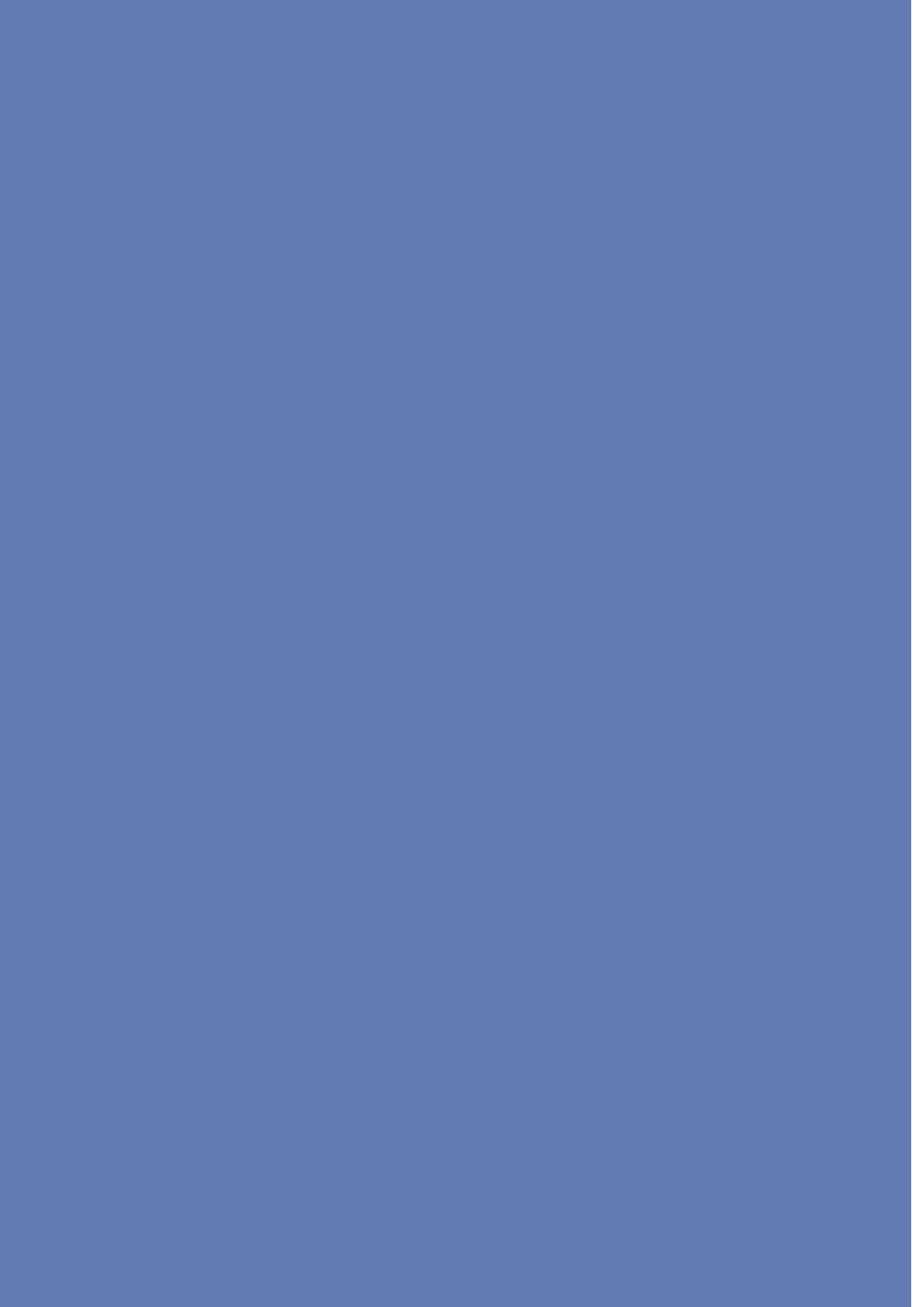




Europees Waarnemingscentrum
voor drugs en drugsverslaving

JAAARVERSLAG 2011

STAND VAN DE DRUGSPROBLEMATIEK
IN EUROPA





Europees Waarnemingscentrum
voor drugs en drugsverslaving

STAND VAN DE DRUGSPROBLEMATIEK IN EUROPA

J A A R V E R S L A G 2 0 1 1

Mededeling

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

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

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

Gratis nummer (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

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

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

Bibliografische gegevens bevinden zich aan het eind van deze uitgave.

Luxemburg: Bureau voor publicaties van de Europese Unie, 2011

ISBN 978-92-9168-479-3

doi:10.281045824

© Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving, 2011

Overname is toegestaan, mits de bron wordt vermeld.

Printed in Luxembourg

GEDRUKT OP CHLOORVRIJ GEBLEEKT PAPIER



Europees Waarnemingscentrum
voor drugs en drugsverslaving

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

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Dankbetuiging	7
Inleiding	9
Commentaar: Het complete beeld – Drugsgebruik in Europa vandaag de dag	13
Hoofdstuk 1: Beleid en wetgeving	
Internationale en EU-beleidsontwikkelingen • Nationale drugsstrategieën en -actieplannen • Drugsgelateerde overheidsbestedingen • Nationale wetgeving • Onderzoek naar drugs	20
Hoofdstuk 2: De aanpak van drugsproblemen in Europa – Een overzicht	
Preventie • Behandeling • Sociale re-integratie • Schadebeperking • Kwaliteitsborging • Handhaving van de drugswetgeving en drugsdelicten • Gezondheids- en sociale maatregelen in gevangenis	29
Hoofdstuk 3: Cannabis	
Aanvoer en beschikbaarheid • Prevalentie en gebruikspatronen • Behandeling	44
Hoofdstuk 4: Amfetaminen, ecstasy, hallucinogenen, GHB en ketamine	
Aanvoer en beschikbaarheid • Prevalentie en gebruikspatronen • Interventies in recreatieve settings • Behandeling	55
Hoofdstuk 5: Cocaïne en crackcocaïne	
Aanvoer en beschikbaarheid • Prevalentie en gebruikspatronen • Gevolgen voor de gezondheid • Problematisch gebruik en de vraag naar behandeling • Behandeling en schadebeperking	68
Hoofdstuk 6: Opioïdengebruik en injecterend drugsgebruik	
Aanvoer en beschikbaarheid • Problematisch opioïdengebruik • Injecterend drugsgebruik • Behandeling van problematisch opioïdengebruik	79
Hoofdstuk 7: Infectieziekten en sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik	
Infectieziekten • De aanpak van infectieziekten • Sterfte en sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik • Vermindering van sterfte ten gevolge van drugsgebruik	90
Hoofdstuk 8: Nieuwe drugs en opkomende trends	
Actie met betrekking tot nieuwe drugs • Mefedron • Overige middelen • „Legale psychedelica” • Controle van de verkoop van nieuwe drugs	102
Referenties	110



Voorwoord

Dit jaar is het vijftig jaar geleden dat het Enkelvoudig Verdrag inzake verdovende middelen van de Verenigde Naties, een hoeksteen van het internationale drugsbestrijdingsstelsel, werd ondertekend. Bij de presentatie van onze jaarlijkse beoordeling van het Europese drugsprobleem valt onvermijdelijk op hoe sterk dit verschijnsel zich in de afgelopen halve eeuw heeft ontwikkeld. De complexe drugsproblematiek waar we vandaag de dag in Europa mee worden geconfronteerd, wordt door een groot aantal factoren bepaald en komt niet alleen maatschappelijk of geografisch geïsoleerd voor. Ons verslag erkent dit feit, evenals de noodzaak rekening te houden met bredere culturele ontwikkelingen en wereldwijde trends, aangezien beide sterke gevolgen kunnen hebben voor de patronen van drugsgebruik en de hiermee samenhangende schade waarmee we worden geconfronteerd. De huidige economische problemen in een groot aantal Europese landen maken deel uit van de achtergrond van onze rapportage; problemen die nu al voelbaar worden aangezien financiering voor hulpverlening moeilijker te vinden is. Vooruitgang op het gebied van informatietechnologie heeft bijna alle aspecten van ons moderne leven getransformeerd en het wekt dan ook geen verbazing dat we nu een impact zien op het verschijnsel drugs. We zien dit niet alleen concreet in de wijze waarop drugs op de markt worden gebracht en verkocht, maar ook in de komst van nieuwe mogelijkheden voor preventie en behandeling. De georganiseerde misdaad, die drugs slechts ziet als een van de vele vormen van illegale inkomsten, profiteert steeds meer van de globalisering. Ook hier is een mondiaal perspectief belangrijk, aangezien de implicaties van drugsgebruik in Europa niet stoppen bij onze grenzen. Slechts één voorbeeld hiervan is dat de resultaten van de EU-inspanningen om de maatschappelijke ontwikkeling in buurlanden te ondersteunen, gevaar lopen door veranderingen in drugssmokkelroutes, die de groei van kwetsbare democratische instituties ondermijnen en een voedingsbron voor corrupte praktijken vormen.

Het is belangrijk te erkennen dat dit verslag door gezamenlijke inspanningen tot stand is gekomen en we spreken hier onze waardering uit voor allen die aan deze productie hebben bijgedragen. Dit verslag is alleen mogelijk geworden dankzij met name de vele inspanningen en toewijding van onze partners in het Reitox-netwerk van de nationale focal points en de deskundigen in heel Europa die aan de analyse ervan hebben bijgedragen. We zijn ook dank verschuldigd aan andere Europese en internationale

agentschappen voor de analyse die ze hebben verstrekt. Onze taak is echter niet simpelweg de door anderen overgelegde informatie te verzamelen. Onze opdracht is om een wetenschappelijk verantwoorde en onafhankelijke analyse van het Europese drugsprobleem te geven. Om dit te doen, moeten we vaak gebrekkige gegevens interpreteren. De benadering van het EWDD inzake analyse bedient zich van meerdere indicatoren en is voorzichtig van aard. Conclusies afgeleid van één gegevensbestand moeten worden getest tegen andere informatiebronnen en we verontschuldigen ons niet voor onze terughoudendheid bij interpretatie in gevallen waarin weinig informatie voorhanden is. Toch blijven de kwaliteit, kwantiteit en vergelijkbaarheid van de informatie die beschikbaar is over de drugsituatie in Europa toenemen. Dit is op zich een hele prestatie en het getuigt van de waarde van samenwerking en gecoördineerde acties binnen de Europese Unie.

Tot slot mag dit jaarverslag niet als een op zichzelf staand document worden gelezen, maar moet dit als onderdeel van onze uitgebreide jaarlijkse verslaglegging worden gezien. De gegevens waarop onze analyse is gebaseerd en de uitgebreide methodologische opmerkingen kunt u vinden in het bijbehorende statistische bulletin. In meer op bepaalde kwesties toegespitste publicaties in relatie tot dit jaarverslag besteden we ook extra aandacht aan: de kosten en financiering van verslavingsbehandeling, richtsnoeren voor de levering van zorg, alsmede de cannabismarkt en de totale mortaliteit die wordt toegeschreven aan drugsgebruik. Landgebonden informatie is in detail beschikbaar in nationale verslagen en online-overzichten per land. Onze rapportage is zodanig opgezet dat deze toegankelijk is voor de doorsneelezer, strategisch is gericht op ondersteuning van beleidsmakers en voldoende gedetailleerd om tegemoet te komen aan de behoeften van onderzoekers, studenten en wetenschappers. Vanuit welk perspectief u de drugsproblematiek ook bekijkt, we hopen dat door onze inspanningen uw inzicht in de Europese drugsituatie zal toenemen. Dat is onze missie, maar bovenal zijn we van mening dat een dergelijk inzicht cruciaal is voor de ontwikkeling van een effectief drugsbeleid en effectieve reacties.

João Goulão

Voorzitter van de raad van bestuur van het EWDD

Wolfgang Götz

Directeur van het EWDD



Dankbetuiging

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

- de hoofden van de nationale focal points van het Reitox-netwerk en hun medewerkers;
- de instanties en deskundigen in de lidstaten die de ruwe gegevens voor dit verslag hebben verzameld;
- de leden van de raad van bestuur en het Wetenschappelijk Comité van het EWDD;
- het Europees Parlement, de Raad van de Europese Unie — in het bijzonder de Horizontale Groep Drugs — en de Europese Commissie;
- het Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding (ECDC), het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA) en Europol;
- de Pompidou-groep van de Raad van Europa, het UNODC (Bureau voor drugs en criminaliteit van de Verenigde Naties), de International Narcotics Control Board, het Regionaal Kantoor voor Europa van de Wereldgezondheidsorganisatie, Interpol, de Werelddouaneorganisatie, de Controlled Substances and Tobacco Directorate of Health Canada, de US Substance Abuse and Mental Health Services Administration, de Health Behaviour in School-aged Children study, het ESPAD-project en de Zweedse Raad voor informatie over alcohol en andere drugs (CAN);
- het Vertaalbureau voor de organen van de Europese Unie en het Bureau voor publicaties van de Europese Unie.

Nationale focal points van het Reitox-netwerk

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

De contactgegevens van de nationale focal points zijn te vinden op de EWDD-website.



Inleiding

Dit jaarverslag is gebaseerd op informatie die de lidstaten van de EU, de kandidaat-lidstaten Kroatië en Turkije, alsook Noorwegen aan het EWDD hebben verstrekt. De statistische gegevens in dit jaarverslag hebben betrekking op 2009 (of het recentste jaar waarover informatie beschikbaar is). De grafieken en tabellen in dit verslag hoeven niet altijd een weerspiegeling van de situatie in alle EU-landen te zijn: selectie vindt plaats op basis van de landen die gegevens over de desbetreffende periode beschikbaar hebben of om bepaalde trends te benadrukken.

De analyse van trends is uitsluitend gebaseerd op informatie uit de landen die voldoende gegevens hebben verstrekt om veranderingen in de desbetreffende periode te kunnen beschrijven. Bij de trendanalyse van de gegevens over de drugsmarkt kunnen ontbrekende waarden voor 2009 zijn vervangen door cijfers voor 2008; voor de analyse van de andere trends kunnen ontbrekende gegevens door middel van interpolatie zijn verkregen.

Achtergrondinformatie en een aantal voorbehouden waarmee rekening moet worden gehouden bij het lezen van het jaarverslag, worden hieronder weergegeven.

Gegevens over aanvoer en beschikbaarheid van drugs

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

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

Toegang tot het jaarverslag en de gegevensbronnen op internet

Het jaarverslag kan worden gedownload in 22 talen op de EWDD-website. De elektronische versie bevat koppelingen naar alle onlinebronnen die in het jaarverslag worden vermeld.

De volgende informatiebronnen zijn alleen online beschikbaar.

Het Statistical Bulletin 2011 presenteert de brontabellen waarop de statistische analyse in het jaarverslag is gebaseerd. Het geeft daarnaast meer informatie over de gebruikte methodologie en ongeveer 100 extra statistische grafieken.

De nationale verslagen van de Reitox-focal points bieden uitvoerige beschrijvingen en analyses van de drugsproblematiek in elk land.

Landenoverzichten geven een uitstekende samenvatting in grafiekvorm van de hoofdaspecten van de drugssituatie in elk land.

geanalyseerd om de drugsmarkten beter te begrijpen. De aan het EWDD gerapporteerde straatwaarde van drugs is de prijs die de gebruikers hiervoor betalen. De trends in de prijs worden op nationaal niveau aangepast aan de inflatie. De informatie van de meeste landen over de zuiverheid of sterkte is gebaseerd op een steekproef van alle drugsvangsten en het is over het algemeen niet mogelijk om de gerapporteerde gegevens te koppelen aan een specifiek niveau binnen de drugsmarkt. Voor de zuiverheid of sterkte en de straatwaarde geldt dat alle analyses zijn gebaseerd op gerapporteerde gemiddelde of modale waarden of, wanneer die niet beschikbaar zijn, op mediane waarden. In sommige landen kan de beschikbaarheid van gegevens over de prijs en zuiverheid echter beperkt zijn en kan er worden getwijfeld aan de betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid ervan.

Het EWDD verzamelt nationale gegevens over drugsvangsten, de zuiverheid en de straatwaarde van drugs in Europa. Andere gegevens over het aanbod van drugs zijn voornamelijk afkomstig van de informatiesystemen en analyses van het UNODC, aangevuld met informatie van Europol. Informatie over drugsprecursors wordt verkregen van de Europese Commissie, die gegevens verzamelt over de inbeslagname van deze stoffen in de EU, en van het INCB, dat betrokken

is bij internationale initiatieven ter voorkoming van misbruik van chemische precursors die worden gebruikt voor de vervaardiging van drugs.

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

Prevalentie van drugsgebruik zoals gemeten door middel van algemeen bevolkingsonderzoek

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

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

Aangezien enquêtes een dure vorm van onderzoek zijn, zijn er maar weinig Europese landen die jaarlijks informatie vergaren en doen veel landen dit om de twee of vier jaar. In dit verslag worden gegevens gepresenteerd op basis van de in elk land beschikbare recentste resultaten, die in de meeste gevallen afkomstig zijn van enquêtes die zijn gehouden tussen 2006 en 2009. De prevalentiegegevens van het Verenigd Koninkrijk hebben, tenzij anders vermeld, betrekking op Engeland en Wales; er zijn echter ook afzonderlijke gegevens voor Schotland en Noord-Ierland beschikbaar.

Van de drie standaardtijds aanduidingen die worden gebruikt voor het rapporteren van enquêtegegevens, is „ooit“-gebruik (gebruik van een drug op een willekeurig tijdstip in iemands leven) de breedste categorie. Deze maat geeft geen goed beeld van het huidige drugsgebruik onder volwassenen, maar kan wel nuttig zijn om inzicht te krijgen in de patronen en incidentie van drugsgebruik. De standaardleeftijdscategorieën van het EWDD zijn 15- tot 64-jarigen (alle volwassenen) en de 15- tot 34-jarigen

(jongvolwassenen). Landen die voor de leeftijd afwijkende boven- en ondergrenzen hanteren, zijn onder meer: Denemarken (16), Duitsland (18), Hongarije (18), Malta (18), Zweden (16) en het Verenigd Koninkrijk (16-59). Er wordt voornamelijk gekeken naar het afgelopen gebruik (gebruik in de 12 maanden of 30 dagen voorafgaand aan de enquête) (zie voor meer informatie de EWDD-website). Bij scholieren liggen het „ooit“-gebruik en de prevalentie in het afgelopen jaar dikwijls dicht bij elkaar aangezien drugsgebruik bij jongeren onder de leeftijd van 15 jaar maar zelden voorkomt.

In het kader van het ESPAD-project (Europese enquête naar het gebruik van alcohol en andere drugs op school) worden gestandaardiseerde methoden en instrumenten gebruikt om het drugs- en alcoholgebruik te meten in representatieve steekproeven onder scholieren die in de loop van het kalenderjaar 16 jaar worden. In 2007 werden gegevens verzameld in 35 landen, waaronder 25 EU-lidstaten, Kroatië en Noorwegen. De resultaten van de vijfde ronde, uitgevoerd in 2011 met deelname van 23 van de 27 lidstaten samen met Kroatië en Noorwegen, zal worden gepubliceerd in 2012.

De studie „Gezondheidsgedrag van schoolgaande kinderen” (HBSC) is een samenwerkingsonderzoek van de WHO naar de gezondheid en het gezondheidsgedrag van kinderen, en bevatte vragen over cannabisgebruik onder 15-jarige scholieren sinds 2001. De derde ronde van deze enquête met vragen over cannabisgebruik werd uitgevoerd in 2009-2010 met de deelname van 23 van de 27 EU-lidstaten, samen met Kroatië en Noorwegen.

De vraag naar behandeling

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

Interventies

Informatie over de beschikbaarheid en het aanbod van diverse interventies in Europa is doorgaans gebaseerd op het geïnformeerde oordeel van nationale deskundigen, waarnaar via gestructureerde vragenlijsten wordt gevraagd. Voor sommige indicatoren zijn echter ook kwantitatieve monitoringsgegevens beschikbaar.





Commentaar

Het complete beeld: drugsgebruik in Europa vandaag de dag

De drugssituatie in perspectief

In veel opzichten is dit jaarverslag een verslag van tegenstellingen. Aan de ene kant lijkt het drugsgebruik in Europa relatief stabiel. De prevalentiewaarden blijven naar historische maatstaven overal hoog, maar stijgen niet. En op sommige belangrijke terreinen, zoals het cannabisgebruik onder jongeren, zijn er positieve tekenen. Aan de andere kant zijn er zorgwekkende aanwijzingen voor ontwikkelingen op de markt voor synthetische drugs en, meer in het algemeen, wat betreft het verschijnsel dat drugsgebruikers tegenwoordig meer verschillende middelen gebruiken. Polydrugsgebruik, inclusief de combinatie van drugs en alcohol en soms ook met geneesmiddelen en niet-gecontroleerde stoffen, heeft zich tot het dominante patroon van drugsgebruik in Europa ontwikkeld. Deze realiteit vormt een uitdaging voor zowel het Europese drugsbeleid als de reacties hierop. In de meeste lidstaten ontbreekt het nog aan een uitgebreid beleidskader om het gebruik van psychoactieve stoffen aan te pakken en verslavingszorginstellingen moeten hun werkwijze aanpassen om tegemoet te komen aan de behoeften van cliënten wier problemen meerdere middelen omvatten. Evenzo moet bij de aanpak van het aanbod en de beoordeling van de impact van maatregelen hiertoe rekening worden gehouden met de totale markt voor psychoactieve stoffen. Zonder dit bredere perspectief kan de winst die wordt geboekt met betrekking tot het ene middel resulteren in een verschuiving naar het gebruik van andere drugs. Dit rapport bevat een groot aantal voorbeelden van hoe dynamisch, innovatief en snel de Europese drugsmarkt zich aanpast aan zowel kansen als controlemaatregelen.

Beoordeling van het Europese model

Europa hanteert, volgens mondiale normen, een goed ontwikkelde, uitgekristalliseerde en aantoonbaar betrekkelijk effectieve aanpak van het drugsgebruik. Op EU-niveau komt dit duidelijk naar voren door de huidige EU-drugsstrategie en het actieplan, dat een uniek voorbeeld vormt van langdurige samenwerking en kennisuitwisseling op transnationaal niveau. De resultaten van de nieuwste EU-drugsstrategie worden momenteel beoordeeld. De meeste lidstaten hebben nu betrekkelijk consistente en goed ontwikkelde drugsstrategieën die in ruime mate een algemeen model vertegenwoordigen. Ondanks deze positieve ontwikkelingen en een

globale toename in de hulpverlening voor mensen met drugsproblemen bestaan er tussen landen nog aanzienlijke verschillen, met name in investeringen in interventies om de vraag terug te dringen. Het aanpakken van deze discrepanties zal een belangrijke uitdaging voor toekomstig EU-beleid op dit gebied zijn.

Het Europese model kan worden gekarakteriseerd als pragmatisch laveren tussen terugdringen van vraag en aanbod enerzijds en erkenning van het belang van zowel de rechten van de mens als veiligheid voor de gemeenschap anderzijds. Deze aanpak maakt niet alleen gecoördineerde actie mogelijk, maar ook samenwerking op het gebied van wetshandhaving en grenscontroles om het drugsaanbod te beperken, zoals geïllustreerd door de huidige programma's gericht op de aanvoerroutes voor heroïne vanuit Afghanistan, de cocaïnehandel via de Atlantische Oceaan en West-Afrika en de productie van synthetische drugs. Deze aanpak maakt ook vernieuwende ontwikkelingen mogelijk op het gebied van behandeling en schadebeperking, met als voorbeeld heroïnevervangende behandeling, die in een aantal Europese landen steeds belangrijker wordt en het onderwerp is van een nieuwe EWDD-beoordeling.

Mogelijke toename van het risico van gelokaliseerde hiv-epidemieën onder injecterende drugsgebruikers

Na een afname in de algehele verspreiding van hiv in de Europese Unie, is de nadruk op hiv-preventie als primaire doelstelling van het drugsbeleid wat afgenomen. Uit de analyse van dit jaar komt echter het zorgwekkende vooruitzicht naar voren dat het potentiële risico van nieuwe gelokaliseerde hiv-epidemieën mogelijk toeneemt. De economische recessie waarvan in veel Europese landen sprake is, kan de kwetsbaarheid van gemeenschappen doen toenemen terwijl tegelijkertijd het vermogen van de lidstaten om hierop een afdoend antwoord te formuleren, wordt beperkt. Het historische bewijs is duidelijk: als de voorwaarden aanwezig zijn, kunnen aan drugsgebruik gerelateerde hiv-infecties zich snel binnen kwetsbare gemeenschappen verspreiden. Bovendien is de winst die in Europese Unie is geboekt op het gebied van vermindering van de drugsgerelateerde verspreiding van hiv niet waargenomen in veel van onze buurlanden, waar de overdracht van het virus — in samenhang met zowel injecterend drugsgebruik als onveilige seks — nog steeds een aanzienlijk probleem

voor de volksgezondheid vormt. Recentelijk is door politieke en economische ontwikkelingen de migratie uit de betreffende regio's naar EU-lidstaten toegenomen, wat tot nog meer druk op de al overbelaste hulpverlening kan leiden.

Een bijzonder punt van zorg is dan ook dat er momenteel sprake is van omstandigheden in een aantal EU-lidstaten, met inbegrip van de landen waar zich nog niet eerder aanzienlijke drugsgerelateerde hiv-epidemieën hebben voorgedaan, die deze landen nu potentieel kwetsbaar maken voor toekomstige problemen. Griekenland, van oudsher een land met een lage prevalentie, meldde in 2011 een lokale hiv-uitbraak onder injecterende gebruikers en ook de situatie in een aantal oostelijke lidstaten is zorgelijk, zoals blijkt uit het stijgende aantal besmettingen in Bulgarije. Het beeld ziet er ook minder positief uit in enkele landen die vorderingen hadden gemaakt met de aanpak van drugsgerelateerde hiv-/aids-epidemieën, bijvoorbeeld in Estland en Litouwen, waar in de afgelopen jaren winst is geboekt bij de aanpak van nieuwe infecties en die nu in toenemende mate kwetsbaar lijken te zijn aangezien beide landen recente stijgingen van infecties melden.

Trends in opioïden: de noodzaak van inzicht in de marktdynamiek

Internationaal, en in het bijzonder in Noord-Amerika, ontstaat er steeds meer bezorgdheid over de beschikbaarheid en het misbruik van op voorschrift verstrekte opioïden, voornamelijk pijnstillers. De omvang van dit verschijnsel in Europa is uit de thans beschikbare gegevens moeilijk te achterhalen. Daarnaast is het lastig rechtstreeks vergelijkingen tussen de Europese Unie en andere delen van de wereld te maken, grotendeels door de aanzienlijke verschillen die er bestaan wat betreft patronen en regelgeving ten aanzien van voorschrijven. Op dit moment lijkt het gebruik van illegale synthetische opioïden in Europa voornamelijk de consumptie te betreffen van substitutiemiddelen die worden weggesluisd uit de verslavingszorg. Daarnaast melden sommige landen in Noord- en Midden-Europa momenteel het gebruik van fentanyl, dat waarschijnlijk illegaal buiten de Europese Unie wordt geproduceerd. Het opkomende gebruik van dit geneesmiddel is bijzonder verontrustend en is in het algemeen, gezien de situatie elders, een goed argument voor verbetering van onze capaciteit voor trendmonitoring inzake het misbruik van psychoactieve middelen die uitsluitend bedoeld zijn voor therapeutische doeleinden.

Aangezien voornamelijk synthetische opiaten in plaats van heroïne illegaal worden gebruikt, kan informatie over

het gebruik ervan inzicht geven in de totale heroïne markt. Een belangrijke vraag op dit gebied is momenteel de mate waarin maatregelen gericht op vermindering van de aanvoer nu van invloed zijn op de beschikbaarheid in Europa van heroïne voor de straathandel. De mogelijkheid dat aanvoer beperkende maatregelen de beschikbaarheid van heroïne in Europa terugdringen, wordt ondersteund door aanwijzingen dat eind 2010 in sommige, maar niet alle, EU-landen sprake was van een heroïneschaarste en dat dit ook van invloed is geweest op de situatie in sommige niet-EU-landen, zoals Rusland en Zwitserland. In een alternatieve verklaring die is geopperd om dit schijnbare tekort te verklaren, werd verwezen naar een recente uitbraak van papaverbacterievuur in sommige delen van Afghanistan. Bij nadere beschouwing is dit verband echter zwak, hoewel andere gebeurtenissen in Afghanistan en enkele aanzienlijke successen als resultaat van samenwerking tussen politiekorpsen van Turkije en de EU een rol kunnen hebben gespeeld. Aanvoerproblemen op korte termijn moeten echter worden beoordeeld binnen de context van de relatief langdurig stabiele heroïne markt in Europa.

Ondanks het belang van informatie over de beschikbaarheid van heroïne om inzicht te krijgen in de dynamiek van de Europese drugsmarkt, moet worden opgemerkt dat het op dit moment lastig is met enig gezag commentaar te geven op deze kwestie. Er worden momenteel geavanceerdere pogingen ondernomen om dit te verbeteren op basis van analyse van gegevens over zowel productie als gebruik. Om een aantal technische redenen is echter nog steeds grote voorzichtigheid geboden bij het trekken van conclusies over dit gevoelige onderwerp. Zo ontbreekt het grotendeels aan goede indicatoren voor de beschikbaarheid op de Europese markt. Schattingen van de opiumproductie in Afghanistan worden vaak kritiekloos geaccepteerd, ondanks het feit dat dergelijke berekeningen in veel opzichten methodologisch problematisch zijn. En er wordt zelden rekening gehouden met aanwijzingen voor opiumproductie in andere landen in Azië. Bovendien omvatten modellen van heroïnestromen vaak de aanwezigheid van „voorraden” opgeslagen opium of heroïne — hoewel er slechts beperkt empirisch bewijs is dat deze aanname ondersteunt. Opheldering van de relatie tussen opiumproductie en de beschikbaarheid van heroïne wordt verder gecompliceerd door het bestaan van verschillende smokkelroutes naar en submarkten binnen de Europese Unie, en door de aanzienlijke vertraging die er zou bestaan tussen de opiumoogst in Afghanistan en het verschijnen van opium als heroïne in de straathandel in Europa.

Zijn sterfgevallen door een overdosis slechts het topje van de ijsberg?

Het typische slachtoffer van een fatale overdosis in Europa is een man van 35 tot 40 jaar, met een lange geschiedenis van problematisch opioïdengebruik. Bekend is dat deelname aan verslavingsbehandeling, met name substitutiebehandeling, het risico van een overdosis verlaagt. Ondanks het feit dat behandeling in de loop der jaren steeds beter beschikbaar is gekomen, is het aantal gebruikers dat in Europa aan een overdosis overlijdt, stabiel gebleven. Terugdringing van het aantal sterfgevallen door een overdosis vormt daarom een enorme uitdaging voor de verslavingszorg binnen Europa. Enkele innovatieve programma's op dit gebied worden momenteel geëvalueerd en ontwikkeld en zijn vaak gericht op gebeurtenissen waarvan bekend is dat ze bijzonder riskant zijn voor opioïdengebruikers, zoals ontslag uit detentie of niet langer in behandeling zijn. Hoewel deze activiteiten belangrijk zijn, pakken ze slechts een deel van het probleem aan. Studies suggereren dat sterfgevallen door overdosis ergens tussen een- en tweederde van de totale sterfte onder problematische drugsgebruikers kunnen vertegenwoordigen. Andere belangrijke doodsoorzaken onder drugsgebruikers zijn aids, suïcide en trauma. De implicaties van deze bevinding worden uitgebreid besproken in een publicatie bij dit jaarverslag en wijzen sterk op de extreem hoge mortaliteit in deze populatie en de rol die de hulpverlening kan spelen bij het terugdringen van de menselijke kosten van drugsproblemen bij langdurig gebruik.

Is de cocaïnebubbel gebarsten?

In het afgelopen decennium is cocaïne uitgegroeid tot de meest gebruikte stimulerende drug in Europa, ook al komt een hoge mate van gebruik slechts in een beperkt aantal landen voor. Commentatoren hebben echter opgemerkt dat het imago van dit middel een deel van de aantrekkingskracht uitmaakt, waarbij het gebruik van cocaïne vaak wordt afgeschilderd als onderdeel van een welvarende en trendy leefstijl. De realiteit van regelmatig cocaïnegebruik is echter anders. Bij het positieve imago kunnen steeds meer vraagtekens worden geplaatst nu er in toenemende mate aan cocaïne gerelateerde problemen worden herkend, die zich manifesteren als een hoger aantal spoedopnamen en sterfgevallen en meer vraag naar behandeling in relatie tot deze drug. De financiële kosten van regelmatig cocaïnegebruik kunnen de drug tot een minder aantrekkelijke optie maken in landen waar soberheid nu aan de orde van de dag is. Nieuwe gegevens doen de vraag rijzen of de populariteit van deze drug momenteel zijn hoogtepunt heeft bereikt.

Recente onderzoeken laten een zekere daling zien van het gebruik in de landen met de hoogste prevalentieniveaus, hoewel het beeld elders minder duidelijk is. De gegevens over de aanvoer zijn eveneens tweeledig. De hoeveelheid in beslag genomen cocaïne is sinds 2006 aanzienlijk gedaald en globaal zijn ook de prijs en de zuiverheid van de drug afgenomen. In tegenstelling tot de hoeveelheid is het aantal vangsten echter blijven stijgen en er zijn aanwijzingen dat handelaars hun praktijken blijven aanpassen in reactie op drugsbestrijdingsmaatregelen, waardoor er een risico bestaat van uitbreiding van het gebruik naar nieuwe gebieden.

MDMA weer in de lift

In de afgelopen jaren heeft de Europese ecstasymarkt een periode doorgemaakt waarin tabletten met MDMA steeds zeldzamer werden. Ecstasypillen die op de illegale markt werden verkocht, bevatten vaak andere middelen, dikwijls een piperazine, met als gevolg dat soms een niet-gecontroleerde stof werd gekocht in plaats van een drug. Het gebrek aan MDMA in ecstasypillen lijkt verband te houden met een tekort aan de belangrijkste precursor PMK, mogelijk als gevolg van drugsbestrijdingsmaatregelen. De recentste gegevens wijzen echter op een toenemende beschikbaarheid van MDMA, waarbij in sommige gevallen melding wordt gemaakt van tabletten met een zeer hoge dosis en poeders met een hoge zuiverheid.

De huidige MDMA-productiemethoden blijken gebaseerd te zijn op safrol of, in toenemende mate, op ingevoerde chemicaliën — zoals PMK-glycidaat en alfa-fenylacetoacetonitril — die structureel gelijk, maar niet identiek zijn aan de gecontroleerde precursors die tot nu werden gebruikt. Er is hier sprake van een parallel met de ontwikkelingen wat betreft de „legale psychedelica”, waar niet-gecontroleerde producten de gecontroleerde vervangen. Deze chemische stoffen worden gekozen met twee doelen in het achterhoofd: de nieuwe stof mag niet onderworpen zijn aan de huidige controles en moet gemakkelijk kunnen worden omgezet in een precursor die nodig is voor de MDMA-synthese. Dit illustreert opnieuw hoe goed producenten van synthetische drugs in staat zijn zich aan te passen. Een hieraan gerelateerd verschijnsel is waargenomen op de amfetaminemarkt, waar precursors chemisch worden „vermomd” om bestaande grens- en verkoopcontroles te ontwijken. Aangezien producenten technisch gezien steeds geraffineerder worden en naar nieuwe manieren zoeken om drugsbestrijdingsmaatregelen en voorschriften te omzeilen, vormt de mogelijkheid om stoffen te modificeren en weer terug om te zetten een ander probleem voor de huidige drugsbestrijdingsaanpak.

In één oogopslag — Schattingen van het drugsgebruik in Europa

De hier gepresenteerde schattingen hebben betrekking op de volwassen populatie (15-64 jaar) en zijn gebaseerd op de meest recent beschikbare gegevens (enquêtes uitgevoerd tussen 2001 en 2009/2010, hoofdzakelijk in 2004-2008). Voor de volledige set gegevens en informatie over de methodologie wordt verwezen naar het bijbehorende Statistical Bulletin.

Cannabis

„ooit“-gebruik: ongeveer 78 miljoen (23,2 % van de Europese volwassenen)

Gebruik in het afgelopen jaar: circa 22,5 miljoen Europese volwassenen (6,7 %) of een op de drie mensen die ooit cannabis hebben gebruikt

Gebruik in de afgelopen maand: ongeveer 12 miljoen (3,6 %)

Verschillen in gebruik in het afgelopen jaar tussen landen: totale spreiding 0,4 % tot 14,3 %

Cocaïne

„ooit“-gebruik: ongeveer 14,5 miljoen (4,3 % van de Europese volwassenen)

Gebruik in het afgelopen jaar: circa 4 miljoen Europese volwassenen (1,2 %) of een op de drie mensen die ooit cocaïne hebben gebruikt

Gebruik in de afgelopen maand: ongeveer 1,5 miljoen (0,5 %)

Verschillen in gebruik in het afgelopen jaar tussen landen: totale spreiding 0,0 tot 2,7 %

Ecstasy

„ooit“-gebruik: ongeveer 11 miljoen (3,2 % van de Europese volwassenen)

Gebruik in het afgelopen jaar: circa 2,5 miljoen (0,7 %) of een vijfde van de mensen die ooit ecstasy hebben gebruikt

Verschillen in gebruik in het afgelopen jaar tussen landen: totale spreiding 0,1 tot 1,6 %

Amfetaminen

„ooit“-gebruik: ongeveer 12,5 miljoen (3,8 % van de Europese volwassenen)

Gebruik in het afgelopen jaar: 1,5-2 miljoen gebruikers (0,5 %) of tot een zesde van de mensen die ooit amfetaminen hebben gebruikt

Verschillen in gebruik in het afgelopen jaar tussen landen: totale spreiding 0,0 tot 1,1 %

Opioiden

Problematische opioïdengebruikers: geschat op 1,3 tot 1,4 miljoen Europeanen

Ongeveer 700 000 opioïdengebruikers kregen substitutiebehandeling in 2009

Voornaamste drug bij meer dan 50 % van alle verzoeken om drugsbehandeling

Drugserelateerde sterfgevallen: ongeveer 7 600, waarbij in driekwart van de gevallen opioïden werden aangetroffen

Nieuwe psychoactieve stoffen: een adequate reactie is vereist

De snelle opkomst van een groot aantal nieuwe niet-gecontroleerde psychoactieve stoffen vormt een toenemend probleem voor de huidige modellen voor drugsbestrijding.

In 2010 werd een recordaantal van 41 nieuwe stoffen aan het Europese systeem voor vroegtijdige waarschuwing gemeld en de voorlopige cijfers voor 2011 laten geen afname zien. Dit weerspiegelt zowel de aanhoudende introductie van nieuwe stoffen en producten op de markt als de toenemende toepassing van proactieve maatregelen om nieuwe stoffen te identificeren. Het internet is een van de voornaamste markten voor deze stoffen en voorlopige resultaten afkomstig van de online-enquête van de EWDD (juli 2011) laten zien dat het aantal onlineshops dat psychoactieve producten verkoopt, blijft toenemen. De verkoopmethoden op dit gebied lijken ook geavanceerder te zijn geworden, met meer aanwijzingen dat er maatregelen worden genomen om de toegang te beperken en de identiteit van de kopers en verkopers te beschermen. Daarnaast zijn er meldingen geweest dat de verkoop van illegale middelen verloopt via websites met beperkte toegang. Het is onduidelijk in welke mate een dergelijke ontwikkeling een belangrijke toekomstige bedreiging vormt, maar gezien de snelheid waarmee veranderingen zich op dit terrein hebben voorgedaan, blijft waakzaamheid geboden.

Verbetering van onze capaciteit voor opsporing van nieuwe drugs

Het wettelijke mechanisme dat het Europese systeem voor vroegtijdige waarschuwing ondersteunt, wordt momenteel herzien. De Europese Commissie heeft een beoordeling uitgevoerd waarbij werd gelet op zowel de sterke punten van het bestaande systeem als de noodzaak om Europa's capaciteit op te voeren om te kunnen reageren op de snelheid waarmee ontwikkelingen op dit gebied optreden. Hoewel Europa zich in de voorste gelederen bevindt wat betreft het opsporen van nieuwe psychoactieve stoffen, werd de mondiale omvang van dit probleem duidelijk in de discussies tijdens een technisch symposium onder voorzitterschap van het EWDD in 2011. Internationale deskundigen bevestigden dat producten die nieuwe psychoactieve stoffen bevatten, nu in veel delen van de wereld verkrijgbaar zijn, waaronder Noord- en Zuid-Amerika, het Midden-Oosten, Oceanië en delen van Azië, en dat identificatie van een zich steeds uitbreidende diversiteit aan stoffen binnen een snel veranderende markt een veelvoorkomend probleem is. De tijdens deze

bijeenkomst onder deskundigen bereikte overeenstemming luidde dat de problemen die nieuwe drugs meebrengen, een proactievere monitoring van de markt en het delen van forensische informatie zullen vereisen evenals een verbeterde identificatie van de gezondheidsproblemen die voortkomen uit het gebruik van deze stoffen.

Voorspelling van de toekomst: nieuwe producten en interactie tussen markten

De meeste nieuwe psychoactieve stoffen die werden gemeld aan het systeem voor vroegtijdige waarschuwing, waren stimulerende middelen of synthetische cannabinoïden, wat grotendeels een afspiegeling is van de drugsmarkt in Europa. Het is waarschijnlijk dat nieuwe stoffen van dit type op de markt zullen blijven komen. Daarnaast lijken producenten op zoek te zijn naar andere stoffen met een psychoactieve werking die voor consumenten aantrekkelijk kunnen zijn. Er is een grote hoeveelheid toegankelijke wetenschappelijke literatuur die voor dit doel kan worden gebruikt, en er bestaat bezorgdheid dat de resultaten van farmaceutisch wetenschappelijk onderzoek kunnen worden gebruikt om in de toekomst meer nieuwe psychoactieve middelen op de markt te brengen.

Het beleid op dit terrein heeft zich toegespitst op de wettelijke status van nieuwe stoffen; het is echter ook belangrijk deze stoffen binnen de context van de totale drugsmarkt te zien. Een voorbeeld: gebruikers melden dat mefedron (zie hoofdstuk 8) niet alleen werd verkocht via internet maar ook via dezelfde illegale netwerken die worden gebruikt voor drugs als ecstasy en cocaïne. Daarnaast kunnen, zoals eerder gemeld, niet-gecontroleerde psychoactieve stoffen worden getabletteerd als ecstasy en op de illegale markt worden verkocht. Omgekeerd geldt dat het onder toezicht staande PMMA onlangs is aangetroffen in bepaalde producten die als „legale psychedelica” werden aangeprezen. Al met al zijn de ontwikkelingen op dit gebied zorgwekkend aangezien ze duiden op een toenemend samenspel tussen de „legale psychedelica” en de illegale drugsmarkten.

Cannabis: beleidsdilemma's

Cannabis blijft Europa's populairste drug, maar het is ook een drug waarover de mening van het publiek sterk uiteenloopt. Dit is ook te zien in het recente Eurobarometer-onderzoek naar de houding van jongeren ten opzichte van drugsgebruik, waaruit bleek dat opvattingen over een cannabisverbod meer uiteenliepen dan voor andere drugs. Globaal gezien komt er geen duidelijke richting in de ontwikkeling van

het cannabisbeleid naar voren. Interessante voorbeelden van beleidsontwikkeling op dit terrein zijn onder meer de Verenigde Staten en Nederland. In de Verenigde Staten is in enkele staten sprake van een verschuiving in de richting van liberalisering wat betreft de beschikbaarheid van cannabisbladeren voor medische doeleinden. In Nederland lijken beleidsmakers nu in toenemende mate een steeds strengere houding aan te nemen wat betreft de binnenlandse productie van cannabis en ten aanzien van de operationele regels met betrekking tot de verkoop in „coffeeshops”.

De mate waarin beleidsveranderingen van invloed zijn op het cannabisgebruik, is een veel veelbesproken kwestie. In de in dit jaarverslag gepresenteerde gegevens kan geen direct verband worden waargenomen tussen metingen van het recente gebruik van deze drug en veranderingen in de strafmaat (verhogen of verlagen) voor het gebruik ervan, wat erop duidt dat complexere processen een rol spelen. Een algemene waarneming is dat in het afgelopen decennium het Europese cannabisbeleid zich meer heeft gericht op directe inspanningen op het gebied van wetshandhaving gerelateerd aan handel en aanvoer dan op het gebruik van de drug. Eén reden hiervoor is om te voorkomen dat grote aantallen jongeren mogelijk negatieve gevolgen ondervinden van het in aanraking komen met justitie, met name in geval van experimenteel cannabisgebruik. Uit cijfers blijkt echter dat het aantal delicten gerelateerd aan cannabisgebruik in Europa blijft stijgen, tegen een achtergrond van een stabiele of zelfs dalende prevalentie. Dit wijst erop dat beleidsdoelstellingen en de praktijk mogelijk niet op elkaar aansluiten. Deze waarneming laat zich moeilijk verklaren, maar één mogelijkheid is dat de gegevens een netverwijdend effect weerspiegelen, waarin de goedkeuring van meer administratieve sancties voor gebruik resulteert in een hogere kans dat ze in de praktijk zullen worden toegepast.

Binnenlandse cannabisproductie: een groeiend probleem

Europa blijft de grootste mondiale markt voor cannabisbushars. Van oudsher is Marokko de belangrijkste producent van de cannabisbushars die in Europa wordt geconsumeerd. Recente meldingen duiden er echter op dat cannabisbushars in toenemende mate wordt geïmporteerd uit andere landen, waaronder Afghanistan en Libanon. Dit wordt ondersteund door veldonderzoeken van het UNODC, die grootschalige cannabisbusharsproductie meldden in Afghanistan. De in de Europese Unie geïmporteerde cannabisbladeren komen voornamelijk uit buurlanden van de Balkanregio en in mindere mate uit enkele Afrikaanse en Aziatische landen. De meeste

EU-lidstaten melden nu binnenlandse teelt van cannabis, een fenomeen dat lijkt toe te nemen. Dit wordt weerspiegeld door het bestaan van „groeihops“, die zich specialiseren in toebehoren voor de cannabisteelt. De binnenlandse teelt kan kleinschalig zijn, maar het kunnen ook grote productielocaties zijn in handen van de georganiseerde misdaad. Een domino-effect hiervan is dat sommige landen nu een toename melden van geweld en andere delicten gerelateerd aan grootschalige productielocaties. Ontwikkelingen op de Europese cannabismarkt worden in detail besproken in een aangekondigde EWDD- Insight.

Richtsnoeren en normen voor en het delen van effectieve praktijken

Gelet op de complexe en snel veranderlijke aard van de hedendaagse drugsproblematiek is het belangrijk ervoor te zorgen dat onderzoeksresultaten en de kennis opgedaan door succesvolle ontwikkeling van hulpverlening zoveel mogelijk worden gedeeld. Hiertoe is een aantal Europese initiatieven gestart om het delen

van goede praktijken te identificeren en te bevorderen. In 2011 heeft de Europese Commissie, in samenwerking met het EWDD, een conferentie georganiseerd om minimale kwaliteitsnormen en criteria vast te stellen voor programma's gericht op terugdringing van de vraag. Het EWDD heeft ook zijn internethulpbronnen voor de verspreiding van evidence-based praktijken uitgebreid. Hierbij moet echter wel worden opgemerkt dat de beschikbaarheid van bewijs niet automatisch leidt tot een vertaling naar de praktijk. Een voorbeeld hiervan kan gevonden worden op het gebied van drugspreventie, waar ondanks een steeds sterker bewijs voor de effectiviteit ervan, geselecteerde en omgevingsstrategieën vaak de interventies zijn die het minst worden aangetroffen. Het inzicht in welke benaderingen een positief effect hebben laten zien, moet echter het uitgangspunt zijn bij het invoeren van goede praktijken. En naarmate informatie steeds gemakkelijker beschikbaar komt als leidraad voor beleidskeuzen, wordt investeren in benaderingen waarvoor overtuigend bewijs ontbreekt, steeds lastiger te rechtvaardigen.



Hoofdstuk 1

Beleid en wetgeving

Inleiding

Nu de huidige EU-drugsstrategie in 2012 ten einde loopt, werpt dit hoofdstuk een blik op de ontwikkeling van het EU-drugsbeleid van de afgelopen 20 jaar. Strategieën die onlangs zijn aangenomen door sommige niet-EU-landen, worden onderzocht op aanwijzingen voor convergentie of verschillen met de Europese aanpak. De laatst aangenomen nationale drugsstrategieën binnen Europa worden ook kort besproken.

Een hier gepresenteerd overzicht van onderzoeken naar drugsgelateerde overheidsbestedingen door EU-lidstaten belicht de verschillende manieren waarop het onderwerp is aangepakt en de behoefte aan betere en geharmoniseerde gegevensverzameling op dit gebied. In dit hoofdstuk worden ook de veranderingen besproken in de straffen voor drugsbezit in de Europese landen in de afgelopen 10 jaar en de laatste ontwikkelingen op het gebied van drugsgelateerd wetenschappelijk onderzoek.

Europese en internationale beleidsontwikkelingen

De weg naar de nieuwe initiatieven voor een Europees drugsbeleid

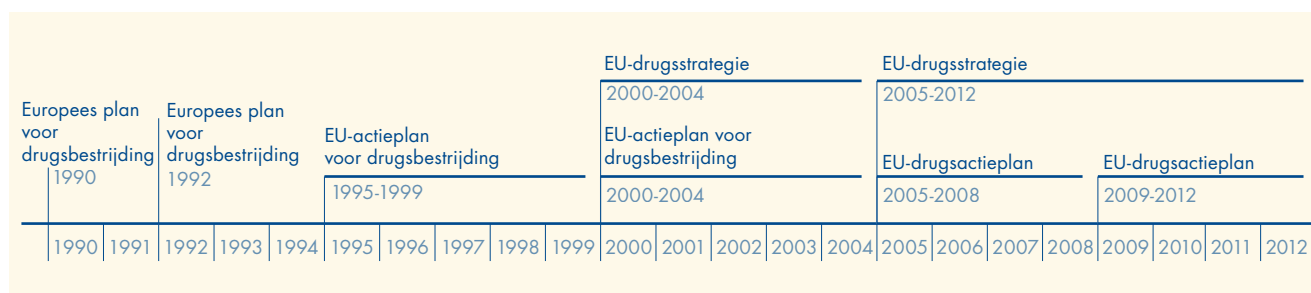
De nieuwe raamovereenkomst inzake drugsbeleid die op dit moment wordt ontwikkeld door de Europese Commissie, is een van de eerste drugsnota's die onder het Verdrag van Lissabon worden goedgekeurd (zie EWDD, 2010a). Het

voorbereidende werk omvat een externe evalueatie van de Europese drugsstrategie 2005-2012. Deze evaluatie zal gebruikmaken van interviews met betrokkenen uit de lidstaten, derde landen en internationale organisaties en van de analyse van beleidsnota's en trendrapporten. Het Drugsforum van de Europese Commissie zal vanuit het maatschappelijk middenveld een bijdrage leveren met een standpuntnota. Daarnaast hebben leden van verschillende politieke groeperingen van het Europees Parlement bijeenkomsten en hearings georganiseerd om het huidige en toekomstige EU-drugsbeleid te bespreken. Deze verschillende besprekingen en bijdragen leveren samen met de evaluatie een bijdrage aan de ontwikkeling van een veelomvattend EU-drugsbeleid voor de periode na 2012.

Twee decennia EU-drugsbeleid

Sinds het begin van de jaren negentig van de vorige eeuw heeft de Europese Unie acht drugsstrategieën of actieplannen (zie figuur 1) aangenomen, en de verschuiving in de inhoud van de opeenvolgende documenten weerspiegelt de ontwikkeling van de Europese aanpak van drugs. In de eerste twee Europese drugsplannen waren acties opgenomen gericht op het terugdringen van zowel het aanbod van als de vraag naar drugs. Het concept van een geïntegreerde aanpak, waarin deze beide elementen worden gekoppeld, verscheen voor het eerst in het plan voor 1995-1999. De strategie die in 2000 werd aangenomen, definieerde de EU-aanpak als geïntegreerd en evenwichtig, met een vergelijkbaar gewicht binnen het beleid voor interventies

Figuur 1: Tijdlijn van documenten betreffende het Europese drugsbeleid



gericht op het terugdringen van zowel vraag als aanbod. Deze verschuiving in benadering wordt weerspiegeld in de titels van deze EU-beleidsnota's, waar „plannen voor de strijd tegen drugs” werd vervangen door de neutraler aangeduide „drugsstrategieën” en „actieplannen”. Een van de opvallendste inhoudelijke veranderingen in de EU-drugsnota's in de laatste twee decennia was de introductie van schadebeperkende doelstellingen op gebied van vraagvermindering.

Beleidsbeoordeling en -evaluatie werden in de eerste twee Europese plannen niet vermeld, aangezien de prioriteit in de vroege jaren negentig van de vorige eeuw lag bij het opzetten van een betrouwbaar Europees informatiesysteem over drugs. Beoordeling van de uitvoering werd geïntroduceerd in het plan van 1995, maar pas in de drugsstrategie van 2000-2004 werd deze evaluatie geconsolideerd als een integraal onderdeel van de EU-aanpak van drugs. Sindsdien zijn alle Europese drugsstrategieën en actieplannen geëvalueerd en zijn de resultaten gebruikt als richtlijn voor de daaropvolgende beleidsnota's. Het nieuwe kader voor het EU-drugsbeleid zal dit principe volgen en zal voor de eerste keer gebaseerd zijn op een externe evaluatie van de voorgaande strategie.

Internationaal perspectief

Buiten de Europese Unie werd onlangs een aantal nationale of regionale strategieën gepubliceerd, met name door Australië, Rusland, de Verenigde Staten en de Organisatie van Amerikaanse Staten (OAS) (1). Bij bestudering van deze beleidsnota's blijkt in welke mate de kenmerken van de EU-aanpak worden gedeeld met andere landen.

De Amerikaanse drugsbestrijdingsstrategie 2010 wordt gepresenteerd als een nieuwe richting in het drugsbeleid, waarbij drugsgebruik vooral wordt gezien als een probleem voor de volksgezondheid en de vraag naar drugs wordt erkend als de voornaamste oorzaak van het drugsprobleem in het land. De strategie legt de nadruk op preventie, behandeling en genezing van verslaving, en pleit voor de integratie van de verslavingszorg binnen de reguliere geneeskunde, zoals bij andere chronische aandoeningen. De Amerikaanse strategie wordt weerspiegeld in de hemisferische drugsstrategie van de OAS, waarin drugsverslaving wordt beschreven als een chronische recidiverende ziekte die als zodanig moet worden behandeld. De eerste Russische drugsstrategie (2010-2020) bouwt voort op een erkenning van de omvang van de drugsproblematiek, gekenmerkt door de toename van het drugsgebruik en de bijdrage hiervan

aan de verspreiding van besmettelijke ziekten. De strategieën van de OAS, Rusland en de VS benadrukken het belang van een evenwichtige aanpak. De Australische drugsstrategie (2010-2015) heeft van de vier beleidsnota's de breedste reikwijdte, en omvat alle psychoactieve stoffen die verslaving en gezondheidsproblemen kunnen veroorzaken: alcohol, tabak, drugs en geneesmiddelen. Minimalisering van de schade is de overkoepelende aanpak van deze strategie.

Een evidence-based benadering voor vraagvermindering, in combinatie met evaluatie van de uitkomsten, is kenmerkend voor de strategieën van de OAS, Australië en de VS. Landen die de hemisferische drugsstrategie aannemen, zeggen toe hun nationale beleid en interventies te onderwerpen aan periodieke, onafhankelijke evaluaties, waarvan de resultaten als leidraad zullen dienen bij de toewijzing van middelen. De 106 items van de Amerikaanse strategie worden jaarlijks beoordeeld en bijgewerkt om de doelstellingen van de strategie te bereiken, waaronder een verlaging met 15 % van de prevalentie van drugsgebruik onder 12- tot 17-jarigen en een verlaging met 10 % onder jongvolwassenen in 2015. Het effect van de Australische strategie zal worden beoordeeld aan de hand van drie criteria: verstoring van het drugsaanbod, drugsgebruik en de bijbehorende schade. De Russische strategie legt de nadruk op betere monitoring en instrumenten voor het verzamelen van gegevens, maar verwerpt uitdrukkelijk substitutiebehandeling voor opioïdengebruikers, een interventie die in de EU-strategie wordt gezien als een belangrijke evidence-based aanpak. Het is ook opvallend dat campagnes in de massamedia onderdeel vormen van zowel de Russische als de Amerikaanse strategie, ook al is er weinig bewijs voor de effectiviteit daarvan.

Over het geheel genomen lijken de drugsstrategieën internationaal dichter bij elkaar te komen. Hoewel de eerste Russische drugsstrategie weliswaar het probleem erkent en de monitoring benadrukt, neemt deze een ideologische houding aan die niet door de andere strategieën wordt gedeeld, aangezien zowel de Verenigde Staten als de OAS meer in de richting van het Europese model lijken op te schuiven. De Australische benadering verschilt in de brede reikwijdte van middelen die het aanpakt, maar bevat ook veel elementen uit het EU-beleid.

Nationale drugsstrategieën

Een centraal onderdeel van het Europese beleidsmodel inzake drugs is de goedkeuring van nationale drugsstrategieën en actieplannen, en deze worden nu

(1) De OAS is een regionale organisatie van alle 35 onafhankelijke staten van de Amerika's, waar het het belangrijkste forum is voor intergouvernementele samenwerking.

toegepast in bijna alle 30 landen die door het EWDD worden gecontroleerd. In de meeste van deze landen is het recentste document inzake drugsbeleid minder dan drie jaar oud. Deze documenten beschrijven de drugssituatie en het streven en de doelen van de overheid op dit gebied, evenals de specifieke maatregelen en de partijen die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering ervan. Vaak worden er criteria gepresenteerd aan de hand waarvan het succes van elke actie kan worden gemeten, en steeds vaker vindt er een eindevaluatie plaats van de strategie of het actieplan.

Nieuwe ontwikkelingen

Elf landen hebben onlangs nieuwe nationale drugsstrategieën of actieplannen (tabel 1) ingevoerd, met looptijden van drie tot negen jaar. Drie hiervan (Portugal, Roemenië, Turkije) hebben drugsnota's die synchroon lopen met de huidige EU-drugsstrategie (2005-2012). Hoewel alcohol en tabak soms worden genoemd, ligt de nadruk in de meeste drugsnota's op illegale drugs, en veel landen hebben afzonderlijke nationale actieplannen voor alcohol en tabak. Een van de weinige uitzonderingen, een gecombineerde drugs- en alcoholstrategie die in Ierland zou worden goedgekeurd, heeft vertraging opgelopen in verband met de parlementsverkiezingen in het begin van 2011.

Een vertraging in de invoering van een nieuwe drugsnota door een regeringswisseling werd ook gemeld door

Nederland^(?), terwijl de nieuw gekozen Hongaarse regering haar voornemen bekend heeft gemaakt om de drugsstrategie te vervangen die een jaar eerder door de vorige regering was aangenomen. Vier andere landen (Duitsland, Estland, Slovenië, Zweden) meldde dat ze bezig waren met de ontwikkeling en goedkeuring van nieuwe drugsnota's in 2011, terwijl Noorwegen zijn actieplan (2007-2010) heeft verlengd tot 2012.

Drugsgelateerde overheidsuitgaven

In Europa zijn de overheidsuitgaven voor alle aspecten van het verschijnsel drugs de afgelopen tien jaar kritisch bekeken (EWDD, 2008c). Deze paragraaf onderzoekt de beschikbare uitgebreide schattingen van de nationale drugsgelateerde overheidsuitgaven in Europa. Gezocht wordt naar inzichten in twee belangrijke vragen over deze overheidsuitgaven. Om te beginnen welk percentage van het bruto binnenlands product (bbp) door landen wordt uitgegeven aan het drugsprobleem en in de tweede plaats hoe deze fondsen worden verdeeld over de verschillende gebieden van activiteiten, met name de verdeling tussen interventies voor terugdringing van aanbod en vraag.

De hoeveelheid en de kwaliteit van de beschikbare informatie over drugsgelateerde overheidsuitgaven varieert sterk tussen de landen. De beschikbare onderzoeken beslaan verschillende jaren, maken gebruik van allerlei verschillende methodologieën en hebben betrekking op landen met verschillende structuren voor

Tabel 1: Onlangs aangenomen documenten inzake het nationale drugsbeleid

Land	Naam beleidsdocument	Tijdspanne	Belangrijkste aandachtspunt	Opmerkingen
Tsjechië	Strategie	2010-2018	Drugs	Aangevuld met een actieplan voor 2010-2012
Denemarken	Actieplan	Vanaf 2010	Drugs	
Italië	Actieplan	2010-2013	Drugs	Aangevuld met een projectplan 2010
Letland	Programma	2011-2017	Drugs	
Litouwen	Programma	2010-2016	Drugs	Aangevuld met jaarlijkse actieplannen
Luxemburg	Strategie en actieplan	2010-2014	Drugs	De strategie houdt ook rekening met alcohol, tabak, geneesmiddelen en verslavingsgedrag
Polen	Programma	2011-2016	Drugs	
Portugal	Actieplan	2009-2012	Drugs	Tweede actieplan onder het strategische plan voor 2005-2012
Roemenië	Actieplan	2010-2012	Drugs	Tweede actieplan onder de strategie voor 2005-2012
Verenigd Koninkrijk	Strategie	Vanaf 2010	Drugs	Vervangt de door de vorige regering aangenomen strategie voor 2008-2018
Turkije	Actieplan	2010-012	Drugs, alcohol, tabak	Tweede actieplan onder de nationale strategie voor 2006-2012

Bron: nationale focal points van het Reitox-netwerk.

(?) In 2011 werd een nieuwe strategie voorgesteld aan het Europees Parlement in de vorm van een „drugsbrief“.

de publieke sector. Verschillen in methoden van de boekhouding van drugsgerelateerde uitgaven vormen een belangrijke beperking van de mogelijkheid tot het doen van nationale vergelijkingen. Een deel van de fondsen die door de overheid worden aangewezen voor uitgaven met betrekking tot drugs, worden in nationale begrotingen als zodanig geïdentificeerd in de nationale begrotingen („geormerkt“). Vaak wordt het overgrote deel van drugsgerelateerde uitgaven echter niet aangegeven („niet-geormerkt“) en moeten deze dus worden geschat aan de hand van modellering.

De afgelopen tien jaar hebben ten minste 12 landen getracht te komen tot uitgebreide schattingen van de drugsgerelateerde uitgaven (tabel 2). Deze landen meldden overheidsuitgaven voor het drugsprobleem die varieerden van 0,04 tot 0,48 % van het bbp.

Zoals te zien is op andere terreinen van maatschappelijk beleid, neemt het deel van het bbp dat door de overheid wordt uitgegeven aan drugsgerelateerde activiteiten toe naarmate landen rijker worden (OESO, 2006; Prietro, 2010). In België, Tsjechië, Duitsland, Luxemburg, Nederland, Zweden en het Verenigd Koninkrijk werd naar schatting ten minste 0,1 % van het bbp uitgegeven aan drugsgerelateerde problemen; in Frankrijk, Letland (alleen geormerkt als uitgaven), Hongarije en Slowakije bedroeg dit 0,04 tot 0,1 % van het bbp. Rekening houdend met het feit dat er verschillende methoden werden gebruikt en dat de volledigheid varieert, verschillen deze waarden niet erg van de schattingen voor de VS (0,42 %) (Reuter, 2006) en Australië (0,41 % van het bbp) (Moore, 2008).

Onderzoeken naar drugsgerelateerde overheidsuitgaven proberen ook een schatting te maken van de toewijzing van middelen voor verschillende soorten drugsgerelateerde kwesties. Bij het maken van vergelijkingen tussen landen is voorzichtigheid echter geboden omdat ze de uitgaven mogelijk niet op dezelfde manier classificeren. Bij de 12 landen die volledige schattingen presenteren, maakten de activiteiten voor aanbodreductie — „rechtshandhaving of „openbare orde en veiligheid“ — 48 tot 92 % uit van het totaal. Uitgaven voor justitie, politie, douane en gevangenis waren de meest gemelde onderwerpen.

De manier waarop landen de uitgaven voor terugdringing van de vraag categoriseren, varieert aanzienlijk in Europa. Uitgaven voor behandeling of gezondheid maken ongeveer 40 % of meer uit van het totaal dat voor België, Frankrijk en Luxemburg wordt gerapporteerd. De uitgaven voor schadebeperking werd door vijf landen genoemd, variërend van 0,1 tot 28,8 % van de geschatte drugsgerelateerde uitgaven. Zeven landen verstrekten

Ontwikkelingen op het gebied van drugsbeleid

Bijstelling van de doelstellingen van het drugsbeleid naar bevordering van herstel is een recente ontwikkeling in het Verenigd Koninkrijk, met opeenvolgende drugsnota's gericht op behandelingsresultaten en de maatschappelijke re-integratie van drugsgebruikers (¹), waarbij het doel van genezing tot speerpunt wordt gemaakt van het drugsbeleid (²). Eerder beleid was voornamelijk gericht op het voor meer mensen toegankelijk maken van verslavingsbehandeling, met name substitutiebehandeling voor opioïden, terwijl sommige nieuwe strategieën meer de nadruk leggen op de kwaliteit van de hulpverlening. Hoe deze nieuwe richtingen in het beleid zullen worden vertaald in veranderingen in de verslavingszorg en maatschappelijke re-integratie, moet worden afgewacht. Daarnaast blijft de vraag of het wijst op diepere veranderingen in het drugsbeleid in de toekomst. Uit een overzicht van de informatie over herstel bleek dat een aantal beslissende factoren voor het bereiken van een leven zonder drugs en een actief lid van de gemeenschap worden, verband houdt met individuele kenmerken en een breder sociaal beleid, en dus buiten de werkingssfeer van het drugsbeleid valt (Best et al., 2010). Het veranderen hiervan, vooral als het extra financiële middelen vergt, kan moeilijk zijn voor overheden op een moment dat ze de overheidsuitgaven moeten verlagen.

Het huidige Portugese drugsbeleid is meer dan tien jaar oud, maar de afgelopen jaren heeft het steeds meer aandacht gekregen, eerst van analytici van drugsbeleid en belangengroepen, maar nu ook van regeringen in Europa en elders. Centraal in het Portugese beleid staat de decriminalisering van drugsgebruik en de rol van „commissies voor het ontmoedigen van drugsgebruik“ (CDT), die onder het Ministerie van Volksgezondheid vallen (EWDD, 2011b). Deze organen beoordelen de situatie van drugsgebruikers en hebben de bevoegdheid sancties te ondersteunen of op te leggen. Hoewel nog geen enkel ander land dit model heeft overgenomen, heeft een door de Noorse overheid opgerichte commissie onlangs voorgesteld vergelijkbare interdisciplinaire commissies in dat land op te richten.

⁽¹⁾ Strategie Verenigd Koninkrijk 2008.

⁽²⁾ Schotse (2008) en Britse (2010) strategieën.

gegevens over uitgaven voor preventie, met schattingen variërend van 1 tot 12 % van de totale uitgaven voor kwesties gerelateerd aan drugsgebruik.

Een aantal Europese landen maakt al gebruik van gegevens over drugsgerelateerde overheidsuitgaven als een instrument voor het plannen en evalueren van de uitvoering van het drugsbeleid, terwijl andere, zoals Portugal en Slowakije, melden hiervoor plannen te hebben. Het ontwikkelen van een helder en volledig beeld van de nationale drugsgerelateerde overheidsuitgaven in Europa blijft echter een probleem. Op dit moment is er

geen overeenstemming over de wijze waarop specifieke soorten drugsuitgaven moeten worden geraamd. Om de nauwkeurigheid en de vergelijkbaarheid tussen de verschillende landen te verbeteren, is het noodzakelijk de overheidsinstanties die het drugsbeleid financieren uitgebreid in kaart te brengen, evenals de harmonisatie van concepten en definities.

Nationale wetgeving

Drugsbezit voor eigen gebruik: tien jaar van veranderingen in straffen in Europa

De afgelopen tien jaar hebben 15 Europese landen de straffen voor het bezit van kleine hoeveelheden drugs gewijzigd. Het VN-drugsverdrag uit 1988, artikel 3, lid 2, vereist dat elke staat drugsbezit voor eigen gebruik als een strafbaar feit aanmerkt, dit onderwerpt aan constitutionele principes en aan de basisconcepten van rechtssysteem. In Europa is dit op verschillende manieren geïmplementeerd. Bezit voor eigen gebruik van een drug kan een strafbaar feit zijn, een niet-strafbaar feit, of er kan sprake zijn van niet-strafrechtelijke sancties voor cannabis, terwijl het bezit van andere drugs wel strafbaar blijft.

Over de afgelopen tien jaar kunnen drie brede typen veranderingen in straffen worden geïdentificeerd: de

veranderingen in de juridische status van de overtreding (strafbaar of niet-strafbaar), veranderingen in de categorieën voor drugs, wanneer de categorie bepalend is voor de straf, en veranderingen van de maximale straf. De meeste landen die hun straffen voor bezit hebben gewijzigd, hebben een combinatie van deze typen veranderingen toegepast, wat het maken van een beknopte analyse bemoeilijkt.

Het veranderen van de juridische status van het strafbare feit is misschien wel de ingrijpendste stap voor wetgevers, en dit heeft men in Portugal, Luxemburg en België gedaan. In Portugal werd het bezit van alle drugs voor eigen gebruik met de wet uit juli 2001 gedecriminaliseerd. Dit verlaagde de maximumstraf voor het bezit van kleine hoeveelheden drugs van drie maanden gevangenisstraf naar een administratieve boete uitgedeeld door de nieuwe „commissies voor ontmoediging van drugsgebruik“, die gezondheidsoplossingen boven strafrechtelijke sancties stelt ⁽³⁾. In Luxemburg is in mei 2001 bezit van cannabis voor eigen gebruik als een afzonderlijke overtreding met een lagere straf ingedeeld, met slechts een boete bij de eerste overtreding, zonder verzwarende omstandigheden. Tegelijkertijd werden de maximumstraffen voor bezit voor eigen gebruik van alle andere drugs dan cannabis verlaagd van drie jaar gevangenisstraf naar zes maanden. Een vergelijkbare wijziging werd in mei

Tabel 2: Schattingen van drugserelateerde publieke uitgaven

Land	Jaar	Toewijzing van drugserelateerde overheidsuitgaven (%)		Deel van het bbp (%) (1)	Overheidslaag
		Vraag terugdringen	Aanbod terugdringen		
België	2004	43,4	56,2	0,10	Federale, regionale, provinciale en gemeentelijke autoriteiten
Tsjechië ⁽²⁾	2006	8,2	91,8	0,20	Centrale, regionale en lokale overheden en sociale dienstverlening
Frankrijk	2005	51,6	48,4	0,07	Centrale overheid
Duitsland	2006	35,0	65,0	0,22-0,26	Federale, deelstatelijke, lokale overheden en sociale dienstverlening
Hongarije	2007	25,0	75,0	0,04	Centrale overheid
Letland ⁽²⁾	2008	40,9	51,3	0,04	Centrale overheid en één lokaal programma
Luxemburg	2009	43,0	57,0	0,10	Centrale overheid en sociale dienstverlening
Nederland	2003	25,0	75,0	0,46	Centrale en lokale overheid
Slowakije	2006	30,0	70,0	0,05	Centrale overheid en sociale dienstverlening
Finland	2008	45,0	55,0	0,07	Centrale en lokale overheid
Zweden	2002	25,0	75,0	0,28	Niet nader aangeduide publieke sectoren (alleen de betrokken instanties)
Verenigd Koninkrijk	2005/2006	41,3	58,7	0,48	Centrale en regionale overheid

(1) Door de verschillen tussen landen wat betreft methodologie en kwaliteit en volledigheid van de gegevens, zijn de bedragen voor drugserelateerde overheidsuitgaven als percentage van het bruto binnenlands product (bbp) slechts indicatief en mogen niet worden gebruikt om alle nationale overheidsuitgaven inzake het drugsprobleem weer te geven.

(2) Uitsluitend „geoomerkte“ uitgaven.

NB: zie tabel PPP-10 in het Statistisch Bulletin 2011 voor een volledige lijst van bronnen.

Bron: nationale Reitox-verslagen, Eurostat.

(3) Een gedetailleerde analyse van de effecten van decriminalisering in Portugal werd onlangs gepubliceerd (Hughes en Stevens, 2010).

Recessie: de invloed op interventies op het gebied van drugs

De economische recessie die Europa in 2008 heeft getroffen, heeft de EU-lidstaten zwaar geraakt. De impact op de overheidsfinanciering houdt mogelijk lang aan en maakt dat het beleid in de meeste landen gericht moet zijn op het verminderen van de overheidstekorten en -schuld. De Europese Commissie (2011) voorspelt dat in 2011 de overheidsuitgaven (exclusief rentebetalingen) in de Europese Unie voor het eerst in tien jaar in de praktijk zullen dalen.

Gegevens over budgettaire middelen voor drugsgerelateerde interventies werden verzameld door de nationale focal points van het Reitox-netwerk voor een eerste inzicht in de impact van bezuinigingsmaatregelen op het drugsbeleid. Van de 19 landen die informatie verstrekten, meldden er 15 vermindering van de financiële middelen voor sommige onderdelen van het drugsbeleid sinds 2008. De omvang van de ingrepen varieerde echter aanzienlijk, met gemelde verlagingen van 2 tot 44 %, afhankelijk van het land en het beleidsonderdeel.

Budgettaire discipline lijkt op verschillende onderdelen van het drugsbeleid een eigen invloed te hebben. Voor geoordeelde uitgaven zijn de gebieden die het meest worden getroffen, wetenschappelijk onderzoek, preventie, sociale re-integratie en organisatorische activiteiten. De meeste landen lijken niet in hun budgets voor behandeling te hebben gesneden, hoewel sommige melding maken van een reorganisatie van diensten of ingrepen in het aanbod ervan. Verlaging van de financiering voor drugsgerelateerde programma's in gevangenschappen of voor wetshandhaving werd ook gemeld. Informatie over niet-geoordeelde uitgaven, die goed zijn voor het leeuwendeel van drugsgerelateerde overheidsuitgaven, is voor de meeste landen niet beschikbaar. Het is dus mogelijk dat bezuinigingsmaatregelen die sectoren treffen als wetshandhaving, justitie of sommige terreinen van het behandelaanbod, worden ondergerapporteerd.

2003 in België ingevoerd. Op het bezit van een kleine hoeveelheid cannabis voor persoonlijk gebruik, zonder verzwarende omstandigheden, stond eerder maximaal vijf jaar gevangenisstraf, maar nu geldt de laagste vervolgingsprioriteit, met een geldboete als sanctie.

Veranderingen in de richting van „decriminalisering“ vonden ook plaats in Estland en Slovenië. Vóór september 2002 was in Estland een tweede administratieve overtreding van drugsbezit binnen 12 maanden na de eerste overtreding een strafbaar feit waarop een gevangenisstraf van maximaal drie jaar stond. In het nieuwe Wetboek van strafrecht is dit verwijderd; daarom wordt een tweede overtreding, net als de eerste, beschouwd als een misdrijf dat kan worden bestraft met een boete of administratieve detentie van maximaal 30

dagen. In Slovenië werden in de Wet op overtredingen van januari 2005 gevangenisstraffen verwijderd voor alle delicten, waaronder die van het bezit van drugs voor eigen gebruik. Op deze manier werd de maximale straf teruggebracht van 30 dagen gevangenis, of vijf dagen voor een kleine hoeveelheid, naar een boete.

Zonder de wettelijke status van het strafbare feit te veranderen, brachten zes landen wijzigingen aan in de manier waarop verschillende drugs worden gecategoriseerd, waarbij de categorie de strafmaat bepaalt. In Roemenië deelt de wet van 2004 middelen in de categorieën zeer risicovol en risicovol in. De straf voor zeer risicovolle middelen bleef twee tot vijf jaar gevangenisstraf, terwijl op middelen in de categorie risicovol nu een lagere straf staat van zes maanden tot twee jaar. In Bulgarije introduceerde het Wetboek van strafrecht in 2006 specifieke sancties voor strafbare feiten die niet met distributie samenhangen, namelijk een tot zes jaar gevangenisstraf voor zeer risicovolle drugs (was 10-15 jaar) en maximaal vijf jaar voor risicovolle drugs (was 3-6 jaar); er werd tevens bepaald dat kleine overtredingen kunnen worden bestraft met een boete. In Tsjechië past het nieuwe Wetboek van strafrecht vanaf januari 2010 een lagere maximumstraf toe voor cannabis (een jaar gevangenisstraf) dan voor andere drugs (ongewijzigd op twee jaar) voor het bezit voor eigen gebruik van een hoeveelheid „groter dan klein“. Aan het einde van 2006 maakte Italië daarentegen het onderscheid tussen de verschillende drugs ongedaan, terwijl de maximale duur van administratieve sancties, zoals intrekking van het rijbewijs, voor alle drugs werd verhoogd naar een jaar. In het Verenigd Koninkrijk werd cannabis in 2004 verplaatst van klasse B naar klasse C, waarmee de maximale straf voor bezit voor eigen gebruik werd verlaagd van vijf naar twee jaar gevangenisstraf, en er werden nationale politierichtlijnen uitgevaardigd om niet te arresteren, maar om een informele waarschuwing te geven als er geen verzwarende omstandigheden waren. In januari 2009 werd cannabis weer van klasse C naar klasse B verplaatst, waarmee de maximumstraf terugging naar vijf jaar gevangenisstraf. De herziene nationale politierichtlijnen gaven echter nog steeds het advies een informele waarschuwing te geven voor een eerste overtreding.

Een derde groep landen veranderde de straffen voor bezit voor eigen gebruik zonder de juridische status of relatieve schade aan te pakken. Straffen voor bezit voor eigen gebruik voor alle drugs werden in vier landen simpelweg veranderd, en in feite in Slowakije ook door herdefiniëring van de overtreding. In Finland zorgde een wijziging van het Wetboek van strafrecht in 2001 voor een verlaging

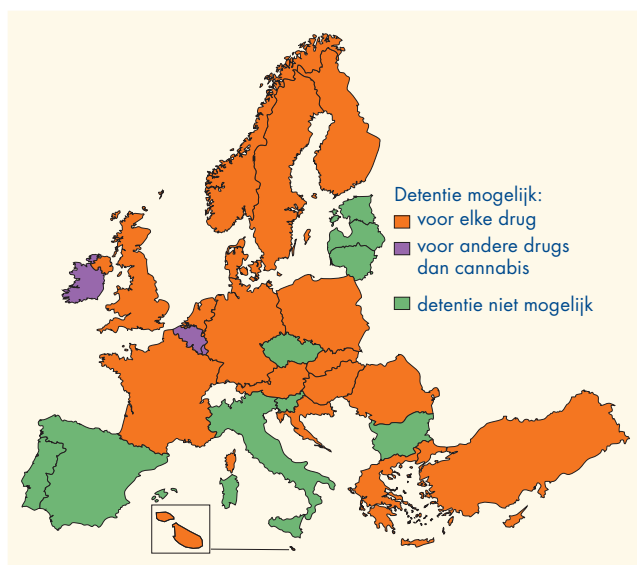
van de maximumstraf voor een kleine drugsovertreding van twee jaar gevangenisstraf tot zes maanden, zodat de officier van justitie in de meeste gevallen de zaken met een boete kan afdoen. In Griekenland werd in 2003 de maximumstraf voor gebruik of het bezit van kleine hoeveelheden voor eigen gebruik door een niet-verslaafde gebruiker teruggebracht van vijf jaar naar een jaar. Deze overtreding zal niet worden vermeld op het strafblad als er gedurende vijf jaar geen recidive plaatsvindt. In Denemarken stelde een leidraad voor officieren van justitie in mei 2004 dat de normale reactie op bezit van een kleine hoeveelheid drugs een boete moet zijn, niet een waarschuwing. In 2007 werd dit vastgelegd in de wet. In Frankrijk verbreedde een wet in 2007 het aantal mogelijke juridische opties met een „bewustzijns cursus voor drugs” gericht op incidentele drugsgebruikers en jongeren. De kosten van de cursus worden betaald door de overtreder. In 2005 verbreedde een verandering van het Slowaakse Wetboek van strafrecht de definitie van „bezit voor persoonlijk gebruik” van een naar drie doses van een drug, terwijl de maximale straf onveranderd bleef. Er kunnen ook twee nieuwe straffen aan deze overtreders worden opgelegd: elektronisch huisarrest tot maximaal een jaar of een taakstraf van 40 tot 300 uur. De wijziging introduceerde ook een nieuwe overtreding in de vorm van „bezit van een grotere hoeveelheid voor eigen gebruik”, gedefinieerd als maximaal tien doses, strafbaar met

maximaal vijf jaar gevangenisstraf. Voorheen zou dit een overtreding zijn geweest van het verbod op drugshandel waarop een gevangenisstraf van twee tot acht jaar stond.

Motieven voor veranderingen zijn complex en variëren per land. Zo zijn er wetten gewijzigd om toegang te krijgen tot verslaafden (Portugal), om straf te vereenvoudigen (België, Finland, Verenigd Koninkrijk in 2004), om straffen op vergrijpen te harmoniseren (Estland, Slovenië) en om aan te geven wat de mate van schade is (Bulgarije, Tsjechië, Frankrijk, Italië, Luxemburg, Roemenië, Verenigd Koninkrijk in 2009).

In termen van een algehele Europese trend in straffen voor drugsbezit voor eigen gebruik, kan worden gesteld dat sancties werden verlaagd in de eerste helft van het decennium, maar verhoogd in de tweede helft. Toch is veelzeggender dat, hoewel de meeste landen de mogelijkheid van gevangenisstraf als sanctie hebben behouden (figuur 2), geen enkel land in die tien jaar strafrechtelijke sancties of langere gevangenisstraffen heeft ingevoerd. In dit opzicht zijn er tekenen van convergentie in Europa in de richting van lagere straffen voor drugsbezit voor eigen gebruik.

Figuur 2: Wettelijke sancties: mogelijkheid van detentie voor het bezit van drugs voor eigen gebruik (lichte vergrijpen)



NB: zie voor meer informatie de Europese juridische database inzake drugs (ELDD).
Bron: nationale focal points van het Reitox-netwerk en ELDD

Druggerelateerd wetenschappelijk onderzoek

Versterking van de EU-onderzoekscapaciteit

Al enige jaren staat versterking van de onderzoekscapaciteit op het gebied van drugs op de Europese agenda. In 2010 vond de eerste jaarlijkse uitwisseling over druggerelateerd onderzoek van de Raad plaats, waarbij de Europese Commissie een overzicht presenteerde van de door de Commissie gefinancierde onderzoeksprojecten en de toegevoegde waarde van dergelijke initiatieven werd benadrukt. Het EWDD presenteerde een overzicht van de mechanismen en onderwerpen van druggerelateerd onderzoek in de lidstaten en evenals de aanbevelingen van het Wetenschappelijk Comité van het EWDD voor toekomstige onderzoeksprioriteiten (4).

Het belangrijkste instrument van Europa voor de financiering van onderzoek is KP7, het zevende kaderprogramma voor onderzoek en technologische ontwikkeling, dat zal lopen tot 2013. Onder het samenwerkingsprogramma van KP7 zijn er oproepen voor voorstellen die van bijzonder belang zijn voor onderzoek naar drugs (5). Deze omvatten oproepen voor „Verslavingsgedrag en/of

(4) Zie het kader „Prioriteiten voor toekomstig onderzoek: aanbevelingen van het Wetenschappelijk Comité van het EWDD”.

(5) Oproepen worden gepubliceerd in het Publicatieblad van de Europese Unie, waarbij onderzoekers worden uitgenodigd projectvoorstellen in te dienen voor specifieke gebieden van het kaderprogramma.

dwangmatig gedrag bij kinderen en adolescenten”, „Inzicht in onbedoelde gevolgen van de wereldwijde drugsbestrijdingsmaatregelen” en ALICE-RAP⁽⁶⁾.

De Europese Commissie financiert ook andere drugsgerelateerde onderzoeken via het programma „Drugspreventie en voorlichting”, het programma „Preventie en bestrijding van criminaliteit”, het programma „Strafrecht” en het programma „Volksgezondheid”. Projecten als het „Onderzoek naar de ontwikkeling van een EU-kader voor minimumkwaliteitsnormen en benchmarks op het gebied van de vermindering van de vraag naar drugs”, „Nieuwe methodologische instrumenten voor evaluatie van beleid en programma” en „Nadere analyse van de EU-markt voor illegale drugs en reacties daarop” zullen belangrijke inzichten opleveren in de verschillende uitdagingen waarmee de lidstaten op dit gebied worden geconfronteerd en bijdragen aan de uitvoering van de huidige EU-strategie en het actieplan inzake drugs.

Zoals verzoekt in de conclusies van de Raad in 2009, publiceert het EWDD in nauwe samenwerking met de Europese Commissie informatie en de voornaamste bevindingen van deze projecten op zijn thematische website over onderzoek.

Onderzoeksinformatie uit lidstaten

Europa heeft momenteel geen inventaris van drugsgerelateerd onderzoek dat op nationaal niveau wordt uitgevoerd. Alle EU-lidstaten verrichten onderzoek naar het drugsprobleem en een deel van deze onderzoeken wordt vastgelegd en gebruikt in de nationale Reitox-verslagen. Hoewel citaten uit deze verslagen alleen betrekking hebben op een aantal onderzoeken en mogelijk niet alle relevante publicaties in het land omvatten, kunnen er wel enkele trends worden vastgesteld in het aantal en de typen geciteerde onderzoeksonderwerpen. Tussen 2008 en 2010 nam het jaarlijkse aantal geciteerde onderzoeken in de nationale Reitox-verslagen toe van 370 naar 750. Onderzoeken naar reacties op drugsgebruik vormden de grootste categorie (34 % van alle citaten in de nationale verslagen van 2008-2010), gevolgd door onderzoeken naar prevalentie, incidentie en patronen van drugsgebruik (29 %) en onderzoeken naar de gevolgen van drugsgebruik (23 %). Onderzoeken naar methodologie en naar mechanismen en effecten van drugs werden slechts zelden genoemd.

Prioriteiten voor toekomstig onderzoek: aanbevelingen van het Wetenschappelijk Comité van het EWDD

Als bijdrage aan het lopende debat over de Europese prioriteiten op het gebied van onderzoek naar drugs, stelde het Wetenschappelijk Comité een reeks van aanbevelingen op voor vijf belangrijke gebieden.

Interventies: de focus moet gericht zijn op de effectiviteit van behandelingsinterventies, de impact van vroegtijdige interventies en de impact op de betreffende familieleden.

Beleidsanalyse: er is meer onderzoek nodig naar de manier waarop nationaal en Europees beleid wordt vormgegeven, goedgekeurd en uitgevoerd, maar ook naar de beoordeling ervan, inclusief vergelijkingen van de resultaten in verschillende landen.

Drugsaanbod: er moet meer aandacht worden gegeven aan de verbetering van indicatoren aan de hand waarvan de dynamiek van de markt kan worden onderzocht.

Epidemiologisch onderzoek: een reeks van longitudinale cohortonderzoeken wordt aanbevolen voor meer inzicht in het langetermijnbeloop van verschillende patronen van middelengebruik en er zijn nog steeds verbeterde methoden nodig voor het inschatten van de omvang van de drugsgebruikende populatie.

Fundamenteel onderzoek naar de oorzaak en het beloop van drugsgebruik: onderzoek op dit terrein heeft de potentie om zowel de diagnostische als de therapeutische uitkomsten te verbeteren.

ALICE-RAP

Het zevende kaderprogramma van de Europese Commissie financiert een groot onderzoeksinitiatief inzake verslaving binnen zijn samenwerkingsprogramma. De uitdagingen waarmee de hedendaagse Europese samenleving wordt geconfronteerd op het gebied van drugs en andere verslavingen, worden geanalyseerd in het kader van „Addictions and lifestyles in contemporary Europe — reframing addictions project” (ALICE-RAP), dat onderzoekers uit 25 landen bijeenbrengt. Het projectbudget van 10 miljoen EUR zal worden gebruikt voor de financiering van onderzoek naar alle aspecten van verslaving onder de koppen: eigendom van verslaving, het tellen van verslaving, determinanten van verslaving, de business van verslaving, de invloed van verslaving en het verslaafd maken van jongeren.

Zie voor meer informatie de website van ALICE-RAP.

⁽⁶⁾ Zie het kader „ALICE-RAP”.

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Hoofdstuk 2

De aanpak van drugsproblemen in Europa – Een overzicht

Inleiding

Dit hoofdstuk biedt een overzicht van de aanpak van drugsproblemen in Europa met aandacht voor trends, ontwikkelingen en kwaliteitskwesaties. Het pakket maatregelen dat hier wordt bekeken, omvat preventie, behandeling, sociale re-integratie en schadebeperking. Al deze maatregelen maken deel uit van een uitgebreid systeem voor terugdringing van de vraag naar drugs en worden in toenemende mate gecoördineerd en geïntegreerd.

De paragraaf over handhaving van de drugswetgeving bespreekt de recentste gegevens over overtredingen van de drugswetgeving en verkent de rol van undercoveroperaties bij het verstoren van de aanvoer van drugs. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een overzicht van de beschikbare gegevens over drugsgebruikers in gevangenissen en de bestaande aanpak in deze specifieke omgeving.

Preventie

Drugspreventie kan worden onderverdeeld in een aantal niveaus of strategieën, variërend van omgevingspreventie (gericht op de gehele maatschappij) tot geïndiceerde preventie (gericht op kwetsbare individuen). De voornaamste uitdagingen voor preventiebeleid zijn het afstemmen van deze verschillende preventieniveaus op de mate van kwetsbaarheid van de doelgroepen (Derzon, 2007) en ervoor te zorgen dat interventies evidence-based zijn en een voldoende reikwijdte hebben. De meeste preventieve activiteiten zijn gericht op middelengebruik in het algemeen; slechts een beperkt aantal programma's concentreert zich op specifieke middelen, bijvoorbeeld alcohol, tabak of cannabis.

Omgevingsstrategieën

Preventieve omgevingsstrategieën hebben als doel de culturele, sociale, fysieke en economische omgevingen

te veranderen waarin mensen hun keuzen maken inzake drugsgebruik. Deze strategieën omvatten vaak maatregelen als rookverboden, de prijs van alcohol en de ontwikkeling van scholen waar de gezondheid wordt bevorderd. Bewezen is dat preventieve omgevingsmaatregelen met betrekking tot de samenleving en gericht op het sociale klimaat op scholen en in de gemeenschap effectief de normatieve overtuigingen en dus het middelengebruik kunnen beïnvloeden (Fletcher et al., 2008).

Met de recente introductie van een totaal rookverbod in Spanje hebben nu bijna alle Europese landen een of andere vorm van tabaksverbod ingesteld. Omgevingsstrategieën gericht op alcohol komen minder vaak voor in Europa, hoewel de meeste Scandinavische landen melding maken dat een verantwoord schenkebeleid in toenemende mate wordt ingevoerd ⁽⁷⁾, met bewezen effectiviteit in lokale studies (Gripenberg et al., 2007).

In de meeste Europese landen is er steeds vaker sprake van de invoering van een drugsbeleid op scholen ⁽⁸⁾ en meer dan een derde van de landen meldt dat drugspreventie is geïntegreerd in de leerplannen, bijvoorbeeld binnen de vakken „gezondheid” of „maatschappijleer”. Vier landen (Luxemburg, Nederland, Oostenrijk, Verenigd Koninkrijk) maken melding van de invoering van preventieprogramma's gericht op de „gehele school” ⁽⁹⁾, een aanpak die positief is beoordeeld wat betreft vermindering van middelengebruik (Fletcher et al., 2008) en die bijkomende voordelen heeft, zoals verbetering van de sfeer op scholen en een betere sociale integratie.

Universele preventie

Universele preventie is gericht op gehele populaties, voornamelijk op het niveau van school en leefomgeving. Het doel ervan is het eerste drugsgebruik en drugsgerelateerde problemen te ontmoedigen of te

⁽⁷⁾ Verantwoord schenkebeleid is erop gericht de verkoop van alcohol te voorkomen aan dronken en minderjarige personen, door een combinatie van opleiding van barpersoneel en beleidsinterventies.

⁽⁸⁾ Een drugsbeleid op scholen stelt de normen en regels over het middelengebruik in de schoolsetting en geeft leidraden voor hoe te handelen wanneer de regels worden overtreden.

⁽⁹⁾ Een complete schoolaanpak is gericht op het bieden van een beschermende schoolomgeving en een positief schoolklimaat.

vertragen door jongeren uit te rusten met de nodige vaardigheden om te voorkomen dat zij drugs gaan gebruiken. De invoering van universele preventieve benaderingen laat zien dat aandacht voor culturele, normatieve en maatschappelijke context de kans vergroot dat programma's worden geaccepteerd en succesvol zijn (Allen et al., 2007).

In heel Europa duiden beoordelingen door deskundigen op een kleine verschuiving in de preventie op scholen, van benaderingen die niet effectief zijn gebleken (zoals het uitsluitend verstrekken van informatie, informatiedagen en het testen van drugs in scholen) naar veelbelovender benaderingen, zoals levensvaardigheidsprogramma's waarbij gebruik wordt gemaakt van een handboek, en interventies die specifiek op jongens zijn gericht. Landen melden daarnaast dat een aantal van de effectievere universele preventieve interventies wordt geëxporteerd naar andere landen⁽¹⁰⁾. Ondanks de beschikbaarheid van positief beoordeelde preventiemethoden maakt een aantal landen steeds vaker melding van diverse maatregelen die niet worden ondersteund door wetenschappelijk bewijs, zoals bezoeken van deskundigen en politie aan scholen.

Universele preventie op gezinsniveau vindt grotendeels plaats in de vorm van eenvoudige en goedkope maatregelen, zoals ouderavonden en de verspreiding van folders of brochures. Complexere maatregelen, zoals „peer-to-peer“-groepen voor ouders (Duitsland, Ierland), persoonlijke en sociale competentietraining (Griekenland, Portugal) of door handboeken ondersteunde opvoedingsprogramma's (Spanje, Verenigd Koninkrijk) worden zelden gemeld.

Selectieve preventie

Selectieve preventie is gericht op specifieke groepen, gezinnen of gemeenschappen, waarin mensen, vanwege hun slechtere sociale banden en middelen, een grotere kans hebben om drugs te gaan gebruiken of om een verslaving te ontwikkelen. Verscheidene lidstaten rapporteren een verschuiving van de aandacht in hun strategieën naar kwetsbaarheid, terwijl de beoordelingen door deskundigen wijzen op een algemene toename van het aanbod van interventies voor kwetsbare groepen van 2007 tot 2010, met uitzondering van die voor jongeren in zorginstellingen. De grootste toenames worden gemeld voor leerlingen met sociale problemen en slechte schoolprestaties (volledig of breed behandelaanbod in 16 landen) en voor jonge drugsdelinquenten (volledig of breed behandelaanbod in 12 landen) (figuur 3). De eerste zou te verklaren zijn door een toegenomen aandacht van sommige lidstaten en de Europese Unie voor slechte

schoolprestaties en vroegtijdig schoolverlaten, waarvoor dezelfde risicofactoren gelden als voor problematisch drugsgebruik (King et al., 2006). De toename van behandelaanbod voor jonge delinquenten kan gedeeltelijk worden verklaard door de invoering van FRED, een psychosociaal programma met meerdere sessies (EWDD, 2010a) in meer landen, maar ook door nieuwe interventies voor eerste overtreeders in Griekenland, Ierland en Luxemburg.

Een toename van het aanbod van programma's gericht op kwetsbare gezinnen werd ook gemeld, met name waar sprake is van problemen met middelengebruik (volledig of breed aanbod in 14 landen) en sociaal zwakkere gezinnen (volledig of breed aanbod in 7 landen) (figuur 3). In deze context kan de toenemende populariteit van het programma „Versterking van het gezin“ (Kumpfer et al., 2008) in Europa worden genoemd: dit programma is onlangs ingevoerd in drie nieuwe landen (Duitsland, Polen, Portugal) en op nieuwe locaties in het Verenigd Koninkrijk.

Selectieve preventie kan plaatsvinden door middel van straathoekwerk of niet-ambulante ondersteuning. Preventieve activiteiten met etnische groepen en party/festivalgangers zijn het enige gebied waar meer straathoekwerk is gemeld, terwijl er meldingen zijn van een vermindering van ambulante hulp voor thuisloze jongeren. Over het geheel genomen blijft het meeste contact met sociaal uitgesloten groepen zoals vroegtijdige schoolverlaters, allochtonen en thuisloze jongeren plaatsvinden vanuit hulpcentra.

Daarnaast is er relatief weinig bekend over de inhoud van een groot aantal selectieve preventieprogramma's⁽¹¹⁾. Over het geheel genomen blijkt uit de beschikbare gegevens dat in Europa de meeste interventies de nadruk leggen op informatie, bewustmaking en begeleiding, ondanks het groeiende bewijs voor de effectiviteit van benaderingen als het stellen van normen, motivatie, vaardigheden en besluitvorming.

Geïndiceerde preventie

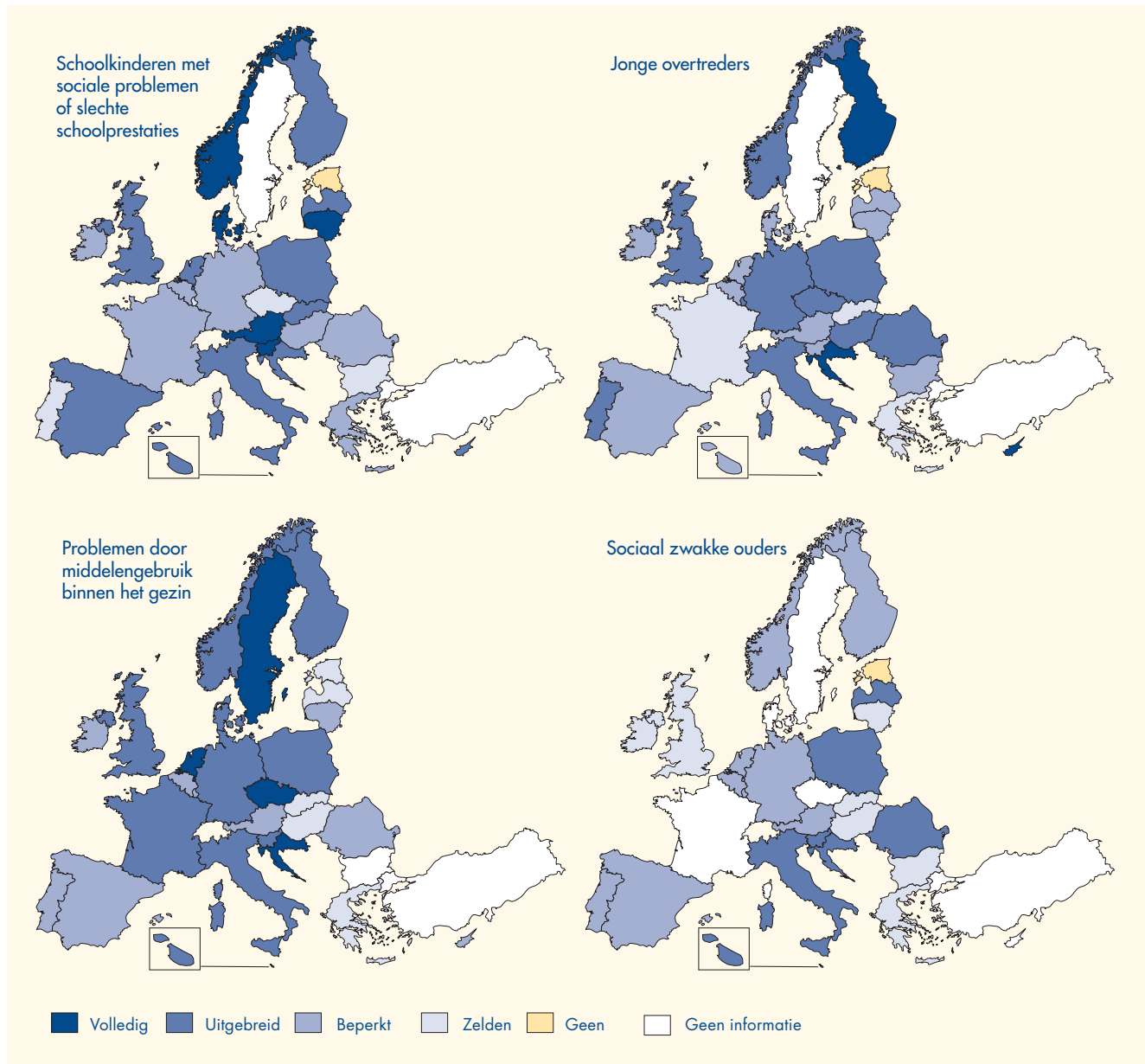
Bij geïndiceerde preventie is het de bedoeling personen te identificeren met gedrags- of psychologische problemen die de ontwikkeling van problematisch drugsgebruik in hun latere leven kunnen voorspellen, en zich met speciale interventies individueel op hen te richten. Een aantal geïndiceerde preventieprogramma's is positief beoordeeld (EWDD, 2009c).

Slechts de helft van de EU-lidstaten en Noorwegen maakt melding van het bestaan van geïndiceerde

⁽¹⁰⁾ Zie SFP, FRED, Preventure, EU-DAP en GBG over het Portaal voor goede praktijken.

⁽¹¹⁾ Een aantal voorbeelden is echter beschikbaar op de website van „Exchange on drug demand reduction action“.

Figuur 3: Aanbod van selectieve preventie-interventies zoals geschat door de nationale deskundigen



NB: aanbod heeft betrekking op de algemene en geografische verdeling van interventies en wordt beoordeeld als: volledig, geleverd op bijna alle relevante locaties (gebieden waarin de doelpopulatie voldoende aanwezig is voor toepassing van de interventie); uitgebreid, geleverd op de meeste, maar niet alle relevante locaties; beperkt, geleverd op meer dan enkele, maar niet de meeste relevante plaatsen; zelden, geleverd op slechts enkele relevante plaatsen; geen, interventie niet beschikbaar. De informatie werd verzameld aan de hand van een gestructureerde vragenlijst.

Bron: nationale focal points van het Reitox-netwerk.

preventieactiviteiten, en een zeer klein aantal meldt het gebruik van gestructureerde en op handboeken gebaseerde programma's. Steeds meer landen melden dat de schoolsetting wordt gebruikt om kwetsbare leerlingen te identificeren, in het bijzonder degenen met gedragsproblemen, hetgeen vaak in verband wordt gebracht met later drugsgebruik. België, Tsjechië, Portugal en Noorwegen maken melding van het gebruik van nieuwe instrumenten voor screening en

vroegtijdige opsporing, zowel in scholen als binnen de gemeenschap.

Vroege interventie en begeleiding bij drugsgebruik zijn de meest gemelde geïndiceerde preventiestrategieën; er zijn weinig meldingen van interventies gericht op gedragsproblemen die op jonge leeftijd optreden. Dit suggereert dat het potentieel voor geïndiceerde preventie om de impact te helpen verminderen van neurologische gedragsproblemen op de kinderleeftijd, zoals agressie en

impulsiviteit, op later middelengebruik (EWDD, 2009c) in Europa niet volledig wordt benut. Geïndiceerde preventie kan fungeren als een brug tussen preventie in de gemeenschapsomgeving en specialistische behandeling zoals aangeboden in klinische settings, met name bij het aanbieden van vroegtijdige interventies voor bepaalde groepen, zoals kwetsbare cannabis- of alcoholgebruikers.

Behandeling

In Europa zijn psychosociale interventies, opioïdensubstitutie en detoxificatie de belangrijkste behandelwijzen voor de aanpak van drugsproblemen. Het betrekkelijke belang van de verschillende behandelwijzen in elk land wordt door een aantal factoren beïnvloed, waaronder de organisatie van het nationale gezondheidszorgsysteem. Verslavingszorg kan worden aangeboden in allerlei settings: specialistische behandelafdelingen, waaronder extramurale en intramurale centra, psychiatrische klinieken en ziekenhuizen, afdelingen in de gevangenis, laagdrempelige instanties en huisartsenpraktijken.

Er zijn geen gegevens die de beschrijving mogelijk maken van de gehele populatie van drugsgebruikers die op dit moment in Europa een behandeling ondergaan. Informatie over een belangrijke subgroep van deze populatie wordt echter wel verzameld via de indicator voor de behandelvraag („treatment demand indicator”) van het EWDD, die gegevens verzamelt over degenen die gebruik gaan maken van gespecialiseerde verslavingszorg tijdens het kalenderjaar, waaruit inzicht kan worden verkregen in hun kenmerken en drugsgebruikprofielen⁽¹²⁾. In 2009 registreerde de indicator ongeveer 460 000 deelnemers, waarvan 38 % (175 000) zich voor het eerst in hun leven voor hun drugsgebruik liet behandelen.

Op grond van allerlei verschillende bronnen, waaronder de indicator voor de behandelvraag, kan worden geschat dat in 2009 in de Europese Unie, Kroatië, Turkije en Noorwegen ten minste 1,1 miljoen mensen zijn behandeld voor het gebruik van drugs⁽¹³⁾. Terwijl meer dan de helft van deze cliënten substitutiebehandeling voor opioïden kreeg, kreeg een aanzienlijk aantal andere vormen van behandeling voor problemen in verband met opioïden, stimulerende middelen, cannabis en andere drugs⁽¹⁴⁾. Deze schatting van verslavingsbehandeling in de Europese Unie, die weliswaar nog steeds moet worden verfijnd, duidt wel degelijk op een aanzienlijk behandel aanbod, in

elk geval voor opioïdengebruikers. Dit is het gevolg van een belangrijke uitbreiding in de laatste twee decennia van gespecialiseerde extramurale diensten, met een grote betrokkenheid van de eerstelijnsgezondheidszorg, zelfhulpgroepen, algemene geestelijke gezondheidszorg, straathoekwerk en laagdrempelige verslavingsinstellingen.

Vooraf in West-Europa lijkt er sprake te zijn van een geleidelijke verschuiving van de opvatting dat verslavingszorg de verantwoordelijkheid is van een paar specialistische disciplines die een intensieve, kortdurende behandeling verzorgen, naar een multidisciplinaire, geïntegreerde en langer durende benadering. Voor een deel is dit een reactie op de toenemende erkenning dat drugsverslaving een chronische aandoening is, waarbij het herstel van een groot aantal cliënten wordt gekenmerkt door cycli van remissie, terugval, herhaalde behandelingen en invaliditeit (Dennis en Scott, 2007), een opvatting die wordt ondersteund door gegevens verzameld door het EWDD waaruit blijkt dat meer dan de helft van degenen die zich melden voor behandeling, al eerder is behandeld. Een andere factor is dat de West-Europese landen getuige zijn van aanzienlijke veroudering van hun populaties in behandeling zijnde drugsgebruikers, voornamelijk chronische problematische gebruikers met eerdere perioden van behandeling en verschillende sociale en gezondheidsproblemen (EWDD, 2010).

In reactie hierop wijzen een aantal nationale en lokale drugsstrategieën naar een benadering van continue zorg, met nadruk op coördinatie en integratie van interventies tussen de verschillende instellingen voor verslavingszorg (bijv. ontslag van residentiële naar extramurale diensten) en tussen de behandeling en het bredere spectrum van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening. Continue zorg is gebaseerd op regelmatige monitoring van de cliëntstatus, vroegtijdige signalering van mogelijke problemen, doorverwijzing tussen gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening, en voortdurende cliëntondersteuning zonder vast tijdsbestek. Huisartsen kunnen hierbij een belangrijke rol spelen. Een recente Franse enquête onder dienstverleners erkende de rol van huisartsen bij het faciliteren van de toegang tot specialistische zorg voor opioïdengebruikers, zowel voor verwijzing naar ziekenhuizen voor het starten van methadonbehandeling als voor voortzetting van de behandeling bij ontslag. In een ander voorbeeld hebben de Nederlandse overheid en lokale besturen van de vier grootste steden van het land gekozen voor

⁽¹²⁾ De indicator voor de vraag naar behandeling kreeg gegevens over gespecialiseerde drugsbehandelcentra uit 29 landen. De meeste landen verstrekten gegevens over meer dan 60 % van hun afdelingen, maar voor sommige landen is het percentage meegetelde afdelingen onbekend (zie tabel TDI-7 in het Statistical Bulletin 2011).

⁽¹³⁾ Zie tabel HSR-10 in het Statistical Bulletin 2011.

⁽¹⁴⁾ Gedetailleerdere informatie over specifieke vormen van behandeling voor de verschillende middelen en hun effectiviteit, kwaliteit en bewijs hiervoor zijn te vinden in de respectieve hoofdstukken.

„Selected issue” over de financiering en kosten van verslavingszorg

Gedurende deze periode van budgettaire discipline wordt meer aandacht besteed aan alle aspecten van de overheidsuitgaven, waaronder behandelkosten. Een „Selected issue” dat dit jaar door het EWDD is gepubliceerd, brengt de belangrijkste financieringsbronnen voor verslavingszorg in een aantal Europese landen in kaart. Het geeft een overzicht van de beschikbare gegevens over hoeveel er wordt besteed aan verslavingszorg en hoeveel behandeling kost.

Deze publicatie is uitsluitend in het Engels beschikbaar, zowel op papier als op de EWDD-website.

een geïntegreerde behandelingsbenadering binnen een bredere maatschappelijke ondersteuningsstrategie, waarbij een breed scala aan instanties betrokken is.

Voortdurende zorg en geïntegreerde behandeling kunnen worden ondersteund door de opstelling van zorgprotocollen, richtlijnen en behandelstrategieën door de aanbieders (Haggerty et al., 2003). Uit een enquête in 2010 onder de nationale focal points bleek dat in 16 landen partnerschapsovereenkomsten tussen instellingen voor verslavingszorg en maatschappelijke dienstverlening bestaan. In zes landen (Frankrijk, Nederland, Portugal, Roemenië, Verenigd Koninkrijk, Kroatië) zijn gestructureerde protocollen de meest gebruikte mechanismen voor overkoepelende coördinatie, terwijl in de andere landen partnerschappen vooral steunen op informele netwerken.

Extramurale behandeling

In Europa worden de meeste drugsbehandelingen extramuraal geboden. Er is informatie beschikbaar over ongeveer 400 000 drugsgebruikers die in 2009 extramuraal werden behandeld. De helft van degenen die in behandeling gingen (51 %) noemt opioïden, voornamelijk heroïne, als hun primaire drug, terwijl 24 % cannabis, 18 % cocaïne en 4 % andere stimulerende middelen dan cocaïne noemt. De meest voorkomende route naar behandeling is zelfverwijzing (37 %), gevolgd door sociale diensten, verslavings- en gezondheidsdiensten (28 %) en verwijzing via justitiële weg (20 %). De overige cliënten worden doorverwezen via familie, vrienden en informele netwerken ⁽¹⁵⁾.

Van de drugsgebruikers van wie persoonlijke en sociale kenmerken en drugsgebruikprofielen kunnen worden opgesteld, vormen degenen die extramurale behandeling

krijgen veruit de grootste groep. Het betreft overwegend jonge mannen, met een gemiddelde leeftijd van 32 jaar. Er zijn bijna vier keer zoveel mannen als vrouwen onder behandeling, wat voor een deel de weerspiegeling is van de dominantie van mannen onder problematischer drugsgebruikers. Van de cliënten die in behandeling gaan, zijn primaire cannabisgebruikers bijna tien jaar jonger (25) dan primaire gebruikers van cocaïne (33) en opioïden (34). Gemiddeld worden de jongste drugscliënten (25-26 jaar) gemeld door Polen, Hongarije en Slowakije — landen die sinds 2004 tot de EU zijn toegetreden — en de oudste door Spanje, Italië en Nederland (34 jaar). De man-vrouwverhoudingen zijn hoog voor alle middelen, al varieert dit per drug en land. Sekseverhoudingen zijn over het algemeen hoger in landen in het zuiden van Europa en lager in landen in het noorden ⁽¹⁶⁾.

In Europa zijn de twee belangrijkste extramurale behandelingen psychosociale hulp en behandeling door middel van opioïdensubstitutie. Psychosociale hulp omvat onder meer counseling, motivationele gesprekstherapie, cognitieve gedragstherapie, casemanagement, groeps- en gezinstherapie en terugvalpreventie. Afhankelijk van het land wordt de hulp voornamelijk geleverd door openbare instellingen of niet-gouvernementele organisaties. Psychosociale hulp ondersteunt gebruikers in hun poging om hun drugsproblemen onder controle te krijgen en te overwinnen. Dit is de belangrijkste vorm van behandeling voor gebruikers van stimulerende middelen, zoals cocaïne en amfetaminen. Deze hulp wordt ook geboden aan opioïdengebruikers, vaak in combinatie met substitutiebehandeling. Volgens een onderzoek uit 2008 door nationale deskundigen melden de meeste Europese landen de beschikbaarheid van extramurale psychosociale behandeling voor een ieder die daarom vraagt. Hoewel er aanzienlijke verschillen zijn in Europa, meldden de meeste landen gemiddelde wachttijden van minder dan een maand.

In Europa is substitutiebehandeling de belangrijkste behandelingsmogelijkheid voor opioïdengebruikers. Deze wordt in het algemeen geboden in gespecialiseerde extramurale settings, hoewel ze in sommige landen ook beschikbaar is in de intramurale setting en steeds vaker wordt toegepast in gevangenis ⁽¹⁷⁾. Ook huisartsenpraktijken, vaak binnen gezamenlijke zorgregelingen met gespecialiseerde centra, spelen een steeds belangrijker rol. Opioïdensubstitutie is beschikbaar in alle EU-lidstaten, evenals in Kroatië en Noorwegen. In Turkije werd substitutiebehandeling in de vorm van de combinatie buprenorfine-naloxon

⁽¹⁵⁾ Zie tabellen TDI-16 en TDI-19 in het Statistical Bulletin 2011.

⁽¹⁶⁾ Zie tabellen TDI-9 (deel iv), TDI-21 en TDI-103 in het Statistical Bulletin 2011. Voor informatie over verslavingszorgcliënten per primaire drug, zie de respectieve hoofdstukken.

⁽¹⁷⁾ Zie „Hulp aan drugsgebruikers in de gevangenis”, blz. 42.

geïntroduceerd in 2010. Over het algemeen wordt geschat dat er in 2009 in Europa ongeveer 700 000 substitutiebehandelingen werden toegepast (zie hoofdstuk 6) ⁽¹⁸⁾.

Intramurale behandeling

Er zijn gegevens beschikbaar van ongeveer 44 000 drugsgebruikers die in Europa in 2009 in intramurale settings in behandeling zijn gegaan ⁽¹⁹⁾. De helft van deze cliënten vermeldde als primaire drug opioïden (53 %), gevolgd door cannabis (16 %), cocaïne (8 %) en ander opwekkende middelen dan cocaïne (12 %). Intramurale cliënten zijn voornamelijk jonge mannen, met een gemiddelde leeftijd van 31 jaar, en met ongeveer drie mannen op elke vrouwelijke cliënt ⁽²⁰⁾.

Bij intramurale of residentiële behandeling moeten cliënten een aantal weken tot een aantal maanden 's nachts blijven. In veel gevallen hebben deze programma's als doel te zorgen dat cliënten geen drugs meer gebruiken en staan ze geen substitutiebehandeling toe. Detoxificatie, een kortdurende interventie onder medisch toezicht gericht op het doen verdwijnen van de onthoudingsverschijnselen waarmee stoppen met chronisch drugsgebruik gepaard gaat, is doorgaans een basisvoorwaarde voor de start van een langdurige, op onthouding gebaseerde intramurale behandeling. Het betreft gewoonlijk een intramurale interventie in een ziekenhuis, een gespecialiseerd behandelcentrum of een intramurale faciliteit met een medische of psychiatrische afdeling.

In de intramurale setting krijgen cliënten een slaapplek en op de cliënt toegesneden, gestructureerde psychosociale behandelingen. Zij nemen ook deel aan activiteiten die gericht zijn op hun re-integratie in de maatschappij. In deze context wordt vaak gekozen voor een therapeutische gemeenschapsbenadering. Ook psychiatrische ziekenhuizen bieden intramurale verslavingsbehandeling, met name voor cliënten met comorbide geestelijke gezondheidsproblemen.

Volgens een onderzoek uit 2008 door nationale deskundigen melden de meeste Europese landen de beschikbaarheid van intramurale psychosociale behandeling en detoxificatiebehandeling voor een ieder die daarom vraagt. Schattingen door deskundigen uit 16 landen van de landelijke wachttijden voor toegang tot intramurale psychosociale behandeling zijn in heel Europa verschillend. De gemiddelde wachttijd was minder dan

een maand in 14 landen, een paar maanden in Hongarije en 25 weken in Noorwegen.

Sociale re-integratie

De mate van sociale uitsluiting voor cliënten in behandeling is over het algemeen hoog, wat mensen mogelijk verhindert volledig te herstellen en wat de positieve effecten van behandeling kan ondermijnen. Uit gegevens over cliënten die in 2009 in behandeling gingen, blijkt dat de meesten van hen werkloos waren (59 %) en bijna een op de tien had geen vaste woon- of verblijfplaats (9 %). Er is vaak sprake van een laag opleidingsniveau bij cliënten van de behandeling, waarbij 37 % alleen lager onderwijs heeft afgerond en 4 % zelfs dit niveau niet heeft bereikt ⁽²¹⁾. De ontwikkeling van diensten gericht op de aanpak van marginalisatie en stigmatisering zal de kansen op een succesvolle sociale re-integratie van de cliënten en een verhoging van hun kwaliteit van leven verbeteren, zo wordt steeds meer erkend (Lloyd, 2010).

Sociale re-integratie van drugsgebruikers in hun lokale gemeenschap wordt erkend als een belangrijke component van brede drugsstrategieën, met aandacht voor verbetering van de sociale vaardigheden, bevordering van scholing en inzetbaarheid, en het voorzien in huisvestingsbehoeften. De aanpak van de sociale behoeften van cliënten van drugsbehandelingen kan een rol spelen bij het verminderen van hun drugsgebruik en langdurige onthouding van drugs (Laudet et al., 2009).

Eenentwintig Europese landen melden het bestaan van specifieke onderdelen in hun nationale drugsstrategieën voor sociale re-integratie ⁽²²⁾, en deze zijn voornamelijk gericht op de behoeften van drugsgebruikers ten aanzien van huisvesting, opleiding en werk. Hulp bij sociale re-integratie wordt ofwel gelijktijdig of na afronding van de drugsbehandeling gegeven. Hierbij wordt vertrouwd op de samenwerking tussen gespecialiseerde behandelingsinstellingen voor gezondheidszorg en maatschappelijk werk.

Hoewel de meeste landen melding maken van de aanwezigheid van hulp bij huisvesting, scholing en arbeidsparticipatie, blijkt uit de beschikbare gegevens in het algemeen dat het niveau van de voorzieningen niet voldoet aan de behoeften van de behandelde populatie.

⁽¹⁸⁾ Zie tabellen HSR-1, HSR-2 en HSR-3 in het Statistical Bulletin 2011.

⁽¹⁹⁾ Dit cijfer moet met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd omdat het niet alle gebruikers omvat die tijdelijk intramurale zorg krijgen als onderdeel van een complexer behandelingsproces.

⁽²⁰⁾ Zie tabellen TDI-7, TDI-10, TDI-19 en TDI-21 in het Statistical Bulletin 2011.

⁽²¹⁾ Zie tabellen TDI-12, TDI-13 en TDI-15 in het Statistical Bulletin 2011.

⁽²²⁾ Litouwen en Oostenrijk hadden geen nationale drugsstrategie op het moment van het onderzoek.

Huisvesting

Het zorgen voor toegang tot vaste huisvesting en het behouden daarvan is de sleutel tot re-integratie; het helpt cliënten de behandeling te blijven volgen en biedt ondersteuning bij de preventie van terugval (Milby et al., 2005).

In Europa wordt er weinig hulp verleend op het gebied van huisvestingsbehoeften van verslavingszorgcliënten. Van de 29 landen die deelnamen aan een recent onderzoek, meldde minder dan een derde dat een meerderheid van de verslavingszorgcliënten toegang had tot noodopvang (negen), tijdelijke huisvesting (acht) en begeleid wonen (vijf).

Ondanks het lage niveau van de hulp dat door de Europese landen wordt gerapporteerd, melden de meeste de beschikbaarheid van sociale huisvesting gericht op kwetsbare groepen, die in verschillende mate toegankelijk zijn voor mensen die drugsbehandeling krijgen. Dergelijke huisvesting wordt doorgaans verzorgd door lokale autoriteiten of niet-gouvernementele organisaties. De duur van het verblijf kan variëren en de toegang kan gebonden zijn aan voorwaarden (bijvoorbeeld drugsvrij zijn, toezicht door behandelingsmedewerkers). Daarnaast heeft een aantal landen op maat gesneden huisvesting voor mensen die drugsbehandeling ondergaan; zo melden 18 landen de aanwezigheid van noodaccommodatie (bijvoorbeeld nachtopvang, „bed and breakfast”) en 20 landen bieden een zekere vorm van tijdelijke huisvesting, zoals tussenfasehuizen. Zelfstandig wonen kan een belangrijke stap zijn op weg naar re-integratie in de maatschappij, en in 12 landen hebben verslavingszorgcliënten in enige mate toegang tot voorzieningen voor begeleid wonen, terwijl 15 landen melding maken van programma’s die toegang tot zelfstandig wonen mogelijk maken binnen de normale huisvestingsmarkt. In Frankrijk worden de zogenaamde „glijdende” huurovereenkomsten aangeboden door gespecialiseerde behandelcentra. Het centrum betaalt de huur voor de huisvesting, en onderverhuurt deze aan de cliënt, die een klein deel van de huursom bijdraagt. De cliënt ontvangt huurondersteuning met administratieve taken (bijvoorbeeld het betalen van rekeningen) en budgetbeheer, en wordt na een „proefperiode” de officiële huurder.

Training en opleiding

De scholingsbehoeften van drugsgebruikers die onder behandeling zijn, kunnen op verschillende manieren worden aangepakt. Hoewel het reguliere onderwijssysteem een eerste optie kan zijn, kunnen hindernissen op het niveau van het individu of het

systeem, zoals lage verwachtingen, stigma en angst om te mislukken, cliënten ervan weerhouden om deel te nemen (Lawless en Cox, 2000). Elf landen maken melding van ondersteunende programma’s gericht op het vergemakkelijken van toegang tot het reguliere onderwijs voor verslavingszorgcliënten. Daarnaast melden 15 landen dat verslavingszorgcliënten toegang hebben tot scholingsprogramma’s gericht op sociaal kwetsbare groepen.

Een technische of beroepsopleiding helpt mensen de praktische vaardigheden te verwerven die nodig zijn om in een bepaald beroep of vak werkzaam te zijn, en leidt meestal tot een beroepskwalificatie. In de meeste landen (20) volgen cliënten beroepsopleidingen dankzij programma’s gericht op sociaal kwetsbare groepen. In 16 landen bestaan er ook beroepsopleidingen specifiek voor verslavingszorgcliënten.

Werk

Inzetbaarheid is een sleutelbegrip bij sociale re-integratie, en de behoeften van drugsgebruikers op het gebied van werk worden door een aantal Europese landen in hun nationale werkgelegenheidsstrategieën aangepakt. Activiteiten die de inzetbaarheid verhogen, kunnen betrekking hebben op het psychologische domein (bijvoorbeeld persoonlijke ontwikkeling, vertrouwen in het eigen kunnen, gevoel van eigenwaarde, copingvaardigheden) en kunnen herstellende drugsgebruikers een nieuwe vriendenkring bieden en nieuwe vaardigheden als ondersteuning voor een succesvolle re-integratie in de gemeenschap. In 15 landen is de inzetbaarheid van mensen die worden behandeld in verband met verslaving, een standaarddoel van de individuele zorgplannen.

Uit onderzoek blijkt dat werk en verbetering van de inzetbaarheid zorgen voor verbeterde behandelingsresultaten (Kaskutas et al., 2004), een positieve invloed hebben op gezondheid en kwaliteit van leven, en misstappen terugdringen (Gregoire en Snively, 2001). Ondersteunende systemen, zoals de intermediaire arbeidsmarkt, die betaald werk biedt met speciaal gecreëerde tijdelijke banen, kunnen helpen bij het overbruggen van de kloof tussen langdurige werkloosheid en een baan op de open arbeidsmarkt. Deze systemen zijn over het algemeen gericht op kansarme personen (bijvoorbeeld via bedrijven opgezet om mensen met een handicap of maatschappelijk uitgesloten werk te bieden), en kunnen betaalde bezigheden en vrijwilligerswerk omvatten.

Twintig landen maken melding van hulp in de vorm van een intermediaire arbeidsmarkt voor sociaal kwetsbare groepen die ook toegankelijk zijn voor mensen die een verslavingsbehandeling ondergaan; in 11 landen is dergelijke hulp beschikbaar specifiek voor verslavingszorgcliënten. Zo helpt Ready for Work in Ierland dak- en thuislozen, waaronder drugsgebruikers, om te beginnen met een opleiding of werk door hen voorbereiding op de arbeidsmarkt, onbetaalde werkervaring en follow-upondersteuning te bieden. Verslavingszorgcliënten kunnen in aanmerking komen voor andere hulp, zoals beschut werk, waarbij mensen met een handicap of andere achtergestelde groepen worden geholpen betaald werk te krijgen en te houden. Terwijl 17 landen melden dat beschut werk toegankelijk is voor verslavingszorgcliënten, melden er slechts vier dat dit aanbod voldoende is.

Schadebeperking

De preventie en beperking van drugsgerelateerde schade is in alle EU-lidstaten en in de EU-drugsstrategie een doelstelling van het volksgezondheidsbeleid ⁽²³⁾. Beoordelingen van het wetenschappelijke bewijs inzake schadebeperkende interventies en onderzoeken waarin de gecombineerde impact van deze interventies wordt aangetoond, zijn nu ook beschikbaar voor planning van de dienstverlening (EWDD, 2010b) ⁽²⁴⁾.

Tot de voornaamste interventies op dit gebied behoren substitutiebehandelingen voor opioïden en omruilprogramma's voor naalden en spuiten, die erop zijn gericht sterfgevallen door overdosis en de verspreiding van infectieziekten tegen te gaan. Substitutiebehandeling is naar verluidt beschikbaar in alle landen, en in alle landen behalve Turkije bestaan omruilprogramma's voor naalden en spuiten. De afgelopen twintig jaar heeft Europa een toename en consolidatie gezien van schadebeperking en de integratie hiervan met allerlei andere diensten voor gezondheidszorg en sociale dienstverlening. Vanuit een aanvankelijke aandacht eind jaren tachtig van de vorige eeuw voor de hiv/aidsepidemie, werd het perspectief van schadebeperking verruimd naar de zorg voor de sociale en gezondheidsbehoeften van problematische drugsgebruikers en in het bijzonder naar die van de maatschappelijk uitgesloten gebruikers.

In 2009 nam het aantal cliënten met toegang tot substitutiebehandeling in de meeste landen toe ⁽²⁵⁾. Daarnaast werd een stijging gemeld van de toepassing

van laagdrempelige schadebeperkende voorzieningen in Bulgarije, Tsjechië, Griekenland, Hongarije, Letland, Litouwen, Luxemburg, Polen, Roemenië en Kroatië, en er was een geografische uitbreiding van omruilprogramma's voor injectienaalden en -spuiten in Hongarije.

De meeste Europese landen bieden een scala aan aanvullende diensten op het gebied van gezondheidszorg en sociale dienstverlening, met inbegrip van persoonlijke risicobeoordeling en advies, gerichte informatie en voorlichting over veiliger gebruik. De verspreiding van injectiemateriaal anders dan naalden en spuiten, bevordering van condoomgebruik onder injecterende drugsgebruikers, testen op besmettelijke ziekte en counseling, antiretrovirale behandeling en vaccinatie tegen virale hepatitis zijn in de afgelopen jaren toegenomen. Modelprognoses duiden erop dat interventies met het grootste potentiële effect (omruilprogramma's voor naalden en spuiten, substitutiebehandeling en antiretrovirale behandeling) voor een groot deel van de doelgroep en over een langere tijd, de overdracht van hiv onder injecterende drugsgebruikers vermindert. Ze suggereren ook dat de grootste effecten worden bereikt wanneer het besmettingsniveau nog laag is (Degenhardt et al., 2010).

In 2010 werd door het Franse nationale instituut voor gezondheid en medisch onderzoek (Inserm) een multidisciplinair onderzoek uitgevoerd naar de wetenschappelijke bevindingen inzake schadebeperkende interventies voor vermindering van het risico van infecties onder drugsgebruikers. Het onderzoek beoordeelde de wetenschappelijke literatuur over de medische, epidemiologische, sociologische en economische aspecten en aspecten op het gebied van volksgezondheid van schadebeperking, en organiseerde hoorzittingen met deskundigen en publieke debatten. Het „Collectieve deskundigenverslag“ adviseert schadebeperkende maatregelen te beschouwen als een essentieel onderdeel van een bredere strategie voor het terugdringen van gezondheidsongelijkheid. Daarnaast moeten diensten worden geïntegreerd met andere verslavingsdiensten als onderdeel van een zorgcontinuüm. Hoewel de preventie van zowel drugsgebruik als de overgang naar injecterend gebruik een prioriteit moet blijven, moeten degenen die drugs injecteren in staat worden gesteld aan injecterend drugsgebruik gerelateerde risico's te verlagen. Het verslag beveelt aan dat, zoals bij medische en sociale interventies, schadebeperkende maatregelen deel moeten uitmaken van persoonlijk toegesneden hulpplannen.

⁽²³⁾ COM (2007) 199 definitief.

⁽²⁴⁾ Zie ook het Portaal voor goede praktijken.

⁽²⁵⁾ Zie tabel HSR-3 in het Statistical Bulletin 2011 en hoofdstuk 6.

Betrokkenheid van drugsgebruikers

Het concept van betrokkenheid van gebruikers bij het gezondheidsbeleid raakte in een stroomversnelling toen in 1986 een nieuwe agenda voor de volksgezondheid en de gezondheidszorg werd vastgesteld met de Ottawa-verklaring van de Wereldgezondheidsorganisatie. Actieve betrokkenheid van drugsgebruikers bij het vormgeven van hulpverlening kan echter worden teruggevoerd naar Nederland in de jaren zeventig van de vorige eeuw.

Recentelijker is het Europese Harm Reduction Network begonnen met een inventarisatie van organisaties van drugsgebruikers in Europa als een stap in de richting van meer betrokkenheid van organisaties van drugsgebruikers op nationaal en Europees niveau.

De invulling van de betrokkenheid van gebruikers varieert en kent een reeks van verschillende doelstellingen (Bröring en Schatz, 2008). Activiteiten kunnen enquêtes onder gebruikers omvatten over de toegankelijkheid en kwaliteit van de dienstverlening, het vragen van advies aan gebruikers over het werven van personeel, het leiden van focusgroepen om nieuwe gebieden binnen de verslavingszorg te ontwikkelen en het inschakelen van gebruikersorganisaties voor gezondheidsbevordering en beleidsvorming met betrekking tot drugs.

Gebruikersorganisaties houden zich vaak bezig met onderlinge ondersteuning, voorlichting over preventie van besmettelijke ziekten en met de samenstelling van voorlichtingsmateriaal ter ondersteuning van netwerken, dat helpt om het publiek bewust te maken van de belangrijkste problemen voor drugsgebruikers (Hunt et al., 2010). Het inschakelen van gebruikers kan een pragmatische en ethische manier zijn om te zorgen voor kwaliteit en aanvaardbaarheid van de dienstverlening. Om drugsgebruikers in staat te stellen een bijdrage te leveren en ervoor te zorgen dat de betrokkenheid van de gebruiker succes heeft, is echter adequate ondersteuning noodzakelijk.

Zie ook de website van het European Harm Reduction Network.

Kwaliteitsborging

De meeste Europese landen kennen een scala aan activiteiten gericht op het waarborgen van de kwaliteit van drugsgelerateerde interventies en diensten. Deze omvatten de ontwikkeling van behandelingsrichtlijnen, benchmarking van dienstverlening, opleiding van personeel en kwaliteitcertificering en accreditatieprocessen.

Kwaliteitsnormen voor Europa

Het EQUUS-onderzoek in opdracht van de Europese Commissie heeft als doel het bereiken van consensus onder Europese deskundigen en belanghebbenden over

de bestaande kwaliteitsnormen voor activiteiten gericht op terugdringing van de vraag. Dit omvat de ontwikkeling van een duidelijker definitie van de minimumstandaarden, die is gebruikt voor zowel evidence-based aanbevelingen als organisatorische procedures. Het EQUUS-onderzoek bespreekt deze verwarring en maakt onderscheid tussen drie typen standaarden. Ze worden gedefinieerd als structurele standaarden (zoals fysieke omgeving, toegankelijkheid, samenstelling en kwalificatie van medewerkers), processtandaarden (zoals individuele planning, samenwerking met andere instanties, bijhouden van patiëntdossiers) en uitkomststandaarden (tevredenheid van patiënten en medewerkers, het stellen en meten van behandeldoelen). De resultaten van het onderzoek zouden tegen het einde van 2011 beschikbaar moeten zijn en worden door de Europese Commissie gebruikt voor de ontwikkeling van een EU-consensus die tegen 2013 aan de Raad moet worden gepresenteerd ⁽²⁶⁾.

Instructie en scholing voor personeel

Instructie van het personeel en nascholing over drugsgebruik zijn de belangrijkste activiteiten voor het waarborgen van de kwaliteit van verslavingdiensten. Resultaten van een recente *ad hoc* gegevensverzameling laten zien dat er in de 27 rapporterende landen specifieke trainingsprogramma's op het gebied van drugsverslaving bestaan die primair gericht zijn op (para) medische beroepen, psychologen en maatschappelijk werkers. Terwijl sommige landen gespecialiseerde universitaire opleidingen hebben ontwikkeld, bieden andere postgraduate- of bijscholingscursussen aan. De meest gestructureerde en ontwikkelde scholings- en voorlichtingsactiviteiten vindt men op medisch gebied. Drie landen melden de ontwikkeling van het medische specialisme verslavingsgeneeskunde. Tsjechoë heeft het specialisme verslavingsgeneeskunde in 1980 geïntroduceerd en het niet-medische beroep van „verslavingskundige” in 2008. In Nederland is in 2007 een twee jaar durende specialistische module „verslavingsgeneeskunde” van start gegaan. Duitsland heeft postgraduate-opleidingen „middelengebruik” en „verslavingscounseling” evenals een module over behandeling met heroïneondersteuning. Het bewijs voor de effectiviteit van benaderingen als „medische bijscholing” blijft beperkt en niet overtuigend. Een recente, meer interactieve benadering, bekend als „constante professionele ontwikkeling” (Horsley et al., 2010) is voorgesteld, wat de training van artsen inhoudt in een breed scala aan vaardigheden, waaronder communicatie, management en gezondheidsbevordering, maar deze moet nog worden getest.

⁽²⁶⁾ Zie voor verdere informatie het Portaal voor goede praktijken.

Handhaving en overtreding van de drugswetgeving

Handhaving van de drugswetgeving is een belangrijk onderdeel van nationaal en Europees drugsbeleid. Het omvat een breed scala aan interventies, voornamelijk uitgevoerd door de politie en politieachtige instanties (bijv. douane). Eén groep van dergelijke interventies, undercoveroperaties, wordt hier kort besproken. Gegevens over activiteiten op het gebied van handhaving van de drugswetgeving zijn dikwijls minder ontwikkeld en toegankelijk dan die op andere gebieden van het drugsbeleid. Een opvallende uitzondering op deze regel betreft gegevens over drugsdelicten, die aan het eind van dit gedeelte worden vermeld.

Undercoveroperaties

De succesvolle vervolging van zware drugsdelinquenten en de ontmanteling van georganiseerde drugsnetwerken zijn belangrijke prioriteiten voor terugdringing van het aanbod in het kader van het huidige EU-drugsactieplan. Dit vormt een probleem voor wetshandhavingdiensten, aangezien de meeste drugsdelicten alleen zullen worden opgespoord met behulp van proactieve wetshandhavingsoperaties (EWDD, 2009a). Dit geldt vooral voor ernstige delicten inzake drugsaanbod door tussenhandel en groothandel, die meestal worden gepleegd door zeer gesloten individuen en criminele organisaties.

In hun reactie op ernstige drugscriminaliteit passen Europese wetshandhavingdiensten in toenemende mate undercovertechnieken toe, waarbij zowel van technologie, zoals afluisteren of elektronische surveillance, als van menselijke undercoveroperaties wordt gebruikgemaakt. Bij deze operaties kunnen politieagenten (undercoveragenten) betrokken zijn en particulieren onder politietoezicht (informanten). Hun inzet is wettelijk toegestaan in alle 27 EU-lidstaten.

Undercoveroperaties tegen de drugsnetwerken worden gebruikt voor het verzamelen van betrouwbare informatie over de identiteit en rol van netwerkleden, het ontdekken van smokkelroutes, bestemmingen, opslagfaciliteiten en de tijd en plaats van drugsleveringen. Agenten of informanten moeten vaak infiltreren in criminele netwerken, die meestal gesloten zijn tegenover buitenstaanders, en moeten informatie compartimenteren. Het verzamelen van inlichtingen is voornamelijk gericht op het functioneren van drugsnetwerken en de rol van hun leden.

Undercoveroperaties vormen een juridisch probleem, met name ten aanzien van uitlokking. Het Europees Hof voor de rechten van de mens heeft grondbeginselen opgesteld met betrekking tot de inzet van „agents

provocateurs” in een arrest van 1998 (Teixeira de Castro tegen Portugal) (Europees Hof van de rechten van de mens, 1998). Hierin wordt verklaard dat het gebruik van menselijke undercovertechnieken geen inbreuk mag maken op het recht op een eerlijk proces; daarom mogen wetshandhavinginstanties niet zoveel invloed op een persoon uitoefenen dat deze wordt aangezet tot het plegen van een strafbaar feit dat anders niet zou zijn gepleegd. Wetshandhavinginstanties moeten daarom „objectieve verdenkingen” ten aanzien van de betreffende individuen koesteren vóór undercovertechnieken worden toegepast. In de meeste lidstaten is het aanzetten van derden tot het plegen van misdaden verboden.

Nationale wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen regelen undercoveroperaties, en hebben zowel de naleving van de beginselen van de rechtsstaat als de veiligheid van undercoveragenten tot doel. Nationale wetten en bijbehorende regelgeving verschillen, maar bieden doorgaans een algemeen kader, dat wordt gespecificeerd in bijbehorende reglementen die zelden openbaar worden gemaakt. Andere informatie, zoals het aantal operaties dat elk jaar wordt uitgevoerd, is meestal ook niet beschikbaar voor het publiek. Onderzoek heeft echter uitgewezen dat in 2004 in Nederland 34 undercoveroperaties werden uitgevoerd, waarvan er 12 hebben bijgedragen aan onderzoeken of rechtszaken (Kruisbergen et al., 2011).

In de meeste EU-lidstaten is de goedkeuring van een rechterlijke instantie vereist alvorens een undercoveroperatie

Training van de Europese politie

De Europese Politieacademie (EPA) is een agentschap van de Europese Unie dat opereert als een netwerk van nationale politieacademies en universiteiten. Een van haar belangrijkste taken is het organiseren van ongeveer 100 trainingen per jaar, vooral voor hoge leidinggevende politiefunctionarissen, over belangrijke thema's die relevant zijn voor Europese politiekorpsen. Het algemene doel is om een gemeenschappelijke Europese aanpak van toezicht te bevorderen.

Ter ondersteuning van de eigen opleiding en die van de EU-lidstaten, heeft EPA gemeenschappelijke curricula ontwikkeld voor verschillende doelgroepen, waaronder hoge officieren, onderzoekers en casemanagers, maar ook vertegenwoordigers van nationale regeringen en politieacademies. Het gemeenschappelijke curriculum inzake drugshandel geeft een overzicht van de internationale drugssituatie, drugswetgeving, basisinformatie over verboden middelen, internationale samenwerking, bestaande toezichtstrategieën en misdadenspecifieke tactische opties, zoals geheime operaties, en problemen, waaronder drugsgerelateerde criminaliteit, maar ook drugspreventie en vermindering van de vraag.

wordt gestart en voor de meeste operaties is monitoring door een hogere autoriteit, doorgaans de officier van justitie of een rechtbank, verplicht. Dertien lidstaten specificeren de regels voor proportionaliteit en subsidiariteit, volgens welke de interventie in verhouding moet staan tot het onderzochte drugsmisdrif, dat ernstig genoeg moet zijn om de inzet van een undercoveroperatie te rechtvaardigen. Voor wordt overgegaan tot een undercoveroperatie, moet het daarnaast duidelijk zijn dat er geen andere, minder ingrijpende wetshandhavingsmaatregel even succesvol zou zijn.

Het gebruik van een operationele dekmantel, met inbegrip van valse identiteitsbewijzen en „frontorganisaties” — in het leven geroepen voor plausibele beroepen en een bron van inkomsten voor undercoveragenten — is in de meeste lidstaten wettelijk toelaatbaar.

Bij undercoveroperaties worden allerlei technieken toegepast. Zo worden clandestiene drugs aankopen vooral gebruikt om personen te arresteren tijdens het verkopen van drugs. Gecontroleerde leveringen vormen een techniek die het transport van illegale zendingen mogelijk maakt, met medeweten en onder toezicht van de bevoegde autoriteiten, over en binnen nationale grenzen. De zendingen kunnen drugs of precursors omvatten, wapens, sigaretten, geld van illegale activiteiten of zelfs mensen. De meeste gecontroleerde leveringen in Europa betreffen drugszendingen (Raad van de Europese Unie, 2009); ze kunnen, afhankelijk van de nationale wetgeving, worden begeleid door undercoveragenten of informanten, of technologisch worden bewaakt ⁽²⁷⁾.

Drugsdelicten

De enige gegevens over drugsgerelateerde criminaliteit die routinematig beschikbaar zijn in Europa, zijn initiële rapporten over misdrijven tegen de nationale drugswetgeving, voornamelijk afkomstig van de politie ⁽²⁸⁾. Deze gegevens verwijzen gewoonlijk naar delicten met betrekking tot drugsgebruik (gebruik en bezit voor gebruik) of aanbod van drugs (productie, handel en dealen), hoewel er in sommige landen ook andere typen delicten worden gemeld (bijv. met betrekking tot drugprecursors).

Gegevens over drugsdelicten zijn een directe indicator voor activiteiten op het gebied van wetshandhaving, aangezien ze verwijzen naar consensuele misdrijven die doorgaans niet door potentiële slachtoffers worden gemeld. Ze worden dikwijls gezien als indirecte indicatoren voor drugsgebruik en -handel, hoewel er alleen de activiteiten onder vallen die onder de aandacht zijn gekomen van de wetshandhavers. Daarnaast geven ze waarschijnlijk ook nationale verschillen

Het ontwikkelen van indicatoren inzake drugsmarkten, criminaliteit en vermindering van het aanbod in Europa

Het opschalen van de monitoring van het drugsaanbod in Europa is een prioriteit van de huidige EU-drugsstrategie en het EU-actieplan. Na de publicatie van een werkdokument van de Europese Commissie over verbetering van het verzamelen van gegevens over drugsaanbod in oktober 2010 ⁽¹⁾, heeft de door de Europese Commissie en het EWDD gezamenlijk georganiseerde eerste Europese conferentie over indicatoren voor drugsaanbod een proces in gang gezet om indicatoren te ontwikkelen voor monitoring van het drugsaanbod in Europa ⁽²⁾.

Het algehele conceptuele kader voor de monitoring van drugsaanbod in Europa zal drie onderdelen omvatten: drugsmarkten, drugsgerelateerde misdaad en vermindering van drugsaanbod. Drie werkgroepen, ondersteund door het EWDD, zullen in 2011 een roadmap voor deze onderdelen opstellen, gericht op monitoringsdoelen voor korte, middellange en lange termijn. Er zal aandacht worden besteed aan de mogelijkheden voor standaardisatie, uitbreiding en verbetering van de bestaande systemen voor gegevensverzameling voor elk van deze onderdelen en er zal gericht onderzoek worden uitgevoerd.

Op het gebied van drugsmarkten zullen toekomstige activiteiten zich richten op de verbetering van gegevensbestanden over drugs prijs en zuiverheid en over het potentieel van gegevens uit de forensische wetenschap. De ontwikkeling van een standaard Europees controle-instrument op drugsdelicten en van indicatoren voor intra-Europese drugsproductie zal samen met het bepalen van prioriteiten voor wetenschappelijk onderzoek cruciaal zijn op het gebied van drugsgerelateerde criminaliteit. Toezichts- en strafrechtelijke instanties zullen een centrale rol spelen bij de monitoring van terugdringing van het drugsaanbod. De werkzaamheden op dit weinig onderzochte gebied zullen van start gaan met een inventarisatie om een overzicht te krijgen van de Europese activiteiten voor terugdringen van het drugsaanbod. Het bestaan, de rol en de praktijken van gespecialiseerde eenheden voor handhaving van de drugswetgeving zullen het uitgangspunt zijn, met een in 2011 door het EWDD gelanceerde enquête.

⁽¹⁾ SEC(2010) 1216 def. (online beschikbaar).

⁽²⁾ De conclusies van de conferentie zijn online beschikbaar.

in wetgeving, prioriteiten en middelen weer. Bovendien verschillen de nationale informatiesystemen binnen Europa, met name wat betreft de praktijk van registratie en rapportage. Daarom kunnen landen maar moeilijk goed met elkaar vergeleken worden en is het beter trends met elkaar te vergelijken dan absolute cijfers.

⁽²⁷⁾ Voor een overzicht van de juridische aspecten van gecontroleerde leveringen in Europa, zie de Europese juridische database inzake drugs.

⁽²⁸⁾ Voor een bespreking van de relaties tussen drugs en misdaad en een definitie van „drugsgerelateerde misdaad”, zie EWDD (2007b).

Over het geheel genomen nam de in afgelopen jaren waargenomen toename van het aantal drugsdelicten in 2009 af. Een EU-index, op basis van gegevens afkomstig van 21 lidstaten die 95 % van de populatie van 15-64 jaar in Europese Unie vertegenwoordigen, laat zien dat het aantal gemelde delicten tussen 2004 en 2009 met naar schatting 21 % is toegenomen. Als alle rapporterende landen worden meegenomen, laten de gegevens over die periode stijgende trends zien in 18 landen en een stabilisatie of een totale afname in elf landen ⁽²⁹⁾.

Gebruiks- en aanvoerdergerelateerde delicten

Er heeft zich in vergelijking met voorgaande jaren geen grote verschuiving voorgedaan in de verhouding tussen gebruiks- en aanvoerdergerelateerde drugsdelicten. In 2009 had het grootste deel van de drugsdelicten in de meeste (22) Europese landen te maken met het bezit of gebruik van drugs, met het grootste aandeel in Estland, Spanje, Frankrijk, Hongarije, Oostenrijk en Zweden (81-94 %) ⁽³⁰⁾.

De in voorgaande jaren gemelde toename van het aantal gebruiksgerelateerde overtredingen nam in 2009 af. Tussen 2004 en 2009 is het aantal gebruiksdelicten in 15 rapporterende landen toegenomen. Alleen Bulgarije, Duitsland, Estland, Malta, Oostenrijk en Noorwegen meldden in dezelfde periode een daling. Over het algemeen is het aantal gebruiksdelicten in de Europese Unie tussen 2004 en 2009 met naar schatting 29 % gestegen.

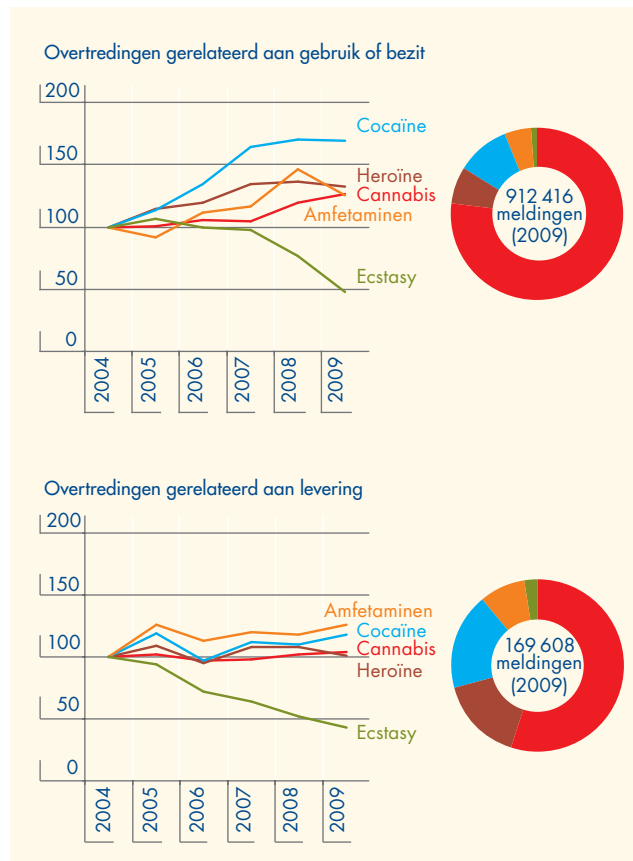
Aan drugsaanbod gerelateerde overtredingen zijn sinds 2007 stabiel gebleven, hoewel er in de Europese Unie sprake is van een geschatte toename in de periode 2004-2009 van ongeveer 7 %. Over deze periode meldden 15 landen een stijging van aanvoerdergerelateerde delicten, terwijl drie landen een totale afname rapporteerden ⁽³¹⁾.

Trends per drug

Cannabis blijft de drug die het vaakst wordt genoemd bij gemelde drugsdelicten in Europa ⁽³²⁾. In de meeste Europese landen maakten cannabisgerelateerde delicten in 2009 50 tot 75 % uit van de gemelde drugsdelicten. Delicten met betrekking tot andere drugs overtroffen die met cannabis in slechts drie landen: Tsjechië en Letland met methamfetamine (55 en 27 %) en Malta met cocaïne (36 %).

In de periode 2004-2009 steeg het aantal drugsdelicten met cannabis in 11 rapporterende landen, met als resultaat een geschatte stijging in de Europese Unie met

Figuur 4: Meldingen van strafbare feiten gerelateerd aan drugsgebruik of bezit voor eigen gebruik en aan drugslevering in de EU-lidstaten: geïndexeerde trends 2004-2009 en uitsplitsing per drug van meldingen voor 2009



NB: de trends zijn gebaseerd op de beschikbare informatie over het aantal meldingen voor drugsdelicten (criminele en niet-criminele) gemeld in de lidstaten van de EU; alle reeksen zijn geïndexeerd op een basis van 100 in 2004 en gewogen per bevolkingsgrootte/land voor een algemene EU-trend; de uitsplitsing naar drugs verwijst naar het totale aantal meldingen voor 2009. Zie voor meer informatie figuur DLO-4 en DLO-5 in het Statistische Bulletin 2011. Bron: nationale focal points van het Reitox-netwerk.

20 % (figuur 4). Dalende trends worden gemeld door Frankrijk, Italië, Cyprus, Malta en Nederland ⁽³³⁾.

Cocaïnegerelateerde delicten namen in de periode 2004-2009 in 11 rapporterende landen toe, terwijl Bulgarije, Duitsland, Italië, Oostenrijk en Kroatië dalende trends meldden. In de Europese Unie als geheel namen aan cocaïne gerelateerde delicten over dezelfde periode met ongeveer 39 % toe, maar vertoonden een afvlakking in de laatste twee jaar ⁽³⁴⁾.

In 2009 daalde het aantal heroïnegerelateerde delicten licht. Het EU-cijfer voor dergelijke delicten steeg met

⁽²⁹⁾ Zie figuur DLO-1 en tabel DLO-1 in het Statistical Bulletin 2011.
⁽³⁰⁾ Zie tabel DLO-2 in het Statistical Bulletin 2011.
⁽³¹⁾ Zie figuur DLO-1 en tabel DLO-5 in het Statistical Bulletin 2011.
⁽³²⁾ Zie tabel DLO-3 in het Statistical Bulletin 2011.
⁽³³⁾ Zie figuur DLO-3 en tabel DLO-6 in het Statistical Bulletin 2011.
⁽³⁴⁾ Zie figuur DLO-3 en tabel DLO-8 in het Statistical Bulletin 2011.

22 % van 2004 tot 2009. Het aantal heroïnegerelateerde delicten is in 11 rapporterende landen toegenomen, terwijl over dezelfde periode een daling werd gemeld in Bulgarije, Duitsland, Malta, Nederland en Oostenrijk ⁽³⁵⁾.

Het aantal gemelde delicten in de Europese Unie die verband houden met amfetaminen is in 2009 licht gedaald, al liet de algemene trend sinds 2004 een totale geschatte toename zien van 16 %. Het aantal ecstasygerelateerde delicten daarentegen halveerde in dezelfde periode (een afname van 54 %).

Gezondheids- en sociale maatregelen voor drugsgebruikers in gevangenissen

In de Europese Unie varieert het aandeel van de gevangenen veroordeeld voor drugsdelicten van 3 tot 53 %, waarbij de helft van de rapporterende landen percentages meldt tussen 9 en 25 % ⁽³⁶⁾. Deze cijfers zijn exclusief degenen die veroordeeld zijn voor vermogensdelicten gepleegd om hun drugsverslaving in stand te houden, of andere drugsgerelateerde delicten.

Drugsgebruik onder gevangenispopulaties

De methoden die worden gebruikt in studies naar het drugsgebruik in gevangenissen zijn nog steeds onvoldoende gestandaardiseerd (Carpentier et al., 2011). Uit onderzoek blijkt niettemin dat drugsgebruik vaker voorkomt onder gevangenen dan onder de algehele bevolking. Uit gegevens afkomstig van een aantal sinds 2006 uitgevoerde onderzoeken blijkt dat er grote verschillen zijn in de prevalentie van drugsgebruik onder gevangenen: „ooit“-gebruik van een drug voorafgaand aan de gevangenneming werd in een aantal landen door slechts 8 % van de respondenten gemeld en in andere landen door wel 65 %. Onderzoek geeft ook aan dat de schadelijkste vormen van drugsgebruik bij gevangenen mogelijk vaker voorkomen. Van de geënquêteerden verklaarde 5 tot 31 % ooit drugs te hebben geïnjecteerd ⁽³⁷⁾.

Wanneer drugsgebruikers de gevangenis in gaan, verminderen de meesten hun gebruik of stoppen er helemaal mee, hoofdzakelijk omdat drugs er moeilijk te krijgen zijn. Erkend wordt evenwel dat drugs tot in de meeste gevangenissen doordringen, ondanks alle aanvoerbepalende maatregelen. Uit studies die sinds 2006 zijn uitgevoerd, is gebleken dat 1 tot 51 % van de gevangenen drugs gebruikt in de gevangenis. De drug die

het meest door gevangenen wordt gebruikt, is cannabis, doorgaans gevolgd door cocaïne en heroïne ⁽³⁸⁾. De gevangenis kan een setting zijn voor inwijding in drugsgebruik of in schadelijker vormen van gebruik. Zo bleek uit een Belgisch onderzoek uitgevoerd in 2008 dat meer dan een derde van drugsgebruikende gedetineerden tijdens detentie met een nieuwe drug was begonnen, waarbij heroïne het vaakst werd genoemd (Todts et al., 2009). Gevangenen die drugs injecteren, delen hun materiaal vaker met anderen dan gebruikers buiten de gevangenis, wat het risico van de potentiële verspreiding van infectieziekten onder gevangenispopulaties vergroot.

Hiv en virale hepatitis bij injecterende drugsgebruikers in de gevangenis

Gegevens over hiv-infectie onder injecterende drugsgebruikers in de gevangenis zijn schaars in Europa. Ze zijn met name niet beschikbaar voor de landen die de hoogste prevalentie van aan injecterend drugsgebruik gerelateerde infecties melden. In het algemeen kunnen er in de acht landen die sinds 2004 gegevens aanleveren (Bulgarije, Tsjechië, Spanje, Hongarije, Malta, Finland, Zweden, Kroatië) ⁽³⁹⁾ geen grote verschillen worden waargenomen in de hiv-prevalentie tussen injecterende drugsgebruikers in de gevangenis en die in andere settings in het land, hoewel dit mogelijk voor een deel te wijten is aan de beperkingen van de gegevens. Hiv-prevalentie onder injecterende drugsgebruikers in gevangenissen was meestal laag (0-7,7 %) in zeven landen, terwijl Spanje een prevalentie meldde van 39,7 %. Gegevens over de prevalentie van het hepatitis C-virus (hcv) onder injecterende drugsgebruikers in de gevangenis zijn afkomstig van acht landen, waar dit cijfer varieerde van 11,5 % (Hongarije) tot 90,7 % (Luxemburg). In Tsjechië, Luxemburg en Malta lijkt hcv meer voor te komen onder in de gevangenis geteste injecterende gebruikers dan onder elders geteste gebruikers. Gegevens over hbv-infectie (hepatitis B-oppervlakteantigeen) onder injecterende drugsgebruikers in de gevangenis zijn voor vier landen beschikbaar: Bulgarije (11,6 % in 2006), Tsjechië (15,1 % in 2010), Hongarije (0 % in 2009) en Kroatië (0,5 % in 2007).

Gezondheidszorg in Europese gevangenissen

Met name gevangenen met een voorgeschiedenis van injecterend drugsgebruik hebben vaak behoefte aan meervoudige en complexe vormen van gezondheidszorg, die een multidisciplinaire aanpak en gespecialiseerde

⁽³⁵⁾ Zie figuur DLO-3 en tabel DLO-7 in het Statistical Bulletin 2011.

⁽³⁶⁾ Op 1 september 2009 zaten er meer dan 640 000 mensen in strafinstellingen in de Europese Unie. Gegevens over gevangenisstatistieken in Europa zijn verkrijgbaar bij de Raad van Europa.

⁽³⁷⁾ Zie tabellen DUP-1, DUP-2 en DUP-105 in het Statistical Bulletin 2011.

⁽³⁸⁾ Zie tabellen DUP-3 en DUP-105 in het Statistical Bulletin 2011.

⁽³⁹⁾ Zie tabel INF-117 in het Statistical Bulletin 2011 en de nationale Reitox-verslagen van Malta (2005) en Tsjechië (2010).

medische zorg nodig maken. Gevangenen hebben recht op toegang tot de gangbare medische zorg in het land zonder onderscheid op basis van hun wettelijke situatie ⁽⁴⁰⁾ en de gezondheidsdiensten van gevangenis worden geacht drugsgerelateerde problemen te kunnen behandelen onder omstandigheden die vergelijkbaar zijn met die buiten de gevangenis (CPT, 2006). Hoewel dit algemene gelijkwaardigheidsbeginsel door de Europese Unie wordt erkend in de aanbeveling van de Raad van 18 juni 2003 betreffende de preventie en beperking van gezondheidsschade die samenhangt met drugsverslaving ⁽⁴¹⁾, en het huidige EU-drugsactieplan (2009-2012) om de uitvoering ervan vraagt, blijft de levering van diensten in gevangenis vaak achter bij die daarbuiten.

Hulp aan drugsgebruikers in de gevangenis

Er kunnen allerlei diensten met betrekking tot drugsgebruik en de daarmee samenhangende problemen worden geleverd in Europese gevangenis. Deze betreffen onder meer informatie over drugs en gezondheid, geneeskundige zorg voor infectieziekten, detoxificatie en behandeling voor drugsverslaving in combinatie met psychosociale hulp, schadebeperkende maatregelen en voorbereiding op vrijlating ⁽⁴²⁾.

De meeste landen hebben overkoepelende samenwerkingsverbanden tussen de gezondheidsdiensten in de gevangenis en zorgverleners in de gemeenschap, met inbegrip van niet-overheidsorganisaties, voor het geven van gezondheidsvoorlichting en behandeling in de gevangenis en waarborging van zorgcontinuïteit bij vrijlating. Verscheidene Europese landen zijn een

stap verder gegaan en hebben gezondheidszorg in gevangenis onder de verantwoordelijkheid van het Ministerie van Volksgezondheid ondergebracht of hebben de levering van gezondheidszorg georganiseerd via publieke gezondheidszorgdiensten, teneinde gezondheidsongelijkheid te verminderen. Pioniers in dit opzicht waren Noorwegen en Frankrijk, gevolgd door Zweden, Italië, Engeland en Wales, en Slovenië. In Schotland en Spanje is deze hervorming op dit moment gaande.

Substitutiebehandeling voor opioïden wordt steeds meer geaccepteerd in de gemeenschap, maar de acceptatie ervan in de gevangenisinstellingen geschiedt traag en het bereik varieert sterk ⁽⁴³⁾. In 2009 konden drugsgebruikers in zes EU-landen (Estland, Griekenland, Cyprus, Letland, Litouwen, Slowakije) die substitutietherapie kregen, deze behandeling niet voortzetten na hun arrestatie. Continuïteit en coherentie van verslavingszorg in de gemeenschap en de gevangenis en vice versa is vooral belangrijk gezien de hoge percentages voor overdoses na vrijlating (Merrall et al., 2010).

Hepatitis C onder gevangenispopulaties is een groeiend probleem voor de volksgezondheid in Europa, en er wordt melding gemaakt van specifieke screeningsprogramma's door België, Bulgarije, Frankrijk, enkele Duitse deelstaten, Litouwen, Luxemburg, Hongarije en Finland. Ondanks het belang van opsporing van deze infecties bij binnenkomst in de gevangenis (Sutton et al., 2006) en de gedocumenteerde kosteneffectiviteit van het geven van hcv-behandeling in de gevangenis (Tan et al., 2008), wordt een groot aantal gevangenis niet getest en niet behandeld.

⁽⁴⁰⁾ VN-Algemene Vergadering, resolutie A/RES/45/111, Basisbeginselen voor de behandeling van gevangenis (online te raadplegen).

⁽⁴¹⁾ PB L 165 van 3.7.2003, blz. 31.

⁽⁴²⁾ Zie tabel HSR-7 in het Statistical Bulletin 2011.

⁽⁴³⁾ Zie tabel HSR-9 in het Statistical Bulletin 2011.



Hoofdstuk 3

Cannabis

Inleiding

Cannabis is de meest beschikbare drug in Europa, waar het zowel wordt geïmporteerd als lokaal geproduceerd. In de meeste Europese landen is het cannabisgebruik in de jaren negentig van de vorige eeuw en het begin van deze eeuw toegenomen. Europa gaat nu mogelijk een nieuwe fase in, aangezien gegevens uit onderzoeken onder de algemene bevolking en op scholen in veel landen op een zich stabiliserende of zelfs dalende trend in het cannabisgebruik wijzen. Het gebruiksniveau blijft naar historische standaarden echter hoog. In de afgelopen paar jaar is er ook sprake geweest van een toenemend inzicht in de implicaties voor de volksgezondheid van het langdurige en wijdverbreide gebruik van deze drug en van een toenemende vraag naar behandeling voor aan cannabisgebruik gerelateerde problemen. Wat een effectieve respons op het cannabisgebruik is, blijft dan ook een belangrijke vraag in het Europese debat over drugs.

Aanvoer en beschikbaarheid

Productie en drugshandel

Cannabis kan onder allerlei verschillende omstandigheden worden geteeld en groeit in vele delen van de wereld in het wild. Naar schatting wordt cannabis geteeld in 172 landen en gebieden (UNODC, 2009). Dat het lastig is om nauwkeurige cijfers te verkrijgen voor de wereldwijde cannabisproductie wordt erkend in de laatste schattingen van de UNODC van de totale productie voor 2008 van 13 300 tot 66 100 ton cannabisbladeren en 2 200 tot 9 900 ton cannabisbark.

Cannabisteelt komt in Europa wijdverbreid voor en lijkt alleen maar toe te nemen. Alle 29 Europese landen die aan de EWDD informatie verstrekken, melden binnenlandse cannabisteelt, hoewel de schaal en de aard van het verschijnsel aanzienlijk lijkt te verschillen. Toch is een groot deel van de in Europa gebruikte

Tabel 3: Vangsten, prijs en sterkte van cannabisbladeren en -bark

	Cannabisbark	Cannabisbladeren	Cannabisplanten ⁽¹⁾
Onderschepte hoeveelheid wereldwijd (ton)	1 261	6 022	n.b.
Onderschepte hoeveelheid (ton) EU en Noorwegen (incl. Kroatië en Turkije)	584 (594)	57 (99)	1,4 miljoen planten en 42 ton (1,4 miljoen planten en 42 ton) ⁽²⁾
Aantal vangsten EU en Noorwegen (incl. Kroatië en Turkije)	400 000 (405 000)	324 000 (354 000)	25 000 (25 100)
Gemiddelde straatwaarde (EUR/gram) Spreiding (interkwartielafstand) ⁽³⁾	3-19 (6,8-10,2)	2-70 (6,3-10,9)	n.b. n.b.
Gemiddelde sterkte (THC-gehalte %) Spreiding (interkwartielafstand) ⁽³⁾	3-17 (4,3-11,5)	1-15 (4,4-8,9)	n.b. n.b.

⁽¹⁾ Landen melden de in beslag genomen hoeveelheid als het aantal planten of als gewicht; de totalen voor beide hoeveelheden worden hier weergegeven.

⁽²⁾ De totale in 2009 in beslag genomen hoeveelheid cannabisplanten wordt waarschijnlijk onderschat, wat grotendeels te wijten is aan het ontbreken van recente gegevens voor Nederland, een land dat tot 2007 relatief grote in beslag genomen hoeveelheden meldde. Zonder gegevens voor 2008 en 2009 kunnen de waarden voor Nederland niet in de Europese schattingen voor 2009 worden opgenomen.

⁽³⁾ Spreiding van de middelste helft van de gerapporteerde gegevens.

NB: alle gegevens voor 2009; n.b., niet beschikbaar.

Bronnen: UNODC (2011b) voor de mondiale waarden en de nationale focal points van het Reitox-netwerk voor de Europese gegevens.

cannabis wellicht afkomstig van intraregionale handel. De International Narcotics Control Board (2011b) noemde Albanië, Bulgarije, de voormalige Joegoslavische Republiek Macedonië, Moldavië, Montenegro en Servië, alsmede Oekraïne als bronnen van de cannabis die in Midden- en Oost-Europa wordt gebruikt.

Cannabisbladeren in Europa worden ook geïmporteerd, vooral uit Afrika (bijv. Ghana, Zuid-Afrika, Egypte) en minder vaak vanuit de Amerika's (met name de eilanden in het Caribisch gebied), het Midden-Oosten (Libanon) en Azië (Thailand).

Een recente enquête duidt erop dat Afghanistan Marokko heeft verdrongen als grootste producent van cannabisbushars. De productie van cannabisbushars in Afghanistan wordt geschat op 1 200 tot 3 700 ton per jaar (UNODC, 2011). Hoewel een deel van de in Afghanistan geproduceerde cannabisbushars in Europa wordt verkocht, blijft Marokko waarschijnlijk Europa's belangrijkste leverancier van deze drug. Cannabisbushars uit Marokko wordt doorgaans Europa binnengesmokkeld via het Iberisch schiereiland, met Nederland en België als secundair distributie- en opslagcentrum (Europol, 2011).

Vangsten

In 2009 werd er naar schatting wereldwijd 6 022 ton cannabisbladeren en 1 261 ton cannabisbushars in beslag genomen (tabel 3), een algehele daling met ongeveer 11 % ten opzichte van het voorgaande jaar. Noord-Amerika bleef verantwoordelijk voor het grootste deel van de geconfisqueerde cannabisbladeren (70 %), terwijl in West- en Midden-Europa (48 %) nog altijd de meeste partijen cannabisbushars in beslag worden genomen (UNODC, 2011).

In Europa zijn in 2009 naar schatting 354 000 vangsten van cannabisbladeren gedaan, met een totaal gewicht van een geschatte 99 ton, waarvan meer dan een derde in Turkije (42 ton), een recordhoeveelheid; daarnaast zijn er recordvangsten gemeld door Griekenland (7 ton) en Portugal (5 ton) ⁽⁴⁴⁾. Tussen 2004 en 2009 is het totale aantal vangsten verdubbeld en ook de hoeveelheid in beslag genomen cannabisbladeren is gestegen. Sinds 2005 is het Verenigd Koninkrijk verantwoordelijk voor ongeveer de helft van het totale aantal vangsten, met een minimum van ongeveer 20 ton per jaar.

De vangsten van cannabisbushars in Europa overtroffen die van cannabisbladeren nog steeds, zowel in aantal als

in hoeveelheid, hoewel het verschil kleiner wordt ⁽⁴⁵⁾. In 2009 werden ongeveer 405 000 vangsten van cannabisbushars gedaan, resulterend in een onderschepte hoeveelheid van 594 ton van de drug, zes keer de onderschepte hoeveelheid cannabisbladeren. Tussen 2004 en 2009 nam het aantal vangsten van cannabisbushars gestaag toe, terwijl de totale onderschepte hoeveelheid afnam na een piek van 1 080 ton in 2004. In 2009 meldde Spanje, net als in andere jaren, ongeveer de helft van het totale aantal vangsten van cannabisbushars en ongeveer driekwart van de onderschepte hoeveelheid.

Het aantal vangsten van cannabisplanten is sinds 2004 gestaag toegenomen, tot naar schatting 25 100 gevallen in 2009. De landen rapporteren de onderschepte hoeveelheid als een raming van het aantal in beslag genomen planten of per gewicht. Vangsten gemeld als het aantal planten namen in Europa toe van 1,7 miljoen in 2004 tot ca. 2,5 miljoen in 2005-2007 ⁽⁴⁶⁾. De beschikbare gegevens kunnen wijzen op een afname op Europees niveau in 2008, maar de huidige trends voor gemelde aantallen in beslag genomen cannabisplanten kunnen niet worden uitgezet vanwege ontbreken van recente gegevens uit Nederland, een land dat van oudsher grote hoeveelheden meldt. Sinds 2004 is het gemelde gewicht van in beslag genomen planten meer dan verdrievoudigd, tot 42 ton in 2009, nog steeds grotendeels voor rekening van Spanje (29 ton) en Bulgarije (10 ton).

Sterkte en prijs

De sterkte van cannabisproducten wordt bepaald door hun gehalte aan delta-9-tetrahydrocannabinol (THC), het belangrijkste werkzame bestanddeel. De sterkte van cannabis varieert sterk tussen en binnen landen, tussen verschillende cannabisproducten en tussen genetische variëteiten. Informatie over de sterkte van cannabis wordt grotendeels gebaseerd op forensische analyse van in beslag genomen cannabis, op basis van monsters. De mate waarin de geanalyseerde monsters een weerspiegeling vormen van de totale markt is onduidelijk en daarom moeten gegevens over de sterkte met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

In 2009 varieerde het gemelde gemiddelde THC-gehalte van cannabisbushars van 3 tot 17 %. De gemiddelde sterkte van cannabisbladeren (inclusief sinsemilla — het type cannabisbladeren met de hoogste sterkte) varieerde van 1 tot 15 %. De gemiddelde sterkte van sinsemilla

⁽⁴⁴⁾ De gegevens over Europese drugsvangsten die in dit hoofdstuk worden genoemd, zijn te vinden in tabellen SZR-1 tot en met SZR-6 in het Statistical Bulletin 2011.

⁽⁴⁵⁾ Door verschillen in de omvang van zendingen en in de reisafstand, en door het feit dat internationale grenzen moeten worden overgestoken, is voor cannabisbushars het risico op inbeslagname groter dan voor binnenlands geproduceerde cannabisbladeren.

⁽⁴⁶⁾ De analyse omvat niet de door Turkije gemelde vangsten van 20,4 miljoen cannabisplanten in 2004, aangezien gegevens over onderschepte vangsten niet voor opeenvolgende jaren beschikbaar zijn.

werd maar door drie landen gemeld: 2 % in Roemenië, 11 % in Duitsland en 15 % in Nederland. In de periode 2004-2009 is de gemiddelde sterkte van cannabisbushars in de 15 landen die voldoende gegevens verstrekten, uiteen gaan lopen. In tien rapporterende landen bleef de sterkte van cannabisbladeren betrekkelijk stabiel of nam af, maar nam deze toe in Tsjechië, Estland, Nederland en Slowakije. Trendgegevens over de sterkte van lokaal geproduceerde cannabisbladeren zijn uitsluitend beschikbaar voor Nederland, waar in de gemiddelde sterkte van „nederwiet” een daling werd waargenomen: van een piek van 20 % in 2004 naar 15 % in 2009 ⁽⁴⁷⁾.

De gemiddelde straatwaarde van cannabisbushars varieerde in 2009 van 3 tot 19 EUR per gram in de 18 landen die prijsgegevens hebben verstrekt, waarbij in 12 landen de prijs lag tussen 7 en 10 EUR. De gemiddelde straatwaarde van cannabisbladeren varieerde van 2 tot 70 EUR per gram in de 20 landen die hierover hebben gerapporteerd, waarbij 12 hiervan prijzen meldden tussen 5 en 10 EURO. In de periode 2004-2009 bleef de gemiddelde straatwaarde voor zowel cannabisbushars als cannabisbladeren stabiel of steeg in de meeste van de 18 landen die gegevens verstrekten, met uitzondering van Letland, Hongarije en Polen, waar de prijs van cannabisbushars daalde.

Prevalentie en gebruikspatronen

Cannabisgebruik in de algehele populatie

Volgens conservatieve ramingen hebben ongeveer 78 miljoen Europeanen ten minste één keer (prevalentie „ooit”-gebruik) cannabis gebruikt; dit is meer dan één op de vijf personen van 15 tot 64 jaar (zie tabel 4 voor een samenvatting van de gegevens). Er bestaan aanzienlijke verschillen tussen de landen, waarbij de nationale prevalentiecijfers variëren van 1,5 tot 32,5 %. In de meeste landen variëren de prevalentieschattingen van 10 tot 30 % van alle volwassenen.

Naar schatting hebben 22,5 miljoen Europeanen in het afgelopen jaar cannabis gebruikt, of gemiddeld 6,7 % van alle personen in de leeftijd van 15 tot 64 jaar. Schattingen van de prevalentie van gebruik in de afgelopen maand omvatten degenen die de drug regelmatig gebruiken, maar niet noodzakelijkerwijs dagelijks of intensief. Naar schatting gebruikten ongeveer 12 miljoen Europeanen de drug in de afgelopen maand,

een gemiddelde van ongeveer 3,6 % van alle personen van 15 tot 64 jaar.

Cannabisgebruik onder jongvolwassenen

Het cannabisgebruik betreft voornamelijk jongeren (15-34 jaar), waarbij de hoogste prevalentie van gebruik in het afgelopen jaar doorgaans wordt gemeld onder jongeren van 15 tot 24 jaar. Dit geldt voor alle rapporterende landen, met uitzondering van Cyprus en Portugal ⁽⁴⁸⁾.

Bevolkingsenquêtes duiden erop dat gemiddeld 32,0 % van de Europese jongvolwassenen (15-34 jaar) ooit cannabis heeft gebruikt, terwijl 12,1 % de drug in het afgelopen jaar heeft gebruikt en 6,6 % in de afgelopen maand. Nog meer Europeanen in de leeftijdsgroep van 15-24 jaar zouden naar schatting cannabis hebben gebruikt in het afgelopen jaar (15,2 %) of de afgelopen maand (8,0 %). Nationale prevalentieschattingen voor het cannabisgebruik variëren sterk tussen landen voor alle maten voor prevalentie. Zo zijn de schattingen voor de prevalentie van het gebruik in het afgelopen jaar onder jongvolwassenen in landen aan de bovenkant van de schaal meer dan 20 keer hoger dan die van de landen met de laagste prevalentie.

Het cannabisgebruik is in het algemeen hoger onder mannen dan onder vrouwen; zo varieert de verhouding mannen/vrouwen onder jongvolwassenen die in het afgelopen jaar cannabisgebruik meldden, van iets meer dan 6:1 in Portugal tot iets minder dan gelijk in Noorwegen ⁽⁴⁹⁾.

Internationale vergelijkingen

Cijfers uit Australië, Canada en de Verenigde Staten voor het „ooit”-gebruik en het gebruik van cannabis in het afgelopen jaar onder jongvolwassenen zijn alle hoger dan de Europese gemiddelden, respectievelijk 32,0 en 12,1 %. Zo is de prevalentie van het „ooit”-gebruik van cannabis onder jongvolwassenen in Canada (2009) 48,4 % en de prevalentie van het gebruik in het afgelopen jaar 21,6 %. In de Verenigde Staten schatte Samhsa (2010) de prevalentie van het „ooit”-gebruik van cannabis op 51,6 % (16-34 jaar, herberekend door het EWDD) en de prevalentie van het gebruik in het afgelopen jaar op 24,1 %, terwijl in Australië (2007) de cijfers voor 14- tot 39-jarigen 46,7 en 16,2 % waren. Onder 15- tot 16-jarige scholieren meldt een klein aantal Europese landen (Tsjechië, Spanje, Frankrijk, Slowakije) cijfers voor de prevalentie van het „ooit”-gebruik van cannabis

⁽⁴⁷⁾ Zie tabellen PPP-1 en PPP-5 in het Statistical Bulletin 2011 voor gegevens over sterkte en prijzen. Voor definities van cannabisproducten, zie de online verklarende woordenlijst.

⁽⁴⁸⁾ Zie figuur GPS-1 in het Statistical Bulletin 2011.

⁽⁴⁹⁾ Zie tabel GPS-5 (deel iii) en (deel iv) in het Statistical Bulletin 2011.

Tabel 4: Prevalentie van cannabisgebruik in de algehele bevolking – Overzicht van de gegevens

Leeftijdsgroep	Tijdsbestek van gebruik		
	„ooit“-gebruik	Afgelopen jaar	Afgelopen maand
15-64 jaar			
Geschat aantal gebruikers in Europa	78 miljoen	22,5 miljoen	12 miljoen
Europees gemiddelde	23,2 %	6,7 %	3,6 %
Spreiding	1,5-32,5 %	0,4-14,3 %	0,1-7,6 %
Landen met de laagste prevalentie	Roemenië (1,5 %) Malta (3,5 %) Bulgarije (7,3 %) Hongarije (8,5 %)	Roemenië (0,4 %) Malta (0,8 %) Griekenland (1,7 %) Hongarije (2,3 %)	Roemenië (0,1 %) Malta (0,5 %) Griekenland, Polen (0,9 %) Zweden (1,0 %)
Landen met de hoogste prevalentie	Denemarken (32,5 %) Spanje (32,1 %) Italië (32,0 %) Frankrijk, Verenigd Koninkrijk (30,6 %)	Italië (14,3 %) Tsjechië (11,1 %) Spanje (10,6 %) Frankrijk (8,6 %)	Spanje (7,6 %) Italië (6,9 %) Frankrijk (4,8 %) Tsjechië (4,1 %)
15-34 jaar			
Geschat aantal gebruikers in Europa	42 miljoen	16 miljoen	9 miljoen
Europees gemiddelde	32,0 %	12,1 %	6,6 %
Spreiding	2,9-45,5 %	0,9-21,6 %	0,3-14,1 %
Landen met de laagste prevalentie	Roemenië (2,9 %) Malta (4,8 %) Griekenland (10,8 %) Bulgarije (14,3 %)	Roemenië (0,9 %) Malta (1,9 %) Griekenland (3,2 %) Polen (5,3 %)	Roemenië (0,3 %) Griekenland (1,5 %) Polen (1,9 %) Zweden, Noorwegen (2,1 %)
Landen met de hoogste prevalentie	Tsjechië (45,5 %) Denemarken (44,5 %) Frankrijk (43,6 %) Spanje (42,4 %)	Tsjechië (21,6 %) Italië (20,3 %) Spanje (19,4 %) Frankrijk (16,7 %)	Spanje (14,1 %) Italië (9,9 %) Frankrijk (9,8 %) Tsjechië (8,6 %)
15-24 jaar			
Geschat aantal gebruikers in Europa	19 miljoen	9,5 miljoen	5 miljoen
Europees gemiddelde	30,0 %	15,2 %	8,0 %
Spreiding	3,7-53,8 %	1,5-29,5 %	0,5-17,2 %
Landen met de laagste prevalentie	Roemenië (3,7 %) Malta (4,9 %) Griekenland (9,0 %) Cyprus (14,4 %)	Roemenië (1,5 %) Griekenland (3,6 %) Portugal (6,6 %) Slovenië, Zweden (7,3 %)	Roemenië (0,5 %) Griekenland (1,2 %) Zweden (2,2 %) Noorwegen (2,3 %)
Landen met de hoogste prevalentie	Tsjechië (53,8 %) Frankrijk (42,0 %) Spanje (39,1 %) Denemarken (38,0 %)	Tsjechië (29,5 %) Spanje (23,9 %) Italië (22,3 %) Frankrijk (21,7 %)	Spanje (17,2 %) Frankrijk (12,7 %) Tsjechië (11,6 %) Italië (11,0 %)
Europese schattingen worden berekend uitgaande van nationale prevalentieschattingen gewogen op basis van de populatie van de relevante leeftijdsgroep in elk land. Om schattingen van het totale aantal gebruikers in Europa te verkrijgen, wordt het EU-gemiddelde toegepast voor landen waarvoor geen prevalentiegegevens beschikbaar zijn (die niet meer dan 3 % van het doelpopulatie vertegenwoordigen). Populaties gebruikt als basis: 15-64, 336 miljoen; 15-34, 132 miljoen; 15-24, 63 miljoen. Aangezien de Europese schattingen worden gebaseerd op tussen 2001 en 2009/2010 uitgevoerde enquêtes (vooral 2004-2008), hebben ze niet betrekking op een enkel jaar. De gegevens die hier worden samengevat, zijn beschikbaar onder „Algemene bevolkingsonderzoeken” in het Statistical Bulletin 2011.			

die vergelijkbaar zijn met die gemeld in Australië en de Verenigde Staten.

Cannabisgebruik onder scholieren

De ESPAD-enquête, die eens per vier jaar wordt uitgevoerd, levert vergelijkbare gegevens op over het alcohol- en drugsgebruik onder 15- tot 16-jarige scholieren in Europa (Hibell et al., 2009). In 2007 werd de enquête uitgevoerd in 25 EU-lidstaten, Noorwegen en Kroatië. Daarnaast werden in 2009-2010 nationale

schoolenquêtes uitgevoerd door Italië, Slowakije, Zweden en het Verenigd Koninkrijk.

De gegevens van de in 2007 uitgevoerde ESPAD-enquête en de in 2009-2010 uitgevoerde nationale schoolenquêtes laten zien dat het „ooit“-gebruik van cannabis onder 15- tot 16-jarige scholieren in Tsjechië (45 %) het hoogst is, terwijl Estland, Spanje, Frankrijk, Nederland, Slowakije en het Verenigd Koninkrijk prevalentieniveaus melden variërend van 26 tot 33 %. Prevalentieniveaus voor het „ooit“-gebruik van cannabis van 13 tot 25 % worden door

15 landen gerapporteerd. De laagste percentages (minder dan 10 %) worden gemeld in Griekenland, Cyprus, Roemenië, Finland, Zweden en Noorwegen.

Het verschil tussen mannen en vrouwen wat betreft het cannabisgebruik is onder scholieren minder opvallend dan onder jongvolwassenen. De verhouding man/vrouw voor cannabisgebruik onder scholieren varieert van vrijwel gelijk in Spanje en het Verenigd Koninkrijk tot 2:1 of hoger in Cyprus, Griekenland, Polen en Roemenië ⁽⁵⁰⁾.

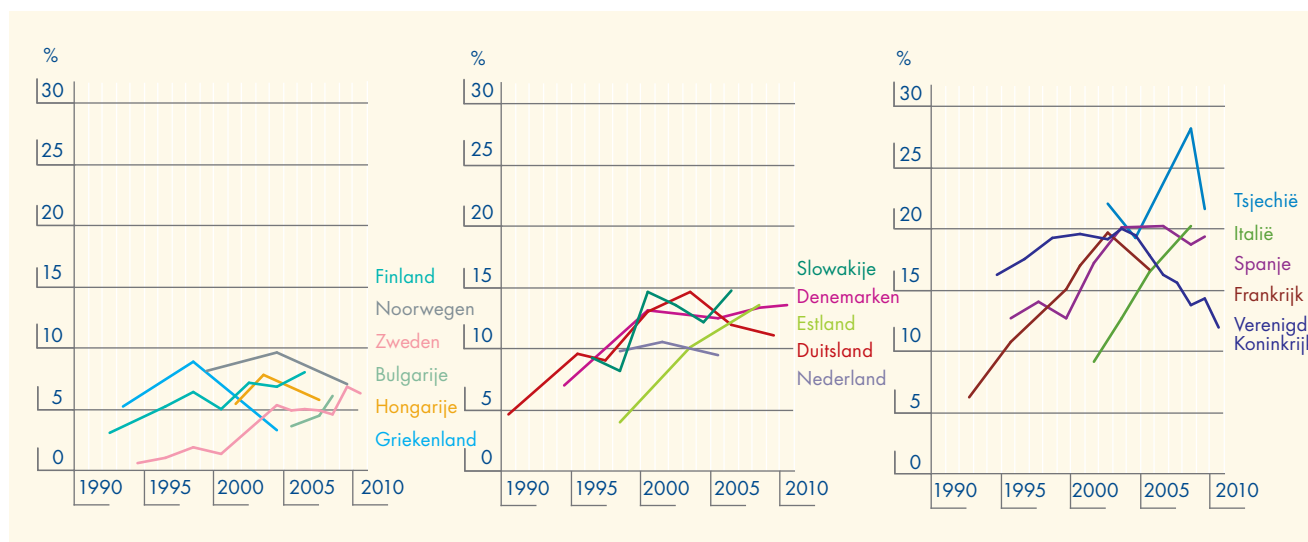
Trends in cannabisgebruik

Eind vorige eeuw en begin deze eeuw meldden veel Europese landen toenames in het cannabisgebruik, zowel in algemeen bevolkingsonderzoek als in schoolenquêtes. Sinds die tijd is het Europese beeld complexer geworden. Een groot aantal landen meldt dat het cannabisgebruik zich stabiliseert of zelfs afneemt, terwijl een klein aantal landen (Bulgarije, Estland, Finland, Zweden) mogelijk een toename waarneemt. Hoewel vrijwel alle Europese landen in de afgelopen jaren algemene bevolkingsonderzoeken hebben uitgevoerd, hebben slechts zestien landen voldoende gegevens verstrekt om trends in cannabisgebruik over een langere periode te analyseren.

Trends in deze zestien landen kunnen worden gegroepeerd naar prevalentieniveau (figuur 5). Om te beginnen heeft een groep van zes landen

(Bulgarije, Griekenland, Hongarije, Finland, Zweden, Noorwegen), voornamelijk gelegen in het noorden en zuidoosten van Europa, altijd een lage prevalentie van het cannabisgebruik voor het afgelopen jaar gemeld onder 15- tot 34-jarigen, met niveaus niet hoger dan 10 %. Verder meldt een groep van vijf landen (Denemarken, Duitsland, Estland, Nederland, Slowakije), gelegen in verschillende delen van Europa, hogere prevalentieniveaus, maar in hun laatste enquête niet hoger dan 15 %. Alle landen in deze groep, met uitzondering van Nederland, meldden een opvallende toename van het cannabisgebruik in de jaren negentig van de vorige eeuw en het begin van deze eeuw. Met uitzondering van Estland meldde deze groep een steeds stabielere trend in het daaropvolgende decennium. Tot slot is er een groep van vijf landen die alle, ergens in de afgelopen 10 jaar, het hoogste niveau van cannabisgebruik in Europa hebben bereikt, met een gebruik in het afgelopen jaar onder jongvolwassenen van 20 % en hoger. Dit zijn landen in het zuiden en westen van Europa (Frankrijk, Spanje, Italië, Verenigd Koninkrijk) en Tsjechië. In deze groep kunnen de trends uiteenlopen. Hoewel het Verenigd Koninkrijk en, in mindere mate, Frankrijk een afname hebben gemeld in hun recentste enquêtes, maakt Spanje melding van een betrekkelijk stabiele situatie sinds 2003. Alle drie de landen hadden in de jaren negentig van de vorige eeuw een toename in het cannabisgebruik gemeld. Italië en Tsjechië hebben beide toenames gemeld,

Figuur 5: Trends in de prevalentie van het afgelopen jaar voor cannabisgebruik onder jongvolwassenen (15-34 jaar), in landen met drie enquêtes of meer en gegroepeerd volgens het hoogste prevalentieniveau (lager dan 10 %, 10-15 %, hoger dan 15 %)



NB: Tsjechië onderzoekt de oorzaken van de grote variabiliteit in de resultaten van de enquête, die voor een deel gerelateerd lijken aan veranderingen in de methodiek. De gegevens worden ter informatie verstrekt, maar vergelijkingen moeten met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Zie voor meer informatie figuur GPS-4 in het Statistical Bulletin 2011.

Bron: nationale Reitox-verslagen (2010), gebaseerd op bevolkingsenquêtes, verslagen of wetenschappelijke artikelen.

⁽⁵⁰⁾ Zie tabel EYE-20 (deel ii) en (deel iii) in het Statistical Bulletin 2011.

gevolgd door afnamen in recente jaren. Door verschillen in enquêtemethoden en responspercentages kunnen de recentste trends in deze twee landen echter nog niet worden bevestigd.

Hierbij moet worden gewezen op het speciale geval van het Verenigd Koninkrijk, waar jaarlijks enquêtes worden uitgevoerd. Na een voorgeschiedenis van de hoogste niveaus van cannabisgebruik in Europa aan het begin van deze eeuw, daalde in 2010 voor het eerst sinds het begin van de monitoring in de EU de prevalentie van het cannabisgebruik in het afgelopen jaar tot onder het EU-gemiddelde.

De geregistreerde stabilisatie of afname in het cannabisgebruik verwijst naar het gebruik in het afgelopen jaar, inclusief recreatieve gebruikspatronen. Het is echter niet duidelijk of het intensieve en langdurige gebruik ook zijn gestabiliseerd.

Vergelijkbare patronen werden binnen Europa gevonden voor de trendmatige ontwikkeling van cannabisgebruik onder scholieren tussen 1995 en 2007 (EWDD, 2009a). Zeven landen, voornamelijk gelegen in het noorden of zuiden van Europa, meldten in het algemeen stabiele en lage prevalentiecijfers voor het „ooit“-gebruik van cannabis gedurende de hele periode. In de meeste West-Europese landen, evenals in Slovenië en Kroatië (11 landen), waar tot 2003 sprake was van een hoge of sterk toenemende prevalentie van het „ooit“-gebruik van cannabis, werd in 2007 een afname of stabilisatie waargenomen. De meeste Midden- en Oost-Europese landen kennen een ander beeld, waarbij de tussen 1995 en 2003 waargenomen stijgende trend lijkt af te vlakken. In deze regio meldten tussen 2003 en 2007 zes landen een stabiele situatie en twee een stijging.

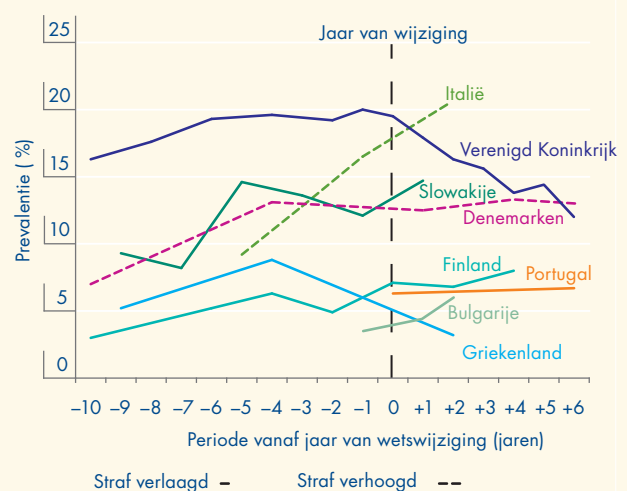
Nieuwe gegevens afkomstig van de laatste HBSC-scholenquêtes („Gezondheidsgedrag van schoolgaande kinderen“) wijzen in de meeste landen in de periode 2006-2010 ook op een algehele stabiele of dalende trend voor het drugsgebruik onder scholieren (15- tot 16-jarigen). Als afspiegeling van de trend onder volwassenen is in Engeland het „ooit“-gebruik van cannabis onder scholieren bijna gehalveerd van 40 % in 2002 tot 22 % in 2010. Ook in Duitsland is het „ooit“-gebruik van cannabis onder scholieren gehalveerd van 24 % in 2002 tot 11 % in 2010. In Tsjechië, Griekenland, Letland en Litouwen, Roemenië en Slovenië wordt sinds 2006 echter een stijging geregistreerd.

Trendgegevens over langdurig gebruik afkomstig van scholenquêtes in Australië en de Verenigde Staten wijzen tot 2009 eveneens op een dalende trend voor cannabisgebruik ⁽⁵¹⁾. De recentste Amerikaanse

Zoeken naar een relatie tussen straffen en cannabisgebruik

In de laatste tien jaar heeft een aantal Europese landen de drugswetgeving met betrekking tot cannabis gewijzigd, en een groot aantal hiervan beschikt over prevalentieschattingen voor het gebruik van de drug voor en na de wetswijziging. Aan de hand van een eenvoudige vergelijking voor en na met gebruikmaking van deze gegevens kan worden onderzocht of er in de jaren na de wetswijziging sprake is van een waarneembare verandering. Aangezien het cannabisgebruik zich concentreert in de jongere leeftijdsgroepen, werd de analyse uitgevoerd met gegevens voor de prevalentie onder 15- tot 34-jarigen. In de grafiek is de prevalentie voor cannabis in het afgelopen jaar uitgezet tegen de tijd, waarbij nul op de horizontale as het jaar van de wetswijziging weergeeft. Vanwege de verschillen tussen landen in het jaar waarin hun wetgeving werd gewijzigd en in de omvang van hun enquêtegegevens, beslaan de trendlijnen een verschillende tijdsduur.

Landen die de straffen voor het bezit van cannabis verhoogden, worden in de grafiek weergegeven met stippellijnen, en die welke de straf verlaagden met ononderbroken lijnen. Volgens de hypothese van de juridische impact, in zijn eenvoudigste vorm, zal een wijziging van de wet leiden tot een verandering in de prevalentie, waarbij hogere straffen resulteren in een afname van het drugsgebruik en lagere straffen tot een toename van het drugsgebruik. Op grond hiervan zouden na de wijziging de stippellijnen dalen en de ononderbroken lijnen stijgen. In deze periode van tien jaar kan voor de betreffende landen tussen wetswijzigingen en de prevalentie van cannabisgebruik echter geen enkelvoudige relatie worden waargenomen.



NB: Wetswijzigingen vonden plaats in 2001-2006; zie hoofdstuk 1 en het EWDD-overzicht inzake bezit.

⁽⁵¹⁾ Zie figuur EYE-1 (deel vi) in het Statistical Bulletin 2011.

schoolenquête, uitgevoerd in 2010, wijst echter op een mogelijke opleving van het cannabisgebruik, waarbij scholieren een hoger cannabisgebruik in het afgelopen jaar meldden en de drug minder afkeuren (Johnston et al., 2010). In de enquête van 2010 meldden 15- tot 16-jarige Amerikaanse scholieren voor sommige onderdelen een hoger gebruik van cannabis dan van sigaretten: 16,7 % had cannabis gebruikt in de afgelopen maand, terwijl slechts 13,6 % sigaretten had gerookt (Johnston et al., 2010).

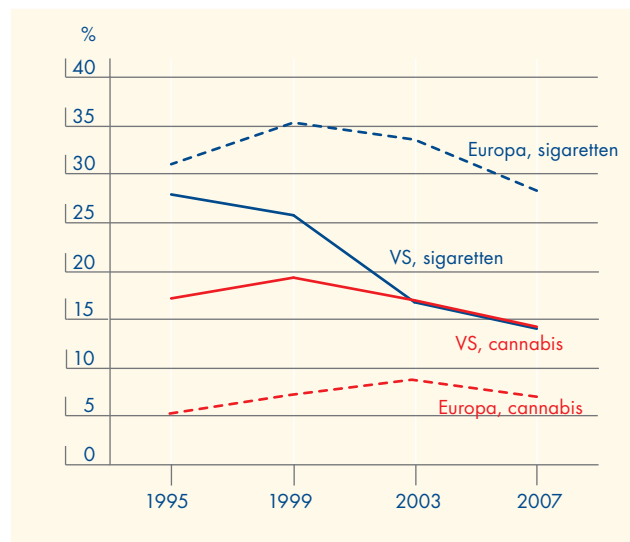
Het beeld onder scholieren in Europa is anders: de cijfers voor sigaretten roken in de afgelopen maand blijven aanzienlijk hoger dan voor cannabisgebruik. Tussen 2003 en 2007 meldden de ESPAD-schoolenquêtes in 23 EU-landen een algehele afname voor sigaretten roken in de afgelopen maand (van 33 naar 28 %) en een afname, of ten minste een stabilisatie, voor cannabisgebruik (van 9 naar 7 %) (figuur 6). In Europa, waar cannabis en tabak vaak worden vermengd om te worden gerookt, kan een afname van het roken van tabak enige invloed hebben op de trends voor cannabisgebruik.

Patronen van cannabisgebruik

Beschikbare gegevens wijzen naar diverse patronen van cannabisgebruik, variërend van experimenteel tot verslaafd gebruik. Veel personen staken hun cannabisgebruik na een of twee keer experimenteren, anderen gebruiken cannabis incidenteel of gedurende een beperkte periode. Van degenen in de leeftijdsgroep van 15-64 jaar die ooit cannabis hebben gebruikt, heeft 70 % dit niet in het afgelopen jaar gedaan ⁽⁵²⁾. Van degenen die het middel in het afgelopen jaar hebben gebruikt, heeft ongeveer de helft dat in de afgelopen maand gedaan, wat mogelijk duidt op een regelmatig gebruik. Deze percentages variëren echter aanzienlijk per land en geslacht.

Het cannabisgebruik is met name hoog onder bepaalde groepen jongeren, zoals degenen die vaak nachtclubs, café's en muziek-evenementen bezoeken. Gerichte enquêtes die onlangs zijn gehouden in het nachtelijk uitgaanscircuit of settings met dancemuziek in België, Tsjechië, Nederland, Letland en het Verenigd Koninkrijk meldden prevalentiecijfers voor het „ooit“-gebruik die veel hoger zijn dan het Europese gemiddelde onder jongvolwassenen. Cannabisgebruik gaat ook vaak samen met zwaar alcoholgebruik: zo was de kans dat jongvolwassenen (15-34 jaar) die naast frequent of zwaar alcoholgebruik ook het gebruik van cannabis meldden, twee tot zes keer hoger dan in de algehele bevolking.

Figuur 6: Trends in de prevalentie van cannabisgebruik in de afgelopen maand en sigaretten roken onder 15- tot 16-jarige scholieren in 17 Europese landen en de Verenigde Staten



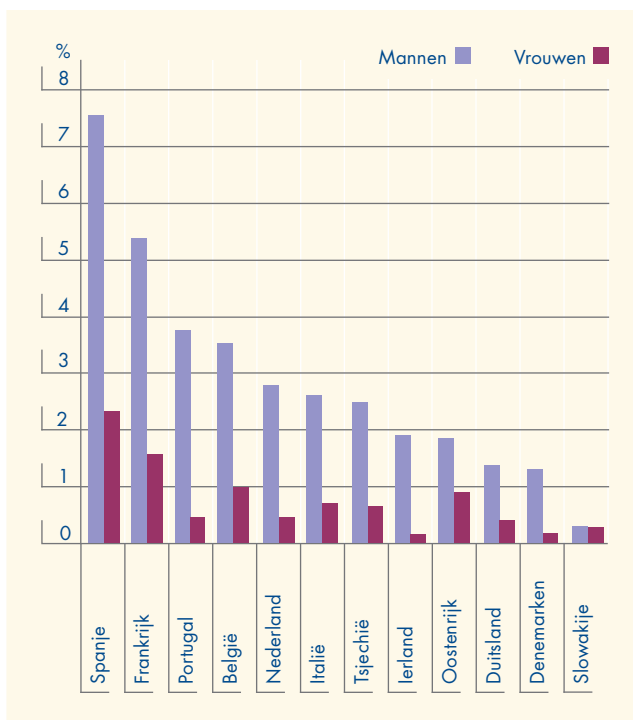
NB: het Europese (ongewogen) gemiddelde is gebaseerd op 15- tot 16-jarige scholieren in 15 landen van de EU, samen met Kroatië en Noorwegen. Het gemiddelde voor Amerikaanse scholieren is gebaseerd op een steekproef van ongeveer 16 000 scholieren (15-16 jaar).
Bronnen: Hibell et al. (2009), Johnston et al. (2010).

Het type cannabisproduct en de wijze waarop dit wordt gebruikt, kan met een verschillend risico gepaard gaan. Patronen van cannabisgebruik die leiden tot de consumptie van hoge doses, vormen voor de gebruiker een groter risico van het ontwikkelen van verslaving of andere problemen (Chabrol et al., 2003; Swift et al., 1998). Voorbeelden van deze praktijken zijn onder meer het gebruik van cannabis met een zeer hoog THC-gehalte of in grote hoeveelheden, en inhaleren via een waterpijp.

Algemene bevolkingsonderzoeken maken zelden onderscheid tussen het gebruik van verschillende typen cannabis. In 2009 werden in het Verenigd Koninkrijk echter nieuwe vragen toegevoegd aan een algemeen bevolkingsonderzoek om de prevalentie vast te stellen van het gebruik van cannabisbladeren, waaronder ook „skunk“ (de straatnaam voor de vorm van de drug met doorgaans een zeer hoge sterkte). De British Crime Survey van 2009/2010 schat dat ongeveer 12,3 % van de volwassenen ooit „skunk“ heeft gebruikt (of wat ze dachten dat „skunk“ was). Hoewel vergelijkbare percentages cannabisgebruikers „ooit“-gebruik van cannabisbladeren (50 %) en cannabishars (49 %) melden, hebben de degenen die de drug in het afgelopen jaar hebben gebruikt, eerder cannabisbladeren (71 %) dan cannabishars (38 %) gebruikt (Hoare en Moon,

⁽⁵²⁾ Zie figuur GPS-2 in het Statistical Bulletin 2011.

Figuur 7: Prevalentie van dagelijks of bijna dagelijks gebruik van cannabis onder jongvolwassenen (15-34 jaar) naar geslacht



NB: degenen die verklaarden in de 30 dagen voorafgaand aan het interview op 20 dagen of meer cannabis te hebben gebruikt, worden in de teksten aangeduid als „dagelijkse of bijna dagelijkse gebruikers”. Zie voor meer informatie tabel GPS-10 (deel iv) in het Statistical Bulletin 2011.

Bron: nationale focal points van het Reitox-netwerk.

2010). Hoewel deze ramingen niet kunnen worden geëxtrapoleerd naar andere populaties in Europa, illustreren de bevindingen enige veranderingen in het cannabisgebruik in de loop van de tijd.

Gegevens uit een steekproef van 14 Europese landen die 65 % van de volwassen populatie van de Europese Unie en Noorwegen vertegenwoordigen, laten zien dat ongeveer de helft van degenen die in de afgelopen maand cannabis gebruikten, de drug op 1-3 dagen in die maand had gebruikt, ongeveer een derde op 4-19 dagen en een vijfde op 20 dagen of meer. In deze meeste van deze 14 landen gebruiken vrouwen cannabis meer incidenteel, terwijl de meeste dagelijkse of bijna dagelijkse cannabisgebruikers mannen zijn (figuur 7). Op grond van deze cijfers lijken met name mannelijke gebruikers in veel landen een risico te lopen om een frequente gebruiker te worden en hierbij moet rekening worden gehouden bij het ontwikkelen van preventiemaatregelen.

Nieuwe gegevens over drugsgebruik onder adolescenten laten zien dat dagelijks cannabisgebruik ook in de Verenigde Staten een groeiend probleem is. De prevalentie van dagelijks gebruik van cannabis onder 17- tot 18-jarige scholieren vertoonde in 2010 een aanzienlijke stijging tot 6 % (Johnston et al., 2010).

Verslaving wordt in toenemende mate erkend als een mogelijk gevolg van regelmatig cannabisgebruik, zelfs onder jongere gebruikers, en in sommige Europese landen groeit het aantal personen dat hulp zoekt vanwege hun cannabisgebruik (zie hieronder). Gemeld is echter dat de helft van de verslaafde cannabisgebruikers het gebruik van de drug zonder behandeling kon stopzetten (Cunningham, 2000). Niettemin kunnen sommige cannabisgebruikers — met name de zware gebruikers — problemen ervaren zonder dat ze noodzakelijkerwijs voldoen aan de klinische criteria voor verslaving.

De vraag naar behandeling

In 2009 was van ongeveer 98 000 personen die in 26 landen in behandeling waren gegaan cannabis de primaire drug (23 % van het totaal), waardoor deze na heroïne de op een na meest gemelde drug is. Cannabis was ook de meeste gemelde secundaire drug, genoemd door ongeveer 93 000 cliënten (28 %). Primaire cannabisgebruikers maken meer dan 30 % uit van degenen die in behandeling zijn gegaan in België, Denemarken, Duitsland, Frankrijk, Hongarije, Nederland en Polen, maar minder dan 10 % in Bulgarije, Estland, Griekenland, Litouwen, Malta, Roemenië en Slovenië ⁽⁵³⁾.

Verschillen in de prevalentie van cannabisgebruik en de hiermee samenhangende problemen zijn niet de enige factoren die de verschillen in behandelniveaus tussen landen verklaren. Andere factoren, zoals doorverwijzing, het niveau van het behandelaanbod en het type zijn ook belangrijk. Voorbeelden hiervan zijn duidelijk in Frankrijk en Hongarije, twee landen die een hoog percentage melden van cannabisgebruikers die in behandeling gaan. Frankrijk heeft een systeem van counselingcentra, die zich richten op jonge cliënten ⁽⁵⁴⁾. In Hongarije wordt aan cannabisovertreeders behandeling van hun drugsgebruik als alternatieve straf aangeboden, waardoor de aantallen kunnen toenemen.

In termen van trends in de afgelopen tien jaar melden van de 21 landen waarvoor gegevens beschikbaar zijn, alle landen — behalve Bulgarije — een toename van het aantal cliënten dat voor de eerste keer in hun leven in behandeling gaat vanwege cannabisgebruik. Voor

⁽⁵³⁾ Zie tabellen TDI-2 (deel ii), TDI-5 (deel ii) en TDI-22 (deel i) in het Statistical Bulletin 2011.

⁽⁵⁴⁾ Daarnaast worden veel opioïdengebruikers in Frankrijk behandeld door de huisarts en worden niet aangemeld bij de indicator voor de vraag naar behandeling („treatment demand indicator”), waardoor de percentages gebruikers van andere drugs onevenredig hoog zijn.

de periode 2004-2009 nam in de 18 landen waarvoor gegevens beschikbaar zijn, onder degenen die voor de eerste keer in behandeling gingen het aantal primaire cannabisgebruikers toe met ongeveer 40 % van 27 000 tot 38 000 ⁽⁵⁵⁾. De recentste cijfers (2008-2009) laten in de meeste rapporterende landen een aanhoudende stijgende trend zien.

Profiel van cliënten in behandeling

Cannabiscliënten gaan voornamelijk in extramurale settings in behandeling en behoren tot de jongste cliëntengroepen die in behandeling gaan, met een gemiddelde leeftijd van 25 jaar. Jongeren die cannabis als hun primaire drug noemen, vertegenwoordigen 74 % van de behandelde gebruikers in de leeftijd van 15-19 jaar en 86 % van degenen jonger dan 15 jaar. De verhouding man/vrouw is het hoogste onder drugscliënten (ongeveer vijf mannen op elke vrouw). Globaal gebruikt 49 % van de primaire cannabiscliënten dagelijks, ongeveer 18 % gebruikt het 2-6 keer per week, 12 % gebruikt cannabis wekelijks of minder vaak en 22 % zo nu en dan, waarvan sommigen in de maand vóór in behandeling te gaan. Deze percentages verschillen per land ⁽⁵⁶⁾.

Behandeling

Aanbod van behandeling

Cannabisbehandeling in Europa omvat zeer uiteenlopende maatregelen, zoals onlinebehandeling, counseling, gestructureerde psychosociale interventies en behandeling in intramurale settings. Ook is er vaak sprake van overlap tussen selectieve en geïndiceerde preventie, en behandelinterventies (zie hoofdstuk 2).

Cannabisbehandeling wordt voornamelijk geleverd in gespecialiseerde extramurale centra, en hulpverlening specifiek gericht op aan cannabis gerelateerde problemen is nu in meer dan de helft van de lidstaten beschikbaar. Zo zijn er meer dan 300 counselingcentra voor jongeren opgezet in Frankrijk, voornamelijk om te voorzien in de behoeften van jonge gebruikers met cannabisgerelateerde problemen. Naast diverse specifieke cannabisprogramma's wordt in Duitsland in 161 counselingcentra het programma „Realize it” toegepast, waarbij cliënten doelstellingen moeten vastleggen om hun gebruik onder controle te krijgen en individuele factoren en omgevingsfactoren gerelateerd aan hun cannabisgebruik worden aangepakt. De interventie

Negatieve gezondheidseffecten door cannabisgebruik

Van het individuele gezondheidsrisico gerelateerd aan cannabisgebruik wordt doorgaans aangenomen dat het lager is dan dat gerelateerd aan drugs als heroïne of cocaïne. Maar vanwege de hoge prevalentie van het cannabisgebruik kan de drug een aanzienlijk effect hebben op de volksgezondheid.

Er zijn uiteenlopende acute en chronische aan cannabis gerelateerde gezondheidsproblemen geïdentificeerd. Acute negatieve effecten zijn onder meer angstgevoelens, paniekaanvallen en psychotische verschijnselen, die vaker worden gemeld bij het eerste gebruik. Cannabisgebruik kan ook het risico van betrokkenheid bij een verkeersongeval verhogen.

Er zijn chronische effecten gerelateerd aan cannabisgebruik gedocumenteerd, waaronder verslaving en diverse respiratoire aandoeningen. De impact van cannabisgebruik op de cognitieve prestaties is nog onduidelijk. Regelmatig cannabisgebruik in de adolescentieperiode kan een negatieve invloed hebben op de geestelijke gezondheid bij jongvolwassenen, met aanwijzingen voor een verhoogd risico van psychotische verschijnselen en stoornissen dat stijgt met een hogere gebruiksfrequentie (EWDD, 2008a, 2008b; Hall en Degenhardt, 2009; Moore et al., 2007).

bestaat uit vijf sessies in een periode van 10 weken voor maximaal 1 400 cannabisgebruikers per jaar. In Hongarije doet het overgrote deel (80 %) van de cannabiscliënten een beroep op preventief advies. Deze diensten worden door geaccrediteerde organisaties geleverd.

Met name Duitsland en Nederland zijn actief op het gebied van ontwikkeling van cannabisprogramma's. Cannabisproblemen gaan vaak gepaard met problemen veroorzaakt door gebruik van andere middelen of met psychosociale problemen, en dit wordt weerspiegeld in de soorten programma's voor cannabisgebruikers. Zo heeft het Amsterdams Medisch Centrum een motivationele gezinsinterventie ontwikkeld voor jonge cannabisgebruikers met schizofrenie en hun ouders (nationaal Reitox-verslag voor Nederland, 2009). Een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek heeft positieve resultaten voor deze interventie laten zien. Na drie maanden meldden de jongeren die aan het onderzoek deelnamen, een afname van het gebruik van en de behoefte aan cannabis, terwijl de ouders minder stress en een verbetering van het welzijn noemden. Gevallen waarin sprake is van gelijktijdig voorkomen van cannabisgebruik en psychiatrische problemen,

⁽⁵⁵⁾ Zie figuur TDI-1 (deel i) en (deel ii) in het Statistical Bulletin 2011.

⁽⁵⁶⁾ Zie tabellen TDI-10 (deel iii), TDI-11 (deel i), TDI-18 (deel ii), TDI-21 (deel ii), TDI-24, TDI-103 (deel vii) en TDI-111 (deel viii) in het Statistical Bulletin 2011.

zoals psychose of depressie, vereisen geïntegreerde benaderingen tussen gespecialiseerde behandelaars en centra voor geestelijke gezondheidszorg. In de praktijk vindt de behandeling van tweevoudige diagnoses vaak echter nog na elkaar plaats en blijft samenwerking tussen zorgverleners moeilijk.

Een recent Duits onderzoek voorspelt voor de komende jaren een toename van het aantal personen dat behandeling zoekt voor problemen met betrekking tot cannabisgebruik, met name onder mannelijke adolescenten en jongvolwassenen. Schattingen van het percentage drugsgebruikers dat momenteel wordt bereikt door verslavingsinstanties in Duitsland laten zien dat, hoewel gespecialiseerde verslavingsinstanties 45 tot 60 % van de gebruikers met opioïdeverslaving kunnen bereiken, slechts 4 tot 8 % van de cannabisgebruikers wordt bereikt die een behandeling nodig zouden hebben. In sommige gevallen kunnen onlinebehandelingen, die thans in drie lidstaten beschikbaar zijn, aanvullende behandelmogelijkheden bieden voor cannabisgebruikers die hulp zoeken, maar ervoor terugdeinzen een beroep te doen op traditionele verslavingszorg.

Recente onderzoeken naar behandeling van cannabisgebruikers

Evaluatieonderzoeken van behandelingen zijn nog steeds schaars in vergelijking tot die uitgevoerd voor andere drugs, ondanks de toenemende vraag naar behandeling voor cannabisverslaving. In Europa wordt niettemin steeds meer onderzoek uitgevoerd, met lopende studies in Duitsland, Denemarken, Spanje, Frankrijk en Nederland.

Een aantal van deze onderzoeken bevestigt dat psychosociale interventies positieve resultaten kunnen hebben bij cannabisgebruikers. Dit geldt bijvoorbeeld voor multidimensionele gezinstherapie, een uitgebreide extramurale, op het gezin gebaseerde interventie gericht op adolescenten met middelengebruik en gedragsproblemen (Liddle et al., 2009), waarmee succes werd gemeld voor vermindering van drugsgebruik. De conclusies uit een vergelijking met andere beschikbare behandelingen in een in verschillende landen uitgevoerd multacentrisch onderzoek waren echter onduidelijk. Dit was voor het EWDD aanleiding een meta-analyse van Europese en Amerikaanse onderzoeken te laten uitvoeren.

Andere psychosociale interventies die momenteel worden beoordeeld, zijn onder meer psycho-educatie (gebaseerd op gedragstherapie en motivationele gesprekstherapie) en terugvalpreventie, kortdurende interventies, „contingency

Medisch gebruik van cannabis in de Verenigde Staten

Sinds 1996 zijn er in 15 Amerikaanse staten en het District of Columbia wetten aangenomen die bezit van een bepaalde hoeveelheid cannabis voor medisch eigen gebruik toestaan. In alle staten, met uitzondering van Californië en Maine, waar de aanbeveling mondeling kan worden gegeven, moet de patiënt een schriftelijke aanbeveling van een arts hebben. Alle staten behalve Washington hebben vertrouwelijke registers met identiteitskaarten van de patiënten ingesteld en in een aantal staten zijn deze verplicht. Hoewel elke staat zijn eigen lijst met voorwaarden heeft, staan de meeste staten cannabisgebruik toe voor de behandeling van pijn, ongeacht of deze „chronisch”, „hevig” of „onbehandelbaar” is.

Vrijwel alle staten hebben het „verzorger”-model aangenomen, waarbij het een daartoe aangewezen persoon is toegestaan een beperkte hoeveelheid cannabis te kweken voor gebruik door de patiënt. Afhankelijk van de staat kunnen patiënten een of twee verzorgers aanwijzen en verzorgers mogen aan maximaal vijf patiënten leveren. De toegestane hoeveelheden variëren van 1 ounce — ongeveer 28 gram — (Alaska, Montana, Nevada) tot 24 ounce — ongeveer 670 gram — (Oregon, Washington) bruikbare cannabisbladeren, en van zes tot 24 planten, waarvan er enkele „onvolgroeid” moeten zijn. Verstrekking van cannabis voor medisch gebruik door apotheken zonder winst oogmerk of behandelcentra van de overheid is in ongeveer de helft van de staten toegestaan. In alle rechtsgebieden op twee na, New Jersey en Washington D.C., is het patiënten toegestaan hun eigen medicinale cannabis te kweken.

Volgens federale wetgeving is cannabis echter een gevaarlijke stof zonder medische toepassing. Hierdoor kan de federale overheid iedere gebruiker en leverancier van cannabis vervolgen. In oktober 2009 heeft de plaatsvervangend procureur-generaal echter een memo uitgevaardigd voor federale openbare aanklagers om geen prioriteit te geven aan de vervolging van gevallen gerelateerd aan het medische gebruik van cannabis, indien dit in de betreffende staat wettelijk is toegestaan.

management” en diverse vormen van cognitieve gedragstherapie.

Er wordt ook onderzoek uitgevoerd naar farmacologische producten die psychosociale interventies kunnen ondersteunen (Vandrey en Haney, 2009). Op dit terrein worden momenteel drie hoofdlijnen gevolgd voor onderzoek naar de mogelijkheden van toepassing van farmaceutica om onthoudingsverschijnselen, „craving” of het gebruik van cannabis te verminderen (Marshall, K. et al., 2011).

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Hoofdstuk 4

Amfetaminen, ecstasy, hallucinogenen, GHB en ketamine

Inleiding

In Europa behoren amfetaminen (een generieke term die verwijst naar zowel amfetamine als methamfetamine) en ecstasy tot de meest gebruikte drugs. In veel landen zijn ecstasy of amfetaminen de op een na meest gebruikte illegale middelen na cannabis. Bovendien maakt het gebruik van amfetaminen in bepaalde landen een belangrijk deel uit van het drugsprobleem en is de drug verantwoordelijk voor een aanzienlijk percentage van de verslaafden voor wie behandeling noodzakelijk is.

Amfetamine en methamfetamine stimuleren het centrale zenuwstelsel. Van beide drugs is amfetamine verreweg het best verkrijgbaar in Europa, terwijl een aanzienlijk gebruik van methamfetamine van oudsher overwegend beperkt lijkt te blijven tot Tsjechië en Slowakije. Recentelijk zijn er in sommige landen in het noorden van Europa meldingen van een groter aandeel van deze drug op de amfetaminemarkt.

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

andere effecten hebben. Het bekendste middel uit de ecstasagroep is 3,4-methyleendioxyamfetamine (MDMA), maar er worden in ecstasypillen soms andere verwante stoffen aangetroffen (MDA, MDEA). De populariteit van de drug wordt historisch gekoppeld aan die van de dancemuziek. Hoewel de drug in deze settings nog steeds populair is, wordt er in recente jaren in een groot aantal Europese landen een geleidelijk afname in het gebruik en de beschikbaarheid van ecstasy waargenomen.

De consumptie van lyserginezuurdi-ethylamide (LSD), verreweg de bekendste synthetische hallucinogene drug in Europa, is laag en al geruime tijd redelijk stabiel. De laatste jaren lijkt er onder jongeren echter sprake te zijn van een toenemende belangstelling voor natuurlijke hallucinogenen, zoals die welke worden aangetroffen in hallucinogene paddenstoelen. Sinds het midden van de jaren negentig van de vorige eeuw is recreatief gebruik van ketamine en gammahydroxyboterzuur (GHB) – allebei anesthetica en al 30 jaar algemeen gebruikt in de humane geneeskunde en diergeneeskunde – gemeld in

Tabel 5: Vangsten, prijs en zuiverheid van amfetamine, methamfetamine, ecstasy en LSD

	Amfetamine	Ecstasy	Ecstasy	LSD
Onderschepte hoeveelheid wereldwijd (ton)	33	31	5,4	0,1
Onderschepte hoeveelheid EU en Noorwegen (inclusief Kroatië en Turkije) ⁽¹⁾	5,3 ton (6,5 ton)	500 kilogram (600 kilogram)	Tabletten 1,9 miljoen (2,4 miljoen)	Eenheden 59 700 (59 700)
Aantal vangsten EU en Noorwegen (incl. Kroatië en Turkije)	34 000 (34 200)	7 400 (7 400)	10 300 (11 000)	960 (970)
Gemiddelde straatwaarde (EUR)	Gram	Gram	Tablet	Dosis
Spreiding (interkwartielafstand) ⁽²⁾	8-42 (10-23)	9-71	3-16 (4-9)	4-29 (7-11)
Gemiddelde zuiverheid of MDMA-gehalte				
Spreiding (interkwartielafstand) ⁽²⁾	1-29 % (6-21 %)	10-76 % (25-64 %)	3-108 mg (26-63 mg)	n.b.

⁽¹⁾ De totale, in 2009 in beslag genomen hoeveelheid amfetamine, ecstasy en LSD wordt waarschijnlijk onderschat, wat grotendeels te wijten is aan het ontbreken van recente gegevens voor Nederland, een land dat tot 2007 relatief grote in beslag genomen hoeveelheden meldde. Zonder gegevens voor 2008 en 2009 kunnen de waarden voor Nederland niet in de Europese schattingen voor 2009 worden opgenomen.

⁽²⁾ Spreiding van de middelste helft van de gerapporteerde gegevens.

NB: alle gegevens hebben betrekking op 2009; n.b., niet beschikbaar.

Bronnen: UNODC (2011) voor de mondiale waarden en de nationale focal points van het Reitox-netwerk voor de Europese gegevens.

bepaalde settings en in subgroepen van drugsgebruikers in Europa. Het illegale gebruik van deze middelen is in een beperkt aantal Europese landen uitgegroeid tot een bron van ongerustheid voor de verslavingszorg.

Aanvoer en beschikbaarheid

Drugprecursors

Amfetamine, methamfetamine en ecstasy zijn synthetische drugs waarvoor tijdens het productieproces chemische precursors nodig zijn. Inzicht in de productie van deze stoffen kan worden verkregen uit meldingen van vangsten van gecontroleerde chemische stoffen — weggesluisd uit de legale handel — die voor hun productie nodig zijn.

Het Internationaal Comité van toezicht op verdoevende middelen (International Narcotics Control Board, INCB) meldt dat wereldwijde vangsten van 1-fenyl-2-propanon (P2P, BMK), dat kan worden gebruikt voor de illegale productie van zowel amfetamine als methamfetamine, daalde van 5 620 liter in 2008 naar 4 900 liter in 2009, waarbij China (2 275 liter in 2009) en Rusland (1 731 liter in 2009) nog steeds de hoogste vangsten melden. In de Europese Unie namen de vangsten van P2P toe van 62 liter in 2008 naar 635 liter in 2009. De wereldwijde vangsten van twee belangrijke precursors van methamfetamine zijn eveneens in 2009 toegenomen: efedrine, naar 42 ton, van 18 ton in 2008 en 22,6 ton in 2007, en pseudo-efedrine, naar 7,2 ton, van 5,1 ton in 2008, maar nog steeds minder dan de 25 ton die in 2007 werd onderschept. De EU-lidstaten namen ongeveer 0,5 ton efedrine voor hun rekening, bijna tweemaal de onderschepte hoeveelheid van het afgelopen jaar, en 67 kilogram pseudo-efedrine.

Bij de productie van MDMA zijn met name de twee volgende precursorchemicaliën betrokken: 3,4-methyleendioxyfenyl-2-propanon (3,4-MDP2P, PMK) en safrol. De 40 liter PMK die in 2009 werd onderschept, ten opzichte van nul in 2008, zou erop kunnen duiden dat de beschikbaarheid van deze stof laag blijft. Dit contrasteert met de hogere geregistreerde hoeveelheden in eerdere jaren (8 816 liter in 2006, 2 297 liter in 2007). De wereldwijde vangsten van safrol, dat PMK mogelijk in toenemende mate vervangt bij de synthetische vervaardiging van MDMA, daalden na een piek van 45 986 liter in 2007 naar 1 048 liter in 2009⁽⁵⁷⁾. Alle inbeslagnames van PMK en het grootste deel van de

inbeslagnames van safrol in 2009 vonden plaats in de Europese Unie.

Internationale inspanningen om het misbruik van precursorchemicaliën voor de illegale productie van synthetische drugs te voorkomen, worden gecoördineerd via het Prisma-project. Het project hanteert een systeem dat is gebaseerd op voorafgaande kennisgevingen van uitvoer voor de legale handel en de melding van tegengehouden zendingen en inbeslagnames bij verdachte transacties. Informatie over activiteiten op dit gebied wordt gemeld aan het Internationaal Comité van toezicht op verdoevende middelen (International Narcotics Control Board, INCB, 2011b). Een ander recent initiatief van het INCB is de publicatie van een serie richtlijnen voor ondersteuning van nationale regeringen bij het instellen van vrijwillige controlemaatregelen in samenwerking met de industriële producenten van chemicaliën, met als doel het misbruik ervan voor de productie van illegale drugs te voorkomen (INCB, 2009).

Amfetamine

De mondiale amfetamineproductie blijft geconcentreerd in Europa, waar zich meer dan 80 % van alle in 2009 gemelde amfetaminelaboratoria bevond (UNODC, 2011). In 2009 stegen de mondiale vangsten van amfetamine tot ongeveer 33 ton (zie tabel 5). In West- en Midden-Europa werden nog steeds de grootste hoeveelheden amfetamine onderschept, hoewel de UNODC daar een afname meldde van 20 % in de onderschepte hoeveelheden ten opzichte van 2008, toen 7,9 ton in beslag werd genomen. De grootste toenames in vangsten van amfetamine werden gemeld in Saoedi-Arabië, Jordanië en Syrië. In totaal onderschepte de UNODC in het Nabije en Midden-Oosten en in Zuidwest-Azië in 2009 ongeveer 25 ton, vrijwel uitsluitend als „captagon“-tabletten (UNODC, 2011).

De meeste in Europa geconfisqueerde amfetamine wordt, in volgorde van belangrijkheid, geproduceerd in Nederland, Polen, België, Bulgarije en Turkije. Europol meldt dat er in 2009 in de Europese Unie 19 plaatsen werden ontdekt die betrokken waren bij de productie, tablettering of opslag van amfetaminen.

In Europa werden in 2009 naar schatting 34 200 vangsten gedaan van in totaal 5,8 ton amfetaminepoeder en 3 miljoen amfetaminetabletten⁽⁵⁸⁾ ⁽⁵⁹⁾. Het aantal amfetaminevangsten schommelt de laatste vijf jaar, met een gemelde daling in 2008 en 2009. Hoewel het aantal

⁽⁵⁷⁾ Zie het kader „Diversificatie van het aanbod van precursors voor de productie van synthetische drugs in Europa“.

⁽⁵⁸⁾ De meeste onderschepte amfetaminetabletten (94 %) waren als captagon gelabeld en werden in Turkije in beslag genomen. Captagon is een van de geregistreerde handelsnamen voor fenetylline, een synthetisch middel dat het centrale zenuwstelsel stimuleert. Tabletten die op de drugsmarkt als captagon worden verkocht, blijken vaak amfetamine gemengd met cafeïne te bevatten.

⁽⁵⁹⁾ Deze analyse is nog slechts een voorlopige, aangezien de gegevens uit Nederland voor 2008 en 2009 nog niet beschikbaar zijn.

Diversificatie van het aanbod van precursors voor de productie van synthetische drugs in Europa

Synthetische drugs, waaronder ecstasy (MDMA, MDEA, MDA) en amfetamine, worden in Europa illegaal geproduceerd uit geïmporteerde precursorchemicaliën. In respons op de toegenomen efficiëntie van internationale controle-inspanningen synthetiseren sommige drugsproducenten hun precursors nu uit zogeheten „pre-precursors” in plaats van dat ze deze kopen. Bovendien vermommen producenten vóór importeren traditionele precursors als andere niet-gecontroleerde chemicaliën (Europol, 2007; INCB, 2011a).

Recente schommelingen op de Europese markt voor ecstasy illustreren dergelijke verschijnselen. Na succesvolle maatregelen om de doorvoer van de MDMA-precursor PMK naar de illegale markt te beperken (¹⁾, blijkt nu dat diverse pre-precursors als safrol worden gebruikt als uitgangsmateriaal bij de synthese van MDMA.

PMK staat onder internationale controle, zowel van het VN-verdrag van 1988 als van Europese wetgeving. De legale internationale handel in PMK is klein en blijft beperkt tot enkele landen. Safrol wordt verkregen uit safrolrijke essentiële oliën geëxtraheerd uit diverse plantensoorten uit Zuid-Amerika en Zuidoost Azië (TNI, 2009). Hoewel safrol een geregistreerde chemische stof is, wordt de handel in safrolrijke oliën niet gecontroleerd. Safrol wordt internationaal ook algemeen gebruikt bij de productie van parfums en insecticiden, wat de impact van internationale inspanningen ten aanzien van controle kunnen beperken.

Meldingen uit Nederland, het land dat het meest in verband wordt gebracht met de productie van ecstasy, suggereren dat veel producenten van de drug vaker safrol als uitgangsmateriaal hebben gebruikt dan PMK. Ongeveer 40 legale zendingen van safrol van in totaal 101 840 liter werden tussen november 2009 en oktober 2010 aan de International Narcotic Control Board gemeld. Meldingen van verdachte zendingen blijven echter laag in vergelijking met de geschatte hoeveelheid geproduceerde ecstasy (INCB, 2011a). In 2009/2010 werden zo'n 1 050 liter safrol en safrolrijke oliën geconfisqueerd, de meeste in Litouwen, terwijl het buurland Letland meldde in 2008 1 841 liter in beslag te hebben genomen (INCB, 2011a).

(¹) 3,4-Methyleendioxyfenyl-2-propanon.

in Europa in beslag genomen amfetaminetabletten in de periode 2004-2009 sterk is gedaald door afgenomen vangsten in Turkije, zijn de onderschepte hoeveelheden amfetaminepoeder in de meeste Europese landen stabiel

gebleven of gestegen (⁶⁰). Dit is echter een voorlopige beoordeling, aangezien er nog geen recente gegevens beschikbaar voor Nederland, dat voor 2007 — het laatste jaar waarvoor gegevens beschikbaar zijn — een inbeslagname van 2,8 ton amfetaminepoeder meldde.

De zuiverheid van de in 2009 in Europa onderschepte amfetaminemonsters varieerde sterk, van minder dan 8 % in Bulgarije, Hongarije, Oostenrijk, Portugal, Slovenië, Slowakije en Kroatië, tot meer dan 20 % in landen waar amfetamineproductie wordt gemeld of waar het gebruik relatief hoog is (Estland, Litouwen, Nederland, Polen, Finland, Noorwegen) (⁶¹). In de afgelopen vijf jaar is de zuiverheid van amfetamine gedaald in 17 van de 18 landen die toereikende gegevens meldden voor trendanalyse.

In 2009 lag de gemiddelde straatwaarde van amfetamine tussen de 10 en 23 EUR per gram in meer dan de helft van de 14 rapporterende landen. De straatwaarde van amfetamine daalde of bleef stabiel in alle 17 landen die gegevens over 2004-2009 verstrekten, met uitzondering van Nederland, waar deze in deze periode steeg en in Slovenië, dat in 2009 een sterke stijging meldde (⁶²).

Methamfetamine

Het aantal methamfetaminelaboratoria dat wereldwijd werd ontmanteld nam in 2009 toe met 22 %. Net als in het afgelopen jaar werd de grootste toename geregistreerd in Noord-Amerika, met name in de Verenigde Staten, maar meldingen van clandestiene laboratoria namen ook in Oost- en Zuidoost-Azië nog steeds toe. Daarnaast werd een verhoogde activiteit op het gebied van methamfetamineproductie gemeld in Latijns-Amerika en Afrika. In 2009 werd 31 ton methamfetamine in beslag genomen, een opvallende toename ten opzichte van de 22 ton in 2008. Het grootste gedeelte van de drug werd onderschept in Noord-Amerika (44 %), waarbij Mexico verantwoordelijk was voor de uitzonderlijk grote hoeveelheid van 6,1 ton in 2009 (UNODC, 2011).

In Europa is de illegale methamfetamineproductie geconcentreerd in Tsjechië, waar in 2009 342 productielocaties, doorgaans kleinschalige „keukenlaboratoria”, werden ontdekt (een daling ten opzichte van 434 in 2008). De drug wordt ook geproduceerd in Slowakije, met een toename in 2009, evenals in Duitsland, Litouwen en Polen.

(⁶⁰) De gegevens over Europese drugsvangsten die in dit hoofdstuk worden genoemd, zijn te vinden in tabellen SZR-11 tot en met SZR-18 in het Statistical Bulletin 2011.

(⁶¹) De gegevens over de zuiverheid van drugs in Europa die in dit hoofdstuk worden genoemd, zijn te vinden in tabel PPP-8 in het Statistical Bulletin 2011. EU-trendindexen zijn te vinden in figuur PPP-2 in het Statistical Bulletin 2011.

(⁶²) De gegevens over de prijzen van drugs in Europa die in dit hoofdstuk worden genoemd, zijn te vinden in tabel PPP-4 in het Statistical Bulletin 2011.

In 2009 werden in Europa bijna 7 400 methamfetaminevangsten gemeld, met een totaalgewicht van ongeveer 600 kg. Zowel het aantal vangsten als de hoeveelheden in beslag genomen methamfetamine namen in de periode 2004-2009 toe, met een sterke toename tussen 2008 en 2009. De geconfisqueerde hoeveelheden verdubbelden tussen 2008 en 2009, voornamelijk door de toename van de onderschepte hoeveelheden in Zweden en Noorwegen. Dit zijn in Europa de belangrijkste landen voor deze drug, waar deze voor een deel mogelijk de plaats inneemt van amfetamine. Turkije meldde in 2009 voor het eerst methamfetaminevangsten, waarmee het op de derde plaats kwam wat betreft onderschepte hoeveelheden: de betrekkelijk grote, in Turkije onderschepte hoeveelheden methamfetamine waren doorvoorzendingen uit Iran naar Oost- en Zuidoost-Azië.

De zuiverheid van methamfetamine varieerde in 2009 sterk in de 17 rapporterende landen, met een gemiddelde zuiverheid van minder dan 15 % in Bulgarije en Estland, en van meer dan 65 % in Tsjechië, Nederland, Slowakije en Kroatië. Er kan geen algehele trend voor de zuiverheid van methamfetamine worden ontdekt. Ook de straatwaarde voor methamfetamine varieerde in 2009 sterk in de zes landen die hierover meldden, van 10 EUR per gram in Bulgarije, Litouwen en Slovenië, tot ongeveer 70 EUR per gram in Duitsland en Slowakije.

Ecstasy

Het aantal gemelde ontmantelingen van ecstasylaboratoria bleef in 2009 met 52 gelijk. De meeste van deze laboratoria bevonden zich in Australië (19), Indonesië (18) en Canada (12). De productie van de drug lijkt zich geografisch nog meer te hebben verspreid, waarbij de drug dicht bij de afzetmarkten in Oost- en Zuidoost-Azië, Noord-Amerika en Oceanië wordt geproduceerd. Desondanks blijft West-Europa waarschijnlijk nog steeds een belangrijke locatie voor de ecstasyproductie.

Wereldwijd was de in 2009 in beslag genomen hoeveelheid ecstasy 5,4 ton (UNODC, 2011), waarvan 63 % werd gemeld door de Verenigde Staten.

Het aantal gemelde ecstasyvangsten in Europa bleef tussen 2004 en 2006 gelijk en nam vervolgens af, terwijl de in beslag genomen hoeveelheden in de meeste Europese landen sinds 2004 een neergaande lijn laten zien. In 2009 werden meer dan 11 000 ecstasyvangsten in Europa gemeld, waarbij naar schatting meer dan 2,4 miljoen tabletten in beslag werden genomen. Dit is echter een te lage schatting, aangezien er geen recente gegevens beschikbaar zijn voor Nederland, dat vangsten

van in totaal 8,4 miljoen pillen meldde voor 2007, het laatste jaar waarvoor gegevens beschikbaar zijn.

Het gemiddelde MDMA-gehalte van in 2009 geteste ecstasypillen varieerde van 3 tot 108 mg in de 18 landen die gegevens verstrekten. Daarnaast maakte een aantal landen (België, Bulgarije, Duitsland, Italië, Nederland, Turkije) melding van hooggedoseerde ecstasypillen met meer dan 130 mg MDMA. In de periode 2004-2009 daalde het MDMA-gehalte van ecstasypillen in alle 14 landen die voldoende gegevens aanleverden.

In de laatste paar jaar is er in Europa sprake van een verandering in de samenstelling van drugstabletten, van een situatie waarin de meeste geanalyseerde tabletten alleen MDMA of een andere ecstasyachtige stof (MDEA, MDA) als psychoactieve stof bevatten, tot een situatie waarin de samenstelling meer divers is en er minder MDMA-achtige stoffen aanwezig zijn. Deze verschuiving versnelde in 2009, en wel zodanig dat Italië (58 %), Nederland (63 %) en Malta (100 %) de enige landen waren waar MDMA-achtige stoffen nog steeds een groot deel van de geanalyseerde tabletten uitmaakten.

Amfetaminen, soms in combinatie met MDMA-achtige stoffen, komen betrekkelijk vaak voor in tabletten geanalyseerd Griekenland, Spanje, Hongarije, Polen, Slovenië en Kroatië. De meeste andere rapporterende landen geven aan dat in een aanzienlijk deel van de geanalyseerde tabletten piperazinen werden gevonden, en met name *mCPP*, alleen of in combinatie met andere stoffen.

Ecstasy is nu aanzienlijk goedkoper dan in de jaren negentig van de vorige eeuw, toen de drug voor het eerst op grote schaal beschikbaar kwam. Hoewel er berichten zijn dat tabletten worden verkocht voor slechts 1 EUR, melden de meeste landen gebruikelijke straatwaarden in de orde van grootte van 4 tot 9 EUR per pil. De beschikbare gegevens voor 2004-2009 duiden erop dat binnen Europa als geheel de straatwaarde voor ecstasy is blijven dalen of stabiel is gebleven. In 2009 is echter een stijging gemeld door Nederland, dat ook het land is met de laagste prijzen voor de drug.

Hallucinogenen en andere middelen

Het gebruik van en de handel in LSD worden in Europa nog altijd als marginaal beschouwd. Tussen 2004 en 2009 steeg het aantal LSD-vangsten terwijl de hoeveelheden, na een piek in 2005 van 1,8 miljoen stuks dankzij recordvangsten in het Verenigd Koninkrijk, in die periode op veel lagere niveaus bleven schommelen⁽⁶³⁾. De straatwaarde van LSD is in de meeste rapporterende landen al sinds 2004 stabiel, hoewel er in België

⁽⁶³⁾ Dit is een voorlopige analyse, aangezien gegevens voor Nederland, dat een derde van de hoeveelheid in 2007 in beslag genomen LSD meldde, voor daaropvolgende jaren niet beschikbaar zijn.

een stijging werd gemeld en in Letland, Oostenrijk en Kroatië een daling. In 2009 lag in de meeste van de 11 rapporterende landen de gemiddelde straatwaarde tussen de 7 en 11 EUR per stuk.

Vangsten van hallucinogene paddenstoelen, ketamine, en GHB en GBL worden in 2009 door slechts vier of vijf landen gemeld, afhankelijk van de drug. Het is niet duidelijk of de gemelde vangsten aangeven dat deze middelen weinig worden gebruikt of dat het betekent dat er niet actief door wetshandhavingdiensten naar wordt gezocht.

Prevalentie en gebruikspatronen

In een beperkt aantal landen vertegenwoordigt het gebruik van amfetamine of methamfetamine, vaak via injectie, een aanmerkelijk percentage van het totale aantal problematische drugsgebruikers en van de gebruikers die hulp zoeken in verband met drugsproblemen. Naast deze populaties van chronische gebruikers bestaat er een algemener verband tussen het gebruik van synthetische

drugs, vaak in combinatie met alcohol, en het bezoeken van nachtclubs en dance-evenementen. Dit leidt tot significant hogere gebruiksniveaus onder jongeren en extreem hoge gebruiksniveaus in bepaalde settings of specifieke subpopulaties. De totale prevalentieniveaus van hallucinogenen als lyserginezuurdi-ethylamide (LSD) en hallucinogene paddenstoelen zijn over het algemeen laag en zijn in de afgelopen jaren grotendeels stabiel gebleven.

Amfetaminen

Schattingen van drugsgebruik suggereren dat circa 12,5 miljoen Europeanen amfetaminen hebben geprobeerd en dat ongeveer 2 miljoen het middel de afgelopen twaalf maanden hebben gebruikt (zie tabel 6 voor een overzicht van de gegevens). Onder jongvolwassenen (15-34 jaar) varieert het „ooit“-gebruik van amfetaminen aanmerkelijk per land, van 0,1 tot 14,3 %, met een gewogen Europees gemiddelde van 5,0 %. Het gebruik van amfetaminen in het afgelopen jaar in deze leeftijdsgroep varieert van 0,1 tot 2,5 %, met in de meeste landen een prevalentie van 0,5-2,0 %. Geschat

Tabel 6: Prevalentie van amfetaminegebruik in de algehele bevolking – Overzicht van de gegevens

Leeftijdsgroep	Tijdsbestek van gebruik	
	„ooit“-gebruik	Afgelopen jaar
15-64 jaar		
Geschat aantal gebruikers in Europa	12,5 miljoen	1,5-2 miljoen
Europees gemiddelde	3,8 %	0,5 %
Spreiding	0,0-11,7 %	0,0-1,1 %
Landen met de laagste prevalentie	Roemenië (0,0 %) Griekenland (0,1 %) Malta (0,4 %) Cyprus (0,7 %)	Roemenië, Malta, Griekenland (0,0 %) Frankrijk (0,1 %) Tsjechië, Portugal (0,2 %)
Landen met de hoogste prevalentie	Verenigd Koninkrijk (11,7 %) Denemarken (6,2 %) Zweden (5,0 %) Noorwegen (3,8 %)	Estland (1,1 %) Verenigd Koninkrijk (1,0 %) Bulgarije, Letland (0,9 %) Zweden (0,8 %)
15-34 jaar		
Geschat aantal gebruikers in Europa	6,5 miljoen	1,5 miljoen
Europees gemiddelde	5,0 %	1,1 %
Spreiding	0,1-14,3 %	0,1-2,5 %
Landen met de laagste prevalentie	Roemenië (0,1 %) Griekenland (0,2 %) Malta (0,7 %) Cyprus (1,2 %)	Roemenië, Griekenland (0,1 %) Frankrijk (0,2 %) Tsjechië (0,3 %) Portugal (0,4 %)
Landen met de hoogste prevalentie	Verenigd Koninkrijk (14,3 %) Denemarken (10,3 %) Letland (6,1 %) Noorwegen (6,0 %)	Estland (2,5 %) Bulgarije (2,1 %) Denemarken (2,0 %) Duitsland, Letland (1,9 %)

Europese schattingen worden berekend uitgaande van nationale prevalentieschattingen gewogen op basis van de populatie van de relevante leeftijdsgroep in elk land. Om schattingen van het totale aantal gebruikers in Europa te verkrijgen, wordt het EU-gemiddelde toegepast voor landen waarvoor geen prevalentiegegevens beschikbaar zijn (en die niet meer dan 3 % van de doelpopulatie vertegenwoordigen). Populaties gebruikt als basis: 15-64, 336 miljoen; 15-34, 132 miljoen. Aangezien Europese schattingen worden gebaseerd op tussen 2001 en 2009/2010 uitgevoerde enquêtes (vooral 2004-2008), hebben ze niet betrekking op een enkel jaar. De gegevens die hier worden samengevat, zijn beschikbaar onder „Algemene bevolkingsonderzoeken“ in het Statistical Bulletin 2011.

wordt dat het afgelopen jaar ongeveer 1,5 miljoen (1,1 %) jonge Europeanen amfetaminen hebben gebruikt.

Op basis van enquêtegegevens uit 2007 schommelde het „ooit“-gebruik onder 15- tot 16-jarige scholieren in de 26 EU-lidstaten, Noorwegen en Kroatië tussen 1 en 8 %, hoewel alleen Bulgarije en Letland prevalentiecijfers van meer dan 5 % meldden. De vier landen waar in 2009 en 2010 schoolenquêtes zijn gehouden (Italië, Slowakije, Zweden, Verenigd Koninkrijk), rapporteerden een „ooit“-gebruik van amfetaminen van 3 % of minder ⁽⁶⁴⁾.

Gegevens over de prevalentie van het gebruik van amfetaminen in het nachtelijke uitgaanscircuit in 2009, verstrekt door vier landen (België, Tsjechië, Nederland, Verenigd Koninkrijk), blijken aanzienlijk te variëren van 6 tot 24 % voor het gebruik van amfetaminen in het afgelopen jaar.

Het afgelopen decennium is in de meeste Europese landen het amfetaminegebruik in het afgelopen jaar relatief laag en stabiel gebleven, met een prevalentie van minder dan 3 % voor vrijwel alle rapporterende landen, met uitzondering van het Verenigd Koninkrijk en Denemarken. In het Verenigd Koninkrijk daalde het gebruik in het afgelopen jaar van amfetaminen onder jongvolwassenen (15-34 jaar) van 6,2 % in 1998 naar 1,8 % in 2009-2010; na een stijging tot 3,1 % in 2000 daalde het in Denemarken naar 2 % in 2010 (zie figuur 8). In de periode 2004-2009 meldden alleen Noorwegen en Tsjechië een verandering met meer dan één procentpunt voor de prevalentie van het amfetaminegebruik in het afgelopen jaar onder jongvolwassenen. In Tsjechië laten verschillen in de enquêtemethoden geen bevestiging van recente trends toe. Schoolenquêtes duiden erop dat zich in het algemeen weinig veranderingen voordoen in de mate van experimenteel gebruik van amfetaminen en ecstasy onder 15- tot 16-jarige scholieren. Tussen 2003 en 2007 maakten de meeste landen melding van zowel lage als stabiele trends in de prevalentie van het „ooit“-gebruik in deze groep.

Problematisch amfetaminegebruik

Slechts een klein aantal landen kan schattingen overleggen voor de prevalentie van problematisch amfetaminegebruik ⁽⁶⁵⁾, maar gegevens over gebruikers die in behandeling gaan vanwege problemen met betrekking tot deze middelen zijn binnen heel Europa beschikbaar.

Een klein percentage van de personen die in Europa in behandeling gaan, noemt amfetamine als hun primaire drug: ongeveer 5 % van de gerapporteerde drugscliënten in 2009 (20 000 cliënten). Het amfetaminegebruik is echter verantwoordelijk voor een aanzienlijk deel van de gemelde behandelingen in Zweden (28 %), Polen (25 %) en Finland (17 %). Cliënten die amfetamine gebruiken, maken tussen 6 en 10 % uit van degenen die zich aanmeldden voor behandeling in vijf andere landen (België, Denemarken, Duitsland, Hongarije, Nederland); elders is het aandeel kleiner dan 5 %. Daarnaast worden stimulerende middelen anders dan cocaïne als secundaire drug gemeld door bijna 20 000 cliënten die in behandeling gaan vanwege problemen met betrekking tot andere primaire drugs ⁽⁶⁶⁾.

Amfetaminegebruikers die in behandeling gaan, zijn gemiddeld 30 jaar, met een lagere man/vrouw-verhouding (2:1) dan voor andere drugs. Hoge percentages voor het injecteren van amfetamine worden gemeld door de landen waar amfetaminegebruikers het hoogste percentage uitmaken van degenen die in behandeling gaan (Letland, Zweden, Finland), met percentages van 59 tot 83 % voor cliënten die amfetamine als primaire drug injecteren ⁽⁶⁷⁾.

In de meeste landen zijn de trends voor amfetaminegebruikers die tussen 2004 en 2009 in behandeling gingen stabiel gebleven, met een lichte daling onder de cliënten die voor het eerst in behandeling gingen. Deze daling is voornamelijk toe te schrijven aan een afname van het aantal nieuwe cliënten die amfetamine gebruiken in Finland en Zweden (EWDD, 2010d).

In tegenstelling tot andere delen van de wereld, waar het gebruik van methamfetamine de afgelopen jaren is toegenomen, lijken de gebruiksniveaus in Europa beperkt. Historisch gezien concentreert het gebruik van deze drug zich binnen Europa in Tsjechië en, recentelijker, Slowakije. In 2009 waren er in Tsjechië naar schatting 24 600-25 900 problematische methamfetaminegebruikers (3,3 tot 3,5 gevallen per 1 000 inwoners van 15-64 jaar), grofweg tweemaal het geschatte aantal problematische opioïdengebruikers. Dit vertegenwoordigt een statistisch significante toename ten opzichte van de afgelopen jaren. Voor Slowakije bedroegen de schattingen ca. 5 800-15 700 problematische methamfetaminegebruikers in 2007 (1,5 tot 4,0 gevallen per 1 000 inwoners van 15-64 jaar), circa 20 % minder dan het geschatte aantal problematische opioïdengebruikers.

⁽⁶⁴⁾ Zie tabel EYE-11 in het Statistical Bulletin 2011.

⁽⁶⁵⁾ Problematisch amfetaminegebruik wordt gedefinieerd als het injecteren of langdurig en/of regelmatig gebruik van de middelen.

⁽⁶⁶⁾ Zie tabellen TDI-5 (deel ii) en TDI-22 in het Statistical Bulletin 2011.

⁽⁶⁷⁾ Zie tabellen TDI-5 (deel iv) en TDI-37 in het Statistical Bulletin 2011.

Tabel 7: Prevalentie van ecstasygebruik onder de algehele bevolking – Overzicht van de gegevens

Leeftijdsgroep	Tijdsbestek van gebruik	
	„ooit“-gebruik	Afgelopen jaar
15-64 jaar		
Geschat aantal gebruikers in Europa	11 miljoen	2,5 miljoen
Europees gemiddelde	3,2 %	0,7 %
Spreading	0,3-8,3 %	0,1-1,6 %
Landen met de laagste prevalentie	Roemenië (0,3 %) Griekenland (0,4 %) Malta (0,7 %) Noorwegen (1,0 %)	Roemenië, Zweden (0,1 %) Malta, Griekenland (0,2 %) Denemarken, Polen, Noorwegen (0,3 %)
Landen met de hoogste prevalentie	Verenigd Koninkrijk (8,3 %) Ierland (5,4 %) Spanje (4,9 %) Letland (4,7 %)	Verenigd Koninkrijk, Slowakije (1,6 %) Letland (1,5 %) Tsjechië (1,4 %)
15-34 jaar		
Geschat aantal gebruikers in Europa	7,5 miljoen	2 miljoen
Europees gemiddelde	5,5 %	1,4 %
Spreading	0,6-12,7 %	0,2-3,2 %
Landen met de laagste prevalentie	Roemenië, Griekenland (0,6 %) Malta (1,4 %) Polen, Noorwegen (2,1 %) Portugal (2,6 %)	Roemenië, Zweden (0,2 %) Griekenland (0,4 %) Noorwegen (0,6 %) Polen (0,7 %)
Landen met de hoogste prevalentie	Verenigd Koninkrijk (12,7 %) Tsjechië (9,3 %) Ierland (9,0 %) Letland (8,5 %)	Verenigd Koninkrijk (3,2 %) Tsjechië (2,8 %) Slowakije, Letland, Nederland (2,7 %)
<p>Europese schattingen worden berekend uitgaande van nationale prevalentieschattingen gewogen op basis van de populatie van de relevante leeftijdsgroep in elk land. Om schattingen van het totale aantal gebruikers in Europa te verkrijgen, is het EU-gemiddelde toegepast voor landen waarvoor geen prevalentiegegevens beschikbaar zijn (en die niet meer dan 3 % van het doelpopulatie vertegenwoordigen). Populaties gebruikt als basis: 15-64, 336 miljoen; 15-34, 132 miljoen. Aangezien Europese schattingen worden gebaseerd op tussen 2001 en 2009/2010 uitgevoerde enquêtes (vooral 2004-2008), hebben ze niet betrekking op een enkel jaar. De gegevens die hier worden samengevat, zijn beschikbaar onder „Algemene bevolkingsonderzoeken” in het Statistical Bulletin 2011.</p>		

Methamfetamine wordt genoemd als de primaire drug door een groot deel van de cliënten die zich melden voor behandeling in Tsjechië (61 %) en Slowakije (30 %). Beide landen melden over het afgelopen decennium een toename van het aantal en het totale percentage nieuwe aanmeldingen voor behandeling gerelateerd aan methamfetamine. Onder degenen die hulp zoeken vanwege een probleem met methamfetamine, komt injecteren vaak voor in Tsjechië (79 %) en in mindere mate in Slowakije (37 %), met in het algemeen dalende cijfers sinds 2004. Methamfetaminegebruikers in deze landen zijn gemiddeld 25 jaar wanneer ze zich melden voor behandeling ⁽⁶⁸⁾.

Recentelijk is methamfetamine ook in andere landen op de drugsmarkt verschenen, met name in het noorden van Europa (Noorwegen, Zweden, Letland en, in mindere mate, Finland), waar het voor een deel amfetamine lijkt te vervangen, aangezien gebruikers vrijwel geen verschil zien tussen beide stoffen.

Ecstasy

Schattingen van drugprevalentie suggereren dat circa 11 miljoen Europeanen ecstasy hebben geprobeerd en dat ongeveer 2,5 miljoen het middel het afgelopen jaar hebben gebruikt (zie tabel 7 voor een overzicht van de gegevens). Het gebruik van de drug in het afgelopen jaar concentreert zich onder jongvolwassenen, waarbij in alle landen mannen een veel hoger gebruik melden dan vrouwen, behalve in Griekenland, Roemenië, Finland en Zweden. De prevalentie van het „ooit“-gebruik van ecstasy in de groep van 15-34 jaar loopt uiteen van 0,6 tot 12,7 %, waarbij de meeste landen schattingen in de orde van grootte van 2,1-5,8 % melden ⁽⁶⁹⁾.

Onder 15- tot 16-jarige scholieren schommelde het „ooit“-gebruik van ecstasy in 2007 in de meeste onderzochte Europese landen tussen 1 en 5 %. Slechts vier landen meldden een hogere prevalentie, namelijk Bulgarije, Estland, Slowakije (elk 6 %) en Letland (7 %). De vier landen waar in 2009 schoolenquêtes zijn gehouden

⁽⁶⁸⁾ Zie tabellen TDI-2 (deel i), TDI-3 (deel iii) en TDI-5 (deel ii) en (deel iv) in het Statistical Bulletin 2011 en tabel TDI-5 (deel ii) in het Statistical Bulletin 2006.

⁽⁶⁹⁾ Zie tabel GPS-7 (deel iv) in het Statistical Bulletin 2011.

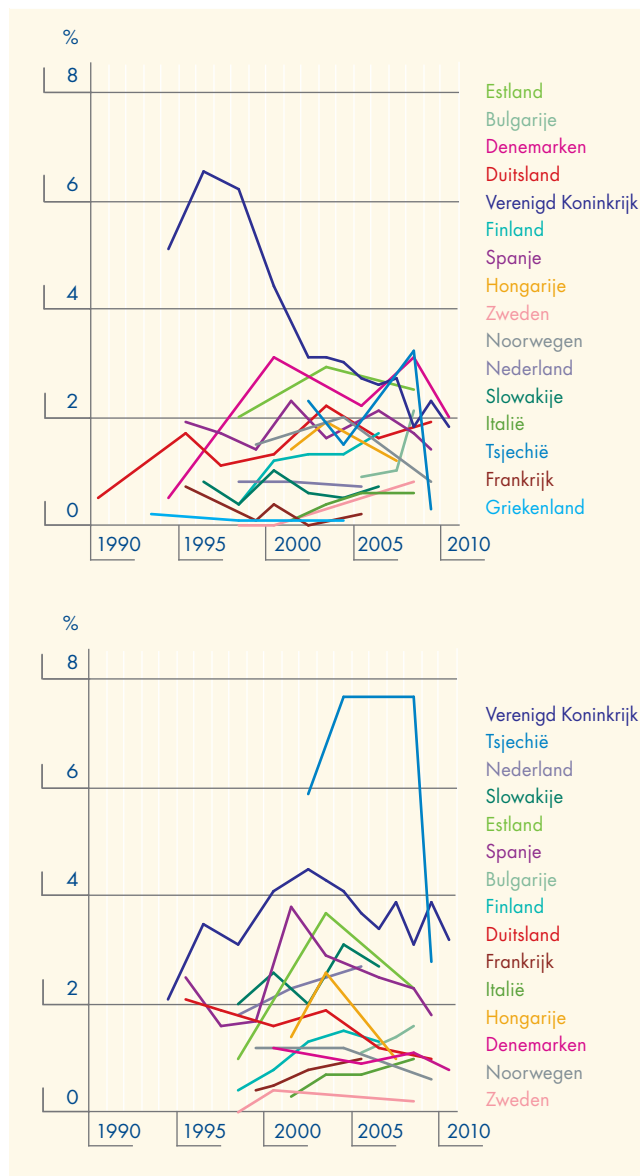
(Italië, Slowakije, Zweden, Verenigd Koninkrijk), rapporteerden een „ooit“-gebruik van ecstasy van 5 % of minder ⁽⁷⁰⁾.

Kwalitatieve onderzoeken geven een beeld van het „recreatieve“ gebruik van stimulerende middelen door jongvolwassenen in heel Europa die diverse verschillende gelegenheden in het nachtelijk uitgaanscircuit bezoeken. Deze onderzoeken benadrukken aanzienlijke verschillen in de gebruiksprofielen van de bezoekers, waarbij degenen die gelegenheden voor elektronische dancemuziek bezoeken eerder drugsgebruik zullen melden dan bezoekers van andere gelegenheden in het nachtleven. Gegevens over de prevalentie van ecstasygebruik in het nachtelijk uitgaanscircuit in 2009 zijn voor slechts vier landen beschikbaar (België, Tsjechië, Nederland, Verenigd Koninkrijk), maar vertonen een aanzienlijke variatie wat betreft de gemelde percentages voor recent gebruik (in het afgelopen jaar), variërend van 10 tot 75 %. In de settings waar steekproeven werden genomen, werd ecstasygebruik vaker gemeld dan amfetaminegebruik.

Voor de periode 2003-2009 meldde geen enkel land een toename in het ecstasygebruik, terwijl Estland, Spanje, Duitsland, Hongarije en het Verenigd Koninkrijk een afname met ongeveer één procentpunt meldden voor het gebruik in het afgelopen jaar in de groep van 15-34 jaar. Tussen de landen bestaat echter enige variatie. In landen die hogere percentages voor het ecstasygebruik in het afgelopen jaar meldden dan gemiddeld, piekte het gebruik van de drug in de groep van 15-34 jaar doorgaans tussen de 3 en 5 % in de eerste jaren van deze eeuw (Estland, Spanje, Slowakije, Verenigd Koninkrijk; zie figuur 8). Een uitzondering hierop is Tsjechië, waar het ecstasygebruik in het afgelopen jaar met 7,7 % in 2008 zijn hoogste waarde bereikte en daalde tot 2,8 % in 2009. In Tsjechië laten verschillen in de enquêtemethoden geen bevestiging van recente trends toe.

Schoolenquêtes duiden erop dat zich in het algemeen weinig veranderingen voordoen in de mate van experimenteel gebruik van ecstasy onder 15- tot 16-jarige scholieren. Tussen 2003 en 2007 meldden de meeste landen lage en stabiele trends voor de prevalentie van het „ooit“-gebruik van ecstasy in deze groep, terwijl zeven landen een toename en drie een afname meldden — waarbij een verschil van twee procentpunten als drempelwaarde werd aangehouden. Een afname in de prevalentie van ecstasy kan worden gesuggereerd door onderzoeken uitgevoerd in recreatieve settings in Europa. In Amsterdam werd in een onderzoek onder bezoekers van „coffeeshops“ een sterke daling gemeld voor het gebruik van ecstasy in de afgelopen maand van 23 % in 2001 naar 6 % in 2009; in het onderzoek werd

Figuur 8: Trends in de prevalentie van het gebruik in het afgelopen jaar van amfetaminen (boven) en ecstasy (onder) onder jongvolwassenen (15-34 jaar)



NB: er worden alleen gegevens gepresenteerd voor landen met ten minste drie enquêtes in de periode 1998 tot 2009/2010. Tsjechië onderzoekt de oorzaken van de grote variabiliteit in de resultaten van de enquête, die voor een deel gerelateerd lijken aan veranderingen in de methodiek. De gegevens worden ter informatie verstrekt, maar vergelijkingen moeten met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Zie voor meer informatie figuur GPS-8 en GPS-21 in het Statistical Bulletin 2011.

Bron: nationale Reitox-verslagen, gebaseerd op bevolkingsenquêtes, verslagen en wetenschappelijke artikelen.

voor dezelfde periode ook een afname getoond voor het „ooit“-gebruik van amfetamine, van 63 naar 41 %. Volgens een regelmatig, in het nachtelijk uitgaanscircuit van België uitgevoerd onderzoek is ecstasy niet langer de op een na meeste gebruikte drug. In eerdere enquêtes

⁽⁷⁰⁾ Zie tabel EYE-11 in het Statistical Bulletin 2011.

varieerde het ecstasygebruik in het afgelopen jaar altijd tussen 15 en 20 %, maar daalde het in 2009 naar 10 %.

Er zijn weinig drugsgebruikers die behandeling zoeken voor problemen met betrekking tot ecstasy. In 2009 werd ecstasy door minder dan 1 % (1 300) van alle behandelde drugsgebruikers genoemd als de primaire drug. Met een gemiddelde leeftijd van 26 jaar behoren ecstasygebruikers tot de jongste gebruikers die vanwege drugsgebruik in behandeling gaan, met drie tot vier mannen voor elke vrouw. Ecstasygebruikers melden dikwijls gelijktijdig gebruik van andere middelen, waaronder alcohol, cocaïne en, in mindere mate, cannabis en amfetaminen ⁽⁷¹⁾.

Het gecombineerde gebruik van ecstasy of amfetaminen met alcohol is in Europese onderzoeken gemeld. In negen Europese landen laten enquêtes onder de algehele populatie zien dat frequente of zware alcoholgebruikers veel hogere prevalentieniveaus melden voor amfetamine- of ecstasygebruik dan het populatiegemiddelde (EWDD, 2009b). Evenzo blijkt uit de analyse van de ESPAD-schoolenquête voor 22 landen dat 86 % van de scholieren van 15 tot 16 jaar die de afgelopen maand ecstasy hadden gebruikt, bij één gelegenheid ook vijf of meer alcoholische dranken had genuttigd (EWDD, 2009d).

Hallucinogenen, GHB en ketamine

Onder jongvolwassenen (15-34 jaar) variëren de prevalentieschattingen voor het „ooit“-gebruik van LSD in Europa van nul tot 5,5 %. Veel lagere prevalentiewaarden worden gemeld voor het gebruik in het voorafgaande jaar ⁽⁷²⁾. Van de weinige landen die vergelijkbare gegevens verstrekten, meldden de meeste hogere percentages voor hallucinogene paddenstoelen dan voor LSD, voor zowel de algehele bevolking als voor scholieren. Het geschatte „ooit“-gebruik van hallucinogene paddenstoelen voor jongvolwassenen varieert van 0,3 tot 14,1 % en het geschatte gebruik in het afgelopen jaar van 0,2 tot 5,9 %. De meeste landen schatten het „ooit“-gebruik van hallucinogene paddenstoelen onder 15- tot 16-jarige scholieren op 1 tot 4 %, waarbij Slowakije (5 %) en Tsjechië (7 %) een hoger gebruik rapporteren ⁽⁷³⁾.

De schattingen van de prevalentie van GHB- en ketaminegebruik onder volwassenen en scholieren zijn veel lager dan die voor het gebruik van cocaïne en ecstasy. Het gebruik van deze middelen kan in specifieke groepen, settings en geografische gebieden echter hoger zijn. Gerichte enquêtes die prevalentieschattingen rapporteren voor het gebruik van deze middelen zijn

onlangs uitgevoerd in België, Tsjechië, Nederland en het Verenigd Koninkrijk. In deze onderzoeken wordt een prevalentie voor het „ooit“-gebruik van GHB genoemd van 3,9 tot 14,3 % en een prevalentie voor gebruik in de afgelopen maand tot 4,6 %. Schattingen voor het ketaminegebruik in dezelfde enquêtes variëren van 2,9 tot 62 % voor het „ooit“-gebruik en van 0,3 tot 28 % voor het gebruik in de afgelopen maand. Tussen enquêtes en landen bestaan opvallende verschillen en de hoge prevalentie van het gemelde ketaminegebruik is uniek voor een door een muziektijdschrift in 2010 in het Verenigd Koninkrijk uitgevoerde enquête (Winstock, 2011). In deze enquête was het ketaminegebruik veel hoger dan dat van GHB. Een dergelijke hoge prevalentie voor ketamine kan verband houden met de zelfselectie van de respondenten voor de enquête en hun specifieke profiel van en houding ten opzichte van drugsgebruik. Nederland meldde dat ketamine onder trendsetters in het westen van het land een zekere populariteit heeft gekregen, maar de prevalentiecijfers voor het gebruik in de afgelopen maand onder bezoekers van grootschalige evenementen in 2009 waren (met 1,2 %) nog steeds lager dan die voor GHB (4,6 %). Onder bezoekers van Amsterdamse „coffeeshops“ was in 2009 het gebruik van GHB in de afgelopen maand met 1,5 % gelijk aan dat van amfetamine. Een hoog waargenomen risico van overdosis leidend tot bewusteloosheid of coma, gerelateerd aan het gebruik van GHB, komt naar voren in kwalitatieve onderzoeken die zijn uitgevoerd in Duitsland, Estland, Frankrijk en Nederland.

Uit herhaalde enquêtes onder bezoekers van evenementen of in recreatieve settings kunnen voor het gebruik van GHB en ketamine geen globale trends worden vastgesteld en de gemelde veranderingen zijn in de meeste gevallen klein. In onderzoeken naar recreatieve settings in België wordt gemeld dat het gebruik van GHB en ketamine in de afgelopen maand tussen 2008 en 2009 steeg van 2 naar 3 %. In Tsjechië vermelden onderzoeken uitgevoerd in het nachtelijk uitgaanscircuit dat de prevalentie van het GHB-gebruik in het afgelopen jaar steeg van 1,4 % in 2007 naar 3,9 % in 2009 en dat het gebruik van ketamine in dezelfde periode toenam van 2,2 naar 2,9 %. Onder bezoekers van „coffeeshops“ in Amsterdam werden dalingen gemeld voor het GHB-gebruik in de afgelopen maand van 2,8 % in 2001 naar 1,5 % in 2009. Trends in Amsterdam zijn echter niet representatief voor de rest van Nederland. Ook onder respondenten op de door een muziektijdschrift in het Verenigd Koninkrijk uitgevoerde enquête daalde in dezelfde periode het GHB-gebruik in de afgelopen maand van 1,7 % in 2009 naar minder dan 1 % in 2010; het gebruik van ketamine daalde in dezelfde periode van 32,4 naar 28 %.

⁽⁷¹⁾ Zie tabellen TDI-5, TDI-8 en TDI-37 (deel i), (deel ii) en (deel iii) in het Statistical Bulletin 2011.

⁽⁷²⁾ Zie tabel GPS-1 in het Statistical Bulletin 2011.

⁽⁷³⁾ Gegevens afkomstig van ESPAD voor alle landen behalve Spanje. Zie figuur EYE-3 (deel v) in het Statistical Bulletin 2011.

Interventies in recreatieve settings

Ondanks het hoge drugsgebruik in recreatieve settings maken slechts 13 landen melding van implementatie van preventieve of schadebeperkende interventies op dit gebied. De gemelde interventies richten zich nog steeds op informatieverstrekking en counseling. Deze nadruk is ook duidelijk wat betreft de interventies die zijn opgenomen in de Healthy Nightlife Toolbox, een door de EU gefinancierd online-initiatief gericht op het terugdringen van schade als gevolg van alcohol- en drugsgebruik in het nachtelijk uitgaanscircuit. Het „Safer Nightlife“-project, een ander door de EU gefinancierd initiatief in het kader van het „Democracy, Cities & Drugs II (2008-2011)“-programma, beoogt meer dan alleen informatieverstrekking en streeft naar verbetering van preventieprogramma's in het nachtelijk uitgaanscircuit en training voor professionals.

In een recent systematisch overzicht van schadebeperkende maatregelen die zijn geïmplementeerd in recreatieve settings, is gebleken dat deze zelden worden geëvalueerd en dat hun effectiviteit niet altijd duidelijk is (Akbar et al., 2011). Uit het overzicht bleek dat interventies met de nadruk op training van horecapersoneel in het uitgaanscircuit het meest voorkomende type programma zijn. Deze programma's omvatten doorgaans onderwerpen als hoe tekenen van intoxicatie kunnen worden herkend en wanneer en hoe cliënten kunnen worden geweigerd. In het Oostenrijkse „taktisch klug“ (slimme tactiek)-project worden organisatoren van partyevenementen geholpen bij de voorbereiding en wordt aan de bezoekers counseling aangeboden om hen te helpen een kritischer houding aan te nemen ten opzichte van psychoactieve middelen en risicogedrag. Uit meerdere onderdelen bestaande omgevingsmodellen, die behoren tot de programma's met gunstiger beoordelingsresultaten, worden voornamelijk genoemd door landen in het noorden van Europa.

Onderzoeken in het internationale nachtelijke uitgaanscircuit laten zien dat in deze settings sprake kan zijn van rekrutering, escalatie en recidief in relatie tot drugsgebruik, en dat ze mogelijk een rol spelen bij de internationale verspreiding van drugsculturen. Onderzoek wijst op een hoge mate van drugsgebruik en inwijding in drugsgebruik in bepaalde vakantieoordelen. Zo werden in een onderzoek onder jongeren (16-35 jaar) uit Spanje, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk die op vakantie waren op Ibiza en Mallorca aanzienlijke verschillen gevonden in het drugsgebruik tussen nationaliteiten en tussen de twee vakantiebestemmingen. Met name onder Spaanse en Britse bezoekers op Ibiza was het

Gevolgen voor de gezondheid van amfetaminen

De medische toepassing van amfetaminen is in verband gebracht met een aantal bijwerkingen als anorexie, slapeloosheid en hoofdpijn. Illegaal gebruik van amfetaminen gaat gepaard met een breder scala aan negatieve gevolgen (EWDD, 2010d), zoals kortdurende negatieve effecten (rusteloosheid, tremor, angstgevoelens, duizeligheid), een „crash“ of „coming down“-na-effect (depressie, slaapproblemen, suïcidaal gedrag), psychische en psychiatrische effecten van langdurig gebruik (psychose, suïcidaal gedrag, angstgevoelens en gewelddadig gedrag) evenals verslaving met zeer uiteenlopende onthoudingsverschijnselen.

In Australië en de Verenigde Staten, landen waar het gebruik van methamfetamine en dan met name roken van „crystal“ methamfetamine een aanzienlijk deel uitmaakt van het drugsprobleem, zijn veel onderzoeken naar de gevolgen voor de gezondheid van amfetaminegebruik uitgevoerd. Hoewel methamfetamine in Europa betrekkelijk weinig wordt gebruikt, zijn deze gezondheidseffecten ook in Europa gemeld. Er zijn ook cerebrovasculaire problemen gesignaleerd (risico van ischemie en hersenbloeding), evenals acute en chronische cardiovasculaire pathologie (acute toename van hartslagfrequentie en bloeddruk). In de context van chronisch gebruik of reeds bestaande cardiovasculaire pathologie kan dit ernstige en potentieel fatale gebeurtenissen induceren (myocardischemie en -infarct). Andere gezondheidseffecten zijn onder meer neurotoxiciteit, foetale groeibeperking gerelateerd aan amfetaminegebruik tijdens de zwangerschap en gebitsaandoeningen.

Injecteren, hoewel zeldzaam onder Europese amfetaminegebruikers, verhoogt het risico van infectieziekten (hiv en hepatitis). Een hoge mate van seksueel risicogedrag is gemeld in Tsjechië bij gebruikers van methamfetamine, waardoor ze vatbaarder zijn voor seksueel overdraagbare aandoeningen. Onderzoeken in Tsjechië, Letland en Nederland lieten verhoogde mortaliteitscijfers zien voor verslaafde of chronische amfetaminegebruikers. Schatting van de aan amfetaminen gerelateerde mortaliteit wordt echter bemoeilijkt door polydrugsgebruik (voornamelijk gelijktijdig gebruik van heroïne en cocaïne).

drugsgebruik hoog, en een op de vijf Britse bezoekers probeerde ten minste één nieuwe drug tijdens hun vakantie daar (Bellis et al., 2009).

Behandeling

Problematisch gebruik van amfetaminen

De behandel mogelijkheden die in Europese landen beschikbaar zijn voor gebruikers van amfetaminen, volgen vaak de nationale voorgeschiedenis en patronen

van problematisch amfetaminegebruik, die aanzienlijk tussen landen verschillen. In westerse en zuidelijke Europese landen zijn de behandelssystemen voornamelijk toegespitst op de behoeften van opioïdengebruikers. Ondanks het feit dat in deze landen weinig sprake is van problematisch amfetaminegebruik, kan het ontbreken van specifieke dienstverlening voor dergelijke gebruikers de toegang tot behandeling belemmeren, in het bijzonder voor de maatschappelijk beter geïntegreerde amfetaminegebruikers (EWDD, 2010d). In de noordelijke en centrale Europese landen met een lange voorgeschiedenis van behandeling van amfetaminegebruikers, zijn sommige programma's toegesneden op de behoeften van amfetaminegebruikers. In de centrale en oostelijke Europese landen waar problematisch amfetaminegebruik van recentere oorsprong is, zijn de behandelssystemen primair afgestemd op problematische opioïdengebruikers en hebben zich maar langzaam gericht op de behoeften van amfetaminegebruikers. In een in 2008 onder deskundigen gehouden enquête bleek dat minder dan de helft van de Europese landen de beschikbaarheid noemt van gespecialiseerde behandelprogramma's voor amfetaminegebruikers die actief behandeling zoeken.

Psychosociale behandeling via extramuraal hulpverlening is de meest voorkomende behandelvorm voor amfetaminegebruikers. De problematischer amfetaminegebruikers, bijvoorbeeld personen met een amfetamineverslaving die wordt gecompliceerd door bijkomende psychiatrische aandoeningen, kunnen worden behandeld in intramuraal behandelcentra, psychiatrische klinieken of ziekenhuizen. In Europa worden farmaceutische middelen als antidepressiva, sedativa of antipsychotica toegediend voor de behandeling van onthoudingsverschijnselen bij aanvang van detoxificatie, die gewoonlijk plaatsvindt op gespecialiseerde intramuraal psychiatrische afdelingen. Langduriger behandeling met antipsychotica wordt soms voorgeschreven voor gevallen met aanhoudende psychopathologie als gevolg van chronisch gebruik van amfetaminen. Europese deskundigen melden dat de psychiatrische problemen waarmee problematische amfetaminegebruikers zich vaak presenteren, moeilijk zijn aan te pakken binnen de therapeutische context. In Hongarije werd begin 2008 door het Ministerie van Gezondheid het eerste professionele protocol gepubliceerd voor de behandeling van amfetaminegebruikers. Het protocol omvat de diagnose, de geïndiceerde structuur voor medicamenteuze en niet-medicamenteuze behandeling, en andere therapieën en revalidatie.

Onderzoeken naar de behandeling van amfetamineverslaving

Hoewel in Tsjechië en het Verenigd Koninkrijk in beperkte mate substitutiebehandeling wordt voorgeschreven, is er momenteel geen bewijs dat de werkzaamheid van deze aanpak ondersteunt. Artsen zijn echter actief op zoek naar farmacologische therapieën die mogelijk nuttig zijn bij de behandeling van amfetamineverslaving. Het middel dextroamfetamine dat het centrale zenuwstelsel stimuleert, leidde bij testen onder methamfetaminepatiënten tot positieve resultaten voor vermindering van verschijnselen van „craving” en ontwenning, en wat betreft cliënten in behandeling houden, maar verminderde het gebruik van methamfetamine niet in vergelijking met placebo (Galloway et al., 2011; Longo et al., 2010). In onderzoeken waarin het effect werd beoordeeld van modafinil, een geneesmiddel dat wordt gebruikt om slaperigheid tegen te gaan, bij aan methamfetamine verslaafde personen, werden mogelijke verbeteringen gevonden voor de geheugenfunctie (Kalechstein et al., 2010), maar geen verschil ten opzichte van placebo voor de mate van drugsgebruik, in behandeling blijven, depressie of „craving” (Heinzerling et al., 2010).

Bupropion, een antidepressivum dat wordt gebruikt bij stoppen met roken, werd geprobeerd in een kleine groep aan methamfetamine verslaafde mannen die seks hebben met mannen (Elkashaf et al., 2008); er is onderzoek met een sterker onderscheidend vermogen („power”) nodig om de gevonden positieve resultaten te bevestigen. In een ander proefonderzoek, gericht op het onder controle brengen van de symptomen van aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit bij problematische amfetaminegebruikers, werd methylfenidaat met verlengde afgifte gecombineerd met wekelijkse vaardigheidstraining, maar er werd geen verschil met de placebogroep gevonden (Konstenius et al., 2010).

Op dit terrein zijn een aantal lopende onderzoeken geregistreerd, waaronder onderzoeken naar naltrexon met verlengde afgifte voor amfetamine- en methamfetamineverslaving, onderzoeken naar een monoamineantagonist, een angiotensineconverteerendenzymremmer, *N*-acetylcysteïne, rivastigmine en varenicline.

Psychologische en gedragsmatige interventies voor aan methamfetaminegebruik gerelateerde problemen zijn het aandachtspunt van een klein aantal onderzoeken. In een in Australië uitgevoerd onderzoek werd getracht twee psychologische benaderingen voor methamfetaminegebruik te vergelijken, maar het uitvalspercentage van de deelnemers was te hoog

om significante resultaten te verkrijgen (Smout et al., 2010). Lopende proeven die op dit gebied zijn geregistreerd, onderzoeken de invloed van motivationele gesprekstherapie en cognitieve gedragstherapie op methamfetamineverslaving.

Gammahydroxyboterzuur: verslaving en behandeling

Verslaving aan gammahydroxyboterzuur (GHB) is een erkende klinische aandoening, met een potentieel ernstig onthoudingsyndroom wanneer het middel na regelmatig of chronisch gebruik plotseling wordt gestaakt. Er zijn aanwijzingen dat bij recreatieve gebruikers lichamelijke afhankelijkheid kan optreden en er zijn gevallen gedocumenteerd van onthoudingsverschijnselen bij stopzetting van het gebruik van GHB en zijn precursors. GHB-verslaving is ook gemeld onder personen die aan alcohol verslaafd zijn geweest (Richter et al., 2009).

Beschikbare onderzoeken concentreren zich voornamelijk op het beschrijven van onthoudingsverschijnselen van GHB en hieraan gerelateerde complicaties,

die in noodsituaties moeilijk te herkennen zijn (van Noorden et al., 2009). Deze verschijnselen kunnen onder meer zijn onrust, angstaanvallen, slapeloosheid, zweten, tachycardie en hypertensie. Bij patiënten met onthoudingsverschijnselen kunnen ook psychose en delier ontstaan. Lichte onthoudingsverschijnselen kunnen in extramuraal settings worden behandeld; in andere gevallen wordt intramuraal toezicht aanbevolen. Tot nu toe zijn nog geen standaardprotocollen ontwikkeld voor de behandeling van het GHB-onthoudingsyndroom.

Benzodiazepinen en barbituraten zijn de farmaceutica die het meest worden gebruikt voor de behandeling van acute problemen gerelateerd aan GHB-gebruik. In de Verenigde Staten loopt een klein onderzoek waarin de benzodiazepine lorazepam wordt vergeleken met het barbituraat pentobarbital voor de vermindering van subjectieve onthoudingsverschijnselen bij aan GHB verslaafde personen. In Nederland wordt momenteel onderzoek verricht om evidence-based richtlijnen vast te stellen voor de behandeling van GHB-verslaving.



Hoofdstuk 5

Cocaïne en crackcocaïne

Inleiding

Cocaïne blijft de op een na meest gebruikte drug in Europa, hoewel de prevalentieniveaus en trends tussen de landen aanzienlijk verschillen. Een hoog niveau van cocaïnegebruik wordt alleen waargenomen in een klein aantal, voornamelijk West-Europese landen, terwijl elders het gebruik van deze drug beperkt blijft. Er is ook sprake van een aanzienlijke diversiteit onder cocaïnegebruikers, waaronder incidentele gebruikers en maatschappelijk beter geïntegreerde regelmatige gebruikers, die vaak cocaïnepoeder snuiven, en meer gemarginaliseerde en vaak verslaafde gebruikers, die cocaïne injecteren of crackcocaïne gebruiken.

Aanvoer en beschikbaarheid

Productie en drugshandel

De teelt van cocaplanten, de grondstof voor cocaïne, blijft geconcentreerd in drie landen in het Andesgebied,

Colombia, Peru en Bolivia. Het UNODC (2011) schatte dat het teeltgebied voor cocaplanten in 2010 149 000 hectare omvatte, een afname met 6 % van de geschatte 158 000 hectare in 2009. Deze daling was grotendeels toe te schrijven aan een verkleining van het teeltgebied voor coca in Colombia, die gedeeltelijk ongedaan is gemaakt door uitbreiding in Peru en Bolivia. Deze 149 000 hectaren met cocaplanten was goed voor een potentiële productie van 786 tot 1 054 ton zuivere cocaïne, vergeleken met een raming van 842 tot 1 111 ton in 2009 (UNODC, 2011).

De omzetting van cocabladeren in cocaïnehydrochloride wordt voornamelijk uitgevoerd in Columbia, Peru en Bolivia, hoewel dit proces ook in andere landen kan plaatsvinden. Het belangrijke aandeel van Colombia in de productie van cocaïne wordt bevestigd door de beschikbare gegevens over het aantal ontmantelde laboratoria en de vangsten van kaliumpermanganaat, een chemisch reagens dat wordt gebruikt bij de synthese van cocaïnehydrochloride.

Tabel 8: Productie, vangsten, prijs en zuiverheid van cocaïne en crackcocaïne

	Cocaïnepoeder (hydrochloride)	Crack (cocaïnebase) (1)
Geschatte productie wereldwijd (ton)	786-1 054	n.b.
Onderschepte hoeveelheid wereldwijd (ton)	732 (2)	n.b.
Onderschepte hoeveelheid (ton) EU en Noorwegen (incl. Kroatië en Turkije) (3)	49 (49)	0,09 (0,09)
Aantal vangsten EU en Noorwegen (incl. Kroatië en Turkije)	98 500 (99 000)	7 500 (7 500)
Gemiddelde straatwaarde (EUR/gram) Spreiding (interkwartielafstand) (4)	45-104 (50,2-78,2)	55-70
Gemiddelde zuiverheid (%) Spreiding (interkwartielafstand) (4)	18-51 (25,0-38,7)	6-75

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

(2) Het UNODC schat dat dit cijfer overeenkomt met 431-562 ton zuivere cocaïne.

(3) De totale, in 2009 in beslag genomen hoeveelheid cocaïne wordt waarschijnlijk onderschat, wat grotendeels te wijten is aan het ontbreken van recente gegevens voor Nederland, een land dat tot 2007 relatief grote in beslag genomen hoeveelheden meldde. Zonder gegevens voor 2008 en 2009 kunnen de waarden voor Nederland niet in de Europese schattingen voor 2009 worden opgenomen.

(4) Spreiding van de middelste helft van de gerapporteerde gegevens.

NB: alle gegevens hebben betrekking op 2009; n.b., gegevens niet beschikbaar.

Bronnen: UNODC (2011b) voor de mondiale waarden en de nationale focal points van het Reitox-netwerk voor de Europese gegevens.

In 2009 werden in Colombia 2 900 cocaïnelaboratoria ontmanteld (UNODC, 2011) en werd in totaal 23 ton kaliumpermanganaat in beslag genomen (90 % van de wereldwijde vangsten) (INCB, 2011a).

Cocainezendingen naar Europa blijken te verlopen via vrijwel alle landen in Zuid- en Centraal-Amerika, voornamelijk via Argentinië, Brazilië, Ecuador, Venezuela en Mexico. Ook het Caribische gebied is een belangrijk doorvoergebied voor de drug naar Europa. In de afgelopen jaren zijn er alternatieve routes via West-Afrika ontdekt (EWDD en Europol, 2010). Hoewel er sinds 2007 een „aanzienlijke afname” werd gemeld voor cocainevangsten tijdens doorvoer door West-Afrika (UNODC, 2011), is het waarschijnlijk dat er nog steeds aanzienlijke hoeveelheden van de drug deze regio passeren (EWDD en Europol, 2010).

De cocaine die Europa wordt binnengesmokkeld, lijkt voornamelijk binnen te komen via Spanje, Nederland en Portugal, en tot op zekere hoogte België. Binnen Europa worden Duitsland, Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk vaak genoemd als belangrijke doorvoer- of bestemmingslanden. Het Verenigd Koninkrijk schat dat jaarlijks 25 tot 30 ton cocaine in het land wordt geïmporteerd. Recente meldingen wijzen er ook op dat de cocainehandel zich mogelijk oostwaarts uitbreidt (EWDD en Europol, 2010; INCB, 2011b). Het gezamenlijke cijfer voor twaalf Midden- en Oost-Europese landen laat een toename zien in het aantal cocainevangsten, van 666 gevallen in 2004 tot 1 232 in 2009, maar deze vertegenwoordigen nog steeds slechts ongeveer 1 % van het Europese totaal. De hoeveelheden cocaine die in dit gebied werden onderschept, zijn tussen 2008 en 2009 meer dan verdubbeld, voornamelijk als gevolg van recordvangsten in Bulgarije (0,23 ton) en Roemenië (1,3 ton), twee landen die langs de zogenaamde Balkanroute liggen, die doorgaans in verband wordt gebracht met de heroïnehandel.

Vangsten

Cocaine is na cannabisbladeren en cannabisbats de meest verhandelde drug ter wereld. Wereldwijd is de hoeveelheid in beslag genomen cocaine in 2009 vrijwel stabiel gebleven op ongeveer 732 ton (tabel 8) (UNODC, 2011). In Zuid-Amerika wordt nog steeds de grootste in beslag genomen hoeveelheid gemeld, goed voor 60 % van de mondiale hoeveelheid, gevolgd door Noord-Amerika met 18 % en Europa met 8 % (UNODC, 2011).

Het aantal inbeslagnames van cocaine in Europa neemt de laatste 20 jaar toe en sterker sinds 2004, met naar schatting 99 000 gevallen in 2009. De totale onderschepte hoeveelheid bereikte in 2006 een piek en is sindsdien

gehalveerd naar een geraamde 49 ton in 2009. Deze daling wordt grotendeels toegeschreven aan dalingen in de in Spanje en Portugal onderschepte hoeveelheden ⁽⁷⁴⁾, hoewel het niet duidelijk is in hoeverre dit kan worden verklaard door veranderingen in handelsrouten of -praktijken, of veranderingen in prioriteiten op het gebied van wetshandhaving. Ook in 2009 was Spanje het land in Europa dat zowel het hoogste aantal cocainevangsten als de grootste in beslag genomen hoeveelheid van de drug meldde, in beide gevallen ongeveer de helft van het totaal. Dit is echter een voorlopige beoordeling, aangezien er voor Nederland geen recente gegevens beschikbaar zijn. In 2007, het laatste jaar waarvoor gegevens beschikbaar zijn, rapporteerde Nederland de inbeslagname van ongeveer 10 ton cocaine.

Zuiverheid en waarde

De gemiddelde zuiverheid van onderzochte cocainemonsters varieerde van 25 tot 43 % in de helft van de landen waarvoor voor 2009 gegevens beschikbaar waren. De laagste waarden werden gemeld in Denemarken

Groothandelsprijzen en straatwaarde van drugs: cocaine

Groothandelsprijzen van drugs zijn de prijzen die worden betaald voor grote hoeveelheden die binnen een land worden verspreid, terwijl de straatwaarde de prijs is die wordt betaald door de drugsgebruiker. Door beide te vergelijken kunnen schattingen worden gemaakt van de maximale winstmarges die drugshandelaren in het afzetgebied kunnen behalen.

Recente gegevens verzameld door de EWDD uit 14 Europese landen tonen aan dat, in 2008, de groothandelsprijs voor zendingen één kilo cocaine kan worden geraamd op 31 000 tot 58 000 EUR, waarbij de meeste landen cijfers melden van ca. 35 000 EUR. Wanneer deze werd vermeld, was de gemiddelde zuiverheid van dergelijke zendingen bijna 70 %.

In 2008 varieerde de straatwaarde van cocaine van 50 000 tot 80 000 EUR voor het equivalent van één kilogram cocaine in deze landen, en was daardoor 25 tot 83 % hoger dan de groothandelsprijzen. Tussen groothandel en de straatmarkt nam de zuiverheid af naar gemiddeld 13 tot 60 %, afhankelijk van het land. Aanvullende gegevens zijn echter nodig om een nauwkeurige schatting te maken van voor de zuiverheid gecorrigeerde prijsverschillen tussen groothandel en straatwaarde.

Een overzicht van de methoden en beschikbaarheid van gegevens in Europa staat vermeld in een EWDD-rapport over een proefonderzoek naar de groothandelsprijzen dat in 2011 is gepubliceerd.

⁽⁷⁴⁾ Zie tabellen SZR-9 en SZR-10 in het Statistical Bulletin 2011.

(alleen straatverkoop, 18 %) en het Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales, 20 %), en de hoogste in België (51 %) en Spanje en Nederland (49 %) ⁽⁷⁵⁾. Tweeëntwintig landen verstrekten voldoende gegevens voor analyse van trends in de cocaïnezuiverheid voor de periode 2004-2009, waarbij 19 landen een afname meldden, twee een stabiele situatie (Duitsland, Slowakije) en Portugal een stijging waarnam. In de periode 2004-2009 daalde in de Europese Unie over het geheel genomen de zuiverheid van cocaïne met naar schatting gemiddeld 20 % ⁽⁷⁶⁾.

De gemiddelde straatwaarde van cocaïne varieerde in de meeste landen die voor 2009 gegevens rapporteerden tussen 50 en 80 EUR per gram. Het Verenigd Koninkrijk meldde de laagste gemiddelde prijs (45 EUR), terwijl Luxemburg de hoogste meldde (104 EUR). Bijna alle landen met voldoende gegevens om een vergelijking te maken rapporteerden tussen 2004 en 2009 een stabilisatie of daling van de straatwaarde van cocaïne. In de periode 2004-2009 daalde de straatwaarde

van cocaïne in de Europese Unie met naar schatting gemiddeld 21 % ⁽⁷⁷⁾.

Prevalentie en gebruikspatronen

Cocaïnegebruik in de algehele populatie

Cocaïne is, na cannabis, de op een na meest gebruikte drug in Europa, hoewel het gebruik ervan zich concentreert in een klein aantal landen met een hoge prevalentie, waarvan sommige met een grote populatie. Naar schatting hebben ongeveer 14,5 miljoen Europeanen de drug ten minste één keer in hun leven gebruikt, met een gemiddelde van 4,3 % van de volwassenen in de leeftijd van 15-64 jaar (zie tabel 9 voor een overzicht van de gegevens). Nationale cijfers variëren van 0,1 tot 10,2 %, waarbij de helft van de 24 rapporterende landen, waaronder de meeste Midden- en Oost-Europese landen, lage cijfers voor de prevalentie van het „ooit“-gebruik melden (0,5-2,5 %).

Tabel 9: Prevalentie van cocaïnegebruik in de algehele bevolking – Overzicht van de gegevens

Leeftijdsgroep	Tijdsbestek van gebruik		
	„ooit“-gebruik	Afgelopen jaar	Afgelopen maand
15-64 jaar			
Geschat aantal gebruikers in Europa	14,5 miljoen	4 miljoen	1,5 miljoen
Europees gemiddelde	4,3 %	1,2 %	0,5 %
Spreiding	0,1-10,2 %	0,0-2,7 %	0,0-1,3 %
Landen met de laagste prevalentie	Roemenië (0,1 %) Malta (0,4 %) Litouwen (0,5 %) Griekenland (0,7 %)	Roemenië (0,0 %) Griekenland (0,1 %) Hongarije, Polen, Litouwen (0,2 %) Malta (0,3 %)	Roemenië, Griekenland (0,0 %) Tsjechië, Malta, Zweden, Polen, Litouwen, Estland, Finland (0,1 %)
Landen met de hoogste prevalentie	Spanje (10,2 %) Verenigd Koninkrijk (8,8 %) Italië (7,0 %) Ierland (5,3 %)	Spanje (2,7 %) Verenigd Koninkrijk (2,5 %) Italië (2,1 %) Ierland (1,7 %)	Spanje (1,3 %) Verenigd Koninkrijk (1,1 %) Cyprus, Italië (0,7 %) Oostenrijk (0,6 %)
15-34 jaar			
Geschat aantal gebruikers in Europa	8 miljoen	3 miljoen	1 miljoen
Europees gemiddelde	5,9 %	2,1 %	0,8 %
Spreiding	0,1-13,6 %	0,1-4,8 %	0,0-2,1 %
Landen met de laagste prevalentie	Roemenië (0,1 %) Litouwen (0,7 %) Malta (0,9 %) Griekenland (1,0 %)	Roemenië (0,1 %) Griekenland (0,2 %) Polen, Litouwen (0,3 %) Hongarije (0,4 %)	Roemenië (0,0 %) Griekenland, Polen, Litouwen, Noorwegen (0,1 %) Tsjechië, Hongarije, Estland (0,2 %)
Landen met de hoogste prevalentie	Spanje (13,6 %) Verenigd Koninkrijk (13,4 %) Denemarken (8,9 %) Ierland (8,2 %)	Verenigd Koninkrijk (4,8 %) Spanje (4,4 %) Ierland (3,1 %) Italië (2,9 %)	Verenigd Koninkrijk (2,1 %) Spanje (2,0 %) Cyprus (1,3 %) Italië (1,1 %)
<p>Europese schattingen worden berekend uitgaande van nationale prevalentieschattingen gewogen op basis van de populatie van de relevante leeftijdsgroep in elk land. Om schattingen van het totale aantal gebruikers in Europa te verkrijgen, is het EU-gemiddelde toegepast voor landen waarvoor geen prevalentiegegevens beschikbaar zijn (en die niet meer dan 3 % van de doelpopulatie vertegenwoordigen). Populaties gebruikt als basis: 15-64, 336 miljoen; 15-34, 132 miljoen. Aangezien Europese schattingen worden gebaseerd op tussen 2001 en 2009/2010 uitgevoerde enquêtes (vooral 2004-2008), hebben ze niet betrekking op een enkel jaar. De gegevens die hier worden samengevat, zijn beschikbaar onder „Algemene bevolkingsonderzoeken“ in het Statistical Bulletin 2011.</p>			

⁽⁷⁵⁾ Zie voor zuiverheid en prijsgegevens tabellen PPP-3 en PPP-7 in het Statistical Bulletin 2011.

⁽⁷⁶⁾ Zie figuur PPP-2 in het Statistical Bulletin 2011.

⁽⁷⁷⁾ Zie figuur PPP-1 in het Statistical Bulletin 2011.

Ongeveer 4 miljoen Europeanen hebben naar schatting de drug in het afgelopen jaar gebruikt (gemiddeld 1,2 %). Recente nationale enquêtes melden voor het afgelopen jaar prevalentieschattingen van 0 tot 2,7 %. De prevalentieschatting voor het cocaïnegebruik in de afgelopen maand in Europa bedraagt ongeveer 0,5 % van de volwassen populatie of ongeveer 1,5 miljoen personen.

Hogere percentages voor het cocaïnegebruik in het afgelopen jaar dan het Europese gemiddelde worden gemeld door Ierland, Spanje, Italië, Cyprus en het Verenigd Koninkrijk. In al deze landen blijkt uit de prevalentiecijfers voor het afgelopen jaar dat cocaïne het meest gebruikte, illegale stimulerende middel is.

Cocaïnegebruik onder jongvolwassenen

In Europa hebben naar schatting ongeveer 8 miljoen jongvolwassenen (15-34 jaar), of een gemiddelde van 5,9 %, ten minste één keer in hun leven cocaïne gebruikt. Nationale cijfers variëren van 0,1 tot 13,6 %. Het Europese gemiddelde voor het cocaïnegebruik in het

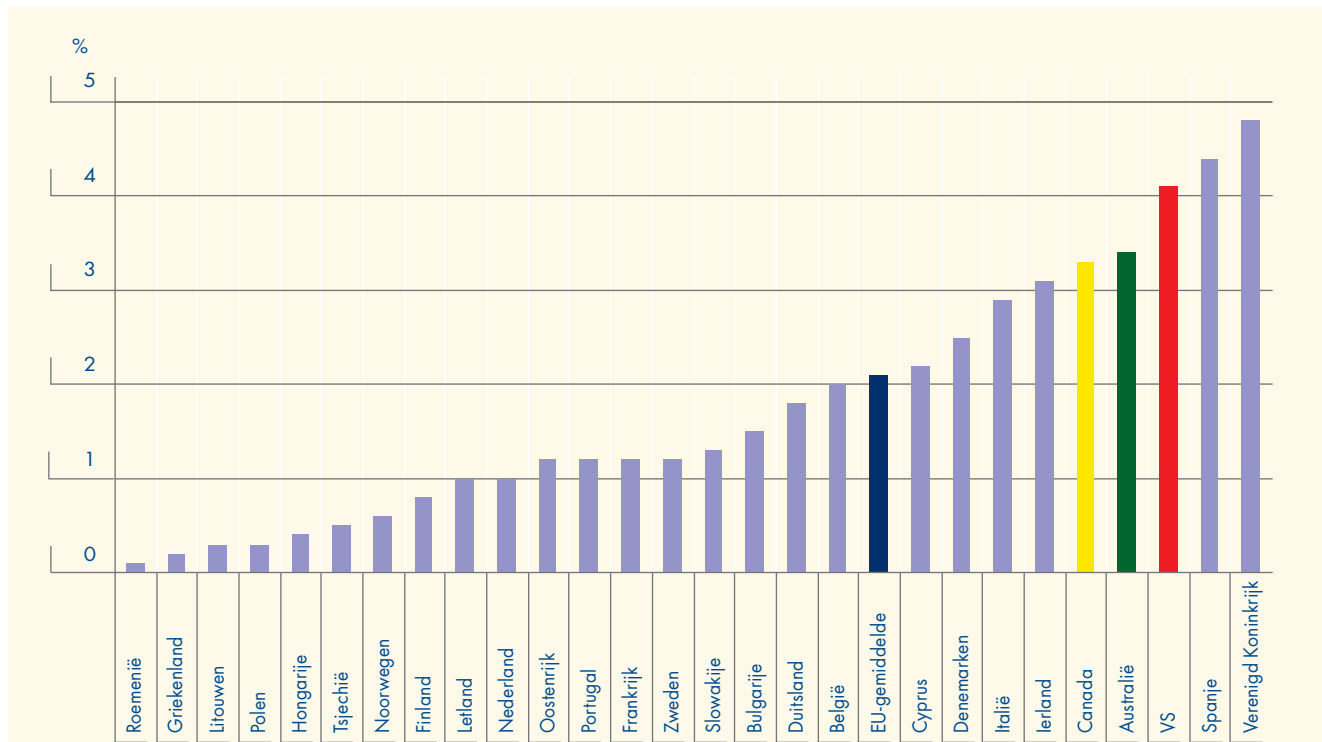
afgelopen jaar in deze leeftijdscategorie wordt geschat op 2,1 % (ongeveer 3 miljoen) en voor het gebruik in de afgelopen maand op 0,8 % (1 miljoen).

Het gebruik is vooral hoog onder jonge mannen (15-34 jaar), met een cocaïnegebruik in het afgelopen jaar tussen de 4 en 6,7 % in Denemarken, Spanje, Ierland, Italië en het Verenigd Koninkrijk ⁽⁷⁸⁾. In 13 van de rapporterende landen is de verhouding tussen mannen en vrouwen voor het gebruik van cocaïne in het afgelopen jaar onder jongvolwassenen ten minste 2:1 ⁽⁷⁹⁾.

Internationale vergelijkingen

In het algemeen is de geschatte prevalentie van het cocaïnegebruik in het afgelopen jaar onder jongvolwassenen in Europa lager (2,1 %) dan onder jongvolwassenen in Australië (3,4 % onder 14- tot 39-jarigen), Canada (3,3 %) en de Verenigde Staten (4,1 % onder 16- tot 34-jarigen). Spanje (4,4 %) en het Verenigd Koninkrijk (4,8 %) rapporteren echter hogere cijfers (figuur 9). Het is belangrijk op te merken dat kleine

Figuur 9: Prevalentie van het cocaïnegebruik in het afgelopen jaar onder jongvolwassenen (15-34 jaar) in Europa, Australië, Canada en de VS



NB: de gegevens zijn voor elk land gebaseerd op de recentste enquête. Het Europese prevalentiegemiddelde werd berekend als het gemiddelde van de nationale prevalentiepercentages, gewogen op basis van de nationale populatie van 15- tot 34-jarigen (2007, overgenomen van Eurostat). Voor de VS en Australië werden de oorspronkelijke enquête-uitkomsten omgerekend naar de leeftijdscategorie van respectievelijk 16-34 jaar en 14-39 jaar. De gegevens voor Australië hebben betrekking op 2007, de gegevens voor Canada en de Verenigde Staten op 2009. Zie voor meer informatie figuur GPS-20 in het Statistical Bulletin 2011.

Bronnen: nationale focal points van het Reitox-netwerk, AIHW (2008), Cadums (2010), Samsha (2010).

⁽⁷⁸⁾ Zie figuur GPS-13 in het Statistical Bulletin 2011.

⁽⁷⁹⁾ Zie tabel GPS-5 (deel iii) en (deel iv) in het Statistical Bulletin 2011.

verschillen tussen landen voorzichtig moeten worden geïnterpreteerd.

Cocaïnegebruik onder scholieren

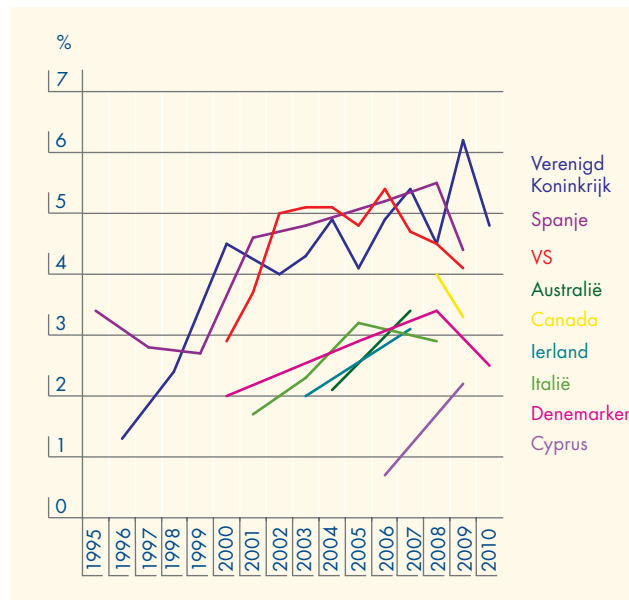
De prevalentie van het „ooit“-gebruik van cocaïne onder 15- tot 16-jarige scholieren in de recentste enquêtes lag in de helft van de 29 rapporterende landen tussen 1 en 2 %. Het merendeel van de overblijvende landen meldt prevalentieniveaus tussen 3 en 4 %, terwijl Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk 5 % melden. Daar waar gegevens van oudere scholieren (17-18 jaar) beschikbaar waren, was de prevalentie van het „ooit“-gebruik van cocaïne doorgaans hoger, oplopend tot 8 % in Spanje ⁽⁸⁰⁾.

Trends in cocaïnegebruik

De trends in het cocaïnegebruik in Europa hebben verschillende patronen gevolgd. In Spanje en het Verenigd Koninkrijk, de landen met de hoogste prevalentie, nam het gebruik van cocaïne aan het eind van de jaren negentig van de vorige eeuw sterk toe, voor een stabielere, zij het doorgaans stijgende tendens werd bereikt. In vier andere landen (Denemarken, Ierland, Italië, Cyprus) was de toename van de prevalentie minder uitgesproken en zette later in. Al deze landen meldden een prevalentie voor cocaïnegebruik in het afgelopen jaar onder jongvolwassenen (15-34 jaar) die hoger was dan het EU-gemiddelde van 2,1 % (figuur 9). Vier van deze zes landen rapporteerden een totale stijging over de afgelopen 10 jaar, hoewel in hun recentste enquête (Denemarken, Spanje, Italië, Verenigd Koninkrijk) een afname werd waargenomen, die de in Canada en de Verenigde Staten waargenomen trend weerspiegelt (figuur 10). De andere twee landen melden in hun recentste enquêtes een toename: Ierland, van 2,0 % in 2003 naar 3,1 % in 2007, en Cyprus, van 0,7 % in 2006 naar 2,2 % in 2009.

In 17 andere landen waar herhaaldelijk enquêtes worden afgenomen, is het cocaïnegebruik betrekkelijk laag en, in de meeste gevallen, stabiel. Mogelijke uitzonderingen hierop zijn onder meer Bulgarije en Zweden, die aanwijzingen voor een stijging hebben gemeld, en Noorwegen, waar sprake lijkt te zijn van een dalende trend. Hierbij moet echter in gedachten worden gehouden dat kleine veranderingen bij een lage prevalentie met de nodige voorzichtigheid moet worden geïnterpreteerd. In Bulgarije steeg het gebruik van cocaïne in het afgelopen jaar onder jongvolwassenen van 0,7 % in 2005 naar 1,5 % in 2008, en in Zweden van nul in 2000 naar 1,2 %

Figuur 10: Trends in de prevalentie in het afgelopen jaar van het cocaïnegebruik onder jongvolwassenen in de zes EU-lidstaten met het hoogste gebruik, Australië, Canada en de VS



NB: zie voor meer informatie figuur GPS-14 (deel ii) in het Statistical Bulletin 2011.

Bronnen: nationale focal points van het Reitox-netwerk, AIHW (2008), Cadums (2010), Samhsa (2010).

in 2008 ⁽⁸¹⁾. Noorwegen rapporteerde een daling van 1,8 % in 2004 naar 0,8 % in 2009.

Onder de vier landen die in 2009-2010 nationale schoolenquêtes uitvoerden (Italië, Slowakije, Zweden, Verenigd Koninkrijk), rapporteerde alleen Slowakije een verandering (afname) van meer dan één procentpunt voor het „ooit“-gebruik van cocaïne onder 15- tot 16-jarige scholieren. Een recente studie onder oudere scholieren in Duitsland stelde vast dat het aandeel van de 15- tot 18-jarige scholieren in Frankfurt die „ooit“-gebruik van cocaïne meldden, in 2008 iets was toegenomen naar 6 % en in 2009 was gedaald naar 3 %.

Gerichte enquêtes kunnen een waardevol beeld opleveren van het drugsgebruikende gedrag van jongeren op dance-evenementen en andere recreatieve settings. Terwijl deze enquêtes over het algemeen een betrekkelijk hoge prevalentie van cocaïnegebruik melden, blijkt uit recente onderzoeken in sommige Europese landen een afname. Zo meldde een onderzoek onder bezoekers van „coffeeshops“ in Amsterdam een daling in het „ooit“-gebruik van cocaïne van 52 % in 2001 naar 34 % in 2009, en voor dezelfde periode een daling van het gebruik in de afgelopen maand van 19 naar 5 % ⁽⁸²⁾. Ook

⁽⁸⁰⁾ Zie tabellen EYE-10 tot en met EYE-30 in het Statistical Bulletin 2011.

⁽⁸¹⁾ Zie figuur GPS-14 (deel i) in het Statistical Bulletin 2011.

⁽⁸²⁾ Opgemerkt moet worden dat trends in Amsterdam niet representatief zijn voor Nederland als geheel.

in Nederland werd aan de hand van een kwalitatieve trendmonitor opgemerkt dat, vergeleken met eerdere generaties van 20- tot 24-jarigen, mensen die nu deze leeftijd hebben minder geïnteresseerd zijn in het gebruik van cocaïne. Een regelmatig, sinds 2003 in België in het nachtelijk uitgaanscircuit uitgevoerd onderzoek meldde tijdens de periode 2003-2007 een toename van het cocaïnegebruik in het afgelopen jaar van 11 naar 17 %, gevolgd door een daling naar 13 % in het onderzoek van 2009. Vergelijkbare studies in Tsjechië melden een toename in het „ooit“-gebruik van cocaïne van 19 % in 2007 naar 23 % in 2009. Dergelijke bevindingen moeten echter worden bevestigd door andere datasets.

Patronen van cocaïnegebruik

Uit enquêtes blijkt dat in recreatieve settings het cocaïnegebruik sterk is gerelateerd aan de consumptie van alcohol. Gegevens uit de algemene bevolkingsenquêtes in negen landen laten zien dat de prevalentie van cocaïnegebruik onder zware episodische drinkers twee tot negen keer hoger is ⁽⁸³⁾ dan in de algemene bevolking (EWDD, 2009b). Uit enquêtes is daarnaast ook gebleken het cocaïnegebruik gepaard gaat met het gebruik van andere drugs. Zo blijkt uit een analyse van gegevens uit de British Crime Survey van 2009/2010 dat 89 % van de volwassenen (16-59 jaar oud) die in het afgelopen jaar cocaïnepoeder hadden gebruikt, ook andere drugs had gebruikt, tegenover slechts 42 % van de cannabisgebruikers (Hoare en Moon, 2010).

In sommige Europese landen gebruikt een aanzienlijk aantal mensen cocaïne slechts een of twee keer experimenteel (Van der Poel et al., 2009). Onder degenen die cocaïne regelmatig of intensief gebruiken, kunnen twee brede groepen worden onderscheiden. De eerste groep bestaat uit maatschappelijk beter geïntegreerde gebruikers die cocaïne vaak in het weekend, op feesten of bij andere speciale gelegenheden gebruiken, soms in grote hoeveelheden. Veel van deze gebruikers melden dat ze hun gebruik onder controle houden door regels te stellen, bijvoorbeeld wat betreft de hoeveelheid, de frequentie of de context van het gebruik (Reynaud-Maurupt en Hoareau, 2010). Bij sommige van hen kan sprake zijn van gezondheidsproblemen die samenhangen met hun cocaïnegebruik of ze gaan ermee door tot zich een compulsief gebruikspatroon ontwikkelt dat behandeling noodzakelijk maakt. Onderzoeken duiden er echter op dat een aanzienlijk deel van degenen met aan cocaïne gerelateerde problemen kan herstellen zonder

formele behandeling (Cunningham, 2000; Toneatto et al., 1999).

De tweede groep bestaat uit intensieve cocaïne- en crackgebruikers die behoren tot maatschappelijk meer gemarginaliseerde of achtergestelde groepen; deze groep kan ook vroegere of huidige opioïdengebruikers omvatten die crack gebruiken of cocaïne injecteren (Prinzleve et al., 2004).

Gevolgen voor de gezondheid van cocaïnegebruik

De gevolgen van cocaïnegebruik voor de gezondheid worden waarschijnlijk onderschat. Dit kan het gevolg zijn van de vaak specifieke of chronische aard van de pathologieën die doorgaans ontstaan door langdurig gebruik van cocaïne (zie hoofdstuk 7). Regelmatig gebruik, ook door snuiven, kan gepaard gaan met cardiovasculaire, neurologische en psychiatrische problemen, en met de kans op ongevallen en op overdracht van besmettelijke ziekten door onbeschermd seks (Brugal et al., 2009) en mogelijk door gemeenschappelijk gebruik van rietjes (Aaron et al., 2008), waarvoor steeds meer aanwijzingen lijken te komen (Caiiffa et al., 2011). Onderzoeken in landen met een hoog gebruik wijzen uit dat een aanzienlijk deel van de hartproblemen bij jonge mensen gerelateerd zou kunnen zijn aan cocaïnegebruik (Qureshi et al., 2001). Zo lijkt in Spanje cocaïnegebruik een rol te spelen bij een aanzienlijk deel van de drugsgerelateerde spoedopnamen, en een recent Spaans onderzoek wees uit dat 3 % van de plotselinge sterfgevallen samenhangen met cocaïnegebruik (Lucena et al., 2010). Een toename van het gebruik in Denemarken viel samen met een toename van het aantal aan cocaïne gerelateerde noodgevallen, dat steeg van 50 gevallen in 1999 naar bijna 150 in 2009.

Cocaïne-injectie en crackgebruik kennen de hoogste gezondheidsrisico's onder cocaïnegebruikers, waaronder cardiovasculaire en geestelijke gezondheidsproblemen. Deze worden doorgaans verergerd door maatschappelijke marginalisatie en de met injectie samenhangende risico's, waaronder de overdracht van infectieziekten en overdosis (EWDD, 2007a).

Problematisch cocaïnegebruik en de vraag naar behandeling

Regelmatige cocaïnegebruikers, degenen die de drug gedurende langere perioden gebruiken en degenen

⁽⁸³⁾ Zwaar episodisch drinken, ook wel bekend als „binge“ drinken, is hier gedefinieerd als het drinken van zes of meer glazen alcoholhoudende dranken bij dezelfde gelegenheid ten minste eenmaal per week in het afgelopen jaar.

Cocaïne en alcohol

Cocaïnegebruikers gebruiken vaak ook alcohol. Uit enquêtes onder de bevolking blijkt dat cocaïne- en alcoholgebruik — in het bijzonder zwaar episodisch drinken — vaak met elkaar samengaan. In twee studies werd gevonden dat meer dan de helft van de van aan cocaïne verslaafde gebruikers die in behandeling waren, ook aan alcohol verslaafd was.

De populariteit van deze combinatie kan worden verklaard door de context, aangezien beide middelen sterk gerelateerd zijn aan het nachtelijk uitgaanscircuit en de partyscene, maar ook door farmacologische factoren. De „high“-toestand die door het combineren van deze middelen wordt bereikt, zou sterker zijn dan met een van beide middelen afzonderlijk. Daarnaast kan cocaïne de effecten van beneveling door alcohol minder intens maken en kan ook een deel van de door alcohol veroorzaakte gedragsmatige en psychomotorische stoornissen tegengaan. Alcohol wordt daarnaast ook gebruikt om het onaangename gevoel te temperen dat optreedt bij „coming down“ van een cocaïne „high“. In dit opzicht kan de combinatie leiden tot een verhoogd gebruik van beide middelen.

Er is sprake van gedocumenteerde risico's en toxische effecten in samenhang met het gelijktijdige gebruik van alcohol en cocaïne, waaronder toename van de hartslagfrequentie, verhoging van de systolische bloeddruk, die kunnen resulteren in cardiovasculaire complicaties evenals cognitieve en motorische functiestoornissen. Uit retrospectieve onderzoeken blijkt echter dat gecombineerd gebruik niet meer cardiovasculaire problemen lijkt te veroorzaken dan verwacht door het additieve gebruik van elk middel afzonderlijk (Pennings et al., 2002). Daarnaast resulteert het gecombineerde gebruik tot de vorming van een nieuwe stof, coca-ethyleen, een metaboliet die in de lever wordt gevormd. Er is nog geen consensus over de vraag of coca-ethyleen verantwoordelijk is voor de versnelde hartslagfrequentie en de cardiotoxiciteit.

Zie voor meer informatie EWDD (2007a).

die het middel injecteren, worden door het EWDD gedefinieerd als problematische cocaïnegebruikers. Schattingen van de omvang van de populatie leveren bij benadering het aantal mensen dat in potentie behandeling nodig heeft. Maatschappelijk beter geïntegreerde cocaïnegebruikers zijn in de schattingen in het algemeen ondervertegenwoordigd.

Nationale schattingen van problematische cocaïnegebruikers zijn alleen voor Italië beschikbaar, waar in 2009 het aantal werd geschat op ongeveer 178 000 (tussen 4,3 en 4,7 per 1 000 in de leeftijd van 15-64 jaar) ⁽⁸⁴⁾. Trendgegevens over problematisch cocaïnegebruik en andere gegevensbronnen (bijv. over in

behandeling gaan) wijzen op een geleidelijke toename van het problematische cocaïnegebruik in Italië.

Onder maatschappelijk geïntegreerde cocaïnegebruikers wordt weinig crack gebruikt; het komt voornamelijk voor bij gemarginaliseerde en achtergestelde groepen, zoals mensen werkzaam in de seksindustrie en problematische opioïdengebruikers en het is grotendeels een stedelijk verschijnsel (Prinzleve et al., 2004; Connolly et al., 2008). In Londen wordt het gebruik van crack gezien als een belangrijke component van het drugsprobleem van de stad. Schattingen voor regionaal gebruik van crackcocaïne zijn alleen beschikbaar voor Engeland (Verenigd Koninkrijk), waar in 2008/2009 naar schatting 189 000 problematische gebruikers van crackcocaïne waren, wat overeenkomt met 5,5 (5,4-5,8) gevallen per 1 000 inwoners in de leeftijd van 15-64 jaar. Een meerderheid van deze crackgebruikers gebruikte daarnaast ook opioïden.

De vraag naar behandeling

Meer inzicht in problematisch cocaïnegebruik kan worden verkregen uit gegevens over het aantal mensen en hun kenmerken die in behandeling gaan vanwege hun cocaïnegebruik. Bijna alle gemelde, aan cocaïne verslaafde cliënten worden behandeld in extramurale centra, hoewel sommigen kunnen worden behandeld in privéklinieken waarvoor geen gegevens beschikbaar zijn. Een groot aantal problematische cocaïnegebruikers laat zich echter niet behandelen (Escot en Suderie, 2009; Reynaud-Maurupt en Hoareau, 2010).

Cocaïne, vooral poedercocaïne, werd genoemd als de voornaamste reden voor in behandeling gaan door 17 % van alle gemelde drugsgebruikers die in 2009 in behandeling gingen. Onder degenen die voor het eerst in hun leven in behandeling gingen, was het percentage primaire cocaïnegebruikers hoger (23 %).

Er bestaan grote verschillen tussen landen in het percentage en het aantal primaire cocaïnecliënten, met de hoogste percentages gemeld door Spanje (46 %), Nederland (31 %) en Italië (28 %). In België, Ierland, Cyprus en het Verenigd Koninkrijk maken cocaïnegebruikers 11 tot 15 % van alle verslavingszorgcliënten uit. Elders in Europa speelt cocaïne bij minder dan 10 % van de verslavingszorgcliënten die in behandeling zijn een rol, waarbij zes landen minder dan 1 % melden ⁽⁸⁵⁾. In totaal melden Spanje, Italië en het Verenigd Koninkrijk samen bijna 58 000 van de 72 000 cocaïnecliënten die door 26 Europese landen zijn gemeld.

Het aantal cliënten dat in behandeling gaat voor primair cocaïnegebruik, neemt in Europa al een aantal jaren toe.

⁽⁸⁴⁾ Zie tabel PDU-102 (deel i) in het Statistical Bulletin 2011.

⁽⁸⁵⁾ Zie figuur TDI-2 en tabellen TDI-5 (deel i) en (deel ii) en TDI-24 in het Statistical Bulletin 2011; de gegevens voor Spanje hebben betrekking op 2008.

Op basis van gegevens die voor de periode 2004-2009 door 17 landen zijn verstrekt, is het aantal cocaïnecliënten gestegen van ongeveer 38 000 in 2004 naar ca. 55 000 in 2009. In dezelfde periode is het aantal cocaïnecliënten dat voor het eerst in hun leven in behandeling ging, gestegen met bijna een derde, van ongeveer 21 000 naar 27 000 (gebaseerd op 18 rapporterende landen).

Profiel van extramuraal behandelde cliënten

Cliënten die extramuraal in behandeling gaan voor primair gebruik van cocaïne, waaronder poeder- en crackcocaine, kennen een hoge man-vrouwverhouding (ongeveer vijf mannen op elke vrouw), en een van de hoogste gemiddelde leeftijden (ongeveer 32 jaar) onder verslavingszorgcliënten. De gemiddelde leeftijd is het hoogst in Frankrijk, Italië en Nederland (35 jaar). Primaire gebruikers van cocaïne melden hun eerste gebruik van de drug op een gemiddelde leeftijd van 22,5 jaar, waarbij 86 % van hen begon voor de leeftijd van 30 jaar. De gemiddelde tijd tussen het eerste cocaïnegebruik en de eerste behandeling is ongeveer negen jaar. Bijna een derde van alle cocaïnecliënten wordt gemeld door het Verenigd Koninkrijk en hun profiel verschilt van dat van cliënten in andere landen met een hoog aantal cocaïnegebruikers in behandeling: ze zijn gemiddeld jonger (31 jaar), vertonen een lagere man-vrouwverhouding (ongeveer drie mannen op elke vrouw) en met een korter tijdsverloop tussen het eerste gebruik en in behandeling gaan (ongeveer zeven jaar).

Voor de meeste cocaïnecliënten is snuiven (66 %) of roken (29 %) de belangrijkste wijze van toediening. Injecteren wordt door slechts 3 % van de cocaïnecliënten gemeld als de belangrijkste route van toediening en tussen 2005 en 2009 is een afname van deze wijze van gebruik waargenomen. Bijna de helft van de cocaïnecliënten heeft in de maand vóór behandeling de drug een tot zes keer per week gebruikt, ongeveer een kwart gebruikte het dagelijks terwijl het resterende kwart het in die periode niet of slechts incidenteel heeft gebruikt⁽⁸⁶⁾. Cocaïne wordt vaak gebruikt in combinatie met andere drugs, met name alcohol, cannabis, andere stimulerende middelen en heroïne. Een analyse van behandelgegevens uit 14 landen in 2006 liet zien dat ongeveer 63 % van de primaire cocaïnecliënten polydruggebruikers was, en problemen meldde met ten minste één andere drug. De meest genoemde bijkomende problematische drug was alcohol, dat werd gebruikt door 42 % van de cocaïnecliënten, gevolgd door cannabis (28 %) en heroïne (16 %) (EWDD, 2009b). Cocaïne wordt ook genoemd als secundair

middel⁽⁸⁷⁾ en wordt in toenemende mate gemeld door primaire heroïnegebruikers in Italië en Nederland.

Uit analyse van de behandelgegevens blijkt dat het crackprobleem in Europa geografisch beperkt blijft. In 2009 is gemeld dat ongeveer 10 540 cliënten aan een extramuraal behandeling zijn begonnen vanwege primair gebruik van crackcocaine, wat 16 % van alle cocaïnecliënten uitmaakt en 3 % van alle verslavingszorgcliënten die aan een extramuraal behandeling beginnen. De meeste crackcliënten worden gemeld door het Verenigd Koninkrijk, met een aantal van ongeveer 7 500, wat 40 % uitmaakt van de cocaïnecliënten in dat land en 6 % van de verslavingszorgcliënten in de extramuraal centra. Nederland rapporteerde 1 231 crackcliënten, die 38 % uitmaken van alle cocaïnecliënten in dat land en 12 % van alle verslavingszorgcliënten⁽⁸⁸⁾. Heroïnegebruik komt algemeen voor onder de gebruikers van crackcocaine die in behandeling gaan. Zo meldde in het Verenigd Koninkrijk ongeveer 31 % van de primaire crackcliënten heroïne als een secundaire drug, en dit aandeel neemt toe.

Behandeling en schadebeperking

Historisch gezien is in Europa de behandeling voor aan drugsgebruik gerelateerde problemen altijd gericht geweest op opioïdenverslaving. Nu het gebruik van cocaïne en crackcocaine echter voor steeds meer problemen voor de volksgezondheid zorgt, wordt in veel landen echter meer aandacht besteed aan het vinden van een respons op door deze drugs veroorzaakte problemen. Hoewel behandeling voor cocaïneverslaving voornamelijk in gespecialiseerde extramuraal centra wordt geleverd, wordt in Denemarken, Ierland, Italië, Oostenrijk en het Verenigd Koninkrijk specifieke verslavingszorg voor cocaïnegebruikers geboden. Ook wordt er op beperkte schaal behandeling voor cocaïnegebruik geleverd in instellingen voor eerstelijnszorg. Op dit moment verstrekken alleen Duitsland en het Verenigd Koninkrijk richtsnoeren voor de behandeling van cocaïnegerelateerde problemen.

De primaire behandel mogelijkheden voor cocaïneverslaving zijn psychosociale interventies, inclusief motivationele gesprekstherapie, cognitieve gedragstherapieën, gedragstraining in zelfbeheersing, interventies en counseling voor terugvalpreventie. Zelfhulpgroepen, zoals Cocaine Anonymous, kunnen ook een rol spelen bij het herstelproces voor personen met door cocaïnegebruik veroorzaakte problemen. De

⁽⁸⁶⁾ Zie tabel TDI-18 (deel ii) in het Statistical Bulletin 2011.

⁽⁸⁷⁾ Zie tabel TDI-22 in Statistical Bulletin 2011.

⁽⁸⁸⁾ Zie tabel TDI-115 in Statistical Bulletin 2011.

ondersteuning die ze bieden, kan worden gecombineerd met een formele behandeling.

Onderzoeken naar de behandeling van cocaïneverslaving

In Duitsland beoordeelden Koerkel en Verthein (2010) de effecten van gedragstraining in zelfbeheersing om het gebruik van heroïne en cocaïne onder verslaafden te verminderen. Gerapporteerd werd dat de training deelnemers zou hebben geholpen het gebruik van beide middelen te verminderen en het drugsgebruik te handhaven op een door hen zelf bepaald niveau. Twee recente studies onderzochten de effectiviteit van de verslavingsprogramma's in Engeland. De „Drug Treatment Outcomes Research Study” (Jones, A., et al., 2009) constateerde dat meer dan de helft van de cocaïnecliënten binnen drie tot vijf maanden na aanvang van de behandeling stopte met het gebruik van de drug. Na een volledig jaar in behandeling te zijn geweest, onthield 60 % zich van drugsgebruik. Vergelijkbare resultaten werden gerapporteerd voor gebruikers van crackcocaïne die in behandeling waren in 12 „community-based” centra in Londen (Marsden en Stillwell, 2010).

Er zijn talrijke gerandomiseerde onderzoeken gaande om nieuwe geneesmiddelen te testen voor de behandeling van cocaïneverslaving. Op het ogenblik geven twee stoffen enige reden tot optimisme. Disulfiram, een stof die interfereert met de afbraak van alcohol, is veelbelovend bij de behandeling van cocaïneverslaving (Pani et al., 2010a), en wordt nu in een Braziliaans onderzoek in combinatie met cognitieve gedragstherapie bij de behandeling van crackcocaïneverslaving getest. Vigabatrine, een anti-epilepticum, werd onderzocht bij 103 Mexicaanse voorwaardelijk vrijgelaten gedetineerden met positieve resultaten bij kortetermijnfollow-up. Het wordt nu getest bij 200 patiënten in de VS. In Nederland wordt momenteel een nieuwe aanpak onderzocht met gebruikmaking van rimonabant (een selectieve cannabinoïdeantagonist die voorheen werd gebruikt als middel tegen obesitas). Daarnaast zijn in Nederland onlangs meerdere farmacotheapeutische opties geregistreerd (topiramaat, dexamfetamine en modafinil) die met elkaar worden vergeleken in een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek voor crackcocaïneverslaving (Hicks et al., 2011).

Een aantal andere onderzoeken heeft zwakke of niet-significante resultaten opgeleverd voor cocaïneverslaving. Modafinil, een middel dat het centrale zenuwstelsel stimuleert, was bij de aanpak van cocaïnegebruik niet beter dan placebo (Anderson et al., 2009). Zowel naltrexon (een opioïdenantagonist) als varenicline

(voor de behandeling van rookverslaving) werd getest bij patiënten met een meervoudige verslaving aan cocaïne en alcohol of tabak, maar maakte geen verschil wat betreft het gebruik in vergelijking met placebo. Memantine (een geneesmiddel tegen de ziekte van Alzheimer) werd getest in combinatie met stimuleren door middel van vouchers, maar was niet succesvoller dan placebo wat betreft vermindering van het cocaïnegebruik.

Gebleken is dat „contingency management” effectief is ongeacht etniciteit (Barry et al., 2009) en een succesvolle strategie is in combinatie met terugvalpreventie (McKay et al., 2010). In een Spaanse studie werd gevonden dat het gebruik van vouchers naast „community reinforcement” (actieve betrokkenheid van de directe omgeving van de cliënt) bijdroeg aan abstinentie onder aan cocaïne verslaafde gebruikers (Garcia-Rodriguez et al., 2009). In een ander onderzoek resulteerde de stimulans met vouchers ter versterking van abstinentie gedurende langere periodes echter in zwakke resultaten (Carpenedo et al., 2010).

Andere interventies met veelbelovende uitkomsten zijn onder meer op werkgelegenheid gebaseerde stimulans van abstinentie, waarbij cliënten gedurende zes maanden vaardigheidstraining krijgen, gevolgd door een arbeidscontract voor een jaar, waarbij ze willekeurig worden getest op cocaïnegebruik. Ander methoden die worden onderzocht om gebruikers te helpen abstinentie te bereiken zijn onder meer mindfulnesstraining en integratieve meditatie. In Nederland uitgevoerde onderzoeken richten zich op het terugdringen van „craving” met transcraniale magnetische stimulatie, een techniek die is gebruikt voor de behandeling van neurologische en psychiatrische aandoeningen.

Pogingen om een cocaïnevacin te ontwikkelen, worden voortgezet. In een in de Verenigde Staten uitgevoerd gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek (Martell et al., 2009) werd een derivaat van cocaïne gekoppeld aan een cholera-B-eiwit, maar de uitkomsten blijken te zwak om geplande veldstudies in Spanje en Italië uit te voeren. De Amerikaanse onderzoeksgroep rekruteert momenteel 300 patiënten om een gewijzigde versie van het vaccin te testen en de resultaten worden in 2014 verwacht (Whitten, 2010). Een andere studie is de ontwikkeling van een vaccin met gebruikmaking van een verkoudheidsvirus als drager voor versterking van de antilichaamreactie, maar het model moet nog bij de mens worden getest.

Schadebeperking

Het gebruik van cocaïne en crackcocaïne vertegenwoordigt een betrekkelijk nieuw aandachtspunt

voor schadebeperkende interventies en vereist heroverweging van de traditionele strategieën. Lidstaten bieden injecterende cocaïnegebruikers doorgaans dezelfde diensten en voorzieningen als aan opioïdengebruikers. Het injecteren van cocaïne gaat echter gepaard met specifieke risico's. Het omvat met name een potentieel hogere injectiefrequentie, chaotisch injectiegedrag en verhoogd seksueel risicogedrag. Aanbevelingen voor een veiliger gebruik moeten worden toegesneden op de behoeften van deze groep. In verband met de potentiële hoge injectiefrequentie mag de verstrekking van steriele hulpmiddelen voor injecterende gebruikers niet worden beperkt, maar moet meer worden gebaseerd op lokale beoordeling van de cocaïnegebruikspatronen en de maatschappelijke situatie van injecterende gebruikers (Des Jarlais et al., 2009).

Het aanbod van specifieke schadebeperkende programma's voor rokers van crackcocaïne in Europa is

beperkt. Hoewel omstrede, kunnen dergelijke interventies mogelijk het zelfgerapporteerde injecterende gedrag en het delen van drugspijpen (Leonard et al., 2008) te verminderen, hoewel hun algehele doeltreffendheid wat betreft vermindering van via bloed overgedragen virussen verder moet worden onderzocht. In drie landen (Duitsland, Spanje, Nederland) bieden sommige ruimten voor drugsgebruik faciliteiten voor het inhaleren van drugs, inclusief cocaïne. Gemeld wordt dat door sommige laagdrempelige centra in België, Duitsland, Spanje, Frankrijk, Luxemburg en Nederland sporadisch hygiënische inhalatiehulpmiddelen als schone crackpijpen of „crackpaketten“ (glazen steel met mondstuk, metalen scherm, lippenbalsem en reinigingsdoekjes) worden verstrekt aan drugsgebruikers die crackcocaïne roken. In enkele laagdrempelige centra in zeven EU-lidstaten wordt aan heroïne- of cocaïnerokers ook folie ter beschikking gesteld.

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Hoofdstuk 6

Opioïdengebruik en injecterend drugsgebruik

Inleiding

Sinds de jaren zeventig van de vorige eeuw wordt het gebruik van heroïne, en dan met name injecterend gebruik, sterk in verband gebracht met problemen voor de volksgezondheid en maatschappelijke problemen. Ook nu nog is deze drug in de Europese Unie verantwoordelijk voor het grootste deel van de morbiditeit en mortaliteit ten gevolge van drugsgebruik. Na twee decennia van vooral toenemende problemen in samenhang met heroïnegebruik zag Europa eind jaren negentig van de vorige eeuw en de beginjaren van deze eeuw een daling in het gebruik van heroïne en de hiermee samenhangende schade. Sinds 2003-2004 is de trend echter minder duidelijk, waarbij indicatoren duiden op een stabiel of gemengd beeld. Naast heroïne weerspiegelen meldingen van het gebruik van synthetische opioïden als fentanyl en het injecterend gebruik van stimulerende middelen, zoals cocaïne of amfetaminen, het groeiende aantal verschillende aspecten van problematisch drugsgebruik in Europa.

Aanvoer en beschikbaarheid

In Europa worden van oudsher twee soorten geïmporteerde heroïne op de drugsmarkt aangeboden: de algemeen verkrijgbare bruine heroïne (de chemische basisvorm), voornamelijk afkomstig uit Afghanistan, en witte heroïne (een zoutvorm), die veelal afkomstig is uit Zuidoost-Azië, hoewel deze aanzienlijk beperkter verkrijgbaar is. In sommige Noord-Europese landen (bijv. Estland, Finland, Noorwegen) worden fentanyl, een synthetisch opioïd, en zijn analogen gebruikt. Daarnaast worden sommige opioïden binnen Europa geproduceerd, waarbij het overwegend gaat om „homemade“-papaverproducten (zoals papaverstro, het concentraat van fijngemalen papaverkronen of -stengels) in een aantal Oost-Europese landen (bijv. Letland, Litouwen, Polen).

Productie en drugshandel

De in Europa geconsumeerde heroïne is overwegend afkomstig uit Afghanistan, dat wereldwijd de meeste illegale opium levert. De andere producerende landen

zijn Myanmar, dat vooral levert aan markten in Oost- en Zuidoost-Azië, Pakistan en Laos, gevolgd door Mexico en Colombia, die worden beschouwd als de grootste heroïneleveranciers van de Verenigde Staten (UNODC, 2011). De mondiale opiumproductie is naar schatting gedaald na een piek in 2007, voornamelijk als gevolg van een afname van de Afghaanse productie van 6 900 ton in 2009 naar 3 600 ton in 2010. De recentste schatting van de mondiale potentiële heroïneproductie is 396 ton

Tabel 10: Productie, vangsten, prijs en zuiverheid van heroïne

Productie en vangsten	Heroïne
Geschatte productie wereldwijd (ton)	396
Onderschepte hoeveelheid wereldwijd (ton)	76
Onderschepte hoeveelheid (ton) EU en Noorwegen (incl. Kroatië en Turkije)	8 (24)
Aantal vangsten EU en Noorwegen (incl. Kroatië en Turkije)	56 000 (59 000)
Prijs en zuiverheid in Europa ⁽¹⁾	Heroïnebase („bruin“)
Gemiddelde straatwaarde (EUR/gram) Spreiding (interkwartielafstand) ⁽²⁾	23-135 (37,5-67,9)
Gemiddelde zuiverheid (%) Spreiding (interkwartielafstand) ⁽²⁾	13-37 (16,8-33,2)
⁽¹⁾	Aangezien maar weinig landen de straatwaarde en de zuiverheid van heroïnehydrochloride („wit“) melden, zijn deze gegevens hier niet opgenomen. Ze kunnen worden geraadpleegd in tabel PPP-2 en PPP-6 in het Statistical Bulletin 2011.
⁽²⁾ NB:	Spreiding van de middelste helft van de gerapporteerde gegevens. Gegevens voor 2009 met uitzondering van de geschatte wereldwijde productie (2010).
Bronnen:	UNODC (2011b) voor de mondiale waarden en de nationale focal points van het Reitox-netwerk voor de Europese gegevens.

(zie tabel 10), een daling ten opzichte van de geraamde 667 ton in 2009 (UNODC, 2011).

Heroïne komt voornamelijk via twee handelsroutes Europa binnen. De historisch belangrijke Balkanroute brengt de in Afghanistan geproduceerde heroïne via Pakistan, Iran en Turkije naar andere doorvoer- of bestemmingslanden, voornamelijk in West- en Zuid-Europa. Heroïne wordt ook verhandeld via de „zijderoute” door Centraal-Azië en naar Rusland. In beperkte mate wordt deze heroïne vervolgens gesmokkeld via Wit-Rusland, Polen en Oekraïne naar andere bestemmingen, zoals via Litouwen naar de Scandinavische landen (INCB, 2011a, 2010). Binnen de Europese Unie spelen Nederland en, in mindere mate, België een belangrijke rol als secundair distributiecentrum.

Vangsten

De wereldwijd gerapporteerde opiumvangsten bleven tussen 2008 en 2009 stabiel, met respectievelijk 657 en 653 ton. Iran nam bijna 90 % van het totaal voor zijn rekening en Afghanistan ongeveer 5 %. De over de hele wereld gemelde heroïnevangsten bleven in 2009 stabiel (76 ton), terwijl de morfinevangsten afnamen naar 14 ton (UNODC, 2011).

In 2009 zijn in Europa naar schatting 59 000 heroïne-zendingen onderschept, met een totaalgewicht van 24 ton, waarvan tweederde (16,1 ton) door Turkije werd gemeld. Het Verenigd Koninkrijk (gevolgd door Spanje) meldde opnieuw het hoogste aantal vangsten⁽⁸⁹⁾. Gegevens voor de jaren 2004-2009 uit 28 rapporterende landen laten een algemene toename van het aantal vangsten zien. De algemene trend in de in Turkije onderschepte hoeveelheid heroïne wijkt af van die in de Europese Unie, wat deels te danken kan zijn aan een nauwere samenwerking tussen de wetshandhavinginstanties in Turkije en de EU. Terwijl Turkije tussen 2004 en 2009 een verdubbeling van de hoeveelheid in beslag genomen heroïne meldde, heeft de in de Europese Unie in beslag genomen hoeveelheid in deze periode een beperkte daling laten zien, voornamelijk door dalingen gemeld in Italië en het Verenigd Koninkrijk, de twee landen die in de Europese Unie de grootste hoeveelheden confisqueerden.

De wereldwijde vangsten van azijnzuuranhydride, gebruikt bij de productie van heroïne, daalde van een piek van ongeveer 200 000 liter in 2008 naar 21 000 liter in 2009. De cijfers voor de Europese Unie tonen een nog sterkere neerwaartse tendens: van een piek van bijna 150 800 liter die in 2008 in beslag werd genomen naar

Sterke daling van de opiumproductie in Afghanistan

Met 3 600 ton is de opiumproductie in Afghanistan in 2010 naar schatting gedaald tot ongeveer de helft van het niveau van het afgelopen jaar. Een van de geopperde oorzaken voor deze aanzienlijke vermindering van de opbrengst van de opiumpapaverooft zijn ongunstige weersomstandigheden en de verspreiding van papaverbacterievuur, een schimmelinfectie, die de opiumvelden heeft aangetast in de belangrijkste provincies voor de papaverbouw, in het bijzonder Helmand en Kandahar (UNODC en MCN, 2010). De plantenziekte veranderde niet zozeer het oppervlak van de papavervelden, maar had wel invloed op de hoeveelheid geproduceerde opium.

De daling van de opbrengst heeft ook geleid tot een dramatische stijging van de gemelde opiumprijzen tijdens de oogst. De gemiddelde prijs bij de kweker van een kilogram droge opium steeg met een factor van 2,6 van 64 USD in 2009 naar 169 USD in 2010 (UNODC en MCN, 2010). Tegelijkertijd steeg de gemiddelde prijs van heroïne in Afghanistan met een factor 1,4.

De opiumprijs blijft mogelijk niet lang hoog. Een prijsstijging die in 2004 optrad, toen de opiumproductie daalde als gevolg van ziekte, duurde minder dan een jaar (UNODC en MCN, 2010). De effecten van de recente daling van de opiumproductie op de consumentenmarkt, met name in Europa, moeten nauwlettend worden gevolgd.

866 liter in 2009. Voor 2010 heeft Slovenië echter een recordhoeveelheid azijnzuuranhydride onderschept – 110 ton. Het INCB (2011a) schreef het succes van de EU-inspanningen om misgebruik van de precursor te voorkomen toe aan gezamenlijke onderzoeksinspanningen door een aantal EU-lidstaten en Turkije.

Zuiverheid en prijs

De gemiddelde zuiverheid van in 2009 geteste bruine heroïne varieerde tussen 16 en 32 % voor de meeste rapporterende landen; lagere gemiddelde waarden werden gemeld in Frankrijk (14 %), Oostenrijk (alleen straatverkoop, 13 %) en hogere in Malta (36 %), Roemenië (36 %) en Turkije (37 %). Tussen 2004 en 2009 nam de zuiverheid van bruine heroïne in vier landen toe, bleef stabiel in vier andere en daalde in drie. De gemiddelde zuiverheid van witte heroïne was in de drie Europese landen die hierover gegevens hebben verstrekt, over het algemeen hoger (25-50 %) ⁽⁹⁰⁾.

De straatwaarde van bruine heroïne bleef in de Scandinavische landen aanzienlijk hoger dan in de rest

⁽⁸⁹⁾ Zie tabellen SZR-7 en SZR-8 in het Statistical Bulletin 2011. Merk op dat waar de gegevens voor 2009 ontbraken, de gegevens voor 2008 werden gebruikt om de Europese totalen te ramen.

⁽⁹⁰⁾ Zie tabellen PPP-2 en PPP-6 in het Statistical Bulletin 2011 voor gegevens over zuiverheid en prijzen.

van Europa, met in 2009 een gemiddelde prijs in Zweden van 135 EUR per gram en in Denemarken van 95 EUR. In het algemeen varieerde de prijs in de helft van de rapporterende landen tussen 40 en 62 EUR per gram. Over de periode 2004-2009 steeg de straatwaarde van bruine heroïne in de helft van de 14 Europese landen die tijdtrends rapporteerden.

Problematisch drugsgebruik

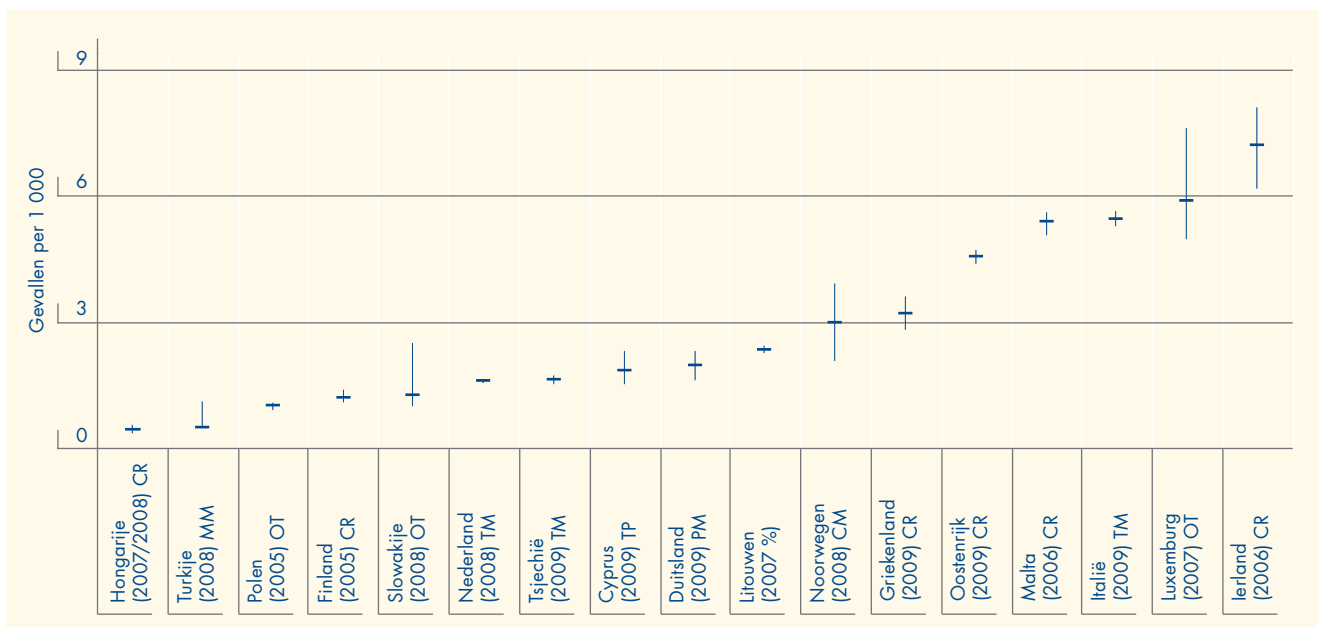
Problematisch drugsgebruik wordt door het EWDD gedefinieerd als injecterend drugsgebruik of langdurig/regelmatig gebruik van opioïden, cocaïne en/of amfetamine. Injecterend drugsgebruik en het gebruik van opioïden vormen het grootste deel van problematisch drugsgebruik in Europa, hoewel in enkele landen de gebruikers van amfetamine of cocaïne ook een belangrijk aandeel vormen. Het is ook vermeldenswaard dat problematische drugsgebruikers meestal polydrugsgebruikers zijn en dat in stedelijke gebieden en onder maatschappelijk buitengesloten groepen de prevalentiecijfers veel hoger zijn.

Gezien de betrekkelijk lage prevalentie en de verborgen aard van problematisch drugsgebruik, zijn statistische extrapolaties noodzakelijk om prevalentieschattingen te verkrijgen uit de beschikbare gegevensbronnen (voornamelijk gegevens over verslavingszorg en wetshandhaving). De gemelde totale prevalentie van problematisch drugsgebruik varieert van twee tot tien gevallen per 1 000 inwoners van 15-64 jaar. Deze schattingen kunnen grote onzekerheidsmarges en specifieke beperkingen hebben. Terwijl gebruikers die in behandeling zijn over het algemeen zijn meegeteld, kunnen bijvoorbeeld drugsgebruikers die op dat moment in de gevangenis zitten, vooral degenen met een langere straf, in de schattingen ondervertegenwoordigd zijn.

Problematisch opioidengebruik

De meeste Europese landen kunnen nu prevalentieschattingen van „problematisch opioidengebruik” verstrekken. Recente nationale ramingen variëren tussen de een en acht gevallen per 1 000 inwoners van 15-64 jaar (figuur 11). De landen met de hoogste goed gedocumenteerde schattingen

Figuur 11: Schattingen van de jaarlijkse prevalentie van problematisch opioidengebruik (in de populatie van 15-64 jaar)



NB: een symbool staat voor een puntschatting, een verticale markering geeft een onzekerheidsinterval weer: dit kan een 95 %-betrouwbaarheidsinterval ofwel een op een sensitiviteitsanalyse gebaseerd interval zijn. De doelgroepen kunnen enigszins verschillen vanwege verschillen in schattingsmethoden en gegevensbronnen; bij het maken van vergelijkingen moet daarom terughoudendheid in acht worden genomen. Niet-standaardleeftijdsgroepen werden aangehouden in de onderzoeken uit Finland (15-54), Malta (1264) en Polen (alle leeftijden). Alle drie percentages werden gecorrigeerd voor de populatie van 15-64 jaar. Voor Duitsland vertegenwoordigt het interval de boven- en ondergrens van alle bestaande schattingen, en de puntschatting een enkelvoudig gemiddelde van de middelste punten. De schattingsmethoden zijn als volgt afgekort: CR, Capture-Recapture (capture-recapturemethode); TM, Treatment Multiplier (behandelingsmultiplier); MM, Mortality Multiplier (mortaliteitsmultiplier); CM, Combined Methodes (gecombineerde methoden); TP, Truncated Poisson (afgeknotte Poissonverdeling); PM, Police Multiplier (multiplier van politiegegevens); OT, Other Methods (andere methoden). Zie voor meer informatie figuur PDU-1 (deel ii) en tabel PDU-102 in het Statistical Bulletin 2011.

Bron: nationale focal points van het Reitox-netwerk.

van problematisch opioïdengebruik zijn Ierland, Italië, Luxemburg en Malta, terwijl de laagste schattingen worden gemeld door Tsjechië, Nederland, Polen, Slowakije en Finland. Alleen Turkije en Hongarije melden cijfers lager dan één geval op de 1 000 inwoners van 15-64 jaar.

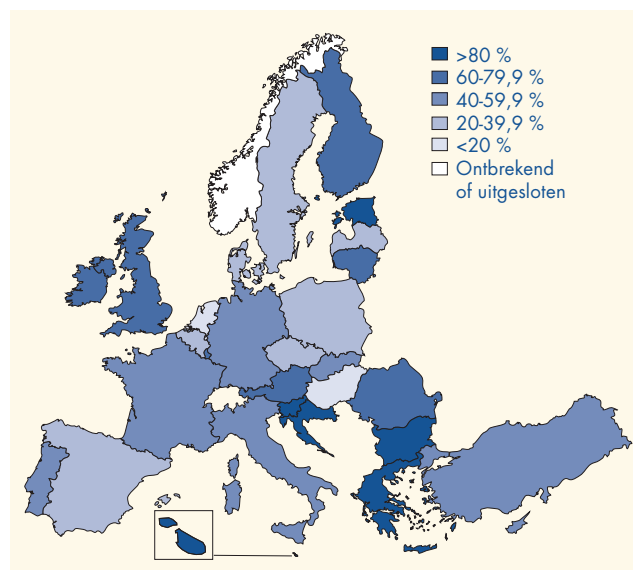
De gemiddelde prevalentie van problematisch opioïdengebruik in de Europese Unie en Noorwegen, berekend uit nationale studies, wordt geschat op 3,6 tot 4,4 gevallen per 1 000 inwoners van 15-64 jaar. Dit komt overeen met ongeveer 1,3 miljoen (1,3-1,4 miljoen) problematische opioïdengebruikers in de Europese Unie en Noorwegen in 2009. In vergelijking zijn de schattingen voor de buurlanden van Europa hoog, met Rusland op 16 per 1 000 inwoners van 15-64 jaar (UNODC, 2009) en Oekraïne op 10 tot 13 gevallen per 1 000 inwoners van 15-64 jaar (UNODC, 2010). Elders in de ontwikkelde landen zijn prevalentieschattingen van problematisch opioïdengebruik hoger dan het Europese gemiddelde gemeld, waarbij het aantal gevallen per 1 000 inwoners van 15-64 jaar in Australië 6,3 bedraagt (Chalmers et al., 2009), in Canada 5,0 en in de VS 5,8 (UNODC, 2010). Vergelijkingen tussen landen moeten met de nodige voorzichtigheid worden gemaakt, omdat de definities van de doelgroep kunnen variëren.

Opioïdengebruikers die in behandeling gaan

Opioïden, voornamelijk heroïne, worden genoemd als de primaire drug voor het in behandeling gaan door ongeveer 216 000 of 51 % van alle personen die in 29 Europese landen in 2009 aan een specialistische verslavingsbehandeling zijn begonnen. Er bestaan echter aanzienlijke verschillen binnen Europa, waarbij opioïdencliënten voor meer dan 80 % deel uitmaken van degenen die in zes landen in behandeling gaan, tussen 60 en 80 % in zeven landen, en waarbij slechts twee van de overige 16 landen melden dat opioïdencliënten voor minder dan 20 % deel uitmaken van degenen die in behandeling gaan (figuur 12). Daarnaast noemden nog eens 30 000 gebruikers (9 % van de drugscliënten) van andere drugs opioïden als secundaire drug ⁽⁹¹⁾.

Opioïdengebruikers die beginnen aan een specialistische behandeling, zijn gemiddeld 34 jaar, waarbij vrouwelijke cliënten en degenen die voor het eerst in behandeling gaan in de meeste landen jonger zijn. In heel Europa is het aantal mannelijke opioïdencliënten groter dan hun vrouwelijke tegenhangers in een verhouding van ongeveer drie tot een, met over het algemeen een lagere man-vrouwverhouding in noordelijke landen. In het

Figuur 12: Primaire opioïdengebruikers als percentage van alle cliënten die in 2009 in behandeling gingen



NB: gegevens uitgedrukt als een percentage van personen voor wie de primaire drug bekend is (92 % van de gemelde cliënten). Gegevens voor 2009 of voor het recentste beschikbare jaar. De gegevens voor Letland, Litouwen en Portugal hebben betrekking op cliënten die voor het eerst in hun leven in behandeling gingen. Primaire opioïdengebruikers kunnen in een aantal landen worden ondergerapporteerd, waaronder België, Tsjechië, Duitsland en Frankrijk, omdat velen worden behandeld door huisartsen en mogelijk niet worden gerapporteerd bij de indicator voor de vraag naar behandeling („treatment demand indicator“).

Bron: nationale focal points van het Reitox-netwerk.

algemeen zijn opioïdengebruikers die in behandeling gaan, vaker werkloos en hebben ze vaker een lagere opleiding genoten. Bij deze groep worden ook frequenter psychiatrische stoornissen vastgesteld dan bij cliënten die andere primaire drugs gebruiken ⁽⁹²⁾.

Bijna de helft van de opioïdencliënten meldde dat ze de drug vóór de leeftijd van 20 jaar voor het eerst hadden gebruikt (47 %) en voor de grote meerderheid gold dit tegen de leeftijd van 30 jaar (88 %). Opioïdencliënten melden een gemiddeld interval van negen jaar tussen het eerste gebruik van opioïden en voor de eerste keer in behandeling gaan, waarbij vrouwelijke cliënten een kortere gemiddelde tussenliggende periode melden (zeven jaar) ⁽⁹³⁾. Ongeveer 40 % van de opioïdencliënten die in Europa in behandeling gaan, noemt injecteren van de drug als gebruikelijke wijze van toediening; de overige 60 % meldt dat ze de drug snuift, inhaleert of rookt. Bijna tweederde van de opioïdencliënten (64 %) meldt een dagelijks gebruik van de drug in de maand voorafgaand aan in behandeling gaan ⁽⁹⁴⁾ en de meeste gebruiken een secundaire drug,

⁽⁹¹⁾ Zie figuur TDI-2 (deel ii) en tabellen TDI-5 en TDI-22 in het Statistical Bulletin 2011. Gegevens van extramuraal en intramuraal behandelcentra.

⁽⁹²⁾ Zie tabellen TDI-10, TDI-12, TDI-13, TDI-21, TDI-32 en TDI-103 in het Statistical Bulletin 2011.

⁽⁹³⁾ Zie tabellen TDI-11, TDI-33, TDI-106 (deel i) en TDI-107 (deel i) in het Statistical Bulletin 2011.

⁽⁹⁴⁾ Zie tabellen TDI-18 en TDI-111 in het Statistical Bulletin 2011.

vaak alcohol, cannabis, cocaïne of andere stimulerende middelen. De combinatie van heroïne en cocaïne (waaronder crack) is vrij gebruikelijk onder deze cliënten, ofwel tegelijk geïnjecteerd of afzonderlijk gebruikt.

Trends in problematisch opioidengebruik

Voor de periode 2004-2009 duiden de gegevens van acht landen met herhaalde prevalentieschattingen voor problematisch opioidengebruik op een relatief stabiele situatie. Op basis van een steekproef van 17 Europese landen waar gegevens beschikbaar waren voor de periode 2004-2009, is er sprake van een algemene toename in het gemelde aantal cliënten dat in Europa met een specialistische drugsbehandeling begonnen, waaronder degenen die in behandeling gingen voor primair heroïnegebruik (van 123 000 tot 143 000). Deze toename kan echter grotendeels te wijten zijn aan heroïnegebruikers die opnieuw in behandeling gingen in plaats van heroïnegebruikers die voor het eerst met een behandeling begonnen ⁽⁹⁵⁾. Onder cliënten die voor het eerst in behandeling gingen, bleef het aantal heroïnegebruikers nagenoeg stabiel (ongeveer 32 000 in een steekproef van 18 landen) ⁽⁹⁶⁾. De cijfers voor drugsgerelateerde sterfgevallen in de periode 2004-2009, meestal gerelateerd aan opioidengebruik, waren in de meeste rapporterende landen tot 2008 stabiel of namen toe. Voorlopige gegevens voor 2009 wijzen nu op een stabiel of afnemend aantal sterfgevallen ⁽⁹⁷⁾.

Ondanks de aanwijzingen voor een in het algemeen stabiele situatie, veranderen de kenmerken van het opioidenprobleem in Europa. Opioidencliënten in behandeling zijn nu gemiddeld ouder, terwijl het aandeel van injecterende gebruikers onder hen is afgenomen en het aandeel gebruikers van andere opioiden dan heroïne en polydrugsgebruikers is toegenomen ⁽⁹⁸⁾.

Injecterend drugsgebruik

Injecterende drugsgebruikers behoren tot de drugsgebruikers die het grootste risico lopen dat hun drugsgebruik tot gezondheidsproblemen leidt, zoals via bloed overgedragen infectieziekten (bijv. hiv/aids, hepatitis) of drugsoverdoses. In de meeste Europese landen worden injecties doorgaans in verband gebracht met opioidengebruik, maar in een klein aantal landen is dit gerelateerd aan het gebruik van amfetaminen.

Andere opioiden dan heroïne

Een toenemend illegaal gebruik van andere opioiden dan heroïne is gemeld in Australië, Canada, Europa en de Verenigde Staten (Samhsa, 2009). De meeste van deze stoffen worden gebruikt in de medische praktijk als pijnstillers (morphine, fentanyl, codeïne, oxycodon, hydrocodon) of als substitutiegeneesmiddel bij de behandeling van heroïneverslaving (methadon, buprenorfine). Net als bij heroïne, kan het niet-medische gebruik van deze stoffen leiden tot een reeks van nadelige effecten op de gezondheid, waaronder afhankelijkheid, overdosis en schade gerelateerd aan injectie.

In Europa noemt ongeveer 5 % (ca. 20 000 patiënten) van alle personen die in behandeling gaan, andere opioiden dan heroïne als hun primaire drug. Dit is met name het geval in Estland, waar 75 % fentanyl als hun primaire drug noemt, en in Finland, waar buprenorfine door 58 % van degenen die in behandeling gaan als primaire drug wordt genoemd. Andere landen waar een aanzienlijk deel van de cliënten methadon, morphine en andere opiaten als primaire drug noemt, zijn onder meer Denemarken, Frankrijk, Oostenrijk, Slowakije en Zweden, waar niet-heroïne opioidengebruikers 7 tot 17 % van alle drugscliënten uitmaken (!). Ook Tsjechië meldt dat gebruikers van buprenorfine meer dan 40 % uitmaakten van alle problematische opioidengebruikers tussen 2006 en 2009.

De mate van illegaal opioidengebruik kan verband houden met een combinatie van factoren, waaronder de drugsmarkt en de voorschrijfprijs. Zo kan een afname van de beschikbaarheid van heroïne en een stijging van de prijs leiden tot het gebruik van andere opioiden, zoals werd waargenomen in Estland met fentanyl (Talu et al., 2010) en in Finland met buprenorfine (Aalto et al., 2007). Ook oneigenlijk voorschrijfgedrag kan leiden tot het illegale gebruik van opioidengeneesmiddelen. De uitbreiding van substitutiebehandeling in combinatie met een gebrek aan toezicht kan een clandestiene markt creëren, terwijl de beperkte beschikbaarheid van deze behandeling en het voorschrijven van te lage substitutedoses ertoe kunnen leiden dat gebruikers andere stoffen innemen als zelfmedicatie (Bell, 2010; Roche et al., 2011; Romelsjo et al., 2010).

(!) Zie tabel TDI-113 in het Statistical Bulletin 2011.

Slechts 14 landen konden recente prevalentieschattingen voor injecterend drugsgebruik overleggen ⁽⁹⁹⁾. De beschikbare gegevens duiden op grote verschillen tussen landen, met schattingen die variëren van minder dan één tot vijf gevallen per 1 000 inwoners van 15-64 jaar voor de

⁽⁹⁵⁾ Zie tabellen TDI-1 en TDI-3 in het Statistical Bulletin 2011.

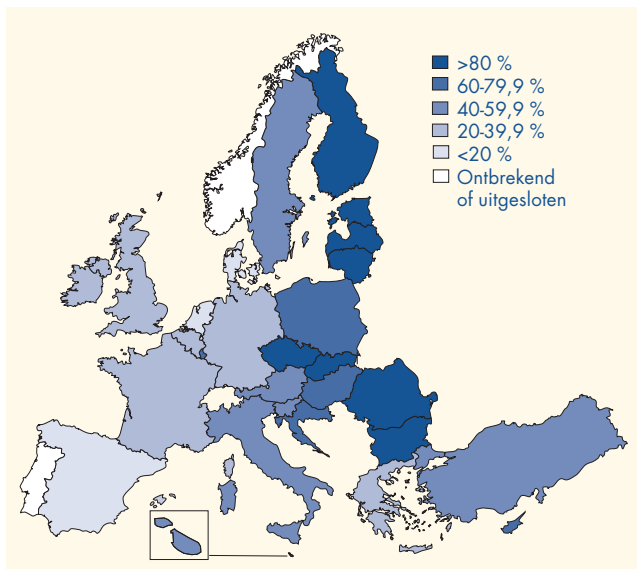
⁽⁹⁶⁾ Zie tabellen TDI-3 en TDI-5 in het Statistical Bulletin 2009 en 2011.

⁽⁹⁷⁾ Zie tabel DRD-2 (deel i) in het Statistical Bulletin 2011.

⁽⁹⁸⁾ Zie tabel TDI-113 in de Statistical Bulletins 2008, 2009, 2010 en 2011 en tabel TDI-114 in het Statistical Bulletin 2009. Gegevens beschikbaar met een uitsplitsing per type opioïd voor de jaren 2005 en 2009. Zie ook EWDD (2010f).

⁽⁹⁹⁾ Zie figuur PDU-2 in het Statistical Bulletin 2011.

Figuur 13: Injecteren als gebruikelijke wijze van toediening onder primaire opioïdengebruikers die in 2009 in behandeling gingen



NB: gegevens uitgedrukt als een percentage van de gemelde cliënten van wie de wijze van toediening bekend is. Gegevens voor 2009 of voor het recentste beschikbare jaar. Zie tabel TDI-5 (deel iii) en (deel iv) in het Statistical Bulletin 2011.
Bron: nationale focal points van het Reitox-netwerk.

meeste landen, met een uitzonderlijk hoog aantal van 15 gevallen per 1 000 inwoners in Estland. Wanneer deze 14 landen worden samengenomen, kan worden berekend dat er ongeveer 2,6 injecterende drugsgebruikers per 1 000 inwoners van 15-64 jaar zijn. Naast actieve injecterende gebruikers, is er een groot aantal voormalige injecterende drugsgebruikers in Europa (Sweeting et al., 2008), maar voor de meeste EU-landen zijn geen cijfers beschikbaar.

Ongeveer 41 % van de primaire opioïdencliënten die aan een specialistische drugsbehandeling beginnen, voornamelijk heroïnegebruikers, noemt injecteren als de gebruikelijke wijze van toediening. De mate van injecterend gebruik onder opioïdengebruikers varieert tussen landen, van 8 % in Nederland tot 99 % in Letland en Litouwen (figuur 13); dit kan worden verklaard door factoren als de geschiedenis van het heroïnegebruik in het land, het type heroïne dat beschikbaar is (wit of bruin), de prijs en de gebruikscultuur.

Vanwege het gebrek aan gegevens en, in sommige gevallen, de grote onzekerheidsmarges van de ramingen, is het lastig conclusies te trekken over trends in de tijd wat betreft de prevalentie van injecterend drugsgebruik gebaseerd op herhaalde prevalentieschattingen. De beschikbare gegevens wijzen op een algehele daling van het injecteren van opioïden, met name van heroïne, in Europa. In sommige landen lijkt de mate van injecteren echter relatief stabiel te zijn

Heroïneschaarste in Europa?

De beschikbaarheid van heroïne is eind 2010 tot begin 2011 naar verluidt sterk gedaald in het Verenigd Koninkrijk en Ierland. Dit wordt ondersteund door cijfers die een aanzienlijke daling laten zien van de zuiverheid van in beslag genomen heroïne in het Verenigd Koninkrijk tussen het derde kwartaal van 2009 en het derde kwartaal van 2010 (UNODC, 2011).

De omvang van de schaarste in andere Europese landen is minder duidelijk, hoewel meldingen suggereren dat ook in Italië en Slovenië sprake is van een tekort aan heroïne. Andere EU-lidstaten, waaronder Duitsland, Frankrijk en de Scandinavische landen, maken melding van weinig of geen vermindering in de beschikbaarheid van heroïne.

Er is een aantal redenen geopperd om het schijnbare heroïnetekort te verklaren. Ten eerste is gesuggereerd dat de verminderde productie van opium in Afghanistan, als gevolg van papaverbacterievuur in het voorjaar van 2010, verantwoordelijk kan zijn. Dit is echter omstreden, omdat politierapporten suggereren dat de heroïne vervaardigd van Afghaanse opium mogelijk pas 18 maanden na de oogst op de Europese drugsmarkt komt. Een tweede argument is dat de heroïne die bestemd was voor West-Europa, is weggesluisd naar de Russische markt, maar ook in Rusland lijkt sprake te zijn van een tekort aan heroïne. Er is ook gesuggereerd dat de inspanningen op het gebied van wetshandhaving de handel hebben verstoord, met name door de ontmanteling van groothandelnetwerken voor heroïne tussen Turkije en het Verenigd Koninkrijk. In de afgelopen jaren (2007, 2008) zijn er ook recordhoeveelheden van de heroïneprecursor azijnzuuranhydride in Europa onderschept, en deze inbeslagnames kunnen gedurende een langere periode de drugsmarkt hebben beïnvloed. Tot slot kunnen ook andere ontwikkelingen in Afghanistan, zoals zware gevechten in het zuiden van het land, en wetshandhavingsacties tegen heroïnelaboratoria en opiumvoorraden van invloed zijn op de heroïnetoevoer naar Europa.

Het is waarschijnlijk dat een combinatie van een aantal van deze factoren een rol heeft gespeeld bij de verstoring van de toevoer van heroïne naar Europa, met ernstige tekorten op bepaalde markten als gevolg.

gebleven (Griekenland, Cyprus, Hongarije, Kroatië, Noorwegen), terwijl Tsjechië tussen 2004 en 2009 een stijging van injecterende gebruikers meldde, meestal methamfetaminegebruikers⁽¹⁰⁰⁾.

De meeste Europese landen meldden tussen 2004 en 2009 een daling van het percentage injecterende gebruikers onder de primaire heroïnecliënten. De weinige landen waar dit niet het geval is, rapporteren de hoogste percentages van heroïnegebruikers onder cliënten die in behandeling gaan.

⁽¹⁰⁰⁾ Zie tabel PDU-6 (deel iii) in het Statistical Bulletin 2011.

Behandeling van problematisch opioidengebruik

Behandelaanbod en -bereik

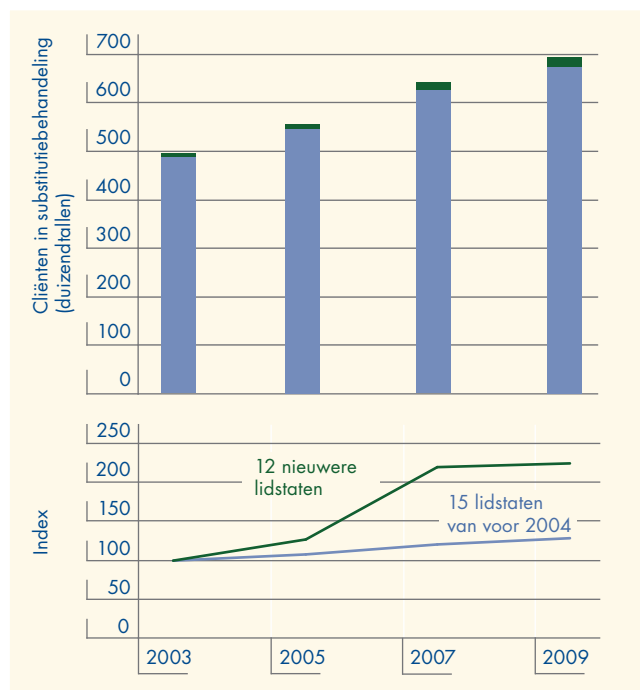
In alle EU-lidstaten, Kroatië en Noorwegen zijn er zowel drugsvrije behandelingen als substitutiebehandelingen voor opioidengebruik mogelijk. In de meeste landen vindt behandeling plaats in extramurale settings, zoals gespecialiseerde centra, huisartspraktijken en laagdrempelige verslavingsinstellingen. In enkele landen spelen gespecialiseerde intramurale centra een belangrijke rol bij de behandeling van opioïdenverslaving ⁽¹⁰¹⁾. Een klein aantal landen biedt heroïneondersteunde behandeling voor een geselecteerde groep chronische heroïnegebruikers.

Voor opioidengebruikers wordt een drugsvrije behandeling meestal voorafgegaan door een detoxificatieprogramma, dat hun farmaceutische ondersteuning biedt bij de aanpak van de lichamelijke ontweningsverschijnselen. Deze therapeutische benadering vereist doorgaans dat cliënten zich onthouden van alle middelen, waaronder substitutiemiddelen. De patiënten nemen deel aan dagactiviteiten en krijgen intensieve psychologische begeleiding. Hoewel behandeling zowel in extra- als intramurale settings kan plaatsvinden, zijn de meeste gemelde typen intramurale (of revalidatie-) programma's, waarvan een groot aantal gebaseerd is op de principes van de therapeutische gemeenschapsbenadering of het Minnesota-model.

Substitutiebehandelingen, vaak in combinatie met psychosociale zorg, worden doorgaans aangeboden in gespecialiseerde extramurale centra. Veertien landen melden dat ook huisartspraktijken substitutiebehandeling aanbieden, gewoonlijk in het kader van regelingen voor gedeelde zorg met gespecialiseerde behandelcentra. Het totale aantal opioidengebruikers dat in de Europese Unie, Kroatië en Noorwegen substitutiebehandeling krijgt, wordt geschat op 700 000 cliënten (690 000 voor EU-lidstaten) in 2009, een stijging ten opzichte van de 650 000 cliënten in 2007, en ongeveer een half miljoen in 2003 ⁽¹⁰²⁾. De overgrote meerderheid van de substitutiebehandelingen wordt nog steeds geleverd in de 15 EU-lidstaten die voor 2004 toetraden (ongeveer 95 % van het totaal), en de cijfers in deze landen bleven tussen 2003 en 2009 stijgen (figuur 14). Van deze landen werden de grootste stijgingen waargenomen in Finland met een drievoudige toename, alsmede in Oostenrijk en Griekenland, waar het aantal behandelingen verdubbelde.

In de 12 landen die recentelijker tot de EU zijn toegetreden, nam het aantal cliënten met substitutiebehandeling tussen 2003 en 2009 bijna drievoudig toe, van 6 400 tot 18 000. Ten opzichte van het indexjaar 2003 kan voor de periode 2005-2007 een sterke stijging worden waargenomen, maar vanaf deze datum is er sprake van slechts een geringe verdere stijging. Verhoudingsgewijs was de uitbreiding van substitutiebehandeling in deze landen over de periode van zes jaar het grootst in Estland (16-voudig van 60 naar meer dan 1 000 cliënten, maar nog steeds wordt slechts 5 % van de injecterende opioidengebruikers bereikt) en Bulgarije (achtvoudig), terwijl er in Letland sprake was van een drievoudige toename. De kleinste stijgingen werden gemeld door Slowakije en Hongarije, en het aantal cliënten in Roemenië bleef nagenoeg onveranderd. Een toegenomen aanbod van substitutiebehandeling kan met verschillende factoren verband houden, zoals: als reactie op hoge percentages injecterend drugsgebruik en de daarmee samenhangende overdracht van hiv, aanpassing aan de EU-drugsstrategie en de financiering van de

Figuur 14: Cliënten met substitutiebehandeling voor opioïden in de 15 lidstaten toegetreden voor 2004 en in de 12 nieuwere EU-lidstaten — Geschatte aantallen en geïndexeerde trends



NB: zie voor meer informatie figuur HSR-2 in het Statistical Bulletin 2011.

Bron: nationale focal points van het Reitox-netwerk.

⁽¹⁰¹⁾ Zie tabel TDI-24 in het Statistical Bulletin 2011.

⁽¹⁰²⁾ Zie tabel HSR-3 in het Statistical Bulletin 2011.

proefprojecten door internationale organisaties, zoals het Global Fund en UNODC.

Een vergelijking van het aantal cliënten met substitutiebehandeling en het geschatte aantal problematische opioïdengebruikers duidt erop dat in Europa het bereik van de behandeling varieert. Van de 16 landen waarvoor betrouwbare schattingen van het aantal problematische opioïdengebruikers beschikbaar zijn, melden acht landen dat het aantal substitutiebehandelingen overeenkomt met 40 % of meer van de doelpopulatie. Zeven van deze landen waren al voor 2004 tot de EU toegetreden en het andere land met een hoog bereik is Malta. In Nederland is het bereik 37 % en in Tsjechië en Hongarije 32 %. Van de vijf landen met een bereik lager dan 30 % zijn er vier nieuwere lidstaten. De uitzondering in deze groep is Griekenland, met een geschat bereik van 23 % ⁽¹⁰³⁾.

Landen in Midden- en Oost-Europa melden inspanningen om de toegang tot en de kwaliteit en verstrekking van substitutiebehandeling te verbeteren. In 2010 werden er in Litouwen klinische richtlijnen voor de behandeling van opioïdenverslaving met methadon en buprenorfine gepubliceerd. De geografische beschikbaarheid van substitutiebehandeling in Letland breidt zich uit, met nieuwe aanbieders van de behandeling buiten de hoofdstad Riga. In Tsjechië is regelgeving voor de financiering van de substitutiebehandeling voor opioïdengebruik in de nationale ziektekostenverzekering aangenomen. Gemeld wordt echter dat door een tekort aan financiële middelen voor substitutiebehandeling het geografische bereik in Polen beperkt is en in Bulgarije neemt hierdoor het aantal beschikbare behandelplaatsen

voor substitutiebehandeling bij de belangrijkste aanbieders van substitutiebehandeling, die niet door de overheid worden gefinancierd, aanzienlijk af.

De globale schatting is dat ongeveer de helft van de problematische opioïdengebruikers in de Europese Unie toegang heeft tot substitutiebehandeling, een niveau dat vergelijkbaar is met dat gemeld voor Australië en de Verenigde Staten, maar hoger dan dat voor Canada. China rapporteert veel lagere niveaus, terwijl Rusland – ondanks het feit dat dit land het hoogste geschatte aantal problematische opioïdengebruikers heeft – deze vorm van behandeling niet heeft ingevoerd (zie tabel 11).

In Europa is methadon is de meest voorgeschreven substitutiemedicatie, waarmee tot driekwart van de cliënten wordt behandeld. Buprenorfine wordt voorgeschreven aan maximaal een kwart van de Europese cliënten met substitutiebehandeling en het is het belangrijkste substitutiemiddel in Tsjechië, Frankrijk, Cyprus, Finland, Zweden en Kroatië ⁽¹⁰⁴⁾. De combinatie buprenorfine-naloxon is beschikbaar in 15 landen. Behandelingen met orale morfine met vertraagde afgifte (zie hieronder), codeïne (Duitsland, Cyprus) en diacetylmorfine ⁽¹⁰⁵⁾ (België, Denemarken, Duitsland, Spanje, Nederland, Verenigd Koninkrijk) maken een klein deel van alle behandelingen uit.

In aanvulling op de algemener gebruikte substitutiemiddelen wordt orale morfine met vertraagde afgifte, oorspronkelijk goedgekeurd voor pijnbestrijding bij kankerpatiënten, thans verstrekt als een alternatief middel voor de substitutiebehandeling voor opioïdenverslaving in Bulgarije, Oostenrijk, Slovenië en Slowakije. Een recent overzicht (Jegu et al., 2011) van 13 studies kwam tot de conclusie dat de therapietrouw met dit middel voldoende hoog leek (80,6 tot 95 %) en dat deze niet verschilde van die gemeld voor methadon. De meeste studies toonden aan dat de kwaliteit van leven, ontweningsverschijnselen, „craving” en het gebruik van drugs verbeterde met morfine, maar er werd geen vergelijking met andere substitutiemiddelen gemaakt. Een van de volgende systematische beoordelingen in Cochrane zal mogelijk meer informatie opleveren.

Behandeling voor opioïdengebruik: effectiviteit en uitkomsten

Substitutiebehandeling voor opioïdengebruik wordt in combinatie met psychosociale interventies beschouwd als de effectiefste behandeloptie voor opioïdenverslaving. In vergelijking met detoxificatie of geen enkele behandeling

Tabel 11: Internationale vergelijking van de ramingen van problematische opioïdengebruikers en aantallen cliënten met substitutiebehandeling voor opioïden

	Problematische opioïdengebruikers	Cliënten met substitutiebehandeling voor opioïden
Europese Unie en Noorwegen	1 300 000	695 000
Australië	90 000	43 000
Canada	80 000	22 000
China	2 500 000	242 000
Rusland	1 600 000	0
VS	1 200 000	660 000

NB: jaar: 2009, behalve voor Canada (referentiejaar is 2003).
Bronnen: Arfken et al. (2010), Chalmers et al. (2009), Popova et al. (2006), UNODC (2010); Yin et al. (2010).

⁽¹⁰³⁾ Zie figuur HSR-1 in het Statistical Bulletin 2011.

⁽¹⁰⁴⁾ Zie tabel HSR-3 in het Statistical Bulletin 2011.

⁽¹⁰⁵⁾ Zie het kader „Heroïneondersteunde behandeling”.

Heroïneondersteunde behandeling

Heroïneondersteunde behandeling wordt verstrekt aan in totaal ongeveer 1 100 problematische opioidengebruikers in vijf EU-lidstaten (Denemarken, Duitsland, Spanje, Nederland, Verenigd Koninkrijk) en aan 1 360 problematische opioidengebruikers in Zwitserland. Deze behandeling wordt niet als een eerstelijns optie voorgesteld, maar blijft voorbehouden aan patiënten zonder respons op andere benaderingen, zoals onderhoudsbehandeling met methadon. Alle injecteerbare doses (meestal ongeveer 200 milligram diamorfine per injectie) worden toegediend onder direct toezicht om therapietrouw en veiligheid te garanderen en eventuele doorverkoop op de illegale markt te voorkomen: dit vereist dat de klinieken voor meerdere sessies per dag geopend zijn, elke dag van het jaar.

In de laatste vijftien jaar zijn er zes gerandomiseerde klinische onderzoeken naar de uitkomsten en de kosteneffectiviteit van dit type behandeling uitgevoerd (zie EWDD, 2011a). In alle onderzoeken waren langdurig aan heroïne verslaafde personen opgenomen bij wie bij herhaling andere vormen van behandeling waren mislukt en die willekeurig werden ingedeeld bij heroïneondersteunde behandeling of orale behandeling met methadon. In de onderzoeken werden verschillende methoden en uitkomstvariabelen gebruikt, en de resultaten zijn dan ook maar matig consistent. Globaal wijzen ze op een toegevoegde waarde van onder toezicht te injecteren heroïne naast aanvullende doses methadon voor chronische opioidengebruikers bij wie andere benaderingen niet succesvol waren. Patiënten gebruiken minder straatdrugs en lijken enige winst te boeken wat betreft lichamelijk functioneren en geestelijke gezondheid.

De kosten van heroïneondersteunde behandeling worden in Duitsland geschat op 19 020 EUR per patiënt per jaar en in Nederland op 20 410 EUR (aangepast aan de prijzen van 2009). Dit is aanzienlijk hoger dan de kosten van verstrekking van orale methadon aan een patiënt gedurende een jaar, wat in Duitsland geschat wordt op 3 490 EUR en in Nederland op 1 634 EUR. Het verschil in kosten tussen de heroïneondersteunde behandeling en behandeling met methadon is grotendeels toe te schrijven aan de hogere eisen die worden gesteld aan personeel voor gespecialiseerde klinieken. Ondanks de hogere kosten blijkt heroïneondersteunde behandeling een kosteneffectieve interventie te zijn voor een geselecteerde groep van chronische heroïnegebruikers (EWDD, 2011a).

vertoont behandeling met methadon of hooggedoseerde buprenorfine betere cijfers voor therapietrouw en significant betere uitkomsten wat betreft drugsgebruik, criminele activiteiten, risicogedrag en hiv-transmissie, overdoses en algehele mortaliteit (WHO, 2009).

Een aantal recente studies richt zich op geneesmiddelen als aanvulling op substitutiebehandeling. In twee systematische overzichten is onderzocht of het gebruik

Orale substitutiebehandeling bij zwangerschap

Aan opioiden verslaafde aanstaande moeders wordt aanbevolen om methadon als substitutie te gebruiken voor de duur van hun zwangerschap. Hoewel veel vrouwen met het gebruik van opioiden willen stoppen op het moment dat ze ontdekken dat ze zwanger zijn, moeten ontwenningsschijnselen tijdens de zwangerschap worden vermeden vanwege het hoge risico van terugval van het heroïnegebruik en het gevaar van ontwenningsschijnselen voor het opwekken van een miskraam of vroeggeboorte (WHO, 2009). Prenatale blootstelling aan methadon gaat echter ook gepaard met het neonataal abstinentiesyndroom dat medicatie en ziekenhuisopname noodzakelijk maakt.

Buprenorfine is een alternatief voor methadon bij onderhoudsbehandeling en het is onlangs onderzocht in een steekproef van 175 aan opioiden verslaafde zwangere vrouwen die deelnamen aan een internationale, gerandomiseerde, gecontroleerde studie (Jones, H., et al., 2009a) dat werd uitgevoerd op zes locaties in de VS, een in Canada en een in Wenen. De vrouwen, die tussen week 13 en 30 van de zwangerschap in het onderzoek werden opgenomen, werden willekeurig ingedeeld bij de groep met methadon of buprenorfine en werden samen met hun pasgeboren kind tot zes maanden na de bevalling gevolgd. Net als in andere studies ging buprenorfine gepaard met een hoger uitvalpercentage (33 %) dan methadon (18 %), maar de kinderen in de buprenorfinegroep bleken minder morfine nodig te hebben voor de behandeling van het neonataal abstinentiesyndroom en waren minder dagen in het ziekenhuis opgenomen. De studie concludeerde dat, wanneer ze in behandeling blijven, zwangere vrouwen buprenorfine of methadon kan worden aangeboden voor de behandeling van opioidenverslaving in de zwangerschap (Jones, H., et al., 2009b).

van antidepressiva de uitval zou beperken bij patiënten met methadon of buprenorfine, maar vonden geen bewijs voor effectiviteit (Pani et al., 2010b; Stein et al., 2010). Een andere studie toonde aan dat een enkele extra dosis methadon kan helpen de door „craving” veroorzaakte stemmingsproblemen te verminderen bij op methadon gestabiliseerde patiënten (Strasser et al., 2010).

De opioidenreceptorantagonist naltrexon wordt gebruikt om een terugval naar opioidengebruik te voorkomen. In een kleinschalig onderzoek bleken naltrexonimplantaten effectiever te zijn dan orale naltrexon wat betreft vermindering van zowel „craving” als terugval (Hulse et al., 2010). Een studie onder uit detentie ontslagen gevangenen bleek dat naltrexonimplantaten tot een vergelijkbare afname leidden van het gebruik van heroïne en benzodiazepinen als methadon (Lobmaier et al., 2010).

Buprenorfine-implantaten, ontwikkeld om problemen van therapieontrouw te ondervangen en misbruik van het middel te voorkomen, zijn in de Verenigde Staten getest en vergeleken met placebo-implantaten. Een eerste studie liet een klein verschil zien voor abstinentie in het voordeel van de werkzame implantaten (Ling et al., 2010) en de volgende stap zal zijn om deze implantaten te vergelijken met andere behandelingen (O'Connor, 2010). In Europa wordt in een Finse studie onderzocht of het verstrekken van Suboxone in een elektronisch hulpmiddel dat het gebruik registreert, de therapietrouw verbetert en het misbruik van de mee naar huis genomen drugs beperkt.

In een onderzoek naar de behandeluitkomst worden bemoedigende uitkomsten gemeld. De Drug Treatment Outcome Research Study hanteerde een 12-maandenvenster voor beoordeling van de behandeluitkomsten van 1 796 drugsgebruikers gerekruteerd bij 342 instellingen ⁽¹⁰⁶⁾ binnen heel Engeland (Jones, A., et al, 2009). Van de heroïnegebruikers die aan de interviews bij baseline deelname, was bij de eerste follow-up 44 % gestopt met het gebruik en 49 % bij de tweede follow-up; ook was er sprake van consistente afnamen voor alle andere belangrijke onderzochte middelen.

⁽¹⁰⁶⁾ Community-based behandeling (voornamelijk onderhoud met orale methadon) en intramurale behandeling.



Hoofdstuk 7

Infectieziekten en sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik

Inleiding

Drugsgebruik kan zeer uiteenlopende negatieve gevolgen hebben, zoals ongevallen, geestelijke stoornissen, longziekten, cardiovasculaire problemen, werkloosheid of dakloosheid. Schadelijke gevolgen komen met name vaak voor onder problematische drugsgebruikers, van wie de algehele gezondheidstoestand en sociaaleconomische situatie mogelijk veel slechter zijn dan die van de algehele bevolking.

Opioïdengebruik en injecterend drugsgebruik zijn de twee vormen van drugsgebruik die nauw samenhangen met dergelijke schadelijke gevolgen, in het bijzonder overdoses en de overdracht van infectieziekten. Het aantal fatale overdoses gemeld in de Europese Unie in de afgelopen twee decennia komt neer op ongeveer één sterfgeval door een overdosis per uur. Wetenschappelijk onderzoek laat ook zien dat in de afgelopen twintig jaar een groot aantal drugsgebruikers is overleden door andere oorzaken, zoals aids of zelfdoding (Bargagli et al., 2006; Degenhardt et al., 2009).

Terugdringing van de mortaliteit en morbiditeit ten gevolge van drugsgebruik staat centraal in het Europese drugsbeleid. De voornaamste inspanningen op dit terrein betreffen interventies die zijn gericht op de groepen met het hoogste risico en op gedrag dat direct samenhangt met drugsgerelateerde schadelijke gevolgen.

Drugserelateerde infectieziekten

Het EWDD controleert systematisch op infectie met hiv en hepatitis B en C onder injecterende drugsgebruikers⁽¹⁰⁷⁾. De door deze virussen veroorzaakte infectieziekten behoren tot de ernstigste gezondheidsgevolgen van drugsgebruik. Ook andere infectieziekten, waaronder hepatitis A en D, seksueel overdraagbare aandoeningen, tuberculose, tetanus, botulisme, miltvuur en de menselijke variant van het T-lymfotroop virus kunnen drugsgebruikers buitenproportioneel treffen.

Hiv en aids

Tegen het eind van 2009 was het aantal gemelde nieuwe hiv-diagnosen onder injecterende drugsgebruikers in de meeste landen van de Europese Unie laag gebleven, en de algehele situatie in de EU steekt gunstig af tegen een mondiale en een bredere Europese context (ECDC en WHO-Europe, 2010; Wiessing et al., 2009) (afbeelding 15). Dit kan, althans voor een deel, te danken zijn aan de toegenomen beschikbaarheid van preventie, behandeling en schadebeperkende maatregelen, waaronder substitutiebehandeling en omruilprogramma's voor naalden en spuiten. Andere factoren, zoals de afname van injecterend drugsgebruik die in een aantal landen is gemeld, kunnen eveneens een belangrijke rol hebben gespeeld (EWDD, 2010g). Het gemiddeld aantal nieuw gediagnosticeerde gevallen in de 26 EU-lidstaten die voor 2009 gegevens kunnen verstrekken, bereikte een nieuw laag cijfer van 2,85 per miljoen inwoners, of 1 299 nieuwe gerapporteerde gevallen⁽¹⁰⁸⁾. Niettemin suggereren gegevens uit sommige delen van Europa dat ook in 2009 nog steeds sprake was van hiv-overdracht door injecterend drugsgebruik, wat de noodzaak onderstreept om te zorgen voor een goed bereik en effectiviteit van de lokale preventieve praktijk.

De beschikbare gegevens over de prevalentie van hiv in steekproeven onder injecterende drugsgebruikers in de EU steken opnieuw positief af tegenover de prevalentie in de buurlanden in het oosten⁽¹⁰⁹⁾, hoewel landen met de nodige voorzichtigheid onderling moeten worden vergeleken vanwege verschillen in onderzoeksmethoden en reikwijdte.

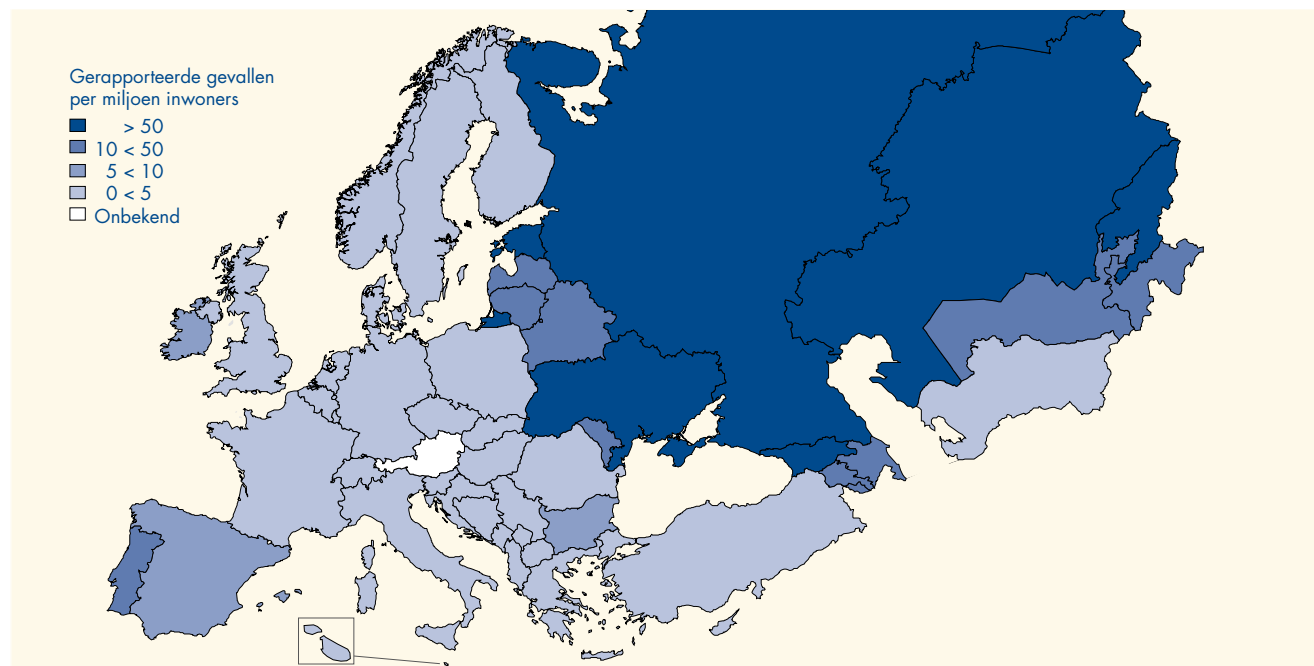
Trends in hiv-infecties

Gegevens over gemelde nieuw gediagnosticeerde, aan injecterend drugsgebruik gerelateerde gevallen voor 2009 duiden erop dat het aantal nieuwe infecties in de Europese Unie nog steeds daalt na de piek in 2001-2002, die te wijten was aan uitbraken in Estland, Letland en Litouwen. Van de vijf landen die de hoogste aantallen nieuw gediagnosticeerde infecties onder injecterende

⁽¹⁰⁷⁾ Zie voor methoden en definities het Statistical Bulletin 2011.

⁽¹⁰⁸⁾ De gegevens voor Oostenrijk ontbreken. Het gemiddelde aantal is 2,44 gevallen per miljoen inwoners voor de EU-lidstaten, Kroatië, Turkije en Noorwegen.

⁽¹⁰⁹⁾ Zie tabel INF-1 in het Statistical Bulletin 2011.

Figuur 15: Nieuw gediagnosticeerde hiv-infecties bij injecterende drugsgebruikers in 2009 in Europa en Centraal-Azië

NB: de kleur geeft het in 2009 gemelde aantal nieuw gediagnosticeerde hiv-gevallen per miljoen inwoners weer die worden toegeschreven aan de risicogroep met injecterend drugsgebruik.

Bronnen: ECDC en de WHO-Europa, 2010. De Russische gegevens zijn afkomstig van het Federale Wetenschappelijke Methodologische Centrum ter voorkoming en bestrijding van aids. Hiv-infectie. Informatiebulletin nr. 34, blz. 35, Moskou, 2010 (in het Russisch).

drugsgebruikers tussen 2004 en 2009 meldden (Estland, Spanje, Letland, Litouwen, Portugal), zette in drie de neerwaartse trend door, maar in Estland en Litouwen nam het aantal weer toe ten opzichte het niveau van 2008 (figuur 16) ⁽¹¹⁰⁾. In Estland steeg het aantal van 26,8 gevallen per miljoen in 2008 naar 63,4 per miljoen in 2009 en in Litouwen van 12,5 gevallen per miljoen in 2008 naar 34,9 per miljoen in 2009. In dezelfde periode nam in Bulgarije ook het aantal nieuwe infecties onder injecterende gebruikers toe van 0,9 nieuwe gevallen per miljoen inwoners in 2004 naar 9,7 per miljoen in 2009, terwijl in Zweden het aantal in 2007 een piek bereikte met 6,7 nieuwe gevallen per miljoen (61 nieuwe diagnoses). Deze gegevens wijzen erop dat er in sommige landen een kans op hiv-uitbraken onder injecterende drugsgebruikers blijft bestaan.

Trendgegevens afkomstig van de monitoring van de hiv-prevalentie in steekproeven onder injecterende drugsgebruikers zijn een belangrijke aanvulling op gegevens afkomstig van meldingen van hiv-gevallen. Van 27 Europese landen zijn voor de periode 2004-2009 trendgegevens voor de prevalentie beschikbaar ⁽¹¹¹⁾. In 19 landen bleven de hiv-prevalentieschattingen ongewijzigd. In vijf landen (Frankrijk, Italië, Oostenrijk,

Polen, Portugal) vertoonde de hiv-prevalentie een daling; in drie van de landen was dit gebaseerd op nationale steekproeven, terwijl in Frankrijk de trend wordt gebaseerd op gegevens uit vijf steden. In Oostenrijk laat de nationale steekproef geen verandering zien, maar in Wenen wordt een daling waargenomen. Twee landen rapporteren een toenemende hiv-prevalentie: Slowakije (nationale gegevens) en Letland (zelfgerapporteerde testresultaten uit zeven steden). In Bulgarije komt een daling op nationaal niveau niet tot uiting in de hoofdstad (Sofia), waar sprake is van een stijgende trend. In Italië is er een landelijk dalende trend, waarbij slechts een van de 21 regio's een toename meldt ⁽¹¹²⁾.

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

Ondanks de veelal dalende trend sinds 2004, is het aantal gerapporteerde nieuwe hiv-diagnosen (per miljoen inwoners) in 2009 gerelateerd aan injecterend drugsgebruik nog steeds relatief hoog in Estland (63,4), Litouwen (34,9), Letland (32,7), Portugal (13,4) en

⁽¹¹⁰⁾ De gegevens voor Spanje hebben niet betrekking op het hele land.

⁽¹¹¹⁾ Trendgegevens zijn niet beschikbaar voor Estland, Ierland en Turkije. Zie tabel INF-108 in het Statistical Bulletin 2011.

⁽¹¹²⁾ De gegevens voor Italië betreffen drugsgebruikers die in behandeling zijn en van wie de injectiestatus onbekend is; een daling van de hiv-prevalentie zou dan ook kunnen worden toegeschreven aan een daling van injecterend drugsgebruik in de onderzochte populatie.

Bulgarije (9,7), wat aangeeft dat zich in deze landen nog steeds aanzienlijke aantallen nieuwe infecties onder injecterende drugsgebruikers voordoen ⁽¹¹³⁾.

Verdere aanwijzingen voor aanhoudende hiv-transmissie worden waargenomen in zes landen (Estland, Spanje, Frankrijk, Letland, Litouwen, Polen), met een prevalentie hoger dan 5 % in steekproeven onder jonge (jonger dan 25 jaar) injecterende drugsgebruikers in 2005-2007 ⁽¹¹⁴⁾, en in twee landen (Bulgarije, Cyprus) waar de prevalentie onder jonge injecterende drugsgebruikers in 2004-2009 is toegenomen.

Incidentie van aids en toegang tot HAART

Hoewel de incidentie van aids een slechte indicator is voor de overdracht van hiv, kan informatie hierover wel belangrijk zijn om de eerste manifestatie van symptomatische ziekte aan te tonen. Hoge incidentiecijfers voor aids kunnen erop wijzen dat veel injecterende drugsgebruikers die met hiv geïnfecteerd zijn, geen sterk werkzame antiretrovirale behandeling in een zodanig vroeg stadium van hun infectie krijgen dat ze maximaal baat hebben bij behandeling. Een recent algemeen overzicht suggereert dat dit in sommige Europese landen nog steeds het geval kan zijn (Mathers et al., 2010).

Momenteel is Letland het land met de hoogste incidentie van aids gerelateerd aan injecterend drugsgebruik, met

een geschatte 20,8 nieuwe gevallen per miljoen inwoners in 2009, een daling ten opzichte van 26,4 per miljoen in 2008. Een relatief hoge incidentie van aids onder injecterende drugsgebruikers is ook gemeld voor Estland, Spanje, Portugal en Litouwen, met respectievelijk 19,4, 7,3, 6,6 en 6,0 nieuwe gevallen per miljoen inwoners. Van deze landen was de trend van 2004-2009 dalende in Spanje en Portugal, maar niet in Letland en Litouwen ⁽¹¹⁵⁾.

Hepatitis B en C

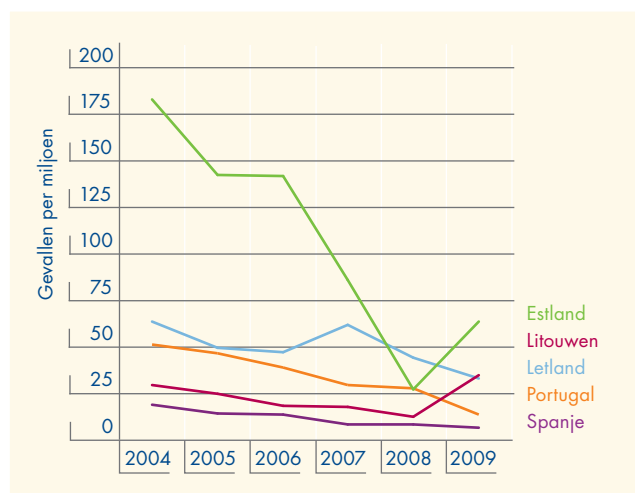
Virale hepatitis, in het bijzonder infectie veroorzaakt door het hepatitis C-virus (hcv), kent een hoge prevalentie onder injecterende drugsgebruikers binnen Europa. De hcv-antilichaamspiegels in nationale steekproeven onder injecterende drugsgebruikers in 2008-2009 variëren van ongeveer 22 tot 83 %, waarbij acht van de 12 landen waarden ruim boven de 40 % melden ⁽¹¹⁶⁾. Drie landen (Tsjechië, Hongarije, Slovenië) melden een prevalentie van minder dan 25 %, hoewel infectiepercentages op dit niveau nog steeds een aanzienlijk probleem voor de volksgezondheid vormen.

Binnen de afzonderlijke landen kan de prevalentie van hcv aanmerkelijk uiteenlopen, wat zowel een afspiegeling kan zijn van regionale verschillen als van de kenmerken van de onderzochte populatie. Zo variëren in Italië regionale schattingen van 37 tot 81 % (figuur 17).

Recente onderzoeken (2008-2009) laten zeer uiteenlopende prevalentieniveaus voor hcv zien onder injecterende drugsgebruikers jonger dan 25 jaar en onder gebruikers die korter dan twee jaar injecteren, wat duidt op verschillende incidentieniveaus van hcv in deze populaties binnen Europa ⁽¹¹⁷⁾. Niettemin blijkt uit deze onderzoeken ook dat veel injecterende gebruikers al vroeg aan het begin van hun injecterend gebruik met het virus worden besmet. Dit houdt in dat er mogelijk maar een klein tijdsinterval is om effectieve hcv-preventieve maatregelen te nemen.

Over de periode 2004-2009 wordt door acht landen een afnemende hcv-prevalentie gemeld onder injecterende drugsgebruikers en een toenemende prevalentie door één (Cyprus), terwijl nog eens vier landen melding maken van uiteenlopende trends in verschillende datasets. Toch is voorzichtigheid geboden gezien het beperkte geografische bereik en/of de steekproefgrootte van de onderzoeken in sommige gevallen ⁽¹¹⁸⁾. Onderzoeken bij jonge injecterende gebruikers (jonger dan 25 jaar) suggereren opnieuw dat er in sommige landen op

Figuur 16: Trends in nieuw gemelde hiv-infecties bij injecterende drugsgebruikers in de vijf EU-lidstaten met de hoogste cijfers



NB: gegevens gemeld tegen eind oktober 2010, zie figuur INF-2 in het Statistical Bulletin 2011.

Bron: ECDC en WHO-Europa, 2010.

⁽¹¹³⁾ Zie tabel INF-104 in het Statistical Bulletin 2011.

⁽¹¹⁴⁾ Zie tabel INF-109 in het Statistical Bulletin 2011.

⁽¹¹⁵⁾ Zie afbeelding INF-1 en tabel INF-104 (deel ii) in het Statistical Bulletin 2011.

⁽¹¹⁶⁾ Zie tabellen INF-2 en INF-111 in het Statistical Bulletin 2011.

⁽¹¹⁷⁾ Zie tabellen INF-112 en INF-113 en figuur INF-6 (deel ii) en (deel iii) in het Statistical Bulletin 2011.

⁽¹¹⁸⁾ Zie tabel INF-111 in het Statistical Bulletin 2011.

nationaal (Bulgarije, Slovenië, Verenigd Koninkrijk) of subnationaal niveau (Kreta in Griekenland, Vorarlberg in Oostenrijk) sprake kan zijn van dalingen in de prevalentie in deze groep die kunnen duiden op dalende cijfers voor overdracht. Toch zijn er ook enkele stijgingen gerapporteerd (Cyprus, Graz in Oostenrijk). Sommige van deze trends worden bevestigd in gegevens voor nieuwe injecterende drugsgebruikers (minder dan twee jaar injecterend). Een stijging van de hcv-prevalentie onder nieuwe injecterende gebruikers wordt gemeld in Griekenland (Attica), terwijl dalingen worden gemeld uit Oostenrijk (Vorarlberg) en Zweden (Stockholm) ⁽¹¹⁹⁾.

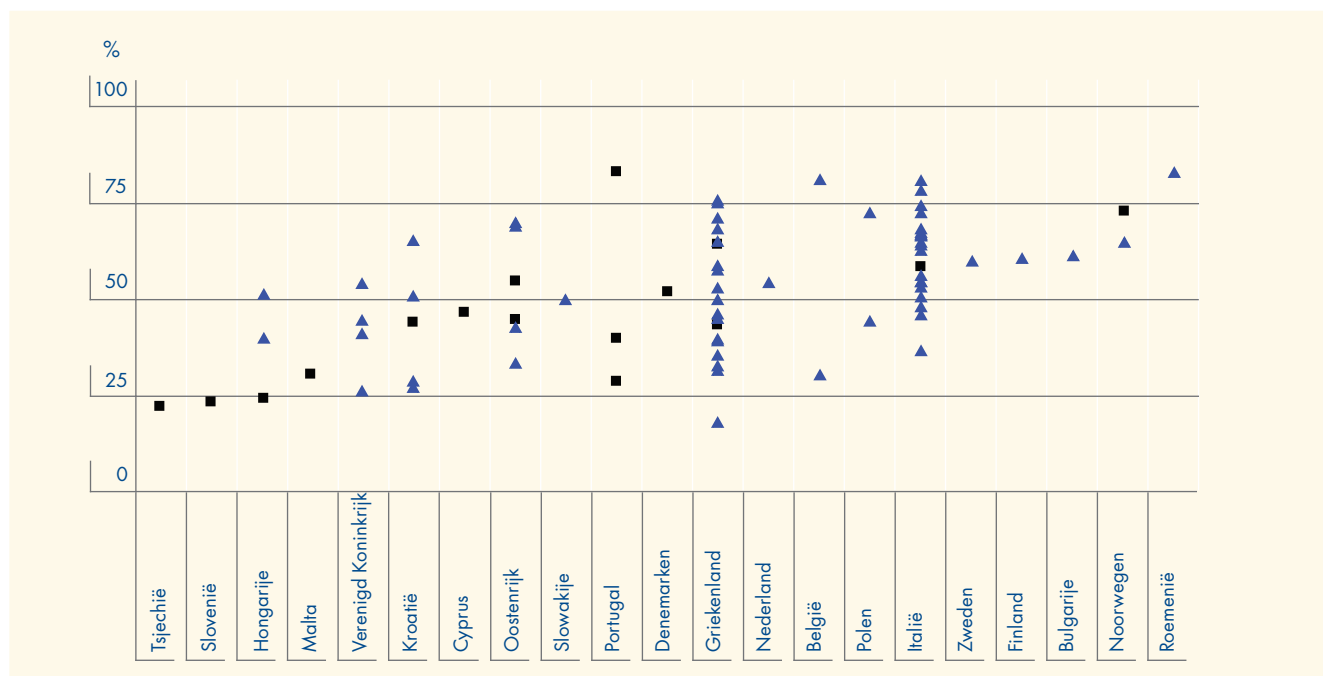
Ook de prevalentie van antilichamen tegen het hepatitis B-virus (hbv) varieert sterk, mogelijk als gevolg van verschillen in vaccinatieniveaus, hoewel andere factoren een rol kunnen spelen. De meest informatieve serologische marker van hbv-infectie is HBsAg (hepatitis B-oppervlakteantigeen), die duidt op een bestaande infectie. Voor 2004-2009 maken vier van de 14 landen die gegevens over dit virus onder injecterende drugsgebruikers hebben verstrekt, melding van onderzoeken met prevalentieniveaus voor HbsAg van meer dan 5 % (Bulgarije, Griekenland, Litouwen, Roemenië) ⁽¹²⁰⁾.

De trendmatige ontwikkeling van de gemelde gevallen van hepatitis B en C geeft een uiteenlopend beeld, maar deze zijn moeilijk te interpreteren aangezien de kwaliteit van de gegevens slecht is. Het percentage injecterende drugsgebruikers van alle gemelde gevallen met bekende risicofactoren, kan echter wel enig inzicht geven in de epidemiologie van deze infecties (Wiessing et al., 2008). In de 20 landen waarvoor gegevens beschikbaar zijn voor de periode 2004-2009, maakt injecterend drugsgebruik gemiddeld 63 % van alle hcv-gevallen uit en 38 % van de gemelde acute hcv-gevallen, van wie de risicocategorie bekend is. Wat hepatitis B betreft, vertegenwoordigen injecterende drugsgebruikers 20 % van alle gemelde gevallen en 26 % van de acute gevallen. Deze gegevens bevestigen dat injecterende drugsgebruikers nog steeds een belangrijke risicogroep vormen voor virale hepatitis in Europa ⁽¹²¹⁾.

Andere infecties

Naast virale infecties zijn injecterende drugsgebruikers gevoelig voor bacteriële ziekten ⁽¹²²⁾. De uitbraak van miltvuur onder injecterende drugsgebruikers in Europa (zie EWDD, 2010a) maakt duidelijk dat er sprake is van een bestaand probleem met ernstige ziekten veroorzaakt

Figuur 17: Prevalentie van hcv-antilichamen onder injecterende drugsgebruikers



NB: gegevens voor de jaren 2008 en 2009. Zwarte vierkantjes zijn steekproeven met een landelijke dekking; blauwe driehoekjes zijn steekproeven met een subnationale (lokale of regionale) dekking. Verschillen tussen landen moeten met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd vanwege de verschillen in typen setting en onderzoeksmethoden; nationale steekproefstrategieën variëren. Landen worden weergegeven in volgorde van oplopende prevalentie, op grond van het gemiddelde van nationale gegevens of, indien niet beschikbaar, van subnationale gegevens. Zie voor meer informatie figuur INF-6 in het Statistical Bulletin 2011.

Bron: nationale focal points van het Reitox-netwerk.

⁽¹¹⁹⁾ Zie tabellen INF-112 en INF-113 in het Statistical Bulletin 2011.

⁽¹²⁰⁾ Zie tabel INF-114 in het Statistical Bulletin 2011.

⁽¹²¹⁾ Zie tabellen INF-105 en INF-106 in het Statistical Bulletin 2011.

⁽¹²²⁾ Zie het kader „Tuberculose onder drugsgebruikers“.

door sporenvormende bacteriën onder injecterende drugsgebruikers. Een Europese studie verzamelde gegevens over gemelde gevallen van vier bacteriële infecties (botulisme, tetanus, *Clostridium novyi* en miltvuur) bij injecterende drugsgebruikers in het afgelopen decennium. In de periode 2000-2009 meldden zes landen 367 gevallen, met populatiecijfers die variëren 0,03 tot 7,54 per miljoen inwoners. De meeste infectiegevallen (92 %) werden gemeld door drie landen in het noordwesten van Europa: Ierland, het Verenigd Koninkrijk en Noorwegen. Het waarom van deze geografische variatie is niet duidelijk en moet nog verder worden onderzocht (Hope et al., in druk).

Preventie en aanpak van infectieziekten

De preventie van infectieziekten onder drugsgebruikers is een belangrijk doel voor de volksgezondheid van de Europese Unie en is een onderdeel van het drugsbeleid van

Tuberculose onder drugsgebruikers

Tuberculose (tbc) is een bacteriële ziekte die meestal de longen aantast en fataal kan verlopen. In 2008 werden in totaal 82 605 gevallen geconstateerd in 26 EU-lidstaten en Noorwegen, met cijfers hoger dan 20 per 100 000 in Roemenië (114,1), Litouwen (66,8), Letland (47,1), Bulgarije (41,2), Estland (33,1) en Portugal (28,7) (ECDC, 2010). In Europa komt de ziekte voornamelijk voor in groepen met een hoog risico, zoals migranten, daklozen, drugsgebruikers en gedetineerden. Als gevolg van marginalisering en levensstijl kunnen drugsgebruikers worden geconfronteerd met hogere risico's om met tbc besmet te raken dan de algemene populatie. Een hiv-positieve status vormt een extra risico van het ontwikkelen van tbc, dat op 20 tot 30 maal hoger wordt geschat dan dat voor degenen zonder hiv-infectie (WHO, 2010a).

Gegevens over tbc-prevalentie onder drugsgebruikende populaties zijn schaars. In Europa worden hoge percentages voor actieve (symptomatische) tbc gerapporteerd onder drugsgebruikers die in behandeling zijn in Griekenland (1,7 %), Litouwen (3 %) en Portugal (1-2 %), terwijl bij systematisch testen in verslavingszorgcentra in Oostenrijk, Slowakije en Noorwegen geen gevallen werden gesignaleerd.

Tuberculose bij drugsgebruikers kan effectief worden behandeld, maar dit vereist een complexe, curatieve behandeling van ten minste zes maanden. Voltooiing van de behandeling is essentieel, omdat de ziekteverwekker al snel tolerant voor geneesmiddelen wordt en resistente tegen behandeling ontwikkelt. Voor problematische drugsgebruikers, vooral degenen met een chaotische levensstijl, kan therapietrouw moeilijk zijn. Nieuwe benaderingen die tot doel hebben de duur van de behandeling te bekorten, kunnen de kans op een succesvolle voltooiing van de behandeling vergroten.

de meeste lidstaten. Landen richten zich op het voorkomen en het tegengaan van de verspreiding van infectieziekten onder drugsgebruikers door een combinatie van maatregelen, waaronder toezicht, vaccinatie en behandeling van infecties, medicamenteuze behandeling met in het bijzonder substitutiebehandeling voor opioïdengebruik en verstrekking van steriele injectiematerialen; daarnaast bieden activiteiten vanuit de gemeenschap informatie, voorlichting en gedragsmatige interventies, vaak uitgevoerd door buurthuizen of laagdrempelige verslavingszorginstellingen. Deze maatregelen zijn, samen met antiretrovirale therapie en behandeling en diagnosestelling van tuberculose, gepropageerd door VN-agentschappen als de kerninterventies voor hiv-preventie, behandeling en zorg voor injecterende drugsgebruikers (WHO, UNODC en Unids, 2009).

Interventies

De effectiviteit van substitutiebehandeling voor opioïdengebruikers ten aanzien van vermindering van de overdracht van hiv en van zelfgemeld injecterend risicogedrag is bevestigd in verschillende studies en overzichten. Er zijn steeds meer aanwijzingen dat de combinatie van substitutiebehandeling voor opioïdengebruikers en omruilprogramma's voor naalden en spuiten de incidentie van hiv of hcv en van injecterend risicogedrag effectiever verlaagt dan elk afzonderlijk (ECDC en EWDD, 2011).

Na recente verbeteringen in de behandeling van hepatitis C spannen de meeste landen zich steeds meer in om hepatitis onder drugsgebruikers te voorkomen, op te sporen en te behandelen. De Europese Unie steunt diverse initiatieven voor betere preventie van hepatitis C onder

Preventie van infecties onder injecterende drugsgebruikers: gezamenlijke richtlijnen van ECDC-EWDD

In 2011 hebben het Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding (ECDC) en het EWDD een gezamenlijke richtlijn uitgevaardigd voor de preventie en bestrijding van besmettelijke ziekten onder injecterende drugsgebruikers. De richtlijn geeft een uitgebreid overzicht van de effectiviteit van interventies, met inbegrip van maatregelen als het verstrekken van schone spuiten en andere injectiematerialen, medicamenteuze behandeling met inbegrip van substitutietherapie voor opioïden, vaccinatie, testen en behandelen van infecties onder drugsgebruikers. De richtlijn onderzoekt modellen voor dienstverlening en de geschikste informatie- en voorlichtingsboodschappen voor deze populatie.

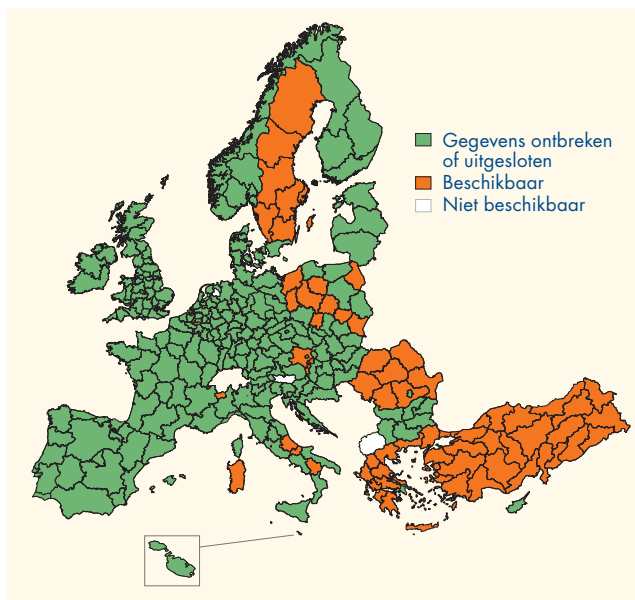
Deze publicatie is uitsluitend in het Engels beschikbaar, zowel op papier als op de EWDD-website.

drugsgebruikers. Deze initiatieven zijn onder meer: inventarisatie van de nationale normen en richtlijnen voor hcv-preventie in de EU (Zurhold, 2011), compilatie van voorbeelden van bewustmaking, preventie, behandeling en zorginterventies (Correlatie Project en EHRN, 2010), en ontwikkeling van trainingsmateriaal voor beleidsmakers, medische professionals en lokale dienstverleners (bijv. Hunt en Morris, 2011).

De gratis verstrekking van schone spuiten georganiseerd via gespecialiseerde faciliteiten of apotheken bestaat in alle landen behalve Turkije, maar ondanks een aanzienlijke uitbreiding in de afgelopen twee decennia, laat informatie over de geografische reikwijdte onevenwichtigheden zien, met verschillende landen in Midden- en Oost-Europa en Zweden die in sommige gebieden een gebrekkige beschikbaarheid melden (zie figuur 18).

Recente gegevens over het verstrekken van spuiten via speciale omruilprogramma's voor naalden en spuiten zijn beschikbaar voor alle landen op drie na en zijn onvolledig in nog eens twee landen ⁽¹²³⁾. Uit deze gegevens blijkt dat via deze programma's per jaar ongeveer 50 miljoen injectiespuiten worden verstrekt. Dit komt overeen met een gemiddelde van 94 injectiespuiten

Figuur 18: Geografische beschikbaarheid van omruilprogramma's voor naalden en spuiten op regionaal niveau



NB: regio's gedefinieerd op basis van de nomenclatuur van territoriale eenheden voor de statistiek (NUTS) niveau 2; zie voor meer informatie de Eurostat-website.

Bron: zie tabel HSR-4 in het Statistical Bulletin 2011.

per geschatte injecterende drugsgebruiker in de landen die hierover gegevens aanleveren.

Het gemiddelde aantal injectiespuiten dat in een jaar per injecterende drugsgebruiker wordt verstrekt, kan voor 13 Europese landen worden geschat ⁽¹²⁴⁾. In zeven van deze landen bedraagt het gemiddelde aantal via speciale programma's verstrekte injectiespuiten minder dan 100 per gebruiker, vier landen verstrekken 100 tot 200 injectiespuiten en Luxemburg en Noorwegen melden de verstrekking van meer dan 200 injectiespuiten per gebruiker ⁽¹²⁵⁾. Voor de preventie van hiv beoordelen VN-agentschappen de jaarlijkse verstrekking van 100 injectiespuiten per injecterende drugsgebruiker als laag en 200 spuiten per gebruiker als hoog (WHO, UNODC en Unaid, 2009).

In de laatste vier verslagjaren (2005-2009) is het totale aantal spuiten dat via speciale programma's is verstrekt, met 32 % toegenomen. Een subregionale analyse van trends voor de verstrekking van spuiten toont een afvlakking van de toename onder de EU-lidstaten die voor 2004 zijn toegetreden en een toename in de nieuwere lidstaten.

Sterfte en sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik

Drugsgebruik is een van de belangrijkste oorzaken van gezondheidsproblemen en sterfte onder jongeren in Europa en is verantwoordelijk voor een aanzienlijk deel van alle sterfgevallen onder volwassenen. Uit onderzoeken is gebleken dat 10 tot 23 % van de sterfgevallen in de leeftijdsgroep van 15 tot 49 jaar kan worden toegeschreven aan opioïdengebruik (Bargagli et al., 2006; Bloor et al., 2008).

Mortaliteit gerelateerd aan drugsgebruik omvat de sterfgevallen die direct of indirect worden veroorzaakt door het gebruik van drugs. Hieronder vallen sterfgevallen door drugsoverdoses (drugogerelateerde sterfgevallen), hiv/aids, verkeersongevallen — in het bijzonder in combinatie met alcohol — geweld, zelfdoding en chronische gezondheidsproblemen veroorzaakt door herhaaldelijk gebruik van drugs (bijv. cardiovasculaire problemen bij cocaïnegebruikers) ⁽¹²⁶⁾.

Drugogerelateerde sterfgevallen

De recentste schattingen duiden erop dat zich in 2009 ongeveer 7 630 drugogerelateerde sterfgevallen in

⁽¹²³⁾ Zie tabel HSR-5 in het Statistical Bulletin 2011. Voor 2007-2009 zijn er geen gegevens beschikbaar over het aantal injectiespuiten voor Denemarken, Duitsland en Italië. Gegevens over Nederland hebben alleen betrekking op Amsterdam en Rotterdam en gegevens over het Verenigd Koninkrijk hebben geen betrekking op Engeland.

⁽¹²⁴⁾ Zie figuur HSR-3 in het Statistical Bulletin 2011.

⁽¹²⁵⁾ Deze cijfers omvatten niet de verkoop via apotheken, die in diverse landen voor drugsgebruikers een belangrijke bron van steriele spuiten kunnen zijn.

⁽¹²⁶⁾ Zie „Aan drugs gerelateerde mortaliteit: een complex concept” in het jaarverslag van 2008.

de EU-lidstaten en Noorwegen hebben voorgedaan, wat wijst op een stabiele situatie ten opzichte van de 7 730 gevallen gemeld in 2008 ⁽¹²⁷⁾. De cijfers zijn waarschijnlijk conservatief, aangezien nationale gegevens kunnen worden beïnvloed door onderrapportage of ondervaststelling van drugsgerelateerde sterfgevallen. Weinig landen hebben de omvang van de onderschatting in hun nationale gegevens beoordeeld.

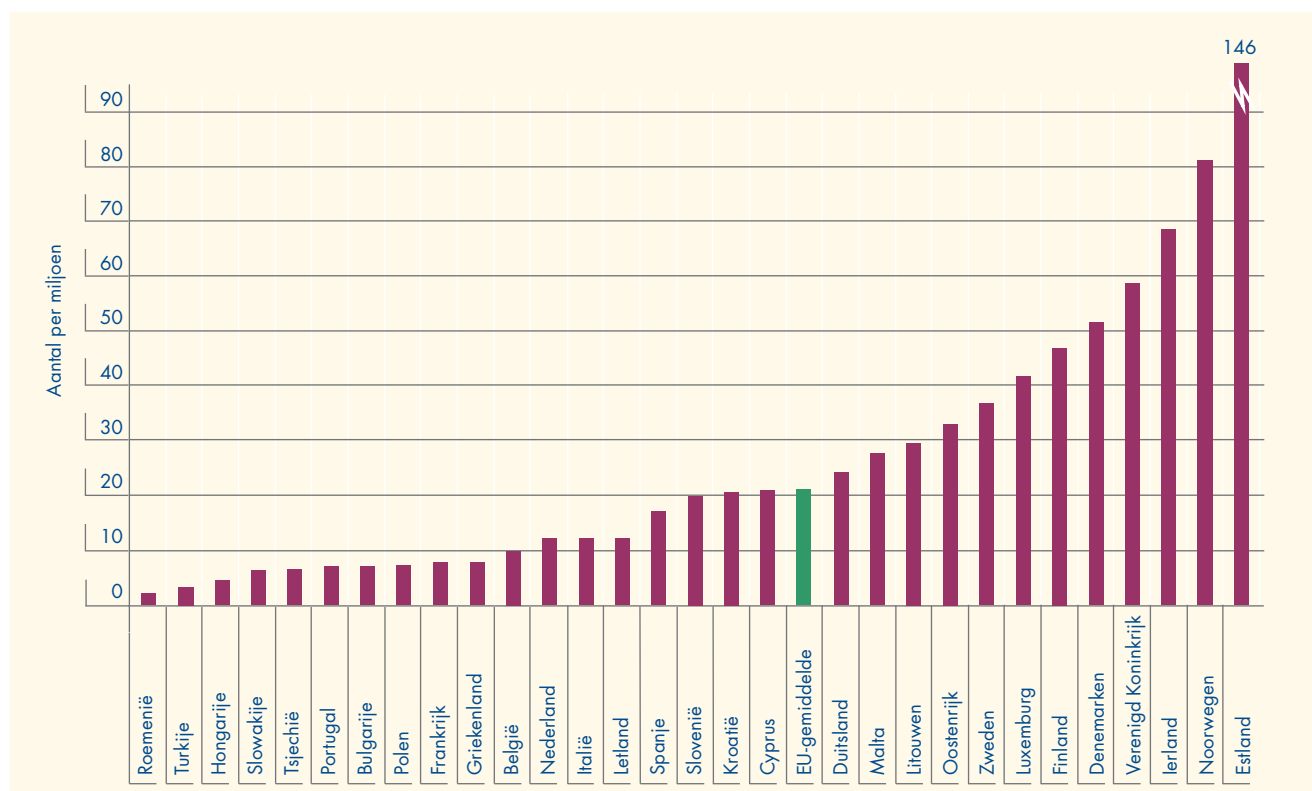
In de periode 1995-2008 werden door de EU-lidstaten en Noorwegen jaarlijks tussen de 6 300 en 8 400 drugsgerelateerde sterfgevallen gerapporteerd. In 2008, het recentste jaar waarvoor gegevens beschikbaar zijn voor bijna alle landen, kwam meer dan de helft van alle gerapporteerde, drugsgerelateerde sterfgevallen voor rekening van twee landen, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk, die samen met Spanje en Italië, tweederde van alle gerapporteerde gevallen registreerden (5 075).

Voor 2009 wordt de gemiddelde mortaliteit in de EU als gevolg van overdoses geschat op 21 doden per miljoen inwoners van 15-64 jaar, waarbij de meeste

landen aantallen van tussen de 4 en 59 sterfgevallen per miljoen inwoners melden (figuur 19). In 13 van de 28 Europese landen worden cijfers gevonden van meer dan 20 sterfgevallen en in zeven landen van meer dan 40 sterfgevallen per miljoen inwoners. Onder Europeanen van 15-39 jaar maken drugsoverdoses 4 % van alle sterfgevallen uit ⁽¹²⁸⁾.

Het aantal gemelde drugsgerelateerde sterfgevallen kan worden beïnvloed door prevalentie en gebruikspatronen (injectie, polydrugsgebruik), leeftijd van en comorbiditeit bij drugsgebruikers en de beschikbaarheid van behandelingen en noodhulpverlening, evenals van de kwaliteit van gegevensverzameling en -verslaglegging. Omdat de betrouwbaarheid van de Europese gegevens is verbeterd, kunnen trends nauwkeuriger worden beschreven. Bovendien hebben de meeste landen inmiddels een casusdefinitie aangenomen die in overeenstemming is met die van het EWDD ⁽¹²⁹⁾. Toch moet voorzichtigheid worden betracht bij het vergelijken van landen, omdat er nog steeds verschillen zijn in rapportage en gegevensbronnen.

Figuur 19: Geschatte mortaliteit onder alle volwassenen (15-64 jaar) als gevolg van drugsgerelateerde sterfgevallen



NB: zie voor meer informatie figuur DRD-7 in het Statistical Bulletin 2011.
Bron: nationale focal points van het Reitox-netwerk.

⁽¹²⁷⁾ De Europese schatting is gebaseerd op gegevens van 2009 voor 17 van de 27 lidstaten en Noorwegen, op gegevens voor 2008 voor 9 landen en de verwachte gegevens voor één land. België is uitgesloten omdat er geen gegevens beschikbaar zijn. Zie voor meer informatie tabel DRD-2 (deel i) in het Statistical Bulletin 2011.

⁽¹²⁸⁾ Zie figuur DRD-7 (deel i) en tabellen DRD-5 (deel ii) en DRD-107 (deel i) in het Statistical Bulletin 2011.

⁽¹²⁹⁾ Voor gedetailleerde methodologische informatie, zie het Statistisch Bulletin 2011 en pagina's met de belangrijkste indicatoren voor aan drugsgerelateerde sterfte.

Aan opioïden gerelateerde sterfgevallen

Heroïne

Opioïden, voornamelijk heroïne of zijn metabolieten, spelen een rol bij de meeste drugsgerelateerde sterfgevallen die in Europa worden gemeld. In de 22 landen waarvoor voor 2008 of 2009 gegevens beschikbaar zijn, zijn opioïden verantwoordelijk voor het overgrote deel van alle gevallen: meer dan 90 % in vijf landen, en tussen 80 en 90 % in nog eens 12. Middelen die vaak naast heroïne worden gevonden, zijn onder meer alcohol, benzodiazepinen, andere opioïden en – in sommige landen – cocaïne. Dit duidt erop dat een aanzienlijk deel van alle drugsgerelateerde sterfgevallen zich voordoet binnen een context van polydrugsgebruik, zoals blijkt uit een overzicht van de toxicologie van drugsgerelateerde sterfgevallen in Schotland in 2000-2007. Hieruit bleek dat de aanwezigheid van heroïne en alcohol een positief verband vertoonde, met name onder oudere mannen. Bij de mannen wier overlijden was gerelateerd aan heroïne, was bij 53 % van degenen ouder dan 35 jaar ook sprake van alcohol, ten opzichte van 36 % bij personen jonger dan 35 jaar (Bird en Robertson, 2011, zie ook GROS, 2010).

In Europa betreft het merendeel van de sterfgevallen door overdosis mannen (81 %). Globaal zijn er ongeveer vier mannen voor elke vrouw (met de verhouding van 1,4:1 in Polen tot 31:1 in Roemenië) ⁽¹³⁰⁾. In de lidstaten die recentelijker tot de EU zijn toegetreden, worden drugsgerelateerde sterfgevallen vaker voor mannen en jongeren gemeld dan in de voor 2004 toegetreden lidstaten en Noorwegen. De patronen verschillen binnen Europa, met een hoger aandeel van mannen gemeld in zuidelijke landen (Griekenland, Italië, Roemenië, Cyprus, Hongarije, Kroatië) en in Estland, Letland en Litouwen. Denemarken, Nederland, Zweden en Noorwegen rapporteren een hoger aandeel van oudere personen. In de meeste landen is de gemiddelde leeftijd van degenen die overlijden rond de 35 jaar en deze stijgt in veel landen. Dit duidt op een mogelijke stabilisatie of afname van het aantal jonge heroïnegebruikers en op een verouderend cohort van problematische opioïdengebruikers. Globaal doet 12 % van de in Europa gemelde sterfgevallen door overdoses zich voor onder personen jonger dan 25 jaar ⁽¹³¹⁾.

Diverse factoren spelen een rol bij fatale en niet-fatale overdoses heroïne. Deze zijn onder meer injectie en gelijktijdig gebruik van andere middelen, in het bijzonder alcohol, benzodiazepinen en sommige antidepressiva. Ook gerelateerd aan overdoses zijn „binge“-drugsgebruik,

comorbiditeit, dakloosheid, slechte geestelijke gezondheid (bijv. depressie en opzettelijke vergiftiging), niet in behandeling zijn voor drugsgebruik, eerdere overdosis en alleen zijn op het moment van de overdosis (Rome et al., 2008). Met name in de periode net na vrijlating uit detentie (WHO, 2010a) of na ontslag uit een behandelcentrum is het risico op een overdosis groot, zoals geïllustreerd door een aantal longitudinale onderzoeken.

Overige opioïden

Naast heroïne vermelden toxicologische rapporten een diversiteit aan andere opioïden, waaronder methadon ⁽¹³²⁾ en buprenorfine. Sterfgevallen door

Methadon en mortaliteit

Met een geschatte 700 000 opioïdengebruikers die substitutietherapie ondergaan, zijn drugs als methadon recent onder de aandacht gekomen met betrekking tot drugsgerelateerde sterfgevallen. Methadon wordt vaak genoemd in de toxicologierapporten voor sterfgevallen gerelateerd aan drugsgebruik en wordt soms geïdentificeerd als de doodsoorzaak. Desondanks ondersteunt het huidige beschikbare bewijsmateriaal in sterke mate de voordelen van goed gereguleerde en gesuperviseerde substitutiebehandeling voor opioïden, in combinatie met psychosociale hulp, om patiënten in behandeling te houden en voor vermindering van illegaal opioïdengebruik en mortaliteit.

Observationele studies melden dat het sterftecijfer voor opioïdengebruikers die met methadon worden behandeld, ongeveer een derde is van het cijfer voor degenen zonder behandeling. De behandelingsduur is een belangrijke factor, waarbij recente onderzoeken laten zien dat substitutiebehandeling voor opioïdengebruik een kans van meer dan 85 % heeft om de totale sterfte onder opioïdengebruikers te verlagen, als ze gedurende 12 maanden of langer in behandeling blijven (Cornish et al., 2010). Het gunstige effect op de overleving neemt toe met cumulatieve blootstelling aan behandeling (Kimber et al., 2010). Daarnaast lijkt methadon de kans op hiv-besmetting met ongeveer 50 % te verminderen ten opzichte van terugtrekking uit of geen behandeling (Mattick et al., 2009). Met betrekking tot de methadongerelateerde sterfgevallen in een populatie concludeerde een recente studie in Schotland en Engeland dat de invoering van de gesuperviseerde methadonverstrekking werd gevolgd door een substantiële daling van het aantal sterfgevallen daar waar methadon werd verstrekt. Tussen 1993 en 2008 was er op zijn minst een viervoudige afname van het aantal sterfgevallen in samenhang met een overdosis methadon per hoeveelheid voorgeschreven methadon, tegen een achtergrond van uitbreiding van de behandeling (Strang et al., 2010).

⁽¹³⁰⁾ Aangezien de meeste aan het EWDD gemelde drugsgerelateerde sterfgevallen overdoses van opioïden betreft (voornamelijk heroïne), worden hier de algemene kenmerken van de gemelde sterfgevallen weergegeven om sterfgevallen gerelateerd aan heroïnegebruik te beschrijven en analyseren. Zie figuur DRD-1 in het Statistical Bulletin 2011.

⁽¹³¹⁾ Zie figuren DRD-2 en DRD-3 en tabel DRD-1 (deel i) in het Statistical Bulletin 2011.

⁽¹³²⁾ Zie het kader „Methadon en mortaliteit“.

buprenorfinevergiftiging doen zich weinig voor en worden slechts in een zeer klein aantal landen gemeld, ondanks het toenemende gebruik bij substitutiebehandeling in Europa. In Finland blijft buprenorfine echter de meest voorkomende opioïde die wordt aangetroffen bij forensische obducties, maar meestal in combinatie met andere middelen. Dit werd geïllustreerd door een recent Fins onderzoek naar drugs in gevallen van accidentele vergiftiging, waarbij in bijna alle (38/40) gevallen waarin buprenorfine als primaire doodsoorzaak werd vastgesteld, de aanwezigheid van benzodiazepinen werd gemeld. Alcohol was ook een belangrijke bijdragende factor, die werd geïdentificeerd bij 22 van de 40 gevallen (Salasuo et al., 2009). In Estland hingen de meeste drugsgerelateerde sterfgevallen in 2009, net als in afgelopen jaren, samen met het gebruik van 3-methylfentanyl.

Aan andere drugs gerelateerde sterfgevallen

Sterfgevallen veroorzaakt door acute cocaïnevergiftiging lijken betrekkelijk weinig voor te komen (EWDD, 2010a). Maar aangezien overdoses cocaïne moeilijker te definiëren en vast te stellen zijn dan die gerelateerd aan opioïden, kunnen ze ondergerapporteerd zijn (zie hoofdstuk 5).

In 2009 werden in 21 landen ongeveer 900 sterfgevallen gemeld die verband hielden met cocaïne. Omdat de beschikbare gegevens niet met elkaar kunnen worden vergeleken, is de Europese trend moeilijk te beschrijven. De recentste gegevens voor Spanje en het Verenigd Koninkrijk, de twee landen met de hoogste prevalentie voor cocaïne, wijzen op een afname van het aantal sterfgevallen gerelateerd aan deze drug: in Spanje van 25,1 % van de gemelde gevallen met cocaïne (en geen opiaten) in 2007 naar 19,3 % in 2008 en in het Verenigd Koninkrijk van 12,7 % in 2008 naar 9,6 % in 2009. Cocaïne wordt zeer zelden geïdentificeerd als het enige middel dat bijdraagt aan een drugsgerelateerd sterfgeval.

Een recent internationaal onderzoek naar de mortaliteit onder cocaïnegebruikers concludeerde dat er beperkte gegevens zijn over de omvang van een verhoogde mortaliteit onder problematische of verslaafde cocaïnegebruikers (Degenhardt et al., 2011). Het onderzoek omvatte bevindingen uit drie Europese follow-uponderzoeken: een Frans onderzoek waarin personen werden gevolgd die gearresteerd waren voor overtredingen inzake cocaïne, een Nederlands onderzoek waarbij injecterende cocaïnegebruikers via laagdrempelige verslavingsinstellingen werden gerekruteerd en een Italiaans onderzoek met verslaafde

cocaïnegebruikers die in behandeling waren. Ruwe sterftecijfers in deze onderzoek varieerden van 0,54 tot 4,6 per 100 persoonjaren. Een recent Deens cohortonderzoek met personen in behandeling voor cocaïnegebruik toonde een extra sterfterisico aan van 6,4 ten opzichte van personen van dezelfde leeftijd en geslacht in de algehele bevolking (Arendt et al., 20110).

Overlijden ten gevolge van ecstasy (MDMA) wordt incidenteel gemeld en in de meeste gevallen is de drug niet geïdentificeerd als de directe doodsoorzaak (¹³³). In 2009 werden in Engeland (mefedron) en Finland (MDPV) sterfgevallen gemeld die mogelijk gerelateerd waren aan cathinonen (zie hoofdstuk 8).

Trends in drugsgerelateerde sterfgevallen

Drugsgerelateerde sterfgevallen namen in de jaren tachtig en de vroege jaren negentig van de vorige eeuw sterk toe, parallel aan de toename van het heroïnegebruik en injecterend drugsgebruik, en bleven daarna op een hoog niveau (¹³⁴). Tussen 2000 en 2003 meldde de meeste EU-lidstaten een daling, gevolgd door een stijging van 2003 tot 2008. Voorlopige gegevens voor 2009 wijzen op een totaalcijfer gelijk aan of iets lager dan dat voor 2008. Waar een vergelijking mogelijk is, zijn in enkele van de grootste landen, waaronder Duitsland, Italië en het Verenigd Koninkrijk, de aantallen gerapporteerde sterfgevallen gedaald.

Het is moeilijk te verklaren waardoor het aantal drugsgerelateerde sterfgevallen in sommige landen gelijk blijft of toeneemt, vooral omdat er aanwijzingen zijn dat het injecterend drugsgebruik afneemt en steeds meer opioïdengebruikers zich laten behandelen of in contact komen met schadebeperkende maatregelen. Mogelijke verklaringen zijn onder meer: toename van polydrugsgebruik (EWDD, 2009b) of risicogedrag, toename van het aantal opioïdengebruikers dat terugvalt na vrijlating uit detentie of stoppen met behandeling, en een ouder wordende cohort van kwetsbaardere drugsgebruikers.

Totale, aan drugsgebruik gerelateerde mortaliteit

De totale, aan drugsgebruik gerelateerde mortaliteit omvat drugsgerelateerde sterfgevallen en sterfgevallen die indirect door het gebruik van drugs worden veroorzaakt, zoals door overdracht van infectieziekten, cardiovasculaire problemen en ongevallen. Hoewel het aantal indirect aan drugs gerelateerde sterfgevallen moeilijk te becijferen valt, kan het effect ervan op de volksgezondheid aanzienlijk zijn. Aan drugs gerelateerde sterfgevallen doen zich

¹³³ Zie voor gegevens over sterfgevallen gerelateerd aan andere drugs dan heroïne tabel DRD-108 in het Statistical Bulletin 2011.

¹³⁴ Zie figuren DRD-8 en DRD-11 in het Statistical Bulletin 2011.

voornamelijk voor onder problematische drugsgebruikers, hoewel het in sommige gevallen (bijv. verkeersongevallen) incidentele gebruikers betreft.

Schattingen van de totale drugsgerelateerde mortaliteit kunnen op verschillende manieren worden uitgevoerd. Zo kunnen de gegevens van cohortstudies naar mortaliteit worden gecombineerd met prevalentieschattingen van drugsgebruik. Bij een andere methode wordt uitgegaan van de bestaande algemene sterftcijfers om het percentage drugsgerelateerde sterfgevallen te schatten.

Cohortstudies naar mortaliteit

Cohortstudies naar mortaliteit volgen in de tijd dezelfde groepen problematische drugsgebruikers en proberen, door koppeling met overlijdensregisters, de oorzaken te achterhalen van alle sterfgevallen die zich in de groep voordoen. Met dit type onderzoek kan voor de hele cohort zowel het totale sterftcijfer als het sterftcijfer per doodsoorzaak worden bepaald en kan worden geschat hoeveel hoger de mortaliteit binnen de groep is ten opzichte van die in de algehele bevolking ⁽¹³⁵⁾.

Naar gelang de setting waarin de onderzoekspopulatie wordt gerekruteerd (bijv. in centra voor verslavingszorg) en de toegepaste inclusiecriteria (bijv. injecterende drugsgebruikers, heroïnegebruikers) is het sterftcijfer onder problematische drugsgebruikers in de meeste cohortstudies 1-2 % op jaarbasis. Deze mortaliteitscijfers zijn ruwweg 10 tot 20 keer hoger dan die voor dezelfde leeftijdsgroep in de algehele populatie. Het relatieve belang van de verschillende doodsoorzaken varieert binnen populaties, tussen landen en in de tijd, maar in het algemeen blijft een overdosis de meest voorkomende doodsoorzaak onder problematische drugsgebruikers in Europa en is deze verantwoordelijk voor wel 50-60 % van de sterfgevallen onder injecterende gebruikers in landen met een lage hiv-/aidsprevalentie. Naast hiv/aids en andere ziekten zijn vaak gemelde doodsoorzaken onder meer zelfdoding, ongevallen en alcoholmisbruik.

Sterfgevallen indirect gerelateerd aan drugsgebruik

Door bestaande gegevens van Eurostat en hiv-/aids-surveillance te combineren heeft het EWDD geschat dat in de Europese Unie in 2007 ongeveer 2 100 mensen zijn overleden aan hiv/aids als gevolg van drugsgebruik ⁽¹³⁶⁾, met 90 % hiervan in Spanje, Frankrijk, Italië en Portugal.

Andere ziekten die eveneens verantwoordelijk zijn voor een deel van de sterfgevallen onder drugsgebruikers, zijn onder meer chronische aandoeningen als leverziekten,

voornamelijk als gevolg van hepatitis C-infectie (hcv-infectie) en vaak verergerd door zwaar alcoholgebruik, en co-infectie met hiv. Sterfgevallen ten gevolge van andere infectieziekten zijn zeldzamer. Aan andere doodsoorzaken onder drugsgebruikers als zelfdoding en trauma evenals doodslag wordt veel minder aandacht besteed, ondanks aanwijzingen van een aanzienlijke impact op de mortaliteit.

Vermindering van drugsgerelateerde sterfgevallen

Vijftien Europese landen melden dat hun nationale drugsstrategie een onderdeel omvat dat is gericht op het terugdringen van de sterfte gerelateerd aan drugsgebruik, dat een dergelijk beleid op regionaal niveau bestaat of dat de landen beschikken over een specifiek actieplan om drugsgerelateerde sterfgevallen te voorkomen. In sommige van de andere landen (Estland, Frankrijk, Oostenrijk) hebben de recente stijgingen in het aantal drugsgerelateerde sterfgevallen (deels in jongere leeftijdsgroepen en onder geïntegreerde gebruikers) de bewustwording van de noodzaak van verbeterde responsen doen toenemen.

Behandeling kan het sterfterisico van drugsgebruikers aanzienlijk verlagen, hoewel er risico's gerelateerd aan drugstolerantie ontstaan bij het in behandeling gaan of afbreken van de behandeling. Uit onderzoeken blijkt dat het risico van drugsgerelateerd overlijden bij terugval na behandeling of in de weken na vrijlating uit detentie aanzienlijk verhoogd is.

Als gevolg van het farmacologische veiligheidsprofiel wordt in sommige landen buprenorfine aanbevolen als onderhoudsbehandeling voor opioïdengebruik ⁽¹³⁷⁾,

„Selected issue” over mortaliteit gerelateerd aan drugsgebruik — een veelomvattende aanpak en implicaties voor de volksgezondheid

Een dit jaar gepubliceerde „selected issue” van het EWDD presenteert de bevindingen inzake drugsgerelateerde sterfgevallen uit recente longitudinale studies onder problematische drugsgebruikers in Europa. Hierin worden de algehele en oorzakspecifieke mortaliteit onderzocht en de risicofactoren en beschermende factoren beschreven die zijn geïdentificeerd door middel van wetenschappelijk onderzoek. Ook de implicaties voor de volksgezondheid zijn onderzocht.

Deze publicatie is uitsluitend in het Engels beschikbaar, zowel op papier als op de EWDD-website.

⁽¹³⁵⁾ Zie voor informatie over cohortstudies naar mortaliteit de Belangrijkste indicatoren op de EWDD-website.

⁽¹³⁶⁾ Zie tabel DRD-5 (deel iii) in het Statistical Bulletin 2011.

⁽¹³⁷⁾ Zie de behandelrichtlijnen in het Portaal voor goede praktijken.

en in ten minste de helft van de landen is er een handelsvergunning verleend voor een combinatie van buprenorfine en naloxon ⁽¹³⁸⁾.

Hoewel er in sommige Europese landen vooruitgang is geboekt in de richting van het dichten van de behandelingskloof tussen gemeenschap en gevangenis ⁽¹³⁹⁾, is onderbreking van de drugsbehandeling als gevolg van arrestatie, opsluiting of vrijlating geïdentificeerd als een toenemend risico voor overdosis (Dolan et al., 2005). Dit heeft ertoe geleid dat het regionaal kantoor voor Europa van de Wereldgezondheidsorganisatie (2010c) aanbevelingen heeft gepubliceerd voor preventie van overdosis in de gevangenis en voor een betere zorgcontinuïteit na vrijlating.

Naast verbetering van de toegankelijkheid tot drugsbehandeling zijn er andere interventies onderzocht voor vermindering van de risico's van overdosis bij drugsgebruikers. Deze interventies richten zich op persoonlijke, aan de omstandigheden en aan drugsgebruik gerelateerde factoren. In de meeste landen wordt er informatiemateriaal verspreid over het risico van overdosis, vaak in verschillende talen om ook drugsgebruikers onder migranten te bereiken, via gespecialiseerde centra voor verslavingszorg en websites, en recentelijker ook via sms-berichten en e-mail. Counseling en training voor een veiliger gebruik verstrekt door straatwerkers of lotgenoten aan drugsgebruikers bestaat in 27 landen, maar deze interventies worden vaak maar sporadisch en beperkt aangeboden ⁽¹⁴⁰⁾.

Aanvullende reacties gerapporteerd door een klein aantal landen zijn onder meer: follow-up van gebruikers bij wie zich een aan drugs gerelateerde noodsituatie heeft voorgedaan (België, Denemarken, Luxemburg, Nederland, Oostenrijk), „systemen voor vroegtijdige waarschuwing“ om gebruikers te waarschuwen voor gevaarlijke stoffen (België, Tsjechië, Frankrijk, Hongarije, Portugal, Kroatië) en verbeterde controles om het voorschrijven van meerdere middelen te voorkomen (Luxemburg, Verenigd Koninkrijk). Drugsgebruik onder toezicht in centra, zoals in Duitsland, Spanje, Luxemburg, Nederland en Noorwegen, biedt kansen voor onmiddellijke interventie door professionals in het geval van overdosis en vermindert de gevolgen voor de gezondheid van niet-fatale overdosis. Het bewijs voor het effect van voor gebruik onder toezicht

beschikbare ruimten op het aantal drugsgerelateerde sterfgevallen in de gemeenschap omvat onder meer een recente in Vancouver uitgevoerde studie, waarin een afname van 35 % werd gemeld in het aantal gevallen van overdosis met dodelijke afloop in de betreffende gemeenschap nadat een faciliteit voor injecterend drugsgebruik onder toezicht was geopend (Marshall, B. et al., 2011) Dit resultaat wijst in dezelfde richting als eerdere studies die werden beoordeeld in een monografie over schadebeperking (EWDD, 2010b).

Voorlichting over overdosis, gecombineerd met een thuis toe te dienen dosis naloxon — dat de effecten van opioïden opheft en algemeen in ziekenhuizen en in de spoedeisende geneeskunde wordt gebruikt — is een interventie die sterfgevallen door een opioïd-overdosis kan voorkomen. Sommige Europese landen melden het bestaan van programma's vanuit de gemeenschap die naloxon voorschrijven aan drugsgebruikers met een risico van een opioïd-overdosis. Het voorschrijven van naloxon gaat samen met een verplichte cursus voor het herkennen van een overdosis, het toepassen van basale levensreddende technieken (bijvoorbeeld mond-op-mond-beademing, stabiele zijligging) en hoe naloxon moet worden toegediend. Deze interventie richt zich op drugsgebruikers, hun familieleden en lotgenoten, en heeft als doel hen te helpen effectief op te treden in geval van een overdosis in afwachting van de komst van de hulpverlening.

Het verstrekken van naloxon aan drugsgebruikers wordt gemeld door Italië (waar 40 % van centra voor verslavingszorg het middel verstrekt), Duitsland en het Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales). Nieuwe initiatieven worden gemeld door Bulgarije, Denemarken en Portugal. In Schotland werd in 2010 verstrekking van een thuis toe te dienen dosis naloxon aan alle personen met een risico die vrijkwamen uit detentie landelijk ingevoerd, en de overheid steunt een nationaal programma met thuis toe te dienen doses naloxon voor personen bij wie een kans bestaat op een opioïd-overdosis en voor degenen die mogelijk met hen in contact komen. De effectiviteit van naloxon-bij-vrijlating voor terugdringing van het aantal sterfgevallen door overdoses in de weken na vrijlating uit detentie wordt geëvalueerd in Engeland via het N-Alive-project, dat een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek gaat uitvoeren onder 5 600 gedetineerden.

⁽¹³⁸⁾ Zie tabel HSR-1 in het Statistical Bulletin 2011.

⁽¹³⁹⁾ Zie hoofdstuk 2 en tabel HSR-9 in het Statistical Bulletin 2011.

⁽¹⁴⁰⁾ Zie tabel HSR-8 in het Statistical Bulletin 2011.



Hoofdstuk 8

Nieuwe drugs en opkomende trends

Inleiding

Het verstrekken van geschikte en objectieve informatie over nieuwe drugs en opkomende trends wordt in toenemende mate belangrijk, gezien de steeds dynamischer en snel veranderende aard van het Europese drugsprobleem. De markt voor nieuwe drugs onderscheidt zich door de snelheid waarmee leveranciers op de invoering van controlemaatregelen reageren door het aanbieden van nieuwe alternatieven voor de verboden middelen. Een scala aan informatiebronnen en toonaangevende indicatoren, met inbegrip van internetmonitoring en afvalwateranalyse, kunnen bijdragen aan een beter beeld van opkomende drugstrends in Europa. Dit hoofdstuk beschrijft de nieuwe psychoactieve stoffen die worden gesignaleerd door het systeem voor vroegtijdige waarschuwing, en bevat een follow-up inzake de risicobeoordeling van mefedron. Het fenomeen „legale psychedelica” wordt onderzocht, samen met een aantal nationale reacties op de vrije verkoop van nieuwe middelen.

Actie met betrekking tot nieuwe drugs

Het systeem voor vroegtijdige waarschuwing van de Europese Unie omvat een mechanisme waarmee snel kan worden gereageerd op de opkomst van nieuwe psychoactieve stoffen in de drugscene. In het kader van de beoordeling door de Europese Commissie van het functioneren van Besluit 2005/387/JBZ van de Raad wordt het systeem momenteel herzien ⁽¹⁴¹⁾.

Nieuwe psychoactieve stoffen

Tussen 1997 en 2010 werden via het systeem voor vroegtijdige waarschuwing meer dan 150 nieuwe psychoactieve stoffen officieel gemeld die nu worden gemonitord. Gedurende deze periode is de snelheid toegenomen waarmee nieuwe stoffen op de markt verschijnen, met een record aantal meldingen van nieuwe stoffen in de afgelopen twee jaar — 24 in 2009 en 41 in 2010 ⁽¹⁴²⁾. Veel van deze nieuwe stoffen zijn opgespoord

door middel van het testen van producten die worden verkocht op internet en in gespecialiseerde winkels (bijvoorbeeld smartshops, headshops).

De meeste van de 41 nieuwe psychoactieve stoffen die in 2010 zijn geïdentificeerd, zijn synthetische cathinonen of synthetische cannabinoïden. Met vijftien nieuwe, in 2010 ontdekte derivaten zijn de synthetische cathinonen nu, na de fenethylaminen, de op een na grootste drugsfamilie die via het systeem voor vroegtijdige waarschuwing wordt gemonitord. De lijst van nieuw aangemelde middelen bevat ook een diverse groep van chemische stoffen, waaronder een synthetisch cocaïnerivaat, een natuurlijke precursor en diverse synthetische psychoactieve stoffen. Derivaten van fencyclidine (PCP) en ketamine, twee middelen die momenteel of in het verleden algemeen worden of zijn gebruikt in de humane of veterinaire geneeskunde, werden voor de eerste keer in 2010 gemeld.

De opkomst van nieuwe drugs die gebaseerd zijn op geneesmiddelen met een bekend risico op misbruik, is een voorbeeld van hoe innovatie op de illegale markt een gezamenlijke reactie vereist van de autoriteiten op het gebied van geneesmiddelengebruik en drugsbestrijding. Deze kwestie is meer een potentiële bedreiging dan een onmiddellijk probleem, maar gezien de snelheid waarmee nieuwe ontwikkelingen op dit gebied plaatsvinden, kan anticiperen op toekomstige uitdagingen belangrijk worden.

Risicobeoordeling

In 2010 werd voor mefedron (4-methylmethcathinon) als eerste cathinonderivaat formeel het risico beoordeeld. Het was ook het eerste middel waarvan de risico's werden getoetst volgens nieuwe operationele richtlijnen ⁽¹⁴³⁾. Bij de risicobeoordeling werden problemen ondervonden in verband met de beperkte beschikbaarheid van gegevens en ook met het feit dat mefedron afweek van eerder onderzochte verbindingen. Voor de eerste keer werden echter gegevens van toxicologische screening afkomstig van een verkennend onderzoek met een groep mefedronegebruikers opgenomen, waardoor het mogelijk

⁽¹⁴¹⁾ Besluit 2005/387/JBZ van de Raad inzake de uitwisseling van informatie, de risicobeoordeling en de controle ten aanzien van nieuwe psychoactieve stoffen, *Publicatieblad L 127* van 20.5.2005.

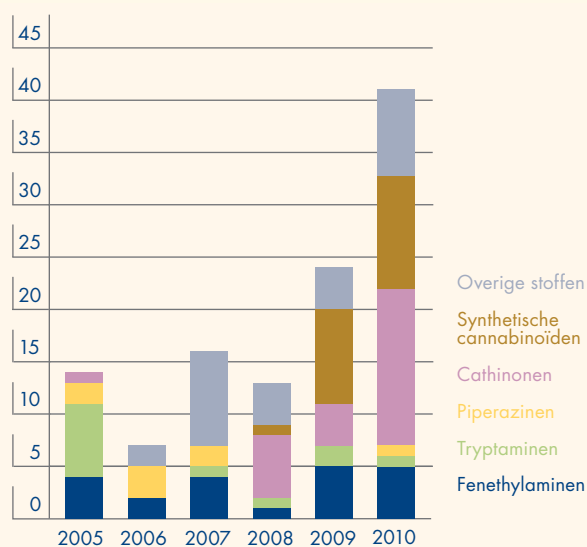
⁽¹⁴²⁾ Zie het kader „Hoofdgroepen van nieuwe psychoactieve stoffen gemonitord via het systeem voor vroegtijdige waarschuwing”.

⁽¹⁴³⁾ Zie het kader „Richtlijnen voor risicobeoordeling”.

Hoofdgroepen van nieuwe psychoactieve stoffen gemonitord via het systeem voor vroegtijdige waarschuwing

Nieuwe psychoactieve stoffen die op de drugsmarkt in Europa verschijnen, behoren van oudsher tot een klein aantal families van chemische stoffen, waarbij fenethylaminen en tryptaminen voor de meeste meldingen bij het systeem voor vroegtijdige waarschuwing verantwoordelijk zijn. In de afgelopen vijf jaar zijn er echter steeds meer nieuwe stoffen in een groeiende reeks van chemische families gemeld (zie figuur).

Fenethylaminen omvatten een breed scala aan stoffen die stimulerende, entactogene of hallucinogene effecten



NB: aantal nieuwe psychoactieve stoffen aangemeld bij het Europese systeem voor vroegtijdige waarschuwing onder Besluit 2005/387/JHA van de Raad.

kunnen vertonen. Voorbeelden hiervan zijn de synthetische stoffen amfetamine, methamfetamine en MDMA (3,4-methyleendioxyamfetamine) en mescaline, dat van nature voorkomt.

Tryptaminen omvatten een aantal stoffen die voornamelijk hallucinogene effecten vertonen. De belangrijkste vertegenwoordigers zijn de van nature voorkomende stoffen dimethyltryptamine (DMT), psilocine en psilocybine (aanwezig in hallucinogene paddenstoelen) evenals het semisynthetische lyserginezuurdi-ethylamide (LSD).

Piperazinen worden vertegenwoordigd door mCPP (1-(3-chloorfenyl)piperazine) en BZP (1-benzylpiperazine), allebei stoffen die het centrale zenuwstelsel stimuleren.

Cathinonen hebben een stimulerende werking. De belangrijkste cathinonderivaten zijn het semisynthetische methcathinon en de synthetische verbindingen mephedron, methylon en MDPV (3,4-methyleendioxypropylaleron).

Synthetische cannabinoïden zijn functioneel vergelijkbaar met delta-9-tetrahydrocannabinol (THC), het werkzame bestanddeel van cannabis. Net als THC kunnen ze hallucinogene, sedatieve en depressieve effecten hebben. Ze zijn ontdekt in rookproducten op basis van kruiden als „spice“ (zie EWDD, 2009a)

Andere stoffen die bij het systeem voor vroegtijdige waarschuwing zijn aangemeld, zijn diverse plantaardige en synthetische psychoactieve stoffen (bijv. indanen, bezodifuranylen, narcotische analgetica, synthetische cocaïnederivaten, ketamine en fencyclidinederivaten), die strikt genomen niet behoren tot een van de eerdere categorieën. Ook behoort hiertoe een klein aantal geneesmiddelen en derivaten.

Voor meer informatie over geselecteerde nieuwe psychoactieve stoffen, zie Drugprofielen van het EWDD.

was de resultaten beter op bewijs te baseren dan tijdens eerdere risicobeoordelingen.

Gebaseerd op de bevindingen van het risicobeoordelingsrapport (EWDD, 2010e) in december 2010 heeft de Europese Raad besloten om mephedron te onderwerpen aan controlemaatregelen en strafrechtelijke sancties binnen heel Europa⁽¹⁴⁴⁾. Tegen die tijd hadden achttien Europese landen al controlemaatregelen voor mephedron ingevoerd⁽¹⁴⁵⁾. De overige EU-lidstaten hebben een jaar de tijd om de nodige maatregelen te nemen.

Follow-up inzake mephedron

Met behulp van een klein aantal bronnen kan het gebruik en beschikbaarheid van mephedron in

Europa continu worden gemonitord, voornamelijk internetenquêtes onder clubbezoekers en onderzoeken naar onlineverkoop. Volgens enquêtes via internet onder de lezers van een Brits tijdschrift voor clubbezoekers lag het „ooit“-gebruik van mephedron rond 40 % in 2010 (2 295 respondenten, Dick en Torrance, 2010) en 61 % in 2011 (2 560 respondenten, Winstock, 2011), hoewel het gebruik in de afgelopen maand in dezelfde periode daalde van 33 naar 25 %. Deze enquêtes kunnen niet als representatief voor de bredere populatie van clubbezoekers worden beschouwd.

De onlinebeschikbaarheid van mephedron is beoordeeld door middel van zes EWDD-internetonderzoeken (snapshots of momentopnamen) tussen december 2009 en februari 2011. In de eerste helft van 2010 was mephedron

⁽¹⁴⁴⁾ Besluit 2010/759/EU van de Raad inzake onderwerping van 4-methylmethcathinon (mephedron) aan controlemaatregelen *Publicatieblad L 322* van 8.12.2010, blz. 44.

⁽¹⁴⁵⁾ België, Denemarken, Duitsland, Estland, Frankrijk, Ierland, Italië, Koninkrijk, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Noorwegen, Oostenrijk, Polen, Roemenië, Verenigd en Zweden.

Richtlijnen voor risicobeoordeling

De huidige operationele richtlijnen voor de risicobeoordeling van nieuwe psychoactieve stoffen, die in 2008 werden aangenomen, werden voor het eerst in 2010 voor mefedron toegepast (EWDD, 2010c). De richtlijnen bieden een conceptueel kader voor het tijdig uitvoeren van een wetenschappelijk verantwoorde, evidence-based beoordeling wanneer sprake is van beperkte informatiebronnen.

De belangrijkste terreinen die worden beoordeeld zijn: gezondheidsrisico's en maatschappelijke risico's, productie en handel, betrokkenheid van de georganiseerde misdaad en de mogelijke gevolgen van controlemaatregelen.

De richtlijnen houden rekening met alle factoren die, volgens de VN-verdragen van 1961 en 1971, het plaatsen van een stof onder internationale controle zou rechtvaardigen. Ze introduceren ook een nieuw semikwantitatief scoringssysteem gebaseerd op beoordeling door deskundigen. De richtlijnen houden rekening met een dubbele definitie van risico, namelijk de kans dat er enige schade kan optreden (meestal gedefinieerd als „risico”) en de mate van ernst van dergelijke schade (meestal gedefinieerd als „gevaar”). Daarnaast is er een overzicht van de prevalentie van het gebruik, de mogelijke voordelen en risico's van de stof onafhankelijk van zijn wettelijke status in de lidstaten, en vergelijking met beter bekende drugs.

In 2010 heeft de Wereldgezondheidsorganisatie ook een herziening goedgekeurd van hun richtsnoeren voor de beoordeling van psychoactieve stoffen voor internationale controle (WHO, 2010b).

op grote schaal en legaal beschikbaar bij leveranciers op internet, waar het zowel in kleine hoeveelheden voor straatverkoop als in grote hoeveelheden voor de handel werd verkocht. Engelstalige EWDD-momentopnamen van onlinedrugshops vertoonden een piek in de onlinebeschikbaarheid van mefedron in maart 2010, waarbij het middel door 77 shops werd aangeboden. Sindsdien is het totale aantal onlineshops dat mefedron verkoopt, gedaald aangezien de Europese landen vanaf april 2010 zijn begonnen met het toepassen van controlemaatregelen op het middel. Ondanks het feit dat mefedron in de meeste lidstaten sinds begin 2011 regelmatig wordt gecontroleerd, bleek uit een meertalige momentopname van het EWDD dat de drug op dit moment nog steeds online beschikbaar is, waarbij 23 locaties werden geïdentificeerd als aanbieders van mefedron aan afnemers in de Europese Unie. Van de oorspronkelijke 77 onlineshops die in maart 2010 werden geïdentificeerd,

waren er na een jaar nog maar 15 actief en slechts twee hiervan verkochten nog steeds mefedron. De 13 resterende shops bleven andere producten verkopen, vaak gepresenteerd als „onderzoekschemicaliën” en op de markt gebracht als „legale alternatieven voor mefedron”⁽¹⁴⁶⁾. De EWDD-momentopname van 2011 signaleerde ook een sterke afname sinds 2010 van het aantal onlineshops die mefedron aanbieden die in het Verenigd Koninkrijk blijken te zijn gevestigd. In 2011 waren de Verenigde Staten het land met het hoogste aantal onlineshops die mefedron verkochten (zes), gevolgd door Tsjechië en het Verenigd Koninkrijk (elk drie). In dezelfde periode steeg de prijs van mefedron, van 10-12 EUR per gram in 2010 naar 20-25 EUR per gram in 2011.

Intoxicaties en sterfgevallen gerelateerd aan mefedron blijven nauwlettend worden gemonitord door het systeem voor vroegtijdige waarschuwing. Niet-fatale schadelijke gezondheidseffecten van mefedrongebruik zijn gemeld in Ierland en het Verenigd Koninkrijk. In 2010 werden in Engeland meldingen ontvangen van 65 vermoedelijk aan mefedron gerelateerde sterfgevallen, waarbij uit tests bleek dat in 46 gevallen sprake was van dit middel. De identificatie van een stof in een toxicologisch monster betekent echter niet dat deze stof het overlijden heeft veroorzaakt of eraan heeft bijgedragen, en meldingen van sterfgevallen die verband houden met mefedron moeten met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

Follow-up inzake andere stoffen

Stoffen waarvoor het risico is geëvalueerd, waaronder stoffen die vervolgens werden gecontroleerd, worden niet routinematig in Europa gemonitord. De beschikbare informatie over dergelijke stoffen is hoofdzakelijk afkomstig van drugsvangsten en van meldingen van schadelijke gezondheidseffecten van gecontroleerde stoffen die zijn gemeld bij het systeem voor vroegtijdige waarschuwing. Een aantal lidstaten meldt dat de piperazinen BZP en mCPP in 2009 en 2010 nog verkrijgbaar waren. mCPP werd vaak aangetroffen in tabletten die werden verkocht als ecstasy en geïdentificeerd dankzij drugtestprogramma's, bijvoorbeeld in Nederland. Ook meldde Finland in 2010 de aanwezigheid van MDPV⁽¹⁴⁷⁾ in 13 postmortem toxicologische monsters, terwijl het opnieuw voorkomen van twee fenethylaminen, PMA en PMMA⁽¹⁴⁸⁾ door drie landen werd gerapporteerd. In Nederland bleken poeders die werden verkocht als amfetamine, tot wel 10 % PMA te bevatten, en tabletten

⁽¹⁴⁶⁾ Dergelijke producten omvatten MDAI (5,6-methyleendioxy-2-aminoindaan), 5-IAI (5-jood-2-aminoindaan), MDAT (6,7-methyleendioxy-2-aminotetraline), 5-APB (5-(2-aminopropyl)benzofuran, verkocht als „Benzo woede”), 6-APB (6-(2-aminopropyl)benzofuran), nafyron (naphylpyrovaleron, verkocht als NRG-1), 4-MEC (4-methylethcathinon, verkocht als NRG-2) en methoxetamine (2-(3-methoxyfenyl)-2-(ethylamino)cyclohexanon).

⁽¹⁴⁷⁾ 3,4-Methyleendioxy-pyrovaleron, een derivaat van pyrovaleron, dat is opgenomen in lijst IV van het VN-verdrag van 1971.

⁽¹⁴⁸⁾ PMA (para-methoxyamfetamine) is sinds 1986 opgenomen in lijst I van de VN-verdrag van 1971 en PMMA (para-methoxymethylamfetamine) wordt sinds 2002 gecontroleerd op EU-niveau; zie EWDD (2003).

verkocht als ecstasy hadden een hoog gehalte aan PMMA; in Noorwegen werd een aanzienlijke hoeveelheid PMMA in beslag genomen en in Oostenrijk bevatte een mengsel dat werd verkocht als amfetamine, 50 % PMMA. Alle landen rapporteerden gezondheidsincidenten en gevallen met dodelijke afloop gerelateerd aan PMA en PMMA, twee stoffen waarvan bekend is dat ze een aanzienlijke toxiciteit vertonen en die in het verleden verantwoordelijk waren voor fatale overdoses.

„Legale psychedelica”

Sinds de jaren tachtig van de vorige eeuw worden nieuwe psychoactieve stoffen aangeduid als „designer drugs”, maar in de afgelopen jaren is de term „legale psychedelica” populair geworden. „Legale psychedelica” verwijst naar een brede categorie niet-gereguleerde psychoactieve verbindingen of producten met deze verbindingen, die op de markt worden gebracht als legale alternatieven voor bekende gecontroleerde drugs en meestal worden verkocht via het internet of in smart- of headshops. Deze term is van toepassing op uiteenlopende synthetische en plantaardige stoffen en producten, waaronder „psychedelische kruiden”, „partypillen” en „onderzoekschemicaliën”, waarvan er veel specifiek kunnen zijn ontworpen om de bestaande drugscontroles te omzeilen. Deze term, hoewel algemeen gebruikt, blijft echter een probleem ⁽¹⁴⁹⁾.

Prevalentie en beschikbaarheid via internet

In Europa zijn er weinig onderzoeken uitgevoerd naar de prevalentie van „legale psychedelica”, als collectieve term of als verwijzing naar afzonderlijke middelen. Uit een in 2008 uitgevoerd Pools onderzoek onder 1 400 18-jarige studenten bleek dat 3,5 % ten minste een keer in hun leven „legale psychedelica” had gebruikt, terwijl een follow-uponderzoek bij 1 260 studenten in 2010 een stijging naar 11,4 % rapporteerde. Het gebruik van „legale psychedelica” in de afgelopen 12 maanden werd in 2008 gemeld door 2,6 % van de studenten en steeg naar 7,2 % in 2010. Het gebruik in de afgelopen maand daalde echter van 1,5 % in 2008 naar 1,1 % in 2010. Verdere onderzoeken naar prevalentie van „legale psychedelica” worden in 2011 verwacht uit Tsjechië, Ierland en Spanje.

Het EWDD monitort de onlinebeschikbaarheid van „legale psychedelica” door middel van regelmatig uitgevoerde gerichte internetmomentopnamen, waarbij de recentste is uitgevoerd in 18 van de 23 officiële EU-talen ⁽¹⁵⁰⁾, als moedertaal gesproken door 97 % van de EU-bevolking, maar ook in het Russisch en Oekraïens. In deze

Niet zo „legale psychedelica”

De term „legale psychedelica” wordt gebruikt als een overkoepelende term voor psychoactieve stoffen die niet onder de drugswetgeving vallen. De beschrijving van deze stoffen als „legaal” kan voor klanten onjuist of misleidend zijn, aangezien een groot aantal onder de wetgeving voor geneesmiddel- of voedselveiligheid kunnen vallen.

Onder de Europese richtlijn inzake productveiligheid zijn producenten verplicht uitsluitend veilige producten op de markt te brengen. Onder redelijkerwijs te verwachten gebruiksomstandigheden mag een product „geen of slechts minimale risico’s opleveren die verenigbaar zijn met het gebruik van het product, die aanvaardbaar worden geacht en overeenkomen met een hoog niveau van bescherming van de veiligheid en gezondheid van personen”, waarbij rekening wordt gehouden met de kenmerken, de etikettering en eventuele waarschuwingen en aanwijzingen voor het gebruik. Mogelijk als reactie hierop vermelden onlineshops in toenemende mate gezondheids waarschuwingen met betrekking tot hun producten. Krachtens de richtlijn moeten distributeurs ook de bevoegde autoriteiten informeren over ernstige risico’s en over de preventieve maatregelen die ze ten aanzien hiervan nemen. Overtredingen kunnen worden bestraft met gevangenisstraf.

In Europa is de verkoop van een nieuwe drug niet „legaler” dan de verkoop van enig ander niet getest, van een verkeerd etiket voorzien product. Voorbeelden van maatregelen tegen de verkoop van „legale psychedelica” op basis van de regelgeving inzake consumentenbescherming zijn onder meer de confiscering van „spice” en mefedron bij leveranciers in Italië en het Verenigd Koninkrijk op basis van onvolledige etikettering. Ook in Polen werden in 2010 1 200 „headshops” door de inspectie voor de gezondheid gesloten.

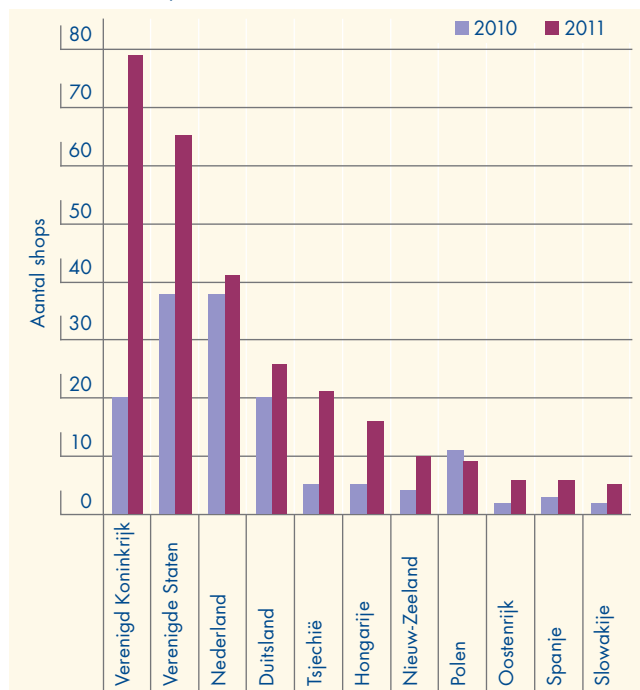
onderzoeken werd niet alleen gezocht op de term „legale psychedelica” maar ook op „psychedelische kruiden” („spice”, kratom en salvia), GBL (gamma-butyrolacton) en hallucinogene paddenstoelen. De internetmomentopname van 2011 identificeerde 314 onlineshops die „legale psychedelica” verkochten en die producten naar ten minste één EU-lidstaat zouden verzenden. Vaststellen in welk land de onlineshops zijn gelokaliseerd, is lastig maar op basis van kenmerken als contactinformatie, landcode, valuta -en verzendinginformatie bleken dergelijke bedrijven het meest in het Verenigd Koninkrijk gevestigd te zijn (figuur 20). Engels was de meest gebruikt interfacetaal, goed voor 83 % van de in 2011 onderzochte onlineshops. Kratom en salvia waren de twee meest aangeboden „legale psychedelica”, verkrijgbaar in respectievelijk 92 en 72 onlineshops.

De beschikbaarheid van „spice”-achtige producten op internet daalde in 2011 verder, waarbij 12 van de

⁽¹⁴⁹⁾ Zie het kader „Niet zo „legale psychedelica”.

⁽¹⁵⁰⁾ Bulgaars, Deens, Duits, Engels, Frans, Grieks, Hongaars, Italiaans, Lets, Maltees, Nederlands, Pools, Portugees, Roemeens, Slowaaks, Spaans, Tsjechisch en Zweeds.

Figuur 20: Waarschijnlijk land van herkomst van onlineshops die „legale psychedelica” aanbieden geïdentificeerd in de internetmomentopnamen van 2010 en 2011



NB: alleen lidstaten met ten minste twee onlineshops in zowel 2010 als 2011 zijn in de figuur opgenomen. In 2011 werden via een voor de eerste keer in het Roemeens uitgevoerde zoekbewerking 13 in Roemenië gevestigde onlineshops geïdentificeerd.

onderzochte onlineretailers de stoffen aanboden, een daling ten opzichte van 21 shops in 2010 en 55 in 2009. In 2011 was de prijs van een pakje met 3 gram „spice”-achtig product 12-18 EUR, vergeleken met ongeveer 20-30 EUR in 2009. Deze parallele daling van beschikbaarheid en prijs kan duiden op concurrentie van andere nieuwe drugs.

Controle van en toezicht op de vrije verkoop van nieuwe drugs

De snelle verspreiding van nieuwe stoffen zet de lidstaten ertoe aan sommige van hun standaardreacties op het

drugsprobleem te heroverwegen en herzien. In 2010 werd in zowel Ierland als Polen binnen een korte tijd wetgeving aangenomen om de vrije verkoop te beperken van psychoactieve stoffen die niet onder de drugswetgeving vallen. Hiervoor was het nodig dat in beide landen een zorgvuldige juridische definitie van dergelijke middelen werd geformuleerd. De Ierse wet omschrijft deze middelen als psychoactieve stoffen die niet specifiek onder de bestaande wetgeving vallen, die het centrale zenuwstelsel kunnen stimuleren of onderdrukken, wat leidt tot hallucinaties, verslaving of belangrijke wijzigingen in motorische functie, denken of gedrag. Geneesmiddelen en voedingsmiddelen, diergeneesmiddelen, sterke drank en tabak zijn uitgesloten. De Poolse wet verwijst naar „vervangingsdrugs”, gedefinieerd als een stof of plant die wordt gebruikt in plaats van, of voor dezelfde doeleinden als, een gecontroleerd middel en waarvan de productie of het in de handel brengen niet door afzonderlijke voorwaarden wordt geregeld. De wet kent geen specifieke verwijzing naar de vraag of de drug als schadelijk moet worden beschouwd.

De Ierse wet wordt afgedwongen door de politie. Hoge politiefunctionarissen kunnen een verkoper een „waarschuwing” geven; als de overtreder hieraan niet voldoet, kan de rechtbank een „verbod” opleggen. Verkoop, reclame en niet-naleven van een „verbod” worden bestraft met een gevangenisstraf van maximaal vijf jaar. In Polen wordt de wet daarentegen afgedwongen door de landelijke gezondheidsinspectie. De straf voor de productie van substitutiedrugs of deze in circulatie brengen is een hoge boete, terwijl op promoten een gevangenisstraf van maximaal een jaar staat. Als er een gerechtvaardigd vermoeden bestaat dat de drug levensbedreigend of schadelijk voor de gezondheid kan zijn, kunnen de landelijke gezondheidsinspecteurs de handel van een „substitutiedrug” voor maximaal 18 maanden verbieden zodat de veiligheid ervan kan worden beoordeeld. Indien de drug schadelijk blijkt te zijn, is de distributeur verplicht om de kosten van de beoordeling te

Toezicht op sinds kort onder controle staande psychoactieve stoffen

In 2010 is aan de politie in het Verenigd Koninkrijk een gedetailleerde richtlijn uitgevaardigd voor beleid inzake sinds kort onder controle staande psychoactieve stoffen, met name synthetische cannabinoïden, piperazinen en cathinonen evenals GBL en 1,4-butaandiol (ACPO, 2010). De richtlijn geeft informatie over herkenbaarheid, gebruikspatronen, effecten en risico's van de drugs en hoe er mee om te gaan. De richtlijn adviseert een consequente nationale aanpak van toezicht op het bezit en de verspreiding van dergelijke stoffen. De noodzaak van forensische analyse voor de correcte identificatie

en de vereiste bewijsnorm wordt erkend. De nadruk wordt gelegd op het belang van een gezamenlijke aanpak van politie en lokale autoriteiten inzake het toezicht op headshops. Politiebezoek aan headshops wordt aangemoedigd om informatie te verzamelen en te verstrekken aan de eigenaren en om hen in de gelegenheid te stellen onder controle staande middelen in te leveren. Voor dit doel wordt een standaardbrief voorgesteld waarin er bij de shop-eigenaar op wordt aangedrongen de bestaande maatregelen te herzien en ervoor te zorgen dat ze voldoen aan de wet.

betalen. De inspecteurs hebben tevens het recht panden voor maximaal drie maanden te sluiten. In beide landen

staat er op het gebruik van deze middelen geen boete of straf voor de gebruiker.

Afvalwateranalyse

Afvalwateranalyse of afvalwaterepidemiologie is een zich snel ontwikkelende wetenschappelijke discipline die de mogelijkheid biedt trends in drugsgebruik onder de bevolking te monitoren.

Ontwikkelingen in de analytische chemie hebben het mogelijk gemaakt om de in de urine uitgescheiden drugs en hun belangrijkste metabolieten in zeer lage concentraties in het afvalwater aan te tonen. Dit is vergelijkbaar met het nemen van een sterk verdund urinemonster van een hele gemeenschap (in plaats van bij een individuele gebruiker). Met bepaalde aannames is het mogelijk om vanaf de hoeveelheid van de metaboliet in het afvalwater terug te rekenen en zo tot een schatting te komen van de hoeveelheid van een drug die in een gemeenschap wordt gebruikt.

Terwijl het vroege onderzoek zich richtte op de identificatie van cocaïne en zijn metabolieten in het afvalwater, hebben recente studies schattingen opgeleverd over de spiegels van cannabis, amfetamine, methamfetamine, heroïne en methadon. De identificatie van minder vaak gebruikte drugs, zoals ketamine en nieuwe psychoactieve stoffen, ziet er veelbelovend uit.

Dit vakgebied ontwikkelt zich op multidisciplinaire wijze, met belangrijke bijdragen van een aantal disciplines zoals: analytische chemie, fysiologie, biochemie, riolerings techniek en klassieke epidemiologie van drugsgebruik. Tijdens een EWDD-bijeenkomst van deskundigen in 2011 over afvalwateranalyse werden ten minste 18 onderzoeksgroepen geïdentificeerd die op dit gebied in 13 Europese landen actief zijn. Bovenaan de huidige onderzoeksagenda staat het bereiken van overeenstemming over de bemonsteringsmethoden en -instrumenten, alsook het vaststellen van een code voor goede praktijken op dit terrein.

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Referenties ⁽¹⁵¹⁾

- Aalto, M., Halme, J., Visapaa, J.-P. en Salaspuro, M. (2007), „Buprenorphine misuse in Finland”, *Substance Use & Misuse* 42, blz. 1027-1028.
- Aaron, S., McMahon, J.M., Milano, D., Torres, L., Clatts, M., Tortu, S. et al. (2008), „Intranasal transmission of hepatitis C virus: virological and clinical evidence”, *Clinical Infectious Diseases* 47(7), blz. 931-934.
- ACPO (2010), *Guidance on policing new psychoactive substances (formerly legal highs)*, Association of Chief Police Officers of England, Wales and Northern Ireland, London.
- AIHW (2008), *2007 National drug strategy household survey: detailed findings*, Drug statistics series No 22, Australian Institute of Health and Welfare, Canberra.
- Akbar, T., Baldacchino, A., Cecil, J., Riglietta, M., Sommer, B. en Humphris, G. (2011), „Poly-substance use and related harms: A systematic review of harm reduction strategies implemented in recreational settings”, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 35, blz. 1186-202.
- Allen, D., Coombes, L. en Foxcroft, D.R. (2007), „Cultural accommodation of the Strengthening Families Programme 10-14: UK Phase I study”, *Health Education Research* 22, blz. 547-560.
- Anderson, A.L., Reid, M.S., Li, S.H., Holmes, T., Shemanski, L. et al. (2009), „Modafinil for the treatment of cocaine dependence”, *Drug and Alcohol Dependence* 104(1-2), blz. 133-139.
- Arendt, M., Munk-Jørgensen, P., Sher, L. en Jensen, S.O. (2011), „Mortality among individuals with cannabis, cocaine, amphetamine, MDMA, and opioid use disorders: A nationwide follow-up study of Danish substance users in treatment”, *Drug and Alcohol Dependence* 114, blz. 134-139.
- Arfken, C.L., Johanson, C.E., di Menza, S. en Schuster, C.R. (2010), „Expanding treatment capacity for opioid dependence with office-based treatment with buprenorphine: National surveys of physicians”, *Journal of Substance Abuse Treatment* 39(2), blz. 96-104.
- Bargagli, A.M., Hickman, M., Davoli, M., Perucci, C.A., Schifano, P. et al. (2006), „Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries”, *European Journal of Public Health* 16, blz. 198-202.
- Barry, D., Sullivan, B. en Petry, N.M. (2009), „Comparable efficacy of contingency management for cocaine dependence among African American, Hispanic, and White methadone maintenance clients”, *Psychology of Addictive Behaviors* 23(1), blz. 168-174.
- Bell, J. (2010), „The global diversion of pharmaceutical drugs: opiate treatment and the diversion of pharmaceutical opiates: a clinician's perspective”, *Addiction* 105, blz. 1531-1537.
- Bellis, M.A., Hughes, K., Calafat, A., Juan, M. en Schnitzer, S. (2009), „Relative contributions of holiday location and nationality to changes in recreational drug taking behaviour: a natural experiment in the Balearic Islands”, *European Addiction Research* 15, blz. 78-86.
- Best, D., Rome, A., Hanning, K.A., White, W., Gossop, M., Taylor, A. en Perkins, A. (2010), *Research for recovery: a review of the drugs evidence base*, Scottish Government Social Research (online te raadplegen).
- Bird, S.M. en Robertson, J.R. (2011), „Toxicology of Scotland's drugs-related deaths in 2000-2007: Presence of heroin, methadone, diazepam and alcohol by sex, age-group and era”, *Addiction Research and Theory* 19, blz. 170-178.
- Bloor, M., Gannon, M., Hay, G., Jackson, G., Leyland, A.H. en McKeganey, N. (2008), „Contribution of problem drug users' deaths to excess mortality in Scotland: secondary analysis of cohort study”, *BMJ* 337, blz. a478.
- Bröring, G. en Schatz, E. (redacteurs) (2008), *Empowerment and self-organisations of drug users: experiences and lessons learnt*, Foundation Regenboog AMOC, Amsterdam (online te raadplegen).
- Brugal, M.T., Pulido, J., Toro, C., de la Fuente, L., Bravo, M.J. et al. (2009), „Injecting, sexual risk behaviours and HIV infection in young cocaine and heroin users in Spain”, *European Addiction Research* 15, blz. 171-178.
- Cadums (2010), *Canadian alcohol and drug use monitoring survey 2009*, Health Canada. Controlled Substances and Tobacco Directorate (online te raadplegen).
- Caiaffa, W.T., Zocchetto, K.F., Osimani, M.L., Martínez, P.L., Radulich, G., Latorre, L. et al. (2011), „Hepatitis C virus among non-injecting cocaine users (NICUs) in South America: can injectors be a bridge?”, *Addiction* 106(1) blz. 143-151.
- Carpenedo, C.M., Kirby, K.C., Dugosh, K.L., Rosenwasser, B.J. en Thompson, D.L. (2010), „Extended voucher-based

⁽¹⁵¹⁾ Hyperlinks naar onlinebronnen zijn te vinden in de pdf-versie van het jaarverslag, beschikbaar op de website van het EWDD (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2011>).

- reinforcement therapy for long-term drug abstinence", *American Journal of Health Behavior* 34(6), blz. 776-787.
- Carpentier, C., Royuela, L., Noor, A. en Hedrich, D. (2011), „Ten years of monitoring illicit drug use in prison populations in Europe: issues and challenges", *The Howard Journal of Criminal Justice* (in druk).
- Chabrol, H., Roura, C. en Armitage, J. (2003), „Bongs, a method of using cannabis linked to dependence", *Canadian Journal of Psychiatry* 48, blz. 709.
- Chalmers, J., Ritter, A., Heffernan, M. en McDonnell, G. (2009), *Modelling pharmacotherapy maintenance in Australia: exploring affordability, availability, accessibility and quality using system dynamics*, Australian National Council on Drugs research paper (online te raadplegen).
- Connolly, J., Foran, S., Donovan, A.M. et al. (2008), *Crack cocaine in the Dublin region: an evidence base for a Dublin crack cocaine strategy*, HRB Research Series 6, Health Research Board, Dublin (online te raadplegen).
- Cornish, R., Macleod, J., Strang, J., Vickerman, P. en Hickman, M. (2010), „Risk of death during and after opiate substitution treatment in primary care: prospective observational study in UK General Practice Research Database", *BMJ* 341, blz. c5475.
- Correlation Project and Eurasian Harm Reduction Network (2010), *Hepatitis C transmission and injecting drug use: harm reduction responses*, Eurasian Harm Reduction Network, Vilnius.
- Council of the European Union (2009), *Manual on cross-border operations*, 10505/4/09 Rev. 4 (online te raadplegen).
- CPT (Europees Comité voor de preventie van foltering en onmenselijke of vernederende behandeling of bestraffing) (2006), *The CPT Standards: „Substantive" sections of the CPT's General Reports*, CPT/Inf/E (2002)1-Rev.2006 (online te raadplegen).
- Cunningham, J.A. (2000), „Remissions from drug dependence: is treatment a prerequisite?", *Drug and Alcohol Dependence* 59, blz. 211-213.
- Degenhardt, L., Hall, W., Warner-Smith, M. en Linskey, M. (2009), „Illicit drug use", in: *Comparative quantification of health risks. Global and regional burden of disease attributable to major risk factors*. Volume 1, Majid Ezzati et al. (redacteuren), Wereldgezondheidsorganisatie, Genève (online te raadplegen).
- Degenhardt, L., Mathers, B., Vickerman, P., Rhodes, T., Latkin, C. en Hickman, M. (2010), „Prevention of HIV infection for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are needed", *Lancet* 376, blz. 285-301.
- Degenhardt, L., Singleton, J., Calabria, B., McLaren, J., Kerr, T., Mehta, S., Kirk, G. en Hall, W.D. (2011), „Mortality among cocaine users: A systematic review of cohort studies", *Drug and Alcohol Dependence* 113, blz. 88-95.
- Dennis, M. en Scott, C.K. (2007), „Managing addiction as a chronic condition", *Addiction Science and Clinical Practice* 4(1), blz. 45-55.
- Derzon, J.H. (2007), „Using correlational evidence to select youth for prevention programming", *Journal of Primary Prevention* 28 (5), blz. 421-447.
- Des Jarlais, D., McKnight, C., Goldblatt, C. en Purchase, D. (2009), „Doing harm reduction better: syringe exchange in the United States", *Addiction* 104(9), blz. 1441-1446.
- Dick, D. en Tarrant, C. (2010), „MixMag Drugs Survey", *Mix Mag* 225, blz. 44-53.
- Dolan, K.A., Shearer, J., White, B., Zhou, J., Kaldor, J. en Wodak, A.D. (2005), „Four year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection", *Addiction* 100, blz. 820-828.
- ECDC (2010), *Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2010*, Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding, Stockholm.
- ECDC en EWDD (2011), *Joint ECDC-EMCDDA guidance on infection prevention and control among injecting drug users*, Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding, Stockholm.
- ECDC en WHO Regional office for Europe (2010), *HIV/AIDS surveillance in Europe 2009*, Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding, Stockholm.
- Elkashef, A.M., Rawson, R.A., Anderson, A.L., Li, S.H., Holmes, T. et al. (2008), „Bupropion for the treatment of methamphetamine dependence", *Neuropsychopharmacology* 33(5), blz. 1162-1170.
- Escot, S. en Suderie, G. (2009), „Usages problematiques de cocaine, quelles interventions pour quelles", *Tendances* 68, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Paris.
- Europese Commissie (2011), *European Economic Forecast: Spring 2011*, European Economy 1/2011, Directorate-General for Economic and Financial Affairs, European Commission.
- Europees Hof voor de mensenrechten: Case of Teixeira de Castro v. Portugal, judgment of 9 June 1998, Reports 1998-VI, par. 38 en 39.
- Europol (2007), *Amphetamine-type stimulants in the European Union 1998-2007*, Europol contribution to the Expert Consultations for the Ungass assessment.
- Europol (2011), *EU organised crime threat assessment: OCTA 2011*, Europol, Den Haag.
- EWDD (2003), *Report on the risk assessment of PMMA in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, Bureau voor publicaties van de Europese Unie, Luxemburg (online te raadplegen).

- EWDD (2007a), *Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue*, „selected issue”, Bureau voor publicaties van de Europese Unie, Luxemburg.
- EWDD (2007b), *Drugs and crime: a complex relationship*, Drugs in focus, Bureau voor publicaties van de Europese Unie, Luxemburg.
- EWDD (2008a), *A cannabis reader: global issues and local experiences*, Monograph, Bureau voor publicaties van de Europese Unie, Luxemburg.
- EWDD (2008b), *Drug use, impaired driving and traffic accidents*, Insight, Bureau voor publicaties van de Europese Unie, Luxemburg.
- EWDD (2008c), *Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe*, „selected issue”, Bureau voor publicaties van de Europese Unie, Luxemburg.
- EWDD (2009a), *Jaarverslag 2009: Stand van de drugsproblematiek in Europa*, Bureau voor publicaties van de Europese Unie, Luxemburg.
- EWDD (2009b), *Polydrug use: patterns and responses*, „selected issue”, Bureau voor publicaties van de Europese Unie, Luxemburg.
- EWDD (2009c), *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents*, Thematic paper, Bureau voor publicaties van de Europese Unie, Luxemburg (online te raadplegen).
- EWDD (2009d), *Understanding the „Spice” phenomenon*, Thematic paper, Bureau voor publicaties van de Europese Unie, Luxemburg (online te raadplegen).
- EWDD (2010a), *Jaarverslag 2010: Stand van de drugsproblematiek in Europa*, Bureau voor publicaties van de Europese Unie, Luxemburg.
- EWDD (2010b), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, Monograph, Bureau voor publicaties van de Europese Unie, Luxemburg.
- EWDD (2010c), *Operating guidelines for risk assessment of new psychoactive substances*, Bureau voor publicaties van de Europese Unie, Luxemburg (online te raadplegen).
- EWDD (2010d), *Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe*, „selected issue”, Bureau voor publicaties van de Europese Unie, Luxemburg.
- EWDD (2010e), *Risk assessment report of a new psychoactive substance: 4-methylmethcathinone (mephedrone)*, Bureau voor publicaties van de Europese Unie, Luxemburg.
- EWDD (2010f), *Treatment and care for older drug users*, „selected issue”, Bureau voor publicaties van de Europese Unie, Luxemburg.
- EWDD (2010g), *Trends in injecting drug use in Europe*, „selected issue”, Bureau voor publicaties van de Europese Unie, Luxemburg.
- EWDD (2011a), *Cost and financing of drug treatment services in Europe*, „selected issue”, Bureau voor publicaties van de Europese Unie, Luxemburg.
- EWDD (2011b), *Drug policy profiles: Portugal*, Bureau voor publicaties van de Europese Unie, Luxemburg.
- EWDD en Europol (2010), *Cocaine. A European Union perspective in the global context*, gezamenlijke publicaties van EWDD en Europol, Bureau voor publicaties van de Europese Unie, Luxemburg.
- Fletcher, A., Bonell, C. en Hargreaves, J. (2008), „School effects on young people’s drug use: a systematic review of intervention and observational studies”, *Journal of Adolescent Health* 42 (3), blz. 209-220.
- Galloway, G.P., Buscemi, R., Coyle, J.R., Flower, K., Siegrist, J.D. et al. (2011), „A randomized, placebo-controlled trial of sustained-release dextroamphetamine for treatment of methamphetamine addiction”, *Clinical Pharmacology & Therapeutics* 89(2), blz. 276-282.
- Garcia-Rodriguez, O., Secades-Villa, R., Higgins, S.T., Fernandez-Hermida, J.R., Carballo, J.L. et al. (2009), „Effects of voucher-based intervention on abstinence and retention in an outpatient treatment for cocaine addiction: a randomized controlled trial”, *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 17(3), blz. 131-138.
- Gregoire, T. en Snively, C. (2001), „The relationship of social support and economic self-sufficiency to substance abuse outcomes in long-term recovery program for women”, *Drug Education* 31(3), blz. 221-237.
- Gripenberg, J., Wallin, E. en Andréasson, S. (2007), „Effects of a community-based drug use prevention program targeting licensed premises”, *Substance Use and Misuse* 42 (12-13), blz. 1883-1898.
- GROS (General Register Office for Scotland) (2010), *Drug-related deaths in Scotland in 2009*, General Register Office for Scotland (online te raadplegen).
- Haggerty, J.L., Reid, R.J., Freeman, G.K., Starfield, B.H., Adair, C.E. en McKendry, R. (2003) „Continuity of care: a multidisciplinary review”, *BMJ* 327, blz. 1219-1221.
- Hall, W. en Degenhardt, L. (2009), „Adverse health effects of non-medical cannabis use”, *Lancet* 374, blz. 1383-1391.
- Heinzerling, K.G., Swanson, A.N., Kim, S., Cederblom, L., Moe, A. et al. (2010), „Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of modafinil for the treatment of methamphetamine dependence”, *Drug and Alcohol Dependence* 109(1-3), blz. 20-29.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T. et al. (2009), *The ESPAD report 2007: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), Stockholm.

- Hicks, M., De, B., Rosenberg, J., Davidson, J., Moreno, A. et al. (2011), „Cocaine analog coupled to disrupted adenovirus: a vaccine strategy to evoke high-titer immunity against addictive drugs”, *Molecular Therapy* 19, blz. 612-619.
- Hoare, J. en Moon, D. (redacteurs) (2010), „Drug misuse declared: findings from the 2009/10 British Crime Survey”, *Home Office Statistical Bulletin* 13/10 (online te raadplegen).
- Hope, V., Palmateer, N., Wiessing, L., Marongiu, A., White, J., Ncube, F. en Goldberg, D. (2011), „A decade of spore-forming bacterial infections among European injecting drug users: pronounced regional variation”, *American Journal of Public Health* (in druk).
- Horsley, T., Grimshaw, J. en Campbell, C. (2010), „Maintaining the competence of Europe’s workforce”, *BMJ* 341, blz. c4687.
- Hughes, C.A. en Stevens, A. (2010), „What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs?”, *The British Journal of Criminology* 50, blz. 999-1022.
- Hulse, G.K., Ngo, H.T. en Tait, R.J. (2010), „Risk factors for craving and relapse in heroin users treated with oral or implant naltrexone”, *Biological Psychiatry* 68(3), blz. 296-302.
- Hunt, N. en Morris, D. (2011), *Hepatitis C treatment and care for IDUs*, Training module, Eurasian Harm Reduction Network, Vilnius.
- Hunt, N., Albert, E. en Montañés Sánchez, V. (2010), „User involvement and user organising in harm reduction”, in: EWDD (2010), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, Bureau voor publicaties van de Europese Unie, Luxemburg.
- INCB (International Narcotics Control Board) (2009), *Guidelines for a voluntary code of practice for the chemical industry*, Verenigde Naties, New York.
- INCB (2010), *Report of the International Narcotics Control Board for 2009*, Verenigde Naties, New York (online te raadplegen).
- INCB (2011a), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, Verenigde Naties, New York (online te raadplegen).
- INCB (2011b), *Report of the International Narcotics Control Board for 2010*, Verenigde Naties, New York (online te raadplegen).
- Jegu, J., Gallini, A., Soler, P., Montastruc, J.L. en Lapeyre-Mestre, M. (2011), „Slow-release oral morphine for opioid maintenance treatment: a systematic review”, *British Journal of Clinical Pharmacology* 71(6), blz. 832-843.
- Johnston, L.D., O’Malley, P.M., Bachman, J.G. en Schulenberg, J.E. (2010), *Marijuana use is rising; ecstasy use is beginning to rise; and alcohol use is declining among U.S. teens*, University of Michigan News Service, Ann Arbor, MI (online te raadplegen).
- Jones, A., Donmall, M., Millar, T., Moody, A., Weston, S., Anderson, T., Gittins, M., Abeywardana, V. en D’Souza, J. (2009), *The Drug Treatment Outcomes Research Study (DTORS): Final outcomes report*, Home Office, London (online te raadplegen).
- Jones, H., Kaltenbach, K., Heil, S., Stine, S., Coyle, M. et al. (2009a), *RCT comparing methadone and buprenorphine in pregnant women*, National Institute on Drug Abuse (online te raadplegen).
- Jones, H., Kaltenbach, K., Heil, S., Stine, S., Coyle, M. et al. (2009b), „Neonatal abstinence syndrome after methadone or buprenorphine exposure”, *New England Journal of Medicine* 363, blz. 2320-2331.
- Kalechstein, A.D., De La Garza, R. en Newton, T.F. (2010), „Modafinil administration improves working memory in methamphetamine-dependent individuals who demonstrate baseline impairment”, *American Journal on Addictions* 19(4), blz. 340-344.
- Kaskutas, L., Ammon, L. en Weisner, C. (2004), „A naturalistic analysis comparing outcomes of substance abuse treatment programme with different philosophies: Social and clinical model perspectives”, *International Journal of Self Help and Social Care* 2, blz. 111-133.
- Kimber, J., Copeland, L., Hickman, M., Macleod, J., McKenzie, J. et al. (2010), „Survival and cessation in injecting drug users: prospective observational study of outcomes and effect of opiate substitution treatment”, *BMJ* 341, blz. c3172.
- King, K., Meehan, B., Trim, R. en Chassin, L. (2006), „Marker or mediator? The effects of adolescent substance use on young adult educational attainment”, *Addiction* 101, blz. 1730-1740.
- Koerke, J. en Verthein, U. (2010), „Kontrollierter Konsum von Opiaten und Kokain”, *Suchttherapie* 11 (1), blz. 31-34.
- Konstenius, M., Jayaram-Lindstrom, N., Beck, O. en Franck, J. (2010), „Sustained release methylphenidate for the treatment of ADHD in amphetamine abusers: a pilot study”, *Drug and Alcohol Dependence* 108(1-2), blz. 130-133.
- Kruisbergen, E.W., De Jong, D. en Kleemans, E.R. (2011), „Undercover policing: assumptions and empirical evidence”, *The British Journal of Criminology* 51, blz. 394-412.
- Kumpfer, K.L., Pinyuchon, M., de Melo, A.T. en Whiteside, H.O. (2008), „Cultural adaptation process for international dissemination of the strengthening families program”, *Evaluation and the Health Professions* 31, blz. 226-239.
- Laudet, A., Becker, J. en White, W. (2009), „Don’t wanna go through that madness no more: Quality of life satisfaction as predictor of sustained substance use remission”, *Substance Use and Misuse* 44, blz. 227-252.
- Lawless, M. en Cox, G. (2000), *From residential drug treatment to employment: final report*, Merchants Quay Ireland, Dublin.
- Leonard, L., De Rubeis, E., Pelude, L., et al. (2008), „I inject less as I have easier access to pipes: injecting, and sharing of crack-smoking materials, decline as safer crack-smoking resources are distributed”, *International Journal of Drug Policy* 19, blz. 255-264.

- Liddle, H.A., Rowe, C.L., Dakof, G.A., Henderson, C.E. en Greenbaum, P.E. (2009), „Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: twelve-month outcomes of a randomized controlled trial”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 77(1), blz. 12-25.
- Ling, W., Casadonte, P., Bigelow, G., Kampman, K.M., Patkar, A. et al. (2010), „Buprenorphine implants for treatment of opioid dependence: a randomized controlled trial”, *JAMA* 304(14), blz. 1576-1583.
- Lloyd, C. (2010), *Sinning and sinned against: The stigmatisation of problem drug users*, The UK Drug Policy Commission (UKDPC) (online te raadplegen).
- Lobmaier, P.P., Kunoe, N., Gossop, M., Katevoll, T. en Waal, H. (2010), „Naltrexone implants compared to methadone: outcomes six months after prison release”, *European Addiction Research* 16(3), blz. 139-145.
- Longo, M., Wickes, W., Smout, M., Harrison, S., Cahill, S. en White, J.M. (2010), „Randomized controlled trial of dexamphetamine maintenance for the treatment of methamphetamine dependence”, *Addiction* 105(1), blz. 146-154.
- Lucena, J., Blanco, M., Jurado, C., Rico, A., Salguero, M., Vazquez, R., Thiene, G. en Basso, C. (2010), „Cocaine-related sudden death: a prospective investigation in south-west Spain”, *European Heart Journal* 31(3), blz. 318-329.
- Marsden, J. en Stillwell, G. (2010), *Effective community treatment for drug misusers: outcome monitoring at Blenheim CDP*, Blenheim CDP, The London Drug Agency (online te raadplegen).
- Marshall, B.D.L., Milloy, M.-J., Wood, E., Montaner, J.S.G. en Kerr, T. (2011), „Reduction of overdose mortality after the opening of North America’s first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study”, *Lancet* 377, blz. 1429-147.
- Marshall, K.S., Gowing, L. en Ali, L. (2011), „Pharmacotherapies for cannabis withdrawal”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, nummer 1.
- Martell, B.A., Orson, F.M., Poling, J., Mitchell, E., Rossen, R.D. et al. (2009), „Cocaine vaccine for the treatment of cocaine dependence in methadone-maintained patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled efficacy trial”, *Archives of General Psychiatry* 66(10), blz. 1116-1123.
- Mathers, B., Degenhardt, L., Ali, H., Wiessing, L., Hickman, M. et al. (2010), „HIV prevention, treatment and care for people who inject drugs: a systematic review of global, regional and country level coverage”, *Lancet* 375, blz. 1 014-028.
- Mattick, R.P., Breen, C., Kimber, J. en Davoli, M. (2009), „Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, nummer 3, blz. CD002209.
- McKay, J.R., Lynch, K.G., Coviello, D., Morrison, R., Cary, M.S. et al. (2010), „Randomized trial of continuing care enhancements for cocaine-dependent patients following initial engagement”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 78(1), blz. 111-120.
- Merrall, E.L.C., Kariminia, A., Binswanger, I., Hobbs, M.S., Farrell, M., Marsden, J. et al. (2010), „Meta-analysis of drug-related deaths soon after release from prison”, *Addiction* 105, blz. 1545-1554.
- Milby, J., Schumacher, J., Wallace, D., Freedman, M. en Vuchinich, R. (2005), „To house or not to house: the effects of providing housing to homeless substance abusers in treatment”, *American Journal of Public Health* 95, blz. 1259-1265.
- Moore, T. (2008), „The size and mix of government spending on illicit drug policy in Australia”, *Drug and Alcohol Review* 27, blz. 404-413.
- Moore, T.H., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T.R., Jones, P.B. et al. (2007), „Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review”, *Lancet* 370, blz. 319-328.
- O’Connor, P.G. (2010), „Advances in the treatment of opioid dependence: continued progress and ongoing challenges”, *JAMA* 304(14), blz. 1612-1614.
- OESO (2006), „The drivers of public expenditure on health and long-term care: an integrated approach”, *OECD Economic Studies* 43, blz. 115-154.
- Pani, P.P., Trogu, E., Vacca, R., Amato, L., Vecchi, S. en Davoli, M. (2010a), „Disulfiram for the treatment of cocaine dependence”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, nummer 1, blz. CD007024.
- Pani, P.P., Vacca, R., Trogu, E., Amato, L. en Davoli, M. (2010b), „Pharmacological treatment for depression during opioid agonist treatment for opioid dependence”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, nummer 9, blz. CD008373.
- Pennings, E.J., Leccese, A.P. en Wolff, F.A. (2002), „Effects of concurrent use of alcohol and cocaine”, *Addiction* 97(7), blz. 773-783.
- Popova, S., Rehm, J. en Fischer, B. (2006), „An overview of illegal opioid use and health services utilization in Canada”, *Public Health* 120(4), blz. 320-328.
- Prieto, L. (2010), „Labelled drug-related public expenditure in relation to GDP in Europe: a luxury good?”, *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy* 5, blz. 9.
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H. et al. (2004), „Cocaine use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups”, *European Addiction Research* 10, blz. 147-155.
- Qureshi, A.I., Suri, M.F., Guterman, L.R. en Hopkins, L.N. (2001), „Cocaine use and the likelihood of nonfatal myocardial infarction and stroke: data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey”, *Circulation* 103, blz. 502-506.
- Reuter, P. (2006), „What drug policies cost. Estimating government drug policy expenditures”, *Addiction* 101, blz. 315-322.

- Reynaud-Maurupt, C. en Hoareau, E. (2010), „Les carrières de consommation de cocaïne chez les usagers «cachés»”, *Trends*, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Saint-Denis (online te raadplegen).
- Richter, C., Romanowski, A. en Kienast, T. (2009), „Gamma-Hydroxybutyrat (GHB)-Abhängigkeit und -Entzug bei vorbestehender Alkoholabhängigkeit”, *Psychiatrische Praxis* 36(7), blz. 345-347.
- Roche, A., McCabe, S. en Smyth, B. (2011), „Illicit methadone use and abuse in young people accessing treatment in opiate dependence”, *European Addiction Research* 14, blz. 219-225.
- Rome, A., Shaw, A. en Boyle, K. (2008), *Reducing drug users' risk of overdose*, Scottish Government Social Research, Edinburgh.
- Romelsjö, A., Engdahl, B., Stenbacka, M., Fugelstad, A., Davstad, I. et al. (2010), „Were the changes to Sweden's maintenance treatment policy 2000-2006 related to changes in opiate-related mortality and morbidity?”, *Addiction* 105, blz. 1625-1632.
- Salasuo, M., Vuori, E., Piispa, M. en Hakkarainen, P. (2009), *Suomalainen huumekuolema 2007. Poikkitieteellinen tutkimus oikeuslääketieteellisistä kuolinsyyasiakirjoista* [Finnish drug-related deaths in 2007. Cross-discipline study of forensic medical cause-of-death documents.], THL. Raportti 43/2009, Yliopistopaino, Helsinki.
- Samhsa (2009), *Trends in non medical use of prescription pain relievers: 2002 to 2007*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD (online te raadplegen).
- Samhsa (2010), *Results from the 2009 National Survey on Drug Use and Health: Volume I. Summary of National Findings*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD (online te raadplegen).
- Smout, M.F., Longo, M., Harrison, S., Minniti, R., Wickes, W. en White, J.M. (2010), „Psychosocial treatment for methamphetamine use disorders: a preliminary randomized controlled trial of cognitive behavior therapy and Acceptance and Commitment Therapy”, *Substance Abuse* 31(2), blz. 98-107.
- Stein, M.D., Herman, D.S., Kettavong, M., Cioe, P.A., Friedmann, P.D. et al. (2010), „Antidepressant treatment does not improve buprenorphine retention among opioid-dependent persons”, *Journal of Substance Abuse Treatment* 39(2), blz. 157-166.
- Strang, J., Hall, W., Hickman, M. en Bird, S.M. (2010), „Impact of supervision of methadone consumption on deaths related to methadone overdose (1993-2008): analyses using OD4 index in England and Scotland”, *BMJ* 341, blz. c4851.
- Strasser, J., Wiesbeck, G.A., Meier, N., Stohler, R. en Dursteler-Macfarland, K.M. (2010), „Effects of a single 50 % extra dose of methadone on heroin craving and mood in lower-versus higher-dose methadone patients”, *Journal of Clinical Psychopharmacology* 30(4), blz. 450-454.
- Sutton, A.J., Edmunds, W.J. en Gill, O.N. (2006), „Estimating the cost-effectiveness of detecting cases of chronic hepatitis C infection on reception into prison”, *BMC Public Health* 6, blz. 170 (online te raadplegen).
- Sweeting, M.J., De Angelis, D., Ades, A.E. en Hickman, M. (2008), „Estimating the prevalence of ex-injecting drug use in the population”, *Statistical Methods in Medical Research* 18, blz. 381-395.
- Swift, W., Hall, W., Didcott, P. en Reilly, D. (1998), „Patterns and correlates of cannabis dependence among long-term users in an Australian rural area”, *Addiction* 93, blz. 1149-1160.
- Talu, A., Rajaleid, K., Abel-Ollo, K., Ruutel, M., Rahu, M. et al. (2010), „HIV infection and risk behaviour of primary fentanyl and amphetamine injectors in Tallinn, Estonia: Implications for intervention”, *Journal of Drug Policy* 21(1), blz. 56-63.
- Tan, J.A., Joseph, T.A. en Saab, S. (2008), „Treating hepatitis C in the prison population is cost-saving”, *Hepatology (Baltimore, Md.)*, 48(5), blz. 1387-1395.
- TNI (2009), *Withdrawal symptoms in the Golden Triangle: a drugs market in disarray*, Transnational Institute, Amsterdam (online te raadplegen).
- Todts, S., Gilbert, P., Malderen, V.S., Huyck, V.C., Saliez, V. en Hogge, M. (2009), *Usage de drogues dans les prisons belges: monitoring des risques sanitaires*, Service Public Fédéral Justice, Brussel.
- Toneatto, T., Sobell, L.C., Sobell, M.B. en Rubel, E. (1999), „Natural recovery from cocaine dependence”, *Psychology of Addictive Behaviors* 13, blz. 259-268.
- UNODC (2009), *World drug report 2009*, Bureau voor drugs en criminaliteit van de Verenigde Naties, Wenen.
- UNODC (2010), *World drug report 2010*, Bureau voor drugs en criminaliteit van de Verenigde Naties, Wenen.
- UNODC (2011), *World drug report 2011*, Bureau voor drugs en criminaliteit van de Verenigde Naties, Wenen.
- UNODC en MCN (Government of Afghanistan ministry of counter narcotics) (2010), *Afghan opium survey 2010*, Bureau voor drugs en criminaliteit van de Verenigde Naties, Wenen (online te raadplegen).
- Van der Poel, A., Rodenburg, G., Dijkstra, M. et al. (2009), „Trends, motivations and settings of recreational cocaine use by adolescents and young adults in the Netherlands”, *International Journal of Drug Policy* 20, blz. 143-151.
- Van Noorden, M.S., van Dongen, L.C., Zitman, F.G. en Vergouwen, T.A. (2009), „Gamma-hydroxybutyrate withdrawal syndrome: dangerous but not well-known”, *General Hospital Psychiatry* 31(4), blz. 394-396.
- Vandrey, R. en Haney, M. (2009), „Pharmacotherapy for cannabis dependence: how close are we?”, *CNS Drugs* 23(7), blz. 543-553.

Whitten, L. (2010), „A clinical trial encourages continued development of strategy based on immune system response”, *NIDA Notes* 23(3) (online te raadplegen).

WHO (1986), *Ottawa Charter for health promotion*, Wereldgezondheidsorganisatie, Genève (online te raadplegen).

WHO (2009), *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*, Wereldgezondheidsorganisatie, Genève

WHO (2010a), *Global tuberculosis control: a short update to the 2010 Report*, Wereldgezondheidsorganisatie, Genève.

WHO (2010b), *Guidance on the WHO review of psychoactive substances for international control*, Wereldgezondheidsorganisatie, Genève (online te raadplegen)

WHO (2010c), *Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period*, Wereldgezondheidsorganisatie, Regionaal Bureau voor Europa, Kopenhagen.

WHO, UNODC en UnAids (2009), *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*, Wereldgezondheidsorganisatie, Genève.

Wiessing, L., Guarita, B., Giraudon, I., Brummer-Korvenkontio, H., Salminen, M. en Cowan, S.A. (2008), „European monitoring of notifications of hepatitis C virus infection in the general population and among injecting drug users (IDUs): the need to improve quality and comparability”, *Euro Surveillance* 13(21):pii=18884 (online te raadplegen).

Wiessing, L., Likatavicius, G., Klempová, D., Hedrich, D., Nardone, A. en Griffiths, P. (2009), „Associations between availability and coverage of HIV-prevention measures and subsequent incidence of diagnosed HIV infection among injection drug users”, *American Journal of Public Health* 99, blz. 1049-1052.

Winstock, A. (2011), „The 2011 Mixmag drugs survey”, *Mixmag* March blz. 49-59.

Yin, W., Hao, Y., Sun, X., Gong, X., Li, F., Li, J., Rou, K., Sullivan, S.G., Wang, C., Cao, X., Luo, W. en Wu, Z. (2010), „Scaling up the national methadone maintenance treatment program in China: achievements and challenges”, *International Journal of Epidemiology* 39 Suppl 2, blz. ii29-37.

Zurhold, H. (2011), *European standards and guidelines for HCV prevention*. Report on WP 2 of the DPIP-funded project „Identification and optimisation of evidence-based HVC prevention in Europe for young drug users at risk”, ZIS, Hamburg (online te raadplegen).

Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving

Jaarverslag 2011: Stand van de drugsproblematiek in europa

Luxemburg: Bureau voor publicaties van de Europese Unie

2011 — 116 blz — 21 × 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-479-3

doi:10.2810/45824

Hoe kom ik aan EU-publicaties?

Gratis publicaties:

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

Betaalde publicaties:

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

Betaalde abonnementen (bv. jaarreeksen van het Publicatieblad van de Europese Unie en de jurisprudentie van het Hof van Justitie van de Europese Unie):

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

Over het EWDD

Het Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving (EWDD) is een van de gedecentraliseerde agentschappen van de Europese Unie. Het in Lissabon gevestigde EWDD is in 1993 opgericht en fungeert als de centrale bron van velerlei informatie op het gebied van drugs en drugsverslaving in Europa.

Het EWDD verzamelt, analyseert en verspreidt feitelijke, objectieve, betrouwbare en vergelijkbare informatie over drugs en drugsverslaving. Op deze manier voorziet het EWDD zijn publiek van een gedocumenteerd beeld van het verschijnsel drugs in Europa.

De publicaties van het Waarnemingscentrum vormen een belangrijke informatiebron voor een zeer gevarieerde doelgroep, waaronder beleidsmakers en hun adviseurs, hulpverleners en onderzoekers op het gebied van drugs en, meer in het algemeen, voor de media en het grote publiek.

Dit jaarverslag bevat het jaarlijkse overzicht van het EWDD met betrekking tot drugs in de EU. Het is een belangrijk naslagwerk voor degenen die op de hoogte willen blijven van de meest recente stand van zaken op drugsgebied in Europa.



Publicatiebureau

ISBN 978-92-9168-479-3



9 789291 684793