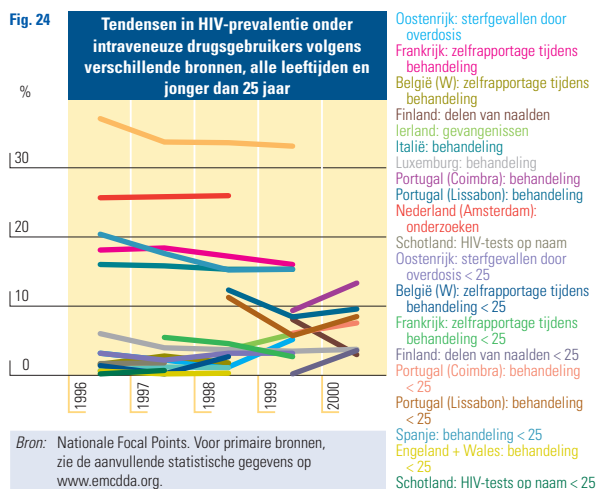
Prevalentie en tendensen

HIV

De prevalentie van HIV-infecties loopt sterk uiteen, zowel tussen landen als tussen regio's en steden in afzonderlijke landen. Hoewel de beschikbare gegevens vanwege de verschillende bronnen en gegevensverzamelingsmethoden die zijn gehanteerd niet goed vergelijkbaar zijn, kan worden gesteld dat de gemiddelde besmettingsniveaus onder verschillende subgroepen van intraveneuze drugsgebruikers ruwweg uiteenlopen van omstreeks 1 % in het Verenigd Koninkrijk tot 32 % in Spanje (zie figuur 8, hoofdstuk 1).

De prevalentie van HIV lijkt in de meeste landen halverwege de jaren negentig te zijn gestabiliseerd, na de sterke afname die volgde op de eerste grootschalige epidemie onder intraveneuze gebruikers in de jaren tachtig (zie figuur 24). Overigens is in sommige landen (Finland, Ierland, Luxemburg, Nederland, Oostenrijk en Portugal) mogelijk weer sprake van een toenemende besmetting onder subgroepen van intraveneuze gebruikers (zie kader op pagina 18 van hoofdstuk 1).

De meer recente overdrachtsgegevens worden wellicht eenduidiger als specifiek de prevalentie binnen de groep



NB: Gegevens voor Ierland betreffen positieve HIV-test bij intraveneuze drugsgebruikers.
Bron: Nationale Focal Points.

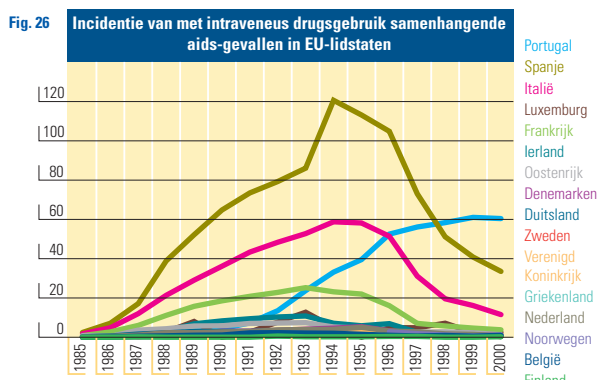
intraveneuze gebruikers onder de 25 jaar in ogenschouw wordt genomen. De HIV-besmetting binnen deze groep moet gemiddeld van meer recente datum zijn, aangezien de meeste intraveneuze gebruikers zichzelf tussen hun 16e en 20e levensjaar beginnen te injecteren (1), (2). De gegevens die over deze leeftijdsgroep beschikbaar zijn, duiden op een hogere prevalentie dan voor de algemene bevolking, en soms zelfs op een ontwikkeling in tegenovergestelde richting. Zo vond in Finland in 1998-1999 een grote uitbraak plaats, zoals blijkt uit de gegevens over HIV-meldingen (figuur 25). Uit de gegevens over de inruil van naalden blijkt dat de algehele prevalentiecijfers na 1999 zijn gedaald (figuur 24). De prevalentie onder jonge intraveneuze gebruikers is echter toegenomen van 0 % in 1999 tot omstreeks 4 % in 2000. Dit zou erop kunnen wijzen dat nieuwe besmettingen vanaf het punt waarop ze, als gevolg van het verzadigingseffect of gedragsveranderingen van de risicogroepen, onder de oudere intraveneuze gebruikers begonnen af te nemen (de meeste risicopersonen zijn al geïnfecteerd), onder de jongere, die vaak meer risicovol gedrag vertonen, juist gingen toenemen.

In verscheidene landen is de prevalentie van HIV onder vrouwelijke intraveneuze gebruikers aanhoudend groter dan die onder mannelijke. Dit is wellicht het gevolg van de gewoonte onder vrouwelijke intraveneuze gebruikers om vaker, of op andere manieren, naalden te delen dan hun mannelijke tegenhangers, of van de grotere risico's die zij lopen in het seksueel verkeer.

Aids

De landen waar aids onder intraveneuze gebruikers het vaakst voorkomt, bevinden zich hoofdzakelijk in het zuidwesten van de EU: Frankrijk, Italië, Portugal en Spanje (23). De incidentie van aids loopt, net als die van HIV, tussen de verschillende landen sterk uiteen, maar er kan een algemene neerwaartse tendens worden bespeurd

(23) Figuur 16 OL — Onder intraveneuze drugsgebruikers gediagnosticeerde aids-gevallen in 1999 per miljoen inwoners (on-lineversie).



NB: Tot 31 december 2000 gerapporteerde gevallen, aangepast in geval van vertraagde rapportering.
Bron: Europees Centrum voor de epidemiologische controle van aids.

(figuur 26). Deze afname is waarschijnlijk het gevolg van nieuwe behandelingsmethoden voor intraveneuze gebruikers, die leiden tot uitstel van de eerste symptomen van aids. De incidentie van aids geldt daarom inmiddels als een minder betrouwbare indicator van HIV-overdracht dan in de periode voor 1996 of daaromtrent. Spanje had tot voor kort de hoogste jaarlijkse incidentie van aids onder drugsgebruikers, maar is inmiddels ingehaald door Portugal, het enige land dat geen afname laat zien. Dit kan duiden op beperkte opname in behandelingsvoorzieningen (zoals een recent onderzoek uitwijst) en/of op een toename van HIV-overdracht in de jaren negentig. Het lijkt er echter op dat de toename in Portugal in 2000 begint te stagneren.

Hepatitis-C

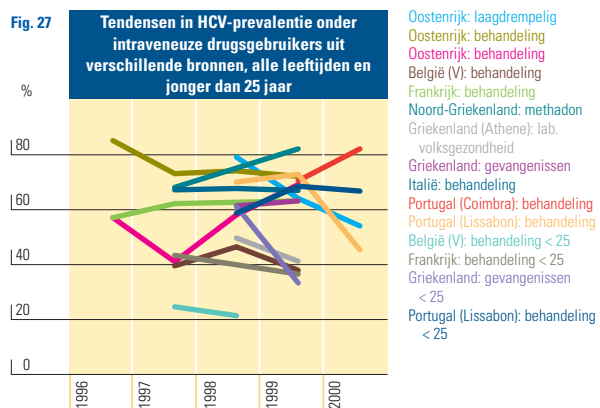
De prevalentie van besmetting met hepatitis-C is binnen de EU groter en gelijkvormiger dan de prevalentie van HIV. Tussen 40 en ruim 90 % van de intraveneuze drugsgebruikers is besmet met het hepatitis-C-virus (HCV), zelfs in landen met een lage HIV-besmettingsgraad, zoals Griekenland (zie figuur 9, hoofdstuk 1). Chronische HCV-infectie brengt aanzienlijke gezondheidsproblemen met zich mee en kan op de lange termijn (decennia) ernstige gevolgen hebben voor de gezondheid, waaronder zware

leverbeschadiging en vroegtijdige dood. Het is nog altijd zeer onduidelijk welk percentage van de chronische infecties tot dergelijke ernstige gezondheidsproblemen leidt, maar recente gegevens lijken erop te wijzen dat dat percentage onder intraveneuze gebruikers kleiner is dan aanvankelijk werd gevreesd (mogelijk 5 tot 10 % in plaats van 20 tot 30 %) (3), (4). De extreem wijdverbreide HCV-besmetting onder intraveneuze drugsgebruikers in Europa kan de komende decennia desalniettemin een zware last gaan vormen voor de volksgezondheid vanwege leveraandoeningen onder (ex-)intraveneuze gebruikers.

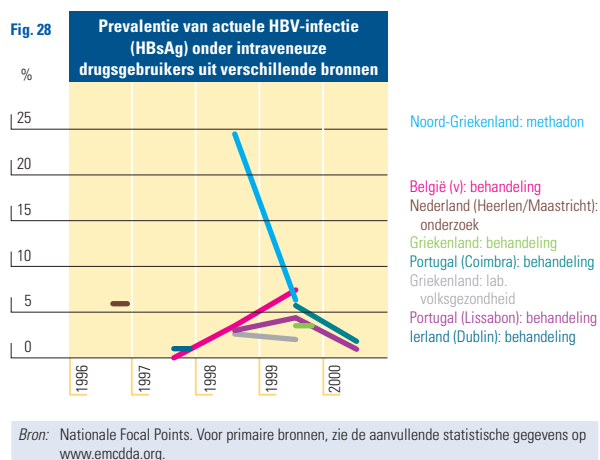
Gegevens over tendensen in hepatitis-C-infectie uit de weinige landen die daarover beschikten, wijzen zowel op significante afnamen als toenamen in Griekenland, Oostenrijk en Portugal, afhankelijk van de bron (geografische locatie) en leeftijdsgroep (figuur 27). Dit kan wellicht worden teruggevoerd op verschillende populaties van intraveneuze drugsgebruikers met een verschillende besmettingsepidemiologie. Het is echter ook mogelijk dat deze tendensen het gevolg zijn van het beleid ten aanzien van de recentelijk ingevoerde HCV-tests. Mogelijk nemen bijvoorbeeld mensen die het meeste risico lopen als eerste deel aan vrijwillige HCV-tests, zodat de prevalentie in navolgende jaren lijkt af te nemen. De tendensen kunnen daarom alleen worden bevestigd als deze gedurende langere perioden worden gevolgd. Deze mogelijke vertekening van de gegevens geldt wellicht in mindere mate voor HIV-tests, die immers al vele jaren beschikbaar zijn.

Hepatitis-B

De prevalentie van antistoffen tegen het hepatitis-B-virus (HBV) is eveneens hoog, maar lijkt over de gehele EU minder gelijkvormig dan die van HCV. In het geval van hepatitis-B kan uit de aanwezigheid van antistoffen worden afgeleid dat de betreffende persoon ooit in zijn of haar leven besmet is geweest. In het geval van HCV en HIV geeft een positieve antistof-test meestal alleen aan dat de betreffende persoon op dat moment besmet is. Antistoffen tegen HBV kunnen echter ook het gevolg zijn van vaccinatie. Daarom kan de prevalentie van antistoffen tegen HBV alleen goed worden geïnterpreteerd als daarbij de vaccinatiepraktijk, die in verschillende landen sterk uiteen kan lopen, in acht wordt genomen. Het percentage intraveneuze drugsgebruikers bij wie geen antistoffen worden aangetroffen, geeft aan hoeveel van hen het risico lopen alsnog besmet te raken en gevaccineerd dienen te worden. De vaccinatie van intraveneuze drugsgebruikers is juist zo belangrijk omdat een hepatitis-B-infectie (en trouwens ook een hepatitis-A- of -D-infectie) erg gevaarlijk en zelfs dodelijk kan zijn voor mensen die reeds met een ander hepatitisvirus zijn besmet, zoals HCV. Ruwweg 20 tot 60 % van alle intraveneuze drugs-



Bron: Nationale Focal Points. Voor primaire bronnen, zie de aanvullende statistische gegevens op www.emcdda.org.



gebruikers in de EU heeft antistoffen tegen hepatitis-B. Uit onafhankelijk onderzoek in een aantal EU-landen blijkt dat mogelijk slechts 10 tot 30 % van alle intraveneuze drugsgebruikers volledig gevaccineerd is (5), (6), (7) en (8). Dit geeft aan dat een vaccinatieprogramma aanzienlijke potentiële gezondheidsvoordelen kan opleveren (24).

De prevalentie van HBsAg (de serologische merkstof die aangeeft of het hepatitis-B-virus nog aanwezig is) levert minder interpretatieproblemen op. HBsAg duidt op een actuele hepatitis-B-infectie, die zowel recent als chronisch van aard kan zijn. Daarmee is het HBsAg-niveau een indicatie voor potentiële ernstige en langdurige complicaties en voor verspreiding van het virus via risicovol injectiegedrag of seksueel contact. In slechts enkele landen zijn gegevens beschikbaar over de prevalentie van HBsAg, maar het ziet er naar uit dat die sterk uiteenloopt en in sommige gevallen hoog is te noemen (figuur 28). In het noorden van Griekenland is onder intraveneuze drugsgebruikers die deelnemen aan methadonprogramma's vóór 1998 mogelijk sprake geweest van een zware hepatitis-B-infectie, gezien het zeer hoge besmettingsniveau in 1998 en de sterke afname tussen 1998 en 1999. De gegevens uit België over intraveneuze drugsgebruikers die worden behandeld, wijzen op een gestage toename van actuele HBV-infectie (HBsAg) tussen 1997 en 1999. Recente gegevens uit Portugal duiden op een afname van actuele HBV-infectie. Uit Noorwegen wordt een sterke toename gemeld van de HBV- (en HAV-) infectie onder intraveneuze drugsgebruikers.

Andere soa's, tbc, endocarditis en clostridium

Een andere besmettelijke ziekte die onder intraveneuze drugsgebruikers veel kan voorkomen, is tbc, die overigens niet via injectienaalden wordt overgebracht maar desalniettemin een bijzonder hoge incidentie vertoont

onder drugsgebruikers in Portugal en Spanje, vanwege haar sterke associatie met HIV-besmetting en aids. Verder kunnen ook andere seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's), zoals syfilis en gonorrhoea, veel voorkomen onder drugsgebruikers, vooral drugsgebruikende straatprostituees, als ze geen toegang hebben tot laagdrempelige medische voorzieningen. Dit kan leiden tot een groot risico van overdracht op mensen die zelf geen drugs gebruiken, terwijl de soa's ook een belangrijke risicofactor zijn voor HIV-infectie. Verder vertonen intraveneuze drugsgebruikers vaak een hoge prevalentie van andere, mogelijk levensbedreigende besmettelijke aandoeningen, zoals abscessen op de plekken waar ze zichzelf injecteren of endocarditis (ontsteking van de hartkamers), die in veel gevallen goed te behandelen zijn als de juiste voorzieningen beschikbaar zijn.

Tussen april en augustus 2000 was er in Schotland, Ierland, Engeland en Wales sprake van een zeer uitgebreide *Clostridium novyi*-epidemie, die bij 104 jonge mensen leidde tot ernstige ziekteverschijnselen en aan 43 mensen zelfs het leven heeft gekost. Deze epidemie werd waarschijnlijk veroorzaakt door het gebruik van besmette heroïne in combinatie met specifieke injectiemethoden (intramusculair of subcutaan, in plaats van intraveneus). De epidemie heeft de grote risico's die intraveneuze drugsgebruikers lopen op ernstige gezondheidsproblemen op dramatische wijze aan het licht gebracht, en aangetoond dat deze problemen nog veel ernstiger en levensbedreigender kunnen zijn dan aandoeningen die samenhangen met andere en wijder verbreide patronen van drugsgebruik.

Determinanten en gevolgen

Intraveneus drugsgebruik

Infecties zoals HIV en hepatitis-B en -C worden onder drugsgebruikers voornamelijk overgebracht via intraveneus drugsgebruik. Dit heeft te maken met de gewoonte injectiematerialen zoals naalden en injectiespuiten, en aanverwante materialen zoals watten, water en sponzen, te delen. Waar het intraveneus drugsgebruik toeneemt, is de populatie intraveneuze gebruikers waarschijnlijk extra kwetsbaar voor de snelle verspreiding van HIV en hepatitis.

De omvang van de aids-epidemie in verschillende landen en het moment waarop die is uitgebroken, hangen mogelijk nauw samen met de verspreiding van intraveneus drugsgebruik en het moment waarop die verspreiding begon. In Noord-Europese landen zoals Nederland is het intraveneus gebruik waarschijnlijk eerder begonnen

(24) Figuur 17 OL — Prevalentie van antilichamen tegen het hepatitis-B-virus onder intraveneuze drugsgebruikers in de EU-lidstaten (on-lineversie).

Speciale kwesties

(in de jaren zeventig en tachtig van de vorige eeuw) maar is het verschijnsel redelijk beperkt gebleven, terwijl het zich in Zuid-Europese landen zoals Italië en Portugal pas later begon te verspreiden (in de jaren tachtig en negentig van de vorige eeuw), en in een hoger tempo. De uitbraak van HIV-epidemieën werd daarom wellicht bepaald door een subtiel evenwicht tussen de omvang en het moment van de verspreiding van intraveneus drugsgebruik, de bekendheid met het verschijnsel aids (die aanvankelijk minimaal was) en de timing en grootschalige introductie van preventiemaatregelen.

De omvang van intraveneus drugsgebruik (in Europa gaat het meestal om zuivere heroïne of heroïne gemengd met andere stoffen) wordt verder wellicht bepaald door voorkeuren en cultuurbepaalde gewoonten van drugsgebruikers of door de soorten heroïne die op de markt verkrijgbaar zijn (in water oplosbaar en geschikt voor intraveneus gebruik of niet). Prijs en zuiverheid spelen waarschijnlijk ook een rol, aangezien intraveneus gebruik van heroïne efficiënter is en dus ook goedkoper dan het roken van heroïne. Men gaat ervan uit dat de vrees voor aids veel minder invloed heeft op de beslissing al dan niet te gaan injecteren.

Er bestaat nog geen duidelijkheid over de beste methode om intraveneus drugsgebruik te voorkomen. Intraveneus gebruik is net als alle andere vormen van heroïnegebruik wellicht afhankelijk van een hele reeks persoonlijke en maatschappelijke factoren, zoals gedrags- en/of familieproblemen en werkloosheid. Substitutiebehandeling kan echter een zeer doelmatige manier zijn om intraveneus gebruik en risicovol injecteergedrag onder heroïnegebruikers terug te dringen (9).

In de meeste (maar niet alle) landen is het intraveneus drugsgebruik in de jaren negentig sterk afgenomen. Als gevolg daarvan lopen de percentages voor intraveneus gebruik (gemeten onder gebruikers van opiaten die in behandelingsprogramma's binnenstromen) sterk uiteen, van omstreeks 10 % in Nederland tot omstreeks 70 % in Griekenland. Er zijn geen gegevens beschikbaar over recente trends, behalve voor Ierland, waar het intraveneus drugsgebruik blijft toenemen. Dit sluit aan bij de recente toename van het aantal met intraveneus drugsgebruik verband houdende positieve HIV-tests.

Risicovol injecteergedrag

Onder intraveneuze drugsgebruikers wordt de verspreiding van infecties hoofdzakelijk bepaald door risicovol

injecteergedrag, met name het delen van naalden (waarbij gebruikers een gebruikte naald krijgen van of doorgeven aan een ander). Besmetting kan ook plaatsvinden door het delen van ander injectiemateriaal, zoals water, watten en sponzen, dat in het geval van hepatitis-B en -C waarschijnlijk een nog grotere rol speelt. Ook gebrek aan hygiëne tijdens het injecteren kan tot hepatitisbesmetting leiden, zelfs als het injecteermateriaal niet wordt gedeeld, bijvoorbeeld via bloed aan de handen of aan tafels of andere oppervlakken.

Een andere vorm van risicovol gedrag is bijvoorbeeld het zogenaamde front- of back-loaden (het van de ene spuit in de andere injecteren van heroïne teneinde een gelijke hoeveelheid te verkrijgen). Uit de voorlopige gegevens over het delen van naalden kan worden opgemaakt dat dit over het algemeen nog altijd erg veel voorkomt onder intraveneuze drugsgebruikers, van 10 tot 17 % in Nederland (mensen die zich onlangs nog met een gebruikte naald hebben geïnjecteerd) tot 64 % in Ierland (mensen die de afgelopen vier weken nog een naald hebben gedeeld) en 75 % in Engeland en Wales (mensen die naalden en aanverwante materialen hebben gedeeld) (25). In de meeste van deze gegevens blijft de ware omvang van risicovol gedrag, zoals het indirect delen van materiaal (front- of back-loading), het delen van andere materialen dan naalden enz. mogelijk onderbelicht. Daarbij moet worden gezegd dat vaste partners die vaak naalden delen en beiden weten dat ze niet besmet zijn, wellicht relatief weinig risico lopen.

Risicovol seksueel gedrag

Seksueel contact leidt in veel minder gevallen tot overdracht van HIV en HBV dan het delen van naalden, en men gaat ervan uit dat ook het risico van overdracht van HCV via seksueel contact erg klein is. Bij een hoge prevalentie van de infectie onder intraveneuze drugsgebruikers kan de overdracht van HIV en HBV via seksueel contact of van moeder op kind echter een factor van betekenis worden. Zo kunnen intraveneuze gebruikers zogenaamde kerngroepen, of besmettingshaarden, vormen van waaruit de infectie zich naar de bevolking in het algemeen kan uitbreiden. Het gebruik van condooms is een doelmatige manier om seksuele overdracht te voorkomen. Het condoomgebruik onder drugsgebruikers is sinds de jaren tachtig aanzienlijk toegenomen, met name onder werkers in de prostitutie, die vaak aangeven in de contacten met cliënten condooms te gebruiken. Partners gebruiken in hun seksuele contacten doorgaans echter zelden een condoom, en zij blijven dan ook een belangrijke risicogroep voor infectie.

(25) Tabel 6 OL — Het delen van naalden onder intraveneuze drugsgebruikers in een aantal EU-lidstaten (on-lineversie).

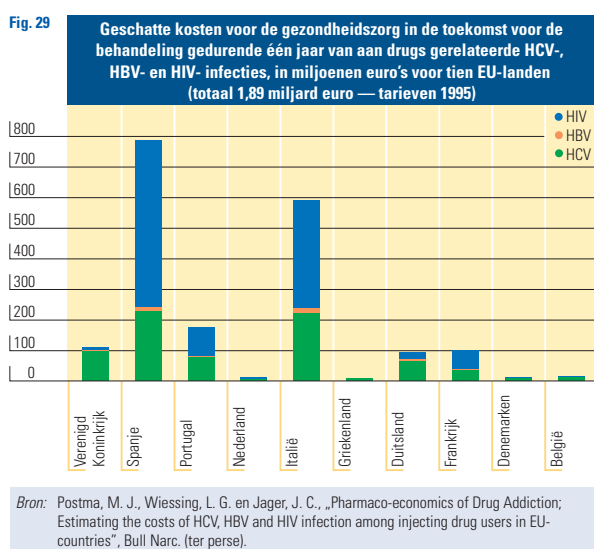
Gevolgen en kosten

De gevolgen van een HIV-infectie zijn ernstig. De infectie leidt na gemiddeld tien jaar tot aids, en dat brengt aanzienlijke persoonlijke en maatschappelijke kosten met zich mee vanwege de chronische infecties, ziekenhuisopname en vroegtijdige dood waar aids toe kan leiden.

Hepatitis-B-besmetting verdwijnt in de meeste gevallen spontaan. In een aanzienlijk deel van de gevallen (2 tot 8 % onder volwassenen, 10 tot 15 % onder adolescenten en een nog veel hoger percentage onder kinderen) leidt hepatitis-B-besmetting tot een chronische infectie die op termijn ernstige leveraandoeningen en zelfs een vroegtijdige dood als gevolg kan hebben. Aangezien hepatitis-B en HIV eenvoudig via seksueel contact of van moeder op kind kunnen worden overgedragen, vormt de prevalentie van deze infecties onder intraveneuze drugsgebruikers een belangrijke bedreiging voor de volksgezondheid in het algemeen.

Hepatitis-C blijft in de meeste gevallen (mogelijk 70 tot 80 %) chronisch. Intraveneuze drugsgebruikers blijven daarom een belangrijke potentiële besmettingsbron. Hepatitis-C-besmetting kan evenals hepatitis-B-besmetting leiden tot ernstige leveraandoeningen en op termijn (decennia) tot een vroegtijdige dood. Met name gelijktijdige combinaties van hepatitis-A en andere hepatitisinfecties kunnen gevaarlijk zijn en leiden vaak tot acute leverstoornissen en de dood.

De toekomstige gezondheidszorgkosten van drugsgerelateerde HIV-, HBV- en HCV-infectie in de EU gedurende één jaar bleken in een voorlopige schatting ongeveer 0,5 % van de totale volksgezondheidsbegroting van de EU te belopen (figuur 29).



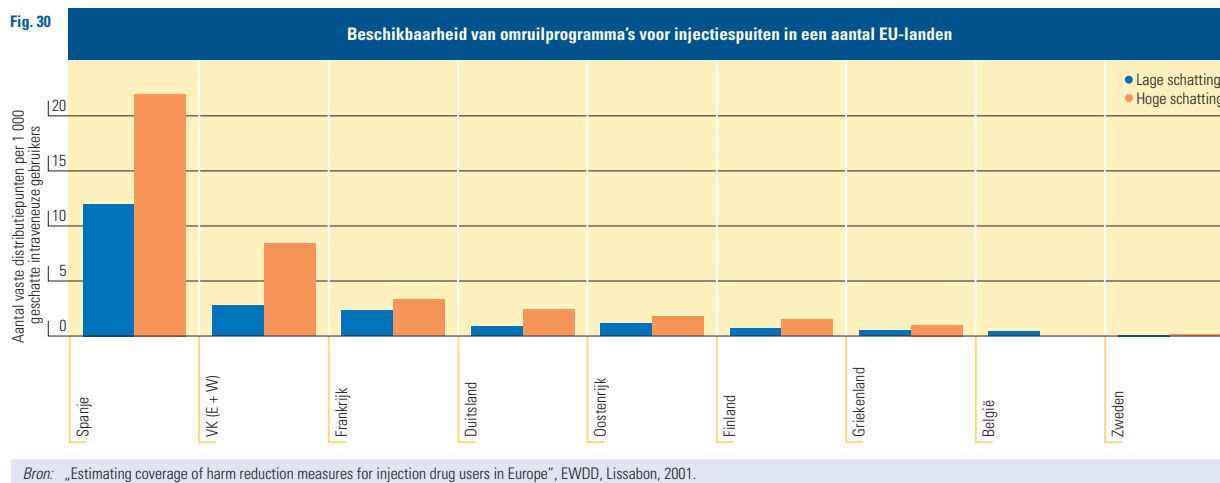
Schadebeperkende maatregelen

In de meeste EU-lidstaten heeft de invoering van schadebeperkende maatregelen — zoals verbeterde toegang tot steriele naalden en injectiespuiten, betere verkrijgbaarheid van condooms, voorlichting over HIV en HIV-tests — bijgedragen aan beperking van de overdracht van HIV onder intraveneuze drugsgebruikers. Ook substitutietherapie, die de injecteerfrequentie aanzienlijk kan helpen terugdringen, is in alle lidstaten beschikbaar, veelal in de vorm van oraal in te nemen methadon, maar in de meeste landen is de dekking van deze voorziening nog lang niet toereikend (zie hoofdstuk 2, Terugdringen van de vraag, Behandeling, Substitutietherapie).

Weliswaar is vastgesteld dat schadebeperkende maatregelen hebben bijgedragen aan het terugdringen van de prevalentie van hepatitis-C onder intraveneuze drugsgebruikers, maar ze hebben de verspreiding niet kunnen tegenhouden (10). De hardnekkigheid van hepatitis-C-infecties onder jonge intraveneuze gebruikers roept om innovatieve schadebeperkende benaderingswijzen. Twee voorbeelden daarvan die in sommige EU-lidstaten worden overwogen, zijn het onder medisch toezicht openstellen van gebruikersruimten en gecontroleerde heroïneverstrekking. Beide brengen echter ethische en juridische moeilijkheden met zich mee en vereisen mogelijk een wijziging in de drugswetgeving. In de landen waar gebruikersruimten inmiddels beschikbaar zijn (Australië, Duitsland, Nederland, Verenigde Staten en Zwitserland), moet de doelmatigheid ervan nog worden vastgesteld.

Bij het bepalen van de beschikbaarheid van schadebeperkende maatregelen is het van belang te kijken naar de beschikbaarheid van voorzieningen en de mate waarin die de populatie intraveneuze gebruikers dekken. Uitgaande van schattingen van problematisch drugsgebruik en de aantallen intraveneuze gebruikers onder gebruikers van opiaten in behandelingscentra, zijn er voorlopige ramingen gemaakt van de omvang van de populatie intraveneuze gebruikers in de EU-landen. Deze schattingen leveren een grof beeld op van de beschikbaarheid van omruilprogramma's voor injectiespuiten (distributiepunten) per land (zie figuur 30) en van het aantal naalden dat binnen die programma's jaarlijks per 1 000 intraveneuze gebruikers wordt omgeruild ⁽²⁶⁾. Hoewel er vraagtekens zijn te plaatsen bij de betrouwbaarheid van landspecifieke schattingen, ziet het er globaal naar uit dat de omruilprogramma's voor injectiespuiten in de meeste landen waarover gegevens beschikbaar zijn nog niet voldoende schone naalden opleveren

⁽²⁶⁾ Figuur 18 OL — Via omruilprogramma's verstrekte/omgeruilde injectiespuiten per geschatte intraveneuze gebruiker per jaar (on-lineversie).



voor intraveneuze gebruikers, mogelijk met uitzondering van Spanje en het Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales).

In een Frans onderzoek wordt het gemiddeld aantal injecties voor een dagelijkse gebruiker (in de afgelopen maand) geschat op 3,6. Dit zou betekenen dat iedere intraveneuze gebruiker die zich dagelijks injecteert, zich jaarlijks meer dan 1 300 keer injecteert (93 % van de populatie van gebruikers die naalden omruilen, waren dagelijkse gebruikers) (11). Dit gemiddelde kan echter sterk afhankelijk zijn van het type geïnjecteerde stof (gebruikers van opiaten die ook cocaïne intraveneus gebruiken, injecteren zichzelf mogelijk nog veel vaker) of inkomen (intraveneuze gebruikers met weinig geld injecteren zichzelf mogelijk veel minder vaak). Het wachten is op betere en landspecifieke schattingen van de omvang van de populatie intraveneuze gebruikers en de injecteerfrequentie teneinde de dekkingsgraad van de omruilprogramma's voor injectiespuiten te kunnen inschatten, en daarmee ook de potentiële bijdrage ervan aan de doelmatige preventie van drugsgerelateerde infecties (27) (28).

Bronnen

- (1) Darke, S., Kaye, S., Ross, J., „Transitions between the injection of heroin and amphetamines”, *Addiction*, Vol. 94, 1999, blz. 1795-1803.
- (2) Doherty, M. C., Garfein, R. S., Montoroso, E., „Gender differences in the initiation of injection drug use among young adults”, *J Urban Health*, Vol. 77, 2000, blz. 396-414.

- (3) Thomas, D. L., Strathdee, S. A., Vlahov, D., „Long-term prognosis of hepatitis C virus infection”, *JAMA*, Vol. 284, 2000, blz. 2592.
- (4) Freeman, A. J., Dore, G. J., Law, M. G., et al., „Estimating progression to cirrhosis in chronic hepatitis C virus infection”, *Hepatology*, 2001 (ter perse).
- (5) European network on HIV/Aids and hepatitis prevention in prisons, second annual report, 1998.
- (6) Lamagni, T. L., Davison, K. L., Hope, V. D., et al., „Poor hepatitis B vaccine coverage in IDUs, England 1995 and 1996”, *Comm Dis Public Health*, Vol. 2, 1999, blz. 174-177.
- (7) Fitzgerald, M., Barry, J., O'Sullivan, P., Thornton, L., „Blood-borne infections in Dublin's opiate users”, *Ir J Med. Sc.i*, Vol. 170, 2001, blz. 32-34.
- (8) Italiaans nationaal Focal Point (nationaal verslag 2000 aan het EWDD).
- (9) Drucker, E., Lurie, P., Wodak, A., Alcibes, P., „Measuring harm reduction: the effects of needle and syringe exchange programs and methadone maintenance on the ecology of HIV, aids”, Vol. 12 (Suppl. A), 1998, blz. S217-S223.
- (10) Taylor, A., Goldberg, D., Hutchinson, S., et al., „Prevalence of hepatitis C virus infection among injecting drug users in Glasgow 1990-96: are current harm reduction strategies working?”, *J Infect*, Vol. 40, 2000, blz. 176-183.
- (11) Valenciano, M., Emmanuelli, J., Lert, F., „Unsafe injecting practices among attendees of syringe exchange programs in France”, *Addiction*, Vol. 4, blz. 597-606.

(27) Tabel 7 OL — Beschikbaarheid, benutting en dekkingsgraad van omruilprogramma's voor injectiespuiten voor intraveneuze drugsgebruikers en dekkingsgraad van apotheken in enkele Europese landen, volgens gegevens van de nationale Focal Points, 2000 (on-lineversie).

(28) Tabel 8 OL — Beschikbaarheid van voorlichting over HIV en HIV-tests, HIV-behandeling en HBV-vaccinatie voor intraveneuze drugsgebruikers in enkele Europese landen, volgens gegevens van de nationale Focal Points, 2000 (on-lineversie).

Synthetische drugs

In dit onderdeel worden de gegevens en de analyse in de andere onderdelen van het jaarverslag aangevuld met een samenvatting van de belangrijkste vragen, zorgen en uitdagingen op het terrein van synthetische drugs.

Verspreiding van het gebruik

Uit het beeld van de stand van zaken wereldwijd in 2000 kan worden afgeleid dat de verspreiding van synthetische drugs zich in de EU over het algemeen heeft gestabiliseerd. Desalniettemin neemt het gebruik van ecstasy nog altijd toe in een aantal regio's met steden of vakantieplaatsen die vooral jonge Europese toeristen aantrekken vanwege de locatie en het brede aanbod van jeugdactiviteiten. Meer in het algemeen blijven stedelijke gebieden waar zich jeugdculturen hebben gevestigd mogelijk een omgeving bieden waar het gebruik van recreatieve drugs voet aan de grond kan krijgen en zich verder kan ontwikkelen.

Uit contra-analyse van kwalitatieve onderzoeken blijkt dat het gebruik van synthetische drugs zich niet meer tot de „techno-scene” beperkt, maar zich heeft verspreid naar discotheken, nachtclubs en particuliere omgevingen. Ook wordt melding gemaakt van andere settings. Zo neemt volgens een studie uit 1998 in Griekenland 35 % van de studenten die ecstasy gebruiken deze drug in tijdens voetbalwedstrijden.

Gedrag en gebruikspatronen

Een groeiende tendens in het gedrag van gebruikers is dat zij niet meer zozeer een bepaalde drug verkiezen boven een andere, maar juist verschillende drugs gebruiken afhankelijk van hun behoeften en de situatie waarin ze verkeren.

In enkele lidstaten zijn veranderende gedragspatronen onder jongeren aangemerkt als een onderwerp dat nader onderzocht dient te worden.

Wat zijn synthetische drugs?

De term „synthetische drug” verwijst uitsluitend naar psychoactieve stoffen die worden vervaardigd via een chemisch proces waarin de essentiële psychoactieve bestanddelen niet uit natuurlijke bronnen worden verkregen. De term „synthetische drug” wordt sinds de opkomst van de synthetische drug ecstasy (MDMA) en andere amfetaminederivaten als synoniem gebruikt voor dance-drugs of andere drugs voor recreatieve doeleinden, hoewel in dergelijke omgevingen ook niet-synthetische drugs worden gebruikt, zoals cannabis, cocaïne en hallucinogene paddestoelen. Synthetische drugs waarvan het gebruik al geruime tijd geleden illegaal werd verklaard, zijn onder meer amfetaminen en lyserginezuurdiethylamide (LSD); ecstasy (MDMA) en andere drugs op de Pihkal-lijst van Alexander Shulgin ⁽¹⁾ hebben een veel kortere geschiedenis van illegaal gebruik. Wereldwijd maakt men zich steeds meer zorgen over de mogelijke vervaardiging van andere en nieuwere synthetische drugs, die als alternatief voor MDMA worden verkocht of worden toegevoegd aan MDMA-tabletten. Het feit dat vele „synthetische drugs” moeiteloos vervaardigd kunnen worden en laboratoria eenvoudig kunnen worden opgezet of verplaatst, maakt het toezicht op de aanvoer van deze drugs erg moeilijk.

Enkele synthetische drugs, maar niet alle, hebben hallucinogene effecten en hebben een stimulerende of, zoals GHB, juist een verdovende uitwerking op het centraal zenuwstelsel. Er bestaan ook synthetische opiaten, zoals

methadon, pethidine (MPPP, MPTP), fentanyl, 3-methylfentanyl enzovoort.

„Designer drugs” zijn chemische dubbelgangers van gereguleerde drugs. Illegale producenten brengen kleine veranderingen aan in de moleculaire structuur van een verboden stof teneinde soortgelijke of sterkere farmacologische effecten te bereiken en tegelijkertijd vervolging te voorkomen. Het gemeenschappelijk optreden van de EU inzake nieuwe synthetische drugs (zie het kader op bladzijde 55) werd in juni 1997 gelanceerd teneinde dergelijke praktijken te voorkomen of in ieder geval de verbreiding ervan te beperken.

Ook amfetaminen zijn synthetische drugs. Ze kunnen worden geïnjecteerd, zoals vooral in Finland en Zweden wordt gedaan, of ingenomen in de vorm van een tablet of poeder. Amfetaminen worden vaak in ecstasychtige pillen vermengd met MDMA of ecstasy-analogs.

Methamfetaminen zijn methylderivaten van amfetaminen (hoofdzakelijk, doch niet uitsluitend, van het unsubstituted-ring-type). Voorbeelden zijn methedrine, „crystal” en „ice”; de laatste twee vormen kunnen worden gerookt.

(1) Shulgin, A. en A., „Pihkal: A Chemical love story”, Transform Press, 1991.

Speciale kwesties

- De meeste landen kennen het verschijnsel van snel veranderende patronen onder een breed gebruikerspubliek bij het experimenteren met en/of combineren van verschillende stoffen om „high” te worden en/of de effecten van elk van die stoffen in combinatie te ervaren.
- In Nederland wordt het verschijnsel van de zogenaamde ecstasymoeheid momenteel onderzocht. Dit verschijnsel kan aan verschillende factoren worden toegeschreven, waaronder de afwezigheid van een logo dat zekerheid biedt over de precieze samenstelling en een toenemend bewustzijn (bevorderd door de media) van de nadelige bijwerkingen op stemming en gevoelens. Ook wordt de vraag gesteld of ecstasy wordt afgewisseld met cocaïne, een basaal stimulerend middel met regelmatige en bekende effecten. Volgens ervaren gebruikers vormen cocaïne en alcohol een „goede combinatie”, maar levert de combinatie van ecstasy en alcohol moeilijker beheersbare effecten op.
- Wat probleemgebruikers van ecstasy betreft, hebben sommige onderzoekers erop gewezen dat de verslavende uitwerking van de stof zelf wellicht van minder belang is dan de niet-chemische en gedragsmatige verslavingspatronen waartoe ze kan leiden.

Alle lidstaten vinden het bij het uitstippelen van strategieën belangrijk te differentiëren tussen groepen gebruikers van synthetische drugs. Ecstasygebruikers kunnen in eerste instantie zeer globaal als volgt worden onderverdeeld.

- Excessieve gebruikers. Al heeft MDMA misschien geen sterk verslavende werking, een minderheid van de gebruikers vertoont desalniettemin een dwangmatig gebruikspatroon — meer dan eenmaal per week, meerdere pillen per keer, meervoudig gebruik van andere stoffen, intensief feesten tijdens het hele weekend en slaapgebrek. Vaak maken deze gebruikers deel uit van een netwerk waarbinnen het gebruik van drugs volkomen normaal is.
- Voorzichtige gebruikers, die een minder extensief gebruikspatroon vertonen.
- Incidentele gebruikers, die minder goed op de hoogte zijn van de mogelijke risico's.

Jongeren die veel uitgaan (naar bars, discotheken, grote open jongerenfeesten, techno-party's, privé-feesten), gebruiken steeds vaker al dan niet legale middelen in combinatie. De voornaamste trend is het zogenaamde polygebruik, i.e. het mengen of afwisselen van een breed

spectrum van synthetische of niet-synthetische middelen. Een overheersend patroon in dit verband is het „self-management” van polygebruik in een veranderende context.

De mate waarin gebruikers van het ene op het andere product overstappen en polygebruikspatronen hangen tot op zekere hoogte samen met de beschikbaarheid van verschillende stoffen, en ook opportunisme speelt een rol. Gebruikers of gebruikersgroepen hebben vaak hun strategieën om een bepaald middel te verkrijgen. Groepsprocessen spelen daarbij een belangrijke rol.

Er moet onderscheid worden gemaakt tussen enerzijds stoffen die min of meer gekoppeld zijn aan de muzikale gebeurtenis zelf en anderzijds andere drugs (zoals after-dance-drugs of niet-dance-drugs) of middelen die worden gebruikt bij wijze van inwijding in een groep, onder leiding van ervaren gebruikers die op zijn minst enige empirische kennis hebben van doseringen en bijwerkingen. Het ontbreken van een dergelijke omgeving zou de risico's van een beperkt aantal synthetische drugs kunnen vergroten.

Beschikbaarheid van middelen

MDMA is nog altijd het meest gewilde product op de ecstasymarkt en wordt onder een scala van logo's en namen verhandeld. Zo heeft het laboratorium van de Duitse recherche in Wiesbaden tabletten met een Mitsubishi-achtig logo (drie ruitvormige elementen binnen een driehoek) gevolgd en ontdekt dat deze tabletten uiteindelijk in meer dan 200 verschillende eindproducten werden verwerkt.

Bij inbeslagnames en toxicologische analyses zijn tabletten aangetroffen met een te hoge dosis MDMA, evenals in tests die tijdens muziekfeesten ter plekke worden uitgevoerd door preventieteam. Dankzij het EU-systeem voor vroegtijdige waarschuwing konden de kenmerken van deze tabletten snel door de gehele Europese Unie worden verspreid.

Er verschijnen ook steeds meer psychotrope medicijnen, zoals ketamine, die uit legale bronnen worden verkregen. Dit is een trend die nauw in de gaten gehouden moet worden.

Zowel de zuiverheid als de beschikbaarheid van amfetamine (ofwel „speed”: amfetaminesulfaat) nemen af. De Scandinavische landen zijn nog altijd de voornaamste markt voor amfetamine voor intraveneus gebruik; het Verenigd Koninkrijk voor amfetamine voor niet-intraveneus gebruik.

Het gemiddelde gebruik van methamfetaminen ligt in de EU vooralsnog op een zeer laag niveau. Volgens Europol ⁽²⁹⁾ is inmiddels echter bewezen (aan de hand van ontmantelde laboratoria) dat deze middelen in ieder geval in Duitsland en Nederland worden geproduceerd. Ook Estland en vooral de Tsjechische Republiek zijn betrokken bij de productie van en de sluikehandel in methamfetamine. Op de gebruikersmarkt in Beieren en Saksen, twee aangrenzende Duitse deelstaten, is amfetamine steeds meer verdrongen door waarschijnlijk uit de Tsjechische Republiek afkomstige methamfetamine. De rechtshandhavingautoriteiten van Duitsland, Finland, Nederland en Zweden meldden Europol in 1999 meerdere partijen van deze middelen in beslag te hebben genomen.

Hoewel LSD en andere hallucinogene stoffen nog niet uit de drugscene zijn verdwenen, is de markt voor deze middelen in de meeste EU-landen inmiddels wel gestabiliseerd.

Behandelingsgegevens

Behandelingsgegevens bieden erg weinig inzicht in de mate waarin het gebruik van synthetische drugs problematisch kan worden genoemd, met uitzondering van de gegevens over intraveneuze amfetaminegebruikers. Gebruikers die worden behandeld, zijn veelal polygebruikers, voor wie het gebruik van ecstasy vrijwel nooit geldt als de primaire reden van de behandeling. De relatief grote vraag naar behandeling onder gebruikers met een primaire amfetamineverslaving in Finland en Zweden kan worden verklaard uit het historische patroon van intraveneus gebruik van amfetaminesulfaat in deze landen.

In 1994 werden de gegevens voor ecstasygebruik in Nederland voor het eerst specifiek bijgehouden. In 1995 resulteerde dit in een complete registratie in het systeem

voor extramurale zorg. Voor ecstasy vertonen de cijfers sinds 1997 een afnemende behandelingsvraag, waarbij rekening moet worden gehouden met de mogelijkheid dat de ogenschijnlijke toename in de twee voorafgaande jaren — op zijn minst gedeeltelijk — voortkomt uit de verbeterde registratiemethode. Ecstasy neemt slechts 1 % van alle cliënten in behandelingsprogramma's voor zijn rekening (amfetaminen 3,1 %). In 1999 was het aantal cliënten voor wie ecstasy als secundaire drug geldt tweemaal zo groot als het aantal cliënten voor wie het de primaire drug is. Dit is in overeenstemming met het feit dat veel ecstasygebruikers polygebruikers zijn.

Gezondheidsrisico's

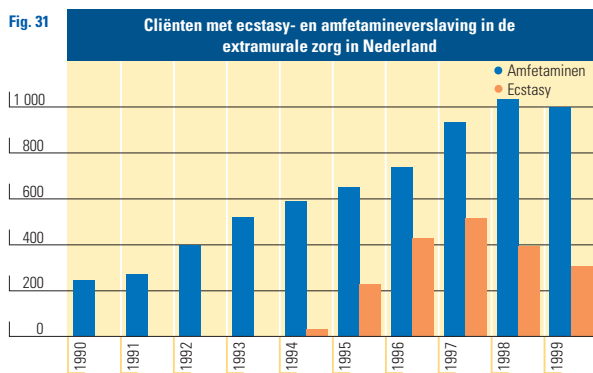
Ecstasyachtige stoffen kunnen acute effecten teweegbrengen, al zijn deze zeldzaam en bovendien slecht gedocumenteerd. Dergelijke effecten doen zich vooral voor als de ecstasy wordt gebruikt in combinatie met andere al dan niet legale drugs (zoals GHB en alcohol), wordt vermengd met andere drugs die een minder grote kans op acute negatieve bijwerkingen met zich brengen, of wanneer de tabletten een veel te hoge concentratie hebben en/of er in korte tijd meerdere van worden ingenomen.

Clinici benadrukken de rol van risicovol gedrag (zoals het dwangmatig streven naar een „high” en onwetendheid over samenstelling en/of effecten), die volgens hen belangrijker is dan de objectieve toxiciteit van een bepaald middel, los van de gebruiksccontext en -patronen. Ook de gezondheid van de gebruiker in kwestie kan een bepalende factor zijn.

In de meeste gevallen luidt de diagnose „polyvergiftiging”, aangezien de effecten niet specifiek aan een enkele stof zijn toe te schrijven.

Teneinde inzicht te verkrijgen in de aard van acute vergiftiging en de mogelijke langetermijnrisico's en neuropsychische aspecten die daar vaak mee gepaard gaan, zullen de klinici zich nu moeten concentreren op de follow-up van gevallen van niet-fatale vergiftiging onder jonge mensen die ecstasy gebruiken (veelal gemengd met andere stoffen).

Langdurig gebruik kan nadelige gevolgen hebben. Over omkeerbare en niet-omkeerbare effecten op de hersenen bestaat nog geen consensus. Er zijn echter steeds meer tekenen die erop wijzen dat langdurig gebruik de serotonergische neuronen beschadigt. De klinische implicaties daarvan zijn cognitieve achterstand, maar onderzoek op



⁽²⁹⁾ Jaarverslag Europol 2000, Den Haag.

Speciale kwesties

dit terrein is vooralsnog schaars (hoewel er in het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten een aanvang mee is gemaakt).

Sterfte ten gevolge van drugsgebruik

Sinds er tijdens techno/house-manifestaties en -feesten dienstverlening wordt geboden en ook andere preventieve maatregelen zijn getroffen, is het aantal fatale ongevallen, in ieder geval in de landen waar noodgevallen worden geregistreerd en gedocumenteerd, in vergelijking tot de vroege jaren negentig afgenomen.

Bij alle fatale ongevallen die tussen 1994 en 1997 in Nederland hebben plaatsgevonden, bleek in 50 % een duidelijke overdosis amfetamine of fenypropolanamine-derivaten de belangrijkste doodsoorzaak te zijn. In de overige gevallen speelden amfetaminederivaten weliswaar een rol, maar golden alcohol of onbekende factoren als de doodsoorzaak.

Een nieuwe synthetische drug, 4-methylthioamfetamine (4-MTA, die op straat wordt verhandeld als „flatliner“) heeft een rol gespeeld bij verschillende sterfgevallen in de EU (vier in het Verenigd Koninkrijk en één in Nederland). Ook een andere „nieuwe“ synthetische drug, GHB (gammahydrobuxyraat), is in verband gebracht met een aantal sterfgevallen, waar meestal ook alcohol en/of andere drugs bij betrokken waren. Deze twee middelen zijn sinds enige tijd onderwerp van een monitoring- en risicobeoordelingsprogramma in het kader van het gemeenschappelijk optreden inzake nieuwe synthetische drugs (zie kader op blz. 55).

Respons

In de respons op synthetische drugs kunnen twee verschillende interventieniveaus worden onderscheiden.

Primaire interventie richt zich op informatie over synthetische drugs en vindt doorgaans plaats door middel van voorlichtingscampagnes en interventies op scholen.

Schadebeperkende maatregelen/straathoekwerk in recreatieve omgevingen bestaan uit het beschikbaar stellen van afkoelruimten, het testen van tabletten, het opstellen en verspreiden van voorlichtingsfolders en het instellen van informatiepunten op locatie. Er zijn ook „zelfhulp“-initiatieven ontwikkeld in de techno-scene. Het doel daarvan is informatie over synthetische drugs en aanverwante stoffen te integreren in een scala van muziekevenementen.

Voorlichting onder gebruikers over de risico's van gemengde stoffen (met name het risico van alcohol) en

het vroegtijdig opsporen van nieuwe risicogroepen onder jongeren. Deze aanpak wordt inmiddels als cruciaal beschouwd.

Het doel van snelle medische interventies is te voorzien in gerichte preventievoorziening aan de hand waarvan deskundigen in noodhulpdiensten en vergiftigingsbestrijdingsunits, huisartsen, veldmedewerkers in de gezondheidszorg enz. beter en sneller kunnen optreden in gevallen van acute vergiftiging. In Frankrijk staat bij grootschalige open jongerenfeesten sinds 1983 altijd een vertegenwoordiging van Médecins du Monde paraat om in noodgevallen hulp te kunnen verlenen. Moeilijkheden in dit verband zijn onder meer het gebrek aan klinisch relevante literatuur over situaties van acute vergiftiging en het feit dat in voorkomende gevallen niets bekend is over de medische achtergrond van de patiënt.

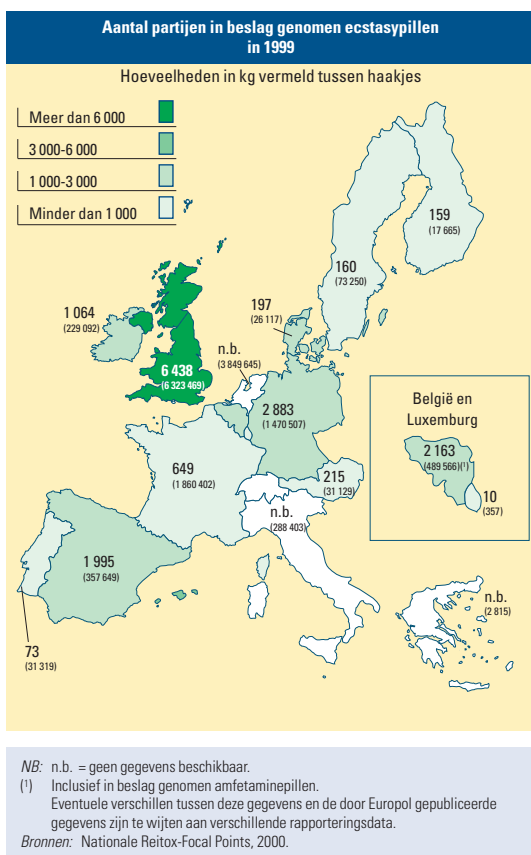
Zelfs als hun gebruiksprofiel niet daadwerkelijk problematisch is, kunnen „nieuwe“ drugsgebruikers (dat wil zeggen, debutanten of ervaren gebruikers die nog niet bij de behandelingsdiensten bekend zijn) beter worden voorgelicht over het herkennen van de tekenen van problematisch drugsgebruik en de behoefte aan hulp. Mogelijke indicatoren zijn de perceptie van de eigen gezondheidstoestand, het bewustzijn van de gebruiker dat hij of zij het eigen drugsgebruik niet meer in de hand heeft en de mate waarin hij of zij op de hoogte is van toegang tot adviesdiensten. Een en ander zou gecombineerd moeten worden met preventief straathoekwerk. Het gebrek aan diversiteit en/of relevantie van het bestaande behandelingsaanbod kan het effect van dergelijke maatregelen echter beperken.

Terugdringen van het aanbod

Volgens Europol (jaarverslag 2000) is Nederland nog altijd de belangrijkste producent en exporteur van ecstasy: er werden in 1999 36 productiefaciliteiten gelokaliseerd. In datzelfde jaar werden vier laboratoria ontmanteld in België, twee in Spanje en één in Duitsland. Verder werd in februari 2000 in Griekenland een van de grootste amfetaminelaboratoria die ooit zijn aangetroffen ontmanteld. Een aantal Oost-Europese landen (Bulgarije, Polen en de Tsjechische Republiek) en de Baltische staten zijn eveneens betrokken bij de productie en export.

Zo wordt 10 tot 20 % van de synthetische drugs voor de Britse markt in het Verenigd Koninkrijk vervaardigd; de rest wordt vermoedelijk geproduceerd op het Europese vasteland (hoofdzakelijk in België en Nederland) en via de Kanaalhavens of luchthavens in het Verenigd Koninkrijk ingevoerd.

Fig. 32



De gemiddelde groothandelsprijs (per kilo) van tabletten die als ecstasy worden verhandeld, is 4 tot 5 euro per tablet. Ze zijn het goedkoopst in Portugal (1 euro) en het duurst in Denemarken (13 euro) ⁽³⁰⁾. De gemiddelde detailhandelsprijs ligt tussen de 4 en 28 euro per gram, en varieert van 4 euro in Nederland tot 34 euro in Denemarken.

Nieuwe initiatieven en uitdagingen voor de beleidsvorming

Synthetische drugs staan politiek volop in de belangstelling, ondanks het feit dat de risico's ervan voor de volksgezondheid niet overtuigend wetenschappelijk zijn bewezen. Het wijdverbreide gebruik binnen maatschappelijk geïntegreerde groepen, de rol van deze drugs als referentiemodel binnen de jongerencultuur en het feit dat de productie en sluishandel in Europa plaatsvinden (voor zowel interne als externe markten) leiden echter tot een krachtige roep om verantwoordelijke maatregelen op EU-niveau.

Synthetische stoffen en de aanverwante risico's worden steeds nadrukkelijker opgenomen in een breder beeld van veranderende gebruiks- en gedragspatronen, subculturen en ontwikkelingen. Dit heeft geleid tot de volgende maatregelen:

- de opzet van doelmatige communicatiekanalen tussen alle betrokkenen in snelleresponssystemen;
- verbetering van de aansluiting tussen wetenschappelijke voorlichting en beleidsmaatregelen;
- uitbreiding van de capaciteit voor het verzamelen van specifieke informatie over synthetische drugs en, meer in het algemeen, over opkomende trends in het drugsgebruik aan de hand van nationale en plaatselijke prevalentieschattingen en gegevens over de vraag naar behandelingsfaciliteiten, ook rekening houdend met het feit dat de behandelingsdiensten in eerste instantie zijn gericht op gebruikers van opiaten.

⁽³⁰⁾ Meest recente gegevens: juli 1999. De prijzen variëren binnen de afzonderlijke lidstaten afhankelijk van de zuiverheidsgraad, de ingekochte hoeveelheid en de verkooplocatie (*bron:* Europol, jaarverslag 2000).

Het gemeenschappelijk optreden van de EU inzake nieuwe synthetische drugs

Tussen 1998 en 2000 heeft het „systeem voor vroegtijdige waarschuwingen”, dat in het kader van het gemeenschappelijk optreden van de EU is opgezet ten behoeve van de snelle verzameling en uitwisseling van informatie over nieuwe synthetische drugs, een aantal stoffen aan het licht gebracht die illegaal op de EU-markt werden verhandeld. Het EWDD en Europol hebben de gegevens die ze in deze voorbereidende fase hebben verzameld, samengevat in gezamenlijke voortgangsrapporten en deze aangeboden aan de Horizontale Groep drugs van de Europese Raad. Tijdens de daaropvolgende fase zijn, op verzoek van de Raad, van vier van deze stoffen — MBDB, 4-MTA, GHB en ketamine — de risico's beoordeeld door het uitgebreide Wetenschappelijk Comité van het EWDD.

Op basis van het risicobeoordelingsrapport en een advies van de Europese Commissie zijn voor één nieuwe synthetische drug, 4-MTA, in alle EU-lidstaten controlemaatregelen afgekondigd krachtens een besluit van de Raad van 13 september 1999.

Recentelijk heeft het genoemde mechanisme voor vroegtijdige waarschuwingen nog verschillende andere nieuwe synthetische drugs aan het licht gebracht, zoals PMMA, 2-CT-5 en 2-CT-7. Deze stoffen worden momenteel door het EWDD en Europol gezamenlijk gevolgd, in nauwe samenwerking met de Europese Commissie en het Europees Bureau voor de geneesmiddelenbeoordeling (EBG).

Dankzij het gemeenschappelijk optreden is het mogelijk vast te stellen of een bepaalde stof op EU-niveau gecontroleerd moet gaan worden. Het biedt de lidstaten en de Europese instellingen regelmatig een actueel beeld van de context van het drugsgebruik in recreatieve omgevingen, en stelt hen in staat trends in de handel in synthetische drugs al in een vroeg stadium te herkennen. Via de risicobeoordelingsprojecten worden de beleidsmakers voorzien van gedegen informatie die hen kan helpen bij het vaststellen van een evenwichtige benaderingswijze waarin zowel preventieve als rechtshandavingsmaatregelen aan bod komen.

Het drugsprobleem in Midden- en Oost-Europese landen

In dit hoofdstuk wordt gebruikgemaakt van de informatie die recentelijk beschikbaar is gekomen via het voor meerdere begunstigden bedoelde Phare-drugsprogramma. In de overgangsfase waarin het partnerschap tussen het EWDD en de kandidaat-landen zich momenteel bevindt, wordt de technische samenwerking uitgebreid teneinde de institutionele basis voor nationale informatiesystemen over drugs verder te ontwikkelen, de betrekkingen te consolideren en een permanente structurele aansluiting te bewerkstelligen.

Situatie en tendensen

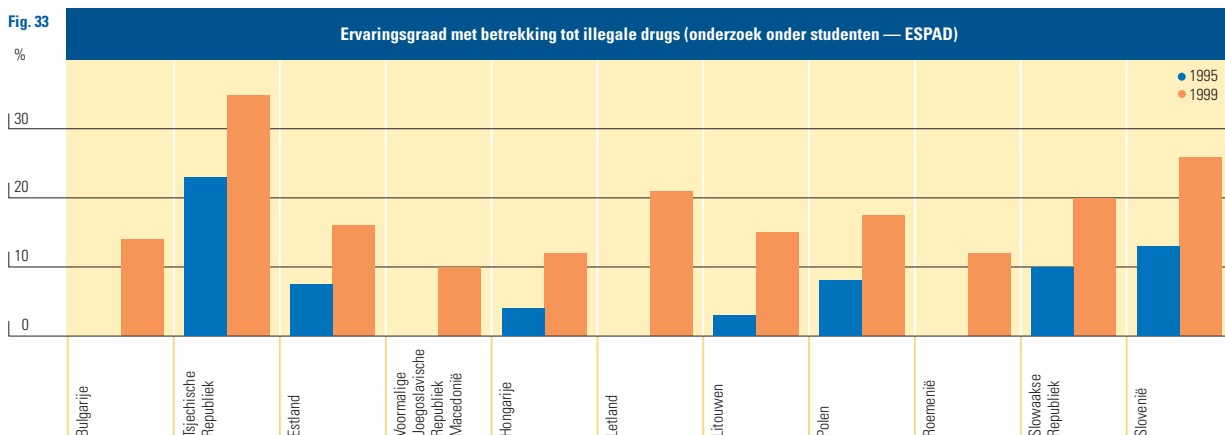
De belangrijkste tendensen die in 2000 zijn vastgesteld, hebben zich over het algemeen voortgezet:

- een toename van het aantal mensen als percentage van de bevolking als geheel, maar met name schoolkinderen, dat op zijn minst eenmaal heeft geëxperimenteerd met illegale drugs;
- een toename van de vraag naar behandelingsfaciliteiten, meestal voor opiaatverslaving;
- een verandering in de patronen van het drugsgebruik, waarbij plaatselijk geproduceerde opiaten steeds meer worden verdrongen door geïmporteerde heroïne;

- een verspreiding van het drugsgebruik vanuit belangrijke stedelijke centra naar alle regio's;
- een toename van de problemen en uitdagingen die verband houden met de sluikhandel in en doorvoer van illegale drugs.

Prevalentie van en patronen in het drugsgebruik

Uit de gegevens die in 1995 en 1996 zijn verzameld in het kader van het Europese schoolenquêteproject over alcohol en andere drugs (ESPAD) blijkt dat het aantal scholieren (15- en 16-jarigen) dat ooit in hun leven illegale drugs heeft gebruikt in dezelfde periode in alle landen van Midden- en Oost-Europa (LMOE) was verdubbeld, behalve in de Tsjechische Republiek, waar de reeds hoge prevalentie met 150 % was toegenomen (zie figuur 33).



Tabel 4
**Ervaringsgraad (ooit in hun leven = LTP)
met betrekking tot ecstasy, amfetaminen en LSD
onder schoolkinderen — ESPAD 1995-1999**

	Ecstasy		Amfetaminen		LSD	
	1995	1999	1995	1999	1995	1999
Bulgarije	–	1	–	1	–	1
Tsjechische Republiek	0	4	2	5	2	7
Estland	0	3	0	7	1	3
Voormalige Joegoslavische Republiek Macedonië	–	1	–	0	–	1
Hongarije	1	3	0	2	1	4
Letland	0	6	0	4	0	4
Litouwen	0	4	0	2	0	2
Polen	0	3	2	7	1	5
Roemenië	–	0	–	0	–	0
Slowaakse Republiek	–	2	0	1	0	4
Slovenië	1	4	0	1	1	3

Deze toename komt in eerste instantie voort uit de stijging in het gebruik van cannabis, die onder tieners nog altijd de meest gebruikte drug is.

Parallel daaraan is een significante maar kleinere toename te bespeuren in het gebruik van drugs als ecstasy, amfetaminen en LSD (tabel 4).

Uit gegevens die in bepaalde steden of onder specifieke subgroepen zijn verzameld, blijkt soms echter dat de prevalentie van het gebruik van synthetische drugs groter kan zijn dan door de nationale cijfers wordt gesuggereerd. Er zijn echter geen gegevens beschikbaar over de precieze aantallen gebruikers onder de bevolking.

De ESPAD-cijfers van 1999 voor Litouwen geven aan dat van alle scholieren in Vilnius en Klaipeda respectievelijk 22,7 % en 23,9 % wel eens illegale drugs had gebruikt, vergeleken met een landelijk gemiddelde van 15,5 %.

Uit een onderzoek dat in 1998 en 1999 is uitgevoerd in de techno-party-scene in Praag (Tsjechische Republiek) blijkt dat 44,5 % van de ondervraagden wel eens amfetaminen had gebruikt, 35,7 % ecstasy en 47,7 % hallucinogene middelen (vergeleken met respectievelijk 5 %, 4 % en 7 % uit het ESPAD op nationaal niveau).

Vraag naar behandelingsfaciliteiten

De vraag naar behandelingsfaciliteiten — in de meeste gevallen met betrekking tot het gebruik van opiaten — lijkt nog altijd toe te nemen (tabel 5).

Benadrukt moet echter worden dat zowel de gebruikspatronen als de stoffen die de problemen veroorzaken per land en per regio aanzienlijk kunnen verschillen.

Beschikbaarheid

De grote partijen heroïne die in 1999 en 2000 op de Balkanroute en in Midden-Europa in beslag zijn genomen, bevestigen de rol van deze regio in de doorvoer en opslag van deze drug. Opmerkelijk is dat de hoeveelheid heroïne die de Bulgaarse autoriteiten in 2000 in beslag hebben genomen, 2 079 kilo, groter is dan de totale hoeveelheid die gedurende de voorgaande zes jaar werd geconfisqueerd. De meeste partijen werden in beslag genomen bij de belangrijke grenspost met Turkije. Dergelijke stijgingen hebben zich elders op de Balkanroute niet voorgedaan. Het ziet er echter wel naar uit dat naarmate het heroïnegebruik toeneemt, de LMOE daarbij een steeds grotere rol gaan spelen.

Midden- en Oost-Europa blijven fungeren als doorvoerregio voor cannabis die voor de EU-lidstaten is bestemd. In 2000 worden in de meeste landen in deze regio confiscaties gemeld. Uit onderzoek blijkt dat cannabis in de LMOE op grotere schaal wordt gebruikt dan welke andere drug ook. Er zijn aanwijzingen dat niet alleen de sluikhandel maar ook de teelt van cannabis in deze regio is toegenomen, net als in de EU.

De functie van Midden- en Oost-Europa als doorvoerregio voor de sluikhandel in cocaïne lijkt in 1999 en 2000 verder te zijn ontwikkeld. Er zijn grote partijen cocaïne in beslag genomen in Hongarije, Roemenië en de Tsjechische Republiek. Het cocaïnegebruik lijkt echter beperkt te blijven tot specifieke segmenten van de bevolking. De omvang van die segmenten is met de bestaande monitoringsystemen moeilijk vast te stellen.

Tabel 5
**Aantal aanvragen voor behandeling in de
Midden- en Oost-Europese landen sinds 1993
(alle aanvragen)**

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Albanië	n.b.	n.b.	27	63	334	523	615
Bulgarije	n.b.	n.b.	254	449	582	974	1071
Tsjechische Republiek (1)	n.b.	n.b.	2 470	3 252	3 132	3 858	3 889
Estland	n.b.	246	366	755	n.b.	n.b.	n.b.
Voormalige Joegoslavische Republiek Macedonië	82	116	242	301	431	n.b.	n.b.
Hongarije (2)	n.b.	2 806	3 263	4 233	7 945	8 957	12 765
Letland	n.b.	781	804	904	992	1 080	1 512
Litouwen (3)	n.b.	n.b.	n.b.	1 804	2 871	2 862	3 082
Polen	3 783	4 107	4 223	4 772	n.b.	n.b.	n.b.
Roemenië	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	646	650	n.b.
Slowaakse Republiek	n.b.	1 189	1 239	1 594	2 074	2 199	2 236
Slovenië (1)	141	187	125	309	n.b.	n.b.	n.b.

NB: n.b. = geen gegevens beschikbaar.

(1) Eerste aanvraag voor behandeling.

(2) Aantal gevallen onder behandeling (niet-geharmoniseerde indicator).

(3) Aantal geregistreerde gebruikers.

Het drugsprobleem in Midden- en Oost-Europese landen

De populariteit van synthetische drugs onder jongeren neemt toe (tabel 4). Er zijn verontrustende aanwijzingen dat een groeiend aantal jongeren bij de smokkel van en handel in drugs betrokken raakt. De productie van synthetische drugs is toegenomen en het gebruik van deze drugs beïnvloedt het leven van steeds meer jongeren. In de meeste LMOE bestaan illegale laboratoria waar amfetaminen worden geproduceerd, en precursoren daarvan worden voor productiedoeleinden het land ingesmokkeld vanuit andere LMOE, de EU of derde landen.

In bijna alle landen in deze regio zijn er illegale laboratoria ontmanteld. Vooral Bulgarije, Hongarije, Polen, de Tsjechische Republiek en de Baltische staten lijken belangrijke producenten. Zo zijn er aan het begin van 2000 in Polen zeven laboratoria ontmanteld, maar geschat wordt dat op zijn minst eenzelfde aantal nog altijd operationeel is. Als gevolg van de wereldwijde prevalentie van het ecstasygebruik heeft deze drug zich vanuit de EU verspreid naar markten in Midden- en Oost-Europa. Door rechtshandavingsinstanties wordt gemeld dat een aanzienlijk deel van de in de LMOE gebruikte ecstasy afkomstig is uit Nederland.

Beleid en institutionele responsen op het verschijnsel drugs

Het beleid en de strategie inzake drugs in Midden- en Oost-Europese landen worden sinds het midden van de jaren negentig (net als in de EU-lidstaten) ingegeven door twee belangrijke aspecten: ten eerste de veranderende aard van drugs als verschijnsel dat zich onder steeds bredere lagen van de bevolking doet gelden, en ten tweede het meerdimensionale karakter van het probleem, dat vraagt om een nationaal gecoördineerde multidisciplinaire respons waarbij alle sectoren en disciplines worden betrokken. Het optreden van verscheidene internationale organisaties, met name de Europese Commissie, fungeert als katalysator voor de ontwikkeling van nationale responsen op het verschijnsel drugs.

In deze context hebben de landen van Midden- en Oost-Europa wezenlijke vooruitgang geboekt bij het opstellen van relevante wetgeving en administratieve en coördinerende structuren. Verder hebben de tien LMOE⁽³¹⁾ met de status van kandidaat-lidstaat, als onderdeel van het uitbreidingsproces van de EU en in het kader van de pretoetredingsstrategie, hun drugsbeperkende maatregelen

aangepast of omgebogen ten behoeve van de overname en implementatie van het acquis communautaire. Een soortgelijk proces vindt momenteel plaats in de Voormalige Joegoslavische Republiek Macedonië, ondanks het feit dat deze staat het lidmaatschap van de EU nog niet heeft aangevraagd.

Wetgeving

De drie VN-verdragen inzake de bestrijding van drugs, die gelden als cruciale elementen voor het succes van de drugsstrategie van de Europese Unie, zijn inmiddels door alle kandidaat-lidstaten in Midden- en Oost-Europa ondertekend en geratificeerd. Estland heeft het Verdrag van de Verenigde Naties tegen de sluikhandel in verdovende middelen en psychotrope stoffen uit 1988 als laatste ondertekend, in 2000. Alle kandidaat-landen in Midden- en Oost-Europa hebben het Verdrag van de Raad van Europa inzake het witwassen, de opsporing, de inbeslagneming en de confiscatie van de opbrengsten van misdrijven uit 1990 (Verdrag van Straatsburg) ondertekend en geratificeerd.

De mate waarin en de wijze waarop nationale wetgeving in de regio wordt ingevoerd, loopt uiteen, variërend van het aannemen van verschillende wetten inzake specifieke drugsgerelateerde kwesties — zoals in Hongarije — tot het concept van een enkele, veelomvattende en overkoepelende drugswet — zoals de Poolse wet inzake de bestrijding van drugsverslaving uit 1997. Deze laatste wet

De Sloveense wet inzake de preventie

In de Sloveense wet inzake de preventie van het gebruik van illegale drugs en de omgang met gebruikers van illegale drugs (1999) worden niet alleen maatregelen afgekondigd ter preventie van het gebruik van illegale drugs, maar ook maatregelen inzake informatie, medische, opleidings- en adviesactiviteiten, medische behandeling, socialezekerheidsvoorzieningen en programma's ter bestrijding van maatschappelijke problemen die verband houden met het gebruik van illegale drugs en voor voortgaande registratie van het gebruik van illegale drugs. In de wet wordt onder meer de noodzaak niet-gouvernementele organisaties in te schakelen aan de orde gesteld, alsmede de coördinatie van hun activiteiten met het nationale programma. Er wordt vanuit gegaan dat de middelen voor de cofinanciering van de implementatie van de preventieprogramma's en het bijhouden van gegevens over drugsgebruik aan de nationale begroting zullen worden onttrokken.

⁽³¹⁾ De volgende LMOE zijn kandidaat-lidstaten van de EU: Bulgarije, Estland, Hongarije, Letland, Litouwen, Polen, Roemenië, Slovenië, Slowakije en de Tsjechische Republiek.

werd in 2000 gewijzigd teneinde de bepalingen ten aanzien van het in bezit hebben van kleine hoeveelheden drugs aan te scherpen en meer nadruk te leggen op het terugdringen van de vraag. Onlangs (1999) is in Bulgarije een soortgelijke wet aangenomen. De afgelopen twee jaar heeft Slovenië drie belangrijke drugswetten aangenomen: inzake de productie en handel in illegale drugs (1999), inzake precursoren voor illegale drugs (2000), en een wet die geheel is gewijd aan de preventie van drugsgebruik en de behandeling en herintegratie van drugsverslaafden (1999). De Roemeense wet inzake de bestrijding van de sluikhandel in en het gebruik van drugs uit 2000 is nogal summier en wordt waarschijnlijk nog aangevuld met een groot aantal secundaire wetgevingsmaatregelen. Alle kandidaat-landen hebben specifieke wetgeving aangenomen inzake de controle op precursoren die grotendeels aansluit op de EU-regelgeving terzake. Zo werden er in 2000 wetten inzake precursoren aangenomen in Slovenië en Slowakije, en regelgeving in Bulgarije, Litouwen en Polen.

Nationale coördinatie

Aansluitend op de nieuwe wetgeving hebben de nationale coördinatie- en besluitvormingsstructuren in de meeste kandidaat-lidstaten in Midden- en Oost-Europa in 1999 en 2000 ingrijpende veranderingen ondergaan. In 1999 heeft het Tsjechische Nationale Drugscomité het statuut van zijn adviesorgaan — de raad van afgevaardigden van de ministeries — goedgekeurd en de raad opgedragen een nieuwe nationale strategie uit te stippen. De Hongaarse Commissie voor de Coördinatie van het Drugsbeleid werd hervormd teneinde haar mandaat en operationele capaciteit te versterken. De nieuwe wetten die in Slovenië en Bulgarije werden aangenomen, hebben geleid tot de oprichting van krachtige interdepartementale organen in deze landen, wier rol verder is versterkt door de instelling van permanente ondersteunende structuren — het Regeringsbureau voor Drugs en het Nationale Secretariaat voor de Drugsraad — die veel lijken op hun tegenhangers in de Tsjechische Republiek en Slowakije. Het Roemeense Interdepartementaal Comité voor de Bestrijding van Drugs werd opgericht in 1999 en is nog niet geheel operationeel; een soortgelijk orgaan is in Polen sinds 1998 niet meer actief. De meeste van deze reorganisaties hebben bijgedragen aan de totstandkoming van structuren waarmee deze landen in de specifieke behoeften van een veranderende samenleving kunnen voorzien en de met die verandering verband houdende problemen kunnen ondervangen.

Het voorzitterschap van het interdepartementale coördinatieorgaan wordt doorgaans vervuld door een van de deelnemende ministeries. In de meeste landen is dat een

ministerie met een sociale portefeuille — het ministerie van Volksgezondheid in Bulgarije, Litouwen en Slovenië, het ministerie van Sociale Zaken in Estland en het ministerie van Jeugdzaken en Sport in Hongarije. In andere landen valt het coördinatieorgaan rechtstreeks onder het regeringsbureau — onder voorzitterschap van de premier in de Tsjechische Republiek en de vice-premier in Slowakije — of onder het ministerie van Binnenlandse Zaken, zoals in Letland. In Roemenië ressorteert het interdepartementaal orgaan per definitie onder de premier, hoewel de eigenlijke werkzaamheden door het ministerie van Binnenlandse Zaken worden georganiseerd.

Ten behoeve van de implementatie en coördinatie van het nationale drugsbeleid op plaatselijk niveau zijn in de Tsjechische Republiek in 1999 plaatselijke drugscomités opgericht, en is in Bulgarije in 2000 een begin gemaakt met de instelling van gemeentelijke multidisciplinaire drugsraden. Deze vertonen veel overeenkomsten met de in 1997 per regio en district opgerichte drugscomités in Slowakije.

Nationale strategieën en actieplannen

In landen waar het interdepartementaal drugsorgaan een krachtige positie heeft verworven, zoals in Slowakije en de Tsjechische Republiek, worden de multidisciplinaire nationale strategieën op meer consistente wijze uitgewerkt en geïmplementeerd. Zo heeft de Tsjechische Republiek inmiddels haar derde opeenvolgende nationale strategie aangenomen. De uitwerking van strategische documenten en actieplannen is in 1999 en 2000 geïntensiveerd, en in verschillende landen zijn inmiddels nationale drugsstrategieën aangenomen, te weten in Polen (1999), Slowakije (1999), Hongarije (2000) en de Tsjechische Republiek (2000).

Het programma ter preventie van alcoholisme en drugsmisbruik (1997-2007) in Estland, het masterplan voor de beheersing van drugs en drugsmisbruik (1999-2003) in Letland en het nationale programma voor de beheersing en preventie van drugsgebruik (1999-2003) in Litouwen worden momenteel allemaal herzien. Het Sloveense nationale programma voor de preventie van drugsmisbruik, dat in 1992 werd aangenomen, is de afgelopen jaren geïmplementeerd. Op basis van recente wetgeving is een nieuw programma opgesteld, dat over enige tijd zal worden aangenomen. In Bulgarije en Roemenië zullen nog veelomvattende strategieën moeten worden aangenomen voor de beheersing en preventie van het drugsgebruik. Bulgarije heeft inmiddels wel een nationaal programma aangenomen voor de preventie en behandeling van drugsverslaving en de rehabilitatie van drugsverslaafden gedurende de periode 2001-2005.

Het drugsprobleem in Midden- en Oost-Europese landen

Deze nieuwe strategieën getuigen van betrokkenheid; ze geven immers aan dat het drugsprobleem op het hoogste politieke en uitvoerende niveau wordt erkend. Ze vormen ook de basis voor multidisciplinaire programma's. De meeste van de onlangs aangenomen strategische documenten zijn op zich al concrete actieplannen met doelstellingen, streefcijfers, prestatie-indicatoren enz., en voorzien vaak in aanvullende financiële middelen, of in ieder geval in een verzoek daartoe. De noodzaak van verbeterde informatie over drugs en evaluatie van de actieprogramma's wordt steeds beter onderkend en opgenomen als integraal onderdeel van de landelijke aanpak. De samenwerking tussen gouvernementele en niet-gouvernementele sectoren bij de ontwikkeling van beleid en de implementatie van programma's lijkt steeds beter aan te sluiten bij de individuele en collectieve behoeften van zowel de bevolking in het algemeen als het drugsgebruikende segment daarvan. Verder is het belangrijk te vermelden dat in alle nieuwe strategieën in de kandidaat-landen wordt gestreefd naar optimale aansluiting tussen het binnenlands beleid en de beleidsmaatregelen en strategieën die op EU-niveau zijn aangenomen.

Tsjechië

Aan het eind van 2000 heeft de Tsjechische regering een *nationale strategie voor het drugsbeleid 2001-2004* aangenomen. In deze strategie worden 82 specifieke taken opgesomd en wordt alle ministeries met een mandaat op het gebied van drugs, alsmede de autoriteiten die per regio en district verantwoordelijk zijn voor het drugsbeleid, opgedragen een specifiek en op deze strategie aansluitend actieplan voor drugs voor te bereiden voor de periode 2001-2004. In de strategie is rekening gehouden met de administratieve reorganisatie en de vorming van grotere administratieve en territoriale units, en ze voorziet in verbeterde regionale coördinatie.

Hongarije

De *nationale strategie voor de bestrijding van het verschijnsel drugs*, opgesteld door het ministerie van Jeugdzaken en Sport, werd aan het eind van 2000 goedgekeurd door het parlement. Dit is het eerste brede en formeel aangenomen strategische document in Hongarije op het gebied van het verschijnsel drugs. Ter rechtvaardiging van de vele streefcijfers in de multidisciplinaire aanpak leunt de strategie zwaar op de analyse van beschikbare gegevens en eerdere nationale en internationale ervaringen. In de strategie worden doelstellingen genoemd voor de lange (2009), middellange (2002) en korte termijn, alsmede prestatie-indicatoren om de vooruitgang te kunnen bewaken. De strategie geeft ook het noodzakelijke organisatorische en financiële kader aan waarbinnen de maatregelen uitgevoerd worden. Ze

omvat vier hoofddoelstellingen: doelmatige middelen voor gemeenschapswerk en samenwerking; beschikbaarheid van preventieve maatregelen; toegang tot werktherapie en rehabilitatie en terugdringing van het aanbod.

Polen

Ondanks het ontbreken van een interdepartementaal coördinatieorgaan is aan het eind van 1999 het *nationale programma ter bestrijding van drugsverslaving in Polen 1999-2001* aangenomen. Aansluitend op het EU-actieplan inzake drugs (2000-2004) worden in het programma acht doelstellingen geformuleerd die de acties ter vermindering van de vraag moeten versterken en de doelmatigheid van acties ter bestrijding van de sluikehandel in verdovende middelen en psychotrope stoffen moeten vergroten. Verder voorziet het programma in maatregelen ter versterking van de nationale coördinatiestructuren en de internationale samenwerking. Op het gebied van het terugdringen van de vraag wordt in het programma specifieke aandacht besteed aan doelstellingen die goed aansluiten bij de doelstellingen in de EU-strategie, zoals preventieve, op jongeren gerichte activiteiten, verbetering van verscheidene maatregelen op het gebied van rehabilitatie en sociale herintegratie, vermindering van schadelijke effecten van drugsgebruik op de gezondheid enz. Ook wordt onderkend dat de acties geëvalueerd zullen moeten worden en dat er monitoringfaciliteiten beschikbaar moeten worden gesteld.

Slowakije

Het *nationale programma ter bestrijding van drugs tot aan het jaar 2003 met uitloop tot het jaar 2008* is een beleidsdocument dat is aangenomen ten behoeve van de nadere implementatie van het eerste nationale programma (1995-1999). In het programma wordt gestreefd naar een evenwicht tussen acties gericht op het terugdringen van de vraag en het aanbod, en wel aan de hand van vier doelstellingengebieden: primaire preventie, behandeling en herintegratie; vermindering van het drugsaanbod en wetshandhaving in de strijd tegen drugs; massamedia-beleid; en ten slotte internationale samenwerking. Op dit laatste gebied geldt de voorbereiding op toetreding tot en de noodzaak van voortdurende samenwerking met de EU en haar instellingen, waaronder het EWDD, als prioriteit. In het programma komt ook de noodzakelijke implementatie van de besluiten van de 20e speciale zitting van de Algemene Vergadering aan de orde. De programma-activiteiten worden in hoofdzaak gefinancierd uit het Rijksgezondheidsfonds (vooral preventieve activiteiten), het Drugsbestrijdingsfonds (vooral voor activiteiten van NGO's op het gebied van rehabilitatie en nazorg) en de rijksbegroting (vooral voor ministeries of voor de implementatie van projecten die in het programma worden uiteengezet).

Witwassen van geld

De meerderheid van de kandidaat-landen in Midden- en Oost-Europa heeft maatregelen ingevoerd ter bestrijding van het witwassen van geld. In vrijwel al deze landen bestaat inmiddels een juridisch, institutioneel en judicieel kader voor de bestrijding van witwasoperaties en is de afgelopen twee jaar een nieuwe financiële inlichtingen-eenheid opgezet of een bestaande versterkt. Aangezien de meeste van deze eenheden bovendien inmiddels formeel zijn geaccepteerd als volwaardige leden van de Egmont-groep ⁽³²⁾, mag worden aangenomen dat ze

volledig voldoen aan de EU-normen en -praktijken en in staat zijn hun toekomstige verplichtingen jegens de EU grotendeels te vervullen.

In Roemenië is in 1999 nieuwe wetgeving van kracht geworden ter bestrijding van het witwassen van geld; dergelijke wetgeving is in Polen en Slowakije in 2000 door het parlement goedgekeurd. De Bulgaarse wet inzake het bankwezen is in 1999 gewijzigd; in de Tsjechische Republiek is in 2000 een amendement op de wet ter bestrijding van het witwassen van geld van kracht geworden.

Samenvatting

Ondanks het feit dat de LMOE over het algemeen beschikken over het vereiste juridische en institutionele kader, zijn zowel hun algehele vermogen tot doelmatige implementatie van de aangenomen maatregelen als de toegewezen middelen alles bij elkaar genomen beperkt. In enkele landen wordt een doelmatige implementatie van het beleid belemmerd door een laag operationeel niveau van de nationale coördinatiemechanismen en is de regionale samenwerking ontoereikend. In de meeste landen gaat dit ten koste van het vermogen van de desbetreffende instellingen om het probleem aan te pakken en doelmatig samen te werken in het kader van internationale maatregelen ter bestrijding van de grensoverschrij-

dende bedreigingen waarmee zowel de LMOE als de EU worden geconfronteerd. Het is dan ook essentieel dat de betrokken landen hun beleid, instellingen en coördinatiemechanismen blijven versterken en daartoe de noodzakelijke middelen beschikbaar stellen. Ter verdere ondersteuning van dit proces in 2000 heeft de Europese Commissie aan ieder kandidaat-land een aanvullende 1 miljoen euro toegewezen ten behoeve van de ontwikkeling van een specifieke drugscomponent in hun nationale Phare-programma's. De meeste van deze projecten worden door middel van bilaterale contacten met EU-lidstaten ontwikkeld.

⁽³²⁾ De Egmont-groep, opgericht in 1995, is een informele organisatie die zich ten doel stelt een forum te bieden voor financiële inlichtingenunits (FIU's) ter ondersteuning van hun nationale programma's voor de bestrijding van het witwassen van geld. Er zijn momenteel 53 FIU's als lid aangesloten bij de Egmont-groep.

Reitox-Focal Points

Oostenrijk — Ms Sabine Haas
ÖBIG — Österreichisches
Bundesinstitut für
Gesundheitswesen
Stubenring 6
A-1010 Wien
Tel. (43-1) 515 61-160
Fax (43-1) 513 84 72
E-mail: HAAS@oebig.at

België — Ms Denise Walckiers
Scientific Institute of Public
Health
Juliette Wytsmanstraat 14
B-1050 Brussel
Tel. (32-2) 642 50 35
Fax (32-2) 642 54 10
E-mail: BIRN@iph.fgov.be

Denemarken — Mr Thomas
Clement
National Board of Health
Amaliegade 13 — Post Box 2020
DK-1012 Copenhagen
Tel. (45-33) 48 76 82
Fax (45-33) 48 75 33
E-mail: tcl@sst.dk
Kari Grasaasen —
Tel. (45-33) 48 76 54
Fax (45-33) 48 75 33
E-mail: kag@sst.dk

Finland — Mr Ari Virtanen
National Research and
Development Centre for Welfare
and Health
PO Box 220
FIN-00531 Helsinki
Tel. (358-9) 39 67 23 78
Fax (358-9) 39 67 23 24
E-mail: ari.virtanen@stakes.fi

Frankrijk — Mr Jean Michel Costes
French Observatory for Drugs and
Drug Addiction
105, rue Lafayette
F-75110 Paris
Tel. (33) 153 20 16 16
Fax (33) 153 20 16 00
E-mail: jecos@ofdt.fr

Duitsland — Mr Roland Simon
Institut für Therapieforschung
Parzivalstraße 25
D-80804 München
Tel. (49-89) 36 08 04-40
Fax (49-89) 36 08 04-49
E-mail: Simon@ift.de

Griekenland —
Ms Manina Terzidou
Official address
University of Mental Health
Research Institute (UMHRI)
Eginitou 12
GR-11528 Athina
Tel. (30-10) 653 69 02
Fax (30-10) 653 72 73
Postal address
Greek Reitox Focal Point
PO Box 66 517
GR-15601 Papagou
Tel. (30-10) 617 00 14/653 69 02
Fax (30-10) 653 72 73
E-mail: ektepn@hol.gr

Ierland — Mr Hamish Sinclair
Drug Misuse Research Division
Health Research Board
73 Lower Baggot Street
Dublin 2
Ireland
Tel. (353-1) 676 11 76 extn 163
Fax (353-1) 661 18 56
E-mail: Hsinclair@HRB.ie

Italië — Mr Franco Scarpino
Presidenza del Consiglio dei
ministri, dipartimento per gli
affari sociali, ufficio per il coordi-
namento delle attività di preven-
zione e recupero delle tossico-
dipendenze
Via Veneto, 56
I-00187 Roma
Tel. (39) 06 48 16 14 95/16 16 30
Fax (39) 06 482 49 34
E-mail:
puntofocale@minwelfare.it

Luxemburg — Mr Alain Origer
Direction de la santé —
EMCDDA Focal Point
Luxembourg
Allée Marconi — Villa Louvigny
L-2120 Luxembourg
Tel. (352) 47 85 625
Fax (352) 46 79 65
E-mail: alain.origer@ms.etat.lu

Portugal — Ms Elza Pais
(Responsible Head FP)
Ms Maria Moreira
(Operational contact person)
Instituto Português da Droga e da
Toxicoddependência (IPDT)
Av. João Crisóstomo, 14
P-1000-179 Lisboa
Tel. (351) 213 10 41 00
(M. Moreira/41 26)
Fax (351) 213 10 41 90
E-mail: mmoreira@mail.ipdt.pt

Spanje — Ms Elena Garzón
Government Delegation to the
National Plan on Drugs —
(DGPND)
C/Recoletos, 22
E-28001 Madrid
Tel. (34) 915 37 27 25
Fax (34) 915 37 26 95
Ana Andrés Ballesteros —
direct tel. (34-91) 537 26 86
E-mail: egarzon@pnd.mir.es

Zweden — Mr Bertil Pettersson
National Institute of Public Health
S-103 52 Stockholm
Tel. (46-8) 56 61 35 13
Fax (46-8) 56 61 35 05
Mobile (46-70) 483 35 13
E-mail: Bertil.Pettersson@fhi.se

Nederland — Mr Franz Trautmann
Trimbos-instituut
Netherlands Institute of Mental Health
and Addiction
Da Costakade 45 — PO Box 725
3500 AS Utrecht
Netherlands
Tel. (31-30) 297 11 86
Fax (31-30) 297 11 87
E-mail: ftrautmann@trimbos.nl

Noorwegen — Mr Knut Brofoss
National Research Center (SIRUS) —
SIFA
Øvre Slottsgate 2B
N-0157 Oslo
Tel. (47-22) 34 04 00
Fax (47-22) 34 04 01
E-mail: postmaster@sirus.no

Vereinigd Koninkrijk —
Mr Nicholas Dorn
DrugScope
Waterbridge House
32-36 Loman Street
London SE1 OEE
United Kingdom
Tel. (44-20) 79 28 12 11
Fax (44-20) 79 28 17 71
E-mail: Nicholas@DrugScope.org.uk

Europese Commissie — Mr Timo Jetsu
European Commission
Justice and Home Affairs DG — Drugs Coordination Unit
Rue de la Loi/Wetstraat 200
(Lx — 46 3/186)
B-1049 Brussels
Tel. (32-2) 29-95784
Fax (32-2) 29-53205
E-mail: Timo.Jetsu@cec.eu.int

Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving

2001 — Jaarverslag over de stand van de drugsproblematiek in de Europese Unie

Luxemburg: Bureau voor officiële publicaties der Europese Gemeenschappen

2001 — 63 blz. — 21 x 29,7 cm

ISBN 92-9168-117-2

Over het EWDD

Het Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving (EWDD) is een van de twaalf gedecentraliseerde agentschappen die de Europese Unie heeft opgericht voor het verrichten van specialistische technische of wetenschappelijke werkzaamheden.

Het Waarnemingscentrum, dat in 1993 werd opgericht en sinds 1995 operationeel is, stelt zich in eerste instantie ten doel om „op Europees niveau objectieve, betrouwbare en vergelijkbare informatie te verschaffen over drugs en drugsverslaving en de gevolgen daarvan“. Door middel van de statistische, documentaire en technische informatie die het verzamelt, analyseert en verspreidt, voorziet het EWDD zijn publiek — beleidsmakers, beroepsbeoefenaars op het gebied van drugs of Europese burgers — van een veelomvattend beeld van het verschijnsel drugs in Europa.

De voornaamste taken van het Waarnemingscentrum zijn:

- het verzamelen en analyseren van bestaande gegevens;
- het verbeteren van methoden voor het vergelijken van gegevens;
- het verspreiden van informatie; en
- het samenwerken met Europese en internationale organisaties alsmede met niet-EU-lidstaten.

Het EWDD is uitsluitend actief op het gebied van informatie.

Het EWDD on line

Er is ook een on line, interactieve versie beschikbaar van het jaarverslag 2001 op <http://www.emcdda.org>. De on-lineversie bevat links naar gegevensbronnen, rapporten en achtergronddocumenten die bij het samenstellen van dit verslag zijn gebruikt.

Op de website van het EWDD kunt u verder terecht voor gedetailleerde informatie over drugsgebruik in Europa, downloadbare publicaties in alle elf officiële EU-talen, links naar gespecialiseerde drugsinformatiecentra in Europa en daarbuiten en vrije toegang tot gespecialiseerde databestanden.



BUREAU VOOR OFFICIËLE PUBLICATIES
DER EUROPESE GEMEENSCHAPPEN

L-2985 Luxembourg

ISBN 92-9168-117-2



9 789291 681174 >