Evaluatie van het Nederlandse drugsbeleid

Eindredactie
Margriet van Laar, Trimbos-instituut
Marianne van Ooyen-Houben, WODC

Trimbos-instituut, Utrecht, 2009
WODC, Den Haag, 2009

Wetenschappelijk Onderzoek- en
Documentatiecentrum
Ministerie van Justitie

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Colofon

Opdrachtgevers
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Ministerie van Justitie

Financiering
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Ministerie van Justitie

Projectleiding en eindredactie
Margriet van Laar (Trimbos-instituut)
Marianne van Ooyen-Houben (Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum - WODC)

Projectuitvoering
Esther Croes
Victor Everhardt
André van Gageldonk
Moira Galloway
Hendrien Kaal
Bob Keizer
Toine Ketelaars
Margriet van Laar
Ronald Meijer
Karin Monshouwer
Marianne van Ooyen-Houben
Franz Trautmann
Wytske van der Wagen

Externe auteurs
Jaap van der Stel (hoofdstuk 4)
Bert Bieleman, Sasja Biesma, Jacco Snippe en Arjan Beelen, Bureau Intraval (hoofdstuk 11)

Productiebegeleiding
Linda Groeneveld

Omslagontwerp
Ladenius Communicatie BV Houten

Vormgeving binnenwerk
Troost communicatie Utrecht

Productie
Ladenius Communicatie BV Houten

Tekstredactie
Bureau Schrijf Schrijf Utrecht

ISBN: 978-90-5253-643-9

Deze uitgave is te bestellen via www.trimbos.nl/producten, onder vermelding van artikelnummer AF0884. U krijgt een factuur voor de betaling.

Trimbos-instituut
Da Costakade 45
Postbus 725
3500 AS Utrecht
T: 030-2971100
F: 030-2971111
www.trimbos.nl

De integrale tekst van het rapport is gratis te downloaden van www.wodc.nl

Ministerie van Justitie
WODC
Postbus 20301
2500 EH Den Haag

© 2009, Trimbos-instituut, Utrecht en WODC, Den Haag

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut en het WODC.

Begeleidingscommissie

Leden van de Wetenschappelijke Raad van de Nationale Drug Monitor
Dhr. prof. dr. H.G. van de Bunt, Erasmus Universiteit Rotterdam
Dhr. prof. dr. H.F.L. Garretsen, Universiteit van Tilburg (voorzitter)
Dhr. prof. dr. R.A. Knibbe, Universiteit Maastricht
Dhr. dr. M.W.J. Koeter, AMC/UvA/AIAR
Dhr. prof. dr. D.J. Korf, Bonger Instituut voor Criminologie, Universiteit van Amsterdam
Mw. prof. dr. H. van de Mheen, IVO
Dhr. prof. dr. ir. J.A.M. van Oers, RIVM, Universiteit van Tilburg
Dhr. A.W. Ouwehand, Stichting IVZ
Dhr. drs. W.T.G. Kuijpers, Stichting IVZ

Toegevoegde deskundigen
Dhr. prof. dr. G.M. Schippers, AIAR
Mw. dr. C Klein Haarhuis, Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum, Ministerie van Justitie
Dhr. drs. G.H.A. van Brussel, GGD Amsterdam

Waarnemers
Mw. mr. R. Muradin, Ministerie van Justitie
Mw. drs. W.M. de Zwart, Ministerie van VWS
Mw. drs. C.E.J. van der Hooft, Ministerie van BZK

Deelnemers aan de klankbordgroepbijeenkomsten

Dhr. prof. dr. mr. J.J.M. van Dijk, Universiteit van Tilburg
Dhr. dr. T. Boekhout van Solinge, Willem Pompe Instituut
Mw. mr. N. van der Arend, Ministerie van Justitie
Dhr. drs. G.H.A. van Brussel, GGD Amsterdam
Dhr. dr. M. de Kort, Ministerie van VWS
Dhr. drs. B.F.M. Kuijf, voormalig bestuursvoorzitter Stichting IrisZorg.
Dhr. mr. P.P. de Vrijer, Ministerie van Justitie
Dhr. dr. K. Swierstra, Ministerie van Justitie
Mw. mr. A. Hoekstra, Ministerie van Justitie
Dhr. drs. B. Bieleman, Intraval
Dhr. mr. A.D.J. Keizer, Trimbos-instituut
Dhr. drs. E.L. Engelsman, Ministerie van VWS
Mw. mr. F. Mulder, Ministerie van Justitie

Inhoudsopgave

1.	**Samenvatting**	13
	Summary	25
2.	**Inleiding**	35
2.1	Achtergrond	35
2.2	Doelstelling van de evaluatie en evaluatievragen	35
3.	**Werkwijze en methode van evaluatie**	39
	Marianne van Ooyen-Houben en Margriet van Laar	
3.1	Inleiding	39
3.2	Methode van evaluatie	39
3.3	Werkwijze en informatiebronnen	41
4.	**Ontwikkeling van het Nederlandse drugsbeleid**	45
	Jaap van der Stel, Victor Everhardt, Margriet van Laar	
4.1	Inleiding	45
4.2	Ontwikkelingen tot aan 1995	46
4.3	Drugsnota 1995	54
4.4	Drugsbeleid 1995 – heden	59
5.	**Cijfers: ontwikkelingen in drugsgebruik en vergelijkingen met het buitenland**	69
	Margriet van Laar	
5.1	Inleiding	69
5.2	Prevalentie van drugsgebruik in de algemene bevolking, onder scholieren en onder speciale groepen	70
5.3	Prevalentieschattingen van probleemgebruik van drugs	90
5.4	Hulpvraag vanwege drugsgebruik	92
5.5	Drugsgerelateerde infectieziekten	96
5.6	Drugsgerelateerde sterfte	99
5.7	Enkele lacunes in informatie	103
5.8	Conclusies	103
6.	**Scheiding der markten & beleid ten aanzien van coffeeshops**	109
	Margriet van Laar, Marianne van Ooyen-Houben, Karin Monshouwer	
6.1	Inleiding	109
6.2	Wat waren de beleidsvoornemens?	110
6.3	Is de beoogde aanpak gerealiseerd?	112
6.4	Zijn de beoogde uitkomsten behaald?	120
6.5	Waren er ongewenste 'neveneffecten'?	139
6.6	Overige vragen	146
6.7	Enkele lacunes in informatie	147
6.8	Conclusies	147
7.	**Preventie en harm reduction**	153
	Esther Croes en André van Gageldonk	
7.1	Inleiding	153
7.2	Wat waren de beleidsvoornemens?	155
7.3	Is de beoogde aanpak gerealiseerd?	163
7.4	Zijn de beoogde uitkomsten behaald?	171
7.5	Enkele lacunes in informatie	179
7.6	Eindconclusies	180

8. Zorg en behandeling 187
Esther Croes en André van Gageldonk
8.1 Inleiding 187
8.2 Wat waren de beleidsvoornemens? 188
8.3 Zijn de beoogde aanpak en uitkomsten gerealiseerd? 192
8.4 Kwetsbare groepen 199
8.5 Andere relevante ontwikkelingen in zorg en behandeling 201
8.7 Enkele lacunes in informatie 214
8.8 Eindconclusies 214

9. Drugswetcriminaliteit 221
Marianne van Ooyen-Houben, Ronald Meijer, Hendrien Kaal, Moira Galloway
9.1 Inleiding 221
9.2 Wat waren de beleidsvoornemens? 223
9.3 Is de beoogde aanpak gerealiseerd? 224
9.4 Zijn de beoogde uitkomsten behaald? 242
9.5 De positie van Nederland in vergelijking met andere landen 256
9.6 Enkele lacunes in informatie 258
9.7 Conclusies 258

10. Delicten gepleegd door drugsgebruikers 267
Marianne van Ooyen-Houben
10.1 Inleiding 267
10.2 Wat waren de beleidsvoornemens? 268
10.3 Is de beoogde aanpak gerealiseerd? 270
10.4 Zijn de beoogde uitkomsten behaald? 281
10.5 Strafbare feiten begaan onder invloed van drugs 286
10.6 Enkele lacunes in informatie 287
10.7 Conclusies 287

11. Drugsgerelateerde overlast 293
Marianne van Ooyen-Houben, Bert Bieleman, Sasja Biesma, Jacco Snippe, Wytske van der Wagen, Arjan Beelen
11.1 Inleiding 293
11.2 Het verschijnsel 'drugsoverlast' 294
11.3 Harddrugsoverlast 296
11.4 Overlast rond coffeeshops 305
11.5 Overlast door hennepteelt 309
11.6 Enkele lacunes in informatie 309
11.7 Conclusies 309

12. Internationale samenwerking 315
Victor Everhardt, Wytske van der Wagen, Franz Trautmann, Ruud Bless, Toine Ketelaars, Bob Keizer
12.1 Inleiding 315
12.2 Wat waren de beleidsvoornemens? 316
12.3 Is de beoogde aanpak toegepast? 319
12.4 Conclusie 341

13. Onderzoek en monitoring 349
André van Gageldonk, Esther Croes, Hendrien Kaal, Marianne van Ooyen-Houben, Margriet van Laar
13.1 Inleiding 349
13.2 Het probleem en de context 350
13.3 Wat zijn de uitgangspunten? 352
13.4 Wat zijn de doelstellingen en beoogde uitkomsten? 353
13.5 Beoogde aanpak 353
13.6 Is de beoogde aanpak gerealiseerd? 354
13.7 Zijn de beoogde uitkomsten behaald? 365
13.8 Welke onderzoeken en monitors (aantal en aard) worden op het gebied van illegale drugs uitgevoerd en wat kan gezegd worden over de kwaliteit van deze onderzoeken, monitors en registraties? 366
13.9 Onderzoek op justitieel terrein 369
13.10 Conclusies 374

14. Conclusies en discussie 383
Margriet van Laar en Marianne van Ooyen-Houben
14.1 Inleiding 383
14.2 Aanpak 383
14.3 Centrale doelstelling 385
14.4 Uitgangspunten van het beleid 387
14.5 Vage formulering van doelstellingen 388
14.6 Conclusie 389

Lijst van afkortingen

Voorwoord

Voor u ligt het rapport 'Evaluatie van het Nederlandse drugsbeleid' waarin het drugsbeleid zoals dat gestalte heeft gekregen in de periode 1972–2007/2008 onder de loep wordt genomen. De ministers van VWS, Justitie en Binnenlandse Zaken hebben in 2008 aan de Kamer toegezegd een nieuwe drugsnota op te stellen. Om hierover te adviseren is de Adviescommissie Drugsbeleid ingesteld. Aan het Trimbos-instituut en het WODC is gevraagd om bijgaande evaluatie uit te voeren welke als input kon dienen voor deze commissie. Voor het evaluatieonderzoek is een begeleidingscommissie ingesteld. Hierin hadden zitting de leden van de Wetenschappelijke Raad van de Nationale Drug Monitor en een aantal nieuwe leden.

Voorliggende evaluatie wil in de eerste plaats laten zien in hoeverre de hoofddoelstelling van het Nederlandse drugsbeleid gerealiseerd is. Die doelstelling, zoals geformuleerd in de Drugsnota 1995, betreft de preventie en beheersing van de uit drugsgebruik voortvloeiende individuele en gemeenschapsrisico's. Daarbinnen wordt ingegaan op relevante thema's zoals het coffeeshopbeleid, de druggerelateerde criminaliteit en overlast en de internationale samenwerking.

In de evaluatie is de beleidslogica als uitgangspunt genomen. Per thema zijn de aannames, de beoogde aanpak en de beoogde uitkomsten van het beleid beschreven. Vervolgens is nagegaan of de aanpak in praktijk is gebracht en of de uitkomsten in lijn zijn met hetgeen er werd beoogd. Uitspraken over 'effecten' van het beleid zijn slechts beperkt, op deelgebieden, mogelijk. Er is gebruik gemaakt van beleidsstukken, wetenschappelijke publicaties, proefschriften, onderzoeksrapporten, gegevens van bestaande registraties en secundaire analyses van onderzoeksdata, en informatie die verkregen is van deskundigen in klankbordgroepbijeenkomsten.

Voor het onderzoek was beperkte tijd beschikbaar. De rapportage diende eind april 2009 gereed te zijn. Dit legde beperkingen op aan het onderzoek. Er was geen mogelijkheid om omvangrijk nieuw/aanvullend onderzoek te verrichten om cruciale vragen te beantwoorden. Naar het oordeel van de begeleidingscommissie zijn in een korte periode bijzonder grote inspanningen verricht en is veel relevante informatie op gedegen wijze bij elkaar gebracht. Hiervoor gaat veel dank uit naar de onderzoekers van het Trimbos-instituut en het WODC.

Prof dr. H.F.L. Garretsen
Voorzitter Begeleidingscommissie van de evaluatie

Dankwoord

Veel deskundigen hebben bijgedragen aan de totstandkoming van dit rapport. Allereerst zijn wij de leden van de Wetenschappelijke Raad van de Nationale Drug Monitor, en andere deskundigen die het project hebben begeleid, zeer erkentelijk voor hun kritische en vaak snel geleverde commentaar op conceptversies van projectplan en eindrapportages. Wij danken ook de leden van de klankbordgroep voor hun bijdrage. Zij gaven ons een beter zicht op de wereld achter de 'papieren werkelijkheid' ten tijde van de totstandkoming van de Drugsnota 1995. De leden van de begeleidingscommissie en klankbordgroep staan vermeld aan het begin van dit rapport.

Op deze plaats willen wij tal van andere personen danken die op enigerlei wijze hun medewerking hebben verleend: Toine Ketelaars van het Trimbos-instituut voor zijn speurwerk naar (historische) beleidsdocumenten en andere documentatie; Gerda Rodenburg van het IVO, en Evelien Smit van het Trimbos-instituut, voor de secundaire analyses op gegevens van respectievelijk het Nationaal Prevalentie Onderzoek en de Peilstationsonderzoeken; Else de Donder van de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD) voor het verstrekken van gegevens over cannabisgebruik in Vlaanderen; Julian Vicente en Brendan Hughes van het EMCDDA voor hun toelichting en aanvulling op tal van Europese gegevens; Luuk Olsthoorn van het Centrum voor Criminaliteitspreventie en Veiligheid (CCV) en Jeroen van Gool van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) voor het delen van hun kennis over de bestuursrechtelijke aanpak; Martha de Jonge voor het in kaart brengen van interventies gericht op kwetsbare groepen; Frans Leeuw, directeur van het WODC, en Annelies Daalder, hoofd van de afdeling Extern Wetenschappelijke Betrekkingen van het WODC, voor hun actieve bijdrage aan de opzet van de evaluatie en het becommentariëren van de tekst van de hoofdstukken; en alle andere deskundigen die informatie hebben aangeleverd en/of op juistheid hebben gecontroleerd.

De projectgroep

1 Samenvatting

In de Tweede Kamer heeft op 6 maart 2008 het debat over het Nederlandse drugsbeleid plaatsgevonden. De ministers van VWS, Justitie en BZK hebben tijdens dit debat aan de Kamer toegezegd een nieuwe drugsnota op te stellen. Als voorbereiding op deze drugsnota hebben de ministers van VWS en Justitie aan het Trimbos-instituut en het WODC gevraagd een evaluatie uit te voeren en deze gezamenlijk en integraal te rapporteren.

De evaluatie wil in de eerste plaats laten zien in hoeverre de hoofddoelstelling van het Nederlandse drugsbeleid gerealiseerd is. Die doelstelling, zoals geformuleerd in de Drugsnota 1995, betreft het primaat van de bescherming van de volksgezondheid: preventie en beheersing van de uit drugsgebruik voortvloeiende individuele en gemeenschapsrisico's. Daarnaast wordt ingegaan op relevante subdoelstellingen van het drugsbeleid op de volgende terreinen:

- Scheiding der markten en beleid ten aanzien van coffeeshops (hoofdstuk 6)
- Preventie en harm reduction (hoofdstuk 7)
- Zorg en behandeling (hoofdstuk 8)
- Drugswetcriminaliteit (hoofdstuk 9)
- Delicten gepleegd door drugsgebruikers (hoofdstuk 10)
- Drugsgerelateerde overlast (hoofdstuk 11)
- Internationale samenwerking (hoofdstuk 12)
- Onderzoek en monitoring (hoofdstuk 13)

In deze evaluatie is de beleidslogica als uitgangspunt genomen. Per thema zijn de aannames, de beoogde aanpak en de beoogde uitkomsten van het beleid beschreven. Vervolgens is nagegaan of de aanpak in de praktijk is gebracht en of de uitkomsten in lijn zijn met wat beoogd werd. Uitspraken over 'effecten' van het beleid zijn slechts beperkt, op deelgebieden, mogelijk. Primair uitgangspunt voor de evaluatie is de Drugsnota 1995, en de situatie in de laatste jaren het voornaamste ijkpunt voor de uitkomsten. Er is gebruik gemaakt van documentenanalyse (beleidsstukken, wetenschappelijke publicaties, proefschriften, onderzoeksrapporten), gegevens van bestaande registraties en secundaire analyses van onderzoeksdata, en informatie die verkregen is van deskundigen in klankbordgroepbijeenkomsten.

Ontwikkeling van het Nederlandse drugsbeleid (hoofdstuk 4)
Dit hoofdstuk beschrijft in chronologische volgorde de belangrijkste ontwikkelingen die zich de afgelopen decennia hebben voorgedaan in het Nederlandse drugsbeleid. Na een korte historische inleiding wordt allereerst de totstandkoming van de wetswijziging uit 1976 beschreven. Deze wetswijziging was een direct gevolg van het idee dat het risico van een stof voor gebruiker en samenleving het uitgangspunt moest zijn bij beleidsvorming. Op basis van een aantal adviezen, waaronder die van de commissie Baan, wordt er vanaf die tijd in het drugsbeleid een onderscheid gemaakt tussen middelen met een onaanvaardbaar risico voor de volksgezondheid (harddrugs) en cannabis, een middel met een minder groot risico voor de volksgezondheid. Stigmatisering en criminalisering van drugsgebruikers moest bovendien vermeden worden. Eind jaren zeventig initieerde de regering een inhoudelijke discussie over de vernieuwing in de drugshulpverlening. Dit was de opmaat van de introductie van onder meer methadon en andere hulpverleningsmethodieken die nu bekend staan onder de verzamelterm 'harm reduction'. Deze ontwikkeling werd versterkt door de opkomende hiv/aids-epidemie. Daarnaast kreeg Nederland vanaf midden jaren tachtig te maken met een nieuw type uitgaansdrug: ecstasy. Naast een toenemend gebruik daarvan onder het uitgaanspubliek, werd Nederland een ecstasyproducerend en -exporterend land.

Met de in 1995 verschenen nota *Continuïteit en Verandering* – de Drugsnota 1995 – werd een andere benadering van het beleid ingezet. De fundamentele uitgangspunten van het Nederlandse drugsbeleid werden niet ter discussie gesteld. Wel gaf de nota de aanzet tot een gamma aan vernieuwende benaderingen van specifieke groepen verslaafden, alsook van de aan productie, handel en gebruik van drugsgerelateerde fenomenen. De nota bepleitte verder een integrale benadering tegenover de tot dan nog relatief gescheiden wijze waarop rijksoverheid, gemeenten, departementen, instanties en landen de problemen definieerden en oplossingen genereerden. Deze beleidsontwikkeling wordt vervolgens in een aantal hoofdlijnen in het hoofdstuk nader beschreven. Zo is het beleid ten aanzien van cannabis en coffeeshops door een constante stroom aan maatregelen en wetswijzigingen verder aangepast en gereguleerd. Daarnaast wordt er stilgestaan bij de ontwikkeling van het brede palet van zorgaanbod in zowel de verslavingszorg als in de justitiële hulpverlening. Verder krijgt de bestrijding van de steeds grootschaliger en professionelere illegale teelt van cannabis en de illegale productie

van synthetische drugs specifieke aandacht. Een andere belangrijke ontwikkeling vanaf 1995 is dat het wettelijk, bestuurlijk en strafrechtelijk instrumentarium verder is aangepast om in het bijzonder lokale autoriteiten in staat te stellen de daar aanwezige drugscriminaliteit en drugsgerelateerde overlast aan te pakken. Tot slot worden de investeringen op het terrein van onderzoek en monitoring beschreven en wordt stilgestaan bij inspanningen verricht op het terrein van de internationale samenwerking.

Het hoofdstuk is daarmee te beschouwen als een inleiding op de nadere analyse van het drugsbeleid die in de navolgende hoofdstukken is uitgewerkt.

Cijfers: ontwikkelingen in drugsgebruik en vergelijkingen met het buitenland (hoofdstuk 5)
De stand van de drugsproblematiek kan worden afgemeten aan de hand van vijf epidemiologische kernindicatoren die door het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) zijn vastgesteld: de prevalentie van drugsgebruik in de algemene bevolking en onder scholieren; prevalentieschattingen van problematisch drugsgebruik; hulpvraag vanwege drugsgebruik; (infectie)ziekten gerelateerd aan drugsgebruik; en drugsgerelateerde sterfte.

Voor alle drugs, met uitzondering van ecstasy, ligt de *prevalentie van het gebruik* in de algemene bevolking in Nederland onder het Europese gemiddelde, en lager dan de prevalenties in de Verenigde Staten. Onder scholieren van het voortgezet onderwijs is sinds 1996 een licht dalende trend waarneembaar in drugsgebruik. Desondanks behoort het cannabisgebruik onder scholieren van 15 en 16 jaar internationaal gezien tot de hoge regionen. Dit geldt zowel voor het percentage actuele gebruikers als de meer frequente gebruikers van cannabis.

Nederland lijkt tot de (middel)lage regionen te behoren wat betreft het *aantal probleemgebruikers van harddrugs* (opiaten en vaak ook crack), al laten verschillen in definities en methoden precieze vergelijkingen niet toe. De aanwas van nieuwe opiaatverslaafden is gering en de gemiddelde leeftijd stijgt. Of de groep primaire crackgebruikers die geen opiaten gebruiken groeit, is niet bekend. Dit geldt ook voor de vraag of crackgebruik in dezelfde mate tot chronische problemen leidt als opiaatgebruik.

Trends in het aantal hulpvragen in Nederland (een daling van opiaatcliënten, en een toename van het aantal cocaïne- en cannabiscliënten) zijn ook elders in Europa waarneembaar. In Nederland is de toename van het aantal cocaïnecliënten (met name de crackgebruikers) overigens recent afgevlakt. Dergelijke trends kunnen niet zonder meer als toenames of dalingen in de problematiek worden geïnterpreteerd. Het percentage injecterende opiaatcliënten is in Nederland van alle EU-15-landen het laagst. Deze factor speelt vermoedelijk (onder andere) een rol bij het relatief lage aantal *drugsgeïnduceerde sterfgevallen* ('overdoseringen') in Nederland.

Wat oudere gegevens laten een sterke regionale variatie zien in de prevalentie van hiv onder injecterende harddrugsgebruikers. Het jaarlijkse aantal nieuwe besmettingen (incidentie) van hiv in deze groep is, sinds het uitbreken van de epidemie begin jaren tachtig, sterk gedaald en is laag in vergelijking met andere landen. Ook de aanwas van nieuwe gevallen van hepatitis C is gedaald, hoewel de prevalentie onder injecterende drugsgebruikers hoog is.

Er kan worden geconcludeerd dat Nederland op de indicatoren van het EMCDDA vergeleken met andere landen 'gemiddeld tot gunstig' presteert. Wat betreft het gebruik van ecstasy in het algemeen en het cannabisgebruik onder jongeren behoort Nederland tot de hogere regionen.

Scheiding der markten & beleid ten aanzien van coffeeshops (hoofdstuk 6)
Sinds de jaren zeventig is het beleid gericht op het tegengaan van marginalisering en criminalisering van de cannabisgebruikers en het verkleinen van de kans dat zij harddrugs gaan gebruiken. Door het gedogen van de kleinschalige verkoop van cannabis en het hard optreden tegen de handel in harddrugs werd een scheiding van de cannabis- en harddrugsmarkten beoogd. Uitgangspunt hierbij was dat de risico's van cannabis als minder ernstig werden ingeschat dan die van harddrugs. Verliep de verkoop van cannabis aan consumenten in de jaren zeventig primair via huisdealers, vanaf eind jaren tachtig gebeurde dit grotendeels in de coffeeshops.
In 1995 is beleid rondom coffeeshops gericht op het terugdringen van overlast (onder andere drugstoerisme) en criminaliteit rondom coffeeshops en teelt, onder meer via strengere handhaving van regelgeving, betere regulering en uitbreiding van bestuurlijke maatregelen.

Is de beoogde aanpak gerealiseerd? De beoogde aanpak is op sommige punten gerealiseerd, op andere niet. De wetgeving is in 1976 aangepast om de verschillen in risico's tussen cannabis en harddrugs tot uiting te brengen. Ten opzichte van de verkoop van cannabis door coffeeshops wordt een gedoogbeleid gevoerd, onder voorwaarden die in landelijke OM-richtlijnen zijn vastgesteld (de AHOJ-G-criteria). Deze zijn in de loop van de tijd uitgebreid en aangescherpt. Op lokaal niveau zijn er criteria aan toegevoegd, zoals een bepaalde minimale afstand tot scholen. De landelijke en lokale criteria worden met een handhavings- en sanctiebeleid bewaakt en gemeenten kunnen zich laten adviseren en ondersteunen door een expertisebureau. De mogelijkheden om op

te treden tegen niet-gedoogde verkooppunten van cannabis zijn verruimd. Daar staat tegenover dat het wettelijk instrumentarium niet frequent gebruikt is en dat de mogelijke criminaliteit rond coffeeshops pas de laatste jaren aandacht krijgt. De criteria worden gehandhaafd volgens plan, maar tegelijkertijd kent de handhaving beperkingen die het detecteren van overtredingen bemoeilijken. Het coffeeshopbeleid is gedecentraliseerd. Op lokaal niveau zijn uiteenlopende initiatieven genomen om overlast en coffeeshoptoerisme te bestrijden.

Zijn de beoogde uitkomsten gerealiseerd? Zoals beoogd worden cannabisgebruikers zelden gearresteerd vanwege bezit van cannabis en blijven ze als zodanig buiten het strafrecht. In andere westerse landen is de kans om gearresteerd te worden vanwege bezit/gebruik van cannabis veel groter, maar er is geen overzicht in hoeverre dit negatieve (sociale) consequenties heeft voor de gebruiker. Vaak volgt er na arrestatie een boete of waarschuwing.

Uit onderzoek onder cannabisgebruikers blijkt dat coffeeshops de belangrijkste directe of indirecte bron zijn voor de aanschaf van cannabis. Coffeeshops zijn echter zeker niet de enige bron, ook niet in gemeenten waar coffeeshops aanwezig zijn. Overal is een markt voor niet-gedoogde verkooppunten. Minderjarige jongeren komen vrij gemakkelijk aan cannabis, vooral via vrienden, maar een deel ziet ook kans om de drug zelf in coffeeshops te kopen. Daar staat tegenover dat de kans klein is dat zij hier worden 'blootgesteld' aan harddrugs. Dit geldt in het algemeen ook voor meerderjarige cannabisgebruikers. In zoverre cannabis via andere, illegale verkooppunten wordt gekocht, neemt het risico op vermenging van de cannabis- en harddrugsmarkten toe, al verschilt dit sterk per type aanbieder. Er kan echter worden geconcludeerd dat de markten in Nederland in vrij grote mate gescheiden zijn.

Gezien de talloze factoren echter die van invloed kunnen zijn op het gaan gebruiken van (hard)drugs blijft het lastig om harde conclusies te trekken over de effecten van de scheiding der markten. Een positief effect van het coffeeshopsysteem op het gebruik van harddrugs kan niet overtuigend worden aangetoond noch worden uitgesloten. Voor zover vergelijkingen gemaakt kunnen worden zijn er vergeleken met Nederland zowel landen met hogere, vergelijkbare als lagere prevalenties van harddrugsgebruik onder cannabisgebruikers. Wel is het gebruik van harddrugs in de algemene bevolking, met uitzondering van ecstasy, relatief laag.

Er zijn geen aanwijzingen dat de coffeeshops hebben geleid tot een buitensporige toename van het cannabisgebruik, althans niet onder volwassenen. Vergeleken met andere westerse landen is het gebruik van cannabis in de algemene bevolking in Nederland relatief laag. Dit kan niet gezegd worden voor (minderjarige) scholieren. Ondanks een algehele stabilisering/daling in het gebruik scoren zij relatief hoog in het gebruik vergeleken met hun leeftijdgenoten in Europa. Of dit samenhangt met de coffeeshops (grotere beschikbaarheid – zij het indirect; gebruik meer normatief) of andere factoren, dat is niet duidelijk. Onder bepaalde groepen (kwetsbare) jongeren is het gebruik van cannabis eerder regel dan uitzondering. Het aantal cannabisgebruikers dat hulp zoekt bij de verslavingszorg is sinds midden jaren negentig sterk gestegen, evenals in tal van andere Europese landen, maar onbekend is of dit wijst op een toename van het probleemgebruik.

Het aantal coffeeshops daalt gestaag. Het aantal gemeenten dat coffeeshops toestaat is echter stabiel gebleven. In het algemeen spannen coffeeshophouders zich in om aan de regels en voorwaarden te voldoen. Ze zijn hier doorgaans succesvol in. Overtredingen van het leeftijdscriterium en de maximale handelsvoorraad komen het meest voor. Coffeeshops houden zich vrij goed aan het criterium 'geen verkoop van harddrugs' en zien dit als essentieel voor het coffeeshopsysteem. Desondanks bestaat een zeker risico op het niet-bereiken van doelen van het coffeeshopbeleid als gevolg van onduidelijkheid en moeilijke controleerbaarheid van sommige regels.

Landelijk worden niet zo veel formele overtredingen van het voor coffeeshops geldende overlastcriterium geregistreerd. Uit onderzoek blijkt dat dit criterium in 2007 bij ruim 40 procent van de coffeeshops wel eens overtreden werd en dat het overlastcriterium in 2004 en 2007 vaker overtreden is dan de andere criteria. Specifieke informatie over omvang en landelijke trends ontbreekt. In sommige grensgemeenten bestaan serieuze overlastproblemen als gevolg van drugstoerisme. Op dit punt heeft het beleid dus duidelijk de doelstellingen niet gehaald. Ook krijgt de rol van criminele samenwerkingsverbanden en criminaliteit rond coffeeshops pas de laatste jaren aandacht. Door aanscherping van het beleid is mogelijk criminaliteit van coffeeshophouders tegengegaan, maar niet de criminele samenwerkingsverbanden achter handel en teelt. De coffeeshopsector is in de loop van de tijd sterk gecommercialiseerd. Dit is opmerkelijk, omdat het beleid is gebaseerd op de gedachte dat de verkoop van cannabis kleinschalig en niet-commercieel zou zijn.

Preventie en harm reduction (hoofdstuk 7)

De centrale doelstelling van het Nederlandse drugsbeleid is 'de preventie en beheersing van de uit drugsgebruik voortvloeiende gemeenschaps- en individuele risico's'. In de Drugsnota 1995 wordt dit nader omschreven als 'het voorkómen dat in het bijzonder jeugdige burgers overgaan tot het gebruiken van drugs en om aan de problematische gebruikers een medisch en/of sociaal hulpaanbod te doen ter leniging van hun nood'. Deze doelstelling gaat uit van het primaat van de volksgezondheid, waarin het beperken van de schade door het

drugsgebruik prevaleert boven het bestraffen van wetsovertredingen. Dit fundamentele uitgangspunt heeft een beleid mogelijk gemaakt waarin de nadruk ligt op preventie en harm reduction.

Het preventie- en harm reduction-beleid van de afgelopen dertig jaar was een reactie op verschillende ontwikkelingen in de maatschappij. Ten eerste werd in de jaren tachtig een toename ervaren van de overlast veroorzaakt door problematisch drugsgebruikers, vooral in de grote steden. Ook van groot belang was de epidemische verspreiding van hiv onder injecterende drugsgebruikers. In de jaren negentig rees de populariteit van ecstasy(-achtige) snel, vooral onder jongeren. Wetenschappelijke inzichten gaven in toenemende mate aanwijzingen voor schadelijke effecten van ecstasygebruik op de korte en lange termijn. Ook nam de bezorgdheid over de effecten van cannabis toe, onder meer vanwege de stijging van het THC-gehalte, de toename van de hulpvraag en de relatie tussen cannabisgebruik en psychische stoornissen.

Is de beoogde aanpak gerealiseerd? De beoogde aanpak op het gebied van preventie was breed, en strekte zich uit van een veelomvattend en gedifferentieerd aanbod van preventieactiviteiten, gericht op voorlichting, tot monitoring van de gebruikers- en aanbodmarkt en wetenschappelijk onderzoek. Ook het coffeeshopbeleid, bestuurlijke maatregelen en justitiële interventies dragen uiteindelijk bij aan de preventie van gebruik en de problemen die daaruit voortkomen. De voorgenomen preventieactiviteiten, zoals die zijn omschreven in de Drugsnota 1995, de nota *Samenspannen tegen XTC* uit 2001 en de cannabisbrief uit 2004, zijn grotendeels gerealiseerd. Tussen 1996 en 2008 zijn vrijwel jaarlijks grootschalige voorlichtingscampagnes uitgevoerd. In 1996 is een telefonische informatielijn (de Drugs Infolijn) opgericht die 24 uur per dag (wetenschappelijk onderbouwde) informatie verstrekt. Bij de informatielijn hoort ook een website (www.drugsinfo.nl). Vanaf begin jaren negentig is er een integraal programma voor scholieren in de laatste klassen van de basisschool en de onderbouw van het voortgezet onderwijs dat regelmatig wordt geactualiseerd (*de gezonde school en genotmiddelen*). De preventie in uitgaansgelegenheden en coffeeshops heeft vorm gekregen in het project *Uitgaan en Drugs*. De voorlichting over cannabis is geïntensiveerd via het project Preventie in de Coffeeshop. Er werd een landelijke steunfunctie preventie (LSP) ingesteld om overzicht en samenhang te bevorderen en de kwaliteit van preventieactiviteiten te verbeteren.

Ook de activiteiten die zijn voorgenomen in het kader van het ecstasybeleid zijn gerealiseerd of in voorbereiding: er zijn voorlichtingsactiviteiten uitgevoerd gericht op potentiële ecstasykoeriers, de gebruikersmarkt wordt in kwalitatief en kwantitatief onderzoek gemonitord en het aanbod en de samenstelling van drugs worden gevolgd via het DIMS. Het testen van pillen op uitgaanslocaties is door de Tweede Kamer stopgezet. Er zijn trainingen en cursussen beschikbaar over eerste hulp en preventie van ongelukken voor personeel in uitgaansgelegenheden, de doelgroep wordt via andere kanalen benaderd, bijvoorbeeld door leeftijdsgenoten (peers) en door informatieve websites.

De laatste op cannabis gerichte voorlichtingscampagne vond plaats in 2006. Er zijn preventiemodules beschikbaar voor drugsgebruik door jongeren op hangplekken en in jongerencentra en er is een training ontwikkeld voor jeugdhulpverleners (Open en Alert). De beoogde 'minder vrijblijvende voorlichting' in coffeeshops heeft geresulteerd in de ontwikkeling van een nieuwe folder voor bezoekers en een cursus voor personeel in coffeeshops. De meeste preventieactiviteiten die in de cannabisbrief uit 2004 zijn voorgesteld zijn gerealiseerd, met uitzondering van specifieke activiteiten gericht op personen met een psychische stoornis.

De beoogde aanpak op het gebied van harm reduction is goeddeels uitgevoerd. Dankzij het Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang is er recent in de vier grote steden een forse impuls gegeven aan de laagdrempelige opvang van (dreigend) dak- en thuislozen, van wie het merendeel drugsgebruiker is. Het aantal gebruiksruimten is toegenomen, spuitomruil is al vele jaren op grote schaal beschikbaar – hoewel de vraag naar deze voorziening afneemt door een dalende populariteit van injecteren –, er is een gratis hepatitis B-vaccinatie beschikbaar voor harddrugsgebruikers en in het najaar van 2009 zal een massamediale voorlichtingscampagne plaatsvinden over hepatitis C.

De aandacht voor kwetsbare groepen is afhankelijk van ontwikkelingen in de maatschappelijke aandacht voor deze groepen. Allochtonen waren in de vroegere jaren speerpunt van veel preventieactiviteiten, maar deze activiteiten zijn tijdens de fusies in de verslavingszorg aanzienlijk minder geworden. Er zijn nu verschillende interventies gericht op bijvoorbeeld jongeren binnen en buiten het uitgaanscircuit, jongeren in inrichtingen, kinderen van verslaafde ouders en licht verstandelijk gehandicapte jongeren.

Zijn de beoogde uitkomsten gerealiseerd? Universele preventieve interventies hebben hooguit geringe effecten op de houding ten aanzien van drugs en geen of slechts kortdurende effecten op het gebruik ervan. Zelfs een averechts effect is beschreven. Kennis over drugs verbetert doorgaans wel. Dit blijkt zowel uit de bevindingen bij de Nederlandse drugspreventieprojecten, als uit de internationale wetenschappelijke literatuur. Preventieve interventies die zich richten op groepen met een meer dan gemiddeld risico op het ontwikkelen van een drugsprobleem (selectieve en geïndiceerde preventie) lijken het gebruik van drugs wel enigszins te kunnen verminde-

ren. Er zijn aanwijzingen (geen bewijs), zowel in Nederlandse als buitenlandse wetenschappelijke literatuur, dat het combineren van verschillende strategieën het preventieve effect van zo'n pakket kan versterken. In Nederland zijn verschillende interventies in gebruik die gelden als 'best practice', zoals de 'homeparty', gericht op allochtone gezinnen en gezinnen in achterstandswijken, een interventie gericht op kinderen van verslaafde ouders, en de Theater2daagse, een interventie gericht op allochtone jongeren. Er is nog onvoldoende onderzocht of met deze interventies de beoogde uitkomst wordt gerealiseerd.

Op het gebied van harm reduction worden de beoogde uitkomsten beter verwezenlijkt. Er is landelijk een sterke afname van het aantal nieuw gediagnosticeerde hiv-infecties onder drugsgebruikers. Voor zover er cijfers beschikbaar zijn, lijkt de hoge besmettingsgraad met hiv onder drugsgebruikers beperkt te zijn gebleven tot Amsterdam, en mogelijk Heerlen. De laatste jaren is er ook sprake van een afname van nieuwe hepatitis C-diagnoses, al zijn inmiddels al veel injecterende drugsgebruikers besmet geraakt. Ook infectie met hepatitis B is beperkt gebleven. Uit Amsterdams onderzoek blijkt dat deze relatief gunstige uitkomsten deels toegeschreven kunnen worden aan de brede beschikbaarheid van harm reduction-maatregelen. Ook de afname van de populariteit van injecteren draagt bij aan deze uitkomsten. De afzonderlijke interventies tonen slechts een gering effect. Het is vooral de combinatie van maatregelen die gunstige effecten laat zien.

De drugsgerelateerde sterfte in Nederland is laag, gezien vanuit internationaal perspectief. Onderzoek uit Amsterdam wijst uit dat zowel de afname in sterfte in het algemeen, als de afname in sterfte door overdosis, samenhangen met deelname aan methadononderhoudsprogramma's en spuitomruilprojecten.

Zorg en behandeling (hoofdstuk 8)
De Nederlandse verslavingszorg biedt een combinatie van 'cure' (op abstinentie gerichte behandeling) en 'care' (zorg gericht op stabilisatie van de problematiek). Het beschikbare hulpaanbod bleek ten tijde van het opstellen van de Drugsnota medio jaren negentig op een aantal vlakken ontoereikend, wat zich uitte in onder meer een forse overlast door drugsgebruik. Het beleid streefde daarom naar uitbreiding van het zorgaanbod, zodanig dat er een passend en integraal traject voor iedere individuele drugsverslaafde kon worden samengesteld. Ook werd gestreefd naar kwaliteitsverbetering van de zorg. De veronderstelling dat een kwalitatief goed behandelaanbod de overlast zou kunnen reduceren lag aan de basis van deze strategie.

Is de beoogde aanpak gerealiseerd? De beoogde aanpak is grotendeels gerealiseerd. Er heeft zowel op het gebied van cure als van care een uitbreiding van het aanbod plaatsgevonden. In de behandeling van opiaatverslaafden is de nadruk komen te liggen op de 'care'-aspecten, omdat zowel uit de praktijk als uit onderzoek bleek dat blijvende abstinentie zelden een haalbaar doel is. Een belangrijke bijdrage aan de maatschappelijke opvang van overlastgevende (dreigend) daklozen is geleverd door het Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang dat door de G4 en het Rijk in 2006 is ondertekend. De capaciteit van het zorgaanbod is vergroot, maar omdat de omvang van de groep drugsverslaafden in zijn totaliteit (inclusief cannabis, cocaïne en andere middelen) niet bekend is, blijft het onduidelijk of de capaciteit voldoende is. Uit de (beperkte) gegevens die komen uit de wachtlijstregistratie lijkt het aanbod redelijk te voldoen aan de hulpvraag. Kenmerkend voor drugsgebruikers is echter dat een hulpvraag nogal eens ontbreekt. Er zijn wel consistente aanwijzingen dat het aanbod voor de dubbele diagnose patiënten te beperkt is en de begeleiding in nazorgtrajecten eveneens te gering. Een tweede beperking is dat er geen overzicht is van het aanbod voor kwetsbare groepen, zoals allochtonen. Ook de omvang van de problematiek in kwetsbare groepen is onbekend.

Er zijn verschillende ontwikkelingen geweest die hebben bijgedragen aan een verbetering van de kwaliteit van de zorg. Het in 1999 gestarte en door VWS gefinancierde meerjarige programma Resultaten Scoren had een substantiële kwaliteitsimpuls in de Nederlandse verslavingszorg tot gevolg. Ook is het onderzoek naar zorg en behandeling gestimuleerd vanuit twee op verslaving gerichte ZonMW-programma's. Belangrijk voor de kwaliteit van de verslavingszorg zijn ook de invoering van benchmarking en de set van prestatie-indicatoren waaraan de sector zich heeft gecommitteerd. De kwaliteitsverbetering in de verslavingszorg uit zich onder meer in de brede bekendheid en toenemende implementatie van handreikingen, richtlijnen en protocollen voor diverse behandelingen (inclusief die voor detoxificatie en onderhoudsbehandeling) die in het kader van Resultaten Scoren zijn ontwikkeld.

Zijn de beoogde uitkomsten gerealiseerd? Voor opiaatverslaafden is een uitbreiding en verbetering van het behandelaanbod gerealiseerd. De gemiddeld voorgeschreven dosering van methadon is gestegen nadat Nederlands onderzoek aantoonde dat een hogere dosering meer effect sorteert. Onder strikte voorwaarden wordt er aan methadongebruikers die onvoldoende baat hebben bij dit middel heroïne verstrekt op medische indicatie. Medisch verstrekte heroïne heeft gunstige effecten op de gezondheid van de verslaafde en reduceert de maatschappelijke overlast. Deze behandeling wordt slechts in een beperkt aantal landen toegepast en Nederland loopt hiermee voorop in internationaal verband. De aandacht voor wonen, werk of dagbesteding, financiën en

schuldsanering is integraal onderdeel van de medische zorg. Er zijn centrale meldpunten ingericht die deze integrale zorg coördineren. Het lijkt erop dat deze kordate aanpak de overlast door drugsgebruikers in de grote steden fors heeft verminderd, maar dit is nog niet cijfermatig onderbouwd.

Ook voor problematisch gebruik van andere middelen is het aanbod uitgebreid, hoewel de nadruk in de verslavingszorg nog veelal op de problematisch opiaatverslaafden ligt. Er zijn verschillende richtlijnen ontwikkeld voor de psychosociale behandeling van cannabis en cocaïneverslaving. Voor jongeren bestond lange tijd geen specifiek hulpaanbod, maar in het begin van de jaren negentig werden enkele speciale voorzieningen voor deze doelgroep opgezet waarin een integrale behandeling wordt aangeboden. Ook heeft er een uitbreiding plaatsgevonden of is nog gaande van het aanbod voor andere kwetsbare groepen, zoals licht verstandelijk gehandicapten met een verslaving. Drugsverslaafde patiënten met psychiatrische comorbiditeit kunnen in een kliniek voor dubbele diagnose behandeld worden. Internetbehandelingen (nog voornamelijk gericht op cannabisproblemen) bereiken groepen patiënten die eerder niet bereikt werden. Hetzelfde kan gezegd worden over het toenemende aantal privéklinieken voor behandeling van verslaving. Voor allochtonen lijkt het behandelaanbod daarentegen te zijn verminderd, deels omdat de specifieke expertise hierover verloren is gegaan in de tijd van grote fusies.

Concluderend kan worden gesteld dat de beoogde uitkomsten met het gerealiseerde aanbod redelijk gehaald worden. De groep harddrugsgebruikers is goed in beeld, mede dankzij een laagdrempelige en toegankelijke hulpverlening, de gezondheid van problematisch harddrugsgebruikers is relatief goed, de sterfte aan overdosis en de omvang van drugsgerelateerde infectieziekten is in internationaal perspectief beperkt. Dit alles wijst erop dat het beleid gericht op behandeling en zorg voor verslaafden in ons land redelijk succesvol is.

Drugswetcriminaliteit (hoofdstuk 9)
'Supply reduction' is een van de pijlers van het drugsbeleid. De bestrijding van smokkel, productie, handel en bezit van drugs vindt plaats binnen de kaders van internationale verdragen. Nederland volgt hierbij het uitgangspunt dat het probleem van de drugsproductie en handel niet op te lossen is maar wel te beheersen. Het volgt een gedifferentieerd beleid ten aanzien van soft- en harddrugs en ten aanzien van het type delict. De strafrechtelijke aanpak dient te worden gecombineerd met bestuurlijke en financieel-economische interventies. De Drugsnota 1995 beoogt intensivering van de internationale samenwerking bij de bestrijding en intensivering van de aanpak van de productie van en handel in harddrugs (inclusief ecstasy). Met betrekking tot grootschalige nederwietteelt wordt een integrale aanpak voorgenomen.

Is de beoogde aanpak gerealiseerd? Het gedifferentieerde opsporings- en vervolgingsbeleid is terug te zien in de toepassing van de Opiumwet door politie en justitie. Drugsdelicten zijn in de afgelopen periode harder aangepakt met uitbreiding van de wettelijke mogelijkheden en intensiveringen van opsporings- en vervolgingsinspanningen. Het aantal drugsdelicten in het strafrechtelijk systeem is dan ook toegenomen. Dit kan deels verklaard worden door de hardere aanpak. De drugswetcriminaliteit vormt anno 2009, meer dan in 1995, een niet te veronachtzamen belasting, ook financieel, voor het strafrechtelijke systeem.
Extra maatregelen zijn genomen om de productie en export van ecstasy en de invoer van cocaïne terug te dringen. Ook al bleken niet alle plannen haalbaar en leidden vérgaande maatregelen tot soms ernstige knelpunten, toch verbeterde de situatie. Om te voorkomen dat het probleem weer toeneemt zijn deze maatregelen vervolgens structureel gemaakt.

De bestrijding van georganiseerde criminaliteit in relatie tot cocaïne, heroïne en synthetische drugs vormt een prioriteit voor politie en justitie. Deze opsporing kent evenwel een grote variëteit en is niet altijd even intensief. De bedrijfsmatige nederwietteelt is vanaf 2004 intensiever aangepakt. Ook hier wordt de aandacht voor de georganiseerde criminaliteit achter de teelt verscherpt, zij het dat dit nog in ontwikkeling is.

De aanpak van de drugswetcriminaliteit is in toenemende mate integraal: er wordt gewerkt met een combinatie van bestuursrechtelijk, strafrechtelijk en financieel instrumentarium en meerdere organisaties werken samen. Bestuursrechtelijk instrumentarium wint aan toepassing, financiële recherche loopt nog moeizaam. De aanpak richt zich sterker op de gehele keten van precursoren en productie tot en met verhandeling. Internationale samenwerking speelt een belangrijke rol.

De beoogde aanpak is over het geheel genomen in praktijk gebracht.

Zijn de beoogde uitkomsten gerealiseerd? Aan de aanbodkant van drugs zijn veranderingen opgetreden sinds 1995. Wat betreft cannabis is de inheemse teelt sterk opgekomen en geprofessionaliseerd. In 2008 lijkt het aanbod van nederwiet verslechterd. Niet bekend is of dit te maken heeft met de geïntensiveerde handhavingsinspanningen of met andere factoren. Bij de teelt zijn criminele samenwerkingsverbanden betrokken, maar de mate waarin is nog onduidelijk. Er zijn recente signalen dat de betrokkenheid zou toenemen.

Ecstasy leek tot 2008 vrij ruim beschikbaar op de Nederlandse consumentenmarkt. Recent (eind 2008, begin 2009) is echter sprake van een substantiële verslechtering van de zuiverheid, die geweten wordt aan een tekort

aan precursoren. Dit geldt ook voor amfetamine. Onduidelijk is in hoeverre handhavingsinspanningen hiermee te maken hebben. Of de productie, die er nog is, momenteel nog op eigen bodem plaatsvindt is moeilijk te zeggen. De productie lijkt zich te verspreiden over meer landen. De internationale rol van Nederland is afgenomen.

De productie van cocaïne in de bronlanden in Zuid-Amerika lijkt niet afgenomen. De consumentenmarkt van cocaïne laat enige, maar geen grote veranderingen zien. Er is een lichte daling van de prijs sinds begin jaren negentig en het aandeel van cocaïne met versnijdingen neemt in de afgelopen jaren toe. De consumentenmarkt van cocaïne laat wel enige, maar geen grote veranderingen zien. Er is een lichte daling van de prijs en het aandeel van cocaïne met versnijdingen neemt toe. De smokkel naar Nederland verloopt via alternatieve routes, mogelijk als reactie op versterkte opsporing. Nederland heeft een belangrijke rol als doorvoerland; deze rol lijkt iets minder prominent geworden. Nederland is ook een groothandelsmarkt voor heroïne. De heroïnemarkt in Nederland zelf lijkt redelijk stabiel en relatief klein.

Er is nog steeds sprake van betrokkenheid van nationaal en internationaal opererende criminele samenwerkingsverbanden bij drugswetcriminaliteit.

Geconcludeerd wordt dat de doelen van het beleid op onderdelen zijn gerealiseerd: de bedrijfsmatige thuisteelt van nederwiet lijkt terug te lopen, er zijn minder bolletjesslikkers en bodypackers die via Schiphol cocaïne Nederland binnensmokkelen en Nederland lijkt een minder prominente rol in de productie en export van ecstasy te spelen. Aan de andere kant speelt Nederland een rol als doorvoerland voor cocaïne en heroïne. Ook zijn verschuivingen waarneembaar in aanvoerroutes en productielocaties en zijn de productietechnieken van zowel cannabis als cocaïne efficiënter geworden.

Delicten gepleegd door drugsgebruikers (hoofdstuk 10)
Al sinds de jaren tachtig speelt in Nederland het probleem van de hoge criminele recidive van een groep problematische langdurige harddrugsgebruikers. In het drugsbeleid wordt er van uitgegaan dat een reductie van de door deze problematische drugsgebruikers gepleegde criminaliteit alleen bereikt kan worden als de gebruikers hulp krijgen bij hun problemen en hun verslaving. Dit uitgangspunt is ook in de Drugsnota 1995 neergelegd. De beoogde aanpak bestaat uit een combinatie van zorg, repressie en resocialisatie, met de nadruk op verbetering van de aansluiting van zorg op detentie, samenwerking tussen zorg, politie, justitie, gemeente en penitentiaire inrichtingen en een uitbreiding van voorzieningen voor drang en dwang.

Is de beoogde aanpak toegepast? De aanpak is grotendeels gerealiseerd. Er zijn nieuwe maatregelen en zorgvoorzieningen gecreëerd voor de doelgroep. De mogelijkheden voor toepassing van drang – toeleiding naar zorg buiten detentie onder druk van justitie – zijn uitgebreid, onder andere door de introductie van de Forensische Verslavingskliniek en de voorwaardelijke invrijheidsstelling. Ook zwaardere maatregelen zijn ingezet, zoals de maatregel Strafrechtelijke Opvang voor Verslaafden en de maatregel tot plaatsing in een Inrichting voor Stelselmatige Daders. Onder deze maatregelen kunnen drugsgebruikers maximaal twee jaar gedwongen geplaatst worden in (speciale) penitentiaire inrichtingen. De justitiële verslavingszorg is opgekomen naast de reguliere zorg voor problematische drugsgebruikers.

Het strafrecht wordt de afgelopen jaren consequenter toegepast op deze doelgroep. Er wordt ook nadrukkelijker ingezet op een persoons- in plaats van een zaaksgerichte aanpak, waarbij gebruikers langer gedetineerd kunnen worden, systematischer worden gescreend op individuele risicofactoren en strenger worden geselecteerd voor gedragsinterventies. Dit is echter geen ontwikkeling die specifiek is voor de aanpak van *drugs*gebruikers. Het is een algemene maatschappelijke tendens, die ook te zien is bij andere doelgroepen. De aanpak van problematische drugsgebruikers met hoge criminele recidive heeft een plaats gekregen binnen het veiligheidsbeleid.

Tussen de Strafrechtelijke Opvang Verslaafden en de Inrichting voor Stelselmatige Daders bestond aanvankelijk een verschil in insteek. Waar de SOV nog een duidelijke dubbele doelstelling had – naast de beveiliging van de maatschappij was het ook van belang de situatie van de verslaafde te verbeteren – zette de ISD primair in op incapacitatie. Deze insteek van de ISD is echter in de loop van de tijd verschoven, er is meer aandacht voor resocialisatie. De rechterlijke macht heeft hier onmiskenbaar een rol in gespeeld – via tussentijdse toetsingen – , maar ook het gegeven dat de groep in de ISD buitengewoon moeilijk bleek, noopte tot meer nadruk op zorg.

Opvallend is dat alle benaderingen – drang, FVK, SOV en ISD – tot nu toe te kampen hadden met soortgelijke problemen. Het bereik van drang onder de doelgroep is beperkt geweest, de instroom van de doelgroep blijft vaak achter bij de verwachtingen en de doelgroep blijkt complexe problemen en geringe mogelijkheden te hebben. Er wordt een groter dan verwacht beroep gedaan op competenties van personeel en het bestaande zorgaanbod en de gedragsinterventies behoeven aanpassing. Deze problemen zijn steeds tijdens de rit aangepakt. Sommige problemen zijn verbeterd, andere nog niet. Op dit moment lopen diverse verbetertrajecten voor de toepassing van drang, voor nazorg en voor de ISD. Waar deze problemen precies op terug te voeren zijn is niet bekend. Van belang is dat de samenwerking tussen zorgorganisaties, politie, justitie, gemeente en penitentiaire inrichtingen, die in het verleden nog wel eens moeizaam verliep, de afgelopen jaren is verbeterd.

Zijn de beoogde uitkomsten gerealiseerd? Op dit moment gaan de ontwikkelingen in de criminaliteit in de beoogde richting. Er is minder criminaliteit, vooral minder vermogenscriminaliteit. Dit lijkt deels te verklaren uit een afname van de criminaliteit van problematische gebruikers van opiaten. Dit wordt waarschijnlijk veroorzaakt door het feit dat deze groep vergrijst en kleiner van omvang wordt, maar ook door het uit Nederland wegtrekken van verslaafden uit andere westerse landen – omdat de voorzieningen daar verbeterd zijn – , door betere opvang, methadon- en heroïneverstrekking en door het intramurale verblijf in de ISD, waar maandelijks zo'n 600 veelal verslaafde veelplegers verblijven. Geweldsdelicten onder drugsgebruikers nemen echter toe. Mogelijk heeft dit te maken met cocaïne/crackgebruik. Er bestaat evenwel nog nauwelijks zicht op de aard en de oorzaak van deze delicten.

De doelgroep van chronische harddrugsgebruikende veelplegers is complex. Hun functioneren is, zo blijkt uit neurobiologisch onderzoek van de afgelopen jaren, aangetast door het jarenlange drugsgebruik. Er speelt niet alleen langdurige verslavingsproblematiek, maar ook is vaak sprake van psychiatrische problematiek en soms van beperkte intellectuele capaciteiten. De weg naar een stabiel zelfstandig maatschappelijk bestaan blijkt slechts voor enkelen haalbaar.

Onderzoek heeft laten zien dat drang en dwangopvang onder de maatregel Strafrechtelijke Opvang Verslaafden meer effect hebben op het middelengebruik, de leefsituatie en het criminele gedrag dan alleen detentie. Ook middelenverstrekking (heroïne) kan werkzaam zijn bij het terugdringen van criminele recidive. Het succes van drang en dwang neemt echter af in de loop van de tijd. Uit onderzoek blijkt dan ook dat langdurige begeleiding en nazorg en laagdrempelige voorzieningen nodig zijn om de criminele overlast van deze groep terug te brengen.

Drugsgerelateerde overlast (hoofdstuk 11)
In de Drugsnota 1995 wordt de drugsgerelateerde overlast gezien als een ernstig probleem dat extra aandacht moet krijgen. De beoogde aanpak bestaat uit een combinatie van maatregelen – preventief, bestuurlijk en strafrechtelijk. Overlastgevende drugsgebruikers worden aangepakt met repressie én zorg. Onder drugsoverlast worden zowel criminele, openbare orde en audiovisuele overlast begrepen. De subjectieve perceptie speelt een grote rol bij overlast. Er is vooral sprake van overlast rond harddrugsgebruik en -handel, overlast rond coffeeshops en overlast als gevolg van grootschalige hennepteelt in woningen. De laatste was mede aanleiding voor de intensivering van de aanpak van deze teelt, die in de cannabisbrief van 2004 is aangekondigd.

Is de beoogde aanpak toegepast? Tegen harddrugsoverlast zijn vele maatregelen getroffen. Deze hebben veelal een tweeledig doel: het verminderen van de overlast enerzijds en het verbeteren van de situatie van de overlastveroorzaker anderzijds. Vrijwel alle gemeenten kennen een brede aanpak, waarbij repressie en zorg – opvang, hulpverlening, woonvoorzieningen, gebruiksruimten – hand in hand gaan. Gemeenten staan diverse bestuursrechtelijke, strafrechtelijke en privaatrechtelijke maatregelen ter beschikking.

Bij de overlast door coffeeshops gaat het vooral om parkeer- en verkeeroverlast, op grote afstand gevolgd door overlast van rondhangende jongeren en geluidsoverlast. Overlast bij coffeeshops komt vooral voor in een aantal grenssteden en in mindere mate in de overige gemeenten met coffeeshops. In sommige grensgemeenten veroorzaken grote aantallen buitenlandse drugstoeristen uit België, Duitsland en Frankrijk veel overlast. Deze vorm van overlast wordt aangepakt met het stellen en handhaven van landelijke en lokale criteria voor coffeeshops. Ook zijn speciale bredere projecten uitgevoerd om deze overlast terug te dringen

De grootschalige hennepteelt in woningen is aangepakt. De laatste jaren zijn duizenden kwekerijen, vooral in woningen, ontmanteld.

In de aanpak staat de lokale gerichtheid centraal. Gemeenten hebben de ruimte om tot lokaal maatwerk te komen. Ze zoeken dan ook hun eigen oplossing voor de gerezen problemen. Er is dan ook een variatie aan oplossingen ontstaan, zoals verplaatsing van coffeeshops (Venlo), inperking van het aantal coffeeshops (Terneuzen) of sluiting (Roosendaal en Bergen op Zoom).

Zijn de beoogde uitkomsten gerealiseerd? Wat betreft de overlast door harddrugsgebruikers is gebleken dat sommige maatregelen, zoals gebruiksruimten en verwijderingsbevelen, een positieve bijdrage lijken te leveren aan vermindering van harddrugsoverlast, al worden ook wel (enige) verplaatsingseffecten gesignaleerd. De harddrugsoverlast in het algemeen is afgenomen sinds 1996, vooral in sterk verstedelijkte regio's. De afname wordt met name veroorzaakt door een vermindering van de annexatie van de openbare ruimte door gebruikers en straatprostitutie.

Wat betreft de overlast rond coffeeshops en het drugstoerisme hebben de projecten wisselend succes gehad. In sommige grensgemeenten zorgen drugstoeristen ook anno 2009 voor serieuze problemen; dit probleem is niet weggenomen.

Hoewel met de integrale aanpak inmiddels duizenden hennepkwekerijen zijn opgerold is niet precies bekend in hoeverre dit geleid heeft tot minder overlast.

De oplossingen die gemeenten hebben gevonden voor het coffeeshoptoerisme lijken soms in hun uitwerking – bijvoorbeeld het ontstaan van grote coffeeshops – niet geheel te stroken met de uitgangspunten van het landelijk beleid.

Internationale samenwerking (hoofdstuk 12)
Het internationale beleid was erop gericht te zorgen dat een zelfstandig Nederlands drugsbeleid kon worden gevoerd, ondanks de internationale druk die op Nederland werd uitgeoefend om het beleid aan te passen. Met dit algemene doel en daarmee beoogde uitkomst van het internationale optreden werden op de verschillende deelterreinen, verschillende soorten samenwerking gezocht. In de Drugsnota 1995 werden deze beleidsdoelstellingen nader uitgewerkt:

- Het voorkomen van buitenlandse kritiek en het verbeteren van het Nederlandse imago door het verstrekken van juiste informatie over wettelijk kader, beleid en praktijk en het uitleggen van achtergronden en doelstellingen.
- Het opstarten en bespreekbaar maken van een internationale discussie over de voor- en nadelen van de legalisering van softdrugs.
- Grensoverschrijdende overlastproblematiek verminderen door het tegengaan van (a) drugstoerisme en (b) de export van buitenlandse drugsproblemen naar Nederland.
- Grensoverschrijdende (georganiseerde) criminaliteit rond drugshandel en -productie verminderen door bij de bestrijding daarvan samen te werken met andere landen en internationale organisaties.

Twee ontwikkelingen hebben bij het proces om deze doelen te bereiken een autonome maar belangrijke rol gespeeld. Ten eerste heeft de hiv/aids-epidemie veel landen ontvankelijk gemaakt voor het principe van 'harm reduction', een van de belangrijke pijlers van het Nederlandse drugsbeleid. Daarnaast heeft het eenwordingsproces binnen Europa ervoor gezorgd dat het nationale drugsbeleid te maken kreeg met een steeds sterker wordende Europese context.

Zijn de beoogde uitkomsten gerealiseerd? Er kan worden geconcludeerd dat Nederland de hoofdlijnen van het eigen beleid heeft gehandhaafd, ondanks de veelvuldige kritiek en pressie vanuit het buitenland. Alleen ten aanzien van de hoeveelheid cannabis voor eigen gebruik heeft Nederland toegegeven aan de internationale druk door de grens terug te brengen van 30 naar 5 gram. Tevens kan worden vastgesteld dat een aantal Nederlandse uitgangspunten inmiddels in de praktijk en het beleid van andere landen is overgenomen. Dit geldt voor zowel de decriminalisering van het bezit van gebruikshoeveelheden drugs als voor harm reduction-maatregelen zoals behandeling met vervangende middelen, spuitomruil en behandeling als alternatief voor gevangenisstraf. De discussie over de voor- en nadelen van de legalisering van softdrugs is nooit openlijk en structureel gevoerd. Daarentegen is een deel van de grensoverschrijdende overlast, indertijd veroorzaakt door buitenlandse heroïnegebruikers, opgelost. In tegenstelling tot dit succes is het drugstoerisme in een aantal grensgemeenten rond de daar aanwezige coffeeshops nog een dagelijks vraagstuk. Het coffeeshopbeleid blijft daarmee dan ook een belangrijk punt van buitenlandse kritiek, vooral op politiek en bestuurlijk niveau. Wat betreft de aanpak van grensoverschrijdende handel zijn er successen geboekt. Er zijn echter geen gegevens om de vraag te beantwoorden of deze betere samenwerking ook heeft geleid tot vermindering van drugsgerelateerde criminaliteit in internationaal perspectief. Ten slotte heeft deze actieve internationale inzet op het terrein van justitie, naast de bovengenoemde punten die door ander landen in hun beleid zijn 'geïncorporeerd', een bijdrage geleverd aan het verbeteren van het Nederlandse imago. Mede daardoor is de internationale kritiek verminderd.

Onderzoek en monitoring (hoofdstuk 13)
De Drugsnota 1995 streeft naar een wetenschappelijk verantwoorde vernieuwing van de verslavingszorg door het verrichten van onderzoek en ontwikkelen van richtlijnen en protocollen. De tegenvallende resultaten van sommige vormen van behandeling en het ontstaan van nieuwe groepen drugsgebruikers maken wetenschappelijk onderzoek naar nieuwe preventie- en behandelstrategieën noodzakelijk. Ook heeft het beleid als doel om voorwaarden te creëren waardoor de discussies over de effecten van het Nederlandse drugsbeleid zowel op nationaal als internationaal niveau meer dan voorheen op grond van wetenschappelijke kennis en gedegen omvangschattingen kunnen worden gevoerd. Dat is noodzakelijk, want het Nederlandse drugsbeleid met zijn gedoogcultuur en nadruk op harm reduction heeft in de loop der jaren regelmatig onder (internationaal) vuur gelegen. Het is daarom voor Nederland van groot belang dat betrouwbare gegevens beschikbaar zijn die de ontwikkeling volgen van aard en omvang van het drugsgebruik, de negatieve effecten, en ontwikkelingen op de aanbodsmarkt, zowel op het gebied van gezondheid als op justitieel terrein.

Is de beoogde aanpak gerealiseerd? In de Drugsnota 1995, de nota *Beleid inzake XTC* uit 1994 (waaruit de Landelijke Werkgroep voortkwam) en de cannabisbrief uit 2004 (waarin een cannabisontmoedigingsbeleid werd geformuleerd) werd een pakket maatregelen voorgenomen. Dit varieerde van uitbreiding op het gebied van onderzoek (via brede programmering maar ook toegespitst op enkele deelonderwerpen) tot het volgen van drugsgebruik en de consequenties daarvan in monitors, registratiesystemen en grootschalige bevolkingsonderzoeken. De meeste voorgenomen activiteiten werden ook uitgevoerd. Nieuwe en tamelijk omvangrijke activiteiten werden gestart (zoals de Nationale Drug Monitor, het programma Resultaten Scoren en het ZonMw-onderzoeksprogramma) en enkele al bestaande activiteiten werden gesteund, soms enigszins gewijzigd of gecontinueerd (bijvoorbeeld het Drugs Informatie en Monitoring Systeem, het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem en publiekscampagnes tegen cannabisgebruik).

Zijn de beoogde uitkomsten gerealiseerd? Het aanvankelijk geconstateerde gebrek aan gegevens lijkt sinds het uitkomen van de Drugsnota 1995 weliswaar niet op alle fronten opgeheven maar wel duidelijk verminderd. Jaarlijks publiceert de Nationale Drug Monitor cijfers over de aard en omvang van het drugsgebruik en over de drugsgerelateerde criminaliteit en met de inmiddels grotendeels door Resultaten Scoren gepubliceerde richtlijnen, protocollen en handreikingen is een basis gelegd voor evidence-based werken in de verslavingszorg. Bovendien is serieus gewerkt aan de implementatie van evidence-based interventies, maar er passen ook enige kanttekeningen. Hoewel instellingen vaak wel op de hoogte zijn van de kennisproducten, moeten vaak diverse hindernissen worden genomen om nieuwe interventies ook in te voeren en te borgen. Dit lukt nog niet altijd even goed. Deze inspanningen vinden momenteel ook al plaats in de vorm van de reeds genoemde Diagnose Behandel Combinaties, door Benchmarking van sommige onderdelen van de verslavingszorg en door de ggz-prestatie-indicatoren die ook voor de verslavingszorg gelden.

Het gemeentelijk beleid inzake coffeeshops, aantallen coffeeshops en overtredingen van de AHOJ-G-criteria worden landelijk gemonitord in onderzoek. Drugsgerelateerde georganiseerde criminaliteit komt aan de orde in de monitor georganiseerde criminaliteit. Daarnaast wordt (groter en kleiner) evaluatieonderzoek verricht naar justitiële beleids- en gedragsinterventies. Drugsgerelateerde overlast is een thema in de Veiligheidsmonitor Rijk; deze genereert echter slechts een zeer globaal beeld.

Het is bij richtlijnen en monitors belangrijk dat de continuïteit van deze inspanningen wordt gewaarborgd, omdat anders het resultaat veroudert of hiaten gaat vertonen. Naast het gevaar van veroudering, bestaat ook het risico dat essentiële gegevens ontbreken of van nog onvoldoende kwaliteit zijn. Dit geldt voor de omvang van de groep problematische cannabis- en cocaïnegebruikers, voor de mate van overlast door druggebruikers en andere vormen van drugsgerelateerde overlast, de prevalentie van infectieziekten (hiv, hepatitis B en C), voor trends van (riskant) drugsgebruik onder uitgaande jongeren en voor de registratie van effecten van specifieke behandelingen en zorg. We hebben ook onvoldoende zicht op ontwikkelingen in psychische, sociale en gezondheidsproblemen onder problematische drugsgebruikers. Ten slotte weten we nog niet wie aan de 'nieuwe' behandelingen deelnemen die via internet of in privéklinieken worden aangeboden. Cijfers over drugswetcriminaliteit zijn vaak weinig specifiek.

Het door de opkomst van synthetische uitgaansdrugs gestarte onderzoek naar ecstasy heeft de risico's van het gebruik van ecstasy duidelijker gemaakt, zodat in het beleid initiatieven genomen konden worden om deze te verminderen.

Vrijwel alle voorgenomen onderzoeksactiviteiten in verband met de doelstellingen uit de cannabisbrief zijn uitgevoerd, maar niet alle vragen die van belang zijn voor het cannabisontmoedigingsbeleid zijn beantwoord.

Conclusies en discussie (hoofdstuk 14)

In dit hoofdstuk wordt geconcludeerd dat de aanpak die wordt beoogd in het drugsbeleid, namelijk een combinatie van maatregelen gericht op demand, harm en supply reduction, globaal in de praktijk is toegepast. Wel zijn in deze evaluatie implementatie- en capaciteitsproblemen en lacunes gesignaleerd.

Geconcludeerd kan worden dat het beleid niet heeft kunnen tegengaan dat het drugsgebruik vanaf eind jaren tachtig tot midden jaren negentig is toegenomen, ook onder jeugdigen. Desondanks is het drugsgebruik in de algemene bevolking vergeleken met andere Europese landen en de VS gemiddeld tot laag te noemen, met uitzondering van ecstasy, en is een stabilisatie waarneembaar. Ten aanzien van beheersing van de individuele (gezondheids)risico's lijkt het beleid redelijk geslaagd. Wel komt risicogebruik vaker voor onder groepen kwetsbare jongeren. Ook is er een toename van de hulpvraag voor cannabisproblemen in de verslavingszorg, maar onbekend is of dit duidt op een toename van het probleemgebruik. Ten aanzien van de criminaliteit die gepleegd wordt door langdurig problematische harddrugsgebruikers kan worden geconstateerd dat er een daling waarneembaar is in de vermogensdelicten, die (deels) voortkomt uit afname van de criminaliteit van opiaatverslaafden. Er is echter een toename van het aantal door drugsgebruikers gepleegde geweldsdelicten. Criminaliteit gerelateerd aan productie en handel en de drugsgerelateerde overlast vroegen in de afgelopen periode meer aandacht

dan op basis van de Drugsnota 1995 verwacht zou worden. Er zijn succesvolle geïntensiveerde handhavingsinspanningen geweest richting cocaïne, ecstasy en cannabis. Hoewel recente gegevens indiceren dat ontwikkelingen in de beoogde richting gaan, zijn bepaalde verschuivingen in drugsproductie en -aanvoer waargenomen en lijkt onverminderd sprake van betrokkenheid van nationaal en vooral ook internationaal opererende criminele samenwerkingsverbanden in de drugshandel. In sommige grensgemeenten zorgen coffeeshoptoeristen voor serieuze overlastproblemen.

Gesteld kan worden dat het Nederlandse drugsbeleid ook in de huidige samenleving tot een redelijk doelbereik komt, al moet steeds opnieuw worden ingespeeld op problemen.

1 Summary

On 6 March 2008, drug policy in the Netherlands was debated in the Dutch Parliament. During this debate the Ministers for Justice, Health, and the Interior pledged to draft a new drug policy paper. In preparation for this policy paper, the Ministries of Health and Justice have requested the Trimbos Institute and the Scientific Research and Documentation Centre (WODC) to conduct an evaluative study and to provide a joint, integrated report on its findings.

The primary aim of the study is to establish the extent to which the main objective of Dutch national drug policy has been achieved. This objective, as formulated in the 1995 Drugs Policy Paper prioritises the protection of public health: prevention and management of the threats to individuals and society that ensue from drug use. In addition, the study will examine the relevant secondary objectives of Dutch drug policy regarding the following areas:

- Market separation and the policy on coffee shops (Chapter 6)
- Prevention and harm reduction (Chapter 7)
- Health care and treatment (Chapter 8)
- Drug crime (Chapter 9)
- Offences committed by drug users (Chapter 10)
- Drug-related public nuisance (Chapter 11)
- International collaboration (Chapter 12)
- Research and monitoring (Chapter 13)

This evaluative study starts by analysing the reasoning behind the policy. For each of the above policy areas, a description is provided of the underlying principles, the proposed approach and the envisaged outcomes of policy. Furthermore, the study examines whether the proposed approach was realised in practice and whether the outcomes are in line with expectations. Only to a limited extent can pronouncements be made about the 'effects' of policy, and then only with regard to some aspects of policy areas. The main starting point for the evaluation is the 1995 Drugs Policy Paper, with the situation in recent years forming the benchmark for outcomes. Documents analysed included policy documents, scientific publications, doctoral theses, research reports; data from existing registrations were examined as were secondary analyses of research data, as well as information obtained from experts in sounding board meetings.

Development of Dutch Drug Policy (Chapter 4)
This chapter outlines in chronological detail the main developments of recent decades in Dutch drug policy. After a brief historical introduction, a description follows of how the amendment of the law came about in 1976. This statutory change was a direct consequence of the reasoning that the risk posed by a substance to the user and to society should form the main premise for policy making. On the basis of a number of recommendations, including those of the Baan Commission, a distinction has been made ever since in drug policy between substances containing an unacceptable risk to public health (hard drugs) and cannabis, a substance that poses less of a threat to public health. Furthermore, it was agreed that stigmatisation and criminalisation of drug use should be avoided. In the late 1970s, the government initiated a debate on the issue of innovation in drug treatment. This was the precursor to the introduction of methadone and other treatment methods that are now known collectively as "harm reduction". This development was further intensified by the emergence of the HIV/AIDS epidemic. Furthermore, from the mid-1980s the Netherlands was confronted with a new type of recreational drug – ecstasy. Besides the increasing use of this drug in the social scene, the Netherlands became an ecstasy producing and exporting country.

The publication of the Policy Paper on Continuity and Change – the 1995 Drugs Policy Paper – heralded a new policy approach. The fundamental principles of Dutch drug policy were not up for discussion. However, the Policy Paper did give rise to a range of innovative approaches to specific groups of addicts, as well as to matters related to the production, trafficking and use of drugs. The Policy Paper also called for a more integrated approach to the ways in which national government, municipalities, departments, authorities and countries separately tried to define the problems and seek solutions. A number of main aspects of this policy development are further described in this chapter. For instance, policy on cannabis and coffee shops has been further modified and regulated via a constant stream of measures and legal amendments. This chapter also focuses on the

development of a wide range of treatment options, both in non-compulsory addiction care and in compulsory addiction care (by court order). We also look specifically at how the increasingly large-scale and professional illegal cannabis cultivation and the illegal production of synthetic drugs are being combated. A further important development since 1995 is that the set of legal, administrative and judicial instruments has been further modified to enable local authorities in particular to tackle prevalent local drug crime and drug-related public nuisance. Finally, we outline the investments that have been made in the area of research and monitoring, and dwell on the efforts made in the area of international collaboration. This chapter can thus be regarded as an introduction to the further analysis of drug policy as detailed in the following chapters.

Statistics: Developments in drug policy and international comparison (Chapter 5)
The seriousness of the drugs problem can be measured on the basis of five key epidemiological indicators which have been established by the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). These are the prevalence of drug use in the general population and among the school-going population; prevalence estimates of problem drug use; demand for treatment on account of drug use; (infectious) diseases related to drug use; and drug-related deaths. For all drugs, with the exception of ecstasy, the Netherlands scores below the European average for prevalence of use in the general population, and lower than prevalence rates in the US. Among secondary school-goers a slightly declining trend in drug use can be seen since 1996 in the Netherlands. Nonetheless, cannabis use among school-goers of 15 and 16 years old scores well above the international average. This is true both for the percentage of current users and the more frequent users of cannabis. With regard to the number of problem hard drug users, (opiates and often also crack cocaine), the Netherlands obtained a low average score, although differences in definitions and methods did not permit precise comparisons. There are relatively few new opiate addicts in the Netherlands, and the average age is rising. It is not known whether the numbers of primary crack users who don't use opiates are increasing. This also applies to the question whether crack use leads to chronic problems to the same extent as opiate use.
Trends in the number of treatment requests in the Netherlands (a decline in opiate clients and an increase in the number of cocaine and cannabis clients) are similar to those seen elsewhere in Europe. In the Netherlands the increase in the number of cocaine clients (particularly crack users) has recently levelled off. Such trends cannot be interpreted as reflecting an increase or decrease in the problem itself. The percentage of injecting opiate clients is the lowest in the Netherlands of all EU-15 countries. It is thought that this factor plays a part (among others) in the relatively low number of drug-induced deaths (overdoses) in the Netherlands. Some older data show pronounced regional variation in the prevalence of HIV infection among injecting hard drug users. The annual incidence of new HIV infections in this group has declined sharply since the epidemic of the early 1980s, and remains low by comparison with other countries. Likewise, the growth of new Hepatitis C cases has declined, although prevalence among injecting drug users is high. We may conclude that the Netherlands scores 'average to well' on the indicators of the EMCDDA. However, with regard to ecstasy use in general and cannabis use among youngsters, the Netherlands scores in the higher echelons.

Market separation & policy on coffee shops (Chapter 6)
Since the 1970s, policy in the Netherlands has focussed on combating the marginalisation and criminalisation of cannabis users and minimising the likelihood that they will become hard drug users. By tolerating small-scale selling of cannabis and clamping down on hard drug dealing, it was hoped to achieve a separation between the soft drug and hard drug markets. This policy was based on the principle that the risks attached to cannabis were rated much lower than those related to hard drugs. While cannabis was sold to consumers in the 1970s mainly through house dealers, from the late 1980s it was chiefly sold in coffee shops. In 1995 policy on coffee shops started to focus on reducing the public nuisance factor (including drugs tourism) and criminality associated with coffee shops and cannabis cultivation. This took the form of measures such as stricter application of legislation, improved monitoring of compliance and expansion of administrative measures.

Has the proposed approach been realised? In some respects the proposed approach has been realised, but in other respects it has not. In 1976 the laws were changed in order to reflect the differences in the risks involved in cannabis compared to hard drugs. A policy of tolerance was adopted in relation to the sale of cannabis in coffee shops, subject to conditions that are laid down in the national guidelines of the Public Prosecutor (the AHOJ-G criteria). These criteria have been extended and intensified over the course of time. At local level further criteria were added to the list, such as a mandatory minimum distance from schools. Compliance with the national and local criteria is monitored, sanctions may be imposed, and municipalities can receive advice and support from an expert agency. The scope for taking action against non-sanctioned cannabis sales outlets has been expanded. On the other hand, however, little use has been made of the legal instruments available, and possible criminality associated with the coffee shops has only started to receive attention in recent years. In principle, the

criteria are being adhered to, but at the same time, the criteria themselves contain loopholes that make it difficult to detect violations. The policy on coffee shops has been decentralised. At local level, various initiatives have been taken to combat public nuisance as well as drugs tourism.

Have the envisaged outcomes been achieved? As intended, cannabis users are seldom arrested for possession of the drug, and as such they remain outside criminal law. In other Western countries, there is a far greater likelihood of being arrested for possession or use of cannabis, but there is no consensus on the extent to which this has negative (social) consequences for the user. Often those arrested are fined or cautioned.

Research among cannabis users has shown that coffee shops are the major direct or indirect source for purchasing cannabis. They are not, however, the only source, even in municipalities where coffee shops are located. There is a market everywhere for non-sanctioned sales outlets. Underage youngsters can easily procure cannabis, particularly through friends; and some also manage to buy the substance in coffee shops. On the other hand, there is a low risk that they will be exposed to hard drugs in the coffee shops. This is also generally true for adult cannabis users. When cannabis is sold through other, illegal channels, there is a greater risk of exposure to the hard drugs market, depending on the type of supplier. On balance, it may be concluded that the markets for hard and soft drugs remain largely separate in the Netherlands.

Since there are countless factors that may influence the use of (hard) drugs, it remains difficult to make definite assertions about the effects of market separation. A positive effect of the coffee shop system on the use of hard drugs cannot be demonstrated convincingly; nor can it be ruled out. In so far as international comparisons are feasible, there are many countries that have higher, similar or lower prevalences of hard drug use among cannabis users. However, the use of hard drugs, with the exception of ecstasy, among the general population is relatively low in the Netherlands.

There are no indications that the coffee shops have led to an inordinate rise in cannabis use, at least among adults. Compared to other western countries, cannabis use in the general Dutch population is relatively low. However, the same cannot be said for underage school-goers. Despite an overall levelling off in use, they score relatively highly for cannabis use in the Netherlands, compared to their peers in other European countries. It is unclear whether this is linked to the existence of coffee shops (greater availability – albeit indirectly; greater acceptance of use) or other factors. Among certain groups of more vulnerable youngsters the use of cannabis is the rule rather than the exception. Furthermore, there has been a sharp rise since the mid-1990s in the numbers of cannabis users seeking treatment from addiction care, as is the case in numerous other European countries. However, it is not known whether this development is indicative of an increase in problem usage.

The number of coffee shops in the Netherlands is declining steadily, although the number of municipalities that tolerate coffee shops has remained stable. As a rule, coffee shop proprietors try to comply with the rules and conditions, and are generally successful in this. The most common violations are those concerning age limit and maximum sale quantities. Compliance with the 'no sale of hard drugs' rule is high, as this is seen to be essential for the continued functioning of the coffee shop system. Nonetheless, a certain risk prevails that the aims of coffee shop policy will not be entirely achieved, as a result of grey areas and difficulty in policing some rules.

On a nationwide basis, not many formal breaches of the prevailing public nuisance criteria for coffee shops are registered. Research has shown that in 2007, these criteria were sometimes breached in the case of over 40% of coffee shops, and that in 2004 and 2007 these criteria were violated more often than other criteria. Specific details about the extent of the breaches and about national trends are unavailable. A number of border municipalities experience serious nuisance from drugs tourism. In this regard, the policy objectives have clearly not been realised. The role of criminal consortiums and criminality surrounding coffee shops has only come under the spotlight in recent years. By intensifying policy it may be possible to combat criminality among coffee shop proprietors, but not the organised crime behind cultivation and trafficking. Over time, the coffee shop sector has become increasingly more commercialised. This is remarkable in view of the fact that policy is based on the thinking that the sale of cannabis should be small-scale and non-commercial.

Prevention and Harm Reduction (Chapter 7)

The main objective of Dutch policy on drugs is "the prevention and management of the risks to individual and society arising from drug use". In the 1995 Drugs Policy Paper, this aim is further described as preventing the country's youth in particular from starting to use drugs, and providing problem users with the medical and/or social support needed to alleviate their distress. This objective prioritises public health considerations, whereby limiting the harm of drug use takes precedence over punishing offences. It is a fundamental principle which has engendered a policy that emphasises prevention and harm reduction.

The policy of prevention and harm reduction of the past 30 years has evolved in reaction to various developments in society. Firstly, the 1980s saw an increase in the public nuisance caused by problem drug users, particularly in the major cities. Equally important was the HIV epidemic among injecting drug users. In the 1990s

there was a rapid rise in the popularity of ecstasy and other synthetic drugs, especially in younger age groups. There was increasing scientific evidence for the harmful effects of ecstasy use, both in the short term and the long term. In addition, concern was growing about the effects of cannabis, particularly in relation to the increased THC content, the rising demand for treatment and the association between cannabis use and psychiatric disorders.

Has the proposed approach been realised? It was proposed that a broad approach to the area of prevention should be taken, encompassing a comprehensive and varied range of prevention activities aimed at public awareness, as well as monitoring the user and supply markets, plus scientific research. Furthermore, coffee shop policy, administrative measures and judicial interventions all ultimately contribute to the prevention of use and of the problems associated with drug use. The proposed prevention activities, such as those described in the 1995 Drugs Policy Paper, the 2001 Policy Paper on Joining Forces against XTC, and the 2004 Cannabis Report have largely been realised. Between 1996 and 2008 large-scale public awareness campaigns were conducted on a virtually annual basis. In 1996 a telephone information line (the Drugs Infoline) was set up. It operates 24 hours a day, providing scientifically founded information and also has a website (www.drugsinfo.nl). Since the early 1990s, a prevention programme (The Healthy School and Drugs) has been integrated into the curriculum for pupils in the higher classes of primary school and the lower secondary school classes, and is updated regularly. Prevention efforts in recreational outlets and in coffee shops are embodied in the project 'Drugs and the social scene'. Public information about cannabis has been stepped up through the project 'Prevention in the Coffee Shop'. And a national support centre (The National Support Centre for the Prevention of Addiction and Substance Use (LSP)) has been set up to improve the quality of prevention activities and promote clarity and coordination regarding these.

Furthermore, activities proposed under policy on ecstasy have been realised, or are being developed. Information activities have been aimed at potential ecstasy couriers; the user market is being monitored through qualitative and quantitative research, and the supply and composition of drugs are being monitored by the Drugs Information and Monitoring System (DIMS). Dutch Parliament called a halt to the testing of pills at recreational sites. Training and courses about first aid and prevention of accidents are available to staff at recreational venues; the target group is reached through channels such as peers and informative websites.

The most recent public information campaign on cannabis took place in 2006. There are prevention modules for drug use among youngsters in hang-outs and in youth centres, and a training course has been developed for youth workers (Open and Alert). The proposed 'less non-committal public information' in coffee shops has resulted in the development of a new leaflet for coffee shop frequenters and a course for coffee shop staff. Most of the prevention activities proposed in the 2004 Cannabis Report have been realised, with the exception of specific activities aimed at people suffering from a psychiatric disorder.

The envisaged approach to the area of harm reduction has largely been realised. Thanks to the Strategy Plan for Social Relief, low-threshold relief for the homeless (and those threatened with homelessness) has been given a major boost in the four major cities. The majority of this target group are drug users. As a result, the number of user areas has increased, needle exchange has been widely available for a number of years – although demand for this facility has declined on account of the dwindling popularity of injecting – there is a free Hepatitis B vaccination for hard drug users, and in the autumn of 2009, a mass media public awareness campaign on Hepatitis C will take place.

The degree of focus on vulnerable groups depends on developments in societal attention to such groups. In former years, immigrant groups were the focus of many prevention activities; however, following mergers in addiction care, these activities have become considerably less marked. There are now other interventions, targeting, for example, young people inside and outside the social scene, young people in institutions, children of addicts and youngsters with mild mental disabilities.

Have the envisaged outcomes been achieved? Universal preventative interventions have shown at most only minor effects on attitudes to drugs, and have no or only short-lived impact on use. In fact, even a counter-productive effect has been described. However, knowledge about drugs has been found to have a positive effect. This has been shown both in the findings of Dutch drug prevention projects, and in international scientific literature. Preventative interventions targeting groups with an above average risk of developing a drug problem (selective and indicated prevention) appear to be able to reduce drug use somewhat. There are indications – although no proof – both in national and international scientific literature, that combining various strategies can intensify the preventative effect of such measures. In the Netherlands, various acknowledged "best practice" interventions are in use. These include the "home party", aimed at immigrant families and families in disadvantaged neighbourhoods, an intervention aimed at the children of addicts, and the Theater2daagse, a drama production targeting immigrant youth. Insufficient research has been conducted to establish whether these interventions are achieving the desired results.

In the area of harm reduction, there is more tangible evidence of the envisaged outcomes. Nationally, there has been a strong decline in the number of newly diagnosed HIV infections among drug users. In so far as data are available, the high rate of HIV infection among drug users appears to be restricted to Amsterdam, and possibly Heerlen. In recent years, there is also evidence of a decline in new Hepatitis C diagnoses, although in the meantime, many injecting drug users have become infected with this virus. Hepatitis B infection has also remained limited. Research in Amsterdam shows that these relatively favourable outcomes can partly be attributed to the widespread availability of harm reduction measures. The decline in the prevalence of injecting drugs has also contributed to these results. Individually, the interventions show only a slight effect. The favourable effects can chiefly be attributed to the combination of measures.
By international standards, the drug-related death rate is low in the Netherlands. Amsterdam-based research has found that both the decline in drug-related deaths in general and the decline in deaths through overdose are linked to participation in methadone maintenance programmes and needle exchange projects.

Care and Treatment (Chapter 8)
Addiction care in the Netherlands offers a combination of "cure" (treatment aimed at abstinence) and "care" (treatment aimed at stabilising the problems). At the time the Drugs Policy Paper was being drafted in the mid-1990s, the available treatment resources proved insufficient in a number of areas, which became manifest in a considerable public nuisance factor caused by drug use. Policy therefore concentrated on expanding the treatment resources, to enable a suitable and integrated treatment path to be drawn up for each individual drug addict. It was also aimed to improve the quality of care. This strategy was based on the premise that providing high quality care would have the effect of reducing public nuisance.

Has the proposed approach been realised? The proposed approach has been implemented to a large degree. Resources have been expanded in the areas of both cure and care. With regard to the treatment of opiate addicts, the emphasis on the "care" aspects of treatment has increased, because both practice and research have shown that in these cases sustainable abstinence is rarely an achievable goal. The Strategy Plan for Social Relief that was signed by the G4 and the Dutch government in 2006 has provided a significant contribution to social relief for the homeless (and those threatened with homelessness) causing public nuisance. Although the capacity of treatment resources has been increased, it is unclear if capacity is sufficient, because the total numbers of drug addicts (including those addicted to cannabis, cocaine and other substances) are not known. The (limited) data available from waiting list registers indicates that demand for treatment is fairly well matched by supply. However, it is typical of drug users that they often don't come forward to seek help. There are consistent indications that the care supply for double diagnosis patients is too limited and that follow-up in after-care projects is insufficient. A second limitation consists in the fact that there is no overview of the resources for vulnerable groups, such as immigrant groups. And the extent of the problems in vulnerable groups is unknown.

Various developments have contributed to an improvement in the quality of care. The long-term programme, Scoring Results, financed by the Health Ministry and launched in 1999 gave a substantial boost to the quality of addiction care in the Netherlands. Furthermore, research on care and treatment was promoted by two programmes focussing on addiction, funded by the Netherlands Organisation for Health Research and Development (ZonMw). Also of importance to the quality of addiction care are the introduction of benchmarking and the set of performance indicators to which the sector has committed itself. Further evidence of quality improvement in addiction care can be seen in the widespread familiarity with and increasing implementation of resources, guidelines and protocols for various treatments (including detoxification and maintenance treatment), which have been developed within the context of the Scoring Results programme.

Have the envisaged results been achieved? Treatment resources for opiate addicts have been expanded and improved. The average prescribed methadone dose was increased, after Dutch research showed that a higher dose achieved a greater effect. In addition, addicts who benefit little from methadone may be prescribed heroin under strict conditions. Medically prescribed heroin has been found to have positive effects on the health of the addict, and reduces the public nuisance factor. However, this approach has been adopted in only a limited number of countries, with the Netherlands playing a leading role. Focussing on housing, employment or daily occupation, finances and debt reduction is an integral part of medical care for addicts. Centres have been set up to coordinate this integrated care. There are indications that this resolute approach has greatly reduced the public nuisance caused by drug users in the major cities. However, there are no hard data to support this.

Resources have also been expanded to tackle problem use of other substances, although the emphasis in addiction care remains largely on problem opiate addicts. Various guidelines have been developed for the psychosocial treatment of cannabis and cocaine addiction. For a long time there were no specific treatment resources for minors; however in the early 1990s a number of special facilities were set up for this target group,

offering an integrated treatment approach. Expansion of resources has also taken place or is currently ongoing for other vulnerable groups, such as people with mild mental disabilities who have an addiction problem. Drug addicts with psychiatric comorbidity can be treated in special double-diagnosis clinics. Internet interventions (currently chiefly aimed at cannabis problems) can reach groups of patients who were not being reached before. The same can be said for the increasing number of private clinics for addiction treatment. By contrast, it appears that treatment resources for immigrants have been reduced, partly because some of the specific relevant expertise was lost at the time of large mergers.

It may be concluded that the envisaged outcomes in terms of realised resources have been reasonably well attained. Hard drug users have a relatively favourable profile in care, partly thanks to low-threshold, accessible treatment; the health of problem hard drug users is relatively good; deaths from overdose and the number of drug-related infectious diseases are relatively low by international standards. These outcomes all indicate that Dutch policy on treatment and care for addicts has been reasonably successful.

Drug Law Crime (Chapter 9)
'Supply reduction' is one of the cornerstones of drug policy in the Netherlands. Combating the smuggling, production, trafficking and possession of drugs takes place within the framework of international agreements. In this respect, Dutch policy is based on the premise that drug production and trafficking cannot be eliminated, but can be managed. There is a tougher policy for hard drugs than for soft drugs, and policy also varies according to the type of offence. It is aimed to combine law enforcement with administrative and financial or economic interventions. The Drugs Policy Paper envisages an intensification of international collaboration on stepping up measures to combat the production and trafficking of hard drugs (including ecstasy).

Has the proposed approach been realised? The two-track policy on investigation and prosecution is reflected in the application of the Opium Act by police and the courts. In recent times, drug offences have been tackled more severely thanks to the expansion of legal instruments and the intensification of investigative and prosecution efforts. Consequently, the number of drug offences being dealt with by the courts has increased. This can partly be explained by the tougher approach taken, especially to hard drugs. Accordingly, in 2009, drug law crime constitutes a greater burden, on both resources and finances, for the criminal law system.

Additional measures have been taken to reduce the production and export of ecstasy and imports of cocaine. Although not all plans proved feasible, and in some cases drastic measures caused serious problems, the situation improved nonetheless. In order to ensure that the problem does not return in full force, these measures have been made permanent.

Combating organised crime in relation to cocaine, heroin and synthetic drugs remains a priority for police and the courts. However, there is considerable variety in how these crimes are investigated and in the intensity of the investigations. Commercial cultivation of cannabis has been tackled more intensively since 2004. Here too, the focus has increased on the organised crime behind the cannabis plantations, although this is still in the process of being developed.

Increasingly, a more integrated approach to tackling drug crime is being adopted: a combination of administrative law, criminal law and financial instruments is used, and several organisations work together. Increasing use is made of the administrative law instruments, however, financial investigations are progressing more slowly. A more comprehensive approach is being taken to the entire drug chain from precursors and production up to and including dealing. International collaboration plays an important role in this respect. On balance, the proposed approach has been put into practice.

Have the envisaged outcomes been achieved? On the supply side, changes have taken place since 1995. With regard to cannabis, domestic cultivation has burgeoned and has become more professional. In 2008 the supply of Dutch-grown weed appeared to show some decline. It is not known whether this has to do with the intensified clamp-down or with other factors. Although criminal consortiums are involved in the cultivation, the extent of this remains unclear. There are recent signals that this involvement may be on the increase.

Until 2008, ecstasy appeared fairly widely available on the Dutch consumer market. However, recently, (late 2008, early 2009) there appears to have been a substantial deterioration in the purity of the substance, which is attributed to a shortage of precursors. This is also true for amphetamine. It remains unclear to what extent anti-drug measures have caused this. It is also difficult to ascertain whether production is currently still taking place on Dutch soil. It would appear to be spread across a number of countries, accompanied by a decline in the international role of the Netherlands in this respect.

Cocaine production in the South American countries of origin continues unabated. Despite changes to trafficking routes, possibly because of intensified investigations, the availability of cocaine on the Dutch market

does not appear to have changed greatly. The consumer market for cocaine, however, does show some changes, but no great changes. The price decreased slightly since the nineties and the proportion of cocaine samples with adulterants increased in the past years. The Netherlands continues to play an important role as a transit country for the drug, although apparently somewhat less prominently. The Netherlands is also a wholesale market for heroin. The heroin market in the country itself appears relatively stable and comparatively small.
Criminal consortiums at national and international level are still involved in drug law crime.

It can be concluded that some policy objectives have been realised in a number of areas. The commercial growing of cannabis at home seems to have declined, there are fewer body-packers or drug swallowers smuggling cocaine into the Netherlands via Schiphol airport, and the role of the Netherlands in the production and export of ecstasy appears to have lost prominence. On the other hand, the Netherlands continues to play an important role as a transit country for cocaine and heroin. Furthermore, a shift has been observed in trafficking routes and production locations, with the production techniques of both cannabis and cocaine becoming more efficient.

Offences committed by drug users (Chapter 10)
Since the 1980s, the Netherlands has battled with the problem of high criminal recidivism among a group of long-tem problem hard drug uses. Drug policy is based on the assumption that a reduction in the crimes committed by these problem drug users can only be brought about if the users receive help for their problems and their addiction. This principle is also set out in the 1995 Drugs Policy Paper. The proposed approach consists of a combination of care, detention and rehabilitation, with the emphasis on improving the progression to care after detention, cooperation between police, the courts, municipality and penitentiary institutions, as well expanding the facilities for compulsory and quasi-compulsory treatment.

Has the proposed approach been implemented? The approach has largely been realised. New measures and care provisions have been created for the target group. The scope for imposing a compulsory care order – outside the prison system – has been expanded by measures including the Forensic Addiction Clinic (FVK) and suspended sentencing. More stringent measures have also been adopted, such as the Judicial Placement of Addicts (SOV) and the Placement in an Institution for Prolific Offenders Act (ISD). Under these measures, drug users can be placed in (special) penitentiary institutions. The judicial addiction care has evolved alongside mainstream care for problem drug users.

In recent years, criminal law has been applied more consistently to this target group. There is also greater emphasis on a person-oriented approach instead of a case-oriented approach. This means users can be detained for longer periods, screened systematically for individual risk factors and can be more stringently selected for behavioural interventions. However, this development has not taken place specifically for tackling drug users. It is a general societal trend which is also evident in relation to other target groups. Tackling problem drug users who have a high level of criminal recidivism has acquired a place within security policy.

Initially there was a difference in approach between the SOV and the ISD. The SOV clearly had a dual objective: besides protecting society, it was also hoped to improve the situation of the addict. By contrast, the primary aim of the ISD was incapacitation. However, over time, a shift has taken place in the objectives of the ISD, and there is now more emphasis on rehabilitation. The judiciary played an unmistakeable role in this development, not only via judicial reviews, but also by exerting pressure to place greater emphasis on care, since the ISD groups were proving exceptionally difficult.

Remarkably, all the above approaches – compulsory treatment, FVK, SOV and ISD – have so far encountered similar problems. The scope for compulsory treatment in the target group remains limited, the numbers receiving treatment are often lower than expected, and the target group typically often exhibits complex problems and limited mental capacity. The demands made on the competencies of personnel are greater than expected, and the existing care resources and behavioural interventions require modification. These problems tend to be tackled on an ad hoc basis. Some have been resolved, others have not. It is not clear what these problems can be attributed to. Currently several improvement projects are ongoing with regard to compulsory treatment, aftercare and the ISD. The important thing is that collaboration between care organisations, police, the judiciary, municipalities and penitentiary institutions have improved in recent years, having sometimes been fraught with difficulty in the past.

Have the envisaged outcomes been achieved? Currently, developments in the area of criminality are going in the right direction. The crime rate has dropped, particularly property crime. This appears to a certain extent due to a decrease in crimes perpetrated by problem opiate users. We can partly explain this by the fact that this group is ageing and getting smaller, and also because addicts from other western countries are leaving the Netherlands according as facilities in their own countries are improving. Further reasons for the lower crime rate

include the improved support for addicts in the Netherlands, methadone and prescribed heroin programmes and intramural detention in the ISD, where some 600 mostly prolific offending addicts are detained every month. On the other hand, there has been an increase in violent crimes among drug users. This may be linked to the use of cocaine/crack. However, little is known about the nature and cause of these offences.

Chronic hard-drug using prolific offenders form a complex target group. Neuro-biological research of recent years has shown that their functioning has been affected by years of drug use. They are battling not only with long-term addiction problems, but often too with underlying psychiatric disorders and sometimes reduced intellectual capacity. The path to a stable, independent existence in society seems to be attainable for very few.

Research has shown that compulsory and quasi-compulsory treatment under the SOV measure has a greater effect on substance use, living situation and criminal behaviour than detention alone. Likewise, prescribed substances (heroin) may be effective in reducing criminal recidivism. However, the effects of compulsory and quasi-compulsory treatment lessen over time. Research findings show that long-term follow up and aftercare as well as low-threshold interventions are necessary to reduce the criminal nuisance factor associated with this group.

Drug-related public nuisance (Chapter 11)
In the 1995 Drugs Policy Paper, drug-related public nuisance is seen as a serious problem, requiring special attention. The proposed approach to this problem consists of a combination of measures – preventative, administrative and legal. Drug users causing public nuisance are dealt with by means of both detention and treatment. Public nuisance caused by drugs is understood to include criminal, public order and audio-visual disturbance. Subjectivity plays an important role in defining public nuisance. Most of the nuisance is associated with hard drug use and dealing, followed by coffee shops and large-scale hemp cultivation in houses. The latter contributed to the intensification of anti-cultivation measures which were announced in the 2004 Cannabis Report.

Has the proposed approach been implemented? A large number of measures have been taken to combat the public nuisance caused by hard drugs. These tend to have a two-pronged goal: the reduction of nuisance on the one hand, and an improvement in the situation of those causing the nuisance on the other hand. Virtually all municipalities in the Netherlands take a broad approach, with detention and treatment – relief, support, housing, user rooms - going hand in hand. The local authorities make various legal instruments available.

Nuisance surrounding coffee shops chiefly involves parking and traffic problems, followed at some distance by the disturbance caused by youngsters hanging around and noise. Nuisance involving coffee shops occurs chiefly in a number of small border towns, and to a lesser extent in the other municipalities that have coffee shops. In a number of border areas large number of drugs tourists from Belgium, Germany and France cause a considerable amount of public nuisance. This type of nuisance is tackled by imposing and policing national and local criteria for coffee shops. Special, broader projects have also been conducted in an attempt to reduce this kind of nuisance.

Large-scale cultivation of hemp in houses has been tackled. In recent years, thousands of nurseries, particularly in houses, have been dismantled.

In combating public nuisance, local factors are central. Local authorities have the scope to customise their approach to suit local conditions. Accordingly, they seek to find their own solutions to problems that arise. Consequently, there is considerable variation in the solutions, such as relocating coffee shops (Venlo), restricting the number of coffee shops (Terneuzen) or closing them down (Roosendaal and Bergen op Zoom).

Have the envisaged outcomes been achieved? With regard to the public nuisance caused by hard drug users, it appears that some measures, such as user rooms and street-clearing orders have contributed positively to a reduction in disturbance, although some relocation effects have been identified. In general, nuisance caused by hard drugs has declined since 1996, particularly in highly urban areas. This decline can chiefly be attributed to a reduction in the use of public spaces by users and street prostitutes.
With regard to public nuisance surrounding coffee shops and drugs tourism, the projects have had varying degrees of success. In some border municipalities drugs tourists continued to cause serious problems in 2009; this problem has not disappeared.

Although the integrated approach has led to the dismantling of thousands of hemp farms, it is not exactly known to what extent this has reduced the nuisance factor.

The solutions found by municipalities for coffee shop tourism would sometimes appear not to be entirely compatible with the principles of national policy, specifically where the creation of large coffee shops is concerned.

International Collaboration (Chapter 12)
As far as Dutch international policy is concerned, the priority was to ensure that the Netherlands could direct its own drug policy, despite the international pressure being exerted on the government to modify its policy. The objectives of the Netherlands in its international policy have largely not been explicitly set out, but can generally be understood from comments on formal policy papers and from the activities carried out or supported since 1976. Given this underlying general objective, and the envisaged outcome of Dutch international action, various forms of collaboration were sought in the different areas of policy. Details of these policy objectives were further elaborated in the 1995 Drugs Policy Paper:

- To prevent international criticism and improve the image of the Netherlands by providing correct information about the country's legal framework, policy and practice as well as an explanation of the underlying principles and objectives.
- To start an international discussion about the pros and cons of legalising soft drugs and make this subject debatable.
- To reduce cross-border public nuisance problems by combating (a) drugs tourism and (b) the export of cross-border/overseas drug problems to the Netherlands.
- To reduce cross-border (organised) crime related to drug trafficking and production, by joining forces with other countries and international agencies in combating this problem.

Two developments have played an autonomous, yet important role in whether these goals were achieved. First, the HIV/AIDS epidemic made many governments more amenable to the principle of 'harm reduction', one of the main cornerstones of Dutch drug policy. Second, the expansion of the European Union has meant that Dutch policy has to be viewed in an ever stronger European context.

Have the envisaged outcomes been realised? It may be concluded that the Netherlands has succeeded in pursuing the key elements of its policy, despite much criticism and pressure from abroad. Only in respect of the amount of cannabis permitted for own use has the Netherlands succumbed to international pressure, by reducing the limit from 30 grams to 5 grams. At the same time, we may assert that a number of Dutch principles have been adopted by other countries. This applies both to the decriminalisation of amounts of drug possession for own use and to harm reduction measures such as treatment with drug replacement therapies, needle exchange programmes and viewing treatment as an alternative to prison. An international debate about the pros and cons of the legalisation of soft drugs has never been conducted openly in a meaningful way. On the other hand, some elements of the cross-border public nuisance problem, caused by foreign heroin users, have been resolved. In contrast to this success, drug tourism around coffee shops in a number of border municipalities remains a daily issue. Accordingly, Dutch coffee shop policy remains a major focus of international criticism, particularly at political and administrative level. There has been some success with regard to tackling cross-border trafficking. However, no data are available to suggest whether improved collaboration has succeeded in reducing drug-related crime from an international perspective. Finally, some improvement has taken place in the international image of the Netherlands, partly thanks to the above-cited elements that have been incorporated in the policies of other countries, and partly due to the international anti-drug crime efforts of the Dutch Justice Ministry. These factors have contributed to a reduction in the volume of international criticism.

Research and Monitoring (Chapter 13)
One of the aims of the 1995 Drugs Policy Paper is to seek scientifically founded ways to improve and update addiction care through research and the development of guidelines and protocols. The poorer than expected results of some types of treatment as well as the emergence of new groups of drug users mean that scientific research on new prevention and treatment strategies is necessary. A further aim of policy is to create conditions permitting the discussion on the effects of Dutch drug policy both at national and international level, to be based more than formerly on scientific knowledge and sound statistical estimates. This is necessary, because Dutch drug policy, with its culture of tolerance, and emphasis on harm reduction, has been regularly in the line of (international) fire throughout the years. It is therefore of great importance to the Netherlands that reliable data should be made available about the nature and extent of drugs use over time, as well as the negative effects and developments in supply, in the light of health considerations as well as judicial matters.

Has the proposed approach been realised? In the 1995 Drugs Policy Paper, the 1994 XTC Policy Paper (which led to the National Working Group) and the 2004 Cannabis Report (containing a cannabis-deterrent policy) a series of measures was proposed. These included proposals to expand the research area to include more programmes, while also focussing on specific aspects; keeping track of drug use and its consequences via monitors; and setting up registration systems and large-scale population studies. Most of these proposed activities

were indeed carried out. New, fairly comprehensive activities were launched (such as the Netherlands National Drug Monitor (NDM), the Scoring Results programme and the ZonMw-research programme); a number of existing activities were supported – sometimes with certain modifications, or were continued (e.g. the Drugs Information and Monitoring System (DIMS), the National Alcohol and Drugs Information System (LADIS) and public anti-cannabis campaigns).

Have the envisaged outcomes been achieved? The 1995 Drugs Policy Paper would appear to have gone some of the way towards addressing the stated lack of data. The NDM publishes an annual report on the nature and extent of drug use in the Netherlands and on drug-related crime. Moreover, with the guidelines and protocols which have largely been published by the Scoring Results programme, a basis has been laid for evidence-based work in addiction care. Furthermore, considerable effort was put into the implementation of evidence-based interventions, although some obstacles still remain. Although organisations are often well informed of knowledge products, various problems need to be overcome in order to actually introduce new interventions on a sustainable basis. This is not always successful. Currently, these efforts are taking place in the form of the earlier cited Diagnosis Treatment Combinations, via Benchmarking of certain elements of addiction care and by means of GGZ mental health care performance indicators, which also apply to addiction care.

Municipal policy regarding coffee shops, numbers of coffee shops and breaches of the AHOJ-G criteria are monitored on a national basis via research. Drug-related organised crime is monitored separately. Furthermore, both small-scale and large-scale evaluation research is conducted on judicial policy and behavioural interventions. Drug-related public nuisance is covered by the State Safety Monitor, although this only generates a very general picture.

It is important for the success of guidelines and monitors that figures are regularly updated, since otherwise the results may become outdated or show gaps. Apart from the danger of becoming outdated, essential data may be left out or be of insufficient quality. This applies to data on the size of the group of problem cannabis and cocaine users, the extent of public nuisance caused by drug users and other forms of drug-related public nuisance, the prevalence of infectious diseases (HIV, Hepatitis B and C), trends in (risky) recreational drug use among youngsters and the registration of the effects of specific treatments and care. There is also insufficient understanding of developments in the problems (mental, social and health-related) among problem drug users. Finally, we do not yet know who participates in the "new" treatments that are offered via internet or in private clinics. And data on drug law crime often lack specificity.

Research on ecstasy, prompted by the rise in synthetic recreational drugs has highlighted the risks of using ecstasy, as a result of which policy initiatives were adopted to reduce these risks.

Virtually all proposed research activities related to the objectives of the Cannabis Report have been carried out, although not all the questions that are of importance for cannabis-deterrent policy have been addressed.

Conclusions and Discussion (Chapter 14)

In this chapter we conclude that the approach proposed in Dutch drug policy, i.e. a combination of measures targeting a reduction of demand, harm and supply, has broadly been adopted in practice. Nonetheless, this evaluative study has identified a number of problems related to implementation and capacity as well as gaps and loopholes.

It may also be concluded that policy has not prevented an increase in drug use between the late 1980s and the mid-1990s, particularly among minors. Nonetheless, compared to other European countries and the US, drug consumption in the Netherlands in the general population is average or low, with the exception of ecstasy, and the situation is stabilising. With regard to managing individual (health) risks, policy appears to have been fairly successful. At the same time, it must be acknowledged that high-risk drug use is more common among vulnerable groups of youngsters. There has also been a rise in the demand for treatment for cannabis problems from addiction care services; however it is unclear whether this indicates an increase in problem use. Where crime among long-term problem hard drug users is concerned, there is a perceptible decline in property crime, which can (partly) be attributed to a decline in criminality among opiate addicts. However, there are signs of a rise in violent crimes committed by drug users. In the recent period criminality associated with drug production and trafficking as well as drug-related public nuisance received greater attention than might have been expected on the basis of the 1995 Drugs Policy Paper. There has been some success with intensified policing of cocaine, ecstasy and cannabis. Although recent data indicate that these developments are going in the right direction, certain shifts in drug production and supply have been noted, and the involvement of organised criminal consortiums operating both on the domestic market, but especially internationally, continues unabated. In some border communities, coffee shop tourists cause serious public nuisance.

It may be asserted that Dutch drug policy has been reasonably successful, even by today's standards, in achieving the goals set out, although certain problems continually require renewed attention.

2 Inleiding

2.1 Achtergrond

Het Nederlandse drugsbeleid is sinds de ontwikkeling ervan, medio jaren zeventig van de vorige eeuw, gericht op beheersen en terugdringen van drugsgerelateerde problemen. De handel in drugs wordt, met uitzondering van de verkoop van kleine hoeveelheden cannabis voor eigen gebruik, streng aangepakt om het aanbod van illegale drugs tegen te gaan. Een drugsverslaafde wordt niet gezien of behandeld als een crimineel, maar als een patiënt die zorg en behandeling nodig heeft. De schade die het gebruik van drugs kan veroorzaken moet niet met strafrechtelijke, maar met medische en (psycho)sociale middelen worden voorkomen en beperkt (harm reduction). Vanwege verschillen in gezondheidsrisico's wordt in de Opiumwet sinds 1976 onderscheid gemaakt tussen cannabis en drugs met een onaanvaardbaar risico: de harddrugs.

Het huidige drugsbeleid bouwt nog steeds voort op de beleidsnota *Continuïteit en Verandering* uit 1995.[1] Hierin zijn de visie, de beoogde aanpak en de doelstellingen van het Nederlandse drugsbeleid beschreven. Nadien hebben nog verschillende, meer specifieke drugsnota's het licht gezien, waarin een grotere nadruk op de handhavingsaspecten lag.

Op 6 maart 2008 heeft in de Tweede Kamer het debat over het Nederlandse drugsbeleid plaatsgevonden. De ministers van VWS, Justitie en BZK hebben tijdens dit debat aan de Kamer toegezegd een nieuwe drugsnota op te stellen.[2;3] Als voorbereiding op deze drugsnota hebben de ministers van VWS en Justitie aan het Trimbos-instituut en het WODC gevraagd een evaluatie uit te voeren en deze gezamenlijk en integraal te rapporteren.

2.2 Doelstelling van de evaluatie en evaluatievragen

De evaluatie wil in de eerste plaats laten zien in hoeverre de hoofddoelstelling van het Nederlandse drugsbeleid, volgens de Drugsnota 1995, gerealiseerd is. Die doelstelling betreft het primaat van de bescherming van de volksgezondheid: preventie en beheersing van de uit drugsgebruik voortvloeiende individuele en gemeenschapsrisico's. De overheid heeft volgens deze opvatting tot taak om zoveel mogelijk te voorkomen dat in het bijzonder jeugdige burgers overgaan tot het gebruiken van drugs en om aan de problematische gebruikers een medisch en/of sociaal hulpaanbod te doen ter leniging van hun nood (harm reduction).

Daarnaast wordt ingegaan op relevante subdoelstellingen van het drugsbeleid. Thema's die in de evaluatie aan de orde komen, zijn:

- De scheiding van de markten en coffeeshops (hoofdstuk 6)
- Preventie en harm reduction (hoofdstuk 7)
- Zorg en behandeling (hoofdstuk 8)
- Drugswetcriminaliteit (hoofdstuk 9)
- Delicten gepleegd door drugsgebruikers (hoofdstuk 10)
- Drugsgerelateerde overlast (hoofdstuk 11)
- Internationale samenwerking (hoofdstuk 12)
- Onderzoek en monitoring (hoofdstuk 13)

De volgende centrale vragen komen in de evaluatie aan de orde:

1. Wat zijn de achtergronden, centrale doelstellingen en belangrijkste aannames van het Nederlandse drugsbeleid? Welke aanpak (maatregelen, interventies) en welke resultaten zijn beoogd?
2. Hoe heeft het drugsbeleid zich ontwikkeld in de periode 1972–2008?
3. In hoeverre is de beoogde aanpak geïmplementeerd?
4. In hoeverre zijn de beoogde resultaten gerealiseerd?
5. Waren er onbedoelde ongewenste en gewenste 'neveneffecten'?
6. Hoe staat Nederland ervoor in vergelijking met andere landen?
7. Welke conclusies kunnen op basis van vraag 1-6 getrokken worden ten aanzien van het Nederlandse drugsbeleid?

Ter aanvulling op deze evaluatievragen worden specifieke vragen van de opdrachtgevers beantwoord (zie § 3.2). De nadruk in de evaluatie zal liggen op de periode 1995–2007/2008, ofwel vanaf het verschijnen van de Drugsnota 1995. Over de periode vanaf begin jaren zeventig tot 1995 zijn in tegenstelling tot de periode vanaf 1995 weinig systematische monitoring- en onderzoeksgegevens beschikbaar, die relevant zijn voor het in kaart brengen van de resultaten. In eerstgenoemde periode is echter de grondslag gelegd voor het Nederlandse beleid van de afgelopen decennia. Bij het beschrijven van de centrale doelstellingen en uitgangspunten van het beleid zal deze periode wel aan de orde komen.

Referenties

1. T.K.24077-3.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1994-1995 publicatienummer 24077 nr.3 (1995). *Drugbeleid; Nota 'Het Nederlandse drugbeleid: continuïteit en verandering'*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
2. T.K.Handelingen 2007-2008/60-1:Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2007-2008 Handelingen 60 pag.4213-4238 (2008). *Debat over het Nederlandse drugsbeleid (24077)*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
3. T.K.Handelingen 2007-2008/60-2:Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2007-2008 Handelingen 60 pag.4240-4268 (2008). *Voortzetting debat over het Nederlandse drugsbeleid (24077)*. Den Haag: Sdu Uitgevers.

3 Methode van evaluatie en werkwijze

Marianne van Ooyen-Houben en Margriet van Laar

3.1 Inleiding

De ministeries van VWS en Justitie hebben in augustus 2008 het Trimbos-instituut en WODC gevraagd een voorstel uit te brengen voor de evaluatie van het Nederlandse drugsbeleid.[1] Dit voorstel werd eind september 2009 goedgekeurd. Voor de uitvoering is een projectgroep (Trimbos-instituut en WODC) ingesteld, die in oktober 2008 is gestart met de voorbereidingen voor de evaluatie. Bij brief van 8 oktober 2008 heeft het Ministerie van VWS de Wetenschappelijke Raad van de NDM uitgenodigd om als begeleidingscommissie op te treden voor de evaluatie. Aanvullende deskundigen zijn gevraagd op het terrein van de methodologie, criminologie en verslavingszorg. De leden van de begeleidingscommissie staan vermeld aan het begin van dit rapport. De commissie is eind september 2008 bijeen geweest om de opzet van de evaluatie te bespreken. Op 6 april 2009 volgde een tweede bijeenkomst ter bespreking van de conceptrapportage. De leden hebben tevens tussentijds schriftelijk commentaar op conceptstukken geleverd.

Van oktober tot en met begin december 2008 zijn de belangrijkste beleidsdocumenten verzameld en is in hoofdstuk 4 de ontwikkeling van het Nederlandse drugsbeleid (op hoofdlijnen) beschreven. Dit concepthoofdstuk is op 15 december 2008 besproken tijdens een klankbordgroepbijeenkomst, waarvoor primair beleidsmakers zijn uitgenodigd die direct of indirect betrokken zijn geweest bij de totstandkoming van (onderdelen) van het drugsbeleid ten tijde van de Drugsnota 1995. De leden van de klankbordgroep staan vermeld aan het begin van dit rapport. Zij hebben de beschreven hoofdlijnen van het Nederlandse drugsbeleid op volledigheid getoetst en aanvullende informatie gegeven om meer inzicht achter de 'papieren werkelijkheid' te geven over achterliggende doelstellingen en keuzes voor een bepaalde beleidsaanpak. Hun commentaar is verwerkt in hoofdstuk 4. Vanaf januari tot en met maart 2009 is vervolgens gewerkt aan het vervaardigen van de overige hoofdstukken van de rapportage. Op 23 maart 2009 volgde een tweede bijeenkomst van de klankbordgroep, waarin vragen van de onderzoekers aan de orde zijn gekomen.

De wens van de ministeries om de rapportage in april 2009 op te leveren heeft beperkingen gesteld aan de reikwijdte van deze evaluatie. Het was in het beschikbare tijdsbestek slechts beperkt mogelijk om deelstudies uit te zetten om specifieke vragen te beantwoorden waar bestaande gegevensbronnen (of aanvullende analyses) niet (of niet snel genoeg) toegankelijk waren. Twee deelstudies zijn wel uitgevoerd. Eén betreft een inventarisatie van de literatuur over drugsgerelateerde overlast. Deze studie is in opdracht van het WODC uitgevoerd door Bureau Intraval.[2] Hoofdstuk 11 is grotendeels op deze studie gebaseerd. De tweede deelstudie betreft een vergelijking van trends in drugsgerelateerde criminaliteit tussen Nederland en enkele Europese landen en de VS. Deze studie is uitgevoerd door Bureau Driessen, eveneens in opdracht van het WODC.[3] Van de studie is gebruik gemaakt in de hoofdstukken 9 en 10. Op ontwikkelingen op lokaal niveau, waar zich vaak zowel de antecedenten als de implementatie van het drugsbeleid afspelen, is niet uitvoerig ingegaan; de nadruk ligt op 'nationaal beleid' (en daar waar dit relevant was het internationaal beleid). Interviewrondes met deskundigen in 'het veld', belangenverenigingen en andere partijen waren niet haalbaar. In het rapport worden in de hoofdstukken 5-13 telkens de meest in het oog springende lacunes in informatie besproken.

3.2 Methode van evaluatie

Het gaat hier om een evaluatie van een beleid dat een breed spectrum van onderwerpen, processen en actoren bestrijkt. De evaluatie doet een uitspraak over het beleid als geheel, maar ook over de centrale onderwerpen die er deel van uitmaken. De evaluatie wil bovendien zowel uitspraken doen over de uitvoering van het beleid en de beleidsonderdelen als over de mate waarin de doelen zijn bereikt en, waar dat mogelijk is, over de effecten.

In de evaluatie van beleid, en vooral in de evaluatie van complexe beleidsinterventies, wordt wel gewerkt op basis van beleidstheorieën.[4-9] Met de term 'beleidstheorie' wordt gedoeld op het geheel van veronderstellingen die aan een beleid ten grondslag liggen, de 'theorie' over hoe, door beleidsmakers, respectievelijk bestuurders, verschijnselen met elkaar in samenhang worden gezien – en waarom en hoe bepaalde interventies zouden moeten leiden

tot bepaalde uitkomsten. Een beleidstheorie kan dan ook gedefinieerd worden als het geheel van veronderstellingen die aan het beleid ten grondslag liggen: veronderstellingen omtrent de aanpak, de maatregelen en de mechanismen die moeten gaan werken en veronderstellingen over de uitkomsten die daarmee beoogd worden.

Het werken met een beleidstheorie biedt goede mogelijkheden om beleid te toetsen en te evalueren. De benadering wordt dan ook al vele jaren toegepast.[10] Recent is de benadering gebruikt in enkele brede beleidsevaluatieonderzoeken: in de evaluatie van rechtshandhaving in Nederland[11] en in de synthese van evaluaties van Nederlandse wetgeving.[12] Ook het Sociaal Cultureel Planbureau hanteerde in haar recente evaluatie van het veiligheidsprogramma een dergelijk evaluatiekader.[13]

Een beleidstheorie kan een ingewikkeld geheel zijn. Dat geldt zeker voor die van het drugsbeleid. Enerzijds is er het beleid zelf, dat impliciet of expliciet gebaseerd is op veronderstellingen over hoe met interventies bepaalde doelen bereikt kunnen worden en over het gedrag van degenen op wie het beleid gericht is. Anderzijds spelen bij de implementatie van beleid allerlei mechanismen en processen die het handelen van de (vele) verschillende actoren mede bepalen. Deze mechanismen en processen kunnen de uitkomsten van het beleid beïnvloeden.

In een evaluatie aan de hand van de beleidstheorie dienen eerst de veronderstellingen expliciet gemaakt te worden. Vervolgens wordt de 'theorie' getoetst aan de praktijk. Als blijkt dat de praktijk afwijkt van de theorie, kan dit erop duiden dat – om met Hoogerwerf (1998) te spreken – 'het beleid op een verkeerd getekende kaart van de werkelijkheid berust'.[14] Het loopt dan grote kans om te falen (zie ook: Van Noije & Wittebrood, 2008, p. 55[13]). Het expliciet maken van de veronderstellingen – van de beleidstheorie met alle aannames – kan op verschillende manieren gedaan worden (zie onder andere: Bressers & Hoogerwerf, 1995[5]; Leeuw, 2003[9]). Leeuw (2003) beschrijft de beleidswetenschappelijke methode, de strategische methode en de 'uitlokkings'-benadering.[9]

Bij de beleidswetenschappelijke benadering vindt nauwkeurige analyse plaats van formele en informele documenten en verslagen. Deze zijn gericht op het vinden van veronderstellingen over (hoofdzakelijk causale) relaties en aannames over de redenen waarom een aanpak zou moeten werken. Ook argumentatieanalyse wordt gebruikt om eventuele missende verbanden te reconstrueren.

De strategische methode tracht de veronderstellingen in groepsgewijze dialogen en debat naar boven te halen. De groep wordt breed samengesteld uit personen die een belang hebben bij het betreffende beleid. Gezocht wordt naar gemeenschappelijke kennis en gemeenschappelijke perspectieven.

De derde benadering probeert de 'mental maps' van personen die bij een interventie betrokken zijn te expliciteren. Hier wordt gewerkt met een combinatie van documentanalyse en observaties, waarbij de onderzoeker intensief meedraait in het proces en prikkelende vragen stelt om de aannames helder te krijgen, vooral in crisissituaties.

Het proces resulteert meestal in een grafische weergave van de beleidstheorie, waarbij de relaties tussen variabelen worden weergegeven door pijlen die van oorzaak naar gevolg lopen.[5]

Het expliciet maken van de mechanismen en processen vormt een belangrijk onderdeel van al deze benaderingen. De benaderingen zijn echter zeer intensief en vergen veel tijd. Dat zou zeker zo geweest zijn in het geval van het drugsbeleid. Een eerdere analyse van het Nederlandse drugsbeleid liet namelijk zien dat in bestaande documenten en in voorhanden onderzoek weinig informatie over specifieke gedragsmechanismen te vinden is.[15]

De tijd voor een reconstructie van processen in het beleidsveld kon in de onderhavige evaluatie niet vrijgemaakt worden. Er is daarom gekozen voor een meer pragmatische en globale benadering, waarbij niet is gereconstrueerd wat de impliciete veronderstellingen waren over processen die zich afspelen bij de verschillende actoren in het veld van drugs en verslaving. Het gaat hier dan ook eerder om een *beleids- of programmalogica* dan om een volwaardige beleidstheorie.

De beleidslogica vormt een manier om analytisch te evalueren, maar bevat weinig 'theorie': 'Analytic evaluation (or what we would refer to as program logic) focuses on identifying and describing program components, and then depicting how they fit together, usually in a simple sequence of inputs, activities, outputs and outcomes. While this might be good practice it does not constitute a theory underlying a program'.[16]

Het abstractieniveau van deze beleidslogica is dus hoog gebleven. Er heeft geen ontleding plaatsgevonden van onderliggende relaties tussen de verschillende elementen van het beleid en van gedragsmechanismen. De beoogde uitkomsten zijn niet ontrafeld in korte- en langetermijnuitkomsten. Toch biedt deze evaluatiemethode de mogelijkheid om veel diverse informatie uit onderzoek op systematische wijze samen te brengen, te ordenen en overzichtelijk te presenteren. Daarnaast kan de houdbaarheid van beleidsveronderstellingen op abstract niveau aan een globale toets worden onderworpen.

3.3 Werkwijze en informatiebronnen

3.3.1 Werkwijze

De beleidslogica is opgesteld aan de hand van documentanalyse en dialoog met de klankbordgroep van personen die bij het opstellen van het beleid betrokken waren. Deze benadering leunt sterk op de bovengenoemde beleidswetenschappelijke benadering. Deze benadering is hier vrij goed toepasbaar, omdat het Nederlandse drugsbeleid met al zijn overwegingen en uitgangspunten zeer goed is gedocumenteerd. Zo hebben bijvoorbeeld de commissies Hulsman en Baan in de jaren zeventig uitvoerig aandacht gegeven aan de uitgangspunten en de overwegingen van het landelijke drugsbeleid. Ook de Drugsnota 1995 is hierin expliciet.

Omdat het hier gaat om een zeer breed beleidsterrein met verschillende *deelonderwerpen*, is gekozen voor een beschrijving van de beleidslogica per deelonderwerp. De deelonderwerpen worden per hoofdstuk behandeld. Elk hoofdstuk begint dan ook met de beleidslogica voor het onderwerp van dat hoofdstuk. In hoofdstuk 6 wordt bijvoorbeeld de beleidslogica met betrekking tot cannabis en coffeeshops uiteengezet (zie tabel 6.1 in § 6.2), in hoofdstuk 7 wordt dit gedaan voor preventie (zie tabel 7.1 in § 7.2) etc.
Per onderwerp bevat de beleidslogica de volgende elementen:

- Eerst wordt het probleem beschreven waarvoor het beleid een oplossing tracht te zoeken.
- Vervolgens wordt aangegeven binnen welke context het beleid plaatsvindt; deze context geeft de kaders aan waarbinnen het beleid en de uitvoering zich kunnen bewegen.
- Dan worden de basisprincipes/uitgangspunten van het beleid expliciet gemaakt.

Deze drie elementen vormen samen de achtergrond van de beoogde aanpak.

- Hierna wordt de aanpak beschreven die beoogd wordt.
- Tot slot wordt aangegeven tot welke uitkomsten de aanpak volgens de beleidsmakers zou moeten leiden. De uitkomsten zijn geformuleerd in termen van einduitkomsten.

Dit alles is steeds als volgt schematisch weergegeven:

Probleem
+
Context
+
Basisprincipes/uitgangspunten
↓
Beoogde aanpak
↓
Beoogde uitkomsten

Nadat de beleidslogica is geformuleerd, is deze gebruikt als kader voor evaluatie. Daarbij is steeds eerst onderzocht wat van de beoogde aanpak terecht is gekomen. Daarna is nagegaan in hoeverre de beoogde uitkomsten zijn behaald.

De hoofdstukopbouw is dus als volgt:

- Eerst wordt de beleidslogica weergegeven.
- Dan wordt onderzocht of de aanpak is gerealiseerd en in hoeverre dit conform beleidvoornemens is.
- Vervolgens wordt onderzocht in hoeverre de beoogde uitkomsten tot stand zijn gekomen.

Volgens dit stramien worden de evaluatievragen, zoals genoemd in § 2.2, geanalyseerd.
Daarnaast worden aan het einde van elk van deze hoofdstukken specifieke vragen beantwoord die door de opdrachtgevers zijn geformuleerd en niet in bovengenoemd analysekader pasten. Deze vragen zijn:

- Wat zijn de sociale gevolgen van cannabisgebruik (hoofdstuk 6)?
- Welke harm reduction-maatregelen zijn in de internationale wetenschappelijke literatuur effectief gebleken in het beperken van drugsgerelateerde ziekte en sterfte (hoofdstuk 7)?
- Wat is bekend over de effecten van de in Nederland gevoerde preventieve maatregelen in het algemeen en specifiek voor kwetsbare groepen (hoofdstuk 7)?
- Voor welke behandelingen en/of zorg is in de wetenschappelijke literatuur voldoende bewijs voor effectiviteit te vinden, en in hoeverre worden deze behandelingen ook toegepast in de Nederlandse verslavingszorg?

Welke specifieke behandelingen zijn er voor welke groepen? Wat is bekend over bereik, zorgbehoefte, gebruik en uitval? Wat is bekend over de kwaliteit van behandelingen (hoofdstuk 8)?
- Welke onderzoeken en monitors (aantal en aard) worden op het gebied van illegale drugs uitgevoerd en wat kan gezegd worden over de kwaliteit van deze onderzoeken, monitors en registraties (hoofdstuk 13)?
- Zijn er lacunes in informatie (hoofdstukken 5-13)?

De Minister van VWS heeft bovendien specifiek aandacht gevraagd voor 'kwetsbare groepen' en 'sociale aspecten van drugsgebruik'. Indien relevant komen in bovengenoemde hoofdstukken deze thema's expliciet aan de orde. Elk thematisch hoofdstuk bevat tevens een paragraaf over lacunes in informatie.

3.3.2 Informatiebronnen

.

Als informatiebronnen hebben gediend beleidsdocumenten (Kamerstukken, memories van toelichting) en andere schriftelijke bronnen, zoals proefschriften, onderzoeken, rapporten van commissies. De Drugsnota 1995 vormt het centrale uitgangspunt voor de formulering van de beleidslogica. In deze nota zijn uitgangspunten van het drugsbeleid, de visie over de gewenste aanpak en de beoogde doelen beschreven. De nota is hier, zoals gezegd, vrij expliciet in. Omdat de uitgangspunten al vele jaren eerder, in de jaren zeventig, zijn uitgedacht en vormgegeven, vormen ook eerdere nota's en documenten ijkpunten voor de beleidslogica.

Deze informatie is vervolgens aangevuld met informatie van personen die nauw betrokken waren bij de totstandkoming van het beleid. Deze personen zijn in een klankbordgroep bijeengekomen en hebben zich uitgesproken over aannames en voornemens die niet expliciet in beleidsdocumenten te vinden zijn. Ook hebben zij de op basis van schriftelijke bronnen door de onderzoekers beschreven beleidslogica becommentarieerd en genuanceerd.

Bij de evaluatie van de aanpak en de uitkomsten in de praktijk is vervolgens gebruik gemaakt van:
- Beleidsdocumenten (met name voortgangsrapportages).
- Registratiesystemen (van verslavingszorg, politie, justitie, verslavingsreclassering).[a]
- Onderzoeksbestanden (voor enkele secundaire analyses).[b]
- Onderzoeksrapporten, dissertaties, wetenschappelijke artikelen en criminaliteitsbeeldanalyses.

De selectie van documenten en literatuur is breed geweest: alle informatie over de onderwerpen van deze evaluatie zijn meegenomen, mits sprake was van adequate onderbouwing.
De evaluatie focust primair op de periode 1995-2008. Bij de evaluatie is voornamelijk gebruik gemaakt van reeds voorhanden gegevens. Op onderdelen zijn secundaire analyses uitgevoerd.

3.3.3 Uitspraken over effecten en uitkomsten

Uitspraken over de *effectiviteit* van het drugsbeleid of van de deelthema's zullen niet gedaan kunnen worden. Dit komt doordat er vaak geen nulmetingen zijn verricht waartegen recente data kunnen worden afgezet. Ook zijn er geen mogelijkheden om te controleren op eventuele verstorende variabelen, terwijl tal van omgevingsvariabelen van invloed zijn op het drugsprobleem. Controlecondities, die nodig zijn om effecten 'hard' vast te kunnen stellen, ontbreken veelal ook.

Vergelijkingen met andere landen kunnen op dit laatste punt enige soelaas bieden. Deze vergelijkingen worden echter bemoeilijkt door verschillen in definities en meet- of werkwijzen. Op sommige onderdelen zijn wél internationaal vergelijkbare gegevens beschikbaar. Deze worden in deze evaluatie gebruikt. Harde uitspraken over effectiviteit laten ze evenwel niet toe, vanwege de hierboven genoemde knelpunten. Het onderzoek laat dan ook primair zien of de doelen en de uitkomsten zijn bereikt zonder hier gevolgtrekkingen over oorzaak en gevolg aan te verbinden.

Er zijn vrij veel systematische monitorgegevens beschikbaar sinds 1995. Deze geven goed zicht op ontwikkelingen in de tijd en op doelbereiking. Bij dit laatste speelt evenwel ook een probleem. De beleidsdoelen zijn namelijk meestal niet specifiek en meetbaar geformuleerd en in bepaalde gevallen niet eens expliciet aangegeven. Het drugsbeleid is hierin niet uniek. Het geldt bijvoorbeeld ook voor het Veiligheidsprogramma[13] en veel wetten.[12] De Algemene Rekenkamer constateerde in 2008 dat beleidsdocumenten op dit punt vaak te wensen overlaten.[17]

[a] Het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem van de {ambulante) verslavingszorg. Het HerkenningsDienst Systeem van de politie, het OMDATA bestand van het Openbaar Ministerie, het onderzoeksbestand van de justitiële documentatie, het systeem van het gevangeniswezen TULP en het Cliënt Volg Systeem van de reclassering.
[b] Bestand Nationaal Prevalentie Onderzoek, bestand Peilstationsonderzoeken, WODC-recidivemonitor, WODC-veelplegermonitor.

Dit kan te maken hebben met het feit dat bij een complex geheel als het veiligheidsbeleid of het drugsbeleid vele actoren betrokken zijn met verschillende taken en belangen, waardoor compromissen gesloten moeten worden en waardoor ook enige flexibiliteit in doelstellingen voor beleidsmakers wenselijk kan zijn.[18] Het heeft ook te maken met het feit dat het nog niet zo lang geleden niet verplicht was om specifieke doelen op te nemen in beleidsplannen. Omdat de beleidsdoelen en de beoogde uitkomsten zo weinig specifiek zijn, kunnen conclusies over de mate waarin ze gerealiseerd zijn ook slechts in algemene termen gesteld worden.

De gegevensbronnen en de methodologische aspecten kunnen per deelonderwerp verschillen. Daarom wordt hier per hoofdstuk kort op ingegaan.

Referenties

1. T.K.24077-225.Tweede Kamer der Staten Generaal vergaderjaar 2008-2009 publicatienummer 24077 nr.225 (2008). *Drugbeleid; Brief minister over uitwerking en tijdspad van een aantal voornemens, o.a. een nieuwe interdepartementale nota drugsbeleid*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
2. Bieleman, B., Biesma, S., Snippe, J., Beelen, A. (2009). *Literatuurstudie drugsgerelateerde overlast: werkdocument*. Groningen: Intraval.
3. Ester, T.J., Driessen, F.M.H.M. (2009). *Drugsgerelateerde criminaliteit in Nederland, in vergelijking met enkele andere West-Europese landen en de VS: werkdocument t.b.v. WODC, Ministerie van Justitie.* Utrecht: Bureau Driessen.
4. Hoogerwerf, A. (1984). Beleid berust op veronderstellingen: de beleidstheorie. *Acta Politica*, 19(493-532).
5. Bressers, J.Th.A., Hoogerwerf, A. (1995). Het beleid en het beleidsveld. In: J.Th.A. Bressers, A. Hoogerwerf (red.). *Beleidsevaluatie*, Alphen a/d Rijn: Samson.
6. Pawson, R. (2002). Evidence-based Policy: The Promise of `Realist Synthesis'. *Evaluation*, 8(2): 340-358.
7. Leeuw, F.L. (1984). Reconstructie en evaluatie van beleidstheorieën als methode van beleidsonderzoek. *Beleidsanalyse*, 13(161-171.
8. Leeuw, F.L. (1989). Beleidstheorieën: veronderstellingen achter beleid. In: A. Hoogerwerf (red.). *Overheidsbeleid*, Alphen a/d Rijn: Samson.
9. Leeuw, F.L. (2003). Reconstructing Program Theories: Methods Available and Problems to be Solved. *American Journal of Evaluation*, 24(1): 5-20.
10. Leeuw, F.L. (1986). Beleidstheoretisch onderzoek toen en thans. *Beleid en Maatschappij*, 13(1): 27-40.
11. Klein Haarhuis, C.M., Van Ooyen-Houben, M., Kleemans, E., Leeuw, F.L. (2005). Rechtshandhaving geëvalueerd: een synthese van 31 onderzoeken. *Justitiële Verkenningen*, 31(8): 54-71.
12. Klein Haarhuis, C.M., Niemeijer, E. (2008). *Wet en werkelijkheid: bevindingen uit evaluaties van wetten*. Den Haag: WODC/BJu.
13. Van Noije, L., Wittebrood, K., Nas, C., Lamet, W. (2008). *Sociale veiligheid ontsleuteld: veronderstelde en werkelijke effecten van veiligheidsbeleid*. Den Haag: SCP.
14. Hoogerwerf, A. (1998). Beleidstheorie en criminologie. *Tijdschrift voor Criminologie*, 40(2): 185-192.
15. Van Ooyen-Houben, M. (2008). Usage de substances illicites et politique Neérlandaise en matière de drogues: vue d'ensemble et évaluation exploratoire. *Déviance et Société*, 32(3): 325-348.
16. Astbury, B., Leeuw, F.L. (2009). Unpacking black boxes: mechanisms and theory-building in evaluation. *In review,*
17. T.K.31456-2.Tweede Kamer der Staten-Generaal 2007-2008 publicatienummer 31456 nr.2 (2008). *Staat van de beleidsinformatie* 2008; Rapport. Den Haag: Sdu Uitgevers.
18. Swanborn, P.G. (1999). *Evalueren: het ontwerpen, begeleiden en evalueren van interventies: een methodische basis voor evaluatie-onderzoek.* Meppel: Boom.

4 Ontwikkeling van het Nederlandse drugsbeleid

Jaap van der Stel, Victor Everhardt, Margriet van Laar

4.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de belangrijkste ontwikkelingen die zich de afgelopen decennia hebben voorgedaan in het Nederlandse drugsbeleid aan de hand van een analyse van de beleidsvorming op nationaal niveau. De integrale beleidsnota Continuïteit en Verandering uit 1995 (Drugsnota 1995) is hierbij als schakelpunt gebruikt1. Hier liggen de volgende overwegingen aan ten grondslag. Allereerst is deze nota de eerste integrale drugsnota van ons land. Vanaf het uitkomen van de nota is er tevens sprake van een structurele en stelmatige wijze van dataverzameling over het onderwerp drugs en drugsverslaving. De Drugsnota 1995 herbergt daarnaast een eigen, zij het bescheiden, paragraaf over de evaluatie van het voorafgaande drugsbeleid.

Met nadruk moet gesteld worden dat deze keuze niet is gemaakt omdat er sprake zou zijn van een breekpunt in het Nederlandse drugsbeleid. De ondertitel spreekt namelijk over continuïteit. De keuze is veeleer ingegeven door bovenstaande pragmatische redenen. In de afweging is tevens rekening gehouden met enerzijds een zorgvuldige beschrijving van het maatschappelijk complexe vraagstuk en anderzijds de geboden korte tijdsspanne die ons gegeven is om deze evaluatie uit te voeren.

Het hoofdstuk bestaat uit vier delen. Na deze inleiding, waarin ook aandacht wordt besteed aan de lokale en internationale determinanten van het beleid, vindt in het tweede deel (§ 4.2) een beschrijving plaats van (de achtergronden van) het ontstaan van het Nederlandse drugsbeleid. Dit eindigt in 1995, als de integrale beleidsnota Continuïteit en Verandering door de regering wordt aangeboden aan het parlement. In het derde deel (§ 4.3) wordt stil gestaan bij de belangrijkste uitspraken, zoals de fundamentele visies van de regering op de drugsproblematiek en de robuuste hoofdlijnen van het beleid én de concrete veranderingsprocessen die dan worden aangekondigd op de diverse deelterreinen die aan de drugsproblematiek gerelateerd zijn. In het vierde deel wordt thematisch beschreven wat na deze drugsnota globaal de revue is gepasseerd (§ 4.4). In de thematische hoofdstukken (6 tot en met 13) wordt dieper ingegaan op de vraag of de beleidsvoornemens uit 1995 zijn gerealiseerd en/of in hoeverre er zich daarin – al dan niet sluimerend – wijzigingen hebben voorgedaan.

Lokale, internationale en andere determinanten van nationaal beleid

Het hoofdstuk is geschreven vanuit het perspectief van de rijksoverheid. De aandacht voor de lokale of regionale én voor internationale determinanten van het beleid is beperkt. Het risico daarvan is dat juist in een sterk gedecen-

Tijdslijn gebeurtenissen tot ontstaan drugsproblematiek in de jaren zestig

1911

Eerste opiumconferentie in Den Haag (initiatief VS n.a.v. interne problemen met gebruik van opium).

1912

Verdrag Internationale Opiumconferentie in Den Haag: bindende internationale maatregelen (verplichting om nationale reglementen of wetten uit te vaardigen, waardoor de productie en verkoop van 'verdovende' middelen als cocaïne en opiaten alleen nog maar voor geneeskundige of wetenschappelijke doeleinden mochten plaatsvinden).

1919

Totstandkoming Opiumwet (gewijzigd in 1928 en 1976). Bezit van drugs was nog niet strafbaar; handel uitsluitend voor medische doeleinden.

1928

Herziening van de Opiumwet: strafbaarstelling van bezit van drugs (inclusief cannabis).

1939

Ministeriële beschikking van Sociale Zaken: recept voor 'verdovende' middelen verplicht (t.b.v. controle op apothekers, artsen en verslaafden).

Aanmelding eerste niet-medische drugsgebruikers in Consultatiebureau voor Alcoholisme in Amsterdam.

1953

Oordeel Staatstoezicht: vooral artsen waren verantwoordelijk voor de verspreiding van het drugsgebruik.

Strafbaarstelling van het gebruik ('aanwenden') van cannabis.

1961

Vaststelling Enkelvoudig Verdrag van Verenigde Naties inzake verdovende middelen (in 1972 gewijzigd bij protocol). Gebruik van de aangemerkte middelen blijft beperkt tot geneeskundige en wetenschappelijke doelen. Toezichthouder wordt het INCB (International Narcotic Control Board).

traliseerd land als Nederland het zicht verloren dreigt te gaan op contradicties tussen landelijke en lokale of regionale beleidslijnen. In veel gevallen zijn vaak lokale gebeurtenissen en processen aan formeel rijksbeleid voorafgegaan. De Nederlandse verhoudingen maken het bovendien mogelijk dat lokaal beleid in een aantal opzichten afwijkt van landelijke richtlijnen en/of daarop vooruitloopt. Dit biedt ruimte voor experimenten en eigen initiatieven. En net zoals lokale ontwikkelingen van invloed zijn geweest op het rijksbeleid, zo hebben ook internationale ontwikkelingen het beleid beïnvloed, in de zin van de agenda mede bepaald óf de ruimte voor probleemoplossingen ingeperkt. Een en ander wordt in het volgende toegelicht.

In de naoorlogse ontwikkelingen heeft Amsterdam bijvoorbeeld een duidelijk stempel gedrukt op de agenda van de nationale beleidsmakers. De heroïne-epidemie 'ontploft' begin jaren zeventig in Amsterdam; aldaar worden ook de eerste ervaringen opgedaan met de verstrekking van methadon. Door B&W wordt al vroeg sterk aangedrongen op verstrekking van heroïne. Maar ook buiten Amsterdam hebben lokale ontwikkelingen de toon gezet. Maatschappelijke onrust in de (middel)grote gemeenten in het midden van de jaren tachtig, in het bijzonder het volksoproer in de wijk Klarendal in Arnhem, vormde een directe aanleiding tot het (achteraf effectief gebleken) beleid gericht op de vermindering van overlast. Ook de SOV, de strafrechtelijke opvang verslaafden, heeft bijvoorbeeld een lokale herkomst (Ossendrecht). De verslavingszorg verloor daardoor haar 'vrijblijvende' karakter. Al vanaf midden jaren tachtig vindt bovendien op allerlei terreinen een geleidelijke decentralisatie plaats van beleidvorming – dit impliceert dat via een aantal stappen in het bijzonder de verslavingszorg onder de regie van de gemeenten komt te vallen. Voor de drugshulpverlening heeft dat in sommige plaatsen als onbedoeld neveneffect gehad dat de bestrijding van de aan drugs gerelateerde overlast een zwaarder stempel drukte op het beleid rondom drugs ten nadele van volksgezondheids- en harm reduction-beleid. Lokaal beleid heeft zich ook sterk voorgedaan op het gebied van bijvoorbeeld de coffeeshops en de bestrijding van overlast die daarmee verband houdt. Door lokaal beleid heeft zich een schaalvergroting in de coffeeshops voorgedaan, met ongewenste en onbedoelde gevolgen, zoals een grotere dan toegestane handelsvoorraad. De laatste jaren wordt van de zijde van gemeenten, in het bijzonder in de grensstreken, sterk de wens uitgesproken de achterdeurproblematiek van de coffeeshops op te lossen.

Het Nederlandse beleid is ook sterk internationaal gedetermineerd. Nederland is een klein land met veel internationale (handels)connecties en afwijkend beleid. In het geval dat dit andere landen schade berokkent of wanneer dat qua gedachtegoed sterk afwijkt van wat elders wordt bepleit (drugsbeleid is ideologisch een nogal beladen onderwerp), roept dat om reacties. Nederland heeft zich goeddeels verbonden met alle relevante internationale overeenkomsten en projecten op het gebied van het drugsbeleid. Nederland verkeert echter wel in een spagaat. Enerzijds wil het op onderdelen een eigen drugsbeleid voeren (wat zich heeft toegespitst op het gedogen van coffeeshops), maar anderzijds heeft het er geen enkel belang bij als het – waar het drugs betreft – als een 'liberaal' land afgeschilderd wordt, laat staan als een drugsproducerend en -exporterend land. Ook al heeft men elders op het gebied van de hulpverlening wel veel onderdelen van de Nederlandse verslavingszorg overgenomen, het land wordt toch kritisch gevolgd. Van zijn kant heeft Nederland veel moeite gedaan de beeldvorming van de Nederlandse situatie in het buitenland te verbeteren en heeft zijn autonome stellingname gelegitimeerd. Niet alleen heeft Nederland, zeker de laatste 15 jaar, zeer actief geparticipeerd in internationale verbanden en projecten op dit beleidsterrein, maar is er ook moeite gedaan om de achterliggende motieven van het gekozen beleid beter 'uit te leggen'. Als in 2009 het in 2007 gesloten Verdrag van Lissabon (Verdrag van Lissabon tot wijziging van het Verdrag betreffende de Europese Unie en het Verdrag tot oprichting van de Europese Gemeenschap) van kracht wordt, bestaat echter de mogelijkheid dat de druk op Nederland om het beleid aan te passen aan de wens van een meerderheid aanzienlijk sterker wordt.

Tot slot zijn er uiteraard nog veel meer determinanten aan te wijzen die van invloed zijn geweest op het nationale beleid. In de eerste plaats betreft dit uiteraard de beraadslagingen en besluiten in het parlement. In de tweede plaats gaat het om de autonome positiebepaling van landelijke organisaties, die deel uitmaken van het 'maatschappelijk middenveld', zoals de koepels van instellingen in de verslavingszorg. Ook deze determinanten worden in dit hoofdstuk goeddeels buiten beschouwing gelaten.

4.2 Ontwikkelingen tot aan 1995

In deze paragraaf beschrijven we in kort bestek de totstandkoming van het Nederlandse drugsbeleid tot aan de integrale Drugsnota 1995.[a] Toen in de jaren zestig het gebruik van drugs opkwam, in het bijzonder onder jonge mensen, was er welbeschouwd nog geen sprake van een geschreven drugsbeleid, en zeker niet van een integraal beleid, waarin de posities, doelstellingen en werkzaamheden van verschillende departementen waren verenigd. Zo'n beleid werd pas in 1995 geformuleerd en op schrift gesteld. In de periode die daaraan voorafging, in het

[a] Deze paragraaf is o.a. gebaseerd op de historische analyse van het Nederlandse drugsbeleid van M. de Kort (1995)[2], A. Baanders, (1989)[3] en G.F. van de Wijngaart (1991)[4].

bijzonder na de komst van heroïne op de Nederlandse markt, de vorming van een relatief grote groep (overlast gevende en criminele) verslaafden én na de komst van semilegale verkooppunten van cannabis in de vorm van coffeeshops, werden op deelterreinen doelstellingen geformuleerd en/of geherformuleerd. Pas in de Drugsnota 1995 kwamen al die aparte initiatieven in formeel beleidsmatige zin bijeen en was er sprake van de formulering van 'bescheiden' doelstelling van het Nederlandse drugsbeleid (zie § 4.3).

4.2.1 Eerste helft twintigste eeuw

Gebruik en gebruikers

Het gebruik van psychoactieve stoffen, naast alcoholhoudende dranken, vindt in Nederland al eeuwenlang plaats. De problematisering daarvan begon pas in de negentiende eeuw, mede door de komst van nieuwe bereidingswijzen van de producten van planten waardoor de werkzame stof in een meer geconcentreerdere vorm beschikbaar kwam. Ook de toedieningswijze van bijvoorbeeld opiaten veranderde door de komst en toepassing van de injectienaald. Politieke ontwikkelingen leidden er begin twintigste eeuw toe dat er in het kader van de Volkenbond (1919-1946) afspraken werden gemaakt over de productie en verkoop van 'verdovende' middelen, in het bijzonder opium. Het daarvoor in 1912 in Den Haag gesloten verdrag dwong de overheid tot wetgeving.

Toen in 1919 de Opiumwet werd aangenomen, gebeurde dat niet om een binnenlands probleem met betrekking tot het gebruik van drugs op te lossen. Dit laat onverlet dat middelen als opium (of morfine) en cocaïne in Nederland wel aftrek vonden: Chinezen schoven bijvoorbeeld opium en onder prostituees vond gebruik van cocaïne plaats. Het gebruik kwam vooral in de havenstad Rotterdam voor; de politie maakte er in rapportages geregeld melding van. De politionele aandacht richtte zich echter vooral op het bestrijden van de illegale handel; tegenover de gebruikers werd een betrekkelijk tolerante houding ingenomen. Ook na de eerste wijziging van de Opiumwet in 1928, waardoor ook het bezit van opiaten en cocaïne strafbaar werd, had de opsporing en berechting van gebruikers geen prioriteit, in tegenstelling tot de bestrijding van de illegale handel. De verslaafde gebruikers waren overigens niet alleen afhankelijk van de illegale markt: veel verslaafden konden rekenen op een welwillende houding van artsen en apothekers die (legaal) middelen verstrekten als onderhoudsdosis aan als 'verslaafd' gediagnosticeerde patiënten. Het relatieve gemak waarmee binnen de medische professies opiaten en cocaïne beschikbaar was, leidde echter ook tot een relatief groot aantal verslaafden in deze categorie. Later werd het toezicht verbeterd.

Zoals gezegd had het gebruik van drugs in deze periode hoofdzakelijk betrekking op opiaten en cocaïne. Het betroffen stoffen die door artsen legaal konden worden verkregen en die, binnen de kaders die door het Staatstoezicht op de Volksgezondheid waren geformuleerd, mochten worden toegediend aan verslaafden. Toen echter na de Tweede Wereldoorlog ook andere middelen (in het bijzonder cannabisproducten als hasj en marihuana, maar ook amfetaminen en lsd), die buiten het medisch regiem vielen op de (illegale) markt beschikbaar kwamen, en die voor nieuwe groepen gebruikers aantrekkelijk waren, veranderde de houding van de autoriteiten. Niet alleen de handel maar ook het 'gebruik' van cannabis viel primair binnen het politiële en justitiële kader. Zo ontstond een tweedeling in de groep verslaafden aan middelen die onder de Opiumwet vielen: de al vóór de Tweede Wereldoorlog aanwezige verslaafden aan opiaten of cocaïne, die door hun behandelend arts werden geholpen (en zolang dat nog werd toegestaan eventueel geholpen werden aan vervangende middelen) en een nieuwe groep gebruikers die (vanaf de jaren vijftig, jaren zestig) experimenteerden met middelen als cannabis of amfetaminen, maar ook opium. Deze nieuwe gebruikersgroepen onderscheidden zich in cultureel opzicht duidelijk van de 'traditionele' (verslaafde) gebruikers: het gebruik was sterk gelieerd aan groepen die deel uitmaakten van een culturele voorhoede en in de jaren zestig breidde het gebruik zich ook sterk uit onder jongeren (als aspect van de culturele bewegingen in die tijd). Deze laatste groep trok sterk de aandacht van politie en justitie, wat leidde tot een sterk repressief beleid: niet alleen tegenover de illegale handelaren, maar ook tegen het gebruik en de gebruikers als zodanig.

Verwachtingen en daarop gebaseerd beleid

Afhankelijk van de concrete omstandigheden, zoals de omvang van het gebruik en de gebruikersgroepen, de maatschappelijke overlast én de inschatting van risico's door deskundigen of beleidsmakers, verschoven de prioriteiten in het drugsbeleid. Door de bank genomen kenmerkte het overheidsbeleid zich echter in deze periode tamelijk consistent door een tweesporenbeleid: medische zorg voor verslaafden (inclusief legale verstrekking van middelen) én een repressief beleid t.a.v. de illegale drugshandel. De interesse van staatswege voor de gebruikers, ook degenen die op illegale wijze hun middelen verkregen, was nog zeer beperkt. Volksgezondheid (die toen deel uitmaakte van het departement van Sociale Zaken) stelde zich als doel om criminalisering van verslaafden te verhinderen. Men was bevreesd dat een aanscherping van de Opiumwet ertoe zou kunnen leiden dat de gebruikers een beroep op criminele handelaren zouden moeten doen; daarom moesten artsen het recht behouden om opiaten en cocaïne te mogen voorschrijven.

Het Nederlandse beleid was gebaseerd op de verwachting dat de problematiek rondom het gebruik van drugs beheersbaar kan worden gemaakt door een combinatie van justitieel en volksgezondheidsbeleid. Wat de gebruikers betrof werd de nadruk gelegd op het voorkomen van stigmatisering en marginalisering plus het voorkomen van sociale en gezondheidsschade. Tekenend was de reactie van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid uit 1938 op een verontrustend Rotterdams politiebericht over het hoge aantal verslaafden aldaar[2]:

> *'De strijd tegen de verslaving met verdoovende middelen moet op geheel andere wijze worden aangevat en van den menschlievenden kant worden bezien. Geen jacht op deze verslaafden, waardoor zij tenslotte naar den smokkelhandelaar worden gedreven, maar hulp aan deze menschen.*
>
> *Verslaafden zijn geen misdadigers, doch ongelukkigen, moreel zwakken, die merendeels buiten hun schuld tot verslaving zijn gekomen en de kracht missen die neiging te onderdrukken. Er is over de ellende die zij zichzelf en anderen berokkenen reeds zooveel gschreven, dat het onnoodig is, hier daarover uit te weiden.*
>
> *Naast de maatregelen tot opsporing van deze menschen moet een weg worden gevonden hen een ontwenningskuur te doen ondergaan en door reclasseering weer tot de maatschappij terug te brengen, zooals reeds met zoveel anderen geschiedt. (…)*
>
> *Het is wel zeker, dat de Staat met meer nut daaraan geld zou kunnen besteden, dan aan een kostbaar en uitgebreid contrôle apparaat waarmede achter artsen, apothekers en patiënten wordt heengejaagd, doch de zaak zelve niet wordt opgelost.'*

Deze houding tegenover gebruikers is, wellicht met uitzondering van de initiële reacties tegenover de nieuwe gebruikersgroepen in de jaren vijftig en zestig, tot op heden constant gebleven.

4.2.2 Jaren zestig - begin jaren zeventig

Context

Het repressieve beleid tegenover de naoorlogse groepen drugsgebruikers werd van verschillende kanten bekritiseerd en was – voor zover het betrekking had op het gebruik van drugs als zodanig en de omvang ervan – ook moeilijk handhaafbaar. Allengs ontstond in de jaren zestig, in het bijzonder in de grote steden, een informeel gedoogbeleid wat erop neerkwam dat gebruikers niet actief opgespoord en vervolgd werden. De aanwezigheid van een 'typisch Nederlandse gedoogcultuur' werd gemarkeerd door het massale, openlijke gebruik van drugs tijdens het Rotterdamse popfestival in Kralingen in combinatie met de afzijdige houding van de (in burgerkleding) aanwezige politie die gebruik én verkoop van cannabis en harddrugs aldaar tolereerde.

Dit betekende niet dat er (bij de overheid of onder de bevolking) brede consensus bestond over de juiste opstelling tegenover drugs, de inschatting van de risico's ervan of het te voeren beleid. Veeleer was er een tekort aan kennis over en aan weldoordachte visies op de achtergronden van het (nieuwe) drugsprobleem en de wijze hoe hierop te reageren. Zo werd het eerste sociaal-wetenschappelijk onderzoek in Nederland naar het gebruik van drugs pas in 1967 verricht[5,b]. En het duurde tot eind jaren zestig en begin jaren zeventig voordat vanuit het particulier initiatief of in opdracht van de overheid adviesnota's uitgebracht werden. Een centrale rol in de discussies over de juiste attitude tegenover drugsgebruik speelde de vraag of de zogenaamde stepping Stone-hypothese houdbaar was. Deze hypothese hield in dat gebruik van 'lichtere' middelen,

Tijdslijn gebeurtenissen vanaf ontstaan drugsproblematiek in de jaren zestig t.e.m. cie. Baan

1967

Eerste sociaal-wetenschappelijk onderzoek in Nederland naar drugs.

Instelling werkgroep *Drug-Addiction* (vz. Hulsman) door Stichting Algemeen Centraal Bureau voor de Geestelijke Volksgezondheid.

1968

Advies werkgroep *Drug dependence* van de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid over hulpverlening aan drugsgebruikers.

Op kleine schaal verstrekking van methadon aan opiumverslaafden.

Brief Sociale Zaken en Volksgezondheid aan TK over de betekenis en de gevolgen van cannabisgebruik.

Installatie Werkgroep Verdovende Middelen (vz. later Baan) door overheid.

1969

Aanpassing richtlijnen OM: hierin driedeling in typen gebruikers en handelaren gebaseerd op onderscheid tussen cannabis en harddrugs.

[b] Vragen waren: welke middelen werden er gebruikt?; wie gebruiken?; in welke sociale context wordt gebruikt?; berust de stepping stone-hypothese op waarheid?

zoals cannabis, onherroepelijk zou leiden tot het gebruik van 'zwaardere' middelen.

Visieontwikkeling

In de standpuntbepaling van de centrale overheid en maatschappelijke organisaties met betrekking tot het gebruik van drugs waren twee nota's essentieel. In de eerste plaats betrof dit het in 1971 uitgebrachte rapport *Ruimte in het drugbeleid*[6] dat werd voorbereid door een werkgroep in opdracht van het Algemeen Centraal Bureau voor de geestelijke volksgezondheid. Deze werkgroep, voorgezeten door de strafrechtgeleerde Hulsman, stelde voor om 'op termijn alle *druggebruik* buiten de strafrechtelijke sfeer te brengen'. Omdat dit doel, in het bijzonder vanwege internationale verdragsverplichtingen, op korte termijn onhaalbaar was, werden enkele maatregelen voorgesteld die de weg daartoe zouden banen. Hierdoor zou een proces van geleidelijke decriminalisering t.a.v. het 'gebruik' van drugs – alsook de productie van en handel in cannabis – in gang gezet kunnen worden. De handel en productie van de overige drugs moesten overigens een misdrijf blijven; verder pleitte de werkgroep voor meer onderzoek.

Voor de beleidsvorming bij de rijksoverheid had echter het in 1972 gepubliceerde rapport van een door Volksgezondheid ingestelde werkgroep, bekend geworden als de Commissie Baan, meer gewicht[7]. Centraal in dit advies was dat het *risico* dat een stof voor de gebruiker en de samenleving kon opleveren het uitgangspunt moest vormen bij de vorming van beleid. Risico's werden onder andere gerelateerd aan de farmacologische eigenschappen van de stof, de mogelijkheid om te doseren, de gebruikersgroep, de omstandigheden van het gebruik en de mogelijkheden om productie en het aanbod te kunnen reguleren. In het verlengde van deze benadering gaf de commissie het advies om een verschil te maken tussen stoffen met een 'aanvaardbaar' en een 'onaanvaardbaar' risico.[c] De werkgroep deed overigens geen eenduidige voorstellen tot wijziging van de Opiumwet, maar pleitte voor het opzetten van experimenten met alternatieve regiems.

Voorafgaande aan en na het uitbrengen van dit advies zijn op en vooral tussen de direct betrokken departementen (i.h.b. Vomil[d], waar op dit beleidsterrein de Hoofdinspectie voor de Geneesmiddelen een centrale rol speelde, Justitie en CRM) intensieve discussies gevoerd. Kwesties waren:

- moest cannabis wel of niet als een 'harddrug' worden opgevat, en zo nee: moest de Opiumwet worden aangepast?;
- moesten gebruikers en i.h.b. verslaafden wel of niet primair als patiënten of als delinquenten worden benaderd?; en in het verlengde daarvan:
- moest Volksgezondheid of Justitie als eerste verantwoordelijk zijn voor de formulering en coördinatie van het drugsbeleid?

1970

Popfestival in het Rotterdamse Kralingse Bos: politie gedoogde gebruik en verkoop van zowel soft- als harddrugs; inzet beperkt tot verzamelen van informatie.

1971

Verdrag van de Verenigde Naties inzake psychotrope stoffen.

Publicatie *Ruimte in het drugbeleid* (cie. Hulsman): einddoel voorgestelde veranderingsproces is alle drugsgebruik buiten de strafrechtelijke sfeer brengen.

Consultatiebureaus voor alcoholisme veranderen naam in Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs (CAD) en zorgen voor landelijk netwerk voor drugshulpverlening.

Oprichting Pompidou Groep: overlegorgaan over drugsbeleid binnen Raad van Europa.

1972

Publicatie *Achtergronden en risico's van druggebruik* (cie. Baan): risicobenadering als leidend principe in drugsbeleid. Het rapport leidt tot debatten tussen departementen en in parlement.

Komst van grote hoeveelheden heroïne in Nederland: drugsproblematiek verandert sterk van karakter.

In- en uitvoerbeschikking Amfetaminen: bestraffing als geen vergunning op grond van Wet op de Economische Delicten.

1973

Oprichting Interdepartementale Stuurgroep Drugbeleid (ISD) (Later: Interdepartementale Stuurgroep Alcohol- en Drugbeleid [ISAD]): jarenlang de denktank van de overheid inzake drugsbeleid.

Instelling door de Tweede Kamer van een Bijzondere Commissie Drugbeleid.

1974

Instelling Interdepartementale Werkgroep Inventarisatie Hulpverlening aan Druggebruikers. Doel: opzetten van gecoördineerd hulpverleningsbeleid.

[c] In het in 1975 ingediende wetsontwerp tot wijziging van de Opiumwet is welbewust niet meer sprake van 'aanvaardbare' risico's omdat dit – ten onrechte – zou suggereren dat het gebruik van cannabis onschadelijk zou zijn.

[d] N.B.: Volksgezondheid viel onder Sociale Zaken totdat het in 1971 werd ondergebracht bij Vomil (Volksgezondheid en Milieuhygiëne); sinds 1982 maakte het, samen met het in 1965 tot stand gekomen CRM (Cultuur Recreatie en Maatschappelijk werk), deel uit van WVC (Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur); in 1989 werd dit departement gewijzigd in het huidige VWS (Volksgezondheid, Welzijn en Sport).

Het departement van Justitie stelde zich in deze discussie op het standpunt dat strafrechtelijk ingrijpen jegens gebruikers of verslaafden een uiterste remedie moest zijn; sociaal-medische zorg verdiende de voorkeur.[2] Hieruit volgde, aldus Justitie, dat Volksgezondheid op dit dossier de beleidsverantwoordelijkheid moest dragen, en er werk van moest maken dat de hulpverlening op peil werd gebracht. Los daarvan waren er bij Justitie twijfels gerezen over de positie van cannabis in de Opiumwet: Volksgezondheid kon niet hard maken dat aan cannabis een onaanvaardbaar risico kleefde en dat de ('klassieke')[e] variant van de stepping stone-hypothese op feiten was gebaseerd.[2]

Van groot belang was dat in 1973 de Interdepartementale Stuurgroep Drugbeleid (ISD, door de toevoeging van het alcoholbeleid later ISAD geheten) werd opgericht, die niet alleen fungeerde als platform voor deze discussies, maar ook een belangrijke rol zou gaan spelen in de beleidsvorming van de rijksoverheid.[f]

4.2.3 Wijziging Opiumwet in 1976 – opkomst van gedoogbeleid

Scheiding van de markten voor drugs

Als reactie op het rapport van de commissie Baan stelde de regering voor de Opiumwet zodanig te veranderen dat het gebruik en bezit voor eigen gebruik van cannabis een overtreding zou worden in plaats van een misdrijf. Van invloed op de beleidsontwikkeling was dat, kort na het verschijnen van het rapport van de commissie Baan (dat nog sterk gericht was op cannabis), heroïne ruim beschikbaar kwam op de Nederlandse markt. Deze gebeurtenis leidde in korte tijd tot het ontstaan van een nieuwe, omvangrijke groep gebruikers en verslaafden aan heroïne. Voor de betrokken instanties impliceerde het een verandering in de prioriteiten: de aandacht voor cannabisgebruik werd verschoven naar de handel in heroïne. De oorspronkelijke doelstelling van de voorgestelde wijziging van de Opiumwet was het verhinderen van de marginalisering en stigmatisering van cannabisgebruikers d.m.v. een wettelijk onderscheid tussen cannabis en harddrugs. Als gevolg van het opkomende heroïneprobleem werd in een in 1974 door de regering uitgebrachte nota daaraan het doel om de markten te scheiden toegevoegd[8]. Opvallend is dat de doelstelling van het Nederlandse beleid in de loop der tijd steeds tekstueel is aangepast (zie bijlage 1 voor een overzicht), waarbij in ieder geval het volksgezondheidsbelang steeds voorop stond. Verder stelde de regering voor om een wettelijk onderscheid aan te brengen tussen kleinhandel in drugs en de grootschalige handel. In de aanloop van de herziening van de Opiumwet werd het beleidsdoel om de markten te scheiden geconcretiseerd door strafvermindering voor ('aanwenden' en kleinhandel in) cannabis samen te laten lopen met een strafverzwaring voor de handel in harddrugs . Er was echter geen sprake van om, zoals bij cannabis het geval was, ook het gebruik van harddrugs terug te brengen tot een overtreding; het belangrijkste argument daarvoor was dat men de mogelijkheid open wilde houden om verslaafden te kunnen dwingen tot een ontwenningskuur.

Tijdslijn beleid inzake Opiumwet

1976

Wijziging Opiumwet (Lijst I: drugs met onaanvaardbaar risico; en Lijst II: drugs met een minder zwaar risico i.h.b. cannabis): decriminalisering van het bezit van cannabis; 30-gramscriterium geeft de grens tussen overtreding en misdrijf aan.

1977

Besluit Werkgroep Officiersoverleg Drugs (OM): huisdealers pas strafrechtelijk vervolgen na beraad in driehoeksoverleg.

1980

Publicatie Justitie (Staatscourant) van nieuwe richtlijnen inzake de kleinhandel in cannabis: optreden politie slechts als kleinhandel 'zich als zodanig publiekelijk afficheert of op andere wijze provocerend zijn handel bedrijft'; lage opsporingsprioriteit effent baan voor uitbreiding aantal coffeeshops.

1985

Sluiting Verdrag van Schengen: hierin ook afspraken over internationale samenwerking en tegengaan van de negatieve grensoverschrijdende effecten van het nationale drugsbeleid.

1987

Verduidelijking criteria OM: opsporing en vervolging als meer dan 30 gram wordt verhandeld, bij openlijke afficheringe, provocerende handel en verkoop aan minderjarigen.

1988

Plaatsing ecstasy (MDMA) op Lijst I Opiumwet (sinds 1985 aanwezig op de Nederlandse drugsmarkt).

Verdrag van de Verenigde Naties tegen de sluikhandel in verdovende middelen en psychotrope stoffen: gebruik van drugs voor eigen

[e] Hiermee wordt bedoeld dat de farmacologische eigenschappen van cannabis bij de gebruiker de behoefte doen ontstaan om 'zwaardere' middelen te gaan gebruiken. Wél werd steun gevonden voor de sociale variant, waardoor gebruikers van cannabis via hun betrokkenheid in subculturen van drugsgebruikers een groter risico lopen om over te stappen op 'zwaardere' drugs.

[f] N.B.: een jaar later, in 1974, stelde de Tweede Kamer de Bijzondere Commissie Drugbeleid in die de beleidsvoorbereidingen van de regering op de voet volgde.

Vastleggen van het opsporingsbeleid
Justitie, in het bijzonder het Openbaar Ministerie (OM), werd vanaf de tweede helft van de jaren zestig in toenemende mate met drugsproblematiek geconfronteerd. Het OM maakte gebruik van de bevoegdheid om, al voordat de wijziging van de Opiumwet een feit was, in richtlijnen een onderscheid aan te brengen tussen cannabis en harddrugs. In 1969 kwamen de eerste landelijke richtlijnen tot stand; hierin werd een onderscheid aangebracht tussen (1) incidentele gebruikers van cannabis, (2) geregelde gebruikers van cannabis en (3) gebruikers van harddrugs plus handelaren. Een differentiële benadering in typen drugs was met andere woorden al jaren eerder dan de wetswijziging die in 1976 tot stand kwam praktijk, en dus ook voordat de commissie Baan in 1972 haar advies had uitgebracht.

bezit moet als misdrijf worden gekwalificeerd; nationale rechtsstelsels bieden speelruimte om de details van het eigen beleid te bepalen; de effectiviteit van het strafrechtsstelsel m.b.t. internationale handel in drugs moet worden verbeterd; verplichting tot strafbaarstelling van de cannabisteelt.

1991

Nieuwe landelijke criteria voor opsporing en vervolging m.b.t. cannabis (AHOJ-G): A. geen affichering, H. geen handel in hard drugs, O. geen overlast, J. geen levering aan jongeren en G. geen verkoop van hoeveelheden boven de 30 gram.

Ook na de wijziging van de Opiumwet in 1976 hebben periodieke aanpassingen in de (al jaren voor de wetswijziging opgestelde) richtlijnen van het OM, op grond van het opportuniteitsbeginsel, daarin een belangrijke plaats gehad. In 1977 werd door het OM bepaald dat in het driehoeksoverleg (burgemeester, hoofdcommissaris van politie, hoofdofficier van justitie) lokaal beleid inzake de strafrechtelijke vervolging van kleinhandel in cannabis besloten moest worden. Hierdoor ontstond de mogelijkheid dat men in jongerencentra 'huisdealers' kon gedogen (vervolging kreeg lage prioriteit) mits ze zich aan strenge voorschriften hielden, waaronder uiteraard het zich geheel afzijdig houden van de verkoop van harddrugs. In 1980 vond een verdergaande vastlegging van het opsporings- en vervolgingsbeleid plaats doordat nieuwe richtlijnen in de Staatscourant werden gepubliceerd: mits de kleinhandel zich onopvallend zou gedragen werd de vestiging van commerciële coffeeshops mogelijk. In 1987 werd in richtlijnen vastgesteld dat er wordt opgetreden als aan klanten meer dan 30 gram wordt verkocht, openlijke affichering en provocerende handel plaatsvindt én wanneer aan minderjarigen cannabis wordt verkocht. In 1991 werden de AHOJ-G-criteria landelijk van kracht (A = geen affichering, H = geen handel in harddrugs, O = geen overlast, J = geen levering aan jongeren, G = geen verkoop van hoeveelheden boven 30 gram. De nieuwe aanwijzingen voor opsporing en vervolging zijn nooit geformaliseerd in nieuwe wetgeving. Later zijn hier criteria aan toegevoegd en specificaties van bestaande criteria (zie § 6.5.3).

Over gedogen na 1991
Over het algemene concept rond gedogen heeft de Nederlandse regering vervolgens in 1996 een nota uitgebracht, vooral om duidelijkheid te krijgen over de vraag wanneer gedogen aanvaardbaar is.[10] In genoemde nota wordt duidelijk gesteld dat gedogen het afzien van handhaven is en slechts in uitzonderingsgevallen door de in acht genomen rechtsbeginselen gelegitimeerd of gevorderd worden. Er zijn drie situaties waarin zich dit kan voordoen:

1. handhaving zou leiden tot aperte onbillijkheden: gaat soms op bij recente milieuwetgeving;

2. het achterliggende belang is evident beter gediend met gedogen. Als voorbeeld werd het gedoogbeleid inzake softdrugs expliciet genoemd. Ingevolge dat beleid wordt, binnen strikte criteria, strafrechtelijk niet tegen kleinschalige verkoop van softdrugs bij bepaalde coffeeshops opgetreden. Door deze vorm van gedeeltelijk en voorwaardelijk gedogen wordt de volksgezondheid, het belang waarop de Opiumwet zich richt, beter behartigd dan bij volledige handhaving (p.37);

3. zwaarder wegend belang kan gedogen soms rechtvaardigen: als door de overheid de verwachting was gewekt dat er niet handhavend opgetreden zou worden, kan het vertrouwensbeginsel soms zwaarder wegen dan handhaving van de wet.

Een nadere analyse van het gedoogconcept en zijn uitwerking op het cannabisbeleid volgde in 2005. Het betreffende rapport is van de Algemene Rekenkamer.[11] Hierin wordt een paradox geconstateerd in de beleidsdoelen voor softdrugs, omdat het bezit van cannabis voor eigen gebruik en de kleinschalige verkoop gedoogd worden, maar grootschalige teelt en handel bestreden moet worden: 'De handhaving van het verbod op (professionele) hennepteelt (en import) kan nog sterk worden verbeterd, onder meer door meer capaciteit vrij te maken voor het blootleggen en oprollen van georganiseerde criminele groepen die actief zijn in de hennepteelt. Op den duur staat verregaande handhaving van het verbod op (professionele) hennepteelt – inclusief handhaving van het

verbod op import – echter op gespannen voet met de maatschappelijke acceptatie die inherent is aan het gedogen van de verkoop van cannabisproducten. Omgekeerd zou verregaande en succesvolle handhaving van het verbod op teelt en import het gedoogbeleid praktisch onmogelijk maken. Coffeeshops zouden in dat geval nooit aan de – maatschappelijk als een gegeven geaccepteerde – vraag naar cannabis kunnen voldoen. De handhaafbaarheid van de combinatie van gedogen van verkoop en verbieden van teelt en import is uiteindelijk dus beperkt'.[11] Vervolgens wordt de volgende aanbeveling geformuleerd: 'Het softdrugsbeleid als geheel is niet handhaafbaar, doordat er spanning bestaat tussen verschillende onderdelen ervan. Beleidsmakers zouden de interne spanningen binnen het softdrugsbeleid moeten verminderen. Indien enigszins mogelijk dient een keuze te worden gemaakt tussen óf het uitbreiden van het gedoogkader (zodat vormen van gedoogde teelt ontstaan) óf bestrijding van verkoop en teelt. Indien dit niet mogelijk is, zouden beleidsmakers moeten aangeven onder welke voorwaarden het wél mogelijk kan worden. In de tussentijd zouden zij de bestrijding van de professionele cannabisteelt in de eerste plaats moeten richten op het opsporen en reduceren van die teelt waarin criminele organisaties werkzaam zijn'.[11] Het huidige softdrugsbeleid wordt door de Algemene Rekenkamer als inconsistent en niet-handhaafbaar gekwalificeerd. De mogelijkheid van een uitbreiding naar óók het gedogen van bepaalde vormen van wietteelt wordt door de Algemene Rekenkamer wel degelijk opengehouden met verwijzing naar een motie van de Tweede Kamer uit 2000 waarin de regering verzocht werd de productie en toelevering van nederwiet aan de gedoogde coffeeshops te reguleren.

4.2.4 Ontwikkelingen in (het denken over) hulpverlening

Hulpverlening aan druggebruikers kwam in de jaren zestig langzamerhand op gang. Enerzijds namen de Consultatiebureaus voor Alcoholisme taken op zich, anderzijds ontstond een wirwar aan 'alternatieve' hulpvoorzieningen. In 1968 bracht de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid een advies uit over de opvang en behandeling van verslaafden aan drugs. Om meer duidelijkheid te scheppen werd in 1974 door de ministeries van Vomil en CRM een ambtelijke werkgroep ingesteld (Interdepartementale Werkgroep Inventarisatie Hulpverlening aan Druggebruikers). Tot aan de vorming van WVC (1982) bleef het beleid t.a.v. drugshulpverlening verdeeld over deze twee departementen, waarbij CRM zich er sterk voor maakte om de maatschappelijke achtergronden van de problemen waarmee druggebruikers te maken hadden te benadrukken. CRM gaf verder steun aan de 'alternatieve hulpverlening' tegenover de 'medisch-klinische' benadering die door Vomil werd gesteund.

In 1977, dus een jaar nadat de discussie over de wijziging van de Opiumwet was afgerond, verscheen de eerste regeringsnota waarin de contouren van de drugshulpverlening werden geschetst.[12;13] De zienswijze van Vomil, ondersteund door een in 1976 uitgebracht advies van de Gezondheidsraad over de verschillende aspecten van drugshulpverlening, was hierin dominant.[14] Een van de thema's die daarin besproken worden betreft de verstrekking van methadon aan opiaatverslaafden, een onderwerp waarvan het doel omstreden was. De rijksoverheid stelde zich midden jaren zeventig behoedzaam op tegenover methadonverstrekking, en wilde het slechts – in beperkte mate – toestaan als middel ter begeleiding van een proces van ontwenning en ter ondersteuning van maatschappelijke integratie van de betrokkenen.

Tijdslijn gebeurtenissen in aanloop naar Drugsnota 1995

1986
Eerste berichten over gebruik van ecstasy (later partydrug genoemd).

1988
Start vierjaarlijks onderzoek naar gebruik van drugs onder scholieren (in 1984 alleen cannabis).

Notitie Dwang en drang in de hulpverlening aan verslaafden (ISAD): dwangbehandeling moet als instrument voor het drugsbeleid worden afgewezen.

1990
Start project 'De gezonde school en genotmiddelen'.

1992
Sluiting Verdrag van Maastricht: voorziet o.a. in oprichting van Europol (Europese politiële inlichtingendienst; later gevestigd in Den Haag).

1993
Oprichting Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS; 'pillen' testservice voor consumenten)

Oprichting European Monitoring Centre for Drugs and Drug addiction (EMCDDA).

Inwerkingtreding Strafrechtelijke ontnemingsmaatregel ('Pluk ze'-wetgeving): bepaling in Wetboek van Strafrecht over 'ontneming wederrechtelijk verkregen voordeel' (confisqueren crimineel vermogen).

1994
Instelling interdepartementale Stuurgroep Vermindering Overlast.

1995
Publicatie nota Het Nederlands Drugbeleid. Continuïteit en verandering: belang van volksgezondheid blijft uitgangspunt; beleidswijzigingen vanwege maatschappelijke en internationale en politieke ontwikkelingen.

Deze behoedzaamheid had echter niet tegengehouden dat er lokaal allerlei programma's voor methadonverstrekking tot stand waren gekomen, met uiteenlopende criteria voor toelating, dosering en begeleidende hulpverlening. Een onderdeel van het advies van de Gezondheidsraad uit 1976 betrof niet voor niets aanbevelingen omtrent de methadonverstrekking.[g]

Eind jaren zeventig en in de loop van de jaren tachtig kristalliseerden de meningen over de juiste benadering van de drugshulpverlening (die zich in deze tijd goeddeels concentreerde op de hulp aan heroïnegebruikers) zich verder uit. Vomil richtte zich op de medische aspecten van de zorg met een nadruk op ontwenningsprogramma's; CRM spitste de aandacht toe op het 'maatschappelijk herstel' van ex-verslaafden.[15-17] Begin jaren tachtig rezen bij de rijksoverheid echter twijfels of het doel van abstinentie (al dan niet met behulp van methadon) niet te hoog gegrepen was. Ook vroeg men zich af of men niet beter het beperken van de risico's van het gebruik (harm reduction) als primair hulpverleningsdoel moest formuleren. Hierbij speelde mee dat de drugsproblematiek – in het bijzonder door de daaraan gerelateerde criminaliteit en overlast op straat – in omvang en ernst was toegenomen. Dit riep om een nieuwe visie. Deze werd voor het eerst verwoord in de nota *Drugbeleid in Beweging.*[18]

De ISAD-nota was gebaseerd op een wetenschappelijk onderzoek van Janssen en Swierstra onder heroïnegebruikers.[19] In dit onderzoek werd gesteld dat de 'levensstijlen' van heroïnegebruikers werden gevormd en bleven bestaan door een specifieke sociale structuur (de 'heroïnestructuur') die bestond uit illegale groepen, zoals dealers, en legale groepen, waar politie, justitie en de diverse hulpverleners deel van uitmaakten. De ervaringen die gebruikers met een van deze groepen opdeden (waaronder een gevangenisstraf) werden zodanig in hun levensstijl geïncorporeerd dat deze bijdroegen aan de voortzetting daarvan. De ambtelijke staf trok hieruit de conclusie dat de aan het gebruik van heroïne gerelateerde problematiek in een andere context moest worden geplaatst: het was verstandiger het gebruik te aanvaarden, en door pragmatische beleidsmaatregelen te 'normaliseren' (het gebruik cultureel te integreren en averechtse effecten van repressie te voorkomen). De aanvaarding hield echter geen laissez-faire-beleid in: verslaafden moesten verantwoordelijk worden gehouden voor (de gevolgen van) hun gedrag en werden geacht zich aan afspraken te houden als hulp werd geboden (wederkerigheid). Het beleid ten aanzien van drugshulpverlening bleef niettemin nog lange tijd verspreid over twee ministeries (CRM en VOMIL). CRM ging over 'jojo'-instellingen die drughulpverlening aanbieden vanuit een welzijnsperspectief; VOMIL beheerde de CAD's (met reclasseringstaak) en de klinische voorzieningen.

4.2.5 Ontwikkelingen jaren tachtig tot 1995

Harm reduction: preventie van aids

Begin jaren tachtig schrok de wereld op door de opkomst van een tot dan toe onbekende besmettelijke virusziekte: aids. Toen duidelijk werd dat het virus (hiv) zich kon verspreiden door seksuele en bloedcontacten, werden kort daarop voor diverse risicogroepen preventieprojecten opgezet, waaronder injecterende drugsgebruikers, om de verspreiding van de ziekte onder injecterende drugsgebruikers te verhinderen. De wijze waarop dat gebeurde is een goed voorbeeld[17] van het op harm reduction gerichte drugsbeleid, dat in dit geval ook tot stand kwam in nauwe samenwerking met belangenorganisaties van drugsgebruikers, zoals de Junkiebonden.

Het harm reduction-denken werd verwoord in de nota *Drugbeleid in beweging: naar een normalisering van de drugsproblematiek*, die in 1985 aan het parlement werd aangeboden.[18;20;21] Een belangrijk onderdeel van de preventieve benadering was de omruil van gebruikte spuiten voor schone naast voorlichting over hygiëne en veilig vrijen. Het in Nederland vigerende drugsbeleid faciliteerde, aldus WVC, de aidspreventie. Gewezen werd op de geringere criminalisering van het gebruik, de gemakkelijke toegang tot methadon en de goede bereikbaarheid van de doelgroep.[22] Van groot belang was dat het lukte om de preventie van aids te prioriteren boven het streven naar abstinentie in de hulpverlening of de ontmoediging van het gebruik. Dit was belangrijk omdat de spuitomruil en de voorlichting over hygiënisch veilig injecteren op gespannen voet stond met het streven van hulpverleners om verslaafden te helpen hun verslavingsgedrag te veranderen.

Dit was het hoofdonderwerp van de nota. Slechts in het kort werd er gesproken over 'het nagaan op welke wijze de illegale handel kan worden bestreden' en 'het geven van richting aan preventief beleid'.[18] Wat betreft het eerste onderwerp werden slechts een aantal knelpunten beschreven, waaronder de onbeantwoorde vraag in hoeverre de justitiële en politiële inspanningen bijdragen aan de doelstelling van de Opiumwet om het gebruik voor medische en wetenschappelijke doeleinden te beperken. Dit terwijl de capaciteitstekorten mede werden veroorzaakt door de toepassing van de Opiumwet.[18] Wat betreft het preventiebeleid werd als doel gesteld 'het voorkomen dat bij personen of groepen drugproblemen ontstaan, of te voorkomen dat eenmaal bestaande problemen verslechteren'.[18] Daarbij werd gesteld dat 'gezien de in omvang beperkte drugproblemen en risicogroepen

[g] Het duurde enkele jaren voordat het Staatstoezicht op de Volksgezondheid in 1981, op basis van dit advies, aan alle artsen in Nederland een brief stuurde waarin stond vermeld dat slechts gespecialiseerde artsen en daartoe aangewezen instellingen toestemming hadden om methadon te verstrekken.

bij jongeren is de relevantie van drugvoorlichting aan jongeren in het algemeen (bijvoorbeeld op scholen) zeer beperkt. De voorlichting die wel gegeven diende te worden (aan gebruikers, professionals, ouders, scholen en buurtbewoners) moest zich richten op de 'ontmythologisering van de problematiek'.[18]

Opkomst nieuwe drugs
In de tweede helft van de jaren tachtig ontstond een nieuw fenomeen: de komst van synthetische drugs op de drugsmarkt die vooral in het uitgaanscircuit heel populair werden. Het ging vooral om ecstasy, dat in 1914 werd geoctrooieerd en bekend is vanwege de amfetamineachtige en entactogene eigenschappen. In de VS werd ermee geëxperimenteerd als medicijn of als hulpmiddel bij psychotherapie, maar pas in de loop van de jaren zeventig, begin tachtig werd het ook, samen met enkele varianten, om 'recreatieve' redenen gebruikt. De stof was in 1988 al op lijst I van de Opiumwet geplaatst, conform eerdere aanpassingen in lijst 1 van het Verdrag Inzake Psychotrope Stoffen (VN). Korte tijd later werd duidelijk dat Nederland een belangrijk productieland van ecstasy en aanverwante stoffen was geworden, en navenant een belangrijk aandeel had in de illegale handel.

In 1994 schreef het ministerie van VWS een beleidsnotitie waarin beleidsvoornemens met een preventieve insteek werden bekendgemaakt.[23] Kort daarvoor was het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) opgericht dat zich zou bezighouden met monitoring (registreren van de ontwikkelingen op de markt van de 'uitgaansdrugs') en surveillance (preventie van gezondheidsrisico's). Dit was een voortzetting van een lokaal Amsterdams initiatief en gebeurde door het analyseren van de samenstelling van de door gebruikers aangeboden pillen, en het zo nodig ondernemen van actie als er sprake was van een gevaarlijke situatie voor de volksgezondheid. Het testen van pillen op locatie is vanaf 1999 gestopt en wordt nu alleen nog aangeboden tijdens kantooruren van de DIMS-deelnemers (voornamelijk instellingen voor verslavingszorg). Het DIMS publiceert jaarlijks een overzicht.

4.3 Drugsnota 1995

Met de in 1995 verschenen nota *Continuïteit en Verandering* (de Drugsnota 1995[1]) werd een andere benadering van het beleid ingezet. De fundamentele waarden waarop het Nederlandse drugsbeleid was gefundeerd werden niet ter discussie gesteld. Maar wel gaf de nota de aanzet tot een gamma aan vernieuwende benaderingen van specifieke groepen verslaafden, alsook van de aan productie, handel en het gebruik van drugs gerelateerde fenomenen. De nota bepleitte verder een integrale benadering tegenover de tot dan nog relatief gescheiden wijze waarop rijksoverheid en gemeenten, departementen en instanties en landen de problemen definieerden en oplossingen genereerden. Omdat deze nota jarenlang de agenda heeft bepaald van de inspanningen van de Nederlandse overheid gaan we er uitgebreid op in. In de derde paragraaf van dit hoofdstuk beschrijven we welke onderdelen van het beleid zijn uitgevoerd, en of er zich relevante beleidswijzigingen hebben voorgedaan.[24-26]

4.3.1 Visies, aannames en verwachtingen

Hoewel in de Drugsnota 1995 werd gesteld dat er – gezien de tot dan toe bereikte resultaten – geen aanleiding was om het gevoerde 'pragmatische, op beheersing van gezondheidsschade gerichte beleid' fundamenteel te herzien, zijn in de nota ongunstige implicaties beschreven die voldoende redenen gaven om het beleid, tenminste op onderdelen, aan te passen.

Kenmerkend voor het Nederlandse drugsbeleid was en is, aldus de nota, een 'bescheiden doelstelling': de gerichtheid op 'het tegengaan van de nadelige gevolgen van druggebruik voor de volksgezondheid' en het 'beheersbaar' houden van het gebruik van riskante drugs als gezondheids- en maatschappelijk probleem.[h] In dit opzicht representeerde de nota continuïteit ten opzichte van het in de jaren zeventig en tachtig geformuleerde beleid: de (drugspecifieke) risico's voor de individuele gezondheid en de gemeenschap vormen het leidend beginsel in plaats van het gebruik van drugs als zodanig. Daardoor was de focus gericht op de omstandigheden waaronder en de mate waarin het gebruik zich afspeelde. De beleidsinspanningen dienden primair een preventief doel te hebben en gericht te zijn op de beheersing van risico's. Later werd daar de sociale (her)integratie van de verslaafde aan toegevoegd. In de drugsnota werden deze opvattingen van de rijksoverheid herbevestigd. De Nederlandse benadering van het drugsprobleem werd weliswaar gekwalificeerd als relatief succesvol, maar er moesten daarin wel 'nuances' worden aangebracht en 'nieuwe wegen' worden beproefd.

Uitgaande van de gesignaleerde complicaties moesten nieuwe (wettelijke) maatregelen in gang worden gezet en nieuwe instrumenten worden beproefd om de weerbarstige problematiek het hoofd te kunnen bieden.

[h] N.B.: de tussen aanhalingstekens geplaatste passages in deze paragraaf betreffen letterlijke citaten uit de nota.

In 1995 wordt daarom expliciet de 'bestrijding van de overlast' benadrukt naast een 'krachtige strafrechtelijke aanpak van de handel', in het bijzonder harddrugs mede vanuit de verwachting dat daardoor de drempel zo hoog mogelijk zou kunnen worden gehouden. Verder werd de aandacht veel meer dan voorheen gericht op de internationale relaties die aan het drugsvraagstuk kleefden.

Hieronder staan de vier belangrijkste aannames en visies die aan de nota ten grondslag lagen:

Visie op algemene uitgangspunten Volgens de nota werd t.a.v. het drugsbeleid in het verleden al verwacht dat met overheidsinterventies slechts beperkte resultaten zouden worden behaald. Een 'bescheiden doelstelling' om het gebruik van riskante drugs als gezondheids- en maatschappelijk probleem beheersbaar te houden of te maken was op zijn plaats. Verder had Justitie steeds als uitgangspunt gehanteerd dat voor drugverslaafden een medische behandeling de voorkeur had boven een vrijheidsstraf. Er werd geconstateerd dat er 'gezien de bereikte relatief gunstige resultaten' geen reden was om het Nederlandse drugsbeleid fundamenteel ter discussie te stellen of in essentie te wijzigen: ingrijpende wijzigingen 'dragen zelfs het risico in zich averechts te zullen uitwerken op de volksgezondheid'. Verbetering van het huidige – 'in volksgezondheidsopzicht geslaagde beleid' – was dus te verkiezen boven een radicale ombuiging met alle ongewisse voor- en nadelen van dien. De conclusie was 'gewettigd' dat met het Nederlandse drugsbeleid concrete resultaten waren geboekt in termen van volksgezondheid. De soms felle kritiek van buitenlandse overheden op het Nederlandse beleid berustte daarom ook op onvoldoende kennis van zaken. De neveneffecten van het drugsbeleid voor andere landen dienden dan ook 'tot op zekere hoogte te worden aanvaard'. Bovendien: het Verdrag van Schengen respecteerde bestaande verschillen in het nationale drugsbeleid van de lidstaten.

Beoordeling effectiviteit van beleid Het 'ultieme criterium' waarmee de effectiviteit van ieder nationaal drugbeleid moest worden beoordeeld was 'vanzelfsprekend de omvang en beweging van het aantal harddrugverslaafden en in het bijzonder het aantal harddrugsgebruikers onder de 21 jaar'. De aanwas van jeugdige gebruikers werd waarschijnlijk mede geremd door het 'losers'-imago dat heroïneverslaafden hadden gekregen.

Visie op gedogen en legaliseren Het Nederlandse beleid m.b.t. het gebruik van cannabis was gebaseerd op de veronderstelling dat een eventuele overgang op het gebruik van harddrugs veeleer sociale oorzaken had (kritiek op de stepping stone-hypothese). Cannabisgebruikers konden daarom beter verblijven in een setting die los stond van de criminele subcultuur rond harddrugs. Door het gedogen van een relatief laagdrempelig aanbod van gebruikershoeveelheden softdrugs was het gelukt de consumentenmarkten van soft- en harddrugs van elkaar gescheiden te houden. Zo was een sociale drempel voor de overgang van soft- naar harddrugs ontstaan. Er moest echter worden gevreesd dat legalisering, ongeacht de daarbij gekozen modaliteit, de beschikbaarheid van de onderhavige drugs zou vergroten en door jongeren als een signaal zou worden opgevat dat het met de schadelijkheid ervan meeviel. De doelstelling om door de legale verkoop van harddrugs de criminele drugshandel te verminderen, zou bovendien 'illusoir' blijken als alleen in Nederland legaliseerde. T.a.v. cannabis wogen de volksgezondheidsargumenten weliswaar minder zwaar, maar gezien de door Nederland geratificeerde verdragen was er 'geen enkele ruimte' voor de legalisering van de verkoop van drugs voor recreatieve doeleinden. De discussie over legalisering van drugs was daardoor een intrinsiek Europese (en internationale) discussie geworden.

Visie op beleidsvorming Bij het 'pragmatische Nederlandse drugbeleid' hoorde 'een grote mate van openheid, kritische zin en flexibiliteit'. Wanneer zich in de toekomst complicaties en nieuwe trends zouden aandienen, moesten adequate – 'realistische' – antwoorden gevonden worden.

De beleidsvoornemens werden in de nota in het bijzonder in de volgende vier thema's nader uitgewerkt.

4.3.2 Beleid ten aanzien van het gebruik van harddrugs

De drugsnota plaatste accenten in het beleid t.a.v. harddrugsgebruik:

- *Ecstasy* Aankondiging van bestuurlijke maatregelen, maatregelen gericht op het nauwkeurig en kritisch volgen van het aanbod van designerdrugs, nader onderzoek naar de schadelijkheid van deze drugs en het intensiveren van de voorlichting.
- *Opsporing en vervolging van crimineel hoog-actieve verslaafden* Beleid op dit terrein werd 'krachtig' gestimuleerd omdat dit naar verwachting kon leiden tot aanmerkelijke daling van criminele overlast. Ter aanvulling werd een aanpassing van het zorgaanbod aangekondigd.
- *Vermindering van door verslaafden veroorzaakte overlast en vermogenscriminaliteit* Het lokale bestuur, politie, openbaar ministerie en hulpverleners moesten het gedrag van verslaafden op een 'consistente wijze' gaan conditioneren: sanctioneren van sociaal onaangepast gedrag én belonen van aangepast gedrag.
- *Illegale buitenlandse verslaafden (uit naburige EU-staten)* 'Harddrugtoerisme' ging vaak gepaard met agres-

sieve manieren van werving (drugrunners) en onduldbare overlast in woonbuurten en stadscentra. Voorgesteld werd om politiekorpsen beter op elkaar af te stemmen en de vervolging van drugszaken met buitenlandse verdachten over te dragen aan de buitenlandse autoriteiten. Buitenlandse verslaafden die strafbare feiten pleegden moesten gericht opgespoord, vervolgd en berecht worden en/of overgedragen of direct uitgezet worden. De export van buitenlandse drugsproblemen naar Nederland moest worden beëindigd.

4.3.3 Preventie, zorg en behandeling

Vanzelfsprekend spitste de aandacht in de drugsnota zich toe op actuele thema's, maar – zoals we nog zullen zien – een aantal daarvan heeft hun actualiteit weten te behouden. In en na 1995 vroeg de opkomst van het gebruik van 'designerdrugs', in het bijzonder ecstasy, om een nieuwe benadering. Vanuit de optiek van preventie werd opgemerkt dat deze drugs in het algemeen niet leidden tot lichamelijke afhankelijkheid, maar wel ernstige acute gezondheidsschade met zich meebrachten. Wat de hulpverlening aan drugsverslaafden betrof, werd gesteld dat hulp die zich richtte op schadebeperking redelijk effectief was. Daardoor was, aldus de nota, de gezondheidstoestand van Nederlandse verslaafden relatief goed; als indicator werd het groeiend contingent oudere verslaafden genoemd. Verder werd opgemerkt dat een deel van de Nederlandse verslaafden sociaal 'betrekkelijk goed' geïntegreerd was.[i]

Ondanks de positieve beoordeling van de drugshulpverlening werden tal van maatregelen aangekondigd om de zorg beter aan te passen aan de behoeften en omstandigheden de verslaafden en hun omgeving. Door de uitbreiding van de toepassing van projecten en voorzieningen uitgaande van dwang en drang (in combinatie met uitbreiding van reguliere celcapaciteit) werd beoogd een 'wezenlijke vermindering van de overlast' van de zijde van problematische criminele verslaafden te bereiken. Hiernaast was het streven erop gericht te experimenteren met de medische verstrekking van heroïne, met de kanttekening dat deze interventie allereerst gericht moest zijn op 'oudere patiënten die een lange verslavingscarrière achter de rug hebben en wier psychosociale situatie zonder perspectief is', dit vanwege de 'ongetwijfeld grote aantrekkelijkheid' die aan de deelname zou kleven.

Aanpassingen in preventie, zorg en behandeling

Om de door verslaafden veroorzaakte overlast en de variëteit van extreem problematische doelgroepen het hoofd te kunnen bieden was, aldus de nota, een aangepaste benadering noodzakelijk. Op grond van evaluatieonderzoek was de zin van de op dat moment in nog veel behandelingsprogramma's aanwezige op abstinentie gerichte methodieken ter discussie komen te staan: ze hadden slechts beperkte invloed op het verloop van het verslavingsproces. Daarom waren bijstellingen vereist: vernieuwing van de preventie; betere afstemming tussen de verschillende vormen van zorg en differentiatie van het intramurale zorgaanbod; betere aansluiting van de intramurale en ambulante zorg op het verblijf in penitentiaire inrichtingen (dwang- en drangprojecten); experimentele verstrekking van heroïne op medische indicatie. Hieronder volgt een toelichting:

- *Zorgvernieuwing en preventie* Door de permanente verandering van de drugsproblematiek (nieuwe drugs, veranderende gebruikspatronen, nieuwe risicogroepen) moest ook het preventiewerk veranderen en voldoen aan hoge eisen, en dient een dynamische aanpak te prevaleren. Onderzoek naar de effectiviteit en doelmatigheid van preventie zou worden gestimuleerd. Preventie moest nieuwe risicogroepen in een vroeg stadium benaderen, een breder aandachtsgebied krijgen en meer oog hebben voor sociale achterstandssituaties. Door samenwerking met o.a. jeugdhulpverlening moesten zwerfjongeren, spijbelaars en allochtone en autochtone randgroepjongeren worden benaderd. Verder moest 'een nieuwe impuls' worden gegeven aan 'hoogwaardige, realistische voorlichting' over het gebruik en misbruik van alcohol, nicotine en drugs zoals op scholen en mede specifiek gericht op probleemgroepen. Ook was een nieuwe benadering nodig gezien de opkomst van het gebruik van designerdrugs. Tot slot werd voorgesteld om de systematiek van het verkrijgen van statistische en onderzoeksgegevens over drugsgebruik te verbeteren; dit streven kwam overeen met vergelijkbare initiatieven in Europa.
- *Betere afstemming* In plaats van een standaardaanbod van hulpverlening werd 'zorg op maat' bepleit. Mede door methadonprogramma's leidde een groot aantal van de verslaafden weliswaar een 'maatschappelijk redelijk geïntegreerd leven', maar de resocialisatie (scholings-, arbeids- en huisvestingsprojecten) sloot hier evenwel nog niet goed op aan. De nota stelde verder voor dat de werkzaamheden van drugshulpverleningsinstellingen beter moesten aansluiten op die van algemene instellingen van maatschappelijke dienstverlening (waaronder arbeidstoeleiding), politie en justitie (inclusief reclassering). Om deze samenhang te bevorderen werd een Interbestuurlijke Task Force Veiligheid en Verslavingszorg aangekondigd.

[i] De nota herbevestigde (zie § 4.1) dat in het zorgaanbod verantwoordelijkheid en wederkerigheid leidende principes waren: verslaafden moesten verantwoordelijkheid aanvaarden voor hun eigen gedrag, en van de verslaafde werd verwacht dat deze zich hield aan de gemaakte afspraken, als 'tegenprestatie' voor de hulp.

- *Differentiatie intramurale zorg* De intramurale zorg was nog gericht op het bereiken van abstinentie; voor verschillende groepen gebruikers was dat, aldus de nota, geen realistisch doel waardoor een groot aantal cliënten vroegtijdig afhaakte. Daarom moest ook in de intramurale zorg het behandelaanbod naar doelen en inhoud worden gedifferentieerd: er moesten ook programma's worden aangeboden, zoals Intramurale Motivatie Centra (IMC) die minder vérstrekkende behandeldoelen hadden (stabilisering en verbetering van de situatie van de cliënt).
- *Regie en financieringsstructuur ambulante verslavingszorg* Tot 1994 verliep de financiering voor de ambulante verslavingszorg (onder de Tijdelijke Financieringsregel Verslavingszorg) via 23 centrumgemeenten, die in overleg met de andere gemeenten de verplichting hadden het ambulante verslavingszorgbeleid gestalte te geven. Deze deels gedecentraliseerde regie en financieringsstructuur werd als bevredigend gekenmerkt. Vanaf 1994 viel de ambulante verslavingszorg onder de Tijdelijke Wet Stimulering Sociale Vernieuwing. Gezien het tijdelijke karakter van de TWSSV lag het in het voornemen het TWSSV-budget over te hevelen naar het gemeentefonds, waardoor echter het gevaar van versnippering van zorg dreigde. Het kabinet kondigde daarom aan te laten onderzoeken of de huidige regionale aanpak van de ambulante verslavingszorg via 23 centrumgemeenten ook na afloop van de TWSSV kon worden gecontinueerd.
- *Dwang en drang* Om overlast te verminderen moest een deel van de verslaafde justitiabelen voor de keuze worden gesteld om een begeleidings- en behandelingstraject te doorlopen (met perspectief op maatschappelijke integratie en beëindiging van de criminele carrière) of de voorlopige hechtenis voort te zetten. Om hiervoor voorzieningen te treffen was al in 1994 een interdepartementale Stuurgroep Vermindering Overlast (SVO) opgericht die in overleg met partijen werkte aan integrale projectplannen op gemeentelijk niveau. Hiernaast werden initiatieven aangekondigd als het ontwikkelen van taakstraffen voor verslaafden, uitbreiding van vroeghulpinterventieprojecten (reclassering) en de creatie van (meer) sociale pensions en drugsvrije afdelingen (dva's) in penitentiaire inrichtingen. Verder werd de oprichting van een forensische verslavingskliniek (FVK) aangekondigd.
- *Strafrechtelijke maatregel opvang verslaafden* In samenhang met de voornoemde maatregelen bepleitte de nota mogelijkheden voor de gedwongen opvang van verslaafden die 'wegens o.a. het plegen van reeksen lichte misdrijven en/of het vertonen van agressief gedrag' ernstige overlast gaven. Daarvoor was een specifieke juridische basis vereist, waarvoor door Justitie een wetsvoorstel zou worden ingediend.
- *Medische verstrekking heroïne* Vanwege de chronische verslaving van de groep 'extreem verloederde, soms ernstig zieke verslaafden' alsook de relatief hoge gemiddelde leeftijd van de verslaafden, bepleitte de nota nieuwe interventiemethoden. Naast de nieuwe voorzieningen op basis van dwang en dwang werd ook gedacht aan het – op experimentele basis – voorschrijven van heroïne aan verslaafden, met als doelen: stabiliseren van de toestand, bevorderen van het lichamelijke en psychosociale welbevinden, verminderen van bijgebruik en zo mogelijk motiveren tot abstinentie.
- *Kwaliteitsborging en evaluatie* De nota stelde dat de preventieve en curatieve voorzieningen enerzijds permanent moesten worden vernieuwd (vanwege nieuw opkomende problemen en vragen) maar anderzijds budgettair beheersbaar moesten blijven.

4.3.4 Het beleid ten aanzien van de verkoop van cannabis

Hoewel de in 1976 in de Opiumwet aangebrachte differentiatie tussen cannabis en harddrugs niet ter discussie werd gesteld, kondigde de nota wel een aanscherping van het cannabisbeleid aan; deze aanscherping wordt later in de Cannabisbrief uit 2004 gecontinueerd. Volgens de nota leidde de 'decriminalisering van het bezit van softdrugs' niet tot een stijging van het gebruik en was het terecht dat de risico's van cannabisgebruik 'niet op zichzelf reeds als 'onaanvaardbaar' werden gekwalificeerd'. Weliswaar waren er reden om 'tot een heldere normering te komen ten aanzien van coffeeshops' en beleid te formuleren ten aanzien van de opkomst van de productie van nederwiet en de criminele organisaties die bij de handel betrokken waren, maar met het aangekondigde instrumentarium zou dat mogelijk zijn. Wat de sanering van coffeeshops betreft was, aldus de nota, de verwachting 'gewettigd' dat nadien de controle- en handhavingsinspanningen zouden kunnen worden verminderd. En door de aanlevering van nederwiet op grond van teelt in eigen beheer of door contacten met thuistelers zou de 'gehele productie- en handelsketen (…) vrij blijven van de invloed van criminele organisaties'. Indien de coffeeshops in de greep waren van criminele organisaties was de kans groot, aldus de nota, 'dat harddrugs worden verkocht en er ook overigens criminele activiteiten binnen de shops zullen plaatsvinden'. Wat betreft het drugstoerisme naar de coffeeshops werd gesteld dat een verbod niet mogelijk zou zijn: een 'gebod om te discrimineren tussen Nederlandse en buitenlandse kopers' stond op gespannen voet met de Grondwet en was bovendien moeilijk handhaafbaar. Omdat de Nederlandse coffeeshops onbedoeld waren gaan functioneren ter bevoorrading van het buitenland, en vanwege de buitenlandse kritiek, werd wel voorgesteld om de 30-gramsnorm voor de verkoop te heroverwegen. Tegenover de roep om een 'wettelijke regeling van de geregle-

menteerde toelevering van cannabisproducten aan de coffeeshops' stelde de nota dat dit vanwege verdragsverplichtingen onmogelijk was. Los daarvan werd de vrees geuit dat zo'n regeling zou leiden tot lagere prijzen en het 'drugvriendelijke imago' van Nederland zou versterken. Als alternatief was het, aldus de nota, 'in beginsel' mogelijk dat zo'n 35.000 huistelers in de binnenlandse vraag naar cannabis zouden kunnen voorzien. Maar een mogelijk risico daarvan was dat 'althans een deel van de huistelers wordt geannexeerd door criminele organisaties'. De belangrijkste beleidsvoornemens t.a.v. cannabis waren de volgende:

- *Regulering coffeeshops* De commercialisering van de verkoop van cannabis in coffeeshops werd in de nota op zichzelf niet ter discussie gesteld: ze hadden 'bewezen een bijdrage te kunnen leveren aan de gewenste scheiding van de detailhandelsmarkten in soft- en harddrugs'. Onder strikte voorwaarden werd daarom niet strafrechtelijk opgetreden tegen degenen die cannabis verkopen in locaties waarover in het driehoeksoverleg overeenstemming was bereikt. Wel was er een toename 'in tal en last' en werd opgemerkt dat een deel onder invloed stond van criminele organisaties. Daarom was een regulering gewenst (waaronder afname van het aantal verkooppunten) waarover gemeenten in het driehoeksoverleg met korpschef en officier van justitie afspraken konden maken.
- *Bestrijding georganiseerde criminaliteit* Bij de beoordeling van het coffeeshopbeleid stelde de nota de invloed van de georganiseerde criminaliteit voor als een belangrijke toetssteen. De rol daarvan moest zo veel mogelijk worden teruggedrongen, nog los van het feit dat ze niet de kans mocht krijgen 'om geld te verdienen aan de gedoogde verkoop van cannabis' vanuit de coffeeshops. Derhalve kreeg de thuisteelt tot 5 planten een lage opsporingsprioriteit.
- *Tegengaan drugtoerisme* De buitenlandse kritiek op het Nederlandse beleid was, aldus de nota, vooral gericht tegen de import van hoeveelheden cannabis die als 'voorraad' opgevat konden worden. Om dat tegen te gaan werden de OM-richtlijnen zodanig aangepast dat de toegestane verkoop tot 5 gram per klant werd beperkt.

4.3.5 De strafrechtelijke benadering (Opiumwet)

De in de nota voorgestelde maatregelen t.a.v. de handhaving van de Opiumwet liepen in het algemeen in de pas met het tot dan toe gevoerde beleid, zij het dat – als respons op de maatschappelijke ontwikkelingen – sprake was van intensivering en actualisering van de inspanningen. Twee thema's sprongen eruit:

- *Internationale samenwerking* De illegale handel in drugs heeft een internationaal karakter en de handelaren zoeken nieuwe afzetmarkten. Dit brengt voor hen met zich mee dat ze transportroutes tot stand moeten brengen en onderhouden. Conform het internationale karakter moeten overheden samenwerken om de strafrechtelijke benadering effectief te laten zijn. Dit vormde de legitimatie voor de diverse internationale verdragen die in het kader van de Verenigde Naties en de Europese Unie alsook tussen afzonderlijke landen waren gesloten rondom de bestrijding van drugs alsook m.b.t. strafrechtelijke samenwerking en bestuurlijke bijstand op het gebied van de douane. Ondanks een voldoende 'verdragsinstrumentarium' werd in de nota bepleit om de efficiency in de internationale samenwerking te verhogen en netwerken van daarbij betrokken organisaties te vormen en/of te versterken.
- *Teelt van nederwiet* De in Nederland geteelde cannabis was in enkele jaren sterk opgekomen, maar daardoor dreigde Nederland, aldus de nota, een exportland te worden, iets wat 'pertinent' voorkomen moest worden. Mede omdat de teelt 'kleinschalig en onopvallend' kon plaatsvinden, bestonden er 'op zichzelf grote handhavingsproblemen'. In de nota werd de kleinschalige huisteelt opgevat als een dilemma: de huisteelt zou (in positieve zin) coffeeshophouders buiten criminele netwerken kunnen houden, maar (in negatieve zin) bestond er het risico dat de huisteelt door criminele organisaties werd geannexeerd. Een ander probleem dat in de nota werd gesignaleerd was dat Nederlandse kwekers er 'incidenteel' in slaagden het THC-gehalte op te voeren. Als beleidsdoelen werden daarom geformuleerd om (1) niet alleen de teelt van cannabis voor de export en/of als vorm van georganiseerde criminaliteit prioriteit te geven (om te voorkomen dat Nederland productie- en exportland wordt van cannabis) maar (2) ook te voorkomen dat een hoog THC-gehalte onaanvaardbare risico's zou opleveren.

Met deze nota heeft de rijksoverheid de algemene voorwaarden geschapen voor het tot op heden gevoerde beleid: naast algemene uitgangspunten die, zoals we nog zullen zien, regelmatig worden herbevestigd, is er voldoende ruimte om 'pragmatisch' in te spelen op nieuwe ontwikkelingen waaronder de ongewenste gevolgen van het beleid zelf. Dit laatste betreft i.h.b. de gevolgen van het gedoogbeleid.

4.4 Drugsbeleid 1995 – heden

In het vervolg van dit hoofdstuk bespreken we de belangrijkste gebeurtenissen op het terrein van het drugsbeleid die hebben plaatsgevonden na het verschijnen en het debat over de Drugsnota 1995. Hoewel er tussen de diverse onderdelen van het drugsbeleid een nauwe samenhang bestaat, is het zinvol de bespreking op een thematisch wijze te doen plaatsvinden.
Ter verantwoording van de uitvoering van de drugsnota zijn voortgangsrapportages verschenen vanaf 1996.[27-31] In de rapportages werd verslag gedaan van de ontwikkelingen in het gebruik van drugs, de voortgang van het preventiebeleid waaronder voorlichtingscampagnes, de verbetering van de kwaliteit en de effectiviteit van de verslavingszorg, het (in samenhang met het Grote Stedenbeleid geformuleerde) overlastbeleid, de bestrijding van de drugsgerelateerde criminaliteit, de internationale samenwerking op dit terrein en de monitoring en onderzoek waaronder ook de assessment van nieuwe drugs.

4.4.1 Specifieke maatregelen m.b.t. productie van en handel in drugs

Ook al is het principe van de 'scheiding van de markten' gehandhaafd, de maatregelen en richtlijnen met betrekking tot gebruik, verkoop en productie van cannabis zijn telkens specifieker en stringenter geworden. Het formele standpunt dat Nederland een gedoogbeleid voert, klopt weliswaar nog steeds. Maar door een constante stroom aan maatregelen en wetswijzigingen is het karakter ervan het beste te typeren als het tegenovergestelde van wat men een laissez-fairebeleid zou noemen. De aanpak van problemen die gerelateerd zijn aan de productie, verkoop en het gebruik van drugs wordt in Nederland beleidsmatig voorbereid in het driehoeksoverleg. Met telkens nieuwe, vaak lokaal eerst uitgeteste nieuwe methodieken en door een constante stroom aan wettelijke maatregelen (bijvoorbeeld aanpassingen van de Opiumwet of de Gemeentewet) zijn de instrumenten flink uitgebreid om op lokaal niveau een beleid te voeren tegen de overlast en de door burgers ervaren onveiligheid.

De bestrijding van de (georganiseerde) drugsgerelateerde criminaliteit is in de afgelopen periode geïntensiveerd, geprofessionaliseerd en heeft – overeenkomstig de kenmerken van deze vorm van criminaliteit – een uitdrukkelijk internationaal karakter gekregen. Op dit vlak is overigens weinig sprake van 'typisch Nederlandse' kenmerken. Het Nederlandse beleid ten aanzien van de verkoop van cannabis in coffeeshops en de (inmiddels sterk verminderde) tolerantie t.a.v. de teelt van cannabis bij mensen thuis, heeft justitieel en politioneel ingrijpen bij het opsporen van productielocaties, aanvoerlijnen en handelstransacties niet in de weg gestaan. Hetzelfde geldt voor de berechting van de daarbij betrokken personen. In de afgelopen periode is het wettelijk instrumentarium uitgebreid om criminelen hun financiële winsten af te nemen.

Tot slot zijn regelmatig wettelijke maatregelen getroffen als respons op de opkomst van nieuwe middelen op de drugsmarkt. In de volgende paragrafen wordt een toelichting gegeven.

Bestrijding drugsgerelateerde criminaliteit
Specifieke aandacht in de strijd tegen de drugsgerelateerde criminaliteit is sinds 1995 gericht op de bestrijding van de steeds grootschaliger en professionelere illegale teelt van hennep in woningen, bedrijfshallen of openbare ruimten (zoals maïsvelden). Hiernaast heeft de opsporing van illegale productie van synthetische drugs veel aandacht gevraagd, in het bijzonder omdat Nederland zich heeft ontwikkeld tot een op dit vlak drugsproducerend en -exporterend land. De in 1997 opgerichte USD (in 2004 om-

Tijdslijn cannabisbeleid en overige maatregelen m.b.t. bestrijding handel en productie (1995-heden)

1995
Inwerkingtreding Wet Voorkoming Misbruik Chemicaliën: voorkomen productie synthetische drugs.

1996
Verscherping richtlijnen voor coffeeshop. Verbod op: reclame, harddrugs, verkoop van personen onder de 18, verkoop van meer dan 5 gram per dag.

1997
Speciale richtlijn voor harddrugskoeriers Schiphol (vervalt in 1999 na wijziging Opiumwet).
Indiening twee wetsvoorstellen om de Opiumwet te wijzigen: verbieden van hennepteelt en vergemakkelijken van sluiten coffeeshops.
Oprichting Unit Synthetische drugs (USD) (in 2004: Expertisecentrum Synthetische Drugs en Precursoren).
Start van het Steun- en Informatiepunt Drugs en Veiligheid (SIDV); in 2004 overgenomen door Centrum Criminaliteitspreventie en Veiligheid (CCV).

1999
Nationale Coördinatiecommissie Precursoren: interdepartementaal afstemmingsoverleg precursoren onder coördinatie van het Ministerie van Financiën.
Besluit tot wijzigingen Opiumwet: o.a. wet Damokles.
Inwerkingtreding Wet Victoria.

gevormd tot Expertisecentrum Synthetische Drugs en Precursoren) kreeg tot taak informatie te verzamelen over synthetische drugs (en precursoren daarvan) t.b.v. politie en justitie. In 2001 maakte Justitie een plan bekend dat erop gericht was ecstasy als 'criminogene factor' in de Nederlandse samenleving terug te dringen.[32]

Om invoer van drugs in Europa tegen te gaan, heeft Nederland een taak in het controleren van de buitengrens; bij de douane zijn nieuwe technologieën ingevoerd om containers te scannen. Wat betreft de bestrijding van de smokkel van cocaïne naar Nederland heeft beleidsontwikkeling die erop gericht was de doorvoer van drugs via Schiphol te stoppen centraal gestaan. In 2002 maakte de rijksoverheid een plan bekend dat gericht was op de (verbetering van de) bestrijding van smokkel vanuit de Nederlandse Antillen en Aruba, Suriname en andere Latijns-Amerikaanse landen.[33] Op grond van wettelijke maatregelen werden in 2003 bij Schiphol voorzieningen aangebracht om drugskoeriers in detentie te houden. Vanaf 2005 is het mogelijk om 100%-controles uit te voeren op vluchten vanuit alle landen die bij de smokkel van cocaïne betrokken zijn; sinds 2004 bestaat tevens de mogelijkheid met speciale apparatuur bodyscans uit te voeren om na te gaan of passagiers bolletjes drugs hebben ingeslikt.

Omdat de drugscriminaliteit een steeds grootschaliger en meer georganiseerd karakter had gekregen, en vanwege het risico dat door het witwassen van zwart verkregen gelden de grens tussen de 'onderwereld en de 'bovenwereld' steeds diffuser zou worden, was het belangrijk met wettelijke maatregelen ('Pluk-ze'-wetgeving) de strijd tegen fraude en het witwassen van illegaal verkregen gelden effectief te kunnen voeren. Tegen het witwassen was in 1993 al de Wet Ontneming wederrechtelijk verkregen voordeel ingevoerd en werd besloten tot invoering van de Wet Melding ongebruikelijke transacties (Wet MOT) en de Wet identificatie bij financiële dienstverlening (Wid). Eveneens werd in 1993 de Wet Overdracht tenuitvoerlegging strafvonnissen (WOTS) zodanig aangepast dat het confisqueren van de met criminele activiteiten verkregen winsten mogelijk werd. In 2003 werd hier de Wet bevordering integriteitsbeslissingen door het openbaar bestuur (BIBOB) aan toegevoegd die de bevoegdheden van lagere overheden tot screening van vergunningaanvragers sterk heeft verruimd.

2000
Publicatie nota Het pad naar de achterdeur: geen experimenten.

2001
Start drugsoverlastproject Hektor in Venlo.
Start pilotproject Preventieve Doorlichting Cannabissector (inclusief aandacht voor smartshops en growshops).
Start project 'drugs en internet: onderzoek naar afbichering en aanbieding van softdrugs en synthetische drugs via internet plus hoe de handhaving plaatsvindt en kan plaatsvinden'.
Publicatie plan *Samenspannen tegen XTC*.

2002
Plan van aanpak drugssmokkel Schiphol naar de Tweede Kamer.
Aanname van Wet Victor.

2003
Invoering 100%-controles op 'risicovluchten' vanuit de Nederlandse Antillen.
Inwerkingtreding wet BIBOB (Wet Bevordering Integriteitsbeoordelingen door het Openbaar Bestuur).

2004
Invoering van 100%-controles op 'risicovluchten' vanuit Suriname. Ingebruikname van de bodyscan.
Cannabisbrief (BZK, Justitie, VWS): aanscherping cannabisbeleid. Publicatie notitie Integrale aanpak hennepteelt.

2007
Wijziging Opiumwet: mogelijkheid van bestuursdwang.

2008
Invoering van Wet ter voorkoming van witwassen en financieren van terrorisme (Wwft).

Cannabisbeleid en bestrijding overlast met bestuurlijke en justitiële instrumenten

Zoals kon worden afgeleid uit de Drugsnota 1995 heeft in de jaren daarna een verscherping van het cannabisbeleid plaatsgevonden. Een jaar na de nota werden de richtlijnen voor coffeeshops aangescherpt; het belangrijkste item hierin was het 5-gramscriterium. Uitgaande van de nieuwe richtlijnen werden gemeenten in staat gesteld d.m.v. een vergunningenstelsel een lokaal coffeeshopbeleid te voeren. Een adviserende rol daarbij werd geleverd door het in 1997 gestarte Steun- en Informatiepunt Drugs en Veiligheid (SIDV; in 2004 onderdeel van het Centrum Criminaliteitspreventie en Veiligheid, CCV) dat door de Vereniging Nederlandse Gemeenten en het Rijk werd opgericht.

Er is afgezien van de in de drugsnota toen nog opengehouden optie om een regeling te treffen voor de 'achterdeur' van de coffeeshops, een stelsel waarmee op een gedoogde manier, buiten de greep van criminele netwerken om, voorzien zou kunnen worden in de aanvoer van cannabis[34]. Het kabinet stelde in 2000 vast dat het (nu) niet mogelijk was experimenten met de achterdeur van coffeeshops te ontwikkelen.[35]

Veel werk werd er gemaakt van het voeren van beleid om de overlast die met de verkoop van drugs gepaard ging te kunnen bestrijden. Een voorbeeldfunctie vervulde het drugsoverlastproject Hektor in Venlo, een integrale en actieve aanpak van drugsoverlast en achterliggende drugscriminaliteit.

Wat betreft het cannabisbeleid is de in 2004 door BZK, Justitie en VWS gepubliceerde 'cannabisbrief'[36] van groot belang geweest omdat die een verdere aanscherping markeerde. Met een Nationaal Actie Plan werd o.a. besloten tot drugspreventie gericht op risicogroepen, een massamediale campagne ('Drugs, laat je niets wijsmaken'), een behandelaanbod voor afhankelijkheid van cannabis en een onderzoek naar de risico's van sterke cannabis (vanwege de mogelijke risico's van een hoog THC-gehalte). Verder werd beleid aangekondigd t.b.v. de intensivering van de naleving van wet- en regelgeving, het tegengaan van coffeeshoptoerisme en de aanpak van de teelt van nederwiet. In een kamerdebat hierover verzette de minister van Justitie zich (wederom) tegen reguleren van de 'achterdeur': het zou legalisering inhouden, wat vanwege internationale verplichtingen niet mogelijk was. Daarnaast was het risico dat Nederland wereldproducent van drugs zou worden veel te groot.[37]

Het gemeentelijk instrumentarium om drugsoverlast (niet specifiek i.v.m. cannabis) te bestrijden is sinds 1995 sterk verruimd. In 1999 trad de Wet Victoria (artikel 174a Gemeentewet) in, die gemeenten in staat stelde drugspanden te sluiten. Eveneens m.b.v. wijzigingen in de Opiumwet waartoe in 1999 werd besloten, werden de mogelijkheden van het lokale bestuur om op te treden sterk verbeterd. De aanpassingen hielden het volgende in: (1) introductie van het 'beroepsmatig of bedrijfsmatig handelen in strijd met een van de in artikel 3, eerste lid onder B gegeven verboden'; (2) de introductie in die verboden van het bestanddeel 'telen'; wet Damokles (artikel 13b van de Opiumwet; in 2001 in werking getreden): bevoegdheid burgemeester tot toepassing bestuursdwang om verkoop, aflevering of verstrekking c.q. aanwezigheid van drugs in en vanuit voor publiek toegankelijke lokalen en daarbij behorende erven te stoppen (in 2001 in werking getreden).

In 2002 werd bovendien de Wet Victor aangenomen. Deze wet stelde gemeenten in staat drugspanden te onteigenen indien deze een verstoring van de openbare orde opleveren. (Het betrof een wijziging van de Woningwet en enige andere wetten in verband met maatregelen na sluiting van woningen, woonketen, woonwagens en andere gebouwen, alsmede de bij die ruimten behorende erven ten gevolg van verstoring van de openbare orde of overtreding van artikel 2 of 3 van de Opiumwet.)

In 2007 vond een aanvullende wijziging van de Opiumwet plaats. Het betrof het creëren van de mogelijkheid voor de burgemeester om bestuursdwang toe te passen t.b.v. de handhaving van de artikelen 2 en 3 van de Opiumwet in woningen en lokalen of bij woningen of lokalen behorende erven.

De bespreking van maatregelen gericht op overlastveroorzakende drugsverslaafden in de vorm van nieuwe zorgarrangementen volgt hieronder.

4.4.2 Aanpak, zorg en behandeling

Zoals was aangekondigd in de drugsnota zijn er op diverse gebieden vernieuwingen tot stand gebracht in de versla-

Tijdslijn zorgvernieuwing (1995-heden)

1996
Installatie Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden (CCBH).

1997
Plan project Resultaten Scoren: ontwikkeling verslavingszorg.
Instemming met onderzoeksopzet heroïneverstrekking op medische grond.
Notitie VWS: Verslavingszorg en Allochtonen.

1998
Start van Forensische Verslavingskliniek (FVK).

1999
Start experiment EDOCRA: beoordelen van methoden van detoxificatie.
Publicatie advies Verslavingszorg herijkt.
Notitie VWS: herstart proef verstrekken heroïne op medisch voorschrift.

2000
Start Bureau Medicinale Cannabis (BMC).

2001
Inwerkingtreding wet SOV.

2002
Rapportages CCBH: positieve resultaten van heroïne op medisch voorschrift en hoge doses methadon.
Instelling van Commissie Invoeringsaspecten Behandeling Heroïneverslaafden (CIBH).
Rapport Gezondheidsraad over drugsverslaving en hulpverlening.
Besluit invoering Landelijke Centrale Middelen Registratie (LCMR).

2003
Medicinale cannabis verkrijgbaar via apotheek.

2004
Besluit kabinet: meer plekken voor behandeling met medische heroïne.
Brief VWS inzake voorzieningen voor minderjarige verslaafden.
Inwerkingtreding wet Plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders (ISD).

2005
Beleid VWS m.b.t. voorzieningen voor minderjarige verslaafden.

2006
Heroïne in Nederland officieel geneesmiddel voor de behandeling van heroïneverslaving.

2008
Hoge Raad: thuisteelt van cannabis in bijzondere gevallen (zoals bij MS-patiënten) toegestaan.

vingszorg. Binnen het kader van het project 'Verslavingszorg herijkt'[38] is gewerkt aan de mogelijkheden om op gemeentelijk en regionaal niveau het voeren van een integraal beleid t.a.v. verslavingszorg te versterken. In het kader van het 'allochtonenbeleid' is er een aanzet gegeven tot een doelmatige en gecoördineerde aanpak van het misbruik van drugs onder deze categorie.[39] [j] Verder is in 2005 is specifiek beleid ontwikkeld gericht op voorzieningen voor minderjarige verslaafden. Een belangrijke rol is verder gespeeld door het project Resultaten Scoren van GGZ-Nederland waarbinnen door de aangesloten partijen door middel van onderzoek, experimenten en protocollering wordt gewerkt aan verbetering van de kwaliteit binnen het verslavingszorgaanbod.

Hieronder wordt i.h.b. ingegaan op de volgende twee thema's: de zorgvernieuwing die was geïnitieerd vanuit de strijd tegen overlast en onveiligheid en de verslavingszorg binnen het justitieel kader, en voorts de uitbreiding van het arsenaal aan medische zorg voor verslaafden (i.h.b. verstrekking van heroïne).

Overlastprojecten voor verslaafden en justitiële verslavingszorg

Vanuit het perspectief van Volksgezondheid (voorkomen en behandelen van medische problemen i.v.m. verslaving), maar ook vanuit de gezichtspunten van zowel Justitie (bestrijding criminaliteit) als Binnenlandse Zaken (voorkomen van lokale overlast en onveiligheid) zijn in de periode na de totstandkoming van de drugsnota diverse innovatieve projecten tot stand gebracht die leidden tot aangepaste voorzieningen en methodieken. Voor zover dat nodig was zijn wettelijke regelingen getroffen opdat het instrumentarium voor hulp op basis van drang of dwang een stevige juridische basis had.

Een sturende rol in de totstandkoming van nieuwe zorgarrangementen in het kader van het dwang- en drangbeleid werd gespeeld door de interbestuurlijke Taskforce Veiligheid en Verslavingszorg.[k] Dit gebeurde in samenwerking met de Stuurgroep Vermindering Drugoverlast (opgeheven in 1997).

Naar aanleiding van de Drugsnota 1995 werden, zoals was beoogd, een scala aan nieuwe voorzieningen opgezet die beter aansloten op de toestand van de diverse groepen verslaafden, en bovendien – in het kader van het overlastbeleid en de strijd tegen frequent crimineel gedrag – effectiever gebruik maakten van (nieuw tot stand gekomen) instrumenten t.b.v. dwang en drang. Zo ging in 1998 een in het kader van het overlastbeleid opgerichte voorziening voor justitiabele verslaafden de Forensische Verslavingskliniek (FVK) van start. En trad in 2001 de SOV in werking. Deze wet voorziet in justitiële maatregelen die de gedwongen plaatsing mogelijk maken van justitiabele verslaafden in een inrichting voor opvang van verslaafden voor ten hoogste twee jaar. De SOV was specifiek gericht op de harde kern van criminele verslaafden voor wie eerdere interventies niet leidden tot een afname van de criminele recidive.

Het drugsoverlastbeleid heeft in de eerste jaren na de drugsnota erin geresulteerd dat in een samenwerking van gemeenten, verslavingszorg en politie en justitie nieuwe voorzieningen en projecten opgezet werden, zoals intramurale Motivatiecentra. Bij de evaluatie in 1999[29] werd vastgesteld dat de samenhang en de regie moest worden verbeterd. Verder bleek dat de invalshoek 'drugsoverlast' te beperkt was als de focus slechts op de harddrugsverslaafden lag; het begrip overlast moest voortaan breder worden opgevat. Ook werd vastgesteld dat de aansturing van het overlastbeleid voor verbetering vatbaar was, waarmee rekening moest worden gehouden in het vervolgbeleid.[29]

In de voortgangsrapportage 2001-2002 werd het stelsel van specifieke voorzieningen voor verslaafde justitiabelen beschreven als een 'drietrapsraket': (1) drangprojecten, (2) Verslaving Begeleidings Afdelingen (VBA's) en (3) Strafrechtelijke Opvang Verslaafden (SOV). In deze rapportage werd tevens gemeld dat in het kader van Justitieel Verslavingsbeleid het penitentiaire verslavingsbeleid zou worden herijkt en dat Justitie de samenwerking tussen reclassering en het gevangeniswezen in het kader van het in 2002 gestarte programma Terugdringen Recidive, met een accent op (vaak verslaafde) veelplegers wilde verbeteren. Als ultiem doel werd geformuleerd om de reïntegratie van justitiabelen te verbeteren; hiertoe werd een beleidsgroep Justitiële Verslavingszorg ingesteld.

Sinds 2001 konden veelplegers die verslaafd waren aan drugs op grond van een justitiële maatregel geplaatst worden in een speciale voorziening (Strafrechtelijke Opvang Verslaafden, SOV). Per 2004 trad een nieuwe wet in werking (Plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders, ISD) die bedoeld was voor alle veelplegers (inclusief verslaafden). Sindsdien werkt de SOV als een bijzonder programma binnen het ISD-programma.

Heroïne, methadon e.d.

Een uitvloeisel van de Drugsnota 1995 was de start van een experiment met het op medisch voorschrift, en onder strikte voorwaarden, voorschrijven van heroïne aan een selectieve groep drugsverslaafden. Het experiment,

[j] In deze nota werd t.a.v. dit specifieke beleidsterrein een bestuurlijke impasse vastgesteld. Verder werd opgemerkt dat er sprake was van onvoldoende inzicht in de omvang en aard van de problematiek, beperkte toegankelijkheid van de verslavingszorg voor allochtonen en dat er meer kon worden gedaan om integraal lokaal (preventief) beleid te realiseren.

[k] Deze Taskforce heeft zich ook beziggehouden met het coffeeshopbeleid.

uitgevoerd in een beperkt aantal plaatsen, werd opgedragen aan de in 1996 ingestelde Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden (CCBH). Na een eerste experiment werd in 1999 besloten tot een herstart van de behandeling met heroïne op medisch voorschrift bij individuele verslaafde patiënten die hadden deelgenomen aan het heroïne-experiment. Overigens hield de zorg niet alleen medicatie in, maar werd additionele zorg geboden, die zou worden gecontinueerd na afloop van het experiment. In 2002 rapporteerde de CCBH dat de heroïne op medisch voorschrift bij langdurig heroïneverslaafden gezondheidswinst oplevert, en dat het gebruik van hoge doses in methadonprogramma's effectief blijkt te zijn. Op grond van de uitkomsten van de heroïne-experimenten werd door VWS besloten de behandeling landelijk in te voeren, op geleide van adviezen van de in dat jaar ingestelde Commissie Invoeringsaspecten Behandeling Heroïneverslaafden (CIBH). Benadrukt werd dat de verstrekking slechts mocht plaatsvinden als de verslaafde voldeed aan de volgende criteria: meer dan vijf jaar heroïneafhankelijk, chronisch verslaafd en zonder succes eerder behandeld in een methadonprogramma, slechte lichamelijke of geestelijke gezondheid, ouder dan 35 jaar.[40] In een behandelcontract zou vooraf vastgelegd moeten worden welke doelen na een jaar bereikt zouden worden; indien dat niet lukte zou de behandeling moeten worden beëindigd. Deze doelen zijn (a) voorkomen van verdere gezondheidsschade en (b) beter functioneren in de maatschappij (geen overlast of criminaliteit). In 2004 werd het aantal plaatsen verdrievoudigd.[37] In 2006 is in Nederland heroïne officieel als geneesmiddel geregistreerd voor behandelingsresistente heroïneverslaafden.

Een ander experiment betrof het in 1999 gestarte EDOCRA, dat erop gericht was te achterhalen welke methode van detoxificatie (w.o. afkicken onder narcose) gevolgd door goede vervolgbehandeling het meest effectief is bij patiënten die kampen met afhankelijkheid van opiaten zoals heroïne en methadon. Het project stelde in 2002 vast dat snelle detoxificatie onder algehele anesthesie (afkicken onder narcose) in ieder geval op korte termijn niet effectiever is dan zonder narcose. Wel waren de kosten hoger.[41] Ook liet een experiment, uitgevoerd door Bureau Driessen, zien dat hoge doses methadon (85 mg tot 160 mg) bij bepaalde opiaatverslaafden een positiever effect hadden op drugsgebruik, lichamelijke toestand en psychisch welbevinden dan de standaarddoses van 40 mg. Aandacht werd ook gegeven aan de reguliere methadonverstrekking. In 2002 constateerde de Gezondheidsraad in een rapport over drugsverslaving en de behandeling daarvan dat er grote verschillen bestonden in de manier waarop instellingen drugsverslaafden hulp boden – de variatie was van die omvang dat aan verslaafden geen optimale zorg geboden werd. De verschillen in behandeling van methadoncliënten waren tot 2005 te herleiden tot verschillen in gemeentelijke financiering via de specifieke uitkering verslavingsbeleid. Daar kwam een einde aan met invoering van de Zorgverzekeringswet. Door de aanname van de Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling (RIOB, zie hoofdstuk 8) kwam er extra geld om de methadonbehandeling op peil te brengen, volgens in de RIOB beschreven richtlijnen. Een daarvan was de invoering van Landelijke Centrale Middelenregistratie (LCMR). Met dit registratiesysteem kunnen artsen precies nagaan wie hoeveel methadon (of een vergelijkbaar middel) ontvangt. Het

Tijdslijn preventie en harm reduction (1995-heden)

1995
Notitie VWS Stadhuis en house: richtlijnen voor gemeenten gericht op handhaven van openbare orde en veiligheid en beperken gezondheidsrisico's bij grootschalige evenementen.

1996
Start publiekscampagne tegen gebruik van cannabis.

1997
Plaatsing van 2C-B op lijst I Opiumwet.

1998
Start massamediale campagne gericht op ecstasy.

2000
Start meerjarige landelijke campagne: Drugs, laat je niks wijsmaken.

2001
Notitie *Samenspannen tegen XTC*: brede en samenhangende aanpak gericht op de productie, handel en distributie van synthetische drugs. / Start vierjarig onderzoeksproject naar de neurotoxiciteit van ecstasy.

Verbod op verkoop 'poppers' vanwege gezondheidsrisico's: hartkloppingen, bloedarmoede, hoofdpijn.

2002
Start van project landelijke vaccinatiecampagne hepatitis B risicogroepen.

Plaatsing GHB (gamma-hydroxy-butyraat) op lijst II Opiumwet (GHB valt als geneesmiddel ook onder Wet op de Geneesmiddelenvoorziening).

Start project Uitgaan en drugs

2005
Start project Preventie in de Coffeeshop

2006
Start campagne: 'Je bent niet gek als je niet blowt'.

2007
Plaatsing van alle paddenstoelen met hallucinogene werking (paddo's) op lijst II van Opiumwet.

2008
Verbod teelt en verkoop paddo's.

Geen verbod op handel in qat: gering risico en beperkt gebruik.

systeem heeft tot doel: de verhoging van de kwaliteit van de zorg, en het voorkomen van dubbele verstrekkingen, overdoseringen en illegale doorverkoop.

4.4.3 Preventie en harm reduction

In de afgelopen periode is de overheid doorgegaan met het stimuleren van preventieprojecten, waaronder op grote publieksgroepen gerichte campagnes, alsook projecten die op (hoog)risicogroepen gericht zijn, in het bijzonder (verslaafde) druggebruikers. Deze laatste activiteiten vallen samen met beleid gericht op harm reduction.

Specifieke aandacht is onder andere uitgegaan naar de preventie van (de gevolgen van) het gebruik van synthetische drugs als ecstasy en varianten daarop, of middelen die eerst nog niet op een lijst van de Opiumwet waren geplaatst (zoals 2CB).[l] Het gebruik van ecstasy kreeg veel aandacht omdat de drug in bepaalde groepen heel populair werd. De stoffen waren echter van een dubieuze chemische samenstelling en herkomst, terwijl bovendien het gebruik op houseparty's of dancefeesten vanwege de fysieke omstandigheden aldaar zorgwekkend waren. De verwachting was dat door een stelsel van maatregelen waarschijnlijk veel gezondheidsschade voorkomen kon worden.[42] Met het project Uitgaan en drugs (2002-2006), een uitvloeisel van het ecstasybeleid (zie hierboven) is gestimuleerd dat op regionaal niveau aandacht wordt besteed aan preventie van riskant middelengebruik in het uitgaanscircuit. Het project was gebaseerd op de principes van harm reduction.

Verder is vermeldenswaard het in 2005 door het Trimbos-instituut gestarte project Preventie in de Coffeeshop, een uitvloeisel van de Cannabisbrief 2004 (zie hierboven). Aanleidingen waren meer cannabisgebruikende personen in de verslavingszorg, signalen over het verband met psychische stoornissen als gevolg van cannabisgebruik, een toename van het THC-gehalte in nederwiet en berichten dat sommige groepen langdurig in coffeeshops verbleven. De overheid wilde via het project riskant cannabisgebruik onder de aandacht brengen. Het project richtte zich primair op de bezoekers van de shops.

Een apart probleem vormde de teelt en verkoop van hallucinogene paddenstoelen (paddo's). De aandacht hiervoor nam toe na een (groeiend) aantal incidenten, overwegend in Amsterdam, waarbij (meestal buitenlandse) gebruikers ervan werden verdacht onder invloed van paddo's een ongeval te hebben gehad. Ofschoon de CAM (zie hieronder) de risico's van (verse) 'paddo's' voor de volksgezondheid laag schatte, besloot de minister van VWS op grond van onvoorspelbaar en risicovol gedrag om paddo's (zowel verse als bewerkte) op lijst II van de Opiumwet te plaatsen.

4.4.4 Onderzoek en monitoring

Ten opzichte van de periode vóór 1995 is er de afgelopen jaren veel veranderd op het vlak van de informatievoorziening en beschikbare kennis over de epidemiologie van het gebruik van drugs (middelen, samenstelling en kenmerken van gebruikersgroepen, risicofactoren, prevalentie en incidentie) alsook de kenmerken van het verslavingsproces en de kenmerken van werkzame behandeling. Het heeft instellingen en in het bijzonder de overheid een steeds beter inzicht verschaft om hun beleid te beoordelen en/of te herijken.
Het is bijvoorbeeld beter mogelijk geworden om op evidentie gebaseerde uitspraken te kunnen doen over de effecten van behandelprogramma's, zoals de medische verstrekking van heroïne, of van behandelmethodieken in het kader van het justitiële verslavingsbeleid.

Sinds 1993 fungeert al het DIMS (zie § 4.1) dat zich richt op de samenstelling van recreatieve drugs. In 1984 werd het eerste vierjaarlijkse Peilstationsonderzoek onder scholieren uitgevoerd waarin alleen naar het gebruik van cannabis werd gevraagd; vanaf 1988 werd ook naar het gebruik van andere drugs gevraagd. Vanaf 1997 volgde ook de vierjaarlijkse landelijke onderzoeken naar middelengebruik onder de algemene bevolking (NPO). Van belang is voorts de totstandkoming van de Nationale Drug Monitor (NDM), ondergebracht bij het Trimbos-instituut, die verantwoordelijk is voor de integratie van monitoringgegevens op het terrein van drugs- en alcoholgebruik. Vanaf 2000 vindt een jaarlijkse rapportage plaats. Ook zijn er aparte studies verschenen over o.a. het gebruik van ecstasy (1997) en crack[43 m] (1997) in Nederland, de verkoop van nieuwe psychoactieve stoffen in 'smart shops'[44 n] (2001) en periodiek vindt een rapportage plaats over het THC-gehalte in de in coffeeshops aangeboden cannabis.[45-48] Verder moet gewezen worden op de instelling van het Coördinatiepunt Assessment en Monitoring Nieuwe Drugs (CAM) dat in 1999 op verzoek van de minister van VWS is ingesteld, mede ter uitvoering van een besluit van de Europese Raad. Het CAM heeft meerdere risicoschattingen verricht

l De werking van de Opiumwet staat het toe dat wanneer dat nodig is nieuwe stoffen direct onder de werking van de Opiumwet kunnen worden gebracht.
m In het rapport Crack/gekookte coke in Nederland werd een vergelijkbare situatie als in de Verenigde Staten rond het gebruik van rookbare cocaïne niet waarschijnlijk geacht.
n De centrale conclusie van de werkgroep die de nota Smart shop en nieuwe trends in het gebruik van psycho-actieve stoffen had opgesteld, luidde dat er in het algemeen geen sprake was van onaanvaardbare risico's (schade voor individu of samenleving).

– een aantal daarvan heeft geleid tot aanpassing van het beleid. Tot slot wijzen we op het in 1997 door de Europese Raad ingestelde Early Warning System (EWS) dat in voorkomende gevallen mensen snel moet waarschuwen als nieuwe en/of gevaarlijke drugs op de markt zijn gekomen. Het EWS is gerelateerd aan het EMCDDA in Lissabon. Het CAM levert via het Focal Point (het Trimbos-instituut) de Nederlandse bijdrage aan het EWS.

Op het vlak van het wetenschappelijk onderzoek is belangrijk geweest dat de aandacht voor verslaving en aanverwante thema's sterk is toegenomen bij de Nederlandse universiteiten. een belangrijke stimulans hierbij waren de programma's van ZON/NWO / ZON-MW. Bij de start in 1998 waren de thema's: individuele gevoeligheid voor verslavende stoffen; terugval in verslavingsgedrag, hunkeren (craving); verbetering en innovatie van preventie, zorg en monitoring. In 2006 is het tweede programma (Risicogedrag en afhankelijkheid) van start gegaan.

4.4.5 Internationale samenwerking

Sinds 1995 is de internationale samenwerking in diverse opzichten versterkt. Nederland heeft een actieve rol gespeeld in de gegevensuitwisseling tussen landen, deelgenomen aan samenwerkingsverbanden binnen de Verenigde Naties zoals de Commission on Narcotic Drugs (CND) en het United Nations International Drug Control Programme (UNDCP), de raad van Europa en de Europese Unie (Horizontale Groep Drugs, de Werkgroep Illegale Drugshandel en het Actieprogramma Preventie en Drugsverslaving) en was tussen 2003-2005 voorzitter van de Pompidou Groep (Raad van Europa). Verder is Nederland actief geweest in diverse bi- of multilaterale verbanden of projecten, bijvoorbeeld gericht op het aanpakken van drugskoeriers of het overdragen van kennis over verslavingszorg. Van belang voor de harmonisatie van het nationale drugsbeleid ten opzichte van die van andere EU-landen waren onder meer het meerjarige Actieplan Drugs, waaraan in 1999 een begin is gemaakt, en de participatie in het in Lissabon gevestigde Europese Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving.[o] In de in 2004 onder Nederlands voorzitterschap tot stand gekomen EU-drugsstrategie 2005-2012 is voor het eerst het belang van de harm reduction door alle EU-landen erkend en vastgelegd.

Tot slot noemen we de internationale Stedenconferentie die Nederland in Utrecht in 2001 organiseerde op uitnodiging van het ministerie van Justitie met als thema de praktijk van het cannabisbeleid op stedelijk niveau, en het initiatief dat VWS in 2001 nam om een internationale, ministeriële conferentie te organiseren over de medische en wetenschappelijke kennis over cannabis.[49] (Zie verder Voortgangsrapportage Drugbeleid 2001-2002). Beide conferenties vloeiden voort uit de discussies in het parlement over de kabinetsnotitie over de achterdeur en de motie Apostolou die daarop volgde en die beoogde de inkoop van cannabisproducten door coffeeshops bij 'erkende nederwiettelers' onder strikte voorwaarden te gedogen.[34;35]

Tijdslijn internationaal (1995-heden)

1995
Afschaffing van de grenscontrole aan binnengrenzen van Schengengebied.

1998
VN akkoord met heroïne-experiment; start heroïne-experiment in Amsterdam en Rotterdam; notitie VWS m.b.t. de beoordeling van de beheersbaarheid, openbare orde en veiligheid van het heroïne-experiment; voorstel tot uitbreiding heroïne-experiment.

1999
Vaststelling van EU-LAC in Panama: actieplan drugbestrijding tussen de EU, Latijns- Amerika en het Caribische gebied (LAC), gericht op samenwerking bij vraagvermindering, het tegengaan van witwassen van gelden, alternatieve ontwikkeling en maritieme aangelegenheden.

2000
Vaststelling EU-Actieplan Drugs 2000-2004.
Aanvaarding motie Nicolaï (TK 1999-2000, 24077 nr. 81): internationaal moet meer draagkracht voor de uitgangspunten van het Nederlandse drugsbeleid worden gecreëerd.

2001
Indiening ontwerp Kaderbesluit illegale drughandel door Europese Commissie.
Initiatief tot Internationale cannabisconferentie (gehouden in 2002 in Brussel).
Internationale Stedenconferentie in Utrecht over cannabisbeleid.
Start CASE pilot project (Comprehensive Action against Synthetic drugs in Europe) in het kader van de werkgroep Drughandel van de EU.
Afronding Phare Synthetic Drugs Project (vervolg in 2002).
Start Benelux Stuurgroep Drugs.

2002
Ondertekening samenwerkingsprotocol verslavingszorg door de volksgezondheidministers van Nederland en de Nederlandse Antillen.

2004
Vaststelling van Europese Drugsstrategie 2005-2012.

2007
Standpunt kabinet: Groenboek over de rol maatschappelijk middenveld in het drugsbeleid van de Unie.
Uiteenzetting kabinet inzet UNGASS conferentie.

[o] Meer gegevens over internationale samenwerking zijn te vinden in de Voortgangsberichten en de departementale brieven die daarna zijn verschenen.

Bijlage 1: Algemene doelstellingen drugsbeleid

1976	Wijziging Opiumwet (lijst I: drugs met onaanvaardbaar risico; en lijst II: drugs met een minder zwaar risico i.h.b. cannabis). Decriminalisering van het bezit van cannabis; 30-gramscriterium geeft de grens tussen overtreding en misdrijf aan.	De preventie en de opvang van uit drugsgebruik voortvloeiende gemeenschaps- en individuele risico's. Hierbij is een zekere rolbeperking van de overheid als gevolg van het primaat der persoonlijke verantwoordelijkheid van iedere burger in onze samenleving onvermijdelijk. Deze algemene doelstelling brengt tot uitdrukking dat de weging van de risico's bij de uitwerking naar deelterreinen van het beleid een centrale rol speelt. In deze conceptie past voorkoming van het gebruik indien de risico's daarvan onaanvaardbaar worden geacht. Maatregelen tot beperking van het gebruik zijn aangewezen indien de risico's van bepaalde vormen niet of niet meer aanvaardbaar blijken en specifieke maatregelen niet voldoende soelaas kunnen bieden. Bij de beoordeling der risico's moet afweging plaatsvinden tegen de voordelen (therapeutische waarde bij geneesmiddelen, betekenis van genotmiddelen voor het sociale verkeer). De aard en omvang der genomen maatregelen moeten in redelijke verhouding staan tot de grootte der risico's en de omstandigheden waarin het gebruik plaatsvindt'. (Memorie van Antwoord, p.5, Tweede Kamer, zitting 1974-1975, 11742, nr. 8)
1985	Nota *Drugbeleid in Beweging, naar een normalisering van de drugproblematiek.* Betreft aanvullend beleid gericht op de normalisering van de heroïneproblematiek	Het drugsbeleid heeft drie doelstellingen: de bescherming van respectievelijk de (volks)gezondheid, de openbare orde en de gezondheid en het welzijn van druggebruikers. (ISAD 143-693, 16 december 1985, p. 12).
1995	Publicatie nota *Het Nederlands Drugbeleid. Continuïteit en verandering*. Voortzetting van het gevoerde pragmatische, op beheersing van gezondheidsschade gerichte beleid, zijn er in de nota ongunstige implicaties beschreven die voldoende redenen gaven om het beleid, tenminste op onderdelen, aan te passen	Tegengaan nadelige gevolgen van druggebruik voor volksgezondheid en het beheersbaar houden van het gebruik van riskante drugs als gezondheids- en maatschappelijk probleem.
2007	Antwoorden van minister Klink en mede namens de ministers van Justitie en van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, op kamervragen van het kamerlid Van der Ham over het Nederlandse softdrugsbeleid (20072060712390).	De primaire doelen van het Nederlands drugsbeleid zijn: bescherming van de (volks)gezondheid, het tegengaan van overlast en het bestrijden van (drugs)criminaliteit.
2009	Website ministerie VWS	Het Nederlandse drugsbeleid richt zich op het voorkomen van drugsgebruik en het beperken van de risico's van drugsgebruik.

Referenties

1. T.K.24077-3.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1994-1995 publicatienummer 24077 nr.3 (1995). *Drugbeleid; Nota 'Het Nederlandse drugbeleid: continuïteit en verandering'*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
2. De Kort, M. (1995). *Tussen patiënt en delinquent: geschiedenis van het Nederlandse drugsbeleid.* Hilversum: Verloren.
3. Baanders, A. (1989). *'De Hollandse aanpak': opvoedingscultuur, drugsgebruik en het Nederlandse overheidsbeleid*. Assen: Van Gorcum.
4. Van de Wijngaart, G.F. (1991). *Competing perspectives on drug use: the Dutch experience*. Amsterdam: Swets en Zeitlinger.
5. Cohen, H. (1975). *Drugs, druggebruikers en drug scene.* Alphen aan den Rijn: Samson.
6. Stichting Algemeen Centraal Bureau voor de Geestelijke Volksgezondheid (1971). *Ruimte in het drugbeleid* [Hulsman]. Meppel: Boom.
7. Werkgroep Verdovende Middelen (1972). *Achtergronden en risico's van druggebruik: rapport van de werkgroep Verdovende Middelen (Baan)*. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij.
8. T.K.11742-8.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1974-1975 publicatienummer 11742 nr.8 (1975). *Achtergronden en risico's van druggebruik: Memorie van antwoord*. Den Haag: Sdu Uitgvers.
9. T.K.13407-3.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1974-1975 publicatienummer 13407 nr.3 (1975). *Wijziging van de Opiumwet en enige daarmede verband houdende bepalingen in andere wetten: memorie van toelichting*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
10. T.K.25085-23.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1996-1997 publicatienummer 25085 nr.2 (1996). *Gedogen in Nederland*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
11. T.K.30050-2.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2004-2005 publicatienummer 30050 nr.2 (2006). *Handhaven en gedogen; Rapport.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
12. T.K.14417-2.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1976-1977 publicatienummer 14417 nr.2 (1976). *Uitgangspunten voor een beleid inzake de hulpverlening aan drugverslaafden*; nota. Den Haag: Sdu Uitgevers.
13. T.K.14417-6.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1977-1978 publicatienummer 14417 nr.6 (1978). *Nota uitgangspunten voor een beleid inzake de hulpverlening aan drugverslaafden*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
14. Gezondheidsraad (1976). *Advies inzake behandeling van verslaafden aan opiaten c.q. wekaminen*. Rijswijk: Gezondheidsraad.
15. Ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk (1981). *Notitie uitgangspunten voor een beleid inzake het maatschappelijk herstel van (ex)-drugverslaafden: ten behoeve van de UCV op 6 april 1981*. Den Haag: Ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk.
16. Vomil (1981). *Voortgangsnotitie over het beleid inzake de hulpverlening aan drugsverslaafden*. Leidschendam: Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne.
17. T.K.16680-3.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1980-1981 publicatienummer 16680 nr.3 (1981). *Hulpverlening aan drugverslaafden*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
18. Interdepartementale Stuurgroep Alcohol- en Drugbeleid (ISAD) (1985). *Drugbeleid in beweging: naar een normalisering van de drugproblematiek*. Rijswijk: Ministerie van WVC.
19. Janssen, O., Swierstra, K., Barneveld, P. (1982). *Heroïnegebruikers in Nederland: een typologie van levensstijlen*. Groningen: Criminologisch Instituut van de Rijksuniversiteit Groningen.
20. T.K.19218-1.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1985-1986 publicatienummer 19218 nr.1 (1985). *Het verworven immuun deficiëntiesyndroom*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
21. T.K.19218-2.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1985-1986 publicatienummer 19218 nr.2 (1985). *Het verworven immuun deficiëntiesyndroom: notitie*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
22. T.K.19218-5.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1985-1986 publicatienummer 19218 nr.5 (1986). *Het verworven immuun deficiëntiesyndroom (AIDS)*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
23. T.K.23760-1.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1993-1994 publicatienummer 23760 nr.1 (1994). *Beleid inzake XTC*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
24. T.K.24077-34.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1995-1996 publicatienummer 24077 nr.34 (1996). *Drugbeleid; Verslag nota-overleg*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
25. T.K.24077-35.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1995-1996 publicatienummer 24077 nr.35 (1996). *Drugbeleid; Verslag nota-overleg dd. 21 maart 1996*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
26. T.K.24077-4.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1995-1996 publicatienummer 24077 nr.4 (1996). *Drugbeleid; Lijst van vragen en antwoorden*. Den Haag: Sdu Uitgevers.

27. T.K.24077-39.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1996-1997 publicatienummer 24077 nr.39 (1996). *Drugbeleid; Brief minister bij Voortgangsrapportage Drugbeleid*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
28. T.K.24077-57.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1997-1998 publicatienummer 24077 nr.57 (1997). *Drugbeleid; Brief minister met Voortgangsrapportage Drugbeleid 1997*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
29. T.K.24077-71.Tweede Kamer der Staten Generaal vergaderjaar 1999-2000 publicatienummer 24077 nr.71 (1999). *Drugbeleid; Brief minister met de Voortgangsrapportage Drugbeleid 1999*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
30. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2001). *Drugbeleid: voortgangsrapportage september 1999 - september 2001*. Den Haag: Ministerie van VWS.
31. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2002). *Voortgangsrapportage drugbeleid, 2001-2002*. Den Haag: Ministerie van VWS.
32. T.K.23760-14.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2000-2001 publicatienummer 23760 nr.14 (2001). *Beleid inzake XTC: brief minister bij de nota 'Samenspannen tegen XTC'*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
33. T.K.28192-1.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2001-2002 publicatienummer 28192 nr.1 (2001). *Drugssmokkel Schiphol: brief minister bij het plan van aanpak drugssmokkel Schiphol*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
34. T.K.24077-75.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1999-2000 publicatienummer 24077 nr.75 (2000). *Drugbeleid; Brief minister bij de notitie 'Het pad naar de achterdeur', over de aanvoer van softdrugs naar coffeeshops*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
35. T.K.24077-83.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1999-2000 publicatienummer 24077 nr.83 (2000). *Drugbeleid; Brief minister met een reactie op de motie-Apostolou c.s. over gecontroleerde productie en levering van nederwiet*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
36. T.K.24077-125.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2003-2004 publicatienummer 24077 nr.125 (2004). *Drugbeleid: Brief ministers over het cannabisbeleid.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
37. T.K.24077-137.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2003-2004 publicatienummer 24077 nr.137 (2004). *Drugbeleid; Verslag algemeen overleg van 30 juni 2004 over o.a. medicinale cannabis, aanvullende evaluatie CCBH behandeling met heroïne, en rapport 'Sterke wiet'*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
38. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ), Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) (1999). Verslavingszorg herijkt: advies over een besturingsmodel voor verslavingszorg en verslavingsbeleid. Zoetermeer: RVZ/RMO.
39. Van den Broek, H., Etman, O. (1997). *Allochtonen en verslavingszorg: een onderzoek naar bereik en effectiviteit van de verslavingszorg voor allochtonen*. Den Haag: Eysink Smeets en Etman.
40. T.K.24077-123.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2003-2004 publicatienummer 24077 nr.123 (2003). *Drugbeleid; Brief minister over de voortzetting van de heroïneverstrekking aan zwaar verslaafden*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
41. De Jong, C.A.J., Krabbe, P.F.M. (2002). *EDOCRA: Snelle detoxificatie van opiaten: wat voegt anesthesie toe?: korte termijn resultaten van een gerandomiseerde vergelijking tussen twee methoden van snelle detoxificatie bij afhankelijkheid van opiaten*. Sint Oedenrode: Novadic.
42. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (1995). Stadhuis en house: handreikingen voor gemeentelijk beleid inzake grootschalige manifestaties en uitgaansdrugs. Den Haag: Ministerie van VWS.
43. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (1997). *Crack/gekookte coke in Nederland*. Rijswijk: Ministerie van VWS.
44. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2001). *Smart shops anno 2000: rapport van de werkgroep Smart Shops II*. Den Haag: Ministerie van VWS.
45. Niesink, R.J.M., Planije, M., Rigter, S. (2001). *THC-concentraties in wiet, nederwiet en hasj in Nederlandse coffeeshops (2000-2001)*. Utrecht: Trimbos-instituut.
46. Niesink, R.J.M., Pijlman, F.T.A., Rigter, S. (2002). *THC-concentraties in wiet, nederwiet en hasj in Nederlandse coffeeshops (2001-2002)*. Utrecht: Trimbos-instituut.
47. Niesink, R.J.M., Rigter, S., Hoek, J. (2004). *THC-concentraties in wiet, nederwiet en hasj in Nederlandse coffeeshops (2003-2004)*. Utrecht: Trimbos-instituut.
48. Korf, D.J., Wouters, M., Benschop, A., Van Ginkel, P. (2004). *Sterke wiet: een onderzoek naar blowgedrag, schadelijkheid en afhankelijkheid van cannabis.* Amsterdam: Rozenberg Publishers.
49. Ministry of Public Health of Belgium (2002). *Cannabis 2002 Report: A joint international effort at the initiative of the Ministers of Public Health of Belgium, France, Germany, The Netherlands, Switzerland*. Brussel: Ministry of Public Health.

5 Cijfers: ontwikkelingen in drugsgebruik en vergelijkingen met het buitenland

Margriet van Laar

- De prevalentie van recent gebruik van cannabis, amfetamine en cocaïne in de algemene bevolking in Nederland ligt onder het Europese gemiddelde (§ 5.2.1).
- De prevalentie van recent ecstasygebruik in de bevolking van 15-34 jaar is tussen 1997 en 2005 licht gestegen en behoort tot de hogere regionen van Europa (§ 5.2.4).
- Onder scholieren van het voortgezet onderwijs is het cannabisgebruik sinds 1996 licht gedaald. Desondanks is het percentage (frequente) cannabisgebruikers onder 15- en 16-jarige scholieren in Nederland hoog vergeleken met dat onder leeftijdgenoten elders in Europa (§ 5.2.2).
- Tussen 2003 en 2007 is het percentage jongeren dat ervaring heeft met paddo's gedaald (§ 5.2.6).
- Cannabisgebruik komt beduidend vaker voor onder dak- en thuislozen, zwerfjongeren, gedetineerde jongeren en volwassenen en tal van groepen 'probleemjongeren'. In sommige van deze 'kwetsbare' groepen komt ook heroïne- en crackgebruik vaker voor (§ 5.2.7).
- GHB is niet populair in de algemene bevolking of onder scholieren (§ 5.2.6). Er zijn signalen voor een toename van het (probleem)gebruik van dit middel in bepaalde groepen, maar cijfers ontbreken (§ 5.2.7).
- Het aantal probleemgebruikers van opiaten (en crack) per miljoen inwoners is relatief laag in Nederland; probleemgebruikers van crack die geen opiaten gebruiken zijn in de schattingen echter niet meegeteld (§ 5.3).
- De hulpvraag bij de verslavingszorg vanwege cannabisgebruik blijft stijgen, een trend die in veel andere Europese landen ook waarneembaar is. De jarenlange toename van het aantal cocaïnecliënten is recent afgevlakt (§ 5.4).
- Het aandeel jonge opiaatcliënten in de verslavingszorg daalt. De gemiddelde leeftijd stijgt (§ 5.4).
- Het aantal nieuwe besmettingen met hiv en hepatitis C onder injecterende drugsgebruikers is gering (§ 5.5).
- Sterfte vanwege een overdosering met harddrugs komt in Nederland relatief weinig voor (§ 5.6).

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van ontwikkelingen in het drugsgebruik en de gevolgen daarvan in Nederland. Ook worden vergelijkingen gemaakt met andere landen om de situatie in Nederland in een context te plaatsen. De stand van de drugsproblematiek kan worden afgemeten aan de hand van vijf epidemiologische kernindicatoren die door het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) zijn vastgesteld.[1] Deze zijn:

1) Prevalentie van drugsgebruik in de algemene bevolking en onder scholieren (§ 5.2)
2) Prevalentieschattingen van problematisch drugsgebruik (§ 5.3)
3) Hulpvraag vanwege drugsgebruik (§ 5.4)
4) Infectieziekten gerelateerd aan drugsgebruik (§ 5.5)
5) Drugsgerelateerde sterfte (§ 5.6)

In dit hoofdstuk is de vergelijking beperkt tot de EU-15 en Noorwegen, en soms Zwitserland. Ter aanvulling zijn indien beschikbaar gegevens voor de VS (en incidenteel Canada en Australië) meegenomen. Sinds begin jaren negentig zijn dankzij de oprichting van het EMCDDA duidelijk vorderingen gemaakt wat betreft het afstemmen van meetinstrumenten, leeftijdsgroepen en andere methodologische aspecten. Desondanks zijn de onderzoeken en registratiesystemen in de diverse landen echter zelden zo op elkaar afgestemd dat vergelijkingen zonder enige voorzichtigheid mogelijk zijn. Met name kleine verschillen in aantallen en prevalenties hoeven niet betekenisvol te zijn. In een aantal internationaal aangestuurde studies, zoals de ESPAD-studie onder scholieren in Europese landen, is de methode van dataverzameling meer geharmoniseerd, althans de wijze van ondervragen. De gegevens zijn daarom beter vergelijkbaar, maar ook hier geldt een voorbehoud. Aan § 5.2 worden ook gegevens over speciale (risico)groepen toegevoegd.

5.2 Prevalentie van drugsgebruik in de algemene bevolking, onder scholieren en onder speciale groepen

5.2.1 Inleiding

Bij de prevalentie van het drugsgebruik in de algemene bevolking gaat het volgens de EMCDDA-standaard om het percentage van de algemene bevolking van 15 tot en met 64 jaar dat ooit in het leven, in het laatste jaar, of in de afgelopen maand een bepaalde drug heeft gebruikt. Dit zijn respectievelijk het ooitgebruik, het recent gebruik en het actueel gebruik. Binnen de algemene leeftijdsgroep van 15 tot en met 64 jaar wordt vaak weer speciaal gekeken naar de leeftijdsgroepen waarin drugsgebruik doorgaans het meest voorkomt: 15 tot en met 24 jaar en/of 15 tot en met 34 jaar. Door verschillen in de ondervragingsmethoden moeten kleine verschillen tussen de landen voorzichtig worden geïnterpreteerd. Voor scholieren van 15 en 16 jaar zijn de gegevens afkomstig uit het European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD).[2] De Verenigde Staten zijn geen deelnemer aan de ESPAD, maar daarvoor zijn wel gegevens beschikbaar uit vergelijkbaar onderzoek.

In de Verenigde Staten, Canada en Australië worden gegevens over drugsgebruik in de algemene bevolking verzameld door respectievelijk de Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), de Canadian Addiction Survey (CAS) en het Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). Voor diverse illegale drugs geeft tabel 5.1 een overzicht van het ooitgebruik en het recent gebruik in de algemene bevolking van de EU-27, de EU-15 met Noorwegen en voor Nederland afzonderlijk. Ook toont de tabel gegevens uit de bevolkingsonderzoeken in de Verenigde Staten, Canada en Australië. De leeftijdsgroepen die in deze laatste drie landen zijn gehanteerd, wijken echter af van de leeftijdsgroepen die in de Europese Unie worden gehanteerd, maar ook geldt dat niet alle EU-lidstaten voldoen aan de EMCDDA-standaard van 15-64 jaar. Vergelijkingen tussen landen moeten daarom met voorzichtigheid worden gemaakt. Met dit voorbehoud laat tabel 5.1 zien dat zowel het ooitgebruik als het recent gebruik van cannabis, cocaïne en amfetamine in Nederland lager ligt dan het gemiddelde van de EU-15, de Verenigde Staten en Australië. Alleen wat betreft ecstasygebruik springt Nederland er uit. Zowel het ooitgebruik als het recent gebruik is hoger dan dat in de EU-15 gemiddeld, de VS

Tabel 5.1 Ooitgebruik en recent gebruik van drugs in de algemene bevolking van de Europese Unie (2003-2007, EU-27, EU-15 en Noorwegen)[I], Nederland (2005), de Verenigde Staten (2007), Canada (2004) en Australië (2007)

	EU-27 (15-64) %	EU-15 en Noorwegen (15-64) %	**NL (15-64) %**	VS (12+) %	Canada (15+) %	Australië (14+) %
Cannabis						
- Ooit	22 (1,7-36,5)	25,5 (8,9-36,5)	**22,6**	40,6	48,7	33,5
- Recent	7 (0,8-11,2)	7,5 (1,7-11,2)	**5,4**	10,1	15,4	9,1
Cocaïne/crack						
- Ooit	3,6 (0,4-7,7)	4,5 (0,7-7,7)	**3,4**	14,5	12,3	5,9
- Recent	1,2 (0,1-3,0)	1,5 (0,1-3,0)	**0,6**	2,3	2,4	1,6
Ecstasy						
- Ooit	2,8 (0,3-7,3)	3,3 (0,4-7,3)	**4,3**	5,0	5,1	8,9
- Recent	0,8 (0,2-3,5)	0,8 (0,2-1,8)	**1,2**	0,9	0,8	3,5
Amfetamine						
- Ooit	3,3 (0,1-11,9)	3,9 (0,1-11,9)	**2,1**	8,7[II]	6,1	6,3
- Recent	0,6 (0-1,3)	0,6 (0,0-1,3)	**0,3**	1,2[II]	0,4	2,3

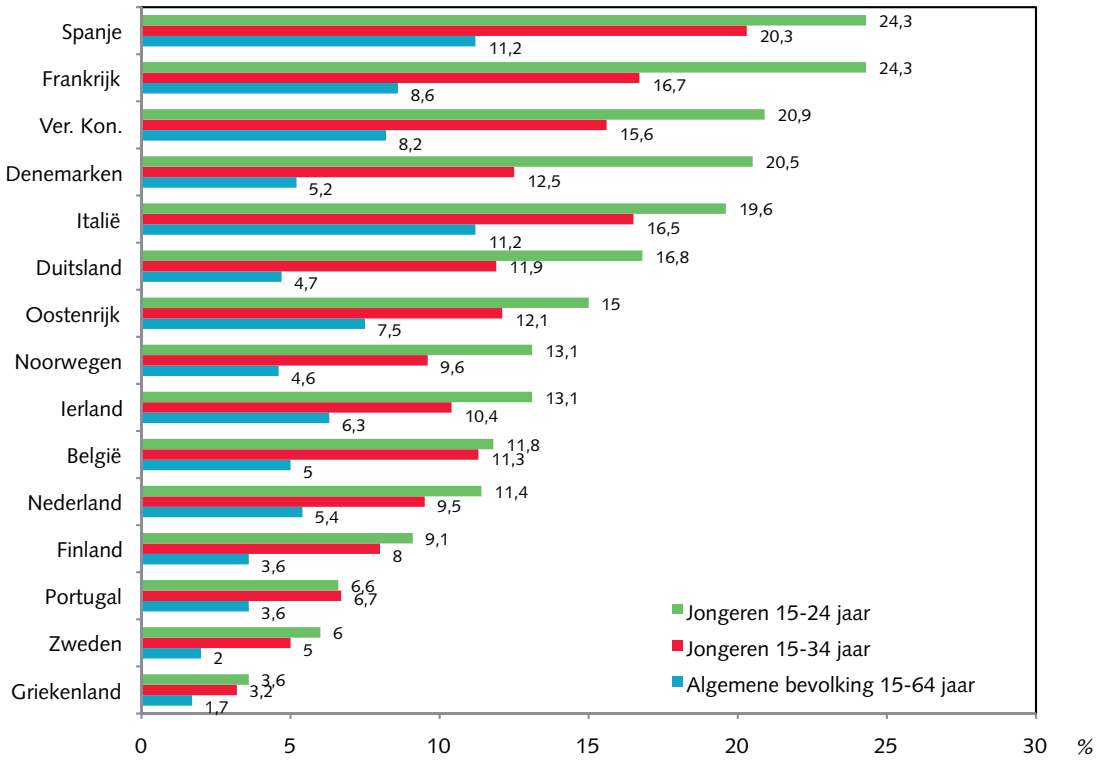
Percentage gebruikers ooit in het leven en recent (laatste jaar). Tussen haakjes de laagste en de hoogste waarde. I. Gegevens voor de EU zijn afkomstig uit bevolkingsonderzoeken vanaf 2003, met uitzondering van Malta (2001). Gemiddelden zijn berekend volgens de procedure van het EMCDDA voor gewogen gemiddelden.[1] Voor de Europese Unie is de standaard leeftijdsgroep van 15-64 jaar toegepast, met uitzondering van Bulgarije (18-60), de Tsjechische Republiek (18-64), Denemarken (16-64), Duitsland (18-64), Hongarije (18-54), Malta (18-64), Zweden (16-64) en het Verenigd Koninkrijk (16-59). In landen waar een bredere leeftijdsgroep wordt toegepast kunnen de prevalenties lager uitvallen en vice versa. II. Methamfetamine: ooitgebruik 5,3%, recent gebruik 0,5%. Bronnen: EMCDDA,[1] AIHW,[3] CAS,[4] SAMHSA.[5]

en Canada. Alleen in Australië is het gebruik van ecstasy veruit het hoogst: vergeleken met Nederland hebben twee keer zo veel Australiërs ervaring met ecstasy, en het percentage recente gebruikers is een factor drie groter. Het gebruik van drugs in de algemene bevolking en onder scholieren wordt hierna afzonderlijk besproken voor achtereenvolgens cannabis, cocaïne, ecstasy en amfetamine, en tot slot, paddo's en GHB. Aan cannabis wordt vanwege de doelstellingen van deze evaluatie, de beschikbaarheid van gegevens en het feit dat dit middel veruit de meest gebruikte illegale drug is, de meeste aandacht besteed. Daarna wordt het gebruik van drugs in speciale groepen besproken.

5.2.2 Cannabis

Voor de lidstaten van de EU-15 en Noorwegen geeft figuur 5.1.1 een overzicht van het recent gebruik van cannabis onder de algemene bevolking van 15 tot en met 64 jaar en onder jongeren en volwassenen van 15 tot en met 24 jaar en 15 tot en met 34 jaar. In alle in figuur 5.1.1 opgenomen landen, met uitzondering van Portugal, is het percentage cannabisgebruikers het hoogst in de leeftijdsgroep 15-24 jaar. De hoogste percentages recente gebruikers in alle leeftijdsgroepen worden gerapporteerd in landen als Spanje, Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk. Vergeleken met Nederland is het percentage recente cannabisgebruikers van 15-24 jaar in deze landen ongeveer twee keer zo groot. Het laagst ligt het recent gebruik van cannabis in landen als Griekenland, Zweden en Portugal. Nederland schaart zich onder de landen waarin het gebruik van cannabis in de algemene bevolking relatief laag is.

Figuur 5.1 Recent gebruik van cannabis onder de algemene bevolking van 15-64 jaar en onder jongeren en volwassenen van 15-24 jaar en 15-34 jaar in de lidstaten van de EU-15I en Noorwegen. Peiljaren 2004-2007



Percentage recente gebruikers (laatste jaar). I. Met uitzondering van Luxemburg waarvoor geen gegevens beschikbaar zijn. Verenigd Koninkrijk (Ver. Kon.) alleen voor Engeland en Wales. Denemarken en Verenigd Koninkrijk vanaf 16 jaar. Duitsland vanaf 18 jaar. Bron: EMCDDA.[1]

Tabel 5.2 toont de frequentie van het gebruik van cannabis in de algemene bevolking voor de leeftijdsgroepen 15-64 en 15-34 jaar in een aantal lidstaten van de EU en Noorwegen Voor het totaal van de leeftijdsgroepen wordt aangegeven onder de categorie '20+ totaal' hoeveel procent in deze leeftijdsgroepen cannabis gebruikt op 20 of meer dagen per maand. Van de leeftijdsgroep 15 tot en met 64 jaar wordt bovendien aangegeven hoeveel procent actueel cannabis heeft gebruikt en hoeveel procent van deze actuele gebruikers cannabis gebruikt op 1 tot en met 3 dagen per maand, 4 tot en met 9 dagen per maand, 10 tot en met 19 dagen per maand en 20 of meer dagen per maand (≈ dagelijks of bijna dagelijks gebruik). Van de landen die genoemd worden ligt het percentage (bijna) dagelijks gebruikers van cannabis in de algemene bevolking relatief hoog in Spanje, op enige afstand gevolgd door Frankrijk. Deze percentages liggen daarentegen relatief laag in landen als Denemarken, Noorwegen en Griekenland. Nederland neemt een middenpositie in, met 0,8% (bijna) dagelijkse cannabisgebruikers onder 15-64-jarigen en 1,6% onder 15-34-jarigen. Van de actuele cannabisgebruikers is tussen de 12% (Noorwegen en Griekenland) en 44% (Portugal) een (bijna) dagelijks gebruiker. In Nederland is dat ongeveer een kwart, evenveel als in Duitsland en Ierland.

Tabel 5.2 Frequentie van het gebruik van cannabis in de algemene bevolking van 15-64 jaar en 15-34 jaar in enkele lidstaten van de Europese Unie en Noorwegen. Peiljaren 2003-2007

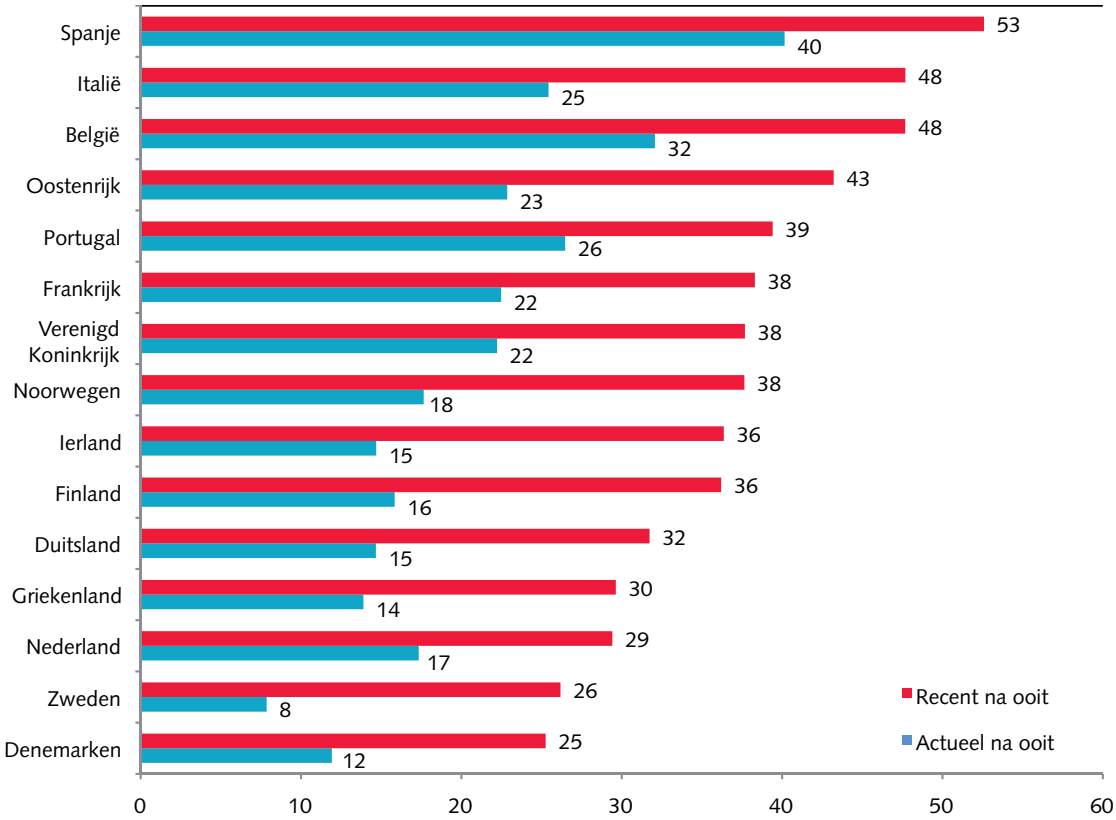
	Actueel gebruik 15-64 jr	Percentage van de actuele gebruikers naar frequentie in de afgelopen maand 15-64 jr				Totale bevolking 15-64 jr	Totale bevolking 15-34 jr
Landen		1-3 dagen	4-9 dagen	10-19	20+	20+	20+
Spanje	8,7%	31,8%	22,6%	14,7%	31%	2,7%	4,5%
Frankrijk	4,8%	35,7%	16,7%	15,2%	32,4%	1,6%	3,3%
Portugal	2,4%	18,5%	14%	23,4%	44,1%	1,1%	2,1%
VK	4,8%	-	-	-	-	-	2,1%
Duitsland	3,4%	47%	15,5%	14,1%	23,4%	0,8%	1,8%
Nederland	**3,3%**	**37,8%**	**12,2%**	**27%**	**23%**	**0,8%**	**1,6%**
Italië	5,8%	47,6%	24,5%	10,2%	17,6%	1%	1,5%
Oostenrijk	3,8%	48,6%	16,7%	9%	25,7%	1%	1,3%
Ierland	2,6%	37%	28,3%	10,3%	24,4%	0,6%	1,1%
Denemarken	2,6%	58%	18,6%	7,5%	15,9%	0,4%	0,8%
Noorwegen	2,2%	41,3%	23,8%	22,2%	12,7%	0,3%	0,6%
Griekenland	0,9%	62,1%	6,7%	18,9%	12,3%	0,1%	0,2%

- = niet gemeten. Actueel = percentage actuele gebruikers (in de laatste maand). 1-3, 4-9, 10-19, 20+ = percentage van de actuele gebruikers dat cannabis heeft gebruikt op 1-3 dagen per maand, respectievelijk 4-9, 10-19 en 20 of meer dagen per maand. Verenigd Koninkrijk: 16-24 jaar. 20+ totaal = percentage van de hele leeftijdsgroep dat op 20 dagen of meer per maand cannabis gebruikt. VK=Verenigd Koninkrijk. Bron: EMCDDA.[1]

Figuur 5.2 toont de zogenaamde 'continuïteitsratio's' voor het gebruik van cannabis door jongeren en volwassenen van 15 tot en met 34 jaar in de lidstaten van de EU-15 en Noorwegen. Deze ratio's drukken de 'kans op doorgaan' met cannabisgebruik uit. Per land toont de figuur twee continuïteitsratio's: 'recent na ooit' en 'actueel na ooit'. De continuïteitsratio 'recent na ooit' geeft aan hoeveel procent van de mensen die ooit cannabis hebben gebruikt dat recent (in het afgelopen jaar) ook nog hebben gedaan. De continuïteitsratio 'actueel na ooit' geeft aan hoeveel procent, na ooit te hebben gebruikt, nog steeds een actuele gebruiker is. Actuele gebruikers hebben in de laatste maand nog cannabis gebruikt.

De continuïteitsratio's van cannabis blijken te verschillen per land. De mate waarin men cannabis blijft gebruiken, nadat men daar eenmaal aan begonnen is, ligt het hoogst in landen als Spanje, Italië en België. Vergeleken met de andere landen uit figuur 5.2 liggen in Nederland de continuïteitsratio's voor cannabis relatief laag. Dit wil zeggen dat in Nederland, van de mensen die ooit cannabis zijn gaan gebruiken, naar verhouding een kleiner percentage daarmee blijft doorgaan. In Zweden en Denemarken liggen de continuïteitsratio's nog lager dan in Nederland. In deze landen is een nog kleiner percentage van de ooitgebruikers cannabis blijven gebruiken.

Tabel 5.2 Frequentie van het gebruik van cannabis in de algemene bevolking van 15-64 jaar en 15-34 jaar in enkele lidstaten van de Europese Unie en Noorwegen. Peiljaren 2003-2007

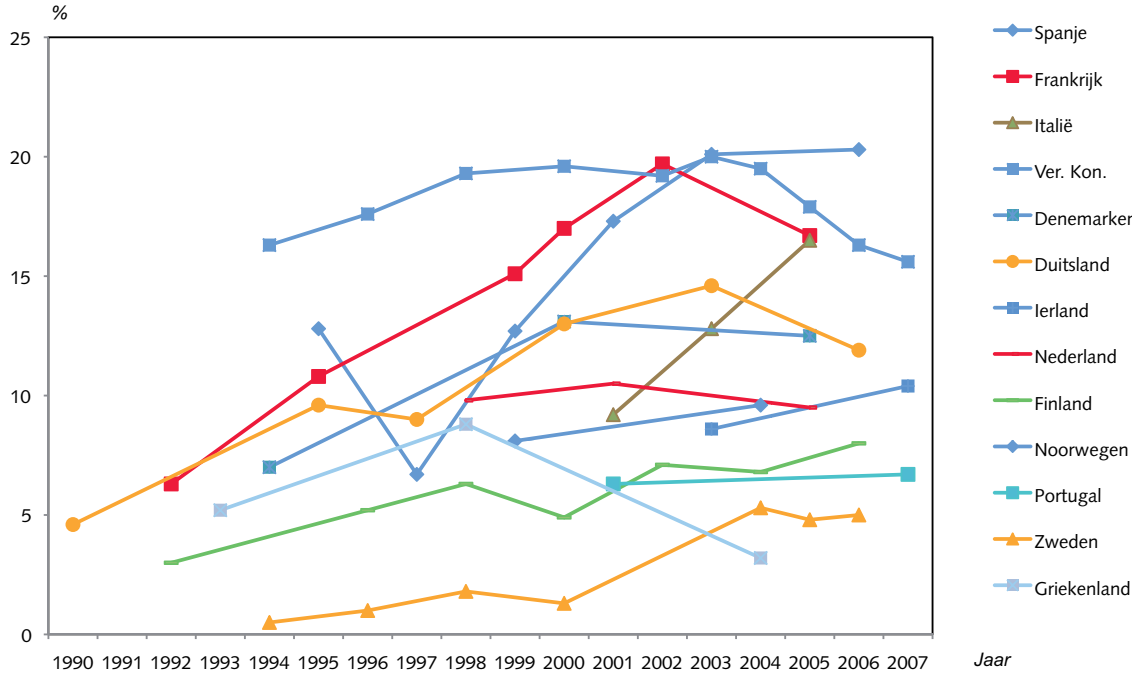


Continuïteitsratio's. I. Met uitzondering van Luxemburg, waarvoor geen recente gegevens beschikbaar zijn. Denemarken: 16-34 jaar. Duitsland: 18-34 jaar. Verenigd Koninkrijk: alleen voor Engeland en Wales, 16-34 jaar. Zweden: 16-34 jaar. Bron: EMCDDA.[1]

Figuur 5.3 laat zien welke trends zich vanaf 1990 hebben voltrokken in enkele lidstaten van de EU-15 en Noorwegen in het recent gebruik van cannabis onder jongeren en volwassenen van 15 tot en met 34 jaar. Van de dertien landen waarvoor gegevens beschikbaar zijn, is het cannabisgebruik al met al gestegen in een meerderheid van negen landen, gedaald in slechts één land en min of meer stabiel gebleven in een minderheid van drie landen, waaronder Nederland. De stijgingen deden zich vooral voor in de jaren negentig, terwijl in het begin van deze eeuw dalingen optraden in het recent cannabisgebruik in Frankrijk, het Verenigd Koninkrijk, Duitsland en Griekenland. In Nederland steeg het cannabisgebruik tussen 1997 en 2001, maar daalde het tussen 2001 en 2005 weer naar ongeveer hetzelfde niveau als in 1997.

Ook in de Verenigde Staten daalde in het begin van deze eeuw het gebruik van cannabis. Tussen 2002 en 2007 daalde hier het recent gebruik van cannabis in de algemene bevolking van twaalf jaar en ouder van 11% naar 10%. De daling vond voornamelijk plaats onder jongeren van 12 tot en met 17 jaar[5]. In de Verenigde Staten steeg het cannabisgebruik in de jaren zestig van de vorige eeuw om te pieken in de jaren zeventig, waarna een daling plaatsvond en toen weer een stijging, zij het niet tot het oorspronkelijke niveau van de jaren zeventig. In Australië deed zich een soortgelijke ontwikkeling voor. Het recent gebruik van cannabis in de algemene bevolking van 14 jaar en ouder steeg van 13% in 1995 naar 18% in 1998 en daalde vervolgens naar 9% in 2007.[3]

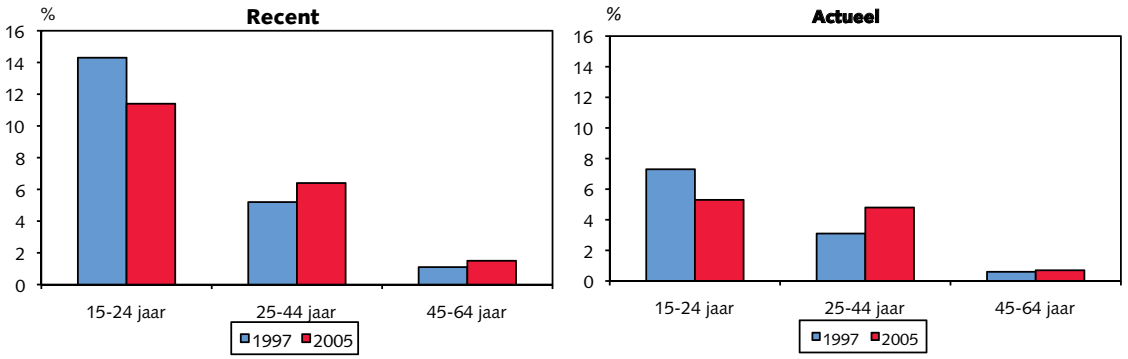
Figuur 5.3 Recent gebruik van cannabis onder jongeren en volwassenen van 15-34 jaar in enkele lidstaten van de EU-15I en Noorwegen, vanaf 1990



Percentage recente gebruikers (laatste jaar). Verenigd Koninkrijk (Ver. Kon.) alleen voor Engeland en Wales. Denemarken en Verenigd Koninkrijk: 16-34 jaar. Duitsland: 18-34 jaar. Frankrijk: 25-34 jaar in 1992 en 18-39 jaar in 1995. Bron: EMCDDA.[1]

Figuur 5.4 toont het percentage cannabisgebruikers in Nederland voor de leeftijdsgroepen 15 tot en met 24 jaar, 25 tot en met 44 jaar en 45 tot en met 64 jaar voor de peiljaren 1997 en 2005. In de leeftijdsgroep van 25 tot en met 44 jaar steeg tussen 1997 en 2005 zowel het percentage recente gebruikers als het percentage actuele gebruikers. In de leeftijdsgroep 15 tot en met 24 jaar daalden de beide percentages in deze periode echter.

Figuur 5.4 Cannabisgebruikers in Nederland per leeftijdsgroep. Peiljaren 1997 en 2005



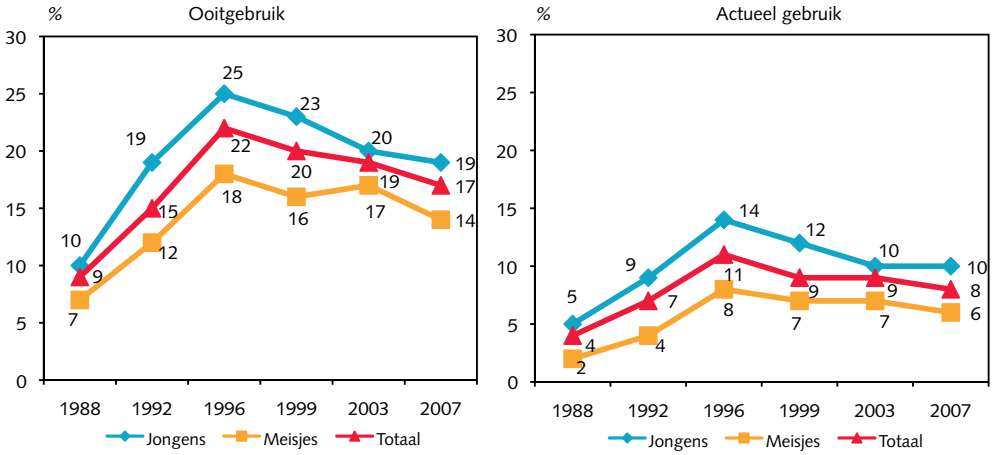
Percentage gebruikers recent (laatste jaar, links) en actueel (laatste maand, rechts) per leeftijdsgroep. Bron: NPO, IVO[6].

Scholieren

Trends over een langere periode zijn afkomstig van de landelijke Peilstationsonderzoeken onder scholieren van 12-18 jaar van het voortgezet onderwijs[7]. Tussen 1988 en 1996 nam het cannabisgebruik sterk toe en tussen 1996 en 2007 is er een lichte daling/stabilisering waarneembaar.

- De peiling uit 2007 laat zien dat het gebruik sterk toeneemt met de leeftijd. Maar weinig leerlingen van twaalf hadden ervaring met cannabis: een op de vijftig (2,3%). Op zestienjarige leeftijd had bijna een op de drie ooit wel eens cannabis gebruikt (30%).
- Bij ruim de helft (55%) van de actuele cannabisgebruikers blijft het gebruik beperkt tot hooguit één à twee keer in de maand. 14% blowt vaker dan 10 keer per maand. Dit betreft aanzienlijk meer jongens dan meisjes (respectievelijk 18 en 7%).

Figuur 5.5: Cannabisgebruik onder scholieren van 12-18 jaar, vanaf 1988



Percentages gebruikers ooit in het leven (links) en in de laatste maand (rechts). Bron: Peilstationsonderzoek scholieren, Trimbos-instituut.[7]

In 2007 is de ESPAD-studie in 35 Europese landen uitgevoerd.[2] In alle landen was de gemiddelde leeftijd van de scholieren tussen 15,7 en 15,9 jaar, met uitzondering van Malta (15,6 jaar). Voor scholieren van 15 en 16 jaar in enkele lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde Staten toont tabel 5.3 het percentage ooitgebruikers, het percentage actuele gebruikers en het percentage dat in de afgelopen maand minimaal zes maal cannabis heeft gebruikt. De percentages worden gegeven voor de jaren 1999, 2003 en 2007. In de Europese landen ligt het cannabisgebruik onder scholieren het hoogst in Spanje, Zwitserland, Frankrijk, Nederland en Italië. Het actuele gebruik, alsook het gebruik van 6 maal of meer in de laatste maand, ligt onder Nederlandse scholieren op hetzelfde niveau als onder scholieren in de VS. Het cannabisgebruik onder scholieren lag in 2007 het laagst in landen als Finland, Zweden, Griekenland en Noorwegen. In 2003 was de positie van Nederland gunstiger. Dat komt niet omdat het gebruik hier is toegenomen, maar omdat zich – zeer opmerkelijke – dalingen in andere landen hebben voorgedaan. Zo is het percentage actuele gebruikers in het Verenigd Koninkrijk en Ierland tussen 2003 en 2007 bijna gehalveerd (respectievelijk van 20 naar 11%, en van 17 naar 9%) en deed zich ook een sterke daling van 22% naar 15% voor in Frankrijk. In hoeverre verschillen in steekproeftrekking hierbij een rol spelen is niet bekend.

Tabel 5.3 Consumptie van cannabis onder scholieren van 15 en 16 jaar in enkele lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde Staten.[I] Peiljaren 1999, 2003 en 2007

	Ooitgebruik			Actueel gebruik			Zes maal of meer in de laatste maand		
Land	1999	2003	2007	1999	2003	2007	1999	2003	2007
Spanje[I]	-	36%	36%	-	22%	20%	-	-	8%
Zwitserland	-	40%	33%	-	20%	15%	-	10%	6%
Frankrijk	35%	38%	31%	22%	22%	15%	9%	9%	6%
Nederland	**28%**	**28%**	**28%**	**14%**	**13%**	**15%**	**5%**	**6%**	**6%**
Verenigde Staten	41%	36%	31%	19%	17%	14%	9%	8%	6%
Italië	25%	27%	23%	14%	15%	13%	4%	6%	6%
België[II]	-	32%	24%	-	17%	12%	-	7%	4%
Verenigd Koninkrijk	35%	38%	29%	16%	20%	11%	6%	8%	4%
Ierland	32%	39%	20%	15%	17%	9%	5%	6%	4%
Denemarken[I]	24%	23%	25%	8%	8%	10%	1%	2%	2%
Duitsland[III]	-	27%	20%	-	12%	7%	-	4%	2%
Oostenrijk	-	21%	17%	-	10%	6%	-	3%	2%
Portugal	8%	15%	13%	5%	8%	6%	2%	3%	2%
Griekenland	9%	6%	6%	4%	2%	3%	2%	1%	1%
Noorwegen	12%	9%	6%	4%	3%	2%	1%	1%	1%
Finland	10%	11%	8%	2%	3%	2%	1%	0%	0%
Zweden	8%	7%	7%	2%	1%	2%	0%	0%	0%

Percentage gebruikers ooit in het leven, actueel (laatste maand) en zes maal of meer in de laatste maand. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD, maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit. De gegevens voor Denemarken en Spanje zijn minder representatief. II. België in 2007 alleen voor Vlaanderen. III. Duitsland voor zes van de zestien deelstaten. - = niet gemeten. Bron: ESPAD.[2;8;9]

Voor het peiljaar 2007 toont tabel 5.4 voor de lidstaten van de EU-15, Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde Staten het percentage scholieren van 15 en 16 jaar dat, over het hele leven genomen, een bepaald aantal malen cannabis heeft gebruikt. Deze percentages worden gegeven voor nul maal, c.q. nooitgebruik van cannabis, 1 tot en met 2 maal, 3 tot en met 5 maal, 6 tot en met 9 maal, 10 tot en met 19 maal, 20 tot en met 39 maal en 40 maal of meer. Het percentage scholieren dat 40 maal of vaker cannabis heeft gebruikt lag in 2007 het hoogst in Spanje, de Verenigde Staten en Nederland. Dit percentage ligt het laagst in Noorwegen, Zweden, Finland en Griekenland.

Tabel 5.4 Aantal malen in het leven dat scholieren van 15 en 16 jaar in de lidstaten van de EU-15[I], Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde Staten[II] cannabis hebben gebruikt. Peiljaar 2007

	Aantal malen in het leven						
Land	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40+
Spanje[II]	64%	9%	6%	3%	4%	4%	10%
Verenigde Staten[II]	69%	9%	5%	3%	3%	3%	8%
Nederland	**72%**	**7%**	**5%**	**3%**	**4%**	**2%**	**7%**
Frankrijk	69%	11%	5%	3%	4%	3%	6%
Zwitserland	67%	12%	5%	3%	4%	3%	6%
Italië	77%	7%	4%	3%	3%	3%	5%
België[III]	76%	9%	4%	2%	3%	2%	4%
Verenigd Koninkrijk	71%	10%	5%	3%	3%	2%	4%
Ierland	80%	7%	3%	2%	2%	2%	4%
Denemarken[II]	75%	10%	4%	3%	3%	1%	4%
Duitsland[IV]	80%	8%	4%	2%	2%	1%	2%
Oostenrijk	83%	7%	3%	2%	2%	1%	2%
Portugal	87%	6%	2%	1%	1%	1%	2%
Noorwegen	94%	3%	1%	1%	1%	0%	1%
Zweden	93%	4%	1%	1%	1%	0%	1%
Finland	92%	4%	1%	1%	0%	0%	1%
Griekenland	94%	3%	1%	0%	0%	0%	1%

Percentage scholieren. I. Met uitzondering van Luxemburg waarvoor geen recente gegevens beschikbaar zijn. II. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD, maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit. De gegevens voor Denemarken en Spanje zijn minder representatief. III. België alleen voor Vlaanderen. IV. Duitsland alleen voor 7 deelstaten. Bron: ESPAD.[2]

Voor de scholieren van 15 en 16 jaar in de lidstaten van de EU-15 en Noorwegen geeft tabel 5.5 voor de peiljaren 2003 en 2007 het percentage van de scholieren dat voor het eerst cannabis gebruikte op de leeftijd van 13 jaar of jonger. Het percentage scholieren dat al op erg jonge leeftijd cannabis gebruikte ligt het hoogst in landen als het Verenigd Koninkrijk, Zwitserland, de Verenigde Staten en Frankrijk. Ook Nederland scoort hierin samen met Duitsland iets boven de 'middenmoot'.
Lagere percentages worden gevonden in Zweden, Noorwegen, Finland en Griekenland.

Wel is in Nederland het percentage scholieren dat op heel jonge (<-13 jaar) leeftijd voor het eerst cannabis gebruikt iets afgenomen van 8% in 2003 naar 6% in 2007. Gezien gegevens uit (veelal internationaal) onderzoek over de risico's van blootstelling aan cannabis tijdens de adolescentie is deze ontwikkeling positief te noemen.

Tabel 5.5 Percentage scholieren van 15 en 16 jaar in de lidstaten van de EU-15[I], Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde Staten[II] dat voor het eerst cannabis gebruikte op de leeftijd van 13 jaar of jonger. Peiljaren 2003 en 2007

	Peiljaar	
Land	2003	2007
Verenigd Koninkrijk	13%	9%
Zwitserland	11%	9%
Verenigde Staten[II]	10%	8%
Frankrijk	-	8%
Ierland	8%	7%
Spanje[II]	-	7%
Duitsland[III]	9%	6%
Nederland	**8%**	**6%**
België[IV]	8%	5%
Denemarken[II]	6%	5%
Italië	4%	4%
Oostenrijk	5%	3%
Portugal	4%	3%
Zweden	1%	2%
Noorwegen	3%	1%
Finland	2%	1%
Griekenland	1%	1%

Percentage van de scholieren. - = niet gemeten. I. Met uitzondering van Luxemburg, waarvoor geen gegevens beschikbaar zijn. II. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD, maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit. De gegevens voor Denemarken en Spanje zijn minder representatief. III. Duitsland alleen voor 7 deelstaten. IV. België alleen voor Vlaanderen. Bron: ESPAD.[2;9]

Voor het peiljaar 2007 toont tabel 5.6 voor een aantal landen het percentage scholieren van 15 en 16 jaar dat vindt dat cannabis een groot risico vormt en schadelijk is voor de gebruiker. Dit waargenomen risico wordt weergegeven voor één of twee keer cannabis proberen, voor zo nu en dan blowen en voor regelmatig blowen. In Spanje is een meerderheid van de scholieren van mening dat cannabis, ook bij één of twee keer proberen, al een groot risico vormt. In Griekenland, Italië, Portugal, Finland en Zweden vindt ongeveer de helft van de scholieren dat cannabis een groot risico vormt bij zo nu en dan blowen. In alle landen die worden genoemd is een meerderheid van de scholieren van mening dat bij regelmatig blowen een groot risico ontstaat. In alle landen gaat het om een duidelijke meerderheid van minimaal 60%, behalve in Nederland waar slechts een kleine meerderheid van 52% deze mening is toegedaan. Opvallend is dat Nederland op al de drie maten de laagste percentages laat zien. Het percentage scholieren dat vindt dat cannabis een groot risico vormt bij één of twee keer cannabis proberen, bij zo nu en dan blowen en bij regelmatig blowen ligt steeds het laagst in Nederland.

Voor de landen in tabel 5.6 correleert de prevalentie van actueel gebruik negatief (zoals verwacht) met de perceptie dat het risicovol is om zo nu en dan (Pearson's r = -0,6) of regelmatig (Pearson's r=-0,4) te blowen. Hoewel vaak een relatie tussen waargenomen risico's van drugsgebruik en prevalentie wordt gevonden, is deze echter niet eenvoudig te duiden (zie ook § 6.10). Er zijn bovendien duidelijk afwijkingen op de regel. Zo is in Spanje de prevalentie van actueel cannabisgebruik het hoogst evenals het percentage scholieren dat één of twee keer cannabis proberen als groot risico inschatten. Ook voor regelmatig blowen ligt het percentage hier relatief hoog, evenals in Zweden waar de prevalentie van actueel gebruik veruit het laagst is.

Tabel 5.6 Percentage scholieren van 15 en 16 jaar in een aantal lidstaten van de EU-15[I], Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde Staten[II] dat vindt dat cannabisgebruik een 'groot risico' is en schadelijk is voor de gebruiker bij één of twee keer cannabis proberen, zo nu en dan blowen en regelmatig blowen. Peiljaar 2007

	Mate van gebruik		
Land	Één of twee keer cannabis proberen		
Spanje[II]	63%	-	81%
Griekenland	46%	55%	82%
Italië	42%	47%	72%
Portugal	40%	51%	82%
Finland	36%	50%	85%
Zweden	34%	47%	79%
Ierland	28%	42%	67%
Noorwegen	27%	39%	75%
Oostenrijk	25%	37%	69%
Denemarken[II]	24%	33%	77%
Verenigde Staten[II]	23%	37%	66%
Verenigd Koninkrijk	21%	30%	61%
Duitsland[III]	20%	33%	76%
België[IV]	18%	20%	60%
Zwitserland	17%	30%	71%
Frankrijk	17%	23%	71%
Nederland	**11%**	**12%**	**52%**

Percentage scholieren. - = niet gemeten. I. Met uitzondering van Luxemburg waarvoor geen gegevens beschikbaar zijn. II. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD, maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit. De gegevens voor Denemarken en Spanje zijn minder representatief. III. Duitsland alleen voor 7 deelstaten. IV. België alleen voor Vlaanderen. Bron: ESPAD.[2]

Via de ESPAD is bovendien onderzocht hoeveel procent van de scholieren van 15 en 16 jaar vindt dat cannabis en andere drugs erg gemakkelijk of redelijk gemakkelijk te krijgen zijn. Tabel 5.7 toont deze percentages voor het peiljaar 2003 en tabel 5.8 toont de percentages voor het peiljaar 2007. Vergeleken met 2007 waren er voor 2003 gegevens beschikbaar over meer drugs. Zowel in 2003 als in 2007 lag het percentage scholieren dat vond dat cannabis gemakkelijk te verkrijgen is het hoogst in de Verenigde Staten. Ook voor de gepercipieerde verkrijgbaarheid van andere drugs scoorden de Verenigde Staten in beide jaren relatief hoog. Met name in Zweden, Griekenland en Finland lag de waargenomen verkrijgbaarheid in deze jaren relatief laag. Voor de waargenomen verkrijgbaarheid van cannabis nam Nederland in 2003 een middenpositie in, maar in 2007 vertoonde Nederland een relatief hoog percentage scholieren dat vindt dat cannabis gemakkelijk te krijgen is. De toename van 2003 naar 2007 is significant. Onbekend is wat hier de oorzaak van is.

Tabel 5.7 Percentage scholieren in de EU-15[I], Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde Staten[II] dat vindt dat een illegale drug erg gemakkelijk of redelijk gemakkelijk te krijgen is. Peiljaar 2003

	Drug								
Land	Cannabis	Amfetamine	LSD	Crack	Cocaïne	Ecstasy	Heroïne	Paddo's	GHB
Verenigde Staten[II]	74%	36%	23%	30%	30%	36%	19%	-	-
Spanje[II]	67%	43%	43%	-	40%	48%	31%	-	-
Ierland	60%	17%	16%	18%	22%	34%	17%	25%	8%
Verenigd Koninkrijk	58%	19%	18%	18%	21%	26%	15%	24%	10%
Denemarken[II]	52%	23%	16%	16%	18%	29%	17%	16%	14%
Zwitserland	51%	14%	10%	9%	11%	14%	9%	15%	6%
België	49%	16%	14%	14%	15%	20%	12%	17%	7%
Frankrijk	47%	10%	8%	13%	12%	14%	9%	14%	5%
Italië	44%	13%	11%	11%	16%	19%	13%	12%	7%
Nederland	**42%**	**8%**	**9%**	**8%**	**11%**	**16%**	**8%**	**16%**	**7%**
Duitsland	41%	18%	14%	14%	15%	20%	10%	17%	5%
Oostenrijk	33%	19%	13%	12%	12%	19%	10%	14%	9%
Portugal	29%	12%	12%	11%	13%	21%	13%	13%	9%
Noorwegen	26%	14%	12%	12%	13%	17%	13%	11%	10%
Zweden	23%	13%	13%	12%	13%	17%	13%	10%	11%
Griekenland	20%	8%	10%	9%	13%	18%	11%	7%	6%
Finland	19%	7%	6%	5%	5%	8%	5%	7%	3%

Percentage van de scholieren. I. Met uitzondering van Luxemburg, waarvoor geen gegevens beschikbaar zijn. II. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD, maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit. De gegevens voor Denemarken en Spanje zijn minder representatief. - = niet gemeten. Bron: ESPAD.[9]

Tabel 5.8 Percentage scholieren van 15 en 16 jaar in de lidstaten van de EU-15[I] Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde Staten[II] dat vindt dat een illegale drug erg gemakkelijk of redelijk gemakkelijk te krijgen is. Peiljaar 2007

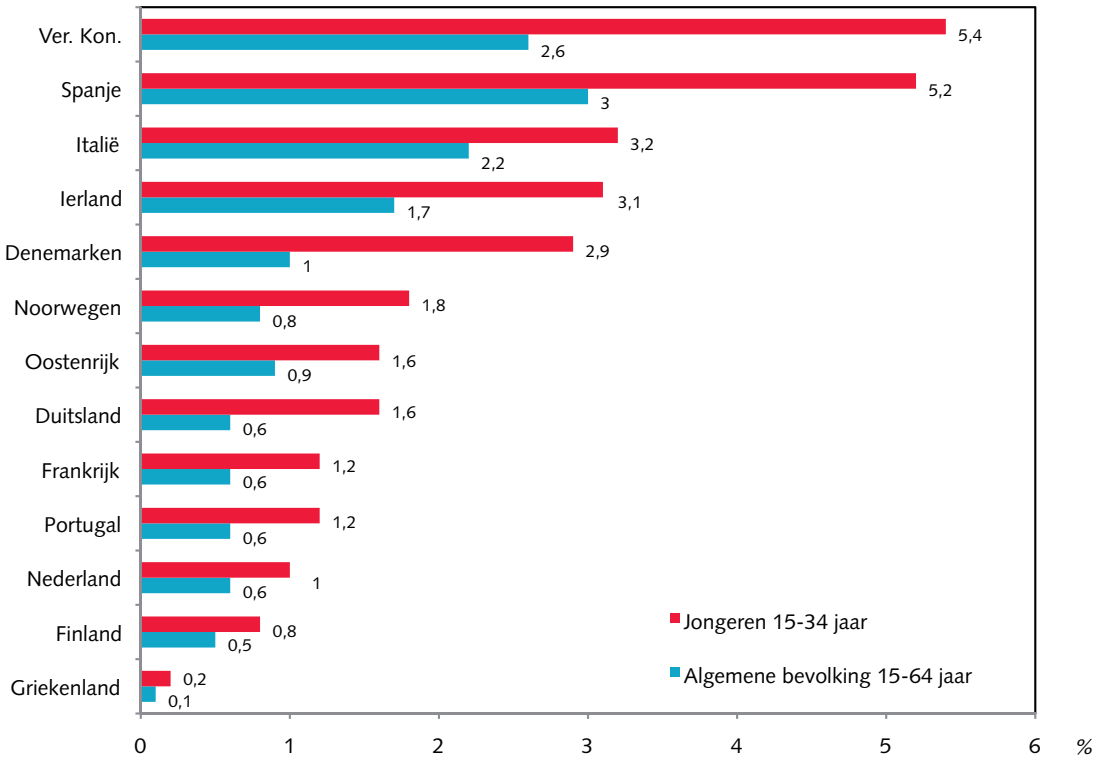
	Drug		
Land	Cannabis	Amfetamine	Ecstasy
Verenigde Staten[II]	69%	33%	28%
Denemarken[II]	59%	30%	33%
Spanje[II]	55%	19%	20%
Verenigd Koninkrijk	51%	22%	27%
Nederland	**49%**	**17%**	**20%**
Ierland	43%	25%	31%
Zwitserland	43%	11%	10%
Frankrijk	42%	12%	11%
België[III]	40%	21%	22%
Duitsland[IV]	38%	20%	17%
Italië	36%	12%	14%
Oostenrijk	34%	22%	21%
Portugal	29%	15%	16%
Noorwegen	28%	14%	14%
Zweden	28%	13%	16%
Griekenland	22%	10%	13%
Finland	12%	3%	5%

Percentage van de scholieren. Gegevens voor andere drugs zijn niet beschikbaar. I. Met uitzondering van Luxemburg, waarvoor geen gegevens beschikbaar zijn. II. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD, maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit. De gegevens voor Denemarken en Spanje zijn minder representatief. III. België alleen voor Vlaanderen. IV. Duitsland alleen voor zeven deelstaten. Bron: ESPAD.[2]

5.2.3 Cocaïne

Figuur 5.6 toont het recent gebruik van cocaïne onder de algemene bevolking van 15 tot en met 64 jaar en onder jongeren en volwassenen van 15 tot en met 34 jaar in de lidstaten van de EU-15 en Noorwegen. Het gebruik van cocaïne ligt het hoogst in landen als het Verenigd Koninkrijk en Spanje en het laagst in landen als Nederland, Finland en Griekenland.

Figuur 5.6 Recent gebruik van cocaïne onder de algemene bevolking van 15-64 jaar en onder jongeren en volwassenen van 15-34 jaar in de lidstaten van de EU-15[I] en Noorwegen. Peiljaren 2004-2007



Percentage recente gebruikers (laatste jaar). I. Met uitzondering van België, Luxemburg en Zweden, waarvoor geen (recente) gegevens beschikbaar zijn. Verenigd Koninkrijk (Ver. Kon.) alleen voor Engeland en Wales. Denemarken en Verenigd Koninkrijk vanaf 16 jaar. Duitsland vanaf 18 jaar. Bron: EMCDDA.[1]

Het EMCDDA constateert dat het recent gebruik van cocaïne onder jongeren en volwassenen van 15-34 jaar in de tweede helft van de jaren negentig fors is gestegen in Spanje, Denemarken en het Verenigd Koninkrijk. Recente gegevens (2005-2007) wijzen op een (verdere) toename in zeven EU-15 landen (Frankrijk, Ierland, Spanje, Verenigd Koninkrijk, Italië, Denemarken, Portugal). In Nederland, Duitsland en Finland bleef het gebruik stabiel.

Scholieren

Voor een aantal lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen en de Verenigde Staten toont tabel 5.9 het percentage scholieren van 15 en 16 jaar dat in 1999 en 2007 ooit cocaïne heeft gebruikt en het percentage dat in 2003 ooit of recent cocaïne heeft gebruikt. De hoogste percentages worden gevonden in de Verenigde Staten, het Verenigd Koninkrijk, Italië en Frankrijk. De laagste percentages zijn gevonden in Griekenland, Noorwegen en Finland. Nederland neemt een middenpositie in.

Tabel 5.9 Consumptie van cocaïne onder scholieren van 15 en 16 jaar in een aantal lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen en de Verenigde Staten[I]. Peiljaren 1999, 2003 en 2007

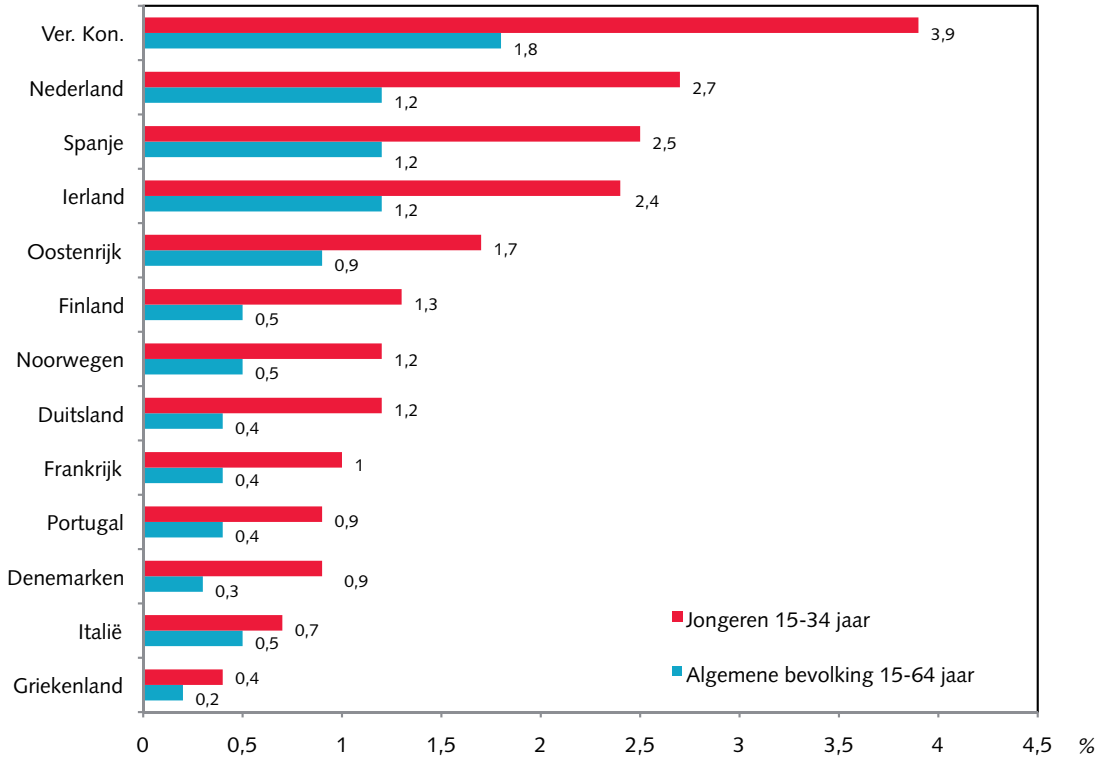
	1999	2003		2007
Land	Ooit	Ooit	Recent	Ooit
Verenigde Staten	8%	5%	3%	5%
Verenigd Koninkrijk	3%	4%	3%	5%
Italië	2%	4%	3%	5%
Frankrijk	2%	3%	-	5%
Spanje[I]	-	6%	5%	4%
Ierland	2%	3%	1%	4%
België	-	3%	1%	4%
Nederland	**3%**	**3%**	**1%**	**3%**
Denemarken[I]	1%	2%	2%	3%
Duitsland[II]	-	2%	2%	3%
Zwitserland	-	1%	0%	3%
Portugal	1%	3%	2%	2%
Zweden	1%	1%	0%	2%
Griekenland	1%	1%	1%	1%
Noorwegen	1%	1%	1%	1%
Finland	1%	0%	0%	1%

Percentage gebruikers ooit in het leven en (2003) in het laatste jaar (recent). - = niet gemeten. I. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD, maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit. De gegevens voor Denemarken en Spanje zijn minder representatief. II. Duitsland voor zes van zestien deelstaten. Bron: ESPAD.[8;9]

5.2.4 Ecstasy

Het recent gebruik van ecstasy onder de algemene bevolking van 15 tot en met 64 jaar en onder jongeren en volwassenen van 15 tot en met 34 jaar in de lidstaten van de EU-15 en Noorwegen is weergegeven in figuur 5.7 Het gebruik van ecstasy ligt het hoogst in landen als het Verenigd Koninkrijk, Nederland, Spanje en Ierland, en het laagst in landen als Frankrijk, Portugal, Denemarken, Italië en Griekenland.

Figuur 5.7 Recent gebruik van ecstasy onder de algemene bevolking van 15-64 jaar en onder jongeren en volwassenen van 15-34 jaar in de lidstaten van de EU-15[I] en Noorwegen. Peiljaren 2004-2007



Percentage recente gebruikers (laatste jaar). I. Met uitzondering van België, Luxemburg en Zweden, waarvoor geen (recente) gegevens beschikbaar zijn. Verenigd Koninkrijk (Ver. Kon.) alleen voor Engeland en Wales. Denemarken en Verenigd Koninkrijk vanaf 16 jaar. Duitsland vanaf 18 jaar. Bron: EMCDDA.[1]

Er is geen eenduidige ontwikkeling in het gebruik van ecstasy in de landen waarvoor trendgegevens beschikbaar zijn. In de jaren negentig tot begin deze eeuw nam het gebruik toe in Spanje en het Verenigd Koninkrijk, en in dit laatste land bleef het op hoog niveau. De afgelopen periode (2001-2006) is het beeld wisselend, met zowel afnames (Spanje en Duitsland), geringe toenames (Frankrijk en Italië) als stabiele trends (o.a. Portugal, Noorwegen en Ierland)[1]. Verschillen in prevalentie zijn echter klein. In Nederland is het ecstasygebruik tussen 1997 en 2005 iets gestegen.

Scholieren

Voor scholieren van 15 en 16 jaar in een aantal lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde Staten toont tabel 5.10 het percentage ooitgebruikers en recente gebruikers van ecstasy voor de jaren 2003 en 2007 en het percentage ooitgebruikers van ecstasy voor het jaar 1999. De Verenigde Staten laten doorgaans de hoogste percentages zien. Van de Europese landen die worden genoemd liggen de percentages relatief hoog in landen als België en Denemarken en relatief laag in een land als Griekenland. Nederland hoort bij de landen met een relatief hoog percentage ecstasygebruik onder scholieren, maar verschillen in prevalentie zijn over het algemeen klein.

Tabel 5.10 Consumptie van ecstasy onder scholieren van 15 en 16 jaar in een aantal lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde Staten[I]. Peiljaren 1999, 2003 en 2007

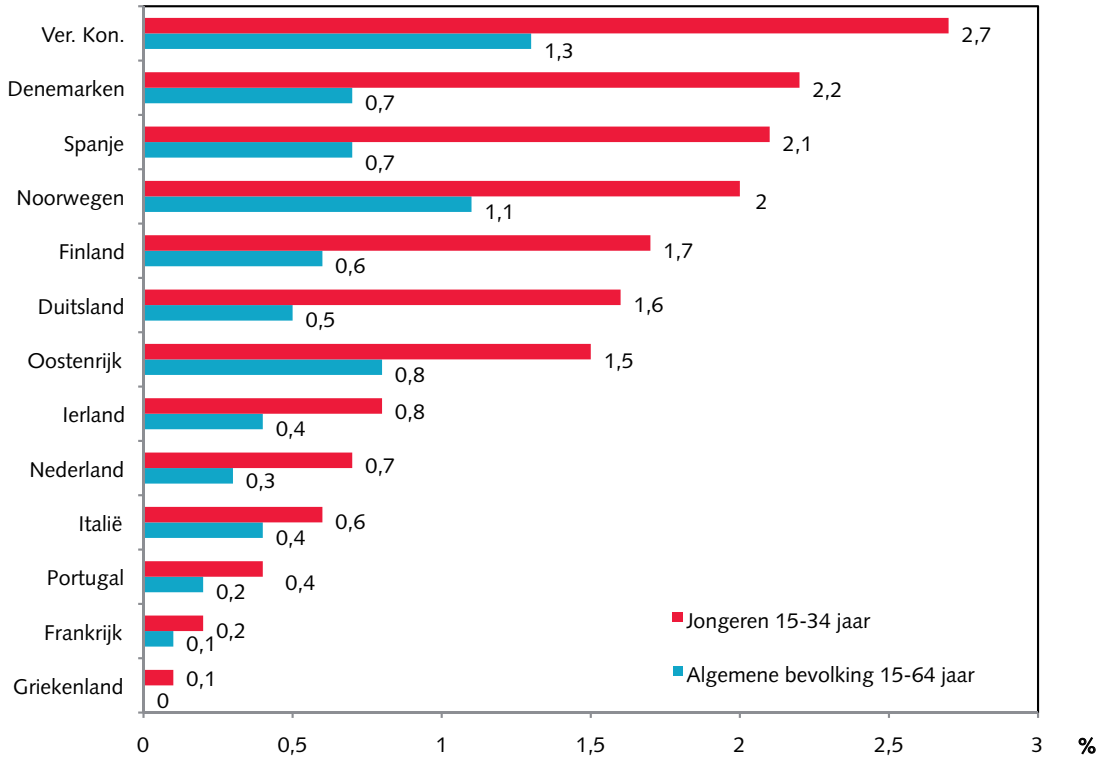
	1999	2003		2007	
Land	Ooit	Ooit	Recent	Ooit	Recent
Verenigde Staten[I]	6%	6%	3%	5%	3%
België[II]	-	4%	3%	5%	4%
Denemarken[I]	3%	2%	2%	5%	2%
Ierland	5%	5%	2%	4%	3%
Nederland	**4%**	**5%**	**3%**	**4%**	**3%**
Verenigd Koninkrijk	3%	5%	3%	4%	3%
Frankrijk	3%	4%	-	4%	2%
Oostenrijk	-	3%	2%	3%	2%
Duitsland[III]	-	3%	2%	3%	2%
Italië	2%	3%	2%	3%	2%
Griekenland	2%	2%	2%	2%	2%
Zweden	1%	2%	1%	2%	2%
Portugal	2%	4%	2%	2%	1%
Finland	1%	1%	1%	2%	1%
Noorwegen	3%	2%	1%	1%	1%
SpanjeI	-	5%	3%	3%	2%
Zwitserland	-	2%	1%	2%	2%

Percentage gebruikers ooit in het leven en in het laatste jaar (recent). - = niet gemeten. I. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit. De gegevens voor Spanje en Denemarken zijn minder representatief. II. België in 2007 alleen voor Vlaanderen. III. Duitsland alleen voor 7 deelstaten. Bron: ESPAD.[8;9]

5.2.5 Amfetamine

Figuur 5.8 toont het recent gebruik van amfetamine onder de algemene bevolking van 15 tot en met 64 jaar en onder jongeren en volwassenen van 15 tot en met 34 jaar in de lidstaten van de EU-15 en Noorwegen. Het gebruik van amfetamine ligt het hoogst in landen als het Verenigd Koninkrijk, Denemarken, Spanje en Noorwegen. Het laagst ligt het gebruik van amfetamine in landen als Portugal, Frankrijk en Griekenland. In Nederland ligt het gebruik van amfetamine relatief laag.

Figuur 5.8 Recent gebruik van amfetamine onder de algemene bevolking van 15-64 jaar en onder jongeren en volwassenen van 15-34 jaar in de lidstaten van de EU-15[I] en Noorwegen. Peiljaren 2004-2007



Percentage recente gebruikers (laatste jaar). I. Met uitzondering van België, Luxemburg en Zweden, waarvoor geen (recente) gegevens beschikbaar zijn. Verenigd Koninkrijk (Ver. Kon.) alleen voor Engeland en Wales. Denemarken en Verenigd Koninkrijk vanaf 16 jaar. Duitsland vanaf 18 jaar. Bron: EMCDDA.[1]

In de meeste EU-15 landen waarvoor gegevens beschikbaar zijn, zijn evenals bij ecstasy wisselende trends zichtbaar. In het Verenigd Koninkrijk is sprake van een forse daling sinds midden jaren negentig. In Denemarken nam het gebruik van amfetamine flink toe tussen 1994 en 2000, om vervolgens weer te dalen. Voor de andere landen zijn verschillen in prevalenties over de jaren veel kleiner. In Nederland bleef het gebruik stabiel, evenals (met wat schommelingen) in Duitsland, Spanje, Frankrijk en Griekenland.

Scholieren

Voor een aantal lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen en de Verenigde Staten toont tabel 5.11 het percentage scholieren van 15 en 16 jaar dat in 1999 en 2007 ooit amfetamine heeft gebruikt en het percentage dat in 2003 ooit en recent amfetamine heeft gebruikt. De Verenigde Staten laten steeds het hoogste percentage zien. Van de Europese landen die worden genoemd lag in 2007 het percentage het hoogst in Oostenrijk en het laagst in Noorwegen en Finland. In Nederland lag het percentage relatief laag.

Tabel 5.11 Consumptie van amfetamine onder scholieren van 15 en 16 jaar in een aantal lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde Staten[I]. Peiljaren 1999, 2003 en 2007

	1999	2003		2007
Land	Ooit	Ooit	Recent	Ooit
Verenigde Staten[I]	16%	13%	9%	11%
Oostenrijk	-	4%	4%	8%
Duitsland[II]	-	5%	3%	5%
Denemarken[I]	4%	4%	3%	5%
België[III]	-	2%	1%	5%
Frankrijk	2%	3%	-	4%
Italië	2%	3%	2%	4%
Spanje[I]	-	4%	3%	3%
Zwitserland	-	3%	2%	3%
Ierland	3%	1%	0%	3%
Griekenland	1%	0%	0%	3%
Verenigd Koninkrijk	8%	3%	2%	2%
Portugal	3%	3%	2%	2%
Nederland	**2%**	**1%**	**1%**	**2%**
Zweden	1%	1%	1%	2%
Noorwegen	3%	2%	1%	1%
Finland	1%	1%	0%	1%

Percentage gebruikers ooit in het leven en in het laatste jaar (recent). - = niet gemeten. I. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit. De gegevens voor Denemarken en Spanje zijn minder representatief. II. Duitsland alleen voor 7 deelstaten. III België alleen voor Vlaanderen. Bron: ESPAD.[8;9]

5.2.6 Paddo's en GHB

Het EMCDDA rapporteert niet over het gebruik van hallucinogene paddenstoelen (paddo's) en GHB in de algemene bevolking. Deze middelen zijn eveneens niet opgenomen in het bevolkingsonderzoek van 2005 in Nederland. Gegevens van een survey begin 2009 – onder een internetpanel van 1700 Nederlanders van 12 jaar en ouder – suggereren dat het gebruik van GHB in de algemene bevolking zeer laag is: slechts 1 respondent had dit middel in de afgelopen twee weken gebruikt[10]. Gegevens van de ESPAD onder scholieren van 15 en 16 jaar (tabel 5.12) laten zien dat GHB in deze groep ook niet erg populair is: niet meer dan 2% van de jongeren heeft ervaring met dit middel. In 2007 lijkt er sprake van een toename in 9 landen, maar verschillen zijn klein. In Nederland bleef het percentage ooitgebruikers gelijk op 1%. Onder bepaalde groepen jongeren en jonge volwassenen in het uitgaansleven komt het gebruik van GHB iets meer voor, maar de gegevens zijn schaars (zie § 5.2.7).

Er zijn meer leerlingen in de EU die ervaring hebben met paddo's: tussen 1% en 4% in 2007. Ooitgebruik van paddo's is in drie landen iets hoger in 2007 vergeleken met 2003, maar iets lager in zes landen en op hetzelfde niveau in vijf landen. In Nederland is er sprake van een daling van 5% naar 3%. Cijfers van het Peilstationsonderzoek onder scholieren van 12-18 jaar van het voortgezet onderwijs wijzen op een geleidelijke daling in het ooitgebruik van 4,5% in 1996 naar 2,3% in 2007. Het percentage actuele gebruikers was ook hoger in 1996 (1,6%) dan in 2007 (0,6%), maar dit verschil was niet significant.

Tabel 5.12 Percentage ooitgebruik van paddo's en GHB onder scholieren van 15 en 16 jaar in de lidstaten van de EU-15[I], Noorwegen en Zwitserland.[II] Peiljaren 2003 en 2007

	Drug			
	Paddo's		GHB	
Land	2003	2007	2003	2007
Italië	3%	4%	1%	2%zz
Oostenrijk	3%	4%	1%	2%
Verenigd Koninkrijk	4%	4%	0%	1%
Frankrijk	5%	4%	0%	1%
Ierland	4%	4%	1%	1%
Duitsland[III]	4%	3%	0%	2%
Zwitserland	3%	3%	0%	1%
Nederland	**5%**	**3%**	**1%**	**1%**
België[IV]	5%	3%	0%	1%
Portugal	3%	2%	1%	1%
Finland	0%	2%	0%	1%
Griekenland	1%	2%	0%	1%
Denemarken[II]	2%	1%	1%	2%
Zweden	1%	1%	1%	1%
Noorwegen	1%	1%	1%	1%
Spanje[II]	-	-	-	1%

Percentage van de scholieren. - = niet gemeten. I. Met uitzondering van Luxemburg, waarvoor geen gegevens beschikbaar zijn. II. Voor de Verenigde Staten zijn geen vergelijkbare gegevens beschikbaar. De gegevens voor Denemarken en Spanje zijn minder representatief. III. Duitsland in 2007 alleen voor 7 deelstaten. IV. België in 2007 alleen voor Vlaanderen. Bron: ESPAD.[2;9]

5.2.7 Drugsgebruik onder speciale groepen

Er zijn speciale groepen van volwassenen, jongeren en jongvolwassenen waarin het percentage dat drugs gebruikt hoger ligt dan in de 'doorsnee'-bevolking. Het gaat hier grofweg om jongeren en jonge volwassenen in het uitgaansleven enerzijds en tal van 'probleemgroepen' of 'kwetsbare' groepen anderzijds. Jongeren en jonge volwassenen met een uitgaande leefstijl kunnen als risicogroep worden beschouwd vanwege riskante patronen van middelengebruik (zoals combigebruik) of veelvuldig experimenteren met nieuwe middelen, maar vallen doorgaans niet onder de noemer 'kwetsbaar'. Kwetsbaarheid is echter een vaag begrip. De term kan wijzen op een (genetische) aanleg, verworven kwetsbaarheid tijdens de jeugd, en/of 'sociale achterstands'-factoren. Middelengebruik kan zowel oorzaak als gevolg zijn van (psychosociale) problemen, of daar een 'signaal' voor zijn.

Gezien de uiteenlopende definities van kwetsbaarheid en factoren die iemand kwetsbaar maken is een vergelijking met andere landen niet mogelijk.[1] Wel constateert het EMCDDA dat er in Europa een brede consensus bestaat over de groepen jongeren die bijzonder kwetsbaar zijn voor drugsgebruik. Dat zijn onder meer jonge delinquenten, jongeren in zorginstellingen, vroegtijdige schoolverlaters en studenten met sociale of academische problemen, en jongeren die in benadeelde gezinnen en/of buurten wonen waar meerdere risicofactoren en problemen die geassocieerd worden met drugs in sterkere mate voorkomen. Er bestaan overlappingen tussen die groepen en er kunnen cumulatieve effecten ontstaan voor wie tot meer dan één kwetsbare groep behoort.

Voor cannabis, cocaïne, opiaten, ecstasy en amfetamine geeft tabel 5.13 een overzicht van speciale bevolkingsgroepen in Nederland waarvan onderzoek suggereert dat hier het percentage gebruikers relatief hoog ligt. Deze tabel geeft dus geen compleet overzicht van risicogroepen, maar alleen die groepen waarvoor onderzoeksgegevens beschikbaar zijn. De meeste gegevens zijn ook beschreven in de Jaarberichten van de Nationale Drug Monitor.

Tabel 5.13 Speciale groepen van volwassenen, jongeren en jongvolwassenen in Nederland met hogere percentages gebruik van cannabis, cocaïne, opiaten, ecstasy en amfetamine

	Groep	
Drug	Volwassenen	Jongeren en jongvolwassenen
Cannabis	• Dak- en thuislozen • Gedetineerden • Mensen met stemmings-, angst- en alcoholstoornissen	• Jongeren in de Jeugdzorg • Uitgaanders • Hangjongeren
Cocaïne	• Dak- en thuislozen • Gedetineerden	• Uitgaanders • (Werkende) plattelandsjongeren • Studenten • Voetbalsupporters • Horecapersoneel • Zwerfjongeren • Probleemjongeren • Hangjongeren • Gemarginaliseerde jongeren
Opiaten	• Gedetineerden • Dak- en thuislozen	• Coffeeshopbezoekers • Gemarginaliseerde jongeren • Zwerfjongeren • Crackgebruikers
Ecstasy en amfetamine	• Gedetineerden	• Uitgaanders in dancescenes • Hang- en probleemjongeren onder de dorpsjeugd

Referenties: [11-28]

Uitgaande jongeren en jonge volwassenen

Omdat de peiljaren en methoden van onderzoek, leeftijden en andere kenmerken van de doelgroepen en locaties zo uiteenlopen, is een vergelijking van prevalenties niet mogelijk. In deze paragraaf wordt volstaan met het noemen van ranges in prevalenties die in verschillende onderzoeken zijn gerapporteerd.[11-28]

- In wisselende (lokale) groepen uitgaande jongeren varieert het percentage actuele (=laatste maand) gebruikers van cocaïne van circa 3% tot 19% en van ecstasy van circa 10% tot 23%, met een uitschieter van 65% op 'raveparty's'. Er zijn signalen dat het gebruik van ecstasy over zijn piek heen is en ook buiten dansscenes wordt geconsumeerd.[29] Cocaïne is in het uitgaansleven zeker zo populair als ecstasy en het gebruik is niet alleen tot het weekend beperkt.
- Amfetamine wordt aanzienlijk minder vaak geconsumeerd en heeft een relatief negatief imago, vooral in het trendy uitgaansleven. Percentages actuele gebruikers van amfetamine onder uitgaande jongeren variëren tussen 2% en 7%, maar in bepaalde delen van het land zou het middel vaker worden gebruikt, mogelijk als goedkoper substituut voor cocaïne.
- Cannabis wordt relatief veel gebruik in verschillende groepen uitgaande jongeren en jonge volwassenen (12-39% actueel gebruik), met logischerwijze een piek onder bezoekers van coffeeshops (80-90%), maar het is geen typische 'uitgaansdrug'. Voorheen mocht in veel clubs en cafés al niet geblowd worden, nadat het rookverbod van kracht is gegaan zal dit helemaal het geval zijn.
- Combigebruik komt in het uitgaansleven geregeld voor. Vooral de combinatie cocaïne en alcohol is favoriet.
- In het uitgaansleven komt actuele gebruik van heroïne en crack vrijwel niet voor.
- In Amsterdam lijkt in het algemeen drugsgebruik in het uitgaansleven over een piek heen te zijn, maar landelijke trends kunnen niet worden vastgesteld.

De Antenne-monitor in Amsterdam en de markmonitor DIMS laten zien dat er geregeld een heel arsenaal aan andere middelen op de markt verschijnt, maar de meeste zijn 'eendagsvliegen' en trekken geen groot gebruikerspubliek. Uitzondering is wellicht GHB, en in mindere mate ketamine, die in bepaalde uitgaanscircuits redelijk populair zijn. Onder bezoekers van cafés in Zaandam (2006) en Amsterdam (1,5%) was het percentage actuele gebruikers van GHB respectievelijk 2,2% en 1,5%. Met uitzondering van scholieren (zie tabel 5.13) is onbekend hoeveel gebruikers er (tegenwoordig) zijn. Er zijn signalen dat het (probleem)gebruik van GHB in bepaalde groepen is toegenomen en steeds meer gebruikers vanwege verslavingsproblematiek aankloppen bij de verslavingszorg. In Amsterdam is het aantal GHB-'incidenten' iets gestegen de laatste jaren (zie figuur 5.14).

Kwetsbare groepen

Gegevens zijn beschikbaar voor uiteenlopende 'kwetsbare' groepen, zoals volwassen en jeugdige dak- en thuislozen, gedetineerden en diverse groepen 'probleemjongeren'. Omdat de peiljaren en methoden van onderzoek, leeftijden en andere kenmerken van de doelgroepen en locaties zo uiteenlopen, is een precieze vergelijking van prevalenties niet mogelijk. De beschikbare gegevens suggereren niettemin dat onder volwassen dak- en thuislozen het percentage gebruikers niet alleen hoger ligt voor cannabis maar ook voor andere illegale drugs zoals cocaïne/crack en opiaten (tabel 5.14). Onder zwerfjongeren is cannabis eveneens veruit de meest gebruikte drug. Heroïne en crack zijn onder zwerfjongeren niet populair, maar het gebruik lijkt wel wat hoger te liggen dan onder hun leeftijdgenoten in het algemeen.

Tabel 5.14 Percentage drugsgebruikers onder groepen van dak- en thuislozen en zwerfjongeren voor diverse illegale drugs

Groep	Illegale drug	Percentage drugsgebruikers
Dak- en thuislozen, 20 Nederlandse gemeenten, 2002	Cannabis	52% actuele gebruikers
	Crack	47% actuele gebruikers
	Snuifcoke	10% actuele gebruikers
	Heroïne	40% actuele gebruikers
Dak- en thuislozen, Rotterdamse dag- en nachtopvang, 2006	Cannabis	32% dagelijkse gebruikers
	Cocaïne	29% dagelijkse gebruikers
	Heroïne	29% dagelijkse gebruikers
Zwerfjongeren 16-25 jaar, Den Haag, 2000/2001	Cannabis	37% actuele gebruikers
	Cocaïne	9% actuele gebruikers
	Heroïne	7% actuele gebruikers
Zwerfjongeren 13-22 jaar, Flevoland, 2004	Cannabis	87% actuele gebruikers
	Crack	6% actuele gebruikers
	Snuifcoke	10% actuele gebruikers
	Heroïne	2% actuele gebruikers
	Ecstasy	8% actuele gebruikers
	Amfetamine	2% actuele gebruikers

Percentage drugsgebruikers. De cijfers zijn onderling niet goed vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek.
Referenties: [11;12;20;27]

Gegevens over het drugsgebruik onder gedetineerden in de periode voorafgaand aan detentie zijn beschikbaar voor volwassenen in enkele Huizen van Bewaring (in 2006/2007) en voor jongeren van 14 tot en met 17 jaar die in 2002 en 2003 waren gedetineerd in Noord-Holland, Flevoland en Utrecht (tabel 5.15). Problematisch cannabisgebruik is gemeten met de Cannabis Abuse Screening Test (CAST). Voor problematisch harddrugsgebruik gold een criterium van (bijna) dagelijks druggebruik (gebruik op minimaal 5 dagen per week of meer). Cannabis is eveneens de illegale drug die voor beide groepen de hoogste percentages laat zien. Voor de andere drugs verschilt de rangorde. Bij de gedetineerden in de Huizen van Bewaring komt na cannabis cocaïne; bij de gedetineerde jongeren komt ecstasy als tweede.

Tabel 5.15 Percentage problematische, dagelijkse en actuele gebruikers onder groepen van gedetineerden in de periode voor detentie

Groep van gedetineerden	Illegale drug	Percentage gebruikers
Instromers in Huizen van Bewaring, 2006/2007, in het jaar voorafgaand aan detentie	Cannabis	33,2% problematische gebruikers
	Cocaïne	18,7% problematische gebruikers
	Opiaten	11,9% problematische gebruikers
	Amfetamine	4,3% problematische gebruikers
	Ecstasy	1,9% problematische gebruikers
Jongeren 14-17 jaar, gedetineerd in Noord-Holland, Flevoland en Utrecht, 2002/2003, in de maand voorafgaand aan detentie	Cannabis	59% actuele gebruikers
	Ecstasy	9% actuele gebruikers
	Snuifcoke	6% actuele gebruikers
	Amfetamine	3% actuele gebruikers
	Crack	2% actuele gebruikers
	Heroïne	0,5% actuele gebruikers

Percentage problematische gebruikers in het jaar voor detentie, percentage dagelijkse gebruikers en percentage actuele gebruikers. Problematisch cannabisgebruik is gemeten met de Cannabis Abuse Screening Test (CAST). Voor problematisch harddrugsgebruik gold een criterium van (bijna) dagelijks druggebruik (gebruik op minimaal 5 dagen per week of meer). De cijfers zijn onderling niet goed vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. Referenties: [13;30]

Tabel 5.16 toont voor enkele groepen van probleemjongeren de percentages actuele gebruikers van diverse illegale drugs. Voor de school drop-outs en de jongeren in de Jeugdzorg zijn gegevens beschikbaar voor meerdere illegale drugs. In beide groepen ligt het percentage actuele gebruikers het hoogst voor cannabis en het laagst voor heroïne.

Tabel 5.16 Percentage actuele gebruikers onder groepen van probleemjongeren voor diverse illegale drugs

Groep van probleemjongeren	Illegale drug	Percentage actuele gebruikers
School drop-outsI 14-17 jaar, Noord-Holland, Flevoland, Utrecht, 2002/2003	Cannabis	55% actuele gebruikers
	Ecstasy	6% actuele gebruikers
	Snuifcoke	2% actuele gebruikers
	Amfetamine	2% actuele gebruikers
	Crack	1% actuele gebruikers
	Heroïne	0,5% actuele gebruikers
Jongeren in de Jeugdzorg, gemiddeld 17 jaar, Amsterdam, 2006	Cannabis	45% actuele gebruikers
	Snuifcoke	2% actuele gebruikers
	Ecstasy	2% actuele gebruikers
	Crack	1% actuele gebruikers
	Amfetamine	1% actuele gebruikers
	Heroïne	0% actuele gebruikers
Hangjongeren 15-20 jaar, Heerlen, 2006	Cannabis	35% actuele gebruikers

Percentage actuele gebruikers. De cijfers zijn onderling niet goed vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. I. School drop-outs zijn jongeren die in de afgelopen 12 maanden minstens een maand niet naar school zijn geweest, exclusief vakanties. Referenties: [15;31;32]

Licht verstandelijk gehandicapte jongeren

Begin 2008 werden via aangepaste internetvragenlijsten gegevens verzameld over het middelengebruik van 760 licht verstandelijk gehandicapte jongeren (gemiddeld zestien jaar). Een op de drie had ervaring met cannabisgebruik (33%), en een op de vijf gebruikte regelmatig of af en toe (20%). Het ooitgebruik van andere illegale drugs lag op 7,5% voor cocaïne, 5,9% voor ecstasy, 4,1% voor paddo's, 3,5% voor amfetamine en 1,4% voor heroïne. De prevalentie van het drugsgebruik onder licht verstandelijk gehandicapte jongeren komt min of meer overeen met de prevalentie van het drugsgebruik onder hun leeftijdsgenoten in de algemene bevolking. Desondanks kan een overeenkomstige mate van drugsgebruik in deze groep een groter risico vormen op drugsproblemen; niet alleen vanwege de verstandelijke beperking op zich, maar ook vanwege comorbide factoren zoals een 'lagere mate van zelfbepalend vermogen', een 'grotere afhankelijkheid van sociale acceptatie door anderen', een 'beperkt inzicht in gemanipuleerd worden', een 'beperkt inzicht in de gevolgen van middelengebruik', een

'lagere maatschappelijke participatie' met 'meer lege tijd en verveling' en medicijngebruik[33]. Volgens een oudere schatting uit 1995 is 2,14% van de totale bevolking licht verstandelijk gehandicapt; in absolute aantallen 342 duizend.[34]

5.3 Prevalentieschattingen van probleemgebruik van drugs

5.3.1 Aantal probleemgebruikers van cannabis, amfetamine, ecstasy en (snuif)cocaïne

Recente schattingen van het aantal probleemgebruikers van cannabis, amfetamine, ecstasy en cocaïne (in de zoutvorm die doorgaans gesnoven wordt) zijn niet beschikbaar. In 1996 voldeed 0,5% van de mensen van 18-64 jaar aan een diagnose van cannabisafhankelijkheid (DSM-III-R), omgerekend naar de bevolking circa 50 duizend mensen (binnen een onzekerheidsmarge van 30 tot 80 duizend).[35] In 2009/2010 komen nieuwe gegevens beschikbaar.

5.3.2 Aantal probleemgebruikers van harddrugs (opiaten en crack)

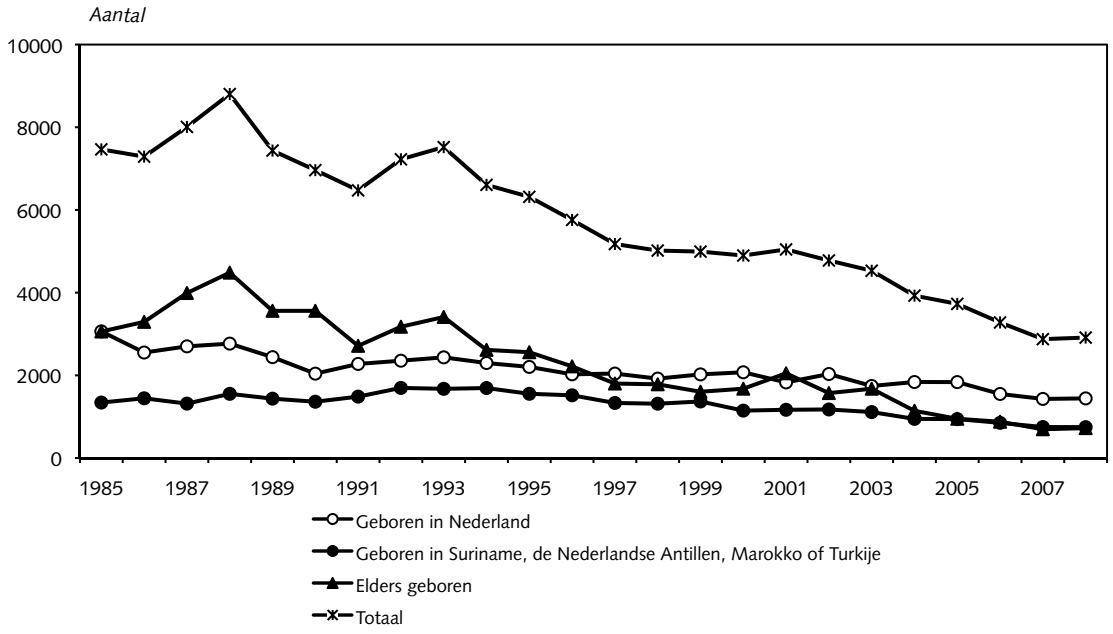
Veel probleemgebruikers van harddrugs zijn geregeld dakloos of bevinden zich in een justitiële inrichting of zorginstelling waardoor zij buiten de boot vallen van een bevolkingsonderzoek. Zo had volgens het Nationaal Prevalentie Onderzoek (NPO) in 2005 0,6% van de bevolking van 15-64 jaar ooit heroïne gebruikt.6 De jaarprevalentie was echter 0%. De omvang van deze, deels verborgen, groep probleemgebruikers moet daarom op andere manieren worden geschat. Het EMCDDA heeft protocollen ontwikkeld om via indirecte methodes de omvang van verborgen populaties drugsgebruikers te schatten. De verschillende methoden (7 in totaal) leiden soms tot grote verschillen in schattingen van het aantal verslaafden binnen een land. Dat kan onder meer komen omdat de definities van de te schatten populaties niet identiek zijn (bijvoorbeeld opiaatverslaafden versus harddrugsgebruikers) of omdat er bepaalde voorwaarden zijn verbonden aan het toepassen van de verschillende technieken waaraan de gegevens niet helemaal voldoen. Verschillen tussen landen moeten dus voorzichtig worden geïnterpreteerd.

De meest recente schatting van het aantal problematische harddrugsgebruikers in Nederland heeft betrekking op het jaar 2001. Momenteel lopen er diverse onderzoekstrajecten om deze schatting te actualiseren.[36] Voor het jaar 2001 werd het aantal problematische gebruikers volgens twee verschillende methoden geschat op ongeveer 33500 binnen een brede marge die loopt van minimaal 23800 tot maximaal 46500 probleemgebruikers.[37] Het gaat hier voornamelijk om regelmatige gebruikers van opiaten (heroïne en methadon) die doorgaans ook andere middelen gebruiken, zoals crack (de rookbare variant van cocaïne), cannabis, alcohol en slaap- en kalmeringsmiddelen. In de schatting zijn ook methadoncliënten meegeteld, die redelijk sociaal geïntegreerd zijn, geen harddrugs meer bijgebruiken en/of overlast veroorzaken[a] en derhalve niet tot de harde kern van probleemgebruikers behoren. Naast deze traditionele groep van opiatengebruikers is er in Nederland een 'nieuwe' groep ontstaan van problematische gebruikers van crack. Deze nieuwe groep van probleemgebruikers is niet eerst begonnen met het gebruik van opiaten. Tot op heden is nog onbekend hoe groot deze groep nieuwkomers is. Voornoemde onderzoekstrajecten, die de schatting van het aantal probleemgebruikers in Nederland zullen actualiseren, zullen hierover meer helderheid verschaffen. Deze groep crackgebruikers (zonder opiaten) is onvoldoende in de huidige schattingen verdisconteerd.

Bij een geringe aanwas van nieuwe opiaatgebruikers (zie § 5.2.3) en een jaarlijks aantal sterfgevallen onder opiaatgebruikers van naar schatting bijna 500, is het aannemelijk dat het aantal probleemgebruikers van opiaten anno 2009 lager is dan in 2001.[38;39] Deze veronderstelling wordt ondersteund door een jarenlange stabiele daling van het aantal opiaatverslaafden in Amsterdam, van 8800 in 1988 naar circa 2900 in 2007 en 2008 (schattingen van de GGD Amsterdam; zie figuur 5.9). Ook het dalend aantal opiaatcliënten in de verslavingszorg zou hierop kunnen wijzen.

[a] Deze gebruikers vallen wel binnen de EMCDDA-definitie.

Figuur 5.9 Probleemgebruikers van opiaten in Amsterdam (1995-2008)



Bron: GGD Amsterdam.

5.3.3 Veroudering van de opiatengebruikers

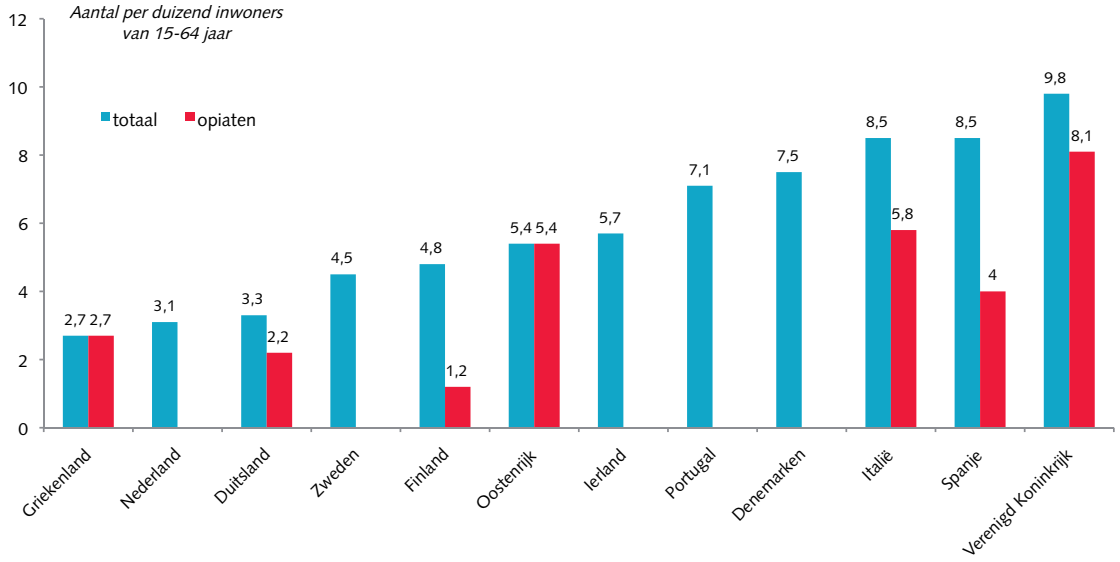
De traditionele groep van problematische opiatengebruikers is aan het verouderen. Dit blijkt onder andere uit de stijging van de gemiddelde leeftijd van patiënten die vanwege problemen met opiaten bij de verslavingszorg terechtkomen of in een algemeen ziekenhuis zijn opgenomen. In de verslavingszorg steeg de gemiddelde leeftijd van de opiaatcliënten van 34,4 jaar in 1997 naar 42,4 jaar in 2006.[40] Het aandeel 'jonge' opiaatcliënten van 15-29 jaar daalde van 39% in 1994 naar 6% in 2005 en 2006. In Amsterdam steeg de gemiddelde leeftijd van de methadoncliënten van 32 jaar in 1989 naar 47 jaar in 2006.[35] Tussen 2001 en 2007 steeg de gemiddelde leeftijd van deze opiaatpatiënten in algemene ziekenhuizen van 38 jaar naar 43 jaar.[38;41] De gemiddelde leeftijd van de opiaatpatiënten in de ziekenhuizen, de opiaatcliënten in de verslavingszorg en de methadoncliënten in Amsterdam stijgt daarmee met bijna een vol jaar per jaar. Dit betekent dat het bij de problematische opiatengebruikers gaat om een bestaande groep die aan het verouderen is. Er is geen substantiële aanwas van nieuwkomers. Dat wil overigens niet zeggen dat er geheel geen nieuwe opiaatgebruikers bijkomen. In een Amsterdams cohort 'jonge' (18-30 jaar) gebruikers van harddrugs (primair cocaïne) bedroeg de incidentie van opiaatgebruik 4.8 per 100 persoonsjaren (≈ 4,8% per jaar).[42]

5.3.4 Vergelijking tussen landen

Voor lidstaten van de EU-15 waarvoor recente gegevens beschikbaar zijn, toont figuur 5.10 het aantal probleemgebruikers van harddrugs per 1000 inwoners van 15 tot en met 64 jaar. Het EMCDDA hanteert de volgende definitie van probleemgebruik: langdurig en regelmatig gebruik van opiaten, cocaïne of amfetamine. Dat wil niet zeggen dat deze definitie in alle landen zo is toegepast. Voor zeven landen zijn apart schattingen gemaakt voor het aantal opiaatgebruikers (die vaak ook andere middelen gebruiken).

Van de twaalf landen die genoemd worden, hoort Nederland, samen met Griekenland en Duitsland, bij de landen met het laagste aantal probleemgebruikers. In Duitsland omvat de schatting echter de bredere groep van probleemgebruikers van opiaten, cocaïne en amfetamine volgens de EMCDDA-definitie. Indien alleen probleemgebruikers van (ook) opiaten worden meegeteld, valt de schatting lager uit: 2,2 in plaats van 3,3 per 1000 inwoners van 15-64 jaar. Indien in Nederland ook de groep primaire crackgebruikers die geen opiaten gebruiken (volledig) wordt meegeteld dan zou de positie van Nederland naar boven opschuiven maar waarschijnlijk niet boven de middenmoot uitstijgen. De hoogste aantallen worden gevonden in Italië, Spanje en het Verenigd Koninkrijk. In Italië, maar vooral in Spanje, maken probleemgebruikers van cocaïne echter wezenlijk deel uit van de totale schatting van het aantal probleemgebruikers. In Finland en Zweden zijn amfetaminegebruikers in de meerderheid.

Figuur 5.10 Aantal probleemgebruikers van harddrugs per duizend inwoners van 15 tot en met 64 jaar in enkele lidstaten van de EU-15. Peiljaren 2001-2007



Aantal probleemgebruikers per duizend inwoners van 15-64 jaar. Vanwege verschillen in methodes en definities dienen de gegevens voorzichtig te worden geïnterpreteerd. Referenties: [1;43]

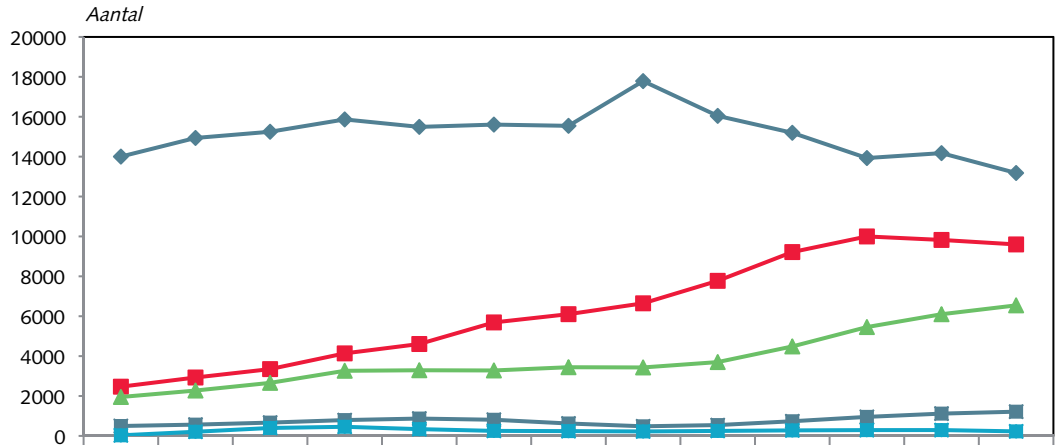
5.4 Hulpvraag vanwege drugsgebruik

5.4.1 Verslavingszorg

Figuur 5.11 toont per primaire problematiek het aantal cliënten in de verslavingszorg vanaf het registratiejaar 1994 tot en met het registratiejaar 2006. In elk jaar was het aantal cliënten dat een primair probleem had met opiaten het grootst, gevolgd door cliënten met een primair probleem met achtereenvolgens cocaïne, cannabis, amfetamine en ecstasy. Door een daling van het aantal primaire opiaatcliënten vanaf 2001 en een continue stijging van het aantal primaire cocaïnecliënten vanaf 1994, groeide het aantal opiaatcliënten en het aantal cocaïnecliënten steeds meer naar elkaar toe. Ten dele zal dit het gevolg zijn van het gegeven dat door de opkomst van cocaïne in de harddrugsscene sommige cliënten zijn overgegaan van een primaire opiaatcliënt naar een primaire cocaïnecliënt. Vanaf 2004 lijkt een einde te zijn gekomen aan de stijging; deze is vooral toe te schrijven aan een (lichte) daling in het aantal cliënten voor wie 'crack' het primaire middel is, niet zozeer de 'snuivers'. Ook het aantal cannabiscliënten vertoont sinds 1994 een continue stijging. Deze stijging doet zich voor in alle leeftijdgroepen. Vanaf 2001 stijgt het aantal amfetaminecliënten licht, maar stabiliseert het aantal ecstasycliënten. Ook het aantal cliënten voor wie het gebruik van cannabis en cocaïne het secundaire probleem vormde is gestegen in het afgelopen decennium (zie Jaarberichten NDM).

Een stijging in de hulpvraag is niet altijd eenvoudig te interpreteren. Het kan gaan om een toename van het aantal probleemgebruikers van drugs, een verbeterd hulpaanbod en grote toegankelijkheid van de hulpverlening, een wijziging in doorverwijzingsbeleid en/of een wijziging in de registratie (bijv. grotere dekkingsgraad). Voor cannabis zijn de meest waarschijnlijke verklaringen een toename van het probleemgebruik en/of het meer en sneller doorverwijzen vanuit de eerste lijn, jeugdzorg en justitie (zie ook hoofdstuk 6).[44]

Figuur 5.11 Aantal cliënten in de verslavingszorg voor een primair probleem met opiaten[I], cocaïne, cannabis, amfetamine en ecstasy[II], vanaf 1994



	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Opiaten	14002	14936	15247	15865	15491	15606	15544	17786	16043	15195	13929	14176	13180
Cocaïne	2468	2928	3349	4137	4607	5689	6103	6647	7774	9216	9999	9824	9599
Cannabis	1951	2274	2659	3264	3291	3281	3443	3432	3701	4485	5456	6100	6544
Amfetamine	497	566	667	794	870	810	623	482	543	735	954	1118	1215
Ecstasy	29	208	398	457	340	252	241	225	250	277	291	293	228

Aantal cliënten. I. Voor de opiaten: de stijging van het aantal opiaatcliënten in 2001 ten opzichte van 2000 is het gevolg van de eerste aanlevering van gegevens van de GGD Amsterdam. II. Voor ecstasy: in 1994 was de registratie van de ecstasyproblematiek nog niet volledig. Bron: LADIS, IVZ.[40]

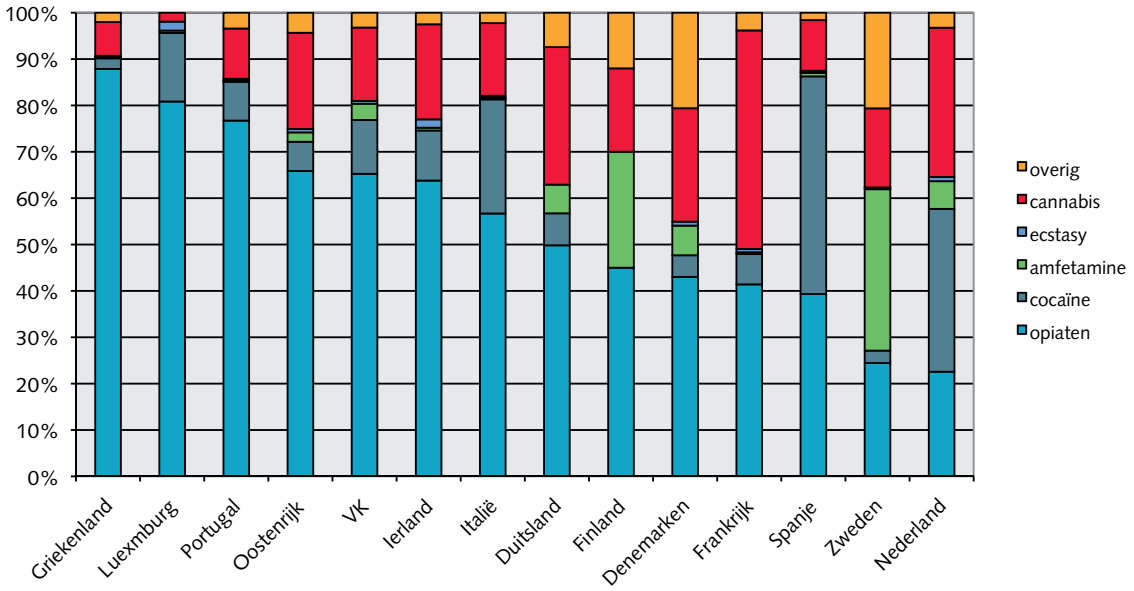
Vergelijkingen met het buitenland

Het EMCDDA heeft een protocol ontwikkeld voor het verzamelen van gegevens over de hulpvraag (de Treatment Demand Indicator, TDI). Dit protocol voorziet in aantallen en kenmerken van cliënten die zich in een bepaald jaar inschrijven, dan wel zich voor het eerst aanmelden. Het totale aantal cliënten (dus ook degenen die in een eerder jaar waren aangemeld en nog steeds in behandeling zijn) wordt hierin niet meegenomen. Het merendeel van de cliënten staat ingeschreven voor ambulante zorg. In 2006 registreerden 19 Europese landen ruim 300 duizend drugscliënten in ambulante voorzieningen; 17 landen (plus Turkije) registreerden ruim 30 duizend cliënten in intramurale voorzieningen en in 12 landen werden nog eens ruim 23 duizend cliënten in overige voorzieningen gerapporteerd (bijv. huisartsen, gevangenissen).

Figuur 5.12 laat per land de verdeling zien van de cliënten naar primair middel. Duidelijk is dat het aantal cliënten dat zich in het meest recente registratiejaar met een primair opiaatprobleem heeft ingeschreven het kleinst is in Nederland (22%). Dat hangt samen met het relatief grote aandeel van cannabis- en cocaïnecliënten in Nederland. Het aandeel opiaatcliënten is het grootst in Griekenland (88%). Spanje kent het grootste aandeel cocaïnecliënten (47%), gevolgd door Nederland (35%). Frankrijk gaat aan kop met het aandeel cannabiscliënten (47%), gevolgd door Nederland (32%) en Duitsland (30%). Figuur 5.13 laat zien dat het percentage opiaatcliënten dat hun drug injecteert het kleinst is in Nederland en het grootst in Finland. Ecstasygebruik lijkt in de meeste landen zelden tot een hulpvraag te leiden. Amfetamine speelt met name in Zweden en Finland een rol.

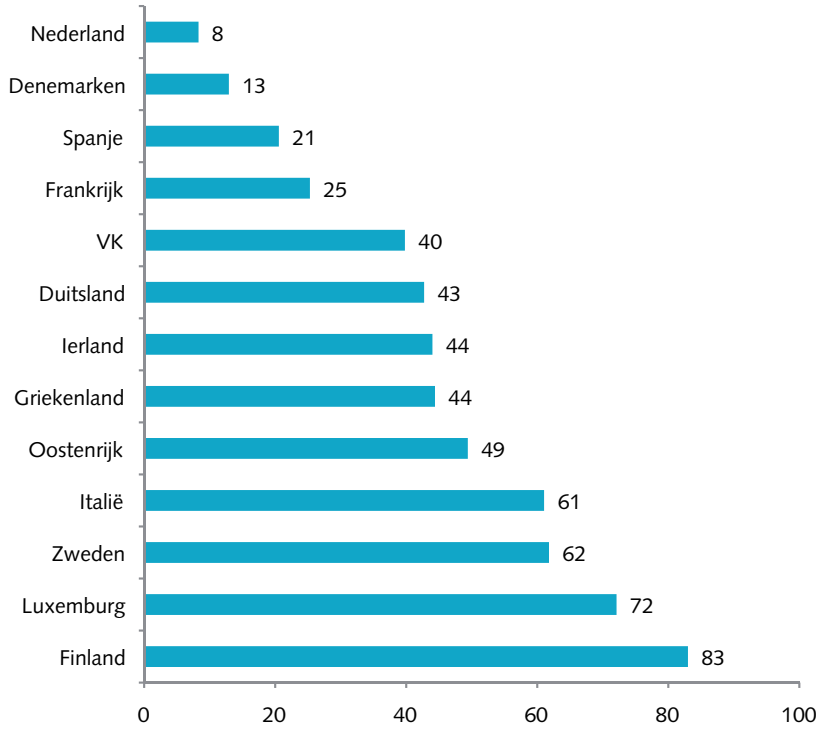
Het EMCDDA rapporteert – indien gegevens voor 19 landen worden samengenomen – tussen 2002 en 2006 een daling in het aantal primaire opiaatcliënten van 25%. Daar staat een verdubbeling van het aantal hulpvragen vanwege cannabis en cocaïne tegenover. Trends in Nederland lijken dus aardig overeen te komen met die in Europa. Het EMCDDA concludeert dat de toename in de hulvraag vanwege cannabisgebruik door verschillende factoren verklaard kan worden: een toename van de dekkingsgraad van registraties, uitbreiding van het behandelaanbod (vooral gericht op jongeren), en een toename van het aantal verwijzingen via justitie en via het sociale netwerk van cliënten (familie, vrienden, school e.d.).[1]

Figuur 5.12 Verdeling van drugscliënten naar primaire drug in de EU-15[1]



I. Met uitzondering van België. VK= Verenigd Koninkrijk. Registratiejaren variëren van 2004-2006. Percentages betreffen cliënten die zich in het betreffende registratiejaar hebben ingeschreven. Bron: TDI, EMCDDA.

Figuur 5.13 Percentage opiaatcliënten dat injecteert in landen van de EU-15[1]



I. Met uitzondering van België. VK= Verenigd Koninkrijk. Bron: TDI, EMCDDA.

5.4.2 Ziekenhuisopnames en drugsincidenten

De Landelijke Medische Registratie (LMR) registreerde in 2007 ongeveer 1,8 miljoen klinische opnames in algemene ziekenhuizen. Drugsproblemen speelden daarbij een geringe rol. In dat jaar werden drugsmisbruik en drugsverslaving (inclusief medicijnen) 627 keer als hoofddiagnose en 2223 keer als nevendiagnose gesteld. Het aantal opnames vanwege misbruik en afhankelijkheid van cannabis, amfetaminen (inclusief ecstasy), opiaten en

cocaïne als hoofddiagnose is voor alle middelen klein, en varieert van 56 voor amfetamine/ecstasy tot 114 voor opiaten. Vaker worden afhankelijkheid en misbruik van deze drugs als nevendiagnose geregistreerd. Cocaïne gaat daarbij aan kop, gevolgd door opiaten en cannabis. Amfetamine/ecstasy is het minst vaak (bijdragende) reden voor opname. Tussen 1997 en 2007 is een stijging waarneembaar voor cannabis en cocaïne, en een lichte daling voor opiaten (tabel 5.17). Deze trends lopen min of meer parallel met die in de verslavingszorg. Het aantal opnames met amfetamine/ecstasy als hoofd- of nevendiagnose lijkt met wat fluctuaties ook iets te stijgen, maar de aantallen blijven klein.

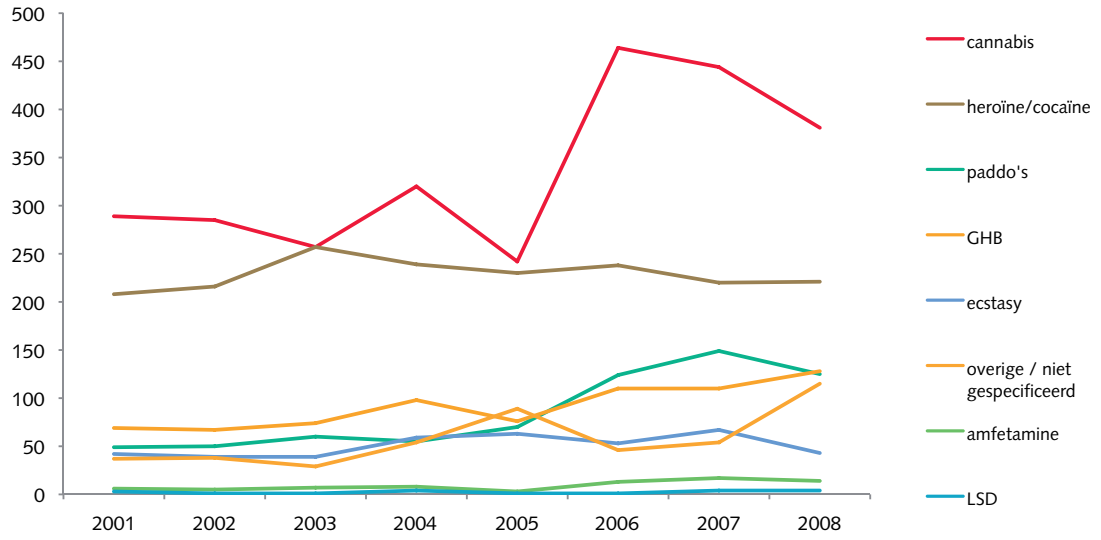
Tabel 5.17: Ziekenhuisopnames vanwege misbruik en afhankelijkheid van drugs als hoofd- of nevendiagnose

	Hoofddiagnose		Nevendiagnose	
	1997	2007	1997	2007
Cannabis	26	69	184	399
Amfetamine/ecstasy	33	56	80	136
Opiaten	71	84	724	525
Cocaïne	55	114	371	607

Bron: LMR.

Er is (nog) geen landelijk registratiesysteem voor drugsincidenten. Een pilot voor de ontwikkeling en implementatie hiervan is momenteel in uitvoering. De GGD Amsterdam registreert jaarlijks het aantal spoedeisende aanvragen bij de Centrale Post Ambulancevervoer wegens drugsgebruik. Vanwege het grote aantal drugstoeristen in Amsterdam, die hier relatief veel met drugs experimenteren, alsmede het relatief hoge drugsgebruik in Amsterdam, geven ontwikkelingen in de hoofdstad geen beeld van de situatie in geheel Nederland.
In 2007 registreerde de GGD Amsterdam ruim 3200 aanvragen voor spoedeisende hulp vanwege het gebruik van alcohol of drugs. Twee derde had betrekking op alcohol (66%). Van de circa 1100 'drugsincidenten' kwam ruim een derde op conto van cannabis (35%), gevolgd door opiaten/cocaïne (20%), GHB en paddo's (12% en 11%) en ecstasy (4%). Amfetamine en LSD speelden zelden een rol (1% en <0,5%). Figuur 5.14 laat zien dat het aantal incidenten gerelateerd aan cannabisgebruik de afgelopen drie jaar is gestegen. Hetzelfde geldt voor incidenten gerelateerd aan paddo's en GHB.

Figuur 5.14: Drugsincidenten geregistreerd door de GGD Amsterdam



Bron: GGD Amsterdam.

5.5 Drugsgerelateerde infectieziekten

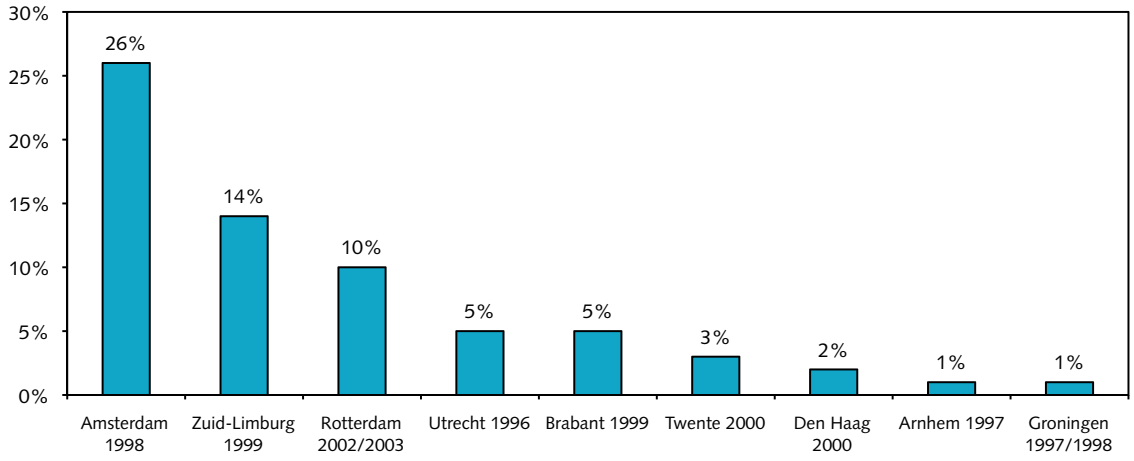
Door het intraveneus injecteren met besmette naalden of door onveilige seks lopen gebruikers van harddrugs gevaar om besmet te raken met hiv, het virus dat aids en hepatitis B veroorzaakt. Hepatitis C wordt voornamelijk overgedragen door bloed-bloedcontact (bijvoorbeeld via geïnfecteerde spuiten). Toch laat recent onderzoek zien dat ook drugsgebruikers die aangeven nooit drugs te hebben geïnjecteerd een hoger risico hebben om besmet te raken met hepatitis C dan de gewone bevolking.[45] Het is niet bekend of dit komt door onderrapportage van spuitgedrag of door andere wijzen van virusoverdracht. Een chronische infectie met het hepatitis B- en C-virus kan ernstige vormen van leverontsteking veroorzaken. Harddrugsgebruikers zijn vanwege hun leefstijl en leefomstandigheden ook 'vatbaarder' voor andere infectieziekten, zoals hepatitis A en TBC.

De belangrijkste bronnen voor het monitoren van de prevalentie en/of incidentie van hiv en hepatitis B en C onder drugsgebruikers in Nederland zijn de Amsterdamse Cohort studies (vanaf 1985; vanaf 2000 alleen drugsgebruikers jonger dan 30 jaar) en de hiv-surveillance van het RIVM (primair hiv), met lokale studies uitgevoerd tussen 1996 en 2003. Laatstgenoemde bron geeft een betrouwbaar, maar géén actueel beeld van de verspreiding van hiv onder injecterende drugsgebruikers.

In 16 studies van de hiv-surveillance, uitgevoerd in negen steden en regio's, zijn in totaal zo'n 3500 ooit- injecterende drugsgebruikers getest op besmetting met hiv.[46] Deze studies lieten een grote regionale spreiding in besmetting met hiv zien, variërend van 26% in Amsterdam tot 1% in Arnhem en Groningen. Figuur 5.15 geeft de resultaten weer van de meest recente peilingen. In steden of regio's waar herhaald is gemeten bleef de prevalentie stabiel (Amsterdam 1996-1999; Rotterdam 1994-2002/2003; Arnhem 1991/1992-1997), behalve in Heerlen waar een verdubbeling van 11% in 1994 naar 22% in 1999 werd gevonden. In Zuid-Limburg is een nieuwe studie in voorbereiding. De hoge prevalentie in Amsterdam wordt wel toegeschreven aan het feit dat de hiv-epidemie zich al heeft kunnen verspreiden voordat hier (effectieve) preventieve maatregelen waren geïmplementeerd (zie ook hoofdstuk 7).

De gegevens moeten worden beschouwd in het licht van het geringe aantal harddrugsgebruikers dat tegenwoordig injecteert (rond de 10%). Naar schatting 38% van de huidige populatie opiaatgebruikers heeft ooit geïnjecteerd.[39] Risico's op besmetting met hiv en hepatitis zijn aanzienlijk groter onder actuele of huidige injecteerders, vergeleken met degenen die ooit drugs hebben geïnjecteerd maar dat niet meer doen.[47]

Figuur 5.15 Besmetting met hiv onder injecterende harddrugsgebruikers



Bron: RIVM.[46]

Hoeveel (injecterende) drugsgebruikers besmet zijn met hepatitis B en C is niet precies bekend, althans niet op landelijk niveau. Studies in Amsterdam (2005), Heerlen/Maastricht (1998/1999) den Haag (2000) en Rotterdam (1994), laten zien dat in deze steden de prevalentie van hepatitis C onder injecterende drugsgebruikers varieerde tussen 47% en 79%. Hepatitis B varieerde in de laatste 3 steden tussen 35% en 67%.

Het totale aantal besmette drugsgebruikers is van belang voor het inschatten van de (toekomstige) ziektelast en zorgbehoefte. Gegevens over de incidentie – het aantal nieuwe gevallen van besmetting onder drugsgebruikers

die voorheen nog niet besmet waren – kunnen iets zeggen over de mate waarin het beleid (via preventieve maatregelen) erin is geslaagd de overdracht van infectieziekten in te perken (zie hoofdstuk 7).

De Amsterdamse Cohort Studies laten zien dat er tussen 1985 en 2005 een sterke daling plaatsvond van het jaarlijkse aantal nieuwe gevallen van hiv en hepatitis C, althans onder Amsterdamse harddrugsgebruikers:[47;48]

- Bij de start van de studie was 85% van de drugsgebruikers die ooit hadden geïnjecteerd besmet met hepatitis C en 31% had tevens een hiv-infectie.
- Het aantal jaarlijkse nieuwe besmettingen met hepatitis C daalde van 28% (28/100 persoonsjaren) midden jaren tachtig tot 2% (2 per 100 persoonsjaren) in 2005. Degenen die ook recent nog drugs injecteerden hadden een groter risico op besmetting vergeleken met degenen die ooit injecteerden maar dat niet meer deden.
- De hiv-incidentie daalde van 8,6% (8,6 per 100 persoonsjaren) midden jaren tachtig naar 0,9% in 2005. In dit laatste jaar werden nog twee nieuwe gevallen van hiv-besmetting geregistreerd; in 2006 en 2007 geen enkel geval meer.
- Deze dalingen in hiv- en hepatitis C-incidentie gingen gepaard met een daling van injecterend drugsgebruik en van het lenen van (gebruikte) naalden.

De geringe incidentie van hiv blijkt ook uit rapportages van de Stichting HIV Monitoring, die jaarlijks gegevens verzamelt van alle met hiv geïnfecteerde personen die zich aanmelden bij behandelcentra.

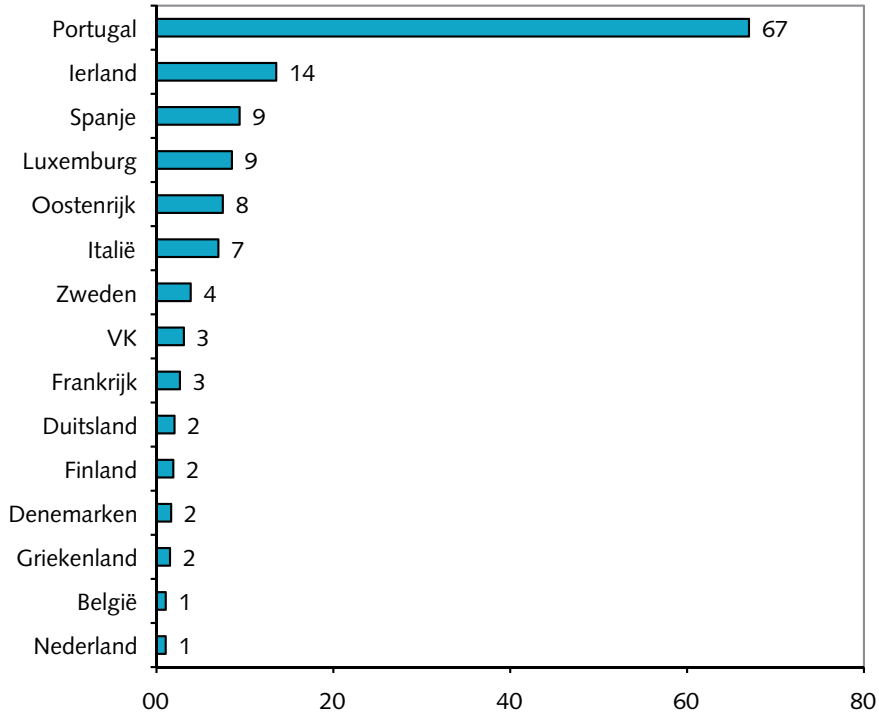
- In 2006 was injecterend drugsgebruik bij 8 van de 871 nieuw aangemelde personen met een hiv-infectie de meest waarschijnlijke oorzaak van besmetting.
- In juni 2007 was van de totale groep van 13.086 geregistreerde hiv-geïnfecteerde personen bij 617 (5%) injecterend drugsgebruik de meest waarschijnlijke transmissieroute. De meerderheid van de injecterende drugsgebruikers (62%) is besmet vóór 1996 en slechts 16% in of na 2000. Bijna de helft van de geregistreerde drugsgebruikers woont in Amsterdam.

Ook suggereren aangiftedata dat de incidentie van hepatitis B gering is. Van alle meldingen in 2007 van acute (n=220) en nieuwe chronische gevallen (n=1.563) van hepatitis B kon respectievelijk 1,2% en 0,9% worden toegeschreven aan injecterend drugsgebruik.[49]

Vergelijking met het buitenland

EuroHIV rapporteert over het aantal nieuwe diagnoses van hiv onder injecterende drugsgebruikers (www.eurohiv.org). Figuur 5.16 geeft het aantal nieuwe meldingen in 2005 of 2006 weer. Duidelijk is dat het aantal nieuw gediagnosticeerde gevallen van injecterende drugsgebruikers met hiv per miljoen inwoners het laagst is in Nederland en België. Portugal gaat veruit aan kop, ondanks de sterk dalende trend die zich hier voordoet sinds begin deze eeuw. In absolute aantallen staat Portugal eveneens bovenaan: 703 gevallen in 2006, op grote afstand gevolgd door het Verenigd Koninkrijk (187), Duitsland (168) en Frankrijk (167). In Nederland ging het om 17 gevallen.

Figuur 5.16 Nieuwe hiv-diagnoses bij injecterende drugsgebruikers. Aantal per miljoen inwoners in 2006[I]



I. 2005 voor Spanje en Italië. Bron: Eurohiv. Aantallen per verslagjaar (i.p.v. diagnosejaar).

Volgens het EMCDDA is de incidentie van hiv-infecties onder injecterende drugsgebruikers in de EU als geheel laag en dalende, na een piek in 2001-2002, die aan een uitbraak in de Baltische Staten kon worden toegeschreven. Desondanks is sinds 2001 een toename waarneembaar in het aantal geregistreerde nieuwe hiv-diagnoses in Duitsland en het Verenigd Koninkrijk.[1]

Studies waarin de prevalentie van hiv wordt gemeten, geven een beeld van de totale besmettingsgraad (dus zowel nieuwe als 'bestaande' gevallen). Deze studies variëren echter sterk in methodologie en dekkingsgraad (lokaal, regionaal, landelijk). De gegevens zijn derhalve niet goed vergelijkbaar en geven alleen een indicatie van verschillen. In drie EU-15 lidstaten zijn tussen 2001 en 2006 prevalenties van 20% of meer gevonden in ten minste één stad of regio: Spanje, Italië en Frankrijk.[50] Evenals in Nederland is ook in de laatste twee landen een grote lokale variatie waarneembaar. In Italië liep de lokale/regionale prevalentie uiteen van 3% tot 28%. In Frankrijk werd een range van 1% tot 32% gerapporteerd. Hiv-prevalenties tussen 10% en 20% worden gerapporteerd in Ierland, Portugal en Duitsland. Prevalenties tussen 5% en 10% worden in diverse (lokale) studies in België, Luxemburg, Nederland en Noorwegen gemeld. Voor Nederland was de prevalentie gebaseerd op de hiv-surveillancestudie in Rotterdam.

Gegevens over hepatitis C zijn eveneens slecht vergelijkbaar, maar over het geheel kan worden geconstateerd dat de prevalentie van hepatitis C onder injecterende drugsgebruikers in vrijwel heel Europa hoger is dan die van hiv. In 2005-2006 liepen de waarden uiteen van 15% tot 90%, maar in de meeste landen is de prevalentie boven 40% (gebaseerd op antistoffen tegen hcv). Prevalentiegegevens voor hepatitis B laten een nog grotere variatie zien. Dat kan samenhangen met verschillen in dekkingsgraad van vaccinatieprogramma's. In 2005-2006 rapporteerden 6 van 11 landen een prevalentie van anti-hbc hoger dan 40%.[1] Anti-hbc wijst op de aanwezigheid van een infectieverleden.

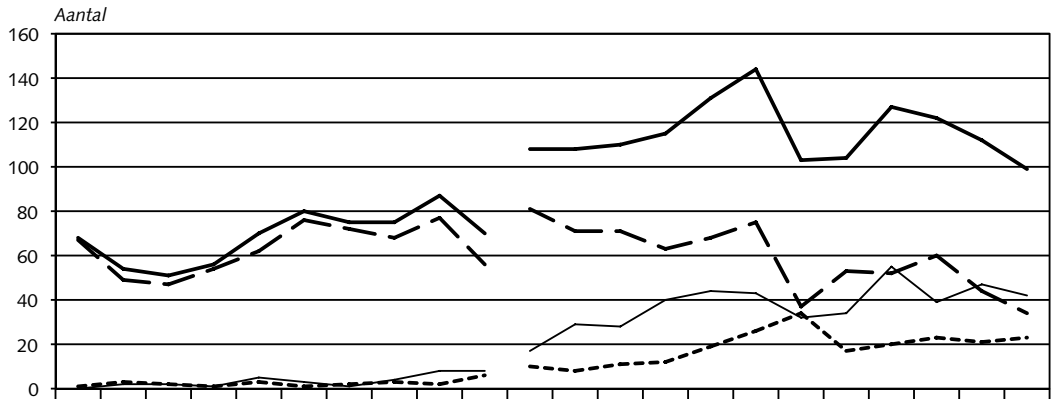
Aangiftegegevens suggereren dat het aantal nieuwe gevallen van hepatitis B in Europa een dalende lijn vertoont (wellicht samenhangend met vaccinatieprogramma's). Voor hepatitis C zijn wisselende trends te zien. Zweden, Luxemburg en het VK rapporteren een toename van het aantal aangiftes van hepatitis C.

5.6 Drugsgerelateerde sterfte

Volgens het protocol van het EMCDDA betreft de kernindicator 'Sterfte ten gevolge van drugsgebruik' voornamelijk 'sterftegevallen die rechtstreeks het gevolg zijn van drugsgebruik', dat wil zeggen de 'door drugs geïnduceerde sterfgevallen'.[1] Dit zijn de 'sterfgevallen die direct veroorzaakt zijn (door vergiftiging of overdosis) door de consumptie van een of meer drugs, waarbij ten minste een van de gebruikte stoffen een illegale drug is'. Het gaat dan meestal om opiaten, met name heroïne, hoewel in veel gevallen polydrugsgebruik de doodsoorzaak is.

Figuur 5.17 geeft het aantal sterfgevallen vanwege overdosering weer, volgens de standaard van het EMCDDA. In 1996 is het CBS overgegaan op een classificatiesysteem voor het coderen van de sterfte, waardoor de trends van voor en na 1996 niet met elkaar vergelijkbaar zijn. Van 1996 tot 2000 is een geringe stijging in het aantal drugsoverdoseringen waarneembaar. Sinds 2004 is er sprake van een daling. Het aantal opiaatoverdoseringen lijkt met wat schommelingen de laatste jaren te dalen. De rol van cocaïne is iets groter geworden maar de stijging tot 2002 heeft zich niet doorgezet. De categorie 'overig' kan ook verwijzen naar sterfgevallen waarin combinaties van drugs de doodsoorzaak zijn geweest.

Figuur 5.17 Sterfgevallen door overdosering van drugs in Nederland, vanaf 1987



	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Totaal	68	54	51	56	70	80	75	75	87	70	108	108	110	115	131	144	103	104	127	122	112	99
Opiaten	67	49	47	54	62	76	72	68	77	56	81	71	71	63	68	75	37	53	52	60	44	34
Cocaïne	1	3	2	1	3	1	2	3	2	6	10	8	11	12	19	26	34	17	20	23	21	23
Overig	0	2	2	1	5	3	1	4	8	8	17	29	28	40	44	43	32	34	55	39	47	42

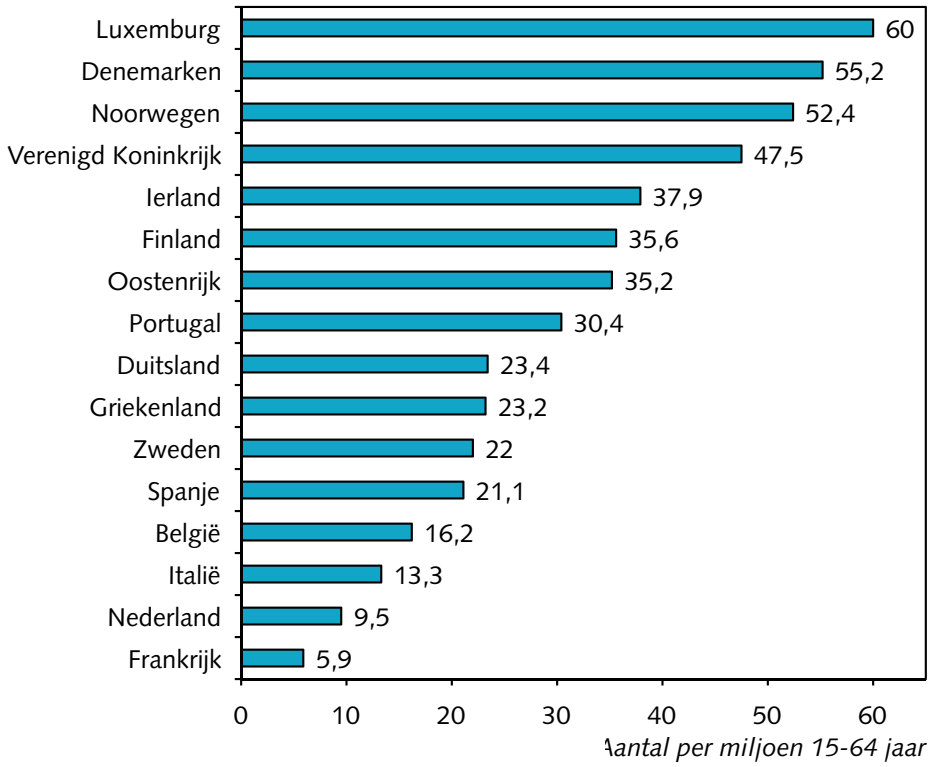
Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS. Aantallen gebaseerd op selecties van ICD-9 codes (tot en met 1995) en ICD-10 (vanaf 1996) volgens de standaard van het EMCDDA (zie ook Van Laar et al., 2008).[35]

Vergelijking tussen landen

Het EMCDDA oordeelt dat 'de kwaliteit en betrouwbaarheid van de Europese gegevens in de afgelopen jaren is verbeterd' en dat daardoor de 'Europese en nationale trends nu nauwkeuriger worden beschreven'. Verschillende landen kunnen nu beter met elkaar worden vergeleken op de kernindicator drugsgerelateerde sterfte, want 'de meeste landen hebben inmiddels een gevalsdefinitie aangenomen die in overeenstemming is met die van het EWDD'. Wel volgt hierop de waarschuwing dat, ondanks een betere vergelijkbaarheid, 'terughoudendheid is geboden bij het maken van directe vergelijkingen' tussen afzonderlijke landen.[1]

Dat de landen niet volledig vergelijkbaar zijn, komt onder andere doordat de gegevens over de drugsgerelateerde sterfte afkomstig zijn uit verschillende soorten registers. De gegevens voor België, Denemarken, Finland, Frankrijk, Ierland, Nederland, Noorwegen, Spanje, het Verenigd Koninkrijk en Zweden zijn afkomstig uit de algemene doodsoorzakenstatistieken. Voor Nederland worden deze doodsoorzakenstatistieken bijgehouden door het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS).[51] Voor Duitsland, Griekenland, Italië, Luxemburg, Oostenrijk en Portugal zijn de gegevens afkomstig uit juridische registratiesystemen die speciaal zijn aangelegd voor sterfgevallen waarbij van rechtswege forensisch onderzoek wordt verricht.

Figuur 5.18 Aantal door drugs geïnduceerde sterfgevallen per miljoen inwoners van 15 tot en met 64 jaar in de EU-15 en Noorwegen volgens de definitie van het EMCDDA. Peiljaar 2006 of een eerder jaar[1]



I. Terughoudendheid is geboden bij het maken van directe vergelijkingen tussen afzonderlijke landen. Bron: EMCDDA.[1]

Met inachtneming van de terughoudendheid die is geboden bij het maken van directe vergelijkingen tussen afzonderlijke landen, toont figuur 5.18 het aantal door drugs geïnduceerde sterfgevallen per miljoen inwoners van 15 tot en met 64 jaar voor de EU-15 en Noorwegen. De meest recente gegevens van het EMCDDA over de drugssterfte betreffen het registratiejaar 2006 of een eerder jaar. In absolute aantallen gaat het in kleine landen als Luxemburg en Denemarken om respectievelijk 19 sterfgevallen in 2006 en 207 sterfgevallen in 2005. In de grotere landen gaat het in absolute aantallen om 295 sterfgevallen in 2005 in Frankrijk, 1296 sterfgevallen in 2006 in Duitsland en 3301 sterfgevallen in 2005 in het Verenigd Koninkrijk. In Nederland ging het in 2006 om 112 sterfgevallen.

Per miljoen inwoners van 15 tot en met 64 jaar ligt, volgens de beschikbare gegevens, de directe drugssterfte relatief hoog in landen als Luxemburg, Denemarken en Noorwegen. De sterfte ligt relatief laag in landen als Italië, Nederland en Frankrijk. Het maken van directe vergelijkingen tussen de landen vereist de nodige terughoudendheid, maar de conclusie is gerechtvaardigd dat in Nederland de directe drugssterfte relatief laag is. Ook al zou het aantal drugsoverdoseringen verdubbelen vanwege enige onderregistratie (bijvoorbeeld door het ontbreken van systematisch toxicologisch onderzoek bij onnatuurlijke doodsoorzaken) dan nog blijft de sterfte hier relatief laag.[51] Dit kan samenhangen met het feit dat er in Nederland minder problematische drugsgebruikers voorkomen, maar komt ook doordat het aantal overdoseringen onder deze groep relatief gering is, bijvoorbeeld vanwege het geringe percentage spuiters en de harm reduction-maatregelen (hoofdstuk 7).

Een overzichtsstudie over de drugssterfte heeft aangetoond dat via tal van schadebeperkende maatregelen (harm reduction) de sterfte onder problematische drugsgebruikers kan worden teruggedrongen.[52] Aangezien Nederland de afgelopen jaren voorop heeft gelopen in het doorvoeren van dergelijke schadebeperkende maatregelen, is het aannemelijk dat hierdoor de sterfte onder de problematische drugsgebruikers relatief laag is gebleven.

Figuur 5.17 en 5.18 geven alleen de cijfers over de directe sterfte. Naast de directe sterfte is er ook nog de sterfte die indirect aan drugs is gerelateerd vanwege ziekten, zelfmoord en trauma's die samenhangen met het gebruik van illegale drugs.[1] Voor Nederland wordt geschat dat deze indirecte sterfte ongeveer drie maal zo hoog is als de directe sterfte.[39] Daarvan komt ongeveer een kwart (23%) op het conto van overdosering en twee derde

(66%) komt door andere oorzaken indirect gerelateerd aan het gebruik van drugs (leefstijl, infectieziekten en dergelijke). De rest (11%) van de sterfte is de 'normale sterfte' die past bij de leeftijdscategorie en sekse van de populatie verslaafden.

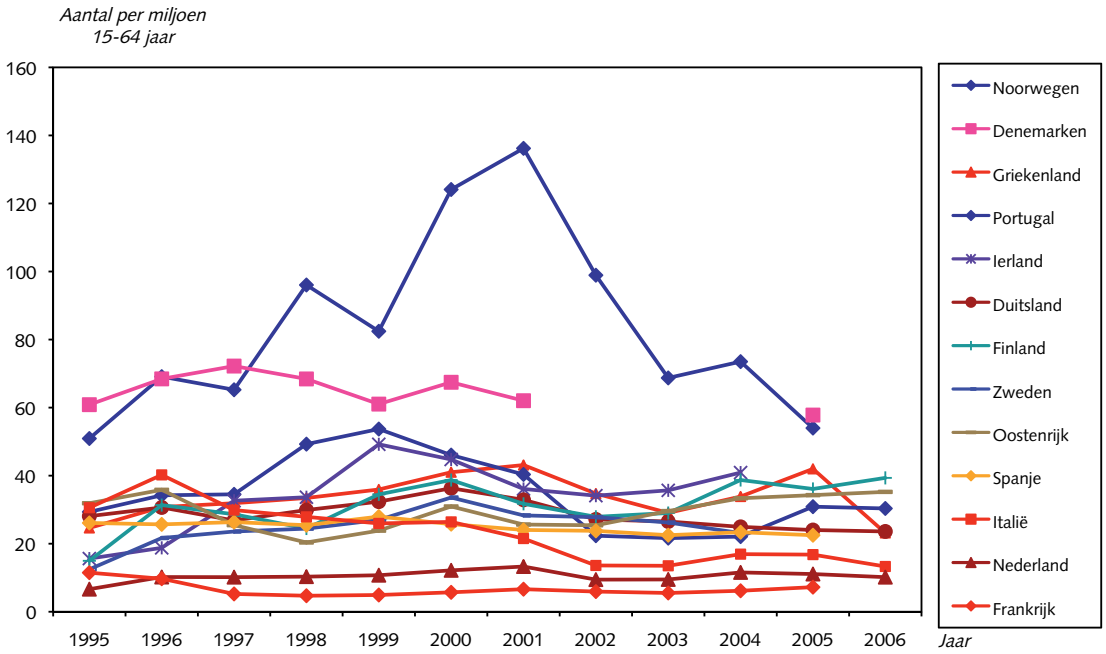
Trends

In de jaren tachtig en negentig van de vorige eeuw deed zich in de EU-15 een scherpe stijging voor in het aantal door drugs geïnduceerde sterfgevallen, om vervolgens op een hoog niveau te stabiliseren. Volgens het EMCDDA was dit mogelijk het gevolg 'van de toename van het gebruik en de injectie van heroïne'.[1]

Voor een aantal landen uit de EU-15 en voor Noorwegen zijn voldoende gegevens beschikbaar om per land te kijken naar de trend in de drugssterfte. Figuur 5.19 toont voor deze landen de trend vanaf 1995 in de door drugs geïnduceerde sterfgevallen per miljoen inwoners van 15 tot en met 64 jaar.
In sommige lidstaten vertoont de trend van de afgelopen tien jaren een nogal grillig verloop met plotselinge stijgingen en dalingen, terwijl de trend in andere landen veel stabieler is. In de Europese Unie als geheel daalde tussen 2000 en 2003 de drugssterfte.[1] De belangrijkste verklaringen die de lidstaten voor deze daling aanvoeren zijn volgens het EMCDDA: een stabilisatie in het gebruik van heroïne, een afname in het injecterend drugsgebruik, een toename van het behandelaanbod van vooral substitutiebehandelingen zoals de methadonverstrekking, het invoeren van andere schadebeperkende maatregelen en een afname in de beschikbaarheid en de concentratie van sommige drugs.[53]

Voor Nederland is de stijging tussen 1995 en 1996 in de gerapporteerde drugssterfte zoals hierboven vermeld naar alle waarschijnlijkheid het gevolg geweest van de overschakeling naar een nieuw registratiesysteem (ICD-9 naar ICD-10). De drugssterfte in Nederland doet zich voornamelijk voor onder een verouderende populatie heroïneverslaafden. Wellicht is na een piek in de sterfte in 2001, de sterfte in deze verouderende populatie over haar hoogtepunt heen gekomen.

Figuur 5.19 Aantal door drugs geïnduceerde sterfgevallen per miljoen inwoners van 15 tot en met 64 jaar in een aantal landen van de EU-15 en Noorwegen, vanaf 1995



Bron: EMCDDA[1]; Eurostat.[54]

Mogelijke verklaringen voor trends in andere landen

In hun jaarberichten aan het EMCDDA voeren de lidstaten diverse verklaringen aan voor de trends die worden gesignaleerd in de drugssterfte. Tabel 5.18 geeft een overzicht van de verklaringen die worden aangevoerd. Stijgingen in de geregistreerde drugssterfte die het gevolg zijn van de invoering van een nieuw registratiesysteem, zoals in Nederland, of de overgang naar een ruimere definitie van drugssterfte, zoals in Noorwegen, zijn uiteraard niet reëel.

Bij sommige verklaringen die worden aangevoerd voor een stijging in de drugssterfte, gaat het om factoren die niet door beleidsmaatregelen zijn te beïnvloeden. Dit geldt bijvoorbeeld voor de veroudering van de populatie heroïneverslaafden, waardoor pieken kunnen ontstaan in de drugssterfte. Dit is een niet te keren factor die expliciet wordt genoemd door landen als Duitsland, Ierland en Nederland. Een toename in het (riskant) gebruik van opiaten wordt genoemd als oorzaak van een stijgende drugssterfte door Finland, Frankrijk, Ierland en Oostenrijk. De opkomst van nieuwe drugs kan door beleidsmaatregelen worden afgeremd, maar zal moeilijk volledig te stuiten zijn. De opkomst van met name cocaïne wordt door Frankrijk en Nederland genoemd als oorzaak van een stijgende drugssterfte.

Tabel 5.18 Verklaringen die enkele lidstaten uit de EU-15 en Noorwegen aanvoeren voor stijgingen en dalingen in de gesignaleerde drugssterfte[I]

Land	Aangevoerde verklaringen voor stijgingen	Aangevoerde verklaringen voor dalingen
Duitsland[55]	• Veroudering van de populatie heroïneverslaafden	
Finland[56]	• Toename van het (injecterend) drugsgebruik in de jaren negentig	
Frankrijk[57]	• Toename van het gebruik van opiaten en cocaïne in de algemene bevolking	• Toename in het aanbod van substitutiebehandelingen voor verslavingen aan opiaten
Ierland[58]	• Veroudering van de populatie drugsgebruikers • Toename verkrijgbaarheid en zuiverheid van heroïne • Toename gebruik opiaten	
Italië[59]		• In behandeling houden van verslaafden, met name door substitutiebehandelingen met een hoge dosis methadon
Luxemburg[60]	• Variatie in de zuiverheid van drugs • Polydrugsgebruik in combinatie met medicijnen • Toename drugsgebruik	• Invoering actieplan tegen drugs en drugsverslaving • Uitbreiding methadonverstrekking • Ontwikkeling laagdrempelige hulpverlening • Invoering gebruikersruimte • Afname injecterend drugsgebruik
Nederland[61]	• Invoering nieuw registratiesysteem • Toename problematisch gebruik cocaïne • Veroudering van de populatie heroïnegebruikers	• Preventiemaatregelen zoals methadonverstrekking
Noorwegen[62]	• Overgang naar ruimere definitie van drugssterfte • Jongeren hebben geen toegang tot medische verslavingszorg • Verkrijgbaarheid van drugs • Gebruik in de privésfeer	• Laagdrempelige gezondheidszorg met overdosispreventie • Invoering gebruikersruimten
Oostenrijk[63]	• Toename problematisch gebruik van opiaten, met name in de privésfeer	
Spanje[64]		• Implementatie van behandelingen tegen aids • Vervanging injecteerbare heroïne door rookbare heroïne en orale methadon • Daling aantal problematische heroïnegebruikers

I. Landen die in hun meest recente jaarbericht aan het EMCDDA geen verklaringen voor stijgingen en dalingen hebben aangevoerd zijn: België[65], Denemarken[66], Griekenland[67], Portugal[68], Verenigd Koninkrijk[69] en Zweden.[70] Bron: Jaarberichten van de Nationale Focal Points aan het EMCDDA.

De verklaringen die worden aangevoerd voor dalingen in de drugssterfte hebben doorgaans betrekking op factoren die door beleid goed kunnen worden beïnvloed. Opvallend is dat het hier steeds gaat om schadebeperkende maatregelen (harm reduction) zoals het verstrekken van methadon of andere substitutiemiddelen (Frankrijk, Italië, Luxemburg, Nederland en Spanje), het openen van gebruikersruimten (Luxemburg), of het invoeren van behandelingen tegen aids (Spanje).

5.7 Enkele lacunes in informatie

Afgaande op de eisen die het EMCDDA stelt aan de gegevens voor de vijf epidemiologische kernindicatoren, kan worden vastgesteld dat Nederland op een aantal punten goed presteert, maar ook dat er op een aantal punten tekortkomingen zijn. Ook de Wetenschappelijke Raad van de NDM rapporteert in de NDM Jaarberichten geregeld over lacunes in informatie. Er is wel een aantal positieve ontwikkelingen in gang gezet om de situatie te verbeteren.

- Het EMCDDA constateert in 2007 dat Nederland geheel voldoet aan de eisen voor de gegevens over de hulpvraag en de drugssterfte.
  - Voor de hulpvraag worden jaarlijks de gegevens van het LADIS van SIVZ aangeleverd. Er zijn wel geregeld problemen met aanlevering van gegevens door sommige instellingen, waardoor vertragingen in de rapportage optreden. Een en ander hangt onder meer samen met de DBC-registratie die in de zorg is ingevoerd. De DBC-gegevens worden op landelijk niveau verzameld in het landelijke DBC Informatie Systeem (DIS), maar dit voldoet vooralsnog niet aan de gegevensbehoefte op het terrein van alcohol en drugs. Ook de Landelijke Medische Registratie van ziekenhuisopnames werd bedreigd met discontinuering. Zolang het DIS niet kan voldoen aan de vereisten voor het in kaart brengen van de alcohol- en drugsproblematiek is continuering van de bestaande systemen van groot belang.
- Nederland voldeed volgens het EMCDDA in 2007 niet (geheel) aan de vereisten voor:
  - prevalentiegegevens in de algemene bevolking (te weinig respondenten, waardoor uitsplitsingen naar leeftijd en geslacht per harddrug niet mogelijk waren);
  - schattingen van problematisch middelengebruik (te gedateerd, nl. 2001);
  - prevalentiegegevens van infectieziekten (te gedateerd, en geen systematische monitoring van hepatitis).

Inmiddels zijn initiatieven genomen om de gegevens van deze indicatoren te verbeteren. Er is een nieuw bevolkingsonderzoek onder een grotere steekproef respondenten in voorbereiding (resultaten in 2010), er wordt momenteel nieuw onderzoek uitgevoerd om het aantal opiaat- en crackverslaafden te schatten (resultaten eind 2009) en er is een nieuwe studie naar hiv en hepatitis onder(injecterende) drugsgebruikers in Heerlen uitgezet. De WR constateert ook dat er geen (actuele) gegevens zijn over het probleemgebruik van cannabis, snuifcocaïne en ecstasy. Voor cannabisafhankelijkheid zal het tweede NEMESIS-onderzoek in de bevolking van 18-64 jaar in 2009/2010 gegevens opleveren.

5.8 Conclusies

Afgemeten aan de indicatoren van het EMCDDA om de drugsproblematiek in kaart te brengen presteert Nederland in het algemeen, vanuit volksgezondheidsperspectief redenerend, gemiddeld tot gunstig. Die beoordeling is primair gebaseerd op vergelijkingen met de EU-15 landen, en waar mogelijk de VS. Ook trends zijn van belang bij het beoordelen van de situatie.

- *Prevalentie van gebruik:* Voor alle drugs, met uitzondering van ecstasy, ligt de prevalentie van het gebruik in de algemene bevolking onder het Europese gemiddelde, en lager dan de prevalenties in de Verenigde Staten. Toch is ook het gebruik van ecstasy in Nederland niet exceptioneel: een aanzienlijk hogere prevalentie wordt gerapporteerd in het Verenigd Koninkrijk, en vergelijkbare prevalenties in Spanje en Ierland. Verschillen met andere landen zijn het meest pregnant onder jongeren en jonge volwassenen van 15-34 jaar, de leeftijdsgroep waarin drugsgebruik doorgaans het hoogst is. Ook op andere indicatoren van cannabisgebruik is de positie van Nederland relatief gunstig tot gemiddeld ('kans op doorgaan' en (bijna) dagelijks gebruik). Onder scholieren van het voortgezet onderwijs is sinds 1996 een licht dalende trend waarneembaar in drugsgebruik.
- Bovendien behoort Nederland tot de (middel)lage regionen wat betreft het aantal *probleemgebruikers van harddrugs* (opiaten en vaak ook crack), al laten verschillen in definities en methoden harde uitspraken niet toe. Over het probleemgebruik van andere drugs kan weinig worden gezegd, omdat de gegevens hierover zowel in Nederland als elders schaars zijn (en zeker niet periodiek en op internationaal vergelijkbare wijze

worden verzameld). De aanwas van nieuwe opiaatverslaafden is gering en de gemiddelde leeftijd daalt. Of de groep primaire crackgebruikers die geen opiaten gebruiken groeit, is niet bekend, en dit geldt ook voor de vraag of crackgebruik in dezelfde mate tot chronische problemen leidt als opiaatgebruik.

- Trends in het aantal *hulpvragen* (een daling van opiaatcliënten en een toename van het aantal cocaïne- en cannabiscliënten) in Nederland zijn ook elders in Europa waarneembaar. In Nederland is de toename van het aantal cocaïnecliënten (met name de crackgebruikers) overigens recent afgevlakt. Dergelijke trends kunnen niet zonder meer als toenames of dalingen in de problematiek worden geïnterpreteerd. Ook een verbeterd dan wel ruimer hulpaanbod, veranderd doorverwijzingsbeleid of grotere aandacht voor cannabisproblematiek in het algemeen kunnen een rol hebben gespeeld.
- Het percentage injecterende opiaatcliënten is in Nederland van alle EU-15 landen het laagst. Deze factor speelt vermoedelijk (onder andere) een rol bij het relatief lage aantal *drugsgeïnduceerde sterfgevallen* ('overdoseringen') in Nederland.
- Wat betreft de *infectieziekten* kan worden geconstateerd dat het jaarlijkse aantal nieuwe besmettingen (incidentie) van hiv onder injecterende harddrugsgebruikers sinds het uitbreken van de epidemie begin jaren tachtig sterk is gedaald. Recente gegevens over de prevalentie van hiv zijn niet beschikbaar, maar wat oudere gegevens laten een sterke regionale variatie zien. Ook de aanwas van nieuwe gevallen van hepatitis C is gedaald, hoewel de prevalentie hoog is. Vergeleken met andere landen is de hiv-incidentie in Nederland gering.

Toch scoort Nederland niet op alle indicatoren even gunstig. Met name het *gebruik van cannabis onder scholieren van 15 en 16 jaar* is (ondanks de hierboven genoemde licht dalende algemene trend), internationaal gezien hoog. Dit geldt zowel voor het percentage actuele gebruikers als de meer frequente gebruikers van cannabis. Tegelijk is het percentage leerlingen dat de risico's van cannabisgebruik (zowel incidenteel als geregeld) als groot en schadelijk inschat van alle (EU-15, en VS) landen het laagst. Ook wordt het aandeel leerlingen in Nederland dat de verkrijgbaarheid van cannabis als (erg of redelijk) gemakkelijk inschat alleen overtroffen door de VS, Denemarken, Spanje en het Verenigd Koninkrijk. Vooralsnog kan hieruit echter niet worden geconcludeerd dat er een causaal verband is tussen enerzijds waargenomen beschikbaarheid en/of risicoperceptie en anderzijds de prevalentie van cannabisgebruik. Nader onderzoek hiernaar zou zinvol zijn. Wat verder opvalt, is dat de relatief ongunstige – en ten opzichte van 2003 verslechterde – positie van Nederlandse scholieren niet zozeer komt door een toename van het gebruik hier, maar eerder door een vrij opmerkelijke daling in andere landen (bijv. het Verenigd Koninkrijk, Ierland, België, Frankrijk). Een nadere analyse van de gegevens en de situatie in deze landen zou eveneens zinvol zijn.

Referenties

1. Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving (EWDD) (2008). *Jaarverslag 2008: stand van de drugsproblematiek in Europa.* Luxemburg: Bureau voor officiële publicaties der Europese Gemeenschappen.
2. Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., Kraus, L. (2009). *The 2007 ESPAD report: substance use among students in 35 European countries*. Stockholm: CAN.
3. Australian Institute of Health and Welfare (2008). *2007 National Drug Strategy Household Survey: detailed findings*. Canberra: AIHW.
4. Adlaf, R.M., Begin, P., Sawka, E. (2005). *Canadian Addiction Survey (CAS): A national survey of Canadians' use of alcohol and other drugs: Prevalence of use and related harms: Detailed report*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.
5. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2008). *Results from the 2007 National Survey on Drug Use and Health: National Findings.* Rockville, MD: Office of Applied Studies.
6. Rodenburg, G., Spijkerman, R., Van den Eijnden, R., Van de Mheen, D. (2007). *Nationaal prevalentieonderzoek middelengebruik 2005*. Rotterdam: IVO.
7. Monshouwer, K., Verdurmen, J., Van Dorsselaer, S., Smit, E., Gorter, A., Vollebergh, W. (2008). *Jeugd en riskant gedrag 2007: kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek scholieren: roken, drinken, drugsgebruik en gokken onder scholieren vanaf tien jaar.* Utrecht: Trimbos-instituut.
8. Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T. (2000). *The 1999 ESPAD Report: European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD): alcohol and other drug use among students in 30 European countries.* Stockholm: CAN.
9. Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, A., Morgan, M. (2004). *The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 european countries*. Stockholm: CAN.
10. Meerkerk, G.J., Van Rooij, A.J., Amadmoestar, S.S., Schoenmakers, T. (2009). *Nieuwe verslavingen in zicht: een inventariserend onderzoek naar aard en omvang van 'nieuwe verslavingen' in Nederland*. Rotterdam: IVO.
11. De Bruin, D., Meijerman, C., Verbraeck, H. (2003). *Zwerven in de 21ste eeuw: een exploratief onderzoek naar geestelijke gezondheidsproblematiek en overlast van dak- en thuislozen in Nederland*. Utrecht: Centrum voor Verslavingsonderzoek.
12. Van Rooij, T., Mulder, N., Wits, E., Van der Poel, A., Van de Mheen, D. (2007). S*creeningsinstrument Verslaving en Psychiatrie voor de maatschappelijke opvang. R*otterdam: IVO.
13. Oliemeulen, L., Vuijk, P., Rovers, B., Van den Eijnden, R. (2007). *Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen.* Rotterdam: IVO.
14. Van Laar, M., Van Dorsselaer, S., Monshouwer, K., De Graaf, R. (2005). *Association between cannabis use and mental disorders in the adult population: Does cannabis use predict the first incidence of mood and anxiety disorders?* Utrecht: Trimbos Institute.
15. Nabben, T., Benschop, A., Korf, D.J. (2007). *Antenne 2006: trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers.* Amsterdam: Rozenberg Publishers.
16. Vogelvang, B.O., Van Burik, A., Van der Knaap, L.M., Wartna, B.S.J. (2003). *Prevalentie van criminogene factoren bij mannelijke gedetineerden in Nederland.* Den Haag: Adviesbureau Van Montfoort/WODC.
17. Korf, D.J., Nabben, T., Benschop, A. (2004). *Antenne 2003: trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers.* Amsterdam: Rozenberg Publishers.
18. Nabben, T., Koet, S., Korf, D.J. (2007). *NL.Trendwatch: gebruikersmarkt uitgaansdrugs in Nederland, 2006-2007*. Amsterdam: Rozenberg.
19. Grund, J.P., Reinerie, P., Smits, M., Albert, G. (2007). Uitgaan en genotmiddelengebruik in Den Haag: gegevens over 2006-2007 uit de panelstudie. Epidemiologisch Bulletin, 42(4): 2-10.
20. Korf, D.J., Van Ginkel, P., Wouters, M. (2004). *Je ziet het ze niet aan: zwerfjongeren in Flevoland*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
21. Roomer, A., Poelmans, I. (2006). *Tendens 2005-2006: alcohol- en drugsgebruik bij jongeren en jongvolwassenen in Gelderland*. Arnhem: De Grift.
22. Stoele, M., Van 't Klooster, B., Van der Poel, A. (2005). *Quick Scan verslavingsproblematiek regio Den Bosch 2005: aard en omvang verslavingsproblematiek en knelpunten in zorgverlening in de regio Den Bosch*. Sint-Oedenrode/Rotterdam: Novadic-Kentron/IVO.
23. Van 't Klooster, B., Van Dongen, A., Rezai, S., Van der Poel, A. (2006). *REGIO Monitor Eindhoven 2006: aard en omvang van (ernstige) verslavingsproblematiek en knelpunten in de zorgverlening*. Sint-Oedenrode/Rotterdam: Novadic-Kentron/IVO.
24. Coumans, M., Rodenburg, G., Knibbe, R. (2005). *Quick Scan naar gemarginaliseerde harddruggebruikers en dak- en thuislozen in de gemeente Maastricht*. Maastricht/Rotterdam: IVO.

25. Van der Dam, S., Coumans, M., Knibbe, R. (2006). *Frequent harddruggebruik onder jong volwassenen in Parkstad Limburg: Drug Monitoring Systeem Parkstad Limburg, 2004-2006*. Rotterdam: IVO.
26. Korf, D.J., Nabben, T., Benschop, A. (2002). *Antenne 2001: trends in alcohol, tabak, drugs en gokken bij jonge Amsterdammers.* Amsterdam: Rozenberg Publishers.
27. Wolf, J., Zwikker, M., Nicholas, S. (2002). *Op achterstand: een onderzoek naar mensen in de marge van Den Haag.* Utrecht: Trimbos-instituut.
28. Ter Bogt, T.F.M., Engels, R.C.M.E. (2005). 'Partying' Hard: Party Style, Motives for and Effects of MDMA Use at Rave Parties. *Substance Use & Misuse*, 40:1479-1502.
29. Nabben, T., Benschop, A., Korf, D.J. (2008). *Antenne 2007: trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers.* Amsterdam: Rozenberg Publishers.
30. Korf, D.J., Benschop, A., Rots, G. (2005). Geweld, alcohol en drugs bij jeugdige gedetineerden en school drop-outs. *Tijdschrift voor Criminologie*, 47(3): 239-254.
31. Kramer, M., Dupont, H. (2006). *Nuije Hêlesje Wink: alcohol- en ander druggebruik bij hangjongeren in Heerlen: een inventarisatie van de aard van het middelengebruik en van mogelijkheden voor preventie.* Sittard: Mondriaan Zorggroep.
32. Korf, D.J., Van Ginkel, P., Wouters, M. (2004). *Je ziet het ze niet aan: zwerfjongeren in Flevoland.* Amsterdam: Rozenberg.
33. Bransen, E., Schipper, H., Mutsaers, K., Haverman, M., Blekman, J. (2008). *Aard en omvang van middelengebruik bij licht verstandelijk gehandicapte jongeren: een eerste verkenning bij jongeren zelf en hun begeleiders*. Utrecht: Trimbos-instituut.
34. Nederlandse Vereniging Gehandicaptenzorg (1995). *Vorm en Kleur*. Utrecht: NVGz.
35. Van Laar, M., Cruts, A.A.N., Verdurmen, J.E.E., Van Ooyen-Houben, M.M.J., Meijer, R.F. (2008). *Nationale Drug Monitor: jaarbericht 2007*. Utrecht: Trimbos-instituut.
36. Cruts, G., Smit, F., Van Laar, M. (2008). *Actualisering van de schatting van het aantal problematische drugsgebruikers in Nederland: notitie voor de Wetenschappelijke Raad van de Nationale Drug Monitor (NDM) voor haar vergadering van 15 oktober 2008: NDM-109*. Utrecht: Trimbos-instituut.
37. Smit, F., Van Laar, M., Wiessing, L. (2006). Estimating problem drug use prevalence at national level: comparison of three methods. *Drugs: education, prevention and policy,* 13(2): 109-120.
38. Van Laar, M., Cruts, G., Van Gageldonk, A., Van Ooyen-Houben, M., Croes, E., Meijer, R., Ketelaars, T. (2009). *The Netherlands drug situation 2008: report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point*. Utrecht: Trimbos Institute, Netherlands Institute of Mental Health and Addiction.
39. Cruts, G., Buster, M., Vicente, J., Deerenberg, I., Van Laar, M. (2008). Estimating the Total Mortality Among Problem Drug Users. *Substance Use & Misuse*, 43(5): 733-747.
40. Ouwehand, A.W., Kuijpers, W.G.T., Wisselink, D.J., Van Delden, E.B. (2007). *Kerncijfers Verslavingszorg 2006: Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS)*. Houten: IVZ.
41. Van Laar, M.W., Cruts, A.A.N., Rigter, H.G.M., Verdurmen, J.E.E., Meijer, R.F., Van Ooyen, M.M.J. (2002). *Nationale Drugmonitor: jaarbericht 2002*. Utrecht: Bureau NDM.
42. Buster, M., Witteveen, E., Prins, M., Welp, E., Van Ameijden, E., Schippers, G., Krol, A. (2008). Transitions in drug use in a new generation of problem drug users in Amsterdam: a six year follow-up study. *Eur Addict Res*, submitted.
43. Hay, G., Gannon, M., MacDougall, J., Millar, T., Williams, K., Eastwood, C., McKeganey, N. (2008). *National and regional estimates of the prevalence of opiate use and/or crack cocaine use 2006/07: a summary of key findings: research report 9*. Londen: Home Office.
44. Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs (2008). *Risicoschatting cannabis 2008*. Bilthoven: RIVM.
45. Van den Berg, C.H., Van de Laar, T.J., Kok, A., Zuure, F.R., Coutinho, R.A., Prins, M. (2009). *Never injected, but hepatitis C virus-infected: a study among self-declared never-injecting drug users from the Amsterdam Cohort Studies.* Amsterdam: Academic Medical Center.
46. De Boer, I.M., Op de Coul, E., Koedijk, F.D.H., Van Veen, M.G., Van de Laar, M.J.W. (2006). *HIV and sexually transmitted infections in the Netherlands in 2005*. Bilthoven: RIVM.
47. van den Berg, C.H., Smit, C., Bakker, M., Geskus, R.B., Berkhout, B., Jurriaans, S., Coutinho, R.A., Wolthers, K.C., Prins, M. (2007). Major decline of hepatitis C virus incidence rate over two decades in a cohort of drug users. *Eur J Epidemiol*., 22:183-193.
48. Lindenburg, C.E., Krol, A., Smit, C., Buster, M.C., Coutinho, R.A., Prins, M. (2006). Decline in HIV incidence and injecting, but not in sexual risk behaviour, seen in drug users in Amsterdam: a 19-year prospective cohort study. *AIDS*, 20(13): 1771-1775.
49. Van den Broek, I.V.F., Koedijk, F.D.H., Van Veen, M.G., Op de Coul, E.L.M., Van Sighem, A.I., Van der Sande, MAB(2008). *Sexually transmitted infections, including HIV, in the Netherlands in 2007*. Bilthoven: RIVM.

50. EuroHIV (2007). *HIV/AIDS Surveillance in Europe: mid-year report 2007, no. 76*. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire.
51. Van Laar, M., Cruts, G., Deerenberg, I. (2006). Sterfte door drugs: wat zeggen de aantallen? *Verslaving*, 2:61-74.
52. Darke, S., Degenhardt, L., Mattick, R. (2007). *Mortality amongst illicit drug users: epidemiology, causes and intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.
53. Matias, J. (2008). *Results from 2008 Annual Report and Statistical Bulletin: EMCDDA expert group on the key-indicator Drug-related deaths and mortality among drug users 27-28 November 2008*. Lisbon: EMCDDA.
54. Eurostat (2008). *Population and social conditions: demography: national data: population by sex and age on 1. January of each year.* Luxembourg: Eurostat.
55. Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., David-Spickermann, M., Bartsch, G. (2007). *National Report 2007: Deutschland: Bericht des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD*. München/Köln/Hamm: IFT/BZgA/DHS.
56. Rönka, S., Virtanen, A., Perälä, R., Vihmo, J. (20087). *National Report 2007: Finland: report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point*. Helsinki: STAKES.
57. Adès, J., Janssen, E., Cadet-Taïrou, A., LeGleye, S., Le Nezet, O., Spilka, S., Mutatayi, C., Vaissade, L., Palle, C. (2007). *National Report 2007: France: report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point*. Paris: Observatoire Francais de Drogues et des Toxicomanies.
58. Alcohol and Drug Research Unit (2007). *National Report 2007: Ireland: report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point*. Dublin: Health Research Board.
59. Italian National Focal Point (2008). *National Report 2007: Italy: report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point*. Rome: Italian National Focal Point.
60. Origer, A. (2007). *National Report 2007: Luxembourg, report to the EMCDDA by the REITOX National Focal Point*. Luxembourg: CRP Santé.
61. Van Laar, M., Cruts, G., Van Gageldonk, A., Van Ooyen-Houben, M., Croes, E., Meijer, R., Ketelaars, T. (2007). *National Report 2007: Netherlands: report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point*. Utrecht/Den Haag: Trimbos Institute/WODC.
62. Norwegian Institute for alcohol and Drug Research (SIRUS) (2007). *National Reprot 2007: Norway: report to the EMCDDA by the National Focal Point*. Oslo: SIRUS.
63. Haas, S., Busch, M., Horvath, I., Türscherl, E., Weigl, M., Wirl, C. (2007). *National Report 2007: Austria: report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point.* Vienna: Gesundheit Österreich GmbH.
64. Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). *National Report 2007: Spain: report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point.* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
65. Scientific Institute of Public Health, U.o.E. (2007). *National Report 2007: Belgium: report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point.* Brussels: Scientific Institute of Public Health.
66. Sundhedsstyrelsen (National Board of Health) (2007). *National Report 2007: Denmark: report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point.* Copenhagen: Sundhedsstyrelsen.
67. University Mental Health Research Institute (2007). *National Report 2007: Greece: report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point.* Athens: University Mental Health Research Institute.
68. Instituto da Droga e da Toxicodependencia (2007). *National Report 2007: Portugal: report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point.* Lisbon: IDT.
69. Eaton, G., Davies, C., English, L., Lodwick, A., Bellis, M., McVeigh, J. (2007). *National Report 2007: United Kingdom: report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point*. London: UK Focal Point on Drugs.
70. Swedish National Institute of Public Health (2007). *National Report 2007: Sweden: report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point*. Stockholm: SNIPH.

6 Scheiding der markten en beleid ten aanzien van coffeeshops

Margriet van Laar, Marianne van Ooyen-Houben, Karin Monshouwer

Scheiding der markten, decriminalisering en cannabisgebruik

- Cannabisgebruikers worden zelden gearresteerd vanwege bezit van cannabis en blijven als zodanig buiten het strafrecht (§ 6.4.3).
- Coffeeshops zijn de belangrijkste directe of indirecte bron voor de aanschaf van cannabis, en dragen bij aan de scheiding van de cannabis- en harddrugs markten (§ 6.4.1).
- Er is desondanks een parallelmarkt van niet-gedoogde aanbieders van cannabis waar de kans op vermenging van de drugsmarkten groter is (§ 6.4.1).
- Minderjarige jongeren hebben – zelf of via anderen – vrij gemakkelijk toegang tot coffeeshops, maar komen hierdoor niet snel in contact met harddrugs. Vrienden spelen een belangrijker rol bij het verkrijgen van harddrugs (§ 6.4.1).
- Een effect van de scheiding der markten – namelijk minder cannabisgebruikers die overstappen op harddrugs dan elders – kan niet worden aangetoond noch worden uitgesloten. Tal van persoonlijke, sociale en omgevingsfactoren vergroten de kans dat een cannabisgebruiker ook harddrugs gaat gebruiken (§ 6.4.2).
- Frequent gebruik van cannabis onder jongeren gaat vaak samen met andere vormen van probleemgedrag, maar het cannabisgebruik is hier meestal niet de oorzaak van (§ 6.6.1).
- Een effect van coffeeshops op het aantal gebruikers van cannabis valt niet aan te tonen noch uit te sluiten (§ 6.5.1).
- Het gebruik van cannabis in de algemene bevolking ligt onder het Europese gemiddelde, maar relatief veel Nederlandse scholieren gebruiken cannabis (§ 6.5.1, hoofdstuk 5).

Coffeeshops

- Het aantal coffeeshops daalt gestaag. In 2007 zijn er 702 in 106 gemeenten (§ 6.4.4).
- De regelgeving rondom coffeeshops is zowel op landelijk niveau als lokaal niveau uitgebreid, aangescherpt en gespecificeerd (§ 6.3.2, § 6.3.5).
- Coffeeshophouders spannen zich in het algemeen in om de regels na te leven en ze zijn hier doorgaans succesvol in. Ze zien het verbod op aanwezigheid van harddrugs als essentieel voor het coffeeshopsysteem en houden zich strikt aan dit verbod. Hoewel de mogelijkheden voor controle en handhaving in principe voldoende zijn, zijn sommige criteria onduidelijk en moeilijk controleerbaar (§ 6.3.6, § 6.3.5).
- Met de toepassing van wetten en regels wordt de criminaliteit van coffeeshophouders tegengegaan. Criminele organisaties achter handel en teelt krijgen recent aandacht (§ 6.3.9 en hoofdstuk 9).
- Het wettelijk instrumentarium om op te treden tegen niet-gedoogde verkooppunten van cannabis is verruimd (§ 6.3.8).
- Landelijk worden niet zoveel formele overtredingen van het voor coffeeshops geldende overlastcriterium geregistreerd. Uit onderzoek blijkt dat dit criterium in 2007 bij ruim 40% van de coffeeshops wel eens overtreden werd en dat het overlastcriterium in 2004 en 2007 vaker overtreden is dan de andere criteria. In sommige grensgemeenten zorgen drugstoeristen voor serieuze problemen (§ 6.4.6).

6.1 Inleiding

Sinds de jaren zeventig is het beleid ten aanzien van cannabis gericht op tegengaan van marginalisering, stigmatisering en criminalisering van cannabisgebruikers, en het voorkomen dat cannabisgebruikers overstappen op harddrugs. Zoals in hoofdstuk 4 al is beschreven, worden harddrugs (destijds vooral heroïne, maar ook lsd en cocaïne) beschouwd als drugs met een onaanvaardbaar risico, terwijl gebruik van cannabis wordt gezien als minder risicovol[a].

[a] Hoewel op lijst II van de Opiumwet naast cannabis (hasj en wiet) ook tal van andere stoffen staan (vooral benzodiazepinen) gaat het in dit hoofdstuk uitsluitend om cannabis. Cannabisolie wordt hier niet bedoeld. Met gebruik van het woord 'softdrugs' wordt aangesloten bij de terminologie uit beleidsnota's. De termen cannabis en softdrugs worden hier afwisselend gebruikt.

Beleidsmakers willen daarom de markt van harddrugs gescheiden houden van die van cannabis. In 1976 is in de Opiumwet een onderscheid aangebracht tussen 'harddrugs' en 'softdrugs'. Het Openbaar Ministerie volgt een gedifferentieerd opsporings- en vervolgingsbeleid ten aanzien van verschillende typen drugsdelicten. Gebruik van drugs is niet strafbaar gesteld, en bezit voor eigen gebruik is een overtreding, geen misdrijf. Een opvallend element in het beleid is het onder voorwaarden gedogen van de verkoop van cannabis in coffeeshops. Dit element heeft in de loop der jaren veel aandacht gekregen, ook internationaal.

6.1.1 Doel en opzet hoofdstuk

Dit hoofdstuk gaat in op het beleid ten aanzien van cannabis en meer specifiek op de coffeeshops. De nadruk ligt op beleid dat in de Drugsnota 1995 is geformuleerd. Uitgangspunten en beleidsplannen ten aanzien van de scheiding van de markten zijn echter al eerder geformuleerd in de eerste helft van de jaren zeventig.1 Ook de cannabisbrief van 2004 bevat relevante beleidsvoornemens.[2] Deze worden meegenomen in dit hoofdstuk. De plannen zijn enerzijds gericht op de cannabisgebruikers, anderzijds op de coffeeshops en de cannabismarkt daarbuiten. Deze thema's komen aan de orde. In § 6.6 wordt ook ingegaan op de sociale gevolgen van cannabis, naar aanleiding van een specifieke vraag van de opdrachtgevers hierover. Het onderwerp valt niet direct binnen het stramien van de beleidsevaluatie methodiek, maar wordt vanwege de relatie met het cannabisbeleid in dit hoofdstuk opgenomen. In hoofdstuk 9 komt de (georganiseerde) criminaliteit gerelateerd aan de teelt en handel in cannabis aan de orde. Specifieke doelstellingen op het terrein van preventie en behandelingen van (problematisch) cannabisgebruik komen aan de orde in hoofdstuk 7 en 8.

6.1.2 Gegevensbronnen

Naast beleidsdocumenten wordt gebruik gemaakt van resultaten uit gepubliceerd onderzoek, en van secundaire analyses op bestaande data. Belangrijkste bronnen met betrekking tot drugsgebruik zijn het Nationaal Prevalentie Onderzoek, Peilstationsonderzoeken onder scholieren, ESPAD-onderzoeken en gegevens over drugsgebruik in de EU-lidstaten van het EMCDDA. Gegevens over drugsgebruik in het buitenland zijn van belang als 'benchmark' voor de Nederlandse situatie. Gegevens over coffeeshops zijn afkomstig van de Coffeeshopmonitor en de nalevingsmonitor van het WODC, en overige onderzoeken, zoals dat naar niet-gedoogde verkooppunten van cannabis. Ter aanvulling wordt gebruik gemaakt van gegevens uit de (internationale) onderzoeksliteratuur.

6.2 Wat waren de beleidsvoornemens?

6.2.1 Het probleem en de context

In de jaren zestig nam het gebruik van drugs (vooral cannabis, lsd en amfetamine) toe. Er was bij de overheid grote behoefte aan (wetenschappelijke) kennis teneinde een standpunt en visie te ontwikkelen voor een 'vernieuwd' drugsbeleid (zie hoofdstuk 4 voor een uitgebreidere beschrijving). Hiertoe werden verschillende onderzoeken uitgezet en commissies ingesteld (waaronder de Commissie-Baan). Geconcludeerd werd dat de risico's van cannabis vergeleken met harddrugs gering waren, dat de stepping stone-theorie in farmacologische zin verworpen kon worden en dat een repressieve aanpak van cannabisgebruikers meer na- dan voordelen had. De cannabisgebruiker zou zoveel mogelijk buiten de deviante en gecriminaliseerde drugssfeer moeten blijven. Met de opkomst van de sterk groeiende heroïneproblematiek begin jaren zeventig ontstond vooral de behoefte om gebruikers van cannabis af te schermen van het gebruik van harddrugs en werd de scheiding van de markten wenselijk geacht. De verschillen in risico's tussen harddrugs en cannabis zouden ook in de wetgeving tot uiting moeten komen, teneinde niet aan geloofwaardigheid in te boeten.[3] De discussies over de consequenties van de uitgangspunten voor de wetgeving speelden zich af in een politieke context waarin 'tolerantie' en 'gedogen' de boventoon voerden, niet alleen ten aanzien van drugsgebruik, maar ook op andere terreinen (bijv. pornografie: 'de Staat is geen zedenmeester'). In de discussies speelt ook de internationale wetgeving (m.n. het Enkelvoudig verdrag, EV) duidelijk een rol. Opzegging van het EV werd niet wenselijk geacht, maar de mogelijkheid tot aanpassing van het verdrag – zodoende dat het nationale staten vrij zou staan om een nationaal regiem met betrekking tot hennepproducten te voeren – werd weliswaar niet als eenvoudig maar blijkbaar wel als reëel ingeschat.[1] In de jaren tachtig en negentig groeit het aantal coffeeshops (als niet-bedoeld gevolg van het gedoogbeleid), en de hieraan gekoppelde overlast, waaronder het drugstoerisme (vooral in een aantal grensstreken). Ook de toenemende invloed van de (georganiseerde) criminaliteit op de coffeeshops werd als knelpunt gezien. Deze ontwikkelingen hebben geresulteerd in de doelstellingen zoals geformuleerd in de Drugsnota 1995,[4] later aangescherpt in de cannabisbrief van 2004. Hierbij speelt ook de internationale context een grotere rol (zie tabel 6.1).

6.2.2 Uitgangspunten van het beleid

Naar aanleiding van de Commissie-Baan werden de risico's van een stof voor individu en maatschappij als uitgangspunt voor het beleid gezien. De risico's van softdrugs worden aldus anders ingeschat dan die van harddrugs als heroïne, lsd en cocaïne. Door middel van het gedogen van een relatief laagdrempelig aanbod van gebruikershoeveelheden cannabis in een beschermde omgeving, kan worden voorkomen enerzijds dat gebruikers als wetsovertreders te boek staan, anderzijds dat gebruikers worden gedreven in de armen van criminele drugsdealers die andere en meer verslavende stoffen aan de man trachten te brengen. Tegelijkertijd werd er wel van uitgegaan dat ook het gebruik van cannabis niet zonder risico's is (dit uitgangspunt werd al door de Commissie-Baan geformuleerd, en in de cannabisbrief van 2004 opnieuw bekrachtigd). Ook wordt ervan uitgegaan dat de invloed van de overheid (via repressief ingrijpen) op het gebruik van drugs beperkt is.

6.2.3 De beoogde aanpak

Voorop staat het behouden van een scheiding der markten van soft- en harddrugs en het creëren van een verantwoorde maar beheerste mogelijkheid om cannabis aan te kopen: het gedogen van coffeeshops. De beoogde aanpak is in eerste instantie die van een differentiatie in de wetgeving en in het opsporing- en vervolgingsbeleid. Ten aanzien van de aanvoer en de marktenscheiding is (destijds) geen expliciete doelstelling geformuleerd. Er is van uitgegaan dat de huisdealers ('ideologische telers') konden voorzien in de vraag naar cannabis. In de jaren tachtig en negentig vond de verkoop echter voornamelijk plaats via 'commerciële uitbaters', de coffeeshops, die in de Drugsnota 1995 veel aandacht krijgen. De verkoop van softdrugs wordt gedoogd, maar moet beheerst en beperkt worden door wettelijk instrumentarium, gemeentelijk beleid, criteria, handhaving en sancties. Gestreefd wordt onder andere naar beëindiging van de verkoop van softdrugs in alcoholschenkende cafés, strikte reglementering van de coffeeshops wat betreft locatie, openingstijden, inrichting, toiletten, parkeergelegenheid en geluidsoverlast, en naar minder coffeeshops. Vooral de overlast door drugstoeristen vormt in 1995 een probleem. In de drugsnota wordt over het geheel genomen een strakkere regulering en een sanering van de coffeeshopsector voorgenomen. Uit de nota is op te maken dat coffeeshops kleinschalig en bescheiden zouden moeten opereren. De aanvoer, zo denkt men in 1995, kan grotendeels verzorgd worden door kleinschalige ideologische telers.

Ten aanzien van legalisering van cannabis merkt de drugsnota op dat dit niet wordt beoogd omdat dit niet mogelijk zou zijn. Ten aanzien van de aanvoer van cannabis naar de coffeeshop zegt de nota dat op dit gebied geen experimenten voorzien zijn. In 2004 wordt ingezet op een aanscherping van de handhaving van het cannabisbeleid om overlast en andere negatieve verschijnselen tegen te gaan. Ook zal krachtig worden opgetreden tegen de bedrijfsmatige teelt van cannabis.

6.2.4 De doelstellingen en beoogde uitkomsten

Het beleid van de scheiding der markten is er primair op gericht om cannabisgebruikers sociaal geïntegreerd te houden, en te voorkomen dat ze zouden 'overstappen' op harddrugs. Precieze 'streefcijfers' worden daarbij niet genoemd. Ze moeten buiten het strafrecht blijven en niet in aanraking komen met criminaliteit en harddrugs. De aandacht van het opsporingsapparaat zal verschuiven naar de handel in drugs met onaanvaardbare risico's.[1] Vanaf 1995 lag de nadruk op het terugdringen van het aantal coffeeshops, verminderen van overlast en criminaliteit. Tabel 6.1 vat de beoogde uitkomsten samen. De drugsnota signaleert ook mogelijke ongewenste neveneffecten. Op één daarvan werd ook door de werkgroep-Baan al geanticipeerd: een toename van het (probleem)gebruik van cannabis. Andere potentiële neveneffecten, die niet expliciet in de nota zijn genoemd, omvatten neveneffecten van een daling van het aantal coffeeshops en de verhoging van de leeftijdsgrens, waardoor jongeren van 16 en 17 jaar sinds 1996 geen cannabis meer mogen kopen in coffeeshops.

Tabel 6.1: Voornemens met betrekking tot cannabis en coffeeshops

Context:
• Toename gebruik cannabis en andere drugs, nadien opkomst heroïneproblematiek. • Politieke context van gedogen en tolerantie (niet alleen drugs). Vanaf 1995: • VN-verdrag 1988. • Schengen-akkoord. • Toegenomen mobiliteit binnen EU. • 50% bevolking voorstander voortzetting gedoogbeleid of legalisering van softdrugs. • Overlast (drugstoerisme) en criminaliteit rondom teelt en handel.
+
Basisprincipes/uitgangspunten:
• Strafbaarstelling van drugsgebruik heeft beperkte invloed op ontwikkelingen in gebruik. • Softdrugs zijn minder schadelijk dan harddrugs. • Niet criminaliseren van cannabisgebruiker ter voorkoming marginalisering. • Cannabisgebruik is niet zonder gevaren. • Legalisering teelt, handel en verkoop niet haalbaar. • Coffeeshops goed voor scheiding der markten.
↓
Beoogde aanpak: differentiatie hard- en softdrugs in wetgeving en opsporings- en vervolgingsbeleid; ontmoediging cannabisgebruik door aanbodbeperking en preventie.
Onderscheid tussen hard- en softdrugs in wetgeving. O.a.: • Terugbrengen bezit van cannabis voor eigen gebruik tot overtreding. • Gedogen van de verkoop onder voorwaarden. Ten aanzien van gebruikers: ontmoediging. • Intensiveren van voorlichting over de nadelige werking van cannabis (hoofdstuk 7). Ten aanzien van coffeeshops (vanaf 1995): aanbodbeperking. • Verfijning OM-richtlijn coffeeshops 1994, harder optreden OM tegen verkoop harddrugs. • Terugdringen export voorraadhoeveelheden: toegestane verkoop beperken tot vijf gram. • Bestuursrechtelijke regelgeving ten behoeve van regulering coffeeshops, vestigings- en exploitatieregulerende maatregelen door gemeenten (waaronder eisen aan exploitanten coffeeshops t.a.v. criminele antecedenten), convenanten, samenhangende lokale aanpak. • Coffeeshops handhaven, maar ondersteuning van lokale sanering en betere beheersing. • Regulering van coffeeshops: leeftijdsgrenzen stellen aan verkoop, vestiging in nabijheid van scholen verbieden, alleen 'droge' coffeeshops, zonder gokkasten. • Gedegen handhaving. • Aanpak overlast. • Optreden tegen niet-gedoogde verkooppunten softdrugs. • Oprichting expertisebureau ter ondersteuning lokaal beleid. • Aanpak rol criminele organisaties.
↓
Beoogde uitkomsten:
Ten aanzien van gebruikers: • Minder cannabisgebruikers gaan over op harddrugs. • Cannabisgebruikers blijven in principe buiten het strafrecht (geen criminalisering) en zijn niet gemarginaliseerd (sociaal geïntegreerd). Ten aanzien van coffeeshops: • Gescheiden detailhandelsmarkten soft- en harddrugs. • Minder coffeeshops. • Coffeeshops voldoen aan criteria. • De aandacht van het opsporingsapparaat verschuift naar de handel in drugs met onaanvaardbare risico's, op termijn minder controle- en handhavingsinspanningen coffeeshops. • Beperkte invloed georganiseerde criminaliteit op coffeeshopwezen. • Minder overlast.

6.3 Is de beoogde aanpak gerealiseerd?

6.3.1 Is de wetgeving aangepast en is de kleinschalige verkoop gedoogd?

In 1976 is de Opiumwet aangepast. Daarmee zijn de verschillen in risico's tussen 'hennepproducten' (met uitzondering van hasjolie) (lijst II) en drugs met een onaanvaardbaar risico (lijst I) tot uiting gebracht. Het bezit van cannabis voor eigen gebruik is teruggebracht van misdrijf tot overtreding. Hiervoor wordt vanwege opsporingstechnische redenen een grens van 30 gram gehanteerd. Bij verbalisering van arrestanten vanwege cannabisgebruik bleek 60% een hoeveelheid van 30 gram cannabis of minder bij zich te hebben. Bovendien werd daarmee ook de kleinschalige handel binnen de overtredingssfeer gehouden.[3]

In de oude Opiumwet stond voor alle stafbare gedragingen maximaal 4 jaar gevangenisstraf of een boete van maximaal ƒ 20.000 (€ 9.076). In de nieuwe Opiumwet die op 1 november 1976 van kracht is gegaan werd het bezit van drugs met een onaanvaardbaar risico bestraft met maximaal 4 jaar of een boete van ƒ 50.000

(€ 22.689). De gevangenisstraf voor de import en export werd tot 12 jaar verhoogd en de boete werd ƒ 250.000 (€ 113.445). De maximum gevangenisstraf voor binnenlandse handel werd verdubbeld tot 8 jaar en de geldboete verhoogd tot ƒ 100.000 (€ 45.378). Voor bezit en de import en export van drugs met een onaanvaardbaar risico in geringe hoeveelheden bestemd voor eigen gebruik werd de gevangenisstraf verlaagd tot één jaar of bestraft met een geldboete van ƒ 20.000 (€ 9.076).[3;5]
Bezit, binnenlandse handel en de productie van cannabis (hasj en marihuana) werden bestraft met maximaal twee jaar en ten hoogste ƒ 20.000 (€ 9.076) boete. Voor de in- en uitvoer bleef de maximum gevangenisstraf 4 jaar. Een uitzondering werd gemaakt voor het bezit, productie of binnenlandse handel voor hoeveelheden cannabis tot en met 30 gram. Deze feiten werden niet meer als misdrijf maar overtreding gezien, waarvan de straf maximaal 1 maand hechtenis of f. 10.000 (€ 4.538) boete was. In latere jaren is de Opiumwet herhaaldelijk aangepast (zie hoofdstuk 9, tabel 9.1).

Het gebruik van cannabis werd tegen het einde van de jaren zestig al gedoogd op grond van op het opportuniteitsbeginsel gebaseerde richtlijnen van het OM. In 1977 werd op grond van het opportuniteitsbeginsel ook besloten om de (verkoop van cannabis via de) huisdealer te gedogen, dat wil zeggen, pas strafrechtelijk te vervolgen na beraad in het driehoeksoverleg met het lokale bestuur. Enige jaren later werden op grond van hetzelfde principe de coffeeshops gedoogd.[5]

6.3.2 Zijn de OM-richtlijnen verfijnd?

De verkoop van cannabis is bij wet verboden (Opiumwet art. 3). Onder bepaalde, vastgelegde voorwaarden wordt de verkoop evenwel gedoogd, dat wil zeggen: het OM ziet af van vervolging (op basis van art. 167 lid 2 Sv). Bij de beoordeling van de vraag of tegen een coffeeshop – een bij de wet verboden situatie – strafrechtelijk opgetreden dient te worden, gelden de AHOJ-G-criteria: geen afficheringen, geen verkoop van harddrugs, geen overlast, geen verkoop van drugs aan jeugdigen en geen toegang aan jeugdigen tot de coffeeshop en geen verkoop van grote hoeveelheden per transactie, dat wil zeggen: hoeveelheden groter dan voor eigen gebruik.
De grondslag van dit gedoogbeleid ligt 'in de afweging van belangen waarbij het belang van handhaving moet wijken voor een hoger identificeerbaar algemeen belang. In de context van het drugbeleid wordt dit hogere belang gevonden in de volksgezondheid (scheiding der markten) en de openbare orde. Het gaat dus om een positieve beslissing niet op te sporen en te vervolgen ongeacht de aanwezige capaciteit' (Aanwijzing Opiumwet, tekst 2009).
Aanvankelijk lag de leeftijdsgrens voor 'jeugdigen' bij 18 jaar en de verkoophoeveelheid per transactie op 30 gram. Er was geen maximale handelsvoorraad vastgesteld.
De criteria zijn al vastgelegd vóór 1995. Ze zijn beschreven in de Aanwijzing Opiumwet en Richtlijnen voor strafvordering Opiumwet. Er zijn enkele malen wijzigingen doorgevoerd en nadere specificaties toegevoegd, onder andere naar aanleiding van de voornemens in de Drugsnota 1995.[6-8] Deze betroffen:

- een verbod op de gecombineerde verkoop van alcohol en softdrugs;
- verlaging van de maximale transactiehoeveelheid van 30 naar naar vijf gram;
- vastlegging van een maximale voorraadhoeveelheid van 500 gram;
- specificatie van de toegestane toegangsleeftijd van jeugdigen op 18 jaar;
- specificatie van het afficheringscriterium.

Anno 2009 luiden de criteria als volgt:

A Geen afficheringen: dit betekent geen reclame anders dan een summiere aanduiding op de betreffende lokaliteit.
H Geen harddrugs: dit betekent dat geen harddrugs voorhanden mogen zijn en/of verkocht worden.
O Geen overlast: onder overlast kan worden verstaan: parkeeroverlast rond de coffeeshops, geluidshinder, vervuiling en/of voor of nabij de coffeeshop rondhangende klanten.
J Geen verkoop aan jeugdigen en geen toegang aan jeugdigen tot een coffeeshop: gelet op de toename van het cannabisgebruik onder jongeren is gekozen voor een strikte handhaving van de leeftijdsgrens van 18 jaar.
G Geen verkoop van grote hoeveelheden per transactie: dat wil zeggen hoeveelheden groter dan geschikt voor eigen gebruik (= vijf gram); onder 'transactie' wordt begrepen: alle koop en verkoop in één coffeeshop op eenzelfde dag met betrekking tot eenzelfde koper.

- Daarnaast heeft de lokale driehoek (burgemeester, politie en Openbaar Ministerie) ook een maximale handelsvoorraad vastgesteld waartegen niet zal worden opgetreden. Deze voorraad mag niet meer zijn dan 500 gram. Wat dit criterium betreft is in 2000 in de nota Het pad naar de achterdeur gesteld dat de bevoorrading van coffeeshops slechts beperkte opsporingsprioriteit geniet.[9]
- De coffeeshop moet verder een alcoholvrije gelegenheid zijn.

Het afficheringscriterium is in 2006 nauwkeurig gespecificeerd als: het kenbaar maken van prijzen met verkooppunten door middel van elk medium (televisie, radio, kranten, internet, reclameborden langs de weg, posters, folders, magazines, gidsen, tijdens manifestaties e.d.); meer dan slechts 'beursberichten'; pseudo-medische of -wetenschappelijke voorlichting, mits kan worden aangetoond dat het in feite een openbaarmaking betreft, welke er kennelijk op is gericht de verkoop, aflevering of verstrekking van drugs te bevorderen (bijvoorbeeld een in de vorm van 'voorlichtingsfolder' gegoten reclamefolder over softdrugs uitgegeven door en herleidbaar tot een coffeeshop). Verder mag de coffeeshop geen reclame maken die meer inhoudt dat een summiere aanduiding op de betreffende lokaliteit); bijvoorbeeld een uithangbord of lichtbak aan de gevel of een poster op de ruit.
Andere criteria zijn minder gespecificeerd: het is bijvoorbeeld niet duidelijk wat te gebeuren staat wanneer een klant bij meerdere coffeeshops op een dag vijf gram aanschaft. Ook bevat het 500-grams criterium geen tijds- of plaatseenheid, waardoor ruimte bestaat voor continue aanvulling van de voorraad en voor voorraadvorming buiten de coffeeshop.[10;11]

Indien een gedoogde coffeeshop (een van) deze criteria overtreedt, kan bestuursrechtelijk worden ingegrepen door middel van waarschuwingen, boetes en tijdelijke of definitieve sluiting van een coffeeshop. Ook is er dan voor de politie grond om proces-verbaal op te maken en dit aan te bieden aan het OM, zodat het OM tot vervolging over kan gaan.

Het gedoogbeleid geldt niet voor verkoop van cannabis in niet-gedoogde verkooppunten zoals winkels of afhaalcentra, via koeriers of taxibedrijven, 06-nummers, postorderbedrijven of anderszins. De Aanwijzing Opiumwet anno 2009 zegt hierover: 'Voor zover dergelijke situaties in het verleden wel zijn getolereerd of gedoogd, dient het beleid te zijn gericht op beëindiging daarvan." Ook kan zonder meer strafrechtelijk worden opgetreden tegen coffeeshops die niet passen in het gemeentelijk beleid, geen vergunning hebben en zich toch in de gemeente vestigen. Het Coalitieakkoord uit 2007 stelt dat coffeeshops die zich niet houden aan de AHOJ-G-criteria zonder pardon moeten worden gesloten.[12]

6.3.3 Is er bestuursrechtelijk geïntervenieerd?

Sinds 1999 wordt het gemeentelijk beleid inzake coffeeshops gemonitord in onderzoek in opdracht van het WODC. Aan dit onderzoek nemen alle Nederlandse gemeenten deel. Dit waren er 443 in 2007. Gemeenteambtenaren worden schriftelijk en/of telefonisch bevraagd. Geput wordt hier uit de meest recente versie van de monitor.[13]

- Wanneer een gedoogde coffeeshop zich houdt aan de door de lokale driehoek vastgestelde beleidsregels (minimaal de AHOJ-G-criteria), wordt door de politie en het Openbaar Ministerie niet opgetreden. Bij overtreding van de beleidsregels kan strafrechtelijk en bestuursrechtelijk worden opgetreden. Driekwart van de gemeenten heeft in het beleid vastgelegd welke bestuursrechtelijke sancties worden toegepast bij overtreding. Meestal geldt een stappenplan met (per criterium) twee, drie, vier of vijf fasen. Dit betekent dat bij een herhaling van de overtreding, al dan niet binnen een bepaalde periode, de sancties hoger zijn. De meest voorkomende sancties zijn: formele waarschuwingen; sluitingen voor bepaalde tijd (bijvoorbeeld twee weken of drie maanden); sluitingen voor onbepaalde tijd; en definitieve sluitingen. Daarnaast hanteren gemeenten in mindere mate sanctiemiddelen zoals geldelijke boetes en intrekking van de gedoogverklaring. De sanctionering verschilt per regel. Zo wordt bij overtreding van de afficheringsregel eerst een formele waarschuwing gegeven, daarna een boete en tot slot kan een sluiting volgen. Bij overtreding van de harddrugs- of de jeugdigenregel gaat men sneller over tot sluiting. Overigens heeft een aantal gemeenten geen sancties geformuleerd voor overtredingen van het criterium van de 'grote hoeveelheden' en het criterium van de 'maximale handelsvoorraad' omdat deze criteria, volgens eigen zeggen, lastig zijn te controleren en de bewijslast lastig rond te krijgen is.
- Over overtredingen en sancties is het volgende bekend (tabel 6.2):
  - In het merendeel (59%) van de gemeenten met coffeeshops zijn geen overtredingen vastgesteld.
  - In totaal zijn 88 overtredingen vastgesteld – 19 meer dan in 2005.
  - Deze hebben vooral betrekking op het jeugdcriterium (15 gemeenten) en op de maximale handelsvoorraad (20 gemeenten). Overtreding van de maximale handelsvoorraad (28 keer) het vaakst tot een sanctie geleid.
  - In 2007 is 15 keer een sanctie opgelegd zonder dat hierbij een stappenplan is gevolgd – voornamelijk omdat in de betreffende gemeenten geen stappenplan was op dat moment. Bij de meeste overtredingen is het stappenplan wél consequent uitgevoerd. Redenen om het stappenplan niet consequent toe te passen, zijn de ernst van de overtredingen of een combinatie van overtredingen.

De sancties hangen af van de ernst van de overtreding, of er sprake is van een combinatie van overtredingen en van de recidive. In 2007 is meestal een formele waarschuwing gegeven, maar ook volgde wel sluiting voor bepaalde tijd of definitieve sluiting, vooral bij overtreding van het jeugdcriterium, bij verkoop van te grote hoeveelheden en bij overschrijding van de maximale handelshoeveelheid.

Tabel 6.2 Aantal opgelegde sancties per criterium, 2007 (n=100)[I]

Sanctie	formele waarschuwing	geldelijke boete	sluiting voor bepaalde tijd	sluiting voor onbepaalde tijd	definitieve sluiting	anders	geen sanctie opgelegd
Criterium							
A-criterium	13	0	0	0	0	0	0
H-criterium	0	0	0	0	0	0	0
O-criterium	6	0	0	0	0	0	0
J-criterium	20	0	6	0	0	1	0
G-criterium[II]	3	0	4	0	2	0	4
M-criterium[III]	13	0	11	0	1	3	1
Openingstijden	2	0	0	0	0	0	1
Geen criminele activiteiten	0	0	0	0	1	1	0
Aanwezigheid beheerder	5	0	0	0	0	1	0
Anders	0	0	0	0	0	1	0

I. Meerdere sancties mogelijk per criterium. II. G-criterium: Grote hoeveelheden, 5 gram. III. M-criterium: Maximale handelsvoorraad, 500 gram. Bron: Bieleman et al., 2008[13]

- In 2003 is de Wet Bevordering Integriteitsbeoordelingen door het Openbaar Bestuur (Wet BIBOB) in werking getreden. Deze wet maakt het mogelijk om vergunningen of subsidies te weigeren of in te trekken als er een serieuze dreiging is van misbruik door criminelen. Met de wet wordt beoogd te voorkomen dat via de overheid onbedoeld criminele activiteiten worden gefaciliteerd. In de interdepartementale cannabisbrief uit 2004 worden gemeenten aangespoord om de Wet BIBOB te gebruiken om de integriteit van coffeeshophouders te beoordelen. In 2007 heeft driekwart van de gemeenten de toepassing van de Wet BIBOB in het beleid opgenomen, meer dan de 49% uit 2005. Eenderde van de gemeenten met coffeeshops hebben de wet ook al toegepast bij vergunningverlening aan coffeeshops.[13] Het merendeel (15) heeft de wet eenmaal toegepast, drie gemeenten één keer en vijf gemeenten drie keer of vaker (zie ook www.hetccv.nl). Dit betekent dat een minderheid van de 106 gemeenten met coffeeshops de wet heeft ingezet. Het is in 2007 echter wel vaker gebeurd dan in 2005, toen nog maar 12% de wet had toegepast ten aanzien van coffeeshops.

6.3.4 In hoeverre staan gemeenten coffeeshops toe?

Gemeenten kunnen zelf hun beleid met betrekking tot de vestiging van coffeeshops vaststellen. Het standpunt van de gemeente dient officieel te worden vastgelegd. Wanneer een coffeeshop zich vestigt in een gemeente zonder formeel vastgelegd coffeeshopbeleid, kan deze gemeente deze coffeeshop lastig bestuursrechtelijk sluiten. Het is dus van belang het gemeentelijk beleid vastgesteld te hebben.

De meeste gemeenten in Nederland staan geen coffeeshops toe, zij voeren een 'nulbeleid' (tabel 6.3). Dit beeld is over de jaren heen (sinds 1999) constant.[13] Een kwart (107 gemeenten) staat wél coffeeshops toe, maar bindt dit aan een maximum. Daarnaast zijn er gemeenten zonder beleid en gemeenten met een andere beleidsvorm, waarbij gedacht kan worden aan een verminderingsbeleid, een uitsterfbeleid of het zogenoemde 'Bussumse model'.[b] 52% heeft regionale afspraken gemaakt over het te voeren coffeeshopbeleid.

Tabel 6.3 Gemeenten naar soort beleid, 2003-2007[I]

	2003		2004		2005		2007	
Beleidsvorm:	N	%	N	%	N	%	N	%
Geen beleid	35	7	34	7	42	9	45	10
Nulbeleid	335	69	340	70	314	67	288	66
Maximumbeleid:	105	22	104	22	106	23	107	24
Cs>toegestaan	12	11	10	10	10	10	16	15
Cs<toegestaan	10	10	11	11	11	11	17	15
Cs=toegestaan	83	79	83	79	85	80	74	70
Anders	12	2	5	1	5	1	3	1
Totaal	487	100	483	100	467	100	443	100

I. Door wijzigingen in de vraagstelling t.a.v. maximumbeleid zijn nauwkeurige vergelijkingen met de jaren vóór 2003 niet mogelijk. Bron: Bieleman et al., 2008[13]

[b] Er zijn een of meer gecontroleerde, niet-commerciële verkooppunten van cannabis, ondergebracht in een daartoe aangewezen stichting.

Gemeenten gedogen coffeeshops omdat ze overlast, criminaliteit of illegale verkoop willen tegengaan. In de meeste gemeenten is het aantal coffeeshops gelijk aan het maximum dat gesteld is. 34 gemeenten hebben in 2007 te veel of te weinig coffeeshops in relatie tot het beleid. Dit is meer dan in 2005, toen er 22 gemeenten waren waarin het aantal coffeeshops niet in overeenstemming was met het beleid. Dit komt volgens Bieleman et al. (2008) onder andere doordat een aantal gemeenten het beleid heeft aangescherpt en het maximumaantal coffeeshops naar beneden heeft bijgesteld. In totaal zijn er in 2007 evenveel coffeeshops als het beleid toestaat. Een minderheid van de gemeenten heeft geen beleid vastgesteld. Dit zijn er in 2007 iets meer, maar dit heeft te maken met gemeentelijke herindelingen. Een kwart van de gemeenten met coffeeshops geeft in 2007 aan het beleid te hebben geïntensiveerd om verdere vestiging van coffeeshops te voorkomen. Dit is minder dan in 2005, toen tweederde dit aangaf.
In 2008 hebben enkele gemeenten bekendgemaakt coffeeshops te willen sluiten. Roosendaal en Bergen op Zoom willen geen coffeeshops meer toestaan (en gaan dus over op een nulbeleid). Andere gemeenten gaan stringentere vestigingscriteria stellen in de vorm van minimale afstand van coffeeshops tot scholen, conform Coalitieakkoord (2007).

6.3.5 Is de regulering in gemeenten verscherpt?

Veel gemeenten hanteren naast de landelijke AHOJ-G-criteria zelf ook nog lokale criteria om de verkoop van cannabis via coffeeshops te reguleren.

- Een ervan is de afstand tot scholen[13]. Van de 106 gemeenten met coffeeshops hanteert 80% in 2007 een afstands- of nabijheidcriterium ten opzichte van scholen. De (minimale) afstanden variëren van 50 tot 500 meter (tabel 6.4). De meeste gemeenten gaan uit van een afstand van (minimaal) 250 meter. Vaak wordt het afstandscriterium omschreven als 'niet in de (directe) nabijheid van scholen'. Ten opzichte van 2005 zijn er drie gemeenten bijgekomen die beleid hebben geformuleerd ten aanzien van de afstand tot scholen.

Tabel 6.4 Afstand tot scholen in het gemeentelijk coffeeshopbeleid, 2005 en 2007[I]

	2005		2007	
Doelstelling:	N	%	N	%
Minimaal 50 meter	0	0	1	1
Minimaal 100-150 meter	7	7	10	10
Minimaal 200 meter	6	5	6	6
Minimaal 250 meter	42	40	44	41
Minimaal 300 meter	4	4	4	4
Minimaal 500 meter	8	8	5	5
Niet in 'nabijheid' scholen	14	13	14	13
Geen afstands¬criterium in beleid	24	23	21	20
Totaal	105	100	105	100

I. In 2007 is eenmaal 'weet niet' geantwoord. Bron: Bieleman et al., 2008[13]

- Voor het merendeel van de gemeenten heeft het criterium zowel betrekking op basisscholen als op het voortgezet onderwijs. In vier gemeenten heeft het afstandscriterium alleen betrekking op het voortgezet onderwijs.
- De afstand tot scholen, evenals de afstand tot de landsgrens en de overige vestigingscriteria, werd in 2004 in de praktijk niet actief gehandhaafd.[14] Vestigingscriteria zijn namelijk ex-ante criteria, wat inhoudt dat gemeenten bij de vestiging (of verplaatsing) van een (nieuwe) coffeeshop deze criteria zal (moeten) toetsen alvorens over te gaan tot verlening van de gedoogverklaring.[14] Bij reeds bestaande coffeeshops ligt de afstand tot scholen daarom gecompliceerd. Gemeenten hebben dit criterium meestal pas in een later stadium opgenomen in het coffeeshopbeleid, terwijl in de periode voor deze beleidsaanpassing wel coffeeshops in de nabijheid van scholen werden gedoogd. Het kan daarom (bestuurlijk en juridisch) moeilijk zijn om tot sluiting over te gaan.
- In de interdepartementale cannabisbrief (2004) pleiten de ministeries van Justitie, VWS en BZK ervoor om in overleg met gemeenten te komen tot een striktere handhaving en een betere hantering van de afstandscriteria tot scholen en de landsgrens. Het Coalitieakkoord uit 2007 meldt expliciet het plan om coffeeshops in de nabijheid van scholen en in de grensstreek te sluiten. Het kabinet wil hierover overleg voeren met gemeenten, waarbij de bestaande praktijk wordt meegewogen. Een aantal gemeenten, waaronder Amsterdam en Rotterdam, heeft in 2008 aangegeven coffeeshops te willen gaan sluiten.
- In 69% van de gemeenten met een afstandscriterium tot scholen voldoen in 2007 alle coffeeshops al aan

dit criterium. (Minimaal) 61 coffeeshops in 24 gemeenten bevinden zich binnen de afstanden die formeel in het beleid zijn vastgesteld. Dit is een verdubbeling ten opzichte van 2005.

- Een tweede lokaal criterium is de afstand tot de landsgrens. Twee van de vijftien gemeenten met coffeeshops in de buurt van de grens hanteren een dergelijk afstandscriterium. De ene specificeert deze afstand niet, de andere heeft bepaald dat geen coffeeshop mag worden gevestigd in het deel van de gemeente dat het dichtst in de buurt van de grens ligt (het betreft een bedrijvenpark).
- In 61 van de 106 gemeenten gelden nog andere vestigingscriteria voor coffeeshops, zoals:
  - geen coffeeshops in de nabijheid van een jongerenvoorziening (12% in 2005, 40% in 2007);
  - coffeeshops moeten op bepaalde onderlinge afstand gevestigd zijn (12% in 2005, 46% in 2007);
  - coffeeshops moeten zich bevinden binnen een afgebakend ruimtelijk gebied (21-31%);
  - ze moeten zich bevinden op een locatie met horecabestemming (14-33%);
  - ze mogen zich niet bevinden in een woonwijk of buitengebied (40-51%), in de nabijheid van horeca of winkels (0-20%) of van een daklozen- en/of verslaafdenopvang (0-8%).

  In 2007 zijn er méér gemeenten met eigen vestigingscriteria dan in 2005. Bovendien is het aantal criteria per gemeente verdubbeld. Nieuw in 2007 zijn de afstand tot horeca en/of winkels en tot daklozen- en/of verslaafdenopvang. In negen gemeenten wordt niet aan één of meerdere van deze criteria voldaan (in 2005 waren dit er acht). In alle gevallen gaat het om coffeeshops die er al zaten voordat de criteria van kracht gingen. Enkele shops vallen onder het overgangsrecht en mogen blijven zitten.
- De helft (53) van de gemeenten met coffeeshops hanteert nog overige criteria. Ook dit is meer dan in 2005[13]. Het gaat om regels inzake sluitingstijden (afwijkend van horeca en detailhandel), de voorwaarde dat de beheerder(s) gevrijwaard is (zijn) van criminele antecedenten, verkoop van smart- of eco-drugs, terrassen, kansspelautomaten, bouw- en brandveiligheidsmaatregelen, permanente aanwezigheid van beheerder, diploma's van beheerder, aanwezigheid van voorlichtingsmateriaal, het kassasysteem en de transactievoorwaarden, het hebben van een gedragscode voor klanten.

6.3.6 Is sprake van gedegen handhaving?

De meeste gemeenten met coffeeshops (93%) hebben ook in hun beleid vastgelegd hoe ze de criteria handhaven en welke sancties worden toegepast. Meestal is de politie in samenwerking met de gemeente verantwoordelijk voor de handhaving van de criteria. Er wordt op diverse wijzen gehandhaafd. Meestal pro-actief door middel van (on)aangekondigde controles, maar ook reactief naar aanleiding van meldingen. Soms staat in het beleid dat men ook anonieme controles uitvoert. Naast de reguliere controles van de AHOJ-G-criteria worden in enkele gemeenten soms extra controles van de criteria uitgevoerd tijdens integrale acties met de Belastingsdienst, de douane en/of de milieudienst. In sommige gevallen controleren de handhavers tijdens deze acties ook nabijgelegen panden op voorraden.

Het minimale aantal controles van de criteria die de gemeenten in het beleid hebben vastgelegd, varieert van 1 tot 26. Gemiddeld dienen de AHOJ-G-criteria in een coffeeshop circa vijf keer per jaar te worden gecontroleerd. 60 gemeenten hebben geen minimumaantal controles per jaar vastgelegd.

In vier opeenvolgende onderzoeken is gekeken naar de handhaving van de AHOJ-G-criteria en het criterium van de maximale handelsvoorraad in de praktijk.[10;11;15;16] Politie en coffeeshophouders in ruim 50 gemeenten zijn bevraagd over de handhaving. De onderzoeken wijzen alle op dezelfde trends. Bevindingen uit het meest recente onderzoek zijn:

- Controles vinden plaats door de wijkagent maar ook door 'hitteams' of gecombineerde acties waar diverse instanties bij betrokken zijn. Gemiddeld zijn de coffeeshops in het onderzoek in 2007 vijf keer gecontroleerd.
- In totaal zijn bij deze coffeeshops 23 overtredingen formeel vastgesteld, vooral van het voorraads- en het overlastcriterium. Landelijk waren er in totaal 88 overtredingen, vooral van het voorraads- en het jeugdcriterium.
- Controles richten zich met prioriteit op overlast en aanwezigheid van harddrugs of jeugdigen in de coffeeshop.
- De meerderheid van de handhavers acht de controle- en handhavingsmogelijkheden in principe voldoende. Knelpunten doen zich echter ook voor:
  - De handelsvoorraad is moeilijk te controleren; de bevoegdheden om de aankoop te controleren of het pand te mogen doorzoeken zijn niet voldoende.
  - Het is moeilijk na te gaan of aan klanten niet meerdere keren per dag wordt verkocht (en dus het vijfgramscriterium wordt overschreden).
  - Doorverkoop aan minderjarigen is voor de politie ook nauwelijks te controleren.

- Controle op harddrugs en afficheringwordt ook soms moeilijk gevonden: onduidelijk is of men een pand kan onderzoeken op harddrugs en wat precies reclame is.
- Overlast is niet altijd één-op-één te relateren aan coffeeshops.

Deze knelpunten kunnen tot gevolg hebben dat regels formeel wel worden nageleefd, maar dat het gedrag toch niet in de geest van het beleid is. De handelsvoorraad in de coffeeshop kan bijvoorbeeld op een bepaald moment wel binnen de gestelde limiet zijn, maar tegelijkertijd kan elders voorraad opgeslagen liggen, die op elk gewenst moment van de dag naar de coffeeshop overgebracht kan worden om de voorraad daar weer tot aan de limiet aan te vullen.
In vergelijking met 2004 wordt de pakkans hoger ingeschat door zowel coffeeshophouders als politie.

6.3.7 Is het softdrugstoerisme aangepakt?

In de Drugsnota 1995 wordt de overlast door drugstoeristen als een belangrijk probleem gezien. Anno 2009 blijkt dit probleem in een aantal grenssteden tot serieuze problemen te leiden. Dit probleem, zo kan worden geconcludeerd, is onvoldoende 'getackled'.

In het kader van de Schengen-uitvoeringsovereenkomst 1990 dient Nederland preventieve en repressieve maatregelen nemen om negatieve effecten van het coffeeshopbeleid voor andere landen tegen te gaan. Omgekeerd geldt ook voor de andere landen dat zij negatieve effecten van hun beleid tegen moeten gaan. In dit licht is verplaatsing van coffeeshops naar de grensstreek discutabel.
Een voorbeeld van een grensstad die dit probleem in de afgelopen periode heeft aangepakt is Venlo. Daar is met het project 'Hektor' werk gemaakt van de terugdringing van overlast en criminaliteit die samenging met het omvangrijke softdrugstoerisme. Hektor startte in 2001 en volgde een meerzijdige aanpak. Handhavingsactiviteiten en activiteiten met betrekking tot vastgoed en coffeeshops leidden ertoe dat de problematiek substantieel werd teruggedrongen.[17] Met verplaatsing van twee coffeeshops naar de periferie van de stad werd de stroom softdrugsklanten omgebogen vanuit het centrum. De overlast in het centrum nam af, die in de periferie rond de coffeeshops nam toe, maar bleek beheersbaar. Dit vergt wel voortdurende inzet van politie, gemeente en overige betrokkenen. De onveiligheidsgevoelens van bewoners van het centrum zijn evenwel nauwelijks verminderd. Er zijn enige signalen van verplaatsing van de problemen naar andere woonwijken en gemeenten, maar deze lijken beperkt en beheersbaar.

Hektor is een voorbeeld van een integrale aanpak. In andere grenssteden wordt de oplossing gezocht in sluiting van coffeeshops of, net als in Venlo, verplaatsing van coffeeshops naar de (grens)randen van de stad (Maastricht, Terneuzen) – vooralsnog zonder succes.

Terneuzen had het project 'Houdgreep', in het kader waarvan de gemeente in 1995 besloot om twee coffeeshops te gedogen om de drugsoverlast terug te dringen.[18] Deze coffeeshops zorgen evenwel voor veel overlast. Hierop is in samenspraak met België gezocht naar een oplossing. In 2008 moest een van de coffeeshops de deuren sluiten als gevolg van overtreding van het 500-gram voorraadcriterium.

Ook loopt op dit moment een pilotprocedure over de toelaatbaarheid van het invoeren van het 'ingezetenencriterium' in Maastricht, dat inhoudt dat alleen Nederlandse ingezetenen cannabis zouden mogen kopen in een coffeeshop. De gemeente Maastricht en een coffeeshophouder in die stad voeren hierover een gerechtelijke procedure. De rechter besliste in eerste aanleg negatief hierover; het criterium zou in strijd zijn met het grondwettelijk vastgelegde discriminatieverbod. Een procedure bij het Hof van Justitie in Luxemburg loopt. Naast de juridische haalbaarheid speelt hierbij ook de vraag hoe toeristen van de niet-gedoogde verkoop van cannabis weggehouden kunnen worden.
Fijnaut en De Ruyver (2008) bestudeerden de drugsgerelateerde criminaliteit in de Euregio Maas-Rijn, aan de hand van documentatie, gesprekken en werkbezoeken.[19] Zij spreken van een 'tekort aan beleid' in deze regio, waardoor de problemen van onder andere het drugstoerisme zeer zijn toegenomen.
Op de internationale samenwerking wordt in hoofdstuk 12 nader ingegaan.

6.3.8 Wordt opgetreden tegen niet-gedoogde verkooppunten softdrugs?

Korf et al. (2005) deden onderzoek naar de niet-gedoogde cannabisaanbieders[20]. Ze hielden in de periode 2003-2005 in tien gemeenten interviews met lokale experts en cannabisgebruikers en deden veldonderzoek. In alle gemeenten blijkt een niet-gedoogde markt voor cannabis op detailhandelsniveau te bestaan (zie § 6.4.1).

Gemeenten hebben artikel 13b Opiumwet (sinds 1999; verruimd in 2007) en artikel 174a Gemeentewet (sinds 1997) tot hun beschikking om op te treden tegen coffeeshops die de criteria overtreden, maar ook om de illegale

verkoop van softdrugs tegen te gaan. Art. 174a geeft de burgemeester de bevoegdheid om woningen te sluiten ingeval van verstoring van de openbare orde of ernstige vrees daarvoor. Art. 13b geeft hem/haar de gelegenheid om voor het publiek toegankelijke gelegenheden te sluiten als daar in strijd met het gemeentelijk beleid drugs worden verkocht. In 2002 werden de wetten 'terughoudend' toegepast.[21] In 2005 en 2007 zijn beide wetten (het oude art. 13b OW en art. 174a GW) toegepast in totaal ruim eenderde van de gemeenten. Daarnaast werken gemeenten ook met algemene politieverordeningen om straathandel aan te pakken.[22] De Wet Victor uit 2007 verhindert dat na sluiting van panden leegstand optreedt; de wet maakt het mogelijk om een pand opnieuw in gebruik te geven of het na onteigening te verkopen.

6.3.9 Is de betrokkenheid van criminaliteit en criminele organisaties aangepakt?

Coffeeshops zijn overwegend kleinschalig van aard, althans in 2003-2004.[23] De cannabissector, waaronder de coffeeshops en de growshops, wordt gezien als een van de bedrijfssectoren die kwetsbaar zijn voor (georganiseerde) criminaliteit.[24] Over de precieze omvang en aard hiervan zijn echter slechts indicatieve gegevens voorhanden:

- Volgens Kleemans (2002) leidde het verscherpte toezicht op de coffeeshops tot het verleggen van activiteiten in de cannabisbranche naar de illegaliteit.[25] Een factor die meespeelt bij de overgang naar de illegaliteit is het appèl dat criminele organisaties doen op slecht renderende bedrijven; in de jaren negentig zijn coffeeshops ook wel door criminele organisaties gekocht.[23]
- Uit onderzoek van Spapens et al. (2007) en het KLPD (2008) komt naar voren dat naast kleine handelaren en hobbyisten ook criminele organisaties aan coffeeshops leveren.[26;27]
- Fijnaut et al. (1996) signaleren dat de overheid door de detailhandel te gedogen lange tijd een illegale markt heeft afgeschermd, wat ertoe geleid zou hebben dat plegers van georganiseerde criminaliteit zich in de luwte van het gedoogbeleid hebben ontwikkeld tot succesvolle illegale ondernemers.[28]
- Fijnaut en De Ruyver (2008) komen tot de conclusie dat georganiseerde misdaad in de Euregio Maas-Rijn betrokken is bij cannabishandel en productie en dat hier onvoldoende beleid op is gevoerd. De exacte rol van de coffeeshops hierbij wordt niet duidelijk.[19]
- Bieleman et al. (2004) gingen aan de hand van publicaties over de cannabissector, databanken en interviews na of er indicaties zijn van criminaliteit in de cannabissector (niet per se georganiseerde criminaliteit).[23] In twee steden werden meer uitgebreide gegevens verzameld, onder andere aan de hand van het Herkenningsdienstsysteem van de politie en het justitiële documentatiesysteem. De representativiteit van de steekproef staat niet vast. Hun bevindingen laten zien dat relatief veel cannabisondernemers (coffeeshops, growshops en smartshops) een (lang) justitieel verleden hebben met een gemiddeld fors aantal criminele antecedenten. Het strafblad bestaat uit softdrugswetdelicten, maar ook uit harddrugsdelicten, verboden wapenbezit, (ernstige) geweldsmisdrijven, vermogensdelicten en verkeersdelicten. Volgens Bieleman et al. wordt het plegen van delicten door coffeeshophouders door de aanscherping van het beleid tegengegaan.

De Wet BIBOB dient te voorkomen dat vergunningen worden verleend aan coffeeshophouders indien er een ernstig risico is van misbruik door criminelen. De wet was gericht tegen georganiseerde criminaliteit, maar wordt ook breder toegepast.[29] Ook worden sinds 2004 handhavingsinspanningen gepleegd (preventief, bestuursrechtelijk en strafrechtelijk) om de rol van criminele organisaties terug te dringen. De aandacht hiervoor is pas de laatste jaren gegroeid.[23] Over de resultaten hiervan is nog weinig bekend (zie ook hoofdstuk 9). Het lijkt erop dat met de toepassing van wetten en regels de criminaliteit van coffeeshophouders wordt bestreden, maar dat criminele organisaties minder direct zijn geadresseerd.

6.3.10 Is een expertisebureau ter ondersteuning van lokaal beleid opgericht?

Sinds 2005 worden gemeenten ondersteund door het Centrum voor Criminaliteitspreventie en Veiligheid. Het CCV kent een programma Bestuurlijke Aanpak, dat op het terrein van de coffeeshops actief is.

Conclusie

De vraag van deze paragraaf was: is de beoogde aanpak gerealiseerd? Op sommige punten is dit wel het geval, op andere niet. De wetgeving is aangepast in 1976 om de verschillen in risico's tussen cannabis en harddrugs tot uiting te brengen en richtlijnen voor opsporing en vervolging zijn vastgesteld en in latere jaren verfijnd. Het aantal gemeenten dat coffeeshops toestaat is stabiel gebleven (tot 2008). Coffeeshops zijn aan meer beperkingen onderworpen: de landelijke criteria voor coffeeshops zijn aangescherpt en lokaal worden steeds meer voorwaarden gesteld aan coffeeshops, die met een handhavings- en sanctiebeleid worden bewaakt. De mogelijkheden om op te treden tegen niet-gedoogde verkooppunten zijn verruimd en gemeenten kunnen zich laten adviseren en ondersteunen door een expertisebureau. Daar staat tegenover dat het wettelijk instrumentarium niet frequent gebruikt is en dat de rol van criminele organisaties en criminaliteit rond coffeeshops pas de laatste jaren aandacht krijgt. De criteria worden gehandhaafd volgens plan, maar tegelijkertijd kent de handhaving beperkingen die het detecteren van overtredingen bemoeilijken. Het coffeeshoptoerisme bleek moeilijk te bestrijden.

6.4 Zijn de beoogde uitkomsten behaald?

6.4.1 Zijn de markten voor harddrugs en cannabis gescheiden?

Deze vraag kan worden benaderd vanuit zowel de aanbodkant als de vraag/gebruikerskant. In het eerste geval gaat het erom in hoeverre de coffeeshops zich houden aan de richtlijn 'geen verkoop van harddrugs'. Deze vraag is in § 6.3.3 aan de orde geweest en kan over het geheel genomen positief beantwoord worden: coffeeshops houden zich goed aan deze regel en zien hem als essentieel voor het coffeeshopsysteem. In het tweede geval gaat het erom waar cannabisgebruikers hun cannabis verkrijgen of in hoeverre zij op deze plaatsen ook harddrugs kunnen verkrijgen, en in hoeverre gebruikers van 'harddrugs' aangeven hun harddrug in coffeeshops aan te schaffen. Op deze vraag wordt hier verder ingegaan.

Twee landelijke periodiek uitgevoerde onderzoeken geven informatie over de plaats van aanschaf van cannabis en het aanbod van andere drugs: het Nationaal Prevalentie Onderzoek (NPO) naar middelengebruik in de algemene bevolking (NPO) en de Peilstationsonderzoeken onder scholieren van het voortgezet onderwijs.[30-32] Vanwege de daling in het aantal coffeeshops (vooral tussen 1997 en 2001) en de verhoging van de leeftijdgrens in 1996 zal tevens worden ingegaan op de vraag of zich sinds 1996/1997 een verschuiving heeft voorgedaan in de wijze waarop cannabisgebruikers hun cannabis verkrijgen. Om specifieke vragen voor deze evaluatie te kunnen beantwoorden zijn op de gegevens van zowel het NPO als het Peilstationsonderzoek secundaire analyses uitgevoerd. Daarnaast worden gegevens gepresenteerd van een in 2003/2004 verricht onderzoek onder bijna 800 cannabisgebruikers en sleutelfiguren in diverse gemeenten.[20] Tot slot wordt ingegaan op de vraag of de scheiding van de cannabis- en harddrugsmarkten uniek is voor de Nederlande situatie.

Algemene bevolking

In het Nationaal Prevalentie Onderzoek naar middelengebruik in 2001[c] is aan mensen die in het afgelopen jaar ten minste één keer een drug hadden gebruikt, gevraagd waar zij deze hadden verkregen.[30; d] Er is onderscheid gemaakt naar leeftijd (12-17, en 18-64 jaar), omdat jongeren tot en met 17 jaar sinds 1996 geen toegang hebben tot coffeeshops.

- Uit tabel 6.5 blijkt dat ruim twee derde van de volwassen cannabisgebruikers de cannabis (wel eens of regelmatig) in een coffeeshop koopt.
- De twee-na-belangrijkste bron vormen vrienden, kennissen en familieleden (die hun cannabis vaak ook in coffeeshops halen)[e].

[c] In de peiling van 2005 zijn geen vragen opgenomen over waar mensen hun drugs verkrijgen.

[d] Voor deze analyse zijn de gegevens van alle respondenten meegenomen, ongeacht de wijze van ondervragen (via telefonisch interview, diskette, face-to-face interview (CAPI), schriftelijke vragenlijst). Dit is in tegenstelling tot de peiling in 1997 die alleen gebaseerd is op face-to-face interviews (CAPI). Een vergelijking in 2001 tussen de CAPI-gegevens en de gegevens die via ander methoden zijn verzameld, laat zien dat de prevalentie van harddrugsgebruik (maar niet van cannabis) lager is onder CAPI-respondenten vergeleken met degenen die via andere (meer anonieme) methoden zijn ondervraagd. In het NPO 2005 zijn ook meerdere methoden toegepast, maar zijn vanwege verschillen in prevalenties alleen de CAPI-gegevens uit 1997, 2001 en 2005 gebruikt voor het beschrijven van trends.[33] Voor de analyses naar aanschafplaats van cannabis en aanbod van andere drugs worden de meeste recente gegevens (uit 2001) gebruikt. Uitkomsten van trendanalyses tussen 1997 en 2001 moeten echter voorzichtig worden geïnterpreteerd.

[e] In het later beschreven veldonderzoek van Korf et al. (2005) gaf 30% van de cannabisgebruikers aan wel eens mee te blowen, en 58% wel eens cannabis van vrienden te krijgen. Van deze vrienden haalde een derde de cannabis uit coffeeshops.

- Voor minderjarige jongeren zijn vrienden, kennissen en familieleden juist de belangrijkste bron (69%). Toch gaf in 2001 56% van de 12-17-jarige cannabisgebruikers aan de cannabis (wel eens of geregeld) via een coffeeshop te verkrijgen. Gegevens uit andere onderzoeken suggereren dat een deel van deze jongeren de cannabis niet zelf in de coffeeshops haalt, maar via (meerderjarige) vrienden of anderen.[20;32]
- Tabel 6.5 laat ook zien dat coffeeshops een geringe rol spelen bij de aanschaf van harddrugs, en dat deze drugs het vaakst via vrienden, bekenden en familie worden verkregen (NB: hierbij worden paddo's en smartdrugs niet meegeteld). Vergeleken met cannabis worden harddrugs vaker aangeschaft via uitgaansgelegenheden en thuisdealers.

Tabel 6.5: Waar halen drugsgebruikers van 12-17 jaar en 18-64 jaar in de algemene bevolking hun drugs vandaan? Peiljaar 2001

	Cannabis	Cannabis	Cocaïne	Amfetamines	Ecstasy	Hallucino-genen*	Paddo's	Smart drugs
	12-17 jaar (%)		18 jaar en ouder (%)					
Vrienden, bekenden, familie	69,3	53,4	70,4	76,3	82,4	65,4	29,6	34,5
Coffeeshops	**55,6**	**67,0**	**2,2**	**2,1**	**2,5**	**3,8**	**6,5**	**5,7**
Cafés	3,5	2,8	5,8	4,1	3,9	0	0	3,5
Thuisdealer	4,3	3,2	21,5	16,5	13,3	15,4	0	0,4
Smartshop	2,7	2,5	0,4	5,2	1,8	11,5	73,1	46,7
Andere uitgaansgelegenheid	5,4	2,8	9,9	16,5	16,5	7,7	0	6,6
Thuiskweek	4,3	5,4	-	-	-	-	-	-
Koerier	2,3	2,2	8,5	4,1	2,5	0	0,9	1,3
(Jeugd)vereniging	2,3	0,5	1,3	1,0	1,1	0	0	0
Onbekende op straat	1,2	1,2	3,1	2,1	0,4	3,8	0	0
Anders	0,8	2,6	4,0	6,2	2,9	3,8	3,7	28,8
Weet niet / wil niet zeggen	1,2	0,6	2,7	2,1	1,8	11,5	0	3,9
Aantal valid gebruikers	257	1,054	223	97	279	26	108	229

Percentage recente (laatste jaar) gebruikers per type drug (ongewogen data). Respondenten konden meer dan één antwoordcategorie aangeven.
* excl. paddo's. Bron: Nationaal Prevalentie Onderzoek 2001 (Abraham et al., 2002).[30]

Een andere manier om zicht te krijgen op het aanbod van harddrugs in coffeeshops en andere locaties is door aan recente gebruikers van cannabis te vragen of zij op de plaats van aanschaf óók andere drugs (excl. alcohol en tabak) konden krijgen. Omdat het aantal gebruikers dat cannabis (ook) elders dan in de coffeeshop aanschaft relatief klein is, zijn de databestanden van 1997 en 2001 samengevoegd.

- Uit deze (secundaire) analyses blijkt dat 16% van de cannabisgebruikers die hun cannabis (ook) in coffeeshops kochten, hier óók andere drugs konden verkrijgen (tabel 6.2). De categorie drugs omvat tevens paddo's en smartdrugs, die zoals tabel 6.5 suggereert, waarschijnlijk vaker dan de 'harddrugs' in coffeeshops te verkrijgen zijn (althans ten tijde van de onderzoeken).
- Voor de andere bronnen of plaatsen waar cannabis wordt verkregen zijn deze percentages véél hoger (tabel 6.6). Smartshops scoren het hoogst, maar dat is niet verwonderlijk omdat verkoop van (smart)drugs hun 'core business' is.
- Daarna volgen dealers en onbekenden op straat, op de voet gevolgd door buurthuizen en andere uitgaansgelegenheden. Hierbij moet wel worden aangetekend dat het vaak om kleine aantallen gaat.

Tabel 6.6: Verkrijgbaarheid van andere drugs op de plaats van aanschaf van cannabis (1997/2001)

Plaats van aanschaf van cannabis	Percentage cannabisgebruikers dat aangeeft ook andere drugs te kunnen verkrijgen	absoluut aantal cannabisgebruikers
Coffeeshops	16%	n=1052
Familie, vrienden of kennissen	26%	n=887
Café	26%	n=39
Uitgaansgelegenheid	57%	n=44
Op straat van een onbekende	68%	n=19
Buurthuis	55%	n=11
Dealer	63%	n=92
Bezorgdienst/koerier	33%	n=43
Smartshop	84%	n=37
Anders	21%	n=48

Percentage van de recente (laatste jaar) gebruikers van 18 jaar en ouder. Ongewogen data. Gegevens uit 1997 en 2001 zijn samengevoegd. Bron: NPO 1997 en 2001 (UvA; secundaire analyses IVO)

Scholieren

Het Peilstationsonderzoek in 2007 onder scholieren van het voortgezet onderwijs geeft aan dat ruim de helft (52%) van de scholieren van 12-17 jaar die in het afgelopen jaar cannabis hadden gebruikt, en een kwart (26%) van de cannabisgebruikende 18-jarigen zelf nooit cannabis koopt (tabel 6.3). Zij krijgen het naar eigen zeggen altijd van vrienden of delen een joint.

- Voor de meeste 18-jarige scholieren vormen coffeeshops echter een belangrijke bron voor het verkrijgen van cannabis (73% van de recente gebruikers).
- Onder scholieren van 12-17 jaar is dit een beduidend geringer percentage, maar toch geeft ruim een kwart (28%) aan ook (wel eens) cannabis in coffeeshops te kopen.
- Omdat de mogelijkheid echter bestaat dat jongeren dit antwoord ('kopen in coffeeshop') aankruisen terwijl zij in werkelijkheid de cannabis door anderen hebben laten kopen in een coffeeshop, is gevraagd aan recente cannabisgebruikers of zij zélf in het afgelopen jaar cannabis (wel eens) in een coffeeshop hadden gekocht (tabel 6.4). Hierop antwoordde 19% van de minderjarige cannabisgebruikers bevestigend (dit is 3% van alle scholieren van 12-17 jaar). Dat is dus minder dan tabel 6.7 suggereert, maar toch weet blijkbaar een deel van de minderjarige jongeren zelf via coffeeshops aan cannabis te komen. In een kwalitatief onderzoek onder blowende jongeren in Tilburg wordt gesignaleerd dat het hier doorgaans om minderjarige jongeren (vooral jongens) gaat die er voor hun leeftijd ouder uitzien, en uitsluitend naar (de minderheid van) coffeeshops gaan waar niet strikt wordt gecontroleerd.[34]

Tabel 6.7: Plaats waar scholieren (recente cannabisgebruikers) in het voortgezet onderwijs aan cannabis komen* Peiljaren 2003 en 2007

	2003		2007	
	12-17 jaar	18 jaar	12-17 jaar	18 jaar
Ik koop het nooit	47,5	35,2	51,7	25,9
Coffeeshop	31,7	62,9	27,5	73,0
Bij een dealer thuis	11,3	3,9	11,6	13,4
Bij iemand anders thuis	8,8	1,8	7,9	1,7
Op of rond school	7,1	5,7	8,0	1,7
Op straat, park etc.	8,5	1,7	12,6	7,9
Café	1,2	0,0	1,5	1,6
Discotheek	3,4	1,8	1,7	1,7
Thee- of koffiehuis	1,2	2,4	0,9	0,0
Buurthuis, jongerencentrum	2,9	0,0	1,5	1,6
Anders	1,1	0,0	0,8	0,0

* Percentage recente (laatste jaar) gebruikers van cannabis. Respondenten konden meer dan een antwoord categorie aankruisen. Gegevens zijn representatief voor jongeren tot en met 16 jaar; door meer leerjaren op HAVO en VWO bestaat de groep 17-18 jarigen voornamelijk uit deze hogere schoolniveaus. Bron: Monshouwer et al 2008 (heranalyses). Verschillen tussen 2003 en 2007 zijn niet significant.

Opmerkelijk is dat jongeren (vooral jongens) ook 'op straat/park, bij een dealer thuis, op/rond school' noemen als plaatsen om cannabis te halen. Onder minderjarige jongens die in de afgelopen maand nog cannabis hadden gebruikt noemde zelfs ruim 20% 'straat of park' en ruim 10% 'op of rond school'. Volgens sleutelfiguren en veldobservaties in het onderzoek van Korf et al. (2005) komen dealpraktijken op scholen niet vaak voor, hoewel sommige (vmbo-)docenten wel rapporteren dat er maatregelen tegen dealen en stoned zijn op school zijn genomen, en dat er straatdealers rond school actief zijn.[20] Sleutelfiguren in een kwalitatief onderzoek naar cannabisgebruik onder jongeren in Rotterdam signaleren geregeld huisdealers.[35]

Tabel 6.8: Scholieren die in het afgelopen jaar cannabis hebben gebruikt. Aantal keren in afgelopen jaar zelf wiet of hasj in een coffeeshop gekocht (%)

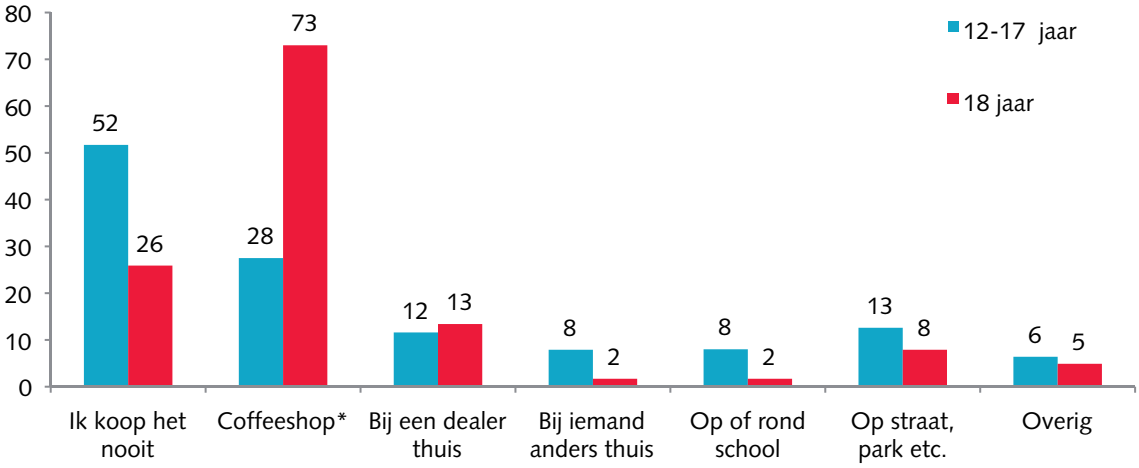
	2007	
	12-17 jaar	18 jaar
Niet	80,9	32,2
1 keer	7,6	14,6
2-5 keer	5,5	20,9
6-12 keer	2,1	13,6
13 keer of vaker	3,9	18,7

Bron Monshouwer et al 2008 (heranalyses).

Wat betreft de scheiding van de markten is een vraag relevant die alleen in het onderzoek van 2003 is gesteld, namelijk of scholieren bij het kopen of krijgen van cannabis wel eens 'andere drugs' aangeboden kregen.

- Op deze vraag antwoordde 78% van degenen (12-18 jaar) die in het afgelopen jaar cannabis hadden gebruikt ontkennend, zij hadden nooit andere drugs aangeboden gekregen (figuur 6.1).
- Ruim twee op de tien kreeg wel eens andere drugs aangeboden, het vaakst door vrienden (13% van alle cannabisgebruikende scholieren). Daarna volgde de categorie 'iemand die ik via via ken' (6,7%) en de huisdealer (3,6%).
- Slechts 1,6% noemde coffeeshops als locatie waar zij wel eens andere drugs aangeboden kregen.
- Dus of jongeren nu cannabis in coffeeshops mogen kopen of niet, de kans is klein dat zij hier worden geconfronteerd met 'andere drugs'.

Figuur 6.1: Wel of geen andere drugs op de plaats van aanschaf van cannabis: percentage recente cannabisgebruikers onder scholieren van 12-18 jaar



Respondenten mochten meer dan een antwoord aankruisen en tot de categorie 'andere drugs' kunnen ook paddo's behoren.
Bron: Peilstationsonderzoek 2003[31]; secundaire analyse).

Is de wijze waarop cannabisgebruikers aan cannabis komen veranderd sinds 1996/1997?

In voorgaande paragrafen zijn onderzoeksgegevens gepresenteerd die betrekking hebben op de periode ná de verhoging van de leeftijdsgrens in 1996, en nadat een daling van het aantal coffeeshops heeft plaatsgevonden. De vraag rijst nu of zich sinds 1996/1997 een verandering heeft voorgedaan in de wijze waarop cannabisgebruikers aan hun cannabis komen.

- In een evaluatie van de verhoging van de leeftijdsgrens constateren Korf et al. (2001) dat het percentage minderjarige scholieren dat meestal in coffeeshops cannabis koopt tussen 1996 en 1999 is gedaald (van 28% naar 18% onder 14-15-jarigen en van 45% naar 28% onder 16-17-jarigen, die in de laatste maand cannabis hadden gebruikt).[36] Deze conclusie blijft gehandhaafd ook als rekening wordt gehouden met veranderingen in steekproefsamenstelling in beide peilingen.
- Daar staat tegenover dat het percentage scholieren dat cannabis meestal via vrienden en bekenden krijgt in deze periode is toegenomen (van 58% naar 69% onder 14-15-jarigen en van 48% naar 67% onder 16-17-jarigen, die in de laatste maand cannabis hadden gebruikt).
- Deze gegevens suggereren dat de uiteindelijke beschikbaarheid van cannabis voor minderjarige jongeren niet ingrijpend is gewijzigd, maar dat zich een (althans gedeeltelijke) verschuiving in wijze van aanschaf heeft voorgedaan.
- Of de daling in verkoop via coffeeshops zich verder heeft voorgezet kan niet worden vastgesteld, vanwege verschillen in vraagstelling tussen de peilingen van 1996/1999 en 2003/2007.[f]
- Er zijn wel (vergelijkbare) trendgegevens beschikbaar uit het Antenne-onderzoek onder Amsterdamse scholieren van gemiddeld 15 en 16 jaar.[37] Deze laten tussen 1997 en 2007 een gestage daling zien van het percentage scholieren dat zelf of via anderen cannabis koopt in coffeeshops, en een toename van het percentage scholieren dat het koopt of krijgt via vrienden (die het al dan niet zelf in coffeeshops hebben aangeschaft). De oudere scholieren van gemiddeld 16 jaar lijken ook iets vaker zelf cannabis te kweken in de laatste jaren.

Gegevens van het landelijke NPO in 1997 en 2001 suggereren dat het percentage meerderjarige cannabisgebruikers dat (ook) in coffeeshops koopt in deze periode niet is veranderd. In het algemeen deden zich weinig wijzigingen voor in de wijze van aanschaf van cannabis.[g] De daling in deze periode in het aantal coffeeshops lijkt dus geen grote veranderingen in de wijze van aanschaf van cannabis te hebben gehad. Daarbij moeten echter twee kanttekeningen worden gemaakt. Ten eerste moeten verschillen tussen 1997 en 2001 met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd vanwege eerdergenoemde methodologische verschillen (vooral de wijze van 'bevragen') tussen beide NPO-peilingen. Ten tweede gaat het hier om het aantal gebruikers dat coffeeshops als één van de bronnen noemt. Het is niet bekend of de frequentie van kopen in coffeeshops en/of het aandeel van de totale hoeveelheid geconsumeerde cannabis dat in coffeeshops wordt aangeschaft is gewijzigd.

Veldonderzoek onder cannabisgebruikers
Een veldonderzoek in 2003 en 2004 geeft een genuanceerd beeld van de gedoogde en niet-gedoogde cannabismarkt.[20] Gegevens zijn onder meer verzameld via vragenlijsten onder bijna 800 cannabisgebruikers in zeven Nederlandse gemeenten (waarvan twee zonder coffeeshops) en interviews met experts in totaal tien gemeenten. Uit dit onderzoek komt naar voren dat in álle gemeenten – met of zonder coffeeshops – een markt bestaat voor niet-gedoogde aanbieders van cannabis. Deze zijn, in volgorde van waarschijnlijkheid:
- 06-dealers (cannabis op telefonische bestelling, of soms via internet)
- Thuisdealers (verkoop vanuit eigen woning, deels uit eigen kweek)
- Zelftelers (die een deel weggeven of verkopen)
- Straatdealers (verkoop op straat of hangplekken)
- 'Onder-de-toonbank' dealers (verkoop in gewone horeca)

In gemeenten mét coffeeshops wordt naar schatting 70% van de cannabis rechtstreeks via de coffeeshops verkocht. Dat er in deze gemeenten toch een markt is voor niet gedoogde aanbieders hangt vooral samen met de ruimtelijke spreiding (afstand tot de coffeeshop), openingstijden van de coffeeshop en de leeftijdsgrens. Bovendien worden de aanschaf van grotere hoeveelheden cannabis en de lagere prijs genoemd als redenen voor het kopen van cannabis buiten de coffeeshops. Korf et al. (2005) concluderen voorts dat hoe hoger de coffeeshopdichtheid (i.e. aantal coffeeshops per 10.000 inwoners), hoe groter het aandeel van coffeeshops in de lokale verkoop van cannabis.[20] In gemeenten met coffeeshops en een gemiddelde coffeeshopdichtheid zijn er ongeveer tien niet-gedoogde aanbieders per coffeeshop. Landelijk zou dit, grote steden en gemeenten zonder coffeeshops niet meegerekend, neerkomen op enkele duizenden niet-gedoogde cannabisaanbieders.

[f] In 1996/1999 is gevraagd naar waar jongeren 'meestal' hun cannabis vandaan haalden, waarbij één antwoord kon worden gegeven. In de peilingen van 2003/2007 is gevraagd naar alle bronnen waar jongeren hun cannabis (wel eens of geregeld) verkregen, waarbij meer antwoordopties mogelijk waren.
[g] In 2001 noemden iets meer recente cannabisgebruikers smartshops als bron (1,1% in 1997, 2,5% in 2001). De categorie 'anders' werd door iets minder cannabisgebruikers genoemd (4,2% en 2,6%). Mogelijk hangt deze (geringe) afname samen met het feit dat in 2001 – maar niet in 1997 – de categorie 'thuiskweek' als mogelijke bron was opgenomen (genoemd door 5,4% in 2001).

In de twee gemeenten zonder coffeeshops blijken veel gebruikers hun cannabis toch bij coffeeshops te halen in gemeenten in de buurt (42% van de cannabis), maar ook de zelfteler en de 06-dealer spelen een belangrijke rol. Minderjarigen blijken in dit onderzoek, zoals in het NPO- en Peilstationsonderzoek al was geconcludeerd, vrij gemakkelijk aan hun cannabis te kunnen komen (via anderen, zelf kopen of via niet-gedoogde aanbieders).

Om inzicht te krijgen in de 'scheiding van de markten' via niet-gedoogde verkooppunten is aan respondenten, die aangaven ten minste één dealer te kennen, gevraagd welke soorten drugs (cannabis, harddrugs) deze dealers verkopen. De resultaten staan in tabel 6.9. In dit onderzoek is niet gestreefd naar een landelijk representatieve steekproef van cannabisgebruikers, maar naar een voor de onderzoeksvragen relevante variatie in gemeenten in termen van coffeeshopdichtheid. Niettemin kunnen deze cijfers als indicatief worden beschouwd voor de verhoudingen in verkoop van cannabis/harddrugs per type dealer. Geconcludeerd wordt dat, indien gegevens voor alle onderzochte gemeenten worden samengenomen, de kans op vermenging van de cannabis- en harddrugsmarkten het grootst lijkt te zijn bij de straatdealers (die in alle onderzochte gemeenten actief waren), gevolgd door de 06-dealers en onder-de-toonbank-dealers. De kans op vermenging lijkt het kleinst bij de thuisdealers. Met name bij de straatdealer verschilden de percentages in de categorie 'zowel cannabis als harddrugs' echter fors tussen de gemeenten (tussen 7% en 45% van de dealers).

Tabel 6.9 Percentage cannabisgebruikers dat aangeeft of de hun bekende niet gedoogde dealers alleen cannabis of ook andere drugs verkopen. Gemiddelden van 8 surveys.

	Alleen cannabis	Voornamelijk cannabis	Evenveel cannabis en andere drugs	Voornamelijk andere drugs	Alleen andere drugs
06 dealers	49%	17%	17%	13%	4%
Thuisdealers	67%	10%	8%	11%	3%
Onder de toonbank dealer	48%	5%	11%	32%	1%
Straatdealers	33%	8%	23%	20%	15%

Bron: Korf et al.(2005).[20]

In dit onderzoek zijn de meeste straatdealers echter buiten beeld gebleven omdat zij vaak uitsluitend cocaïne en heroïne verkopen Vaak zijn zij zelf verslaafd en verblijven ze op stations en in achterstandswijken. Een kleinere groep straatdealers verkoopt voornamelijk cannabis aan jongeren die ze opzoeken rond scholen, hangplekken en jongerencentra. De thuisdealers die zelf telen verkopen bijna uitsluitend cannabis. Korf et al. (2005) signaleren dat thuisdealers in harddrugs vaak gespecialiseerd zijn in heroïne en/of crack, en deze primair aan verslaafden verkopen, ofwel dat ze partydrugs (snuifcocaïne, amfetamine, ecstasy) verkopen. Bij deze laatste groep zijn er evenwel dealers die ook in cannabis handelen. Onderzoek in Rotterdam laat eveneens zien dat op detailhandelsniveau basecoke/crack en snuifcoke gescheiden circuits vormen, waarvan alleen de verkoop van basecoke vaak gepaard gaat met die in heroïne.[38] Binnen de harddrugsmarkten lijkt dus ook sprake te zijn van een differentiatie.

Cannabis en harddrugsmarkten in het buitenland

Het Nederlandse drugsbeleid heeft een expliciete scheiding nagestreefd van de markten van hard- en softdrugs. Het scheiden van de markten heeft in Nederland uiteindelijk de vorm aangenomen van het gedogen van de verkoop van cannabis in coffeeshops. Tot op heden heeft geen enkel ander land, binnen of buiten Europa, Nederland hierin nagevolgd. Hoewel in veel landen tegenwoordig ook sprake is van een differentiatie tussen cannabis en harddrugs in de wetgeving en/of het opsporings- en vervolgingsbeleid (zie hoofdstuk 12). Desondanks is het de vraag in hoeverre ook in andere landen de markten voor cannabis en harddrugs gescheiden zijn.

In een wat oudere, vergelijkende studie is het cannabisgebruik in drie steden onderzocht: Amsterdam, Bremen en San Francisco.[39] Het veldwerk voor Amsterdam werd verricht in 1994 en 1995, in Bremen in 1999 en in San Francisco in 1998. Men vroeg ervaren cannabisgebruikers van 18-70 jaar, die in hun leven 25 keer of meer cannabis hadden gebruikt, waar ze de cannabis meestal kochten (tabel 6.10) en of op die plaats ook andere drugs te koop waren (figuur 6.2). Geïnspireerd op dit onderzoek is in 2002/2003 ook in Vlaanderen het cannabisgebruik onder ervaren cannabisgebruikers bestudeerd. Vanwege verschillen in de werving van respondenten (nl. uit een bevolkingsonderzoek in eerstgenoemde steden en via 'privileged access interviewers' en een sneeuw-

balmethode in Vlaanderen) zijn de gegevens niet direct vergelijkbaar, maar geven ze wel een indicatie van verschillen.

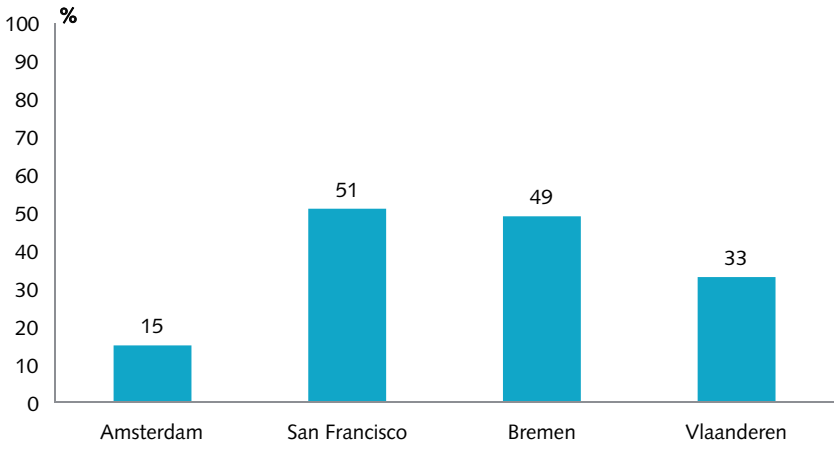
Tabel 6.10 Belangrijkste bron van cannabis voor ervaren cannabisgebruikers, afgelopen 12 maanden

	Amsterdam 1994/1995 %	San Francisco 1998 %	Bremen 1999 %	Vlaanderen* 2002/2003 %
Van een vriend die een dealer kent	4	43	19	18
Meerdere vrienden die dealer kennen	16	30	29	19
Van een vriend die zelf dealt	6	17	17	22
Van straatdealers	-	4	8	1
Direct van een kweker	4	2	-	3
Zelfteelt	2	1	8	3
Eén vaste coffeeshop	35	-	-	13
Meerdere coffeeshops	31	-	-	11
Andere	3	4	17	9
Totaal	100	100	100	100

Percentage van ervaren cannabisgebruikers, met een lifetime cannabisgebruik van 25 keer of meer. N=215 in Amsterdam; N=261 in San Francisco; N=52 in Bremen; N=396 in Vlaanderen. * De methode van respondentenwerving verschilde in Vlaanderen. Verschillen met de (andere) steden moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd. Bron: Cohen et al., 2001[39]; Reinarman, 2009[40]; Decorte et al., 2003[41]

Volgens tabel 6.10 verkreeg het grootste deel van de cannabisgebruikers in San Francisco (90%), Bremen (65%) en Vlaanderen (59%) hun cannabis primair via vrienden die óf een dealer kenden óf zelf dealden. In Amsterdam kochten de meeste gebruikers hun cannabis in een of meer coffeeshops. Toch is wel opvallend dat een op de drie respondenten de cannabis (meestal) niet uit een coffeeshop haalde. Ook in Vlaanderen is voor een op de vier ervaren cannabisgebruikers een (Nederlandse) coffeeshop de belangrijkste bron om cannabis te kopen.[h] Zelfteelt kwam ten tijde van de onderzoeken niet veel voor. Wél vermelden Decorte et al. (2003) dat 30% van de ervaren cannabisgebruikers in Vlaanderen ooit wel eens heeft geprobeerd om thuis cannabis te verbouwen.[41]

Figuur 6.2: Aanwezigheid van andere drugs op plaats van aanschaf van cannabis*



* Percentage van de ervaren cannabisgebruikers (lifetime cannabisgebruik 25 keer of meer) die aangeven dat er andere drugs aanwezig zijn op de plaats waar zij cannabis kopen. De methode van respondentenwerving verschilde in Vlaanderen. Verschillen met de (andere) steden moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd. Bronnen: Cohen et al., 2001[39]; Reinarman, 2009[40]; Decorte et al., 2003[41]

Figuur 6.2 geeft het percentage respondenten weer dat aangeeft dat er andere drugs aanwezig waren op de plaats van aanschaf van cannabis. Hoewel de beoogde scheiding van de markten in Amsterdam niet volledig is (15% van de respondenten kan óók andere drugs krijgen op de plaats waar ze cannabis kopen), suggereert figuur 6.2 wel dat het Nederlandse drugsbeleid bijdraagt aan een scheiding van de markten. In deze figuur wordt

[h] In het onderzoek Partywise onder 755 uitgaande jongeren en jonge volwassenen (gemiddelde leeftijd 23 jaar) in Vlaanderen kocht een op de drie cannabisgebruikers hun drug in coffeeshops.[42]

echter niet precies de verkrijgbaarheid van andere drugs per bron aangegeven. Dit wordt in een latere publicatie wel gedaan voor San Francisco en Amsterdam.[40] Hieruit blijkt dat respondenten straatdealers (86%) en vrienden die zelf dealer zijn (53%) het meest vaak noemen in verband met de aanwezigheid van andere (illegale) drugs (door respectievelijk 86% en 53%), gevolgd door verschillende vrienden die dealers kennen (48%), een vriend

Tabel 6.11: Plaats waar ervaren cannabisgebruikers in Vlaanderen 'andere drugs' aangeboden krijgen

	Ecstasy (%)	Hallucino-genen* (%)	Cocaïne (%)	Amfeta-mine (%)	Opiaten** (%)
Van een vriend die een dealer kent	16	10	15	14	15
Meerdere vrienden die dealer kennen	37	36	41	35	15
Van een vriend die zelf dealt	37	37	32	37	23
Van straatdealers	2	3	6	4	23
Eén vaste coffeeshop	1	7	2	4	23
Meerdere coffeeshops	4	3	4	4	-
Anders	2	3	2	4	-

Percentage van het aantal respondenten dat de betreffende drug noemt. N=86 voor ecstasy, n=59 voor hallucinogenen, n=54 voor cocaïne, n=52 voor amfetamine, n=13 voor opiaten. * LSD, paddo's en andere hallucinogenen. '* Aantal te klein voor een betrouwbare uitsplitsing.

die een dealer kent (44%), cannabiskwekers (23%), verschillende coffeeshops (14%) en één coffeeshop (4%). In Vlaanderen is ook gevraagd naar de plaats waar deze 'andere drugs' gekocht konden worden (zie tabel 6.11). Ook hieruit blijkt dat harddrugs betrekkelijk weinig in coffeeshops worden aangeboden.
Veldonderzoek onder 104 ervaren (>25 keer) cannabisgebruikers in Toronto laat zien dat cannabis meestal van vrienden wordt gekocht die zelf dealer zijn of een dealer kennen. Ruim de helft (53%) gaf aan bij hun 'vriend/dealer' alleen cannabis te kunnen verkrijgen. Paddo's, ecstasy en lsd werden door 10 en 20% genoemd, en minder dan 10% gaf aan ook cocaïne/crack, opiaten en methamfetamine te kunnen verkrijgen bij hun 'cannabisdealer'.[43]

Deze gegevens bevestigen de algemene indruk dat de Nederlandse coffeeshops bijdragen aan de scheiding van de markten van cannabis en harddrugs, en al is deze scheiding niet 100%, de kans op het aanwezig zijn of aangeboden krijgen van harddrugs lijkt in Nederland duidelijk kleiner dan in San Francisco, Bremen en Toronto. In Vlaanderen is de situatie gunstiger dan in de andere locaties, maar dit hangt grotendeels samen met het feit dat een deel van de gebruikers hun cannabis in de Nederlandse coffeeshops aanschaft.

Voor andere steden en landen zijn weinig gegevens beschikbaar die conclusies over een scheiding van de drugsmarkten toelaten. Volgens informatie afkomstig uit de National reports van de EU Focal Points (website EMCDDA) bestaat het aanbod van straatdrugs in Denemarken vooral uit amfetamine, heroïne en cocaïne. Cannabis wordt in dit rijtje niet genoemd. In Luxemburg staat de drugsscene waarin cannabis problematisch wordt gebruikt los van andere drugsscenes waarin ecstasy en cocaïne worden gebruikt. Voor andere landen zijn er daarentegen indicaties dat de cannabis en harddrugsmarkten niet gescheiden zijn. Zo loopt het dealen van cannabis, heroïne en cocaïne in Frankrijk in elkaar over, net als in Noorwegen waar de netwerken van hasjdealers, amfetaminedealers en heroïnedealers elkaar overlappen.

De ESPAD-onderzoeken in 2003 en 2007 onder scholieren van 15 en 16 jaar laten zien dat er grote verschillen zijn in de waargenomen verkrijgbaarheid van cannabis (zie tabel 5.1.7 en 5.1.8). In 2003 varieerde het percentage scholieren dat aangaf dat cannabis gemakkelijk of heel gemakkelijk verkrijgbaar is van 19% in Finland tot 67% in Spanje en 74% in de Verenigde Staten. Met 42% leek Nederland een middenpositie in te nemen; in 2007 is Nederland met 49% naar de hogere regionen verschoven. In beide jaren is in alle landen echter het percentage scholieren dat aangeeft cannabis gemakkelijk of heel gemakkelijk te kunnen verkrijgen beduidend groter dan voor andere drugs, ondanks grote verschillen tussen landen per middel. Dat kan samenhangen met het grotere aanbod van cannabis, maar wellicht ook met verschillen in 'verkoopkanalen'.

Conclusie

Het algemene beeld dat uit de beschreven onderzoeken naar voren komt is dat coffeeshops de belangrijkste directe of indirecte bron vormen voor de aanschaf van cannabis. Zij zijn echter zeker niet de enige bron, ook niet in gemeenten waar coffeeshops aanwezig zijn. Wel geldt dat hoe groter de 'coffeeshopdichtheid' hoe groter de kans dat cannabisverkoop via coffeeshops verloopt. Minderjarige jongeren komen vrij gemakkelijk aan cannabis, vooral via vrienden, maar een deel ziet ook kans om zelf in coffeeshops te kopen. Daar staat tegenover dat de kans dat zij hier worden 'blootgesteld' aan harddrugs klein is. Dit geldt in het algemeen ook voor meerderjarige cannabisgebruikers. In zoverre cannabis via andere, illegale verkooppunten wordt gekocht, neemt het risico op vermenging van de cannabis- en harddrugsmarkten toe, al verschilt dit sterk per type aanbieder. Er kan echter worden geconcludeerd dat de markten in Nederland in vrij grote mate gescheiden zijn. Er zijn tevens aanwijzingen dat ook binnen de harddrugsmarkten op detailhandelsniveau een differentiatie bestaat, namelijk een scheiding tussen het aanbod van partydrugs – zoals ecstasy, cocaïnepoeder en amfetamine – enerzijds, en dat van heroïne en crack anderzijds.

6.4.2 Heeft de scheiding van de markten cannabisgebruikers ervan weerhouden over te stappen op harddrugs?

In § 6.4.1 werd geconcludeerd dat de markten van cannabis en harddrugs op landelijk niveau redelijk gescheiden lijken, vooral via het systeem van de coffeeshops, al is deze scheiding zeker niet 100% en is er regionale variatie. Dat zegt overigens niets over de verkrijgbaarheid van harddrugs in algemene zin. De vraag is nu of deze (relatieve) scheiding cannabisgebruikers er ook daadwerkelijk van weerhoudt of van heeft weerhouden om over te stappen op het gebruik van harddrugs. Uit internationaal longitudinaal onderzoek is bekend dat cannabisgebruik de kans op later harddrugsgebruik vergroot. Dit verband lijkt universeel te zijn. Talloze internationale longitudinale onderzoeken hebben een 'gateway-' of 'stepping stone'-effect aangetoond, waarin middelengebruik een 'vaste' volgorde kent.[44-47] Deze sequentie begint met de consumptie van tabak en alcohol, gevolgd door cannabis en vervolgens harddrugs. De laatste overstap wordt wel het 'cannabis gateway effect' genoemd. Dat betekent niet dat álle cannabisgebruikers (automatisch) harddrugs gaan gebruiken, maar wel dat de kans hierop groter is dan bij niet-cannabisgebruikers. De Commissie-Baan constateert in 1972 (op grond van onderzoek van Cohen) 'dat ongeveer 70% van de regelmatige gebruikers van cannabis incidenteel ook andere drugs gebruikt'.[48] Vanwege verschillen in onderzoeksmethoden kunnen gegevens echter niet vergeleken worden met die uit recent bevolkingsonderzoek. Daarom zullen gegevens uit het buitenland als 'benchmark' worden gebruikt. De vraag is dus of de kans dat cannabisgebruikers 'overstappen' op harddrugs in Nederland kleiner is dan in andere landen, uitgaande van een (relatieve) scheiding van de markten, waardoor zij minder snel in contact komen met aanbieders van harddrugs. Daarbij is in § 6.4.1 al aangegeven dat ook in andere landen een zekere scheiding van de markten niet kan worden uitgesloten, maar dat deze scheiding hoogstwaarschijnlijk (aanzienlijk) kleiner is dan die in Nederland.

Zoals beargumenteerd in hoofdstuk 3 zal vraag 6.4.2 niet met zekerheid kunnen worden beantwoord. Naast de scheiding van cannabis en harddrugsmarkten zijn er namelijk tal van andere verschillen tussen landen (en gebruikers en drugsmarkten), die van invloed kunnen zijn op het drugsgebruik. Er is geen internationaal (longitudinaal) vergelijkend onderzoek waarin voor (dezelfde set van) 'verstorende' variabelen is gecorrigeerd. Wél kan bij benadering op basis van cross-sectioneel bevolkingsonderzoek een vergelijking worden gemaakt tussen de prevalenties van harddrugsgebruik onder cannabisgebruikers – zogenaamde conditionele prevalenties in Nederland en andere landen. Hoewel afwijkingen op de regel zijn beschreven[49] mag daarbij worden verondersteld dat veruit de meeste harddrugsgebruikers starten met cannabis en pas later in hun gebruikscarrière op harddrugs overgaan, en niet andersom.[47;50;i] Naast de conditionele prevalenties in harddrugsgebruik kan ook worden gekeken naar het algehele niveau van harddrugsgebruik, en dan vooral de verhouding tussen het aantal cannabisgebruikers en het aantal harddrugsgebruikers. De verwachting is dat er in Nederland per cannabisgebruiker minder harddrugsgebruikers zijn dan in andere landen, indien de scheiding van de markten een 'beschermend effect' heeft op het gaan gebruiken van harddrugs.

Zoals in hoofdstuk 4 is beschreven is de doelstelling van de scheiding van de markten pas expliciet geformuleerd als gevolg van de opkomst van de heroïneproblematiek begin en midden jaren zeventig. Anno 2009 zijn er echter twee duidelijke 'harddrugsscenes' te onderscheiden: die van de (veelal gemarginaliseerde) gebruikers van

[i] Dit blijkt ook uit ESPAD-gegevens onder scholieren van 15-16 jaar, die in grote meerderheid aangeven dat cannabis de eerste drug is die zij hebben gebruikt (van alle scholieren die een drug geprobeerd hebben).[51]

heroïne en crack, en die van consumenten van 'recreatieve drugs' of partydrugs, in het bijzonder amfetamine, snuifcocaïne en ecstasy. Deze scheiding is waarneembaar op zowel detailhandels- als gebruikersniveau, hoewel enige vermenging kan optreden. Zo rapporteren uitgaande jongeren en jonge volwassenen (bezoekers van coffeeshops, cafés, clubs, party's) zelden of helemaal geen gebruik van heroïne en/of crack (zie bijvoorbeeld Antenne surveys; NDM Jaarberichten). Andersom zijn ecstasy, amfetaminen en lsd onder problematische heroïne/crackgebruikers weinig populair[52], hoewel onderzoek in 2006 wel wat gebruik laat zien van partydrugs onder Amsterdamse harddrugsgebruikers (geworven op straat en via methadonposten) (Korf, persoonlijke communicatie; actueel gebruik: ecstasy 11%; amfetamine 7%; snuifcoke 16%).

Vanwege deze verschillende 'scenes' zal de vraag over de overstap van cannabis naar harddrugs voor de twee harddrugsmarkten apart besproken worden. In zoverre bij de beantwoording gegevens uit bevolkingsonderzoek worden gepresenteerd, betreft het 'harddrugsgebruik' vooral consumenten van partydrugs. Gebruikers van heroïne en crack zijn ondervertegenwoordigd in dit type onderzoek. Gegevens over deze groep zijn gebaseerd op (vaak grove) indirecte schattingsmethoden (zie hoofdstuk 5) en andere bronnen.

Verder kan ook binnen Nederland een vergelijking worden gemaakt. Aangezien er tussen cannabisgebruikers verschillen zijn in de plaats van of wijze waarop zij cannabis aanschaffen kan worden onderzocht of het harddrugsgebruik onder degenen die alleen cannabis in coffeeshops kopen (waar de markten het meest gescheiden zijn) minder vaak voorkomt in vergelijking met degenen die (ook) elders hun cannabis kopen.

Samenvattend zal op basis van de volgende deelvragen worden geprobeerd vraag 6.4.2 te beantwoorden:

1. Hoeveel procent van de mensen die cannabis gebruiken gebruikt ook harddrugs (afgelopen jaar). Aanvullende vragen zijn: verschilt het harddrugsgebruik onder cannabisgebruikers van niet-cannabisgebruikers en van de totale bevolking? Is er een verschil in conditionele prevalenties tussen 1997 en 2005?
2. Is de prevalentie van harddrugsgebruik onder cannabisgebruikers in Nederland lager dan in het buitenland, waar geen scheiding van de markten wordt beoogd en geen coffeeshops aanwezig zijn?
3. Is het algehele niveau van harddrugsgebruik in Nederland in vergelijking met het niveau van cannabisgebruik in Nederland lager dan in het buitenland?
4. Is er een relatie tussen de prevalentie van cannabisgebruik en problematisch harddrugsgebruik (m.n. heroïne en crack) in de EU en hoe is die verhouding in Nederland vergeleken met andere landen?
5. Verschilt de prevalentie van harddrugsgebruik onder cannabisgebruikers die de cannabis alléén in coffeeshops kopen en cannabisgebruikers die (ook) elders hun cannabis kopen?

Ad. 1: Conditionele prevalenties van harddrugsgebruik in Nederland
Prevalenties van harddrugsgebruik in de totale bevolking en onder cannabisgebruikers zijn berekend op de CAPI-data van het NPO (1997 en/of 2005). De gegevens voor 1997 zijn vooral van belang omdat voor een aantal andere landen (ad 2.) alleen gegevens uit onderzoek van eind jaren negentig beschikbaar zijn.
Het gaat daarbij primair om de volgende analyses:
1. Recent (laatste jaar) gebruik van harddrugs onder recente cannabisgebruikers, vergeleken met degenen die niet recent cannabis hebben gebruikt en de algemene bevolking (1997/2005).
2. Recent harddrugsgebruik onder groepen cannabisgebruikers die verschillen in intensiteit en/of ervaring met cannabisgebruik: ooitgebruik, 25 keer of meer in het leven en (bijna) dagelijks gebruik (alleen voor 1997).

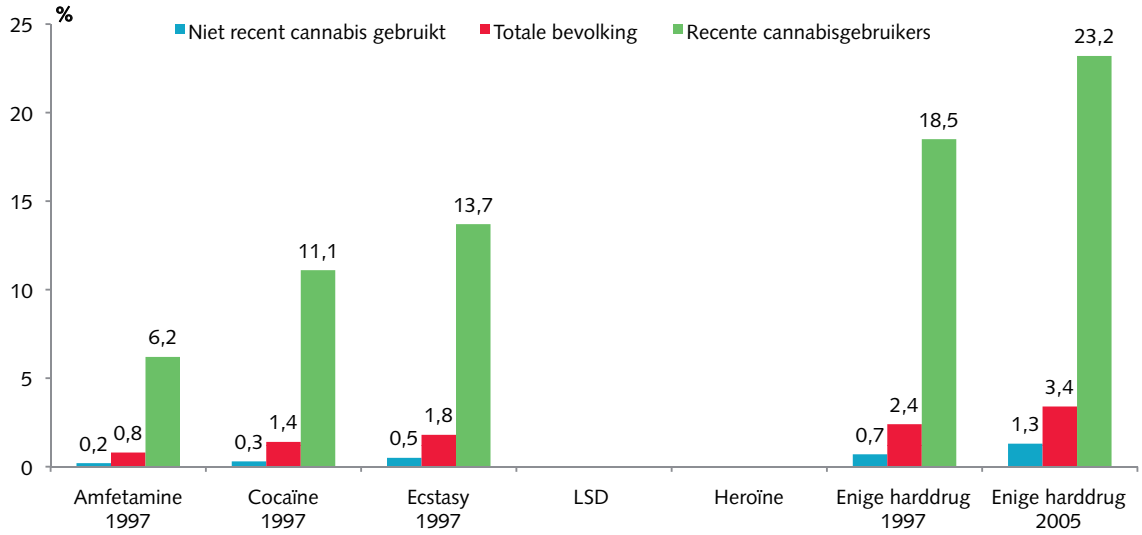
Analyses zijn ook uitgevoerd voor het ooitgebruik en recent gebruik van harddrugs onder ooitgebruikers van cannabis. Aangezien het beeld gelijk is aan dat van de analyses onder punt 1 voor het recente gebruik zijn de resultaten hiervan niet apart beschreven.[j] In principe zouden alleen cannabisgebruikers meegeteld moeten worden die cannabis zijn gaan gebruiken ná 1976 en – vanwege de in 1996 ingevoerde leeftijdgrens – 18 jaar en ouder zijn. Vanwege beperkingen in de beschikbaarheid van data voor een internationale vergelijking (ad 2) worden de analyses uitgevoerd op gegevens van jongeren en jonge volwassenen van 15-34 jaar.[k] Verschillen in conditionele prevalenties in Nederland tussen 15-34 jarigen en 18-34 jarigen zijn uiterst klein, en niet significant.

In 2005 had één op de drie (32%) jongeren en jonge volwassenen van 15-34 jaar ooit in het leven cannabis gebruikt. Een op de tien was een recent cannabisgebruiker (9,5%). Figuur 6.3 laat zien dat een op de vier (23%) recente gebruikers van cannabis ervaring had met enige harddrug. Dat is bijna zeven keer meer dan het percen-

[j] Gegevens op te vragen bij mlaar@trimbos.nl.
[k] Recente gegevens komen na de zomer van 2009 beschikbaar in een EMCDDA-publicatie over polydrugsgebruik in de EU.

tage harddrugsgebruikers in de algemene bevolking en achttien keer meer vergeleken met degenen die niet-recent cannabis hebben gebruikt. Aantallen respondenten waren te klein om een uitsplitsing te maken naar type drug. Het beeld in 1997 verschilt weinig van dat in 2005. In absolute zin is het percentage recente harddrugsgebruikers onder cannabisgebruikers iets hoger dan in 1997. Dit komt waarschijnlijk door de stijging in ecstasygebruik die zich vooral tussen 1997 en 2001 voordeed. Vergeleken met de algemene bevolking was het harddrugsgebruik onder cannabisgebruikers in 1997 juist iets hoger (factor 7,7 versus 6,8 in 2005; ongeveer gelijk per middel), maar het verschil is klein.

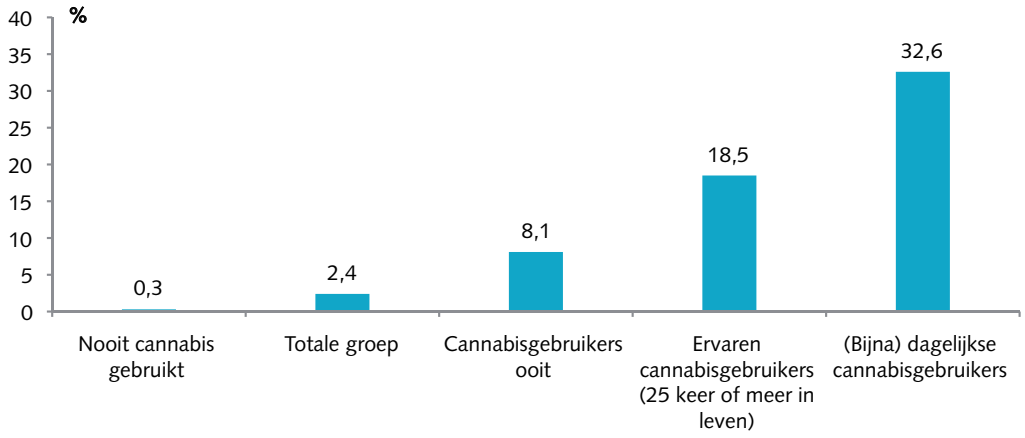
Figuur 6.3: Recent gebruik van harddrugs (%) onder recente en niet-recente gebruikers van cannabis en de algemene bevolking van 15-34 jaar. Peiljaar 1997 ('enige harddrug' en per type drug) en 2005 (enige harddrug)



Bron: NPO, UvA (secundaire analyses IVO). Harddrugs: amfetamine, cocaïne, heroïne, lsd, ecstasy.

Figuur 6.4 laat zien dat de kans op harddrugsgebruik toeneemt met de frequentie van cannabisgebruik. Onder mensen die in hun leven meer dan 25 keer cannabis hebben gebruikt is het gebruik van harddrugs ruim twee keer hoger dan onder alle mensen die ooit (één of meer keer) cannabis hebben gebruikt (8,1% en 18,5%). Harddrugsgebruik komt het meest voor onder (bijna) dagelijks cannabisgebruikers (een op de drie). Een dergelijke 'dosis-responsrelatie' wordt ook onder scholieren gevonden (zie § 6.5.3) en is ook in het buitenland gerapporteerd. Zo loopt het percentage ooitgebruik van 'illegale drugs' in een cohortonderzoek onder Nieuw-Zeelandse jongeren geleidelijk op van 0,3% onder degenen die op 21-jarige leeftijd nooit cannabis hadden gebruikt, tot 78% onder degenen die 50 keer in een jaar cannabis hadden gebruikt. Illegale drugs betroffen hier vooral hallucinogenen, paddo's, geneesmiddelen, opiaten en cocaïne (in volgorde van afnemende waarschijnlijkheid).

Figuur 6.4: Recent harddrugsgebruik (%) in verschillende groepen cannabisgebruikers van 15-34 jaar. Peiljaar 1997



Recent gebruik = percentage gebruikers in het laatste jaar. (Bijna) dagelijks = op meer dan 20 dagen in de afgelopen 30 dagen. Harddrugs: amfetamine, cocaïne, heroïne, lsd, ecstasy. Bron: NPO, UvA (secundaire analyses IVO).

Conclusie

Er kan op basis van deze gegevens worden geconcludeerd dat cannabisgebruikers, vooral degenen die geregeld/frequent gebruiken, aanzienlijk vaker ervaring hebben met het gebruik van harddrugs dan de 'doorsneebevolking'.[l] Omgekeerd is het zo dat blijkbaar driekwart van de cannabisgebruikers géén (recente) ervaring heeft met gebruik van harddrugs. Het overstappen is dus geen automatisme, en blijkbaar ook geen noodzakelijke voorwaarde, al komt harddrugsgebruik onder mensen die niet/nooit cannabis gebruiken weinig voor.

De vraag is nu in hoeverre het harddrugsgebruik onder Nederlandse cannabisgebruikers verschilt van dat onder cannabisgebruikers in het buitenland (ad 2).

Ad 2: Conditionele prevalenties in vergelijking met het buitenland

De verwachting is dat in Nederland verhoudingsgewijs minder cannabisgebruikers harddrugs gebruiken dan in andere landen. Gegevens uit bevolkingsonderzoek (1997-1999) zijn beschikbaar voor het Verenigd Koninkrijk, Spanje, Duitsland, Griekenland[53] en Nederland. Alleen gegevens voor recent harddrugsgebruik onder recent cannabisgebruikers worden hier gepresenteerd. Voor conditionele prevalenties van recent of ooitgebruik van harddrugs onder ooitgebruikers van cannabis wordt verwezen naar de rapportage van het EMCDDA (2005).[54] Zoals eerder aangegeven zijn de gegevens afkomstig van onderzoek van circa tien jaar geleden. Aangezien de doelstelling van de scheiding van de markten reeds in de jaren zeventig is geformuleerd, is dergelijke datering van minder groot belang maar bedacht moet worden dat de cijfers géén actueel beeld geven. In deze periode spelen bovendien verschillen in de fase van de opkomst van ecstasy een rol. Met name voor de interpretatie van gegevens over deze drug geldt dus een voorbehoud.

Het cannabisgebruik onder 15-34 jarigen verschilde in genoemde peiljaren tussen de landen.[m] Wat betreft het recente gebruik waren Nederland en Duitsland vergelijkbaar (10% en 9%). Griekenland scoorde lager (6%) en Spanje en het Verenigd Koninkrijk hoger (13% en 18%).

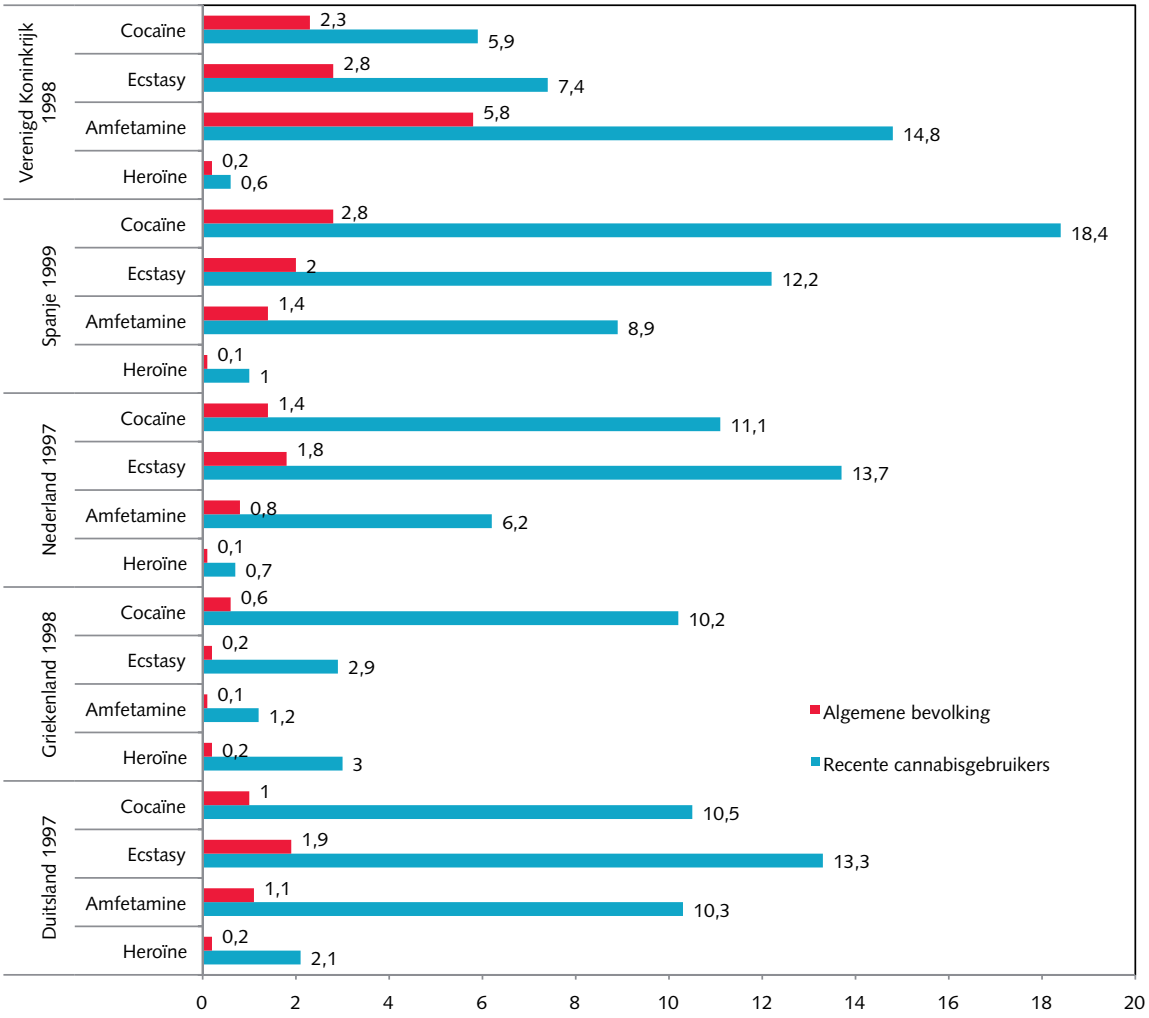
Figuur 6.5 geeft de conditionele prevalenties van harddrugsgebruik onder cannabisgebruikers, en ter vergelijking de prevalenties van harddrugsgebruik onder alle jongeren en jonge volwassenen van 15-34 jaar. In Duitsland ligt het percentage recente gebruikers van ecstasy en cocaïne onder recente cannabisgebruikers rond hetzelfde niveau als in Nederland (tussen 10-14%) maar is het recente gebruik van amfetamine en heroïne hoger (10% en 2% in Duitsland, versus 6% en <1% in Nederland). Spanje is wat betreft recent gebruik van ecstasy ook vergelijkbaar, maar scoort het hoogst met cocaïnegebruik (18%). Opvallend is dat cannabisgebruikers in het Verenigd Koninkrijk deze middelen juist minder vaak gebruiken (6-7%), maar weer meer amfetamine gebruiken (18%). Griekenland behoort met amfetamine en ecstasy tot de laagste regionen, maar daar ligt het recente cocaïnegebruik op het niveau van Nederland en Duitsland (10%). Recent heroïnegebruik onder cannabisgebruikers is in Griekenland met 3% wat hoger dan elders, maar het gaat hier waarschijnlijk om kleine aantallen (en weinig betrouwbare schattingen. Vergeleken met de algemene bevolking is het recent gebruik van harddrugs onder recente cannabisgebruikers in Nederland een factor zeven tot acht groter. Vergeleken met de andere landen lijkt Nederland in dit opzicht een middenmoot te vormen. In Duitsland is genoemde rato voor ecstasy rond hetzelfde niveau, maar ligt het gebruik van andere amfetamine en heroïne onder recente cannabisgebruikers vergeleken met de algemene bevolking iets hoger.

Uit deze gegevens kan dus niet geconcludeerd worden dat Nederlandse jongeren en jonge volwassenen die cannabis gebruiken systematisch minder harddrugs gebruiken dan cannabisgebruikers in andere landen. Er zijn zowel landen waar hogere als lagere prevalenties van harddrugsgebruik voorkomen.

[l] De 33% recente harddrugsgebruikers onder (bijna) dagelijkse gebruikers van cannabis lijkt lager dan de 70% 'incidenteel' harddrugsgebruik onder regelmatige gebruikers van cannabis uit het onderzoek van Cohen eind jaren zestig.48 Resultaten zijn echter vanwege methodologische verschillen niet vergelijkbaar.

[m] De meest recente gegevens over drugsgebruik zijn beschreven in hoofdstuk 5. Ter illustratie: vergeleken met de situatie eind jaren negentig is het recente gebruik onder 15-34-jarigen in Duitsland gestegen (12% in de laatste peiling), in Griekenland gedaald (3%), in Nederland gelijk gebleven (10%), in Spanje gestegen (20%) en in het Verenigd Koninkrijk iets gedaald (16%).

Figuur 6.5: Recent gebruik (%) van harddrugs onder recente gebruikers van cannabis en in de algemene bevolking van 15-34 jaar in 5 EU-lidstaten



Bron: EMCDDA, 2005; NPO, UvA (heranalyses IVO)

Ad 3: Verhouding tussen de prevalentie van cannabisgebruik en gebruik van harddrugs (ecstasy, cocaïne, amfetamine)

Naast bovengenoemde 'conditionele prevalenties', waarbij alleen naar harddrugsgebruik onder cannabisgebruikers is gekeken, kan het algehele niveau van harddrugsgebruik in de verschillende landen ook worden afgezet tegen het aantal gebruikers van cannabis in de algemene bevolking. Hiervoor zijn gegevens uit meer recent bevolkingsonderzoek (2003 en later) in de (meeste) EU-15-lidstaten en Noorwegen beschikbaar. Tabel 6.12 laat zien dat er in Nederland per 100 recente cannabisgebruikers 11 cocaïnegebruikers, 7 amfetaminegebruikers en 28 ecstasygebruikers van 15-34 jaar zijn. In Noorwegen, waar de prevalentie van recent cannabisgebruik vergelijkbaar is met die in Nederland, liggen deze waarden hoger voor cocaïne en amfetamine (respectievelijk 19 en 21 gebruikers per 100 cannabisgebruikers) maar lager voor ecstasy (13 per 100 cannabisgebruikers). In Duitsland wijkt het aantal cocaïnegebruikers per 100 cannabisgebruikers niet veel af van dat in Nederland, maar het relatieve aantal gebruikers van amfetamine ligt hoger en dat van ecstasy lager dan in Nederland. In het algemeen is het aantal gebruikers van cocaïne en amfetamine per 100 cannabisgebruikers in Nederland vergeleken met andere landen gemiddeld tot laag, en dat van ecstasy het hoogst.

Tabel 6.12: Recent gebruik van cannabis en harddrugs, en het aantal harddrugsgebruikers per 100 cannabisgebruikers van 15-34 jaar in een aantal EU-15 lidstaten en Noorwegen

	Recent gebruik (%) onder 15-34 jarigen				Aantal harddrugsgebruikers per 100 cannabisgebruikers van 15-34 jaar		
Land	Cannabis	Cocaïne	Amfetamine	Ecstasy	Cocaïne	Amfetamine	Ecstasy
België	11,3	-	-	-	-	-	-
Denemarken	12,5	2,9	2,2	0,9	23	18	7
Duitsland	11,9	1,6	1,6	1,2	13	13	10
Finland	8	0,8	1,7	1,3	10	21	16
Frankrijk	16,7	1,2	0,2	1	7	1	6
Griekenland	3,2	0,2	0,1	0,4	6	3	13
Ierland	10,4	3,1	0,8	2,4	30	8	23
Italië	16,5	3,2	0,6	0,7	19	4	4
Nederland	**9,5**	**1**	**0,7**	**2,7**	**11**	**7**	**28**
Noorwegen	9,6	1,8	2	1,2	19	21	13
Oostenrijk	12,1	1,6	1,5	1,7	13	12	14
Portugal	6,7	1,2	0,4	0,9	18	6	13
Spanje	20,3	5,2	2,1	2,5	26	10	12
Ver. Kon.	15,6	5,4	2,7	3,9	35	17	25
Zweden	5	-	-	-	-	-	-

Percentage recente gebruikers (laatste jaar). Voor België, Luxemburg en Zweden, zijn geen (recente) gegevens over (hard)drugsgebruik beschikbaar. Verenigd Koninkrijk (Ver. Kon.) alleen voor Engeland en Wales. Denemarken en Verenigd Koninkrijk vanaf 16 jaar. Duitsland vanaf 18 jaar. Bron: EMCDDA[55]

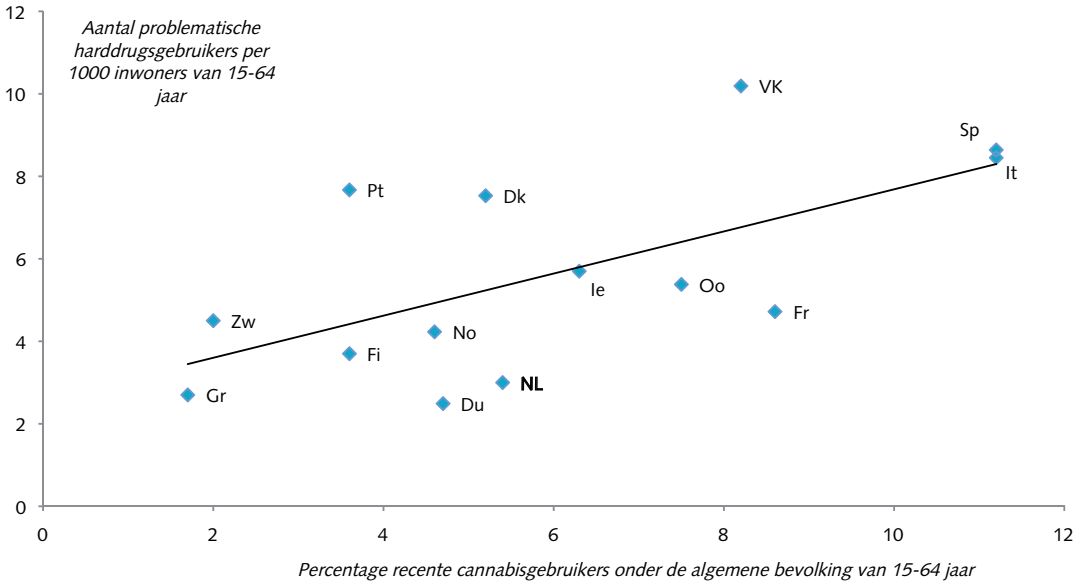
Ad 4: Prevalentie cannabisgebruik versus probleemgebruik van harddrugs (opiaten e.a.)
In de voorgaande analyses is het gebruik van 'harddrugs' via bevolkingsonderzoek gemeten. Daarin zijn (probleem)gebruikers van harddrugs, zoals heroïne en crack, ondervertegenwoordigd. In hoofdstuk 5 zijn gegevens opgenomen over schattingen van het aantal probleemgebruikers van harddrugs in lidstaten van de EU. Vanwege verschillen in methoden en onnauwkeurigheden in de schattingsmethoden en definities van probleemgebruik in de verschillende landen moeten vergelijkingen voorzichtig worden gemaakt. Zo moet voor Nederland worden bedacht dat het aantal 'primaire' crackverslaafden die geen opiaten gebruiken niet (voldoende) in deze schatting zijn meegenomen (zie ook hoofdstuk 5). Ook lopen de jaren van de surveys en schattingen soms uiteen. Figuur 6.6 geeft de relatie weer tussen de prevalentie van recent cannabisgebruik en een (gemiddelde) schatting van het aantal probleemgebruikers van harddrugs in diverse EU-lidstaten. In het algemeen geldt: hoe hoger het cannabisgebruik, hoe hoger het aantal probleemgebruikers van harddrugs (Pearsons r=0,63, p<0.008). Er zijn echter duidelijk afwijkingen van deze regel. In het Verenigd Koninkrijk, Denemarken en Portugal lijken relatief veel probleemgebruikers van harddrugs te zijn vergeleken met het aantal gebruikers van cannabis. In Frankrijk, Nederland en Duitsland geldt eerder het omgekeerde.[n] In Nederland zijn er per 100 cannabisgebruikers 5,6 probleemgebruikers van harddrugs. Voor landen met niet al te uiteenlopende prevalenties van cannabisgebruik zijn dat er 5,3 (Duitsland), 9,2 (Noorwegen), en 14,5 (Denemarken) per 100 cannabisgebruikers.

Hoewel de situatie in Nederland dus gunstig is, kan hieruit niet worden geconcludeerd dat Nederland in deze uniek is. Dat wil niet zeggen dat de decriminalisering van de cannabisverkoop geen effect heeft gehad. Korf (1995) concludeert dat het aannemelijk is dat het coffeeshopsysteem in de jaren tachtig een blokkade tegen beginnend heroïnegebruik heeft opgeworpen, en een stabiliserend effect heeft gehad op de groei van het aantal heroïneverslaafden, al valt dit niet hard aan te tonen.[56] Hij maakt daarbij de vergelijking tussen ontwikkelingen in Nederland en (West-)Duitsland. Het heroïnegebruik in Nederland kwam vooral op in de periode voorafgaand aan de coffeeshops (mede vanwege het groeiend aantal jonge Surinamers dat ging gebruiken). Vanaf midden jaren tachtig in de coffeeshopperiode stabiliseerde het aantal heroïnegebruikers (althans in Amsterdam) en trad een gestage veroudering op van de populatie verslaafden, terwijl in Duitsland in deze jaren de aanwas van jonge

[n] Gegevens voor Duitsland omvatten zowel West- als Oost-Duitsland. Analyses van de ESA-survey in 2006 in de algemene bevolking van 18-64 jaar in Duitsland geven aan dat het recente gebruik iets maar niet heel veel hoger is in West-Duitsland vergeleken met Oost-Duitsland (4,8% versus 3,6%). Berlijn is daarin niet opgenomen (6,8%) (Kraus et al., 2008; persoonlijke mededeling). Er zijn geen aparte schattingen van problematisch harddrugsgebruik voor West- en Oost-Duitsland beschikbaar. Vermoedelijk heeft het cannabisgebruik dus na de vereniging in 1990 onder jongeren van de voormalige DDR bijna het niveau bereikt van leeftijdgenoten in West Duitsland, maar zijn er weinig heroïneverslaafden bijgekomen (persoonlijke mededeling D. Korf).

heroïnegebruikers zich voortzette. De ontwikkelingen in Nederland gingen gepaard met een drastische afname van de gemengde straathandel van cannabis en heroïne.

Figuur 6.6: Verhouding tussen de prevalentie van recent cannabisgebruik en het geschatte aantal harddrugsverslaafden per 1000 inwoners van 15-64 jaar



Bron: EMCDDA, 2008. Schattingen hebben betrekking op de jaren 2001-2006, m.u.v. Frankrijk (1999) en Noorwegen (1997). Cannabisprevalenties zijn afkomstig uit surveys vanaf 2003. Zie ook § 5.2.

Ad 5. Harddrugsgebruik onder (niet alleen)coffeeshop kopers

Er is onderzocht of er een verschil in harddrugsgebruik is tussen mensen die hun cannabis uitsluitend in coffeeshops aanschaffen, en degenen die óók elders cannabis vandaan halen. Uit analyses van gegevens van het NPO 2001 bleek dat de prevalentie van harddrugsgebruik (laatste maand en laatste jaar) onder 'alleen coffeeshopkopers' (inderdaad) significant lager was dan onder cannabisgebruikers die (ook) elders cannabis kochten. Dit zou kunnen wijzen op een zeker 'beschermend effect' van coffeeshops op harddrugsgebruik. Anderzijds is het echter evenzeer mogelijk dat degenen die alleen in coffeeshops kopen een 'selecte groep' vormen van gebruikers die geen harddrugs (willen) gebruiken ('selective recruitment'), terwijl het omgekeerde gesteld kan worden voor degenen die ook elders cannabis kopen. Uit Korf et al. (2005) blijkt bijvoorbeeld dat een mogelijke reden om niet in coffeeshops te kopen het omzeilen van de vijfgramsmaatregel is.[20] Mogelijk kopen 'veelgebruikers' van cannabis (waarvan ook internationaal is aangetoond dat zij vaker harddrugs gebruiken) vaker 'elders' hun cannabis. Het verhoogde harddrugsgebruik onder degenen die niet (alleen) in coffeeshops kopen, vergeleken met degenen die hier uitsluitend hun cannabis aanschaffen, kon echter niet worden aangetoond in de dataset van 1997. De interpretatie van deze gegevens is daarom lastig, te meer omdat de wijze van ondervragen in 2001 anders was dan die in 1997. Nader onderzoek in een representatieve steekproef van cannabisgebruikers van voldoende omvang zou hierin meer inzicht kunnen geven.

Conclusie

Uit bovenstaande gegevens kan worden geconcludeerd dat cannabisgebruikers aanzienlijk vaker ervaring hebben met het gebruik van harddrugs dan niet-cannabisgebruikers en dat de prevalentie van harddrugsgebruik toeneemt met de mate/frequentie van cannabisgebruik. De relatief hoge prevalentie van harddrugsgebruik onder cannabisgebruikers wordt ook in andere landen aangetroffen, maar – voor zover vergelijkingen gemaakt kunnen worden – zijn er zowel landen met hogere, vergelijkbare als lagere prevalenties van harddrugsgebruik onder cannabisgebruikers. Verder zijn er in Nederland per cannabisgebruiker relatief weinig gebruikers van harddrugs vergeleken met andere landen. Dit geldt echter alleen voor cocaïne en amfetamine, niet voor ecstasy (per cannabisgebruiker relatief veel ecstasygebruikers). Ook de verhouding tussen de prevalentie van cannabisgebruik en het probleemgebruik van harddrugs (heroïne/crack) is relatief gunstig, dat wil zeggen, dat er per 100 cannabisgebruikers relatief weinig harddrugsverslaafden zijn vergeleken met andere landen.

Gezien de talloze factoren echter die van invloed kunnen zijn op het gaan gebruiken van (hard)drugs blijven harde conclusies over de effecten van de scheiding der markten lastig. Een positief effect van het coffeeshopsysteem op het gebruik van harddrugs kan derhalve niet overtuigend worden aangetoond noch worden uitgesloten.

Zoals eerder genoemd toont internationaal onderzoek aan dat cannabisgebruik in het algemeen het risico op later harddrugsgebruik vergroot. Twee (tweeling)onderzoeken, waarvan er één in Nederland is uitgevoerd, suggereren bovendien dat vooral cannabisgebruik op 'jonge' leeftijd (<17/18 jaar) het risico op later harddrugsgebruik vergroot.[57;58] In Nederland betrof dit zowel het gebruik van partydrugs als 'echte' harddrugs (heroïne en cocaïne).[57] Cruciale vraag in tal van onderzoeken is of het verband tussen cannabisgebruik en later harddrugsgebruik is toe te schrijven aan zogenaamde gemeenschappelijke risicofactoren, zoals gedragsstoornissen, jeugdtrauma's, roken, alcoholmisbruik en socio-economische factoren, of dat er sprake is van 'causaliteit', dat wil zeggen dat cannabis daadwerkelijk de oorzaak is van later harddrugsgebruik. De discussie hierover is nog niet beslecht.[45;59-61] In een overzichtsartikel van uiteenlopende typen studies (longitudinale, epidemiologische, dierexperimentele, simulatie, tweelingonderzoek) concluderen Hall & Lynskey (2005) dat het verband in elk geval deels, maar niet volledig verklaard kan worden door gemeenschappelijke risicofactoren, waardoor mensen met bepaalde eigenschappen en kenmerken (bijvoorbeeld de neiging tot spanning zoeken) een verhoogd risico hebben om zowel (vroeg en veel) cannabis als harddrugs te gaan gebruiken.[45 o] Deze eigenschappen kunnen deels genetisch bepaald zijn.[60] Dat er toch een 'volgorde' is in het gebruik, namelijk eerst cannabis en dan harddrugs, zou kunnen komen doordat cannabis meer sociaal is geaccepteerd, meer beschikbaar is en als minder schadelijk wordt gezien. Daarnaast lijkt ook de sociale context een rol te spelen: cannabisgebruik vergroot de kans om in contact te komen met drugsgebruikende vrienden in omgevingen die de kans vergroten om in contact te komen met andere drugs. Daarbij speelt ook een rol dat (vroeg en veel) cannabisgebruik vaker voorkomt in 'subculturen' waarin het gebruik van drugs 'normatief' is, evenals andere gedragingen zoals spijbelen, vroegtijdig schoolverlaten, crimineel gedrag en tienerzwangerschappen. Contacten met een 'deviante peer group' worden overigens niet alleen opgevat als een passieve omgevingsfactor. Gillespie et al. (2009) laten zien dat ook de keuze voor de deviante vriendenkring deels genetisch bepaald is.[63] Tot slot lijkt ook de opvatting post te hebben gevat dat farmacologische mechanismen een rol zouden spelen, al is de evidentie hiervoor nog mager.[45;64]

Deze complexiteit laat een evaluatie van de effecten van de scheiding van de markten niet eenvoudig toe. De tweede verklaring (sociale context) sluit geheel aan bij de uitgangspunten van het Nederlandse beleid, en het onderzoek van Cohen (1975) dat daaraan ten grondslag lag.[65] Dat neemt echter niet weg dat in de praktijk ook in Nederland de vriendenkring voor jongeren, vooral de minderjarige, een belangrijke bron voor cannabis is, ondanks de aanwezigheid van coffeeshops. Ook al halen deze vrienden op hun beurt vaak de cannabis uit coffeeshops, volgens figuur 6.1 en tabel 6.5 zijn zij blijkbaar ook de belangrijkste bron voor harddrugs. Coffeeshops ondervangen dus niet (geheel) deze 'peer group'-processen.

Verder hebben ontwikkelingen in de jeugd-, muziek- en danscultuur in de afgelopen decennia in belangrijke mate bijgedragen aan de populariteit van partydrugs, en het combigebruik van middelen is in bepaalde settingen (m.n. uitgaansleven) eerder regel dan uitzondering.[37] Ook dit combigebruik (of in bredere zin polydrugsgebruik) zal in genoemde conditionele prevalenties worden weerspiegeld. Dat ecstasy vergeleken met andere landen relatief vaak wordt geconsumeerd is misschien ook niet zo verwonderlijk gezien het grote aanbod en de lage prijzen. Wat betreft de geringe populariteit van heroïne onder jongeren heeft wellicht ook het imago als 'losersdrug' en associatie met verloedering en marginalisering een rol gespeeld. Of dit in Nederland sterker het geval is dan elders blijft de vraag.

6.4.3 Is de criminalisering en stigmatisering van cannabisgebruikers tegengegaan en zijn zij sociaal geïntegreerd?

Uit statistieken van het aantal arrestaties vanwege cannabisgebruik/-bezit blijkt dat de decriminalisering in Nederland 'effectief' is geweest, in die zin dat relatief weinig arrestaties of processen-verbaal worden geregistreerd vanwege het bezit van cannabis (zie tabel 6.13). In Nederland wordt bezit voor eigen gebruik weliswaar niet actief opgespoord, maar kan het ontdekt worden als 'bijvangst' bij een ander delict (zie ook § 9.3.2).

[o] Van Ours (2003) analyseert gegevens van bevolkingsonderzoek in Amsterdam en concludeert dat cannabisgebruik een 'opstap' is voor het gebruik van cocaïne, maar dat deze samenhang grotendeels verklaard kan worden door (niet gemeten) persoonlijke kenmerken van gebruikers.[62]

Tabel 6.13: Geregistreerde overtredingen/misdrijven vanwege persoonlijk gebruik/bezit van cannabis

	Per 100.000 inwoners	Per 1.000 recente gebruikers*
Australië	276	24
Duitsland	237	34
Frankrijk	225	26
Nederland	**19**	**3**
Oostenrijk	333	44
Verenigd Koninkrijk	206	20
Verenigde Staten	269	31

* Gebruik van cannabis in het laatste jaar, afkomstig uit bevolkingsonderzoek. Peiljaren circa 2005. Bron: Room et al., 2008[66]

Van Loo et al. (2003) en Kilmer (2002) sommen de mogelijke gevolgen op van de wetgeving ten aanzien van cannabisgebruik/bezit: arrestatie, proces-verbaal, strafblad, boete, alternatieve straf (bijv. behandeling), inbeslagname rijbewijs, reïntegratie/reclassering en een gevangenisstraf.[67;68] Tegenwoordig zullen in de praktijk echter de meeste cannabisgebruikers een boete of waarschuwing krijgen en relatief weinigen voor bezit/gebruik gevangen worden gezet[69], zelfs in landen waar een 'zero tolerance'-beleid wordt gevoerd, zoals de VS. Zo stonden er in de VS in 1997 bijna 700 duizend cannabisarrestaties geregistreerd, waarvan 87% vanwege bezit van cannabis (ruim 600 duizend). In dat jaar waren naar schatting tussen de 6 en 7 duizend mensen gedetineerd vanwege bezit van cannabis. In het algemeen zal de kans op hechtenis en gevangenisstraf vanwege cannabisgebruik/bezit toenemen als er meerdere misdrijven zijn gepleegd of als er sprake is van recidive, maar een overzicht ontbreekt van wat er precies in andere landen gebeurt nadat iemand is gearresteerd vanwege cannabisgebruik/bezit.[67] Er wordt wel gewezen op 'discriminatoire effecten', waarbij cannabisgebruikers in sociale achterstandssituaties (vaak zwarte bevolkingsgroepen) oververtegenwoordigd zijn in de politiestatistieken van arrestaties.[70;71]

Indien iemand desalniettemin als cannabisgebruiker 'te boek staat' kan dit tal van sociale gevolgen hebben, namelijk voor huisvesting, betaald werk (verlies baan, problemen bij het vinden van een nieuwe baan), het volgen van een opleiding (bijv. geen toelating), relaties, aanhoudingen door justitie, en reizen naar andere landen. Onderzoek naar deze sociale gevolgen is echter schaars; voorbeelden zijn gerapporteerd voor Australië, het Verenigd Koninkrijk en de VS. Van Loo et al. (2003) geven aan dat de kans op negatieve gevolgen het grootst is voor degenen die een strafblad krijgen, hoewel in de VS mensen die op cannabisgebruik 'betrapt' worden ook zonder strafblad problemen kunnen ervaren, bijvoorbeeld werknemers die hun baan verliezen, studenten die toegang geweigerd worden tot de universiteit of mensen die uit hun gesubsidieerde woning worden gezet.[67] Aangezien cannabisgebruikers vanwege bezit voor eigen gebruik in Nederland geen strafblad zullen krijgen, lijkt de situatie hier dus a priori gunstiger dan in (sommige) andere landen. Echter, lang niet alle (gearresteerde) cannabisgebruikers zullen elders een strafblad krijgen. Een overzicht van de situatie in andere landen ontbreekt.

Wat betreft stigmatisering van cannabisgebruik kan worden geconstateerd dat cannabisgebruik tot op zekere hoogte sociaal geaccepteerd is, maar wel binnen bepaalde grenzen, dat wil zeggen in bepaalde bevolkingsgroepen, vooral jongeren, in bepaalde mate en niet overal (bijv. niet onder schooltijd).[72] Wordt experimenteren nog wel beschouwd als normaal onderdeel van de adolescentie, frequent gebruik is dat zeker niet. Volgens Korf (2006) is het gebruik van cannabis, met name onder groepen jongeren en jonge volwassenen, 'genormaliseerd' en ook al gebruiken zij zelf niet, ze kennen wel leeftijdsgenoten die gebruiken, weten hoe ze aan cannabis moeten komen, en hebben cannabis in zekere zin in hun leefwereld geïntegreerd. Voor velen lijkt cannabis een van de vele vormen van consumptiegedrag te zijn en geen teken van protest tegen de maatschappij, zoals in de jaren zestig.

Hoewel sommige onderzoekers aangeven dat cannabisgebruik voorkomt in alle lagen van de bevolking, en cannabisgebruikers 'net gewone mensen zijn',[72;73] laat onderzoek in zowel Nederland als het buitenland ook zien dat vooral frequent gebruik samenhangt (maar vaak niet causaal) met deviant of probleemgedrag en sociale achterstand (zie hoofdstuk 5 en § 6.4.2). Ook kan de consumptie van cannabis in bepaalde gebruikers en bij bepaalde gebruikspatronen leiden tot psychische en/of lichamelijke problemen.[74] Maar door het gebruik niet te criminaliseren wordt in Nederland de situatie van de gebruiker niet verder verslechterd.

In sommige landen wordt strafrechtelijk ingrijpen bij gebruik/bezit van cannabis aangewend als stok achter de deur voor behandeling (evenals dat destijds een argument voor de Nederlandse regering was om harddrugs-

gebruik in het strafrecht te houden). Het EMCDDA (2008) rapporteert dat in Duitsland, Spanje (Catalonië), Luxemburg en Oostenrijk protocollen zijn ontwikkeld voor de samenwerking tussen politie, justitie en hulpverlening rondom jongeren die de drugswetgeving overtreden, of die al zijn veroordeeld voor het gebruik of bezit van drugs (meestal cannabis).[75] Hoe succesvol deze programma's zijn, is niet bekend. Alleen voor het Duitse programma zijn positieve effecten (minder drugsgebruik, minder recidive) in een (beperkte) evaluatie onder 100 jongeren gemeld.

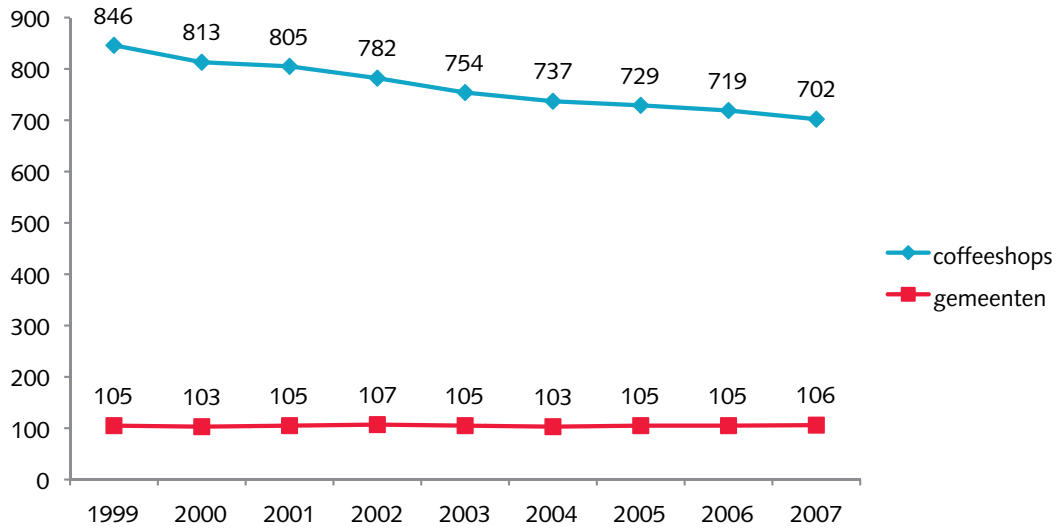
Conclusie

Cannabisgebruikers komen vanwege het bezit van cannabis voor eigen gebruik zelden in aanraking met het strafrechtsysteem. In veel andere westerse landen is de kans dat cannabisgebruikers vanwege bezit/gebruik worden gearresteerd aanzienlijk groter, maar er is geen goed overzicht in hoeverre dit negatieve sociale consequenties heeft. Vaak volgt op een arrestatie een boete of waarschuwing; de kans op gevangenisstraf lijkt klein.

6.4.4 Is het aantal coffeeshops sinds 1995 gedaald?

Het aantal coffeeshops in Nederland laat sinds 1999 een gestaag dalende trend zien (figuur 6.7[13]). Het aantal is gedaald van 846 naar 702. Mogelijk heeft deze daling al eerder ingezet, maar eerdere schattingen zijn niet goed vergelijkbaar met die vanaf 1999.

Figuur 6.7 Aantal coffeeshops en aantal gemeenten met coffeeshops in Nederland, 1999-2007



De meeste coffeeshops bevinden zich in Amsterdam (n= 229 in 2007, rond een derde). In de andere drie grote steden bevinden zich in totaal 116 coffeeshops. De vier grote steden samen herbergen dus bijna de helft van alle coffeeshops in Nederland. In totaal zijn er in 2007 34 gemeenten met meer dan vier coffeeshops. In dit patroon is sinds 1999 geen ingrijpende verandering waarneembaar. Ook in de geografische spreiding is weinig verandering opgetreden. Concentraties van coffeeshops bevinden zich voornamelijk in de Randstad en de middelgrote steden in de provincies. Vooral de kleine gemeenten hebben geen coffeeshops.

Er wordt in het onderzoek van Bieleman et al. (2008) een aantal redenen gegeven voor de sluiting van coffeeshops.[13] Zo hebben enkele coffeeshops de geldende regels overtreden. Verder is in een aantal gevallen de eigenaar gestopt en kan er vanwege het geldende beleid geen nieuwe coffeeshop worden geopend. Vooral het niet meer gedogen van zogenoemde hasjcafés in één gemeente, heeft ertoe geleid dat een aantal coffeeshophouders de bedrijfsvoering heeft omgezet van hasjcafé (waar cannabisverkoop was toegestaan) naar reguliere horeca.

6.4.5 Leven coffeeshops de regels na?

De gecombineerde verkoop van cannabis en alcohol was in 1999 nog in tien gemeenten mogelijk. In 2000 stelde het OM vast dat deze gecombineerde verkoop niet toegelaten was.[7] In 2005 was gecombineerde verkoop nog in één gemeente het geval. Deze gemeente maakte onderscheid tussen coffeeshops waar geen alcohol werd geschonken en zogenoemde hasjcafés waar dit wel gebeurde. Voor deze hasjcafés gold een uitsterfbeleid: per april 2007 dienden alle officieel gedoogde verkooppunten van softdrugs alcoholvrij te zijn. In 2005 waren er nog 47 hasjcafés. Deze zijn omgezet in reguliere horeca (zeven) of alcoholvrije coffeeshops (40).
Op dit moment zijn er dus in Nederland géén coffeeshops meer met gecombineerde verkoop van cannabis en alcohol.

De naleving van de AHOJ-G-criteria en de maximale handelshoeveelheid is viermaal onderzocht.[10;11;15;16] Het beeld dat deze onderzoeken geven is in grote lijn eensluidend. We gaan daarom in op het meest recente onderzoek, dat dateert van december 2008.[11] In 54 gemeenten verspreid over het hele land zijn gegevens verzameld over in totaal 101 coffeeshops. Coffeeshophouders, gemeentelijke politiecoördinatoren coffeeshops, wijkagenten, omwonenden van coffeeshops en klanten zijn bevraagd. Daarnaast hebben de onderzoekers observaties verricht in en rond coffeeshops. De meeste van deze coffeeshops bestaan al vanaf vóór 1995. 59% heeft vooral een afhaalfunctie, 41% meer een sociale functie. De klantenpopulatie is divers.
Het algemene beeld is dat coffeeshophouders zich conformeren aan de regels. Overtredingen komen voor, maar niet stelselmatig en zelden moedwillig; coffeeshophouders spannen zich meestal in om deze te beperken. De naleving wordt bevorderd doordat de regels goed bekend zijn en coffeeshophouders zelf de regels ook niet willen overtreden. De controles, de pak- en sanctiekans en de ernst van de sancties spelen eveneens een belangrijke nalevingsbevorderende rol. Overtredingen worden in de hand gewerkt door onduidelijkheden of omdat regels niet worden geaccepteerd. In vergelijking met eerdere jaren lijkt de mening van coffeeshophouders en politie over de redelijkheid, duidelijkheid en uitvoerbaarheid van regels in 2007 kritischer.

- Wat betreft het harddrugs-, jeugdigen- en overlastcriterium is de kans op overtreding het kleinst, vooral omdat coffeeshophouders deze criteria belangrijk vinden, maar ook vanwege de pakkans en de sancties die kunnen volgen. Bij het verbod op affichering en het niet voorradig mogen hebben van meer dan 500 gram is de kans op overtreding groter, omdat coffeeshophouders deze criteria minder onderschrijven. Dit geldt eveneens, zij het in mindere mate, voor de vijfgramsregel. Deze criteria worden vooral nageleefd onder druk van de pakkans en de ernst van de dreigende sanctie.
- Wat betreft het verbod tot affichering valt op dat er, net als in het eerdere onderzoek, onduidelijkheid is onder de coffeeshophouders over wat precies wel en niet mag. Het merendeel van de coffeeshops leeft dit criterium naar eigen zeggen in de praktijk na. Het aantal geregistreerde overtredingen landelijk in 2007 bedraagt 13; ze zijn gevolgd door een formele waarschuwing.
- Het harddrugscriterium wordt door coffeeshophouders beschouwd als de kern van het coffeeshopsysteem. Er is duidelijk voldaan aan condities voor naleving. 14% van de coffeeshophouders geeft zelf aan dat dit criterium in hun zaak in 2007 is overtreden. Klanten hebben dan harddrugs in hun bezit. Formele overtredingen zijn niet geconstateerd in 2007. Wat betreft controle van klanten op harddrugs bestaat onduidelijkheid over de bevoegdheid van de coffeeshophouder.
- Het overlastcriterium wordt nogal eens overtreden. 43% van de coffeeshophouders geeft aan dat in 2007 rond hun zaak overlast voorkwam van foutparkeerders, rondhangende klanten en ook wel van minderjarigen die voorbijgangers aanspreken om cannabis voor hen te kopen. De meeste klachten over coffeeshops hebben betrekking op overlast. Landelijk zijn in 2007 zes overtredingen vastgesteld. Bij detectie door de politie volgt niet altijd een sanctie voor de coffeeshophouder. In 2007 volgde meestal een formele waarschuwing. Onduidelijk is hoever de verantwoordelijkheid van de coffeeshophouder in dezen gaat.
- Het jeugdigencriterium wordt naar verhouding vrij vaak overtreden. Een kwart van de coffeeshophouders geeft aan dat dit criterium in 2007 in hun zaak is overtreden. Landelijk waren er in 2007 27 formeel geregistreerde overtredingen. Meestal volgde een formele waarschuwing, maar zesmaal werd de coffeeshop gesloten voor bepaalde tijd. Overtreding heeft volgens de coffeeshophouders te maken met het feit dat jeugdigen met grote regelmaat proberen binnen te komen, soms met valse identiteitsbewijzen of tijdens grote drukte.
- Het vijfgramscriterium is moeilijk te controleren. De belangrijkste reden voor naleving is de kans op een ernstige sanctie. Aan condities voor naleving is matig tot redelijk voldaan. Een vijfde van de coffeeshophouders geeft aan dat deze regel in hun zaak in 2007 is overtreden; er is dan meer dan vijf gram aan een klant verkocht. Landelijk zijn in 2007 13 formele overtredingen geregistreerd, waarop soms een formele waarschuwing is gevolgd, soms een sluiting (zowel voor bepaalde tijd als definitief) en soms geen sanctie.
- Het criterium dat de voorraad beperkt tot maximaal 500 gram heeft de minst gunstige condities voor nale-

ving: het doel wordt door een meerderheid niet onderschreven, het wordt als onredelijk gezien en de naleving kost tijd en geld, vooral voor grotere coffeeshops. Dit criterium wordt dan ook relatief vaak overtreden, door extra voorraad dicht in de buurt van de coffeeshop op te slaan. Een derde van de coffeeshophouders zegt de regel in 2007 overtreden te hebben. Landelijk zijn 29 overtredingen vastgesteld, die gesanctioneerd zijn door formele waarschuwingen en sluitingen (meestal voor bepaalde tijd). Onduidelijk is of dit criterium alleen betrekking heeft op de coffeeshop zelf of op de totale voorraad die zich ook in de buurt kan bevinden.

Conclusie

Er zijn steeds minder coffeeshops en deze coffeeshops leven de regels over het algemeen na. Desondanks bestaat een zeker risico op het niet bereiken van doelen van het coffeeshopbeleid als gevolg van onduidelijkheid en moeilijke controleerbaarheid van regels.

6.4.6 Is er minder drugstoerisme en overlast door coffeeshops?

De problemen rond het softdrugstoerisme in een aantal grensgemeenten zijn evident en serieus. Hoewel trendgegevens over een langere periode ontbreken, lijkt dit probleem onverminderd aanwezig en niet opgelost.[19] Volgens landelijk onderzoek worden formeel niet zoveel overtredingen van het voor coffeeshops geldende overlastcriterium geconstateerd, maar in de praktijk wordt dit criterium volgens coffeeshophouders en wijkagenten in vergelijking met de andere criteria relatief vaak overtreden (zie ook hoofdstuk 11).[11;13]

6.5 Waren er ongewenste 'neveneffecten'?

6.5.1 Heeft het gedogen van de verkoop van cannabis (in coffeeshops) geleid tot een toename van het (probleem)gebruik van cannabis?

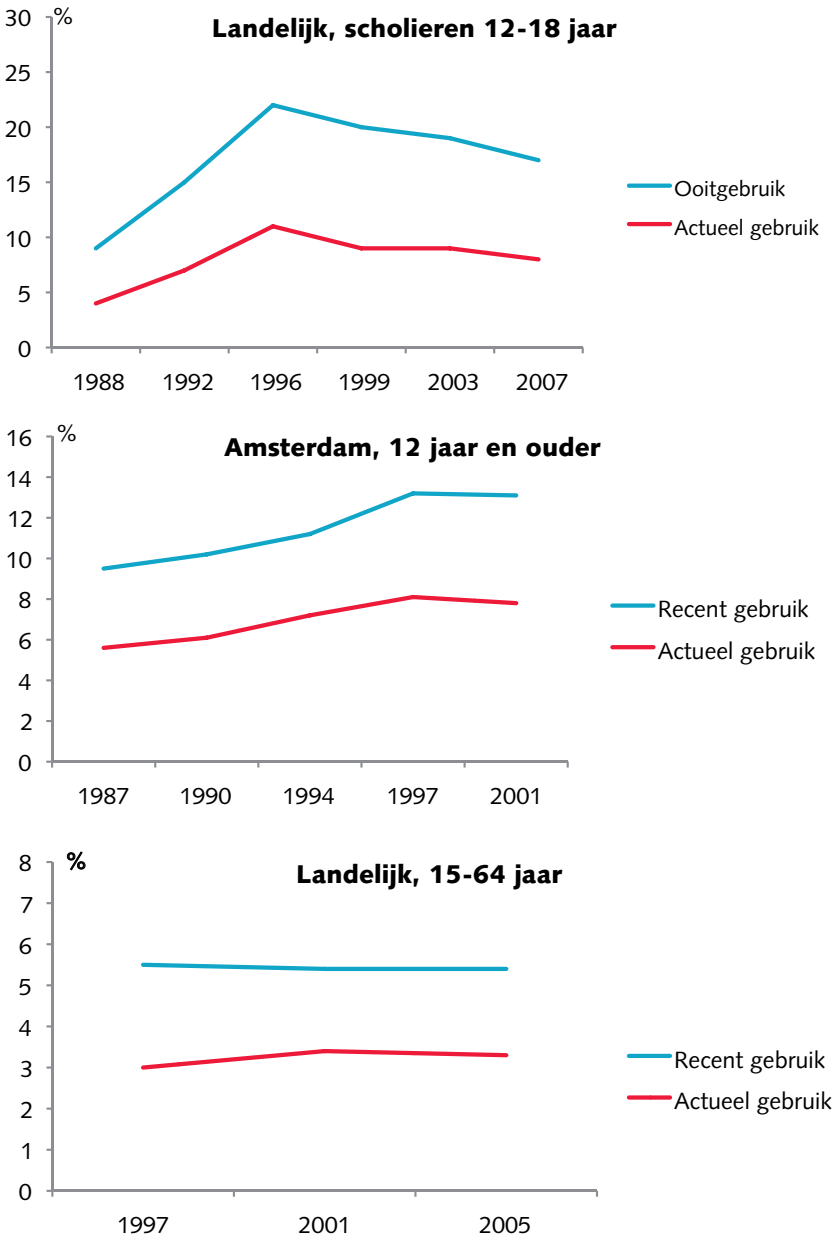
De vraag is in diverse publicaties aan de orde geweest.[76-78] Zoals in § 3.2 is genoemd is het niet mogelijk om causaliteit vast te stellen. Wel kan gekeken worden of trends in cannabisgebruik parallel lopen met trends in de ontwikkeling van het (gedoogde) aanbod van cannabis in Nederland. Vervolgens wordt een vergelijking gemaakt tussen (trends in) het cannabisgebruik in Nederland en die in het buitenland ('reasoning by analogy'). De resultaten van deze publicaties zijn hier samengevat en aangevuld met actuele gegevens. Daarnaast wordt aangegeven in hoeverre Nederland op andere indicatoren van cannabisgebruik (continuïteit, percentage jonge starters, frequent gebruik) verschilt van andere landen.

Bij de beschrijving van trends in de cannabisdetailhandel en verkoop onderscheidt Korf (2008) vier fasen.[77] In de jaren zestig werd cannabis vooral gebruikt en gekocht binnen een tegencultuur van doorgaans witte middenstandsjongeren (kunstenaars, provo's, flower-power en hippies). Deze eerste fase wordt door Korf omschreven als de 'ondergrondse markt'. De tweede fase werd ingeluid toen de vele 'ondergrondse' verkooppunten werden vervangen door verkooppunten via huisdealers in jeugdcentra. Deze nieuwe verkooppunten werden door de overheid gedoogd en hun aantal was meer beperkt. Experimenten hiermee resulteerden in 1976 in een wettelijke decriminalisering van de kleinhandel en bezit van cannabis. In de praktijk gebeurde dit al een aantal jaren eerder.[5] Volgens Korf (2008) betekende de opkomst van de huisdealer een forse slag voor de straatdealers, maar precieze cijfers over het aantal verkooppunten van cannabis ontbreken.[77] De Kort (1995) geeft aan dat huisdealers niet alleen in de grote steden werden gedoogd, maar dat cannabis ook in jongerencentra van kleinere plaatsen als Delft en Hilversum kon worden gekocht.[5] Vanaf de jaren tachtig kwamen de coffeeshops op (fase drie). Hoewel deze ontwikkeling niet door het beleid was beoogd, werd besloten de coffeeshops te gedogen, onder voorwaarden die ook werden gesteld aan de huisdealers. Waren er begin jaren tachtig in Amsterdam naar schatting zo'n 20 coffeeshops, begin jaren negentig waren dit er circa 300.[5] Vanaf 1995, toen een weinig gefundeerd landelijk aantal van 1500 coffeeshops vigeerde, werd formeel beleid ingezet om het aantal coffeeshops in te perken (fase vier). Anno 1997 volgde de eerste landelijke schatting, die op zo'n 1179 coffeeshops uitkwam. Deze schatting was eveneens vrij grof en betrof alle cannabisverkooppunten die bij de gemeente of politie bekend waren. Vanaf 1998 moesten cannabisverkooppunten waar tevens alcohol werd geschonken een keuze maken tussen coffeeshop (alleen cannabis, géén alcohol) of 'gewone' horeca. Vanaf die tijd werd het vergunningstelsel strikter en in 1999 zijn alleen de 'gedoogde' coffeeshops geteld waarvan namen en adressen zijn bijgehouden door de gemeenten.[79] Het ging toen om 846 coffeeshops. Mogelijk is de sterke daling tussen 1997

en 1999 dus deels toe te schrijven aan een andere wijze van 'tellen'. Het aantal coffeeshops is sinds 1999 (meer) geleidelijk gedaald tot 702 in 2007, die zich bevinden in 106 van 443 gemeenten (zie ook figuur 6.7).[13]
Wat betreft het gebruik van cannabis zijn er pas vanaf eind jaren tachtig gegevens beschikbaar op basis van periodiek onderzoek met vergelijkbare methoden, op basis waarvan trends kunnen worden vastgesteld, althans onder scholieren en de bevolking van Amsterdam. Op landelijk niveau zijn voor de algemene bevolking pas vanaf 1997 trendgegevens beschikbaar. Korf (1995) heeft een overzicht gemaakt van uiteenlopende onderzoeken in de algemene bevolking en onder jongeren en scholieren van 1969-1992.[56] In deze onderzoeken is het ooitgebruik van cannabis in kaart gebracht. Deze maat is een slechte indicator van recente ontwikkelingen, vooral als de gegevens de totale populatie betreffen. Immers, indien iemand één keer cannabis heeft gebruikt, telt hij of zij in elk onderzoek mee als ooitgebruiker, ook als dit jaren geleden heeft plaatsgevonden. Niettemin suggereren de beschikbare gegevens dat het gebruik van cannabis tussen eind jaren zestig in twee golfbewegingen is verlopen: een eerste piek eind jaren zestig en de eerst helft van de jaren zeventig van de vorige eeuw, gevolgd door een daling eind jaren zeventig en begin jaren tachtig. Vervolgens steeg het cannabisgebruik weer tot een tweede piek midden jaren negentig. Vanaf deze periode is een geleidelijke daling onder scholieren/jongeren waarneembaar en een stabilisering in de algemene bevolking. De laatste 'golfbeweging' is afgebeeld in drie trendonderzoeken in figuur 6.8.

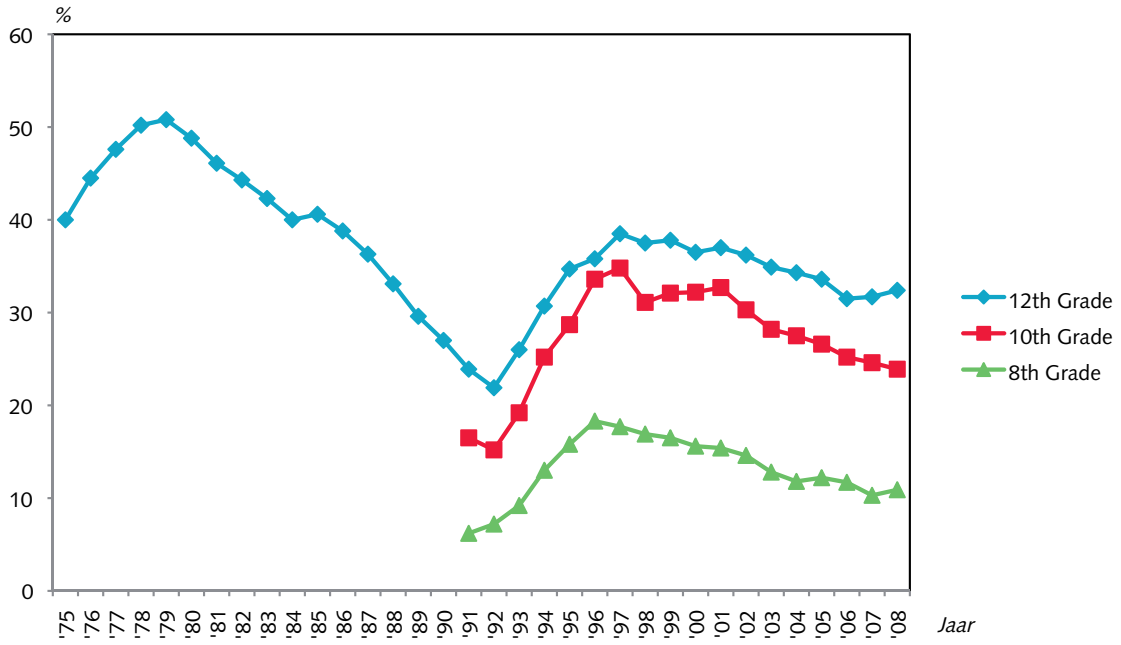
De trends in het gebruik lijken parallel te lopen aan de ontwikkelingen in het (gedoogde) aanbod van cannabis. Zo is het gebruik duidelijk toegenomen in de periode waarin het aantal coffeeshops explosief is gegroeid (derde fase), en trad een stabilisering op in 1996/1997 toen het aantal coffeeshops begon te dalen (vierde fase). Het is echter niet mogelijk om uitspraken over causaliteit te doen. Zoals beschreven in § 6.6.1 zijn er geen aanwijzingen dat er tussen 1997 en 2001 minder meerderjarige cannabisgebruikers in coffeeshops zijn gaan kopen, al zijn er geen cijfers beschikbaar over een wijziging in de frequentie waarmee zij dat doen. Het 'breekpunt' in 1996 in de stijgende trend in cannabisgebruik onder jongeren valt ook samen met de verhoging van de leeftijdsgrens voor toegang tot coffeeshops, van 16 naar 18 jaar. Een nadere analyse van gegevens van scholierenonderzoeken, waarbij rekening is gehouden met verschillen in samenstelling van de scholierenpopulatie (zoals een toename van het aantal allochtone leerlingen) geeft aan dat tussen 1996 en 1999 de prevalentie onder 16-17-jarigen is gestabiliseerd.[36] Hoewel Korf et al. (2001) concluderen dat zich in deze periode een verschuiving van de markt heeft voorgedaan onder jongeren van 16 en 17 jaar, in die zin dat zij minder in coffeeshops maar meer via vrienden kopen, kan niet worden uitgesloten dat deze verschuiving niet volledig is geweest.36 Wellicht heeft deze maatregel voor sommige jongeren een drempel opgeworpen om cannabis te (gaan) gebruiken. Monshouwer et al (2005) laten zien dat de trends in percentage gebruikers parallel liepen aan trends in waargenomen beschikbaarheid van cannabis.[80] Tussen 1992 en 1996 steeg het percentage scholieren (12-18 jaar) dat dacht dat cannabis makkelijk of heel gemakkelijk te verkrijgen was van 24% naar 34%, daalde vervolgens naar 26% in 1999 en stabiliseerde in 2003. Overigens kunnen andere verklaringen ook niet worden uitgesloten. Aangezien cannabis in Nederland doorgaans wordt geblowd kan de daling in het percentage cannabisgebruikers ook hebben plaatsgevonden in het kielzog van de daling in het percentage tabakrokers onder scholieren, een trend die eveneens vanaf 1996 waarneembaar is (Van Laar et al., 2008, NDM Jaarbericht).[81] Of (universele) preventieve activiteiten ook hebben bijgedragen aan de stabilisering/daling is niet bekend. Hoofdstuk 7 laat zien dat de invloed hiervan op het drugsgebruik als gering moet worden ingeschat.

Figuur 6.8: Trends in cannabisgebruik onder scholieren van het voortgezet onderwijs (boven), de algemene bevolking van Amsterdam (midden) en de algemene bevolking van Nederland (onder)



Recent = laatste jaar. Actueel = laatste maand. Bronnen: Abraham et al., 2002[30]; Monshouwer et al. 2008[32]; Rodenburg et al., 2007.[33]

Figuur 6.9: Trend in recent cannabisgebruik onder scholieren in de VS



Bron: Monitoring the Future, University of Michigan

Trends in cannabisgebruik vergeleken met het buitenland

Vervolgens is het de vraag hoe het cannabisgebruik in andere landen zich heeft ontwikkeld en of de decriminalisering, maar vooral de verkoop via coffeeshops, Nederland in een uitzonderingspositie heeft geplaatst. Onderzoekers verschillen van mening over met name de trend in de jaren tachtig in andere landen. Harde conclusies over trends in de jaren tachtig zijn eigenlijk niet te trekken, vanwege de schaarste aan gegevens over langetermijntrends in andere landen en de grote verschillen in dekkingsgraad (landelijk/lokaal), populatie (jongeren/volwassenen). Korf (2008) meldt dat de twee golfbewegingen in het cannabisgebruik zich ook hebben voorgedaan in de VS. 77 Figuur 6.9 laat dit zien, al loopt de 'timing' van de eerste golf niet parallel aan die in Nederland. MacCoun & Reuter (2001) voeren aan dat het (ooit)gebruik van cannabis in Noorwegen (Oslo) waar het verbod op cannabisbezit en -verkoop evenals in de (meeste staten van de) VS sterk wordt gehandhaafd, een piek vertoont begin/midden jaren zeventig, vervolgens rond het zelfde niveau schommelt tot begin jaren negentig en daarna weer stijgt. Ook in andere steden en regio's (Catalonië, Stockholm en Hamburg) en in Denemarken, Duitsland en Australië zijn aanwijzingen dat het cannabisgebruik stabiel of dalende was in de jaren tachtig van de vorige eeuw. Alleen in Helsinki verdubbelde het ooitgebruik tussen 1988 naar 1992, echter onder 15-jarigen. Op basis van deze gegevens concluderen MacCoun & Reuter (2001)[82] dat het Nederlandse beleid heeft bijgedragen aan een toename in het gebruik in de jaren tachtig, al ontkennen zij de invloed van andere factoren niet. Aangezien deze toename echter zo'n acht jaar ná ingang van de formele wetswijziging in 1976 begon, zou de wetswijziging en het 'gedogen' van bezit en verkoop van kleine hoeveelheden cannabis zelf geen invloed hebben gehad, maar mogelijk wel de daarop volgende 'commercialisering' van de verkoop van cannabis via de coffeeshops.

In vrijwel alle westerse landen is echter in de jaren negentig een toename in het cannabisgebruik gerapporteerd (zie figuur 5.3). Vanaf 2000 is het beeld weer meer gedifferentieerd, met in sommige landen een voortzetting van de stijgende trend, een daling of stabilisering (zie hoofdstuk 5). De stijging in cannabisgebruik in de jaren negentig is ook onder scholieren in tal van Europese landen aangetoond. Het ESPAD-onderzoek onder scholieren van 15 en 16 jaar geeft aan dat ooitgebruik van cannabis tussen 1995 en 1999 toenam in tweederde van de 21 Europese landen die aan beide peilingen deelnamen.[83] Tussen 1999 en 2003 stabiliseerde het gebruik eveneens in twee derde (18 van 28) van de landen. Consistente toenames in alle drie de peilingen werden in 6 landen (van de 21 met beschikbare data) gerapporteerd. Dit betrof uitsluitend Oost-Europese landen. De HBSC-studie laat zien dat tussen 2002 en 2006 het recente gebruik van cannabis onder 15-jarige scholieren afnam in 25 van 31 landen (overwegend Europa, plus de VS en Canada). De grootste dalingen werden gevonden in het Verenigd Koninkrijk, Zwitserland, Slovenië en Portugal.[84]

Cross-sectionele vergelijkingen: prevalentie cannabisgebruik en andere indicatoren
In hoofdstuk 5 (§ 5.2.1 en § 5.2.2) zijn de belangrijkste indicatoren voor cannabisgebruik beschreven. Deze gegevens laten zien dat het percentage recente cannabisgebruikers in de algemene bevolking in Nederland (iets) onder het EU-15-gemiddelde ligt (5%), en aanzienlijk lager is dan in de VS (10%), maar weer hoger dan in Zweden (2%), twee landen waarvan het beleid als repressief kan worden gekenmerkt. Op andere indicatoren 'presteert' Nederland eveneens weinig uitzonderlijk. Zo is het gemiddelde percentage (bijna) dagelijkse gebruikers in de algemene bevolking van 15-64 jaar en 15-34 jaar in de EU (voor zover gegevens beschikbaar zijn) respectievelijk 1,2% en 2,3%.[p] In Nederland is dat 0,8% en 1,6%. In Nederland is een op de vijf (23%) laatste maandgebruikers van cannabis van 15-64 jaar een (bijna) dagelijks gebruiker. In Frankrijk, Spanje en Portugal worden waarden van 32%, 31% en 44% gerapporteerd. In Noorwegen en Denemarken consumeren relatief minder actuele gebruikers (bijna)dagelijks, namelijk 13% en 16%.

De zogenaamde continuïteitsratio's geeft de kans weer dat mensen die ooit een keer cannabis gebruiken daar later mee doorgaan.[q] Onder Nederlandse jongeren en jonge volwassenen van 15-34 jaar gaat respectievelijk 29% (ooit/recent) en 17% (ooit/actueel) van degenen die cannabis proberen door met het gebruik. Deze waarden zijn vergeleken met andere EU-15-landen aan de lage kant en wijken niet veel af van die in Duitsland (respectievelijk 32% en 15%). De kans op doorgaan met cannabisgebruik is het hoogst in Spanje en België, waar bijna de helft van de ooitgebruikers ook in het laatste jaar nog had gebruikt (respectievelijk 53% en 48%); 40% (Spanje) en 32% (België) deed dit nog in de laatste maand. In Zweden en Denemarken zijn de continuïteitsratio's het laagst (in Zweden 26% voor ooit/recent en 8% voor ooit/actueel, in Denemarken 25% en 12%).

De aanwezigheid van coffeeshops in Nederland kan dus niet direct geassocieerd worden met het gebruik van cannabis onder (jong) volwassenen. De situatie onder scholieren is ondanks een 'overall' daling in het percentage cannabisgebruikers, in vergelijking met hun leeftijdgenoten in andere landen van de EU-15 minder positief (zie ook hoofdstuk 5). Nederlandse scholieren 'scoren' in de hoogste regionen wat betreft het percentage actuele gebruikers, het gebruik van cannabis zes keer of meer in de laatste maand, en gebruik van cannabis 40 keer of meer in het leven. Daarentegen staat Nederland op gelijke voet met Duitsland wat betreft het percentage jongeren dat voor het eerst begint met cannabisgebruik op 13-jarige leeftijd of jonger (6%), minder dan Frankrijk (8%) en het Verenigd Koninkrijk (9%). In Nederland steeg de gemiddelde startleeftijd tussen 1992 en 1996, stabiliseerde in 1999 en 2003, en lijkt in 2007 weer iets te dalen.[32]

Opvallend is wel dat vergeleken met andere landen het percentage scholieren dat het risico van cannabisgebruik (zowel incidenteel als regelmatig) als groot inschat het kleinst is in Nederland (tabel 5.16). Of dit samenhangt met een proces van 'normalisering' van het gebruik van cannabis onder Nederlandse jongeren (al dan niet samenhangend met de aanwezigheid van coffeeshops), of te maken heeft met de wijze waarop preventieprogramma's hun boodschap over risico's overbrengen, is niet duidelijk. In hoofdstuk 5 is reeds aangegeven dat een relatie tussen de prevalentie van cannabisgebruik en risicoperceptie lastig te duiden is.

Er zijn onvoldoende gegevens beschikbaar om uitspraken te doen over trends in probleemgebruik van cannabis. De cannabisstoornissen misbruik en afhankelijkheid, volgens criteria van de DSM, zijn in 1996 gepeild in de bevolking van 18-64 jaar.[85] Nieuwe cijfers komen in de loop van 2009/2010 beschikbaar. Voor de sterke toename sinds midden jaren negentig van het aantal cannabisgebruikers die bij instellingen voor verslavingszorg staan ingeschreven (zie hoofdstuk 5) zijn meerdere verklaringen mogelijk. Er zou sprake kunnen zijn van een toename in het probleemgebruik van cannabis (waarbij het relatief hoge THC-gehalte mogelijk maar niet noodzakelijkerwijs een rol speelt) en/of het sneller doorverwijzen door de gezondheidszorg en/of justitie.[74] De toegenomen hulpvraag van cannabisgebruikers is ook in tal van andere Europese landen en de VS waarneembaar. In Duitsland nam het aantal cannabiscliënten bij de ambulante (verslavings)zorg tussen 1994 en 2003 met een factor vijf toe (in Nederland een factor drie), van circa 4300 naar 25.500 cliënten.[86] De toegenomen hulpvraag liep parallel met een stijging in de prevalentie van cannabisgebruik in de algemene bevolking, maar de hulpvraag groeide sneller dan de omvang van het gebruik.[86]

Prevalentie cannabisgebruik en beleid
Diverse onderzoeken laten zien dat strafrechtelijke repressie geen of in elk geval geen groot effect lijkt te hebben op het gebruik (overzichten: Kilmer, 2002[68]; RAND[67]; Room et al., 2008[66]). Ook recent kan worden vastgesteld

[p] Vermoedelijk zijn deze percentages in werkelijkheid hoger omdat frequente/zware drugsgebruikers waarschijnlijk ondervertegenwoordigd zijn in algemeen bevolkingsonderzoek.
[q] Deze kans kan worden uitgedrukt als de verhouding tussen het percentage ooitgebruikers gedeeld door ofwel het percentage recente (laatste jaar) gebruikers ofwel het percentage actuele (laatste maand) gebruikers van cannabis, maal honderd.

dat in het Verenigd Koninkrijk, na de herclassificatie van cannabis in 2004 naar het minst 'zware' regiem (van Class B naar Class C), waardoor bezit van cannabis minder zwaar werd bestraft, geen sprake is van een toename, maar eerder een daling in het gebruik (zie figuur 5.3).[r] Dergelijke effecten van het beleid zijn overigens lastig vast te stellen te midden van de talloze uit onderzoek gebleken, op elkaar inspelende en samenhangende factoren die de kans op cannabisgebruik vergroten.[87] In het algemeen blijkt dat risicofactoren cumuleren, hoe meer factoren aanwezig zijn, hoe groter de kans op (problematisch) cannabisgebruik. Daarbij speelt ook dat bij het vaststellen van effecten van beleid vaak vergelijkingen tussen landen zijn gemaakt op basis van de formele wetgeving, bijvoorbeeld of gebruik/bezit strafrechtelijk wordt vervolgd en de hoogte van de strafmaat. Duidelijk is dat het er in de praktijk anders aan toe kan gaan. Room et al. (2008) berekenen dat er in zeven landen per 1000 cannabisgebruikers tussen de 20 en 40 aanhoudingen vanwege cannabisgebruik/bezit waren geregistreerd, met uitzondering van Nederland, waar slechts 3 aanhoudingen per 1000 cannabisgebruikers werden verricht.[66] Ook Kilmer (2002) constateert dat er een opmerkelijke overeenkomst is tussen landen in de kans om vanwege cannabisgebruik/bezit te worden gearresteerd. Vaak echter volgt op een arrestatie voor cannabisgebruik/bezit een waarschuwing, boete of alternatief voor straf, zoals deelname aan een behandelprogramma[66], waardoor een potentieel afschrikeffect van strafrechtelijke repressie mogelijk teniet wordt gedaan. Dat betekent dat in de praktijk verschillen tussen landen in de aanpak van 'cannabisgebruik' kleiner zullen zijn dan op grond van de formele wetgeving kan worden verwacht (zie ook hoofdstuk 11). De aanwezigheid van coffeeshops blijven echter een uniek kenmerk van het Nederlandse beleid.

Conclusie

Trends in de prevalentie van het gebruik van cannabis lijken parallel te lopen aan de ontwikkelingen in het (gedoogde) aanbod van cannabis via coffeeshops. Zo is het gebruik duidelijk toegenomen in de periode waarin het aantal coffeeshops explosief is gegroeid, in de jaren tachtig en eerste helft van de jaren negentig van de vorige eeuw, en trad een stabilisering op in 1996/1997 toen het aantal coffeeshops begon te dalen. Harde uitspraken over causaliteit zijn niet mogelijk. De stijging in cannabisgebruik in de jaren negentig is ook waarneembaar in tal van andere landen, waar de verkoop niet via coffeeshops verloopt maar meer 'ondergronds', hetgeen het niet aannemelijk maakt deze aan coffeeshops toe te schrijven. Over de stijging in de jaren tachtig, toen het aantal coffeeshops begon te groeien, bestaat minder eenduidigheid, maar conclusies zijn niet te trekken. Desondanks heeft een eventuele 'bijdrage' van de coffeeshops zeker niet geleid tot een in Europees verband buitensporig aantal (frequente) gebruikers van cannabis, in elk geval niet onder volwassenen. Onder jongeren is het cannabisgebruik wél hoger dan gemiddeld. Of dit samenhangt met de coffeeshops (grotere beschikbaarheid – zij het indirect; gebruik meer normatief) of andere factoren, is niet duidelijk. Monshouwer et al. (in druk) noemen ook de mogelijkheid van culturele factoren, aangezien jongeren in Nederland ook hoog in de rangorde van Europese landen staan wat betreft hun alcoholconsumptie.

6.5.2 Heeft de daling van het aantal coffeeshops gevolgen gehad voor de beschikbaarheid van cannabis en het harddrugsgebruik?

Zoals eerder aangegeven zullen 'effecten' (d.w.z. causaliteit) van een daling van het aantal coffeeshops niet kunnen worden vastgesteld. Wél kan gekeken worden of bepaalde ontwikkelingen parallel lopen met de dalende trend. Landelijke gegevens over het stabiele percentage (meerderjarige) cannabisgebruikers (ook de dagelijkse, zie hoofdstuk 5), en het (waarschijnlijk) niet afgenomen aandeel meerderjarige cannabisgebruikers dat koopt in coffeeshops, suggereren dat de daling in het aantal coffeeshops niet heeft geleid tot een daling van de beschikbaarheid van cannabis. Daarbij moet worden aangetekend dat er géén informatie beschikbaar is over eventuele wijzigingen in de frequentie waarmee coffeeshops worden bezocht. Een mogelijkheid is dat in de gemeenten waar een forse daling van het aantal coffeeshops is opgetreden, schaalvergroting heeft plaatsgevonden doordat de resterende coffeeshops (een deel van) de klantenkring hebben overgenomen. Cijfers hierover ontbreken. Mogelijk is ook de parallelmarkt van niet-gedoogde aanbieders sinds 1997 toegenomen, of 'shoppen' gebruikers vaker in buurgemeenten; maar deze veronderstellingen kunnen niet met onderzoeksgegevens worden ondersteund. In zoverre er een verschuiving heeft plaatsgevonden heeft deze op landelijk niveau vooralsnog niet geleid tot een meetbare toename van het harddrugsgebruik, noch in algemene zin noch onder cannabisgebruikers (zie § 5.2). Dit sluit verschuivingen op lokaal niveau niet uit; landelijk bevolkingsonderzoek is wellicht te

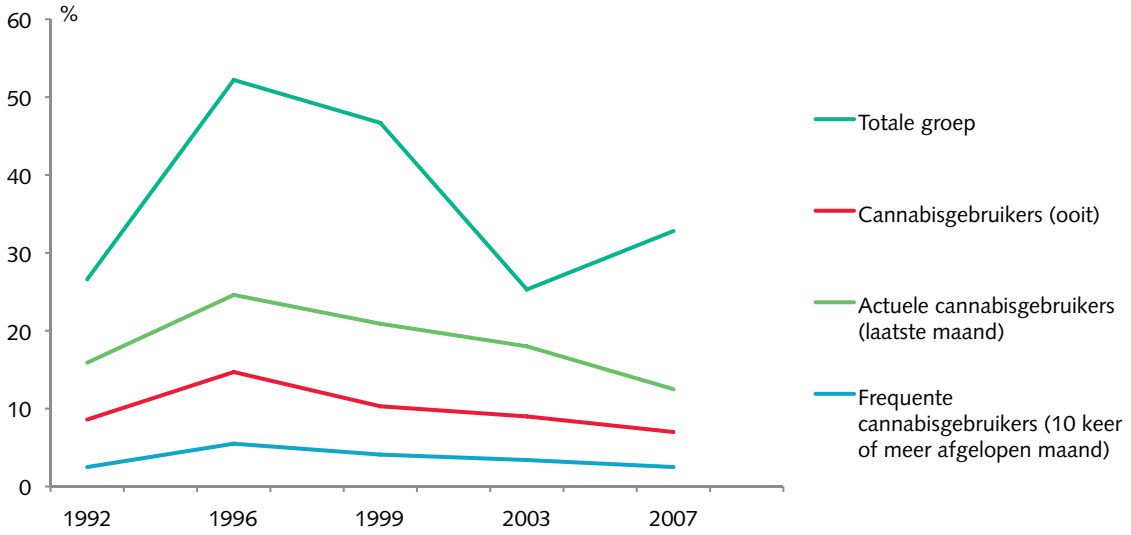
[r] Deze herclassificatie betekende geen decriminalisering, maar wel een verlaging van de strafmaat, en de kans daalde dat volwassenen vanwege bezit van cannabis voor persoonlijk gebruik nog zouden worden gearresteerd.

grofmazig voor het oppakken van lokale trends. Onbekend is ook of er een 'ondergrens' is in het aantal (en de spreiding van) coffeeshops, waarbeneden zich (mogelijk) ongewenste effecten gaan optreden.

6.5.3 Heeft de verhoging van de leeftijdsgrens in 1996 geleid tot een toename van het harddrugsgebruik onder jongeren van 16-17 jaar?

In 1996 is de leeftijdsgrens voor toegang tot coffeeshops verlegd van 16 naar 18 jaar. Vanaf dit jaar hadden jongeren van 16 en 17 die voorheen nog wel in coffeeshops hun cannabis mochten kopen hier dus formeel geen toegang meer toe.[5] Uitgaande van de scheiding van de markten, die via het instrument van de coffeeshops gerealiseerd zou worden, is een toename te verwachten van het harddrugsgebruik onder jongeren in deze leeftijdsgroep die cannabis gebruiken. Figuur 6.10 geeft de maandprevalentie van harddrugsgebruik weer onder scholieren van 16-17 jaar in het algemeen en onder verschillende groepen cannabisgebruikende scholieren in dezelfde leeftijdgroep.

Figuur 6.10: Trends in de maandprevalentie van harddrugsgebruik onder alle scholieren en onder groepen cannabisgebruikers, in de leeftijdsgroep 16-17 jaar



Bron: Peilstationsonderzoeken (sec. analyses, Monshouwer & Smit)

In 1996 piekt het harddrugsgebruik in alle groepen, en daalt in de periode na 1996. De trends voor de actuele en ooitgebruikers van cannabis lopen parallel aan die van de totale groep scholieren en er is eerder sprake van een daling in de verhouding tussen het harddrugsgebruik onder cannabisgebruikers versus dat in de totale groep, dan van een stijging. Dit suggereert dat de verhoging van de leeftijdsgrens in 1996 niet tot gevolg heeft gehad dat het harddrugsgebruik onder (cannabisgebruikende) leerlingen van 16-17 jaar is toegenomen, al kunnen 'effecten' niet hard worden vastgesteld. De trends veranderen niet indien alleen naar de autochtone leerlingen wordt gekeken. De dalingen in harddrugsgebruik kunnen dus niet worden toegeschreven aan een toename van het aandeel allochtone leerlingen.

Duidelijk is echter wel dat harddrugsgebruik het meest voorkomt onder degenen die frequent (tien keer of meer in de afgelopen maand) cannabis gebruiken. In 1996 had maar liefst de helft van de frequente gebruikers in de afgelopen maand ook een harddrug gebruikt. In 2007 was dat gedaald naar ruim 30%. De stijging van 2003 naar 2007 is niet significant; bedacht moet worden dat het om kleine aantallen gaat.

[5] De gegevensverzameling voor de Peilstationsonderzoeken wordt altijd in oktober en november uitgevoerd. De richtlijn voor de leeftijdsgrens van 18 jaar is op 1 oktober 1996 ingegaan. Het is echter aannemelijk dat eventuele effecten hiervan pas in de meting van 1999 zichtbaar worden.

6.6 Overige vragen

6.6.1 Wat zijn de sociale gevolgen van cannabisgebruik?

Cannabisgebruik komt voor in alle lagen van de bevolking. Duidelijk is echter wel dat het gebruik váker voorkomt in groepen met een 'sociale achterstand', maar dit wijst niet direct op een oorzakelijk verband (zie later in de tekst). Uit landelijk bevolkingsonderzoek in 2007 blijkt dat het percentage actuele (laatste maand) gebruikers van cannabis bijna dubbel zo hoog is onder laagopgeleiden (lo) vergeleken met hoogopgeleiden (hbo/wo). Daarbij is gecorrigeerd voor leeftijdverschillen (CBS, 2008). In het Peilstationsonderzoek onder scholieren in hetzelfde jaar worden geen verschillen gevonden in cannabisgebruik tussen verschillende schooltypen; wel blowen leerlingen van het vmbo-b frequenter en meer joints per gelegenheid vergeleken met leerlingen van het vwo.[32] Onderzoek in 2003 onder de Utrechtse bevolking van 16-54 jaar laat zien dat het percentage recente cannabisgebruikers het hoogst was onder autochtone mannen, 16-24 jarigen, ongehuwden, uitkeringsgerechtigden en personen met een laag inkomen[88]; tussen 1999 en 2003 was gebruik van alcohol, cannabis en ecstasy alleen onder lage SES-groepen toegenomen. Volgens onderzoek in Parkstad-Limburg zijn 20-24 jarigen, mensen met een lage of middelbare opleiding, die wonen in buurten met een laag welstandsniveau risicogroepen voor regelmatig (drie keer of vaker per week) en langdurig (langer dan twee jaar) cannabisgebruik.[89]

Hoofdstuk 5 laat zien dat (problematisch) cannabisgebruik ook relatief veel voorkomt in bepaalde groepen 'probleemjongeren', zoals jongeren in spijbelprojecten, de jeugdzorg, zwerfjongeren en gedetineerde jongeren. Deze bevindingen stemmen overeen met resultaten uit onderzoek onder Nederlandse scholieren, waaruit blijkt dat vooral de frequente cannabisgebruikers ook vaker harddrugs gebruiken, vaker agressief en delinquent gedrag vertonen, vaker spijbelen en andere schoolproblemen hebben. Deze bevindingen doen vermoeden dat hier sprake is van een 'clustering' van probleemgedrag.[80;90] Ook in het ESPAD-onderzoek uit 2007 in 35 landen wordt een samenhang gevonden tussen tien of meer keer cannabisgebruik in het afgelopen jaar en anomie ('normloosheid'), antisociaal gedrag en weglopen van huis.[91] Deze verbanden werden echter ook voor andere middelen en gedragingen gevonden (elf of meer sigaretten per dag; tien of meer keer alcohol in de laatste maand; drie keer dronken zijn in het afgelopen jaar; gebruik van andere drugs drie of meer keer in het leven).

Dat wil niet per se zeggen dat cannabisgebruik de oorzaak is van deze problemen. Vaak gaan bijvoorbeeld gedragsproblemen vooraf aan het cannabisgebruik of zijn beide onderdeel van een breder patroon van afwijkend gedrag. Een andere mogelijkheid is een overlap van risicofactoren die zowel cannabisgebruik als probleemgedrag veroorzaken. In longitudinaal onderzoek kunnen deze verklaringen beter worden onderzocht. Een van de meest gedegen studies naar de 'levensloop' van cannabisgebruikers is uitgevoerd in Nieuw-Zeeland door Fergusson en collega's (2008).[46] Zij volgden kinderen vanaf de geboorte tot en met hun 25e levensjaar en onderzochten verbanden tussen de frequentie van cannabisgebruik tijdens hun 14e tot en met 21e levensjaar en tal van uitkomsten op 25-jarige leeftijd. Hoe frequenter het cannabisgebruik, hoe kleiner de kans op het behalen van een universiteitsgraad, hoe lager het inkomen, hoe groter de kans op een sociale uitkering en werkloosheid en hoe minder tevreden met de relatie en het leven in het algemeen.[t] In de analyses was gecontroleerd op de invloed van een groot aantal mogelijke verstorende variabelen, waaronder socio-economische gezinsfactoren, functioneren van het gezin, misbruik en andere jeugdtrauma's, gedragsproblemen, gebruik van andere drugs, en depressie. De resultaten waren vergelijkbaar indien alleen naar cannabisgebruik tot en met het 18e levensjaar werd gekeken. In ander onderzoek werd gevonden dat het risico op vroegtijdig schoolverlaten het grootst was voor degenen die reeds op jonge (15-jarige) leeftijd wekelijks of vaker cannabis gebruikten.[92]

Deze nadelige gevolgen kunnen deels samenhangen met de (acute) negatieve effecten van cannabis op het cognitief functioneren, vooral bij jongeren die al leerproblemen hebben. Blowen onder schooltijd, zoals in de Antenne-monitor is gesignaleerd, kan daaraan bijdragen.[37 u] Mogelijk heeft fors cannabisgebruik een sterker effect, ook na stopzetting, op jongeren met een laag IQ, vanwege het ontbreken van 'cognitieve reserves'.[93] Een ander (indirect) mechanisme waarbij de sociale context een rol speelt wordt echter aannemelijker geacht.[94] Cannabisgebruik, en met name frequent gebruik en beginnen op jonge leeftijd, vergroot de kans dat jongeren in sociale kringen komen te verkeren waarin goede schoolprestaties en (materieel) succes niet de norm zijn. Een

[t] Zes frequentiecategorieën werden onderzocht: nul keer, 1-99 keer, 100-199 keer, 200-299 keer, 300-399 keer en 400 keer of meer in het leven.

[u] Vier op de tien actuele cannabisgebruikers onder leerlingen van het voortgezet onderwijs in Amsterdam geven aan wel eens te blowen onder schooltijd.[37]

'deviante' vriendenkring vormt ook een sterke voorspeller voor cannabisgebruik (en misbruik/afhankelijkheid), en deze invloed is waarschijnlijk sterker op jongere leeftijd (14-15 jaar) dan op oudere leeftijd (20-21 jaar).[95 v]

Hoewel sociale factoren en/of gedragsproblemen dus niet zozeer de relatie verklaren tussen cannabisgebruik en latere sociale gevolgen, het feit dat in bepaalde groepen jongeren vaker (en mogelijk ook vroeger) wordt gebruikt, vergroot ook de kans dat zij later negatieve 'gevolgen' ervaren van cannabisgebruik. Bij een reeds ongunstige (sociale of cognitieve) uitgangspositie kan dat 'extra aantikken' maar hierover is weinig bekend uit onderzoek.

Zowel de sociale omgeving (peer group) als persoonlijke (en deels genetische) risicofactoren spelen waarschijnlijk een rol bij het gaan gebruiken van zowel cannabis als harddrugs, althans onder jongeren. Het is maar de vraag in hoeverre coffeeshops deze (jonge) risicogebruikers – ook indien zij formeel toegang tot coffeeshops zouden mogen hebben – kunnen afschermen van het gebruik van harddrugs, laat staan het in contact komen met een 'deviante' vriendenkring. Omgekeerd valt het niet te zeggen in hoeverre de coffeeshops, al dan niet indirect of via het afgeven van onduidelijke signalen over gebruik, het gebruik van cannabis hebben aangemoedigd.

6.7 Enkele lacunes in informatie

In dit hoofdstuk is de beschikbare informatie over cannabis en coffeeshops gebruikt. De informatie kent enkele lacunes, die het geven van een volledig beeld belemmeren.

- Tal van onderzoeken volgen het gebruik van cannabis in de bevolking en onder jongeren maar er is onvoldoende zicht op (ontwikkelingen in) probleemgebruik van cannabis.
- Er is geen onderbouwing van de signalen naar het aanbod en dealen van drugs rondom scholen.
- Cannabisgebruik komt vaker voor in 'sociale achterstandsgroepen' en/of onder jongeren en jonge volwassenen die anderszins kwetsbaar zijn. Onbekend is in hoeverre cannabisgebruik hun positie verder verslechtert.
- Gegevens uit bevolkings- en scholierenonderzoek naar de plaats waar mensen hun cannabis vandaan halen geven een indicatie van de markt, maar bieden geen zicht in het relatieve belang van de verschillende bronnen in de totale cannabisverkoop en -consumptie.
- Er is vooralsnog geen verklaring voor de relatie tussen de risicoperceptie en waargenomen beschikbaarheid van cannabis enerzijds en cannabisgebruik anderzijds.
- Een overzicht van de (sociale) gevolgen van een 'cannabis arrest' in andere landen ontbreekt.
- Registratiegegevens over cannabisdelicten geven weinig inzicht in het type delict dat gepleegd is. Zo is niet te onderscheiden om welke hoeveelheden cannabis het gaat bij bezitsdelicten. Daarvoor is dossieronderzoek nodig. Dit is voor het laatst gedaan over het jaar 2004.[96]
- De vraag of en hoe georganiseerde criminaliteit betrokken is bij coffeeshops kan niet beantwoord worden op basis van de beschikbare informatie. Het zicht op criminele betrokkenheid van coffeeshophouders anders dan bij handel in softdrugs (die qq onvermijdelijk is) is eveneens beperkt.

6.8 Conclusies

Primaire vraag in dit hoofdstuk is of de beoogde aanpak en uitkomsten van het beleid ten aanzien van cannabisgebruikers en coffeeshops, zoals geformuleerd in de jaren zeventig en de Drugsnota 1995, zijn gerealiseerd. Wat betreft de beoogde aanpak kan worden geconcludeerd dat deze op sommige punten daadwerkelijk is gevolgd, op andere niet. De wetgeving is aangepast in 1976 om de verschillen in risico's tussen cannabis en harddrugs tot uiting te brengen, en richtlijnen voor opsporing en vervolging zijn vastgesteld en in latere jaren verfijnd en aangescherpt. Het aantal gemeenten dat coffeeshops toestaat is stabiel gebleven (tot 2008) . Naast de landelijke criteria voor coffeeshops worden lokaal echter steeds meer voorwaarden gesteld aan coffeeshops, die met een handhavings- en sanctiebeleid worden bewaakt. De mogelijkheden om op te treden tegen niet-gedoogde verkooppunten zijn verruimd en gemeenten kunnen zich laten adviseren en ondersteunen door een expertisebureau. Daar staat tegenover dat het wettelijk instrumentarium niet frequent gebruikt is en dat de rol van criminele organisaties bij cannabisteelt en handel en van criminaliteit rond coffeeshops pas de laatste jaren aan-

[v] Deze bevindingen zijn niet nieuw. Onderzoek van Cohen eind jaren zestig liet al een relatie zien tussen zwaar drugsgebruik en het in mindere mate voltooien van een opleiding. Ook de Amerikaanse onderzoeker Johnson vond een verband tussen zwaar drugsgebruik en verminderde schoolprestaties, maar schreef dit niet zozeer toe aan het gebruik zelf, dan wel de 'deviante' leefstijl.[48]

dacht krijgt en nog met onduidelijkheid omgeven is. De criteria worden gehandhaafd volgens plan, maar tegelijkertijd kent de handhaving beperkingen die het detecteren van overtredingen bemoeilijken. Ten aanzien van het coffeeshoptoerisme zijn op lokaal niveau tal van uiteenlopende initiatieven genomen.

Wat betreft de beoogde uitkomsten kan worden geconstateerd dat de markten voor cannabis en harddrugs vrij sterk gescheiden zijn. Dit komt vooral doordat de cannabis meestal in (of via) coffeeshops wordt aangeschaft, die zich vrij goed houden aan het criterium 'geen verkoop van harddrugs'. De kans is klein dat cannabisgebruikers in coffeeshops harddrugs krijgen aangeboden. De scheiding van de markten is echter niet absoluut, omdat cannabis ook via andere kanalen wordt aangeschaft. Via vrienden en illegale verkooppunten (m.n. straathandel) kan vermenging van de markt optreden, al is de kans hierop in vergelijking met het buitenland beduidend kleiner. Of het coffeeshopsysteem ertoe geleid heeft dat cannabisgebruikers meer dan elders ervan weerhouden worden harddrugs te gaan gebruiken, is moeilijk te zeggen. Wellicht is er in de jaren tachtig een beschermend effect van uitgegaan tegen het gaan gebruiken van heroïne. Voor zover gegevens beschikbaar zijn, zijn er landen waar de prevalentie van het gebruik van harddrugs (of partydrugs), zoals ecstasy, cocaïne en amfetamine, onder cannabisgebruikers zowel hoger als lager is dan in Nederland. Deze resultaten geven dus geen eenduidig beeld. Andere factoren lijken een grotere rol te spelen bij de 'overstap' van cannabis naar harddrugs, zoals kenmerken van de gebruiker en de sociale omgeving ('peer group'). Dat neemt niet weg dat het gebruik van harddrugs in Nederland vergeleken met de EU-15 en de VS relatief laag is, met uitzondering van het gebruik van ecstasy.

Ook kan niet met zekerheid worden vastgesteld welke rol coffeeshops hebben gespeeld in de toename van het aantal cannabisgebruikers. De decriminalisering van het bezit van cannabis voor eigen gebruik an sich lijkt niet zozeer een stijging in het aantal gebruikers tot gevolg te hebben gehad. Mogelijk heeft de verkoop via coffeeshops bijgedragen aan de groeiende populariteit van cannabis in de jaren tachtig. De algehele stijging van het cannabisgebruik in westerse landen, waaronder Nederland, in de jaren negentig suggereert dat de parallel lopende toename in het cannabisgebruik eerder toevallig dan oorzakelijk is. Hoe dan ook kan worden geconcludeerd dat het percentage cannabisgebruikers in de algemene bevolking in Nederland, met een positie onder het Europese gemiddelde, zeker niet buitensporig is. Ook al zouden coffeeshops een stimulerend effect hebben op het gebruik, dan lijkt dit – althans onder volwassenen – vrij beperkt te zijn. Of dit ook gezegd kan worden voor het gebruik onder Nederlandse (minderjarige) jongeren is niet bekend. Ondanks een overall stabilisering/daling in het gebruik scoren scholieren relatief hoog in het gebruik vergeleken met hun leeftijdgenoten in de EU-15, en schatten slechts weinigen de risico's van cannabis als (vrij) ernstig in. Los van de vraag of deze opvatting terecht is, is in onderzoek een verband aangetoond tussen waargenomen risico en het (beginnen met) gebruik van cannabis, al zijn de mechanismen hierachter nog niet opgehelderd.[97] [x] Inzicht in deze mechanismen is van belang alvorens geconcludeerd wordt dat 'waarschuwende voorlichting' een geëigend middel zou zijn om het gebruik terug te dringen. Ook is het cannabisgebruik in bepaalde groepen ('kwetsbare') jongeren relatief hoog, vergeleken met hun leeftijdgenoten uit de algemene bevolking. Op dit punt kan geen vergelijking worden gemaakt met andere landen, maar het EMCDDA signaleert in het algemeen dat jongeren in bepaalde sociale achterstandssituaties een grotere kans lopen op latere drugsproblematiek (zie ook hoofdstuk 5).[75]

Er zijn zoals beoogd sinds 1995 steeds minder coffeeshops en deze coffeeshops leven de regels over het algemeen na. Desondanks bestaat een zeker risico op het niet-bereiken van doelen van het coffeeshopbeleid als gevolg van onduidelijkheid en moeilijke controleerbaarheid van sommige regels. De daling van het aantal coffeeshops loopt niet parallel aan een stijging van het harddrugsgebruik, of daling in het cannabisgebruik. De stijging van de leeftijdsgrens heeft mogelijk bijgedragen aan een stabilisering/daling van het cannabisgebruik onder jongeren, maar ook zijn er aanwijzingen dat het aanbod van cannabis lange tijd niet daadwerkelijk is veranderd; een (gedeeltelijke) verplaatsing van de markt (cannabis vaker via vrienden) is eveneens plausibel.

Formeel worden weinig overtredingen van het overlastcriterium (AHOJ-G-richtlijnen) geregistreerd, maar in de praktijk wordt dit criterium vaker overtreden dan de andere coffeeshopcriteria. In sommige grensgemeenten zorgt het drugstoerisme voor serieuze overlastproblematiek. Op dit punt heeft het beleid dus duidelijk de doelstellingen niet gehaald.

[x] Perez (2007) laat bovendien zien dat waargenomen afkeuring van cannabisgebruik door ouders en vrienden een sterkere voorspeller was van actueel cannabisgebruik dan waargenomen risico van schadelijkheid.[97] Bovendien speelt afkeuring door ouders een grotere rol onder jongeren met een hoog gezinsinkomen. Onder jongeren met een lager inkomen was afkeuring door vrienden een belangrijker voorspeller van actueel cannabisgebruik.

Referenties

1. T.K.11742-8.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1974-1975 publicatienummer 11742 nr.8 (1975). *Achtergronden en risico's van druggebruik: Memorie van antwoord*. Den Haag: Sdu Uitgvers.
2. T.K.24077-125.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2003-2004 publicatienummer 24077 nr.125 (2004). *Drugbeleid: Brief ministers over het cannabisbeleid.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
3. T.K.13407-3.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1974-1975 publicatienummer 13407 nr.3 (1975). *Wijziging van de Opiumwet en enige daarmede verband houdende bepalingen in andere wetten: memorie van toelichting*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
4. T.K.24077-3.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1994-1995 publicatienummer 24077 nr.3 (1995). *Drugbeleid; Nota 'Het Nederlandse drugbeleid: continuïteit en verandering'.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
5. De Kort, M. (1995). *Tussen patiënt en delinquent: geschiedenis van het Nederlandse drugsbeleid.* Hilversum: Verloren.
6. Stc 1996-187.Staatscourant 27 september 1996 nr.187 (1996). *Richtlijnen opsporings- en strafvorderingsbeleid strafbare feiten* Opiumwet. Den Haag: Sdu Uitgevers.
7. Stc 2000-250.Staatscourant 27 december 2000 nr.250 (2000). *Aanwijzing Opiumwet (2000A019)*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
8. Stc 2004-246.Staatscourant 22 december 2004 nr.246 (2004). *Verlenging beleidsregels OM*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
9. T.K.24077-75.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1999-2000 publicatienummer 24077 nr.75 (2000). *Drugbeleid; Brief minister bij de notitie 'Het pad naar de achterdeur', over de aanvoer van softdrugs naar coffeeshops*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
10. Broekhuizen, J., Raven, J., Driessen, F.M.H.M. (2006). *Handhaving en naleving van de coffeeshopregels in 2004*. Utrecht: Bureau Driessen.
11. De Bruin, D., Dijkstra, M., Breeksema, J. (2008). *Coffeeshops in Nederland 2007: naleving en handhaving van coffeeshopregels*. Utrecht: Stichting CVO.
12. Rijksvoorlichtingsdienst (2007). *Coalitieakkoord tussen de Tweede Kamerfracties van CDA, PvdA en ChristenUnie*. Den Haag: RVD.
13. Bieleman, B., Beelen, A., Nijkamp, R., De Bie, E. (2008). *Coffeeshops in Nederland 2007: aantallen coffeeshops en gemeentelijk beleid 1999-2007*. Groningen: Intraval.
14. Bieleman, B., Goeree, P., Naayer, H. (2005). *Coffeeshops in Nederland 2004: Aantallen coffeeshops en gemeentelijk beleid 1999-2004*. Groningen-Rotterdam: Intraval.
15. Bieleman, B., Goeree, P., Naayer, H. (2003). *Coffeeshops in Nederland 2002: Aantallen, gemeentelijk beleid en handhaving AHOJ-G criteria*. Groningen-Rotterdam: Intraval.
16. Pardoel, C.A.M., Van Haaf, J., Bogaerts, S., Van Kalmthout, A.M. (2004). *Coffeeshops in Nederland anno 2003: Aantallen, lokaal beleid, handhaving en naleving*. Tilburg: IVA / Universiteit van Tilburg, departement strafrechtwetenschappen.
17. Snippe, J., Bieleman, B., Kruize, A., Naayer, H. (2005). *Hektor in Venlo: Eindevaluatie: inspanningen, proces en resultaten 2001-2004*. Groningen-Rotterdam: Intraval.
18. Bieleman, B., Naayer, H. (2007). *Onderzoek coffeeshops Terneuzen*. Groningen-Rotterdam: Intraval.
19. Fijnaut, C., De Ruyver, B. (2008). *Voor een gezamenlijke beheersing van de drugsgerelateerde criminaliteit in de Euregio Maas-Rijn: een rapport voor het Bestuur van de Euregio*. Maastricht: Euregio Maas-Rijn.
20. Korf, D.J., Wouters, M., Nabben, T., Van Ginkel, P. (2005). *Cannabis zonder coffeeshop: niet-gedoogde cannabisverkoop in tien Nederlandse gemeenten.* Amsterdam: Rozenberg Publishers.
21. Smits, E.C.M., Smallenbroek, A.J.H. (2002). *Evaluatie van de drugsinstrumenten: de gemeentelijke praktijk van het sluiten van panden op grond van artikel 174a van de Gemeentewet en artikel 13b van de Opiumwet*. Den Haag: SGBO.
22. Snippe, J., Bieleman, B., Kruize, A. (2004). *Hektor in Venlo: Monitoren drugsoverlast Venlo: tussenmeting. Groningen*-Rotterdam: Intraval.
23. Bieleman, B., Snippe, J. (2004). *Preventieve doorlichting cannabissector c.a.* Groningen-Rotterdam: Intraval.
24. Emmet, I., Boers, R. (2008). *Het groene goud: verslag van een onderzoek naar de cannabissector voor het Nationaal dreigingsbeeld criminaliteit met een georganiseerd karakter.* Zoetermeer: KLPD-Dienst IPOL.
25. Kleemans, E.R., Brienen, M.E.I., Van de Bunt, H.G. (2002). *Georganiseerde criminaliteit in Nederland: tweede rapportage op basis van de WODC-monitor.* Den Haag: WODC.
26. Spapens, T., Van de Bunt, H., Rastovac, L. (2007). *De wereld achter de wietteelt.* Rotterdam/Tilburg: Erasmus Universiteit/Universiteit van Tilburg.
27. Neve, R. (2008). *Stromen en knooppunten in de hennepteelt: pilotonderzoek: logistieke ketens in de georganiseerde criminaliteit en de nodale oriëntatie*. Zoetermeer: KLPD-dienst IPOL.

28. Fijnaut, C., Bovenkerk, F., Bruinsma, G., Van de Bunt, H. (1996). *Bijlage VII: Eindrapport onderzoeksgroep Fijnaut [Inzake opsporing / Enquêtecommissie Opsporingsmethoden]*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
29. Van de Bunt, H. (2004). Organised crime policies in the Netherlands. In: C. Fijnaut, L. Paoli (red.). *Organised crime in Europe: concepts, patterns and control policies in the European Union and beyond*, p. 677-716. London: Springer.
30. Abraham, M.D., Cohen, P.D.A., Kaal, H.L. (2002). *Licit and illicit drug use in the Netherlands, 2001*. Amsterdam: Mets.
31. Monshouwer, K., Van Dorsselaer, S., Gorter, A., Verdurmen, J., Vollebergh, W. (2004). *Jeugd en riskant gedrag: kerngegevens uit het peilstationsonderzoek 2003. Roken, drinken, drugsgebruik en gokken onder scholieren vanaf tien jaar.* Utrecht: Trimbos-instituut.
32. Monshouwer, K., Verdurmen, J., Van Dorsselaer, S., Smit, E., Gorter, A., Vollebergh, W. (2008). *Jeugd en riskant gedrag 2007: kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek scholieren: roken, drinken, drugsgebruik en gokken onder scholieren vanaf tien jaar.* Utrecht: Trimbos-instituut.
33. Rodenburg, G., Spijkerman, R., Van den Eijnden, R., Van de Mheen, D. (2007). *Nationaal prevalentieonderzoek middelengebruik 2005.* Rotterdam: IVO.
34. Van der Poel, A., Van de Mheen, D. (2006). Young people using crack and the process of marginalization. *Drugs: Education, Prevention & Policy,* 13(1): 45-59.
35. Biesma, S., Naayer, H., Bieleman, B. (2007). *Voorstudie softdrugsgebruik jongeren Rotterdam*. Groningen-Rotterdam: Intraval.
36. Korf, D.J., Van der Woude, M., Benschop, A., Nabben, T. (2001). *Coffeeshops, jeugd en toerisme*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
37. Nabben, T., Benschop, A., Korf, D.J. (2008). *Antenne 2007: trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
38. Gruter, P., Van de Mheen, D. (2005). *Cocaïnehandel in Nederland: impressies van deelnemers aan drugsdistributienetwerken.* Rotterdam: IVO.
39. Cohen, P.D.A., Kaal, H. (2001). *The Irrelevance of Drug Policy: Patterns and careers of experienced cannabis use in the populations of Amsterdam, San Francisco and Bremen*. Amsterdam: CEDRO/UvA.
40. Reinarman, C. (2009). Cannabis policies and user practices: Market separation, price, potency, and accessibility in Amsterdam and San Francisco. *International Journal of Drug Policy,* 20(1): 28-37.
41. Decorte, T., Muys, M., Slock, S. (2003). *Cannabis in Vlaanderen: patronen van cannabisgebruik bij ervaren gebruikers.* Leuven: Acco.
42. Van Havere, T., De Donder, E., Geirnaert, M., Schrooten, J. (2008). *Partywise: kwantitatief en kwalitatief uitgaansonderzoek 2006 & 2007*. Brussel: VAD.
43. Hathaway, A. (2004). Cannabis users' informal rules for managing stigma and risk. *Deviant Behavior*, 25(6): 559-577.
44. Kandel, D.B. (2003). Does Marijuana Use Cause the Use of Other Drugs? *JAMA*, 289(4): 482-483.
45. Hall, W.D., Lynskey, M. (2005). Is cannabis a gateway drug? Testing hypotheses about the relationship between cannabis use and the use of other illicit drugs. *Drug and Alcohol Review*, 24(39-48.
46. Fergusson, D.M., Boden, J.M. (2008). Cannabis use and later life outcomes. *Addiction*, 103(6): 969-976.
47. Fergusson, D.M., Boden, J.M., Horwood, L.J. (2006). Cannabis use and other illicit drug use: testing the cannabis gateway hypothesis. *Addiction*, 101(4): 556-569.
48. Werkgroep Verdovende Middelen (1972). *Achtergronden en risico's van druggebruik: rapport van de werkgroep Verdovende Middelen (Baan).* 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij.
49. Degenhardt, L., Chiu, W.T., Conway, K., Dierker, L., Glantz, M., Kalaydjian, A., Merikangas, K., Sampson, N., Swendsen, J., Kessler, R.C. (2008). Does the 'gateway' matter? Associations between the order of drug use initiation and the development of drug dependence in the National Comorbidity Study Replication. *Psychol Med*, 1-11.
50. Fergusson, D.M., Horwood, L.J. (2000). Cannabis use and dependence in a New Zealand birth cohort. *N Z Med J*, 113(1109): 156-158.
51. Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, A., Morgan, M. (2004). *The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*. Stockholm: CAN.
52. Van der Poel, A., Barendregt, C., Schouten, M. (2003). De leefsituatie van gebruikers in de Rotterdamse harddrugsscene (resultaten van de survey 2003). *IVO-bulletin*, 6(4): 1-19.
53. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2005). *Statistical bulletin 2005*. Lisbon: EMCDDA.
54. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2005). *Annual report 2005: the state of the drugs problem in the European Union and Norway.* Lisbon: EMCDDA.

55. Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving (EWDD) (2008). *Jaarverslag 2008: stand van de drugsproblematiek in Europa.* Luxemburg: Bureau voor officiële publicaties der Europese Gemeenschappen.
56. Korf, D.J. (1995). *Dutch Treat: formal control and illicit drug use in the Netherlands.* Amsterdam: Thesis Publishers Amsterdam.
57. Lynskey, M.T., Vink, J.M., Boomsma, D.I. (2006). Early Onset Cannabis Use and Progression to other Drug Use in a Sample of Dutch Twins. *Behav.Genet.,* 1-6.
58. Lynskey, M.T., Heath, A.C., Bucholz, K.K., Slutske, W.S., Madden, P.A., Nelson, E.C., Statham, D.J., Martin, N.G. (2003). Escalation of drug use in early-onset cannabis users vs co-twin controls. *JAMA*, 289(4): 427-433.
59. Morral, A.R., McCaffrey, D.F., Paddock, S.M. (2002). Reassessing the marijuana gateway effect. *Addiction*, 97(1493-1504.
60. Cleveland, H.H., Wiebe, R.P. (2008). Understanding the association between adolescent marijuana use and later serious drug use: Gateway effect or developmental trajectory? *Development and Psychopathology*, 20(615-632.
61. Fergusson, D.M., Horwood, L.J., Ridder, E.M. (2005). Tests of causal linkages between cannabis use and psychotic symptoms. *Addiction*, 100(3): 354-366.
62. Van Ours, J.C. (2003). Is cannabis a stepping-stone for cocaine? *J Health Econ.,* 22(4): 539-554.
63. Gillespie, N.A., Neale, M.C., Jacobson, K., Kendler, K.S. (2009). Modeling the genetic and environmental association between peer group deviance and cannabis use in male twins. *Addiction*, 104(3): 420-429.
64. Murray, R.M., Morrison, P.D., Henquet, C., Di, F.M. (2007). Cannabis, the mind and society: the hash realities. *Nat.Rev Neurosci.,* 8(11): 885-895.
65. Cohen, H. (1975). *Drugs, druggebruikers en drug scene.* Alphen aan den Rijn: Samson.
66. Room, R., Fischer, B., Hall, W., Lenton, S., Reuter, P. (2008). *Cannabis policy: moving beyond stalemate*. The Beckley Foundation: Oxford.
67. Van het Loo, M., Horens, S., Van't Hof, C., Kahan, J.P. (2003). *Cannabis Policy, Implementation and Outcomes: Prepared for the Dutch Ministry of Health, Welfare and Sports*. Santa Monica: RAND Corporation.
68. Kilmer, B. (2002). Do cannabis possession laws influence cannabis use? In: I.P. Spruit (red.). *Cannabis 2002 report: a joint international effort at the initiative of the Ministers of Public Health of Belgium, France, Germany, The Netherlands, Switzerland: technical report of the International Scientific Conference Brussels, Belgium, 25-02-2002*, p. 119-142. Brussels, Belgium: Ministry of Public Health.
69. Ballotta, D., Bergeron, H., Hughes, B. (2008). Cannabis control in Europe. In: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (red.). *A cannabis reader: global issues and local experiences: perspectives on cannabis controversies, treatment and regulation in Europe [volume I]*, p. 97-119. Lisbon: EMCDDA.
70. Hall, W., Room, R. (2008). Should We Recriminalize Cannabis Use? The Case Against. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(12): 793-794.
71. Reuter, P., Stevens.A. (2007). *An Analysis of UK Drug Policy: A Monograph Prepared for the UK Drug Policy Commission*. London: UK Drug Policy Commission.
72. Korf, D., Kleemans, E., Decorte, T., Boekhout van Solinge, T. (2006). Drugs en drugshandel in Nederland en België. *Tijdschrift voor Criminologie*, 48(2): 115-130.
73. Kaal, H. (2002). *Who are drug users in the Netherlands?* Amsterdam: CEDRO.
74. Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs (2008). *Risicoschatting cannabis 2008*. Bilthoven: RIVM.
75. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2008). *Annual report 2008: the state of the drugs problem in Europe*. Lisbon: EMCDDA.
76. Korf, D.J., Nabben, T., Benschop, A. (2002). *Antenne 2001: trends in alcohol, tabak, drugs en gokken bij jonge Amsterdammers.* Amsterdam: Rozenberg Publishers.
77. Korf, D. (2008). An open front door: the coffee shop phenomenon in the Netherlands. In: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (red.). *A cannabis reader: global issues and local experiences: perspectives on cannabis controversies, treatment and regulation in Europe [volume I]*, p. 137-157. Lisbon: EMCDDA.
78. MacCoun, R., Reuter, P. (2001). Evaluating alternative cannabis regimes. *Br.J Psychiatry*, 178(123-128.
79. Bieleman, B., Goeree, P. (2000). *Coffeeshops geteld; aantallen verkooppunten van cannabis in Nederland*. Groningen: Intraval.
80. Monshouwer, K., Smit, F., De Graaf, R., Van Os, J., Vollebergh, W. (2005). First cannabis use: does onset shift to younger ages? Findings from 1988 to 2003 from the Dutch National School Survey on Substance Use. *Addiction*, 100(7): 963-970.

81. Van Laar, M., Cruts, A.A.N., Verdurmen, J.E.E., Van Ooyen-Houben, M.M.J., Meijer, R.F. (2008). *Nationale Drug Monitor: jaarbericht 2007*. Utrecht: Trimbos-instituut.
82. MacCoun, R.J., Reuter, P. (2001). *Drug war heresies: learning from other vices, times & places.* Cambridge: Cambridge University Press.
83. Hibell, B., Andersson, B. (2008). Patterns of cannabis use among students in Europe. In: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (red.). *A cannabis reader: global issues and local experiences: perspectives on cannabis controversies, treatment and regulation in Europe [volume II]*, p. 59-79. Lisbon: EMCDDA.
84. Kuntsche, E., Simons-Morton, B., Foiou, A., Ter Bogt, T., Kokkevi, A. (2009). Decrease in Adolescent Cannabis Use From 2002 to 2006 and Links to Evenings Out With Friends in 31 European and North American Countries and Regions. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 163(2): 119-125.
85. Van Laar, M., Van Dorsselaer, S., Monshouwer, K., De Graaf, R. (2007). Does cannabis use predict the first incidence of mood and anxiety disorders in the adult population? *Addiction*, 102(8): 1251-1260.
86. Simon, R., Kraus, L. (2008). Has treatment demand for cannabis-related disorders increased in Germany? In: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (red.). *A cannabis reader: global issues and local experiences, Monograph series 8, Volume 2*, p. 305-325. Lisbon:
87. Coggans, N. (2008). Risk factors for cannabis use. In: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (red.). *A cannabis reader: global issues and local experiences: perspectives on cannabis controversies, treatment and regulation in Europe [volume II]*, p. 325-347. Lisbon: EMCDDA.
88. Verburg, J.A., Toet, J., Van Ameijden, E.J.C. (2005). Roken, alcohol- en druggebruik in Utrecht, risicogroepen en sociaal-economische verschillen in 1999 en 2003. *Ned.Tijdschr.Geneeskd.*, 149(38): 2113-2118.
89. Lammers, J., Neve, R.J.M., Knibbe, R.A. (2000). *Bevolkingsonderzoek alcohol- en druggebruik Parkstad Limburg.* Heerlen/Maastricht: GGD Oostelijk Zuid-Limburg/Universiteit Maastricht.
90. Verdurmen, J., Monshouwer, K., Van Dorsselaer, S., Vollebergh, W. (2005). Cannabisgebruik onder adolescenten: gebruikspatronen, achtergrondfactoren en psychosociale problemen. *Submitted*,
91. Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., Kraus, L. (2009). *The 2007 ESPAD report: substance use among students in 35 European countries.* Stockholm: CAN.
92. Lynskey, M.T., Coffey, C., Degenhardt, L., Carlin, J.B., Patton, G. (2003). A longitudinal study of the effects of adolescent cannabis use on high school completion. *Addiction*, 98(5): 685-692.
93. Bolla, K.I., Brown, K., Eldreth, D., Tate, K., Cadet, J.L. (2002). Dose-related neurocognitive effects of marijuana use. *Neurology*, 59(9): 1337-1343.
94. Lynskey, M., Hall, W. (2000). The effects of adolescent cannabis use on educational attainment: a review. *Addiction*, 95(11): 1621-1630.
95. Fergusson, D.M., Horwood, L.J., Swain-Campbell, N. (2002). Cannabis use and psychosocial adjustment in adolescence and young adulthood. *Addiction*, 97(9): 1123-1135.
96. Jacobs, M.J.G. (2007). *Opiumwetdelicten nader bekeken: analyseverslag van een empirisch onderzoek naar Opiumwetdelicten ten behoeve van het Justitieonderdeel van de Nationale Drugmonitor, jaarbericht 2006*. Tilburg: IVA Beleidsonderzoek en advies.
97. Perez, V.W. (2007). *Perceived Risk of Harm and Disapproval as Mechanisms of Social Control in Youth Marijuana Use: Paper presented at the annual meeting of the American Sociological Association, TBA, New York.* New York: American Sociological Association.

7 Preventie en harm reduction

Esther Croes en André van Gageldonk

Preventie

- Preventieactiviteiten op het gebied van drugs zijn veelomvattend en gedifferentieerd en variëren van voorlichting aan (potentiële) drugsgebruikers en intermediairs, bestuurlijke maatregelen en het coffeeshopbeleid, tot monitoractiviteiten en wetenschappelijk onderzoek (dit hoofdstuk).
- De preventieactiviteiten die zijn voorgenomen in de Drugsnota 1995, de ecstasynota (*Samenspannen tegen XTC*) uit 2001 en de cannabisbrief uit 2004 zijn nagenoeg alle gerealiseerd (dit hoofdstuk).
- Er is nauwelijks wetenschappelijk bewijs dat voorlichting over drugs het drugsgebruik in de populatie vermindert (§ 7.4.1.1).
- Er zijn wel aanwijzingen dat voorlichting de kennis over drugs vermeerdert en in mindere mate de houding ten opzichte van drugs verandert (§ 7.4.1.1).
- Schoolvoorlichtingsprogramma's dragen slechts beperkt bij aan het terugdringen van het eerste gebruik van drugs. Op langere termijn sorteren deze programma's geen effect (§ 7.4.1.1).
- Er zijn aanwijzingen dat vroegtijdige preventie voor gezinnen met problematische kinderen problemen op latere leeftijd – inclusief drugsgebruik – kunnen verminderen (§ 7.4.1.1).

Harm reduction

- Harm reduction-maatregelen verminderen niet het drugsgebruik, maar bevorderen dat de wijze van gebruik minder riskant is voor de gebruiker zélf, en minder nadelen heeft voor de naaste omgeving en de samenleving (§ 7.4.2.1).
- Harm reduction-maatregelen zoals spuitomruilprogramma's en methadon-onderhoudsprogramma's hebben succesvol bijgedragen aan de preventie van een hiv-epidemie onder injecterende drugsgebruikers (§ 7.4.2.2).
- Harm reduction-maatregelen lijken minder succesvol te zijn geweest in het voorkómen van een besmetting met het hepatitis C virus (§ 7.4.2.2).
- Het relatief lage aantal drugsgerelateerde doden in Nederland lijkt verband te houden met de beschikbare harm reduction-voorzieningen (§ 7.4.2.2).

Conclusie

- Er is noch in Nederland, noch elders in de wereld voldoende wetenschappelijk bewijs dat het drugsbeleid via preventieve maatregelen in staat is het aantal drugsgebruikers of het aantal drugsverslaafden te reduceren.
- Het Nederlandse drugsbeleid is dankzij een uitgebreid harm reduction-aanbod wel succesvol in het terugdringen van de schadelijke gevolgen van het drugsgebruik.

7.1 Inleiding

Dit hoofdstuk evalueert het beleid gericht op preventie en harm reduction. Nederland heeft op beide vlakken een rijke en soms vanuit het buitenland fel bekritiseerde traditie. De jarenlang bestaande nadruk van het beleid op preventie en harm reduction vloeit voort uit de doelstelling dat beheersing van de gezondheidsschade voorop staat in de aanpak van de drugsproblematiek. De effecten van dit beleid zijn niet eenvoudig te meten, deels omdat de context voortdurend wisselt en deels omdat een eenduidige, meetbare doelstelling van het drugsbeleid op deze punten ontbreekt. Het moge duidelijk zijn dat de omvang en de aard van het drugsgebruik niet alleen beïnvloed worden door beleidsmaatregelen, maar in sterke mate afhangen van maatschappelijke ontwikkelingen, zowel in Nederland als daarbuiten. Daarom is het in dit hoofdstuk niet mogelijk 'harde' uitspraken te doen over de effectiviteit van het in Nederland gevoerde preventie- en harm reduction-beleid.

Afbakening. Preventie bestrijkt een breed terrein van gezondheidsvoorlichting tot justitiële maatregelen. Dit hoofdstuk focust op de gezondheidsaspecten. De preventieve effecten van het coffeeshopbeleid worden besproken in hoofdstuk 6, (overige) justitiële aspecten komen aan de orde in hoofdstuk 10. Harm reduction bevindt

zich in een overgangsgebied tussen preventie en zorg. Harm reduction kan plaatsvinden vanuit een gezondheidskundig perspectief, vanuit een maatschappelijke invalshoek, maar eveneens vanuit een justitieel kader (onderhoudsbehandeling in justitiële instellingen, voorkómen recidive, etc.). De justitiële aspecten worden in de hoofdstukken 10 en 11 besproken. Voor wat betreft de gezondheids- en maatschappelijke aspecten moet worden opgemerkt dat zorgvoorzieningen ('care') een belangrijk onderdeel zijn van harm reduction. Op dit punt is er overlap met hoofdstuk 8, waarin aspecten van zorg en behandeling worden besproken. Naar dit hoofdstuk wordt regelmatig verwezen. Wij houden hiermee de hoofdstukindeling aan die door de opdrachtgever van deze evaluatie is voorgesteld.

7.1.1 Doel en opzet hoofdstuk

De nadruk in dit hoofdstuk ligt op het beleid zoals dat is geformuleerd in de Drugsnota van 1995.[1] Op het gebied van preventie zijn er belangrijke aanvullingen gedaan in 2001 in de nota *Samenspannen tegen XTC* en in de cannabisbrief uit 2004.[2;3] Het hoofdstuk begint met een nadere begripsbepaling van preventie en harm reduction, schetst de context waartegen de verschillende ontwikkelingen zich hebben voorgedaan, en geeft een overzicht van de beoogde en gerealiseerde interventies. Daarbij wordt apart aandacht geschonken aan wetenschappelijke inzichten omtrent de werkzaamheid van interventies die voor de Nederlandse situatie relevant zijn, waarmee (impliciet) de vraag wordt aangestipt of de maatregelen op het gebied van preventie en harm reduction in Nederland een bijdrage (kunnen) leveren aan de centrale doelstelling van het beleid, namelijk de preventie en beheersing van de uit drugsgebruik voortvloeiende gemeenschaps- en individuele risico's.

7.1.2 Gegevensbronnen

Voor wat betreft beleidsaannames, doelstellingen en beoogde aanpak is gebruik gemaakt van Tweede Kamerstukken vanaf begin jaren zeventig tot heden. De interventies in Nederland zijn in kaart gebracht met gebruikmaking van rapporten en andere publicaties van verschillende instanties, waaronder onderzoeksinstituten zoals het Trimbos-instituut, Intraval, AIAR, IVO, GGZ Nederland, de verslavingszorginstellingen en GGD'en, ZonMW, en het EMCDDA. Het overzicht van effectieve interventies is gebaseerd op bestaande wetenschappelijke overzichtsartikelen, publicaties vanuit ZonMW, en aangevuld met (internationale) wetenschappelijke literatuur voor zover deze onderwerpen bevat die niet in de overzichtspublicaties zijn opgenomen.

7.1.3 Begripsbepaling

Preventie

De doelstellingen van preventie worden in publicaties vaak niet duidelijk afgebakend. Preventie kan gericht zijn op het vermeerderen van kennis over drugs bij de doelgroep, op het verminderen van het gebruik of uitstellen van het eerste gebruik, maar ook op het verminderen van verslavingsproblemen of op het beperken van de schade die veroorzaakt wordt door gebruik van het middel. In het laatste geval overlapt het begrip met harm reduction en behandeling. Jarenlang is onderscheid gemaakt in primaire, secundaire en tertiaire preventie. Primaire preventie is het voorkómen van een aandoening door het wegnemen van de oorzaken, en richt zich daarmee op bevolkingsgroepen die de aandoening nog niet hebben. Secundaire preventie richt zich op bevolkingsgroepen bij wie de aandoening wel aanwezig is, maar nog niet vastgesteld en heeft tot doel een aandoening of ziekte vroegtijdig op te sporen en te behandelen. Het begrip tertiaire preventie doelt op een situatie waarin de aandoening is vastgesteld en er wordt gewerkt aan beperking van risico's en schade. Onder auspiciën van het Amerikaanse Institute of Medicine voor de preventie van verslavings- en psychiatrische problematiek is in 1994 een aangescherpte definitie opgesteld.[4] Deze definitie maakt onderscheid tussen de volgende vormen van preventie:

- Universele preventie: gericht op de algemene bevolking of een deelpopulatie (bijvoorbeeld schoolgaande jeugd) die niet wordt gekenmerkt door een individuele risicofactor. Voorbeeld van een dergelijke preventieve interventie is een massamediale campagne of op leerlingen gerichte preventie.
- Selectieve preventie: gericht op personen bij wie het risico op het ontwikkelen van een probleem groter dan gemiddeld is, bijvoorbeeld omdat deze groep chronisch blootstaat aan stressvolle omstandigheden. Bij deze groep zijn nog geen manifeste problemen aanwezig.
- Geïndiceerde preventie: gericht op personen die nog niet voldoen aan de diagnostische criteria van een verslavingsstoornis, maar wel in beperkte mate symptomen of biologische kenmerken hebben die als voorloper van de aandoening beschouwd kunnen worden. Bij deze groep zijn vaak wel al problemen aanwezig.

Tabel 7.1: Voorbeelden van universele, selectieve en geïndiceerde preventieve interventies op school, in het gezin en in de samenleving

	School	Ouders/ gezin	Samenleving
Universeel	Lessen over drugs voor alle leerlingen	Oudertraining rond opvoedingsvaardigheden en gebruik, voor alle geïnteresseerde ouders Huiswerkopdrachten voor ouders en kind	Massamediale campagnes "Community" interventies Preventie op de werkplek Wijkcomités rond genotmiddelengebruik Voorlichting in bars en disco's
Selectief	Ondersteuningsgroepen voor kinderen van probleemdrinkers Trainingsprogramma's voor hoogrisico jongeren (probleembuurten, minderheden)	Oudertraining voor verslaafde ouders Ondersteuningsgroepen voor ouders van hoogrisico jongeren (probleembuurten, minderheden)	Massamediale campagnes voor hoogrisico groepen Preventie op de werkplek voor hoogrisico groepen
Geïndiceerd	Mentorprogramma's voor eerste overtreders Screening en vroege interventie Counseling programma's	Oudertraining voor jongeren met beginnende of vroege verslavingsproblemen	Training van professionals (Huisartsen, maatschappelijk werkers) en docenten in vroegdetectie van verslavingsproblemen Training van coffeeshop houders

Bron: Cuijpers 2006[5]

Harm reduction

Harm reduction is het beperken van schade en het verminderen van de risico's bij drugsgebruik. Harm reduction is binnen de verslavingszorg een belangrijk concept geworden sinds het besef dat verslaving vaak een chronische aandoening is die moeilijk te genezen valt. Harm reduction is van belang voor de drugsgebruikers zelf, maar dient ook de samenleving als geheel. Een voorbeeld zijn harm reduction-maatregelen gericht op het tegengaan van de onderlinge verspreiding van infectieziekten, niet alleen onder drugsgebruikers, maar ook onder de rest van de populatie. Harm reduction bevindt zich in een grijs gebied tussen (geïndiceerde) preventie en behandeling; waar het een ophoudt en het ander begint is niet altijd duidelijk. In dit hoofdstuk worden spuitomruilprogramma's en gebruiksruimten besproken. De beschrijving van de opiaat-onderhoudsbehandeling en zorgvoorzieningen (zowel specifiek op drugsgebruikers gerichte voorzieningen als breder op de OGGZ-problematiek gericht) is in het hoofdstuk zorg en behandeling ondergebracht.

7.2 Wat waren de beleidsvoornemens?

7.2.1 Het probleem en de context

In de jaren tachtig voltrokken zich enkele belangrijke veranderingen in het klimaat rond drugsgebruik. Een ontwikkeling die het Nederlandse harm reduction-beleid mede heeft vormgegeven was de toenemende overlast, vooral in de grote steden, die overigens in het algemeen door slechts een klein deel van de problematische drugsgebruikers wordt veroorzaakt. Buurtbewoners ergerden zich aan het onaangepaste gedrag van de veelal zorgmijdende dakloze verslaafden met psychische problemen, aan de verloedering op straat, aan de grote aantallen kleine vermogensdelicten zoals auto-inbraken en fietsdiefstallen. Door deze overlast nam het gevoel van onveiligheid toe. Hoewel de harm reduction-maatregelen die in dit hoofdstuk worden behandeld voor een deel zijn opgezet om deze overlast te verminderen, worden de effecten van het beleid ten aanzien van de vermindering van overlast behandeld in hoofdstuk 11.

Een ander probleem betrof de ontdekking van het humaan immunodeficiëntie virus (hiv) en de ziekte aids begin jaren tachtig. Injecterende drugsgebruikers behoorden tot de risicogroepen van deze bloed- en seksueel overdraagbare ziekte, en met Amsterdam als koploper ontstond er in korte tijd een hiv- en aids-epidemie onder drugsgebruikers. Als reactie werden er op grote schaal programma's opgezet voor het verstrekken van schone naalden en spuiten. Ook was er veel aandacht voor het verminderen van de noodzaak om heroïne te injecteren met behulp van substitutiebehandeling. Grootschalige spuitomruil en laagdrempelige methadonvoorzienig werden al snel een sprekend voorbeeld van het (controversiële) Nederlandse harm reduction-beleid.

In jaren negentig veranderde het klassieke drugsgebruik door de snelle opkomst van partydrugs, die vooral door jongeren op grootschalige party's werden gebruikt. In tegenstelling tot de 'klassieke' opiaten en hennep leidt

gebruik van ecstasy niet tot fysieke afhankelijkheid. Ecstasy is wel een potentieel toxische stof. Het risico van gebruik zit vooral in de onzekere samenstelling van de ecstasypil (door vervuilingen van de middelen op de ecstasymarkt), in de omstandigheden van het gebruik en in individuele factoren. Wetenschappelijk onderzoek (vooral met proefdieren) gaf aanwijzingen voor schadelijke acute en langetermijneffecten van ecstasy. Door het verschijnen van ecstasy en aanverwante middelen op de markt kon in de jaren negentig preventie niet langer beperkt blijven tot opiaten en cannabis. In 1994 werd de eerste beleidsnotitie over ecstasy naar de Tweede Kamer gestuurd door de toenmalige staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur Notitie.[6] De aangekondigde maatregelen betroffen vooral de preventie van mogelijke gezondheidsproblemen. Binnen een relatief korte periode is de nadruk van het ecstasybeleid echter verschoven van het verminderen van de kans op gezondheidsproblemen naar een reductie van de productie, handel en overlast. In 1995 werden in de nota Stadhuis en House diverse handreikingen gedaan aan lokale besturen om de stormachtige ontwikkeling van de housescene in goede banen te leiden, met name gericht op het voorkomen van overlast (zie hoofdstuk 11). In de Drugsnota 1995 werd onderkend dat Nederland een belangrijk productieland was geworden voor synthetische drugs, waarmee in het justitiële beleid zeker rekening gehouden zou moeten worden. In mei 2001 werd de nota *Samenspannen tegen XTC* aangeboden aan de Tweede Kamer. De nota is een strategisch plan voor de periode 2002-2006 en had tot doel te komen tot een aanmerkelijke reductie van productie en handel van ecstasy door het verhogen van de pakkans. De nota bevat drie lijnen waarlangs de ecstasyproblematiek werd aangepakt; de aanpak van gezondheidsproblemen is verwoord in de derde lijn:

1. Versterking van de handhavingsinspanningen over de volle breedte van de productieketen
2. Versterking van de internationale samenwerking bij de bestrijding van ecstasy
3. Het ontwikkelen van een preventiestrategie (dit hoofdstuk) en extra intensivering van reeds lopend onderzoek naar neurotoxiciteit van ecstasy en ecstasy-achtigen (zie hoofdstuk 13).

De potentiële schadelijkheid van cannabisgebruik werd onderkend naar aanleiding van het toenemend aantal cannabisgebruikers in de hulpverlening, de stijging van het THC-gehalte in cannabis en aanwijzingen voor een relatie tussen cannabisgebruik en psychische stoornissen. De verontrustende toename van het gebruik van drugs, met name alcohol en cannabis, onder scholieren in de jaren negentig heeft geleid tot beleidsmaatregelen die streefden naar een intensivering van de voorlichting. Het voorkómen van (dreigend) problematisch drugsgebruik door kwetsbare groepen kwam hoog op de agenda. De belangrijkste preventieboodschap was dat ieder drugsgebruik wordt ontraden, ook van drugs die ogenschijnlijk niet tot grote schade of verloedering leiden.

Kwetsbare groepen

Bij het formuleren van het preventiebeleid wordt sinds jaar en dag de leidraad gehanteerd dat sommige groepen in de samenleving vatbaarder zijn voor frequenter of meer problematisch drugsgebruik, drugsgebruik op jongere leeftijd, of een snellere overgang naar problematisch drugsgebruik. Selectieve en geïndiceerde preventieactiviteiten richten zich speciaal op deze kwetsbare groepen, en moeten worden afgestemd op de specifieke behoeften of beperkingen van de groep. Het doel is om 'weerstand' tegen drugsgebruik op te bouwen. De aanpak kan plaatsvinden op individueel niveau (persoonlijke weerstand), gezinsniveau (ouderschapsstijlen) of op gemeenschapsniveau (cohesie en organisatie). De focus van de Nederlandse preventieactiviteiten gericht op kwetsbare groepen lijkt in de loop der jaren te zijn verschoven van maatregelen gericht op het verbeteren van elementaire levensbehoeften voor langdurig verslaafde jongeren, waaronder migranten uit de voormalige Nederlandse koloniën, naar een meer algemeen gerichte voorlichting aan drugsnaïeve scholieren en jongeren om het eerste gebruik van legale en illegale middelen uit te stellen. Jongeren worden beschouwd als kwetsbare groep vanwege de grote veranderingen die optreden tijdens de adolescentie. Het gevaar bestaat dat zij in deze fase gemakkelijker drugs gaan gebruiken of dat het gebruik sneller uit de hand loopt.

In de nota *Uitgangspunten voor een beleid inzake de hulpverlening aan drugsverslaafden*[7] wordt de dreigende marginalisering van grote groepen jongeren in de grote steden gezien als een ontwikkeling die van belang is voor preventieactiviteiten. Specifiek wordt gesignaleerd dat (jonge) migranten uit Suriname, de Nederlandse Antillen en de Molukken, met name in de grote steden, in een sociale achterstandsituatie verkeren en daardoor kwetsbaar zijn. De veelsoortigheid en massaliteit van de jongerenproblematiek roept om een aanpak op vele fronten, die zich niet specifiek beperkt tot preventie en hulp ten aanzien van het drugsgebruik. Deze aanpak heeft vooral een ondersteunend karakter die in elementaire levensbehoeften voorziet: aparte experimentele instellingen voor arbeidsbemiddeling, werkprojecten, woonbemiddeling en huisvesting. Daarnaast worden dag- en nachtopvangplaatsen gecreëerd voor onderdak, voeding, bewassing, tijdsbesteding en een medisch spreekuur. Deze maatregelen richten zich vooral op langdurig en zwaarverslaafden en zouden in de huidige terminologie onder de noemer harm reduction worden geschaard.

Nog steeds gelden jongeren, en wel specifiek zwerfjongeren, jongeren op hangplekken en jongeren in justitiële settings, als een kwetsbare groep. De Drugsnota 1995 veronderstelt dat de beslissende preventieve factor onder jongeren een toereikend risicobewustzijn op basis van objectieve informatie is. Dit wordt in de jaren hierop volgend vertaald in diverse campagnes via de massamedia en in projecten die informatie verschaffen over het gebruik van drugs, veelal geschetst in een ruimer kader van (ook legale) bewustzijnsbeïnvloedende middelen. Daarbij wordt het idee gehuldigd dat 'de beste preventie waarschijnlijk plaatsvindt in de directe leefwereld van kinderen en jongeren; in het gezin, het onderwijs en de vrijetijdsbesteding'. [8]

Sinds kort wordt er specifiek aandacht besteed aan de kwetsbaarheid voor drugsgebruik van licht verstandelijk gehandicapte (LVG) jongeren. Hoewel een recent verkennend onderzoek laat zien dat het drugsgebruik in deze groep niet sterk afwijkt van dat onder scholieren in het regulier onderwijs, is er wel reden voor actie. Door hun verstandelijke beperkingen zijn de LVG-jongeren vermoedelijk minder goed in staat middelengebruik binnen de perken te houden en de consequenties daarvan te overzien. Ook kinderen van verslaafde ouders lopen extra risico.

Tabel 7.2: Voornemens met betrekking tot preventie en harm reduction

Context:
- Toename overlast door problematisch drugsgebruik.
- Snelle verspreiding van hiv onder drugsgebruikers.
- Snel toenemende populariteit van partydrugs zoals ecstasy.
- Stijging van het THC-gehalte en toename hulpvraag onder cannabisgebruikers.

+

Uitgangspunten:
- Primaat van de volksgezondheid.
- Differentiatie naar risico: softdrugs zijn minder schadelijk dan harddrugs.
- Realistische voorlichting ingebed in een totaalpakket van gezondheidsvoorlichting.
- Bescheiden doelstelling overheidsbeleid.
- Persoonlijke verantwoordelijkheid, doch extra bescherming van kwetsbare groepen

↓

Beoogde aanpak:

Preventie:
- Algemeen: breed pakket activiteiten, zoals voorlichtingscampagnes, telefonische informatielijn, voorlichting in het onderwijs, voorlichting in uitgaansgelegenheden en coffeeshops.
- Met betrekking tot ecstasy: voorlichting gericht op koeriers, intensivering voorlichting voor gebruikers, intensivering van het monitoren van de gebruikersmarkt, verbeteren monitoren marktaanbod, preventie van ongelukken door voorlichting, toename van het gebruik van producten uit het project Uitgaan, Alcohol en Drugs, peerpreventie, toename gebruik internet voor voorlichting, kwantitatief onderzoek naar gebruikersmarkt, monitoring gezondheidsincidenten.
- Met betrekking tot cannabis: continuering van voorlichtingscampagnes, intensivering preventie voor risicogroepen, minder vrijblijvende voorlichting in coffeeshops.
- Realisatie van een Landelijke Steunfunctie preventie.
- Andere onderdelen van preventie: coffeeshopbeleid, bestuurlijke en justitiële maatregelen, monitoractiviteiten, onderzoek (zie andere hoofdstukken).

Harm reduction:
- Laagdrempelige opvang (gebruiksruimten, inloopruimtes, nachtopvang).
- Preventie van infectieziekten (spuitomruilprogramma's, methadonverstrekking, hepatitis B-vaccinatie, hepatitis C-voorlichting)

↓

Beoogde uitkomsten:

Preventie
- Een breed preventieaanbod geïntegreerd in algemene gezondheidsbevordering.
- Minder drugsgebruik, met name op jonge leeftijd.
- Minder problemen door drugsgebruik.
- Coördinatie en kwaliteitsverbetering op gebied van preventie en harm reduction.

Harm reduction:
- Realisatie van een breed en gedifferentieerd hulpaanbod.
- Vermindering van overlast.
- Vermindering gezondheidsschade voor de drugsgebruiker (drugsgerelateerde infectieziekten en drugsgerelateerde mortaliteit).

7.2.2 Uitgangspunten

Primaat van de volksgezondheid. Een belangrijk uitgangspunt van het Nederlandse drugsbeleid is het primaat van de volksgezondheid, dat prevaleert boven het bestraffen van wetsovertredingen. Drugsgebruikers worden niet gecriminaliseerd. Het doel is om de schade die het gebruik van drugs kan veroorzaken niet met strafrechtelijke, maar met medische en sociale middelen te voorkomen. Dit uitgangspunt maakt een beleid mogelijk waarin harm reduction een belangrijke plaats inneemt.

Differentiatie naar risico. Zoals in hoofdstuk 4 werd besproken hanteert het Nederlandse drugsbeleid sinds 1976 een differentiatie naar de ernst van de potentiële gezondheidsschade die met gebruik of misbruik van de verschillende middelen gepaard gaat. Er wordt onderscheid gemaakt tussen drugs met onaanvaardbare risico's voor de gezondheid (harddrugs) en producten waarvan de risico's minder groot worden geacht (softdrugs). Het risico wordt bepaald door de farmacologische eigenschappen van het middel, de mogelijkheid om te doseren, de gebruikersgroep, de omstandigheden waaronder het gebruik ontoelaatbaar is en de mogelijkheden om dat te constateren, de mogelijkheden om productie en aanbod te reguleren, te kanaliseren en gebruik te reglementeren.[9] De Drugsnota 1995 maakt overigens de duidelijke kanttekening dat er zowel bij hard- als softdrugs voorzichtigheid moet worden betracht. Ook al kunnen de risico's van cannabisgebruik niet op zichzelf reeds als onaanvaardbaar worden gekwalificeerd, gebruik vindt vooral plaats onder jongeren die zich op verschillende fronten in een kwetsbare fase bevinden.

Realistische voorlichting. In de jaren zeventig werd door de Commissie-Baan al opgemerkt dat een evenwichtige en rationele voorlichting niet gebaat is bij selectieve aandacht voor illegale drugs, zonder voorlichting over andere psychotrope stoffen en tabak. Als algemeen uitgangspunt werd daarom geformuleerd dat 'geïsoleerde voorlichting over de illegale drugs in het algemeen moet worden vermeden, [hetgeen] impliceert dat slechts die algemene voorlichting moet worden bevorderd die alle riskante genot- en geneesmiddelen omvat'. Ook wees de commissie erop dat elk preventief programma rekening dient te houden met de realiteit, erop doelend dat de grootste risico's de hoogste prioriteit verdienen. Wanneer de risico's onaanvaardbaar worden geacht zal het voorkómen van gebruik de belangrijkste boodschap zijn. Voor het overige zullen aard en omvang van de genomen maatregelen in redelijke verhouding moeten staan tot de grootte van de risico's en de omstandigheden waarin het gebruik plaatsvindt.[10]

In dezelfde lijn maakt de Drugsnota 1995 de kanttekening dat zowel het gebruik van nicotine als alcohol uit het oogpunt van volksgezondheid een onvergelijkbaar veel hogere tol eist dan het gebruik van alle onder de Opiumwet vallende drugs bij elkaar. Het over één kam scheren van cannabis en harddrugs in voorlichtingsboodschappen ondermijnt de geloofwaardigheid van de voorlichting en moet daarom worden vermeden.

Bescheiden doelstelling. Voorlichting was in de jaren zeventig een belangrijk vehikel om adolescenten te bereiken en te informeren over de risico's van drugsgebruik. In 1974-75[10] realiseerde de Tweede Kamer zich echter al dat voorlichting wellicht een rol kan spelen bij de preventie van problematisch drugsgebruik, maar dat de betekenis ervan niet moet worden overschat. Ook de Drugsnota 1995 vermeldt dat het niet mogelijk is gebleken door middel van krachtig overheidsbeleid drugs te kunnen uitbannen. Met interventies van de overheid kunnen slechts beperkte resultaten worden behaald, zodat bescheidenheid bij het formuleren van de doelstellingen is gepast.

Facetbenadering. Het drugsbeleid moet rekening houden met de verschillende invalshoeken van de problematiek. Er staan telkens nieuwe risicogroepen op die ieder een eigen benadering vragen. Zowel het cannabisgebruik onder scholieren als de opkomst van de partydrugs vereist een nieuwe aanpak, bijvoorbeeld omdat ecstasy doorgaans geen lichamelijke afhankelijkheid veroorzaakt, maar wel ernstige gezondheidsschade kan opleveren. Gezondheidsschade kan bijvoorbeeld optreden door het gebruik van pillen van inferieure kwaliteit. De kwaliteit van de pillen die in omloop zijn zal moeten worden nagegaan en in de tijd gevolgd. Preventie bestaat uit een veelomvattend, gedifferentieerd samenstel van preventieve voorzieningen. Het gaat hier niet alleen om voorlichting maar bijvoorbeeld ook om monitoractiviteiten en aanbodbeperking. Deze laatste twee onderwerpen worden in de hoofdstukken 13 en 9 beschreven.

De facetbenadering is evenzeer van toepassing op de invulling van harm reduction-maatregelen, namelijk een vraaggerichte benadering die zich niet beperkt tot behandeling van drugsgebruik, maar ook lichamelijke of psychische problemen meeneemt en maatregelen vergt op diverse terreinen zoals wonen, school, werk en financiën.

Persoonlijke verantwoordelijkheid. In de jaren zeventig wordt aan de overheid een zekere rolbeperking opgelegd 'als gevolg van het primaat der persoonlijke verantwoording van iedere burger'.[10] Het gebruik van drugs wordt gezien als onderdeel van de eigen leefsfeer: 'een ieder is allereerst zelf verantwoordelijk voor het bewaren en bevorderen van zijn eigen welzijn en dat van degenen die hem zijn toevertrouwd. De rol van de overheid is in deze visie enerzijds een ondersteunende, waarbij de gemeenschapsrisico's zoveel mogelijk worden vermeden en waar nodig bestreden; anderzijds heeft zij een leidende rol in die zin, dat onaanvaardbare risico's worden gedefinieerd en aanleiding kunnen zijn tot overheidsingrijpen'.[10]

Er wordt echter ook onderkend dat personen of groepen in een situatie kunnen verkeren waarin zij meer dan

gemiddeld kwetsbaar zijn, omdat zij de mogelijke consequenties van het drugsgebruik niet willen of kunnen overzien. In dergelijke gevallen wordt het nemen van speciale voorzorgen, gericht op het beschermen van kwetsbare groepen, als gerechtvaardigd beschouwd.[10] Een voorbeeld zijn adolescenten die sterk geneigd zijn tot experimenteren met de grenzen van de toelaatbaarheid.

Opvallend is dat de in de jaren zeventig geformuleerde normen voor drugsvoorlichting nog steeds actueel zijn, zie kader.

Normen voor drugsvoorlichting. Uit: TK 11742 nr 810

Vermeden moeten worden:
1. Angstaanjagende en sensationele voorlichting, deze is vanwege het risico van eenzijdigheid in het algemeen ongeschikt om iemand van houding of gedrag te doen veranderen.
2. Geïsoleerde voorlichting van algemene aard over illegale drugs zonder dat andere psychotrope stoffen worden genoemd, want deze levert meer bezwaren op dan gunstige effecten.

Aanbevolen wordt:
1. Geïntegreerde voorlichting van algemene aard over illegale drugs en andere psychotrope stoffen en tabak, eventueel (zoals in het geval van scholen) in aansluiting op algemene gezondheids- en psychohygiënische voorlichting.
2. Voorlichting van specifieke aard betreffende illegale drugs alleen bij duidelijk gedefinieerde risicogroepen waar problematisch drugsgebruik dreigt te ontstaan. Hierbij is het inschakelen van sleutelfiguren zoals streetcornerworkers noodzakelijk
3. Voorlichting bestemd voor scholieren bij voorkeur te richten op intermediaire figuren zoals ouders, onderwijzers, jeugdwerkers, artsen, e.d.
4. Voorlichtingsactiviteiten moeten zoveel mogelijk begeleid worden met evaluatie. Om dat mogelijk te maken zullen voorlichtingsdoelstellingen in onderzoekbare termen moeten worden gedefinieerd.
5. Voorlichting dient een continu proces te zijn dat zich kan richten op kennisvermeerdering en/ of attitudewijziging en/of gedragsverandering. Eenmalige of eenzijdige voorlichting moet worden vermeden.

7.2.3 Doelstellingen

De centrale doelstelling van het Nederlandse drugsbeleid is sinds tientallen jaren om het gebruik van riskante drugs als gezondheids- en maatschappelijk probleem beheersbaar te houden of maken. In de nota Achtergronden en risico's van druggebruik uit 1975 werd de centrale doelstelling letterlijk geformuleerd als 'de preventie en beheersing van de uit druggebruik voortvloeiende gemeenschaps- en individuele risico's' en deze tekst werd in de Drugsnota 1995 nog steeds gebruikt.[1;10] Het beleid richt zich daarmee op risico's voor de verslaafde zelf, risico's voor diens onmiddellijke omgeving, en risico's voor de maatschappij in brede zin, waarbij het belang voor de volksgezondheid vooropstaat.

Met betrekking tot preventie en harm reduction herformuleert de Drugsnota 1995 deze centrale doelstelling als volgt: *'De overheid heeft […] tot taak zoveel mogelijk te voorkómen dat in het bijzonder jeugdige burgers overgaan tot het gebruiken van drugs en om aan de problematische gebruikers een medisch en/of sociaal hulpaanbod te doen ter leniging van hun nood (zgn. harm reduction)'* (Drugsnota 1995, p.4). Dit betekent een verbreding van de centrale doelstelling, omdat nu ook expliciet het voorkómen van het gebruik van drugs wordt nagestreefd. Overigens wordt ook vanuit een andere invalshoek getracht de drempels voor gebruik zo hoog mogelijk te houden, namelijk middels een krachtige strafrechtelijke aanpak van de handel in (hard)drugs. Deze benadering wordt in hoofdstuk 9 nader uitgewerkt.

Op het gebied van ecstasy werden medio jaren negentig bestuurlijke maatregelen genomen, zoals de in 1995 opgestelde handleiding voor het gemeentelijk beleid ten aanzien van vrijetijdsevenementen (Stadhuis en House) (zie hoofdstuk 11) die met name tot doel hadden om overlast te voorkomen. Beperking van de gezondheidsrisico's werd nagestreefd met maatregelen gericht op het nauwkeurig en kritisch volgen van het aanbod van (party)drugs op de markt, en met nader onderzoek naar de schadelijkheid van ecstasy (zie hoofdstuk 13).[6] Het in 2001 geformuleerde vijfjarenplan gericht op ecstasy heeft op het gebied van preventie als doel om gebruik van dit middel te ontmoedigen door een zo objectief mogelijke voorlichting van de risico's (*Samenspannen tegen XTC*, 2001). De nadruk van voorlichting moet liggen op jongeren wegens de extra risico's die zij lopen vanwege hun zich ontwikkelende hersenen. Een tweede doel is om met behulp van preventie gericht op koeriers de smokkel aan te pakken.

Het doel van de preventieactiviteiten uit het Actieplan Ontmoediging Cannabis (cannabisbrief 2004) was om de houding over cannabis te beïnvloeden en jongeren meer bewust te maken van de risico's van cannabisgebruik. De preventieactiviteiten werden ingebed in een heel pakket maatregelen, waarin ook een uitbreiding en verbetering van het behandelaanbod bij cannabisafhankelijkheid, een uitbreiding van het onderzoek naar aard, omvang en verloop van problematisch gebruik en aanpak van de stijging van het THC-gehalte werden opgenomen.

7.2.4 Beoogde aanpak en uitkomsten

Preventie. Onder het motto 'voorkómen is beter dan genezen' is preventie van gebruik een belangrijk onderdeel van het drugsbeleid. Het beleid wil drugsgebruik voorkomen met behulp van een actief ontmoedigingsbeleid (Drugsnota 1995). De Drugsnota 1995 streeft naar een veelomvattend, gedifferentieerd samenstel van preventieve en zorgvoorzieningen, ingebed in een totaalpakket van gezondheidsbevordering en opvoeding, en aangeboden op een wijze die de doelgroep aanspreekt. Zie § 7.2.4.1.

Harm reduction. Veel verslaafden hebben psychiatrische stoornissen, sociale problemen, schulden,[11] problemen met justitie en met huisvesting. Harm reduction-maatregelen moeten een bundeling zijn van behandeling en van opvang. Het beleid beoogt harm reduction-maatregelen onderdeel te laten zijn van een uitgebalanceerde, afgewogen aanpak van vraag- en aanbodbeperking die samengaat met bestrijding van drugscriminaliteit en -overlast (Drugsnota 1995). Zie § 7.2.4.2.

Hier moet opgemerkt worden dat de aanpak van preventie en harm reduction op veel meer fronten plaatsvindt dan in dit hoofdstuk besproken wordt:

- Het coffeeshopbeleid en de scheiding der markten staan eveneens in het teken van preventie en harm reduction. Het gedogen van een relatief laagdrempelig aanbod van gebruikershoeveelheden softdrugs beoogt te voorkomen dat jongeren overgaan tot het gebruik van gevaarlijker drugs. Deze aspecten zijn reeds in hoofdstuk 6 belicht en worden hier niet nader besproken.
- Onderdeel van het preventiebeleid zijn ook de bestuurlijke maatregelen, bijvoorbeeld zoals die door de lokale driehoek genomen kunnen worden bij grootschalige manifestaties.[12] Omdat zij voor een groot deel worden ingezet voor overlastreductie vallen zij onder hoofdstuk 11.
- Ook monitoringactiviteiten zijn onderdeel van het preventie- en harm reduction-beleid. De veranderingen in het aanbod van pillen en poeders worden gemonitord via het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). De snelle veranderingen op de gebruikersmarkt worden onder andere gemonitord door een systeem van trendwatchers die periodiek hun kennis en ervaring aanleveren en uitwisselen. Monitoringactiviteiten worden behandeld in hoofdstuk 13.
- Het onderzoek naar preventieactiviteiten heeft de laatste tien jaar een impuls gekregen vanuit verschillende ZonMW programma's, het programma Resultaten Scoren, vanuit het ecstasybudget en naar aanleiding van de cannabisbrief uit 2004. Deze onderzoeksactiviteiten worden vooral gebruikt om de richting van preventieactiviteiten nader te bepalen. Zie hiervoor eveneens hoofdstuk 13.

7.2.4.1 Beoogde aanpak op het gebied van preventie

I. Voorlichting en preventieactiviteiten voortkomend uit de Drugsnota 1995
   Er wordt in de Drugsnota 1995 een aanpak voorgesteld op twee fronten: enerzijds het ontplooien van preventieactiviteiten die door het verstrekken van informatie middelengebruik ontmoedigen, anderzijds het stimuleren van een centrale coördinatie en kwaliteitsverbetering van de activiteiten. Het ontwikkelen of uitbouwen van de volgende preventieactiviteiten wordt specifiek genoemd:
   a. Voorlichtingscampagnes (waaronder cannabiscampagnes).
   b. Een telefonische informatielijn.
   c. Preventie in het onderwijs, waarbij wordt aangetekend dat het moet gaan om hoogwaardige realistische voorlichting over alcohol, nicotine en drugs, mede specifiek gericht op risicogroepen.
   d. Preventie in uitgaansgelegenheden en coffeeshops.

Deze preventieactiviteiten zijn vooral gericht op jongeren van 12 tot 20 jaar, met aanvullend specifieke voorlichting voor risicogroepen.

II. Beoogde preventieactiviteiten samenhangend met het ecstasybeleid

De nadruk in de nota *Samenspannen tegen XTC* uit 2001 ligt duidelijk aan de 'voorkant' van de ecstasyketen, op de precursorenstromen, hardware en productie. Voor wat betreft preventie en harm reduction focust de voorgenomen aanpak zich op:

   e. Ontmoedigen van potentiële ecstasykoeriers

f. Intensiveren van voorlichting ter ontmoediging van ecstasygebruik, met name gericht op jongeren, door het ontwikkelen van mediastrategieën, het verbeteren van deskundigheid van intermediairs waarmee jongeren vaak in contact komen en het verrichten van objectieve effectmetingen.
g. Intensiveren van het monitoren van de gebruikersmarkt, met name het ecstasygebruik onder jongvolwassenen en extra onderzoek naar gebruikspatronen.
h. Verbetering van monitoren van op de markt als ecstasy aangeboden stoffen. Hiervoor werd een 'vliegende brigade' van DIMS voorgesteld om bij grootschalige evenementen, waar een aanbod van drugs met een hoog acuut risico te verwachten is, aangeboden stoffen snel op locatie te kunnen signaleren en analyseren. Daarnaast werd automatisering van het DIMS-informatiesysteem beoogd, zodat snel kan worden geïnformeerd, en een intensivering van de deskundigheidsbevordering van medewerkers.
i. Intensiveren van maatregelen ter preventie van ongelukken, incidenten, schade door ecstasygebruik door meer contacten met gebruikers in diverse settings, bij voorkeur vóór of ná het evenement, want dan is voorlichting beter mogelijk en meer advisering en bijscholing van intermediairs.

In 2007 is de kabinetsnotitie 'Voortzetting aanpak synthetische drugs' opgesteld, als een vervolg op de nota *Samenspannen tegen XTC*[13]. Ook hier staat de aanpak van de aanbodzijde bovenaan. De situatie in 2007 is dat er weliswaar sprake is van een afgenomen populariteit van ecstasy en een beperkt en kleiner wordend aantal gezondheidsincidenten tijdens houseparty's, maar dat problemen blijven bestaan door een excessief gebruik, fysieke uitputting, een te hoge dosis MDMA en gecombineerd gebruik met alcohol. Er wordt daarom besloten de ontmoedigingsboodschap met voorlichting te intensiveren.

j. Meer instellingen voor verslavingszorg moeten in hun regio via het project *Uitgaan, Alcohol en Drugs* aandacht geven aan gezondheidsaspecten tijdens het uitgaan. Er wordt naar gestreefd dat driekwart van de regio's voor verslavingszorg in 2010 aandacht schenkt aan gezondheid tijdens het uitgaan middels dit project.
k. Er moet aandacht komen voor peerpreventie binnen het project *Uitgaan, Alcohol en Drugs* door samenwerking van het Trimbos-instituut met Unity, die voorlichting geeft op de uitgaanssetting zelf.
l. Er zal meer aandacht moeten komen voor preventie op het gebied van uitgaansdrugs door voorlichting via internet, om zo jongeren beter te bereiken.

Verder onderzoek zal de preventieactiviteiten moeten verbeteren:

m. Er zal een kwantitatief onderzoek naar gebruikspatronen in het uitgaansleven worden verricht, zowel bij grootschalige evenementen als bij kleinschaliger clubs.
n. Het DIMS zal worden versterkt zodat beter zicht verkregen wordt op de aard en omvang van gezondheidsincidenten met ecstasygebruik. Indien drugs op de markt worden gevonden die riskante stoffen bevatten, wordt een regionale of landelijke waarschuwing uitgegeven om gezondheidsongevallen te voorkomen.

III. Beoogde preventieactiviteiten samenhangend met het cannabisbeleid

De cannabisbrief uit 2004 beoogt een continuering en uitbreiding van bestaande preventieactiviteiten:

o. Continueren van de jaarlijkse publiekscampagnes om cannabisgebruik te ontmoedigen onder jongeren van 12 tot 18 jaar.
p. Intensiveren van voorlichtingsactiviteiten voor cannabisgebruik d.w.z. het ontwikkelen van voorlichting voor specifieke risicogroepen, zoals jongeren (bezoekers van jongerencentra, op hangplekken of in de residentiële hulpverlening of jongeren in het uitgaanscircuit) en mensen met psychische stoornissen.
q. Minder vrijblijvende voorlichting in coffeeshops, bijvoorbeeld door na te gaan of coffeeshophouders verplicht kunnen worden hun klanten een voorlichtingsfolder te overhandigen.

IV. Landelijke Steunfunctie Preventie

De meeste preventieactiviteiten binnen de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg werden vroeger in de afzonderlijk instellingen vastgesteld, waardoor een lappendeken van activiteiten was ontstaan. De uitvoerders hadden nauwelijks weet van de inhoud van elkaars activiteiten. Er bestond ook weinig inzicht in de doeltreffendheid (effectiviteit) en doelmatigheid (efficiency) van deze activiteiten.

In de Drugsnota 1995 is aangekondigd dat een landelijke steunfunctie zou worden gerealiseerd om de samenwerking tussen verschillende actoren op het gebied van verslavingspreventie (scholen, GGD'en, verslavingszorginstellingen, politie) te stimuleren. Ook zou een landelijke steunfunctie de implementatie van effectief gebleken programma's kunnen bevorderen. Daarnaast kan deze worden ingezet ter ondersteuning van de informatievoorziening, deskundigheidsbevordering en beleidsontwikkeling op het terrein van drugspreventie. Aan de landelijke steunfunctie worden specifiek de volgende taken toebedeeld[14]:

- Activiteiten inventariseren en analyseren
- Kwaliteitsimpulsen geven aan het huidige preventiewerk
- Zorg dragen voor implementatie in het veld

Het bureau moet als een herkenbare projectorganisatie worden ondergebracht bij het Trimbos-instituut, zodanig dat voldoende draagvlak kan ontstaan.

7.2.4.2 Beoogde aanpak op het gebied van harm reduction

Opvallend is dat er in de Drugsnota 1995 niet op specifieke harm reduction-maatregelen wordt ingezoomd. Er is in het kader van deze evaluatie overigens geen enkel Tweede Kamerstuk getraceerd waarin integraal het harm reduction-beleid wordt besproken. In de Drugsnota 1995 wordt wel een definitie van harm reduction gegeven: 'het doen van een medisch en/of sociaal hulpaanbod aan de problematische gebruikers ter leniging van hun nood' (p.4) en worden ook verschillende aspecten van harm reduction genoemd, zoals methadonprogramma's en spuitomruil (p.9). Ook het coffeeshopbeleid wordt beschouwd als onderdeel van het harm reduction-beleid (p.6). Andere Tweede Kamerstukken noemen ook intramurale motivatiecentra, gebruiksruimten en maatregelen ter preventie van hiv en virale hepatitis.[8;11;15;16] Uit deze stukken komt naar voren dat de belangrijkste peilers van het harm reduction-beleid in Nederland bestaan uit methadon-onderhoudsprogramma's, laagdrempelige voorzieningen en interventies gericht op de preventie van infectieziekten. Ook de informatiefolders die zijn uitgebracht door de ministeries van VWS en Buitenlandse Zaken noemen specifiek laagdrempelige opvang, verstrekking van methadon en preventie van hiv en hepatitis als centrale facetten van het harm reduction-beleid.[17;18] Onderhoudsbehandeling, met methadon of andere vervangende middelen, wordt besproken in hoofdstuk 8; de overige hier genoemde aspecten van harm reduction worden in dit hoofdstuk behandeld.

Het beleid wil voldoende *laagdrempelige opvang*, zoals inloopruimtes, nachtopvang, en gebruiksruimtes creëren. Gemeenten zijn hiervoor verantwoordelijk in het kader van de WMO. Met name de groep oudere, chronisch verslaafden heeft behoefte aan sociale pensions en beschermende woonvormen. Veel (dakloze) verslaafden hebben behoefte aan een vorm van onderdak in een beschermde omgeving en aan medische zorg, zonder dat er druk op hen wordt uitgeoefend om af te kicken. Deze voorzieningen zullen in de toekomst belangrijker worden, omdat de groep oude verslaafden met een slechte lichamelijke gezondheid groeit. Deze opvang is niet exclusief voor verslaafden. In een aantal voorzieningen is drank- of drugsgebruik zelfs verboden, vanwege het onvoorspelbare gedrag dat het kan veroorzaken, en ter bescherming van niet- en ex-verslaafden. Een substantieel deel van deze voorzieningen voor maatschappelijke opvang komt voort uit het OGGZ-beleid. Er is de afgelopen jaren veel geld beschikbaar gekomen om het bestaande tekort aan opvangvoorzieningen te verminderen, onder andere in het kader van het Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang van de vier grote steden, gericht op overlastreductie. In hoofdstuk 8 wordt nader ingegaan op deze, overigens niet-specifiek op drugsgebruikers gerichte, (zorg)voorzieningen die in het kader van het Plan van Aanpak zijn en worden gerealiseerd.

Gebruiksruimten zijn wel exclusief gericht op verslaafden. Het zijn voorzieningen waar drugsgebruikers op hygiënische wijze en in een stressvrije omgeving drugs kunnen gebruiken, waarbij hulpverleners op de achtergrond aanwezig zijn. Naast het verminderen van overlast in de buurt beogen zij de algehele gezondheidstoestand van de gebruikers te verbeteren, de kans op infectieziekten en drugsdoden (door overdosis) te verminderen en om drugsgebruikers te verleiden om in behandeling te gaan.[19-21]

Preventie van infectieziekten. In 1986 wordt over het bestaande drugsbeleid in relatie tot aids opgemerkt dat er al goede aanknopingspunten bestaan voor een optimale bestrijding van aids onder injecterende drugsgebruikers.[16] De factoren die daarin een rol spelen zijn dat de drugsgebruiker niet wordt gecriminaliseerd zodat hij of zij in relatieve rust drugs kan toedienen, met aandacht voor hygiëne en op een andere wijze dan injecterend, dat er in Nederland gemakkelijk toegang bestaat tot alternatieven zoals methadon waardoor er relatief minder heroïne gebruikt wordt, en dat de groep drugsgebruikers door het laagdrempelige systeem goed bereikbaar is voor zowel preventieve interventies als voor het epidemiologisch volgen voor surveillancedoeleinden. Impliciet wordt voortzetting van deze aanpak beoogd. Specifiek wordt er nog melding gemaakt van spuitomruilsystemen, die met name in Amsterdam en Rotterdam in nauwe samenwerking met de junkiebonden tot stand zijn gekomen. Ook wordt er een actief voorlichtings- en preventiebeleid gericht op risicogroepen en beroepsgroepen vermeld, o.a. in de vorm van een aids-infolijn en worden restrictieve maatregelen aangekondigd voor heroïneprostitutie (p.8). Deze laatste omvatten adviezen over steriel spuitgebruik, het overal in Nederland opzetten van een adequaat systeem van spuitomruil en het op grote schaal beschikbaar stellen van condooms aan heroïneprostituees. Hoewel de maatregelen in dit Tweede Kamer stuk specifiek zijn gericht op aids, zijn ze eveneens toepasbaar op andere drugsgerelateerde infectieziekten, zoals hepatitis B en C.

Hepatitis B. In 1986 kwam een veilig vaccin tegen hepatitis B op de markt waarmee op grote schaal gevaccineerd kon worden. Tegen een meerderheidsadvies van de Ziekenfondsraad in, die zich baseerde op een advies van de Gezondheidsraad, werd door de toenmalige minister besloten dat personen met een verhoogd risicogedrag (mannelijke homoseksuelen met veel wisselende contacten, prostituees en injecterende drugsgebruikers) niet voor vaccinatie in aanmerking kwamen.[22] Een hernieuwd advies van de Gezondheidsraad in 1996 onderstreepte wederom het nut van een risicogroepbenadering. Deze keer had de minister van VWS enkele maanden eerder al aan het Trimbos-instituut de opdracht gegeven een implementatieplan te ontwikkelen voor de vaccinatie van drugsgebruikers.[23] De hepatitis B-vaccinatiecampagne kreeg als doelstelling zo veel mogelijk drugsgebruikers middels vaccinatie te beschermen tegen hepatitis B. Een nevendoel werd om via screening, onderdeel van de vaccinatie, vast te stellen of de deelnemers al immuniteit hebben verworven én om mogelijke dragers op te sporen en hen tot een behandeling aan te zetten.

Het *hepatitis C-virus* is begin jaren negentig geïsoleerd en specifieke aandacht voor behandeling van deze infectieziekte is daarom pas recent ontstaan. Hepatitis C wordt vrijwel uitsluitend overgedragen via bloed-bloedcontact en in Nederland behoren injecterende drugsgebruikers tot de grootste risicogroepen voor deze ziekte. In 1997 bracht de Gezondheidsraad een advies uit waarin onder meer werd gepleit voor een voorlichtingsstrategie gericht op zowel de algemene bevolking als risicogroepen. Daarnaast bepleitte de Gezondheidsraad epidemiologisch onderzoek naar de omvang van de hepatitis C-infectie. Vanwege de verbeterde behandelmogelijkheden van hepatitis C brengt de Gezondheidsraad in 2004 opnieuw het advies over voorlichting uit. In een brief van 17 februari 2005 onderschrijft de minister van VWS het advies om zo spoedig mogelijk meer voorlichting te geven en geeft aan ZonMW de opdracht een centrale rol te spelen in de coördinatie van een 'eenmalige' voorlichting.

7.3 Is de beoogde aanpak gerealiseerd?

7.3.1 Gerealiseerde aanpak op het gebied van preventie

De verantwoordelijkheid voor preventie wordt in de eerste plaats beschouwd als een taak van gemeenten, scholen, ouders en instellingen, ondersteund door een landelijke infrastructuur en door landelijke projecten. Krachtens de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid zijn gemeenten en hun gemeentelijke gezondheidsdiensten verantwoordelijk voor de uitvoering van collectieve preventie. De Welzijnswet uit 1994 bepaalt dat gemeenten verantwoordelijk zijn voor de ambulante verslavingszorg, waaronder ook het geven van voorlichting over drugs en preventie van drugsgebruik vallen. Het ministerie van VWS is verantwoordelijk voor een aantal nationale facetten van het voorlichtings- en preventiebeleid. Enerzijds vindt ondersteuning plaats omdat activiteiten vanwege het landelijk karakter anders niet zouden plaatsvinden. Anderzijds zijn de activiteiten zodanig opgezet dat zij ondersteuning kunnen bieden aan de activiteiten die regionaal of lokaal worden uitgevoerd. In Nederland is preventie vooral gericht op jongeren en partysettings.[24]

Het Trimbos-instituut is aangewezen als Gezondheidsbevorderend instituut (GBI) op het terrein van drugs. Daardoor speelt het Trimbos-instituut een centrale rol bij de ontmoediging van het drugsgebruik in Nederland[25] (www.nationaalkompas.nl). Op regionaal en lokaal niveau worden preventieactiviteiten uitgevoerd door instellingen voor verslavingszorg en GGD'en, scholen, politie en jongerencentra. Het is onbekend hoeveel geld er feitelijk is gemoeid met preventieactiviteiten gericht op drugsgebruik. Een oudere schatting van het RIVM[26] komt op 6,8 miljoen euro, waarvan 5,1 miljoen euro voor landelijke interventies en 1,7 miljoen voor de Voedsel en Warenautoriteit en de politie.

I. Voorlichting en preventieactiviteiten voortkomend uit de Drugsnota 1995

a. Voorlichtingscampagnes

Vanaf medio jaren negentig is een reeks drugsvoorlichtingscampagnes gericht op jongeren en intermediairs (zoals ouders) uitgevoerd. De campagnes worden jaarlijks gehouden en hebben veelal tot doel om jongeren en ouders te stimuleren informatie over drugs te zoeken. Ook beogen zij de communicatie tussen jongeren en ouders over drugs te bevorderen. Veelal geven ouders aan te weinig kennis van het onderwerp te hebben. De campagnes richten zich eveneens op de risico's van het gebruik, toegespitst op gebruik in relatie tot schoolprestaties, afhankelijkheid en combinatiegebruik. In Nederland zijn massamediale campagnes vaak onderdeel van een brede aanpak. Vanuit het Leefstijlprogramma van ZonMW zijn er verschillende gezondheidsbevorderende campagnes ontwikkeld gericht op drugs, alcohol en roken. De Nederlandse massamediale campagnes zijn geënt op een vierpijlerstructuur bestaande uit onderzoek, implementatie, ontwikkeling van interventies en een massamediaal

instrument. Sinds jaren worden de campagnes door het Trimbos-instituut georganiseerd, en uitgevoerd in samenwerking met regionale verslavingszorginstellingen en GGD'en. Ter illustratie worden hier enkele van deze massamediale voorlichtingscampagnes genoemd:

- In 1996 liep de eerste grootschalige cannabiscampagne, uitgevoerd door het toenmalige NIAD. De campagne stimuleerde informatiezoekgedrag via de telefonische informatielijn, spotjes op radio en televisie en videospotjes tijdens grootschalige discoshows en artikelen in populaire jongerentijdschriften en verbeterde lesmaterialen op scholen. De campagne maakte eveneens gebruik van convenience advertising (voorlichting op de plaats van gebruik) en onderwijstelevisie. Ook recente landelijke voorlichtingscampagnes stonden in het teken van cannabis: in 2004 en 2005 de campagne 'Er valt meer te weten over cannabis' en in 2006 de campagne 'Je bent niet gek als je niet blowt'.
- In 1997 startte een grootschalige ecstasycampagne die qua doelgroep en doelstellingen overeenkomt met de beschreven cannabiscampagne.
- De landelijke voorlichtingscampagne 'Drugs, laat je niks wijsmaken' uit 2002 richtte zich op zowel jongeren (12-19 jaar), als op hun ouders, met het doel de onderlinge communicatie over drugs te bevorderen.
- De meest recente massamediale voorlichtingscampagne, uit 2008, richtte zich op overmatig alcohol- en drugsgebruik onder jongeren en was verpakt in de 11-delige serie Roes, een product van het Trimbos-instituut, IDTV en de VPRO. Er is een korte instructie opgesteld voor het gebruik van Roes in de klas, in het jongerenwerk en in de jeugdhulpverlening, waarin algemene tips worden gegeven en suggesties voor discussievragen. Roes is een voorbeeld van 'entertainment education'.

b. Telefonische informatielijn

De Drugs Infolijn, opgericht in 1996, geeft informatie en advies over drugs aan het algemene publiek en aan professionals. De verstrekte informatie is betrouwbaar en wetenschappelijk onderbouwd. De informatielijn is laagdrempelig en 24 uur per dag bereikbaar; een persoonlijk gesprek kan alleen 's middags tijdens werkdagen. Er werd rond de eeuwwisseling jaarlijks rond de 35.000 keer contact gelegd met de informatielijn, hetgeen voor een belangrijk deel bellers zijn die informatie uitluisteren op het voice respons systeem. Het aantal gesprekken met medewerkers lag in die periode rond de 6000 tot 6500. Sinds enkele jaren is het aantal telefonische contacten gedaald naar rond de 10.000 per jaar (waaronder 3000 directe gesprekken met medewerkers). Daarentegen wordt er in toenemende mate digitaal contact gezocht met de informatielijn. In 2007 werd de informatiewebsite (www.drugsinfo.nl) bijna 200.000 keer bezocht. In dat jaar waren er ook meer dan 1000 informatieverzoeken via e-mail. In 2007 heeft de Drugs Infolijn een chatservice aangeboden als aanvulling op de telefonische informatievoorziening. Deze voorziening bleek met name populair onder jongeren. De onderwerpen waar zowel internetgebruikers als bellers het meest in geïnteresseerd zijn, komen overeen, namelijk cannabis, drugs in het algemeen, cocaïne en ecstasy.

c. Preventie in het onderwijs

De gezonde school en genotmiddelen is een preventieve interventie gericht op het gebruik van alcohol, tabak en drugs, met als centrale doelstelling het voorkomen van gebruik of het uitstellen van het moment waarop leerlingen voor het eerst deze middelen gebruiken. Het programma werd begin jaren negentig ontwikkeld, is inmiddels breed verspreid en wordt nog regelmatig geactualiseerd. Het wordt georganiseerd door het Trimbos-instituut en uitgevoerd door scholen in samenwerking met GGD'en en instellingen voor verslavingszorg. Rond de eeuwwisseling gebruikten tussen 64% en 73% van de middelbare scholen het programma, zodat naar schatting 350.000 middelbare scholieren met de interventie werden bereikt.[27] Het bereik onder scholen is de laatste jaren gedaald. In het schooljaar 2007/2008 maakte 59% van de middelbare scholen en 33% van de basisscholen gebruik van het programma.[28] De verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat er toenemend preventieprogramma's voor verschillende onderwerpen ontwikkeld worden voor scholieren, terwijl de beschikbare tijd om deze programma's op school uit te voeren beperkt is.

De gezonde school en genotmiddelen heeft een basisschoolversie voor leerlingen van groep 7 en 8 en een programma voor de onderbouw van het voortgezet onderwijs. De gezonde school en genotmiddelen is opgezet als een integraal programma bestaande uit vijf componenten: 1. oprichten van een coördinatiecomité in de school; 2. een serie lessen over tabak, alcohol, cannabis, ecstasy en vaardigheidstraining in het maken van keuzes en durven weigeren (voorlichting); 3. het formuleren van schoolregels over roken, alcohol en drugsgebruik (reglementeren); 4. het ontwikkelen van een systeem voor vroege opsporing van leerlingen met probleemgebruik en het bieden van hulp (signaleren en begeleiden); 5. het betrekken van de ouders. De eerste component is inmiddels om organisatorische redenen uit het programma geschrapt. Er is materiaal en ondersteuning beschikbaar voor diverse intermediairs: handboeken, video's en handleidingen voor de onderwijzers, informatiebrochures voor de ouders, en handboeken, presentaties en trainingen voor GGD'en en instellingen voor

verslavingszorg. *De gezonde school en genotmiddelen* is onlangs uitgebreid met e-learningmodules over roken, alcohol en blowen.

d. Preventie in uitgaansgelegenheden en coffeeshops
Uitgaan en Drugs wordt sinds 1998 in opdracht van het ministerie van VWS uitgevoerd door het Trimbos-instituut in samenwerking met een aantal veldpartijen. Tegenwoordig heet dit project *Uitgaan, Alcohol en Drugs*. Het project richt zich op het recreatieve gebruik van drugs door jongeren in het uitgaanscircuit en beoogt een gezonde en veilige uitgaansomgeving te creëren, om daarmee gezondheids- en veiligheidsproblemen door gebruik van (alcohol en) drugs in het uitgaanscircuit te voorkomen. Het project richt zich zowel op het voorkomen van drugsgebruik als het voorkomen van problemen voortvloeiend uit drugsgebruik. De uiteindelijke doelgroep zijn jongeren van 16-26 jaar, al dan niet drugsgebruikend. Uitgangspunt in het project is dat preventie het meeste effect heeft als jongeren gedurende langere tijd en op verschillende manieren, op verschillende plaatsen en via verschillende kanalen bereikt worden. De jongeren worden zowel thuis, op school, als in hun vrije tijd benaderd via gestandaardiseerde preventieactiviteiten.

In het project worden regionale preventieactiviteiten gekoppeld aan activiteiten op landelijk niveau. Daarbij wordt gebruik gemaakt van wetenschappelijke inzichten en ervaringen (best practices) uit het hele land en de kennis en expertise die daarbij is opgebouwd. De activiteiten richten zich op coffeeshops, reguliere horeca en grootschalige evenementen. Gemeenten, instellingen voor verslavingszorg en GGD'en die werken aan een gezond en veilig uitgaanscircuit kunnen een keus maken uit diverse instrumenten die passen bij de lokale situatie en bij reeds bestaande initiatieven. Voorbeelden van deze instrumenten zijn een quickscan voor drugsproblemen in dit circuit, cursussen voor eerste hulp bij drugsproblemen en voor personeel in de horeca, een website, factsheets en een helpdesk. Uitgaan, Alcohol en Drugs stimuleert een integrale aanpak waarbij naast preventie ook aandacht wordt besteed aan regelgeving en handhaving.

De *Monitor Uitgaan en Drugs* wordt sinds 2005 gebruikt om de implementatiegraad van het project *Uitgaan, Alcohol en Drugs* te meten. De laatste meting (over 2007) toont dat preventie binnen het uitgaanscircuit toenemend een activiteit is die door de instellingen voor verslavingszorg wordt vervuld. GGD'en richten zich steeds minder op het uitgaanscircuit. Alle instellingen voor verslavingszorg maken inmiddels gebruik van producten van het project *Uitgaan, Alcohol en Drugs* (zie § 7.6.1).

II. Gerealiseerde preventieactiviteiten samenhangend met het ecstasybeleid

e. Preventieve voorlichting gericht op potentiële koeriers werd voorafgegaan door een onderzoek naar de kenmerken en motieven van deze groep.[29] Door Justitie is vervolgens een 'communicatieplan' opgesteld. In 2004 is een campagne gestart die potentiële ecstasysmokkelaars moet waarschuwen voor de gevolgen van het smokkelen van ecstasy naar het buitenland.[30] De voorlichting bestond uit een website (www.xtcsmokkel.nl), waarop informatie te vinden was over de pakkans, de strafmaat voor ecstasysmokkel in het buitenland en de situatie in buitenlandse gevangenissen. Daarnaast werd informatie via andere kanalen onder de aandacht gebracht, zoals posters op trams, bussen en in buurthuizen en een artikel over de risico's van ecstasysmokkel in regionale huis-aan-huisbladen in de steden Den Haag, Amsterdam, Rotterdam, Utrecht, Nijmegen, Breda en Heerlen. Er heeft geen evaluatie plaatsgevonden van deze campagne.
f. Intensiveren van voorlichting ter ontmoediging van ecstasygebruik. Naar aanleiding van de ecstasynota is het Trimbos-instituut in de preventieboodschappen meer gaan benadrukken dat ecstasy een langdurige verstoring van de hersenfuncties kan veroorzaken. De voorlichtingsactiviteiten in het veld werden niet geïntensiveerd maar aangepast op grond van dit nieuwe inzicht.
g. Intensiveren van het monitoren van de gebruikersmarkt. Het Antenne-onderzoek houdt sinds 1993 de ontwikkelingen op de Amsterdamse drugsgebruikersmarkt bij (kwalitatief en kwantitatief). Trendwatch is een landelijke monitor die eens per twee jaar kwalitatieve gegevens over het drugsgebruik in het land rapporteert (zie hoofdstuk 13). In vele gemeenten vinden eenmalige 'quickscans' plaats om de lokale situatie met betrekking tot het middelengebruik in het uitgaansleven in kaart te brengen.
h. Verbetering van monitoren van op de markt als ecstasy aangeboden stoffen (zie hoofdstuk 13). De voorgestelde 'vliegende brigade' van het DIMS werd door de Tweede Kamer tegengehouden. De automatisering van het DIMS-informatiesysteem is gerealiseerd en het netwerk met de medewerkers van de DIMS-testpunten is georganiseerd rond een (beveiligde) website. Wanneer stoffen worden aangetroffen die een acuut risico vormen voor de volksgezondheid kan het DIMS waarschuwingscampagnes uitvoeren.
i. Intensiveren van maatregelen ter preventie van ongelukken, incidenten en schade door ecstasygebruik. Er zijn vanuit het project Uitgaan, Alcohol en Drugs (Open & Alert) trainingen voor personeel van uitgaansgelegenheden en een cursus eerste hulp bij drugsincidenten ontwikkeld. Ook zijn preventiemodules tegen

riskant gebruik van uitgaansdrugs gerealiseerd via het jongerenwerk, voor jongeren op hangplekken en in de residentiële hulpverlening. De Stichting Educare is leidend in het land met een aanbod gericht op schadebeperking. Medewerkers van deze en andere vergelijkbare organisaties kunnen worden ingehuurd op (grootschalige) evenementen. Zij zijn extra alert op de beschikbaarheid van voldoende water en afkoelmogelijkheden en kunnen professionele hulp bieden bij ongelukken.

j. In 2007 maakten alle instellingen voor verslavingszorg gebruik van producten van het project *Uitgaan, Alcohol en Drugs*.
k. Peerpreventie is onderdeel van het project Uitgaan, Alcohol en Drugs.
l. Het project Uitgaan, Alcohol en Drugs heeft een website (www.drugsenuitgaan.nl) en ook www.drugsinfo.nl is een voorbeeld van een website die voor jongeren begrijpelijke informatie over drugs aanbiedt.
m. Een kwantitatief onderzoek naar gebruikspatronen in het uitgaansleven wordt in 2008/2009 uitgevoerd door het Trimbos-instituut en het Criminologisch Instituut Bonger.
n. Onder de paraplu van het DIMS loopt momenteel een proefproject naar gezondheidsincidenten gerelateerd aan middelengebruik. Er is, analoog aan het 'red alert'-systeem van het DIMS, een protocol om in acute situaties adequaat actie te ondernemen. De resultaten van dit proefproject worden in september dit jaar verwacht.

III. Gerealiseerde preventieactiviteiten samenhangend met het cannabisbeleid.

o. Continuering van de jaarlijkse publiekscampagnes. De laatste voorlichtingscampagne specifiek gericht op cannabis vond plaats in 2006. In 2008 is de laatste massamediale voorlichtingscampagne uitgevoerd, welke zich richtte op alle middelen.
p. Intensiveren van preventieactiviteiten voor drugsgebruik. Het Trimbos-instituut deed in opdracht van VWS een verkennend onderzoek in residentiële instellingen voor jeugdhulpverlening naar aspecten van het instellingsbeleid die het beste werken om jongeren van het drinken en blowen af te houden of ze te laten minderen (Bransen & Van Leeuwen, 2006). De instellingen bleken onderling sterk te verschillen in hun beleid om drugsgebruik aan te pakken. Deze verkenning kon echter geen uitsluitsel geven over de meest geschikte aanpak. Het belang werd benadrukt om de aanpak te differentiëren naar de fase van gebruik waarin jongeren zich bevinden. In samenwerking met de Mondriaan Zorggroep heeft het Trimbos-instituut voor jongerencentra en hangplekken preventiemodules ontwikkeld en aangeboden via het project Uitgaan, Alcohol en Drugs (Open & Alert). Er zijn geen initiatieven genomen om preventieactiviteiten gericht op mensen met psychische stoornissen te inventariseren. Het 'Ontwikkelcentrum Kwaliteit en Innovatie van Zorg en Preventie' van Resultaten Scoren is destijds evenmin bezig geweest met het ontwikkelen en implementeren van nieuwe preventiemethoden voor deze doelgroep.
q. In opdracht van het ministerie van VWS voert het Trimbos-instituut het project Preventie in de Coffeeshop uit. Het project is onderdeel van het Actieplan Ontmoediging Cannabis waarin de Minister van VWS heeft aangegeven dat de voorlichting in de coffeeshops zal worden verbeterd. Het project is erop gericht om problematisch 'blowen' te voorkomen of te beperken bij jongeren tussen de 18 en 25 jaar die een coffeeshop bezoeken. Jongeren in de coffeeshop krijgen materiaal uitgedeeld met informatie over cannabis, 'verstandig' gebruik en informatie over zelfhulpwebsites, cannabissites en hulpverleningsmogelijkheden bij de verslavingszorg en GGD'en. Naast deze landelijke folder met gebruiksadviezen voor bezoekers van coffeeshops is er een cursus voor coffeeshopmedewerkers ontwikkeld om de vaardigheden en kennis van coffeeshopeigenaren en -personeel te vergroten. Ook zijn er producten (o.a. een handboek met verschillende interventiemogelijkheden en een Train de Trainers-cursus) voor preventiewerkers uit de verslavingszorg en GGD ontwikkeld die de preventieactiviteiten beogen te standaardiseren en breed in te zetten. De bedoeling was dat ook de gemeenten betrokken zouden worden in het project Preventie in de Coffeeshop. Rotterdam en Schiedam hebben destijds het volgen van de cursus voor coffeeshophouders als eis voor een beschikking gesteld. Andere gemeenten hebben niet geparticipeerd.

IV. Een landelijke steunfunctie preventie

De Landelijke Steunfunctie Preventie (LSP), operationeel sinds 1997, is ondergebracht bij het Trimbos-instituut en nauw verweven met GGZ NL en het Landelijk Ondersteuningspunt Preventie van de geestelijke gezondheidszorg (LOP) waardoor de samenhang met preventie op het gebied van geestelijke gezondheidszorg wordt versterkt. De LSP is opgericht om meer overzicht te genereren en ook meer samenhang te realiseren tussen preventie in de GGZ, de verslavingszorg en daarbuiten. Het uiteindelijke doel is verbetering van de kwaliteit van preventie door standaardisering, landelijke prioriteitenstelling, evaluatie en vernieuwing van de preventiepraktijk. De LSP is vier jaar onderdeel geweest van het OntwikkelCentrum Preventie van het programma Resultaten Scoren. Daarna is het zich vooral, maar niet uitsluitend, gaan richten op standaardisering van uitvoering van effectief gebleken interventies of interventiepakketten.

Binnen de LSP zijn drie speerpunten aan te wijzen:

- *Onderzoek.* Gedurende de eerste periode van het bestaan van de LSP waren veel activiteiten gericht op het meer onderzoeks-minded maken van het preventieveld. Een Europees Handboek voor Preventie werd in 1997 gepubliceerd[31] en door de LSP verspreid. Voorts zijn verspreid in het land evaluatietrainingen georganiseerd voor preventiewerkers met behulp van een Minimal Evaluation Kit (MEK), waarmee tijdens workshops werd geoefend aan de hand van projecten die men zelf uitvoerde. In 2000 is gestart met activiteiten gericht op verbetering van de wetenschappelijke basis van preventieve interventies. Hierbij wordt de kenniscyclus doorlopen: van proefonderzoek en effectevaluatie naar implementatie.
- *Aard en omvang studies.* De LSP verzorgde in 2000 een eerste publicatie over de aard en de omvang van preventie in de geestelijke gezondheidszorg[32] en in 2002 verscheen een gelijksoortige publicatie over de verslavingszorg.[33] Deze 'aard en omvang'-rapportages laten ontwikkelingen zien in de organisatie, de omvang en de inhoud van de Nederlandse verslavingspreventie. Dit overzicht is bedoeld voor zowel het beleid, het werkveld als het onderzoek. Soms geven deze rapportages ook een korte evaluatie.
- *Landelijk netwerk infectieziekten.* Sinds 2000 heeft de LSP de coördinatie over het landelijke netwerk infectieziekten overgenomen van het landelijke programma Aids en drugsgebruik. Leden van het netwerk zijn vertegenwoordigers van de regionale instellingen voor verslavingszorg. Ook neemt een aantal GGD'en deel aan het netwerk. De leden van het netwerk zijn contactpersoon infectieziekten binnen de instelling voor verslavingszorg of GGD waar zij werken. Zij functioneren zowel intern als extern als aanspreekpunt als het om infectieziekten gaat. Een groot deel van hen is bovendien actief als trainer en verzorgt scholing en voorlichting over infectieziekten voor (nieuw) personeel en cliënten. Ook coördineert de LSP al jaren de vaccinatiecampagne tegen hepatitis B voor de doelgroep harddrugsgebruikers. De landelijke voorlichtingscampagne over hepatitis C, die in het najaar van 2009 zal worden uitgerold, wordt eveneens voor zover het de risicogroep drugsgebruikers betreft, door de LSP aangestuurd.

Conclusie

De beoogde preventieve interventies die voortkomen uit het cannabis- en ecstasybeleid, zijn alle in zekere mate gerealiseerd. Vanwege de vage omschrijving in de beleidsstukken (bijvoorbeeld: 'intensivering van de voorlichting', waarbij de mate van intensiteit niet wordt gedefinieerd) is het niet mogelijk om te concluderen dat de omvang waarin de interventies worden uitgevoerd en het bereik voldoen aan de oorspronkelijk beoogde aanpak. Dit laatste geldt ook voor de activiteiten van de LSP. Daarnaast blijft het over het algemeen onduidelijk in hoeverre de ontwikkelde preventiemodules hun weg vinden in het veld en is er onvoldoende zicht op de mate waarin ze worden toegepast.

7.3.2 Gerealiseerde aanpak op het gebied van harm reduction

In de jaren tachtig is Nederland op grote schaal begonnen met harm reduction programma's, waaronder methadonverstrekkingsprogramma's (zie hoofdstuk 8), laagdrempelige voorzieningen en spuitomruilprogramma's. Een groot deel van de harm reduction-voorzieningen is lokaal begonnen en kreeg later navolging in andere delen van het land. Verschillende faciliteiten richten zich op een bredere groep dan drugsgebruikers. De voorzieningen die in deze paragraaf worden besproken zijn geselecteerd op grond van het forse aandeel dat zij hebben in de opvang van drugsverslaafden.

Laagdrempelige opvang. In aansluiting op behandeling door de verslavingszorg zijn gemeenten via de WMO gehouden aan de verplichting om aan onder andere verslaafden praktische ondersteuning te bieden, zoals op het gebied van huisvesting, inkomen, werk en schuldhulpverlening. Gemeenten hebben afgesproken dat hun inspanningen voor de maatschappelijke zorg voor verslaafden op zijn minst op gelijk niveau moet blijven als vóór de invoering van de WMO. Ook hebben gemeenten, in het kader van de WMO, maatregelen geconcretiseerd die ingezet worden ter ondersteuning en begeleiding van de reïntegratie van (ex-)verslaafden. Er is geen landelijk overzicht van de omvang van het aanbod in laagdrempelige opvangvoorzieningen waarvan specifiek door drugsverslaafden gebruik wordt gemaakt. Onder hulpverleners bestaat de impressie dat de omvang en invulling van het aanbod van deze voorzieningen redelijk tegemoet komen aan de vraag, ook in geografisch opzicht. Veel is er verbeterd dankzij het Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang van de vier grote steden.[34] Er lijkt nog wel een tekort aan opvangvoorzieningen voor de langere duur te bestaan. De nachtopvang moet bijvoorbeeld vaak per nacht geregeld worden en is per persoon gelimiteerd tot een aantal nachten per week of maand. Wel zijn door verschillende gemeenten de afgelopen tien jaar zo'n 30 hostels voor drugsverslaafden gestart met als belangrijkste doelen harm reduction en reïntegratie. Er komen nieuwe bij en andere worden opgeheven. Ook bestaan er inmiddels enkele verblijfshuizen

voor oudere verslaafden en verschillende intramurale motivatiecentra, waar de zorgbehoefte van de drugsverslaafden wordt gepeild en een zorgplan kan worden opgesteld (zie hoofdstuk 8).

Gebruiksruimten Het opzetten van gebruiksruimten werd al jaren door drugsgebruikers bepleit, maar de angst voor dergelijke voorzieningen onder beleidsmakers was aanvankelijk groot. Vanaf de jaren 90 verschenen gebruiksruimten in een aantal gemeenten, vooral om de overlast door drugsgebruikers op straat te verminderen. De gebruiksruimten hebben een wettelijk kader gekregen in de Aanwijzing Opiumwet december 2000. Gebruiksruimten vallen onder de verantwoordelijkheid van de lokale driehoek. Wel worden er op nationaal niveau drie randvoorwaarden aan de gebruiksruimten gesteld: ze mogen geen grootschalig karakter krijgen, dealers worden niet gedoogd en er is geen vrije inloop van verslaafden.

Het aantal gebruikersruimten is gestegen van 20 in 2000 tot circa 40 in 2006 en is verspreid over ongeveer 15 steden. Mede door de weerstand onder burgers is (evenals bij de hostels) het aantal schommelend, sommige worden gesloten en andere opgericht. Grosso modo is de ervaring met deze ruimten na een aanloopperiode positief.[35;36] Vaak krijgen gebruikers een toegangspasje dat bij misdragingen weer kan worden ingetrokken. Het houdt bovendien gebruikers van buiten de stad buiten de deur (controle en ordehandhaving).

Gebruiksruimten worden vaak beheerd door verslavingszorginstellingen. Zij bieden faciliteiten, variërend van spuitomruil en distributie van parafernalia tot douches en wasmachines. In de dagelijkse praktijk wordt vaak geen gezondheidsvoorlichting gegeven. Om dit te bevorderen worden trainingen voor professionals georganiseerd.[37]

Preventie van infectieziekten. Injecterende drugsgebruikers hebben een verhoogd risico op besmetting met bloedoverdraagbare ziekten, zoals hiv, hepatitis B en hepatitis C. Door seksueel risicogedrag hebben injecterende zowel als niet-injecterende drugsgebruikers ook een hoger risico op seksueel overdraagbare ziekten (hiv, hepatitis B en en andere soa). In Nederland berust het infectieziektenbeleid gericht op drugsgebruikers op twee peilers. Drugsgebruikers worden enerzijds geïnformeerd over de wijze van overdracht en gemotiveerd om daartegen voorzorgsmaatregelen te nemen. Anderzijds worden er materialen ter beschikking gesteld om de risico's van overdracht van infectieuze agentia te verminderen. Onder deze laatste vallen niet alleen de 'drugsparafernalia' (spuiten, naalden, ontsmettingsmiddelen, etc), maar ook condooms.

In de jaarlijkse 'Aard en Omvangstudies' van de Landelijke Steunfunctie Preventie GGZ en Verslavingszorg (LSP) van het Trimbos-instituut wordt het bereik van de interventies gericht op infectieziektenpreventie in kaart gebracht. De meest recente gegevens stammen uit 2007, en zijn verzameld met vragenlijsten aan preventiehoofden of coördinatoren.[38] Van de 16 benaderde verslavingszorginstellingen hebben er 12 een reactie gestuurd. De respons van 75% betekent dat de cijfers geen landelijk beeld geven. Hieronder volgen enkele gegevens uit deze publicatie, tenzij andere bronnen zijn aangegeven.

Spuitomruil bestaat in Nederland sinds 1984 en is ondergebracht bij of wordt uitgevoerd door methadonverstrekkingspunten, gebruiksruimten, straathoekwerkers en sommige apotheken.[39] Spuitomruil vermindert de noodzaak om onderling naalden en spuiten te delen, waarmee de kans op besmetting met bloed-overdraagbare infecties (hepatitis C, hiv en in zekere mate ook hepatitis B) eveneens vermindert. Een positief neveneffect is dat spuitomruil een ingang voor verdergaand contact met de verslavingszorg kan zijn. Spuitomruilprogramma's verstrekken schone naalden en spuiten en zamelen gebruikte spuiten en naalden grotendeels ook weer in, waardoor er minder spuiten en naalden op straat en in parken rondslingeren. Sommige instanties bieden ook andere gebruikersattributen, zoals ontsmettingsmiddel, citroenzuur om de drugs op te lossen, en mengcupjes. Het aantal Nederlandse spuitomruilprojecten wordt momenteel geschat op circa 150 en het aantal apotheken dat voor drugsgebruikers spuiten ruilt op 20 tot 30. Volgens de schatting van de respondenten in de Aard en Omvangstudie van 2007 bereiken spuitomruilprojecten die zijn georganiseerd vanuit de preventieafdelingen ongeveer 6000 personen uit de doelgroep.[38] Dit is een zeer forse onderschatting van de werkelijkheid, omdat de meeste verslavingszorginstellingen ook via curatieve afdelingen en afdelingen voor langdurige zorg (methadonbehandeling en laagdrempelige verslavingszorg) schone spuiten verstrekken. Ook worden GGD'en en apotheken niet meegerekend. Over de omvang en het bereik via deze kanalen bestaan echter nauwelijks gegevens. De cijfers van GGD Amsterdam tonen dat in deze stad het aantal uitgereikte schone spuiten en naalden in tien jaar tijd is gedaald van 1 miljoen per jaar naar 200.000 per jaar. Dat wordt verklaard door de impopulariteit van injecteren. Een vergelijkbare daling, maar over recentere jaren, wordt gezien in de Rotterdamse spuitomruil.

Condoomverstrekking aan drugsgebruikers vindt plaats binnen laagdrempelige voorzieningen, bijvoorbeeld op methadonposten en bij spuitomruilprojecten. Er zijn geen complete gegevens beschikbaar over de aantallen verstrekte

condooms, noch over het aantal bereikte drugsgebruikers of locaties. In de Aard en Omvangstudie van 2007 rapporteren vier preventieafdelingen van verslavingszorginstellingen condooms te verstrekken en daarmee meer dan 5000 personen te bereiken. Ook hier geldt dat dit aantal een zeer forse onderschatting van de werkelijkheid is.

Hepatitis B-vaccinatie. In 1999 en 2000 heeft een proefproject plaatsgevonden naar de haalbaarheid van een vaccinatieprogramma tegen hepatitis B voor risicogroepen, waaronder harddrugsgebruikers en homo- en heteroseksuelen met wisselende partners. Op basis van de resultaten van het proefproject werd besloten het project landelijk te implementeren. In 2002 ging de 'Landelijke vaccinatiecampagne hepatitis B risicogroepen' van start. Vanaf 2004 wordt de campagne ook uitgevoerd in penitentiaire inrichtingen. De centrale organisatie van de campagne is in 2009 door het RIVM overgenomen van GGD Nederland. Evaluatie liet zien dat in een steekproef van drugsgebruikers tweederde weet heeft van het bestaan van de campagne, iets minder dan de helft deelneemt en minimaal één vaccinatie heeft gekregen en dat van de deelnemende drugsgebruikers tweederde de volledige vaccinatiereeks van drie vaccinaties ontvangt. Allochtonen en daklozen (met name zij die gebruik maken van nachtopvang en gebruiksruimten) kenden de campagne vaker.[40]

Hepatitis C. Er zijn drie projecten gerealiseerd:

- Het Nationaal Hepatitis Centrum heeft in 2004 een haalbaarheidsstudie verricht naar de mogelijkheid om drugsgebruikers die met hepatitis C besmet zijn op te sporen en te behandelen.[41] Er werden daarvoor drie verslavingszorginstellingen benaderd waar al in enige vorm een hepatitis C-behandelaanbod aanwezig was. Organisatorische beperkingen bleken echter te omvangrijk om te komen tot een landelijke standaard voor opsporing en behandeling. Er zijn inmiddels enkele lokale initiatieven die laten zien dat opsporing en behandeling van drugsgebruikers met hepatitis C mogelijk is. Er is, eveneens op lokaal initiatief, een 'richtsnoer' opgesteld dat als handreiking kan dienen bij de organisatie van de behandeling van chronische hepatitis C-infectie bij drugsgebruikers.[42]
- Het RIVM heeft eind jaren negentig een epidemiologisch onderzoek (de Pienterstudie) uitgevoerd onder de algemene bevolking naar het vóórkomen van hepatitis C, waarin werd gevonden dat de ziekte bij 1 op de 1000 mensen in de algemene bevolking voorkomt.[43] Enkele jaren later heeft het RIVM een literatuur- en modelleringonderzoek gedaan naar het vóórkomen van hepatitis C in Nederland onder risicogroepen. Daarin werd geconcludeerd dat absolute aantallen hepatitis C-besmetting het hoogst zullen zijn onder immigranten uit gebieden waar veel hepatitis C voorkomt, en drugsgebruikers.[44]
- Het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) heeft de opdracht gekregen een massamediale voorlichtingscampagne te organiseren voor risicogroepen (waaronder drugsgebruikers) en de algemene bevolking, welke via ZonMW gefinancierd wordt. Deze campagne zal naar verwachting in het najaar van 2009 worden gehouden. Het campagnedeel gericht op drugsgebruikers bevat een training van professionals in de verslavingszorg, informatiemateriaal voor cliënten en veldwerkers, counseling en motiverende gespreksvoering.

Uitgaansdrugs. Voor gebruikers van 'recreatieve' drugs vindt harm reduction, in casu preventie van drugsgerelateerde sterfte, (indirect) plaats via het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS, zie hoofdstuk 13). Het DIMS test de samenstelling van drugs die op de markt zijn. Wanneer er (levens)bedreigende vervuilingen worden gedetecteerd treedt een 'Red Alert' in werking.

Conclusie

Harm reduction kent al een lange geschiedenis in Nederland. Er is in de afgelopen dertig jaar een breed pakket van maatregelen gerealiseerd, zowel gericht op verbetering van de gezondheid van de drugsgebruiker zelf als ter bescherming van de openbare orde en de volksgezondheid. Veel voorzieningen zijn begonnen als lokaal initiatief en kregen later navolging in de rest van het land. Drugsgebruikers maken niet alleen gebruik van voorzieningen die specifiek voor deze doelgroep in het leven zijn geroepen, maar kunnen ook terecht bij diverse maatschappelijke opvangprojecten die zich breder richten op de hele OGGZ.

Eenduidige en meetbare doelstellingen met betrekking tot de aanpak op het terrein van harm reduction zijn niet verwoord. Grosso modo lijkt het aanbod aan laagdrempelige voorzieningen in Nederland te voldoen aan de vraag. Ook is er een breed pakket aan maatregelen gericht op de preventie van drugsgerelateerde infectieziekten. Er bestaan in Nederland wel grote regionale verschillen in de mate waarin infectieziekten, met name hepatitis C, worden opgespoord en behandeld. Mogelijk verbetert dit op korte termijn door de implementatie van de landelijke richtlijn opiaatonderhoudsbehandeling (RIOB, zie hoofdstuk 13).

7.3.3 Gerealiseerde aanpak gericht op kwetsbare groepen

Allochtonen. In de jaren tachtig en negentig werd er veel aandacht besteed aan de drugsproblematiek onder allochtonen. In 1995 werd het Platform Multiculturele Verslavingszorg opgericht. Binnen het platform speelden eigen organisaties met eigen projecten een belangrijke rol. In 1998 werd het Gestructureerd Overleg Multiculturele Verslavingszorg opgericht, waarin het beleid ten aanzien van vermindering van de verslavingsproblematiek onder allochtonen werd gecoördineerd. Beide overlegvormen zijn inmiddels weer opgeheven.

Voor Molukkers is het hulpverleningsnetwerk uit de eigen gemeenschap van groot belang geweest. VWS heeft jarenlang de landelijke Molukse stichting Tjandu gefinancierd, die een belangrijke rol in de drugshulpverlening heeft gespeeld. Tjandu heeft in de loop der tijd haar activiteiten voor de eigen Molukse doelgroep uitgebreid naar andere allochtone jongeren. Een voorbeeld hiervan is het zelfhulpproject Allochtone Jongeren en Creatieve Werkvormen in de Verslavingspreventie dat eind jaren negentig startte. De handleiding die oorspronkelijk was gericht op Molukkers werd vertaald naar aparte handleidingen voor Antillianen, Turken en Marokkanen. Onderzoek eind jaren negentig toonde dat het aantal Molukse harddrugsverslaafden substantieel was gedaald.[45]

Ook zijn er met subsidie van VWS vanuit de Marokkaanse gemeenschap projecten ontwikkeld. Het Arrazi-preventieproject is hiervan een voorbeeld. Het is een specifiek op Marokkanen gericht preventieproject dat tot doel heeft bij te dragen aan het verminderen van verslaving en criminaliteit. Het project geeft voorlichting in de eigen taal en heeft het heersende taboe binnen de Marokkaanse gemeenschap rond de thema's verslaving en criminaliteit verminderd. Het project is lokaal begonnen (in Amsterdam) en heeft later op landelijk niveau samenwerkingsprojecten gerealiseerd.

Recente landelijke bereikcijfers over interventies gericht op allochtonen zijn niet beschikbaar, omdat nationaliteit sinds 2005 niet meer verplicht door GGZ-instellingen wordt geregistreerd. In de Aard en omvangstudie 2007 van de LSP rapporteren zes van de elf preventieafdelingen dat zij minimaal één activiteit hebben die specifiek op allochtonen is gericht. Daarnaast onderhouden vijf instellingen een actieve samenwerking met allochtone zelforganisaties. De gebruikte interventies zijn onder meer homeparty's en 'peer'-educatie (voorlichting door leeftijdsgenoten) (zie § 7.4.1.2).

Jongeren zijn de primaire doelgroep van de hiervoor beschreven landelijke interventies die worden uitgevoerd op scholen en in uitgaansgelegenheden en via massamediale kanalen (De gezonde school en genotmiddelen, Uitgaan, alcohol en drugs, de drugsinfolijn en voorlichtingscampagnes). Er zijn tevens vele lokale initiatieven gericht op jongeren. Voorbeelden zijn werkervaringsprojecten voor jongeren, pensions voor zwerfjongeren en vroegtijdige opsporingsprogramma's naar drugsgebruik door rondhangende jongeren. Dergelijke projecten zijn erop gericht om jongeren die af dreigen te glijden, of dat al hebben gedaan, te ondersteunen om leeftijdsgerelateerde problemen op te lossen, in de maatschappij mee te draaien, en afzijdig te blijven van de harddrugsscene. Dreigend problematisch drugsgebruik door jongeren is vaak onderdeel van een veel bredere problematiek, hetgeen ook aangeeft hoe moeilijk het is om effectief preventief in te grijpen. Voor de aanpak van drugsgebruikende delinquente jongeren wordt verwezen naar hoofdstuk 10.

Kinderen van verslaafde ouders. Het merendeel van de preventieafdelingen van GGZ- en verslavingszorginstellingen in Nederland biedt een of meerdere interventies aan uit het KOPP/KVO-programma (Kinderen van Ouders met Psychische Problemen of Kinderen van Verslaafde Ouders). Onderdeel van dit programma zijn de 'Moeder-baby-interventie', een gezinsinterventie en een groepsaanbod voor kinderen van verschillende leeftijdsgroepen. Het project Gezin aan Bod is gebaseerd op een effectief Amerikaans preventieprogramma voor (kinderen van) ouders met drugproblemen (Strengthening Families) en op het Australische Triple-P (Positive Parenting Programme). In een cursus leren ouders met een verslaving om hun opvoedingsvaardigheden te versterken. De kinderen leren hun sociale en communicatievaardigheden te vergroten en er wordt aandacht besteed aan hun zelfvertrouwen. De Nederlandse ervaringen met de cursus zijn positief en vanwege de veelbelovende resultaten heeft ZonMW een extra impuls gegeven aan de implementatie van het project door er een parelproject van te maken. De effectiviteit van deze behandeling wordt momenteel in de Nederlandse context onderzocht.[46]

Een ander initiatief bestaat uit twee websites, één voor jongeren (vanaf 12 jaar) met ouders met psychische en/of verslavingsproblemen (www.kopstoring.nl) en een interactieve site voor de ouders zelf (www.kopopouders.nl). Beide beogen het zelfmanagement te bevorderen van respectievelijk de kinderen en de ouders. De website voor jongeren bevat informatie, een forum, een e-mail service en een online groepscursus.

Licht verstandelijk gehandicapten (LVG). Volgens het kenniscentrum LVG zijn er enkele honderden verslaafde LVG-jongeren. Daarnaast zijn er ongeveer 10.000 zwakbegaafde jongeren tussen 5 en 23 jaar met gedragsproblemen die waarschijnlijk kwetsbaarder zijn om problemen te ontwikkelen bij het gebruik van alcohol en drugs.[47] In 2008 werd een inventarisatie uitgevoerd naar de aard en omvang van het middelengebruik bij LVG-jongeren. Daaruit bleek dat de gemiddelde leeftijd waarop LVG-jongeren met alcohol en drugs beginnen vergelijkbaar is met die van jongeren in het algemeen. De frequentie en omvang van drugsgebruik is vergelijkbaar met die van andere jongeren, terwijl de frequentie en de omvang van het alcoholgebruik van LVG-jongeren iets lager ligt dan in deze leeftijdsgroep in het algemeen. De LVG-jongeren gebruiken, net zoals jongeren in het algemeen, met name cannabis. Rond de 16% van de drugsgebruikende jongeren in de LVG-groep is te kenmerken als zware (cannabis)gebruiker.

Er wordt in samenwerking met het Kenniscentrum LVG door het veld gezocht naar effectieve methoden gericht op de preventie van drugsgebruik door LVG-jongeren. Tactus heeft twee voorlichtingscursussen voor deze doelgroep ontwikkeld. De ene is gericht op jongeren die experimenteren met drugs en de andere op jongeren die verslavingsgedrag vertonen. In opdracht van het ministerie van VWS is speciaal materiaal voor drugspreventie ontwikkeld, gericht op licht verstandelijk gehandicapten. Er zijn drie voorlichtingsbrochures verschenen (over alcohol, cannabis en stimulerende middelen) voor jongeren met een licht verstandelijke beperking en één voor hun ouders. De laatste is ook geschikt voor ouders die zelf een licht verstandelijke handicap hebben. Er loopt momenteel een proefuitvoering van een interventieprogramma gericht op alcohol- en drugsgebruik door LVG-jongeren.[47]

Conclusie

De belangstelling voor diverse kwetsbare groepen is in de afgelopen jaren veranderd, parallel aan maatschappelijke ontwikkelingen. In de jaren tachtig werd een breed pakket aan maatregelen gericht op Surinamers, Molukkers en Marokkanen, maar preventieactiviteiten voor allochtonen staan momenteel niet meer op de voorgrond en de omvang van drugsproblematiek onder de allochtone bevolking is onduidelijk. De aandacht gaat tegenwoordig vooral uit naar preventie van drugsgebruik door jongeren in het algemeen, door kinderen van verslaafde ouders en door licht verstandelijk gehandicapten.

Het preventieaanbod voor jongeren is divers en zal de komende jaren vermoedelijk uitbreiden door de opmars van internet-interventies. Gezinsgerichte verslavingspreventie wint internationaal sterk aan populariteit en verschillende programma's zijn ook in Nederland beschikbaar of worden ontwikkeld.

7.4 Zijn de beoogde uitkomsten behaald?

7.4.1 Behaalde uitkomsten op het gebied van preventie

De vraag of de in het drugsbeleid beoogde uitkomsten op het gebied van preventie zijn behaald kan niet direct beantwoord worden. De belangrijkste uitkomstmaten zijn immers de omvang en aard van het drugsgebruik (in Nederland), maar deze worden door veel meer factoren bepaald dan door preventieve interventies vanuit de overheid alleen. Het uiteenrafelen van deze factoren is complex, zo niet onmogelijk. Daarom wordt de vraag in deze paragraaf slechts indirect beantwoord door een overzicht te geven van de preventieve interventies waarvan het effect in de internationale literatuur is beschreven. Dit geeft bij benadering een idee van de werkzaamheid van losstaande interventies. Een belangrijke beperking is dat de werkzaamheid niet is vastgesteld in de brede Nederlandse context. Een andere is dat in werkelijkheid vaak meerdere preventieve maatregelen tegelijk lopen.

Over effectiviteit in het algemeen

Een goede interventie beschikt over een expliciete theoretische onderbouwing. Daarin wordt ten eerste een analyse gegeven van de mechanismen en factoren die een rol spelen in het probleem of bij het risico, en wel met name de mechanismen en factoren die beïnvloedbaar zijn. Ten tweede worden de werkzame onderdelen van de interventie verduidelijkt. Een interventie is effectief als er voldoende onderzoek is uitgevoerd naar de werkzaamheid en deze in de praktijk (empirisch) is vastgesteld. Met werkzaamheid (in het Engels: efficacy) wordt bedoeld dat is bewezen (vaak onder streng gecontroleerde omstandigheden) dat de gewenste verandering daadwerkelijk door de interventie is teweeggebracht. Dat staat niet gelijk aan doeltreffendheid (effectiveness), wat betekent dat de gewenste verandering is opgetreden, met name in minder gecontroleerde, alledaagse situaties.

Naar veel preventieve interventies is nog onvoldoende onderzoek gedaan om deze te kunnen oormerken als effectief. Dit geldt nog sterker voor onderzoek in de Nederlandse situatie. Wat in het buitenland effectief is, hoeft dit in ons land niet per se te zijn. Een interventie kan ook veelbelovend of theoretisch onderbouwd zijn. Dit is het geval als de werkzaamheid nog niet afdoende in de praktijk is aangetoond, maar dit wel op basis van theorie en onderzoek verondersteld kan worden.

7.4.1.1 Preventie – een overzicht van effectiviteit en het aanbod in Nederland
Uit de wetenschappelijke literatuur is bekend dat de meeste voorlichtingsprogramma's wel effect hebben op het niveau van kennis, maar dat deze toegenomen kennis niet wordt vertaald in aangepast gedrag: het effect van voorlichting op de omvang van het middelengebruik is gering en kortdurend, of afwezig, en soms zelfs averechts. Dat is temeer teleurstellend omdat voorlichtingprogramma's theoretisch vaak goed lijken te zijn onderbouwd. De kunst is het ontwikkelen van interventies die na gebleken effectiviteit onder 'laboratoriumcondities' ook in het echte leven toepasbaar zijn. Van intensieve, dus tijdrovende en dure preventieprogramma's zoals lifeskill-strainingen kan de werkzaamheid wel worden aangetoond, maar deze zijn niet makkelijk op grote schaal toepasbaar. Anderzijds is van interventies die wel breed toepasbaar zijn niet zelden de werkzaamheid discutabel. Een bekend voorbeeld is DARE, het meest wijdverspreide drugspreventieprogramma in de VS, waarvan in verschillende goed opgezette onderzoeken de werkzaamheid met betrekking tot het reduceren van middelenmisbruik nooit is aangetoond48. De volgende bladzijden geven een overzicht van de werkzaamheid van verschillende preventieve interventies. Deze interventies zijn voornamelijk in het buitenland onderzocht, waardoor de werkzaamheid niet zonder meer naar de Nederlandse situatie vertaald kan worden. Het overzicht is gebaseerd op de overzichtsstudie 'Verslavingspreventie' van Cuijpers en waar zinvol aangevuld met gegevens uit andere publicaties.[5]

Massamediale voorlichtingscampagnes. Goed effectonderzoek naar publiekscampagnes over drugs is lastig uit te voeren. Omdat de hele bevolking tegelijkertijd aan deze campagnes wordt blootgesteld, is het moeilijk om de effectiviteit vast te stellen met de ideale onderzoeksopzet waarin een niet-blootgestelde controlegroep wordt gebruikt. In plaats daarvan worden campagnes geëvalueerd door op zelf-rapportages gebaseerde voor- en nametingen. Hoewel er redelijk veel internationaal onderzoek is gedaan naar de effecten van massamediale campagnes op het gebruik van genotmiddelen is het vanwege de beperkingen opgelegd door het onderzoeksdesign niet mogelijk definitieve uitspraken te doen. Mogelijk hebben massamediale campagnes een (zeer) klein effect op zowel kennis als attitudes van genotmiddelen. De evidentie voor gedragsveranderingen (drugsgebruik) is het minst overtuigend en, indien aanwezig, kortdurend.

Er zijn verschillende studies verricht naar de effecten van Nederlandse massamediale campagnes. Met behulp van een voor- en nameting zijn bijvoorbeeld de effecten onderzocht van de campagne 'Er valt meer te weten over cannabis'.[49] Deze universele preventieve interventie uit 2004 richtte zich op cannabisgebruik onder jongeren tussen de 12 en 18 jaar en had als doel om de kennis en bewustwording van de risico's van cannabisgebruik te vergroten en informatiezoekgedrag over cannabis te bevorderen. Ongeveer de helft van de jongeren was met de campagne bereikt, maar dit had bij hen niet geleid tot kennisvermeerdering of een veranderde informatiebehoefte. Wel gingen de jongeren significant vaker actief op zoek naar informatie, vooral op internet, en dachten ze meer na over de risico's van cannabisgebruik. De campagne veranderde de intentie om cannabis te gebruiken niet. Effecten op het (zelfgerapporteerde) cannabisgebruik werden in dit onderzoek niet gemeten.

Ook de televisieserie Roes (zie § 7.3.1) is geëvalueerd. Een evaluatie van het programma toonde dat de doelgroep werd bereikt en dat deze vorm van voorlichting op het vlak van sociale normen en risicoperceptie veranderingen teweegbrengt. Roes blijkt een effectieve manier om de discussie over de thema's alcohol en drugs te bevorderen en werkt wellicht zelfs beter binnen de alcohol- en drugseducatie op scholen dan de traditionele voorlichtingsmethode. Het effect van deze campagne op drugsgebruik werd niet onderzocht.[50]

De resultaten van deze evaluaties stroken grosso modo met die van de Gezondheidsraad (2006) over gezondheidscampagnes.[51] De Gezondheidsraad concludeerde dat het effect van gezondheidsbevorderende campagnes op gedrag 'hooguit bescheiden' is en benadrukte het belang van toegevoegde andere activiteiten, vooral 'omgevingsveranderingen die het gewenste gedrag bevorderen of belonen'.

Schoolgerichte preventieprogramma's. De meeste schoolgerichte preventieprogramma's zijn universele interventies. De algemene conclusie over de effectiviteit van universele preventieprogramma's op school is dat zij weliswaar grote effecten hebben op de kennis van scholieren over genotmiddelen en op attitudes, maar dat de effecten op het gebruik van deze middelen klein of afwezig zijn. Naar de effectiviteit van selectieve en geïndi-

ceerde preventieprogramma's op school is onvoldoende onderzoek verricht om te concluderen of deze interventies het gebruik of misbruik van genotmiddelen onder scholieren kunnen voorkómen of verminderen.

Uit veel al wat ouder Amerikaans onderzoek kwamen de volgende kenmerken naar voren van universele schoolgerichte preventieprogramma's die het middelengebruik kunnen verminderen:
- Programma's die worden geleid door professionals zijn effectiever dan programma's geleid door 'peers' (in dit geval andere leerlingen), welke weer effectiever zijn dan programma's geleid door anderen, zoals de docent.
- Interactieve methodieken waarbij leerlingen een actieve rol hebben in de voorlichting, werken beter dan het alleen maar voorlichten door een leraar. De effecten verdwijnen echter langzaam na afloop van de interventie, zodat wordt aangenomen dat deze interactieve lesprogramma's vooral lijken te leiden tot uitstel van het eerste genotmiddelengebruik.
- Programma's die leerlingen vaardigheden aanleren in het bieden van weerstand tegen sociale druk, de heersende normen over middelengebruik beïnvloeden, of de ideeën beïnvloeden die leerlingen hebben over het middelengebruik door andere leerlingen of volwassenen hebben een kans van slagen. Deze programma's richten zich op normen (wat hoort wel en wat niet?), op commitment, of op intenties om drugs te gaan gebruiken. Het toevoegen van een gestandaardiseerde lifeskillstraining kan het effect van deze interventie versterken.
- Cognitief gedragstherapeutische programma's zijn beter dan andere methodes. De programma's hebben een groter effect wanneer zij de schoolomgeving proberen te beïnvloeden dan wanneer zij op het individu zijn gericht.

Veel onderzoek naar schoolgerichte preventieprogramma's is uitgevoerd in de VS; de effectiviteit in de Nederlandse situatie moet nog worden nagegaan.

Twee Nederlandse universele schoolinterventies zijn op hun effect onderzocht:
- In 2003 werd onderzoek verricht naar de effecten van het Jeugdgezondheidszorg (JGZ)-programma van de GGD'en op scholen. Deze interventie bestaat uit een aantal preventieve gezondheidsonderzoeken van 15-20 minuten waarin de leerling uit het vervolgonderwijs in een individueel gesprek wordt gescreend op lichamelijke en psychische klachten en op het gebruik van genotmiddelen, gevolgd door een persoonlijk advies. Daarnaast zijn er open-consultatiespreekuren die de leerling op eigen initiatief kan bezoeken. De studie toonde, tegen de verwachting in, dat een toename van het aantal preventieve gezondheidsonderzoeken evenals de aanwezigheid van een open consultatiespreekuur gepaard ging met meer in plaats van minder cannabisgebruik. Dit effect werd ook gevonden voor het gebruik van tabak en deels voor alcohol. Opgemerkt moet worden dat het effect van andere (verstorende) factoren in dit onderzoek niet werd meegenomen.
- *De gezonde school en genotmiddelen* is een breed geïmplementeerd programma dat zich richt op het terugdringen van riskant experimenteergedrag door jongeren tussen 12 en 18 jaar (zie § 7.3.1). Een al wat ouder effect- en implementatieonderzoek van de gezonde school en genotmiddelen in het voortgezet onderwijs vond zowel effecten op gedragsniveau (op korte termijn minder gebruik van tabak, alcohol en cannabis, welk effect voor alcohol ook na twee jaar nog bestond) als op kennisniveau. Daarentegen werd de houding ten opzichte van het gebruik van deze middelen niet duidelijk door de gezonde school en genotmiddelen beïnvloed. Niet al deze resultaten bleken blijvend te zijn, maar de algemene conclusie werd getrokken dat dit project mogelijk wel enig effect heeft op middelengebruik door leerlingen die aan het project hebben deelgenomen[27], hoewel het vooral de legale middelen betreft. De gezonde school en genotmiddelen is daarom opgenomen in de Databank Effectieve Jeugdinterventies van het Nederlands Jeugd Instituut en wordt daarin beoordeeld als 'theoretisch goed onderbouwd' en 'deels effectief'. Momenteel loopt er een nieuw effectonderzoek naar de gezonde school en genotmiddelen. De resultaten hiervan worden verwacht in 2011.

Gezinsgerichte preventie. 'Gezinsgericht' betekent in dit verband dat de programma's zich kunnen richten op alleen de ouders, of op zowel ouders als hun kinderen. Gezinsgerichte preventieprogramma's proberen niet alleen verslaving te voorkomen, maar ook middelengebruik. Goed opgezette oudercursussen die ouders werven uit de algemene bevolking laten positieve effecten zien, ook op de langere termijn. Het is echter te verwachten dat hoogrisico-ouders minder snel aan gezinsgerichte interventies meedoen. Er is enig bewijs dat interventies gericht op verslaafde ouders het gebruik van genotmiddelen en andere problemen bij hun kinderen kunnen verminderen. Het IOWA Strengthening Families-programma, dat in Nederland is ingevoerd onder de naam Gezin aan bod, is een voorbeeld van een effectieve gezinsgerichte interventie.

Ook het Nederlandse Coping Power Project voor ouders met jonge kinderen (8-13 jaar) met gedragsproblemen is een gezinsgerichte preventie.[52] Onderzoek naar dit project toonde dat cognitieve en gedragstherapeutische

interventies voor zowel ouders als kind de acute problemen gerelateerd aan het gedrag verminderen. Een belangrijke uitkomst was ook dat vijf jaar later (de leeftijd van de kinderen varieerde inmiddels van 13-18 jaar) deze gunstige resultaten voortbestonden. Er waren nog steeds significant minder gedragsproblemen in de groep die aan de interventies deelnam in vergelijking met die welke geen interventie kreeg. Bovendien gebruikte de behandelde groep ook significant minder drugs dan de niet-behandelde groep. De behandelde groep kwam verder overeen met een representatieve groep van de Nederlandse jeugd in dezelfde leeftijd, wat suggereert dat de interventie de negatieve effecten van gedragsproblemen op jonge leeftijd kan neutraliseren. Het project is niet geïmplementeerd.

Conclusie

Preventieve universele interventies hebben doorgaans slechts geringe effecten op de houding ten aanzien van het gebruik van genotmiddelen en de intentie om deze middelen te gaan gebruiken. Ze hebben zeer waarschijnlijk geen effect op het drugsgebruik en als het gebruik wél vermindert, dan is dit van korte duur. Kennis omtrent genotmiddelen verbetert doorgaans wel. Geïndiceerde en selectieve interventies lijken het gebruik van drugs wel enigszins te beïnvloeden. Hoewel de e-health interventies nog maar een korte geschiedenis hebben, lijken zij ook enig effect te sorteren. Het combineren van verschillende interventiestrategieën lijkt een veelbelovende manier om de preventieve effecten te versterken. In Nederland wordt breed ingezet op al de bovengeschetste strategieën.

7.4.1.2 Best practices in drugspreventie en het aanbod in Nederland

Naast wetenschappelijk bewezen effectieve preventieprogramma's zijn er nog talrijke andere preventieprojecten die in Nederland worden gebruikt. Sommige daarvan worden gerekend tot best practice. Best practice-interventies moeten op zijn minst nauwkeurig zijn omschreven, onderzocht op haalbaarheid en minimaal door twee organisaties worden aangeboden. De meeste best practice-interventies in Nederland zijn universele en selectieve preventieve interventies; geïndiceerde preventieve best practice-interventies zijn schaars.

Gezinsinterventies. Een best practice-activiteit gericht op gezinnen is de homeparty. Met deze interventie wordt sinds tien jaar geprobeerd om gezinnen te bereiken die zich door de reguliere preventie-activiteiten niet aangesproken voelen, zoals allochtone gezinnen en gezinnen uit achterstandswijken. Ouders krijgen tijdens een huiskamerbijeenkomst voorlichting van een preventiewerker en leren vaardigheden om beter te kunnen omgaan met het experimenteren met of gebruiken van drugs door hun kinderen. Gemotiveerde deelnemers zorgen weer voor uitbreiding van de contacten met nieuwe deelnemers in de wijk. Er is een procesevaluatie van dit project uitgevoerd waaruit naar voren kwam dat de doelgroep goed via deze interventie kan worden bereikt, maar dat de uitvoering op bepaalde punten wordt gehinderd, bijvoorbeeld omdat de verslavingszorg niet beschikt over mogelijkheden voor opvoedingsondersteuning aan allochtone ouders.[53]

Een tweede best practice-project is de KOPP/KVO-gezinsinterventie, die vanaf 2001 in Nederland wordt aangeboden (zie ook § 7.3.3). De KOPP/KVO-interventie wordt uitgevoerd door GGZ-instellingen. Het gaat om een pakket geïndiceerde interventies voor individuele gezinnen en om een groepsinterventie. Het doel is om de communicatie tussen de gezinsleden te verbeteren en de weerbaarheid van het gezin tegen problemen te vergroten. Het blijkt in de praktijk uitermate lastig voor de hulpverlening om met deze groep kinderen in contact te komen.

Community-interventies. Er bestaat in toenemende mate consensus onder wetenschappers en preventiewerkers uit de praktijk dat de combinatie van meerdere interventies op verschillende niveaus effectiever is dan enkelvoudige interventies. Daarom wordt er steeds vaker een gecombineerd pakket van interventies uitgevoerd gericht op individuen, organisaties en de gemeenschap in zijn geheel. De (Amerikaanse) onderzoeken naar de effecten van dergelijke community-interventies op het gebruik van illegale drugs zijn echter gering in aantal en tot nu toe weinig overtuigend.

Een Nederlands voorbeeld van een best practice community-interventie is de Theater2daagse, die in het kader van Resultaten Scoren werd ontwikkeld en sinds 2002 door verschillende verslavingszorginstellingen wordt aangeboden. Deze selectieve interventie gericht op allochtone jongeren brengt middelengebruik en verslavingsrisico onder de aandacht en bevordert gesprekken tussen jongeren, ouders en wijkbewoners. Ook het peer-project 'Big Deal?' van Novadic-Kentron kan worden gezien als een community-interventie, omdat het een brug wil slaan tussen school en vrije tijd. Daarnaast beoogt het de lokale beleidsontwikkeling op het gebied van preventie

te stimuleren. Een evaluatie van Big Deal? gaf aan dat de vriendengroepen die het project moeten uitvoeren goed worden bereikt, maar dat het overbruggen van school en vrije tijd minder goed verloopt en de invloed op het lokale beleid gering is.

Conclusie

Er zijn verschillende universele en selectieve preventieve interventies in Nederland in gebruik die mogelijk effect hebben, maar waarvan het effect nog onvoldoende is onderzocht. Hoewel het soms lastig en duur is om kwalitatief gedegen effectonderzoek op te zetten, zal het preventiebeleid en het werkveld er baat bij hebben als er wetenschappelijk inzicht in de werkzaamheid van deze interventies komt.

7.4.1.3 Effectiviteit van preventie voor kwetsbare groepen en het aanbod in Nederland

Allochtonen. Preventieve interventies die zijn ontwikkeld voor de algemene populatie kunnen niet zonder meer worden toegepast op allochtone bevolkingsgroepen. Uit de internationale literatuur is duidelijk dat programma's die gebruik maken van kennis over doelgroepspecifieke culturele strategieën effectiever zijn voor etnische minderheden dan programma's die dat niet doen. Of dat ook voor de Nederlandse situatie geldt, is niet onderzocht. Er zijn in Nederland wel enkele best practice-interventies gerealiseerd voor etnische minderheden, zoals de al genoemde homeparty, de Theater2daagse en het project Peerpreventie.

Kinderen van verslaafde ouders. Uit onderzoek blijkt dat kinderen van probleemdrinkers of verslaafde ouders meer risico lopen op verslavings- en psychische problemen. Er zijn verschillende preventieprogramma's ontwikkeld maar vanwege de matige kwaliteit van het (internationale) onderzoek naar de effecten ervan zijn er geen conclusies te trekken. De gebruikte methodieken zijn onder andere schoolgerichte preventieprogramma's, zelfhulpgroepen, en het al genoemde Strengthening Families programma. In Nederland is geen onderzoek gedaan naar preventie bij kinderen van verslaafde ouders. Het KOPP/KVO programma wordt als een best practice interventie beschouwd.

Lage SES-groepen. Niet alleen op middelengebruik, maar ook op andere leefstijlaspecten scoren mensen uit de lagere SES-groepen vaker ongunstig. Preventieve interventies voor deze kwetsbare groep beperken zich daarom niet tot middelengebruik maar bevorderen een algeheel gezondere leefstijl. Er heeft weinig onderzoek plaatsgevonden naar de effectiviteit van op het drugsgebruik gerichte interventies onder deze groep mensen, zodat daarover geen conclusies zijn te trekken.

Uitgaanders. Hoewel er veel preventieve activiteiten voor mensen in het uitgaansleven worden ontplooid, zijn in de wetenschappelijke literatuur nog geen bewezen effectieve interventies voor deze groep te vinden. In Nederland toegepaste interventies zoals die van het programma Uitgaan, Alcohol en Drugs en de testservice voor illegale drugs van het DIMS (zie hoofdstuk 13) worden beschouwd als best practices.

Conclusie: behaalde uitkomsten op het gebied van preventie

De vraag of de beoogde uitkomsten op het gebied van preventie zijn behaald is lastig te beantwoorden, allereerst omdat de doelstellingen van het preventiebeleid onduidelijk zijn verwoord. Centraal in het drugsbeleid staat sinds decennia de preventie en beheersing van de uit drugsgebruik voortvloeiende gemeenschaps- en individuele *risico's*. De Drugsnota 1995 gaat echter verder door toe te voegen dat het ook tot de taak van de overheid hoort om zoveel mogelijk te voorkómen dat in het bijzonder jeugdige burgers *overgaan tot het gebruiken van drugs*. In diverse interventies die volgen uit het drugsbeleid duikt nog een derde interpretatie op, namelijk het uitstellen van het eerste gebruik van drugs (bijvoorbeeld bij *De gezonde school en genotmiddelen*).

Op grond van wetenschappelijk inzicht is het zeker gerechtvaardigd om te streven naar uitstel of liever nog afstel van het eerste gebruik. De hersenen zijn in de adolescentie waarschijnlijk gevoeliger voor chemische stoffen en ook psychosociale factoren dragen ertoe bij dat gebruik gemakkelijker derailleert in deze levensfase. Uit het dagelijks leven is echter wel bekend dat experimenteergedrag (met onder andere drugs) onderdeel is van 'jong zijn'. Epidemiologische gegevens maken tevens duidelijk dat in Nederland een veelheid aan mensen ooit een drug heeft geprobeerd, maar dat slechts een minderheid problemen van het drugsgebruik ondervindt. Voor het allergrootste deel van de experimenterende jongeren geldt dat het drugsgebruik stopt zonder nadelige gevolgen.

Het is de vraag of preventieve interventies gebruik kunnen voorkómen, uitstellen of de risico's van gebruik kunnen verminderen:

- Om drugsgebruik te voorkómen of uit te stellen zullen universele of selectieve preventiestrategieën moeten worden ingezet. Wetenschappelijke inzichten laten echter zien dat de kans op het beïnvloeden van dit gedrag – zeker met universele preventie – erg klein is. Enig succes is mogelijk wanneer interactieve methodieken worden gebruikt, er sociale vaardigheden worden aangeleerd in het bieden van weerstand tegen bijvoorbeeld aandrang vanuit de naaste omgeving om drugs te gaan gebruiken, de programma's door professionals worden geleid en zijn gestoeld op cognitief gedragstherapeutische uitgangspunten. Er zijn hiermee in Nederland enkele, zij het magere resultaten geboekt, bijvoorbeeld met *De gezonde school en genotmiddelen*. Het slechts incidenteel behaalde gunstige maar geringe effect lijkt niet te beklijven.
- Geïndiceerde preventiemethoden richten zich op het verminderen van de risico's voortvloeiend uit drugsgebruik. Uit de wetenschappelijke literatuur blijken deze inderdaad enigszins effectief te zijn.
- Opgemerkt kan worden dat voorlichtingsactiviteiten wel substantieel de kennis over drugs vergroten. In deze tijd, waarin op internet ongelimiteerd berichten kunnen worden geplaatst, is de waarde van betrouwbare en realistische informatie die op grote schaal wordt verstrekt toegenomen, ongeacht of hierdoor daadwerkelijk het gedrag wordt beïnvloed.

7.4.2 Behaalde uitkomsten op het gebied van harm reduction

In deze paragraaf wordt een overzicht gegeven van de effectiviteit van harm reduction-interventies, aangevuld met voorbeelden van interventies die in Nederland worden toegepast en hun effecten (zie ook § 7.3.2). Het hier gepresenteerde overzicht van effectiviteit van harm reduction-maatregelen is gebaseerd op een systematische overzichtsstudie van internationale wetenschappelijke publicaties.[54] Ten slotte wordt het verband nagegaan tussen harm reduction-maatregelen en drugsgerelateerde doden en infectieziekten.

7.4.2.1 Effectiviteit van harm reduction

Gebruiksruimten

Gebruiksruimten zijn een Nederlands fenomeen en slechts enkele landen in de wereld hebben vergelijkbare voorzieningen. Internationaal onderzoek naar gebruiksruimten is daarom schaars. Enkele jaren geleden zijn twee kwalitatieve studies uitgevoerd waaruit blijkt dat gebruiksruimten een positieve invloed hebben op de gezondheidstoestand van bezoekers, de overlast verminderen en het bereik van de verslavingszorg vergroten.[21;36] De mate van overlastvermindering, gezondheidsbevordering en toeleiding naar de hulpverlening is echter moeilijk getalsmatig vast te leggen, waardoor er geen zekere uitspraken over de effectiviteit kunnen worden gedaan. Ook andere kwalitatieve studies wijzen erop dat gebruiksruimten (op bescheiden schaal) bijdragen aan een verbetering van de algehele gezondheidstoestand van de gebruikers, de kans op infectieziekten en drugsdoden (door overdosis) verkleinen en drugsgebruikers stimuleren om in behandeling te gaan.[19;20]

Preventie en behandeling van infectieziekten

- *Voorlichting.* De literatuur laat zien dat de kans op infectie met hiv kleiner wordt door drugsgebruikers voor te lichten over gedrag dat infectierisico's verhoogt en ze vervolgens trachten over te halen om zich te laten testen. In Nederlandse verslavingszorginstellingen zijn voorlichting, counseling en testen over het algemeen onderdeel van het standaardaanbod. De mate en intensiteit waarmee deze worden aangeboden wisselen echter sterk.

- *Spuitomruil*. De kwaliteit van de Nederlandse spuitomruilprogramma's is lastig te toetsen, omdat er geen normen voor zijn geformuleerd. Goede voorlichting, ruime openingstijden en eenvoudige bereikbaarheid van spuitomruilvoorzieningen worden beschouwd als cruciale elementen voor succesvolle preventie van drugsgerelateerde infectieziekten. Een enquête uit 2002, waaraan 79 spuitomruilprogramma's in Nederland deelnamen, liet zien dat de programma's nogal van elkaar verschilden in openingsuren, voorzieningen, behuizing en bemensing.[55]

Er hebben de afgelopen decennia grote verschuivingen plaatsgevonden in het injecteergedrag van drugsverslaafden in Nederland. Om te beginnen is de populariteit van injecteren fors gereduceerd. Naar schatting wordt er tegenwoordig nog slechts door ongeveer 10% van de Nederlandse heroïnegebruikers gespoten. Injecteren van cocaïne is in Nederland ongebruikelijk. Ook het delen van (gebruikte) spuiten en naalden is substantieel afgenomen. In de jaren tachtig werden in Nederland spuiten en naalden vele malen gebruikt en vaak

door meerdere personen gedeeld. Hoewel de data enigszins zijn gedateerd, tonen de laatste cijfers dat in de steden en regio's waarover gegevens beschikbaar zijn nog 'slechts' tussen de 8% en 30% van de injecteerders naalden of spuiten leent.[56] Het is zeer aannemelijk dat de Nederlandse spuitomruilvoorzieningen hieraan hebben bijgedragen.

- *Condoomverstrekking*. Drugsgebruikers hebben een verhoogd seksueel risicogedrag en condooms kunnen een bijdrage leveren in het verminderen van de transmissie van seksueel overdraagbare infecties. Over het gebruik van condooms door drugsverslaafden in Nederland bestaan enkele gegevens. In een langlopend onderzoek onder drugsgebruikers in Amsterdam (de Amsterdamse Cohort Studies) gaf in 1990 52% van de drugsgebruikers aan onbeschermde seks te hebben gehad. In 1996 was dit percentage gedaald naar 40%, en bleef sindsdien stabiel.[57] Recente landelijke gegevens zijn niet voorhanden. Uit oudere peilingen onder drugsgebruikers in verschillende steden bleek dat het niet-gebruiken van condooms het meest voorkomt bij vaste partners (76-96%), gevolgd door losse partners (39-73%) en klanten (13-50%).[56] Er kan worden gesteld dat condoomverstrekking hooguit beperkt heeft bijgedragen aan vermindering van seksueel risicogedrag. Het is niet bekend of dat te wijten is aan de intensiteit van de condoomverstrekking of aan andere factoren.

- *Onderhoudsbehandeling* met methadon, buprenorfine of heroïne is een belangrijke factor in de preventie van infectieziekten, omdat hiermee de noodzaak om illegaal verkregen heroïne te gebruiken vermindert. De realiteit gebiedt op te merken dat een groot deel van de Nederlandse drugsgebruikers naast methadon ook heroïne gebruikt, al dan niet injecterend. In Nederland wordt daarom doorgaans de methadonvoorziening geïntegreerd aangeboden met spuitomruil. De kans op bijgebruik van illegale heroïne is lager wanneer de dosis methadon goed is ingesteld op de individuele behoeften. Vaak werken hoge doses beter.[58] Alle onderhoudsbehandelingen werken het beste wanneer ze zijn ingebed in een totaalpakket van medische zorg en psychosociale aandacht.

- *Vaccinatie* is alleen beschikbaar tegen hepatitis B. Een hepatitis B-vaccinatiereeks bestaat uit drie vaccinaties binnen een halfjaar en beschermt in de meeste gevallen gedurende minimaal tien jaar. In Nederland is al geruime tijd een discussie gaande over het al dan niet invoeren van een universele vaccinatie voor de hele bevolking, dan wel het gericht vaccineren van risicogroepen. Tot op heden hanteert Nederland de risicogroepbenadering.

Als direct uitvloeisel van de risicogroepbenadering hebben in de periode november 2002 tot en met eind 2008 ongeveer 15.000 harddrugsgebruikers een eerste vaccinatie ontvangen. De vaccinatietrouw onder harddrugsgebruikers is ongeveer 60%, hetgeen betekent dat 60% van de harddrugsgebruikers die een eerste vaccinatie ontvangt en niet-immuun of chronisch drager van het virus is, de gehele reeks van drie inentingen afmaakt (gegevens afkomstig van GGD NL). De in 2008 uitgevoerde evaluatie van deze campagne liet zien dat het bereik onder drugsgebruikers (41%, range 18-63%) in vergelijking met andere risicogroepen (17%, range 9-25%) groot was. Verondersteld werd dat dit het resultaat was van de pro-actieve benadering van verslavingszorginstellingen en GGD'en. Hieruit blijkt overigens ook dat een substantieel deel van de drugsgebruikers niet werd bereikt.[59]

- *De behandeling van hiv en hepatitis C en B* levert over het algemeen vergelijkbare resultaten op in drugsgebruikers en in niet-drugsgebruikende patiënten. Echter, in een onbekend maar vermoedelijk aanzienlijk deel van de drugsgebruikers wordt een besmetting met hepatitis C, en in mindere mate hepatitis B en hiv, niet gediagnosticeerd; deze patiënten zullen daarom niet worden behandeld. Ook worden lang niet alle drugsgebruikers behandeld bij wie een drugsgerelateerde infectieziekte is vastgesteld.
  - Uit onderzoek van de Stichting HIV Monitoring blijkt dat drugsgebruikers gemiddeld later in behandeling komen dan andere hiv-patiënten. In verder gevorderde stadia van hiv is echter de afweer slechter, hetgeen een ongunstige prognostische factor is voor de langere termijn, en deze patiënten sterven significant eerder aan aids dan andere hiv-dragers.[60]
  - Uit cijfers van de hepatitis B-vaccinatiecampagne blijkt dat 8% van de drugsgebruikers die zich aanmelden voor vaccinatie al chronisch drager van het hepatitis B-virus is, maar daarover onwetend is (cijfers afkomstig van GGD NL).
  - Voor hepatitis C bestaan geen schattingen over het aantal niet-gediagnosticeerde of niet-behandelde patiënten. De behandeling van hepatitis C is echter zwaar en leidt in een kwart tot de helft van de gevallen niet tot genezing. Het aanlooptraject dat nodig is om een drugsgebruiker 'klaar te stomen' voor een hepatitis C-behandeling kan maanden tot jaren duren, en de bevlogenheid van zowel de patiënt als zijn behandelaren is in de meeste gevallen nog bepalend voor het welslagen van een behandeltraject. Het Amsterdamse project DUTCH-C is een voorbeeld van een project waar de integrale behandeling van methadonpatiënten met een hepatitis C-infectie is gestroomlijnd van screening tot en met de begeleiding van de intensieve, een halfjaar

tot een jaar durende behandeling bij een medisch specialist. Het project is in december 2006 gestart en brengt de problemen in het hele traject in kaart. Een vergelijkbaar project waarbij de keten van hepatitis C-opsporing en behandeling protocollair is vastgelegd, vindt plaats in Rotterdam (project Actief Testen). Daarnaast zijn er op verschillende locaties (Nijmegen, Heerlen, Arnhem, en diverse andere plaatsen), soms al jarenlang, gedreven verpleegkundigen en artsen in de verslavingszorg en in ziekenhuizen die individuele patiëntentrajecten begeleiden.

Preventie van drugsgerelateerde sterfte
Preventie van sterfte onder opiaatverslaafden is weinig onderzocht. Het onderzoek dat is uitgevoerd heeft zich met name beperkt tot de directe sterfte door drugsgebruik, in casu overdosering. De preventie van zogeheten indirect drugsgerelateerde sterfte, die voortkomt uit de levensstijl van drugsgebruik, is nauwelijks onderwerp van onderzoek. Het beschikbare onderzoek laat zien dat de direct drugsgerelateerde sterfte vooral kan worden verminderd door een combinatie van diverse activiteiten. Bij een acute overdosering kan Naloxon als antidotum worden gebruikt.

Uit internationaal onderzoek blijkt dat ook onderhoudsbehandeling met hogere doses methadon (meer dan 60 mg/dag) de kans op sterfte door overdosis waarschijnlijk vermindert.[54] Vermoedelijk vermindert de kans op overlijden aan een overdosis ook met voorlichting en motivatiebevorderende technieken voor deelnemers aan methadonprogramma's. Uit Amsterdams onderzoek blijkt dat deelname aan een methadononderhoudsprogramma de kans op overlijden door een overdosis aan opiaten kan verminderen.

7.4.2.2 Is er een verband tussen de beschikbaarheid van harm reduction-maatregelen en de prevalentie van drugsgerelateerde sterfte en infectieziekten?

In onderzoek onder drugsgebruikers in Amsterdam is aangetoond dat deelname aan laagdrempelige methadononderhoudsprogramma's verband houdt met zowel minder sterfte in het algemeen als met minder sterfte door overdosis. Ook hebben deelnemers aan een methadononderhoudsprogramma in combinatie met het gebruik van schone spuiten een kleinere kans op het oplopen van drugsgerelateerde infectieziekten.

Het verband tussen harm reduction en drugsgerelateerde sterfte. Vanaf 1985 wordt er een registratie bijgehouden van deelnemers aan de Amsterdamse methadonprogramma's (de Amsterdamse Centrale Methadon Registratie). In Amsterdam neemt ongeveer de helft van alle opiaatgebruikers deel aan deze methadonprogramma's. De andere helft blijft dus buiten beeld. Op basis van deze registratiegegevens zijn diverse onderzoeken verricht waarbij deze drugsgebruikers (deelnemers en verlaters) werden gevolgd in de tijd. De registratie kan niet direct de effecten van methadonbehandeling meten maar wel verbanden leggen tussen methadonbehandeling en de kans op infectieziekten of overlijden.

Met de gegevens uit de Amsterdamse Methadon Registratie is de relatie onderzocht tussen laagdrempelige onderhoudsbehandeling van opiaatverslaafden en mortaliteit.[61] Van de 827 deelnemers stierven er tussen 1985 en 1996 89 een natuurlijke dood en 31 overleden als gevolg van een overdosis. Degenen die niet (meer) deelnamen aan de methadonbehandeling hadden een significant hogere kans om te sterven, zowel aan natuurlijke oorzaken als door overdosis, dan verslaafden die in onderhoudsbehandeling bleven. De onderzoekers concludeerden dat de gunstige effecten voornamelijk bepaald worden door de methadonverstrekking zelf en de met enige regelmaat verleende psycho-medische hulp (door een arts). Andere karakteristieken, zoals de dosis, blijken minder duidelijk samen te hangen met sterfte. Deze bevindingen stemmen overeen met die uit diverse buitenlandse studies, hoewel de onderhoudsprogramma's in de buitenlandse studies meestal minder toegankelijk zijn.

Uit de OGGZ Monitor Amsterdam blijkt dat ook de sterfte van met hiv geïnfecteerde drugsverslaafden in Amsterdam drastisch is gedaald. De sterfte in deze groep was in 2002 20, in 2003 21, maar in 2004 nog maar 7.[62] Er werd in dezelfde periode een aanzienlijke toename van de therapietrouw in methadonprogramma's beschreven.

Conclusie

De sterfte als direct gevolg van drugsgebruik is in Nederland laag in vergelijking met andere Europese landen (zie § 5.6). Dat kan komen omdat relatief weinig drugsgebruikers injecteren, maar waarschijnlijk ook vanwege het harm reduction-beleid (methadonverstrekking, spuitomruil en gebruiksruimten) en het algemene klimaat waarin drugsgebruikers niet als criminelen worden opgejaagd maar veeleer als patiënten worden gezien.

Het verband tussen harm reduction en drugsgerelateerde infectieziekten. In 1985 startte ook een Amsterdams cohortonderzoek onder drugsgebruikers, de Amsterdamse Cohort Studies. Met gegevens uit dit onderzoek is de relatie onderzocht tussen het aantal nieuwe hiv-infecties en risicogedrag.[57] Gedurende 19 jaar werden 1315 (nog) niet met hiv geïnfecteerde deelnemers onderzocht. Het aantal nieuwe hiv-infecties daalde vanaf 1985. Ook het injecteren van drugs en het onderling ruilen van gebruikte injectienaalden nam af vanaf 1985. Risicovol seksueel gedrag en het aantal seksueel overgedragen infecties nam echter na 1996 toe. Daarom pleitten de onderzoekers voor meer aandacht voor preventie van riskant seksueel gedrag onder opiaatverslaafden.

Het directe verband tussen deelname aan harm reduction-programma's (i.c. methadononderhoud en spuitomruil) en een daling van drugsgerelateerde infectieziekten kon ook worden aangetoond.[63] Bij 714 deelnemers werd de aanwezigheid van een infectie met hiv en hepatitis C onderzocht. Er werden vijf categorieën van deelname aan harm reduction-programma's onderscheiden, lopend van geen deelname (noch aan methadononderhoud, noch aan spuitomruil) tot volledige deelname (60 mg of een hogere dosis methadon per dag en geen injecterend gebruik óf 60 mg of een hogere dosis per dag en injecterend gebruik maar alle gebruikte spuiten zijn geruild, dus schoon). Er bleek geen significant verband te bestaan tussen deelname aan uitsluitend methadononderhoud of spuitomruil en het aantal geconstateerde hiv- of hepatitis C-infecties. In vergelijking met geen deelname, hing volledige deelname wel duidelijk samen met minder infecties onder ooit-injecterende drugsgebruikers. Dit onderzoek onderstreept het belang van een breed pakket harm reduction-maatregelen, vanwege de bijdrage aan het verminderen van infectieziekten.

Een derde onderzoek uit de Amsterdamse Cohort Studies toonde dat (risicovol) injecteren de kans op een infectie met hepatitis C en hiv verhoogt.[64] De onderzoekers vonden een relatie tussen de dalende trend in het vóórkomen van hiv en hepatitis C die de afgelopen 20 jaar gaande is en een verminderd riskant gedrag onder de deelnemende opiaatverslaafden. Vooral de daling in het injecterend drugsgebruik, al dan niet in combinatie met deelname aan methadononderhoud of spuitomruil, draagt bij een vermindering van de infecties.

Conclusie

In Nederland is het aantal nieuwe besmettingen met hiv onder drugsgebruikers, na een aanvankelijk explosieve stijging in de jaren tachtig, al enige jaren laag. Ook het aandeel van injecterende drugsgebruikers onder alle hiv-positieven is beperkt. Uit de gegevens van de Stichting Hiv Monitoring uit 2007 blijkt dat injecterend drugsgebruik slechts in 3% van de meer dan 10.000 geregistreerde hiv-patiënten de meest waarschijnlijke overdrachtswijze is geweest.[60] Er zijn wel aanwijzingen dat het aantal bestaande gevallen (chronisch geïnfecteerde drugsgebruikers) veel hoger is, maar daarover ontbreken recente cijfers. De lage aantallen nieuwe infecties kunnen aan verschillende ontwikkelingen worden toegeschreven. Eén daarvan is de beschikbaarheid van een breed pakket harm reduction-maatregelen. Ook de dalende populariteit van injecterend drugsgebruik speelt mee. In Amsterdam wordt naar schatting nog maar door 10% van de verslaafden geïnjecteerd.[62] Het is overigens van belang te constateren dat ook onder niet-injecterende drugsgebruikers het vóórkomen van drugsgerelateerde infectieziekten hoger is dan in de algemene populatie. Mogelijk is de zelf-rapportage over al dan niet ooit-injecteren niet volledig betrouwbaar, maar evenmin is uit te sluiten dat niet-injecterende drugsgebruikers toch op andere wijzen een verhoogd risico op besmetting lopen. Hoewel het injecteren is verminderd, blijft onder drugsgebruikers het seksueel risicogedrag onverminderd hoog.[57]Er zijn geen gegevens waaruit blijkt dat er overdracht plaatsvindt van hiv vanuit de groep injecterende drugsgebruikers naar de algemene populatie, anders dan in sporadische gevallen.

Een groot deel van de (ooit) injecterende drugsgebruikers in Nederland is echter besmet met het via bloed veel makkelijker over te dragen hepatitis C-virus. De kans op besmetting neemt toe met het aantal jaar injecteren. Gezien de kans op chronische leverschade en de hoge kosten die daaruit voortvloeien, is dat een zorgelijke situatie. De prognose van een hepatitis C-patiënt verslechtert bij een gelijktijdige infectie met hiv.[65]

7.5 Enkele lacunes in informatie

Er is gebrek aan systematische evaluaties van preventieactiviteiten. De uitkomst van het inzetten van interventies en instrumenten is veelal onduidelijk. Daardoor ontbreekt een belangrijke inhoudelijke basis voor verbetering. Dit telt temeer omdat de resultaten van preventie vaak tegenvallen. Dan ligt het juist in de rede om met evaluatieonderzoek het kaf van het koren te scheiden en andere interventies te ontwikkelen en op hun effect te testen.

Het effectonderzoek dat wel wordt verricht, onderzoekt doorgaans een enkele interventie en sluit daarmee niet aan bij de praktijk, die wordt gekenmerkt door een combinatie van verschillende activiteiten.

Recente, landelijke cijfers over het vóórkomen van infectieziekten (hepatitis C, hiv en hepatitis B) ontbreken, evenals gegevens over het aantal drugsgebruikers met hepatitis C dat hiervoor behandeld wordt, zodat de naar verwachting gunstige effecten van de maatregelen gericht op infectieziektenpreventie niet cijfermatig kunnen worden onderbouwd.

Kwetsbare groepen hebben in beleidsdocumenten vrijwel altijd in de belangstelling gestaan (in eerdere jaren allochtonen, en meer recentelijk: jongeren, kinderen van verslaafde ouders en licht verstandelijk gehandicapten). Hoewel de genoemde groepen blijven bestaan is de aandacht voor hen passagère en lijkt die onderhevig aan 'mode'. Er is onvoldoende zicht op de vraag of de problemen in de bewuste groepen zijn opgelost bij het wegebben van de aandacht. Ook gaat het vaak niet alleen om problemen samenhangend met drugsgebruik maar spelen ook dakloosheid, verloedering en/of verminderde weerbaarheid op diverse gebieden een rol. Er bestaan momenteel lacunes in het goed in kaart brengen van de problematiek, het geïntegreerd aanbieden van gerichte interventies en het vervolgen van de effecten op langere termijn.

Er zijn momenteel veel gebruiksruimten en hostels voor drugsgebruikers, maar deze werden nog niet systematisch op hun effect geëvalueerd. Wel zijn er diverse, niet altijd vergelijkbare lokale evaluaties beschikbaar.

7.6 Eindconclusies

7.6.1 Preventie

Preventie behoort tot de speerpunten van het Nederlandse drugsbeleid. De beleidsdoelstellingen op het gebied van preventie zijn echter niet eenduidig. Er wordt in de Drugsnota 1995 gesproken over preventie van de risico's die voortvloeien uit drugsgebruik, maar op dezelfde bladzijde wordt preventie opgevat als het voorkómen van drugsgebruik.

De beoogde aanpak bestaat uit een reeks preventieve activiteiten en een landelijke steunfunctie om de samenwerking in het veld te stimuleren en kwaliteitsimpulsen aan het preventiewerk te geven. De ecstasynota uit 2001 en de cannabisbrief uit 2004 onderstrepen de noodzaak van voorlichting. De conclusie kan worden getrokken dat alle beoogde voorlichtings- en preventieactiviteiten zijn gerealiseerd. Omdat er geen duidelijke verwachtingen ten aanzien van het bereik van deze activiteiten zijn geformuleerd, kan daarover geen conclusie worden getrokken. Over het algemeen blijkt wel dat de aanpak grootschalig heeft plaatsgevonden en dat de helft of meer van de doelgroep is bereikt. De landelijke steunfunctie is operationeel sinds 1997.

Of *de beoogde uitkomsten* zijn gerealiseerd is lastig te beoordelen. Niet alleen vanwege de onheldere definiëring van het begrip preventie en het ontbreken van streefcijfers, ook de ontwikkelingen in de maatschappij zijn een belangrijke factor die van invloed is op het drugsgebruik in de samenleving. De opkomst van het drugsgebruik in de jaren zeventig en tachtig en de stabilisering van de omvang van het gebruik vanaf midden jaren negentig kunnen niet primair worden toegeschreven aan het preventiebeleid noch aan het drugsbeleid in bredere zin, maar zijn mede het gevolg van een veelheid aan socio-economische variabelen, zoals de toegenomen individuele vrijheid, stijgende rijkdom, een maatschappij die hogere eisen stelt, maar ook een verzadiging van de drugsmarkt. Het is evenmin mogelijk op een betrouwbare manier de effectiviteit van het Nederlandse preventiebeleid te bepalen door dit te vergelijken met de effecten van het beleid in andere landen. De verschillen in de maatschappelijke context laten een dergelijke vergelijking niet toe. We hebben daarom een indirecte maat gebruikt om een aanwijzing te krijgen of de aanpak in Nederland zou kunnen werken, namelijk door in de wetenschappelijke literatuur na te gaan of de in Nederland gebruikte interventies op het gebied van preventie effect kunnen hebben. Zoals eerder opgemerkt is dit evenmin een optimale methode, ten eerste omdat het effect van preventieve interventies in zijn algemeenheid moeilijk is te onderzoeken, ten tweede omdat de meeste interventies in het buitenland zijn onderzocht en de uitkomsten niet zonder meer naar de Nederlandse situatie vertaald kunnen worden, ten derde omdat verschillende breed geïmplementeerde interventies niet of onvoldoende zijn onderzocht en ten slotte omdat een strategie die werkt onder 'laboratoriumcondities' niet automatisch eenzelfde effect oplevert in het echte leven.

Uit het literatuuronderzoek komen de volgende conclusies:

- Effectonderzoek naar massamediale campagnes is methodologisch lastig. Toch is er zeer veel onderzoek op dit terrein uitgevoerd. De algemene conclusie luidt dat dergelijke campagnes wel de kennis in de doelgroep vermeerderen, maar geen noemenswaardige effecten hebben op het drugsgebruik.
- Voorlichting is gemiddeld een weinig effectief middel om drugsgebruik – ook onder jongeren – tegen te gaan. Het effect van voorlichting verbetert als de boodschap evenwichtig en rationeel is, hetgeen in Nederland het geval is, en niet normatief of afschrikwekkend. Voorlichting heeft ook meer effect wanneer deze tevens deel uitmaakt van een algemener luidende boodschap (bijvoorbeeld gezondheidsbevordering) en ook dit gebeurt in Nederland steeds meer.
- Er wordt veel verslavingspreventie op school uitgevoerd. Deze programma's hebben gemiddeld gunstige effecten op de kennis over drugs, maar op zijn best slechts geringe of helemaal geen effecten op het gebruik van drugs, en dan nog slechts op de korte termijn. Het programma de gezonde school en genotmiddelen wordt na meer dan tien jaar voor een tweede maal op effectiviteit onderzocht.
- Gezinsgerichte verslavingspreventie is de afgelopen jaren internationaal sterk in populariteit toegenomen. Gezinsgerichte verslavingspreventie kan drugsgebruik tegenhouden, vertragen of verminderen. Deze effecten kunnen bovendien jaren aanhouden. In Nederland wordt momenteel het effect onderzocht van een aangepaste versie van een Amerikaans gezinsgericht preventieprogramma voor kinderen van ouders met drugsproblemen.
- Een belangrijke ontwikkeling in de verslavingspreventie is het gebruik van internet. Er zijn de afgelopen jaren veel nieuwe voorlichtingssites op het gebied van drugs (maar ook alcohol) gekomen. Deze sites hebben een potentieel groot bereik. Verondersteld wordt dat ze groepen aanspreken die via de reguliere kanalen minder goed worden bereikt. Er zijn ook internet-interventies die zich op een relatief kleine en selectieve doelgroep richten en meer tijd en soms ook geld vereisen. De effecten op drugsgebruik zijn nog niet vastgesteld.

Voorlichtingsactiviteiten dragen dus slechts op (zeer) bescheiden schaal bij aan de preventie van (risico's van) drugsgebruik. De aanname in de Drugsnota 1995 dat objectieve informatie leidt tot een toegenomen risicobewustzijn onder jongeren en dat dit een beslissende preventieve factor is, lijkt gelogenstraft door het feit dat voorlichting wel de kennis vermeerdert, doch niet of slechts gedurende een korte periode invloed heeft op het drugsgebruik zelf. De conclusie is daarmee dat het beleid weinig heeft kunnen bijdragen aan het voorkómen van drugsgebruik of verslaving. Vanwege de reikwijdte van veel voorlichtingsactiviteiten kan een gering effect echter uiteindelijk toch een zekere impact hebben. Een ander voordeel van door de overheid geïnitieerde voorlichting is dat deze als betrouwbaar geafficheerd is. Dat is in deze tijd, waarin ongecontroleerde zin en onzin in overmaat op het internet gepubliceerd wordt, een waardevolle bron van serieuze informatie. Mogelijk dragen massamediale campagnes bij aan een verdere bewustwording van de effecten van drugsgebruik onder de bevolking. Een zeker effect wordt verondersteld van een pakket van op specifieke doelgroepen gerichte maatregelen gecombineerd met specifieke campagneboodschappen, maar dit is moeilijk te onderzoeken.

7.6.2 Harm reduction

Harm reduction is vanouds een belangrijk kenmerk van het Nederlandse drugsbeleid. Het beleid stelt zich tot doel om de risico's die voortvloeien uit drugsgebruik voor de gemeenschap en het individu te beheersen. Evenals de doelstelling van drugspreventie is die van het harm reduction-beleid niet eenduidig: er wordt zowel gehandeld vanuit een openbareordeperspectief (vermindering van de overlast, zie hoofdstuk 11), uit een sociale-achterstandsperspectief (verbeteren van het lichamelijk en maatschappelijk functioneren zonder dat de verslaving zelf wordt behandeld), als vanuit een context die streeft naar een bescherming van de volksgezondheid. Vanwege het ontbreken van een tevoren vastgestelde kwantitatieve uitkomst (bijvoorbeeld: 'het beleid streeft ernaar dat driekwart van de verslaafden minimaal maandelijks contact heeft met de hulpverlening') kan dit beleid slechts in beschrijvende termen worden geëvalueerd.

De beoogde aanpak op het gebied van harm reduction is niet integraal beschreven. Het is uit diverse Tweede Kamerstukken en publicaties van VWS duidelijk dat de belangrijkste peilers van het harm reduction-beleid bestaan uit laagdrempelige voorzieningen, methadon-onderhoudsprogramma's (inclusief spuitomruil) en de preventie van infectieziekten. Deze aanpak is grotendeels gerealiseerd. In het verleden behoorde Nederland tot de koplopers in het opzetten van harm reduction-voorzieningen. In recente jaren heeft de laagdrempelig opvang een forse impuls gekregen, als onderdeel van een grootschalige aanpak van de hele OGGZ-problematiek. Vanuit de centrale overheid zijn aan de gemeenten forse bedragen beschikbaar gesteld, die op lokaal niveau zijn ingezet voor dagbesteding, huisvesting, maatschappelijk werk, financiële begeleiding et cetera (zie hoofdstuk 8). De preventie en behandeling van drugsgerelateerde infectieziekten wisselt sterk binnen Nederland. Vooral met he-

patitis C besmette drugsgebruikers worden in delen van het land nog slechts op beperkte schaal behandeld. De behandeling van hepatitis C is intensief en vraagt veel van de samenwerking tussen verslavingszorg en ziekenhuisspecialisten. Onderhoudsbehandeling, in Nederland voor het overgrote deel met methadon, heeft na forse kritiek een kwaliteitsimpuls gekregen door de ontwikkeling van een richtlijn. Een financiële injectie heeft de drempels voor implementatie van de richtlijn verminderd. Daarnaast verstrekt Nederland, evenals enkele andere landen, heroïne aan opiaatverslaafden die onvoldoende baat hebben bij methadon. Dit gebeurt op beperkte schaal en strikt gereguleerd (zie hoofdstuk 8).

Ook de realisatie van de *beoogde uitkomsten* is moeilijk te scoren, niet in het minst omdat er een groot gebrek bestaat aan cijfers. De laatste schatting van het aantal problematische drugsgebruikers is verouderd en de schatting is breed. Een nieuwe schatting verschijnt naar verwachting dit jaar. Ook cijfers over het vóórkomen van drugsgerelateerde infectieziekten onder de Nederlandse drugsgebruikers zijn niet up-to-date. Gegevens over het aantal drugsgebruikers dat wordt getest, of wordt behandeld voor een drugsgerelateerde infectieziekte ontbreken eveneens. De bestaande registratiesystemen leveren cijfers over de geleverde zorg, waarmee de totale omvang van de benodigde zorg nog niet in kaart is gebracht. In het veld bestaat echter het vermoeden dat verreweg de meeste drugsverslaafden op een of andere manier contact hebben met de hulpverlening. Problematisch drugsgebruikers zijn afhankelijk van deze zorg, hetgeen bijvoorbeeld in Amsterdam blijkt uit een aanzienlijke toename van de therapietrouw van verslaafden in methadonprogramma's.[62]

Goed uitgevoerd onderzoek naar het effect van harm reduction-maatregelen heeft in Nederland beperkt plaatsgevonden. Dit is ook moeilijk omdat het om merendeels verborgen populaties gaat. Het overgrote deel van de publicaties is afkomstig uit Amsterdam, waar men de beschikking heeft over cliëntgegevens uit de Centrale Methadon Registratie. Uit het op deze gegevens gebaseerde onderzoek blijkt dat deelname aan laagdrempelige onderhoudsbehandeling én spuitomruil (beide dus), zowel de kans op infectieziekten (hiv en hepatitis C) als sterfte vermindert. Dit strookt met de gegevens uit de internationale literatuur. De (al wat oudere) landelijke cijfers ondersteunen dat het aantal bestaande infecties van hiv onder drugsgebruikers beperkt is. Over het vóórkomen van hepatitis C bestaan geen goede cijfers, maar er zijn indicaties dat de besmettingsgraad onder (met name ooit-injecterende) drugsgebruikers beduidend hoger ligt dan de besmettingsgraad van hiv. De landelijke aangiftecijfers van nieuwe infecties met hepatitis C (en B) zijn laag, wat zowel een gevolg kan zijn van de beschikbare harm reduction-maatregelen (spuitomruil, condoomverstrekking) als de gedaalde populariteit van het injecteren van drugs. Van belang is dat er geen negatieve effecten van spuitomruilprogramma's zijn gerapporteerd, en spuitomruilprogramma's niet tot een toename van injecterend drugsgebruik hebben geleid. Ook de vergrijzing van de populatie opiaatgebruikers is een opvallend fenomeen dat vermoedelijk verklaard wordt door een beperkte aanwas van nieuwe problematische opiaatgebruikers.

Referenties

1. T.K.24077-3.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1994-1995 publicatienummer 24077 nr.3 (1995). *Drugbeleid; Nota 'Het Nederlandse drugbeleid: continuïteit en verandering'.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
2. T.K.23760-14.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2000-2001 publicatienummer 23760 nr.14 (2001). *Beleid inzake XTC: brief minister bij de nota 'Samenspannen tegen XTC'*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
3. T.K.24077-125.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2003-2004 publicatienummer 24077 nr.125 (2004). *Drugbeleid: Brief ministers over het cannabisbeleid*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
4. Mrazek, P.J., Haggerty, R.J. (1994). *Reducing risks for mental disorders : frontiers for preventive intervention research*. Washington: National Academy Press.
5. Cuijpers, P., Scholten, M., Conijn, B. (2006). *Verslavingspreventie: een overzichtsstudie.* Den Haag: ZonMw, Programma Verslaving.
6. T.K.23760-1.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1993-1994 publicatienummer 23760 nr.1 (1994). *Beleid inzake XTC.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
7. T.K.14417-2.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1976-1977 publicatienummer 14417 nr.2 (1976). *Uitgangspunten voor een beleid inzake de hulpverlening aan drugverslaafden; nota*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
8. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2002). *Voortgangsrapportage drugbeleid, 2001-2002*. Den Haag: Ministerie van VWS.
9. Werkgroep Verdovende Middelen (1972). *Achtergronden en risico's van druggebruik: rapport van de werkgroep Verdovende Middelen (Baan)*. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij.
10. T.K.11742-8.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1974-1975 publicatienummer 11742 nr.8 (1975). *Achtergronden en risico's van druggebruik: Memorie van antwoord*. Den Haag: Sdu Uitgvers.
11. T.K.29660-1-2.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2003-2004 publicatienummer 29660 nrs.1-2 (2004). *Zorg voor verslaafden [Care for addicts]*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
12. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (1995). *Stadhuis en house: handreikingen voor gemeentelijk beleid inzake grootschalige manifestaties en uitgaansdrugs*. Den Haag: Ministerie van VWS.
13. T.K.23760-20.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2004-2005 publicatienummer 23760 nr.20 (2007). *Beleid inzake XTC: brief minister ter aanbieding notitie 'Voortzetting aanpak synthetische drugs vanaf 2007'*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
14. T.K.24077-57.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1997-1998 publicatienummer 24077 nr.57 (1997). *Drugbeleid; Brief minister met Voortgangsrapportage Drugbeleid 1997*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
15. T.K.22894-49.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2004-20057 publicatienummer 22894 nr 49 (2005). *Preventiebeleid voor de volksgezondheid; Kabinetsstandpunt op het briefrapport 'Opsporing en behandeling van hepatitis C' van de Gezondheidsraad van 22 september 2004*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
16. T.K.19218-5.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1985-1986 publicatienummer 19218 nr.5 (1986). *Het verworven immuun deficiëntiesyndroom (aids)*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
17. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2003). *Drug policy in the Netherlands: basic principles and enforcement in practice*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
18. Ministerie van Buitenlandse Zaken (2008). *Q & A Drugs 2008: het Nederlandse drugsbeleid*. Den Haag: Ministerie van Buitenlandse Zaken.
19. Meijer, G., De Jong, A., Koeter, M., Bieleman, B. (2001). *Gebruik van de straat: evaluatie gebruiksruimte binnenstad-zuid Groningen*. Groningen: Stichting Intraval/AIAR.
20. Barendregt, C., Van der Poel, A., Van de Mheen, D. (2002). *Gebruiksruimten in Rotterdam, in het perspectief van gezondheidsbevordering en overlastvermindering*. Rotterdam: IVO.
21. Hulsbosch, L., Nicholas, S., Van Bakel, H., Wolf, J. (2004). *Gebruiksruimten in Utrecht: evaluatie van een nieuwe voorziening*. Utrecht: Trimbos-instituut.
22. T.K.Aanhangsel-991.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1984-1985 Aanhangsel van de Handelingen nr.99 (1985). *Vragen gesteld door leden van de Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
23. T.K.25295-2.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1996-1997 publicatienummer 25295 nr.2 (1997). *Infectieziektenbestrijding; Nota Infectieziektenbestrijding.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
24. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2005). *Annual report 2005: the state of the drugs problem in the European Union and Norway*. Lisbon: EMCDDA.
25. Busch, M. (2009). *Nationaal Kompas Volksgezondheid: preventie van druggebruik*. Bilthoven: RIVM.
26. De Bekker-Grob, E.W., Polder, J.J., Witte, K.E., Mackenbach, J.P., Meerding, W.J. (2006). *Kosten van preventie in Nederland 2003: zorg voor euro's – 4*. Bilthoven: RIVM.

27. Cuijpers, P., Jonkers, R., de, W.I., de, J.A. (2002). The effects of drug abuse prevention at school: the 'Healthy School and Drugs' project. *Addiction*, 97(1): 67-73.
28. Lokman, S. (2008). *Implementatiegraad de gezonde school en genotmiddelen schooljaar 2007/2008.* Utrecht: Trimbos-instituut.
29. Van de Bunt, H., Kunst, D., Siegel, D. (2003). *XTC over de grens: een studie naar XTC-koeriers en kleine smokkelaars.* Den Haag: Boom Juridische Uitgevers.
30. Neve, R.J.M., Van Ooyen-Houben, M.M.J., Snippe, J., Bieleman, B. (2007). *Samenspannen tegen XTC: eindevaluatie van de XTC-Nota*. Den Haag: WODC/Intraval.
31. Van der Stel, J., Voordewind, D. (1998). *Handboek Preventie: alcohol, drugs en tabak: how to make the every day life of a prevention worker easier*. Strassbourg: Pompidou Group.
32. Bohlmeijer, E., Bolier, L., Van Sambeek, D., Landelijk Ondersteuningspunt Preventie (2000). *Omvang, organisatie en inhoud van GGZ-preventie in Nederland anno 2000: een inventarisatie in opdracht van het ministerie van VWS.* Utrecht: Trimbos-instituut, Landelijk Ondersteuningspunt Preventie (LOP).
33. Van der Zanden, R., Veenhuizen, L.A. (2002). *Verslavingspreventie in Nederland anno 2002: omvang, organisatie en inhoud: een inventarisatie in opdracht van het ministerie van VWS.* Utrecht: Trimbos-instituut, Landelijk Ondersteuningspunt Preventie (LOP).
34. Trimbos-instituut (2009). *Monitor Plan van Aanpak Matschappelijke Opvang: rapportage 2008: Amsterdam, Den Haag, Utrecht en Rotterdam*. Utrecht: Trimbos-instituut.
35. Linssen, L., De Graaf, I., Wolf, J. (2002). *Gebruiksruimten in beeld: handreiking bij organisatie en inrichting*. Utrecht: GGZ Nederland/Trimbos-instituut.
36. Bransen, E., 't Land, H., Wolf, J. (2004). *Gebruiksruimten in Nederland: trends en ontwikkelingen 2001 – 2003*. Amersfoort: GGZ Nederland.
37. Mainline (2008). *Jaarverslag 2007*. Amsterdam: Stichting Mainline.
38. De Jonge, M., Ruiter, M. (2009). *Ontwikkelingen in de aard en omvang van de GGZ- en VZ-preventie: stand van zaken 2007.* Utrecht: Trimbos-instituut.
39. Witteveen, E., Schippers, G. (2006). Needle and syringe exchange programs in Amsterdam. *Subst Use Misuse*, 41(6-7): 835-836.
40. Baars, J. (2009). *Hard to reach? Hepatitis B vaccination among high-risk groups*. Rotterdam: EUR.
41. Ter Haar, R., Van Leeuwen, P. (2004). *The missing link: a new approach to treat HCV-infected drugusers with pegylated interferon*. Amersfoort: Nationaal Hepatitis Centrum.
42. Lindenburg, C.E., Weegink, C., Verbon, A., Prins, M., Hoogenboezem, G. (2009). *Richtsnoer: organisatie rond de behandeling van een chronische HCV-infectie bij (actieve, injecterende) drugsgebruikers*. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden Communications.
43. Van Marrewijk, C.M., Velshuijzen, I.K., Conyn-van Spaendonck, M.A.E., Van den Hof, S., Dorigo-Zetsma, J.W. (1999). *Prevalentie van hepatitis B virale markers in de Nederlandse bevolking: een population-based seroprevalentie studie (Pienter project)*. Bilthoven: RIVM.
44. Jager, J., Limburg, W., Kretzschmar, M., Postma, M., Wiessing, L. (2004). *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options.* Lisbon: EMCDDA.
45. Rebel, S., Vreeswijk-Manusiwa, J.M., Suitela, F. (1999). *Molukse verslavingsproblematiek, verwaarloosbaar of verontrustend? Een inventariserend onderzoek naar de huidige verslavingsproblematiek*. Utrecht: Stichting Tjandu.
46. Speetjens, P. (2008). *Informatie Onderzoek Gezin aan Bod*. Utrecht: Trimbos-instituut.
47. Bransen, E., Schipper, H., Mutsaers, K., Haverman, M., Blekman, J. (2008). *Aard en omvang van middelengebruik bij licht verstandelijk gehandicapte jongeren: een eerste verkenning bij jongeren zelf en hun begeleiders*. Utrecht: Trimbos-instituut.
48. Lynam, D.R., Milich, R., Zimmerman, R., Novak, S.P., Logan, T.K., Martin, C., Leukefeld, C., Clayton, R. (1999). Project DARE: no effects at 10-year follow-up. J.Consult Clin.Psychol., 67(4): 590-593.
49. Van den Putte, S.J.H.M., Steevels, R.M.A. (2004). *Effectevaluatie cannabiscampagne*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam (ASCoR).
50. Eiling, E.M., Renes, R.J., Van Leeuwen, L., Van Woerkum, C.M.J. (2008). *Evaluatie Roes: Entertainment Education in de strijd tegen overmatig alcoholen drugsgebruik bij jongeren. Een Kwantitatieve en Kwalitatieve Effectevaluatie van de TV Serie Roes.* Wageningen: Universiteit Wageningen.
51. Gezondheidsraad (2006). *Plan de campagne. Bevordering van gezond gedrag door massamediale voorlichting*. Den Haag: Gezondheidsraad.
52. Zonnevylle-Bender, M.J.S., Matthys, W., Van de Wiel, N.M.H., Lochman, J.E. (2007). Preventive effects of treatment of disruptive behavior disorder in middle childhood on substance use and delinquent behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* 46(1): 33-39.

53. Bolier, L., Riper, H. (2004). *Procesevaluatie homeparty's: resultaten van het onderzoek naar het draaiboek homeparty's in de praktijk*. Utrecht: Trimbos-instituut.
54. Van der Gouwe, D., Gallà, M., Van Gageldonk, A., Croes, E., Engelhardt, J., Van Laar, M., Buster, M. (2006). *Prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence. An inventory of policies, evidence and practices in the EU relevant to the implementation of the Council Recommendation of 18 June 2003. Synthesis report.* Utrecht: Trimbos Institute.
55. Otto, M., Doosje, O., Blekman, J. (2004). *Spuitomruil: aanbevelingen, effectiviteit, voorzieningen in Nederland*. Utrecht: Trimbos-instituut.
56. Van de Laar, M.J.W., Op de Coul, E.L.M. (2004). *HIV and Sexually Transmitted Infections in the Netherlands in 2003.* Bilthoven: RIVM.
57. Lindenburg, C.E., Krol, A., Smit, C., Buster, M.C., Coutinho, R.A., Prins, M. (2006). Decline in HIV incidence and injecting, but not in sexual risk behaviour, seen in drug users in Amsterdam: a 19-year prospective cohort study. *aids*, 20(13): 1771-1775.
58. Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Versino, E., Lemma, P. (2003). Methadone maintenance at different dosages for opioid dependence. *Cochrane Database Syst.Rev,* 3): CD002208
59. Koedijk, F.D.H., Op de Coul, E.L.M., Cremer, J., Hahné, S., Coutinho, R., Boot, H., et.al. (2008). *Incidentie en moleculaire epidemiologie hepatitis B virus, Nederland, 2004 – 2007*. Bilthoven: RIVM.
60. Gras, L., Van Sighem, A., Smit, C., Zaheri, S., Schuitemaker, H., De Wolf, F. (2007). *Monitoring of Human Immunodeficiency Virus (HIV) infection in the Netherlands: report 2007*. Amsterdam: Stichting HIV Monitoring.
61. Langendam, M.W., Van Brussel, G.H., Coutinho, R.A., Van Ameijden, E.J.C. (2001). The impact of harm-reduction-based methadone treatment on mortality among heroin users. *Am J Public Health*, 91(5): 774-780.
62. Van Brussel, G.H.A., Buster, M.C.A. (2005). *OGGZ monitor Amsterdam '02'03'04: inclusief de jaarcijfers over problematische opiaatverslaafden en uitgaansdrugsongevallen*. Amsterdam: GG&GD.
63. Van den Berg, C., Smit, C., Van Brussel, G., Coutinho, R., Prins, M. (2007). Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users. *Addiction*, 102(1454-1462.
64. Van den Berg, C.H., Smit, C., Bakker, M., Geskus, R.B., Berkhout, B., Jurriaans, S., Coutinho, R.A., Wolthers, K.C., Prins, M. (2007). Major decline of hepatitis C virus incidence rate over two decades in a cohort of drug users. *Eur J Epidemiol.*, 22(183-193.
65. Smit, C., Van den Berg, C., Geskus, R., Berkhout, B., Coutinho, R., Prins, M. (2008). Risk of hepatitis-related mortality increased among hepatitis C virus/HIV-coinfected drug users compared with drug users infected only with hepatitis C virus: a 20-year prospective study. *J Acquir Immune Defic Syndr.*, 47(2): 221-225.

8 Zorg en behandeling

Esther Croes en André van Gageldonk

Aanbod

- De Nederlandse verslavingszorg biedt een combinatie van cure (op abstinentie gerichte behandeling) en care (zorg gericht op stabilisatie van de problematiek) (dit hoofdstuk).
- (Mede) door actieve aansturing vanuit het drugsbeleid heeft er zowel op het gebied van cure als van care een uitbreiding van het verslavingszorgaanbod plaatsgevonden (§ 8.3, § 8.4 en § 8.5).
- Sleutelbegrip in de door het beleid geïnduceerde vernieuwing is 'zorg op maat', hetgeen vereist dat er een gedifferentieerd zorgaanbod beschikbaar is en er integrale trajecten aan het individu kunnen worden aangeboden (§ 8.3.1).
- In de verslavingszorg ligt de nadruk momenteel op (overlastbestrijding van) de problematisch harddrugsverslaafden (§ 8.3).
- Het Plan van Aanpak Maatschappelijk Zorg levert een grote bijdrage aan de overlastbestrijding via het realiseren van geïntegreerde, langdurige zorg (§ 8.3.1.4).
- Door differentiatie in het aanbod zou de verslavingszorg beter kunnen aansluiten bij andere groepen met een middelenafhankelijkheid (§ 8.5.2 - 8.5.5).
- Internetbehandelingen bereiken een doelgroep die de reguliere zorg niet bereikt en zijn daarom een welkome aanvulling op het reguliere aanbod (§ 8.5.3).
- Het hulpaanbod specifiek gericht op jongere verslaafden neemt sterk in omvang toe. Er wordt toenemend samengewerkt met andere jeugdinstellingen (§ 8.4.2).

Kwaliteit

- Het slechte imago van de verslavingszorg uit de jaren negentig verbetert dankzij kwaliteitsimpulsen en professionalisering (dit hoofdstuk).
- De programma's Resultaten Scoren en de beide ZonMW-programma's leveren een belangrijke bijdrage aan de kwaliteitsverbetering (§ 8.6.5).
- Belangrijk voor de kwaliteit van de verslavingszorg zijn ook de invoering van benchmarking en de set van prestatie-indicatoren waaraan de sector zich heeft gecommitteerd, waardoor een proces van verbetering op gang is gekomen (§ 8.6.5).
- Professionalisering heeft binnen de verslavingszorg vorm gekregen door de ontwikkeling van diverse richtlijnen en protocollen en een toename van het aantal opleidingen en nascholingen die zich specifiek op aspecten van verslaving richten (§ 8.6.5).
- De verslavingszorg is van welzijnswerk weer gezondheidszorg geworden (dit hoofdstuk).

8.1 Inleiding

Dit hoofdstuk evalueert het drugsbeleid gericht op zorg en behandeling. Vanwege het primaat dat aan de volksgezondheid wordt toegekend zijn zorg en behandeling speerpunten in het drugsbeleid. Op dit vlak is de centrale doelstelling uit de Drugsnota 1995 een 'beheersing van de uit drugsgebruik voortvloeiende gemeenschaps- en individuele risico's'.[1] Onverlet blijft dat de handel in drugs, met uitzondering van de verkoop van kleine hoeveelheden cannabis, met repressieve middelen wordt bestreden. Dit is het elders beschreven tweesporenbeleid: een harde strafrechtelijke aanpak van de handel om het aanbod van illegale drugs tegen te gaan en medisch-sociale hulpverlening voor gebruikers om de risico's te beperken.

Afbakening. 'Verslavingszorg' is een breed begrip en in ruime zin kan daar ook de behandeling door huisartsen onder vallen, of de behandeling in het gevangeniswezen, de algemene gezondheidszorg en de maatschappelijke opvang. In dit hoofdstuk ligt de nadruk op de ambulante verslavingszorg, de semi- en intramurale verslavingszorg en de maatschappelijke (drugs)hulpverlening. Ook zal er een korte bespreking zijn van de zelfhulpgroepen en privéinstellingen. De verslavingsreclassering en verslavingszorg in gevangenissen worden niet uitgebreid besproken. Deze komen in hoofdstuk 10 aan bod. Voorts is in het vorige hoofdstuk al de onduidelijke positie van de verschillende harm reduction-maatregelen in de gehanteerde hoofdstukindeling besproken. Voor harm reduction

kenmerkende programma's zoals substitutiebehandeling zijn in dit hoofdstuk opgenomen, terwijl aspecten van harm reduction die meer een preventief karakter hebben (zoals het voorkómen van de overdracht van infectieziekten) in hoofdstuk 7 aan de orde zijn geweest.

8.1.1. Doel en opzet hoofdstuk

Evenals de voorgaande hoofdstukken is dit hoofdstuk opgebouwd volgens de beleidsevaluatiemethodiek die in hoofdstuk 3 is beschreven. Eerst worden in § 8.2 de beleidsvoornemens geschetst. De speerpunten op het gebied van zorg en behandeling zijn beschreven in de Drugsnota 1995 en daarna nauwelijks meer aangepast. Een aantal kenmerkende onderdelen van het Nederlandse drugsbeleid met betrekking tot de hulp voor verslaafden werd echter al geformuleerd in de jaren zeventig.[2] Vervolgens wordt gekeken in hoeverre de aanpak en doelstellingen zijn gerealiseerd (§ 8.3 en § 8.4). Aansluitend worden andere relevante ontwikkelingen in zorg en behandeling geschetst. In § 8.6 komen specifieke vragen van de opdrachtgevers aan de orde, die niet in eerdere paragrafen zijn behandeld. Het gaat hier met name om vragen naar effectiviteit en kwaliteit van behandelingen voor verslavingsproblematiek.

8.1.2 Gegevensbronnen

Deze komen overeen met de bronnen uit hoofdstuk 7, zie aldaar.

8.1.3 Begripsbepaling

Het begrip 'verslaving' wordt in het algemeen taalgebruik veel toegepast, maar is weinig exact. In de wetenschap en de geneeskunde wordt het gesplitst in de begrippen afhankelijkheid, misbruik en schadelijk gebruik, naar de officiële nomenclatuur uit de meest gebruikte classificatiesystemen DSM (specifiek gericht op psychische aandoeningen, opgesteld door de American Psychiatric Association) en ICD (een internationaal classificatiesysteem waarin zowel lichamelijke als psychische aandoeningen zijn opgenomen). De begrippen afhankelijkheid uit de DSM en ICD overlappen zowel qua definities in de beide classificatiesystemen als ook in empirisch onderzoek. Het begrip 'misbruik' uit de DSM en 'schadelijk gebruik' uit de ICD komen echter niet overeen. Misbruik focust op een patroon van gebruik waaruit mogelijk problemen zijn te verwachten in het psychisch of sociaal functioneren, terwijl schadelijk gebruik een patroon van drugsgebruik beschrijft dat al heeft geleid tot psychische en lichamelijke schade. Wanneer in dit hoofdstuk over 'verslaving' wordt gesproken, dan wordt 'afhankelijkheid van drugs' bedoeld.

8.2 Wat waren de beleidsvoornemens?

8.2.1 Het probleem en de context

Middelengebruik leidt niet altijd tot problemen. Als het wel tot problemen leidt, volgt er niet altijd een hulpvraag en zelfs met een hulpvraag melden probleemgebruikers zich niet altijd aan bij de verslavingszorg. Over het algemeen geldt dus dat patiënten die een beroep doen op de verslavingszorg slechts een topje vormen van het totale probleemgebruik. Er zijn echter grote verschillen tussen de middelen. Slechts een fractie van de alcoholverslaafden komt in zicht bij de hulpverlening terwijl tweederde tot driekwart van de opiaatverslaafden de zorg bereikt, vaak via laagdrempelige voorzieningen.[3] Ook het gebruik van cannabis en cocaïne leidt minder vaak tot een hulpvraag, hoewel het aantal meldingen in de verslavingszorg de afgelopen jaren wel is gestegen (zie hoofdstuk 5). Voor ecstasy geldt dat het gebruik met name onder jongeren sinds de jaren negentig sterk is toegenomen, maar dat het vrijwel altijd gaat om voorbijgaand (experimenteel), recreatief gebruik. Afhankelijkheid van ecstasy komt niet veel voor. Het is de uitdaging aan de verslavingszorg om voor al deze groepen een passend aanbod te creëren waarmee zoveel mogelijk probleemgebruikers worden bereikt.

Ontwikkelingen in de hulpverlening
In de jaren zeventig was de drugshulpverlening volop in ontwikkeling. Er was over de hele linie een toename van het aantal patiënten zichtbaar. Binnen de verslavingszorg werd een onderscheid gehanteerd tussen de specifieke en aspecifieke hulpverlening.[2] De specifieke hulpverlening werd geacht zich te richten op 'de behandeling van lichamelijke en psychische afhankelijkheid van drugs, alsmede op de behandeling van daarmee samenhangende ziektebeelden'. De opdracht aan de specifieke hulpverlening was het 'herstellen van de gezondheid, het onder controle brengen van de verslavingstoestand en het aanleren van sociale vaardigheden'. Daarvoor werd

een team met medische inbreng noodzakelijk geacht, met een psycholoog en sociaal werker, naast inschakeling van vrijwilligers, ex-verslaafden en streetcornerwerkers. De a-specifieke hulpverlening hield zich bezig met zaken als huisvesting, financiën en werk en was vooral bedoeld 'voor de opvang van personen die een grote verscheidenheid van problemen, wensen en behoeften kunnen hebben'. Beide vormen van hulpverlening dienden 'in een functionele wederzijdse relatie' tot elkaar te staan. Nog steeds zijn een integraal aanbod en samenwerking speerpunten in de hulpverlening.

Lange tijd waren opiaatverslaafden de belangrijkste doelgroep in de drugshulpverlening en was het bereiken van volledige abstinentie het belangrijkste behandeldoel. Omdat uit zowel de praktijk als onderzoek bleek dat dit doel vrijwel altijd onhaalbaar was, is de hulpverlening zich reëlere doelen gaan stellen. Hierbij is de nadruk komen te liggen op het beperken van de schade, zowel op het gebied van gezondheid als op sociaal vlak. De sociale aspecten van de hulpverlening zijn langzaamaan gaan prevaleren. De op care gerichte laagdrempelige voorzieningen, gericht op stabilisatie van de problematiek en vaak ontstaan in het kader van overlastbestrijding, zijn de belangrijkste onderdelen van deze 'sociale verslavingszorg'. Voorbeelden zijn de methadonverstrekkingspunten, gebruiksruimten, inloop- en opvangcentra, begeleid-wonenvoorzieningen en dagbestedingsprojecten. Inmiddels wordt het 'welzijnsdenken' in de zorg voor chronische drugsgebruikers weer vervangen door het biopsychosociaal model, waarin verslaving wordt beschouwd als een tot chroniciteit neigende ziekte. Artsen dragen nu de eindverantwoordelijkheid voor de behandeling. Methadonverstrekking is methadonbehandeling geworden. Ook de herkenning en behandeling van met verslaving gepaard gaande lichamelijke of psychiatrische stoornissen (comorbiditeit) wint in dit model weer terrein. Tevens is in recente jaren het aanbod aan behandelingen gericht op andere middelen dan opiaten (cannabis, cocaïne) uitgebreid. Voor deze middelen is geen effectief vervangend medicijn beschikbaar.

Het aanbod aan interventies in de verslavingszorg volgt het zogeheten 'stepped care'-principe, waarbij de patiënt in de eerste plaats de zorg krijgt aangeboden die het minst intensief is en waarvan toch wordt verondersteld dat deze het hoogst haalbare behandeldoel oplevert. Bij het volgen van het stepped care principe is de behandelvoorgeschiedenis een leidend indicatiecriterium, dat wordt aangevuld met factoren als ernst van de verslaving, ernst van bijkomende psychiatrische problematiek en de mate van sociale integratie. In 2002 heeft de Gezondheidsraad een advies uitgebracht over de medicamenteuze behandeling van drugsverslaafden, welk advies eveneens het principe van stepped care volgt en een belangrijke leidraad in de verslavingszorg vormt.[4] Daarin wordt beschreven dat vooral in de beginfase van een heroïneverslaving abstinentie het behandeldoel is (cure). Genezing van verslaving is echter vaak niet op korte termijn te realiseren, zodat het volgende behandeldoel stabilisatie is, waarbij ernaar wordt gestreefd dat de patiënt geen drugs bijgebruikt, of het bijgebruik wordt gereguleerd. Omdat verslaafden vaak terugvallen in hun gedrag is het lang voortzetten van de behandeling nodig, ook na perioden van schijnbaar langdurig herstel. Het laatste behandeldoel is palliatie: symptoombestrijding bij patiënten met een beperkte levensverwachting om het lijden te verzachten.[4] In 2006 is er vanuit Resultaten Scoren een richtlijn (de RIOB) geschreven met praktische aanwijzingen omtrent de organisatie van de zorg voor patiënten die deelnemen aan een onderhoudsbehandeling.

Ook organisatorisch heeft de verslavingszorg niet stilgezeten. In 1993 waren er 60 instellingen als lid ingeschreven van de Nederlandse Vereniging voor Instellingen voor Verslavingszorg (NeVIV) en in 1996 nog zo'n 40.[5] Als resultaat van de fusiegolf van de afgelopen jaren zijn er per 1 juli 2007 van deze lappendeken nog elf door de overheid gefinancierde regionale instellingen voor verslavingszorg over, waaronder ongeveer 200 locaties ressorteren. Er zijn negen regionale instellingen voor verslavingszorg en twee andere zijn onderdeel van regionale GGZ-instellingen (Hilderink & van 't Land, 2008[6], tabel 3.1). Andere instellingen die specifiek aan verslaafden zorg bieden zijn onder meer enkele GGD'en (met name GGD Amsterdam), Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen (APZ), en diverse andere (deels particuliere) initiatieven en stichtingen, zoals het Leger de Heils, de Stichting HuisKamer Project Drugverslaafden (HKPD) in Vlissingen en de straatdokters.

Tabel 8.1 Voornemens met betrekking tot zorg en behandeling

Context:
• De problemen die samenhangen met drugsgebruik verschillen tussen personen en type drugs. • De mate waarin probleemgebruik leidt tot een hulpvraag verschilt tussen de middelen. • De overlast door drugsgebruik voor de maatschappij wordt als hoog ervaren. • Het behandelaanbod is onvoldoende, zowel voor problematisch opiaatgebruikers, personen met een andere middelenverslaving, als voor kwetsbare groepen.
+
Uitgangspunten:
• Het belang van de volksgezondheid prevaleert boven het straffen van crimineel gedrag. • Behandeling van chronisch probleemgebruik leidt zelden tot abstinentie. • Waar cure niet mogelijk blijkt kan worden ingezet op care of palliatie. • Het zorgaanbod moet aansluiten op de individuele drugsverslaafde: zorg op maat.
↓
Beoogde aanpak:
• Verbeteren van de afstemming tussen de verschillende vormen van zorg. • Differentiatie van het intramurale zorgaanbod. • Uitbreiding van het behandelaanbod voor chronisch heroïneverslaafden.
↓
Beoogde uitkomsten:
• Het zorgaanbod is gedifferentieerd. • Het zorgaanbod wordt in een integraal behandeltraject aan de individuele patiënt aangeboden. • Er is een multidisciplinaire en sectieoverschrijdende samenwerking. • Er is onderzoek verricht naar nieuwe behandelmethoden voor heroïneverslaving. • Er zijn nieuwe intramurale zorgvoorzieningen opgezet. • De capaciteit van het behandelaanbod kan de vraag aan. • De financieringsstructuur en regie zijn duidelijk geregeld.

8.2.2 Uitgangspunten

Bij het uitzetten van het beleid zijn de uitgangspunten gedurende de afgelopen dertig jaar nauwelijks gewijzigd. Deze zijn ook alle in de Drugsnota 1995 verwoord.

Volksgezondheidsbelang staat voorop. De harddrugsgebruiker wordt in eerste instantie als patiënt en niet als crimineel beschouwd. Middelenverslaving gaat weliswaar gepaard met zowel gezondheidsproblemen als overlastgevende problemen, het zwaartepunt in de aanpak op individueel niveau moet liggen op de gezondheidsaspecten.

Behandeldoelen. Behandeling streeft naar vermindering van ziekte en dood door drugsgebruik en het genezen van verslaving. De verslavingszorg zal zich bij langdurig verslaafden echter niet exclusief moeten richten op het bereiken van abstinentie, want dat is vaak geen realistisch doel. De behandeling zal minder verstrekkende doelen moeten nastreven, zoals stabilisering en verbetering van de medische toestand en het maatschappelijk functioneren, wat kan worden beschouwd als onderdeel van het harm reduction-pakket.

Facetbenadering. De zorg wordt geconfronteerd met een steeds grotere variëteit aan probleemgroepen die om een aangepaste benadering vragen (Drugsnota 1995, p.25).[1] Er zijn zogeheten dubbelediagnosepatiënten, die naast een verslaving ook een psychiatrische aandoening hebben, problematisch gebruikers die crimineel, dakloos of zwervend zijn, maar ook verslaafden die nog redelijk functioneren in de maatschappij. Naast verslavingsproblematiek, psychiatrische problemen, justitiële problemen en sociale achterstand hebben drugsgebruikers door hun levenswijze ook vaak een verminderde lichamelijke conditie en zijn zij extra kwetsbaar voor infectieziekten. Voor al deze problemen moet de verslavingszorg een kwalitatief goed en toegankelijk gedifferentieerd zorgaanbod bieden dat aansluit op de (zorg)vraag van individu en samenleving: zorg op maat.

Verantwoordelijkheid en wederkerigheid. Verslaafden moeten verantwoordelijkheid aanvaarden voor hun eigen gedrag. De verslaving kan niet als excuus worden aangewend om overlast te vergoelijken. Als tegenprestatie voor de verleende hulp wordt van de verslaafde verwacht dat hij zich houdt aan de met de hulpverlening gemaakte afspraken (wederkerigheid).

Bereikbaarheid en continuïteit. Wachttijden in de verslavingszorg zijn extra belemmerend voor het in zorg krijgen van verslaafden omdat een wachttijd de motivatie ondermijnt. Ook een formele aanpak verhoogt de drempel. Methadonverstrekking, behandelprogramma's en resocialisatieprojecten moeten elkaar aanvullen. Samenwerking en afstemming tussen instellingen op gebied van de verslavingszorg, maatschappelijke dienstverlening en politie en justitie, is een voorwaarde voor de continuïteit van zorg.

Organisatorische randvoorwaarden. Wettelijke kaders en financieringsstructuur moeten een kwalitatief goed en toegankelijk aanbod mogelijk maken.

8.2.3 Beoogde aanpak

Op het gebied van zorg en behandeling legt de Drugsnota 1995 de nadruk op:

A. *'Zorg op maat'*, waarin de verschillende vormen van zorg beter op elkaar worden afgestemd. Er zijn hiervoor zorgprogramma's met individuele zorgtrajecten nodig waarin begin- en eindtermen worden geformuleerd. Hierin moet aandacht worden besteed aan alle facetten waaruit een hulpvraag kan bestaan. Dit vereist tevens coördinatie en een goede overdracht van gegevens tussen instellingen. Cliëntdossiers, standaardregistraties, standaardprotocollen en persoonlijke communicatie tussen hulpverleners kunnen daarvoor worden ingezet. Kenmerkend voor problematische harddrugsgebruikers is dat zij in veel gevallen geen zorgvraag uiten. Casemanagement is bij dit soort integrale trajecten essentieel.
B. *Differentiatie van het intramurale zorgaanbod*. In de jaren negentig was een substantieel deel van de intramurale zorg gericht op het bereiken van abstinentie. Dat is echter op het moment van opname tijdens een noodsituatie vaak geen realistisch doel. Daarom moeten er binnen de intramurale zorg ook minder vergaande behandeldoelen worden nagestreefd, zoals stabilisering en verbetering van de situatie van de patiënt. De Drugsnota 1995 noemt als voorbeeld het intramuraal motivatiecentrum. Ook zal binnen de intramurale zorg maatschappelijk herstel een belangrijk doel zijn. Voorbeelden van resocialisatie zijn begeleid wonen en arbeidstoeleiding. Dergelijke aspecten moeten worden opgenomen in een integraal zorgtraject.
C. *Uitbreiden van het behandelaanbod voor chronisch heroïneverslaafden.* Er is een groep ernstig zieke, chronische heroïneverslaafden die 'niet of onvoldoende reageren op de thans ter beschikking staande medicamenteuze interventies' (Drugsnota 1995, p. 31).[1] Ter verbetering van de behandeling van deze heroïneverslaafden heeft VWS drie methoden laten onderzoeken op hun effectiviteit. In navolging van Zwitserland, waar al experimenten liepen met medische heroïneverstrekking aan enkele honderden verslaafden, is in de Drugsnota 1995 een verkennend traject aangekondigd naar het behandelen met heroïne onder strenge medische begeleiding. Medisch verstrekte heroïne zou verdere gezondheidsschade kunnen voorkomen en de lichamelijke en geestelijke gezondheid van de patiënt verbeteren. Daarnaast werd beoogd het sociaal en maatschappelijk functioneren te verbeteren om daarmee criminaliteit en overlast te reduceren. De twee andere methoden die zijn onderzocht op hun effectiviteit betreffen het verstrekken van hoge doses methadon en afkicken met behulp van naltrexon.
D. *Dwang en drang-projecten* die tot doel hebben om een betere aansluiting van de intramurale en ambulante zorg op het verblijf in penitentiaire inrichtingen te realiseren. Een deel van de verslaafde justitiabelen krijgt de keus om een begeleidings- of behandelingstraject te volgen, met uitzicht op maatschappelijke integratie en beëindiging van de criminele loopbaan, of in voorlopige hechtenis te blijven. De dwang en drang-projecten worden besproken in hoofdstuk 10.

In de jaren volgend op de Drugsnota 1995 blijft deze aanpak ongewijzigd. In het kader van het ecstasybeleid zijn er geen aanvullende behandelstrategieën ontwikkeld, en evenmin binnen het cannabisbeleid. De cannabisbrief uit 2004 kondigt wel aan dat er een uitbreiding en verbetering van het behandelaanbod voor cannabisafhankelijkheid nodig is, waarvoor onderzoek wordt aangekondigd naar kenmerken van cliënten met problematisch cannabisgebruik in de ambulante verslavingszorg, naar de effectiviteit van behandelingen voor jongeren met drugsproblemen en naar behandelingsmethoden van cannabisafhankelijkheid (in samenwerking met België, Frankrijk, Duitsland en Zwitserland) (zie hoofdstuk 13).

8.2.4 Doelstellingen en beoogde uitkomsten

Zoals in voorgaande hoofdstukken werd vermeld is de centrale doelstelling van het Nederlandse drugsbeleid de preventie en beheersing van de uit drugsgebruik voortvloeiende gemeenschaps- en individuele risico's.[1] Op het gebied van zorg en behandeling houdt dit in dat de overheid zich tot doel stelt om voorwaarden te scheppen die een kwalitatief goed en toegankelijk aanbod van verslavingszorg mogelijk maken, aansluitend bij de hulpvraag van zowel het individu als de samenleving.[7] Daarmee wordt beoogd om gezondheidsproblemen, verloedering, verspreiding van infectieuze ziekten, overlast voor de omgeving en criminaliteit voortkomend uit drugsgebruik te beperken.

De Drugsnota 1995 geeft prioriteit aan zorgvernieuwing en integrale aanpak. Voor het *in zorg krijgen* van verslaafden is het van belang dat de verslavingszorg actief de doelgroep opspoort en motiveert tot zorg of behandeling (outreachend werken). Groepen die eerder niet werden bereikt moeten in contact worden gebracht met

de verslavingszorg. Het is belangrijk dat de zorg snel kan beginnen. Voor het *in de zorg houden* van chronische patiënten is begeleiding door casemanagers en een juist zorgaanbod belangrijk met aandacht voor de gehele leefsituatie van de verslaafde. Het ontbreken van het juiste zorgaanbod wordt de belangrijkste reden genoemd voor uitval. Verbetering van het aanbod kan worden gerealiseerd door samenwerking tussen diverse voorzieningen binnen de verslavingszorg onderling, maar ook met andere instanties, zoals algemene gezondheidszorg, politie en justitie.[7;8] Terugvalpreventie moet een standaardonderdeel van de behandeling worden, omdat behandeling niet direct resulteert in genezing. Het creëren van maatschappelijk perspectief moet uitdrukkelijk onderdeel zijn van het hersteltraject.

8.3 Zijn de beoogde aanpak en uitkomsten gerealiseerd?

8.3.1 Zorg op maat

Gedifferentieerd zorgaanbod. Het huidige aanbod omvat onder meer ambulante behandelprogramma's, klinische behandelcentra variërend van een korte detoxificatieperiode (tot drie weken), kortdurende opnames (tot drie maanden) tot langer durende opnames (maximaal één jaar) waar intensieve behandelprogramma's worden geboden, enkele therapeutische gemeenschappen, zorgboerderijen, intramurale motivatiecentra, substitutieprogramma's (binnen maar vooral buiten gevangenissen), het heroïneproject, resocialisatieprojecten, dagbestedingen, 24-uurs opvang, gebruiksruimten, begeleid wonen en woonwerkprojecten, interventies gericht op preventie van infectieziekten (zoals spuitomruil) en sinds kort ook internetbehandelingen. De interventies strekken zich uit van gedwongen behandeling tot vrijwillige trajecten en van een streven naar abstinentie (cure) tot een beperking van schade aan de gezondheid bij aanhoudend drugsgebruik, waarbij verandering van het verslavingsgedrag niet het primaire doel is (care). Om het zorgtraject te begeleiden worden in vrijwel alle regio's bemoeizorg en casemanagement voor langdurig verslaafden ingezet. Ook in internationaal perspectief bezien is de veelzijdigheid van het Nederlandse hulpaanbod voor verslaafden groot.

Integraal zorgaanbod. De patiënt is niet alleen gebaat bij een gedifferentieerd zorgaanbod, voor een optimaal resultaat zal de zorg ook integraal moeten zijn. Verslaving gaat gepaard met psychische, lichamelijke en sociale problemen. Een integraal zorgaanbod richt zich op al deze facetten. De behandeling stopt niet na detoxificatie, maar richt zich ook op terugvalpreventie en herstel van het maatschappelijk functioneren. Een dergelijk hulpaanbod vereist dat er samenwerking bestaat tussen de betrokken actoren binnen de verslavingszorg en andere instanties, zoals huisartsen, ziekenhuizen, maatschappelijke opvang, politie en justitie. Enkele aspecten die passen binnen een 'zorg op maat'-benadering worden hieronder beschreven.

8.3.1.1 Bemoeizorg

Veel drugsgebruikers worden niet behandeld, sommige willen dit ook niet, ook al is het voor hen moeilijk zich in de maatschappij staande te houden. Bemoeizorg is het bieden van (ongevraagde, maar niet opgedrongen) hulp aan deze (zorgwekkende) zorgmijders, waarbij verbetering van de kwaliteit van leven en reductie van overlast als uitgangspunten dienen. Bemoeizorgprogramma's, in het Engels 'outreach programmes', richten zich vooral op onbereikbare patiënten, overlastveroorzakers en dubbelediagnosepatiënten. De doelgroep kampt met een complexe problematiek: in meer dan de helft van de Nederlandse bemoeizorgprogramma's hebben patiënten zowel drugproblemen als psychiatrische problemen. Er wordt binnen de bemoeizorg gebruik gemaakt van verschillende methodieken en strategieën waarin de hulpverlening een actief, assertief, outreachend en laagdrempelig karakter heeft, waarbij ook enige drang tot deelname van belang is. Er bestaat geen consensus over de vraag welke onderdelen uniek zijn voor bemoeizorg.[9;10] Bemoeizorg voor volwassenen valt onder de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ).

Qua organisatie kan het bij bemoeizorg gaan om (combinaties van) een multidisciplinair team, om casemanagement, om een specifieke afdeling en om samenwerkingsverbanden tussen diverse organisaties. Diensten van afzonderlijke hulpverleningsinstanties of instellingen worden gekoppeld in een pakket van zorg. Dit alles maakt dat er hoge eisen gesteld worden aan zowel de organisaties, de professionals als ook de zorginhoud.[11-13] Ketensamenwerking en ketenregie zijn centrale begrippen voor het welslagen van bemoeizorg.

Er zijn talrijke bemoeizorgprogramma's in Nederland. In een inventarisatie in 2005 werden ruim 275 bemoeizorgprogramma's voor drugsgebruikers geïdentificeerd, waarvan er zo'n 170 voldeden aan de tevoren door de onderzoekers beschreven inclusiecriteria.[13;14] De inventarisatie illustreerde de organisatorische complexiteit van bemoeizorg: meer dan 95% van de programma's bestaat uit samenwerkingsverbanden en gemiddeld wordt per

programma samengewerkt door twaalf organisaties. In vrijwel al deze samenwerkingsverbanden participeren instellingen voor geestelijke gezondheidszorg (96%), de verslavingszorg is aanwezig in 90%, de politie en woningcorporaties ieder in 80% van de samenwerkingsverbanden.

De effectiviteit van bemoeizorg is niet eenduidig. De effectiviteit van de afzonderlijke onderdelen van een bemoeizorgprogramma voor mensen met complexe verslavingsproblemen wordt momenteel onderzocht in een ZonMw-project en naar verwachting in 2012 afgerond (Garretsen e.a., lopend).

8.3.1.2 Nazorg

Terugval is een groot probleem onder verslaafden die eerder een behandeling succesvol hebben beëindigd. Na behandeling komt een verslaafde vaak weer in zijn oude milieu terecht waar hij of zij uitsluitend is aangewezen op zelfcontrole, wat in veel gevallen niet lukt. Nazorg is erop gericht terugval, ook op wat langere termijn, te verminderen.

In het Nederlandse verslavingszorgsysteem is nog weinig op het gebied van nazorg bereikt. Er is veel verschil in de praktische invulling van het concept nazorg door hulpverleners en ook in de perceptie op nazorg onder cliënten. Samenwerking met andere organisaties om voorzieningen te treffen op gebieden zoals huisvesting, financiën en werk, ontbreekt regelmatig.[15] Zelfhulpgroepen (zie § 8.5.4) houden zich wel regelmatig met dit traject bezig, maar de samenwerking met de reguliere verslavingszorg is nog niet optimaal.

8.3.1.3 Behandelaanbod voor dubbelediagnosepatiënten

Voor patiënten met een meervoudige problematiek waarin ernstige psychische problemen en drugsproblemen gecombineerd voorkomen (dubbelediagnosepatiënten) is een geïntegreerde behandelvorm in een specifieke dubbelediagnosevoorziening het meest aangewezen. Deze zorg richt zich overigens vooral op patiënten met ernstige en langdurige psychiatrische problemen, zoals schizofrenie of bipolaire stoornis, terwijl de veel vaker voorkomende combinatie van verslaving met depressie of angst in deze voorzieningen niet in het bijzonder wordt behandeld. Omdat instellingen voor verslavingszorg en voor de geestelijke gezondheidszorg zo'n 10-15 jaar geleden nauwelijks samenwerkten, viel deze patiëntengroep lange tijd tussen wal en schip. In veel gevallen was er slechts aandacht voor één van beide problemen. De behoefte aan geïntegreerde zorg voor deze groep werd gesignaleerd[16], maar voor effectieve hulp aan deze patiënten ontbrak het aan de noodzakelijke expertise om gecombineerde of geïntegreerde hulp te ontwikkelen en aan te bieden.[17] In 1993 werd in de Nota Vermindering Overlast als beleidvoornemen uitgesproken om voorzieningen op te richten voor verslaafden met psychiatrische stoornissen die noch binnen de algemene psychiatrie, noch binnen de verslavingszorg adequate hulp ontvingen.[18]

In 1996 zijn de eerste drie initiatieven gestart voor hulp aan dubbele diagnosepatiënten in Portugaal, Den Dolder en Den Haag. In 1999 kwam uit de Beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg van VWS als knelpunt naar voren dat er nog steeds geen adequaat hulpaanbod was voor verslaafden met psychiatrische stoornissen. Het aantal instellingen is daarna snel toegenomen: in de periode 2003-2006 zijn 26 van de in totaal 35 geregistreerde voorzieningen voor deze cliëntgroep gestart. Uit een inventarisatie in 2006 bleek echter nog steeds een tekort aan opvangplaatsen te bestaan.[19]

Dubbelediagnosevoorzieningen vallen bijna drie keer zo vaak onder de GGZ als onder de verslavingszorg. In 2006 bestonden er 19 dubbelediagnosevoorzieningen binnen de GGZ, 7 binnen de reguliere verslavingszorg en 9 binnen Regionale Instellingen voor Begeleid Wonen (RIBW's). De geboden behandeling is afhankelijk van het type organisatie waaronder de dubbelediagnosekliniek valt. In alle zeven klinieken die onder een verslavingszorginstelling resideren werd via een multidisciplinair team aandacht geschonken aan zowel de verslavings- als de psychiatrische problemen, terwijl dit maar bij twee derde (65%) van de GGZ-voorzieningen het geval was.[19]

Uit een inventarisatie van Planije e.a. (2006) bleek dat meer dan 40% van de instellingen geen specifieke werkwijzen gebruikte. Zij kozen niet nadrukkelijk voor een bepaald model maar wendden eerder losse elementen aan uit verschillende theorieën of behandeltechnieken. In het buitenland zijn enkele intensieve en geïntegreerde interventies ontwikkeld, specifiek voor deze doelgroep, zoals de Integrated Dual Disorder Treatment, Assertive Community Treatment[20;21] en de Community Reinforcement Approach.[22] In de wetenschappelijke literatuur hebben deze behandelingen veelbelovende resultaten. In Nederland wordt nu geprobeerd om op grond van buitenlandse onderzoeksresultaten[23;24] op kleine schaal te experimenteren met deze vormen van geïntegreerde hulp. Zo werd een van oorsprong Amerikaans interventiepakket, de *Integrated Dual Disorder Treatment* (IDDT), in vier instellingen voor ambulante zorg getest. Tijdens de implementatie werden de belangrijkste beïnvloedende

factoren vastgesteld. Een belemmerende factor was de complexe problematiek van de cliënten en vooral hun slechte benaderbaarheid.[25] In een van de deelnemende teams werd een protocol ontwikkeld voor verplegend personeel dat werkt met schizofrene patiënten die ook verslavingsproblemen hebben. Zo'n verhelderende publicatie bestond nog niet terwijl in de dagelijkse zorg voor deze patiëntgroep het verplegend personeel een belangrijke rol vervult.[26]

Tussentijdse uitkomsten 'zorg op maat'
In 2004 concludeerde de Algemene Rekenkamer in het rapport 'Zorg voor verslaafden', waarin overigens ook alcoholverslaving is meegenomen[7], dat de betrokken organisaties er niet voldoende in slaagden om de behandeling en zorg voor verslaafden met meervoudige problematiek goed te combineren met hulpverlening op het gebied van wonen, financiën en werk of dagbesteding. De initiatieven die op lokaal en regionaal niveau werden genomen om de aansluiting te verbeteren bleken stuk te lopen binnen de organisaties zelf, als ook in de samenwerking tussen die organisaties. Zorgnetwerken konden daarom niet goed van de grond komen. Ook werd geconstateerd dat er nauwelijks samenwerking bestond tussen centrumgemeenten en zorgkantoren. De Algemene Rekenkamer merkte op dat de realiteit van verslavingsproblematiek, waarin een zorgvraag vaak niet wordt geuit, niet goed past in een vraaggestuurd systeem dat uitgaat van een bestaande zorgvraag, zeker niet als de verslavingszorg onvoldoende outreachend werkt. Meld- en adviespunten bemoeizorg en vindplaatsen zoals gebruiksruimten functioneren daarentegen wel goed in het signaleren van verslaafden die overlast geven. Casemanagement is van belang om verslaafden in zorg te houden. Ook merkte de Rekenkamer op dat de bestaande wachttijden het in zorg krijgen van verslaafden belemmerden, dat specifieke voorzieningen voor verslaafden met meervoudige problematiek ontbraken, en er onvoldoende dubbelediagnoseklinieken waren. Al deze knelpunten stonden een sluitend zorg- en hulpverleningsaanbod in de weg. Hierboven bleek dat het aantal voorzieningen voor dubbelediagnosecliënten juist in de jaren na het onderzoek van de Algemene Rekenkamer (2003-2006), snel is toegenomen. Dit zal de gesignaleerde problematiek deels hebben opgelost. Daarnaast is er veel ingezet om de brede groep OGGZ-patiënten een passender aanbod te doen, zie volgende paragraaf.

8.3.1.4 Openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ)
Drugsgebruikers vormen een aanzienlijk deel van de zogenoemde OGGZ-doelgroep, personen met diverse problemen op meerdere leefgebieden tegelijkertijd die niet in staat zijn deze problemen zelfstandig op te lossen. De OGGZ (openbare geestelijke gezondheidszorg) is in 1991 door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid gedefinieerd als 'alle activiteiten die zich op het terrein van de geestelijke volksgezondheid voordoen die niet op geleide van een vrijwillige individuele hulpvraag worden uitgevoerd'. Als er wel een individuele hulpvraag is, valt deze onder de GGZ. De problemen waar de OGGZ zich op richt, doen zich vaak voor op gebied van psychiatrie, waaronder verslavingsproblematiek, huisvesting, inkomen, sociale contacten en zelfverzorging. Veelal betreft het (ex-)patiënten van de GGZ, (ex-)verslaafden of ex-gedetineerden. De OGGZ heeft als doel om maatschappelijk herstel en een aanvaardbare kwaliteit van leven te bevorderen en probeert maatschappelijke uitval en dakloosheid van deze kwetsbare mensen te voorkomen door vroegtijdige signalering en beïnvloeding van (risico)factoren.

Sinds de jaren negentig behoort de OGGZ tot de verantwoordelijkheid van de gemeenten. In 2007 werden vrijwel alle OGGZ-taken overgeheveld naar de WMO en werd de OGGZ als achtste prestatieveld opgenomen in deze wet. De OGGZ overlapt met andere prestatievelden van de WMO, namelijk met maatschappelijke opvang, vrouwenopvang en huiselijk geweld (prestatieveld 7) en ambulante verslavingszorg (prestatieveld 9). De meeste gemeenten hebben hiervoor een gecombineerd WMO-beleid, bijvoorbeeld onder de noemer 'maatschappelijke zorg' of 'OGGZ-plus'. Complexe, meervoudige probleemsituaties zoals hardnekkige zorgmijding, dakloosheid en veelpleging worden doorgaans bovenlokaal door multidisciplinaire teams aangepakt die door de centrumgemeenten zijn ingesteld. De GGD is een belangrijke partij in de OGGZ. Woningcorporaties worden ook steeds belangrijker. Daarnaast spelen nog tal van ander organisaties een rol, zoals de maatschappelijke opvang, politie, (ambulante) verslavingszorg, GGZ, schuldhulpverlening, zorgkantoor, zorgverzekeraars, sociale dienst, welzijnsinstellingen en patiëntenorganisaties.

Elke vier jaar moeten gemeenten een beleidsplan voor de prestatievelden uit de WMO opstellen. Door het veelzijdige en ook diffuse karakter van de OGGZ is het ontwikkelen van een OGGZ-beleid moeilijk. De aard en omvang van de OGGZ-problematiek blijken moeilijk te schatten. Sociaal kwetsbare mensen zijn namelijk vaak zonder vaste woon- of verblijfplaats. Ze zijn moeilijk op te sporen en lang niet altijd bij reguliere instanties bekend. Vaak is ook sprake van 'onzichtbare' problemen zoals huiselijk geweld en alcoholverslaving. OGGZ-interventies zijn gericht op beïnvloeding van risicofactoren, dus op versterking van beschermende factoren en vermindering van risicofactoren bij OGGZ-doelgroepen, bij andere risicogroepen en bij de samenleving als geheel. Bemoeizorg

is een voorbeeld van zorg in het kader van de OGGZ. Van slechts enkele OGGZ-interventies is de kosteneffectiviteit bekend. Ervaringskennis en praktijkvoorbeelden vormen daarom meestal de leidraad bij de keuze voor invoering van interventies. De interventies kunnen variëren van voorlichting over omgaan met geld (budgetteren) tot een programma voor depressiepreventie voor ouderen of praatgroepen voor alleenstaande ouders. Het project Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang richt zich specifiek op (dreigend) daklozen.

Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang
Om de omvangrijke, complexe en hardnekkige problematiek op het gebied van dak- en thuisloosheid aan te pakken, hebben het Rijk en de G4 (Rotterdam, Amsterdam, Den Haag en Utrecht) in februari 2006 een Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang getekend. Met het plan wordt beoogd om de leefsituatie van (dreigend) dak- en thuislozen te verbeteren en de met hun gedrag gepaard gaande overlast en criminaliteit te verminderen. Ook de kans op verloedering wordt hiermee beperkt. Het Plan richt zich op 21.800 sociaal kwetsbare personen, waarvan 10.000 feitelijk of residentieel daklozen. Van deze feitelijk en residentieel daklozen (de doelgroep van de maatschappelijke opvang) heeft tweederde een verslavingsprobleem, al dan niet in combinatie met een psychiatrische stoornis.[27]

Het Plan berust op twee pijlers: een persoonsgerichte benadering waarin tot 2013 naar schatting 21.800 feitelijke, residentiële en potentiële daklozen worden gekoppeld aan cliëntmanagers en een op bestuurlijk en uitvoerend niveau honderd procent sluitende ketensamenwerking. Daartoe is onder meer in elke stad een centraal meldpunt opgezet waar cliënten voor de maatschappelijke opvang zich kunnen melden. Er zijn in het Plan van Aanpak dertien instrumenten opgenomen die kunnen worden ingezet bij de implementatie. Deze instrumenten beschrijven modelprocedures of modelstrategieën (bijvoorbeeld het model individueel trajectplan, het modelprotocol preventie van huisuitzetting door huurschuld of overlast, het model aanpak realisatie voorzieningen duurzaam verblijf) die als richtlijn kunnen dienen voor de lokale organisatie.

Het Plan van Aanpak is door iedere stad vertaald in een Stedelijk Kompas dat richting geeft aan het lokale gezamenlijke beleid van de gemeente (in de functie van regisseur van het plan), het zorgkantoor, de woningbouwcoöperaties en de zorgaanbieders. Cliëntenorganisaties uit de maatschappelijk opvang, OGGZ en verslavingszorg en belangenorganisaties zoals het Leger des Heils dragen bij aan de werkplannen en activiteiten vanuit het cliëntenperspectief. De hoofddoelstelling van het plan is om vóór 2010 in de G4 10.000 dak- en thuislozen een persoonsgericht en integraal traject aan te bieden, waarin, voor zover nodig, aandacht is voor wonen, zorg, dagactiviteiten of werk, inkomen, en budgetbeheer of schuldhulp. Voor een zo groot mogelijk deel van deze groep moet dit resulteren in een stabiele situatie op gebied van onderdak, zorg en inkomen. Aan het eind van de voor uitvoering geplande zeven jaar moet de overlast en criminaliteit veroorzaakt door de doelgroep met minimaal 75% zijn gedaald.

Met het plan zijn hoge kosten gemoeid, oplopend tot een bedrag van 175 miljoen euro in 2009 en verder, waarvan twee derde voor rekening van het rijk (langdurige zorg uit de AWBZ) en een derde betaald door de G4 (aan het begin van de keten van maatschappelijk opvang: toeleidend, van korte duur en regisserend). Er is berekend dat dit plan een gunstige kosteneffectiviteitsverhouding heeft. Elke euro uitgegeven aan zorg staat tegenover een besparing van € 2,19 op maatschappelijke kosten (politie, justitie, verzekeringen).[28]

Resultaten Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang
In 2007 werd er op vele punten grote vooruitgang gerapporteerd.[28] Er is een reductie geconstateerd van het aantal daklozen en buitenslapers zijn vrijwel afwezig, het straatbeeld is rustiger met fors minder overlastmeldingen en er bestaat een wisselwerking met de buurt, (financiële) samenwerking en convenanten zijn gesloten tussen gemeenten, zorgkantoor en aanbieders, en een centraal toegankelijk cliëntvolgsysteem is beschikbaar gekomen dat echter met name op het gebied van automatisering nog verdere verbetering behoeft.

In 2008 heeft deze ontwikkeling zich voortgezet.[29] Om de nog niet bereikte personen in de doelgroep alsnog op te sporen en al bekende cliënten te begeleiden zijn lokale zorgnetwerken verder uitgebreid. Er is een uitbreiding gerealiseerd van met name 'hoogwaardige' of langer durende vormen van opvang, zoals 24-uurs woonvoorzieningen. De samenwerking tussen de verschillende actoren is geïntensiveerd, i.c. zorgkantoor, zorgaanbieders (zoals GGZ en verslavingszorg) en cliëntorganisaties. Er is extra aandacht geschonken aan de nazorg van ex-gedetineerden. Ook is er ingezet op verbetering van de registratie en het monitoren van de effecten van het Plan van Aanpak.

De tussentijdse resultaten laten zien dat alle vier de grote steden in 2008 het nagestreefde aantal cliënten dat in een individueel traject is opgenomen alsook het aantal dat minimaal drie maanden in een stabiele situatie verkeert

op gebied van wonen, zorg en inkomen hebben bereikt. In Utrecht en Amsterdam zijn de streefcijfers bijgesteld na een nieuwe schatting van de omvang van de doelgroep. In totaal gaat het tot oktober 2008 om 6437 cliënten in een individueel traject en 3310 cliënten die zich in een stabiele situatie bevinden. Omdat de registratiecijfers enige achterstand hebben is dit aantal in werkelijkheid hoger.

Een van de specifieke voorzieningen voor verslaafden gerealiseerd in het kader van het Plan van Aanpak is de voorziening voor duurzaam verblijf in Drenthe, bedoeld voor Rotterdamse en Amsterdamse verslaafden met een psychiatrische stoornis. Opname vindt plaats via een rechterlijke machtiging of een machtiging tot voortgezet verblijf en is gericht op mensen die niet effectief kunnen worden behandeld op basis van de BOPZ. De huidige maximale capaciteit van 66 plaatsen is momenteel benut, hetgeen erop wijst dat dit duurzaam verblijf in een behoefte voorziet.[29] Er staat een uitbreiding naar 120 plaatsen op stapel. Ook in Utrecht en Den Haag zijn afspraken gemaakt om voorzieningen voor duurzaam verblijf bestemd voor verslaafden of chronisch psychiatrische patiënten te realiseren.[29] Utrecht heeft al voor de start van het Plan van Aanpak ervaring opgedaan met vinden en realiseren van over de stad verspreide locaties voor huisvesting van (ex)verslaafden om de toenmalige overlast in de stad te verminderen (de zogenoemde 'hostels'). Inmiddels zijn alle negen voorgenomen locaties gerealiseerd, waarvan één nog op een tijdelijke plek. Voor de keuze, de ontwikkeling en het opstellen van beheerplannen zijn draaiboeken en richtlijnen ontwikkeld.[30] In Amsterdam is de capaciteit van voorzieningen voor beschermd wonen uitgebreid en worden ACT-teams ingezet om OGGZ-cliënten te ondersteunen bij het zelfstandig wonen. Er zijn in 2008 tevens 40 extra bedden voor dubbelediagnosecliënten gecreëerd. Er is in Amsterdam een cursus ontwikkeld voor klantmanagers van de Dienst Werk en Inkomen (DWI) gericht op het werken met OGGZ-cliënten. De G4 hebben op grote schaal dagbestedingstrajecten ingekocht (bijvoorbeeld het Clean River project uit Den Haag, een dagloonproject voor verslaafde dak- en thuislozen). De resultaten van deze dagbestedingsprojecten zijn veelbelovend, in de zin dat de animo groot is waardoor er moet worden gewerkt met wachtlijsten, het aantal recidives daalt en de uitval uit behandel- en begeleidingstrajecten vermindert.[29]

In 2008 is het Plan van Aanpak uitgebreid naar de overige 39 centrumgemeenten in Nederland. Deze hebben daarvoor eveneens een Stedelijk Kompas uitgewerkt. De doelstellingen en doelgroepen die deze centrumgemeenten hebben geformuleerd in hun Stedelijke Kompassen komt sterk overeen met die van de G4. Het is nog te vroeg om resultaten van deze pas gestarte gemeenten te rapporteren.

Conclusie

'Zorg op maat' bestaat slechts bij de gratie van een gedifferentieerd aanbod waaruit de juiste elementen als integraal traject aan de individuele patiënt kunnen worden aangeboden. Een dergelijk integraal traject houdt rekening met de problemen die zich op diverse levensdomeinen kunnen voordoen: lichamelijk, psychiatrisch, dagbesteding, financiën, wonen, etc. Het is niet alleen de kunst in een 'zorg op maat'-traject om de diverse hulpverleningsactiviteiten hierin op elkaar te laten aansluiten, een even grote uitdaging zit in het binnen zo'n traject krijgen en langdurig houden van de patiënt. Er is in recente jaren veel vooruitgang geboekt op dit front. Voor de meest problematische en zorgmijdende verslaafden zijn op maat gesneden programma's opgezet. De outreachende activiteiten van de hulpverlening dragen ertoe bij dat deze programma's veelvuldig worden benut. Hoewel deze trajecten een groot budget vragen, zijn zij uiteindelijk kosteneffectief vanwege de dalende uitgaven op maatschappelijk terrein (politie, justitie en verzekeringen).

8.3.2 Differentiatie intramuraal aanbod

Het aanbod van intramurale voorzieningen voor verslaafde drugsgebruikers is na de Drugsnota 1995 toegenomen. Voorbeelden zijn de Intramurale Motivatiecentra (IMC's), voorzieningen voor verslaafde moeders met kinderen (De Herberg en Project 4), de Forensische Verslavingskliniek (zie hoofdstuk 10), het Bauhuus en Mistral (voor verslaafde jongeren) en zorgboerderijen (voor diverse doelgroepen waaronder ook verslaafden). De voorzieningen zijn opgezet met uiteenlopende oogmerken: om de overlast te verminderen, de toegankelijkheid van de zorg te verbeteren of doelgroepen te bereiken waarvoor voordien onvoldoende aanbod beschikbaar was. De voorzieningen werden aanvankelijk opgezet als experiment voor een beperkt aantal jaren, maar zijn wegens gunstige resultaten tot het reguliere aanbod gaan behoren.

8.3.2.1 Intramurale Motivatiecentra

De meeste verslavingszorginstellingen hebben sinds enkele jaren Intramurale Motivatiecentra (IMC's) waar drugsverslaafden voor zo'n drie maanden (soms oplopend tot een jaar) tot rust kunnen komen, concrete activi-

teiten aangeboden krijgen en over de toekomst kunnen nadenken. Die tijd wordt door de verslavingszorginstelling gebruikt om hun zorgbehoefte te peilen en een zorgplan op te stellen. De voorziening is laagdrempelig maar de wachtlijst is groot omdat de capaciteit beperkt is. Uiteindelijk doel is wel om cliënten te motiveren later toch in behandeling te gaan.

Op dit moment zijn er elf IMC's in ons land. Vanaf 2003 nemen de meeste IMC's deel aan de IMC-benchmark die door het Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction (NISPA) wordt uitgevoerd. In de verslavingszorg zijn benchmarkprojecten opgezet met het doel continu de kwaliteit van zorg te verbeteren.[31] De benchmark werkt aan methodiekontwikkeling en kwaliteitsverbetering en is voornamelijk gericht op patiëntgegevens. In het tweede benchmarkrapport, uit 2007, wordt geconcludeerd dat de beoogde uitkomsten veelal niet worden gehaald. In vrijwel alle IMC's (op één na) vertrekt namelijk een groot deel van de cliënten al in de eerste maand van het verblijf.[32] Een beschrijving van de kenmerken van de IMC's werd voor zover bekend niet gerapporteerd. Wel voert het NISPA een beschrijvende studie uit naar residentiële voorzieningen in de Nederlandse verslavingszorg in opdracht van Resultaten Scoren. Deze verschijnt eind 2009 (De Weert, persoonlijke mededeling).

8.3.2.2 Intramurale voorzieningen voor jongeren

Het aantal intramurale voorzieningen voor jongeren is in enkele jaren snel gegroeid. De twee langst bestaande worden hieronder beschreven.

Het Bauhuus in Groningen biedt sinds 1987 behandelingen voor verslaafde jongeren (13-18 jaar) en hun ouders. In 2003 lag het aantal behandelplaatsen nog rond de 25, momenteel is dat aantal verdubbeld. Jongeren die zich aanmelden hebben vooral cannabisproblemen. Er is een wachtlijst van weken. Een evaluatie liet zien dat in Bauhuus vooral jongeren met ernstige verslavingsproblemen (vooral door cannabisgebruik) werden behandeld.33 In veel gevallen was ook sprake van gedragsproblemen (dubbele diagnose). De jonge patiënten komen meestal uit gezinnen met problemen op relationeel terrein. De uitval was aanzienlijk: meer dan 40% verliet de behandeling zonder goedkeuring van de behandelaar. Slechts negen van de 28 deelnemers aan de evaluatie namen aan de follow-up-meting van de evaluatiestudie deel. Na behandeling was het drugsgebruik onder deze negen jongeren aanzienlijk verminderd, evenals de problemen op het gebied van werk, school en sociale contacten. Alcoholgebruik, lichamelijke en psychische klachten, maar ook juridische problemen waren niet verminderd. Een derde had na de behandeling nog met ernstige problemen te kampen. De resultaten zijn niet representatief voor deze doelgroep. Een meer recente evaluatie werd niet uitgevoerd.

Parnassia Psychomedisch Centrum (van de ParnassiaBavo groep) runt een kliniek voor verslaafde jongeren van 14 tot 21 jaar (soms ook ouder) en hun ouders (Mistral). Per jaar worden ongeveer veertig jongeren behandeld, in groepen van 15 jongeren. Er zijn ook twaalf plaatsen voor detoxificatie van jongeren vanaf 12 jaar. Er wordt voor en na de behandeling ook poliklinische begeleiding aangeboden. Het gaat voornamelijk maar niet uitsluitend om cannabisproblemen. Bij opname moeten de jongeren minimaal 24 uur geen drugs meer hebben gebruikt, in een groep kunnen functioneren en gemotiveerd zijn tot 'afkicken'. Het hebben van ernstige psychiatrische problemen is één van de exclusiecriteria. Het klinische behandelprogramma bestaat uit drie fases en kan individueel, in groepsverband en gezinsgericht plaatsvinden om 'zorg op maat' te kunnen bieden. Uit een interne evaluatie blijkt dat bijna de helft de behandeling afmaakt en vrij is van de belangrijkste klacht. Een kleine 40% blijkt tijdens de behandeling (ook) een andere klacht te hebben en wordt doorverwezen. 15% gebruikt na afloop weer drugs. Ook hier is er een wachtlijst van weken.

8.3.2.3 Zorgboerderijen

Zorgboerderijen bieden de mogelijkheid om mensen met een (tijdelijke) zorg- of hulpvraag een werk- en soms ook een woonplek te bieden. Het gaat om eenvoudige werkzaamheden en niet iedereen hoeft tot evenveel werk in staat te zijn. De eerste zorgboerderijen stammen uit 1998 en het aantal is sindsdien toegenomen tot 944 in 2008. Ze liggen verspreid over Nederland, maar Gelderland heeft de grootste concentratie (bijna 200 in 2008). Zorgboerderijen zijn toegankelijk voor 15 doelgroepen waaronder ook (ex)verslaafden die slecht aansluiting kunnen vinden in de maatschappij. Het aantal boerderijen dat verslaafden opneemt nam toe van 43 in 2001 (het jaar waarin verslaafden tot de doelgroep gingen behoren) tot 103 in 2008. Sommige boerderijen kiezen voor één specifieke doelgroep terwijl andere liever een mix van diverse doelgroepen hebben. De ervaring leert dat specifieke combinaties voor beide partijen (boeren en werkers) beter werken; (ex)verslaafden en mensen met een verstandelijke beperking vormen een goede combinatie. De financiering van deze zorg kan uit verschillende bronnen komen, bijvoorbeeld via de AWBZ (het Persoonsgebonden Budget) of via een instelling voor verslavingszorg.

Conclusie

Het aanbod in de verslavingszorg is het afgelopen decennium uitgebreid met verschillende voorzieningen specifiek gericht op langdurig verslaafden en slecht behandelbare drugsgebruikers. Het succes van deze vernieuwingen is wisselend. De IMC's, die tot doel hebben om tijdens een relatieve periode van rust de verslaafde drugsgebruiker zachtjes tot een traject van zorg of behandeling te verleiden, zijn over het algemeen weinig succesvol. De populariteit van het werken op een zorgboerderij is onder drugsgebruikers echter groot. Met deze maatregelen worden in hoofdlijnen twee doelen nagestreefd, namelijk een vermindering van de overlast en een verbetering van de toegankelijkheid van de zorg door het bereiken van doelgroepen waarvoor voordien onvoldoende aanbod beschikbaar was. Hoewel met name in de grote steden de perceptie bestaat dat de overlast daalt, is dit nog niet onomstotelijk cijfermatig onderbouwd. Het is wel ontegenzeggelijk duidelijk dat er meer drugsverslaafden worden bereikt dan voorheen. Veldwerkers melden dat er op straat nauwelijks nog probleemgebruikers te vinden zijn die niet via een of ander traject met de hulpverlening in contact staan.

8.3.3 Behandelmethoden voor heroïneverslaving

8.3.3.1 Medische heroïneverstrekking

In de jaren zeventig laaide een openbare discussie op over medische heroïneverstrekking.[2] De gemeente Amsterdam speelde in deze discussie een centrale rol en kwam begin jaren tachtig zelfs met een plan voor gereguleerde verstrekking van harddrugs als onderdeel van een geïntegreerde aanpak van de harddrugsproblematiek. De plannen werden tegengehouden door de regering.[35]

Naar aanleiding van ervaringen in het buitenland die erop wezen dat medische heroïneverstrekking toch een zinvolle aanvulling kan zijn op de bestaande hulpverlening aan langdurig verslaafden en een rapport door de Gezondheidsraad (1995), werd in Nederland in 1996 de Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden (CCBH) door de minister van VWS geïnstalleerd met de opdracht een wetenschappelijk onderzoek te begeleiden naar de gezondheidseffecten van heroïne op recept. De vraagstelling van het heroïne-experiment was of de groep heroïneverslaafden die geen baat heeft bij de reguliere onderhoudsbehandeling met behulp van voorgeschreven heroïne kan worden gestabiliseerd, of hun lichamelijk, psychisch en sociaal welbevinden verbetert, hun bijgebruik vermindert en zij wellicht kunnen worden gemotiveerd om de verslaving te beëindigen. Vermindering van de overlast behoorde niet tot de doelstellingen.[1] De Tweede Kamer beperkte de inclusie tot de groep oudere patiënten met een lange verslavingscarrière en een uitzichtloze psychosociale situatie.

In het experiment werd zowel niet-injecteerbare als injecteerbare heroïne vergeleken met de meest gangbare onderhoudsmedicatie, methadon. De resultaten van het onderzoek lieten zien dat de gecombineerde behandeling met heroïne en methadon effectiever is dan alleen met methadon. Dat gold zowel voor injecterende als voor inhalerende gebruikers. De medische heroïneverstrekking liet een duidelijke verbetering zien van de gezondheid en het sociaal functioneren, een daling van het aanvullend heroïne-, cocaïne- of ander drugsgebruik, en een opvallende daling van het aantal dagen dat de patiënt bezig is met illegale activiteiten. Ook de overlast nam af. De effecten bleven voortbestaan bij blijvende heroïneverstrekking. Bovendien bleek heroïneverstrekking uitvoerbaar en zonder ongewenste lichamelijke neveneffecten. Uit het onderzoek kwam verder naar voren dat de verstrekking van heroïne op medisch voorschrift veilig en beheersbaar was en geen extra overlast veroorzaakte.[34;36]

Op grond van de bevindingen in het onderzoek heeft de Tweede Kamer besloten deze behandeling te continueren en uit te breiden. Er zijn protocollen opgesteld voor de indicatiestelling van patiënten waarin een meldingsplicht aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg is opgenomen van elke patiënt die met heroïne behandeld gaat worden. Het aantal behandelplaatsen voor heroïneverstrekking is inmiddels uitgebreid. Eind 2008 stond de planning op zeventien locaties in vijftien gemeenten met in totaal 715 plaatsen (kosten € 16.500 per plaats, waarvan de gemeenten een substantieel deel zelf moeten betalen). Het uiteindelijk streven is om aan 1000 verslaafden heroïne op medisch voorschrift te verstrekken. Medische behandeling met heroïne wordt beschouwd als een bijzondere interventie die niet voor iedereen beschikbaar is. Er gelden strikte criteria bij de selectie van patiënten en de uitvoering van de behandeling. Momenteel zijn er discussies gaande over verlaging van de huidige leeftijdsgrens van 35 jaar.

8.3.3.2 Hoge doses methadon

Ten tijde van het heroïne-experiment werd, op grond van gunstige onderzoeksresultaten uit de VS, onderzocht of Nederlandse opiaatverslaafden beter af zijn met een hogere dagelijkse dosis methadon. De gebruikelijke dosis

lag ten tijde van dit project rond de 40 mg per dag. Patiënten die behandeld werden met een hoge dosis methadon (meer dan 85 mg per dag) gebruikten in het onderzoek na twee jaar minder heroïne, hadden een betere gezondheid en voelden zich psychisch beter dan patiënten die de standaard lage dosis kregen. Het is onduidelijk in hoeverre er momenteel in onderhoudsbehandelingen gemiddeld ook hogere doses methadon worden verstrekt.

8.3.3.3 Afkicken met naltrexon

Het wetenschappelijk project EDOCRA onderzocht de effecten van snelle detoxificatie met behulp van de opiaatantagonist naltrexon, gevolgd door een specifieke tien maanden durende ambulante vervolgbehandeling met naltrexon en psychosociale interventies volgens het principe van de Community Reinforcement Approach (CRA). Naltrexon gecombineerd met CRA bleek effectief te zijn. Een kwart van de deelnemers was zestien maanden continu abstinent en verkeerde in een veel betere gezondheidssituatie. Of dit uitsluitend lag aan de behandeling viel door de onderzoeksopzet niet te zeggen. Wel heeft meegespeeld in deze resultaten dat het een groep heroïneverslaafden betrof die gemotiveerd was om abstinentie te bereiken, het betreft dus een beperkte selectie van de totale populatie. Ook werd onderzocht of er verschil is tussen snelle detoxificatie met en zonder narcose. Afkicken onder narcose had geen voordelen in vergelijking met de conditie zonder narcose en was bovendien aanzienlijk duurder. Onduidelijk is in hoeverre snelle detoxificatie nu nog wordt toegepast.

Conclusie

In de wetenschappelijke literatuur is bewezen dat de beschreven vernieuwingen in het behandelaanbod aan langdurig opiaatverslaafden (met name de verstrekking van heroïne en het voorschrijven van een effectieve, hoge methadondosering) een positieve invloed hebben op gezondheidsaspecten van de opiaatverslaafde, en in geval van heroïneverstrekking een reductie van de criminaliteit. Het zijn daarmee zinvolle onderdelen van het reguliere aanbod in de verslavingszorg.

8.4 Kwetsbare groepen

8.4.1 LVG-jongeren

Jongeren met een lichte verstandelijke handicap (LVG) zijn recentelijk geïdentificeerd als kwetsbare groep omdat zij door hun verstandelijke beperkingen minder goed in staat lijken middelengebruik binnen de perken te houden en de consequenties daarvan te overzien (zie ook hoofdstuk 7). Enkele verslavingszorginstellingen hebben sinds kort een hulpaanbod specifiek gericht op deze groep. In aanvulling daarop heeft de minister van VWS de opdracht gegeven tot het ontwikkelen van een interventie en een impuls gegeven aan deskundigheidsbevordering.

- Het Trimbos-instituut is een gestandaardiseerd interventieprogramma aan het ontwikkelen voor de aanpak van middelengebruik door LVG-jongeren. Het programma bevat preventie en behandelaspecten. Op preventie gericht zijn aangepast voorlichtingsmateriaal over alcohol en cannabis en nieuw te ontwikkelen voorlichtingsmateriaal over cocaïne en ecstasy, een protocol voor een educatieve bijeenkomst voor ouders/opvoeders en training en deskundigheidsbevordering van groepsleiders in de LVG-jeugdzorg. De op behandeling gerichte activiteiten zijn training en deskundigheidsbevordering van hulpverleners in de verslavingszorg en een kortdurende hulpinterventie of training voor LVG-jongeren met problematisch middelengebruik. Het programma wordt in 2010 afgerond.
- Hogeschool Windesheim heeft als eerste een bijscholing ontwikkeld over verslaving bij lichtverstandelijk gehandicapten. De bijscholing is vooral bedoeld voor hulpverleners in de LVG-sector en is gericht op het verwerven van basiskennis en vaardigheden in de begeleiding van LVG-cliënten met een verslavingsprobleem.[37]

8.4.2 Jongeren

Uit een inventarisatie uit 2007 blijkt dat alle instellingen voor verslavingszorg in Nederland al een specifiek op jongeren gericht klinisch, ambulant of deeltijd behandelaanbod hebben.[38] Het gaat vaak om eenmalige adviesgesprekken, motiverende gespreksvoering, leefstijltraining of gezinstherapie voor ouders en adolescenten. De volgende specifieke ontwikkelingen zijn momenteel gaande:

- Voor de behandeling van de verslaafde jongeren wordt gestreefd naar het zoveel mogelijk inzetten van evidence-based interventies. Als onderdeel van het programma Resultaten Scoren worden bestaande interventies, die ontwikkeld zijn voor volwassenen, aangepast voor jongeren. Zo is het leefstijlprotocol van Resultaten Scoren aangepast voor jongeren. Ook is in opdracht van Resultaten Scoren een zelfhulpprogramma ontwikkeld voor jongeren die excessief cannabis gebruiken en wordt er een protocol ontwikkeld ten behoeve van

behandeling van verslaafde jongeren met psychiatrische problemen. Een behandelprotocol voor cognitieve gedragstherapie voor jongeren met cannabisproblemen in de verslavingszorg en een bijbehorend werkboek werden inmiddels gepubliceerd.[39;40] Ook voor de jeugdverslavingszorg wordt een multicentreproject/benchmarkingsysteem opgezet. Dit systeem is gericht op het vergelijken van instellingsresultaten en dient als stimulus voor verbetering van de kwaliteit van behandelingen en zorg.

- Nagenoeg alle verslavingszorginstellingen bieden ambulante behandeling aan. Cognitieve gedragstherapie voor jongeren wordt in meer dan de helft van de instellingen toegepast. Het rapport 'Jongeren en Verslaving – de effectiviteit van behandelinterventies voor jongeren' (uit 2007) merkt op dat de instellingen, gezien het behandelaanbod dat ze bieden, goed op de hoogte zijn welk type behandeling wetenschappelijk bewezen effectief is.[38]
- Er zijn nieuwe klinische voorzieningen voor verslaafde jongeren in oprichting, naast het al langer bestaande aanbod door vier instellingen. Het aantal zal de komende tijd snel uitgroeien tot twaalf landelijk gespreide klinische behandelafdelingen, waarvan een aantal specifiek voor verslaafde jongeren met psychiatrische problemen. VWS heeft toegezegd dat de klinische behandelcapaciteit wordt uitgebreid tot 300 behandelplaatsen. Dat aantal is conform de schatting die GGZ-Nederland heeft gemaakt van het aantal jeugdige verslaafden dat gebaat is bij klinische behandeling, en betekent een meer dan verdriedubbeling van de bestaande capaciteit. Omdat de uitbreiding betekent dat het aantal behandelplaatsen gelijk wordt aan de geschatte behoefte zal er naar verwachting geen wachtlijst voor deze behandeling ontstaan. Alle klinische voorzieningen zullen onderdeel uitmaken van een totale zorgketen waarvan ook ambulante behandeling en nazorg deel uitmaken. De instellingen voor verslavingszorg werken in de zorgketen van jongeren samen met scholen, jeugdzorg, de jeugdGGZ, en de orthopsychiatrie.
- Behandeling via internet (e-mental health interventies voor jongeren) komt nog niet veel voor maar er zijn verschillende programma's in ontwikkeling. Van de meeste internetbehandelingen is de effectiviteit nog niet vastgesteld; dergelijk onderzoek duurt vaak enige tijd.
- De samenwerking met justitiële inrichtingen neemt toe, zoals in de vorm van deskundigheidsbevordering, advisering over beleid en het instellen van een spreekuur.
- Ook bieden justitiële instellingen zelf behandelingen aan: gezinstherapie, contingency management, cognitieve gedragstherapie en motivatieverhogende gesprekken.
- In 2009 zal de Inspectie bijzondere aandacht besteden aan kinderen en jeugdigen met een dubbeldiagnoseproblematiek.[37]

8.4.3 Allochtonen

In 1998 verscheen in opdracht van ZonMW een overzicht over de aard en omvang van de verslavingsproblematiek onder allochtonen in Nederland en de werkwijzen en knelpunten in de zorg voor deze groep.[41] De inventarisatie was bedoeld als opmaat voor het ZonMW-programma Verslaving waarin allochtonen een speerpunt waren. De inventarisatie legde lacunes bloot, waaronder een gebrek aan gegevens over de aard en omvang van de verslavingsproblematiek onder Nederlandse allochtonen en over de effectiviteit van in Nederland gebruikte interventies. Uit de schaarse studies werd duidelijk dat middelengebruik in de jaren negentig aanmerkelijk lager was onder allochtonen dan onder autochtonen. Er bestond echter een specifieke populatie opiaatverslaafden met een lange verslavingsgeschiedenis, met name onder jonge Molukkers, Surinamers en Marokkanen. De stijgende gemiddelde leeftijd in deze groep wees op weinig aanwas. Ook over de hulpbehoefte van allochtone verslaafden werd weinig duidelijk, vanwege het ontbreken van systematisch onderzoek. De zorg voor allochtonen liep vast op talrijke knelpunten. Hoewel werd geconstateerd dat er vooral binnen categorale instellingen succesvolle methodieken zijn ontwikkeld, bleken deze in de overgang naar grote integrale instellingen verloren te zijn geraakt.[41]

Recentere data laten zien dat problematisch harddrugsgebruik vaker voorkomt onder niet-westerse allochtonen dan onder autochtonen.[42] En hoewel allochtonen meer gebruik maken van de verslavingszorg dan autochtonen, is het zorggebruik lager dan op grond van hun problematiek verwacht kan worden.[43] In lijn daarmee wijzen gegevens uit het LADIS-registratiesysteem erop dat niet-westerse allochtonen over het algemeen oververtegenwoordigd zijn in de ambulante verslavingszorg.[44] In vergelijking met autochtone verslaafden blijven allochtonen vaker in de laagdrempelige methadononderhoudsprogramma's en stromen zij niet door naar (klinische) vervolgbehandelingen.[41] De meeste allochtonen in de ambulante verslavingszorg zijn afkomstig uit Suriname, Marokko, de ons omringende landen, de Antillen en Turkije. Het aantal Molukkers in de verslavingszorg is gedaald, maar daar staat een stijging tegenover van hulpzoekers uit Oost-Europa en Iran.[44] Allochtonen lijken daarentegen ondervertegenwoordigd in de intramurale verslavingszorg, waarvoor overigens niet direct een verklaring valt te geven. Mogelijk is de registratie incompleet of worden andere definities van allochtoon gehanteerd.[45] Een on-

evenredig groot aantal allochtonen maakt de behandeling ook niet af. Er zijn echter ook onderzoekers die vaststellen dat allochtonen de klinische verslavingszorg minder makkelijk bereiken, maar wanneer zij eenmaal in zorg zijn dezelfde resultaten boeken als autochtonen.[42]

Conclusie

Twee belangrijke problemen gerelateerd aan de behandeling van kwetsbare groepen zijn de bereikbaarheid en de specifieke (groepsgerelateerde) eisen die aan de behandeling gesteld moeten worden. Met name allochtonen met een verslaving zijn moeilijk te bereiken. Een succesvolle strategie is nog niet gevonden. Voor eenmaal bereikte personen uit deze groepen zijn wel enkele behandelingen beschikbaar. Licht verstandelijk gehandicapten jongeren en jongeren in het algemeen (vaak laagopgeleid) zijn over het algemeen makkelijker in beeld te krijgen. Hier is het probleem dat de standaardbehandelingen voor volwassenen vaak te ingewikkeld zijn of niet aansluiten bij de levensfase. Bestaande interventies worden daarom momenteel aangepast aan deze doelgroepen. Voor de behandeling van allochtonen geldt dat een substantieel deel van de bestaande expertise verloren is gegaan in de tijd van grote fusies tussen de instellingen. De veelheid aan allochtone groepen in Nederland vereist aangepaste behandelingen. Er is slecht zicht op wat er momenteel aan specifieke behandelingen voor allochtonen beschikbaar is.

8.5 Andere relevante ontwikkelingen in zorg en behandeling

8.5.1 Methadon-onderhoudsbehandeling

Onderhoudsbehandeling van opiaatverslaafden begon in Amsterdam in de late jaren zestig. Onder de toen nog kleine groep verslaafden werd methadon het meest gebruikt en dan vooral voor ontgifting (detoxificatie) met als uiteindelijke doel onthouding van drugsgebruik. Omdat blijvende abstinentie zelden haalbaar was, is dit doel losgelaten en werd voornamelijk gekoerst op laagdrempelige onderhoudsbehandeling met als doel stabilisering van de toestand van de verslaafde.[47-50]

Methadon is een synthetisch opiaat met een langere halfwaardetijd waardoor de verslaafde niet verschillende keren op een dag een nieuwe dosis hoeft te nemen zoals bij heroïne. De rust die dit geeft zou de verslaafde in staat moeten stellen een regelmatiger leven te leiden, dat beter is geïntegreerd in de maatschappij. Onderhoudsprogramma's met methadon hebben niet tot doel de verslaving te beëindigen, maar streven naar een verbetering van het lichamelijk en maatschappelijk functioneren. Door het regelmatig contact met de hulpverlening is het mogelijk om toezicht te houden op de algemene gezondheidstoestand, inclusief infectieziekten. Het regelmatige contact biedt een ingang om de omvang van de problematiek duidelijk te maken en zorg te bieden op uiteenlopende vlakken.

Methadon gaat de ontwenningsverschijnselen van heroïne tegen, maar leidt zelf nauwelijks tot een roes. Methadon zelf is ook sterk verslavend en afbouwen van methadon is slechts met grote moeite mogelijk. Na afbouwen van methadon valt 90-95% van de patiënten terug in opiaatgebruik. Het voorschrijven van methadon zal jarenlang moeten worden voortgezet. De uitstroom uit methadononderhoudsprogramma's is laag. De gemiddelde dosis methadon stijgt, mede naar aanleiding van de resultaten uit het door VWS gesubsidieerde project 'Hoge doses methadon'. In 1994 werd gemiddeld 46 mg per dag voorgeschreven; in 2003 57 mg per dag. Ook uit internationaal onderzoek is bekend dat hogere doseringen (85-160 mg per dag) effectiever zijn dan lagere doses, onder meer omdat hogere doses minder gepaard gaan met bijgebruik van andere middelen. [46;51;52] Lage doses worden soms op grond van de voorkeur van de verslaafden zélf verstrekt, voornamelijk omdat deze minder nadelige bijwerkingen hebben. In Nederland gebruikt ongeveer de helft van de patiënten die methadon krijgen voorgeschreven nog dagelijks illegale middelen bij.[53]

Enkele jaren geleden werd in verschillende kritische publicaties gesteld dat de kwaliteit van onderhoudsbehandeling met methadon in Nederland gedurende de jaren negentig was achteruitgegaan. Er werd gesteld dat methadon enkel nog werd verstrekt zonder de nodige psychosociale en verpleegkundige zorg te bieden. [54-56] Het doel van methadonverstrekking was verschoven van medische zorg naar voornamelijk overlastbestrijding. Het werk werd verricht in slecht onderhouden onderkomens en werd door hulpverleners niet als een attractieve carrière beschouwd. Kort daarop kwam ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg tot gelijkluidende conclusies.

Mede naar aanleiding van bovenstaande kritische evaluaties werd in 2005 de Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling (RIOB) gepubliceerd.[57] De ontwikkeling van deze richtlijn werd gefinancierd vanuit het programma Resultaten Scoren (zie hoofdstuk 13). In de RIOB worden zowel de geneeskundige en verpleegkundige behandeling als de zorgorganisatie (gegevensverzameling, zorgtoewijzing en behandelplan) beschreven. Onderwerpen zoals de gegevensverzameling over de verstrekking, het medicijnbeleid, de werkwijze bij verstrekking, de setting en de teamsamenstelling, maar ook het perspectief van de cliënten, worden meegenomen. Op grond van uitgebreide consultatie werden ten slotte handreikingen voor de implementatie van de RIOB gegeven. Echter, implementatie van deze richtlijn veronderstelt ingrijpende veranderingen in zowel de instellingen als bij de professionals die deze onderhoudsbehandeling uitvoeren. Daarom werd in 2006-2007 in opdracht van Resultaten Scoren ondersteuning geboden in acht instellingen voor verslavingszorg. Het einddoel was om de RIOB landelijk te implementeren. Er werd naar gestreefd om in 2007 bij minstens één pilotlocatie van elke deelnemende instelling de implementatie te realiseren. De noodzakelijke expertise om dit te doen moest daartoe aanwezig zijn. Ten slotte zouden enkele prestatie-indicatoren worden ontwikkeld en getest voor een toekomstige benchmarkstructuur. Per cliënt zou € 4.400 extra nodig zijn om de onderhoudsbehandeling adequaat uit te kunnen voeren, wat in totaal neerkwam op zo'n € 55 miljoen. Het einddoel was om de RIOB landelijk te gebruiken. Er bleek voor landelijke implementatie geen of onvoldoende geld beschikbaar te zijn en het implementatieproces kwam daardoor stil kwam te liggen.[58] Medio 2008 reserveerde de minister van VWS € 7,5 miljoen om dit gat te dichten en stelde voor om dit budget te verhogen tot in totaal € 15 miljoen gedurende de daaropvolgende jaren.[59]

Niet alle patiënten zijn gebaat bij methadon. Alternatieven worden in Nederland echter nauwelijks verstrekt. Een middel dat in een aantal landen in het buitenland veel wordt voorgeschreven voor de behandeling van heroïneverslaving is het langwerkende buprenorfine. Sommige patiënten die niet op methadon reageren, hebben wel baat bij buprenorfine. In enkele Europese landen (Frankrijk en Tjechië) is buprenorfine als onderhoudsmedicatie zelfs het meest gebruikte opiaatvervangende middel. Buprenorfine heeft gemiddeld minder bijwerkingen dan methadon.[60;61] In Nederland wordt buprenorfine (Temgesic) wel gebruikt voor pijnbestrijding in de reguliere geneeskunde en incidenteel voor de behandeling van opiaatverslaving, maar het zou een goede vervanger zijn voor verslaafden die niet tegen methadon kunnen of om andere redenen geen methadon willen slikken. Het tweede alternatief, de verstrekking van heroïne op medisch voorschrift, is hiervoor al beschreven.

Conclusie

Methadon-onderhoudsbehandeling wordt voorgeschreven om de gezondheid van de opiaatverslaafde te verbeteren en de overlast te verminderen. De gemiddeld voorgeschreven dosis is de afgelopen jaren verhoogd, naar aanleiding van het Nederlandse onderzoek waaruit bleek dat hogere doses over het algemeen beter werken. Desondanks gebruikt nog ongeveer de helft van de methadongebruikers illegale heroïne bij. De landelijke richtlijn opiaatonderhoudsbehandeling heeft tot nu toe een moeizame introductie. Er is extra geld beschikbaar gesteld om de hobbels weg te nemen.

8.5.2 Recente ontwikkelingen in de behandeling van verslaving aan andere middelen

Cannabis. Er is weinig specifiek hulpaanbod voor personen met een cannabisstoornis. Leefstijltrainingen vormen een belangrijk deel van het behandelaanbod. Leefstijltrainingen bestaan uit een beperkt aantal individuele of groepssessies waarin met behulp van cognitieve gedragstherapie en motiverende gespreksvoering wordt getracht het gebruik te beëindigen of te reguleren in combinatie met terugvalpreventie.[62] Voor jongeren wordt meervoudige gezinstherapie toegepast. Sinds kort zijn er verschillende instellingen die via internet een behandeling aanbieden die specifiek op cannabis is gericht (bijvoorbeeld www.cannabisondercontrole.nl; www.jellinek.nl/zelfhulp/cannabis; www.zelfhulpvoorverslaafden.nl). Ook is het mogelijk een klinische behandeling te krijgen in twee instellingen, VNN (Bauhuus) en Parnassia (Mistral). Hoewel deze beide behandelingen zich richten op jongeren met een drugsprobleem in het algemeen, betreft het vaak een cannabisprobleem. In 2008 is door de Jellinek een cannabisprotocol voor de (ambulante) behandeling van jongeren ontwikkeld in het kader van Resultaten Scoren, 'Cannabisbehandeling bij jongeren en jongvolwassenen'. Naast een behandelprotocol voor de hulpverleners is er ook een werkboek verschenen: 'Verander je cannabisgebruik'. Het is de bedoeling dat vanuit Resultaten Scoren de komende jaren een reeks van behandelprotocollen gericht op de jeugdverslavingszorg wordt uitgebracht.[39]

Cocaïne. Er zijn vooralsnog geen effectieve farmacologische middelen die ingezet kunnen worden bij de behandeling van cocaïneverslaving. Er is wel onderzoek gaande naar toepassing van de middelen rimonabant en mo-

dafinil. Het verstrekken van cocaïne op recept is in Nederland momenteel geen bespreekbare optie. Er is nauwelijks wetenschappelijk onderzoek verricht naar een eventueel stabiliserend effect uitgaand van de verstrekking van cocaïne.

Er zijn wel psychosociale behandelingen die een zekere effectiviteit kunnen hebben bij cocaïneverslaving. Nederlands onderzoek toont dat één van die behandelingen, de Community Reinforcement Approach (CRA), vooral in combinatie met Contingency Management, gunstige resultaten oplevert, ook voor patiënten die daarnaast een methadon-onderhoudsbehandeling krijgen. Doel van deze behandeling is abstinentie. De gewenste onthouding van drugsgebruik wordt beloond met tegoedbonnen. Cocaïneverslaafden blijken meer controle te krijgen over hun behoeften. Een probleem is dat deze behandeling moeilijk te implementeren is. Hulpverleners moeten bijvoorbeeld een attitude gaan hanteren waarin het belonen van gewenst gedrag en het negeren van ongewenst gedrag centraal staat, en niet langer het straffen van ongewenst gedrag. Op de tweede plaats is CRA een intensieve multidisciplinaire behandeling waarvoor een speciale training vereist is. De samenwerking met andere professionals zal mogelijk gemaakt moeten worden door de organisatie en de professionals zelf. [63]

Conclusie

Er zijn (nog) geen medicamenteuze behandelingen voor cannabis- of cocaïneafhankelijkheid. Er zijn wel verschillende psychosociale behandelingen. Als onderdeel van een kwaliteitsverbetertraject worden deze in opdracht van Resultaten Scoren toenemend in richtlijnen en protocollen beschreven.

8.5.3 Internetbehandeling

De samenleving is zich in een snel tempo aan het digitaliseren. De verslavingszorg en de GGZ lopen voorop in het ontwikkelen van e-health interventies. E-mental health strekt zich uit van informatieverstrekking, tot zelfhulp en behandeling via internet. Via e-mental health worden risicogroepen en groepen patiënten bereikt die nog niet eerder in zorg waren. Vooral hogeropgeleiden, vrouwen en autochtonen maken op het moment gebruik van online interventies. Echter, ook andere groepen lijken geschikt, zoals jong volwassenen, allochtonen die vanwege een culturele achtergrond niet bekend willen worden met verslavingsprobleem, doven en slechthorenden. Vanuit de verslavingszorg zijn verschillende modulen ontwikkeld voor de behandeling van problematisch gebruik van met name cannabis, maar ook partydrugs als ecstasy en GHB, zie bijvoorbeeld www.drugsondercontrole.nl. Er is nog weinig onderzoek gedaan naar de klinische effectiviteit. Ook specifieke problemen zoals een hogere drop-out en gebrek aan therapietrouw zijn nog niet opgelost.

Kenmerkend voor de meeste internetbehandelingen is dat zij anoniem en gratis gevolgd kunnen worden. Dit past niet binnen de bestaande bekostigingsmodellen. Voor de financiering van anonieme online behandelinterventies wordt nu een oplossing gezocht binnen de DBC-systematiek.[64]

Conclusie

Internetbehandelingen zijn in staat een groep te bereiken die zich minder makkelijk tot de reguliere verslavingszorg wendt. Het aantal internet-zelfhulpinterventies en -behandelingen breidt zich uit. De effectiviteit van deze behandelingen is in de meeste gevallen nog niet vastgesteld.

8.5.4 Zelfhulpgroepen

Zelfhulpgroepen zijn zelfstandige groepen waarin mensen op basis van (langdurige) onderlinge steun proberen los te komen van hun verslaving. Uit onderzoek blijkt deelname aan een zelfhulpgroep een positieve bijdrage te leveren aan het minderen of stoppen van het gebruik van alcohol of andere middelen, hoewel niet is aangetoond dat een zelfhulpgroep daarin effectiever is dan andere interventies.[65] Ook is aangetoond dat de combinatie van reguliere zorg en zelfhulp de effectiviteit van beide vergroot.[66]

Er bestaan in Nederland groepen voor verslaafden en groepen voor familieleden van verslaafden.[67] Een actueel overzicht van deze zelfhulpgroepen is te vinden op www.zelfhulpverslaving.nl. In 2003 werd binnen het Trimbos-instituut het Informatie en Ontwikkelingscentrum zelfhulpgroepen en verslavingen (I&O) opgericht om de

samenwerking tussen de zelfhulpgroepen en de professionele hulpverlening te versterken. Het I&O verspreidt daartoe informatie over zelfhulp en biedt deskundigheidsbevordering aan (aankomend) hulpverleners. Uit twee telefonische interviewrondes van dit centrum blijkt dat er tussen 2004 en 2007 een positieve omslag in het denken over zelfhulp heeft plaatsgevonden. De samenwerking tussen verslavingszorginstellingen en zelfhulpgroepen is toegenomen, instellingen verwijzen vaker naar zelfhulpgroepen en er wordt meer voorlichting aan patiënten gegeven over zelfhulp. De groeiende samenwerking kan samenhangen met het toegenomen gebruik van het Minnesota-model in de verslavingszorg, een behandelmodel waarbinnen veel aandacht is voor zelfhulp. De toenemende samenwerking is echter eerder het gevolg van enthousiaste medewerkers dan van standaardbeleid omtrent verwijzing naar zelfhulpgroepen, wat in tweederde van de instellingen ontbreekt. De aandacht voor zelfhulpgroepen voor familieleden blijft achter, er bestaat hierover minder kennis bij de hulpverleners in de instellingen en zij verwijzen naasten van verslaafden daarom ook minder vaak.[68]

Conclusie

Zelfhulp staat meer op de kaart en de beeldvorming is positiever. Er bestaat echter nog geen structurele samenwerking tussen verslavingszorginstellingen en zelfhulpgroepen.

8.5.5 Privéklinieken

Een recente ontwikkeling is een toename van het aanbod van interventies vanuit privéklinieken. Sinds de invoering van de Modernisering AWBZ in 2003 en de inwerkingtreding van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) in 2006 zijn er meer zorgaanbieders op de markt gekomen. Het was ook één van de doelstellingen van de WMG om competitie te bevorderen door nieuwe toetreders toe te laten.[64] De groei van het aantal privéklinieken onderstreept het belang van differentiatie in de verslavingszorg. Het is aannemelijk dat het aanbod uit de reguliere zorg onvoldoende aansluit bij sommige groepen met verslavingsproblematiek. Sommige interventies, zoals de Minnesota-aanpak, die aanvankelijk voor alcoholproblematiek werd ontwikkeld maar nu ook bij andere verslavingen wordt toegepast, worden in Nederland uitsluitend in privéklinieken aangeboden. Veel patiënten willen ook niet dat hun verslavingsprobleem bekend wordt. Ten slotte heeft de luxe omgeving waarin deze behandelingen plaatsvinden een zekere aantrekkingskracht. Voor de reguliere zorg is het van belang dat er verdere verscheidenheid wordt aangebracht in de behandelingen. De reguliere zorg heeft zich lange tijd gefocust op de gemarginaliseerde drugsgebruiker. Verschillende instellingen zijn inmiddels bezig behandelmethoden te ontwikkelen voor deze andere doelgroepen.

Hoewel de privéklinieken niet door het beleid zijn ingesteld, moeten zij wel aan de wettelijke regels voldoen. Een daarvan is dat alleen *ambulante* verslavingszorg en GGZ-behandelingen mogen worden aangeboden. In de praktijk worden de cliënten daarom ondergebracht in een hotel. Ook mogen aanbieders krachtens de Kwaliteitswet Zorginstellingen geen eigen bijdrage vragen voor de behandeling, want deze valt onder de verzekerde zorg en moet daarom in principe voor iedereen bereikbaar zijn. De Zorgverzekeringswet vergoedt de kosten van de behandeling tot het maximumtarief. Wel mogen de kosten van het verblijf in het hotel worden verrekend.

Er is momenteel geen systematische registratie van private zorgaanbieders in de verslavingszorg. Er is evenmin goed zicht op de aantallen patiënten die zich bij een privékliniek laten behandelen. De privéklinieken participeren niet in het LADIS (Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem; Stichting Informatievoorziening Zorg, zie hoofdstuk 13) waarin de participanten uit de reguliere zorg worden geregistreerd. Het is wel duidelijk dat de cliënten van privéklinieken met name niet-langdurig verslaafden zijn die volop in de maatschappij meedraaien. Er is ook onvoldoende zicht op de kwaliteit van de geboden behandelingen. Daarom onderwerpt de Inspectie voor de Volksgezondheid vanaf eind 2008 privéaanbieders van verslavingszorg aan kwaliteitstoezicht.[37]

Conclusie

Privéklinieken richten zich met name op individuen met een drugsprobleem die nog volop in de maatschappij participeren. Er is weinig zicht op het behandelaanbod en de omvang van de geboden zorg in privéklinieken. De kwaliteit van de behandeling wordt momenteel onderzocht door de Inspectie voor de Volksgezondheid.

8.5.6 Onderhoudsbehandeling voor drugsverslaafde gedetineerden

Landelijke registratiegegevens over het aantal drugsverslaafde gedetineerden en binnen inrichtingen van de DJI ontbreken, evenals de mate van hun verslavingsproblematiek en somatische of psychische comorbiditeit. In het Rapport van de Gezondheidsraad 'Behandeling van drugverslaafde gedetineerden'[69], opgesteld op verzoek van de ministers van VWS en Justitie om de mogelijkheden en beperkingen voor behandeling van aan drugs verslaafde gedetineerden in kaart te brengen, wordt ervan uitgegaan dat ongeveer 30% van de gedetineerden voldoet aan de criteria van drugsafhankelijkheid. Bij twee derde van de gedetineerden met verslavingsproblematiek, jaarlijks 10-15.000 personen, is er sprake van ernstige verslavingsproblematiek. Tevens heeft een groot deel ook een psychiatrische aandoening. Volgens schattingen heeft de helft van de verslaafden in justitiële instellingen een hulpverleningsgeschiedenis in de verslavingszorg.

Verslaafde gedetineerden zijn voor het overgrote deel relatief oudere (boven de 30 jaar) mannen van autochtone afkomst die een combinatie van heroïne en cocaïne gebruiken (polydrugsgebruik). Hoewel het beleid in penitentiaire inrichtingen erop is gericht drugsgebruik binnen de diverse instellingen te ontmoedigen en een drugsvrije omgeving na te streven (vastgelegd in het DrugsOntmoedigingsBeleid), zijn er geluiden dat drugsgebruik in detentie vrij algemeen voorkomt. De wijze van gebruik is bij voorkeur per inhalatie; injecterend drugsgebruik is in justitiële instellingen weinig gebruikelijk. Naast het (1) ontmoedigen van drugsgebruik en het bevorderen van een drugsvrije omgeving heeft het beleid binnen justitiële instellingen tot doel om (2) de risico's van drugsgebruik te beperken en afdoende medische zorg aan verslaafde gedetineerden te bieden en (3) de verslaafde gedetineerden via VBA's toe te leiden naar specifieke zorgvoorzieningen in de laatste fase van detentie of na ontslag.

De Penitentiaire Beginselenwet beschrijft dat de gedetineerde aanspraak kan maken op een goede medische verzorging en de nodige psychologische en psychiatrische hulp, inclusief behandeling van de drugsverslaving. Dit is in de lijn van het equivalentiebeginsel op grond waarvan elke burger evenveel recht heeft op gezondheidszorg, ongeacht of hij gedetineerd is en past binnen het kader van de Penitentiaire Beginselenwet waarin wordt beschreven dat gedetineerden 'aan geen andere beperkingen worden onderworpen dan die welke voor het doel van de vrijheidsbeneming of het belang van de handhaving van de orde of veiligheid in de inrichting noodzakelijk zijn'. Hoewel methadon-onderhoudsbehandeling op grote schaal wordt ingezet bij opiaatverslaafden in de vrije maatschappij, wordt deze behandeling binnen detentie slechts beperkt voorgeschreven. Relatief vaak wordt er binnen detentie gestreefd naar volledige abstinentie, en inrichtingsartsen zijn er vaak toe geneigd de methadonverstrekking af te bouwen of te staken.

Sinds de jaren tachtig worden er al pogingen ondernomen om consensus te bereiken over de methadonverstrekking in detentie. In 2002 werd echter door de Gezondheidsraad geconcludeerd dat de praktijk van methadonbehandeling in de Nederlandse penitentiaire inrichtingen nog steeds sterk uiteenloopt.[69] Volgens een richtlijn van het ministerie van Justitie, de Handreiking methadonverstrekking aan gedetineerden, bij Brief van 13 december 1996, kan de gedetineerde verslaafde die korter dan vier weken wordt opgenomen en direct voorafgaand aan de detentie al methadon kreeg voorgeschreven, deze behandeling voortzetten. Afgezien van de situatie dat er door inrichtingsartsen regelmatig van deze richtlijn wordt afgeweken, staat de door Justitie bepaalde termijn van vier weken ter discussie, omdat uit wetenschappelijk onderzoek is gebleken dat abstinentieprogramma's een zekere duur moeten hebben voordat zij een (langer durend) effect sorteren.[69] Tevens is op brede schaal het idee aanvaard dat verslaving een chronische, slecht te genezen aandoening is die veeleer vanuit een harm reduction-perspectief benaderd moet worden dan dat er reële kans op genezing bestaat. Ook dit zou pleiten voor het continueren van de methadonbehandeling bij verslaafden in (langdurige) detentie. Naar verwachting zal de aantrekkingskracht van methadon als handelswaar afnemen als het middel voor velen beschikbaar komt.

Er is slechts in beperkte mate wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de effecten van methadonprogramma's voor drugsverslaving in detentie. Een overzicht uit 1995 laat zien dat er sowieso wereldwijd maar weinig methadonprogramma's in de gevangenis worden aangeboden.[70] Het meeste onderzoek komt uit de Verenigde Staten, waar een zodanig andere context heerst dat extrapolatie van de resultaten naar de Nederlandse situatie slechts met uiterste voorzichtigheid kan plaatsvinden. Uit deze beperkte onderzoeken blijken methadon-onderhoudsbehandelingen zinvol: minder drugsgebruik in de gevangenis, minder onderlinge conflicten, en vaker contact met de hulpverlening direct na ontslag.[69] Methadon-onderhoudsprogramma's in de gevangenis lijken geen effect te hebben op het voorkómen van een criminele recidive (Pearson 1999).[71] In de nazorgtrajecten die de overgang van detentie naar de maatschappij begeleiden is methadonverstrekking een essentiële component.

Om de grote heterogeniteit in beleid en zorg aan gedetineerde verslaafden te verminderen is in 2008 de Richtlijn Medicamenteuze Zorg aan Gedetineerde Verslaafden opgesteld. Deze evidence-based richtlijn gaat uit van het equivalentiebeginsel, de professionele onafhankelijkheid van de arts, het juridisch kader (de beginselenwetten voor penitentiaire inrichtingen beschrijft het recht op gezondheidszorg van de justitiabelen), zorg op maat en continuïteit van (na)zorg. Met betrekking tot de methadon-onderhoudsbehandeling zijn de aanbevelingen om deze actief in te stellen binnen detentie wanneer dit geïndiceerd is, een al ingezette behandeling te continueren tenzij daartegen grote bezwaren bestaan, en opiaatvervangende medicatie af te bouwen alleen na overleg met de behandelend verslavingsarts en na instemming van de gedetineerde. Bij het opstellen van de richtlijn is er uitdrukkelijk rekening mee gehouden dat de aanbevelingen implementeerbaar en uitvoerbaar moeten zijn. Het is op dit moment nog te vroeg om de effecten van de Richtlijn te kunnen beoordelen.

Andere specifieke beleidsmaatregelen betreffende verslaafde justitiabelen betreffen onder meer de Strafrechtelijke Opvang Verslaafden (SOV's) en Verslavings Begeleidings Afdelingen (de voortzetting van de DrugsVrije Afdelingen): zie hiervoor hoofdstuk 10.

Conclusie

De beschikbaarheid van methadon-onderhoudsbehandeling in penitentiaire inrichtingen is lange tijd niet gelijk geweest aan die buiten de gevangenis. De verwachting is dat deze ongelijkheid, die uit oogpunt van de gezondheidszorg negatieve effecten heeft, met de implementatie van de Richtlijn Medicamenteuze Zorg aan Gedetineerde Verslaafden in 2008 langzaam zal verminderen.

8.5.7 Wachtlijsten in de verslavingszorg

Voordat een verslaafde in behandeling komt, doorloopt hij een traject dat begint met het aanmelden bij de verslavingszorg en het maken van een afspraak voor een intakegesprek. Tijdens het intakegesprek vindt een indicatiestelling plaats en komt de patiënt op de wachtlijst voor ambulante zorg, klinische zorg of voor behandeling in een IMC. De wachttijden tussen intake en indicatiestelling, en tussen indicatiestelling en start van de behandeling, moeten zo kort mogelijk zijn (zodat de verslaafde zijn motivatie niet verliest).

Tot 2003 vond jaarlijks een landelijke wachtlijstregistratie plaats. De laatste landelijke rapportage uit januari 2003 betreft gezamenlijke cijfers voor de GGZ en de verslavingszorg. De totale gemiddelde wachttijd tot start van behandeling was toen 238 dagen, inclusief de wachttijd voor beschermd wonen. Wanneer de wachttijd voor beschermd wonen niet wordt meegerekend, was de totale gemiddelde wachttijd tot behandeling in GGZ en verslavingszorg 217 dagen. Wachttijd is gedefinieerd als de tijd nadat aanmelding en indicatiestelling zijn afgerond en de patiënt wacht op de start van de behandeling. In die periode onderhoudt de patiënt overigens vaak wel contact met de zorginstelling. In 2005 is een peiling verricht naar de wachttijden voor behandeling in de verslavingszorg alleen, separaat van de GGZ-behandeling. De totale gemiddelde wachttijd in de verslavingszorg in 2005 varieerde van 106 dagen voor deeltijdbehandeling tot 125 dagen voor klinische behandeling, hetgeen substantieel korter is dan de wachttijden voor verslaving en GGZ gecombineerd in 2003, maar ver boven de Treeknorm die een maximum van respectievelijk vier en zeven weken voorschrijft. Uit de laatste peiling uit 2005 valt op dat er relatief lange wachttijden bestaan voor klinische zorg en voor een plaats in een beschermde woonvorm, waar weinig doorstroom plaatsvindt. Er lijken overigens niet zozeer financiële belemmeringen ten grondslag te liggen aan de beperkte capaciteit, maar veeleer vertragingen vanuit het veld, waar nieuwe klinische voorzieningen traag van de grond kwamen.[72] De capaciteit voor beschermde woonvormen is inmiddels uitgebreid van 176 plaatsen in 2006 naar 413 in 2008. Bovendien is een aantal aanvragen nog in voorbereiding.[64] Er vindt inmiddels geen jaarlijkse inventarisatie van de wachttijden in de verslavingszorg meer plaats (wel een wachtlijstregistratie voor de gehele GGZ inclusief verslavingszorg) en ook uit andere bronnen zijn geen recentere gegevens over wachttijden in de verslavingszorg beschikbaar. De minister van VWS onderzoekt de mogelijkheid om vanaf 2009 een aparte wachtlijstregistratie voor de verslavingszorg in te stellen, naast een registratie voor de GGZ-circuits jeugd, volwassenen en ouderen, zodat de patiënt goed geïnformeerd een keuze kan maken.[64]

Hoewel de motivatie tot behandeling bij verslaafden vaak sterk wisselt en wachttijden demotiverend werken, zodat zij beperkt moeten blijven, is het om redenen van (kosten)efficiëntie onlogisch om de wachttijden volledig weg te werken, omdat dat leegstand van zorgplekken zou betekenen. Een wachttijd hoeft niet per definitie te duiden op een capaciteitstekort maar kan ook veroorzaakt worden door een gebrek aan goede stroomlijning van het zorgproces. De capaciteit van de verslavingszorg wordt ook beperkt door een aantal andere factoren, zoals de tijd die het kost

om de samenwerking tussen de GGZ en verslavingszorg goed te organiseren en deskundigheid te ontwikkelen voor bijzondere doelgroepen als verslaafden met een dubbele diagnose, jongeren en licht-verstandelijk gehandicapten.[64]

Conclusie

Er is geen algemeen capaciteitstekort in de verslavingszorg. De wachtlijstproblematiek speelt met name bij de langdurige zorg.

8.5.8 Financieringsstructuur van de verslavingszorg

De financiering van de drugshulpverlening is in de loop der tijd veelvuldig gewijzigd. Naast rijksbijdragen (AWBZ, Ziekenfondswet, directe subsidies van de ministeries) zijn er gemeentelijke en provinciale bijdragen en bijdragen van particulieren en kerkelijke organisaties. Al in 1976 werd gepleit voor een uniform financieringssysteem.[2] Eind jaren negentig hoopte men met het project 'Verslavingszorg herijkt' de aanzet tot een oplossing van het voortsudderende probleem van de financieringsstructuur te genereren. Het project bestond uit drie pilotstudies waarin werd getracht de bestuurlijke en financiële afstemming van de verslavingszorg te verbeteren, wat niet is gelukt. Een belangrijke oorzaak daarvoor werd gezocht in het feit dat er op regionaal niveau geen zeggenschap bestond over de inzet van middelen. Aan deze roep om verdergaande decentralisatie is in de laatste stelselwijziging gehoor gegeven door de regierol voor de gemeenten te vergroten. Een ander belangrijk knelpunten was de ontbrekende continuïteit aan hulp tussen verslavingsreclassering en de reguliere verslavingszorg. Het recente Actieplan Terugdringen Recidive beoogt om elke problematische drugsgebruiker vanuit de gevangenis richting zorg te leiden. Anno 2009 zitten er nog steeds haken en ogen aan de financieringsstructuur.

In deze paragraaf wordt de financiering van de Nederlandse verslavingszorg voor en na de stelselwijziging uit 2006 samengevat (zie tabel 8.2). De stelselwijziging komt kort gezegd neer op de invoering van de Zorgverzekeringswet (ZVW) en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Hierdoor kwam de Welzijnswet te vervallen. De drie belangrijkste financieringsbronnen van (de GGZ inclusief) de verslavingszorg zijn nu:[73]

1. de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), voornamelijk voor voorzieningen voor langdurig verblijf, wonen en woonondersteuning;
2. de Zorgverzekeringswet (ZVW) voor voorzieningen waarin behandeling een belangrijke component is;
3. de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) voor voorzieningen die tot de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) en maatschappelijke ondersteuning worden gerekend.

Tabel 8.4: Overzicht financiering verslavingszorg vóór en na de stelselwijzigingen van 2006

Wijze van financiering en uitvoerders	Vergoedingen vóór stelselwijzigingen	Vergoedingen na stelselwijzigingen
Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ): Zorgkantoren	• Alle klinische en poliklinische verslavingszorg (incl. methadon) • Openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) geregeld in de Wet collectieve preventie volksgezondheid	Klinische verslavingszorg langer dan één jaar.
Welzijnswet: Gemeenten	Ambulante verslavingszorg, preventie en overlastbestrijding	
Zorgverzekeringswet (ZVW): Zorgverzekeraars	Nvt	**Overgeheveld uit Welzijnswet en AWBZ** • Alle ambulante en poliklinische verslavingszorg (incl. methadon) **Overgeheveld uit AWBZ** • Klinische verslavingszorg tot één jaar
Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO): Centrumgemeenten	Nvt	**Overgeheveld uit Welzijnswet** • Preventie, overlastbestrijding en maatschappelijke zorg voor verslaafden, zoals gebruiksruimten en inloopcentra **Overgeheveld uit AWBZ** • Openbare GGZ

Bron: T.K. 29660/6, Zorg voor verslaafden.[74]

In de WMO zijn de centrumgemeenten de spil voor de verdeling van het geld op grond van de in de toenmalige Welzijnswet aan deze gemeenten toebedeelde regiorol. De centrumgemeenten krijgen via 'de specifieke uitkering maatschappelijke opvang, OGGZ en verslavingsbeleid' geld dat ze verplicht zijn uit te geven aan activiteiten op deze drie terreinen. Er is geen vast percentage voor ieder van de drie terreinen aangegeven. De gemeenten zijn hierin vrij. In de toekomst wordt dit een decentralisatie-uitkering en zijn gemeenten niet meer verplicht het geld aan deze drie doelen te besteden. Tegelijkertijd maakt het ministerie met de gemeenten wel prestatieafspraken op de drie terreinen. De hoogte van de uitkeringen is lastig vast te stellen, omdat dit niet specifiek voor de verslavingszorg is vastgelegd. Voor 2007 gaat het in totaal om € 248 miljoen aan uitkeringen. Geschat wordt dat ongeveer de helft (circa € 125 miljoen) naar opvang en sociale zorg voor verslaafden gaat (VWS, B. Langezaal, persoonlijke mededeling). In 2008 nam de ZVW bijna driekwart van de GGZ-financiering voor zijn rekening en was het WMO-aandeel het kleinst (vermoedelijk maximaal 2%).[79] De heroïneverstrekking wordt apart gefinancierd door VWS en de gemeenten waar die voorzieningen gehuisvest zijn. De financiering van de nazorg valt onder de DBC-systematiek, maar is voor veel hulpverleners niet transparant.[94]

Het ministerie van Justitie financiert de maatregelen en behandelingen in het strafrechtelijk systeem die onder de verantwoordelijkheid van dit ministerie vallen. Voorbeelden hiervan zijn de activiteiten en maatregelen in het kader van de verslavingsreclassering, gedragsinterventies in detentie en zorg als alternatief voor vervolging en sancties, zoals de Strafrechtelijke Opvang Verslaafden.[75]

Conclusie

Eén van aanbevelingen van de Algemene Rekenkamer destijds was het tot stand brengen van een eenduidige financiering van de verslavingszorg. Gesteld werd dat sturingsinstrumenten nodig zijn om daadwerkelijk continuïteit van zorg voor chronisch verslaafden te kunnen organiseren over de verschillende financieringsbronnen heen.[74] Geconcludeerd kan worden dat een optimale financieringsstructuur nog niet lijkt te zijn bereikt.

8.6 Specifieke vragen

8.6.1 Voor welke behandelingen en/of zorg is in de wetenschappelijke literatuur voldoende bewijs voor effectiviteit te vinden?

Deze vraag wordt beantwoord op basis van de resultaten van een reviewstudie die in Nederland werd uitgevoerd en de actualisering ervan twee jaar later. In de eerste uitgebreide reviewstudie[76] werden studies meegenomen die tot en met 2003 werden gepubliceerd. In de tweede[77] werd bekeken of de resultaten van studies uit 2004-2005 aanleiding gaven om de oorspronkelijk conclusies te herzien. Binnen het tijdsbestek van deze drugsbeleidevaluatie was het niet mogelijk de resultaten te actualiseren op basis van de meest recente literatuur (2006-2009). Het is dus mogelijk dat sommige conclusies bijgesteld zouden moeten worden op grond van meer recent onderzoek. Hieronder worden de resultaten van de beide reviewstudies samengevat. Eerst worden de interventies genoemd waarnaar voldoende onderzoek is verricht op basis waarvan geconcludeerd kan worden dat zij werkzaam zijn (§ 8.6.1.1), vervolgens worden de behandelingen besproken die in de praktijk wel worden toegepast, maar waarnaar onvoldoende wetenschappelijk onderzoek is verricht om te concluderen dat zij effectief zijn (§ 8.6.1.2).

8.6.1.1 Voldoende bewijs voor effectiviteit

Er zijn geen effectieve *farmacotherapieën* zijn voor cannabis-, amfetamine- en cocaïneverslaving.[76;77] Er wordt, vooral in de Verenigde Staten, geëxperimenteerd met medicamenteuze behandeling voor probleemgebruik van cocaïne en amfetaminen. Het hiermee samenhangende onderzoek heeft nog niet voldoende bewijs opgeleverd om van succes te kunnen spreken. Voor verslaving aan opiaten (heroïne) zijn wel effectieve behandelingen beschikbaar (zie hieronder).

Voor *onderhoudsbehandeling* van heroïneverslaafden geldt dat methadon en buprenorfine effectief zijn. Buprenorfine is een goede vervanging voor cliënten die geen methadon verdragen of dit middel niet willen innemen. De werking van naltrexon in onderhoudsbehandeling is nog onduidelijk.[78] Er worden gunstige effecten gerapporteerd van het toevoegen een beloningselement aan de onderhoudsbehandeling. De beloning wordt toegekend wanneer de drugsgebruiker gedurende een bepaalde periode (met urineonderzoek bewezen) geen drugs heeft gebruikt.

Er is inmiddels overtuigend bewezen dat *heroïneverstrekking op medisch voorschrift* het lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren van heroïneverslaafden verbetert en criminaliteit vermindert. Het voorschrijven van heroïne is, vergeleken met alleen methadonverstrekking, kosteneffectief.[79]

Het wetenschappelijk bewijs voor gunstige resultaten van methadon en buprenorfine bij ontgifting (*detoxificatie*) van cliënten met heroïneverslaving is toegenomen. Er is aangetoond dat buprenorfine gecombineerd met naloxon (Suboxon) bij ontgifting beter werkt dan clonidine. Zeer snelle detoxificatie met naltrexon en met of zonder verdoving lijkt gemiddeld niet beter te werken dan de gangbare langzamere methode. Ten slotte blijken sommige psychosociale interventies wanneer deze na detoxificatie worden ingezet bij vervolgbehandeling (meestal met naltrexon) het afmaken van die behandeling te bevorderen. Het toedienen van naloxon bij een overdosering vermindert de kans op overlijden.

Cognitieve gedragstherapie geeft gunstige resultaten bij volwassenen en jongeren met een enkelvoudige cannabisverslaving. Bij cocaïneverslaving is dit effect alleen gedurende een korte periode aantoonbaar. Er is sterk bewijs voor de werkzaamheid van breed opgezette gezinstherapie voor jongere cannabisverslaafden uit multiprobleemgezinnen. Ook het bewijs voor de effectiviteit van een breed opgezet interventiepakket volgens de principes van de Community Reinforcement Approach in combinatie met een beloningssysteem voor het niet meer gebruiken van drugs is stevig.[22]

Motivatieverhoging verhoogt de bereidheid om in behandeling te gaan en draagt bij aan het verminderen en stoppen van drugsgebruik. Voor cliënten met een vaste partner is gedragstherapeutische relatietherapie een redelijk effectieve methode om het drugsgebruik te minderen. Na jaren onderzoek blijft het oordeel over het effect van therapeutische gemeenschappen voorzichtig positief. Het is echter niet aangetoond dat deze gemeenschappen betere resultaten leveren dan andere vormen van residentiële hulp.

Problematisch gebruik van meer dan één drug is eerder regel dan uitzondering. Behandeldoelen zijn lastiger te bereiken bij meervoudige verslaving. De tot nog toe in Amerika meest succesvolle psychosociale interventie is *beloning van gewenst gedrag*, en recentelijk is het nut van dit soort interventie in de Nederlandse situatie in één onderzoek vastgesteld. Er blijken nog psychologische en financiële barrières te bestaan om dit soort interventies in te voeren en het lijkt erop dat cliënten na beëindiging van deze behandeling weer terugvallen.

8.6.1.2 Onvoldoende kennis over effectiviteit

Over veel behandelinterventies is nog onvoldoende bekend om te kunnen concluderen dat ze effectief zijn, dat wil zeggen dat er onvoldoende onderzoek is verricht, of onderzoek van onvoldoende kwaliteit, om hierop uitspraken te baseren. Er zijn bijvoorbeeld aanwijzingen dat behandelingen die aangeboden worden via het internet of via de telefoon het gebruik van drugs kunnen verminderen. Mede omdat deze behandelingen pas recent zijn ontwikkeld is er nog onvoldoende onderzoek naar de werkzaamheid verricht. Ook voor zelfhulpgroepen geldt dat het best mogelijk is dat deelname aan zo'n groep het drugsgebruik vermindert, maar dat een gebrek aan onderzoek een zekere uitspraak belemmert.

Voor *dubbelediagnosepatiënten*, met zowel ernstige psychiatrische problemen als verslavingsproblemen, wordt een geïntegreerde behandeling nagestreefd. Hierbij kan gedacht worden aan bemoeizorg of intensieve begeleiding van de cliënt en diens familie (casemanagement), bijvoorbeeld Assertive Community Treatment (ACT). Bij casemanagement en ACT gaat het om het intensief begeleiden van een cliënt door een professional of door een team waarbij ook aandacht is voor de behoefte aan andere zorg dan alleen verslavingszorg (wonen, werk, gezondheid, psychische problematiek). Het beschikbare onderzoek laat wisselende uitkomsten zien. Er zijn aanwijzingen dat geïntegreerde hulp beide problemen kan verminderen, maar dit is vermoedelijk afhankelijk van de aard van de dubbele diagnose (welke drugs en welke psychische stoornis), nog afgezien van diverse randvoorwaarden.

Specifieke behandelingen voor jongeren. Uit de reviewstudie van Smit e.a. (2007) blijkt dat er vele studies zijn uitgevoerd naar het effect van behandelingen voor jongeren met verslaving, maar dat er relatief weinig de methodologische toets der kritiek kunnen doorstaan.[38] In deze review kwamen multidimensionele gezinstherapie en motiverende gespreksvoering als effectief naar voren. Ook kortdurende interventies gecombineerd met persoonlijke feedback en normatieve vergelijkingtechnieken geven doorgaans gunstige resultaten in deze jongerengroep. Cognitieve gedragstherapie, vooral wanneer deze in groepen wordt gegeven, blijkt eveneens goed te werken, mits de groep is samengesteld uit jongeren die elkaar niet kennen en niet-vergelijkbare problemen hebben. Het groepsproces zal goed moeten worden gecontroleerd om ongewenste, averechtse effecten te voorkomen.

Er blijkt weinig bekend over het effect van onderhoudsbehandeling met opiaatvervangende medicijnen voor jongeren. Ook het effect van andere farmacologische interventies blijft nog onbekend omdat er weinig goed onderzoek naar is uitgevoerd. Interventies die in justitieel verband worden aangeboden blijken minder effectief te zijn dan die buiten het justitiële circuit. Vaak is een langere behandeling aangewezen, waarbij ook de familie betrokken wordt. Zo'n behandeling moet dan wel gericht worden op de complexe problemen (niet alleen verslaving) van deze doelgroep. In lijn hiermee is een behandelingspakket volgens de principes van de Community Reinforcement Approach (CRA) met contingency management mogelijk van belang voor deze jonge groep verslaafden. Contingency management is een beloningsysteem dat goed gedrag bekrachtigt. Het is lastig in te voeren omdat het een mentale omslag van de hulpverlener vraagt. Ook is het nog onduidelijk hoe lang het effect beklijft wanneer de beloningen door de hulpverlener stoppen. Over de behandeling van drugsgebruikende jongeren met comorbide psychische stoornissen (ADHD, depressie, schizofrenie) is eveneens weinig bekend. De reviewstudie concludeert over andere behandelingen voor jongeren dat:

- in een therapeutisch gemeenschap de effectiviteit van behandeling niet hoger is dan in niet-residentiële setting;
- e-health interventies weinig zijn onderzocht, en nog weinig effect laat zien;
- de Adolescent Community Reinforcement Approach mogelijk effectief is; deze intensieve meervoudige behandeling is voornamelijk onderzocht bij cannabisgebruik;
- bemoeizorg veelbelovend is, maar dat er meer en grotere studies nodig zijn voordat de effectiviteit voor jongeren bewezen is;
- casemanagement mogelijk adolescenten beter binnen de zorg houdt, maar zekerheid hieromtrent ontbreekt door een tekort aan onderzoek;
- het Minnesota-model veelbelovend is (deze conclusie wordt echter door de meeste huidige onderzoeken niet gesteund);
- het 12-stappenmodel nog onvoldoende is onderzocht.

Conclusie

Uit de literatuur blijkt dat er (kosten)effectieve behandelingen beschikbaar zijn om drugsgebruik en de gevolgen hiervan tegen te gaan, maar nog niet op alle fronten. Er zijn diverse goed werkende farmacotherapieën om (de gevolgen van) opiaatverslaving te verminderen, maar voor andere drugs ontbreken deze nog. Het inzicht in effectieve psychosociale methoden om verslavingsproblemen tegen te gaan onder (primair) cocaïne-, cannabis- of amfetaminegebruikers is toegenomen, maar er zijn nog steeds geen effectieve farmacotherapeutische interventies voor het tegengaan van misbruik van deze middelen. Verder blijken de meest effectieve psychosociale interventies te bestaan uit (arbeidsintensieve dus dure) interventiepakketten. Ook voor jongere verslaafden geldt dat multidimensionele gezinstherapie en behandeling volgens het Community Reinforcement Model met een beloningsysteem (contingency management) succesvol kunnen zijn. Voor deze doelgroep zullen veelbelovende interventies op hun effectiviteit onderzocht moeten worden.

Bij dit alles moet echter bedacht worden dat 'genezing' in de zin van langdurige abstinentie veelal geen realistische optie is, zeker niet op korte termijn. Experts in Nederland zijn steeds meer van mening dat opiaatverslaving een chronische ziekte is die regelmatige terugval laat zien[80] en waarvoor continuïteit van zorg essentieel is voor stabilisering van de leefsituatie. Slechts een minderheid ziet na verloop van tijd helemaal van drugsgebruik af.[81] Bij het behandelen van verslaving gaat het om motivatie, voorlichting, continuïteit van zorg, integratie van farmacologische behandeling en psychosociale/verpleegkundige ondersteuning, maar ook om een betere aansluiting tussen de verslavingszorgsysteem en het juridische systeem.[82]

8.6.2 In hoeverre worden deze behandelingen ook toegepast in de Nederlandse verslavingszorg?

Er is geen recent overzicht van in Nederland toegepaste behandelingen (therapieën, interventies of hulp) gepubliceerd. Een overzicht uit 1996 dat gebaseerd is op productnormeringsonderzoek, is ernstig verouderd. Er is wel een globaal inzicht in wat er zoal wordt aangewend om drugsgebruikers te behandelen, maar dit is niet gebaseerd op een systematische studie. In de huidige praktijk van de Nederlandse verslavingszorg krijgen de meeste cliënten geen vervolgbehandeling of nazorg. Dit is opvallend omdat deze nazorg de effectiviteit van de behandeling juist op termijn aanzienlijk zou verhogen.[15] Er is in het kader van Resultaten Scoren wel een evaluatiestudie verricht naar de implementatiegraad van de producten die zijn ontwikkeld in het kader van dit programma (rapport nog niet gepubliceerd).

Rigter e.a. constateerden in 2004 op grond van een peiling onder dertien van de vijftien toenmalige instellingen dat een diepgaande studie naar vraag en aanbod in de verslavingszorg dringend gewenst is.[76] Het NISPA voert momenteel in opdracht van Resultaten Scoren een beschrijvende studie uit naar residentiële voorzieningen in de Nederlandse verslavingszorg (o.a. IMC's). Deze studie wordt eind 2009 gepubliceerd (De Weert, persoonlijke mededeling). Tot dan kunnen we over de residentiële maar ook over de ambulante verslavingszorg alleen in globale termen beschrijven welke behandelingen worden toegepast.

Afhankelijk van de leefsituatie van de verslaafde zijn in de Nederlandse verslavingszorg diverse soorten psychosociale interventies en therapieën beschikbaar, zoals gezinstherapie, gedragstherapie, cognitieve gedragstherapie, en minder en meer intensieve leefstijltrainingen die deels gebaseerd zijn op de principes van cognitieve gedragstherapie. Deze behandelingen zijn vooral bestemd voor cliënten met problematisch gebruik van andere drugs dan opiaten.

Het aanbod voor problematisch opiaatgebruikers bestaat uit harm reduction-interventies en verschillende typen behandeling. Onderhoudsbehandeling met methadon wordt breed toegepast en is laagdrempelig. De gemiddelde dosering is over het algemeen (adequaat) hoog. Voor heroïnegebruikers die onvoldoende baat hebben bij methadon is ook, onder strikte voorwaarden, medisch verstrekte heroïne beschikbaar. Het middel buprenorfine staat in Nederland niet geregistreerd voor deze indicatie, maar wordt op beperkte schaal al toegepast, vooruitlopend op een verwachte registratie in de nabije toekomst. Twee andere nog niet genoemde voorbeelden van experimenteel aanbod aan opiaatverslaafden zijn de vermindering van terugval door cue exposure technieken in verslavingsklinieken en dialectische gedragstherapie voor vrouwelijke borderlinepatiënten met en zonder drugsproblemen. De dialectische gedragstherapie en cue exposure technieken zullen wegens gering succes waarschijnlijk niet meer worden toegepast.

Conclusie

Onderhoudsbehandeling met methadon wordt in Nederland op grote schaal toegepast en met buprenorfine weinig. Momenteel wordt aan ongeveer 700 opiaatverslaafden heroïne op medisch voorschrift verstrekt. Er is geen overzicht over de mate waarin verschillende andere behandelinterventies in ons land worden toegepast, maar een aantal lopende projecten probeert hier meer zicht op te krijgen.

8.6.3 Welke specifieke behandelingen zijn er voor welke groepen?

De in de reviewstudie van Rigter e.a. (2004) gepresenteerde ruwe schets van het aantal en de soort behandelingen in de verslavingszorg gaf aan dat destijds alle dertien instellingen voor verslavingszorg die reageerden op de enquête, een specifieke behandeling voor *dubbelediagnosepatiënten* hadden.[76] Dit strookt met de gegevens van Planije e.a. (2006) waaruit blijkt dat vrijwel alle instellingen voor verslavingszorg inmiddels ten minste één voorziening hebben voor behandeling van dubbelediagnosecliënten.[19] Dat wil niet zeggen dat er ook sprake is van een goed functionerende geïntegreerde behandeling (zie § 8.3.1.3).
Opvallend is allereerst dat de behandelingen voor *jongeren* in aantal en soort de afgelopen vijf jaar zijn toegenomen. Uit de recentere reviewstudie van Smit e.a. (2007) kwam naar voren dat alle ondervraagde instellingen voor verslavingszorg in Nederland al behandelingen speciaal voor jongeren aanboden.[38] Afgezien van de beide bestaande opnamevoorzieningen (Bauhuus en Mistral), waren in 2007 meer dan de helft van de verslavingszorginstellingen een aparte jeugdafdeling aan het voorbereiden. Ook justitiële jeugdinrichtingen bieden in toenemende mate behandeling voor jongeren aan of hebben een samenwerkingsverband met een verslavingszorginstelling opgericht. In 2007 bood het merendeel van de instellingen voor verslavingszorg de volgende interventies voor jongeren aan: eenmalige adviesgesprekken, motiverende gespreksvoering, leefstijltraining, gezinstherapie of cognitieve gedragstherapie voor adolescenten. Het specifieke aanbod voor de geïntegreerde behandeling voor jonge dubbelediagnosecliënten was relatief laag. Ook toepassing van behandeling in een woongemeenschap, het gebruik van behandeling gecombineerd met een beloningssysteem, zelfhulpgroepen, internetbehandeling en toepassing van multidimensionele gezinstherapie waren eveneens betrekkelijk zeldzaam.[38] Deze laatste therapie wordt momenteel in een onderzoek op effectiviteit (o.a. in de Nederlandse situatie) getest.

8.6.4 Wat is bekend over bereik, zorgbehoefte, gebruik en uitval?

Bereik. Er zijn weinig gegevens beschikbaar over het bereik van de verslavingszorg. Bereik is op te vatten als het aantal mensen dat hulp nodig heeft vanwege drugsgebruik en in de zorg is, gedeeld door het totaal aantal mensen dat hulp nodig heeft. Soms wordt ervan uitgegaan dat iedereen die voldoet aan een diagnose voor een drugsstoornis (bijvoorbeeld een DSM IV diagnose afhankelijkheid) hulp nodig heeft ('objectieve hulpbehoefte'). Deze hoeft lang niet altijd te stroken met de door drugsgebruikers zelf ervaren behoefte aan hulp, doordat ze bijvoorbeeld geen problemen zien of deze niet als relevant ervaren (subjectieve hulpbehoefte). De daadwerkelijke hulpvraag kan sterk achterblijven bij zowel de klinisch vastgestelde als zelfbeleefde zorgbehoefte.[76] Doorgaans wordt bij het bereik gekeken naar het aantal mensen dat volgens een 'objectieve' definitie als probleemgebruiker beschouwd kan worden.

Het aantal probleemgebruikers van harddrugs werd in 2001 voor Nederland geschat op 34.000 met een vrij grote marge van onzekerheid, namelijk van 23.800 tot 46.500.[75] In dat jaar stonden 19.500 cliënten met een primair of secundair opiaatprobleem bij de verslavingszorg geregistreerd, ofwel 57% van het aantal geschatte harddrugsverslaafden.[83] Ruim een derde (37%) was geregistreerd in methadonprogramma's. Bereik is hier echter gedefinieerd als 'het aandeel harddrugsverslaafden dat ingeschreven staat bij een *verslavingszorginstelling*'. Tegenwoordig zullen de meeste harddrugsverslaafden die niet in contact zijn met de verslavingszorg wel elders hulp ontvangen, bijvoorbeeld bij instellingen voor maatschappelijke opvang. In die zin is het bereik van de zorg dus groter. Recente gegevens over het probleemgebruik van andere drugs zijn niet bekend (§ 5.2). Daardoor is een berekening van het totale bereik van de verslavingszorg niet mogelijk. Een nieuwe schatting van het aantal probleemgebruikers van opiaten en cocaïne wordt in 2009 verwacht.

Zorggebruik. Zie ook § 5.4. Voor het in kaart brengen van het zorggebruik zijn via het LADIS gegevens beschikbaar voor de reguliere verslavingszorg. Het aantal drugsgebruikers dat hulp vraagt bij privéklinieken is onbekend. Hetzelfde geldt, zoals hierboven is genoemd, voor het aantal dat geen hulp vraagt maar eigenlijk wel hulp wil hebben. LADIS registreert gegevens voor de ambulante verslavingszorg, maar ook voor de verslavingsreclassering en de verslavingsklinieken die zijn gefuseerd met de ambulante verslavingszorg (dit zijn ze bijna allemaal). Voor 2006 bedraagt het totale aantal inschrijvingen voor problemen met illegale drugs 30.538 cliënten.84 Het aantal inschrijvingen voor opiaatproblemen daalt al geruime tijd. Dat voor cocaïneproblemen stabiliseert sinds 2005 en de inschrijvingen voor amfetamine en cannabis stijgen. Uit registratiegegevens van het LADIS blijkt dat van de patiënten in de ambulante verslavingszorg ongeveer de helft een 'draaideurcliënt' is, die enige tijd na het beëindigen van de behandeling in de verslavingszorg terugkomt met hetzelfde of een nieuw probleem.

Het Jaarbericht 2007 van de Nationale Drug Monitor (NDM), gebruik makend van de LADIS kerncijfers, rapporteerde dat per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder, het aantal cliënten in zorg met primair een cannabisprobleem steeg van 16 in 1994 naar 49 in 2004 (zie ook § 5.3).[75] Voor de helft was dit het enige drugprobleem. Het aantal primaire cocaïnecliënten per 100.000 inwoners steeg van 20 in 1994 naar 76 in 2004. Vervolgens daalde dit aantal licht naar 74 in 2005 en 72 in 2006. Voor ruim de helft gaat het hier om problemen met het roken van het zeer verslavende 'crack'. De meeste cocaïnecliënten hadden ook problemen met andere middelen, vooral alcohol. Van 1994 tot 2006 is het aantal opiaatverslaafden dat hulp vroeg behoudens een lichte schommeling niet veel veranderd. Na een lichte stijging van 1994 tot 1996, bleef het stabiel van 1997 tot 2000, om daarna even te stijgen (in 2001) en van 2002-2006 weer te dalen tot het laagste aantal in die periode. De aantallen per 100.000 inwoners werden niet gerapporteerd. De meeste opiaatcliënten hadden ook problemen met andere middelen, vooral cocaïne.

Het aantal primaire ecstasycliënten per 100.000 bedroeg in 2006 twee, aanzienlijk minder dus dan voor de andere drugs. Het aandeel van ecstasy in alle hulpvragen voor drugsproblematiek bleef de afgelopen jaren gering, minder dan 1%. Meer dan 80% van deze cliënten hadden ook problemen met andere middelen, 36% met cocaïne of crack, 24% met cannabis, 20% met amfetaminen en 16% met alcohol.

Conclusie

Een conclusie over het totale bereik van de verslavingszorg is niet mogelijk omdat gegevens over de totale omvang van het probleemgebruik van drugs ontbreken. Het aantal problematische opiaatgebruikers is wel bekend, evenals het aantal personen dat wegens een opiaatverslaving bij de verslavingszorg staat ingeschreven. Hieruit blijkt dat 57% van het aantal geschatte harddrugsverslaafden onder behandeling is bij de verslavingszorg. Hier moet worden opgemerkt dat het aantal harddrugsverslaafden dat in contact is met de

hulpverlening wel substantieel hoger ligt, dankzij onder meer de intensieve bemoeizorgprojecten, maar dat bijvoorbeeld maatschappelijke opvang en dagbestedingsprojecten niet in de LADIS-registratie worden meegenomen.

8.6.5 Wat is bekend over de kwaliteit van behandelingen?

Richtlijnen. Resultaten Scoren is het sinds 1999 door het Ministerie van VWS gefinancierde programma gericht op innovatie en kwaliteitsverbetering binnen de verslavingszorg. De nadruk van Resultaten Scoren ligt op verbetering van medische behandeling en zorg, op het ontwikkelen van richtlijnen en protocollen en op het initiëren van nieuwe beroepsopleidingen voor professionals in de verslavingszorg. Hoewel het onduidelijk is in hoeverre richtlijnen worden gevolgd kunnen zij bijdragen aan de kwaliteit van de verslavingszorg door het standaardiseren van het aanbod.

Een voor de kwaliteit van de verslavingszorg belangrijke richtlijn is de Richtlijn Opiaatvervangende Behandeling (RIOB), belangrijk omdat het een grote groep patiënten betreft voor wie de gangbare behandelwijze voorheen als kwalitatief inferieur werd beschouwd, enkele goed georganiseerde behandelunits buiten beschouwing latend.

In de nabije toekomst zal de RIOB worden geactualiseerd met onder andere specificaties van diagnosestelling en behandeling van alcoholproblemen en psychiatrische problemen onder cliënten, met een beschrijving van de functie en inhoud van psychosociale rehabilitatie en medische heroïneverstrekking. Ten slotte zullen prestatie-indicatoren worden ontwikkeld om monitoring mogelijk te maken van methadon-onderhoudsbehandeling.[58]

In 2004 werd eveneens in opdracht van Resultaten Scoren de Richtlijn Detox gepubliceerd die handreikingen biedt voor verantwoord ontgiften van cliënten.[86] Een literatuurstudie vormde mede de basis voor deze richtlijn. Het twee tot drie weken durende medisch-biologische proces van ontgifting wordt hierin beschreven, maar ook standaarden voor behandeling, de taakverdeling tussen arts en verpleegkundige en wat er in een patiëntdossier moet worden geregistreerd. Hoewel het onduidelijk is in hoeverre richtlijnen worden gevolgd, kunnen zij bijdragen aan de kwaliteit van de verslavingszorg door het standaardiseren van het aanbod.

Benchmarking is vaak het op een tevoren vastgestelde manier (en liefst voor iedere belanghebbende waarneembaar) meten van organisatiekenmerken en de resultaten van het werk binnen die organisatie. De resultaten worden vergeleken met die van andere instellingen. Deze informatie wordt vervolgens gebruikt voor een leerproces dat ertoe moet leiden dat de organisatie van de zorg (en dus ook de resultaten) wordt verbeterd. Benchmarking wordt vanaf 1999 in de verslavingszorg ingezet als onderdeel van het programma Resultaten Scoren (zie hoofdstuk 13). Na enkele voorstudies werd benchmarking ingevoerd bij Intramurale Motivatie Centra (IMC's) en bij de invoering van de door Resultaten Scoren nieuw ontwikkelde leefstijltrainingen. Er werd een literatuurstudie uitgevoerd naar de effectiviteit van benchmarking in de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg. De bedoeling was dat de resultaten van benchmarking worden teruggekoppeld naar de professionals met als doel de door hen verzorgde behandelingen en zorg indien nodig te verbeteren.

In het project *OutcomeBench* verzamelden vier instellingen gegevens over de gang van zaken bij leefstijltrainingen en detoxificatie en daarop volgende kortdurende klinische behandeling. In diverse rapporten werden de uitkomsten van deze trainingen beschreven.[80] In een tweede werden factoren beschreven die de invoering van benchmarking belemmeren of bevorderen.[31] Ten slotte is op grond van deze kennis een handboek geschreven over hoe een benchmark dient te worden opgezet.[87]

Prestatie-indicatoren. Een vergelijkbare ontwikkeling is waarneembaar in de gehele gezondheidszorg. Om de kwaliteit van zorg en uitkomsten van zorg meetbaar en zichtbaar te maken, werd in 2006 een set prestatie-indicatoren gepubliceerd voor de geestelijke gezondheidszorg inclusief de verslavingszorg.[88] Grofweg komen de volgende onderwerpen in deze set aan bod: effectiviteit van hulp en zorg (bereik, veranderingen in problemen van cliënten, uitval, nazorg en het zich houden aan professionele richtlijnen), veiligheid (schadelijke combinaties van medicijnen, informatie over bijwerkingen, incidenten, zelfmoord) en klantgerichtheid (wachtlijsten, toegankelijkheid, toestemming van klanten vragen, feedback geven aan cliënten, keuzevrijheid van cliënten). De set met prestatie-indicatoren wordt beschouwd als een ontwikkelingstraject voor de komende jaren. De set zal in de loop der tijd moeten worden aangepast en verbeterd. Een eerste revisie werd al gepubliceerd.[89] Instellingen worden geacht jaarlijks de vragenlijst behorend bij de indicatorenset in te vullen. Prestatie-indicatoren worden verondersteld van belang te zijn voor alle betrokkenen: voor de inspectie, de ziekteverzekeringsmaatschappijen,

de professionals en ook voor de cliënten die straks beter kunnen kiezen op grond van informatie over beschikbare kwaliteitsscores. Dit zou een impuls moeten zijn voor verbetering voor instellingen die in vergelijking met andere slecht uit de bus komen.

Implementatiecentra. Om een impuls te geven aan de kwaliteitsverbetering in de behandeling van patiënten met een dubbele diagnose, is een landelijk implementatiecentrum dubbele diagnose opgericht, ondergebracht bij het Trimbos-instituut. Van daaruit zijn verschillende behandelrichtlijnen opgesteld, onder andere over verslaving en depressie, cocaïnegebruik en schizofrenie, verslaving en angststoornissen. Het Doorbraakproject Dubbele Diagnose implementeert in zeven regio's de richtlijn Dubbele Diagnose. Behandelaars in deze regio's gaan langzamerhand meer conform deze richtlijn werken. Alle deelnemende instellingen zijn nu bezig met het integreren van de dubbelediagnosebehandeling in het bestaande behandelprogramma. Gaandeweg komt er een betere samenwerking tussen de verslavingszorg en de GGZ tot stand.

Conclusie

De kwaliteit van behandelingen en zorg zoals deze vroeger in de verslavingszorg plaatsvond, had niet het niveau dat wenselijk was. De achteruitgang van methadonbehandeling is één voorbeeld omdat hierover kritisch werd gerapporteerd. Er is vooralsnog geen reden aan te nemen dat dit voorheen met andere behandelingen beter gesteld was. Dit inzicht was ook een belangrijke reden voor het starten van het programma Resultaten Scoren. De afgelopen tien jaar worden zowel voor de verslavingszorg als geheel als voor specifieke behandelingen, steeds meer activiteiten ondernomen om de kwaliteit van het werk en de resultaten te verbeteren. Algemeen wordt aangenomen dat dit leerproces tijd nodig heeft om tot substantieel betere resultaten te komen.

8.7 Enkele lacunes in informatie

Momenteel bestaan er nog veel verschillen in indicatiecriteria, in beoogde doelen voor behandeling of zorg, in doelgroepen en in de inhoud en intensiteit van de behandeling (zie § 13.6.1). Daardoor is het niet goed mogelijk een schatting te maken van de noodzakelijke capaciteit van deze voorzieningen en van de behoefte aan opleiding voor professionals. Ook effect- en kosten-effectiviteitsonderzoek is daardoor niet mogelijk.

Een goed overzicht van de aangeboden zorg en de effecten ervan ontbreekt, en is evenmin uit de LADIS-gegevens te halen. Een eerste aanzet tot verbetering hiervan is het door Resultaten Scoren gestarte landelijke onderzoek naar de beschrijving en normering van behandelingen in de verslavingszorg met speciale aandacht voor residentiële jeugdvoorzieningen. Ook heeft Resultaten Scoren een onderhoudsschema ontworpen om periodiek de bruikbaarheid van de geïmplementeerde interventies te kunnen toetsen en waar nodig te actualiseren.[90;91]

Sommige richtlijnen en protocollen blijken inmiddels achterhaald en dienen geactualiseerd te worden. Er bestaan nog geen structurele voorzieningen om deze lacunes op te heffen. Het is bij richtlijnen en monitors belangrijk dat de continuïteit van deze inspanningen wordt gewaarborgd, omdat anders het resultaat veroudert of hiaten gaat vertonen. Behalve het gevaar van veroudering, kunnen essentiële gegevens ontbreken, nog van onvoldoende kwaliteit zijn of kan nieuwe evidentie gepubliceerd zijn.

8.8 Eindconclusies

De Nederlandse verslavingszorg biedt een combinatie van cure (op abstinentie gerichte behandeling) en care (zorg gericht op stabilisatie van de problematiek). De centrale doelstelling uit de Drugsnota 1995, een 'beheersing van de uit drugsgebruik voortvloeiende gemeenschaps- en individuele risico's', lijkt met dit aanbod redelijk te worden gehaald. De omvang van de harddrugsproblematiek in Nederland is in vergelijking met een aantal andere Europese landen relatief beperkt gebleven. De groep harddrugsgebruikers is redelijk goed in beeld mede dankzij een laagdrempelige en toegankelijke hulpverlening. Ook is de gezondheid van problematisch harddrugsgebruikers relatief goed en blijft de sterfte aan overdosis en de omvang van drugsgerelateerde infectieziekten in internationaal perspectief beperkt. In deze opzichten is het Nederlandse drugsbeleid dus relatief succesvol.

Beoogde aanpak en resultaten

In de beoogde aanpak heeft een verbreding van het pakket centraal gestaan, zodanig dat er een passend en in-

tegraal traject voor iedere individuele drugsverslaafde kon worden samengesteld. Die aanpak is gerealiseerd. Er heeft zowel op het gebied van cure als van care een uitbreiding van het aanbod plaatsgevonden. Omdat de omvang van de groep drugsverslaafden in zijn totaliteit (inclusief cannabis, cocaïne en andere middelen) niet bekend is, blijft het onduidelijk of de capaciteit van het aanbod voldoet. Uit de (beperkte en gedateerde) gegevens die er zijn uit de wachtlijstregistratie lijkt het aanbod redelijk te voldoen aan de hulpvraag. Kenmerkend voor drugsgebruikers is echter dat een hulpvraag nogal eens ontbreekt. Er zijn wel consistente aanwijzingen dat het aanbod voor de dubbelediagnosepatiënten te beperkt is en de begeleiding in nazorgtrajecten eveneens te gering. Een tweede beperking is dat er geen overzicht is van het aanbod voor kwetsbare groepen zoals allochtonen. Ook de omvang van de problematiek in kwetsbare groepen is onbekend.

Een zeer forse impuls aan de zorg voor de meest problematische groep drugsverslaafden is recent gegeven met de uitvoering van het Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang, dat sinds 2006 in de G4 wordt uitgevoerd en binnenkort ook in de andere centrumgemeenten van start zal gaan. Dit Plan van Aanpak voorziet in een integraal zorgpakket voor (dreigend) daklozen, onder wie veel drugsgebruikers, en is een mooi voorbeeld van het 'zorg op maat'-principe. Dankzij deze maatregelen lijkt er een reductie op te treden van de overlast in de grote steden.

- *Het aanbod*

Door zorgvernieuwing en kwaliteitsverbetering van de verslavingszorg is een kwalitatief goed en toegankelijk aanbod gerealiseerd. De sector is meer veranderingsgezind geworden, de producten van het programma Resultaten Scoren (o.a. handreikingen, richtlijnen en protocollen voor diverse behandelingen, inclusief detoxificatie en onderhoudsbehandeling, zijn breed bekend en de implementatie ervan wordt ondersteund. De toegankelijkheid van het aanbod is verbeterd door het behandelaanbod doelgroepspecifiek te maken. Daarmee wordt aangesloten bij de (on)mogelijkheden van verschillende patiëntengroepen. Opiaatverslaafden die onvoldoende baat hebben bij methadonbehandeling kunnen in aanmerking komen voor een behandeling met heroïne. Deze behandeling wordt slechts in een beperkt aantal landen toegepast en Nederland loopt hiermee voorop in internationaal verband. Patiënten met psychiatrische comorbiditeit hebben de mogelijkheid om in een kliniek voor dubbele diagnose behandeld te worden. Internetbehandelingen (nog voornamelijk gericht op cannabisproblemen) bereiken groepen patiënten die eerder niet bereikt werden. Hetzelfde kan gezegd worden over het toenemende aantal privéklinieken voor behandeling van verslaving. Ten slotte lijkt er de laatste jaren minder aandacht te zijn voor verslavingsproblemen bij culturele minderheden. Er is daarentegen veel meer aandacht gekomen voor hulp aan jongeren met drugsproblemen en voor drugsgebruik onder licht verstandelijk gehandicapten.

De betere samenwerking en afstemming tussen verschillende vormen van hulp en zorg draagt bij aan 'zorg op maat'. De diversiteit van het aanbod aan specifieke interventies is de laatste decennia groter geworden (zeker in vergelijking met de meeste andere landen) en lijkt aan de eisen van een gedifferentieerd aanbod te voldoen. Binnen de grote regionale instellingen kan in principe beter dan voorheen gekozen worden uit een scala van interventies. Dit vergemakkelijkt ook het werken volgens het stepped care-systeem waarbij in geval van onduidelijkheid over de situatie van de cliënt, begonnen wordt met (goedkopere) lichte interventies. Bij geen resultaat kan vervolgens worden overgestapt naar een intensiever type, enzovoort. Een gedifferentieerd hulpaanbod maakt het beter mogelijk om individuele zorgtrajecten op te stellen waarbij begin- en eindtermen worden geformuleerd, opdat controle mogelijk is of de gewenste resultaten gehaald worden. Dit vereist samenwerking tussen verschillende voorzieningen, binnen en buiten de verslavingszorg. Het vereist ook cliëntgerichte coördinatie van activiteiten en een systematische cliëntregistratie voor een goede overdracht van cliëntgegevens.

De beleidsmatige samenwerking binnen en tussen instellingen voor verslavingszorg en met andere voorzieningen (justitie, gemeenten, zorgkantoren, politie, arbeidsorganisaties) lijkt echter nog steeds tekort te schieten. Mogelijk heeft dit te maken met onduidelijke omschrijving en reglementering van taken, rollen en verantwoordelijkheden in verband met het verzorgen van hulp aan verslaafden met complexe problemen. Ook binnen de instellingen blijkt nog te veel hulp verleend te worden waarvan de merites niet duidelijk zijn. Dit geldt ook voor voorzieningen voor cliënten met zowel verslavings- als psychiatrische problemen (dubbelediagnosecliënten). Wel zijn er door het overheidsbeleid gesteunde initiatieven die verbetering nastreven, maar deze zijn vaak kleinschalig of experimenteel en het is niet duidelijk in hoeverre deze kunnen worden gecontinueerd. Voorbeelden zijn het project OutcomeBench, het werken met intensieve hulpvormen zoals Assertive Community Treatment en de Community Reinforcement Approach. Ten slotte speelt mogelijk ook de financieringsstructuur een belemmerende rol.

- *Capaciteit*

Er zijn geen aparte cijfers over de effectiviteit van de Nederlandse verslavingszorg. Er vinden niet langer specifieke registraties plaats van wachtlijsten in de verslavingszorg waardoor het antwoord ontbreekt op de vraag in hoe-

verre wachtlijsten de toegankelijkheid van de zorg beperken. Op basis van een WHO-onderzoek uitgevoerd tussen 2001 en 2005 zijn er wel enkele globale conclusies te trekken over de effectiviteit van de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg samen.[43] Het onderzoek heeft betrekking op alle zorgvormen in de eerste en tweede lijn. Hieruit blijkt dat de helft van de volwassenen in Nederland met een ernstige angst-, stemmings- of verslavingsstoornis hiervoor zorg ontvangt. Bijna alle volwassenen met een ernstige angst-, stemmings- of verslavingsstoornis die in de zorg is, ontvangt ten minste één vervolgcontact. De geboden zorg voor deze groep voldoet in 67% van de behandelingen aan enkele minimale eisen van adequaatheid. Vergeleken met de ons omringende landen (Duitsland, België, Frankrijk en Spanje) scoort Nederland op deze items gemiddeld tot beter.[43]

Hoewel het niet bewezen is, lijkt het erop dat een groot deel van de problematische harddrugsgebruikers op een of andere wijze in contact staat met de hulpverlening.[92;93]

- *Kwaliteitsverbetering*

Behandelingen zijn meer op wetenschappelijke resultaten gebaseerd (evidence-based). De twee ZonMw-programma's en vooral ook Resultaten Scoren hebben veel reviewstudies en andere onderzoekspublicaties gerealiseerd die niet alleen inzicht bieden in de werkzaamheid en effectiviteit van interventies, maar ook in hoe deze te implementeren. Het in 1999 gestarte en door VWS gefinancierde meerjarige programma Resultaten Scoren heeft zorg gedragen voor een substantiële kwaliteitsimpuls in de Nederlandse verslavingszorg. De leefstijltrainingen werden ontworpen en zijn inmiddels tamelijk breed ingevoerd. Er zijn veel richtlijnen en protocollen ontworpen die beogen een voldoende kwaliteit te waarborgen door het hele land. Door benchmarking en de invoering van prestatie-indicatoren krijgt de sector terugkoppeling over de eigen prestaties. Door het oprichten van implementatiecentra wordt de invoer van evidence-based behandelingen ondersteund.

Referenties

1. T.K.24077-3.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1994-1995 publicatienummer 24077 nr.3 (1995). *Drugbeleid; Nota 'Het Nederlandse drugbeleid: continuïteit en verandering'*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
2. T.K.14417-2.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1976-1977 publicatienummer 14417 nr.2 (1976). *Uitgangspunten voor een beleid inzake de hulpverlening aan drugverslaafden; nota.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
3. Ten Have, M., Bijl, R.V. (1998). Veranderingen in GGZ-bereik: de patiënten/cliëntenpopulaties in de periode 1986-1996. *MGv: Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 53(3): 227-239.
4. Gezondheidsraad (2002). Medicamenteuze interventies bij drugverslaving. Den Haag: Gezondheidsraad.
5. Van Gageldonk, A., De Zwart, W., Van der Stel, J., Donker, M. (1997). *De Nederlandse verslavingszorg: overzicht van de kennis over aanbod, vraag en effect.* Utrecht: Trimbos-instituut.
6. Hilderink, I., Van 't Land, H. (2008). *GGZ in tabellen 2007.* Utrecht: Trimbos Instituut.
7. T.K.29660-1-2.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2003-2004 publicatienummer 29660 nrs.1-2 (2004). *Zorg voor verslaafden*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
8. T.K.22684-12.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1993-1994 publicatienummer 22684 nr.12 (1993). *Verslavingsproblematiek.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
9. Kroon, H. (1996). *Groeiende zorg. Ontwikkeling van case management in de zorg voor chronisch psychiatrische patiënten.* Utrecht: NcGv.
10. Roeg, D.P., Van De Goor, I.A., Garretsen, H.F. (2007). European approach to assertive outreach for substance users: assessment of program components. *Subst Use Misuse,* 42(11): 1705-1721.
11. Henskens, R.H.M. (2004). *Grab and hold: randomized controlled trial of the effectiveness of an outreach treatment program for chronic, high-risk crack abusers*. Rotterdam: Municipal Health Service.
12. Roeg, D., van, d.G., I, Garretsen, H. (2008). Towards structural quality indicators for intensive community-based care programmes for substance abusers. *Community Ment.Health J*, 44(6): 405-415.
13. Roeg, D.P.K., Van de Goor, I.A.M., Garretsen, H.F.L. (2008). Characterizing intensive community-based care: Use, reliability and factor structure of a generic measure. *Mental Health and Substance Use: Dual Diagnosis*, 1(2): 158-171.
14. Roeg, D. (2007). *Measurement of progam characteristics of intensive community-based care for persons with complex addiction problems*. Tilburg: Universiteit van Tilburg.
15. Oliemeulen, L., Van der Poel, A. (2008). *Verslag: Nazorg aan verslaafden door de verslavingszorg*. Rotterdam: IVO.
16. Meeuwissen, J.A.C., Kroon, H. (2000). *Kenmerken van dubbele-diagnosecliënten: resultaten van een vragenlijstenstudie.* Utrecht: Trimbos-instituut.
17. Knapen, L., Van Gogh, M., Carpentier, P., Verbrugge, C., De Jong, C.A.J. (2007). *Niet met methadon alleen: een klinisch epidemiologisch onderzoek naar psychiatrische comorbiditeit en comorbide verslaving bij opiaatafhankelijke patiënten in een ambulante methadonbehandeling.* Sint-Oedenrode: Novadic-Kentron.
18. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (1993). *Nota inzake het beleid gericht op het verminderen van de door verslaafden veroorzaakte overlast.* Den Haag: WVC.
19. Planije, M., Van Rooijen, S., Kroon, H. (2006). *Inventarisatie van het zorgaanbod voor dubbelediagnosecliënten in de GGZ en verslavingszorg in Nederland: publicatie in het kader van de Monitor Langdurige GGz*. Utrecht: Trimbos-instituut.
20. Drake, R.E., O'Neal, E.L., Wallach, M.A. (2008). A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *J Subst Abuse Treat.*, 34(1): 123-138.
21. Kroon, H. (2005). Geïntegreerde dubbele diagnose behandeling in ACT-teams. In: C.L. Mulder, H. Kroon (red.). *Assertive community treatment,* Nijmegen: Cure & Care Publishers.
22. Roozen, H.G., Boulogne, J.J., van Tulder, M.W., Van den Brink, W., De Jong, C.A., Kerkhof, A.J. (2004). A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction. *Drug Alcohol Depend*, 74(1): 1-13.
23. Craig, T.K.J., Johnson, S., McCrone, P., Afuwape, S., Hughes, E., Gourney, K., White, I., Wanigaratne, S., Leese, M., Thornicroft, G. (2008). Integrated care for co-occuring disorders: Psychiatric symptoms, social functioning, and service costs at 18 months. *Psychiatric Services*, 59(3): 276-282.
24. Drake, R.E., Teague, G.B., Warren, S.R. (1990). Dual diagnosis: The New Hampshire program. *Addiction and Recovery*, 10(35-39.
25. Van Rooijen, S., Van Wamel, A., Kroon, H. (2007). *Implementatie van geïntegreerde dubbele diagnose behandeling.* Utrecht: Trimbos-instituut.

26. De Jonge, J., Van den Brink, J., Mensink, S. (2008). Behandeling van schizofrenie patiënten die middelen gebruiken. *Verslaving*, 4(1): 38-49.
27. Rijk, Vier grote steden (2006). *Plan van aanpak Maatschappelijke Opvang.* Den Haag: Ministerie van VWS.
28. G4 (2007). *Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang Rotterdam, Amsterdam, Den Haag, Utrecht en Rijk: factsheet*. Rotterdam: G4.
29. Maas, M., Planije, M. (2009). *Monitor Plan van Aanpak Matschappelijke Opvang: rapportage 2008: Amsterdam, Den Haag, Utrecht en Rotterdam.* Utrecht: Trimbos-instituut.
30. Planije, M., Rensen, P. (2008). *Monitor Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang: rapportage 2007: Amsterdam, Rotterdam, Utrecht en Den Haag*. Utrecht: Trimbos-instituut.
31. Schramade, M.H. (2005). *Benchmarking in de (geestelijke) gezondheidszorg en de verslavingszorg: ambitie en uitvoerbaarheid.* Utrecht: GGZ Nederland.
32. De Weert-Van Oene, G.H., Verbrugge, C., De Jong, C. (2008). *Benchmark Intramurale Motivatie Centra: Jaarrapportage 2007*. Nijmegen: NISPA.
33. Strijker, J., Boersma, C.J., Zandberg, T.J. (2001). *Jong en verslaafd. Onderzoek naar nut en effect van intersectorale behandeling voor verslaafde jongeren in het Bauhuus.* Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
34. Hendriks, V.M., Van den Brink, W., Blanken, P., Van Ree, J.M. (2000). Onderzoek naar heroïne op medische voorschrift. *Epidemiologisch Bulletin,* 35(1): 13-19.
35. T.K.17867-8.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1983-1984 publicatienummer 17867 nr.8 (1984). *Drugbeleid; Heroïneverstrekking*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
36. Van den Brink, W., Hendriks, V.M., Van Ree, J.M. (1999). Medical co-prescription of heroin to chronic, treatment-resistant methadone patients in the Netherlands. *Journal of Drug Issues*, 29(587-608.
37. T.K.24077-227.Tweede Kamer der Staten Generaal vergaderjaar 2008-2009 publicatienummer 24077 nr.227 (2009). *Drugbeleid; Verslag schriftelijk overleg inzake de verslavingszorg* (Kamerstuk 24077, nr. 224). Den Haag: Sdu Uitgevers.
38. Smit, E., Verdurmen, J., Monshouwer, K., Bolier, L. (2007). *Jongeren en verslaving: de effectiviteit van behandelinterventies voor jongeren: een literatuurstudie en een inventarisatie van behandelaanbod in Nederland.* Amersfoort: GGZ Nederland.
39. Ivens, Y., Wittenberg, S. (2008). *Cannabisbehandeling bij jongeren en jongvolwassenen (CB-J): richtlijn en protocol voor de behandelaar.* Amersfoort/Amsterdam: GGZ Nederland/Jellinek Mentrum.
40. Ivens, Y. (2008). *Verander je cannabisgebruik: werkboek.* Amersfoort: GGZ Nederland.
41. Braam, R.V., Verbraeck, H., Van de Wijngaart, G.F. (1998). *Allochtonen en verslaving: inventarisatie van de aard en omvang van de verslavingsproblematiek onder allochtonen in Nederland en over de werkwijzen en knelpunten in de zorg voor allochtone verslaafden.* Utrecht: CVO.
42. Tjaden, B.R., Spoek, A.M., Koeter, M.W.J., Van den Brink, W. (2003). Allochtonen en autochtonen in de klinische verslavingszorg: acceptatie van het behandelaanbod en vroegtijdige beëindiging van de behandeling. MGv: *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 58(5): 461-471.
43. Westert, G.P., Van den Berg, M.J., Koolman, X., Verkleij, H. (2008). *Zorgbalans 2008: de prestaties van de Nederlandse gezondeidszorg*. Bilthoven: RIVM.
44. Stichting IVZ (2005). *Allochtonen in de ambulante verslavingszorg in Nederland (1996-2004)*. Ladis Bulletin, December 2005.
45. Eland, A., Rigter, H. (2001). *Allochtonen en verslavingszorg*. Utrecht: Trimbos-instituut.
46. Ling, W., Smith, D. (2002). Buprenorphine: blending practice and research. *J Subst Abuse Treat.*, 23(2): 87-92.
47. Driessen, F.M.H.M. (1990). *Methadonverstrekking in Nederland: verslag van een inventarisatieonderzoek onder alle methadonverstrekkende instellingen in Nederland, uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur*. Utrecht: Bureau Driessen, Sociaal Wetenschappelijk Onderzoek en Advies.
48. Driessen, F.M.H.M. (1992). *Methadoncliënten in Nederland: verslag van een onderzoek onder methadoncliënten in Nederland, uitgezonderd de vier grote steden, uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur*. Utrecht: Bureau Driessen.
49. Driessen, F.M.H.M., Van der Wal, H.J. (1993). Methadonverstrekking in Nederland. *Tijdschrift voor Alcohol, Drugs en andere Psychotrope Stoffen*, 19(3): 133-144.
50. Driessen, F.M.H.M., Völker, B.G.M., Kregting, J. (1999). *De ontwikkeling van de situatie van methadoncliënten gedurende twee jaar.* Utrecht: Bureau Driessen.
51. Caplehorn, J.R., Dalton, M.S., Haldar, F., Petrenas, A.M., Nisbet, J.G. (1996). Methadone maintenance and addicts' risk of fatal heroin overdose. *Subst Use Misuse*, 31(2): 177-196.
52. Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Versino, E., Lemma, P. (2003). Methadone maintenance at different dosages for opioid dependence. *Cochrane Database Syst.Rev*, 3(CD002208

53. Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) (2005). *Behandeling met methadon: het kan en moet beter*. Den Haag: IGZ.
54. Loth, C., Schippers, G., 't Hart, H. (2003). Methadonverstrekking in Nederland aan het begin van een nieuw eeuw: verloedering van een verpleegkundige praktijk. *MGv: Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 58(12): 1111-1123.
55. Loth C.A. (2003). *Professionele verpleegkundige begeleiding van chronische drugsverslaafde cliënten in de ambulante verslavingszorg: werkdocumenten op weg naar een geïntegreerd zorgaanbod voor moeilijk te bereiken cliëntengroep*. Den Haag: ZonMw.
56. Loth C.A. (2003). *Methadonverstrekking vanuit ambulante verslavingsinstellingen: een model voor diagnosticeren van de problemen, het invoeren van verschillende innovaties en de hierbij behorende evaluatiecriteria*. Den Haag: ZonMw.
57. Loth, C., Oliemeulen, L., De Jong, C.A.J. (2005). *Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling (RIOB)*. Amersfoort: GGZ Nederland.
58. Wits, E., Loth, C., Van de Mheen, D., De Jong, C. (2008). *Ondersteuning landelijke implementatie Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling. Eindrapport.* Rotterdam/Nijmegen: IVO/NISPA.
59. Ministerie van Volksgezondheid, W.e.S.V. (2008). *Extra geld voor methadonpatiënten [Press Release]*. The Hague: Ministry of Health, Welfare and Sport.
60. Davids, E., Gastpar, M. (2004). Buprenorphine in the treatment of opioid dependence. *Eur.Neuropsychopharmacol.,* 14(3): 209-216.
61. Verster, A., Buning, E. (2005). *Buprenorphine: critical questions examined*. Amsterdam: Euro-Methwork.
62. Dijkhuizen, L., Blanken, P., Van der Schee, E., Hendriks, V. (2008). *Cannabisgebruik en hulpverlening*. Den Haag: Parnassia Addiction Research Centre (PARC).
63. DeFuentes-Merillas, L., De Jong, C.A.J. (2008). *Is belonen effectief? Community Reinforcement Approach + Vouchers: resultaten van een gerandomiseerde, multi-centre studie.* Nijmegen: NISPA.
64. T.K.24077-224.Tweede Kamer der Staten Generaal vergaderjaar 2007-2008 publicatienummer 24077 nr.224 (2008). *Drugbeleid. Brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
65. Ferri, M., Amato, L., Davoli, M. (2006). Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst.Rev,* 3(CD005032
66. Geelen, K. (2003). *Zelfhulp: literatuurstudie over de waarde van zelfhulpgroepen en 12 stappenprogramma's*. Utrecht: GGZ Nederland.
67. Muusse, C., Henskens, R., Van Rooijen, S. (2008). *Zelfhulpgroepen en de verslavingszorg: Stand van zaken 2007 en een vergelijking met 2004*. Utrecht: Trimbos Institute.
68. Muusse, C., Henskens, R., Van Roijen, S. (2008). Zelfhulp en de verslavingszorg: op weg naar meer contact. *Verslaving: tijdschrift over verslavingsproblematiek*, 4: 57-66.
69. Gezondheidsraad (2002). Behandeling van drugverslaafde gedetineerden. Den Haag: Gezondheidsraad.
70. Dolan, K., Wodak, A. (1996). An international review of methadone provision in prisons. *Addiction Research*, 4(85-97.
71. Pearson, F.S., Lipton, D.S. (1999). A meta-analytic review of the effectiveness of corrections-based treatments for drug abuse. *The Prison Journal,* 79: 384-410.
72. T.K.24077-176.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2005-2006 publicatienummer 24077 nr.176 (2005). *Drugbeleid; Voortgangsrapportage over de verslavingszorg*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
73. Van Hoof, F., Fotiadis, L., Vijselaar, J., Hasker, J. (2008). *Trendrapportage GGZ 2008: deel 1: organisatie, structuur en financiering: basisanalyse*. Utrecht: Trimbos-instituut.
74. T.K.29660-6.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2005-2006 publicatienummer 29660 nr.6 (2006). *Zorg voor verslaafden; Rapport Terugblik 2006*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
75. Van Laar, M., Cruts, A.A.N., Verdurmen, J.E.E., Van Ooyen-Houben, M.M.J., Meijer, R.F. (2008). *Nationale Drug Monitor: jaarbericht 2007*. Utrecht: Trimbos-instituut.
76. Rigter, H., Van Gageldonk, A., Ketelaars, T., Van Laar, M. (2004). Hulp bij probleemgebruik van drugs: stand van wetenschap voor behandelingen en andere interventies, 2004. Utrecht: Trimbos-instituut.
77. Van Gageldonk, A., Ketelaars, T., Van Laar, M. (2006). *Hulp bij probleemgebruik van drugs: evidentie voor werkzaamheid of effectiviteit van interventies in de verslavingszorg: actualisering van de NDM achtergrondstudie uit 2004*. Utrecht: Trimbos-instituut.
78. Roozen, H.G., de Waart R., van der Windt, D.A., Van den Brink, W., De Jong, C.A., Kerkhof, A.J. (2006). A systematic review of the effectiveness of naltrexone in the maintenance treatment of opioid and alcohol dependence. *Eur.Neuropsychopharmacol.*, 16(5): 311-323.
79. Dijkgraaf, M.G., Van der Zanden, B.P., de Borgie, C.A., Blanken, P., Van Ree, J.M., Van Den, B.W. (2005). Cost utility analysis of co-prescribed heroin compared with methadone maintenance treatment in heroin addicts in two randomised trials. *BMJ*, 330(7503): 1297-1303.

80. Oudejans, S., Schippers, G., Spits, M. (2008). *Benchmark Leefstijltraining in de Verslavingszorg. Rapportage nr.5*. Amsterdam: Amsterdam Institue for Addiction Research (AIAR).
81. Hser, Y.I., Hoffman, V., Grella, C.E., Anglin, M.D. (2001). A 33-year follow-up of narcotics addicts. *Arch.Gen.Psychiatry*, 58(5): 503-508.
82. Van den Brink, W., Haasen, C. (2007). Evidence-absed treatment of opioid-dependent patients. Canadian Journal of Psychiatry, 51(10): 635-646.
83. Ouwehand, A.W., Mol, A., Boonzajer Flaes, S. (2003). *Kerncijfers verslavingszorg 2001: Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem [LADIS]*. Houten: IVZ.
84. Ouwehand, A.W., Kuijpers, W.G.T., Wisselink, D.J., Van Delden, E.B. (2007). *Kerncijfers Verslavingszorg 2006: Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS)*. Houten: IVZ.
85. Loth, C., Schippers, GM., 't Hart, Van de Wijngaart, G. (2007). Enhancing the quality of nursing in methadone substitute clinics using action research: a process evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 57(4): 422-431.
86. De Jong, C.A.J., Van Hoek, A.F.M., Jongerhuis, M. (2004). *Richtlijn detox. Verantwoord ontgiften door ambulante of intramurale detoxificatie*. Utrecht: GGZ Nederland.
87. Oudejans, S., Schippers, GM. (2006). *Handboek Benchmark Leefstijl Training Verslavingszorg.* Amersfoort: GGZ Nederland.
88. GGZ Nederland, Zorgverzekeraars Nederland, Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) (2006). *Prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg: basisset*. Utrecht: GGZ Nederland.
89. Van Ham, M., Luijsterburg, J., Brouwers, E. (2008). *Evaluatiestudie Basisset prestatie-indicatoren voor de Geestelijke gezondheidszorg en Verslavingszorg. Verslagjaar 2006.* Tilburg: University of Tilburg, TRANZO.
90. Mulder, E., Schippers, G.M. (2008). Resultaten Scoren: professionalisering in de verslavingszorg. In: J. Havenaar, P. Van Splunteren, J. Wenink (red.). *Koersen op kwaliteit in de GGZ*, p. 108-122. Assen: Van Gorcum.
91. GGZ Nederland (2009). *Werkprogramma Resultaten Scoren 2008-2009: naar een nieuwe toekomst en nieuwe structuur.* Amersfoort: GGZ Nederland.
92. Stoele, M.T.M., Rademaker, C., Coumans, A.M., Knibbe, R.A. (2004). *Quick Scan: behoeften van daklozen en druggebruikers en aansluiting van voorzieningen in Heerlen*. Rotterdam: IVO.
93. Van Brussel, G.H.A., Buster, M.C.A. (2005). *OGGZ monitor Amsterdam '02'03'04: inclusief de jaarcijfers over problematische opiaatverslaafden en uitgaansdrugsongevallen.* Amsterdam: GG&GD.
94. Langelaan,M. (2008). De kater van de nazorg. *Psy* 12(6): 1-8.

9 Drugswetcriminaliteit

Marianne van Ooyen-Houben, Ronald Meijer en Hendrien Kaal en Moira Galloway

Belangrijkste bevindingen

- De productie en export van harddrugs (met name ecstasy), de bedrijfsmatige cannabisteelt en -handel, de meer dan proportionele aanwezigheid van Nederland in de internationale handel in drugs en de betrokkenheid van georganiseerde criminaliteit werden in de Drugsnota 1995 al als probleem gesignaleerd (§ 9.2.2).
- De drugswetcriminaliteit is sinds 1995 harder aangepakt met uitbreiding en aanscherping van de wettelijke mogelijkheden en intensivering van opsporings- en vervolgingsinspanningen (§ 9.3.1).
- Het aantal drugswetzaken in het strafrechtelijk systeem is dan ook toegenomen. Er zijn duidelijk meer cannabiszaken – nederwietteelt – opgespoord, vervolgd en bestraft vanaf 1995 (§ 9.3.2).
- De toepassing van de Opiumwet weerspiegelt het gedifferentieerde beleid ten aanzien van cannabis versus harddrugs. Ook de differentiatie naar productie en handel versus kleinschalig bezit van drugs is erin terug te zien. Het bestuursrechtelijk instrumentarium wint aan toepassing. De financiële aanpak blijkt complex en is in opbouw (§ 9.3.2).
- De opsporing van drugsgerelateerde georganiseerde criminaliteit is in de afgelopen periode geïntensiveerd en geprofessionaliseerd. Hoewel er meer samenwerking is met het buitenland, zijn de Nederlandse opsporingsinstanties daarbij in eerste instantie gericht op daders die actief zijn in Nederland (§ 9.3.3).
- De productie en export van ecstasy, de grootschalige hennepteelt en de invoer van cocaïne door bolletjesslikkers en bodypackers via Schiphol zijn met extra opsporings- en handhavingsinspanningen bestreden (§ 9.3.5, § 9.3.6, § 9.3.7).
- De beoogde aanpak is conform plan geïmplementeerd en de doelstellingen van de extra handhavingsinspanningen richting ecstasy, hennepteelt en cocaïne worden bereikt (§ 9.3 en § 9.4).
- Het aanbod van nederwiet op consumentenniveau is veranderd. Hogere prijzen en dalende kwaliteit wijzen op vermindering van de aanvoer. De zuiverheid van ecstasy en amfetamine is zeer recent verslechterd; de vermoedelijke oorzaak is een tekort aan precursoren voor de productie. De straatprijs van cocaïne daalt licht en er worden meer versnijdingen aangetroffen.(§ 9.4.2, § 9.4.3).
- De straatmarkt van heroïne in Nederland lijkt niet substantieel veranderd te zijn. De heroïnemarkt is relatief klein, evenals de amfetaminemarkt (§ 9.4.3).
- Er zijn verschuivingen in productie en handel waargenomen. Criminele samenwerkingsverbanden lijken de productie van nederwiet over te nemen van de opgerolde thuisteelt. De productie van ecstasy verspreidt zich over meer landen en cocaïne wordt vaker via andere handelsroutes dan Schiphol geïmporteerd. Bovendien worden meer efficiënte productietechnieken toegepast bij de nederwiet en cocaïne (§ 9.4.2, § 9.4.3).
- Er is nog steeds sprake van betrokkenheid van nationaal en internationaal opererende criminele samenwerkingsverbanden bij de drugswetcriminaliteit (§ 9.4.4).

9.1 Inleiding

Dit hoofdstuk gaat in op overtredingen van de Opiumwet (drugssmokkel, -handel, -productie en -bezit), misbruik van chemicaliën voor productie van illegale drugs, en drugsgerelateerde georganiseerde criminaliteit. Dit type drugsgerelateerde criminaliteit wordt, in navolging van de definitie van het Europees Monitoring Centrum voor Drugs en Drugsverslaving, aangeduid als 'drugswetcriminaliteit' (EMCDDA, 2005).[1 a]
Drugswetcriminaliteit en de maatschappelijke reactie daarop hangen met vele factoren samen, zoals de waarden, normen en regels in een samenleving, de economische situatie, de leefstijl en de bevolkingssamenstelling. Ontwikkelingen in drugsgebruik en drugsmarkten worden dan ook gedeeltelijk wel beïnvloed door het gevoerde beleid inzake drugs, maar gedeeltelijk ook niet.[3-7] Drugsproductie en -handel hebben bovendien een sterke internationale component, die in een klein handelsland met open grenzen zoals Nederland een extra grote rol

[a] Sommige nieuwe stoffen die qua samenstelling de wet omzeilen, maar soortgelijke of dezelfde effecten hebben als illegale drugs (bijvoorbeeld 'designer drugs') vallen onder de Geneesmiddelenwet.[2] Op deze wet wordt niet ingegaan.

speelt. Drugshandel gaat immers vaak mee op algemene handelsstromen.[8;9] Ook leert de ervaring dat zich bij de bestrijding van drugsdelicten verschuivingen ('verplaatsingseffecten') kunnen voordoen, zowel nationaal als internationaal.[7;10;11]
Een gevolg van deze constateringen is dat een directe causale relatie tussen het Nederlandse drugsbeleid en de situatie op de drugsmarkt binnen Nederland niet te leggen valt. Dat beoogt dit hoofdstuk dan ook niet. Wel kan nagegaan worden in hoeverre de doelen van het nationale beleid zijn gerealiseerd.

9.1.1 Doel en opzet hoofdstuk

Dit hoofdstuk is als volgt opgebouwd. In § 9.2 worden de beleidsvoornemens beschreven. Eerst wordt daarbij geschetst welke problemen er waren en wat de context is geweest van het Nederlandse beleid. Ook worden de uitgangspunten van het beleid geëxpliciteerd. Dan wordt de door het beleid beoogde aanpak beschreven en de uitkomsten die daarmee beoogd werden.
Hierna wordt onderzocht of de beoogde aanpak inderdaad is toegepast (in § 9.3) en of de beoogde uitkomsten zijn behaald (in § 9.4).
In § 9.5 wordt verkend welke positie Nederland op het punt van drugswetcriminaliteit inneemt in vergelijking met andere landen. In § 9.6 worden enkele lacunes in de informatie gesignaleerd en in § 9.7 volgen conclusies.

9.1.2 Gegevensbronnen

Voor het beschrijven van de beleidsvoornemens in § 9.2 is gebruik gemaakt van beleidsdocumenten. Vooral is hier geput uit de Drugsnota 1995. Daarnaast is de informatie uit de klankbordgroep gebruikt (zie hoofdstuk 3).

Voor het onderzoeken van de toepassing van de beoogde aanpak (§ 9.3) is geput uit (a) beleidsdocumenten, (b) registratiecijfers van politie en Openbaar Ministerie en bestanden van het WODC, en (c) wetenschappelijk onderzoek.
(a) De beleidsdocumenten betreffen met name Kamerstukken, zoals voortgangsrapportages van plannen en strategieën.
(b) Registratiecijfers bevatten informatie over de drugswetcriminaliteit die is opgespoord, vervolgd en/of bestraft. Deze cijfers weerspiegelen voor een belangrijk deel de inspanningen en prioriteiten van opsporingsdiensten. Ze geven geen beeld van de totale drugswetcriminaliteit in Nederland.
We rapporteren hier registratiecijfers over de gehele strafrechtsketen: van politie tot en met de fase na detentie. Gebruikt worden:
- het Herkenningsdienstsysteem (HKS) van de politie, dat gegevens bevat over verdachten;
- de registratie van strafzaken van het Openbaar Ministerie (OMDATA);
- de Onderzoeks- en Beleidsdatabase Justitiële Documentatie (OBJD) van het WODC.

Deze databases zijn door het WODC op elkaar afgestemd, bewerkt en samengebracht voor de Nationale Drug Monitor, onderdeel drugsgerelateerde criminaliteit.[12] Gerapporteerd worden de meest recente updates van de registraties.
Ook zijn gegevens geëxtraheerd uit de WODC-Recidivemonitor, een doorlopend onderzoeksproject waarin gestandaardiseerde metingen van strafrechtelijke recidive worden verricht onder verschillende groepen justitiabelen.
Registratiecijfers van politie en justitie in Nederland maken slechts onderscheid tussen 'softdrugs' en 'harddrugs'. Bij de eerste gaat het vooral om cannabis, bij de laatste kan het om allerlei harddrugs gaan, zoals heroïne, cocaïne, amfetamine, ecstasy of lsd. Dit wordt in de registraties niet gespecificeerd. De Opiumwet maakt een onderscheid tussen (a) in- en uitvoer ('smokkel'), (b) handel/productie/teelt, (c) vervaardiging en (d) bezit. De registratiecijfers maken echter alleen een ruwere indeling van deze delicttypen – in twee categorieën – mogelijk, namelijk in smokkel/productie/handel (a, b, c) en bezit (d).
(c) Gebruikt zijn wetenschappelijke onderzoeken die zicht geven op de gerealiseerde aanpak van drugswetcriminaliteit, zoals dossierstudies, documentstudies en veldstudies.

Bij de behaalde uitkomsten (§ 9.4) gaat het om de 'supply'-situatie van drugs in Nederland. Deze is slechts met indirecte indicatoren te schatten. Op de indicatoren en de bronnen die hiervoor zijn gebruikt, wordt in § 9.4.1 ingegaan,

§ 9.5 (Nederland in internationale vergelijking) is voornamelijk gebaseerd op onderzoek van Ester en Driessen (2009)[13], waarin de voorhanden informatie is geïnventariseerd[b] , en op het World Drug Report 2008.[14]

[b] Dit onderzoek is in opdracht van het WODC in het kader van deze evaluatie van het drugsbeleid uitgevoerd.

9.2 Wat waren de beleidsvoornemens?

Het in de Drugsnota 1995 voorgestelde beleid is op veel punten een voortzetting van het voorgaande beleid. De bestrijding van smokkel, productie, handel en bezit van drugs – supply reduction – was een van de pijlers van het drugsbeleid en is als zodanig ook terug te vinden in de Drugsnota 1995.[15] De nota staat een krachtige aanpak van het aanbod van drugs voor.

9.2.1 Het probleem en de context

De Drugsnota 1995 signaleert in Nederland vooral problemen met betrekking tot de productie van harddrugs (amfetamine en ecstasy), de teelt van en handel in softdrugs en de meer dan proportionele aanwezigheid van Nederland in de internationale handel in drugs.
De productie van cannabis wordt beschreven als kleinschalig, maar de nota signaleert al wel de opkomst van in Nederland geteelde cannabis. Door het succes dreigt Nederland een exportland te worden, iets wat 'pertinent' voorkomen moest worden. In de nota wordt de aanpak van de kleinschalige thuisteelt gezien als een dilemma: de thuisteelt zou (in positieve zin) coffeeshophouders buiten criminele netwerken kunnen houden, maar de thuisteelt zou ook (in negatieve zin) door criminele samenwerkingsverbanden beïnvloed kunnen worden. Een ander probleem is dat Nederlandse kwekers er incidenteel in slaagden om het THC-gehalte op te voeren.
De geïnvolveerdheid en de macht van (internationale) criminele samenwerkingsverbanden wordt eveneens gezien als een ernstig probleem, dat maatschappelijke gevolgen kan hebben in de vorm van witwaspraktijken en corruptie.

Internationale verdragen waar Nederland zich aan heeft gecommitteerd, Europese regelgeving en verdragen, strategische beleidsplannen en actieplannen, en het beleid van andere landen vormen de context waarbinnen het Nederlandse beleid zich beweegt.

9.2.2 De uitgangspunten

Nederland pakt productie, handel en bezit van drugs krachtig aan, maar gaat uit van *beheersing* (in plaats van uitroeiing). Het verwacht dat met interventies van de overheid slechts beperkte resultaten kunnen worden behaald. Harddrugs zijn risicovoller voor de gezondheid van de gebruikers dan softdrugs en moeten daarom meer handhavingsaandacht krijgen. Hoogste prioriteit heeft de grootschalige grensoverschrijdende handel in harddrugs, laagste prioriteit de kleinhandel en het bezit van softdrugs.

9.2.3 De beoogde aanpak

De beoogde aanpak bestaat uit strafrechtelijke, bestuurlijke en financiële interventies. Het wettelijk instrumentarium zal worden uitgebreid en de strafmaxima zullen worden verhoogd.
De strategie voor softdrugs (vooral cannabis) is meer genuanceerd dan die voor harddrugs. Het bezit van een gebruikershoeveelheid softdrugs is gedecriminaliseerd, dat wil zeggen: strafbaar gesteld als overtreding en niet als misdrijf. Tot en met vijf gram, de geringe hoeveelheid voor eigen gebruik, wordt politiesepot toegepast. Bij hoeveelheden tussen de vijf en de dertig gram volgt bij ontdekking een strafrechtelijke reactie; dit wordt echter niet gericht opgespoord.[16] Teelt van cannabis wordt niet vervolgd zolang het om niet meer dan vijf planten gaat. Verkoop van cannabis wordt gedoogd als dit gebeurt vanuit coffeeshops die zich houden aan de AHOJ-G-criteria en het criterium van de maximale handelshoeveelheid. De criteria zullen worden aangescherpt (zie hoofdstuk 6). Daarnaast wordt intensivering van internationale samenwerking, de aanpak van de productie van en handel in harddrugs (waaronder ecstasy) en de aanpak van de teelt van nederwiet voorgenomen. Er moet met prioriteit worden ingezet op de bestrijding van de teelt van nederwiet voor de export en/of als vorm van georganiseerde criminaliteit. Ook op beperking van de invloed van criminele samenwerkingsverbanden die zich bezighouden met drugs wordt sterk ingezet.
Legalisering van teelt en/of handel van softdrugs wordt niet gezien als beleidsoptie, zeker indien alleen in Nederland hiertoe zou worden besloten. Hieraan kleven volgens het kabinet meer nadelen (niet nakomen van internationale verdragsverplichtingen, aanzuigende werking) dan voordelen (terugdringen van de rol van criminele samenwerkingsverbanden bij de coffeeshops).

9.2.4 Doelstelling en beoogde uitkomsten

Het doel van de aanpak is het beheersbaar houden of maken van smokkel, productie, handel en (grootschalig) bezit van drugs, echter zonder dat hierbij permanent succes werd verwacht. Beoogde uitkomsten zijn: beheersing van de teelt en export van cannabis, het tegengaan van de betrokkenheid van Nederland bij de internationale drugshandel, het beperken van de drugsproductie en -handel in Nederland en de export vanuit Nederland, het beperken van de beschikbaarheid van drugs op de Nederlandse markt, het terugdringen van betrokkenheid van criminele samenwerkingsverbanden en het beperken van ongewenste neveneffecten van het beleid. Tabel 9.1 geeft de voornemens in grote lijn weer. Voor een deel was dit beleid al vóór de nota van 1995 in gang gezet. Sommige punten zijn na 1995 uitgewerkt.

Tabel 9.1 Voornemens met betrekking tot drugswetcriminaliteit

Probleem:
- Productie harddrugs (amfetamine en ecstasy).
- Teelt en export softdrugs.
- Disproportionele positie Nederland in internationale handel in drugs.
- Invloed van internationaal opererende criminele samenwerkingsverbanden.

+

Context:
- Internationale verdragen en besluiten inzake drugsbestrijding (VN, EU).
- Europese drugsstrategieën en actieplannen.
- Drugsbeleid in andere landen.

↓

Basisprincipes/uitgangspunten:
- Op hoofdlijnen volgen van internationaal bestrijdingsmodel.
- Productie en handel kunnen beheerst worden.
- Overheidsinterventies brengen slechts beperkte resultaten.
- Harddrugs zijn risicovoller voor gezondheid dan softdrugs.
- Differentiatie: grootschalige smokkel harddrugs – kleinschalige handel en bezit softdrugs.

↓

Beoogde aanpak: combinatie van strafrechtelijke, bestuurlijke en financiële aanpak
- Wettelijk instrumentarium/preventie:
  - tegen witwaspraktijken en corruptie;
  - verhoging strafmaximum voor cannabisteelt tot vier jaar en boete vijfde categorie.
- Handhaving Opiumwet:
  - krachtige strafrechtelijke aanpak van smokkel, productie en handel van drugs, gedifferentieerd naar soft- en harddrugs en met hoogste prioriteit bij grootschalige grensoverschrijdende handel in harddrugs en laagste prioriteit ligt bij kleinhandel en bezit van softdrugs;
  - gebruikershoeveelheid softdrugs gedecriminaliseerd;
  - gedogen laagdrempelig aanbod gebruikershoeveelheden softdrugs;
  - aanscherping gedoogde verkoophoeveelheid coffeeshops (van 30 naar 5 gram);
  - handelsvoorraadcriterium in OM-richtlijn opnemen;
  - strategie neergelegd in gedetailleerde openbare richtlijn Openbaar Ministerie.
- Intensivering opsporing (internationale) georganiseerde criminaliteit: komen tot Europees overzichtsbeeld; inzet gespecialiseerde landelijke rechercheteams met nadruk op financieel rechercheren; verlenen van medewerking aan opsporingsonderzoeken andere landen; opstellen plan van aanpak door justitie en BZK na parlementaire enquête met ruime aandacht voor bestuurlijke aanpak.
- Intensivering internationale samenwerking, netwerkvorming en -versterking.[c]
- Intensivering opsporingsinspanningen harddrugs, inclusief ecstasy.
- Integrale aanpak grootschalige nederwietteelt.
- Pragmatisch inspelen op nieuwe ontwikkelingen.

↓

Beoogde uitkomsten:
- Nederland mag geen productie- en exportland worden van cannabis.
- Tegengaan betrokkenheid Nederland bij internationale handel harddrugs.
- Productie en handel drugs in Nederland blijven beperkt, export drugs beperkt.
- Beperken beschikbaarheid drugs (drugs relatief kostbaar voor de gebruiker, wiet open verhandeld).
- Geïnvolveerdheid en macht criminele samenwerkingsverbanden beperkt (ook: witwassen, corruptie).
- Beperking van ongewenste internationale neveneffecten van het beleid.

9.3 Is de beoogde aanpak gerealiseerd?

Eerst wordt onderzocht welk wettelijk instrumentarium is gerealiseerd en hoe het staat met de toepassing in de praktijk. Vervolgens komen de andere voornemens aan de orde: is de opsporing van georganiseerde drugscri-

[c] Dit thema wordt behandeld in hoofdstuk 12.

minaliteit inderdaad geïntensiveerd? Is de internationale samenwerking versterkt? Zijn de opsporingsinspanningen richting harddrugs (met name ecstasy) geïntensiveerd? Is de grootschalige nederwietteelt integraal aangepakt? En is pragmatisch ingespeeld op nieuwe ontwikkelingen?

9.3.1 Is het wettelijk instrumentarium voorhanden en is het toegepast?

Het eerste aspect van de beoogde aanpak is het wettelijk instrumentarium. Verschillende typen wetten zijn voorhanden. Sommige wetten zijn specifiek gericht op drugs, andere zijn algemeen maar wel relevant voor de aanpak van drugsdelicten. In deze paragraaf wordt de volgende indeling gehanteerd:

- Strafrechtelijk instrumentarium. De Opiumwet en de wetgeving gericht op precursoren staan hier centraal. Dit zijn drugsspecifieke wetten. Het Wetboek van Strafvordering – meer specifiek de Wet Bijzondere opsporingsbevoegdheden (BOB) – speelt een belangrijke rol omdat die de opsporing van (drugs)delicten in het kader van georganiseerde criminaliteit regelt.
- Bestuursrechtelijk instrumentarium. Naast de Algemene Wet Bestuursrecht en de Gemeentewet is ook de Wet Bevordering Integriteitsbeslissingen door het Openbaar Bestuur (BIBOB) van belang. Daarnaast zijn de Algemene Plaatselijke Verordeningen hier een belangrijk instrument.
- Instrumentarium (financieel, tuchtrechtelijk) dat witwassen moet tegengaan en ontneming van wederrechtelijk verkregen voordeel moet bevorderen; met name de Wet Melding Ongebruikelijke Transacties (MOT) en de Wet identificatie bij dienstverlening (Wid), later samengevoegd in de Wet ter voorkoming van witwassen en financieren van terrorisme (Wwft).

- *Strafrechtelijk instrumentarium*

De Opiumwet
Deze wet bestaat al sinds 1919 en is in 1976 ingrijpend gewijzigd (zie hoofdstuk 4). De huidige Opiumwet stelt de volgende groepen feiten met betrekking tot drugs strafbaar:

- binnen of buiten het grondgebied van Nederland brengen;
- vervaardigen, telen, bereiden, bewerken, verwerken, verkopen, afleveren, verstrekken en vervoeren;
- aanwezig hebben.[16]

Gebruik van drugs is in de Opiumwet niet strafbaar gesteld. Het Ministerie van VWS is eerstverantwoordelijke voor de Opiumwet. Dit is in overeenstemming met de uitgangspunten van het drugsbeleid.

De Opiumwet is sedert 1995 op punten aangepast. Belangrijke wijzigingen zijn (tabel 9.2):

- Er zijn middelen toegevoegd aan de lijsten van illegale drugs, waaronder 2-CB, GHB, paddo's (1997, 2002, 2004 en 2008).
- Het beroeps- en bedrijfsmatig telen van hennep is strafbaar gesteld (inclusief strafmaat; 1999).
- Het verlofstelsel wordt vergunningenstelsel en er worden regels gesteld voor productie van hennep voor geneeskundige of wetenschappelijke doeleinden (2003).
- Verhoging van de strafmaat terzake het bezit van harddrugs, beroeps-/bedrijfsmatige teelt, bezit, handel of productie van grote hoeveelheden softdrugs naar zes jaar of een boete van de vijfde categorie; strafbaarstelling van deelname aan organisatie die drugshandel/productie/smokkel tot oogmerk heeft (2006). 'Grote hoeveelheden' softdrugs zijn gedefinieerd als 500 gram cannabis, 200 cannabisplanten of 500 eenheden van elke andere drug die als softdrug te boek staat.[17] Bij harddrugs is een 'geringe hoeveelheid voor eigen gebruik' bepaald als een halve gram of één pil/capsule. Bij het vaststellen van beroepsmatig telen wordt gekeken naar de hoeveelheid planten – in ieder geval meer dan vijf – en de professionaliteit.[16]

Duidelijk is dat de wet is aangescherpt en dat de strafmaxima zijn verhoogd ten opzichte van 1995.

Tabel 9.2 Strafmaxima in de Opiumwet van 1995 en 2009

Delict:	Strafmaat 1995:	Strafmaat 2009:
Lijst I (harddrugs)		
Bezit/smokkel/productie/handel[I]	6 mnd / 4e cat.	Idem.
Opzettelijk bezit	4 jr / 5e cat.	6 jr / 5e cat.
Opzettelijke productie	8 jr / 5e cat.	Idem.
Opzettelijke smokkel	12 jr / 5e cat.	Idem.
Geringe hoeveelheid eigen gebruik	1 jr. / 3e cat.	Idem.
Uitlokken/voorbereiden smokkel/productie	6 jr / 5e cat.	Idem.
Lijst II (softdrugs)		
Bezit/smokkel/productie/telenI	1 mnd / 2e cat.	Idem.
Opzettelijk bezit/productie/telen >30 gr.	2 jr / 4e cat.	Idem.
Telen beroeps/bedrijfsmatig	-	6 jr / 5e cat.
Opzettelijke smokkel niet eigen gebruik	4 jr / 5e cat.	Idem.
Bezit/smokkel/productie/telen grote hoeveelheid (AMvB)	-	6 jr / 5e cat.
Lijst I & II		
Adverteren/vals recept	6 mnd / 4e cat.	Idem.
Opzettelijk adverteren/ vals recept aanbieden	4 jr / 5e cat.	Idem.
Deelname organisatie gericht op handel/productie/smokkel	-	8 jr / 5e cat.

I. Hierbij is opzet niet bewezen. Bron: Opiumwet 1995 en 2009

Toevoeging en verruiming van artikel 13b Opiumwet (Wet Damocles)
Naast de bovengenoemde wetswijzigingen is er nog een belangrijke toevoeging aan de Opiumwet geweest. In 1999 creëerde artikel 13b van de Opiumwet de mogelijkheid tot het toepassen van bestuursdwang ter handhaving van artikel 2 en 3 Opiumwet in voor het publiek toegankelijke lokalen en daarbij behorende erven. In 2007 volgde een verruiming van artikel 13b: nu kunnen panden gesloten worden op basis van drugshandel per se. Het criterium van de overlast is vervallen. Deze wijzigingen, die conform de voornemens in de drugsnota zijn, worden verder besproken bij het bestuursrechtelijk instrumentarium.

De aanwijzing Opiumwet
De implementatiestrategie van de Opiumwet is vastgelegd in de aanwijzing Opiumwet en de richtlijnen voor strafvordering van Opiumwetdelicten van het Openbaar Ministerie. De aanwijzing Opiumwet is expliciet gebaseerd op de principes van het beleid: 'Uitgangspunt van het beleid blijft het onderscheid dat in de Opiumwet is gemaakt tussen verdovende middelen met een onaanvaardbaar risico voor de volksgezondheid (harddrugs) en drugs met een geringer risico (softdrugs). De wetgever heeft dat onderscheid gemaakt met het oog op de gebruiksrisico's van de onderscheiden drugs en om een duidelijke scheiding tussen beide markten aan te brengen'.[16]

Een illustratie van het primaat van de volksgezondheid is de richtlijn voor de omgang met personen die worden aangetroffen met een hoeveelheid drugs voor eigen gebruik: 'In het geval van een geringe hoeveelheid voor eigen gebruik dient de hulpverlening aan de gebruiker voorop te staan. Contacten met het consultatiebureau voor alcohol en drugs en (eventueel) andere hulpverleningsinstellingen moeten in een vroeg stadium gelegd worden'.[16]

Aanpassingen van de richtlijn sinds 1995 betroffen de extra aandacht die in de vervolging gegeven moest worden aan ontneming van wederrechtelijk verkregen voordeel, gedoogbeleid ten aanzien van gebruikersruimten, aanscherping van de hoeveelheid 'voor eigen gebruik', de criteria voor coffeeshops (affichering, maximale verkoophoeveelheid, toelatingsleeftijd voor jongeren en de toegelaten handelsvoorraad). Ook is een bijlage aan de richtlijnen toegevoegd met een specificatie van wat onder 'bedrijfsmatige hennepteelt' moet worden verstaan.

Op de toepassing van de Opiumwet wordt in de volgende paragraaf (§ 9.3.2) ingegaan.

WVMC
Ingrijpen op de handel in drugsprecursoren is mogelijk met de Wet Voorkoming Misbruik Chemicaliën (WVMC). Deze wet bestaat sinds 1995. De wet maakt het mogelijk om vroeg in te grijpen in het productieproces van drugs, door de invoer van precursoren te controleren en te reguleren.

Het aantal afgedane zaken tegen de WVMC verschilt vrij sterk over de jaren. In 1996 waren het er vier, in de jaren daarna nam het aantal toe tot 80 in 2001. Daarna trad een daling in. In 2007 waren er 21 zaken. WVMC-zaken zijn vaak gecombineerd met Opiumwetdelicten; het gaat in die gevallen altijd om (productie van) harddrugs.

Wet BOB
Voor de bestrijding van de meer ernstige en georganiseerde criminaliteit staan politie en justitie verschillende – vaak ingrijpende – opsporingsmethoden ten dienste.18 Sinds 1 februari 2000 zijn deze methoden, geregeld in de Wet Bijzondere opsporingsbevoegdheden (Wet BOB), in werking getreden. De Wet BOB was een uitbreiding op het Wetboek van Strafvordering. De Wet poogt de integriteit en beheersbaarheid van het opsporingsapparaat enerzijds en de inbreuk op grondrechten (met name het recht op privacy) anderzijds, recht te doen. Aanleiding waren bevindingen van de in 1995-1996 gehouden parlementaire enquête naar opsporingsmethoden (de Commissie-Van Traa). Naar deze enquête wordt in de Drugsnota 1995 verwezen. De enquête werd gehouden naar aanleiding van een debat over infiltratie in criminele groepen die zich bezighielden met drugshandel en over doorlatingen van drugs. Er werd gesproken van 'misstanden in een aantal grote drugsonderzoeken'.
De Wet BOB beoogt een doelmatige opsporing mogelijk te maken, maar wel één met de nodige controlemechanismen, zowel intern door het Openbaar Ministerie als extern door de rechter en de advocatuur. De wet regelt onder andere de stelselmatige observatie, het opnemen van telecommunicatie, infiltratie, pseudo-koop of pseudodienstverlening. Belangrijk is ook dat de wet een basis geeft aan het verkennend onderzoek naar specifieke sectoren in de samenleving waarbinnen mogelijkerwijs misdrijven worden geraamd of gepleegd. Opsporingsonderzoek naar georganiseerde criminaliteit mag gedaan worden op basis van een ruimer verdenkingscriterium. En – last but not least, in dit verband – de wet kent een verbod op het doorlaten van 'voorwerpen die als gevolg van hun schadelijkheid voor de volksgezondheid of gevaar voor de veiligheid zijn verboden'.

Het is niet mogelijk op basis van kwantitatieve gegevens weer te geven in hoeverre deze regelgeving wordt toegepast zoals beoogd. Wel is uit evaluatieonderzoek gebleken dat de Wet BOB voldoende houvast biedt voor controle en toetsing van opsporingsmethoden.18 De evaluatie laat echter ook punten zien die nog niet duidelijk zijn – zoals de reikwijdte van begrippen, bijvoorbeld het begrip 'stelselmatig' waar het gaat om het inwinnen van informatie door burgers – of die niet conform bedoelingen van de wet worden nagekomen. Ook wordt verschillend geoordeeld over de vraag of de transparantie van het opsporingsonderzoek is toegenomen.[18]

Geen opheffing van art. 3 Opiumwet
De discussie over legalisering van softdrugs en regulering van de teelt van softdrugs is sinds 1995 regelmatig gevoerd. In 2008 is de discussie opgelaaid naar aanleiding van problemen rond coffeeshops en drugshandel in de grensstreek. Onderzoek in opdracht van de minister van Justitie rapporteert dat de huidige internationale verdragen en het recht van de Europese Unie geen ruimte laten voor experimenten met het gedogen van de teelt van cannabis ten behoeve van de bevoorrading van coffeeshops.[19-21]

- *Bestuursrechtelijk instrumentarium*

Bestuursrechtelijk ingrijpen bij Opiumwetdelicten maakt uitdrukkelijk onderdeel uit van de integrale handhaving inzake drugswetdelicten. Een voorbeeld hiervan is de rol die het lokale bestuur geacht wordt te spelen in de aanpak van georganiseerde wietteelt. Bij deze integrale aanpak wordt overigens ook veelvuldig gebruik gemaakt van reeds beschikbare – algemene – wetgeving, die alleen uitgebreider benut kon worden. Wel is het hiervoor vanuit juridisch oogpunt vaak noodzakelijk dat er convenanten tussen de verschillende partners worden gesloten.

Wat betreft het bestuursrechtelijk instrumentarium zijn de mogelijkheden divers. Bestuursdwang kan worden toegepast, dwangsommen kunnen worden opgelegd, woningen kunnen gesloten of onteigend worden. Bij de aanpak van illegale hennepplantages zijn bijvoorbeeld grofweg drie mogelijkheden te onderscheiden:
- In geval van een sociale huurwoning: huuropzegging door gemeenten of veelal de woningcorporatie. Op basis van gevaar en/of overlast kan de gemeente overgaan tot bestuursdwang, het opleggen van een dwangsom, sluiting of onteigening.
- In geval van een particuliere woning: op basis van gevaar en/of overlast kan de gemeente overgaan tot bestuursdwang, het opleggen van een dwangsom, sluiting of onteigening.
- In geval van een bedrijfsgebouw, waaronder een bovenverdieping van horeca-inrichting, een boerderij, een bedrijfspand op een industrieterrein: indien binnen de bebouwde kom kan de gemeente op basis van gevaar en/of overlast overgaan tot bestuursdwang, het opleggen van een dwangsom, sluiting of onteigening. Indien vergunningsplichtig kan de gemeente overgaan tot sluiting.

Er zijn geen landelijke gegevens beschikbaar over de aantallen zaken die op deze wijze aangepakt worden.

De belangrijkste bestuursrechtelijke wijzigingen met betrekking tot drugs sinds 1995 zijn de volgende.

- Op basis van artikel 174a van de Gemeentewet (Wet Victoria) konden woningen gesloten worden in geval van overlast. Eind jaren negentig bleek evenwel dat deze wet nauwelijks gebruikt werd inzake drugs, vanwege de dossiervorming die nodig was om overlast aan te tonen. In 1999 creëerde artikel 13b van de Opiumwet de mogelijkheid tot het toepassen van bestuursdwang ter handhaving van artikel 2 en 3 Opiumwet in voor het publiek toegankelijke lokalen en daarbij behorende erven (Wet Damocles). Het gebruik van dit artikel 13b was niet frequent. In 2007 volgde een verruiming van artikel 13b: nu kunnen panden gesloten worden op basis van drugshandel per se. Het criterium van de overlast is vervallen. Deze wijzigingen zijn conform voornemens in de drugsnota.
- De Wet Victoria (art. 174a Gemeentewet; 1999), waarmee de burgemeester kan besluiten een woning, een niet voor het publiek toegankelijk lokaal of een bij die woning of dat lokaal behorend erf te sluiten, indien door gedragingen in de woning of het lokaal of op het erf de openbare orde rond de woning, het lokaal of het erf wordt verstoord of dreigt te worden verstoord. Deze wet kon in geval van drugshandel toegepast worden in combinatie met artikel 13b Opiumwet en dan leiden tot sluitingen van drugspanden.
- De Wet Victor (2002). Deze wet geeft burgemeester en wethouders de mogelijkheid tot gebruik van gebouwen na sluiting op basis van art 13b Opiumwet en art 174a Gemeentewet, tot onteigening van dergelijke gebouwen (art. 77 lid 6 Onteigeningswet) en tot ontbinding van een huurovereenkomst van een op grond van genoemde artikelen gesloten pand (art. 1597 BW).
- De Wet BIBOB (2003) stelt bestuursorganen in staat extra voorwaarden te stellen aan de integriteit van aanvragers van vergunningen en subsidies. Het aantal ervaringen met de wet BIBOB is nog te bescheiden om eenduidige uitspraken te kunnen doen over de gevolgen.[108] Wel bleek uit evaluatieonderzoek dat de uitvoering aanmerkelijk trager op gang kwam dan de wetgever op voorhand verwachtte.

Verder kunnen op lokaal niveau – op basis van de Gemeentewet en binnen de landelijke wettelijke kaders – bij Algemene Plaatselijke Verordening verboden worden ingesteld. Zo zijn in enkele gemeenten blowverboden ingesteld voor bepaalde locaties, maar kan ook in de APV worden vastgelegd of bepaalde gelegenheden vergunningsplichtig zijn.

- *Instrumentarium tegen witwassen en ter ontneming criminele winsten*

In 1993 is de Wet Ontneming wederrechtelijk verkregen voordeel ingevoerd en is besloten tot invoering van de Wet Melding ongebruikelijke transacties (Wet MOT) en de Wet identificatie bij financiële dienstverlening (Wid). De Wid en de MOT zijn in 2008 vervangen door de Wet ter voorkoming van witwassen en financieren van terrorisme (Wwft). Eveneens is in 1993 de wetgeving voor het confisqueren van de met criminele activiteiten verkregen winsten verruimd (Wet Overdracht Tenuitvoerlegging strafvonnissen, WOTS).

Een evaluatie van de toepassing van de Wet MOT liet zien dat de wet volop wordt toegepast in die zin dat veel ongebruikelijke transacties worden gemeld.[22] Dit leidt tot veel informatie, waarvan onbekend is of die tot effectieve bestrijding van criminaliteit leidt. Op dit moment loopt onderzoek naar de doeltreffendheid en de doelmatigheid van het financieel toezicht en het Wet MOT/Wid-toezicht door het Bureau Financieel Toezicht (BFT). Het financieel toezicht is gericht op het notariaat en de gerechtsdeurwaarders en het Wet MOT/Wid-toezicht richt zich op de advocatuur, het notariaat, de AA en RA accountancy, de rechtskundige bureaus, de belastingadviseurs en de administratiekantoren.
Wat betreft ontneming van wederrechtelijk verkregen winsten: evaluatieonderzoek liet zien dat de geconfisqueerde bijdragen vrij laag waren.[22] Het financieel rechercheren bleek complex en moeizaam en leidde tot magere resultaten.[22;23] Bij politie en justitie was te weinig kennis voorhanden. Bij het Korps Landelijke Politiediensten is sinds 2006 de Financial Intelligence Unit actief, die gegevens opspoort en analyseert in het kader van financiële recherche. Bij het OM heeft het Bureau Ontnemingswetgeving Openbaar Ministerie – BOOM – de speciale taak ervoor te zorgen dat criminele winsten worden afgenomen. Het BOOM deelt opgebouwde kennis en ervaring over de ontnemingswetgeving met justitiële ketenpartners zoals politie in binnen- en buitenland en andere OM-onderdelen. Het werkt in Nederland samen met ketenpartners zoals de arrondissements- en ressortsparketten, de politie, de FIOD en het Centraal Justitieel Incasso Bureau. Buitenlandse ontnemingsonderzoeken voert het BOOM uit in samenwerking met een omvangrijk internationaal netwerk (Europol, Eurojust en Carin; Camden Assets Recovery Interagency Network) waaronder buitenlandse ministeries en overkoepelende organisaties zoals ambassades. Er zijn vijf BOOM-vestigingen. In 2009 zal het BOOM verder worden uitgebreid.
In het Coalitieakkoord staat het voornemen om de 'pluk-ze'-wetgeving te vereenvoudigen en ook voor kleine vergrijpen van toepassing te doen zijn.[24]

Conclusie: is het wettelijk instrumentarium aanwezig en is het toegepast conform voornemens?

De Opiumwet en de aanwijzing voor opsporing en vervolging zijn sinds 1995 aangescherpt en uitgebreid. De opsporingsmethoden hebben in 2000 een wettelijke basis gekregen. Het bestuursrechtelijk instrumentarium is verruimd en er is wettelijk instrumentarium tegen witwassen en om criminele winsten te ontnemen. Dit alles is conform de beleidsvoornemens. De Opiumwet en de aanwijzing en richtlijnen voor opsporing en vervolging weerspiegelen het gedifferentieerde beleid ten aanzien van soft- en harddrugs en ten aanzien van productie en handel versus kleinhandel en bezit van drugs en zijn dus in lijn met het drugsbeleid.
Het bestuursrechtelijk instrumentarium lijkt aan toepassing te winnen. De financiële aanpak blijkt complex maar wordt op dit moment gestimuleerd.
Geconcludeerd kan worden dat, conform voornemens, wettelijk instrumentarium is gecreëerd om drugswetdelicten aan te pakken.

9.3.2 Is de Opiumwet toegepast conform bedoelingen?

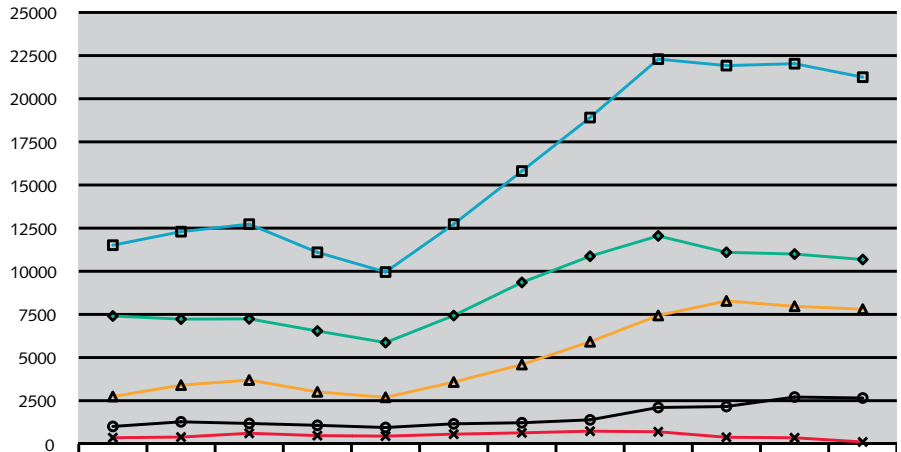
In deze paragraaf wordt nagegaan of de Opiumwet, die een centrale rol speelt in de aanpak van drugswetcriminaliteit, wordt toegepast zoals de bedoeling was. Als de Opiumwet in de geest van het beleid wordt toegepast, dan is te verwachten dat bezit van drugs minder vaak in het strafrechtelijk systeem voor zal komen dan smokkel, productie of handel en dat het minder zwaar wordt afgedaan. Ook valt te verwachten dat softdrugsdelicten minder zwaar worden afgedaan dan harddrugsdelicten. De voorgenomen intensiveringen van de handhaving zouden eveneens in de cijfers zichtbaar moeten zijn.

Bij de weergave van de toepassing van de Opiumwet worden de verschillende stappen van de strafrechtelijke trechter aangehouden. Om te beginnen laten we zien hoeveel verdachten van Opiumwetdelicten zijn gearresteerd. Dan wordt getoond hoeveel zaken de politie jaarlijks heeft doorgeleid naar het Openbaar Ministerie en hoe ze daar zijn afgedaan. Tot slot wordt beschreven welke sancties de rechter oplegt. We maken steeds een onderscheid naar soft- en harddrugs en waar mogelijk naar smokkel/productie/handel van drugs versus bezit van drugs. Directe cijfers over de gepleegde inzet op drugsdelicten van politie en justitie, zoals bijvoorbeeld uit urenregistraties, zijn niet beschikbaar.

De politie en de Koninklijke Marechaussee arresteerden in de periode 1996-2007 over het geheel genomen een toenemend aantal verdachten van Opiumwetdelicten (figuur 9.1). 2004 was een 'topjaar' in dit opzicht. Tussen 2004 en 2008 is sprake van stabilisatie.
Opiumwetverdachten vormen in 2007 7% van het totale aantal verdachten. Dit aandeel varieerde tussen 1997 en 2007 tussen de 5% en de 8%. Er is geen eenduidige trend omhoog of omlaag. Dit wijst erop dat Opiumwetdelicten min of meer dezelfde trend volgen als andere delicten (figuur 9.7).
Er zijn steeds méér verdachten van harddrugs- dan van softdrugsdelicten ingestroomd. Softdrugsdelicten vertoonden tot 2005 een toename, harddrugs tot 2004. Verdachten die gearresteerd zijn in verband met een delict met hard- én softdrugs vormen steeds een minderheid. Het aantal is wel meer dan verdubbeld in de loop van de tijd.

De top van harddrugsdelicten in 2004 is te verklaren uit de toename destijds van bolletjesslikkers en bodypackers op Schiphol.[25] Bij softdrugszaken gaat het de laatste jaren vooral om nederwietteelt.

Figuur 9.1 Verdachten van Opiumwetdelicten bij politie en Koninklijke Marechaussee, naar hard- en softdrugs, 1996-2007[I,II]

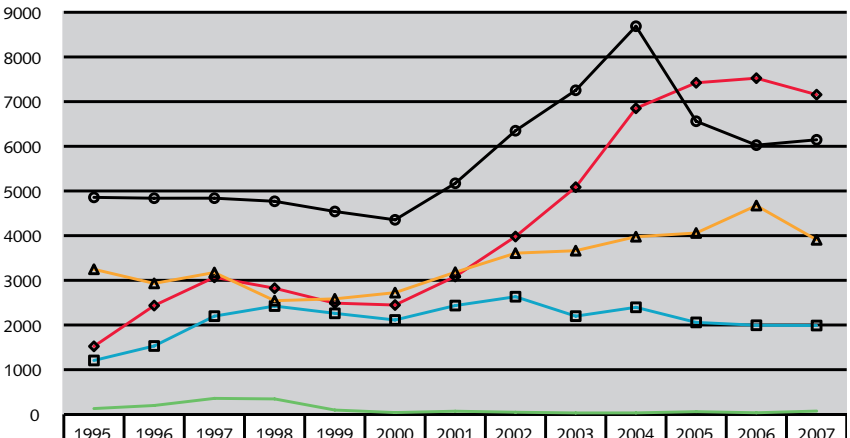


	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Opiumwet - Totaal	11512	12295	12730	11098	9955	12732	15807	18909	22293	21920	22030	21249
Opiumwet - Harddrugs	7409	7227	7243	6537	5868	7434	9354	10871	12051	11098	10997	10683
Opiumwet - Softdrugs	2741	3401	3694	3010	2694	3578	4594	5915	7437	8280	7970	7802
Opiumwet - Hard- en softdrugs	1008	1275	1181	1073	947	1160	1222	1390	2106	2162	2711	2657
Opiumwet - Overig/onbekend	354	392	612	478	446	560	637	733	699	380	352	107

I. Teleenheid is het aantal maal dat in het HKS een verdachte met een proces-verbaal Opiumwet is aangetroffen. II. 2007 zijn voorlopige cijfers.
Bron: HKS, KLPD/Dienst IPOL.

De volgende stap in het strafrechtelijk systeem is het OM. De meeste Opiumwetzaken worden door de politie doorgeleid naar het OM. Ook bij het OM is – met uitzondering van harddrugsbezit – een aanzienlijke toename van zaken te zien tot 2004 (figuur 9.2). Na 2004 is er een lichte daling opgetreden, gevolgd door een stabilisatie op relatief hoog niveau. Smokkel, handel en productie vormen steeds een groter deel van de zaken dan bezit van drugs. Bezit van softdrugs vormt steeds de kleinste categorie.
Duidelijk is dat smokkel/productie/handel sinds 1995 belangrijker categorieën zijn geworden, en dan met name bij softdrugs. Dit is waarschijnlijk mede een gevolg van de geïntensiveerde opsporingsinspanningen richting hennepteelt. Het aandeel Opiumwetzaken bedraagt tussen de 5% en de 8% (figuur 9.7).

Figuur 9.2 Aantal Opiumwetzaken ingestroomd bij het Openbaar Ministerie, 1995-2007



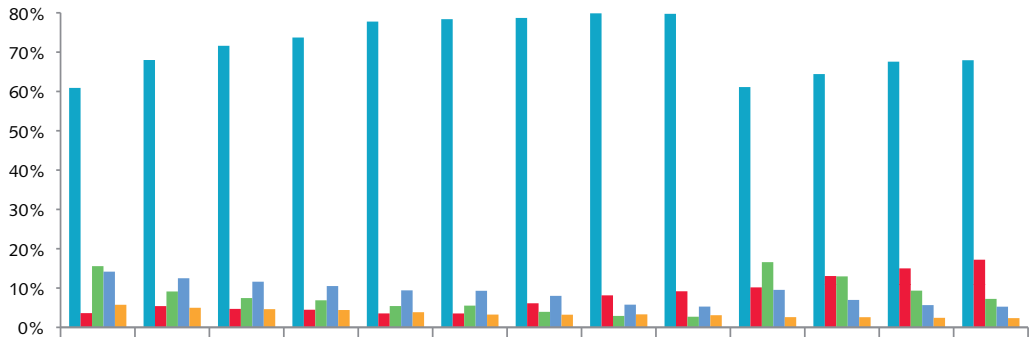
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Softdrugs bezit	1206	1530	2198	2424	2261	2112	2435	2633	2198	2396	2058	1994	1988
Softdrugs productie/smokkel/handel	1522	2435	3067	2823	2489	2447	3086	3980	5085	6851	7422	7525	7156
Harddrugs bezit	3247	2931	3175	2544	2585	2724	3181	3608	3663	3976	4059	4673	3906
Harddrugs productie/smokkel/handel	4857	4838	4839	4769	4541	4354	5172	6349	7254	8688	6561	6026	6146
Onbekend	129	198	357	345	96	40	70	47	31	32	60	35	73
Totaal	10961	11932	13636	12905	11972	11677	13944	16617	18231	21943	20160	20253	19269

Bron: OMDATA. Analyse: WODC, 2009

Wanneer we kijken hoe deze zaken door het Openbaar Ministerie zijn afgedaan, dan blijkt dat ze meestal voor de rechter worden gebracht, ze worden gedagvaard (figuur 9.3). Dit geldt echter méér voor zaken waarin harddrugs in het spel zijn dan voor softdrugszaken. Softdrugszaken worden in verhouding tot harddrugszaken vaker afgedaan met een transactie.

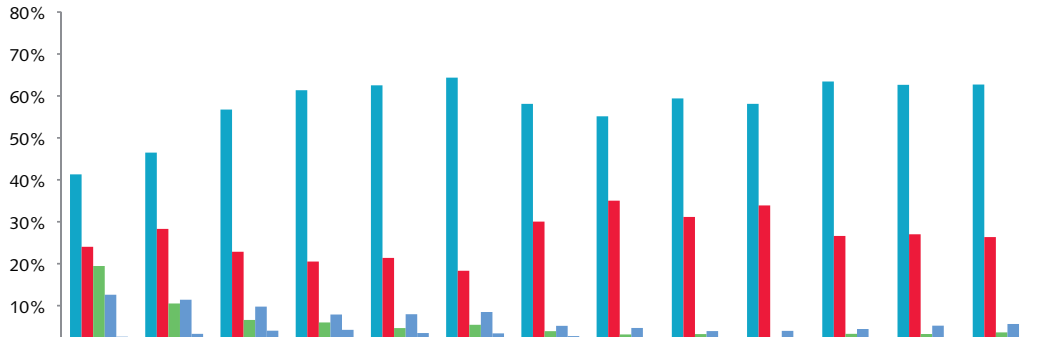
Figuur 9.3 Afdoening Opiumwetzaken door het Openbaar Ministerie, 1995-2007, naar hard- en softdrugs

(a) Opiumwet – Harddrugs



	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Dagvaarding	61%	68%	72%	74%	78%	78%	79%	80%	80%	61%	64%	68%	68%
Transactie	4%	5%	5%	4%	4%	4%	6%	8%	9%	10%	13%	15%	17%
Beleidssepot	16%	9%	7%	7%	5%	6%	4%	3%	3%	17%	13%	9%	7%
Technisch sepot	14%	12%	12%	11%	9%	9%	8%	6%	5%	10%	7%	6%	5%
Voeging	6%	5%	5%	4%	4%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	2%	2%

(b) Opiumwet – Softdrugs

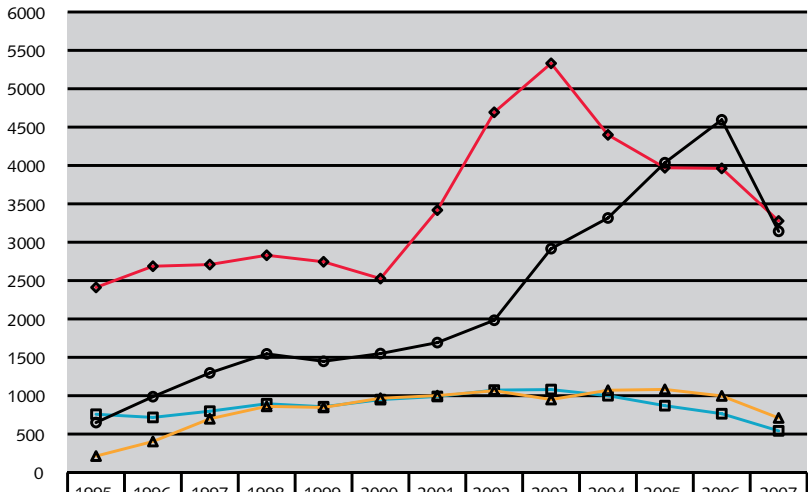


	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Dagvaarding	41%	46%	57%	61%	63%	64%	58%	55%	59%	58%	63%	63%	63%
Transactie	24%	28%	23%	21%	21%	18%	30%	35%	31%	34%	27%	27%	26%
Beleidssepot	19%	11%	7%	6%	5%	5%	4%	3%	3%	2%	3%	3%	4%
Technisch sepot	13%	11%	10%	8%	8%	8%	5%	5%	4%	4%	4%	5%	6%
Voeging	3%	3%	4%	4%	3%	3%	3%	2%	2%	2%	2%	2%	2%

Bron: OMDATA, 2008

De zaken die vervolgens voor de rechter komen en uitlopen op een straf, worden meestal bestraft met een boete, een taakstraf of een vrijheidsstraf. Tot in 2004 werden meestal (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen opgelegd, daarna is het aantal taakstraffen vergelijkbaar met het aantal onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen (figuur 9.4). Deze worden vooral opgelegd bij smokkel, productie of handel van harddrugs. Het aantal vrijheidsstraffen voor bezit van softdrugs is betrekkelijk gering (figuur 9.5).

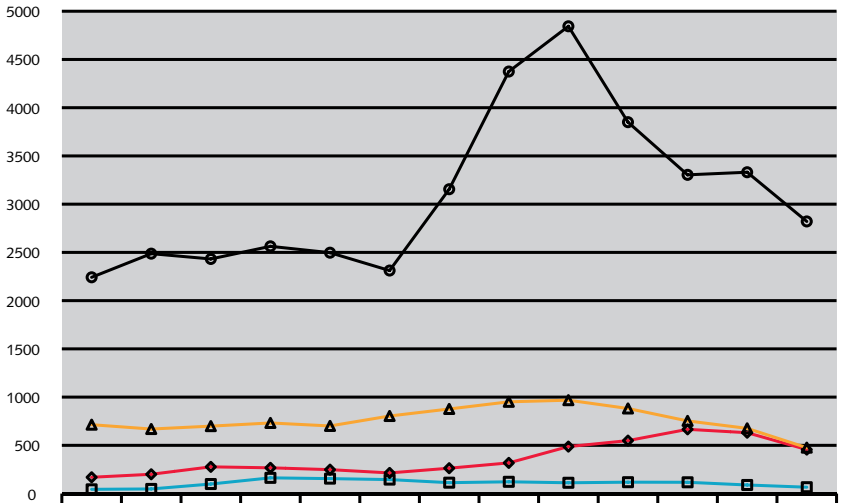
Figuur 9.4 Aantal (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen en door rechter opgelegde taakstraffen naar type Opiumwetdelict 1995-2007



	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
vrijheidsstraf bezit	758	717	798	895	856	949	990	1073	1080	1000	870	765	542
vrijheidsstraf productie / smokkel / handel	2411	2687	2709	2830	2745	2526	3418	4693	5331	4399	3970	3962	3277
taakstraf bezit	213	403	699	861	847	967	1001	1065	950	1071	1082	997	710
taakstraf productie / smokkel / handel	650	987	1297	1545	1448	1549	1692	1983	2916	3316	4036	4595	3142

Bron: OMDATA, 2008

Figuur 9.5 Aantal (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen naar type Opiumwetdelict 1995-2007, uitgesplitst naar hard- en softdrugs

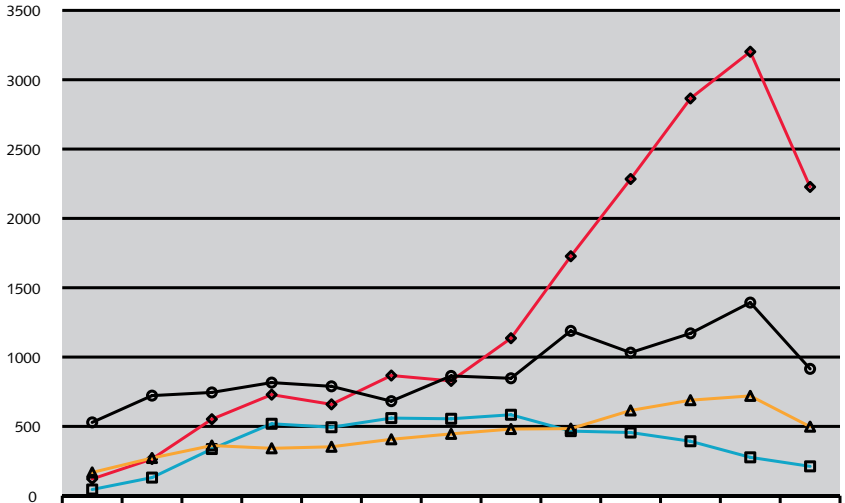


	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Softdrugs bezit	44	48	99	163	155	145	113	122	112	118	117	89	66
Softdrugs productie / smokkel / handel	169	200	277	267	248	214	263	318	487	549	666	631	456
Harddrugs bezit	714	669	699	732	701	804	877	951	968	882	753	676	476
Harddrugs productie / smokkel / handel	2242	2487	2432	2563	2497	2312	3155	4375	4844	3850	3304	3331	2821

Bron: OMDATA, 2008

In vergelijking met 1995 zijn de verhoudingen duidelijk veranderd. Van de vrijheidsstraffen opgelegd in Opiumwetzaken wordt nu een kleiner deel opgelegd voor bezit van harddrugs en meer voor productie/smokkel/handel van softdrugs. Vooral bij de taakstraffen is een verschuiving opgetreden (figuur 9.6). Nu worden die veel vaker opgelegd bij softdrugssmokkel/productie/handel.

Figuur 9.6 Aantal taakstraffen opgelegd door de rechter naar type Opiumwetdelict 1995-2007, uitgesplitst naar hard- en softdrugs



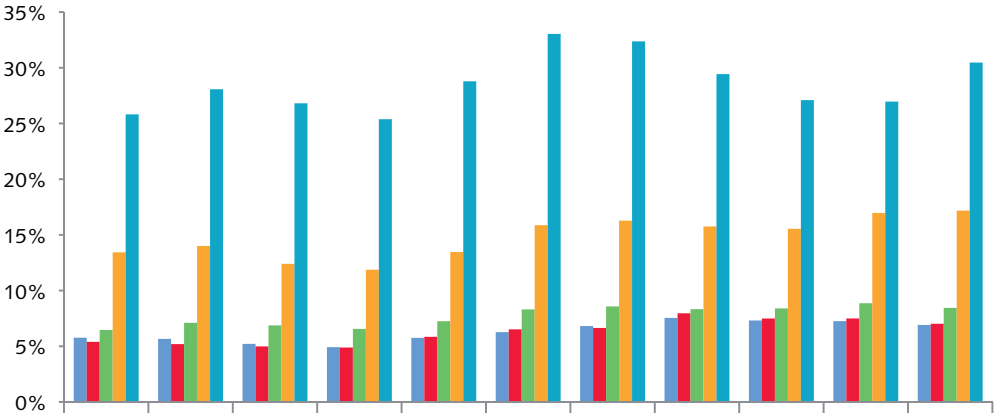
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Softdrugs bezit	45	131	337	519	494	560	555	584	466	456	393	277	212
Softdrugs productie / smokkel / handel	121	265	552	729	659	867	828	1136	1727	2284	2865	3202	2227
Harddrugs bezit	168	272	362	342	353	407	446	481	484	615	689	720	498
Harddrugs productie / smokkel / handel	529	722	745	816	789	682	864	847	1189	1032	1171	1393	915

Bron: OMDATA. Analyse: WODC, 2009

In het gevangeniswezen verblijft in 2007 18% van de gedetineerden vanwege een Opiumwetdelict. Dit aandeel is hoger dan in 1995; toen was het 15%.[26]

Wanneer de loop van Opiumwetzaken in de strafrechtsketen wordt gevolgd, is te zien dat het aandeel Opiumwetzaken toeneemt naarmate we verder in de strafrechtsketen komen. Hoewel de cijfers afkomstig zijn uit verschillende bronnen en de relatie voorzichtig geïnterpreteerd moet worden, kan gesteld worden dat Opiumwetdelinquenten een relatief grote kans lopen om vervolgd te worden en te eindigen in een relatief lange gevangenisstraf. Dit geldt vooral voor degenen die harddrugs hebben gesmokkeld, geproduceerd of verhandeld (figuur 9.7).

Figuur 9.7 Opiumwetzaken in het strafrechtelijk systeem, in % van alle zaken, 1997-2007



	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Politie	6%	6%	5%	5%	6%	6%	7%	8%	7%	7%	7%
Openbaar Ministerie	5%	5%	5%	5%	6%	7%	7%	8%	7%	7%	7%
Rechtbank	6%	7%	7%	7%	7%	8%	9%	8%	8%	9%	8%
Vrijheidsstraf	13%	14%	12%	12%	13%	16%	16%	16%	16%	17%	17%
Detentiejaren	26%	28%	27%	25%	29%	33%	32%	29%	27%	27%	30%

Bron: HKS, OMDATA, OBJD. Analyse: WODC, 2008

Bij de politie schommelt het aandeel Opiumwetverdachten in de loop van de jaren tussen 6% en 8%. Het aandeel Opiumwetzaken bij het Openbaar Ministerie loopt hiermee ongeveer gelijk op. Bij de rechtbanken is het aandeel hoger, het loopt van 7% tot 9%. Het aandeel Opiumwetzaken in de gevangenisstraffen is nóg hoger, tussen 12% en 17%: hier is sprake van een toename. Het aandeel in de opgelegde detentiejaren varieert van 27% tot 33%. Hierin is geen eenduidige trend te ontdekken.
In de latere schakels van de keten krijgen harddrugszaken duidelijk de overhand. Het aandeel Opiumwetzaken is tussen 1997 (het eerste meetjaar) en 2007 over de hele linie toegenomen.

Niet alleen over de doorstroom van Opiumwetzaken in de strafrechtsketen zijn gegevens beschikbaar, ook van de kosten bestaan schattingen. In deze schattingen zijn de kosten van preventie en opsporing van Opiumwetzaken en vervolging en bestraffing van Opiumwetdelinquenten meegenomen (tabel 9.3). Alleen de kosten die ten laste komen van het ministerie van Justitie en het ministerie van BZK zijn geschat.

Tabel 9.3 Schatting jaarlijkse uitgaven kabinet voor Opiumwetdelicten, 1995-2007, in miljoen euro, prijzen 2007[I,II]

Onderdeel	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Slachtofferzorg[III]	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Preventie	55	58	61	64	59	59	78	89	103	120	120	119	117
Opsporing	68	71	76	76	69	58	76	95	105	119	120	119	121
Vervolging	9	11	13	14	15	17	22	26	27	34	31	31	30
Berechting	4	4	6	8	9	11	15	20	21	20	21	23	22
Tenuitvoerlegging straffen	130	182	200	248	287	272	312	373	383	403	376	374	397
Rechtsbijstand	3	3	4	4	4	4	6	7	9	11	12	11	11
Reclassering	6	5	8	11	8	8	12	13	15	12	16	17	19
Totaal	275	334	369	423	450	429	521	624	662	719	696	695	717
% van het totale budget voor criminaliteit	7%	8%	8%	9%	8%	8%	9%	10%	10%	10%	10%	10%	10%

I. Adviesrapporten zijn gerekend onder 'vervolging'. De kosten van bezoeken tijdens inbewaringstelling in de politiefase zijn gerekend onder 'opsporing'. II. De kosten van directe rechtshulp gedurende inbewaringstelling bij de politie zijn gerekend onder 'opsporing'. III. Bij Opiumwetdelicten zijn in de regel geen directe slachtoffers. Bron: WODC, 2009

Afgaande op deze schatting, gaf de regering in 2007 rond € 700 miljoen uit aan zaken met Opiumwetdelicten. De kosten vormen 10% van de totale kosten voor criminaliteitsbestrijding in Nederland. Dit aandeel is iets hoger dan in 1995. Toch is de relatieve stijging beperkt vergeleken bij de stijging van de absolute kosten: dit betekent dat de absolute kostenstijging voor het overgrote deel verklaard wordt door meer algemene, niet-drugsspecifieke trends.
De kosten komen voor 67% ten laste van het ministerie van Justitie (met name vervolging, rechtspraak, tenuitvoerlegging, rechtshulp en reclassering), 29% wordt gedragen door het ministerie van BZK (met name opsporing en preventie door de politie) en 4% wordt bijgedragen door andere ministeries (met name speciale opsporingsdiensten). Deze schattingen zijn met onzekerheid omgeven. Moolenaar (2009, in voorbereiding) komt voor Opiumwetzaken in 2006 uit op ongeveer € 523 miljoen ofwel 8% van het totale jaarlijkse overheidsuitgaven. Concluderend kunnen we stellen dat de kosten van Opiumwetzaken tussen de 8% en 10% van de totale jaarlijkse overheidsuitgaven aan veiligheid bedragen.

De kosten voor preventie van Opiumwetdelicten zijn moeilijk te schatten. Het cijfer bevat vooral de uitgaven aan algemene criminaliteitspreventie zoals surveillance door de politie. Hoewel niet te zeggen valt hoeveel Opiumwetdelicten hierdoor voorkomen zijn, wordt in de schatting aangenomen dat dit proportioneel is aan het aantal Opiumwetverdachten. Specifieke informatie met betrekking tot preventie van Opiumwetdelicten bestaat nauwelijks. De opsporing van Opiumwetdelicten kostte in 2007 naar schatting € 121 miljoen. Deze kosten betreffen activiteiten van politie, marechaussee, douane en andere (forensische) opsporingsdiensten. De vervolging, de rechtbanken, de rechtsbijstand en de reclasseringsactiviteiten kostten minder. Het grootste budget wordt besteed aan de tenuitvoerlegging van sancties, waarbij het voor 99% gaat om de executie van gevangenisstraffen.

De handhavingsinspanningen en de bestraffing zijn er (mede) op gericht te voorkomen dat mensen de wet (nogmaals) overtreden. De vraag die hier tot slot beantwoord wordt, is in hoeverre personen die bestraft zijn voor een Opiumwetdelict, later toch opnieuw drugsdelicten plegen.[d]

- Een deel van de Opiumwetovertreders komt na hun bestraffing opnieuw in contact met justitie. Na één jaar heeft 7% tot 8% een nieuwe zaak vanwege een Opiumwetdelict (tabel 9.1, bijlage). Dit aandeel loopt op in de loop van de tijd. Na acht tot tien jaar is bijna een kwart opnieuw in de fout gegaan.
- Vergeleken met geweldsdelicten, vermogensdelicten, verkeersdelicten en openbare-orde delicten is de recidive van Opiumwetdelinquenten lager. Vergeleken met alle wetsovertreders samen wijkt het patroon iets ten negatieve af van de populatienorm. Al met al bevinden de Opiumwetdelinquenten zich min of meer in de middenmoot.

Volgens het Nationaal Netwerk Drugsexpertise (2006) houden de opgelegde taakstraffen voor telers hun teeltactiviteiten onvoldoende tegen. Deze aanpak zou daarmee niet tot het beoogde resultaat leiden. Het NND pleit voor verzwaring van de sancties door Opiumwetdelicten vaker te vervolgen in combinatie met delicten in het kader van de Wet milieubeheer en andere strafbare feiten. Het onderzoek van Spapens et al. laat zien dat niet-strafrechtelijke interventies zoals de dreiging van huisuitzetting en het risico 'verklikt' te worden via MMA wel afschrikkend en preventief werken voor thuistelers.[27]

Conclusie: is de Opiumwet toegepast conform bedoelingen?

De gegevens wijzen hier inderdaad op. De handhaving, vervolging en berechting van Opiumwetdelicten weerspiegelen het beoogde gedifferentieerde beleid. Opiumwetdelicten leggen vergeleken met 1995 een groter beslag op het justitiële apparaat. De inzet en de kosten van handhaving zijn gestegen. Een deel van de gesignaleerde stijgingen in aantallen drugsdelicten in het strafrechtelijk systeem lijkt te worden verklaard door algemene trends, een deel is drugsspecifiek. Hoewel er in de loop van de tijd meer softdrugsdelicten (i.c. cannabis) in de strafrechtsketen zijn ingestroomd, zijn harddrugsdelicten nog steeds in de meerderheid.[e]

9.3.3 Is de opsporing van georganiseerde criminaliteit geïntensiveerd?

Een tweede aspect van de in de Drugsnota 1995 beoogde aanpak is de intensivering van de opsporing van georganiseerde criminaliteit.

Het fenomeen van de georganiseerde criminaliteit staat vanaf het begin van de jaren negentig prominent op de politieke agenda.[9] Naar de aard van deze criminaliteit wordt periodiek onderzoek gedaan in de Monitor Georganiseerde Criminaliteit. Deze monitor is gestart in 1996, na het rapport van de Parlementaire Enquêtecommissie Opsporingsmethoden en op verzoek van de Tweede Kamer. Er zijn inmiddels drie rapportages verschenen, in 1999, 2002 en 2007, waarvoor tot dusverre in totaal 120 grote strafzaken zijn bestudeerd.

In meeste gevallen blijkt het te gaan om smokkel van mensen en verboden waar, waaronder drugs, en om illegale grensoverschrijdende handelingen. 55 van de 120 onderzochte zaken betroffen drugs (cocaïne, heroïne, cannabis en synthetische drugs).

Plegers van georganiseerde criminaliteit bedrijven volgens de monitor dus vooral internationale handel, het is vooral 'transitcriminaliteit'.[8;9] Het zijn eerder criminele netwerken dan piramidale misdaadorganisaties.

In lijn met de in de nota beoogde intensivering van de opsporing zijn in 2004, toen een aantal speerpunten voor opsporing en vervolging van georganiseerde criminaliteit werd aangewezen[28], onder andere[f] de smokkel van cocaïne en heroïne, de productie van en de handel in synthetische drugs en witwasactiviteiten tot speerpunten benoemd. In december 2007 heeft de minister van Justitie dit verder uitgewerkt in een plan 'Versterking aanpak georganiseerde misdaad'.[29] Er wordt een driesporen-aanpak gevolgd met (1) bestuurlijke en preventieve maatregelen, waarvoor lokale autoriteiten verantwoordelijk zijn, (2) strafrechtelijke benaderingen en (3) internationale samenwerking. Daarnaast worden financieel-economische maatregelen ingezet.

Volgens Van de Bunt en Kleemans (2007) heeft de geïmproviseerde aanpak van georganiseerde misdaad in het

[d] Om een beeld te krijgen van de omvang van de recidive is uit het bestand van de WODC-recidivemonitor een selectie gemaakt van alle personen die in de periode van 1997 tot en met 2004 minstens éénmaal zijn veroordeeld dan wel afgedaan door het Openbaar Ministerie vanwege een Opiumwetdelict. Van deze personen is vervolgens nagegaan of zij binnen een bepaalde periode na de inschrijving van het drugsdelict opnieuw voor een Opiumwetdelict werden ingeschreven bij justitie.

e In tegenstelling tot de situatie in de meeste EU-landen, waar net de cannabisdelicten de overhand hebben in de geregistreerde drugswetcriminaliteit.

[f] De andere speerpunten zijn: terrorisme en andere extreme vormen van ideologisch gemotiveerde criminaliteit, mensenhandel en –smokkel, en smokkel en gebruik van vuurwapens en explosieven.

begin van de jaren negentig plaatsgemaakt voor een 'verwetenschappelijking van beleid', met rationele beleidsmodellen en geformaliseerde besluitvorming (die volgens de auteurs de flexibiliteit belemmeren).[9]

De Informatiedienst van het KLPD maakt elk jaar voor Europol een inventarisatie van het aantal opsporingsonderzoeken naar meer ernstige vormen van georganiseerde criminaliteit, in het kader van het Europees dreigingsbeeld georganiseerde criminaliteit (European Organised Crime Threat Assessment, OCTA). Hieruit komt het volgende beeld naar voren (tabel 9.4):

- Het aantal opsporingsonderzoeken naar meer ernstige vormen van georganiseerde criminaliteit is, voorzover vergelijking over jaren dat toelaat, toegenomen. Het aandeel drugsgerelateerde onderzoeken hierin nam in grote lijn eveneens toe. De laatste jaren zijn in bijna driekwart van de onderzoeken drugs in het spel. Het absolute aantal drugsgerelateerde onderzoeken is dus meer dan verdrievoudigd.
- Het aantal zaken met harddrugs is gestegen, maar het aandeel van deze zaken in het totaal aantal drugszaken is niet sterk veranderd. In 2007 vormen zaken met harddrugs 83% van de drugsgerelateerde zaken. Cocaïne is de meest voorkomende drug in de onderzoeken. Het aandeel lijkt de laatste twee jaar te zijn toegenomen. Synthetische drugs komen op de tweede plaats en heroïne op de derde. Het aandeel synthetische drugs lijkt enigszins afgenomen, heroïne vertoont een wat wisselend beeld.
- Het aantal zaken met softdrugs is toegenomen en vormt ook een groter aandeel van het totaal aantal drugszaken; het aandeel bedraagt in 2007 67%. Meestal gaat het in deze gevallen om handel in en teelt van nederwiet (75% in 2007); in de overige onderzoeken gaat het om handel in hasj.
- Uit bovenstaande vloeit logischerwijs voort dat het aandeel zaken met alléén harddrugs af is genomen, het aandeel met alléén softdrugs ongeveer gelijk is gebleven, en het aandeel gecombineerde zaken soft- en harddrugs is toegenomen.

Tabel 9.4 Opsporingsonderzoeken naar meer ernstige vormen van georganiseerde criminaliteit, naar drugsonderzoeken en hard- en softdrugs, 2000-2006[1]

	2000	2001	2002	*	2003	2004	*	2005	*	2006	2007
Totaal aantal onderzoeken	148	146	185	...	221	289	...	176	...	333	328
- % gericht op drugs	53%	62%	63%	...	66%	69%	...	72%	...	75%	72%
Aantal onderzoeken gericht op drugs	78	90	117	...	146	200	...	127	...	250	235
- % met harddrugs	82%	83%	83%	...	83%	84%	...	85%	...	79%	83%
- % met softdrugs	55%	41%	45%	...	39%	27%	...	41%	...	60%	67%
- % met alleen harddrugs	45%	59%	55%	...	61%	69%	...	59%	...	40%	36%
- % met alleen softdrugs	18%	17%	17%	...	17%	11%	...	15%	...	21%	20%
- % met hard- en softdrugs	37%	24%	28%	...	22%	16%	...	26%	...	39%	47%
Aantal onderzoeken met harddrugs	64	75	97	...	121	168	...	108	...	198	194
- % cocaïne				...	60%	57%	...	54%	...	68%	77%
- % synthetische drugs				...	54%	39%	...	44%	...	43%	40%
- % heroïne				...	17%	18%	...	29%	...	29%	20%

1.Binnen een onderzoek kan sprake zijn van handel in en of productie van meerdere soorten drugs. Percentages tellen daarom niet op tot 100%.
* Duidt op trendbreuken (tussen 2002 en 2003, tussen 2004 en 2005 en tussen 2005 en 2006) als gevolg van veranderde registratiemethoden.
Bron: KLPD/DIENST IPOL, groep Onderzoek en Analyse.

De aanleiding tot het instellen van een onderzoek is in het merendeel van de cases uit de Monitor georganiseerde criminaliteit nationaal van karakter.[9] Er vindt de laatste jaren veel internationale politiesamenwerking plaats, in wisselende aard en intensiteit. Nederlandse opsporingsinstanties zijn in eerste instantie gericht op daders die actief zijn in Nederland en minder op 'instromende' en 'uitstromende' daders. Ook is er tot nu toe weinig aandacht geweest voor de gelegenheidsstructuren in de 'gewone' sociale omgeving.

Conclusie: is de opsporing van georganiseerde criminaliteit geïntensiveerd?

De opsporing van drugsgerelateerde georganiseerde criminaliteit is in de afgelopen periode geïntensiveerd en geprofessionaliseerd en heeft – overeenkomstig de kenmerken van deze vorm van criminaliteit – een meer internationaal karakter gekregen. De gerichtheid is in eerste instantie nog op daders die actief zijn in Nederland.

9.3.4 Zijn de opsporingsinspanningen m.b.t. harddrugs, inclusief ecstasy, geïntensiveerd?

Een derde aspect van de in de nota van 1995 beoogde aanpak is de intensivering van de opsporingsinspanningen met betrekking tot harddrugs, waaronder ecstasy. De rol van Nederland in de productie en de distributie van ecstasy naar andere landen vormde zoals gezegd eind jaren negentig een bron van zorg, zowel nationaal als internationaal.[g] Het is dan ook niet verwonderlijk dat de drugsnota er aandacht aan besteedt. Ook in 1994 werd al een beleidsnotitie over ecstasy naar de Kamer gestuurd.[30] In 1995 volgde de nota *Stadhuis en House*.[31] In 1996 en 1997 werden meer dan een miljoen ecstasypillen in beslag genomen. Al langere tijd daarvoor gold Nederland als productieplaats van amfetamine en lsd.

De in 1997 opgerichte USD (in 2004 omgevormd tot Expertisecentrum Synthetische Drugs en Precursoren) kreeg tot taak om informatie te verzamelen over synthetische drugs (en precursoren daarvan) ten behoeve van politie en justitie. In 1999 startte de Nationale Coördinatiecommissie Precursoren, een interdepartementaal afstemmingsoverleg precursoren onder coördinatie van het ministerie van Financiën.

Ondanks deze inspanningen om de productie te bestrijden werden veel aan Nederland gerelateerde ecstasytabletten in beslag genomen in een groeiend aantal landen, met name Duitsland, Engeland, Frankrijk en de Verenigde Staten. De zorg over deze ontwikkelingen – in combinatie met de dreiging van plaatsing op de 'majors list'[h] – leidde ertoe dat in mei 2001 de nota *Samenspannen tegen XTC* aangeboden werd aan de Tweede Kamer.[32] Deze nota had tot doel te komen tot een aanmerkelijke reductie van productie en handel van ecstasy door een intensivering van de inspanningen. De begroting voor de looptijd van de nota, 2002 tot 2006, bedroeg € 90 miljoen. Een breed scala van beleidsvoornemens werd aangekondigd om de ecstasyproblematiek in al haar facetten aan te pakken, waarbij verschillende ministeries betrokken zijn:

- het versterken van de handhavingscapaciteit;
- de aanpak van precursoren, uitrusting en distributie;
- internationale samenwerking;
- onderzoek en voorlichting.

Evaluatieonderzoek van de XTC-nota laat het volgende zien[33]:

- De te realiseren uitbreiding van personeel en middelen werd al in 2002 gerealiseerd en lijkt daarna te hebben standgehouden. Tijdens de looptijd van de nota kreeg de politie te maken met reorganisaties door de oprichting van de Dienst Nationale Recherche (DNR), hetgeen in 2004 een zekere teruggang in het aantal voor ecstasy ingezette medewerkers tot gevolg had. 2004 was een turbulent jaar voor de betrokken instanties, vooral voor de politie. In 2006 was men weer op sterkte. Aan het eind was er een behoorlijk functionerend aandachtsgebied binnen de DNR. Hoewel ecstasy een van de speerpunten van de DNR is, is het niet duidelijk of het daadwerkelijk de prioriteit heeft gekregen die het volgens de nota zou moet hebben.[i]
- Er is intensieve samenwerking tot stand gekomen tussen de DNR, FIOD-ECD, douane, Koninklijke Marechaussee en het NFI. Deze was er zonder de extra impuls van de XTC-nota waarschijnlijk niet gekomen. Een voorbeeld is het Expertisecentrum Synthetische Drugs en Precursoren, waarin de specialistische kennisgroepen van FIOD-ECD en DNR zijn samengegaan.
- De coördinatie van activiteiten is adequaat verlopen. Samenwerking met China en Rusland, landen waar veel precursoren vandaan komen, is uitgebreid. Aan de door Europol opgebouwde database met gegevens uit opsporingsonderzoek wordt veel belang gehecht.
- De combinatie van bevoegdheden van de douane (controle) en de Koninklijke Marechaussee (opsporing) binnen het Schipholteam is internationaal uniek bij de bestrijding van export van ecstasy.

[g] Harddrugs anders dan ecstasy worden besproken in de desbetreffende paragrafen.
[h] De lijst van belangrijkste landen waarvandaan drugs geëxporteerd worden naar de VS.
[i] Zowel het Kernteam Zuid/Unit Synthetische Drugs als de XTC-teams zijn in de Nationale Recherche opgegaan. De voorheen voor ecstasy 'gelabelde' formatie werd vanaf 2004 voor meer doeleinden ingezet. Daarbij werd de afspraak gemaakt dat 18% van de capaciteit van de DNR ingezet zou worden voor ecstasyonderzoeken. Vanaf 2005 is deze systematiek losgelaten, wat het lastig maakt om zicht te krijgen op de inzet van de gelden van de nota. De ingezette capaciteit is niet meetbaar.

- De opzet van de Landelijke Faciliteit Ondersteuning bij Ontmanteling (LFO) heeft lange tijd in beslag genomen doordat overleg nodig was over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden. Naast de politie zijn hierbij onder andere de brandweer en de gemeente betrokken. Het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) stelt bij alle ontmantelingen ter plaatse zijn expertise beschikbaar. Zoals aangekondigd in de ecstasynota, heeft het NFI zich geprofileerd als een internationaal *centre of excellence*.
- De voornemens ten aanzien van internationale samenwerking zijn uitgevoerd. Bij de bilaterale samenwerking ligt de nadruk op de relatie met de Verenigde Staten (zie ook hoofdstuk 12).

Na 2006 zijn de inspanningen structureel geworden. Na de € 90 miljoen die aanvankelijk werd vrijgemaakt zou nu 18% van de inzet van de Nationale Recherche aan ecstasy besteed moeten worden. Vanaf 2004 hoort de bestrijding van criminele samenwerkingsverbanden die betrokken zijn bij ecstasyproductie en -handel tot de opsporingsprioriteiten.[28] In 2006 is het project Winstpakker gestart, dat gericht is op financiële onderzoeken en financiële sancties op het terrein van precursoren.[2] Er wordt samengewerkt tussen financiële opsporingsautoriteiten, Belastingdienst, politie en OM. Een verdere strategie betreft informatiebezoeken aan glasfabrieken, waarin deze worden geïnformeerd over het feit dat het aanleveren van speciaal glaswerk voor de productie van drugs strafbaar is en dat verdachte bestellingen aan de politie gemeld dienen te worden.

Knelpunten hebben zich ook voorgedaan. Zo werden de beoogde Criminaliteitsbeeldanalyses (CBA's) belemmerd door problemen met de verkrijgbaarheid en vergelijkbaarheid van gegevens. Het voornemen uit de nota om de handel in tabletteermachines via handelspolitieke maatregelen aan te pakken is op EU-niveau niet haalbaar gebleken. Het aangekondigde onderzoek naar vervanging door gebruikers van ecstasy als het middel moeilijker verkrijgbaar zou worden, is niet doorgegaan omdat bleek dat dit laatste zich niet voordeed: ecstasy bleef onverminderd verkrijgbaar. Er heeft een campagne plaatsgevonden gericht op het afschrikken van potentiële ecstasykoeriers, maar deze is nooit geëvalueerd. De 'dip' in activiteiten in 2004 – als gevolg van de reorganisatie van de politie – kan ook als een knelpunt gezien worden.

Conclusie: zijn de opsporingsinspanningen met betrekking tot harddrugs, inclusief ecstasy, geïntensiveerd?

Met betrekking tot ecstasy zijn de handhavingsinspanningen geïntensiveerd vanaf 2002. Deze intensivering is over het geheel genomen volgens plan gerealiseerd. De inspanningen zijn vanaf 2006 structureel geworden.

9.3.5 Zijn de inspanningen met betrekking tot grootschalige nederwietteelt geïntensiveerd?

Een vierde aspect van de in de Drugsnota 1995 beoogde aanpak is de intensivering van de inspanningen met betrekking tot grootschalige nederwietteelt. Hoewel in de loop van de tijd specifieke aandacht is gegeven aan de bestrijding van de steeds grootschaliger en professionelere illegale teelt van hennep in woningen, bedrijfshallen of in openbare ruimten (zoals bijv. maïsvelden), hebben deze inspanningen pas de laatste jaren vorm gekregen. In 2003 lieten Bovenkerk en Hogewind zien dat de opsporing en vervolging van hennepteelt niet erg krachtig ter hand werd genomen.[34] Ook de Algemene Rekenkamer signaleerde een 'handhavingstekort' op dit gebied.[35]

In april 2004 is de cannabisbrief aan de Kamer aangeboden.36 Hiermee is een meer repressief beleid ingezet. In deze brief pleit het kabinet onder andere voor strakkere handhaving en een intensivering van de aanpak van de hennepteelt, omdat deze een steeds meer bedrijfsmatig karakter krijgt en er sprake is van betrokkenheid van criminele samenwerkingsverbanden. De gemeenten moeten bestuursrechtelijke handhaving (breed, ook met gebruikmaking van de woningwet en de wet op de ruimtelijke ordening) stimuleren en intensiveren, in samenwerking met publieke en private partijen. In 2006 is aangekondigd dat het integrale beleid nog zou worden geïntensiveerd.[37] Bovendien is de cannabisgerelateerde zware en/of georganiseerde criminaliteit door het Openbaar Ministerie recent als belangrijke dreiging gedefinieerd.[38]

De beoogde integrale aanpak wordt momenteel in een aantal regio's toegepast.[39] In 205 gemeenten zijn anno 2009 convenanten afgesloten voor de integrale aanpak van de hennepteelt. Het Centrum voor Criminaliteitspreventie en Veiligheid ondersteunt gemeenten. Door de integrale aanpak kunnen verschillende wettelijke middelen tegelijk worden ingezet, variërend van huuropzegging (door de woningbouwcorporatie) en sluiting van de woning (door de burgemeester) tot vervolging en bestraffing (door OM en rechter).

Wouters et al. (2007) onderzochten in 2006-2007 de aanpak van de hennepteelt in de 25 politieregio's.[40] Het onderzoek bracht het volgende aan het licht.

- In alle politieregio's bestaan op districts- of gemeenteniveau convenanten inzake de aanpak van hennepkwekerijen. Partners zijn meestal, naast de politie, het OM, energiebedrijven, gemeenten en woningcorporaties. In ongeveer de helft van de gevallen zijn ook de Belastingdienst, uitkeringsinstanties en ontmantelbedrijven partij. Binnen de regio's bestaat variatie in aard van de partners.
- De aanpak van ontmantelingen verloopt gestructureerd en steeds meer routinematig. Kwekerijen die een direct gevaar opleveren worden meteen ontmanteld. Voor het overige wordt ad hoc ontmanteld en worden 'rooidagen' gehouden, waarbij meerdere kwekerijen gepland op één dag worden aangepakt. Grosso modo wordt eens per maand een rooidag gehouden, waarop één tot veertig, meestal vijf, kwekerijen worden ontmanteld.
- De politie is altijd aanwezig bij een ontmanteling, inclusief een hulpofficier namens het OM. Medewerkers van een energiebedrijf of van een ontmantelbedrijf/reinigingsdienst zijn vrijwel altijd ter plekke aanwezig, de overige convenantpartners slechts af en toe. Ontmantelbedrijven winnen aan populariteit. Ze worden vaak ingezet bij de ontruiming van wat grotere kwekerijen.

In de Cannabisbrief is aangekondigd dat de opsporing meer gericht zou worden op criminele samenwerkingsverbanden achter de hennepteelt. Hiervoor is een pilot opgestart in Zuid-Nederland. De pilot richt zich ook op faciliterende actoren zoals growshops. In het kader van deze pilot is In 2006-2007 onderzoek verricht naar de bedrijfsmatige wietteelt in Zuid-Nederland.[27] Dit onderzoek leidt tot de volgende inzichten.

- De aanpak van politie en OM is vooral gericht op individuele kwekerijen. De ontmantelde kwekerijen bevonden zich voor 80% tot 90% in woningen, merendeels huurwoningen (zie ook: Wouters et al., 2007[40]).
- Een deel van de gemeenten past de integrale benadering toe. Met name het risico op huisuitzetting blijkt een afschrikwekkend effect te hebben. Minder mensen zijn bereid een kwekerij in hun woning te installeren. Daarnaast speelt voor telers het risico 'verklikt' te worden via Meld Misdaad Anoniem. Deze bevinding wordt bevestigd door Wouters et al. (2007).[40]
- Exploitanten zijn sporadisch onderwerp van opsporingsonderzoek. De politie heeft vaak geen goed zicht op hun activiteiten, en bovendien krijgen zij minder prioriteit in de opsporing.
- Opsporingsonderzoeken naar criminele samenwerkingsverbanden worden in wisselende mate verricht. In de afgelopen jaren zijn in twee regio's diverse grote en langdurige onderzoeken uitgevoerd op het niveau van de regionale recherche; in andere regio's kregen ze aandacht in meer kortstondige onderzoeken. Bij opsporingsonderzoeken wordt nog niet overal ingezet op financiële recherche en ontneming.
- De illegale activiteiten worden na de straf al snel weer opgepakt, zo bleek. De resultaten van ontneming van wederrechtelijk verkregen voordeel moeten nog worden afgewacht. Zoals in het bovenstaande werd getoond, bestaat de straf vaak uit een taakstraf.

De onderzoekers signaleren dat de integrale aanpak, die vooral de thuistelers treft, criminele samenwerkingsverbanden in de kaart kan spelen, doordat deze de productie van cannabis overnemen.

In 2007 is een programmatische aanpak voor de bestrijding van georganiseerde hennepteelt geïntroduceerd. Uit cijfers over de opsporing van meer ernstige vormen van georganiseerde criminaliteit valt op dat er wel al de laatste jaren meer op softdrugsgerelateerde georganiseerde criminaliteit is onderzocht.

De geïntensiveerde handhaving loopt nog steeds. Voor de aanpak van growshops hebben enkele gemeenten een vergunningenstelsel ingevoerd; gemeenten kunnen dan de illegale activiteiten rond deze shops beter aanpakken en de wet BIBOB toepassen (www.ccv.nl, 2009).[29]
Om de bestuursrechtelijke aanpak van de georganiseerde hennepteelt te versterken is in juli 2008 door de ministers van Justitie en BZK een Task Force geïnstalleerd, waarin beleidsmedewerkers samen met politie, Belastingdienst, OM en burgemeesters moeten komen tot een zichtbare reductie van de grootschalige hennepteelt in Nederland en het proces van normalisering van hennepteelt moeten stoppen.[41]

Uit onderzoek komen mogelijke verbeteringen in de bestrijding van de nederwietteelt naar voren. Spapens et al. wijzen erop dat growshops een drempelverlagend effect hebben op de teelt en dat de illegale activiteiten van sommige van deze shops nadrukkelijker aan banden zouden kunnen worden gelegd. Ook zou onderzocht kunnen worden of de verkoop van materialen die alleen worden gebruikt om kwekerijen af te schermen, verboden kan worden. De netwerken van exploitanten zouden nader in beeld kunnen worden gebracht, om opsporingsonderzoeken erop in te kunnen zetten of om aanknopingspunten te hebben voor doorrechercheren wanneer ergens een kwekerij is aangetroffen.
Omdat criminele samenwerkingsverbanden ruime afzetmogelijkheden hebben door hun handelscontacten, zou de aanpak van handel en export ook de teelt kunnen beïnvloeden. Ook kunnen deze verbanden gehinderd wor-

den door hun inkoopadressen en grote kwekerijen te treffen. Zij zouden systematischer onderwerp van opsporingsonderzoek kunnen worden gemaakt, waarbij zwaarder ingezet zou moeten worden op financiële recherche en ontneming.

Conclusie: zijn de inspanningen met betrekking tot grootschalige nederwietteelt geïntensiveerd?

De inspanningen met betrekking tot de wietteelt zijn deels met succes in uitvoering genomen en de aanpak van de georganiseerde wietteelt is in ontwikkeling. Er wordt nog niet maximaal doorgerechercheerd en er zijn lacunes in de aanpak. Meer softdrugsdelicten – met name nederwietteelt – komen de strafrechtsketen binnen en worden vervolgd en gesanctioneerd. De aanpak loopt en vormt een opsporingsprioriteit.

9.3.6 Heeft de overheid pragmatisch ingespeeld op nieuwe ontwikkelingen?

Het laatste aspect van de in de Drugsnota 1995 beoogde aanpak is het pragmatisch inspelen op nieuwe ontwikkelingen. In deze paragraaf wordt één voorbeeld belicht waarin dit is gebeurd.

Een ontwikkeling die zich in de tweede helft van 2001 aandiende betrof de invoer van cocaïne via Schiphol. Wereldwijd werd in 2001 29% meer cocaïne onderschept dan in de jaren daarvoor.[42] Ook Schiphol kreeg te maken met een aanzienlijke toename van cocaïnesmokkel door drugskoeriers. In 2001 werden 1303 drugskoeriers gearresteerd, in 2002 was dit opgelopen tot 2176. Het probleem nam dermate grote vormen aan dat begin 2002 het 'Plan van aanpak drugssmokkel Schiphol' door het kabinet werd aangekondigd.[43]

De cocaïne werd en wordt geproduceerd in het Andesgebied en van daaruit via verschillende routes Europa binnengesmokkeld. De aanvoer naar Nederland kwam in 2002 vooral vanuit de Nederlandse Antillen, Aruba en Suriname.

Tabel 9.5 Maatregelen in het kader van het 'Plan van aanpak drugssmokkel Schiphol'

Aard maatregel:	Vanaf:
• Pre-flight controles vluchten naar Nederlandse Antillen en Aruba	2002
• Stofgerichte benadering en zwarte lijst	2002
• Tijdelijke wet noodcapaciteit drugskoeriers/noodvoorzieningen voor drugskoeriers	2002
• Uitbreiding celcapaciteit (bouw politiecellen op Schiphol Oost en tijdelijk gebruik van noodvoorzieningen)	2002
• Uitbreiding Schipholteam, douane, OM, ZM en detentiefaciliteit op Schiphol	2002
• Wetswijzigingen (body scan, noodcapaciteit, bevoegdheden enkelvoudige kamers)	2002
• Versterking samenwerking internationaal	2002
• 100% controles inkomende vluchten vanuit Nederlandse Antillen, Suriname en andere directe risicovluchtenI	2003 (incidenteel reeds vanaf 2002)
• intensivering controles haven Rotterdam	2003
Intensivering opsporingsonderzoekenII	
(o.a. de opzet van de eerste Criminaliteitsbeeldanalyse)	2003
• Speciale wettelijke maatregelen voor detentie	2003
• Versterking samenwerking Nederlandse Antillen en Aruba[j] (anti-drugseenheid en ondersteuning lokale teams)	2002
• Body scans en controles in vertreklanden[k]	2003-2004
• Body scan op Schiphol	2004
• Tijdelijke inname paspoort drugskoeriers Antillen	2006
• Millimeter wave scan op Schiphol	2007

I. Vluchten waarvan wordt aangenomen dat ze grote hoeveelheden drugs via Schiphol aanvoeren. Het gaat om vluchten uit de Nederlandse Antillen, Aruba, Suriname, Venezuela en de Dominicaanse Republiek.

[j] In 2002 is begonnen met de verbetering van grenscontroles. In 2005 is er een overeenstemming bereikt over het nieuwe mandaat van de werkgroep bestrijding drugssmokkel en tussen 2003 en 2006 is de Officier van Justitie op Bonaire ondersteund.
[k] Begin 2002 zijn de Nederlandse Antillen (NA) en Aruba voorzien van bagage- en kofferscans. Begin 2003 zijn passagiersscans geleverd aan de NA.

In het 'Plan van aanpak drugssmokkel Schiphol' werden aan de ene kant maatregelen voorgenomen om de aanvoer van cocaïne naar Nederland te voorkomen. Aan de andere kant werd ingezet op het consequent in beslag nemen van drugs en op een strafrechtelijke aanpak van drugskoeriers. Er werd toegewerkt naar een structureel hoog handhavingsniveau om de pakkans te verhogen. Het plan is tot eind 2006 in uitvoering geweest. Het omvatte een verscheidenheid aan maatregelen (tabel 9.5). In september 2006 stelt de minister van Justitie dat de situatie onder controle en goed beheersbaar is. Sindsdien behoren de extra inspanningen die voortvloeiden uit het 'Plan van aanpak drugssmokkel Schiphol' tot de reguliere werkzaamheden van de betrokken instanties. De 100%-controles van risicovluchten worden nog steeds gecontinueerd en de pre-flight controles in Paramaribo zijn recent uitgebreid. Daarnaast is de internationale samenwerking versterkt (zie hoofdstuk 12).

Op dit moment (en in ieder geval tot 2010) is de aanpak van cocaïnehandel een van de prioriteiten bij de opsporing en bestrijding van georganiseerde criminaliteit. Nationale, supraregionale en regionale rechercheteams zijn betrokken, samen met het landelijk Openbaar Ministerie. In 2008 bevestigde het KLPD het belang van de bestrijding van de handel in cocaïne en met name van de betrokken criminele samenwerkingsverbanden; het werd gedefinieerd als een van de belangrijke dreigingen voor de Nederlandse samenleving.[38]

Nederland bestrijdt ook op internationaal niveau de cocaïnesmokkel. In september 2007 is bijvoorbeeld een verdrag gesloten met Spanje, Italië, Portugal, Frankrijk en het VK, waarin men overeenkomt een 'Maritime Analysis and Operations Centre for narcotics' op te richten (MAOC-N). Ook andere samenwerkingsinitiatieven werden genomen (zie hoofdstuk 12).

Bij de aanpak, die breed was, deden zich de volgende knelpunten voor.

- De 100%-controles kregen kritiek uit Suriname en de Nederlandse Antillen. Naar aanleiding hiervan wordt sinds begin 2006 informatie verstrekt in Suriname over de controles en genieten douaniers aanvullende (interculturele) trainingen.[44] De wachttijden zijn verkort. Ook de Nationale Ombudsman publiceerde in 2006 een kritisch rapport over de 100%-controles op Schiphol.[45] Als reactie op dit rapport zijn ophoudruimtes ingericht voor de aangehouden passagiers evenals een ruimte voor de röntgenscan.[44] Het onderzoek aan de kleding door controleambtenaren is sterk gereduceerd door de invoer van de Millimeter Wave Scan in 2007. De genomen maatregelen hebben tot een daling van het aantal klachten geleid.[l] In 2006 is een klachtenloket ingericht.[47]
- Een poging om vluchten naar Nederland vanuit landen waarvandaan stelselmatig drugssmokkel plaatsvindt te verbieden, bleek onvoldoende juridische grond te hebben.[48;49]
- De tijdelijke wet noodcapaciteit drugskoeriers had tot doel de celcapaciteit aanzienlijk te vergroten, om zodoende heenzendingen van drugskoeriers (die ook omstreden waren) te voorkomen. De wet maakte inverzekeringstelling, voorlopige hechtenis en plaatsing na veroordeling van drugskoeriers mogelijk in bijzondere noodvoorzieningen, waar regimes en werkwijzen afweken van het reguliere gevangeniswezen. Gebrek aan privacy, onduidelijke regelgeving, basale en beperkte hulpverlening, het uiterst summiere dagprogramma en de basale (bouwkundige) voorzieningen leidden tot negatieve ervaringen.[50] De noodvoorzieningen kenden ook personele problemen. De noodvoorzieningen zijn 'tijdens de rit' aangepast. Met het vervallen van de tijdelijke wet noodcapaciteit in maart 2005 zijn ze opgeheven. Drugskoeriers worden weer binnen de normale detentiecapaciteit geplaatst.

De kosten voor het Plan van Aanpak Drugssmokkel verschillen jaarlijks. De oprichting van de noodvoorzieningen ging gepaard met een investering van € 85 miljoen.[51] In 2003 bedroegen de kosten dan ook ruim € 80 miljoen. Met de afschaffing van deze voorzieningen in 2005 liepen de kosten fors terug naar ruim € 21 miljoen in 2006.[52 m]

Uit bovenstaande kan geconcludeerd worden dat op het probleem van de toestroom van drugskoeriers op Schiphol, dat opdoemde in 2001, pragmatisch is ingespeeld met een breed plan met een diversiteit aan maatregelen en activiteiten, zowel in Nederland als internationaal.

[l] Van september 2006 tot en met december 2006 zijn er 22 klachten geregistreerd, waarvan 16 afkomstig waren van passagiers van vluchten uit Suriname. In 2007 waren er in totaal 49 klachten, waarvan 36 betrekking hadden op vluchten uit Suriname. Tot 1 augustus 2008 is dit aantal gedaald naar twee Surinaamse klachten.[46]

[m] Deze bedragen zijn gebaseerd op een inschatting door de minister van Justitie van de verwachte kosten voor het Plan van Aanpak.

Conclusie over § 9.3: is de beoogde aanpak gerealiseerd?

Deze vraag kan positief beantwoord worden. De drugsproductie en -handel is in de afgelopen periode aangepakt met uitbreiding van de wettelijke mogelijkheden, intensiveringen van opsporings- en vervolgingsinspanningen en pakketten van speciale maatregelen. De intensieve aanpak van cocaïne en ecstasy is inmiddels structureel geworden en de bedrijfsmatige wietteelt krijgt de laatste jaren veel opsporingsaandacht. Ook in het kader van de bestrijding van georganiseerde criminaliteit vormt de aanpak van cocaïne, heroïne en synthetische drugs een prioriteit. De aanpak richt zich in toenemende mate op de gehele keten van precursoren en hardware tot en met verhandeling in Nederland. Naast de strafrechtelijke aanpak worden ook bestuursrechtelijke en financiële maatregelen aangewend, zij het met wisselend succes. De nationale en internationale samenwerking speelt een cruciale rol. Niet alle plannen bleken juridisch haalbaar en vergaande maatregelen leidden tot soms ernstige knelpunten en klachten. De drugswetcriminaliteit vormt anno 2009, meer nog dan in 1995, een niet te veronachtzamen belasting, ook financieel, voor het strafrechtelijke systeem.

9.4 Zijn de beoogde uitkomsten behaald?

In deze paragraaf wordt nagegaan of de drugssmokkel, productie en handel in Nederland inderdaad beheerst is en beperkt is gebleven, zoals het voornemen was.

9.4.1 Indicatoren en gegevensbronnen

De smokkel, productie en handel van verboden producten wordt vanzelfsprekend zo goed mogelijk verborgen gehouden. Het is dan ook moeilijk om inzicht te krijgen in productie van en handel in drugs en in de hoeveelheid drugs die op de markt is. De omvang van teelt van papaver- en cocaplanten wordt wel geschat op basis van beelden vanuit de lucht, maar bij inpandige productie van drugs als ecstasy, amfetamine en cannabis is dit niet mogelijk. Ook de handel in drugs en de hoeveelheid drugs op de markt is slechts via indirecte indicatoren en met behulp van aannames over bijvoorbeeld de pakkans, in beeld te brengen. Drugsmarkten zijn bovendien sterk internationaal georiënteerd; metingen in Nederland geven slechts een partieel beeld. De literatuur laat bovendien zien dat een dynamische interactie bestaat tussen handhavingsinspanningen, inbeslagnames, prijzen, zuiverheid en gebruik.[53]

In deze paragraaf zal een beschrijving gegeven worden van de 'supply'-situatie *in Nederland*. Daarop zijn immers de inspanningen van de Drugsnota 1995 vooral gericht. Om tot zo verantwoord mogelijke indicatoren te komen is een literatuurverkenning verricht, waarbij de internationale literatuur over drugsmarkten is gescreend op de gebruikte indicatoren voor drugsproductie en drugshandel.

De hoeveelheid in beslag genomen drugs blijkt een veelgebruikte indicator voor de aanwezigheid van hoeveelheden drugs op de markt. Cijfers over inbeslagnames lijden echter aan het manco dat ze niet alleen de beschikbaarheid van een drug, maar ook de handhavingsinspanningen en de rapportagepraktijk reflecteren.[54-59] Ook zijn de cijfers instabiel: één grote inbeslagname kan de cijfers in een bepaald jaar omhoog stuwen. Verder worden schommelingen in de aanvoer van drugs – door verminderde productie – vaak opgevangen door het inzetten van voorraden drugs; deze inzet van voorraden 'buffert' schommelingen in de productie en zorgt ervoor dat deze niet zichtbaar worden in de inbeslagnamecijfers.
In verband met deze 'vervuilende' factoren wordt in de literatuur aanbevolen om cijfers over inbeslagnames altijd over meerdere jaren (drie tot tien) heen te bekijken.[3;55;58] De gevolgen van eenmalige grote vangsten en van inzet van voorraden middelen dan uit. Wat betreft inbeslagnames van precursoren (PMK in het geval van ecstasy) geldt eveneens dat deze an sich weinig zeggen over de werkelijke productie. Volgens Van der Heijden (2003) bestellen producenten namelijk zekerheidshalve vaak te veel van een precursor.[55] Ook hier geldt dat cijfers over meerdere jaren wél zicht kunnen geven op trends.

Een andere maat die in de literatuur veelvuldig wordt aantroffen is de prijs van een drug. Hoewel de samenhang tussen de (straat)prijs en de omvang van de productie en handel van een drug niet eenduidig is[60], kunnen lage straatprijzen worden geïnterpreteerd als teken van concurrentie en van het feit dat er geen al te grote marktmachten actief zijn.[109] Ook kunnen ze wijzen op een verzadigde markt.[55] Prijsstijgingen kunnen volgens verschillende auteurs duiden op een tekort aan een drug, als gevolg van minder productie, meer inbeslagnames en intensivering van de handhaving.[11;53;55;61-63] De zuiverheid gaat dan vaak ook omlaag, evenals het gebruik, terwijl druggebruikers aangeven dat de drug moeilijker te verkrijgen is. Het KLPD interpreteert stijgingen of dalingen van straatprijzen als signaal voor een exploderende, stabiele dan wel instortende drugsmarkt.[64] Volgens Paoli

e.a. (2009) reageert de prijs niet meteen op productiereductie.[65] Er is veel voorraad die wordt ingezet. Productiereductie moet lang volgehouden worden voordat de straatprijs erop reageert.[11;65] De invloed van prijsstijgingen op gebruik lijkt af te hangen van de marktelasticiteit: de markt voor verslaafden reageert anders, minder flexibel, dan die voor matige, nieuwe en gelegenheidsgebruikers.[66] De georganiseerde misdaad in Nederland heeft vaak een transitkarakter, wat kan betekenen dat geïmporteerde drugs hier helemaal niet op de markt komen. Opsporingsinspanningen worden dan niet zichtbaar in de Nederlandse straatprijzen. Reuter en Greenfield (2001) signaleren dat de straatprijs van een drug vaak een grote range heeft.[61 n] De straatprijs kan variëren van lokatie tot lokatie. Om een beeld te krijgen van de straatprijs moeten veel gespreide waarnemingen beschikbaar zijn.
Bij prijsgegevens moet altijd de *zuiverheid* meegemeten worden. De combinatie van straatprijs en zuiverheid kan een indicatie geven van ontwikkelingen in de markt van een drug, mits gemeten over langere tijd en met veel breed gespreide waarnemingen.

Op basis van de literatuur is gekozen voor de indicatoren (a) in beslag genomen hoeveelheden drugs en (b) straatprijzen in combinatie met (c) de zuiverheid. Omdat ook het gebruik van een drug kan reageren op veranderingen in het aanbod, worden tevens (d) ontwikkelingen in het drugsgebruik meegenomen. Alle gegevens worden over een langere tijdsperiode gerapporteerd. Met de genoemde indicatoren – met name straatprijzen, zuiverheid en gebruik – proberen we een beeld te geven van ontwikkelingen in het aanbod van drugs op de gebruikersmarkt. Het gaat om een landelijk beeld.

De volgende gegevensbronnen zijn gebruikt om de indicatoren in beeld te brengen.
(a) Inbeslagnamecijfers worden in Nederland elk jaar gerapporteerd door het KLPD/Dienst IPOL. De cijfers worden aangeleverd door regionale politiekorpsen, KMar, douane en FIOD-ECD. Het aantal korpsen dat gegevens aanlevert varieert echter over de jaren heen. In 2004 leverden bijvoorbeeld slechts 18 van de 25 korpsen gegevens over inbeslagnemingen aan, in 2005 en 2007 22, in 2006 25 en in 2008 19.[59;64;67-69] Het is daarom niet mogelijk om op basis van de KLPD-rapportages conclusies te trekken over trends in inbeslagnames. Beter zou het zijn om alleen gegevens te gebruiken van regio's die over een langere periode consequent hun cijfers aan het KLPD hebben aangeleverd. Het KLPD kon deze cijfers evenwel niet ter beschikking stellen. We beschikken wel over cijfers van het Expertisecentrum Synthetische Drugs en Precursoren en uit onderzoek.
(b) Straatprijzen van drugs worden sinds 2004 elk jaar geïnventariseerd door het KLPD/Dienst IPOL .[59;64;68;69] De steekproef is niet representatief, maar in recente rapportages is de spreiding van waarnemingen over het land redelijk te noemen. Er wordt gerapporteerd over de gemiddelde prijs van groothandels- en straatprijs van drugs. Van deze gegevens wordt gebruik gemaakt. Straatprijzen worden ook gerapporteerd door het Drugs Informatie en Monitoring Systeem en de monitors 'Trendwatch' en 'Antenne'. Ook hier gaat het niet om een representatieve steekproef, maar wel om een breed scala aan waarnemingen. De gerapporteerde prijzen komen goed overeen met die van het KLPD/Dienst IPOL. Prijzen van cannabis worden periodiek gerapporteerd in de 'THC-monitor', waarin naast THC-bepalingen ook de prijzen van in coffeeshops verkochte cannabis worden geïnventariseerd. Hier gaat het om een representatieve steekproef van coffeeshops in Nederland.
(c) Over de zuiverheid van drugs zijn eveneens gegevens bekend. Het Drugs Informatie en Monitoring systeem analyseert de zuiverheid van drugsmonsters die door gebruikers ter analyse worden aangeboden. Deze steekproef is niet representatief, maar omvat wel redelijk veel waarnemingen. De samenstelling van een deel van de aangeleverde drugsmonsters wordt ter plekke bepaald, een deel wordt in een laboratorium geanalyseerd. Gerapporteerd wordt hier over de laatste (betrouwbaarder) analyses. Het THC-gehalte van cannabis die verkocht wordt door Nederlandse coffeeshops wordt periodiek gerapporteerd in de 'THC-monitor'.
(d) Gebruikscijfers zijn eerder (in hoofdstuk 5) gerapporteerd. In het onderhavige hoofdstuk wordt gerapporteerd uit onderzoeken onder de Nederlandse bevolking van 15-64 jaar uit 1997, 2001 en 2005.
Naast deze kwantitatieve indicatoren worden ook resultaten uit (e) wetenschappelijk onderzoek en (f) criminaliteitsbeeldanalyses en dreigingsanalyses van georganiseerde criminaliteit van de politie gebruikt.[38] Deze bronnen geven inzicht in de aard van de markt en in verschuivingen en trends hierin. Over het onderwerp van dit hoofdstuk zijn geen effectstudies gevonden die conclusies toelaten over causale verbanden. De inschatting van de mate waarin bepaalde criminele verschijnselen een 'dreiging' vormen voor de Nederlandse samenleving is bij de dreigingsanalyses overigens slechts intersubjectief vastgesteld door zes experts.

In het onderstaande worden eerst ontwikkelingen in de markt van *cannabis* verkend (in § 9.4.2). Vervolgens wordt gekeken naar productie van en handel in *harddrugs* (in § 9.4.3). Daarna wordt een beeld geschetst van

[n] De straatprijs is overigens volgens deze auteurs vele malen hoger dan de prijs die de producent in het land van herkomst krijgt. De grootste relatieve waardestijging van een drug treedt op bij de transit over nationale grenzen. Bij de overtocht van heroïne van Pakistan naar de VS treedt bijvoorbeeld 2700% waardevermeerdering op. De prijs bij binnenkomst in een land (de importprijs) is dan weer ongeveer 10% van de detailhandelsprijs. De hoogste prijs/verdienste geldt daar waar het risico per gram het hoogst is.

de rol van *criminele samenwerkingsverbanden* (in § 9.4.4). Tot slot wordt nagegaan wat bekend is over de *maatschappelijke gevolgen* van drugswetcriminaliteit en over strafbare feiten die *samenhangen* met de illegale drugsproductie en - handel (in § 9.4.5).

9.4.2 Zijn de productie, handel en export van cannabis beperkt gebleven?

Zoals gezegd worden eerst de ontwikkelingen op de cannabismarkt besproken. Hiervoor wordt achtereenvolgens gekeken naar kwantitatieve gegevens over inbeslagnames, prijzen, zuiverheid en gebruik, en wordt vervolgens een aantal onderzoeken op dit gebied besproken.

Inbeslagnames van cannabis vinden met name plaats tijdens import en export en bij het oprollen van plantages. In de jaren na de drugsnota waren Marokko, Pakistan en Libanon de belangrijkste bronlanden van cannabis in Nederland. Marokko was tegelijkertijd het voornaamste exportland voor Nederlandse cannabis. Aanvoerroutes liepen over zee en land via Spanje, Frankrijk en België. Maar er werd ook al nederwiet in beslag genomen. Het aanbod van cannabis wordt anno 2009 overheerst door nederwiet, die volop geëxporteerd lijkt te worden naar het buitenland. De hasjmarkt wordt nog gedomineerd door buitenlandse hasj.[38]

Zowel Jacobs (2007) als Wouters et al. (2007) deden onderzoek naar ontmantelingen van hennepkwekerijen.[25;40] Het onderzoek van Jacobs (2007), waarin processen-verbaal uit 2004 zijn geanalyseerd, liet zien dat het aantal in beslag genomen planten in ontmantelde hennepkwekerijen (uitbijters daargelaten) varieerde van 3 tot 5460 planten, met een gemiddelde van 474 planten per kwekerij. In het algemeen bleken de kwekerijen redelijk professioneel opgezet. Er wordt veelal voor kunstverlichting, bevloeiingssystemen en luchtafzuiging naar buiten gezorgd en ook is er meestal sprake van een aparte, afgeschermde en verwarmde ruimte. Ziektebestrijding, speciale bodem of CO^2-suppletie komen weinig voor. Wouters et al. (2007) schatten dat in 2005 en in 2006 ongeveer 6000 hennepkwekerijen zijn ontmanteld en dat in die jaren circa 2,7 en 2,8 miljoen planten (inclusief stekken) in beslag zijn genomen. Ook zij nemen waar dat bij de kweek gebruik wordt gemaakt van geavanceerde technologie.

Beide onderzoeken laten zien dat er grote verschillen bestaan in de omvang van hennepkwekerijen, maar dat veelal sprake is van bedrijfsmatige teelt. Ook bij export en binnenlandse handel is de variatie in partijen groot. Bij export van cannabis werd per geval gemiddeld rond 2300 gram in beslag genomen, met een minimum van 5 gram en een maximum van 162 kilo. Bij handel en vervoer binnen Nederland ging het om minimaal 2 gram en maximaal 40 kilo.[25]

Prijzen en zuiverheid van de cannabis op de Nederlandse markt
Het Trimbos-instituut monitort sinds 2000 het THC-gehalte en de prijzen van cannabis.[70] Monsters van cannabisproducten, aangeschaft bij een representatieve steekproef van 50 coffeeshops, worden chemisch geanalyseerd en de prijzen worden gerapporteerd.

De detailhandelsprijs van nederwiet is in de loop der jaren gestegen, en nam vooral toe tussen 2006 en 2007 (tabel 9.6). De resultaten over 2008 laten een significante verdere stijging zien van de prijs van nederwiet. Vooral de sterkste variant steeg significant in prijs (€ 9,80 per gram in 2008 tegen € 8,50 in 2007; niet in tabel). De prijzen van geïmporteerde marihuana en hasj vertonen, net als die van de nederwiet. Ook fluctuaties door de jaren heen, maar ook daar lijkt sprake te zijn van een stijging.

Tabel 9.6 Gemiddelde detailhandelsprijs per gram cannabisproduct (in €)[I]

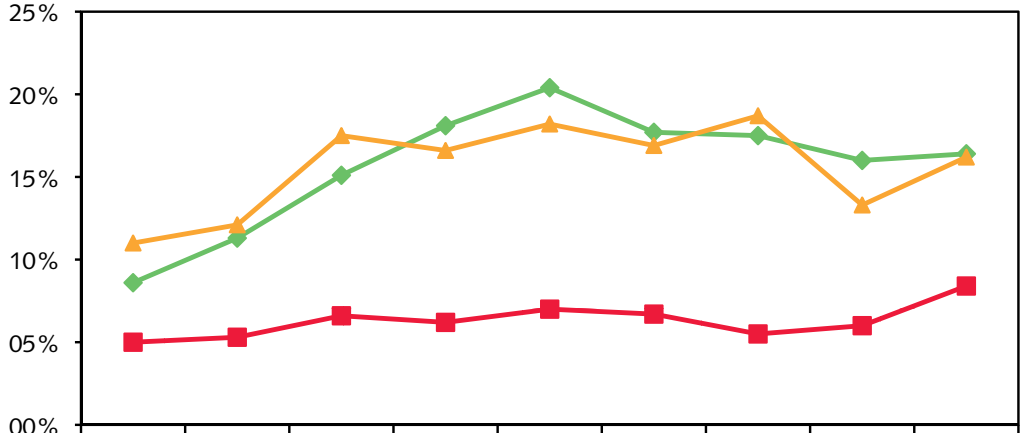
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Nederwiet	5,8	5,9	6,1	6,4	6,0	6,2	6,2	7,3	7,7
Geïmporteerde marihuana	3,9	4,0	4,2	4,3	4,9	4,1	4,4	4,3	5,2
Geïmporteerde hasj	6,3	6,4	7,1	7,6	6,6	6,8	7,3	7,7	8,1

I. De prijzen hebben betrekking op monsters die in december/januari zijn verzameld. De jaartallen verwijzen naar het jaar waarin de maand januari valt. Bron: Niesink et al., 2008

Figuur 9.8 laat de gemiddelde THC-concentraties zien in nederwiet, geïmporteerde marihuana en geïmporteerde hasj. De meest verkochte en de sterkste nederwiet zijn geanalyseerd (volgens de coffeeshopbeheerders).
- Nederwiet bevat driemaal meer THC dan de geïmporteerde wietvarianten.

- Tussen 2000 en 2004 nam het THC-gehalte in nederwiet significant toe. In 2004 lag het gemiddelde op ruim 20%. Tussen 2004 en 2005 trad weer een afname op, waarna het percentage enigszins stabiliseerde.
- De laatste (nog niet gepubliceerde) resultaten van september 2008 laten weer een daling zien van het gemiddelde THC-gehalte in nederwiet.[71]
- Sinds 2001 verschilt de meest verkochte wiet niet significant van de sterkste wiet (16,5% in 2007 and 17,7% in 2008).
- Het THC-gehalte in geïmporteerde marihuana blijft min of meer stabiel, met een lichte stijging in het laatste jaar.
- Opmerkelijk is de afname van het THC-gehalte in geïmporteerde hasj van 18,7% in 2006 naar 13,3% in 2007. In 2008 was het echter weer 16,2%.
- Het hoogste THC-gehalte is gevonden in 'nederhasj'. Dit is een relatief onpopulaire en niet gebruikelijke soort. Hiervan zijn slechts weinig monsters geanalyseerd.

Figuur 9.8 Gemiddelde THC-percentages in cannabisproducten, 2000-januari 2008l



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Nederwiet	9%	11%	15%	18%	20%	18%	18%	16%	16%
Import wiet	5%	5%	7%	6%	7%	7%	6%	6%	8%
Import hasj	11%	12%	18%	17%	18%	17%	19%	13%	16%

I. De meting van september 2008 laat een daling zien van het gemiddelde THC-gehalte in nederwiet. Deze meting is niet in de figuur opgenomen.
Bron: Niesink et al., 2008

Het relatief hoge THC-gehalte heeft waarschijnlijk te maken met de steeds professionelere bedrijfsvoering in de hennepkwekerijen, zoals we eerder zagen.

In de laatste jaren zijn af en toe vervuilingen aangetroffen in de nederwiet. Dit heeft nog niet geleid tot gevaarlijke situaties, maar men is hier wel alert op.[72] Verdachte monsters zijn onderzocht.[73] Sommige bevatten inderdaad vervuilingen zoals stukjes glas of zand, maar nader onderzoek toonde aan dat dit niet voorkwam in monsters die in het kader van het THC-onderzoek gekocht werden in coffeeshops.

Gebruik
Het ooit-gebruik van cannabis is toegenomen tussen 1997 en 2005. Recent gebruik is vrij stabiel gebleven. Ook het aandeel nieuwe gebruikers per jaar is niet veel veranderd (zie hoofdstuk 5). Volgens Nabben (2007) is cannabis overal in Nederland gemakkelijk verkrijgbaar.[74]

Resultaten uit onderzoek
In 2003 deden Bovenkerk en Hogewind onderzoek naar de Nederlandse hennepteelt.[34] Zij hielden interviews met politiefunctionarissen en observeerden bij ontmantelingen. Ze concluderen dat bewoners van achterstandswijken en woonwagenkampen een steeds grotere rol waren gaan spelen in de productie van en handel in marihuana. Een belangrijke bevinding was dat de meeste kwekerijen waren opgezet door criminele samenwerkingsverbanden, die zelf op de achtergrond bleven. Volgens Bovenkerk en Hogewind vond dit alles plaats binnen een sfeer van dreiging en dwang richting kwekers. Het gegeven dat soms meerdere panden in een buurt vrijwel identiek waren ingericht werd door de onderzoekers gezien als indicatie voor sturing door een derde partij. Het onderzoek vormde een belangrijke aanleiding tot de in 2004 uitgebrachte cannabisbrief.

Spapens et al. (2007) deden een aantal jaren later onderzoek naar specifiek de bedrijfsmatige hennepteelt in Nederland.[27] Zij analyseerden de politiële basisregistratie en dossiers van afgesloten opsporingsonderzoeken en interviewden zaaksofficieren van het OM, politie, woningbouwvereniging, energiebedrijf en Meld Misdaad Anoniem. Ook telers zijn geïnterviewd. Het onderzoek liet zien dat de vaardigheden die nodig zijn om wiet te kunnen telen bij velen beschikbaar is. Ook vereist het proces van de teelt slechts materialen die tevens voor tal van andere, legale toepassingen kunnen worden benut. Het productieproces wordt in het bijzonder gefaciliteerd door growshops. Zij leveren alle legale kweekbenodigdheden en verstrekken ook adviezen aan telers. Er zijn de nodige malafide growshops, die aspirant-telers desgewenst ook verwijzen naar plaatsen waar stekken gekocht kunnen worden, naar inkopers van wiet, elektriciens en hokkenbouwers. Ook nemen zij afval uit de kwekerijen in.

Spapens et al. vonden vier typen telers:
(a) Zelfstandige telers die voor eigen rekening en risico werken en die in hun eigen woning zo'n 100 tot 1000 planten kweken. Via growshops of hun sociale netwerk verkrijgen ze de benodigdheden. De oogst zetten ze af bij coffeeshops, maar ook bij growshops of andere inkoopadressen.
(b) Meer grootschalig opererende zelfstandige telers die in (gehuurde) bedrijfspanden actief zijn met kwekerijen van 1000 planten of meer.
(c) Exploitanten die vijf à tien plantages in woningen van anderen – vooral bekenden uit hun sociale netwerk – hebben geïnstalleerd. Het zwaartepunt van de activiteiten ligt op lokaal niveau. Van dwang is geen sprake; zij faciliteren kennissen.
(d) Criminele samenwerkingsverbanden die op grote schaal hennepproducten inkopen, verwerken en verhandelen en ook eigen grote kwekerijen hebben. Zij beschikken over een of meer growshops of minder openlijke inkoopadressen waar de oogsten van zelfstandige telers of inkoopadressen worden ingekocht. Aard of kwaliteit van het product spelen geen rol; ook tussenproducten worden gekocht. Het eindproduct wordt merendeels geëxporteerd, maar ook – al dan niet via tussenpersonen – aan coffeeshops verkocht. De verbanden beschikken over de voor grootschalige afzet noodzakelijke contacten in binnen- en buitenland. De hoofdpersonen van deze samenwerkingsverbanden waren reeds eerder betrokken bij zware misdaad, waarbij ook geweldgebruik voorkwam. Deze verbanden spelen een belangrijke rol in de wietteelt, niet omdat zij mensen dwingen tot teelt maar vanwege hun contacten en brede afzetmarkt.
De betrokkenheid van criminele samenwerkingsverbanden bij (een deel van) de hennepteelt wordt ook recent gerapporteerd door Fijnaut en De Ruyver (2008).[75]

De cannabis van de telers vindt volgens Spapens et al (2007) voor een belangrijk deel zijn weg naar het buitenland. Via drugstoeristen, maar ook via drugskoeriers, van wie waarschijnlijk tientallen dagelijks de reis vanuit en naar Nederland ondernemen, met hoeveelheden van enkele honderden grammen tot tientallen kilo's. Zij rijden in opdracht van kleine en middelgrote dealers in het buitenland; de pakkans is over het algemeen klein.
Wat verstaan moet worden onder 'een belangrijk deel' is niet duidelijk. Schattingen van de omvang van de export van in Nederland geteelde cannabis naar het buitenland lopen overigens sterk uiteen.[55]

Het Korps landelijke politiediensten signaleert dat een relatief klein aantal groothandelaren en producenten internationale contacten heeft. Deze zouden zich ook met andere criminele activiteiten bezighouden.[76] Er zou een fragmentarisering van buitenlandse handelsrelaties gaande zijn.
Spapens et al. rapporteren een zeker risico dat, nu thuistelers afgeschrikt worden door de integrale aanpak in combinatie met Meld Misdaad Anoniem, criminele organisaties een grotere rol gaan spelen. Daarbij kan de teelt zich verplaatsen naar grootschaliger kwekerijen op het platteland. Dit risico wordt ook gesignaleerd door Wouters e.a. (2007), die een (lichte) verschuiving van de teelt naar koopwoningen, schuren, loodsen en bedrijfspanden in het buitengebied en voor grootschaliger kweek waarnemen.[40] Ook zien zij een sterkere mate van organisatie van telers, terwijl Maalsté & Panhuysen (2007)[77] melden dat kleinere meer ideologische telers het steeds meer laten afweten en dat criminelen de teelt steeds meer in handen krijgen. Het Korps landelijke politiediensten meldt dat in 2008 bijna geen amateuristische kwekerijen meer worden aangetroffen.[76]

Van de Bunt en Kleemans (2007) signaleren dat er zogenoemde zij-instromers actief zijn op de cannabismarkt, waaronder Vietnamese criminele samenwerkingverbanden.[9] Ook criminele samenwerkingsverbanden die zich voorheen niet met drugs bezighielden, worden nu op deze markt gesignaleerd (woonwagenbewoners, Turkse verbanden die zich eerder met heroïne bezighielden).

Spapens et al. vonden nauwelijks aanwijzingen voor geweld van criminele samenwerkingsverbanden tegen telers. Exploitanten konden de thuiskwekers vrijwel altijd in hun eigen sociale netwerk vinden en daarbinnen waren voldoende gegadigden voor een kwekerij. Slechts een enkele keer stuitten de onderzoekers op verticaal geweld: een exploitant verdacht de kweker van diefstal van een deel van de planten.

Ook ander recent onderzoek laat zien dat telers niet gedwongen worden, maar zelf de keuze maken tot teelt over te gaan.[77]

In hoeverre sprake is van een bewuste verschuiving van de teelt naar België, is de vraag. In België zijn de laatste jaren steeds meer hennepkwekerijen ontdekt .[75;78] Hierbij zou bijna altijd sprake van 'bindingen met Nederland', hetzij doordat het gaat om Nederlandse kwekers, hetzij doordat het materiaal is geleverd door Nederlandse growshops of doordat coffeeshops door Belgische leveranciers bevoorraad worden. In het onderzoek van Spapens et al. (2007) geven sommige zelfstandige telers aan dat België aantrekkelijk is vanwege de geringere kans op ontdekking.[27] Sociale netwerken strekken zich vaker uit tot Nederland én België en onder Nederlanders met een huis in België bevinden zich de nodige aspirant-wiettelers. Exploitanten en criminele samenwerkingsverbanden lijken echter vooral uit opportunisme te handelen en kwekerijen in te richten op voorhanden zijnde geschikte locaties, ongeacht het land waarin die zich bevinden.
Volgens Decorte en Boekhout van Solinge zou de toename van de teelt in België deels een gevolg zijn van de strengere aanpak in Nederland. Maar ook factoren in België zelf spelen een rol. Internationaal, niet alleen in België maar in vele Westerse landen en onafhankelijk van de opsporingssituatie in Nederland, is namelijk een trend richting inheemse teelt waarneembaar. Het is hierdoor moeilijk te zeggen in hoeverre het Nederlandse beleid zijn invloed doet gelden in België.

Onderzoeken van Bieleman et al. (2004), Wouters et al. (2007) en het Korps landelijke politiediensten (2008) bevestigen het beeld van de growshops als belangrijke facilitatoren van hennepkweek.[38;40;79] Er zijn growshops die de opbrengst van kwekerijen opkopen en distribueren, onder andere als schakel tussen kwekers en coffeeshops. Volgens Wouters et al. gaat de rol van de growshop nog verder en financieren sommige shops eveneens beginnende kwekers. Ze bieden dan de startvoorzieningen gratis aan, tegen (een deel van) de eerste opbrengst. De malafide growshops zijn ook buitenlandse klanten van dienst.

Conclusie: zijn de teelt, handel en export van cannabis beperkt gebleven?

De teelt van nederwiet is sterk opgekomen en geprofessionaliseerd. Bij de teelt zijn criminele samenwerkingsverbanden betrokken, de mate waarin is niet bekend. De thuisteelt, en met name de meer ideologisch gemotiveerde teelt, lijkt af te nemen. Er zijn recente signalen van verminderd aanbod van nederwiet. Dit is af te leiden uit een stijging van de prijs en een daling van de kwaliteit. De signalen van vervuiling wijzen eveneens in deze richting. Er zijn echter geen veranderingen in recent gebruik. Tot 2008 leken het lichte verschuivingen, gebruikers kunnen in 2007 overal nog gemakkelijk aan cannabis komen. Hoe de actuele situatie is, is niet bekend. Er zijn diverse signalen dat criminele samenwerkingsverbanden meer invloed krijgen op de hennepteelt; deze organisaties beschikken ook soms over handelskanalen naar het buitenland. Growshops spelen een faciliterende rol voor de teelt.

9.4.3 Zijn de productie van en de handel in harddrugs beperkt gebleven? Is de rol van Nederland in de internationale handel ingedamd?

Na het beschrijven van de cannabismarkt om te kijken of de Nederlandse drugsmarkt inderdaad beheerst is, is een tweede aspect van de drugsmarkt dat hier beschreven zal worden de productie van en handel in harddrugs. Eerst komt de cocaïnemarkt aan de orde, daarna de synthetische drugs en tot slot de heroïne. Voor de beschrijving van elk van deze markten zal weer achtereenvolgens gekeken worden naar kwantitatieve gegevens over inbeslagnames, prijzen en zuiverheid, en gebruik, waarna een aantal onderzoeken op dit gebied besproken worden.

Cocaïne

De voornaamste producenten van cocaïne bevinden zich in het Andesgebied (Colombia, Peru, Bolivia). De meeste in Nederland in beslag genomen cocaïne kwam in de jaren negentig direct uit Colombia. Een gedeelte kwam naar Nederland via de Nederlandse Antillen, Suriname, Venezuela en Panama.
Colombia neemt nog steeds het grootste deel van de productie voor zijn rekening (naar schatting 640 ton; 70%), gevolgd door Peru en Bolivia. Het recente dreigingsbeeld over cocaïne rapporteert dat de productie in 2005 en 2006 stabiel is gebleven. De cocaïneproductie wordt wel bestreden, maar de opbrengst per hectare in Colombia, Peru en Bolivia zou flink gestegen zijn.[38]
De cocaïneproductie en -handel zijn in handen van vrij kleine, snel veranderende, gedecentraliseerde Colombiaanse misdaadgroepen die zelden zijn gebaseerd op familiestructuren.[38;80] Ook Europese misdaadgroepen hebben directe contacten met leveranciers in Zuid-Amerika en het Caribisch gebied.

De aanvoerroutes lijken de afgelopen jaren verschoven. Cocaïne wordt tegenwoordig vaker via een secundair land verscheept dan direct vanuit Colombia (bijvoorbeeld via Venezuela). Meer recent is de route van Zuid-Amerika via West-Afrika naar (vooral) Spanje en Portugal in gebruik geraakt. Daarnaast worden routes via de Balkan gebruikt. De routes waarlangs de cocaïne naar de doellanden (met name de VS en Europa) wordt gesmokkeld, worden volgens het KLPD gevarieerder. Er is een stijging van het aantal betrokken landen te zien.[38] Volgens het UNODC (2007) hebben smokkelaars mogelijk voor andere routes gekozen vanwege onder meer de 100%-controles door Nederland.[81] Nederland heeft door de positie als handelsland, met een grote haven, een drukke luchthaven en goede infrastructuur, een belangrijke positie als doorvoerland, na Spanje en Portugal.[38;48;75;82] Volgens een schatting van het KLPD zou ongeveer 90% van de in Nederland ingevoerde cocaïne voor het buitenland bestemd zijn.[38]

Inbeslagnames
Het aantal opgepakte drugskoeriers per vlucht vanuit de Nederlandse Antillen naar Schiphol nam na de 100%-controles af van 30 tot 50 naar 3 tot 6.[82] In totaal is sinds 2004 een afname van het aantal aanhoudingen te zien. De in beslag genomen hoeveelheden binnen Nederland kennen een grote variatie, van minimaal 0,1 gram tot maximaal ruim 7 kilo.[25] In 2004 ging het bij de import via Schiphol om gemiddeld zo'n 23 kilo, variërend van 0,1 gram tot ruim 3000 kilo. Bij de export, die minder vaak gerapporteerd wordt, ging het om gemiddeld 29 gram.
Via Schiphol komen niet alleen bolletjesslikkers binnen; dit is slechts bij een derde het geval. De meeste passagiers smokkelen de drugs in de bagage of op het lichaam.[50;83] Er zijn echter ook signalen dat de importeurs andere manieren vinden om cocaïne het land in te smokkelen: volgens het KLPD zijn de laatste jaren in Nederland ook cocaïnewasserijen aangetroffen, waar de cocaïne wordt geëxtraheerd uit geïmpregneerde materialen en stoffen.38 Deze zijn steeds grootschaliger van opzet.

Op de Nederlandse Antillen worden veel grotere hoeveelheden in beslag genomen dan in Nederland, Suriname of op Aruba. Suriname en Aruba nemen ook veel meer in beslag dan Nederland.[14;42] Ook in Spanje en Portugal is in 2005 meer in beslag genomen dan in Nederland.38 Nederland stond jarenlang na Spanje op de tweede plaats, maar deze plaats is ingenomen door Portugal. De rol van Nederland lijkt iets minder prominent geworden.

In de laatste voortgangsrapportage van het Plan van aanpak drugssmokkel Schiphol[44;84] werd het volgende geconcludeerd:
- In vracht en bagage werden bijna geen grote hoeveelheden drugs meer aangetroffen.
- Er werden minder koeriers opgepakt; er is echter wel nog steeds een continue kleine stroom van binnenkomende drugskoeriers die relatief kleine hoeveelheden vervoeren.
- In 2004 resulteerden de 100%-controles in gemiddeld 290 opgepakte koeriers per maand, in 2005 was het gemiddelde 175 per maand, en in 2006 80 (tot week 29).

Straatprijs en zuiverheid
De gemiddelde prijs op het niveau van gebruikers van cocaïne is de laatste jaren niet zeer veranderd. Cocaïne kost in 2006/2007 tussen € 25 en € 75 per gram, doorgaans € 45 tot € 50.[72] Tussen 2006 en 2007 zijn geen prijsverschillen waargenomen. In 2008 zou het gaan om € 45. Van 1998 tot en met 2000 betaalde een gebruiker doorgaans € 32 tot € 49. In 2001 wordt gerapporteerd dat de prijzen van cocaïne laag blijven.[55;85] In 2002/2003 werd een straatprijs van € 25 tot € 50 per gram gerapporteerd en in 2004 een van € 40 tot € 50.[86] Deze prijzen zijn lager dat die van begin jaren negentig, toen de straatprijs € 60 tot € 68 bedroeg.

Bij het Drugs Informatie en Monitoring Systeem van het Trimbos-instituut worden monsters van cocaïne aangeboden, die worden doorgestuurd voor laboratoriumanalyse. Uit de analyses blijkt dat de zuiverheid van (poeder)cocaïne afnam tussen 2003 en 2006, maar weer licht toenam in 2007 en 2008.[70] In 2008 bevatte 95% van de monsters inderdaad cocaïne, met een gemiddelde concentratie van 55%. Er zijn geen veranderingen tussen 2007 en 2008. Over het geheel genomen lijkt, afgezien van fluctuaties, sprake van een afname.

Regelmatig worden ook andere farmacologisch actieve producten in de als cocaïnepoeder verkochte monsters aangetroffen. Het aandeel hiervan is toegenomen tot 2007 en 2008. Er zijn ook veranderingen in de aard van de producten. Fenacetine, dat het meest wordt aangetroffen, vertoont een afname, andere producten, waaronder cafeïne en levamisole, een toename. Vermenging met geneesmiddelen vertoont een toename. Sinds 2007 wordt vervuiling met het gevaarlijke atropine gemeld, hetgeen aanleiding was tot een kortdurende waarschuwingscampagne. Ook het KLPD meldt dat de afgelopen jaren nieuwe oplos- en versnijdingsmiddelen worden gebruikt.[38] Over crack is geen nadere informatie gevonden.

Gebruik
Het ooit-gebruik onder de Nederlandse bevolking nam toe tussen 1997 en 2005, recent gebruik bleef vrij stabiel en het aandeel nieuwe gebruikers nam de afgelopen jaren af in Nederland. Wel zijn er in het laatste decennium signalen voor een toegenomen populariteit van cocaïne in het uitgaansleven. Internationaal is een toename van gebruik waargenomen in een aantal EU-landen (zie hoofdstuk 5).

Resultaten uit onderzoek
Onderzoek naar de cocaïnemarkt in Nederland, gebaseerd op interviews met vooral kleine dealers die zelf ook cocaïnegebruikers/verslaafden waren, suggereert dat de grootschalige cocaïne-import en de groothandel die daarmee samenhangt het domein zijn van personen die op meerdere illegale markten actief zijn. Voor zover de dealers/gebruikers het konden overzien zou de Nederlandse markt vooral voorzien worden door de kleinschaliger import via Schiphol.[88]
In de lokale detailhandelsmarkt neemt de handel via de mobiele telefoon toe ten koste van de handel op speciale dealadressen.[89] Dit zou een gevolg kunnen zijn van meer repressie; de markt zoekt dan alternatieven voor het dealen op straat. Crack is op de verslaafdenmarkt goed te verkrijgen, cocaïnepoeder minder.[90] Dit laatste is in andere kringen (uitgaanders) juist vrij goed verkrijgbaar.

Conclusie: met betrekking tot cocaïne:

De productie van cocaïne in de bronlanden lijkt niet verminderd. De smokkel naar Nederland en de detailhandel in Nederland reageert met alternatieve routes en werkwijzen op versterkte opsporing en handhaving.
De consumentenmarkt van cocaïne lijkt licht veranderd. Vergeleken met begin jaren negentig is de gemiddelde straatprijs lager. Het aandeel van cocaïne met versnijdingen nam toe. Ondanks signalen van toenemende populariteit in het uitgaansleven bleef het gebruik in Nederland in het algemeen vrij stabiel tussen 1997 en 2005. Internationaal nam het gebruik wel toe.
Nederland is een belangrijk doorvoerland van cocaïne; deze rol lijkt iets minder prominent geworden.

Synthetische drugs

In deze paragraaf wordt ingegaan op ecstasy en amfetamine. Dit zijn de belangrijkste synthetische drugs op de Nederlandse markt, waarvan Nederland ook een belangrijke producent is. Andere synthetische drugs komen in Nederland in beperktere mate voor.[38] Methamfetamine is de afgelopen jaren ook in Nederland geproduceerd, maar is niet echt in opkomst. Lsd en GHB hebben een kleine markt. Hetzelfde geldt voor ketamine en mCPP, hoewel deze drugs recent aan belang lijken te winnen. Ook is er een zekere – niet nader onderzochte – markt voor dopinggeduide middelen.[38]

Ecstasy

Voor de productie van ecstasy en amfetamine zijn PMK en BMK nodig. Deze precursoren zijn niet in Nederland verkrijgbaar. PMK wordt legaal geproduceerd in China en vervolgens illegaal naar elders vervoerd. BMK komt tegenwoordig vooral uit Rusland en wordt daar legaal geproduceerd. De export is niet toegestaan. De overige benodigde chemicaliën en oplosmiddelen worden besteld bij chemische toeleveringsbedrijven in Nederland of (steeds vaker) in het buitenland, of gestolen.[38] Voor de productie zijn reactievaten, verwarmingsmantels, bolkoelers en tabletteermachines nodig. Deze wordt meestal tweedehands via legale of illegale weg aangeschaft. Bij het productieproces ontstaan afvalstoffen, die op enigerlei wijze verwijderd moeten worden. Nederland was lange tijd topproducent en exporteur van ecstasy.

Ontmantelde productieplaatsen ecstasy
Het aantal ontmantelde productieplaatsen voor synthetische drugs varieerde tussen 2000 en 2007 (tabel 9.7). In 2007 was het aantal laag. Over het geheel genomen lijkt er een afnemende trend sinds 2004. De productielocaties zijn aangetroffen in West-Nederland en vooral in Zuid-Nederland. Volgens het KLPD hebben de recente productielocaties een grotere capaciteit. Het aantal afvaldumpingen laat eveneens een afnemende tendens zien sinds 2003/2004. Er zijn in 2007 50 depots van hardware en precursoren ontmanteld.

Tabel 9.7 Aantal ontmantelde productielocaties van synthetische drugs in Nederland, 2000-2007

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Productielocaties	37	35	43	37	26	18	23	15
Afvaldumpingen	101	127	105	97	81	51	42	50

Bron: Expertisecentrum Synthetische Drugs en Precursoren, 2008

Het aantal in beslag genomen MDMA-tabletten nam toe in 2006 en 2007, terwijl dat in 2005 relatief laag was. Er werd in 2006 en 2007 ook weer meer MDMA-poeder in beslag genomen. Er zijn in 2007 ook nieuwe vormen en labels gevonden, met labels als Original 69, Dance, Love of Sex. In 2006 en 2007 zijn er geen inbeslagnames geweest van de precursoren BMK en PMK. Die zijn volgens het Expertisecentrum Synthetische Drugs echter wel beschikbaar voor productie; men vermoedt dat er nieuwe smokkelroutes zijn.[2]

In 2004 werden bij ecstasy-exportdelicten tussen de 5 en de 14.600 pillen geteld, gemiddeld 4400.[25] Bij delicten die vervoer van ecstasy binnen Nederland betroffen ging het om ruim 51.600 pillen. Bij ecstasy-bezitsdelicten ging het gemiddeld om circa 20-25 tabletten. Er zijn geen importdelicten gevonden. Deze cijfers geven een indicatie van de hoeveelheid tabletten waar het bij ecstasydelicten om gaat.

Prijs en zuiverheid ecstasy

De landelijke Trendwatch-monitor, de Antenne-monitor en het DIMS-project geven een indicatie van prijs die een consument betaalt voor een ecstasytablet (of een gram amfetamine, zie onderstaand).

- In 2006/2007 fluctueerde de prijs van een ecstasytablet volgens sleutelfiguren in het uitgaansleven tussen € 2 en € 5. Dat is minder dan in 2004/2005 (€ 3 tot € 8 per tablet). De prijs daalt naarmate een klant meer tabletten tegelijk afneemt en stijgt met een toenemende dosering van de werkzame stof.[74]
- Consumenten die ecstasytabletten bij DIMS lieten testen betaalden in 2007 gemiddeld € 2,75 per pil, variërend van € 0,50 tot € 10.

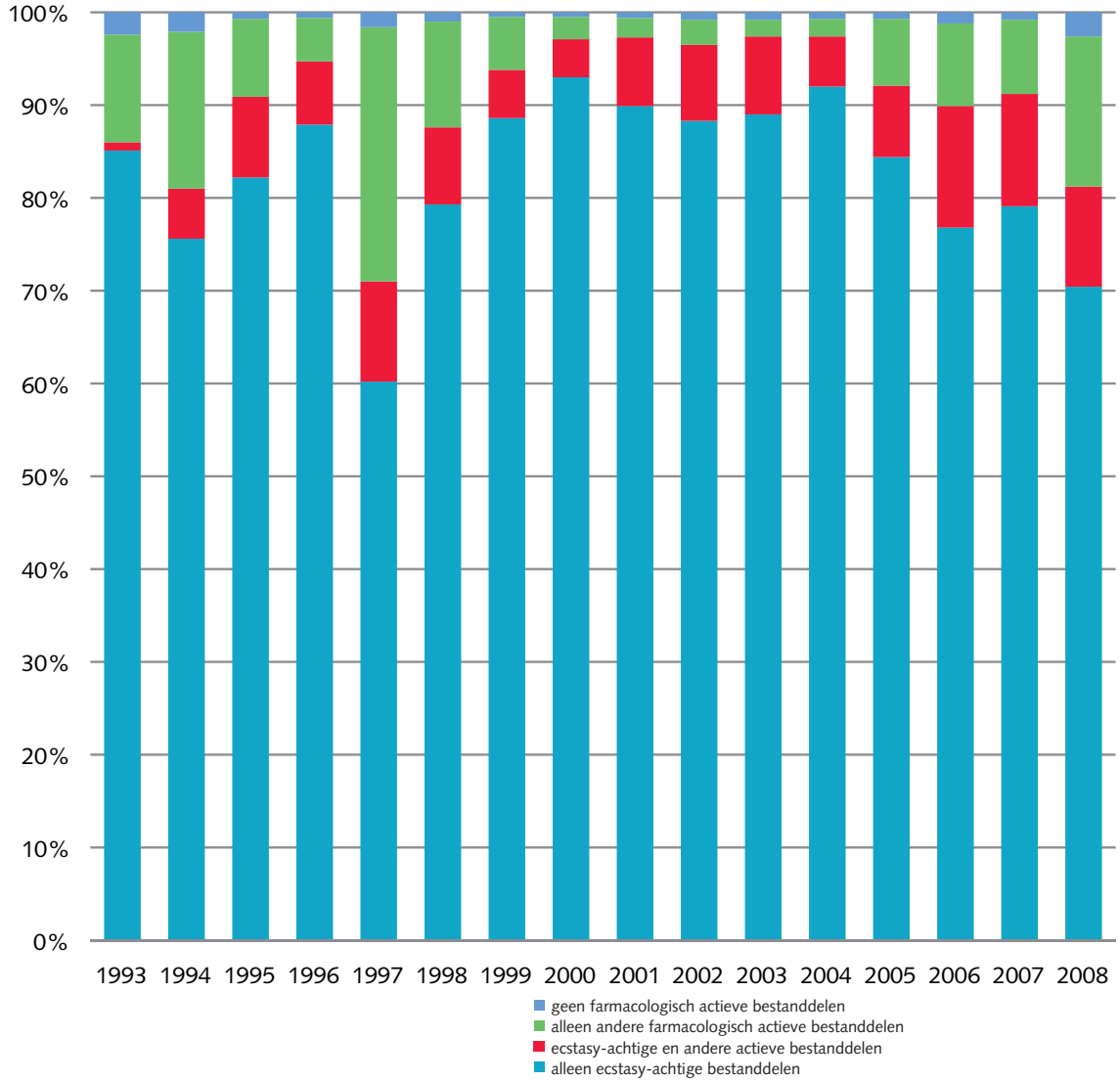
Volgens het KLPD is ecstasy in Nederland goedkoop.[38]

Het Drug Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) van het Trimbos-instituut verzamelt informatie over de kwaliteit van ecstasy. Het gaat om tabletten die door gebruikers bij testlocaties van de verslavingszorg ter analyse worden aangeboden. De gebruikers kochten deze tabletten als 'ecstasy'. Soms worden tabletten visueel geïnspecteerd en in combinatie met de resultaten van een Marquis-test[o] met eerder geanalyseerde tabletten vergeleken. Alle andere tabletten worden in een laboratorium geanalyseerd. Ecstasy wordt ook aangeboden als poeder. Het aandeel ecstasytabletten dat MDMA en/of MDMA-achtige stoffen (MDA, MDEA of MBDB) bevat, nam af tussen 2004 en 2005/2006 (figuur 9.9). Het nam daarna weer toe in 2007. In de loop van 2008 deed zich een opmerkelijke verandering voor. Het aandeel bij DIMS aangeleverde ecstasytabletten met MDMA of MDMA-achtige stoffen daalde fors. In 2009 zette deze daling zich voort: in het eerste kwartaal van 2009 bevatte nog maar 50% van de aangeleverde ecstasytabletten MDMA en/of MDMA-achtigen (niet in figuur). De vermoedelijke oorzaak is volgens de onderzoekers een tekort aan grondstoffen voor de productie van ecstasy. Dit wordt bevestigd door het feit dat in 2006 en 2007 geen precursoren in beslag zijn genomen, zoals hierboven vermeld. Tegelijk met deze daling nam het aandeel tabletten met een menging van andere stoffen toe. Het ging daarbij vooral om mCPP, al dan niet in combinatie met MDMA-achtige stoffen. mCPP geeft bij gebruikers veel negatieve effecten. In 2008 is in meer dan 20% van de tabletten mCPP aangetoond.

In figuur 9.10 zijn de concentraties weergegeven van MDMA in tabletten, die aangeleverd werden bij het DIMS. De concentratie varieerde zeer over de jaren heen. Wel was er een trend dat het aandeel hooggedoseerde tabletten (>140 mg) toenam van 1% in 1998 tot 10% in 2004. In 2005 ging dit omlaag naar 9%, in 2006 naar 3%. In 2007 was het 5%. In het eerste halfjaar van 2008 was het percentage tabletten met meer dan 140 mg MDMA bijna 9%. Het aandeel van relatief hooggedoseerde tabletten van 106 tot 140 mg vertoonde de afgelopen jaren een toename, waarbij 2008 ongeveer gelijk is aan 2007.

[o] Deze test geeft een indicatie van de samenstelling door een steekproef op basis van een kleurreactie.

Figuur 9.9 Aandeel (gemiddeld, in %) bij het DIMS als 'ecstasy' aangeleverde en in het laboratorium geanalyseerde tabletten die MDMA en/of MDMA-achtige stoffen bevatten, 1997-2008



Bron: DIMS Jaarbericht 2008, 2009[91;92]

Gebruik van ecstasy

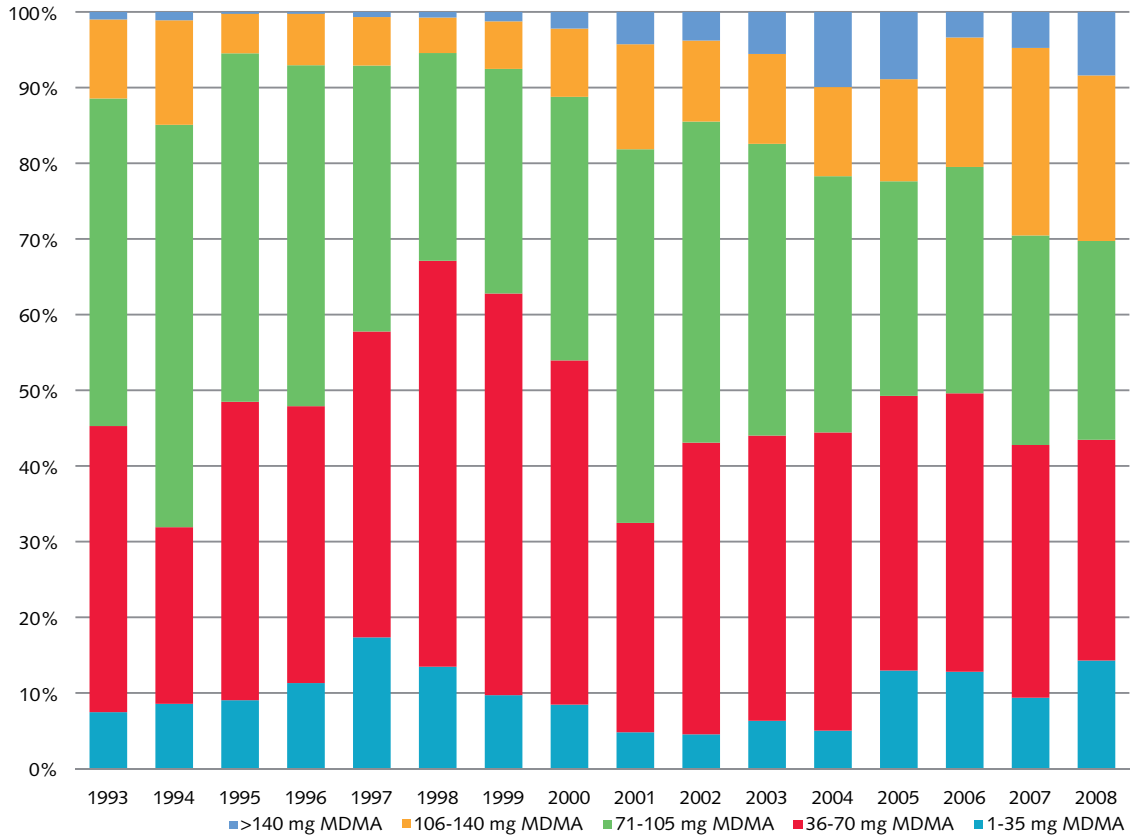
Tussen 1997 en 2005 is het recente ecstasygebruik onder de Nederlandse bevolking van 15-64 jaar significant toegenomen. Tussen 2001 en 2005 was sprake van stabilisatie (zie hoofdstuk 5). Er zijn geen significante veranderingen in het aandeel nieuwe gebruikers van ecstasy. Ook in veel andere landen stabiliseert het gebruik, hoewel er ook gebieden zijn waar het gebruik toeneemt (onder andere Zuid- en Oost-Europa, Zuid-Amerika).

Resultaten uit onderzoek

Bij de evaluatie van de nota *Samenspannen tegen XTC* zijn ook uitkomsten in beeld gebracht.[33] Hoewel een directe causale relatie met het beleid niet gelegd kan worden, concludeert het onderzoek dat aan het einde van de looptijd van de nota (2006) meerdere indicatoren duidden op een vermindering van de productie van ecstasy in Nederland en op een kleinere rol van Nederland in de internationale ecstasymarkt:

- Het aantal in Nederland ontmantelde productieplaatsen was afgenomen, terwijl ook het aantal in het buitenland ontmantelde productieplaatsen met Nederlandse betrokkenheid leek te zijn afgenomen.
- De hoeveelheid in beslag genomen PMK was afgenomen.
- Het aantal geregistreerde dumpingen van afvalstoffen was afgenomen.
- Er is sinds 2003 wereldwijd sprake van een afname van de hoeveelheid aan Nederland gerelateerde MDMA die werd geconfisqueerd.
- Het aantal met ecstasy gearresteerde koeriers vanuit Nederland was gedaald.

Figuur 9.10 Concentratie van MDMA in ecstasytabletten, 1993-2008



Bron: DIMS, Trimbos-instituut. Alleen ecstasytabletten die in het laboratorium zijn geanalyseerd en die minimaal een mg MDMA bevatten zijn meegenomen.

Er waren toen echter ook indicatoren die wezen op blijvende productie in Nederland:

- In de eerste helft van 2006 was in Nederland zelf al evenveel MDMA (tabletten en poeder) in beslag genomen als in 2004.
- Er werden niet veel, maar wel zeer grote afvaldumpingen aangetroffen.
- In 2006 werden nog enkele zeer grote productieplaatsen aangetroffen.
- In Nederland was het percentage gebruikers weliswaar iets afgenomen tussen 2001 en 2005, na een sterke stijging daarvoor, maar het gebruik in andere delen van de wereld nam nog altijd toe.
- De lage prijs en hoge zuiverheid op de gebruikersmarkt duidden op een ruime beschikbaarheid.

Er waren in 2006 bovendien indicaties voor verplaatsing van de productie naar België en mogelijk nog andere landen.

Spapens (2006) onderzocht aan de hand van justitiedossiers hoe ecstasy-organisaties reageren op beïnvloedingspogingen van de opsporingsinstanties.[93] Deze organisaties bleken gemakkelijk in staat om aanhoudingen te incasseren, mits ze bestendig genoeg zijn en over voldoende informatierelaties beschikken om weggevallen verbindingen te kunnen omleggen. Men herschikt en gaat door, zou gesteld kunnen worden op basis van zijn gegevens. Spapens onderzocht de periode 1997-2004 en vond geen signalen van andere werkwijzen of organisatie als gevolg van verhoogde handhavingsinspanningen; hij kon dit evenwel niet goed onderzoeken omdat de opsporingsdruk in deze periode steeds hoog was. Een beperking van zijn studie is dat hij opgerolde organisaties onderzocht; hiermee is zijn onderzoeksgroep selectief.

Het Nationaal Dreigingsbeeld 2008 rapporteert wél wijzigingen in de werkwijze. Het productieproces zou in 2006 vaker dan voorheen opgesplitst zijn, hetgeen duidt op risicospreiding, wat volgens de literatuur een gevolg is van meer intensieve handhaving. Ook zijn er meer mobiele laboratoria en tabletteerplaatsen ontdekt.[38]

De productie in Nederland zou zijn doorgegaan, ook al zijn er de laatste jaren nauwelijks meer precursoren in beslag genomen. De productie van ecstasy zou zich verspreiden naar andere landen. Ook in Canada en Australië

zou de laatste jaren ecstasy geproduceerd worden, zij het van slechte kwaliteit (vaak geen MDMA). De afzetmarkt van de Nederlandse ecstasy bevindt zich voor het grootste deel in het buitenland. Daar worden de grootste winsten behaald. De producentengemeenschap van synthetische drugs in Nederland zou klein van omvang zijn en geconcentreerd in Zuid-Nederland. Vrijwel iedereen zou elkaar kennen (Nationaal Dreigingsbeeld, 2008). Nederland vervult volgens het KLPD nog steeds een centrale rol bij de productie van en de handel in synthetische drugs in Europa en daarbuiten.

Conclusie met betrekking tot ecstasy:

Het aantal in beslag genomen tabletten en poeders ecstasy in combinatie met de dalende detailhandelsprijs, de oplopende trend in zuiverheid en de resultaten uit onderzoek gaven tot 2008 een beeld van vrij ruime beschikbaarheid van ecstasy op de Nederlandse markt. Recent is echter sprake van een substantiële verslechtering van de zuiverheid gevonden, die geweten wordt aan een tekort aan precursoren. In 2006 en 2007 werden geen precursoren in beslag genomen. Of de productie nog evenzeer op eigen bodem plaatsvindt, is moeilijk te zeggen. Tot in 2008 werden er minder locaties ontmanteld en werd minder vaak gedumpt afval gevonden, maar was anderzijds de omvang van de vondsten groot. De productie lijkt zich te verspreiden over meer landen. Hoewel de rol van Nederland internationaal is afgenomen, is het nog wel een centrale speler in de ecstasyproductie en -handel.

Amfetamine

Het aantal in beslag genomen amfetaminetabletten varieert over de jaren heen; er wordt altijd meer poeder in beslag genomen dan tabletten. In 2005 werd relatief veel in beslag genomen, in 2006 lag het aantal weer meer in lijn met de jaren 1999-2004. In 2007 werd een record bereikt met ruim 2800 kilo. Productielocaties worden in Nederland vrijwel alleen in Noord-Brabant aangetroffen.
Productielocaties worden ook aangetroffen in België, Polen en de Baltische Staten.[38] Nederland zou daar wel expertise leveren.

Prijs en zuiverheid van amfetamine

Uitgaande jongeren en jonge volwassenen die in 2006/2007 een gram amfetamine hadden gekocht betaalden volgens sleutelfiguren in het uitgaansleven gemiddeld 7,5 euro, maar de prijzen liepen uiteen van € 2 tot € 15 per gram. In Amsterdam liggen de prijzen gemiddeld hoger, tussen de € 10 en € 20. Dit kan samenhangen met de kleine en relatief ontoegankelijke speedmarkt in Amsterdam.[94] Consumenten die bij DIMS hun drugsmonster lieten testen, betaalden in 2007 € 2 tot € 20 per gram amfetamine (gemiddeld € 6), ongeveer evenveel als in 2006.

In 2007 werden in het DIMS-onderzoek 771 poedermonsters aan een laboratoriumanalyse onderworpen. De monsters waren gekocht als 'speed'. Slechts een zeer klein percentage van de monsters bleek methamfetamine te bevatten. Net als bij ecstasy is in 2008 en begin 2009 sprake van een opvallende verandering in de samenstelling van bij het DIMS aangeboden speedmonsters. Schommelde begin 2008 het gemiddelde amfetaminegehalte nog rond de 35%, eind 2008 lag dit rond de 16%. Net als bij ecstasy wordt deze daling in verband gebracht met het verminderde aanbod van de belangrijkste grondstof voor amfetamine (BMK). Het lagere gehalte aan amfetamine werd voornamelijk gecompenseerd met cafeïne.

Gebruik van amfetamine

Het gebruik van amfetamine in Nederland is tot nu toe altijd vrij beperkt gebleven. 2,1% van de bevolking heeft ooit ervaring opgedaan met amfetamine. Het recente gebruik van amfetamine onder de Nederlandse bevolking van 15-64 jaar is tussen 1997 en 2005 vrij stabiel gebleven. Ook het ooit-gebruik bleef op hetzelfde niveau. Het aandeel nieuwe gebruikers in het laatste jaar nam tussen 2001 en 2005 af van 0,2% naar 0,1%. Amfetamine wordt vrijwel alleen in Europa gebruikt, traditioneel het meest in het VK en Scandinavië.38 Volgens het EMCDDA is het gebruik in Europa dalende. Volgens het KLPD zou echter in enkele landen sprake zijn van een groei in het gebruik (Duitsland, Italië, Midden-Europa), terwijl het gebruik in andere Europese landen gelijk blijft of daalt.[38;95]

Conclusie met betrekking tot amfetamine:

De amfetaminemarkt in Nederland lijkt dus klein. De markt was tot voor kort stabiel maar recent zijn er veranderingen die te maken kunnen hebben met gebrek aan grondstoffen.

Heroïne

Heroïne kwam in de jaren negentig nog vooral uit Zuidwest-Azië (Birma,Thailand, Laos – de Gouden Driehoek – en Vietnam). Turkse criminele organisaties domineerden de handel, die in de jaren zeventig in handen was van vooral Chinese organisaties. Nu is de heroïne in Europa – en in Nederland – vooral afkomstig uit Afghanistan. Afghanistan is mondiaal gezien de belangrijkste producent; het zou 93% van de wereldwijde productie leveren. Sinds de val van de Taliban in 2001 is de productie toegenomen. Volgens schattingen zou de productie tussen 2004 en 2007 zijn verdubbeld.[38] De Afghaanse opium lijkt elders in heroïne omgezet te worden. Er zijn twee grote smokkelroutes: via Centraal-Azië en Kazachstan en de Russische Federatie, en via Iran (eventueel Pakistan), Turkije en de Balkan. Een derde, meer recente route gaat vanuit Iran richting Zwarte Zee en dan naar Europa.

Inbeslagnames in Nederland

In 2004 werd gemiddeld zo'n 75 kilo voor de import bedoelde heroïne in beslag genomen. Minimaal ging het om 2,5 kilo, maximaal om ruim 112 kilo. Geconfisqueerde exporthoeveelheden bedroegen gemiddeld 3,8 kilo. Binnen Nederland werd gemiddeld zo'n 36 gram in beslag genomen. De variatie is groot.[25]

Prijs en kwaliteit

De prijs van heroïne is relatief laag en de kwaliteit is goed, aldus het KLPD.[38] Er lijken geen grote veranderingen te zijn geweest.

Gebruik

Het aandeel recente gebruikers van heroïne in de Nederlandse populatie van 15-64 jaar is tussen 1997 en 2005 vrij stabiel gebleven. Er zijn geen significante veranderingen in het aandeel nieuwe gebruikers van heroïne.[96] Wereldwijd lijkt er eveneens sprake van een zekere stabilisatie. Groeimarkten bevinden zich in Azië (China) en Oost-Europa.[38]

Resultaten uit onderzoek

Nederland is voornamelijk een doorvoer- en distributieland – een groothandelsmarkt – voor de grote heroïnemarkten, zoals die van het VK en Frankrijk.[38] De Nederlandse heroïnemarkt zou een open markt zijn met meerdere aanbieders die elk hun eigen aanvoerlijn hebben. Nederland kent een groot aantal aanbieders van heroïne en vormt een aantrekkelijk distributieland.
Volgens het KLPD is de markt voor heroïne in Nederland zelf relatief klein en stabiel, met een neiging tot krimp.[38] De politie in Amsterdam rapporteerde recent wel dat heroïne op een vrij agressieve wijze aan de man gebracht zou worden.[97]

Concluderend kan gezegd worden dat de markt voor heroïne in Nederland redelijk stabiel en relatief klein lijkt. Er zijn geen grote verschuivingen geweest in de afgelopen periode. Internationaal gezien heeft Nederland een rol als groothandelsmarkt.

Conclusie: zijn de productie van en de handel in harddrugs beperkt gebleven? Is de rol van Nederland in de internationale handel ingedamd?

Op punten is sprake van een verbetering in Nederland: er komen minder bolletjesslikkers binnen en Nederland speelt een minder prominente rol in de ecstasyproductie. De Nederlandse ecstasy was tot voor kort van goede kwaliteit; recent is hierin een verslechtering waarneembaar, die geweten wordt aan gebrek aan grondstoffen. De situatie lijkt redelijk beheerst.
Aan de andere kant zijn, net als bij de wietteelt, verschuivingen waarneembaar: de cocaïnehandel via Schiphol lijkt na intensieve handhavingsinspanningen ingedamd, maar de toevoer naar Europa loopt via nieuwe routes. De rol van Nederland in de ecstasyproductie lijkt enigszins teruggedrongen, maar de productie verspreidt zich naar meer landen. Niet duidelijk is wat de omvang is van de verschuivingen.
De amfetamine- en heroïnemarkten in Nederland zijn beperkt gebleven, maar Nederland is een belangrijk doorvoerland van cocaïne en heroïne.

9.4.4 In hoeverre is sprake van geïnvolveerdheid van criminele samenwerkingsverbanden in de drugsproductie en drugshandel?

In deze paragraaf wordt gekeken naar een ander doel van de drugsnota: het terugdringen van de rol van criminele samenwerkingsverbanden. De parlementaire enquêtecommissie die onderzoek deed naar opsporingsme-

thoden van politie en justitie concludeerde in 1996 dat de georganiseerde criminaliteit in Nederland overwegend betrekking had op drugshandel. Deze drugscriminaliteit ging samen met illegale geldstromen en geweld. Het geld werd geïnvesteerd in bars, cateringindustrie en vastgoed. Buitenlandse groepen investeerden hun illegale winsten echter vooral in het buitenland, niet in Nederland. De grootste dreiging voor de democratische rechtsstaat kwam volgens de commissie voort uit de macht van het witgewassen en het zwarte geld, afpersing en geweld en pogingen tot corruptie van autoriteiten.

Cijfers over opsporingsonderzoeken naar ernstige vormen van criminaliteit in recente jaren laten zien dat het aandeel drugsgerelateerde onderzoeken ongeveer driekwart bedraagt. Dit aandeel is toegenomen. Meestal gaat het om zaken met harddrugs. De handel in cocaïne is het vaakst (mede) onderwerp van onderzoek. Dan volgen synthetische drugs (productie en handel) en vervolgens heroïnehandel. De onderzoeken naar softdrugs richten zich voor het merendeel op handel en/of teelt van nederwiet (72%) en voor het overige op de handel in hasj. In deze cijfers worden echter ook de opsporingsprioriteiten weerspiegeld.

Criminele samenwerkingsverbanden spelen een belangrijke rol in de wereld achter de wietteelt, zo concluderen Spapens et al. (2007).[27] Dat is volgens hen niet omdat criminelen mensen dwingen om wiet te kweken, maar omdat zij telers en exploitanten, door hun toegang tot dealers in het buitenland, een ruime afzetmarkt bieden. Het is volgens deze onderzoekers voor wiettelers vaak aanzienlijk eenvoudiger om de teeltopbrengst af te zetten bij deze inkopers dan om zelf met het product bij de coffeeshops te gaan leuren. De onderzoekers typeren de bij de wietteelt betrokken criminele samenwerkingsverbanden als volgt:

- Zij beschikken over één of meer growshops, of minder openlijke inkoopadressen, waar de oogsten van zelfstandige telers of exploitanten worden ingekocht.
- De aard en kwaliteit van het product spelen geen rol; zij kopen ook wiet van mindere kwaliteit, en 'natte wiet' of hele ongeknipte planten, die dan verder worden verwerkt.
- Het eindproduct wordt door hen merendeels geëxporteerd maar ook, al dan niet via tussenpersonen, in Nederland aan coffeeshops verkocht.
- De spilfiguren beschikken over de nodige contacten in binnen- en buitenland om op grote schaal wiet te kunnen afzetten. Omzetten van 100 à 200 kilo per week zijn niet ongewoon. Daarmee worden in enkele jaren tijd soms tientallen miljoenen euro's vergaard.
- In de regel hebben de hoofdpersonen uit deze samenwerkingsverbanden hun sporen in de zware misdaad reeds verdiend (onder andere koppelbazerij, productie van synthetische drugs, roofovervallen, moord, schieten op politiemensen).
- De belangrijkste leden van deze criminele verbanden nemen afschermingsmaatregelen die bijvoorbeeld ook bij de productie van en handel in harddrugs gebruikelijk zijn.
- Zij gebruiken geweld tegen 'zakenpartners' die op de één of andere manier in gebreke bleven.

Het meest recente dreigingsbeeld criminaliteit van het KLPD rapporteert een omvangrijke betrokkenheid van georganiseerde criminele verbanden bij de handel in heroïne en tevens betrokkenheid van dergelijke verbanden bij de handel in cocaïne en de productie van en de handel in ecstasy, amfetamine en nederwiet. Het KLPD acht deze betrokkenheid en de maatschappelijke gevolgen die eruit voortvloeien zo ernstig dat geconcludeerd wordt dat opsporingsprioriteit hieraan gegeven dient te worden.[38] De Monitor Georganiseerde Criminaliteit signaleert eveneens de drugsgerelateerdheid van een deel van de georganiseerde criminaliteit; in de monitor is een groot aantal drugszaken betrokken.[9]

Conclusie

Er is nog steeds sprake van betrokkenheid van nationaal en internationaal opererende criminele samenwerkingsverbanden bij drugssmokkel, -handel en -productie.

9.4.4 Systemische drugsgerelateerde criminaliteit en maatschappelijke gevolgen van drugswetcriminaliteit

Om een indruk te krijgen van de ernst van de drugswetcriminaliteit in Nederland wordt tot slot gekeken naar twee aspecten die met deze criminaliteit samenhangen.

Ten eerste zijn er de strafbare feiten die samenhangen met de illegale drugshandel, omdat ze onderdeel vormen van de aanvoer, distributie en het gebruik van drugs. Te denken valt aan afrekeningen binnen de drugshandel

of -productie, corruptie en witwaspraktijken. Het EMCDDA (2005) noemt dit 'systemische' drugsgerelateerde criminaliteit.[1]
Ten tweede kan drugswetcriminaliteit allerlei maatschappelijke gevolgen hebben. Over beide bestaat weinig systematische informatie.

Wat betreft de systemische criminaliteit vonden Spapens et al. (2007) dat geweld van exploitanten tegen henneptelers zelden voorkomt.[27] Zij vinden hun telers vrijwel altijd in hun sociale netwerk en er zijn voldoende gegadigden. Zij vonden wel horizontaal geweld: geweld tussen criminele samenwerkingsverbanden onderling. Dit heeft vooral te maken het niet nakomen van afspraken of wanbetaling. Het meeste geweld vloeit voort uit het leegstelen ('rippen') van kwekerijen. Cijfers hierover zijn niet voorhanden.

Wat betreft maatschappelijke gevolgen kan het volgende gezegd worden. Uit Spapens et al. (2007) en Wouters et al. (2007) komt naar voren dat de hennepteelt gepaard gaat met het stelen van electriciteit, belastingontduiking en uitkeringsfraude.[27;40] Het KLPD noemt brandgevaar, wateroverlast, schade aan woningen, inkomstenderving energiebedrijven, uitkerings-, identiteits- en hypotheekfraude (door criminele organisaties), toenemende vermenging van onder- en bovenwereld en imagoschade van Nederland.[76 p]

Het Nationaal Dreigingsbeeld (2008) noemt maatschappelijke gevolgen van georganiseerde drugscriminaliteit38:
- Corruptie op (lucht)havens in relatie tot cocaïnesmokkel.
- Geweld, corruptie, investeringen van criminele gelden en verwevenheid van onder- en bovenwereld, met name in de horeca en de transportbranche, in relatie tot heroïnehandel.
- Fysiek gevaarlijke situaties, afvaldumpingen, liquidaties en andere geweldsincidenten, investeringen van criminele gelden, in relatie tot productie van en handel in synthetische drugs.
- Brandgevaar, wateroverlast, fraude als gevolg van witwaspraktijken, uitkerings-, hypotheek- en identiteitsfraude, belastingontduiking, energiediefstal, schade aan woningen, verwevenheid boven- en onderwereld, in relatie tot wietteelt.

De Monitor Georganiseerde Criminaliteit trof evenwel in de onderzochte 120 grote strafzaken nagenoeg geen voorbeelden aan van protectie, politieke corruptie of onwettige beïnvloeding van politieke besluitvorming of infiltratie in vakbonden; evenmin vonden de onderzoekers duidelijke aanwijzingen voor pogingen om regio's of bedrijfstakken door corruptie en geweld onder controle te krijgen.[8;9] Dit neemt niet weg dat bedrijfstakken wel worden gebruikt om misdrijven te plegen of te verheimelijken; ook wordt crimineel geld geïnvesteerd in bedrijven en onroerend goed. De monitor heeft het in dit verband over de horeca, de prostitutiebranche en de auto- en transportbranche.
De omvang van deze gedragingen en gevolgen is echter niet bekend, en we kunnen dan ook niets zeggen over de ontwikkelingen hierin.

9.5 De positie van Nederland in vergelijking met andere landen

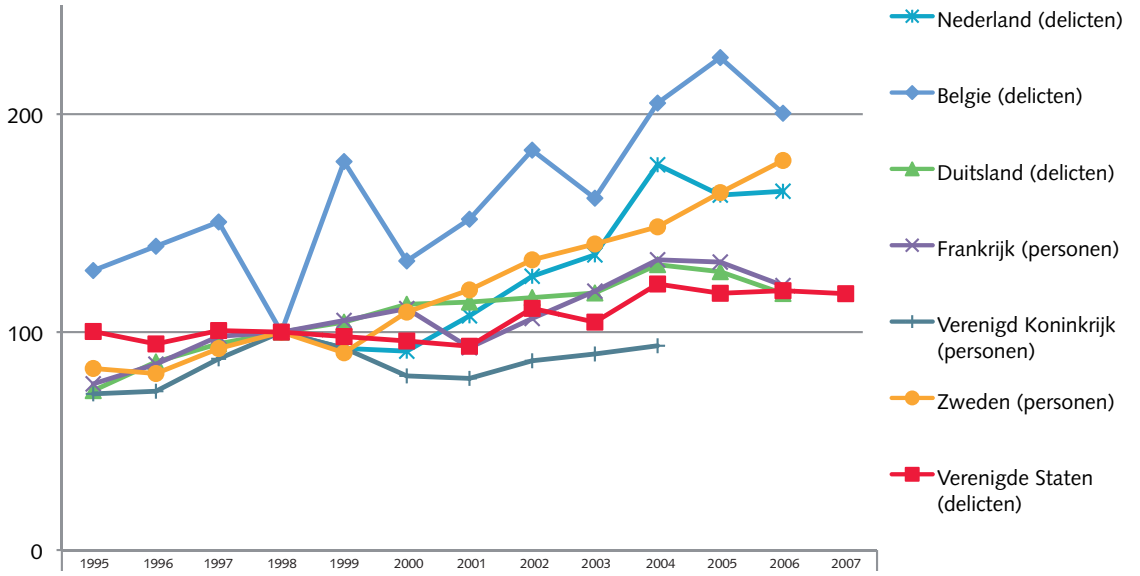
De laatste vraag die kan helpen in de kwestie hoe beheerst de drugsmarkt in Nederland is, is de vraag hoe Nederland te positioneren is ten opzichte van andere landen. Ester en Driessen (2009) inventariseerden cijfers over drugswetdelicten in Europa en de VS.[13] De vergelijkbaarheid en eenduidigheid van de gegevens laat ernstig te wensen over, onder andere als gevolg van verschillende definities van de delicten, verschillende registratiewijzen en ongelijkheid in opsporingsinspanningen. Volgens het EMCDDA (2008) kunnen daarom alleen vergelijkingen gemaakt worden van trends, niet van absolute aantallen.[95]
De vergelijking is hier gemaakt met buurlanden (België, Duitsland, Frankrijk en het VK) en met Zweden en de VS (de laatste vanwege de verschillen in beleid met Nederland). Een belangrijk verschil is het feit dat gebruik van drugs in Nederland niet strafbaar is gesteld.
Nederland lijkt als volgt te positioneren:
- De toename van het aantal drugswetdelicten is ook in andere landen waarneembaar. Nederland wijkt niet af van deze trend (figuur 9.11; zie ook Ester & Driessen, 2009[13]).
- Nederland heeft minder delicten voor (gebruik en) bezit dan de andere landen.
- Het proces van verbetering van teeltmethodes en de toename van inheemse teelt is niet uniek voor Nederland. Dit wordt gerapporteerd voor veel EU-landen en tevens voor Canada en de VS.[98]
- De toename van geregistreerde drugswetdelicten is echter in Nederland – anders dan in andere landen –

[p] Positieve gevolgen voor de maatschappij worden niet benoemd. Wel wordt opgemerkt dat het merendeel van de gebruikers recreatief gebruiker is en er geen tot weinig problemen van ondervindt.

vooral te wijten aan meer drugssmokkel, -productie of -handel en niet zozeer aan meer arrestaties voor bezit of gebruik van drugs. Het Nederlandse beleid wijkt af op dit punt; gebruik is niet strafbaar en bezit van kleine hoeveelheden voor eigen gebruik heeft lage tot geen opsporingsprioriteit, terwijl in andere landen gebruik en kleinschalig bezit van drugs wel tot arrestatie kan leiden.

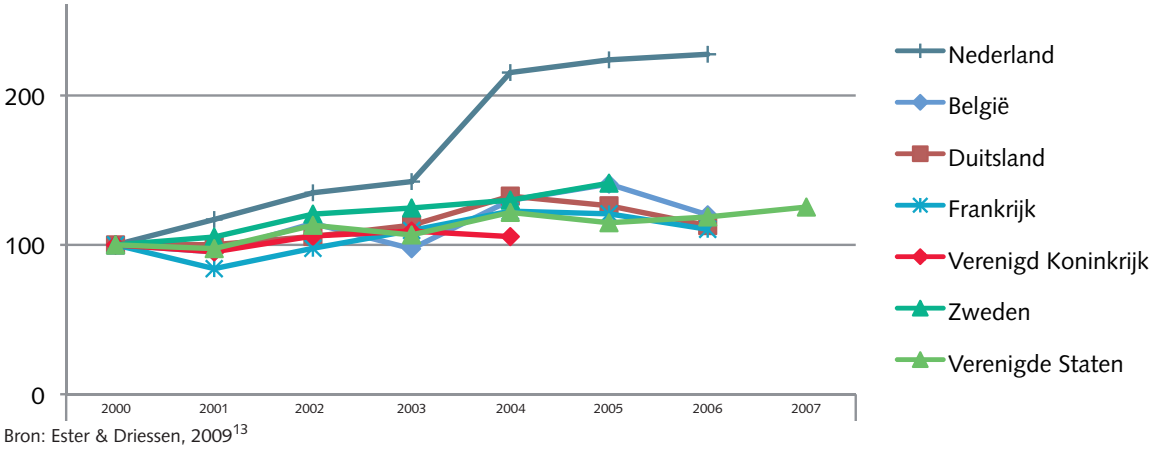
- De toename van cannabisgerelateerde delicten in Nederland na 2003 is eveneens afwijkend (figuur 9.12). Deze toename in Nederland heeft, zoals we boven gezien hebben, te maken met een toename van zaken nederwietteelt, (waarschijnlijk) als gevolg van de integrale aanpak.

Figuur 9.11 Trends in drugswetdelicten in indexcijfers per land (indexjaar 1998=100)



Bron: Ester & Driessen, 2009[13]

Figuur 9.12 Trends in cannabisgerelateerde drugswetdelicten per land, 2000-2007 (indexjaar 2000=100)



Bron: Ester & Driessen, 2009[13]

In het meest recente World Drug Report (2008; betreft cijfers 2006) wordt Nederland op diverse plaatsen genoemd.14 De informatie is echter vooral gebaseerd op inbeslagnamecijfers en inschattingen van landen waar productie zou plaatsvinden, die slecht onderbouwd zijn. Het WDR geeft wel een impressie van de manier waarop Nederland internationaal wordt gezien, namelijk onder andere:

- als een van de 'major gateways' voor cocaïne voor de Europese markt, na Portugal en voor Frankrijk en Italië (p. 78);
- als een van de 'largest producers' van cannabis in West- en Centraal-Europa (22% van alle Europese landen ziet Nederland als belangrijkste bronland van wiet), naast Albanië (7% ziet Albanië als belangrijkste bronland) (p.98). Het is geen noemenswaardig bronland van hasj (p. 100);
- als een van de Europese landen waar relatief veel amfetaminelaboratoria zijn ontmanteld, na de Russische Federatie, Polen en Turkije (p. 133), maar niet als land met inbeslagnames van methamfetamine (p. 138);

- als belangrijk bronland van ecstasy, waarbij het wereldwijd een plaats inneemt na de VS en Canada en vóór België en Australië (p. 135 en p. 149); tussen 1996 en 2003 prijkte Nederland hier op de eerste plaats, daarna niet meer;
- als land waar relatief grote hoeveelheden ruwe opium geïmporteerd worden (p. 182).

Een indicatie van de rol die Nederland speelt in de internationale handel is ook het aanzienlijke aantal Nederlanders dat in het buitenland in detentie zit vanwege drugsgerelateerde delicten.[99] In 2006 waren het er ruim 2000. Dit is 83% van alle Nederlanders in buitenlandse detentie.[99] Nederland is hier duidelijk koploper; het aandeel is groot in vergelijking met naburige landen als België, Duitsland, het VK en Frankrijk. De helft zit vast vanwege het smokkelen van of handelen in cocaïne. Onderzoek onder ecstasysmokkelaars in buitenlandse detentie liet zien dat deze in 2002 in een groot aantal verschillende landen gevangen zaten.[100]

Conclusie: wat is de positie van Nederland internationaal?

De trends in geregistreerde drugswetdelicten wijken over het geheel genomen niet robuust af van die in andere landen. Wel scoort Nederland relatief laag als het gaat om arrestaties voor bezit van drugs en relatief hoog in cannabisdelicten. Dit laatste heeft waarschijnlijk te maken met de aanpak van de nederwietteelt. Nederland staat te boek als belangrijk bronland van cannabis en ecstasy en transitland van cocaïne en opium en in het buitenland zitten relatief veel Nederlanders vast wegens drugssmokkel.

9.6 Enkele lacunes in informatie

In dit hoofdstuk zijn lacunes in de informatie over drugswetcriminaliteit naar voren gekomen:

- Registratiesystemen van politie en justitie geven beperkt zicht op typen drugswetdelicten en het soort drug. In 2007 is voor het laatst dossieronderzoek verricht om specificaties te achterhalen.[25] Dit onderzoek had betrekking op het jaar 2004. Recentere specifieke informatie ontbreekt.
- Registratiesystemen geven ook nauwelijks informatie over daders – dealers, kwekers, producenten, smokkelaars, ronselaars, runners – , hun werkwijzen, netwerken, redenen waarom ze wel of niet recidiveren en ontwikkelingen in dadergroepen. De monitor georganiseerde criminaliteit geeft deels inzicht hierin, maar ad hoc onderzoeken naar specifieke groepen daders, zoals hennepkwekers (Spapens et al., 2007) zijn eveneens informatief.[27] Ze zijn echter vaak beperkt tot een bepaald moment in de tijd.
- Cijfers over inbeslagnames van drugs en aantallen ontmantelde hennepkwekerijen zijn onvolledig en registratiewijzen en definities kunnen per politieregio verschillen. Ook de informatie over straatprijzen van drugs zijn minder systematisch verzameld dan wenselijk zou zijn.
- De relatie tussen 'supply reduction' en drugsmarkten op consumentenniveau is onduidelijk. Er is wel onderzoek (bijvoorbeeld Bultmann et al., 2008[101]; Cunningham et al., 2009[102]) dat echter op de Nederlandse situatie nog niet is toegepast.
- Er is weinig bekend over de omvang van de hennepteelt die bedoeld is voor de export. De range van schattingen hiervan is dermate groot dat hierover in feite niets gezegd kan worden.
- Effecten van interventies zijn nauwelijks bekend. Hiervoor is onderzoek nodig met nul- en nametingen en controlecondities. Nul- en nametingen worden wel regelmatig gedaan, maar controlecondities – die bijvoorbeeld zouden kunnen bestaan in gebieden waar een nieuwe interventie niet wordt uitgevoerd – ontbreken vaak. Causale relaties zijn hierdoor niet met zekerheid vast te stellen.
- Onderzoek naar de concrete toepassing van het formele beleid in andere landen ontbreekt.
- Er bestaat weinig zicht op de maatschappelijke gevolgen van drugswetdelicten, waarbij het bijvoorbeeld gaat om directe gevolgen in de vorm van afrekeningen, 'rippen' of afpersingen en om indirecte gevolgen in de vorm van corruptie, witwasactiviteiten of investeringen in de legale economie.

9.7 Conclusies

'Supply reduction' is een van de pijlers van het drugsbeleid. De bestrijding van smokkel, productie, handel en bezit van drugs vindt plaats binnen de kaders van internationale verdragen. Nederland volgt hierbij het uitgangspunt dat het probleem van de drugsproductie en handel niet op te lossen is maar wel te beheersen. Het volgt een gedifferentieerd beleid ten aanzien van soft- en harddrugs en ten aanzien van het type delict.

De drugswetcriminaliteit is in de afgelopen periode harder aangepakt met uitbreiding van de wettelijke mogelijkheden, intensiveringen van opsporings- en vervolgingsinspanningen en pakketten van extra maatregelen. Het aantal drugswetdelicten in het strafrechtelijk systeem is dan ook toegenomen. Dit lijkt deels te worden verklaard door algemene trends, een deel lijkt echter drugsspecifiek – en dus ingegeven door de hardere aanpak.
Extra maatregelen zijn genomen om de productie en export van ecstasy en de invoer van cocaïne terug te dringen. Ook al bleken niet alle plannen haalbaar en leidden vergaande maatregelen tot soms ernstige knelpunten, toch verbeterde de situatie. Om te voorkomen dat het probleem weer toeneemt zijn deze maatregelen vervolgens structureel gemaakt. Dat dit laatste noodzakelijk is, wordt aangetoond door verschillende auteurs (onder andere McSweeney et al., 2008[11]): handhavingsinspanningen moeten volgehouden worden, anders worden resultaten snel teniet gedaan.
De drugsgerelateerde georganiseerde criminaliteit wordt intensiever opgespoord en de bestrijding van georganiseerde criminaliteit in relatie tot cocaïne, heroïne en synthetische drugs vormt een prioriteit voor politie en justitie. Deze opsporing kent evenwel een grote variëteit en is niet altijd even intensief. De nederwietteelt is vanaf 2004 intensiever aangepakt, waarbij de integrale (lokale) benadering een belangrijke rol speelt. In 2005 en 2006 zijn ongeveer 6000 kwekerijen ontmanteld. De aandacht voor de georganiseerde criminaliteit achter de teelt wordt ook hier verscherpt, zij het dat dit nog in ontwikkeling is. Er is in de afgelopen jaren een toenemend aantal verdachten gearresteerd voor de teelt van wiet. Zij zijn meestal voor de rechter gebracht en bestraft met een taakstraf.
De benadering van de drugswetcriminaliteit is in toenemende mate integraal, dat wil zeggen: er wordt gewerkt met een combinatie van interventies, waarbij zowel bestuursrechtelijke als strafrechtelijke en financiële middelen worden aangewend. Ook richt de aanpak zich sterker op de gehele keten van precursoren, hardware en productie tot en met verhandeling van drugs. De nationale en internationale samenwerking speelt een cruciale rol.

Geconcludeerd kan worden dat de handhavingsinspanningen richting drugswetcriminaliteit zijn geïntensiveerd. De drugswetcriminaliteit vormt anno 2009, meer nog dan in 1995, een niet te veronachtzamen belasting, ook financieel, voor het strafrechtelijke systeem.
Hebben al deze handhavingsinspanningen ertoe geleid dat het aanbod van drugs beperkt is gebleven? Is het gelukt de drugsmarkt te beheersen?

De aard van de Nederlandse drugsmarkt (productiewijzen, handelsroutes, actoren) is veranderd sinds 1995.

- De inheemse teelt van *cannabis* is sterk opgekomen en geprofessionaliseerd. De nederwiet heeft een groot deel van de markt veroverd. De door de politie geconstateerde teelt vond – in 2003 – vooral plaats in achterstandswijken en woonwagenkampen. Dat criminele samenwerkingsverbanden betrokken zijn bij teelt en handel komt uit diverse publicaties naar voren. Over de exacte omvang van de betrokkenheid bestaan geen gegevens. Met de integrale aanpak is sinds 2004 de bedrijfsmatige thuisteelt vaker opgespoord en 'uitgeschakeld'. Dit is zichtbaar in de cijfers van politie en justitie. Er zijn echter recente signalen van ongewenste verschuivingen in de vorm van toenemende betrokkenheid van criminele samenwerkingsverbanden, die de 'gaten' in het aanbod opvullen. Deze organisaties doen meer aan afscherming en beschikken soms over handelskanalen naar het buitenland. De nederwiet is in 2008 significant gestegen in prijs en gedaald in kwaliteit – in termen van primaire werkzame stof – , hetgeen kan duiden op een beperking van het aanbod. In 2007 leken het echter nog slechts lichte verschuivingen: gebruikers konden toen overal nog gemakkelijk aan cannabis komen en er waren geen veranderingen in recent gebruik.
- De productie van *cocaïne* in de bronlanden lijkt niet verminderd. De smokkel naar Nederland en de detailhandel in Nederland lijken met alternatieve routes en werkwijzen te reageren op versterkte opsporing en handhaving. De beschikbaarheid van cocaïne op de Nederlandse markt lijkt licht veranderd. Vergeleken met begin jaren negentig is de gemiddelde straatprijs lager en is het aandeel van cocaïne met versnijdingen toegenomen. Het gebruik in Nederland bleef vrij stabiel tussen 1997 en 2005. Wel zijn er signalen van toenemende populariteit in het uitgaansleven en ook internationaal nam het gebruik toe. Nederland is een belangrijk doorvoerland; deze rol lijkt iets minder prominent geworden.
- Wat betreft *ecstasy* gaven het aantal in beslag genomen tabletten en poeders, de dalende detailhandelsprijs, de oplopende trend in zuiverheid en de resultaten uit onderzoek tot 2008 een beeld van vrij ruime beschikbaarheid van ecstasy op de Nederlandse markt. Recent (eind 2008, begin 2009) is echter sprake van een substantiële verslechtering van de zuiverheid van ecstasy en amfetamine op consumentenniveau. Onderzoekers wijten deze aan een tekort aan precursoren. Of de productie van ecstasy, die er nog is, momenteel nog op eigen bodem plaatsvindt is moeilijk te zeggen. Tot in 2008 werden er minder locaties ontmanteld en werd minder vaak gedumpt afval gevonden, maar was anderzijds de omvang van de vondsten nog groot. Meer recente informatie hierover is niet voorhanden. De productie lijkt zich te verspreiden over meer landen. De internationale rol van Nederland is afgenomen.

- De markt voor *heroïne* in Nederland lijkt redelijk stabiel en relatief klein. Er zijn geen grote verschuivingen geweest in de afgelopen periode. Nederland heeft een rol als groothandelsmarkt.
- Er is nog steeds sprake van betrokkenheid van nationaal en internationaal opererende criminele samenwerkingsverbanden bij drugswetcriminaliteit.

In het licht van de doelstellingen van het beleid kan geconcludeerd worden dat die op onderdelen zijn gerealiseerd: de bedrijfsmatige thuisteelt loopt terug, er zijn minder bolletjesslikkers en bodypackers die via Schiphol cocaïne Nederland binnensmokkelen, en Nederland lijkt een minder prominente rol in de productie en export van ecstasy te spelen. Aan de andere kant zijn verschuivingen waarneembaar, nationaal maar ook internationaal: criminele samenwerkingsverbanden lijken een grotere rol te nemen in de nederwietteelt, de toevoer van cocaïne naar Europa vindt via nieuwe routes plaats, en de ecstasyproductie verspreidt zich naar meer landen. Ook zijn de productietechnieken van zowel cannabis als cocaïne efficiënter geworden. Niet duidelijk is of de verschuivingen geheel of gedeeltelijk zijn. Of hier sprake is van effecten van de handhavingsinspanningen kan niet gezegd worden. Andere factoren kunnen een rol gespeeld hebben, zoals veranderingen in de populariteit van een drug of internationale ontwikkelingen.

In het aanbod van nederwiet, ecstasy en amfetamine op consumentenniveau in Nederland zijn (zeer) recent veranderingen gevonden, waarbij met name de verslechterde kwaliteit opvalt. Het is de vraag of dit een tijdelijk of een langerdurend verschijnsel is. Ook is niet duidelijk of dit te maken heeft met externe factoren of met handhavingsinspanningen. Lange tijd daalde de prijs van ecstasy en nam de kwaliteit toe, evenals het gebruik, ondanks de inspanningen die gepleegd werden. Over de betekenis van deze recente ontwikkeling kan dus nog geen goed oordeel gevormd worden. Uit onderzoek is wel bekend dat repressief beleid ten aanzien van precursoren – zij het genuanceerd – kan samenhangen met afname van de zuiverheid van een drug.[102-104]
Deze veranderingen betreffen drugs die in Nederland geproduceerd worden. De lijn tussen productie en consumentenmarkt gaat in dit geval niet over vele internationale schakels. Indien sprake zou zijn van een samenhang met handhavingsinspanningen, werpt dit de vraag op of nationaal beleid in deze situatie meer invloed kan hebben op het aanbod op consumentenniveau dan in het geval van drugs die elders geproduceerd worden. Hoewel de literatuur indicaties hiervoor bevat[105], bestaat hierover echter geenszins zekerheid.

De markt van cocaïne laat wel enige, maar geen grote veranderingen zien (een daling van prijs en een toename van versnijdingen) en de markt van heroïne is niet substantieel veranderd. Dit kan op verschillende manieren verklaard worden. Ten eerste kan het zo zijn dat er wel (grotere) veranderingen zijn opgetreden, maar dat die niet gedetecteerd konden worden met de hier gebruikte indicatoren. Mogelijk zijn er (lokale) veranderingen gaande (geweest), die niet in beeld zijn gekomen. Deze verklaring is niet onaannemelijk omdat bekend is hoe lastig het is om veranderingen in drugsmarkten te meten, vanwege de vele factoren die van invloed zijn en de verschillende niveaus waarop de handelingen zich afspelen.[3;11] Ten tweede kan het zijn dat producenten en handelaren flexibel reageren op geïntensiveerde handhavingsinspanningen, waardoor nauwelijks veranderingen optreden op het niveau van de gebruikersmarkt. Deze verklaring wordt breed ondersteund in de literatuur.[11;27;65] Dit is des te meer het geval wanneer de 'elasticiteit' aan de vraagkant laag is.

De maatschappelijke gevolgen van betrokkenheid van criminele samenwerkingsverbanden bij de drugshandel en – productie kunnen aanzienlijk zijn. Hierop bestaat evenwel weinig zicht.

De toenemende betrokkenheid van georganiseerde criminaliteit bij de hennepteelt is een ongewenst 'neveneffect' van de integrale aanpak van de hennepteelt. Over andere neveneffecten van de handhavingsinspanningen in Nederland is weinig bekend. In de internationale literatuur wordt gewezen op prijsopdrijvende effecten van geïntensiveerde handhaving (met als gevolg meer crimineel gedrag van gebruikers – hier lijkt in Nederland nauwelijks sprake van te zijn) en minder zichtbaarheid van illegale markten (met als gevolg minder controlemogelijkheden); ook kan geïntensiveerde handhaving ertoe leiden dat gebruikers op een onveiliger manier gaan gebruiken.[11;62;106;107] Hierover is echter voor de Nederlandse situatie niets bekend.

Bijlage bij hoofdstuk 9

Tabel 9.8 Prevalentie van nieuwe strafzaken voor een Opiumwetdelict voor opeenvolgende cohorten van Opiumwetovertreders, in %[I]

Observatie periode: Cohort	1 jaar	2 jaar	3 jaar	4 jaar	5 jaar	6 jaar	7 jaar	8 jaar	9 jaar	10 jaar
1997	7,1	10,8	13,3	15,3	17,5	19,4	21,0	22,3	23,5	24,4
1998	6,5	10,3	13,4	16,1	18,2	20,4	22,1	23,9	24,6	
1999	7,0	11,5	14,9	17,7	20,1	22,4	24,3	25,9		
2000	6,7	11,5	15,2	18,6	21,2	23,0	24,8			
2001	7,3	11,5	15,1	17,7	19,8	21,2				
2002	8,4	13,2	16,5	19,1	20,9					
2003	8,1	12,5	15,7	18,0						
2004	7,2	11,2	13,7							

I. Cohort: personen die in een bepaald jaar ten minste éénmaal zijn veroordeeld voor een Opiumwetdelict. Gegevens zijn onder meer gecorrigeerd voor tijd in detentie. Cohort 1997: n = 7 602; 1998: n = 8 328; 1999: n= 8 122; 2000: n = 7 785; 2001: n = 9 044; 2002: n = 11 072; 2003: n= 12 659; 2004: n= 14 774. Bron: WODC-Recidivemonitor/REPRIS 2007.

Referenties

1. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2005). Defining drug-related crime. *Drugnet Europe*, 59, 1.
2. Expertisecentrum Synthetische Drugs en Precursoren (2008). *Jaarverslag Synthetische Drugs en Precursoren 2007*. Zoetermeer: Dienst Nationale Recherche.
3. Dorn, N. (2000). Performance management, indicators and drug enforcement: in the crossfire or at the crossroads? In: M. Natarajan, M. Hough (red.). *Illegal Drug Markets: From Research to Prevention Policy*, p. 299-318. Monsey, NY: Criminal Justice Press.
4. MacCoun, R.J., Reuter, P. (2001). *Drug war heresies: learning from other vices, times & places.* Cambridge: Cambridge University Press.
5. Van het Loo, M., Horens, S., Van't Hof, C., Kahan, J.P. (2003). *Cannabis Policy, Implementation and Outcomes: Prepared for the Dutch Ministry of Health, Welfare and Sports.* Santa Monica: RAND Corporation.
6. Reuter, P., Stevens.A. (2007). *An Analysis of UK Drug Policy: A Monograph Prepared for the UK Drug Policy Commission.* London: UK Drug Policy Commission.
7. Reuter, P., Trautmann, F. (2009). *A report on global illicit drugs markets 1998-2007: full report.* Brussel: European Communities.
8. Kleemans, E. (2004). Crossing borders: organised crime in the Netherlands. In: C. Fijnaut, L. Paoli (red.). *Organised crime in Europe: concepts, patterns and control policies in the European Union and beyond,* p. 303-331. London: Springer.
9. Van de Bunt, H.G., Kleemans, E.R. (2007). Georganiseerde criminaliteit in Nederland: derde rapportage op basis van de Monitor Georganiseerde Criminaliteit. Den Haag: WODC.
10. Wood, E., Spittal, P.M., Small, W., Kerr, T., Li, K., Hogg, R.S., Tyndall, M.W., Montaner, J.S., Schechter, M.T. (2004). Displacement of Canada's largest public illicit drug market in response to a police crackdown. CMAJ., 170(10): 1551-1556.
11. McSweeney, T., Turnbull, P.J., Hough, M. (2008). *Tackling drug markets and distribution networks in the UK: a review of the recent literature.* London: UK Drug Policy Commission.
12. Meijer, R., Van Dijk, J., Leertouwer, E., Choenni, S. (2008). A Drug Crime Data Mart to Support Publication on Demand. In: D. Remenyi (red.). *2nd European Conference on Information Management and Evaluation*, p. 277-286. Reading, UK: Academic Publishing Limited.
13. Ester, T.J., Driessen, F.M.H.M. (2009). *Drugsgerelateerde criminaliteit in Nederland, in vergelijking met enkele andere West-Europese landen en de VS: werkdocument t.b.v. WODC, Ministerie van Justitie.* Utrecht: Bureau Driessen.
14. United Nations Office on Drugs and Crime (2008). *World Drug Report: 2008*. Vienna: UN.
15. T.K.24077-3.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1994-1995 publicatienummer 24077 nr.3 (1995). *Drugbeleid; Nota 'Het Nederlandse drugbeleid: continuïteit en verandering'.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
16. Openbaar Ministerie (2009). *Aanwijzing opiumwet (2000A019).* Den Haag: Openbaar Ministerie.
17. Stb 2006-416.Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden jaargang 2006, nr.4. (2006). *Wijziging van het Opiumwetbesluit.* Den Haag: Sdu Uitgever.
18. Beijer, A., Bokhorst, R.J., Boone, M., Brants, C.H., Lindeman, J.M.W. (2004). *De Wet bijzondere opsporingsbevoegdheden – eindevaluatie.* Den Haag: WODC.
19. T.K.24077-175.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2005-2006 publicatienummer 24077 nr.175 (2005). *Drugbeleid; Brief ministers bij aanbieding rapport 'Experimenteren met het gedogen van teelt van cannabis ten behoeve van de bevoorrading van coffeeshops – Internationaalrechtelijke en Europeesrechtelijke aspecten'.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
20. T.K.24077-179.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2005-2006 publicatienummer 24077 nr.179 (2006). *Drugbeleid; Brief ministers met reactie op 'Manifest van Maastricht'.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
21. T.M.C.Asser Instituut (2005). *Experimenteren met het gedogen van teelt van cannabis ten behoeve van de bevoorrading van coffeeshops – Internationaalrechtelijke en Europeesrechtelijke aspecten.* Den Haag: T.M.C. Asser Instituut.
22. Faber, W., Van Nunen, A.A.A. (2004). *Uit onverdachte bron: evaluatie van de keten ongebruikelijke transacties*. Den Haag: WODC.
23. Van de Bunt, H. (2004). Organised crime policies in the Netherlands. In: C. Fijnaut, L. Paoli (red.). *Organised crime in Europe: concepts, patterns and control policies in the European Union and beyond,* p. 677-716. London: Springer.

24. Rijksvoorlichtingsdienst (2007). *Coalitieakkoord tussen de Tweede Kamerfracties van CDA, PvdA en ChristenUnie.* Den Haag: RVD.
25. Jacobs, M.J.G. (2007). *Opiumwetdelicten nader bekeken: analyseverslag van een empirisch onderzoek naar Opiumwetdelicten ten behoeve van het Justitieonderdeel van de Nationale Drugmonitor, jaarbericht 2006.* Tilburg: IVA Beleidsonderzoek en advies.
26. Eggen, A.Th.J., Kalidien, S. (2008). *Criminaliteit en rechtshandhaving 2007: ontwikkelingen en samenhangen*. Den Haag: WODC.
27. Spapens, T., Van de Bunt, H., Rastovac, L. (2007). *De wereld achter de wietteelt.* Rotterdam/Tilburg: Erasmus Universiteit/Universiteit van Tilburg.
28. T.K.29911-1.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2004-2005 publicatienummer 29911 nr.1 (2004). *Bestrijding georganiseerde criminaliteit; Brief minister.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
29. T.K.29911-10.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2007-2008 publicatienummer 29911 nr.10 (2007). *Bestrijding georganiseerde criminaliteit; Brief minister ter aanbieding van Programma versterking aanpak georganiseerde misdaad en Programma financieel-economische criminaliteit.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
30. T.K.23760-1.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1993-1994 publicatienummer 23760 nr.1 (1994). *Beleid inzake XTC*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
31. Ministerie van Volksgezondheid, W.e.S.V. (1995). *Stadhuis en house: handreikingen voor gemeentelijk beleid inzake grootschalige manifestaties en uitgaansdrugs.* Den Haag: Ministerie van VWS.
32. T.K.23760-14.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2000-2001 publicatienummer 23760 nr.14 (2001). *Beleid inzake XTC: brief minister bij de nota 'Samenspannen tegen XTC'*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
33. Neve, R.J.M., Van Ooyen-Houben, M.M.J., Snippe, J., Bieleman, B. (2007). *Samenspannen tegen XTC: eindevaluatie van de XTC-Nota*. Den Haag: WODC/Intraval.
34. Bovenkerk, F., Hogewind, W.I.M. (2003). *Hennepteelt in Nederland: het probleem van de criminaliteit en haar bestrijding.* Zeist: Uitgeverij Kerckebosch.
35. T.K.30050-2.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2004-2005 publicatienummer 30050 nr.2 (2006). *Handhaven en gedogen; Rapport.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
36. T.K.24077-125.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2003-2004 publicatienummer 24077 nr.125 (2004). *Drugbeleid: Brief ministers over het cannabisbeleid.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
37. T.K.24077-184.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2005-2006 publicatienummer 24077 nr.184 (2006). *Drugbeleid; Brief minister bij aanbieding notitie Integrale aanpak hennepteelt.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
38. Boerman, F., Grapendaal, M., Mooij, A. (2008). *Nationaal dreigingsbeeld 2008: georganiseerde criminaliteit*. Zoetermeer: KLPD-dienst IPOL.
39. T.K.24077-171.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2004-2005 publicatienummer 24077 nr.171 (2005). *Drugbeleid; Brief minister over de implementatie van de Cannabisbrief.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
40. Wouters, M., Korf, D.J., Kroeske, B. (2007). *Harde aanpak, hete zomer: een onderzoek naar de ontmanteling van hennepkwekerijen in Nederland.* Amsterdam: Rozenberg Publishers.
41. T.K.28684-119.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2007-2008 publicatienummer 28684 nr.119 (2007). *Naar een veiliger samenleving; Brief ministers en staatssecretarissen over reikwijdte project 'Veiligheid begint bij Voorkomen', plus uitwerking thema's project.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
42. UNODC (2003). *World Drug Report: 2003.* Vienna: UN.
43. T.K.28192-1.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2001-2002 publicatienummer 28192 nr.1 (2001). *Drugssmokkel Schiphol: brief minister bij het plan van aanpak drugssmokkel Schiphol.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
44. T.K.28192-41.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2004-2005 publicatienummer 28192 nr.41 (2006). *Drugssmokkel Schiphol; Brief minister met de zevende voortgangsrapportage drugssmokkel Schiphol*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
45. De Nationale ombudsman (2006). *100%-controles op Schiphol: Over bolletjesslikkers en onschuldige slikverdachten.* Den Haag: Bureau Nationale ombudsman.
46. T.K.20361-132.Tweede Kamer der Staten Generaal vergaderjaar 2008-2009 publicatienummer 20361 nr.132 (2008). *Suriname; Brief minister over gesprekken 100 procent-controle Suriname.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
47. T.K.20361-141.Tweede Kamerd der Staten Generaal vergaderjaar 2008-2009 publicatienummer 20361 nr.141 (2009). *Suriname; Verslag algemeen overleg gehouden op 17 december 2008, over o.a. het verslag van de reis naar Suriname.* Den Haag: Sdu Uitgevers.

48. T.K.28192-23.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2003-2004 publicatienummer 28192 nr.23 (2003). *Drugssmokkel Schiphol: brief minister met de vijfde voortgangsrapportage drugssmokkel Schiphol*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
49. T.K.28192-36.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2004-2005 publicatienummer 28192 nr.36 (2004). *Drugssmokkel Schiphol: brief minister met de zesde voortgangsrapportage drugssmokkel Schiphol*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
50. Maalsté, N., Jansen, I., Van Fessem, E., Mein, A. (2002). *De noodvoorzieningen voor drugkoeriers: evaluatie van de Tijdelijke wet voor drugskoeriers in de praktijk.* Den Haag: ES&E.
51. E.K.28627-134a.Eerste Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2002-2003 nr.134a (2003). *Wijziging van de Tijdelijke wet noodcapaciteit drugskoeriers.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
52. T.K.28192-26.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2003-2004 publicatienummer 28192 nr.26 (2003). *Drugssmokkel Schiphol; Lijst van vragen en antwoorden over het al dan niet heenzenden van verdachten met een dagvaarding (kamerstuk 28192, nr. 24)*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
53. Natarajan, M., Hough, M. (2000). *Illegal Drug Markets: From Research to Prevention Policy.* Monsey, NY: Criminal Justice Press.
54. Snippe, J., Kruize, A., Bieleman, B. (2003). *Inspannen tegen XTC: eerste meting: stand van zaken 2002 nota Samenspannen tegen XTC.* Groningen: Intraval.
55. Van der Heijden, T. (2003). *De Nederlandse drugsmarkt: een poging tot kwantificering van import, export, productie en consumptie van verdovende middelen.* Zoetermeer: KLPD-Diernst Nationale Recherche Informatie.
56. Van Laar, M.W., Cruts, A.A.N., Verdurmen, J.E.E., Van Ooyen-Houben, M.M.J., Meijer, R.F. (2006). *Jaarbericht 2005 Nationale Drug Monitor*. Utrecht: Trimbos-instituut.
57. UNODC (2005). *World Drug Report: 2005.* Vienna: UNODC.
58. UNODC (2006). *World Drug Report: 2006.* Vienna: UNODC.
59. Dienst Nationale Recherche Informatie (2006). *Drugsinbeslagnemingen en drugsprijzen: Nederland – 2005.* Zoetermeer: KLPD-DRNI.
60. Caulkins, J.P. (2007). Price and purity analysis for illicit drug: data and conceptual issues. *Drug Alcohol Depend,* 90 Suppl 1(S61-S68).
61. Reuter, P., Greenfield, V. (2001). Measuring Global Drug Markets: How good are the numbers and why should we care about them? *World Economics,* 2(4): 159-173.
62. Degenhardt, L., Reuter, P., Collins, L., Hall, W. (2005). Evaluating explanations of the Australian 'heroin shortage'. *Addiction*, 100(4): 459-469.
63. Fries, A., Anthony, R.W., Cseko, A., Gaither, C.C., Schulman, E. (2008). *The price and purity of illicit drugs: 1981-2007*. Alexandria, Virginia: Institute for Defense Analyses.
64. Dienst Nationale Recherche Informatie (2007). *Drugsinbeslagnemingen en drugsprijzen: Nederland – 2006*. Zoetermeer: KLPD-DNRI.
65. Paoli, L., Greenfield, V., Reuter, P. (2009). *The world heroin market: can supply be cut?* Oxford: Oxford University Press.
66. Best, D., Strang, J., Beswick, T., Gossop, M. (2001). Assessment of a Concentrated, High-Profile Police Operation: No Discernible Impact on Drug Availability, Price or Purity. *British Journal of Criminology,* 41(4): 738-745.
67. De Miranda, H., Van der Werf, J. (2004). *Inbeslagnemingen verdovende middelen 2003*. s.l.: KLPD.
68. Papenhove, T.G., Spruijt, C.M., Van der Kleijn, J. (2005). *In beslag genomen verdovende middelen en drugsprijzen 2004.* Zoetermeer: KLPD-DNRI.
69. KLPD-Dienst IPOL (2008). *Drugsinbeslagnemingen en drugsprijzen: Nederland – 2007*. Zoetermeer: KLPD-Dienst IPOL.
70. Niesink, R., Rigter, S., Hoek, J., Goldschmidt, H. (2008). *THC-concentraties in wiet, nederwiet en hasj in Nederlandse coffeeshops (2007-2008)*. Utrecht: Trimbos-instituut.
71. Rigter, S., Niesink, R., Hoek, J., Den Boer, N. (2009). *THC-concentraties in wiet, nederwiet en hasj in Nederlandse coffeeshops (2008-2009) [Nog ongepubliceerd]*. Utrecht: Trimbos-instituut.
72. Van Laar, M., Cruts, A.A.N., Verdurmen, J.E.E., Van Ooyen-Houben, M.M.J., Meijer, R.F. (2008). *Nationale Drug Monitor: jaarbericht 2007.* Utrecht: Trimbos-instituut.
73. Van Amsterdam, J.G.C., Van Marle, J., Van Dijk, P., Niesink, R., Opperhuizen, A. (2007). *Electronenmicroscopisch onderzoek van vervuilde wietmonsters.* Bilthoven: RIVM.
74. Nabben, T., Koet, S., Korf, D.J. (2007). *NL.Trendwatch: gebruikersmarkt uitgaansdrugs in Nederland, 2006-2007.* Amsterdam: Rozenberg.
75. Fijnaut, C., De Ruyver, B. (2008). *Voor een gezamenlijke beheersing van de drugsgerelateerde criminaliteit in de Euregio Maas-Rijn: een rapport voor het Bestuur van de Euregio.* Maastricht: Euregio Maas-Rijn.

76. Emmet, I., Boers, R. (2008). *Het groene goud: verslag van een onderzoek naar de cannabissector voor het Nationaal dreigingsbeeld criminaliteit met een georganiseerd karakter.* Zoetermeer: KLPD-Dienst IPOL.
77. Maalsté, N., Panhuysen, M. (2007). *Polderwiet: een veelzijdig en onthullend beeld van de wietteelt in Nederland.* Baarn: De Fontein.
78. Decorte, T., Boekhout van Solinge, T. (2006). Het aanbod van cannabis in Nederland en België. *Tijdschrift voor Criminologie,* 48(2): 144-154.
79. Bieleman, B., Snippe, J. (2004). *Preventieve doorlichting cannabissector c.a.* Groningen-Rotterdam: Intraval.
80. Zaitch, D. (2001). *Traquetos: Colombians involved in the cocaine business in the Netherlands.* Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
81. United Nations Office on Drugs and Crime (2007). *World Drug Report: 2007.* Vienna: UNODC.
82. T.K.28192-29.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2003-2004 publicatienummer 28192 nr.29 (2004). *Drugssmokkel Schiphol; Brief minister over de voortgang van de uitvoering van het beleid.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
83. Korf, D., Kleemans, E., Decorte, T., Boekhout van Solinge, T. (2006). Drugs en drugshandel in Nederland en België. *Tijdschrift voor Criminologie,* 48(2): 115-130.
84. T.K.28192-45.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2006-2007 publicatienummer 28192 nr.45 (2007). *Drugssmokkel Schiphol; Brief minister over verbeteringen in het proces van de 100% controles op Schiphol.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
85. Van Laar, M.W., Cruts, A.A.N., Rigter, H.G.M., Verdurmen, J.E.E., Meijer, R.F., Van Ooyen, M.M.J. (2002). *Nationale Drugmonitor: jaarbericht 2002*. Utrecht: Bureau NDM.
86. Van Laar, M., Cruts, G., Verdurmen, J., Ketelaars, A.P.M. (2005). *Nationale Drug Monitor: jaarbericht 2004*. Utrecht: Trimbos-instituut.
87. Niesink, R., Rigter, S., Hoek, J., Goldschmidt (2007). *THC concentraties in wiet, nederwiet en hasj in Nederlandse coffeeshops (2006-2007).* Utrecht: Trimbos-instituut.
88. Gruter, P., Van de Mheen, D. (2005). *Cocaïnehandel in Nederland: impressies van deelnemers aan drugsdistributienetwerken.* Rotterdam: IVO.
89. Barendregt, C., Van der Poel, A., De Kam, G. (2008). *Dak- en thuislozen en verslaafden in Rotterdam: leefsituatie en overlast: resultaten van trendspotting 2007*. Rotterdam: IVO.
90. Van der Poel, A., Barendregt, C., Schouten, M. (2003). De leefsituatie van gebruikers in de Rotterdamse harddrugsscene (resultaten van de survey 2003). *IVO-bulletin*, 6(4): 1-19.
91. Van Dijk P. (2008). *DIMS Jaarbericht 2007.* Utrecht: Trimbos-instituut.
92. Van Dijk, P. (2009). *DIMS Jaarbericht 2008.* Utrecht: Trimbos-instituut.
93. Spapens, T. (2006). *Interactie tussen criminaliteit en opsporing: de gevolgen van de opsporingsactiviteiten voor de organisatie en afscherming van xtc-productie en -handel in Nederland.* Antwerpen: Intersentia.
94. Nabben, T., Benschop, A., Korf, D.J. (2007). *Antenne 2006: trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers.* Amsterdam: Rozenberg Publishers.
95. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2008). *Annual report 2008: the state of the drugs problem in Europe.* Lisbon: EMCDDA.
96. Van Laar, M., Cruts, G., Van Gageldonk, A., Croes, E., Van Ooyen-Houben, M., Meijer, R., Ketelaars, T. (2008). *The Netherlands drug situation 2007: report to the EMCDDA, by the Reitox National Focal Point*. Utrecht: Trimbos Institute.
97. Gemeente Amsterdam (2008). *Nepdope: conferentie dealerproblematiek [7 november 2008].* Amsterdam: Gemeente Amsterdam.
98. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2007). *Annual report 2007: the state of the drugs problem in Europe.* Lisbon: EMCDDA.
99. Miedema, F., Stoltz, S. (2008). *Vast(gelopen) in den vreemde: een onderzoek naar het hoge aantal Nederlanders in buitenlandse detentie.* Nijmegen: ITS-Radboud Universiteit Nijmegen.
100. Van de Bunt, H., Kunst, D., Siegel, D. (2003). *XTC over de grens: een studie naar XTC-koeriers en kleine smokkelaars.* Den Haag: Boom Juridische Uitgevers.
101. Bultmann, R., Caulkins, J.P., Feichtinger, G., Tragler, G. (2008). Modeling supply shocks in optimal control models of illicit drug consumption. In: I. Lirkov, S. Margenov, J. Wasniewski (red.). *Large-Scale Scientific Computing: 6th International Conference, LSSC 2007,Sozopol, Bulgaria, June 5-9, 2007, Revised Papers,* p. 285-292. London: Springer.
102. Cunningham, J.K., Liu, L.M., Callaghan, R. (2009). Impact of US and Canadian precursor regulation on methamphetamine purity in the United States. *Addiction*, 104(3): 441-453.
103. McKetin, R. (2009). The holy grail of supply control: have we found the evidence? *Addiction*, 104(3): 455-456.

104. Caulkins, J. (2009). How to expand the 'sample size' of studies of drug market disruptions. *Addiction*, 104(3): 454-455.
105. Caulkins, J., Hao, H. (2008). Modelling drug market supply disruptions: where do all the drugs not go? *Journal of Policy Modeling*, 30(2): 251-270.
106. Paoli, L., Reuter, P., Greenfield, V. (2006). *Modeling the world heroin market; assessing the consequences of changes in Afghanistan production (project summary)*. Freiburg/Santa Monica: RAND Corporation/Max Planck Institute for Foreign and International law.
107. Weatherburn, D. (2009). Dilemmas in harm minimization. *Addiction*, 104(3): 335-339.
108. De Voogd, M.C., Doornbos, F., Huntjes, L.C.L. (2007). *Evaluatie Wet BIBOB: een meting*. Utrecht: Berenschot.
109. Reuter, P. (2000). Epilogue: connecting drug policy and research on drug markets. In: Hough, M., Natarajan, M. Introduction: Illegal drug markets, Research and Policy. In: Natarajan, M., Hough, M. (eds). *Illegal drug markets: from research to prevention policy.* Crime Prevention Studies vol. 11, Monsy, NY, Criminal Justice Press, pp. 319-329.

10 Delicten gepleegd door drugsgebruikers

Marianne van Ooyen-Houben

Belangrijkste bevindingen

- De zeer hoge criminele recidive van een groep langdurige problematische harddrugsgebruikers vormt sinds de jaren tachtig een probleem. Ook de Drugsnota 1995 adresseert dit probleem (§ 10.2.1).
- Uitgangspunt van de aanpak is dat een reductie van deze criminaliteit alleen bereikt kan worden als de gebruikers hulp krijgen bij hun problemen en hun verslaving. De beoogde aanpak bestaat dan ook uit een combinatie van zorg, repressie en resocialisatie (§ 10.2.2 en § 10.2.3).
- De aanpak is grotendeels gerealiseerd: er zijn nieuwe maatregelen en zorgvoorzieningen gecreëerd voor de doelgroep en de mogelijkheden voor toepassing van drang zijn uitgebreid. Ook zwaardere (dwang)maatregelen zijn ingezet in de vorm van de Strafrechtelijke Opvang voor Verslaafden en de plaatsing in een Inrichting voor Stelselmatige Daders (§ 10.3.1 tot en met § 10.3.6).
- Het strafrecht wordt consequenter toegepast en in het beleid wordt sterker ingezet op een persoonsgerichte aanpak, waarbij gebruikers langer gedetineerd kunnen worden, systematischer worden gescreend en strenger worden geselecteerd voor gedragsinterventies. De aanpak heeft een nadrukkelijke plaats gekregen in het veiligheidsbeleid (§ 10.3.4).
- Alle benaderingen kampten met tegenvallende instroom, beperkt bereik onder de doelgroep, geringe mogelijkheden van de doelgroep, onvoldoende competenties van personeel en onvoldoende aansluitend zorg- en interventie-aanbod. Deze problemen zijn steeds tijdens de rit aangepakt. Ook op dit moment lopen verbetertrajecten, waarvan de effecten echter nog niet bekend zijn (§ 10.3.1 tot en met § 10.3.6).
- De samenwerking tussen verschillende organisaties, die in het verleden nog wel eens moeizaam liep, is de afgelopen jaren verbeterd (§ 10.3.4).
- De doelgroep is complex. Naast langdurige verslavingsproblematiek is ook vaak sprake van psychiatrische problematiek en soms van beperkte intellectuele capaciteiten (§ 10.3).
- De drangaanpak en de Strafrechtelijke Opvang Verslaafden hebben een beter effect op het middelengebruik, de leefsituatie en het criminele gedrag dan alleen detentie. Ook middelenverstrekking (heroïne) kan werkzaam zijn bij het terugdringen van criminele recidive. Het succes van drang en dwang neemt echter af in de loop van de tijd. Langdurige begeleiding, nazorg en laagdrempelige voorzieningen zijn nodig om de criminele overlast van deze groep terug te brengen (§ 10.4.1).
- De recente ontwikkelingen in de criminaliteit gaan in de beoogde richting. Er is een daling van de vermogenscriminaliteit, die deels lijkt te verklaren uit een afname van de criminaliteit van problematische opiaatgebruikers. Geweldsdelicten onder drugsgebruikers nemen evenwel toe, mogelijk als gevolg van het cocaïne/crackgebruik (§ 10.4.2).

10.1 Inleiding

Dit hoofdstuk gaat in op drugsgebruikers die zich vanwege het plegen van delicten in het strafrechtelijke systeem bevinden. Tussen (problematisch) illegaal drugsgebruik en criminaliteit bestaat geen vanzelfsprekende causale relatie.[1;2] Veel drugsgebruikers, ook een deel van degenen die ernstige problemen hebben met hun gebruik of verslaafd zijn, komen nooit in aanraking met politie of justitie. Er is daarentegen wel bewijs dat er een samenhang is tussen illegaal drugsgebruik en de frequentie en intensiteit van criminele activiteiten.[1;3;4] Er is waarschijnlijk sprake van een dynamische, interactieve relatie.[1] De meest voorkomende volgorde lijkt de volgende: er is recreatief drugsgebruik voorafgaand aan de criminele loopbaan; het gebruik wordt pas problematisch als de criminele carrière al begonnen is; de verslavingscarrière en de criminele carrière lijken samen op te gaan. Bij dit patroon voorziet vermogenscriminaliteit een persoon van voldoende geld om aan de drugs verslaafd te raken, en deze verslaving maakt de persoon vervolgens afhankelijk van illegale inkomsten.[1] Longitudinaal onderzoek van Gjeruldsen et al. (2004), waarbij groepen intraveneuze drugsverslaafden en niet-gebruikers langdurig werden gevolgd, liet zien dat crimineel gedrag ook vaak voorafgaat aan drugsgebruik.[4;5] Beide verschijnselen – criminaliteit en drugsgebruik – kunnen elkaar dus versterken. Diverse auteurs spreken van een 'multiplier effect': verslaving leidt op zichzelf niet tot criminaliteit, maar verslaving kan de criminaliteit doen verergeren. Koeter en Van Maastricht (2006) wijzen erop dat dit 'multiplier effect' wordt ondersteund door de bevinding in onderzoek

dat aanpak van verslavingsproblematiek leidt tot een reductie in criminaliteit, zelfs als dit niet de (primaire) bedoeling was van de aanpak, zoals in het experiment met heroïneverstrekking op medisch voorschrift.[1;6]

Drugsgebruik is in Nederland, in tegenstelling tot andere landen, in de wet niet strafbaar gesteld. In andere landen kunnen drugsgebruikers voor hun gebruik opgepakt en berecht worden. In Nederland komen ze altijd vanwege andere delicten in het strafrechtelijk systeem terecht. Van problematische gebruikers in het strafrechtelijk systeem in Nederland weten we dat ze vaak vermogensdelicten plegen en daarnaast geweldsdelicten en Opiumwetdelicten.[7;8]

De problematische drugsgebruikers in het strafrechtelijke systeem vormen een heterogene categorie. Oliemeulen et al. (2007) lieten zien dat een vrij grote groep gedetineerden in Nederland (60%) in de tijd vóór detentie problemen had met middelengebruik.[7] Een derde van hen had problemen met drugs. Daarbij gaat het zowel om cannabis als om harddrugs. In een kwart van de gevallen is sprake van problematisch gebruik van meerdere middelen.[a]

10.1.1 Doel en opzet hoofdstuk

Eerst worden de plannen om criminele drugsgebruikers aan te pakken beschreven (in § 10.2). De Drugsnota 1995 is hiervoor de belangrijkste basis. Dan gaan we na in hoeverre de plannen zijn gerealiseerd (in § 10.3). Hierbij wordt het aanbod van strafrechtelijke en gedragsinterventies en voorzieningen geschetst, zowel binnen als buiten detentie. Vervolgens wordt onderzocht in hoeverre de beoogde uitkomsten zijn gehaald (in § 10.4). Na 1995 zijn twee typen delicten, die gepleegd worden door drugsgebruikers onder invloed, in de (beleids)belangstelling gekomen: geweldsdelicten en rijden onder invloed. De state-of-the-art op deze gebieden wordt in § 10.5 kort geschetst.

10.1.2 Gegevensbronnen

Gegevensbronnen zijn (a) beleidsdocumenten, (b) registratiecijfers van politie (HKS), verslavingsreclassering (cliëntvolgsysteem; CVS) – onderdeel van het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem van de ambulante verslavingszorg (LADIS) – en gevangeniswezen (TULP), (c) wetenschappelijk onderzoek. Verder is geput uit (d) de WODC-veelplegermonitor, die is gebaseerd op (combinaties van) genoemde bestanden. Registratiegegevens geven slechts beperkt zicht op de groep. Nergens in het strafrechtelijke systeem vindt systematische screening plaats op middelengebruik. Dit heeft tot gevolg dat alleen gebruikers die dit zelf aangeven of bij wie het middelengebruik evident en zichtbaar is, in de registraties terechtkomen. Onder de noemer van wetenschappelijk onderzoek bevinden zich inventariserende studies, zoals onderzoek naar middelengebruik onder gedetineerden, en evaluatiestudies. Tot de laatste behoren procesevaluaties en effectevaluaties. Naar justitiële voorzieningen voor delinquente drugsgebruikers is regelmatig onderzoek verricht. Zo zijn procesevaluaties uitgevoerd naar de implementatie en de uitvoering van de drangbenadering, de Strafrechtelijke Opvang Verslaafden, de Forensische Verslavingskliniek en de Inrichting voor Stelselmatige Daders.[8-12] Ook de resultaten zijn onderzocht. Vaak is daarbij geen controlegroep gebruikt, maar soms wel. Zo is bijvoorbeeld bij effectevaluaties van de drangbenadering en van de Strafrechtelijke Opvang Verslaafden gebruik gemaakt van een quasi-experimenteel design, waardoor de effectiviteit op valide wijze in beeld is gebracht.[13;14]

10.2 Wat waren de beleidsvoornemens?

10.2.1 Het probleem en de context

Onder de problematische drugsgebruikers in Nederland bevindt zich al langere tijd een groep die ernstige criminele overlast veroorzaakt. Dit probleem bestaat al sinds de jaren tachtig.[15] Het betreft een groep langdurige gebruikers van heroïne en cocaïne, die daarnaast ook alcohol en cannabis gebruiken. Bij een deel speelt ook psychiatrische problematiek. Zij plegen bijna allemaal vermogensdelicten (woninginbraak, autokraak, diefstal met geweld, beroving op straat, winkeldiefstal), vaak in combinatie met geweldsdelicten zoals mishandeling, bedreiging, levensdelicten of wapendelicten. Ook zijn ze betrokken bij drugshandel op straatniveau. Het aantal delicten beloopt volgens zelfrapportage enkele honderden per jaar.[16] Deze groep gebruikers vormt een aanzien-

[a] Overigens blijken zich in detentie ook de nodige problematische alcoholgebruikers te bevinden.

lijke belasting van het strafrechtelijke systeem. Ze zijn in de loop der jaren aangeduid als 'draaideurcriminelen', 'zeer actieve veelplegers' en 'stelselmatige daders'.

Het is deze groep verslaafden waarop het beleid tot nu toe gefocust is geweest. Het is de zwaar problematische groep met persistent hoge criminele recidive. Ze komen in het strafrechtelijke systeem terecht en daar kan, binnen de context van de wet, naar een oplossing gezocht worden. De uiteindelijke beleidsdoelstelling is een vermindering van de criminaliteit, door verbetering van de situatie van de verslaafden.

10.2.2 Uitgangspunt

In de Drugsnota 1995 is te lezen: 'Door justitie is steeds als uitgangpunt gehanteerd dat voor drugsverslaafden een medische behandeling is te verkiezen boven het ondergaan van een vrijheidsstraf' (p. 2).[17] Men gaat ervan uit dat een substantiële reductie van de door problematische drugsgebruikers gepleegde criminaliteit alleen bereikt kan worden als de gebruikers hulp krijgen bij hun problemen en hun verslaving. Dit gezichtspunt was eerder ook al neergelegd in beleid.[15] Basis voor het in gang gezette beleid was de nota over overlastvermindering.[18] Aan dit standpunt wordt in 1995 vastgehouden 'ondanks soms teleurstellende resultaten'.

10.2.3 De beoogde aanpak

In de aanpak moeten de werkzaamheden van drugshulpverleningsinstellingen beter aansluiten op die van algemene instellingen van maatschappelijke dienstverlening (waaronder arbeidstoeleiding), politie en justitie (inclusief reclassering). Verder beoogt de nota een betere aansluiting van de intramurale en ambulante zorg op het verblijf in penitentiaire inrichtingen. Dit moet gebeuren in dwang- en drangprojecten. Justitie ziet het strafrechtelijk systeem als mogelijkheid om problematische drugsgebruikers door te geleiden naar zorginstellingen buiten detentie en als mogelijkheid om uitval uit behandeling tegen te gaan.
Om de criminele overlast te verminderen moet een deel van de verslaafde justitiabelen voor de keuze worden gesteld om een begeleidings- en behandelingstraject te doorlopen, met perspectief op maatschappelijke integratie en beëindiging van de criminele carrière of de voorlopige hechtenis voort te zetten. Om hiervoor voorzieningen te treffen was al in 1994 een Interdepartementale Stuurgroep Vermindering Overlast (SVO) opgericht die in overleg met partijen werkte aan integrale projectplannen op gemeentelijk niveau. Hiernaast werden initiatieven aangekondigd als het ontwikkelen van taakstraffen voor verslaafden, uitbreiding van vroeghulpinterventieprojecten (reclassering) en de creatie van (meer) sociale pensions en drugsvrije afdelingen in penitentiaire inrichtingen. Verder werd de oprichting van een forensische verslavingskliniek (FVK) aangekondigd.
In samenhang met de voornoemde maatregelen bepleitte de nota mogelijkheden voor de gedwongen opvang van verslaafden die wegens o.a. het plegen van reeksen lichte misdrijven en/of het vertonen van agressief gedrag ernstige overlast gaven. Daarvoor was een specifieke juridische basis vereist, waarvoor door Justitie een wetsvoorstel zou worden ingediend.

10.2.4 Doelstelling en beoogde uitkomsten

Beoogd wordt een verbetering van de leefsituatie van de gebruikers en een vermindering van hun verslavingsproblematiek en de daaraan gerelateerde problemen. Als gevolg daarvan zou uiteindelijk een vermindering van de criminaliteit, die door druggebruikers wordt gepleegd, moeten optreden.

In tabel 10.1 worden de beleidsvoornemens met betrekking tot deze drugsgerelateerde criminaliteit in grote lijn geschetst.

Tabel 10.1: Voornemens met betrekking tot criminaliteit gepleegd door drugsgebruikers

Probleem:
• Persistente criminaliteit gepleegd door problematische drugsgebruikers.
+
Context:
• Opiumwet: gebruik van drugs niet strafbaar.
• Wetboek van strafrecht.
↓
Basisprincipe/uitgangspunt:
• Behandeling van delinquente gebruikers is te verkiezen boven het opleggen van een vrijheidsstraf.
↓
Beoogde aanpak: drang en dwang
• Opsporing en vervolging van hoogcriminele verslaafden.
• Betere aansluiting van de zorg op het verblijf in penitentiaire inrichtingen.
• Zorg op maat en differentiatie: ook programma's aanbieden die zich richten op stabilisering en verbetering van de situatie (in plaats van het bereiken van abstinentie).
• Integrale benadering: preventie, zorg, detentie en resocialisatie.
• Samenwerking verslavingszorg, politie, justitie, reclassering, gemeente en penitentiaire inrichtingen.
• Instellen Interbestuurlijke Task Force Veiligheid en Verslavingszorg.
• Uitbreiding plaatsen drugvrije afdelingen in detentie.
• Detentieplaatsen voor verslaafden die ernstige delicten plegen.
• Nieuwe voorziening in 1996: forensische verslavingskliniek.
• Maatregel strafrechtelijke opvang verslaafden: SOV.
↓
Beoogde uitkomsten:
• Verbetering leefsituatie gebruikers en vermindering verslavingsproblematiek.
• Als gevolg daarvan: vermindering criminaliteit door drugsgebruikers.

10.3 Is de beoogde aanpak gerealiseerd?

De nadruk van de beoogde aanpak ligt op drang en dwang met een dubbele doelstelling: criminaliteitsvermindering en verbetering van de situatie van de gebruiker. Deze dubbele doelstelling verenigt de gezichtspunten van Volksgezondheid (voorkomen en behandelen van medische problemen in verband met verslaving) met die van Justitie (bestrijding criminaliteit) en Binnenlandse Zaken (voorkomen van lokale overlast en onveiligheid). Deze aanpak vergt samenwerking tussen verschillend georiënteerde organisaties. Drang is minder controversieel dan dwang, omdat het minder inbreuk maakt op de individuele zelfbeschikking. Het past dan ook beter bij de principes waarop zorg in Nederland is gebaseerd. Dwang werd gezien als ultimum remedium.

Over het algemeen is te zien dat in de periode na 1995 diverse innovatieve projecten tot stand zijn gebracht die leidden tot voorzieningen en methodieken die beter aansloten op de toestand van de problematische drugsgebruikers. Er zijn wettelijke regelingen getroffen om de drangmogelijkheden te verruimen. De justitiële verslavingszorg is opgekomen naast de reguliere zorg voor problematische drugsgebruikers. De justitiële verslavingszorg richt zich op problematische drugsgebruikers die voorheen onbereikbaar of moeilijk bereikbaar waren of – door gebrek aan voorzieningen – feitelijk aan hun lot overgelaten werden. Een sturende rol in de totstandkoming van nieuwe zorgarrangementen in het kader van het drang- en dwangbeleid werd gespeeld door de interbestuurlijke Taskforce Veiligheid en Verslavingszorg. Dit gebeurde in samenwerking met de Stuurgroep Vermindering Drugoverlast (opgeheven in 1997).

In het onderstaande wordt beschreven in hoeverre de onderdelen van de beoogde aanpak zijn toegepast in de praktijk. We beginnen met interventies in detentie – inclusief drugsvrije afdelingen –, vervolgens wordt gekeken naar de drangaanpak, de FVK, de SOV en de (in de drugsnota niet-voorziene) maatregel tot plaatsing in de Inrichting voor Stelselmatige Daders (ISD).

10.3.1 Wat is het interventie-aanbod in detentie?

Het hulpaanbod in de penitentiaire inrichtingen is enerzijds gericht op onthouding van drugs en anderzijds op het beperken van schade aan de gezondheid van de individuele gebruiker.[19] Het uitgangspunt is dat in de inrichtingen gezorgd wordt 'voor een doeltreffende, doelmatige en op de patiënt gerichte gezondheidszorg, waarvan de kwaliteit gelijkwaardig is aan de gezondheidszorg in de vrije maatschappij, rekening houdend met de bijzondere situatie van de vrijheidsbeneming' (p. 17).[19] Normen voor de kwaliteit van de gezondheidszorg in penitentiaire inrichtingen liggen verankerd in wetten, nationaal zowel als internationaal. Het equivalentiebeginsel geldt voor de gehele duur van de detentie. Het aanbod voor gedetineerde drugsgebruikers bestaat uit medische

en psychische zorg, Verslaafden Begeleidings Afdelingen en gedragsinterventies van de (verslavings)reclassering. De interventies worden gegeven op vrijwillige basis.

- Naast verpleegkundige zorg kunnen gedetineerden een beroep doen op een psychiater, een psycholoog, of een verslavingszorgmedewerker.
- Er zijn verschillende detentievarianten, waaronder Bijzondere Zorg Afdelingen, Verslaafden Begeleidingsafdelingen en SOV/ISD. In nagenoeg alle regimes speelt zowel een sterke zorgbehoefte bij de gedetineerden in combinatie met beheersproblematiek.
- Gedetineerde drugsgebruikers kunnen op vrijwillige basis geplaatst worden in een Verslaafden Begeleidings Afdeling (VBA). Dit was tot voor enkele jaren de enige specifieke interventie binnen detentie. Ze bevinden zich in verschillende penitentiaire inrichtingen. In 2006 waren er 308 plaatsen. VBA's zijn drugsvrije afdelingen. Ze bieden een programma aan voor verslaafden die willen stoppen met gebruik en die na detentie kunnen doorstromen naar een zorgvoorziening. Ze zijn bedoeld als toeleidingsprogramma naar een extramuraal zorgtraject. Het detentieregime is vrijer, met meer mogelijkheden voor activiteiten en bezoek. Van den Hurk (1998) evalueerde twee VBA's en vond dat ze effect hadden op vervolgafspraken bij zorginstellingen na detentie.[20] Verder werden geen effecten gevonden. Van den Hurk wijst op mogelijke oorzaken van dit gebrek aan effect: de VBA's zijn mogelijk te weinig samenhangend opgezet, er vindt te veel drugsgebruik plaats, de aanpak is te weinig intensief, de aanpak is te therapeutisch en de problemen van deelnemers zijn mogelijk te zwaar. Volgens Koeter (2002) blijven drugsgebruikers na verblijf in een VBA wel mogelijk langer in zorg dan wanneer ze direct vanuit de vroeghulp instromen.[16] De Dienst Penitentiaire inrichtingen spreekt van 'matige resultaten' (p. 18).[19] In 2005 waren 284 cellen bezet en in 2006 280, overigens niet alleen door verslaafden. In maart 2009 zijn er 242 VBA'ers. De VBA's gaan in het kader van het programma Modernisering Gevangeniswezen verdwijnen. In plaats van de meer dan veertig regimes is gekozen voor een indeling van zes doelgroepen in het gevangeniswezen (preventief gehechten, kortverblijvenden, langverblijvenden, vrouwen, bijzondere groepen en strafrechtelijke vreemdelingen). Het is de bedoeling om door deze indeling in doelgroepen maatwerk per gedetineerde te kunnen bieden.
- Binnen het programma 'Modernisering gevangeniswezen' worden 700 bijzondere zorgplaatsen gerealiseerd, waarvan een deel is ingekocht bij de reguliere GGZ en een deel wordt geconcentreerd in vijf penitentiair psychiatrische centra (PPC's).
- Gedetineerden met drugsproblematiek kunnen deelnemen aan gedragsinterventies in detentie indien zij tenminste een straf of strafrestant hebben van vier maanden en daarmee in aanmerking komen voor het programma Terugdringen Recidive. In 2005 is de Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie ingesteld, die interventies toetst aan kwaliteitscriteria. De gedragsinterventies dienen te beschikken over een (voorlopige) accreditatie, anders worden ze niet gefinancierd door het ministerie van Justitie. Specifiek voor justitiabele problematische drugsgebruikers zijn beschikbaar de korte leefstijltraining en de leefstijltraining (zie: www.justitie.nl/recidive en www.svg.nl). De gedragsinterventies worden aangeboden door de (verslavings)reclassering.
- Methadonverstrekking tijdens detentie varieerde in de praktijk.[21] In 2008 is de 'Richtlijn Medicamenteuze Zorg aan Gedetineerde Verslaafden' uitgekomen.[19] Deze richtlijn voldoet aan de professionele standaarden van de medische beroepsgroepen en sluit aan bij de Richtlijn Opiaatvervangende Behandeling die in 2006 door het ministerie van VWS is vastgesteld. De richtlijn wordt door beroepsgroepen breed gedragen.
- De richtlijn geeft niet alleen aandacht aan methadonverstrekking, maar ook aan het gebruik van benzodiazepines en psychiatrische medicatie.
- De richtlijn geeft ook aandacht aan organisatorische inbedding en aan de ketenzorg tussen penitentiaire inrichtingen en de reguliere zorg. Het continueren van de door verslavingszorg of GGZ geïndiceerde behandeling is het uitgangspunt. Gedwongen afbouw hoort nu, volgens de richtlijn, niet meer plaats te vinden. Afbouw hoort te gebeuren in goed overleg met de gedetineerde en waar mogelijk met de externe verslavingszorgarts.

Dat drugsgebruik tijdens detentie voorkomt, blijkt uit onderzoek van Decorte et al. (2006) en Bieleman en Van der Laan (1999).[22;23] De beschikbaarheid van drugs zou van inrichting tot inrichting verschillen. Het injecteren van opiaten en stimulantia komt binnen penitentiaire inrichtingen zelden voor.[22] Bieleman en Van der Laan lieten zien dat problematische gebruikers ook tijdens detentie drugs gebruikten, meestal cannabis, cocaïne en heroïne.[23] Maar liefst 68% van de 91 bevraagde gedetineerde problematische gebruikers gaf dit aan. Er is hier geen recenter onderzoek naar gedaan.

10.3.2 Is de drangbenadering toegepast?

Justitiabele drugsgebruikers kunnen ook deelnemen aan behandeling en zorg buiten detentie, als alternatief voor detentie. Hierop is de zogenoemde drangaanpak gericht. De aanpak houdt in dat een drugsgebruiker, die

zich vanwege een delict in het strafrechtelijk systeem bevindt, de keuze krijgt tussen deelname aan een zorgtraject (indien hij/zij daartoe is geïndiceerd) of verdere vervolging en een strafrechtelijke sanctie, meestal een gevangenisstraf. Als de gebruiker kiest voor een zorgtraject, wordt verdere vervolging en sanctionering opgeschort. Kiest hij niet voor zorg, of houdt hij zich tijdens het zorgtraject niet aan de gestelde voorwaarden, dan volgt alsnog vervolging en straf. Er wordt dus gewerkt met positieve prikkels in combinatie met strafdreiging.[9] Als een gebruiker eenmaal in een zorgtraject zit, is het de bedoeling dat hij dit afmaakt. Hij moet interne motivatie daarvoor opbouwen. Door de behandeling of begeleiding zou er een verbetering moeten optreden in de verslavingsproblematiek en de leefsituatie, waardoor minder delictgedrag optreedt. Op deze wijze moet de drangaanpak bijdragen aan vermindering van de criminaliteit door drugsgebruikers.
In de strafrechtsketen bestaan verschillende wettelijke mogelijkheden voor drang, die toegepast kunnen worden bij drugsgebruikers, zonder dat ze overigens specifiek zijn voor deze groep (tabel 10.2). In 2003 zijn de mogelijkheden voor deelname aan penitentiaire programma's verruimd en in juli 2008 is de nieuwe wet Voorwaardelijke Invrijheidsstelling ingegaan, die eveneens de mogelijkheden tot het uitoefenen van drang uitbreidt.

Tabel 10.2 Mogelijkheden voor toepassing van juridische drang in de toeleiding naar zorgtrajecten in het strafrechtelijk systeem

Fase in strafrechtelijk proces:	Opties in het strafrecht:
Politiefase/Openbaar Ministerie	• Voorwaardelijk sepot OM (Artikel 167 Wetboek van Strafvordering) • Verder alleen vrijwillige instroom in zorgtraject mogelijk[I]
Voorlopige hechtenis	• Schorsing voorlopige hechtenis onder voorwaarden (Artikel 80 Wetboek van Strafvordering)
Ter gerechtszitting/beslissing rechter	• Uitstel van vonniswijzing (Artikel 281 en 346 Wetboek van Strafvordering) • (Gedeeltelijk) voorwaardelijke straf, op voorwaarde van een ter zitting voorgesteld zorgtraject (Artikel 14a and 14c Wetboek van Strafrecht) • ISD met voorwaarden (artikel artikel 38m-u Sr) • TBS met voorwaarden (artikel 38a Sr)
Gedurende detentie	• Behandeling, zo nodig buiten de penitentiaire inrichting in voorziening die voor doel bedoeld is (Artikel 43 Penitentiaire beginselenwet) • Deelname aan Penitentiair Programma (Artikel 4 Penitentiaire Beginselenwet)[II]
Na detentie	• Voorwaardelijke Invrijheidsstelling
Na afloop straf en voorwaarden	Geen strafrechtelijke opties. Wel vrijwillige instroom en civielrechtelijke dwang/drang mogelijk

I. In deze fase wordt bij (licht) crimineel gedrag door JIB's (Justitie in de Buurt) en Veiligheidshuizen wel een aanbod gedaan tot hulpverlening.
II. Bij een penitentiair programma kunnen gedetineerden aan het eind van hun detentieperiode onder supervisie gebruik maken van faciliteiten of sociale activiteiten extern. Bron: Van Ooyen et al., 2008

Het zorgtraject wordt uitgevoerd buiten de penitentiaire inrichting. De drugsgebruikers volgen dan behandelingen, gedragsinterventies of andere interventies in zorgvoorzieningen (zie hoofdstuk 8). De meeste verwijzingen vinden plaats naar niet-klinische verslavingszorg (ambulant of deeltijd) en naar verslavingsklinieken. Er waren in 2007 meer verwijzingen naar ambulante en deeltijdzorg en naar psychiatrische ziekenhuizen dan in eerdere jaren (www.svg.nl).

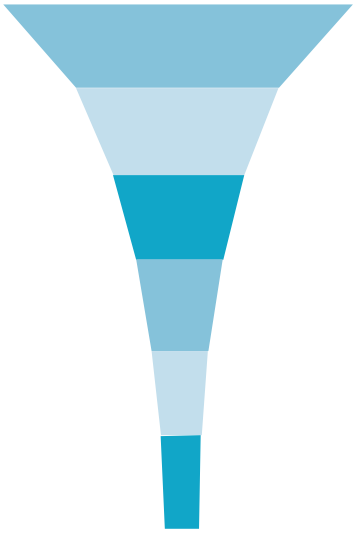
Vanaf 1993 zijn verschillende onderzoeken (proces-, resultaat en effectevaluaties) uitgevoerd naar de toepassing van drang bij criminele problematische drugsgebruikers in Nederland.[1;11;16;20;25-37] Deze studies spelen zich af in diverse voorzieningen en hanteren verschillende meetinstrumenten en meetperiodes. De steekproeven zijn soms klein. Slechts vier studies laten conclusies toe over effecten (waarover later).
Uit een researchsynthese van al deze studies kwam met betrekking tot de uitvoering van de drangbenadeling onder meer het volgende naar voren:[8;9]

- De groep waar de drangprojecten zich op richtten, bestond in de periode 1990-2008 vooral uit verslaafden met hoge criminele recidive.
- Slechts een deel van de doelgroep wordt benaderd met een aanbod van zorg onder drang.
- Voor degenen die kiezen voor een zorgtraject is de zorg soms feitelijk niet beschikbaar.
- De strafdreiging was vaak beperkt (een korte gevangenisstraf; dit is veranderd met de komst van de ISD in

2004). De tenuitvoerlegging van de straf bij niet-nakomen van de voorwaarden, vindt niet direct plaats, waardoor de drang door de doelgroep niet als dreigend wordt ervaren.
- De motivatie van de gebruiker speelt een essentiële rol in het proces.
- De uitval uit de zorgtrajecten (vooral uit ambulante) is aanzienlijk (doorgaans 50% tot 90%).
- Het personeel in de zorgtrajecten is vaak niet voorbereid op het omgaan met de doelgroep die zeer complexe problematiek kent. De samenwerking tussen organisaties liet vaak te wensen over.
- Nazorg blijkt onontbeerlijk.

Hoewel er lokale verschillen zijn, is het algemene beeld dat van een trechter, waarin slechts voor een klein deel van de doelgroep de beoogde resultaten worden bereikt (figuur 10.1).

Figuur 10.1 De trechter van strafrechtelijke drang voor problematische drugsgebruikers



1: doelgroep van gebruikers in strafrechtelijk systeem

2: gebruikers die een zorgaanbod krijgen

3: gebruikers die een zorgaanbod accepteren

4: gebruikers die een zorgtraject binnenkomen

5: gebruikers die zorgtraject afmaken

6: gebruikers bij wie verbetering optreedt

Bron: Korf et al., 2000.[33] Tekst aangepast door auteur.

Drang bevindt zich in een gecompliceerde positie op het snijvlak van twee systemen: justitie en zorg. Het gaat om ingewikkelde processen, waarbij meerdere actoren in opeenvolgende fasen betrokken zijn: politie, gevangeniswezen, verslavingszorg en reclassering. Voor de drugsgebruiker zelf betekent de deelname aan een zorgtraject onder drang dat hij/zij zich moet committeren aan een zorgtraject, open moet staan voor veranderingen in leefstijl, en terugval in verslaving en criminaliteit zoveel mogelijk moet voorkomen. Dit zijn ingrijpende veranderingen.[9]

Drang is steeds een belangrijke benadering geweest. In de afgelopen jaren wordt er versterkt op ingezet en vinden intensiveringen en uitbreidingen van de aanpak plaats.[37-40] Het uitgangspunt dat we vonden in de Drugsnota 1995: prioriteit van behandeling boven detentie, is recent weer expliciet neergelegd in beleidsnota's in 2007 en 2008.[38;41]
In de loop van de tijd zijn de voorzieningen meer toegesneden op de doelgroep van justitiabele verslaafden: er zijn meer laagdrempelige, langdurige en gefaseerde programma's en mogelijkheden tot begeleid wonen bij gekomen.
De mogelijkheden om voorwaardelijke sancties toe te passen worden uitgebreid, nadat onderzoek uitwees dat dit kan.[42;43] Momenteel heeft het kabinet een voorstel tot wijziging van de regeling van de voorwaardelijke veroordeling en in verband daarmee ook wijziging van de regeling van voorwaardelijke invrijheidstelling in consultatie gebracht. Naar verwachting kan dit voorstel medio 2010 aan de Tweede Kamer worden voorgelegd.
Kernelementen van het wetsvoorstel zijn onder andere het vastleggen van een lijst met mogelijke bijzondere voorwaarden en het creëren van een mogelijkheid voor snel ingrijpen bij niet-naleving van een voorwaarde.
Sinds 2004/2005 lopen vijf pilots met speciale doorgeleidingsprogramma's in detentie.[37] Ook zijn in 2008 projecten gestart die gericht zijn op het beproeven van een verbeterde ketenwerkwijze bij de toepassing van voorwaardelijke sancties. Eén van deze projecten heeft meer- en veelplegers als doelgroep, onder wie zich veel verslaafden bevinden. Van deze projecten zijn nog geen evaluaties beschikbaar. Het kabinet heeft zich ten doel gesteld om het aantal verslaafde justitiabelen dat in justitieel kader naar zorg wordt toegeleid te verdubbelen: van rond 3000 naar 6000 in 2011.

Conclusie: is de drangbenadering toegepast?

De drangbenadering is toegepast, maar niet zeer krachtig, waardoor slechts een deel van de doelgroep werd bereikt. De implementatie gaat vaak met problemen gepaard, onder andere in de samenwerking. De wettelijke mogelijkheden zijn uitgebreid en speciale verbeterprojecten zijn onlangs gestart. Tot nu toe was de drangbenadering vooral gericht op de zware doelgroep van langdurige problematische harddrugsgebruikers met hoge criminele recidive.

10.3.3 Is er een Forensische Verslavingskliniek (FVK) gekomen?

De plannen voor een FVK gaan terug tot 1993 en maakten deel uit van het overlastbeleid.[11] De FVK is in 1998 van start gegaan. Een deel functioneerde al langer. Het is een kliniek met een landelijke functie, die gericht is op het bereiken van abstinentie, sociale stabiliteit en beter functioneren van de problematische drugsgebruikers. De FVK is bedoeld voor cliënten afkomstig uit Huizen van Bewaring en penitentiaire inrichtingen die onder drang geplaatst worden. De behandeling begint met een gesloten fase, daarna volgen een halfopen en een open fase. De doelgroep bestaat uit chronisch harddrugsverslaafde gedetineerden met ernstig crimineel gedrag dat nauw samenhangt met het drugsgebruik, hoge recidive en eerdere drop-out uit behandeling, die niet geschikt zijn voor opname in andere klinieken. De FVK richt zich expliciet óók op het criminele gedrag van de deelnemers. Het programma is gefaseerd opgezet, de verblijfsduur is 6 tot 18 maanden. De eerste fase is besloten. De FVK kende aanvankelijk naast justitiële ook vrijwillige instroom, maar is nu alleen bestemd voor justitiabelen. De instroom vindt plaats onder drang.
In 2000/2001 werd een eerste, beknopt evaluatieonderzoek uitgevoerd.[35] Hieruit bleek dat de FVK met aanzienlijke problemen te kampen had:

- De cliëntenpopulatie bleek gewelddadiger dan voorzien.
- De instroom vanuit justitie viel tegen, waarna ook vrijwillige cliënten werden opgenomen en de organisatorische problemen toenamen.
- De werving van personeel verliep moeizaam, er was hoog ziekteverzuim, hoge werkdruk, onvoldoende kennis en kunde en gebrek aan begeleiding.
- De justitiële titel loopt vaak niet door tot in de meer open fase; dat deel is vaak nog vrijwillig.
- Ook hier is het trechtermodel te zien: niet alle intakes leiden tot een opname en er is sprake van redelijk veel drop-out.
- Na verloop van tijd verliepen de processen beter. Het programma van het Centrum Vakopleiding wordt door deelnemers zeer gewaardeerd.

De FVK functioneerde aanvankelijk dus niet naar wens, hetgeen volgens de onderzoekers te maken had met de overhaaste start. Van Duijvenbooden et al. (2007) deden later een meer uitgebreide procesevaluatie over de periode 2002-2004.[11] Zij constateerden dat het met de FVK anno 2004 stukken beter gaat. Er zijn veel veranderingen en verbeteringen doorgevoerd, zozeer zelfs dat sommige medewerkers 'ontwikkelmoe' waren. Het aanbod is gedifferentieerd en uitgebreid, onder andere met vervolgzorg. Het personeel is veel beter geëquipeerd. Niet alle knelpunten zijn echter helemaal opgelost. Zo is de instroomprocedure verhelderd, maar functioneert die nog niet optimaal. Ook de uitval is op dat moment nog substantieel. De FVK bereikt een groep cliënten met zware en ernstige, moeilijk te behandelen problemen en vaak beperkte vooruitzichten, moeilijker dan cliënten uit de SOV of andere dranginstellingen.[14]

Conclusie

De FVK is later dan gepland gerealiseerd en had in de eerste jaren veel implementatieproblemen. De FVK heeft zich sterk ontwikkeld, maar niet alle knelpunten waren in 2004 opgelost. De doelgroep is zeer zwaar.

10.3.4 Is gedwongen opvang van verslaafden gerealiseerd?

Er is sprake van dwangbehandeling als iemand tegen zijn wil of zonder zijn toestemming zorg of behandeling krijgt. De persoon in kwestie heeft geen keuze. Dwangopname en dwangbehandeling is in Nederland slechts onder strikte voorwaarden toegestaan. Civielrechtelijke dwangopname in een psychiatrisch ziekenhuis is mogelijk onder de wet Bopz. Het moet dan gaan om een persoon die gestoord is in zijn geestvermogens, bij wie deze stoornis een gevaar oplevert voor de persoon zelf, voor anderen of voor de sociale omgeving. Dwangopname betekent echter niet automatisch dat ook dwangbehandeling mag plaatsvinden. Die is pas mogelijk als het gevaar met de opname niet is afgewend.` De terbeschikkingstelling (tbs) maakt strafrechtelijke dwangopname mogelijk,

eventueel met dwangverpleging, maar ook dit is gebonden aan strikte criteria. Onder andere moet het gaan om een ernstig misdrijf.
Verslaafden vormen meestal geen gevaar in de zin van de wet Bopz. Evenmin plegen ze ernstige delicten. Wel is er een groep die een belasting vormt voor de maatschappij door de stelselmatige delicten die ze pleegt. Het gaat dan vooral om vermogensdelicten. Ze komen onvoldoende op vrijwillige basis in de hulpverlening terecht, en als ze er terecht komen, treedt vaak voortijdige uitval op. Dit geldt ook voor zorg onder drang, zoals we hierboven zagen.
Met de Strafrechtelijke Opvang Verslaafden (SOV) wilde men (onder meer) deze uitval tegengaan en de hoge criminele recidive terugdringen door middel van een programma met (gedrags)interventies in een speciale penitentiaire inrichting. Vanaf april 2001 konden veelplegers die verslaafd waren aan drugs op grond van de maatregel SOV geplaatst worden in een SOV-voorziening. In de SOV konden ze deelnemen aan een programma. SOV'ers werden wel gedwongen geplaatst, maar er was geen sprake van gedwongen deelname aan het programma. Het programma had een gesloten, een halfopen en een open fase en duurde in principe twee jaar. Het bevatte diverse inhoudelijke onderdelen. Degenen die niet wilden deelnemen verbleven in een speciale unit ('unit 4'). Er kan wel gesproken worden van een zekere drang tot deelname aan het programma. Degenen die in unit 4 verbleven hadden namelijk minder vrijheden dan de programmadeelnemers. In 2003 verbleven gemiddeld 21 deelnemers (13%) en in 2004 gemiddeld 15 (9%) in unit 4.[44;45]

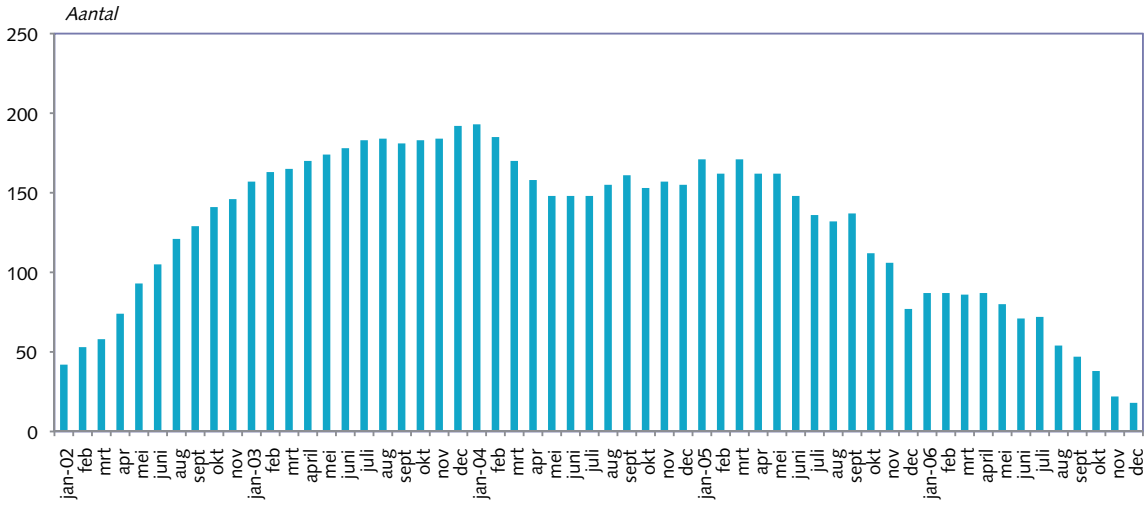
Aan de invoering van de SOV ging een jarenlange politieke discussie vooraf.[10] De maatregel was controversieel, met name omdat het proportionaliteitsbeginsel werd losgelaten: problematische drugsgebruikers konden voor een relatief licht vergrijp twee jaar in de SOV geplaatst worden. Rechtvaardiging hiervoor was de omvang van de maatschappelijke overlast in de vorm van frequente winkeldiefstallen, inbraken en berovingen. De SOV ging van start als experiment tot 2006, maar heeft als maatregel bestaan tot oktober 2004. Toen is de maatregel tot plaatsing in een Inrichting voor Stelselmatige Daders in werking getreden, waarin de SOV werd geïncorporeerd.

De maatregel SOV had een dubbele doelstelling: het terugdringen van ernstige criminele overlast, en het oplossen, althans beheersbaar maken, van de individuele (verslavings)problematiek ten behoeve van de terugkeer in de maatschappij met het oog op beëindiging van de recidive.[46] De resocialisatiedoelstelling van de SOV werd bij de invoering van groot belang geacht: 'Met de SOV wordt beoogd deze groep een kans te bieden om weer aansluiting te vinden bij de samenleving. Het uitzichtloze patroon van vastzitten, vrijkomen en terugvallen dat deze groep verslaafden kenmerkt, moet daarvoor worden doorbroken' (p. 1).[47] De SOV werd aangenomen met scepsis en amendementen.[10;47-50]
De omvang van de doelgroep werd geschat op 3000 personen.[49]
De SOV maakte gedwongen plaatsing mogelijk voor ten hoogste twee jaar. De maatregel was specifiek gericht op de harde kern van criminele problematische drugsgebruikers voor wie eerdere interventies niet leidden tot een afname van de criminele recidive. SOV-deelnemers zijn vooral chronische gebruikers van opiaten en cocaïne. Ze waren vele malen eerder in behandeling en hebben een lange criminele carrière van voornamelijk vermogensdelicten. Gemiddeld waren ze 31 keer eerder veroordeeld vanwege een delict.
De SOV-implementatie en -interventie zijn aan de hand van interviews, dossierstudie en werkbezoeken onderzocht door Van 't Land et al. (2005).[10] De SOV bleek de nodige implementatieproblemen te hebben:

- Ondanks het feit dat ernstige psychiatrische problematiek formeel een contra-indicatie was voor de SOV, kwam in de SOV wel degelijk dergelijke problematiek voor: 'In de gehouden (groeps)interviews wezen werkers en deelnemers nadrukkelijk op de aanwezigheid van ernstige psychiatrische problematiek bij deelnemers en op problemen die dit gaf in de SOV-inrichting. Het programma was onvoldoende op deze deelnemers ingericht en het personeel had onvoldoende expertise om met de psychiatrische problematiek om te gaan' (p. 152).[10]
- De vereiste voorlichtingsrapporten van de reclassering waren niet altijd aanwezig, verblijfsplannen waren vaak te laat klaar, de groep was te moeilijk voor het SOV-personeel, de aansluiting bij de nazorg was problematisch.
- De bezettingsgraad was gemiddeld 66% (februari 2002-februari 2004). De bezettingsgraad nam in de loop van de tijd gestaag toe, maar bleef steeds onder de maximale capaciteit (figuur 10.2). De SOV had 219 plaatsen.
- Hoewel het in de loop van de tijd beter ging met de SOV, waren er ook in 2004 (de laatste onderzoeksperiode) nog steeds knelpunten. 'De algemene conclusie van dit onderzoek is, dat de invoering van de SOV beter had gekund' (p. 158).[10] In 2004 was er nog steeds een afstand tussen de beoogde en de gerealiseerde SOV. Mede debet daaraan was 'de aanwezigheid van een heterogene groep deelnemers met complexe, meervoudige problemen, personeel dat onvoldoende was toegerust op de opvang en begeleiding van deze groep, visieverschillen tussen medewerkers in de SOV-inrichting, onduidelijkheden in taakverdeling, een on-

voldoende uitgekristalliseerd programma en de onderbenutting van beschikbare expertise en kennis bij de ontwikkeling van dat programma'.
- De centrale doelen van de SOV werden tijdens de rit aangepast: afbouw van verslavende middelen was niet langer een doel en men mikte er niet meer op dat de deelnemers na afloop zelfstandig zouden moeten kunnen wonen en werken.
- Kernprobleem vormde de niet-adequate sturing van het netwerk van betrokken actoren en organisaties. Gemeenten voerden geringe regie over de derde fase.

Figuur 10.2 Aantal deelnemers per maand in SOV, januari 2002 – december 2006



Conclusie

De dwangopvang voor verslaafden is gerealiseerd, zij het na veel debat en als experiment. De SOV kende veel implementatieproblemen, waarvan een deel 'tijdens de rit' is opgelost en een deel onopgelost is gebleven. De SOV heeft tot oktober 2004 als maatregel bestaan.

De maatregel tot plaatsing in een Inrichting voor Stelselmatige Daders

In 2002 is in het Veiligheidsprogramma van het kabinet speciale inzet voorgenomen op de categorie 'veelplegers'. De veelpleger (meer dan tien processen-verbaal in de gehele strafrechtelijke carrière) wordt gezien als veroorzaker van juist die vormen van criminaliteit en overlast die door burgers als het meest hinderlijk worden ervaren. Veelplegers zouden 60% van de geregistreerde criminaliteit voor hun rekening nemen. Omdat zij voornamelijk lichtere vergrijpen plegen (veel voorkomende criminaliteit in de vorm van vermogensdelicten) krijgen zij korte vrijheidsstraffen opgelegd, waarna zij het patroon van gebruik en crimineel gedrag weer oppakken, aldus de Veiligheidsnota. Dit patroon wil het kabinet in 2002 doorbreken door een nieuwe strafrechtelijke voorziening. Dit werd de maatregel tot plaatsing in een Inrichting voor Stelselmatige Daders (ISD). Het Veiligheidsprogramma droeg hiertoe een persoonsgebonden in plaats van een delictgebonden strafoplegging aan. Hiermee was met de Strafrechtelijke Opvang Verslaafden al een begin gemaakt. Er wordt gekeken naar het gehele strafrechtelijke verleden van de daders.

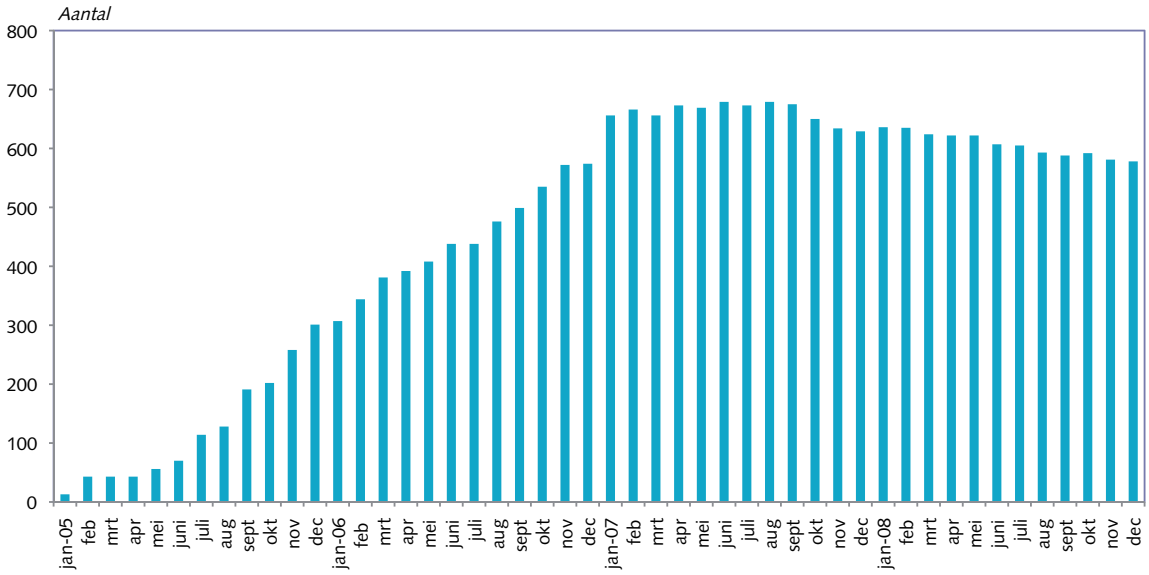
De maatregel vloeit voort uit het niet-drugsspecifieke Veiligheidsprogramma van het kabinet in 2002. De ISD heeft een bredere insteek dan de SOV: niet alleen aan verslaafden, maar aan álle veelplegers kan de maatregel worden opgelegd; en niet alleen aan mannen, maar ook aan vrouwen. Bovendien is de aanwezigheid van een ernstige psychische stoornis geen contra-indicatie meer. De ISD ademt de sfeer van die tijd, met zijn nadruk op een hardere en selectieve aanpak waarmee een 'krachtig en onmiskenbaar signaal' wordt afgegeven aan de samenleving.[47;51] Een persoon die stelselmatig delicten pleegt, ook al zijn dit kleinere delicten, kan onder deze maatregel maximaal twee jaar gevangen gezet worden.

De ISD had tot doel om de veelplegers met de hoogste criminele recidive, de 'stelselmatige daders', langer in detentie te laten verblijven. Door incapacitatie wordt het plegen van delicten gedurende langere tijd voorkomen.[52] Er was ook een tweede doel: het resocialiseren van de daders door het bieden van gedragsbeïnvloedende interventies. Dit laatste zou echter alleen gebeuren bij daders die gemotiveerd en beïnvloedbaar waren. Zij konden

een regime volgen met gedragsinterventies, meestal eerst intramuraal en daarna extramuraal (trajectregime). Daders die niet geschikt worden bevonden voor gedragsinterventies maar wel zorg behoeven, zouden extramuraal doorgeplaatst worden naar zorgvoorzieningen. Hiertoe kunnen bijvoorbeeld problematische drugsgebruikers behoren. Daders die ongemotiveerd of niet beïnvloedbaar zijn, zouden in basisregime in detentie verblijven, waar ze wel het gewone dagprogramma volgen en begeleid worden bij uitstroom uit detentie, maar geen gedragsinterventies krijgen aangeboden.
De aanvankelijke inzet van de ISD is: basisregime, tenzij. Ofwel: opsluiting wordt als primair middel gezien om de veelplegerproblematiek aan te pakken.[51;53]

Onder de veelplegers bevinden zich veel problematische drugsgebruikers.[54] Volgens recent onderzoek zijn alle ISD'ers verslaafd.[12;55]
De ISD-maatregel is in oktober 2004 in werking getreden. In januari 2005 werden de eerste ISD'ers geplaatst. In 2005 en 2006 nam het aantal ISD'ers per maand gestaag toe (figuur 10.3). In 2007 bleef het aantal vrij stabiel. In 2008 is een daling waarneembaar. Het aandeel ISD'ers op de totale populatie gedetineerden is evenwel over 2007 en 2008 steeds rond 5% gebleven. Hoewel het aantal ISD'ers in de loop van de tijd flink is gegroeid, is de ISD tot nu toe nooit voor de volle 100% bezet geweest. Het hoogste aantal dat tot nu toe bereikt is, was 679 (in juni en augustus 2007). Er zijn grote verschillen naar locatie en arrondissement. In het ene arrondissement maken ISD'ers bijvoorbeeld 5% uit van het totale aantal gevangenisstraffen, in het andere 22%.

Figuur 10.3 Aantal ISD'ers, januari 2005 - december2008



Bron: Dienst Penitentiaire inrichtingen, 2009

ISD'ers zijn gemiddeld 40 jaar. Ze zijn ouder dan de rest van de gedetineerdenpopulatie. Het aandeel 40-plussers in de ISD is in 2007/2008 ruim 40%, in de totale populatie is dit aandeel rond 30%. De meeste ISD'ers zijn tussen de 35 en 30 jaar oud.
De ISD is in oktober 2004 van kracht geworden.[57;58] Verschillen tussen de SOV en ISD zijn[56;59]:

- De ISD heeft een bredere doelgroep: ook vrouwen, niet-verslaafden en daders met ernstige psychiatrische problematiek komen in aanmerking voor een ISD. Blijkens onderzoek zijn in de praktijk bijna alle[56] of zelfs alle[12;55] ISD'ers verslaafd.
- De ISD heeft een grotere capaciteit: 1000 plaatsen in 2007, waarvan 874 in penitentiaire inrichtingen en 126 extramurale plaatsen, bijvoorbeeld in zorginstellingen.
- Er is geen vast programma in de ISD.
- Er is een meer stringente screening en selectie voor gedragsinterventies.
- Er zijn casusoverleggen voorafgaand aan de ISD, wanneer een potentiële ISD'er het strafrechtssysteem binnenkomt, gericht op het plannen van interventies.

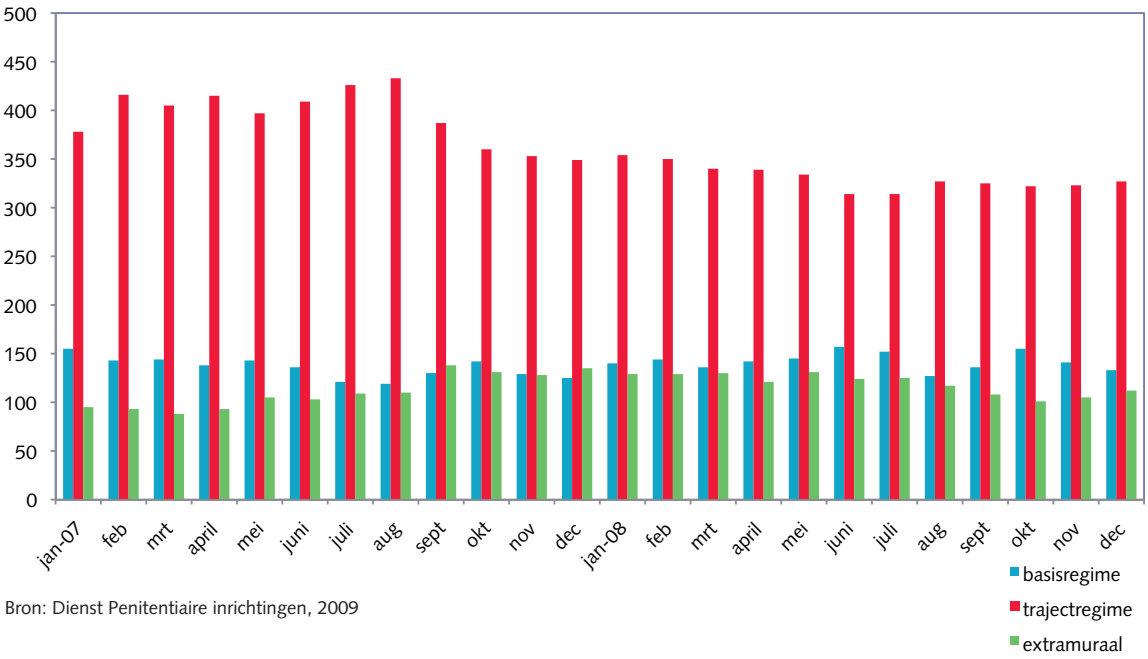
De ISD is meerdere keren onderwerp van onderzoek geweest. In 2006 bezocht de Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming vier ISD-inrichtingen.[60] De bevindingen waren kritisch. Biesma et al. (2006) keken

naar de meerwaarde van de ISD ten opzichte van de eerdere SOV.[56] Die bleek aanwezig, doch beperkt. In 2007 deed de Inspectie voor de Sanctietoepassing onderzoek.[61] Ook de Inspectie signaleert, naast positieve veranderingen, nog knelpunten. In 2008 is een procesevaluatie uitgevoerd.[12] De problematiek van ISD'ers is ten slotte in kaart gebracht door Goderie (2009).[55] Uit deze onderzoeken is het volgende bekend over de implementatie van de ISD:

- Meer personen krijgen een ISD dan eerder een SOV (door de grotere capaciteit). De capaciteit van de ISD is echter, net als die van de eerdere SOV, niet volledig benut.
- ISD'ers worden systematisch gescreend met de RISc, waarbij criminogene factoren worden geïnventariseerd.
- Alle ISD'ers hebben verslavingsproblemen. Een deel heeft ook ernstige psychiatrische problematiek en/of beperkte intellectuele capaciteiten. De groep is zwaarder dan verwacht. Het personeel is niet goed toegerust voor deze groep.
- De invoering van de ISD ging te haastig en was slecht voorbereid.
- De aansluiting tussen detentie en zorg hapert.
- De samenwerking tussen justitie, zorg en lokale actoren is verbeterd. De casusoverleggen verlopen goed volgens betrokkenen, maar er zijn knelpunten met betrekking tot verdeling van verantwoordelijkheden en taken, en met betrekking tot financiën en capaciteit.

In tegenstelling tot de oorspronkelijke insteek van 'basisregime, tenzij' nemen de meeste ISD'ers in de praktijk deel aan een trajectregime, dat wil zeggen: aan gedragsinterventies en/of zorgprogramma's in detentie (figuur 10.4). De insteek is vervangen door 'trajectregime, tenzij'.[51;61] Dit werd mede ingegeven door de rechters, die eraan hechtten dat resocialisatietrajecten werden aangeboden en dit ook tussentijds toetsten.[12] Ook is er steeds een percentage dat extramuraal verblijft.

Figuur 10.4 Aantal ISD'ers in verschillende regimes, 2007-2008



Bron: Dienst Penitentiaire inrichtingen, 2009

Van het beoogde 'incapacitatie-effect' van de ISD is slechts een grove indicatie te geven. Goderie en Lünnemann (2008) berekenden dat ISD'ers in de vijf jaar voorafgaand aan de ISD per jaar tussen de 1,8 en 16,8 geregistreerde antecedenten hadden, gemiddeld 5,5 per jaar.[12] Voor elk jaar dat een ISD'er gedetineerd is, zou gemiddeld een dergelijk aantal delicten worden 'uitgespaard'. De geregistreerde delicten van ISD'ers vormen waarschijnlijk slechts het topje van de ijsberg. Eerder onderzoek onder verslaafde delinquenten liet namelijk zien dat achter de geregistreerde antecedenten een veelvoud aan werkelijk gepleegde delicten schuil kan gaan: zelfgerapporteerde vermogensdelicten liggen wel een factor 20 hoger.[16] Ook weten we dat een geregistreerd antecedent in 2001 gemiddeld twee delicten bevatte.[62] Dit geldt niet alleen voor ISD'ers maar ook voor drugsgebruikers in drangtrajecten en in de SOV. Dit zou betekenen dat het incapacitatie-effect substantieel zou kunnen zijn en dat de ISD op dit punt kosten-effectief is.[63] Dit zou overigens ook in zekere mate kunnen gelden voor de eerdere SOV, die startte met een gesloten fase van een halfjaar.

In 2007 merken de betrokken bewindspersonen op dat het optimaal in praktijk brengen van de ISD-aanpak niet eenvoudig blijkt.[38] De Inspectie voor de Sanctietoepassing heeft in 2008 aanbevelingen gedaan voor verbetering, die in een verbeterplan van de Dienst Justitiële Inrichtingen in uitvoering zijn genomen. Men streeft naar een verbeterde diagnostiek, beter opgeleid personeel, meer samenwerking met de GGZ, betere fasering en het bieden van psychiatrische zorg.[64] De effecten van dit verbeterplan zijn nog niet bekend.

Conclusie

De gedwongen plaatsing heeft nu vorm gekregen in de ISD, die de SOV heeft vervangen. De maatregel streefde primair naar het voorkomen van criminele overlast door incapacitatie en secundair naar verbetering van de situatie van de kansrijken onder de groep verslaafden. De nadruk is echter verschoven, waardoor re-socialisatie aan belang heeft gewonnen. Er zijn problemen in de implementatie vastgesteld, die op dit moment onderwerp zijn van een verbeterplan. De ketensamenwerking, die jarenlang knelpunten kende, is verbeterd.

10.3.5 Interventies van de verslavingsreclassering

De verslavingsreclassering biedt haar diensten aan vanuit circa 50 vestigingen van vijftien instellingen voor verslavingszorg. De verslavingsreclassering voert twaalf kernactiviteiten uit op aanvraag van justitiële instanties.65 Naast de verslavingsreclassering hebben overigens ook het Leger des Heils en Reclassering Nederland verslaafde justitiabelen in hun bestand.
In 2007 heeft de verslavingsreclassering ruim 17.000 cliënten, meer dan in voorgaande jaren (tabel 10.3). In 2008 is dit aantal nog verder toegenomen tot ruim 18.000 (www.svg.nl).

- De gemiddelde leeftijd neemt toe. De meesten (26%) zijn 40-49 jaar.
- De meerderheid is man.
- De verslavingsproblematiek is voor driekwart langdurig: langer dan vijf jaar (niet in tabel).
- De meesten hebben alcoholgebruik als primair probleem. Dit aandeel is gestegen.
- Van de drugsgebruikers hebben de meesten problemen met cocaïne/crack. Opiaten en cannabis vormen minder vaak het primaire probleem. Het aandeel opiaatgebruikers is sterk gedaald.

Tabel 10.3 Cliënten van de verslavingsreclassering 2002-2007[I]

Cliënten:	2002	2003	2004	2005[II]	2006	2007
Totaal aantal	12 399	14 579	14 875	15 574	16 385	17 103
Gemiddelde leeftijd	35	35,3	35,6	36,1	36,5	37,6
Aandeel mannen	92%	92%	92%	92%	91%	92%
Primair probleem is alcoholgebruik	38%	40%	43%	46%	47%	47%
Primair probleem is cocaïne/crackgebruik	26%	27%	25%	24%	24%	23%
Primair probleem is opiaatgebruik	25%	21%	18%	16%	15%	14%
Primair probleem is cannabisgebruik	6%	6%	7%	8%	8%	9%

I. Cijfers beschikbaar vanaf 2002. II. Cijfers van een grotere instelling voor verslavingszorg ontbreken in 2005; dummy-cijfers geïmputeerd. Bron: SIVZ, 2008.

De activiteiten van de verslavingsreclassering vertonen een groei (tabel 10.4). De belangrijkste veranderingen zijn de volgende:

- De verslavingsreclassering houdt vaker toezicht op cliënten in het kader van een justitiële beslissing. Deze activiteit is onderwerp van wijzigingen.[66] Toezicht staat voor controle van de (ex-)delinquent, maar ook voor motiveren, stimuleren en ondersteunen van gedragsveranderingen.[67]
- Gedragsinterventies zijn minder vaak uitgevoerd.
- Diagnostische activiteiten zijn er veel geweest, maar ze vertonen in 2006 en 2007 een afname. Het gaat hierbij om het afnemen van het reclasseringsonderzoek, waarbij zowel de eerdere procedures als de nieuwe standaardinstrumenten Quick Scan en RISc (Risico Inschattings Schalen) worden gebruikt, vanuit de doelstelling om cliënten meer stringent te selecteren voor programma's.68;69 RISc's werden in 2007 vaker toegepast.
- Toeleidingen naar zorg worden vaker uitgevoerd. In de nieuwe beleidsdoelstellingen moeten deze omhoog naar 6000 in 2011.

De (verslavings)reclassering als organisatie heeft de afgelopen periode veranderingen ondergaan. Onder andere

is de taakverdeling met het gevangeniswezen gewijzigd, wordt de toezichtsfunctie anders ingekleed en worden cliënten meer met gestandaardiseerde instrumenten gescreend en geadviseerd.

Tabel 10.4 Aantal maal dat de verslavingsreclassering kernactiviteiten heeft uitgevoerd, 2002-2007[I, II]

Producten[III]	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Vroeghulpbezoek	3 629	4 305	4 110	3 962	4 400	4 123
Vroeghulpinterventie	995	922	889	1 152	1 494	1 408
Trajectbegeleiding[IV]	10 048	9 156	1 028	-	-	-
Toeleiding zorg	1 568	2 115	2 254	2 081	3 226	3 684
Toezicht	2 407	3 726	4 919	5 454	7 880	9 728
Gedragsinterventies	1 696	2 566	2 929	2 806	2 624	1 948
Werkstraf	3 382	4 098	4 650	4 904	5 293	5 267
Leerstraf	139	217	241	286	360	294
Rapporten[V]	7 587	8 746	8 369	8 454	8 931	8 658
Diagnose[VI]		10 615	10 605	11 504	9 935	9 719
Totaal aantal	31 451	43 900	39 994	40 603	44 143	44 829

I. Geen cijfers op cliëntniveau of gespecificeerd naar soort middel. II. Cijfers 2001 niet weergegeven want afwijkend omdat implementatietraject CVS in dat jaar plaatsvond. III. Vastgestelde productie na accountantscontrole. IV. Sinds 2004 vervallen. V. Voorlichtingsrapporten, adviesrapporten en maatregelrapporten. VI. Inclusief RISc (3 664 maal afgenomen in 2006). Bron: SVG, 2008.

Conclusie

De verslavingsreclassering bedient een voornamelijk mannelijke doelgroep van gemiddeld 38 jaar met een vrij groot aandeel cocaïne/crackgebruikers. Ze levert een groeiend aantal activiteiten aan criminele drugsgebruikers in het strafrechtelijk systeem en in de fase buiten en na detentie.

10.3.6 Is er nazorg na detentie?

Sinds 2006 zijn er speciale nazorgprocedures in penitentiaire inrichtingen. Gedetineerden worden gescreend door medewerkers maatschappelijke dienstverlening, waarbij problemen met identiteitsbewijzen, wonen, inkomen en zorg worden vastgesteld. Dit wordt doorgegeven aan de gemeente die de nazorg overneemt. Onderzoek liet zien dat de problemen slecht gedocumenteerd zijn.[70] De Inspectie rapporteerde problemen in de informatie-uitwisseling.[71]
Om deze knelpunten op te lossen wordt het proces van informatieoverdracht aangepast. De bedoeling is dat er minder eenzijdige informatieoverdracht en meer informatie-uitwisseling tussen het gevangeniswezen en de gemeenten zal gaan plaatsvinden. Hiervoor wordt in samenwerking toegewerkt naar een Samenwerkingsmodel nazorg. Dit wordt gezien als een belangrijk instrument om de overgang van detentie naar de vrije samenleving soepeler te laten verlopen.

10.3.7 Nederland in internationale vergelijking[b]

Vergelijkingen tussen landen worden ernstig gehinderd door verschillen in definities van delicten, in handhavingsinspanningen en in registratiewijzen. Een belangrijk formeel verschil tussen Nederland en andere landen is het feit dat gebruik hier niet strafbaar is gesteld en elders wel. Wel laat onderzoek zien dat ook in het buitenland niet alle drugsdelicten in dezelfde mate worden opgespoord en vervolgd. Voor cannabisbezit wordt bijvoorbeeld vaak wel proces-verbaal opgemaakt, maar die worden vaak afgedaan met een waarschuwing of een boete.[72;73]
Onderzoek in met name de VS en het VK laat zien dat gebruikers van crack de grootste kans lopen om in het strafrechtelijk systeem terecht te komen, daarna heroïne- en cocaïnegebruikers, en daarna cannabis- en amfetaminegebruikers.[4]
Het probleem van de hoge criminele recidive onder harddrugsgebruikers komt ook in andere landen voor.[2;3;74]
Drang – 'quasi compulsory treatment' – wordt ook elders toegepast, zij het dat de meeste landen behandeling pas aanbieden in de gerechtelijke fase en niet daarvóór. De mogelijkheden zijn in Europa in het algemeen ver-

[b] Zie voor een meer uitgebreide beschrijving: Ester, T. & Driessen, F. (2009).[4]

ruimd, overeenkomstig doelstellingen die in het EU-actieplan zijn vastgelegd. De aanpak staat echter op sommige plaatsen nog in de kinderschoenen.[75]

Conclusie: is de aanpak gerealiseerd?

De criminaliteit van problematische harddrugsgebruikers is grotendeels volgens de plannen van de Drugsnota 1995 aangepakt. Er zijn voorzieningen gecreëerd met laagdrempelige gefaseerde programma's, de drangbenadering is toegepast, de mogelijkheden tot drang zijn verruimd, en de forensische verslavingskliniek en de maatregel tot strafrechtelijke opvang van verslaafden zijn er gekomen. Voor medische zorg in detentie en nazorg na detentie zijn richtlijnen en procedures ontwikkeld.

Het ging echter niet allemaal van een leien dakje. De drangbenadering is niet altijd consequent toegepast, met als gevolg een laag bereik onder de doelgroep. VBA's bleven onderbezet. De FVK en de SOV startten later dan gepland en hadden een moeizame start met veel implementatieproblemen. Ook de ISD heeft te maken met een moeilijke doelgroep van verslaafden met vaak psychiatrische problematiek en met een implementatie die verbetering behoefde.

Aan verbeteringen wordt gewerkt. Tevens zijn bijzondere afdelingen in penitentiaire inrichtingen en zorgcentra in ontwikkeling. Door zelf zorg in te kopen hoopt het Ministerie van Justitie de doorstroom naar vervolgzorg na detentie te versoepelen. De effecten van deze verbeteringen zijn nog niet bekend.

Opmerkelijk is dat de benaderingen tot nu toe steeds problemen bleken te hebben met tegenvallende instroom, complexe problematiek van de doelgroep – ernstiger dan voorzien –, personeel dat onvoldoende was toegerust, bijstelling van de – te ambitieuze – doelstellingen en moeizame aansluiting op de nazorg. Dit noopte steeds tot aanpassingen 'tijdens de rit'. Bij de ISD is opmerkelijk dat de primaire insteek van incapacitatie inmiddels is verlaten en dat de ketensamenwerking is verbeterd.

10.4 Zijn de beoogde uitkomsten behaald?

Hier gaat het om de vraag of de situatie van criminele problematische drugsgebruikers is verbeterd en of ze minder delicten plegen, zoals beoogd werd. Om deze vraag te beantwoorden gaan we na:

- Hebben de aangeboden interventies effect op het individuele drugsgebruik en de criminele recidive (zie § 10.4.1)?
- Zijn er indicaties dat drugsgebruikers minder criminaliteit plegen (zie § 10.4.2)?

Dit laatste wordt afgemeten aan (a) het aantal problematische drugsgebruikers dat het strafrechtelijk systeem binnenkomt en de aard van hun delicten (de aanname is dat bij succes van de aanpak minder problematische drugsgebruikers gearresteerd worden en dat met name de vermogensdelicten dalen) en (b) het aantal drugsgebruikers dat zich in het strafrechtelijk systeem, i.c. detentie, bevindt (ook dit aantal zou bij succes van de aanpak moeten afnemen). Hierbij dient de kanttekening gemaakt te worden dat deze laatste indicatoren mede afhankelijk zijn van het opsporings- en vervolgingsbeleid.

10.4.1 Hebben de interventies effect gehad op drugsgebruik en criminele recidive?

Er zijn studies gedaan naar de uitkomsten en de effecten van de drangaanpak, de FVK en de SOV. [8;13;14]

Drang

Uit een overzichtsstudie van alle Nederlandse onderzoeken naar drang sinds 1991 is gebleken dat drugsgebruikers die onder drang deelnemen aan een zorgtraject er in het algemeen op vooruitgaan, met name degenen die het zorgtraject afmaken.[8] Uit een internationale effectstudie naar de drangbenadering in zes Europese landen (niet Nederland) bleek dat drugsgebruikers die onder drang aan een zorgtraject deelnemen het even goed doen als drugsgebruikers die vrijwillig in hetzelfde zorgtraject zitten.[13] Uit effectonderzoek naar de SOV, waarin SOV'ers in een quasi-experimenteel design werden vergeleken met drangcliënten en drugsgebruikers in detentie, bleek dat drangcliënten in de FVK en in het Triple-Ex-programma het beter doen dan vergelijkbare gebruikers die alleen in detentie verblijven: ze gebruiken minder drugs, plegen minder delicten of verkeren in een betere leefsituatie.[14] Dit betekent dat het zinvol kan zijn om gebruikers door middel van drang uit detentie naar een zorgtraject toe te leiden.

Het maatschappelijk effect is tot nu toe beperkt omdat slechts een klein deel van de problematische drugsgebruikers onder drang instroomt in een zorgvoorziening en de drop-out uit voorzieningen hoog is. Ook is weinig bekend over de effecten op lange termijn.

SOV en ISD

Ook de SOV heeft het qua effectiviteit op het niveau van de verslaafden niet slecht gedaan[14]:

- Snel na plaatsing in de SOV ervaren de gemaatregelden een verbetering van hun lichamelijke en psychische gezondheid.
- Een groot deel van hen doorloopt niet alle fasen van de SOV. De helft komt niet verder dan fase een, 21% stopt bij fase twee, 32% komt in fase drie.
- Meer dan 40% van de deelnemers kan na afloop van de SOV beschouwd worden als een succes. Zij plegen nog wel delicten, maar minder, of gebruiken minder vaak drugs (maar wel nog methadon) of functioneren maatschappelijk beter (hebben werk of dagbesteding, maken geen nieuwe schulden en verkeren in een stabiele leefsituatie).
- Bij een striktere definitie van succes als 'verbeteringen in criminele recidive en verslaving' is het succespercentage lager: 12% tot 28% (afhankelijk van de exacte definitie).
- Bij een nog striktere definitie van succes als 'verbeteringen in criminele recidive en verslaving en maatschappelijk functioneren' is het succespercentage 12% tot 21%.
- Het succespercentage is in de loop van de tijd gedaald: een jaar na afloop van de SOV is 7% tot 22% te beschouwen als een succes (in brede zin).
- SOV is effectiever dan reguliere detentie.
- SOV is even effectief als reguliere gedragsinterventies onder drang.
- Als ervan uitgegaan wordt dat SOV-deelnemers een langere behandel- en criminele geschiedenis hebben dan problematische gebruikers die onder drang deelnemen aan een zorgtraject, dan kan dit betekenen dat de SOV een moeilijker groep heeft bereikt en dat de uitkomsten gunstig zijn voor de SOV.

De SOV heeft dus zeker wel resultaat bereikt, maar slechts voor een kleine groep is dit stabiel op langere termijn. Er is ook een tijdelijk incapacitatie-effect, net als bij de ISD.[63] Toch zal het maatschappelijk effect uiteindelijk beperkt zijn, omdat de interventie getalsmatig een beperkt bereik heeft.[14]

De effectiviteit van de ISD is nog niet onderzocht.

Conclusie

Drang en SOV zijn effectiever dan reguliere detentie. Verslaafden gaan als gevolg van hun verblijf in drangvoorzieningen of SOV minder drugs gebruiken, ze plegen minder delicten of hun leefsituatie verbetert. Drang en dwang zijn even effectief als vrijwillige zorg in dezelfde voorziening. Verslaafden die een zorgtraject afmaken, doen het na afloop beter dan afhakers. Het bereik van drang is beperkt en er is veel drop-out uit de voorzieningen. De succespercentages van de SOV dalen in de loop van de tijd en het blijkt moeilijk om blijvend succes te bereiken. Het maatschappelijk effect op criminaliteit door problematische drugsgebruikers op langere termijn is daardoor beperkt.

10.4.2 Zijn er indicaties dat drugsgebruikers minder delicten plegen?

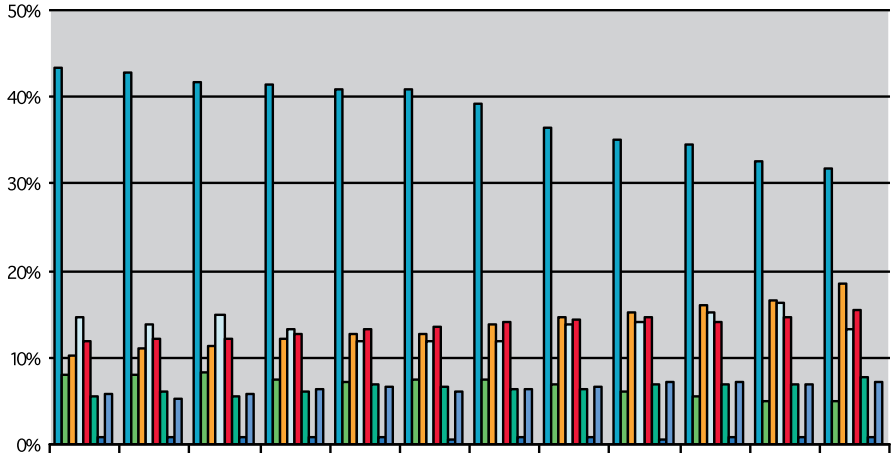
Criminaliteitstrends worden bepaald in slachtofferenquêtes en aan de hand van politiestatistieken.[76;77] Er is een aanzienlijke daling zichtbaar in de veel voorkomende criminaliteit waar problematische drugsgebruikers zich vooral schuldig aan maken, met name vermogensdelicten. Zowel slachtofferenquêtes als politiestatistieken wijzen daarop. Deze daling zette al in 1995 in.[76] Geweldsdelicten en openbare-ordedelicten nemen toe. Verschillende bronnen suggereren dat drugsgebruikers hierin een rol spelen.

Een eerste bron van informatie is het Herkenningsdienstsysteem van de politie. In het HKS kan aangegeven worden of een verdachte 'drugsgebruiker' is. Deze classificatie wordt gebruikt als er aanwijzingen zijn dat een verdachte door drugsgebruik een gevaar kan opleveren voor de verbalisant. Ook kan dit gebeuren op aangeven van de verdachte zelf, bijvoorbeeld als hij/zij zelf aangeeft problemen te hebben met het gebruik van drugs, of als hij/zij om methadon vraagt. Er is een kans dat een verdachte wel drugsgebruiker is, maar niet als zodanig in het HKS wordt geregistreerd omdat de politie dit niet weet of niet herkent. Waarschijnlijk hebben we te maken met een forse onderschatting. Er bestaan ook regionale verschillen in de registratie van deze categorie en de registratie wordt niet systematisch ververst. Deze cijfers kennen dus beperkingen. Volgens lopend onderzoek van het WODC en het Trimbos-instituut komen vooral gebruikers die al bekend zijn bij de politie in deze categorie terecht en blijven nieuwe, onbekende gebruikers onopgemerkt en dus ongeregistreerd. Het HKS zou dus vooral een beeld geven van de bekende recidiverende drugsgebruikers ofwel veelplegers (onderzoek in uitvoering). Dit blijkt ook uit het feit dat een ruime meerderheid van deze geregistreerde categorie (ongeveer driekwart) meer dan tien keer eerder met de politie in aanraking kwam, ruim 20% zelfs meer dan 50 keer. We hebben, zo lijkt

het, met deze HKS-categorie een bekende groep in beeld waarop het beleid zich jarenlang heeft gericht.

- De HKS-cijfers laten zien dat tot 2004 jaarlijks 9000 tot 10.000 als 'drugsgebruiker' gecategoriseerde verdachten waren. Dit aantal neemt sindsdien af. In 2005 waren het er 9700 en in 2006 8600.
- Ruim 90% van de als 'drugsgebruiker' gecategoriseerde verdachten is man. Dit is al jaren zo.
- De gemiddelde leeftijd neemt toe in de loop van de tijd en bedraagt 39 jaar in 2006.
- Het aandeel uit de grote steden (250.000 of meer inwoners) daalt.
- Vermogensdelicten zonder geweld komen nog steeds het meest voor, maar het aandeel is dalende (figuur 10.5).
- Geweldsdelicten (geen vermogensdelicten) komen ook vrij veel voor. Dit aandeel is stijgende. Dit kan te maken hebben met het toenemend crackgebruik in deze categorie drugsgebruikers. Ook Opiumwetdelicten (meestal dealen) zijn toegenomen.

Figuur 10.5 Type delict (in %) waar door de politie als drugsgebruiker geclassificeerde personen van verdacht worden, 1996-2007



	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Vermogensmisdrijven	43%	43%	42%	41%	41%	41%	39%	36%	35%	34%	33%	32%
Diefstal geweld/afpersing	8%	8%	8%	8%	7%	7%	8%	7%	6%	5%	5%	5%
Overig geweld	10%	11%	11%	12%	13%	13%	14%	15%	15%	16%	17%	19%
Opiumwet	15%	14%	15%	13%	12%	12%	12%	14%	14%	15%	16%	13%
Vernieling openbare orde / gezag	12%	12%	12%	13%	13%	13%	14%	14%	15%	14%	15%	15%
Verkeer	6%	6%	6%	6%	7%	7%	6%	6%	7%	7%	7%	8%
Seksueel geweld	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
Overige misdrijven	6%	5%	6%	6%	7%	6%	6%	7%	7%	7%	7%	7%

Bron: HKS

Een tweede bron is de Veelplegermonitor van het WODC – deze monitor maakt gebruik van negen bestaande registratiesystemen van politie, justitie, CBS, reclassering en verslavingszorg en volgt volwassen zeer actieve veelplegers sinds 2003. Deze laat zien dat bijna driekwart van de zeer actieve veelplegers verslavingsproblemen heeft. Hierin is tussen 2003 en 2005 nauwelijks verandering opgetreden.[78] Verder laat deze monitor tot 2005 het volgende zien:

- Er zijn tussen 2003 en 2005 rond 6000 zeer actieve veelplegers door de politie geregistreerd. Het aantal stagneert. Relatief gezien is er sprake van een afname (ten opzichte van de totale volwassen verdachtenbevolking en de bevolking in het algemeen). Het aantal zeer actieve veelplegers met problematisch middelengebruik of gokken daalde (tabel 10.5).
- De recidive van de zeer actieve veelplegers lijkt afgenomen.[c]
- Er zijn relatief gesproken minder zeer actieve veelplegers van westerse afkomst. Volgens Tollenaar (2008) komt dit mogelijk doordat veelplegers uit de buurlanden Nederland verlaten vanwege het strengere beleid jegens veelplegers.[78] In het bijzonder zou een afschrikwekkende werking kunnen uitgaan van de ISD-maatregel.

[c] In de berekening van recidive-omvang is geen rekening gehouden met de duur die in detentie of een strafrechtelijke maatregel is doorgebracht. Ook al lijkt de recidive te zijn afgenomen, toch is het volgens Tollenaar niet uit te sluiten dat er hier sprake is van specifieke registratie-effecten.

- Er is een trend waarneembaar in het soort probleemmiddel: het aandeel dat problemen heeft met opiaten daalt, terwijl het aandeel dat problemen heeft met alcohol of cocaïne/crack stijgt. Het aandeel problematische cannabisgebruikers bedraagt 5%; dit nam de laatste jaren iets toe.

Tabel 10.5 Primair probleemmiddel van in ambulante verslavingszorg aangemelde zeer actieve veelplegers (ZAVP) 2003-2005

	ZAVP 2003	ZAVP 2004	ZAPV 2005
Periode	1999-2003	2000-2004	2001-2005
N	4.260	4.327	4.113
Hoofdmiddel:			
Alcohol	18,0	20,3	22,5
Opiaten	43,2	38,4	33,8
Cocaïne/crack	30,3	33,1	34,8
Cannabis	4,7	4,8	5,3
Gokken	1,2	1,1	1,4
Overig	2,6	2,2	2,2

Bron: Tollenaar, 2008[78]

Zijn er dan ook minder (problematische) drugsgebruikers aanwezig in het strafrechtelijk systeem? Hiervoor moet een beroep worden gedaan op onderzoek naar gebruikers in detentie. Registraties laten ons op dit punt in de steek. Er zijn in de loop van de tijd enkele onderzoeken gedaan naar representatieve steekproeven onder gedetineerden in reguliere penitentiaire inrichtingen.[7;79-81] De steekproeven, definities van 'drugsgebruik' en meetwijzen van de studies zijn verschillend. Soms is afhankelijkheid of misbruik van drugs gemeten, soms gebruik. Soms wordt onderscheid gemaakt naar typen drugs, soms niet. De vergelijkbaarheid is dus laag. Er kan slechts een grove grote lijn gegeven worden van mogelijke ontwikkelingen.

- Schoemaker en Van Zessen onderzochten in 1997 143 gedetineerden in de penitentiaire inrichting Scheveningen.[79] Zij maten afhankelijkheid, misbruik en gebruik in de twaalf maanden voorafgaand aan de detentie en gebruikten daarvoor de CIDI (die is afgeleid van de DSM-III-R). Ook bevroegen zij psychologen en penitentiair inrichtingswerkers over het middelengebruik van 528 gedetineerden. Hun onderzoek bij de gedetineerden liet zien dat bij 36% sprake was van afhankelijkheid of misbruik van drugs ('verslaving'). 32% was drugsgebruiker zonder verslaving. De professionals schatten dat bij 29% sprake was van verslavingsproblematiek.
- Koeter en Luhrman onderzochten in 1998 265 gedetineerden in algemene afdelingen van de penitentiaire inrichting Overamstel.80 Drugsproblemen werden gemeten met de EuropASI en de CIDI. 44% bleek in het jaar voor detentie problematisch drugsgebruik gekend te hebben. 30% bleek ernstig verslaafd. Bij 40% was bovendien nog sprake van psychiatrische problematiek. Meestal betrof de verslaving heroïne of cocaïne, waarbij polydrugsgebruik relatief veel voorkwam.
- Vogelvang et al. (2003) onderzochten 355 gedetineerden in acht Huizen van Bewaring (103 veroordeelden en 252 preventief gehechten) met de voorloper van de Risico Inschattings Schalen.[81] In de laatste zes maanden voor detentie had 40% problemen met het gebruik van drugs. Ook anno 2006/2007 blijkt een aanzienlijk deel van de populatie in gevangenissen in Nederland problemen te hebben met het gebruik van drugs of alcohol.
- Oliemeulen et al. (2007) deden onderzoek in Huizen van Bewaring en screenden 637 gedetineerden op problematisch alcohol- en drugsgebruik en gokken in het jaar voorafgaand aan hun detentie.[7] De screening vond plaats met verschillende instrumenten in de eerste weken na instroom. 383 Gedetineerden (60%) bleken problemen te hebben met middelengebruik of gokken. Bij 38% is sprake van problematisch drugsgebruik, bij 30% speelt problematisch alcoholgebruik en 6% had problemen met gokken (tabel 10.6). Deze cijfers komen sterk overeen met die uit eerder onderzoek. Een deel van deze groep (161 van de 383) is diepgaander geïnterviewd, waarbij de aard en de ernst van de problematiek is geïnventariseerd. Ook is gebruik gemaakt van gegevens uit de politie- en gevangenisregistratie.

Alle onderzoeken, ook de meest recente, komen uit op 36% tot 44% problematische drugsgebruikers in detentie. Er lijkt op dit punt geen afname te zijn geweest sinds 1997.

Het onderzoek van Oliemeulen et al. (2007) geeft de volgende details over de problematische gebruikers in detentie:

- Een derde van de gedetineerden is risicogebruiker van cannabis; 22% hoort tot de cannabisgebruikers met hoog risico op misbruik, 11% tot de gebruikers met gemiddeld risico op misbruik. Deze cannabisgebruikers zijn vooral jonge mannen die relatief vaak Opiumwetdelicten, vermogensdelicten (ook met geweld), mishandeling en moord/doodslag pleegden. Bij de politie heeft deze groep gemiddeld 28 delicten geregistreerd staan.

- 19% is problematisch cocaïnegebruiker. Zij plegen vaak vermogensdelicten en Opiumwetdelicten. Het gemiddeld aantal door de politie geregistreerde delicten voor deze groep bedraagt 47.
- 12% is problematisch opiaatgebruiker. Deze gebruikers plegen vaak vermogensdelicten zonder geweld en Opiumwetdelicten. Gemiddeld staan 58 delicten geregistreerd.
- Verder komt ook problematisch gebruik van sedativa (niet op doktersrecept) voor, meestal in combinatie met problematisch gebruik van andere drugs. De leeftijd van deze groep probleemgebruikers ligt doorgaans tussen 25 en 44 jaar. Ze plegen relatief vaak Opiumwetdelicten. De politie registreerde 44 eerdere delicten.

Problematisch alcoholgebruik wordt overigens in alle onderzoeken ook in aanzienlijke mate aangetroffen (bij 23%, 57%, 5%, 33% en 30% van de gedetineerden).

Tabel 10.6 Prevalentie van problematisch middelengebruik en gokken (%)[I,II] onder gedetineerden in het laatste jaar voor detentie (n=637)

Probleemmiddel:	Percentage
Cannabis[III]	33,2%
Alcohol	30,0%
Cocaïne	18,7%
Opiaten	11,9%
Stimulantia	4,3%
Ecstasy	1,9%
Sedativa[III]	15,1%
Gokken	6,0%

I. Meerdere antwoorden mogelijk. II. Operationaliseringen verschillen per middel. Zie Oliemeulen et al. 2007. III. Geteld zijn gebruikers met hoog risico op misbruik (22%) en gebruikers met gemiddeld risico op misbruik (11%). III. Niet op doktersrecept. Bron: Oliemeulen et al. (2007).[7]

Psychologische en psychiatrische problemen lijken veel voor te komen onder de problematische gebruikers in detentie.[d] Dit werd eerder ook al gesignaleerd in diverse onderzoeken en tevens door de Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling (2007). In meer dan de helft van de gevallen zijn er persoonlijkheidsproblemen, terwijl angststoornissen en psychotische klachten eveneens substantieel voorkomen. De lichamelijke conditie is slecht, vooral bij gebruikers van opiaten en sedativa.
Ook in andere landen komt problematisch gebruik veel voor onder justitiabelen.[2;3] De problemen gaan ook daar vaak gepaard met psychische stoornissen.

Conclusie

Er komen minder problematische drugsgebruikers met hoge criminele recidive het strafrechtelijk systeem binnen. Er komen met name minder verslaafden binnen die opiaten als primair probleemmiddel hebben en die voornamelijk vermogensdelicten pleegden. De daling van de criminaliteit in Nederland, en met name de aanzienlijke daling van vermogensdelicten, lijkt deels te verklaren door afname van de criminaliteit van deze opiaatgebruikers. Wel registreerde de politie de laatste jaren meer geweldsdelicten door drugsgebruikers. Dit zou kunnen samenhangen met de toename in het cocaïne/crackgebruik.
Het aandeel gedetineerden dat een probleem heeft met middelengebruik lijkt onveranderd.
Is de situatie van criminele problematische drugsgebruikers verbeterd en plegen ze minder delicten?
Drang en dwang hebben in vergelijking met detentie een gunstig effect op het drugsgebruik, de leefsituatie en de criminaliteit van problematische harddrugsgebruikers. Op langere termijn neemt het effect echter af. De recente ontwikkelingen in de criminaliteit op landelijk niveau gaan in de beoogde richting. De vermogenscriminaliteit daalt, hetgeen deels verklaard lijkt te kunnen worden uit een afname van de criminaliteit van problematische opiaatgebruikers. Drugsgebruikers plegen echter meer geweldsdelicten.

In de volgende paragraaf wordt kort ingegaan op een andere categorie delicten die gepleegd worden door drugsgebruikers, namelijk die delicten die direct verband houden met de psychofarmacologische werking van drugs.

[d] Het moment van meting (kort na instroom in het Huis van Bewaring) kan de vaststelling van psychiatrische symptomen beïnvloed hebben, gezien de vrij plotselinge abstinentie-situatie. Bovendien gaat het hier om een screening, een diagnose is niet gesteld.

10.5 Strafbare feiten begaan onder invloed van drugs

Op strafbare feiten die begaan worden onder invloed van drugs, als gevolg van de werking ervan (de 'psychopharmacologische drugsgerelateerde criminaliteit' volgens het EMCDDA, 2005[82]), gaat de Drugsnota 1995 niet expliciet in. Wel zijn op dit punt ná 1995 beleidsvoornemens geformuleerd. Het gaat met name om (1) het probleem van geweldsdelicten onder invloed van drugs en (2) rijden onder invloed van drugs.

10.5.1 Geweldsdelicten begaan onder invloed van drugs

Drugsgebruik (overigens ook alcoholgebruik) vormt een risicofactor voor geweldspleging. Sommige drugs kunnen bij bepaalde personen ontremmend werken en de drempel om tot geweld over te gaan verlagen. In hoeverre geweldsdelicten in Nederland te maken hebben met drugsgebruik is niet bekend. Hierover is weinig empirische kennis uit het justitieveld voorhanden.
Er zijn enkele ervaringen opgedaan met metingen van drugsgebruik door de politie. In navolging van de VS, waar sinds 1987 gegevens verzameld worden over drugsgebruik onder aangehouden verdachten, wilde het ministerie van Justitie in 1998 bezien in hoeverre er draagvlak bestaat voor een pilot in de politieregio Haaglanden.[83-85] Er werd een pilot gestart: het ADAM-project (Arrestee Drug Abuse Monitoring). Het project hield in dat arrestanten op vrijwillige basis meewerkten aan een interview over hun drugsgebruik en afname van een urinemonster om te testen op drugsgebruik. De procedure bleek uitvoerbaar, maar er was een aantal problemen. Zo nam het onderzoek meer tijd in beslag dan werd verwacht. De respons was laag, onder meer omdat arrestanten bezwaar konden maken tegen de verzameling van de gegevens uit het oogpunt van privacy. Deze pilot leverde geen nieuwe resultaten op voor de Nederlandse situatie.
In 2005 heeft de regering het 'Actieplan tegen geweld' gelanceerd, waarin de ambitie is vastgelegd tot vermindering van geweld dat gerelateerd is aan middelengebruik (alcohol en drugs).[86] Deze nota was aanleiding tot het starten van drie pilots, die tot doel hadden informatie te verzamelen over middelengebruik in relatie tot geweldsdelicten. Deze informatie moest een indicatie geven van de omvang van de problematiek en zou aan de basis staan van het besluit of een verdere beleidsmatige inzet aangewezen was. Indien tot dat laatste besloten werd, zou de informatie uiteindelijk primair dienen voor justitiële interventies en preventieve maatregelen voor geweldsdelinquenten. Met dit doel experimenteerde de politie met testen op alcohol- en drugsgebruik bij verdachten die een geweldsdelict hadden begaan. De politie moest in deze pilots tijdens de ondervraging van op heterdaad opgepakte verdachten niet alleen verbaal nagaan of er mogelijk sprake was van middelengebruik, maar ook hierop observeren. Bovendien zou een zweet- of speekseltest voor drugsgebruik (Drugwipe®5) afgenomen moeten worden bij de verdachten die op heterdaad waren betrapt. De tests werden op vrijwillige basis afgenomen. Bij niet op heterdaad opgepakte verdachten zou de politie aan de aangever of aan getuigen dienen te vragen of er sprake was van middelengebruik.
De pilots zijn geëvalueerd in onderzoek.[87] Het bleek dat de procedure niet systematisch was uitgevoerd, met name wat betreft testen van drugsgebruik. In de ondervragingen is niet systematisch naar middelengebruik gevraagd, de tests zijn sporadisch toegepast en als ze werden toegepast gebeurde dat selectief. Over drugs en geweld is zodoende weinig informatie beschikbaar gekomen.

10.5.2 Rijden onder invloed van drugs

Het probleem van rijden onder invloed is op de Europese agenda gezet na 1995.[88] Het streven is om in 2010 50% minder verkeersdoden te hebben. In 2002 lag in Nederland een concept-wetsvoorstel inzake rijden onder invloed van drugs, dat evenwel niet doorgezet kon worden omdat de stand van zaken een effectieve handhaving in de weg stond. Rijden onder invloed van legale en illegale psychoactieve stoffen is strafbaar volgens de Wegenverkeerswet 1994 (art. 8, lid 1 en 3). Rijden onder invloed van drugs valt onder het algemene verbod van artikel 8 lid 1. Dit verbod is in 1994 verruimd tot 'elke stof'. Er is een wettelijke limiet voor alcohol gesteld, maar voor psychoactieve medicijnen en (illegale) drugs ontbreekt een objectieve maatstaf.
Voor vaststelling van rijden onder invloed van drugs zijn een bloedtest, een urinetest en een speekseltest mogelijk. De beide eerstgenoemde kosten veel tijd voor afname, ze zijn kostbaar en ingrijpend voor de persoon in kwestie. De derde test kent nog betrouwbaarheidsproblemen. Met deze test wordt sinds oktober 2006 onderzoek uitgevoerd in het Europese project DRUID (DRiving Under the Influence of Drugs, alcohol and medicines).[89] Dit project moet – onder andere – tot betere meetmethodes leiden.
Grootschalige screening op drugs is op dit moment dus niet haalbaar. In de praktijk test de politie alleen op gebruik van medicijnen of drugs bij afwijkend rijgedrag of op basis van fysieke signalen bij een verkeersongeval. Als aangetoond is dat iemand alcohol heeft gebruikt, wordt meestal niet verder gezocht naar gebruik van andere stoffen.

Mathijssen en Houwing (2005) deden in 2004 en 2005 onderzoek onder bestuurders en ernstig gewonde, in het ziekenhuis opgenomen, bestuurders[90]. Zij vonden dat 4,5% van de bestuurders cannabis had gebruikt, 0,6% deed dit in combinatie met alcohol.

Conclusie

Drugsgebruik bij geweldsdelicten en rijden onder invloed van drugs worden niet systematisch geregistreerd. Het meetinstrumentarium is nog in ontwikkeling. Behalve dat het voorkomt is er weinig over bekend.

10.6 Enkele lacunes in informatie

In dit hoofdstuk zijn enkele lacunes in informatie duidelijk geworden:

- Op drugsgebruikers in het strafrechtelijk systeem bestaat slechts beperkt zicht. In het strafrechtelijke systeem vindt geen systematische screening plaats op middelengebruik. Pogingen om de registratie bij de politie te verbeteren zijn tot nu toe niet gelukt (zie § 10.5.1). Dit heeft tot gevolg dat alleen gebruikers die dit zelf aangeven of bij wie het middelengebruik evident en zichtbaar is, in de registraties terecht komen. Door het koppelen van bestanden (onder andere van politie, gevangeniswezen en verslavingszorg, zoals in de WODC-veelplegermonitor gebeurt) wordt een zekere verbetering bereikt, maar ook dan blijven niet-geregistreerde gebruikers onzichtbaar. Een manier om beter zicht te krijgen op deze groep is wetenschappelijk onderzoek. Dit is enkele keren gedaan (zie § 10.4.2). Het ging om onderzoek onder gedetineerden. De methoden en de steekproeven van deze onderzoeken verschillen echter, waardoor veranderingen in de tijd moeilijk te interpreteren zijn. Zonder een zekere standaardisatie van methoden en periodieke herhaling van onderzoek zijn ontwikkelingen in deze groep slechts gebrekkig te monitoren.
- De aard van de geweldsdelicten die gepleegd worden door drugsgebruikers en de oorzaak van de toename van deze delicten zijn nog niet duidelijk.
- De aanpak van delinquente problematische gebruikers is vaak onderzocht, waarbij opvalt dat er veel procesevaluaties zijn verricht. Ook hier ontbreekt echter een zekere standaardisatie.
- Effectevaluaties met nulmetingen en controlecondities zijn recent vaker gedaan. Voorbeelden zijn de onderzoeken naar de drangbenadering en naar de FVK en de SOV.[13;14] De langetermijneffecten zijn daarbij evenwel nog niet goed in beeld gekomen.

10.7 Conclusies

Al sinds de jaren tachtig speelt in Nederland het probleem van de hoge criminele recidive van een groep langdurige harddrugsgebruikers. In het drugsbeleid wordt ervan uitgegaan dat een reductie van de door deze problematische drugsgebruikers gepleegde criminaliteit alleen bereikt kan worden als de gebruikers hulp krijgen bij hun problemen en hun verslaving. Dit uitgangspunt is ook in de Drugsnota 1995 neergelegd.

De beoogde aanpak bestaat uit een combinatie van zorg, detentie en resocialisatie, met nadruk op verbetering van de aansluiting van zorg op detentie, samenwerking tussen zorg, politie, justitie, gemeente en penitentiaire inrichtingen en een uitbreiding van voorzieningen voor drang en dwang.

Deze aanpak is grotendeels in de praktijk terug te zien. Er zijn nieuwe maatregelen en zorgvoorzieningen gecreëerd voor de doelgroep. Niet alleen zijn de mogelijkheden voor toepassing van drang uitgebreid – onder andere door de Forensische Verslavingskliniek en de voorwaardelijke invrijheidsstelling – maar ook zwaardere maatregelen zijn ingezet, zoals de maatregel Strafrechtelijke Opvang voor Verslaafden en de maatregel tot plaatsing in een Inrichting voor Stelselmatige Daders. De justitiële verslavingszorg is opgekomen naast de reguliere zorg voor problematische drugsgebruikers.
Het strafrecht wordt de afgelopen jaren consequenter toegepast op deze doelgroep. Er wordt ook nadrukkelijker ingezet op een persoons- in plaats van een zaaksgerichte aanpak, waarbij gebruikers langer gedetineerd kunnen worden, systematischer worden gescreend op individuele risicofactoren en strenger worden geselecteerd voor gedragsinterventies. Dit is echter geen ontwikkeling die specifiek is voor de aanpak van drugsgebruikers. Het is een algemene maatschappelijke tendens, die ook te zien is ten opzichte van andere doelgroepen, zoals delinquenten in het algemeen, personen met psychiatrische problematiek en gezinnen met een problematische opvoedingssituatie.[24;91;92] Deze tendens is duidelijk zichtbaar in het Veiligheidsprogramma uit 2002.[93] De aanpak van problematische drugsgebruikers met hoge criminele recidive heeft een plaats gekregen binnen het veiligheidsbeleid.

Tussen de Strafrechtelijke Opvang Verslaafden en de Inrichting voor Stelselmatige Daders bestond aanvankelijk een verschil in insteek. Waar de SOV nog een duidelijke dubbele doelstelling had – naast de beveiliging van de maatschappij was het ook van belang de situatie van de verslaafde te verbeteren – zette de ISD primair in op incapacitatie. Deze insteek van de ISD is echter in de loop van de tijd verschoven, er is meer aandacht voor resocialisatie. De rechterlijke macht heeft hier onmiskenbaar een rol in gespeeld – via tussentijdse toetsingen, maar ook het gegeven dat de groep in de ISD buitengewoon moeilijk bleek, noopte tot meer nadruk op zorg.
Opvallend is dat alle benaderingen – drang, FVK, SOV en ISD – tot nu toe te kampen hadden met soortgelijke problemen. Deze golden het beperkte bereik onder de doelgroep, de tegenvallende instroom van de doelgroep, de geringe mogelijkheden van de doelgroep, de capaciteiten van personeel en de geschiktheid van zorg en gedragsinterventies. Deze problemen zijn steeds tijdens de rit aangepakt. Sommige problemen zijn verbeterd, andere nog niet. Op dit moment lopen diverse verbetertrajecten. Waar deze problemen precies op terug te voeren zijn, is niet bekend.
Van belang is dat de samenwerking tussen zorgorganisaties, politie, justitie, gemeente en penitentiaire inrichtingen, die in het verleden nog wel eens moeizaam verliep, de afgelopen jaren is verbeterd.
Duidelijk is dat het hier gaat om een complexe doelgroep. Er speelt niet alleen langdurige verslavingsproblematiek, maar er is ook vaak sprake van psychiatrische problematiek en soms van beperkte intellectuele capaciteiten. Een opmerkelijke observatie bij de bestudering van de literatuur is in dit licht overigens dat drang- en dwangcliënten zelf vaak praktische hulp zouden willen krijgen, terwijl zij volgens hun hulpverleners psychische hulp en hulp bij verslavingsproblemen nodig zouden hebben. Bij de justitiële verslavingszorg kunnen dus verschillende inschattingen en verwachtingen spelen bij hulpverleners en cliënten.

Op dit moment gaan de ontwikkelingen in de criminaliteit in de beoogde richting. Er is minder criminaliteit, vooral minder vermogenscriminaliteit. Dit lijkt deels te verklaren uit een afname van de criminaliteit van problematische gebruikers van opiaten. Dit wordt bevestigd in recent onderzoek.[94] Hiervoor wordt door diverse auteurs een verklaring aangedragen. Volgens Tollenaar (2008) zijn verslaafden uit andere westerse landen uit Nederland weggetrokken nu de aanpak zoveel strenger is geworden en in omringende landen steeds meer ruimte is voor harm reduction (bijvoorbeeld methadonbehandeling).[78] Volgens anderen, onder anderen Gjeruldsen et al. (2004), is de daling te wijten aan het ouder worden van de populatie.[5] Van Laar et al. (2008) en Vollaard et al. (2009) laten zien dat er weinig nieuwe aanwas is in de populatie heroïneverslaafden en dat er dus sprake is van vergrijzing van de bestaande groep; de groep wordt dus kleiner en ouder.[94;95] Een andere verklaring is dat de combinatie van betere opvang, (hogere doseringen bij) methadonverstrekking en de heroïneverstrekking een rol speelt bij de daling van de criminaliteit door hoogcriminele verslaafden. Mogelijk heeft het ook te maken met het intramurale verblijf in de ISD, waar maandelijks zo'n 600 veelal verslaafde veelplegers verblijven. Deze laatste verklaring wordt ondersteund door Vollaard et al. (2009).[94]
Geweldsdelicten onder drugsgebruikers nemen toe. Mogelijk heeft deze ontwikkeling te maken met cocaïne/crackgebruik. Er bestaat evenwel nog nauwelijks zicht op de aard en de oorzaak van deze delicten.

De doelgroep van chronische harddrugsgebruikende veelplegers is complex. Hun functioneren is, zo blijkt uit neurobiologisch onderzoek van de afgelopen jaren, aangetast door het jarenlange drugsgebruik. Er speelt niet alleen langdurige verslavingsproblematiek, maar ook is vaak sprake van psychiatrische problematiek en soms van beperkte intellectuele capaciteiten. De weg naar een stabiel zelfstandig maatschappelijk bestaan blijkt slechts voor enkelen haalbaar.
Onderzoek heeft laten zien dat drang- en dwangopvang onder de maatregel Strafrechtelijke Opvang Verslaafden meer effect hebben op het middelengebruik, de leefsituatie en het criminele gedrag dan alleen detentie. Ook middelenverstrekking (heroïne) kan werkzaam zijn bij het terugdringen van criminele recidive, zo toonde onderzoek van Van den Brink et al. (2002) aan.[6] Het succes van drang en dwang neemt echter af in de loop van de tijd. Uit onderzoek blijkt dan ook dat langdurige begeleiding, nazorg en laagdrempelige voorzieningen nodig zijn om de criminele overlast van deze groep terug te brengen.

Referenties

1. Koeter, M.W.J., Van Maastricht, A.S. (2006). *De effectiviteit van verslavingszorg in een justitieel kader*. Den Haag: ZonMw, Programma Verslaving.
2. Reuter, P., Stevens.A. (2007). *An Analysis of UK Drug Policy: A Monograph Prepared for the UK Drug Policy Commission.* London: UK Drug Policy Commission.
3. Stevens, A. (2008). *Crossing frontiers: international developments in the treatment of drug dependence*. Brighton: Pavilion Publishing.
4. Ester, T.J., Driessen, F.M.H.M. (2009). *Drugsgerelateerde criminaliteit in Nederland, in vergelijking met enkele andere West-Europese landen en de VS: werkdocument t.b.v. WODC, Ministerie van Justitie.* Utrecht: Bureau Driessen.
5. Rogne Gjeruldsen, S., Myrvang, B., Opjordsmoen, S. (2004). Criminality in drug addicts: a follow-up study over 25 years. *Eur.Addict.Res*, 10(2): 49-55.
6. Van den Brink, W., Hendriks, V.M., Blanken, P., Huijsman, I.A., Van Ree, J.M. (2002). *Medical co-prescription of heroin: two randomized controlled trials I: Heroïne op medisch voorschrift: verkorte weergave van de rapportage*. Utrecht: CCBH.
7. Oliemeulen, L., Vuijk, P., Rovers, B., Van den Eijnden, R. (2007). *Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen*. Rotterdam: IVO.
8. Van Ooyen-Houben, M. (2008). Quasi-compulsory treatment in the Netherlands: promising theory, problems in practice. In: A. Stevens (red.). *Crossing frontiers, International developments in the treatment of drug dependence*, p. 131-152. London: Pavilion Publishers.
9. Van Ooyen-Houben, M. (2004). Drang bij criminele harddruggebruikers – een onderzoek naar de toepassing van drang in Nederland. *Tijdschrift voor Criminologie,* 46(3): 233-248.
10. Van 't Land, H., Van Duijvenbooden, K., Van der Plas, A. (2005). *Opgevangen onder dwang: procesevaluatie strafrechtelijke opvang verslaafden*. Utrecht: Trimbos-instituut.
11. Van Duijvenbooden, K., Van der Plas, A., Van 't Land, H., Wolf, J. (2007). *De Forensische Verslavingskliniek door de jaren heen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
12. Goderie, M., Lünnemann, K. (2009). *De maatregel Inrichting voor Stelselmatige Daders, procesevaluatie*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
13. Uchtenhagen, A., Schaaf, S., Bock, I., Frick, U., Grichting, E., Bolliger, H. (2006). *Quasi-compulsory and compulsory treatment of drug-dependent offenders in Europe: final report on quantitative evaluation*. Zürich: Research Institute for Public Health and Addcition at Zurich University.
14. Koeter, M.W.J., Bakker, M. (2007). *Effectevaluatie van de Strafrechtelijke Opvang Verslaafden (SOV)*. Amsterdam/Den Haag: AIAR/WODC.
15. T.K.20415-1.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1987-1988 publicatienummer 20415 nrs 1-2 (1988). *Dwang en drang in de hulpverlening aan verslaafden*. Den Haag: Staatsuitgeverij.
16. Koeter, M. (2002). *Vroeghulp aan verslaafden: het effect van de Vroeghulp Interventie Aanpak op criminele recidive en verslavingsgedrag.* Amsterdam: AIAR.
17. T.K.24077-3.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1994-1995 publicatienummer 24077 nr.3 (1995). *Drugbeleid; Nota 'Het Nederlandse drugbeleid: continuïteit en verandering'*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
18. T.K.22684-12.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1993-1994 publicatienummer 22684 nr.12 (1993). *Verslavingsproblematiek*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
19. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg, Dienst Justitiële Inrichtingen (2008). *Richtlijn Medicamenteuze Zorg aan Gedetineerde Verslaafden.* Utrecht: CBO/DJI.
20. Van den Hurk, A. (1998). *Tussen de helpende en de harde hand: een studie naar mogelijkheden van succesvolle zorg voor verslaafde gedetineerden.* Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen.
21. Van 't Hoff, G. (2006). *Health care in prisons in the Netherlands: TB-HIV/Aids-Hepatitis B and C*. Minsk, 23-24 November 2006: Acute problems of penitentiary medicine: socially dangerous diseases , HIV/AIDS in prisons. Belarus Hotel, Minsk.
22. Decorte, T., Scheirs, V., Vander Elst, D., Muys, M. (2006). *Provisions for amphetamine type stimulant users in European prisons.* London/Oldenburg: ENDIPP/BIS Verlag.
23. Bieleman, B., Van der Laan, R. (1999). *Stok achter de deur: onderzoek naar het functioneren van de zorg voor verslaafde detineerden.* Groningen: Intraval.
24. Van Ooyen, M., Roeg, D., De Kogel, K., Koeter, M. (2008). Dwang en drang in de hulpverlening: een verkenning van mogelijkheden en grenzen. *Justitiële Verkenningen,* 34(3): 11-41.
25. Bieleman, B., Kroes, L. (1991). *Door regelen in de maat: reacties van drugsgebruikers op maatregelen van overheid en burger.* Groningen: Intraval.

26. Van Ooyen-Houben, M., Walraven, M., Mensink, C. (1993). *Hulpverlening (z)onder drang: het Intercultureel Motivatie Centrum geëvalueerd.* Utrecht: NIAD.
27. Oosterhoff, S., Vermeulen, K. (1995). *Tussentijds evaluatieonderzoek naar de effecten van en samenwerking binnen het GAVO-project (Geïntegreerde Aanpak Verslavingsproblematiek en Overlast).* Utrecht: Centrum voor Verslavingsonderzoek, Faculteit Sociale Wetenschappen Universiteit Utrecht.
28. Jongerius, J., Koeter, M. (1997). *Drang tot verandering?: haalbaarheid en effecten van een drang- en dwangbenadering van drugverslaafden in detentie: eerste fase.* AIAR: Amsterdam.
29. De Koning, P. (1998). *Resocialiseren onder drang: verslag van het Rotterdamse experiment met de strafrechtelijke opvang van verslaafden.* Rotterdam: EUR.
30. Bröer, C., Noyon, R. (1999). *Over last en beleid: evaluatie Nota Overlast en vijf jaar SVO-beleid tegen overlast van harddrugsgebruikers.* Amsterdam: Regioplan Stad en Land.
31. Van Gestel, B. (1999). *Tussen straat en kliniek: evaluatie van vier intramurale motivatiecentra voor harddrugsverslaafden.* Amsterdam: Regioplan Stad en Land.
32. Vermeulen, K., Hendriks, V., Zomerveld, R. (2000). *Drangbehandeling in Den Haag: Evaluatieonderzoek naar de effectiviteit van het behandelprogramma Triple-Ex voor justitiabele verslaafden.* Den Haag: Parnassia Addiction Research Centre (PARC).
33. Korf, D.J., Van Wijngaarden, B., Koeter, M.W.J., Riper, H. (2000). *Vroeghulp aan verslaafden: evaluatie van de Vroeghulp Interventie Aanpak (VIA) van de justitiële verslavingszorg*. Amsterdam: AIAR.
34. Drouven, L.E., Schutte, S., Kingma, M. (2001). *Eindrapportage Evaluatie IMC's.* Enschede: Hoeksma, Homans & Menting.
35. Schutte, S.J.M., Bleker, R.W. (2001). *Vooronderzoek Evaluatie Forensische Verslavingskliniek.* Enschede: Hoeksma, Homans & Menting.
36. Bieleman, B., Biesma, S., Jetzes, M. (2002). *Opgevangen onder drang: evaluatie SOV-drang in Rotterdam*. Groningen: Intraval.
37. Miedema, F., Mensink, C., Eppink, M., Woldringh, C. (2005). *Verslaafde justitiabelen op hun plaats? Evaluatie van de pilots Justitiële Verslavingszorg.* Nijmegen: ITS.
38. T.K.31110-1.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2006-2007 publicatienummer 31110 nr.1 (2007). *Justitieel Verslavingsbeleid: brief ministers en staatssecretaris over het terugdringen van criminaliteit door verslavingszorg.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
39. T.K.31110-5.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2007-2008 publicatienummer 31110 nr.5 (2008). *Justitieel Verslavingsbeleid; Brief staatssecretaris over de zorg in justitieel kader*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
40. T.K.24077-112.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2002-2003 publicatienummer 24077 nr.112 (2002). *Drugbeleid; Brief minister en staatssecretaris over hun standpunt op het advies van de Gezondheidsraad over 'Behandeling drugsverslaafde gedetineerden'.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
41. T.K.24587-299.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2007-2008 publicatienummer 24587 nr.299 (2008). *Justitiële inrichtingen; Brief minister en staatssecretaris over de aanpak om tot een vermindering van de recidive met 10%-punt te komen.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
42. Jacobs, M.J.G., Van Kalmthout, A.M., Von Bergh, M.Y.W. (2006). *Toepassing van bijzondere voorwaarden bij voorwaardelijke vrijheidsstraf en schorsing van de voorlopige hechtenis bij volwassenen.* Tilburg: IVA.
43. T.K.30300VI-164.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2005-2006 publicatienummer 30300VI, nr.1. (2006). *Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Justitie (VI) voor het jaar 2006; Brief minister over de werking van het stelsel van voorwaardelijke sancties.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
44. Van Laar, M.W., Cruts, A.A.N., Verdurmen, J.E.E., Van Ooyen-Houben, M.M.J., Meijer, R.F. (2006). *The Netherlands National Drug Monitor: annual report 2005*. Utrecht: Trimbos Institute, Netherlands Institute of Mental Health and Addiction.
45. Van Laar, M., Van Gageldonk, A., Ketelaars, T., Van Ooyen, M., Cruts, G., Van Gelder, P. (2004). *The Netherlands drug situation 2004: report to the EMCDDA, by the Reitox National Focal Point.* Utrecht: Trimbos Institute.
46. T.K.26023-3.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1997-1998 publicatienummer 26023 nr3 (1998). *Wijziging van diverse wetten (strafrechtelijke opvang verslaafden); Memorie van toelichting.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
47. T.K.26023-5: Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1998-1999 publicatienummer 26023 nr.5 (1999). *Wijziging van diverse wetten (strafrechtelijke opvang verslaafden); Nota n.a.v. het verslag.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
48. T.K.26023-13.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1998-1999 publicatienummer 26023 nr.13 (1999). *Wijziging van diverse wetten (strafrechtelijke opvang verslaafden); Amendement over adviezen van gedragsdeskundigen aan de rechter ten behoeve van een zorgvuldige afweging*. Den Haag: Sdu Uitgevers.

49. E.K.26023-16a.Eerste Kamer de Staten-Generaal vergaderjaar 2000-2001 publicatienummer 26023 nr.16a (2000). *Wijziging van diverse wetten (strafrechtelijke opvang verslaafden); Nadere memorie van antwoord.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
50. Struijk, S. (2008). De SOV-effectevaluatie bezien vanuit een juridisch perspectief. Sancties.*Tijdschrift over Straffen en Maatregelen*, 6): 328-336.
51. Van Ooyen-Houben, M., Goderie, M. (2009). Veelplegers terug bij af? De ISD in retrospectief. *Justitiële Verkenningen*, 35(2): 10-30.
52. T.K.28980-A.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2003-2004 publicatienummer 28980 nr.A (2004). *Wijziging van het Wetboek van Strafrecht, het Wetboek van Strafvordering en de Penitentiaire beginselenwet (plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders); Oorspronkelijke tekst.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
53. Van Noije, L., Wittebrood, K., Nas, C., Lamet, W. (2008). *Sociale veiligheid ontsleuteld: veronderstelde en werkelijke effecten van veiligheidsbeleid.* Den Haag: SCP.
54. Wartna, B.S.J., Tollenaar, N. (2004). *Bekenden van Justitie: een verkennend onderzoek naar de 'veelplegers' in de populatie van vervolgde daders*. Den Haag: Boom Juridische uitgevers.
55. Goderie, M. (2009). *Problematiek en hulpvragen van stelselmatige daders.* Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
56. Biesma, S., Van Zwieten, M., Snippe, J., Bieleman, B. (2006). *ISD en SOV vergeleken: eerste inventarisatie meerwaarde Inrichting voor Stelselmatige Daders boven eerdere Strafrechtelijke Opvang voor Verslaafden*. Groningen-Rotterdam: Intraval.
57. T.K.28980-16.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2003-2004 publicatienummer 28980 nr.16 (2004). *Wijziging van het Wetboek van Strafrecht, het Wetboek van Strafvordering en de Penitentiaire beginselenwet (plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders); Brief minister over de stand van zaken inzake de plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
58. T.K.29200-VI 67.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2003-2004 publicatienummer 29200 VI, nr.6. (2004). *Vaststelling begroting van het Ministerie van Justitie (VI) voor het jaar 2004; Brief minister over stelselherziening rechtsbijstand.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
59. Voorhuis, N., Koning, L., Van der Meer, C., Mol, E., Zegerius, R. (2007). *Maatregel tot plaatsing in een inrichting voor stelselmatige dader: algemene bespreking ISD-wetgeving inclusief recente jurisprudentie en Amsterdamse praktijk.* Amsterdam: Arrondissementsparket.
60. Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (2007). *De inrichting voor stelselmatige daders.* Den Haag: RSJ.
61. Inspectie voor de Sanctietoepassing (2008). *Inrichtingen voor Stelselmatige Daders: inspectierapport: themaonderzoek.* Den Haag: Ministerie van Jusititie.
62. Meijer, R.F., Grapendaal, M., Van Ooyen, M.M.J., Wartna, B.S.J., Brouwers, M., Essers, A.A.M. (2003). *Geregistreerde drugcriminaliteit in cijfers: achtergrondstudie bij het Justitieonderdeel van de Nationale Drugmonitor; jaarbericht 2002.* Den Haag: Boom Juridische uitgevers.
63. Van Velthoven, B.C.J., Moolenaar, D.E.G. (2009). Loont de SOV/ISD-maatregel? Een eerste verkenning. Justitiële Verkenningen, 35(2): 31-53.
64. T.K.31110-10.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2008-2009 publicatienummer 31110 nr.10 (2009). *Justitieel Verslavingsbeleid; Brief staatssecretaris bij procesevaluatie van de ISD-maatregel.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
65. Ministerie van Justitie, Stichting Reclassering Nederland (2001). *Outputsturing Reclassering.* Den Haag: Ministerie van Jusititie/SRN.
66. T.K.29270-14.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2006-2007 publicatienummer 29270 nr.14 (2007). *Reclasseringsbeleid; Brief staatssecretaris ter aanbieding van het rapport 'Inzicht in toezicht'.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
67. T.K.29270-20.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2007-2008 publicatienummer 29270 nr.20 (2008). *Reclasseringsbeleid; Brief staatssecretaris ter aanbieding van het rapport Toezichtprogramma's voor delinquenten en forensisch psychiatrisch patiënten'.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
68. Von Bergh, M., Van Poppel, J., Römkens, R. (2006). *Evaluatie bruikbaarheid Quick Scan Reclassering*. Tilburg: IVA.
69. Van der Knaap, L.M., Leenarts, L.E.W., Nijssen, L.T.J. (2007). *Psychometrische kwaliteiten van de Recidive Inschattingsschalen (RISc): interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, interne consistentie en congruente validiteit*. Den Haag: WODC.
70. Kuppens, J., Ferwerda, H. (2008). *Van binnen naar buiten: een behoefteonderzoek naar de aard en omvang van nazorg voor gedetineerden.* Arnhem: Advies- en Onderzoeksgroep Beke.

71. Inspectie voor de Sanctietoepassing (2008). *Informatieoverdracht in de executieketen: inspectierapport: themaonderzoek*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
72. Room, R., Fischer, B., Hall, W., Lenton, S., Reuter, P. (2008). *Cannabis policy: moving beyond stalemate*. The Beckley Foundation: Oxford.
73. McSweeney, T., Turnbull, P.J., Hough, M. (2008). *Tackling drug markets and distribution networks in the UK: a review of the recent literature.* London: UK Drug Policy Commission.
74. Stevens, A., Berto, D., Heckmann, W., Kerschl, V., Oeuvray, K., Van Ooyen, M., Steffan, E., Uchtenhagen, A. (2005). Quasi-Compulsory Treatment of Drug Dependent Offenders: An International Literature Review. *Substance Use & Misuse,* 40:269-283.
75. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2005). *Annual report 2005: the state of the drugs problem in the European Union and Norway*. Lisbon: EMCDDA.
76. Centraal Bureau voor de Statistiek (2008). *Veiligheidsmonitor Rijk 2008: landelijke rapportage.* Den Haag: CBS.
77. Eggen, A.Th.J., Kalidien, S. (2008). *Criminaliteit en rechtshandhaving 2007: ontwikkelingen en samenhangen*. Den Haag: WODC.
78. Tollenaar, N. (2008). De monitor veelplegers: jeugdige en zeer actieve volwassen veelplegers gevolgd in Nederland. In: F. Gilleir (red.). *Veelplegers*, p. 103-121. Brussel: Uitgeverij Politeia.
79. Schoemaker, C., Van Zessen, G. (1997). *Psychische stoornissen bij gedetineerden: een verkennend onderzoek in Penitentiair Complex Scheveningen.* Utrecht: Trimbos-instituut.
80. Koeter, M.W.J., Luhrman, G.C. (1998). *Verslavingsproblematiek bij justitiabele drugverslaafden.* Amsterdam: AIAR.
81. Vogelvang, B.O., Van Burik, A., Van der Knaap, L.M., Wartna, B.S.J. (2003). *Prevalentie van criminogene factoren bij mannelijke gedetineerden in Nederland.* Den Haag: Adviesbureau Van Montfoort/WODC.
82. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2005). A*nnual Report 2005: selected issues: Drug-related public nuisance — trends in policy and preventive measures.* Lisbon: EMCDDA.
83. Van den Broek, H., Klerks, P., Den Otter, P., Zandhuis, E., Van der Werf, J. (2000). *ADAM in Holland? Verslag van de Pilot Monitoring van drugsgebruik onder arrestanten bij Politie Haaglanden.* Den Haag: Eysink Smeets & Etman.
84. Van den Broek, H., Klerks, P., Den Otter, P. (1999). *ADAM in Holland? Verslag van het onderzoek naar de haalbaarheid van de pilot monitoring van drugsgebruik onder arrestanten bij de politie Haaglanden*. Den Haag: Eysink, Smeets & Etman.
85. Van den Broek, H., Klerks, P., Den Otter, P. (2000). *ADAM in Holland? Plan van aanpak voor de pilot monitoring van drugsgebruik onder arrestanten bij de politie Haaglanden.* Den Haag: Eysink, Smeets & Etman.
86. T.K.28684-65.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2005-2006 publicatienummer 28684 nr.65 (2005). *Naar een veiliger samenleving; Brief ministers bij het aanbieden van het Actieplan tegen geweld*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
87. Bruinsma, M.Y., Balogh, L.D., De Muijnck, J.A. (2008). *Geweld onder invloed: evaluatie van een nieuwe werkwijze van de politie gericht op versterking van de informatiepositie ten aanzien van alcohol- en drugsgebruik door geweldplegers.* Tilburg: IVA.
88. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2007). *Selected issue 2007: drugs and driving.* Lisbon: EMCDDA.
89. European Commission (2005). *DRUID: driving under the influence of alcohol, drugs and medicines: project summary.* Brussel: European Commission.
90. Mathijssen, R., Houwing, S. (2005). The prevalence and relative risk of drink and drug driving in the Netherlands: a case-control in the Tilburg police district. Leidschendam: SWOV Institute for Road Safety Research.
91. Van Swaaningen, R. (2004). De nieuwe Veiligheidscultuur. *Justitiële Verkenningen,* 30(7): 9-23.
92. Berghuis, A.C. (2008). De olifant in de kamer; generale preventie en criminaliteitstrends. *Justitiële Verkenningen,* 34(2): 11-26.
93. T.K.28684-1-2.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2002-2003 publicatienummer 28684 nrs.1-2 (2002). N*aar een veiliger samenleving: Brief ministers en staatssecretaris met het veiligheidsprogramma 'Naar een veiliger samenleving'*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
94. Vollaard, B., Versteegh, P., Van den Brakel, J. (2009). *Veelbelovende verklaringen voor de daling van de criminaliteit na 2002: onderzoek in opdracht van de Commissie Politie en Wetenschap.* Tilburg: TILEC.
95. Van Laar, M., Cruts, G., Van Gageldonk, A., Croes, E., Van Ooyen-Houben, M., Meijer, R., Ketelaars, T. (2008). *The Netherlands drug situation 2007: report to the EMCDDA, by the Reitox National Focal Point*. Utrecht: Trimbos Institute.

11 Drugsgerelateerde overlast[a]

Marianne van Ooyen-Houben, Bert Bieleman, Sasja Biesma, Jacco Snippe, Wytske van der Wagen en Arjan Beelen

Belangrijkste bevindingen

- Drugsgerelateerde overlast werd in de Drugsnota 1995 gezien als een ernstig probleem, dat aangepakt zou moeten worden met een integrale benadering waarin preventieve, bestuurlijke en strafrechtelijke maatregelen gecombineerd worden (§ 11.1, § 11.3.1.3 en § 11.4.1.3).
- Drugsgerelateerde overlast is een diffuus verschijnsel, waar zowel criminele, openbare orde en audiovisuele overlast onder worden begrepen en waarbij de subjectieve perceptie een rol speelt. Er is vooral sprake van overlast rond harddrugsgebruik en -handel, overlast rond coffeeshops en overlast als gevolg van grootschalige hennepteelt in woningen (§ 11.1. en § 11.2).
- Tegen overlast rond harddrugsgebruik zijn de afgelopen jaren vele maatregelen getroffen. Deze hebben veelal een tweeledig doel: het verminderen van de overlast enerzijds en het verbeteren van de situatie van de overlastveroorzaker anderzijds. Vrijwel alle gemeenten kennen een brede aanpak, waarbij repressie en zorg – opvang, hulpverlening, woonvoorzieningen, gebruiksruimten – hand in hand gaan (§ 11.3.3).
- Sommige maatregelen, zoals gebruiksruimten en verwijderingsbevelen, lijken een positieve bijdrage te leveren aan vermindering van harddrugsoverlast, al worden ook wel (enige) verplaatsingseffecten gesignaleerd. De harddrugsoverlast in het algemeen is afgenomen sinds 1996, vooral in sterk verstedelijkte regio's (§ 11.3.4).
- Bij de overlast door coffeeshops gaat het vooral om parkeer- en verkeersoverlast, op grote afstand gevolgd door overlast door rondhangende jongeren en geluidsoverlast. Formeel zijn er landelijk niet zo veel overtredingen van het voor coffeeshops geldende overlastcriterium geregistreerd. In de praktijk wordt dit criterium wel vaker overtreden. In sommige grensgemeenten zorgt het drugstoerisme rond coffeeshops voor serieuze problemen (§ 11.4.2 en § 11.4.4).
- De overlast door coffeeshops wordt aangepakt via het stellen en handhaven van landelijke en lokale criteria voor coffeeshops. Ook zijn speciale bredere projecten uitgevoerd om deze overlast terug te dringen, met wisselend succes (§ 11.4.3 en § 11.4.4).
- De overlast als gevolg van grootschalige hennepteelt in woningen was mede aanleiding tot de geïntensiveerde en integrale aanpak, die in 2004 is ingezet. Hoewel sindsdien veel hennepkwekerijen zijn opgerold, is niet bekend welke uitwerking de aanpak heeft gehad op deze vorm van overlast (§ 11.5).
- In de aanpak staat de lokale gerichtheid centraal. Gemeenten kunnen hun eigen oplossing zoeken voor de gerezen problemen. Er is dan ook een variatie aan oplossingen ontstaan (§ 11.3.3, § 11.4.4).

11.1 Inleiding

In de Drugsnota 1995 wordt onder het kopje 'complicaties en nieuwe trends' gesproken over een groot maatschappelijk en bestuurlijk probleem dat gevormd wordt door 'het gebruik van drugs en wat daarmee samenhangt'.[2] De overlastproblematiek is één van de drie problemen die in dit kader genoemd worden.[b] Enerzijds gaat het om 'overlast door harddrugsverslaafden die uiterst onaangepaste levensstijl vertonen waarvan zwerfgedrag, (poly)drugsgebruik en criminaliteit elkaar versterkende elementen vormen', anderzijds om 'overlast in verband met coffeeshops, waarbij in sommige gemeenten onder meer vanwege het buitenlandse drugstoerisme, excessieve overlast voor de omwonenden optreedt rondom coffeeshops.' Bij de eerste vorm speelt ook harddrugstoerisme als probleem: 'een deel van de overlast wordt veroorzaakt door buitenlandse verslaafden die illegaal in Nederland verblijven en drugstoeristen uit naburige EU-staten' (pp. 15, 18, 37).[2] Deze vorm gaat tevens vaak gepaard met agressieve manieren van werving en onduldbare overlast in woonbuurten en stadscentra, aldus de nota.
De drugsnota ziet de overlast als een ernstig probleem. De bestrijding ervan zal daarom extra aandacht krijgen (p. 10).[2] De tolerantie van de bevolking hiervoor is in 1995 afgenomen. Harde maatregelen zullen waar nodig niet uit de weg worden gegaan (p. 12).[2]

[a] Dit hoofdstuk is grotendeels gebaseerd op: Bieleman, B., Biesma, S., Snippe, J. Literatuurstudie Drugsgerelateerde overlast. Groningen/Rotterdam: Bureau Intraval, 2009.[1] Dit onderzoek is verricht in het kader van deze evaluatie van het drugsbeleid.
[b] Er worden drie complicaties genoemd: de overlastproblematiek, de georganiseerde criminaliteit rond de drugshandel en de buitenlandse kritiek op vermeende en reële effecten (p.4).

Het overlastprobleem was niet nieuw in 1995. Zoals in eerdere hoofdstukken is aangegeven, vormde drugsoverlast al vóór 1995 een probleem waarvoor ook al maatregelen genomen waren. In 1995 was dit evenwel nog niet opgelost.
In 2004 wordt in de Cannabisbrief een derde vorm van overlast gesignaleerd: de overlast als gevolg van grootschalige hennepteelt in woningen.[3] Deze overlast vormt, samen met de toename van het bedrijfsmatige karakter van deze teelt en de betrokkenheid van georganiseerde criminaliteit, aanleiding tot de geïntensiveerde aanpak van de hennepteelt.

11.1.1Doel en opzet hoofdstuk

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de aard van de drugsoverlast, de wijze waarop die is aangepakt en op de vraag in hoeverre gemeenten erin geslaagd zijn deze problematiek te verminderen. Het verschijnsel 'drugsgerelateerde overlast' is diffuus. In § 11.2 wordt in kaart gebracht wat eronder verstaan kan worden. In § 11.3 en § 11.4 wordt vervolgens ingegaan op de overlast die wordt veroorzaakt door het gebruik van en de handel in harddrugs. In § 11.5 komt de overlast veroorzaakt door coffeeshops aan de orde en § 11.6 gaat kort in op overlast als gevolg van grootschalige hennepkweek in woningen. In § 11.7 worden enkele lacunes in de informatie gesignaleerd en in § 11.8 volgt een samenvatting en conclusie. Bij de bespreking van de verschillende vormen van overlast wordt, voor zover mogelijk, een chronologische opbouw gehanteerd.

11.1.2 Gegevensbronnen

De informatie is afkomstig uit literatuur die over deze onderwerpen is verschenen sinds 1995. Voor het verzamelen van deze literatuur is gebruik gemaakt van diverse bibliotheken, maar ook zoekprogramma's op het internet zijn behulpzaam gebleken. De gebruikte zoektermen zijn 'drugs' en 'overlast', maar ook 'beleid' en 'maatregelen' op deze terreinen. Uiteindelijk zijn ruim 100 publicaties doorgenomen. Deze publicaties zijn gescreend op hun bruikbaarheid aan de hand van een analyseschema, waarin onder andere aspecten zijn opgenomen met betrekking tot de (wetenschappelijke onderbouwing van de) toegepaste methoden en technieken. Beleidsdocumenten zijn eveneens gebruikt; deze zijn niet gescreend op wetenschappelijke betrouwbaarheid. 68 publicaties zijn uiteindelijk meegenomen voor een beschrijving van de aard van de ervaren overlast, de getroffen maatregelen tegen deze overlast en de ontwikkelingen die zich (al dan niet als gevolg van die getroffen maatregelen) hebben voorgedaan in de ervaren overlast. Het gaat om inventariserend onderzoek, beleidsstukken, literatuurstudies en evaluatieonderzoek. De evaluatieonderzoeken bevatten meestal wel een nulmeting en een nameting, maar geen controlecondities. Wel zijn soms metingen uitgevoerd in controlegebieden, om bijvoorbeeld zicht te krijgen op mogelijke verplaatsingseffecten. Conclusies over causale verbanden zijn echter niet mogelijk, daarvoor is het aantal te gering en zijn de verschillen tussen de onderzoeksgebieden te groot.

'Drugsoverlast' is een diffuus verschijnsel. De Drugsnota 1995 merkt op: 'Voor de overlastproblematiek geldt dat deze net als de veel voorkomende vermogenscriminaliteit vaak te generaliserend en ongenuanceerd aan drugsverslaafden wordt toegeschreven' (p. 16).[2] Om het fenomeen 'overlast' af te bakenen wordt eerst gezocht naar een definitie.

11.2 Het verschijnsel 'drugsoverlast'

'Drugsoverlast' dekt een veelheid aan feitelijke of vermeende gedragingen die als onaangenaam, ongewenst, lastig, hinderlijk dan wel bedreigend worden ervaren.[4] Het is een containerbegrip met zowel objectieve als subjectieve componenten: 'nuisance is defined in terms of a wide range of human behaviours that are either inadmissible according to objective norms or subjectively inconveniencing'.[5]
In de literatuur worden diverse verschijningsvormen van overlast onderscheiden. Het gaat onder andere om straatvervuiling, crimineel gedrag, agressie en geweld. Criminaliteit en overlast zijn niet strikt van elkaar te scheiden. Dit blijkt uit de vaak in nationaal en internationaal gehanteerde categorisering van overlast in drie componenten, te weten: criminaliteit, verstoringen van de openbare orde en audiovisuele (subjectieve) overlast. Criminaliteit wordt dan gezien als een categorie binnen het fenomeen overlast. Het komt echter regelmatig voor dat (drugs)overlast het gevolg is van (drugs)criminaliteit.[6] Criminaliteit en overlast overlappen elkaar; ze kunnen onderdeel van elkaar uitmaken of in elkaar overvloeien. Ook de categorieën verstoringen van de openbare orde en audiovisuele overlast zijn niet wederzijds uitsluitend. Er bestaan voorbeelden van activiteiten die zowel de openbare orde verstoren als voor audiovisuele (subjectieve) overlast zorgen, zoals vechtpartijen of geluidshinder.[6]

Een ander onderscheid dat in de literatuur wordt aangetroffen, is dat tussen fysieke en sociale overlast. Bij sociale overlast gaat het om onaangepast gedrag in een sociale context, waarbij sprake is van een rechtstreekse interactie tussen de betrokken partijen. Gedacht kan worden aan een confrontatie tussen buurtbewoners en hangjongeren. Bij fysieke overlast gaat het voornamelijk om de gevolgen van deze sociale overlast, bijvoorbeeld om zwerfvuil.[7;8] Faber et al. (2007) onderscheiden bronnen van drugsoverlast en uitingen van drugsoverlast.[9] Bronnen zijn: verwervingscriminaliteit, agressie en geweld, afwijkend gedrag en ordeverstoring, drugspanden, handel(locaties), annexatie van de openbare ruimte en drugstoerisme. Uitingen zijn: lawaai, intimidatie, aanklampen, lastigvallen, bedelen, slapen op banken, gebruik in het openbaar, gebruik bij de toegang tot de eigen woning en ruzies, soms met wapens. Tot slot kan ook onderscheid worden gemaakt tussen strafbare en niet strafbare overlast en tussen publieke en private overlast.

Overlast kent altijd een perceptie-component.[10] Dat maakt de conceptualisering complex. De perceptie van drugsoverlast is namelijk afhankelijk van situationele factoren en van kenmerken van degenen die overlast ervaren. Renn en Lange (1996) deden een vergelijkende studie naar overlast veroorzaakt door 'open drugsscenes' in enkele Europese steden en vonden dat personen die veel overlast ervaren veel zijn blootgesteld aan 'drugsscenes'.[11] Korf et al. (1998) lieten zien dat persoonlijke ervaringen met drugs(gebruik) van invloed zijn op de houding tegenover drugsgebruik(ers).[12] Decorte et al. (2004) toonden aan dat er een samenhang is met onveiligheidsgevoel, gevoel van institutioneel wantrouwen ten aanzien van politie en gemeentebestuur en stemgedrag.[6] Snippe et al. (2000) wezen erop dat sociaal-demografische, economische factoren en leefstijlkenmerken van bewoners een rol spelen.[13]

Burgers kunnen dus in verschillende mate gehinderd worden door verschillende vormen van (drugs)overlast.

Uit het onderzoek van Decorte et al. komt tevens naar voren dat de perceptie van drugsoverlast verschilt naar de populatie die wordt bevraagd. Zij ondervroegen zowel bewoners als drugsgebruikers en sleutelfiguren naar hun beleving van drugsoverlast. Sleutelfiguren (beleidsmedewerkers, welzijnswerkers) zien drugsgebruikers eerder als slachtoffers of zorgbehoevenden als het gaat om hun drugsgebruik, terwijl bewoners hen eerder zien als een groep die voor overlast zorgt.

Tot slot speelt ook de maatschappelijke tolerantiedrempel een rol in de perceptie van drugsoverlast. Overlast staat de laatste jaren meer dan ooit tevoren centraal in zowel de publieke opinie als in de media en het politieke debat.[8] Dit beïnvloedt de perceptie van burgers. De wijze waarop verschillende activiteiten, situaties en gedragingen onder de noemer 'overlast' vallen is verder nog afhankelijk van de culturele tradities en de sociaal-economische status van een individueel land.[10] Overlast kan dus ook nog geïnterpreteerd worden als een sociaal construct dat afhankelijk is van de historische en sociaal-culturele context.[14]

Een laatste complicatie betreft het gegeven dat drugsoverlast soms lastig te isoleren is van overlast in algemene zin. Overlast kan namelijk in veel situaties niet eenduidig aan drugsgebruikers, drugsdealers of drugsproducenten worden toegeschreven.[4] Renn en Lange (1996) signaleren dat in veel gevallen onterecht een link wordt verondersteld tussen overlast en drugsgebruik(ers).[11] Overlast wordt in dergelijke gevallen geassocieerd met drugsgebruik(ers) terwijl deze overlast het gevolg is van andere factoren, zoals verloedering van de buurt of overlast door hangjongeren, alcoholisten of zwervers. Daarom wordt er vaak gesproken van 'drugsgerelateerde' overlast.[15]

Uit het bovenstaande kan geconcludeerd worden dat ervaren overlast per definitie subjectief is en niet zonder meer een functie is van een meer objectief bestaande overlast.

Ondanks de diffuse aard van het verschijnsel bestaat er in de literatuur een zekere overeenstemming over de relevante componenten. Snippe et al. (2000) sluiten hierbij aan.[13] Hun definitie is gebruikt in de Monitor Drugsoverlast die van 1996 tot en met 2002 periodiek in opdracht van het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK) jaarlijks is uitgevoerd. Overlast wordt daarin afgemeten aan:

- Criminaliteit. Deze vorm is expliciet vastgelegd en strafbaar gesteld in het Wetboek van Strafrecht. Vaak wordt hierbij onderscheid gemaakt naar geweld, vermogenscriminaliteit en overige criminaliteit.
- Verstoringen van de openbare orde. Hierbij gaat het vooral om het in bezit nemen van de openbare ruimte, bijvoorbeeld door samenscholingen van drugsverslaafden op straat, plein of in een plantsoen. Deze vorm is minder objectief, maar juridisch enigszins omschreven in de zogenoemde Algemene Plaatselijke Verordeningen (APV's). Deze gedragingen bestaan onder meer uit: op straat urineren; gebruik van alcohol op straat; illegaal tippelen; schreeuwen, tieren of op andere wijze hinderlijke geluiden verwekken; of zonder redelijk doel ophouden in portiek, poort of tegen een raamkozijn of drempel zitten of liggen.
- Audiovisuele overlast. Hierbij moet worden gedacht aan irritant, hinderlijk en onaangepast gedrag, zonder dat er sprake is van criminaliteit of ordeverstorende gedragingen zoals omschreven in wetten of in APV's.

Deze operationalisatie is in onderzoek op lokaal niveau in Nederland vaak gebruikt.[16;17] Het gaat dan om onderzoek onder burgers, die met behulp van verschillende vragen aangeven in welke mate de aangegeven vormen van drugsoverlast volgens hen in hun buurt voorkomen en in hoeverre zij die zelf ervaren.

Tussen 1997 en 2006 is in de Politiemonitor jaarlijks naar drugsoverlast gevraagd. Sinds 2006 is de meting een onderdeel van de Veiligheidsmonitor. Het begrip wordt hier gemeten met één enkele algemene vraag naar het voorkomen van drugsoverlast in de buurt. Internationaal is er de Eurobarometer, waarin ook gevraagd wordt naar ervaren drugsoverlast ('exposure to drug related problems').

11.3 Harddrugsoverlast

11.3.1 Wat waren de beleidsvoornemens?

11.3.1.1 Het probleem en de context
Het probleem rond harddrugs wordt in de drugsnota beschreven als: frequent gepleegde vermogensdelicten, zwerfgedrag van gebruikers, dealen van drugs en agressieve manieren van klantenwerving. De doelgroep van overlastgevende harddrugsverslaafden met een extreem onmaatschappelijke levenswijze wordt in 1995 geschat op ongeveer 5000 personen.[18] Dit probleem moet opgelost worden binnen de gegeven wettelijke context.

11.3.1.2 Uitgangspunt
Als uitgangspunt van de aanpak geldt dat hulpverlening prioriteit geniet boven bestraffing.

11.3.1.3 De beoogde aanpak
Het beleid om door harddrugsverslaafden veroorzaakte overlast te verminderen, is in januari 1994 gestart met een ambitieus programma. Voor dit beleid waren drie ministeries verantwoordelijk: Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Justitie, en Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK). De interdepartementale Stuurgroep Vermindering Overlast (SVO) diende het programma te sturen en te zorgen voor het ontwikkelen van een gedifferentieerd aanbod van zorgvoorzieningen in de verslavingszorg. Daarnaast dienden de mogelijkheden binnen de strafrechtketen intensiever te worden benut, met name door drangtoepassing, het verbeteren van de afstemming op regionaal niveau en het op landelijk beleidsniveau ontwikkelen van randvoorwaarden voor de regionale uitvoering.
In de Drugsnota 1995 worden deze voornemens onderstreept. Men wil de overlastproblemen te lijf gaan met een combinatie van bestuurlijke en strafrechtelijke maatregelen, met name in de grote steden, waar de problemen het ernstigst zijn. Daarnaast zijn er meer preventieve maatregelen gepland, zoals het streven naar een structurele verbetering van de veiligheid en leefbaarheid en naar de integratie van risicojongeren. Ook de methadonverstrekking moet de overlast verminderen.
De aanpak sluit aan bij en maakt deel uit van de veiligheidsafspraken in het grotestedenbeleid.[2] De bestrijding van overlast wordt lokaal vormgegeven.

11.3.1.4 Doelstelling en beoogde uitkomst
De beoogde integrale aanpak moet leiden tot vermindering van de overlast rond harddrugsgebruik.

Tabel 11.1 geeft de voornemens schematisch weer.

In het onderstaande wordt eerst ingegaan op de aard van de harddrugsoverlast. Daarna wordt de aanpak geschetst en tot slot wordt de vraag gesteld of de ontwikkelingen in harddrugsoverlast in de beoogde richting zijn gegaan.

11.3.2 Het probleem nader in kaart gebracht

Van der Torre en Hulshof (2001) onderscheiden verschillende harddrugsscenes: open, verhulde en geprivatiseerde.[19] De open drugsscene heeft de meeste overlast voor omwonenden tot gevolg. Een voorbeeld van de open drugsscene is Perron 0 in Rotterdam, die van 1987 tot 1994 heeft bestaan. Een open drugsscene wordt omschreven als het domein van straatdealers en (zwaar) verslaafde junkies. Zij treffen elkaar op alom bekende en geijkte locaties. Drugshandel en -gebruik hebben voornamelijk plaats in de openbare ruimte, doorgaans in het stadscentrum, vlak bij een vervoersknooppunt of aan de rand van het stadscentrum en een 'oude stadswijk'. Op deze locaties worden burgers relatief snel geconfronteerd met drugsgebruik en met criminele activiteiten, zoals drugshandel en verwervingscriminaliteit. De scene veroorzaakt overlast: zwerfvuil, bedelen en slapen in de openbare ruimte. Er is sprake van een niet aflatende reeks van incidenten, zoals geweldsincidenten, infectieziekten, drugsdoden, politieke meningsverschillen, conflicten tussen leden van de drugsscene en bewoners of winkeliers, commotie over een toename van het drugstoerisme en allerhande verwervingscriminaliteit. Om de

Tabel 11.1 Voornemens met betrekking tot harddrugsoverlast

Probleem:
- Vermogensdelicten door harddrugsverslaafden.
- Zwerfgedrag, (poly)drugsgebruik, achterlaten van spuiten door harddrugsverslaafden
- Verkoop van drugs.
- Harddrugstoerisme dat gepaard gaat met agressieve manieren van werving (drugsrunners) en overlast.

+

Context:
- bestuurlijke en strafrechtelijke wetgeving

↓

Basisprincipe/uitgangspunt:
- hulp gaat boven straf

↓

Beoogde aanpak:

Bestuurlijke maatregelen:
- Gecoördineerde inzet van lokaal bestuur, OM, hulpverleningsinstanties en politie waarbij de verslaafden consequent geconditioneerd worden door straf en beloning onder ferme regie
- Inrichting meldpunten overlast, bemiddeling.
- Instellen Interbestuurlijke Task Force Veiligheid en Verslavingszorg.
- Afspraken met grote steden voor een structurele verbetering van de veiligheid en leefbaarheid in het bijzonder in de sociaal meest kwetsbare wijken.
- Integratie van risicogroepen jongeren.
- Banenplan in de sector toezicht.

Strafrechtelijke maatregelen:
- Krachtig stimuleren van beleid gericht op opsporing en vervolging van de groep crimineel hoog-actieve verslaafden.
- Aanpassing van het daarop aansluitende zorgaanbod.
- Samenwerking met België en Frankrijk bij afstoppen drugsrunners en drugstoeristen.
- Opsporing en vervolging van leidende figuren achter lokale markten harddrugs.
- Stimuleren drang- en dwangtrajecten in buitenland.
- Uitzetting van buitenlanders die zich schuldig maken aan criminele overlast

Juridisch instrumentarium:
- Tegengaan van drugshandel vanuit woningen door tijdelijke sluiting door middel van wijziging Gemeentewet.

Overige interventies:
- Methadonverstrekking.

↓

Beoogde uitkomst:
- Minder harddrugsoverlast.

kwetsbaarheid van het dealen op straat te beperken, worden deals voorbereid (onder andere per mobiele telefoon) of snel uitgevoerd. Als locatie (beschut), tijdstip (avond en nacht) en de mate van toezicht zich ervoor lenen, nemen dealers en hun loopjongens bepaalde locaties min of meer in bezit. Dit wordt door Van der Torre en Hulshof 'privatisering' genoemd.[19]
De afgelopen jaren komt overlast als gevolg van open drugsscenes nauwelijks nog voor, terwijl de handel in dealpanden, meestal woningen, in de ene gemeente vaker voorkomt dan in de andere. De handel lijkt zich in het algemeen steeds meer naar de straat te verplaatsen. De overlast lijkt hier enigszins te worden ingeperkt door het gebruik van mobiele telefoons.

Het soort harddrugs dat wordt gebruikt lijkt zijn weerslag te hebben op de veroorzaakte overlast. Met de opkomst van kant-en-klare, gekookte cocaïne begin jaren negentig van de vorige eeuw, ook wel basecoke genoemd, heeft zich een verandering voorgedaan in het gebruikspatroon en het gedrag van harddrugsverslaafden.[20-22] Door het gebruik van basecoke is er sprake van meer gejaagdheid, onrust en geweld in de harddrugsscene. De gebruikers van snuifcoke, voornamelijk terug te vinden in het uitgaanscircuit, veroorzaken door hun gebruik en/of de handel in deze vorm van cocaïne nauwelijks overlast.[4;23]

Uit enkele onderzoeken, die een beschrijving geven van overlastgevende harddrugsverslaafden, kan een aantal achtergrondkenmerken van deze groep worden achterhaald. Drugsverslaafde, langdurige, stelselmatige overlastveroorzakers in Groningen, in 2001 geschat op 30 tot 40 personen, zijn voornamelijk mannen.[17] Het betreft harddrugsgebruikers die met grote regelmaat en jaren achtereen voorkomen in de registraties van de politie, zowel voor overtredingen van de APV als als verdachte van misdrijven. De gemiddelde leeftijd van de in dit onderzoek nader onderzochte representatieve afspiegeling van de doelgroep is 39 jaar. De meerderheid (twee derde) is van Nederlandse afkomst, hoewel er zich ook Antillianen, Surinamers en Marokkanen onder deze subgroep bevinden. De achtergrondkenmerken van de doelgroep van Verantwoord Schoon, een overkoepelend programma dat zich vanaf 1998 in Rotterdam heeft gericht op het ontwikkelen van aanvullende oplossingen voor de drugsproblematiek in de Rotterdamse deelgemeenten, verschillen nauwelijks van de Groningse overlastveroorzakers.[24] De doelgroep van Verantwoord Schoon zijn de problematische dak- en thuisloze polydrugsgebruikers. De voor de evaluatie van Verantwoord Schoon geïnterviewde leden van deze doelgroep, in totaal

121 personen, zijn gemiddeld eveneens 39 jaar. Het merendeel is man, hoewel zich in één van de twee onderzochte wijken relatief veel vrouwen bevinden. Dit is het gevolg van de dan nog aanwezige tippelzone in het onderzoeksgebied. De meeste leden van de doelgroep hebben geen opleiding of een opleiding op lager niveau, terwijl hier ruim een derde van niet-Nederlandse afkomst is. In Utrecht lijken zich meer allochtonen (de helft) onder de straatgroep drugsgebruikers te bevinden.[25] De groep harddrugsgebruikers die het stadscentrum van Utrecht bezoeken voor een drugsaankoop bestaat verder voor meer dan 80% uit mannen van gemiddeld boven de 35 jaar. De meerderheid gebruikt zowel cocaïne als heroïne, terwijl minder dan de helft deel neemt aan een methadonprogramma. Ongeveer de helft is dakloos, van wie bijna drie kwart wel eens buiten slaapt.

Recent wordt de groep van langdurige problematische harddrugsgebruikers ook voor een groot deel aangetroffen onder de noemer 'veelplegers'. Het gaat hier om gebruikers die zeer veel criminele overlast veroorzaken. Koffijberg (2007) deed onderzoek naar zeer actieve veelplegers in Amsterdam.[26] Van de rond 900 zeer actieve veelplegers in Amsterdam houden zich er ongeveer 500 op in het centrum. Naar schatting 90% van deze groep is verslaafd, terwijl bij ongeveer 70% sprake is van een onstabiele woonsituatie. Bij een groot aantal verslaafde veelplegers is bovendien sprake van ernstige psychiatrische problemen. Hoofdstuk 10 gaat in op delicten gepleegd door deze drugsgebruikers. De groep die zich niet schuldig maakt aan overtredingen van het wetboek van strafrecht, maar wel veel overlast veroorzaakt in de vorm van APV-overtredingen (12 of meer APV-overtredingen in één jaar) bestaat in de regio Amsterdam-Amstelland uit ongeveer 260 personen.

Conclusie

Met name open drugsscenes zorgen voor harddrugsoverlast – deze komen echter nauwelijks meer voor. Door het gebruik van basecoke (naast opiaten) is aan de overlast ook een dimensie van agressie, onrust en geweld toegevoegd. Veroorzakers zijn vooral mannelijke langdurige polydrugsgebruikers van rond de 40 jaar met een onstabiele woonsituatie.

11.3.3 Is de beoogde aanpak gerealiseerd?

Er zijn in de onderzochte periode diverse projecten uitgevoerd en voorzieningen geïntroduceerd. Het gaat om maatregelen gericht op zorg, repressie en bestuursrechtelijk ingrijpen, veelal toegepast in een integrale lokale aanpak. De regering heeft hiertoe convenanten gesloten met middelgrote en grote steden (30 in 2004).[10] Daarnaast is via het strafrecht ingezet op de drangbenadering en de Strafrechtelijke Opvang van Verslaafden (SOV). Op drang en dwang is in hoofdstuk 9 ingegaan.
De maatregelen hebben veelal een tweeledig doel: het verminderen van de overlast enerzijds en het verbeteren van de situatie van de overlastveroorzaker anderzijds.

Overlastprojecten en interventies
De Bie et al. geven in 1997 al een vrij uitgebreid overzicht van de diverse overlastprojecten (voornamelijk voor harddrugsverslaafden) die destijds in Nederland aanwezig zijn.[16] De gehanteerde indeling lijkt momenteel nog steeds actueel te zijn. De volgende veertien mogelijkheden worden onderscheiden: dagopvangcentra, nachtopvangcentra, dagactiviteiten, woonruimteprojecten, resocialisatietrajecten, boerderijproject, gebruiksruimten, tippelzones, decentralisatie en deconcentratie, uitbreiding ambulante zorg, dwang- en drangprojecten, repressie en toezicht, meldpunten en particuliere (buurt)initiatieven. Veel van dergelijke projecten zijn in gemeenten opgezet in het kader van de Nota Overlast in de periode 1994-1998.
Broër en Noyon (1999) evalueerden projecten in de 26 gemeenten die in het kader van de Nota Overlast subsidie hebben ontvangen van de Stuurgroep Vermindering Overlast (SVO).[27] Deze stuurgroep had de controle en begeleiding in handen van het overlastbeleid uit de Nota Overlast. De onderzoekers zagen dat de samenwerking tussen de betrokken organisaties vaak een lange aanloop nodig had. Ze concluderen dat vier jaar overlastbeleid heeft bijgedragen aan een verfijning en uitbreiding van de verslavingszorg. Er leek een circuit van voorzieningen te zijn ontstaan waar verslaafden op verschillende momenten gebruik van maken.

Gebruiksruimten en methadonverstrekking
Sinds het midden van de jaren negentig zijn in steeds meer gemeenten zogenoemde gebruiksruimten geopend, waar (dakloze) harddrugsverslaafden hun eigen meegebrachte heroïne of cocaïne kunnen gebruiken. In de Spanjaardstraat in Rotterdam is destijds de eerste door de gemeente aangewezen en mede op initiatief van omwonenden ontwikkelde gebruiksruimte geopend. De methadonverstrekking vindt in Nederland goed georganiseerd plaats.

Integrale aanpak

In veel gemeenten is de afgelopen jaren een integrale aanpak van drugsoverlast ontwikkeld, een combinatie van repressie en zorg waarbij alle relevante partijen (politie, justitie, gemeente, hulpverlening, opvang) zijn betrokken.[c] Een voorbeeld is de interventie die in 2001 in Utrecht heeft plaatsgevonden. Deze betrof het fysiek ontoegankelijk maken van een concentratielocatie.[22] Die interventie werd ondersteund door repressie vanuit politiezijde die nieuwe concentraties moest voorkomen en drugsgebruikers in de gewenste richting moest dirigeren. Deze gewenste richting is de andere kant van de interventie: het scheppen van mogelijkheden tot binnen gebruiken van drugs in gebruiksruimten, in de tijd gevolgd door de uitbreiding van opvang en huisvesting voor harddrugsgebruikers.

Een voorbeeld van een project in deze zin is het Rotterdamse Verantwoord Schoon. Dit had primair tot doel het verminderen van drugsoverlast en tegelijkertijd het verbeteren van de gezondheidssituatie van dak- en thuisloze drugsgebruikers.[24] Om dit doel te bereiken werd ingezet op huisvesting en gebruikersruimten voor dak- en thuisloze harddrugsverslaafden, het interveniëren in de aanbodzijde van de drugsmarkt, het betrekken van bewoners bij voorzieningen en de spreiding van de overlastveroorzakers over de stad. Uit de evaluatie van dit project blijkt dat het aantal individuele woningen voor dak- en thuisloze drugsverslaafden in de deelgemeenten is behaald.[24] Gebleken is ook dat de animo bij corporatie, buurtbewoners en bij drugsgebruikers voor groepsgewijs wonen is afgenomen. Het opzetten van gebruiksruimten verspreid over Rotterdam is eveneens behaald, per ruimte zijn destijds 20-30 vaste gebruikers aanwezig. Van interventies op de aanbodzijde van de drugsmarkt is echter weinig tot niets tot stand gekomen. De geïnterviewde dak- en thuisloze drugsgebruikers lijken na verloop van tijd minder enthousiast te zijn over de genomen maatregelen. De harde kern van de doelgroep wordt nog niet voldoende bereikt door de maatregelen van Verantwoord Schoon. Hoewel bij bewoners draagvlak is gecreëerd voor het opzetten van voorzieningen, lijkt dit draagvlak alleen te blijven bestaan wanneer er overlastreductie optreedt. De spreiding van voorzieningen over de gemeente is niet gerealiseerd doordat de dak- en thuisloze verslaafden alleen opgevangen werden in het deel van de stad waar ze al verbleven. Met andere woorden: waar de drugsproblematiek het grootst is, zijn de meeste voorzieningen gecreëerd. Dit is overigens geen onbekend verschijnsel. Veelal wordt er van uit gegaan dat drugsverslaafden geen gebruik maken van voorzieningen die zich (te) ver buiten hun leefgebied bevinden.[28] De zoektocht van harddrugsverslaafden naar drugs en geld vindt vrijwel zonder uitzondering plaats in het centrum van steden. Dit heeft tot gevolg dat ook het gebruiken van drugs in het centrum plaatsvindt. Verslaafden, met name de doelgroep van gebruiksruimten, hebben niet de tijd en de rust om hun drugs te bewaren en deze elders te gaan gebruiken. Bovendien beschikt deze groep veelal niet over een (eigen) woonruimte waar de drugs gebruikt kunnen worden. Gebruiksruimten zijn dan ook vrijwel altijd gevestigd in of aan de rand van het centrum, bij het centraal station, of soms bij een politiebureau.

Aanpak drugsrunners: Alijda

In de tweede helft van de jaren negentig wordt in Rotterdam geconstateerd dat de drugsoverlast, ondanks een groot aantal maatregelen nog steeds een probleem is. Door de operatie Victor zijn vele dealpanden gesloten, zijn huizen van waaruit werd gehandeld verbeurd verklaard en zijn drugstoeristen en overlastgevende verslaafden aangepakt. Vervolgens is de handel nader in kaart gebracht en zijn mogelijkheden voor de aanpak hiervan nader onderzocht. Dit heeft in 1998 geleid tot de werkgroep Alijda: een gezamenlijke aanpak van drugsrunners en -dealers. Deze aanpak is in 2000 geëvalueerd.[29] Daarbij is onder andere gekeken naar de effectiviteit van de bestuurlijk-juridische instrumenten die zijn ingezet. Drugsrunners worden in eerste instantie strafrechtelijke aangepakt, vervolgens wordt met alle betrokken partners (onder andere Belastingdienst, FIOD, Sociale Zaken en Werkgelegenheid en IND) gekeken welke maatregelen nog meer mogelijk zijn. In totaal zijn er op dat moment ruim 1200 personen bekend die als drugsrunner opereren.

Gebiedsontzeggingen en verwijderingsbevelen

In een artikel van Littooij (2003) wordt nader ingegaan op art. 172 lid 3 Gemeentewet: de mogelijkheid van de burgemeester om aan overlastgevende personen gedurende langere tijd de toegang tot een gebied te ontzeggen.[30] Naar aanleiding van langdurige, ernstige overlast waartegen bewoners in opstand zijn gekomen, heeft de burgemeester van Rotterdam in overleg met de hoofdofficier van justitie en de korpschef besloten om als ultimum remedium gebruik te maken van dit artikel in de Gemeentewet. Hij heeft medio 2002 aan 38 personen daadwerkelijk bevolen dat zij zich gedurende zes maanden tussen 06.00 en 18.00 uur niet mogen bevinden in de deelgemeente Delfshaven. Personen die het bevel negeren zouden op grond van art. 184 Wetboek van Strafrecht worden vervolgd. De duur van de verblijfsontzegging moet hulpverleners de tijd geven een traject voor de overlastveroorzakers in kwestie op gang te brengen. De mogelijkheid die de APV biedt tot een verblijfsont-

[c] Ook in een aantal andere EU-landen (België, Groot-Brittannië, Ierland, Luxemburg) is drugsoverlast een belangrijke focus geworden voor het nationale drugsbeleid en ook hier wordt de drugsoverlast integraal aangepakt.[10]

zegging voor een periode van maximaal veertien dagen wordt dan ook als te kort beoordeeld. Na een bespreking van de rechtsgang omtrent de langdurige gebiedsontzegging komt Littooij tot de conclusie dat de uitspraak van de rechter, ondanks een introductie van het vierwekencriterium, de mogelijkheid open laat voor een gebiedsontzegging voor een langere periode. Een periode van acht tot twaalf weken wordt daarbij als denkbaar geopperd. Gelijktijdig wordt opgemerkt dat gebiedsontzeggingen op zich niet meer dan een beperkte toegevoegde waarde hebben. In een palet van maatregelen om de drugsoverlast tegen te gaan, wordt het als een krachtig instrument beschouwd. Er wordt volgens Littooij mee aangegeven dat het belang van bewoners prevaleert boven dat van overlastgevers.
In drie gebieden in Amsterdam is het verwijderingsbevel ingezet in de strijd tegen overlast.[26] Het verwijderingsbevel is een bestuursrechtelijk instrument dat wordt ingezet om een einde te maken aan het overlastgevende gedrag en herhaling hiervan te voorkomen. De bevelen kunnen sinds begin 2006 worden uitgereikt voor minimaal 24 uur en maximaal drie maanden (met tussenstappen van veertien dagen en een maand). In Amsterdam wordt het verwijderingsbevel sinds begin 2006 inderdaad uitgereikt voor een periode van maximaal drie maanden.

Beter zicht op populatie
Een ontwikkeling die zich verder in de aanpak heeft voorgedaan, betreft het zicht op de overlastgevers. Bij een inventarisatie van overlastveroorzakers in de Groningse binnenstad uit 1997 wordt aangegeven dat deze doelgroep grotendeels een hidden population is.[16] Ruim tien jaar later is deze situatie veranderd. Vrijwel alle grote gemeenten beschikken, onder andere in het kader van de veelplegersaanpak, over lijsten met namen en gegevens van overlastveroorzakers. Daarbij wordt door alle disciplines samengewerkt, zodat minder sprake is van onvolledige, selectieve schattingen, bijvoorbeeld van alleen overlastveroorzakers die door de politie zijn geregistreerd.

Knelpunten
Bij diverse projecten (Groningen, Haarlem) heeft zich het zogenoemde NIMBY-effect voorgedaan. Het Not In My Back Yard-effect is een veelvoorkomende reactie van buurtbewoners op de komst van een voorziening voor (in dit geval) harddrugsverslaafden. Buurtbewoners vinden de voorzieningen op zich prima, zijn ook van mening dat de doelgroep recht heeft op de hulp die de voorziening te bieden heeft, maar willen niet dat een dergelijke voorziening in hun eigen buurt wordt gevestigd. Gevreesd wordt voor een toename van de overlast door een mogelijke aanzuigende werking van de voorziening en het rondhangen van verslaafden rond de voorziening. In de steden waar de ervaren drugsoverlast voorafgaande aan en na instelling van dergelijke voorzieningen (meestal gebruiksruimten) is gemeten, blijkt echter dat de gevreesde toename van overlast rond de voorziening niet plaatsvindt.[32-35] Veel voorzieningen, zoals ook de hostels in Utrecht, hebben het omgevingsbeheer en aanwijzingen waar buurtbewoners met overlastmeldingen terechtkunnen, in hun plannen van aanpak opgenomen.[36]

Kosten
Van de kosten van de aanpak van drugsoverlast is geen overzicht beschikbaar. De projecten zijn deels gefinancierd door verschillende ministeries en deels door de gemeenten zelf. Het volgende is bekend.
Het budget voor de vermindering van drugsoverlast bedroeg in 1995 37 miljoen gulden, in 1996 49,5 miljoen gulden en in 1997 60 miljoen gulden.[37] Bij de toedeling van de gelden was onder meer als criterium gehanteerd dat er sprake moest zijn van een integrale benadering die zowel aandacht heeft voor preventie, zorg en detentie als resocialisatie. Tevens diende duidelijk te zijn dat de verschillende actoren, zoals verslavingszorg (ambulant en intramuraal), politie, justitie, reclassering, gemeentelijke diensten en penitentiaire inrichtingen, alle een verantwoordelijkheid zouden hebben bij het verwezenlijken van de vermindering van de overlast. Daarnaast is in de Drugsnota 1995 vermeld dat de preventie en bestrijding van overlast onderdeel uitmaken van de veiligheidsafspraken in het grotestedenbeleid.[2] De kosten die met de aanpak van drugsoverlast zijn gemoeid, zijn sindsdien lastig traceerbaar.
Van specifieke drugsoverlastbestrijdingsprojecten zijn de bedragen bekend die daaraan door ministeries worden besteed. Het ministerie van Justitie heeft het overlastproject Hektor in de periode 2001-2004 jaarlijks met ruim € 1,2 miljoen gesubsidieerd. In 2005 heeft de Tweede Kamer ingestemd met een amendement dat ertoe strekte om de gemeente Venlo een subsidie van € 1,5 miljoen toe te kennen ter voortzetting van het project Hektor.38 Sinds 2001 heeft het ministerie ruim € 6 miljoen bijgedragen een de bestrijding van drugsoverlast in Venlo. Daarnaast heeft de gemeente Venlo een veelvoud van dit bedrag bijgedragen; vooral met de verwerving en herbestemming van drugspanden in de binnenstad zijn tientallen miljoenen euro's gemoeid.[39]
In de gemeente Heerlen is Operatie Hartslag uitgevoerd in de periode 2001-2004. Uit de evaluatie blijkt dat voor de bestrijding van de overlast in Heerlen een bedrag inclusief bemoeizorg werd begroot van ruim € 26 miljoen. Hiervan is bijna € 13 miljoen gefinancierd door de ministeries van BZK, Justitie en VWS. De projectpartners hebben daarnaast een groot gedeelte van hun ingezette capaciteit voor Operatie Hartslag gefinancierd uit eigen middelen. Voor deze partners is het niet mogelijk de specifieke kosten voor het project inzichtelijk te maken.[40]

Conclusie

Er zijn veel maatregelen getroffen tegen harddrugsoverlast. Gemeenten hebben verschillende overlastprojecten in uitvoering genomen, hierbij gestimuleerd door landelijke financiële en beleidskaders. Er zijn voorzieningen gecreëerd om de overlast in te perken en er is een integrale aanpak gevolgd, waarbij sprake is van een combinatie van repressie, opvang en hulpverlening. Veel projecten hadden een lange aanloop nodig, met name wat betreft de samenwerking.

11.3.4 Zijn de beoogde uitkomsten met betrekking tot harddrugsoverlast behaald?

Is de harddrugsoverlast verminderd? Dat is de vraag die hier wordt onderzocht. De effectiviteit van de verschillende maatregelen is nauwelijks onderzocht; dat wil zeggen: er zijn geen studies met een (quasi-)experimentele opzet die gevonden resultaten causaal kunnen koppelen aan de genomen maatregelen.

Enkele onderzoeken laten zien dat de overlastprojecten weinig uithalen:

- Bröer en Noyon (1999) hebben onderzocht in hoeverre de overlast en criminaliteit van harddrugsgebruikers is teruggedrongen als gevolg van de overlastprojecten die (mede) werden bekostigd door de Stuurgroep Vermindering Overlast. Bröer en Noyon komen tot de conclusie dat van de 120 projecten minder dan tien een aantoonbare positieve bijdrage hebben geleverd aan het geheel van maatregelen om overlast te bestrijden.[27] De resultaten van de projecten waren over het geheel genomen beperkt. Weinig verslaafden bleken gestopt met gebruik als gevolg van deelname aan een programma. Ook bleek maar voor weinig verslaafden de weg naar een zelfstandig en gereguleerd bestaan haalbaar. Hier tegenover staan wel de opgedane ervaringen hoe overlast in het openbaar verminderd kan worden. Zo blijkt een duidelijk positief effect op overlast van harddrugsverslaafden door dagopvang, vooral in combinatie met een gebruiksruimte, geflankeerd door een gericht optreden van de politie. Verslavingszorg op zich, evenals repressie zonder meer, brengt geen oplossing voor overlast.[27]
- In onderzoek naar vijftien stelselmatige harddrugsverslaafde overlastveroorzakers in Groningen lijken hulpverlening en opvang weinig vat te hebben op de veroorzakers en hun overlastgevend gedrag.[17] Op basis van analyses van registratiegegevens, gesprekken met hulpverleners en de overlastveroorzakers zelf wordt geconcludeerd dat om de effectiviteit van de maatregelen te vergroten intensiever contact met de doelgroep noodzakelijk is. De gebruikelijke contacten met de hulpverlening zijn meestal te schaars en te vluchtig. Een belangrijke succesfactor voor het structureel verminderen van overlast lijkt het hebben van woonruimte te zijn (mits onder intensieve begeleiding van de hulpverlening). Daarnaast zijn ook van belang: een stabielere leefsituatie; het onder controle hebben van een psychische stoornis door regelmatig medicijngebruik; en de afname van fysieke krachten door ziekte of ouder worden. De overlast kan in deze Groningse situatie niet worden geweten aan capaciteitsproblemen bij de opvang of de hulpverlening, hoewel de reclassering wel kampt met dergelijke problemen. Bij de aanpak van de overlast is samenwerking tussen instellingen essentieel. Die samenwerking was in Groningen destijds in aanzet zeker aanwezig. Een knelpunt blijkt echter het gebrek aan inhoudelijk contact met de overlastveroorzaker zelf.
- Eerder, in 1997, werd dit knelpunt ook al door Noyon en Hospers (1997) beschreven.[41] Volgens hen zijn er twee knelpunten bij het uitvoeren van het overlastbeleid. Ten eerste de gebrekkige kennis over de doelgroep van overlastgevende verslaafden. Ten tweede geven zij aan dat aan het begin en het eind van de keten van overlastbestrijding voorzieningen worden gemist. Het betreft het opsporen van verslaafden en het reïntegreren in de samenleving. Dit zijn lastige voorzieningen waar zware inspanningen voor nodig zijn, terwijl gemeenten hierin destijds vaak nogal laks waren, aldus Noyon en Hospers (1997).[41]

Er zijn enkele voorbeelden waaruit naar voren komt dat de overlast zich na een strengere aanpak verspreidt naar andere gebieden.

- Rotterdam kent met name in het midden van de jaren negentig veel dealpanden. Er wordt dan ook de nodige overlast door bewoners ondervonden van drugsgebruik en -handel in woonpanden. De bestuursdienst van de gemeente Rotterdam heeft in 1997 een handleiding ontwikkeld voor de aanpak van drugsoverlast in woonpanden.[42] Hoewel er geen harde bewijzen voor zijn, lijkt het er op dat zowel de sluiting van Perron 0 en later de sluiting van dealpanden tot gevolg hebben gehad dat de handel zich steeds meer op straat is gaan afspelen, verspreid over verschillende Rotterdamse deelgemeenten en buurten binnen die deelgemeenten. De (zichtbare) overlast is hierdoor afgenomen.[43]
- In Utrecht is onderzoek gedaan naar de gevolgen van de sluiting van de tunnel onder het winkelcentrum Hoog Catharijne.[22] De sluiting vond plaats in samenhang met de opening van een aantal gebruiksruimten. De Utrechtse situatie midden jaren negentig wordt als een open drugsscene beschouwd: een bij drugs-

gebruikers en -dealers bekende ontmoetingsplaats waar verkoop van heroïne en cocaïne plaatsvindt. Een dergelijke open scene is bovendien bij gebruikers landelijk bekend, wat een aanzuigende werking heeft op gebruikers uit andere steden. Het fenomeen is verder zichtbaar voor omwonenden en passanten, wat leidt tot klachten bij politie en verantwoordelijke bestuurders. Wildschut e.a. (2003) toont aan dat de Utrechtse drugsscene na de tunnelsluiting verandert van een geconcentreerde open drugsscene naar een verspreide/versnipperde open scene en alle daarmee samenhangende activiteiten.[22] Er trad uitwaaiering op naar het stadscentrum en deels naar de buitenwijken. Deze uitwaaiering leidt er enerzijds toe dat drugsgebruikers en drugsgerelateerde verschijnselen op meer plaatsen zichtbaar zijn en (dus) door meer mensen worden gezien, hetgeen in het algemeen leidt tot een vergroting van de ervaren overlast. Tevens heeft de beperking van de bewegingsvrijheid van drugsgebruikers in de openbare ruimte geleid tot een negatieve invloed op de sfeer in de scene, wat op zijn beurt heeft geleid tot meer geweldsgebruik en mogelijk ook tot een toename van het basecokegebruik.[22]

- Ook ander onderzoek laat zien dat de gang van zaken in hedendaagse scenes niet meer zo zichtbaar is[19] en dat er geen open drugsscenes meer zijn.[43] De oorzaak hiervan wordt gezocht in de economische mogelijkheden van de ontwikkeling en uitbating van grond rond en in het centrum van steden. De meeste huidige drugsscenes lijken gevestigd in buurten met een beperkt aantal of eenzijdige primaire functies en met een slecht aanbod en beheer van woningen. Een drugsscene spreidt zich veeleer uit over één of enkele achterstandsgebieden in achterstandsbuurten, dan dat zij voor langere tijd zichtbaar is geconcentreerd in één of enkele straten.
- De gevolgen van de Alijda-aanpak voor de ervaren drugsoverlast zijn niet met cijfers hard te maken. Een deel van de aangepakte drugsrunners komt na de aanpak echter niet meer in de registraties van de politie voor. De verwachting is dan ook dat de audiovisuele overlast door drugsrunners is verminderd: zij zijn door de aanpak voorzichtiger en minder in het zicht gaan opereren.

Van der Torre en Hulshof (2001) geven aan dat de verandering van drugsscenes in de vorm van een toename van verhulde en geprivatiseerde drugsscenes en een afname van open drugsscenes, een herijking noodzakelijk maakt van de bestaande dominante beleidstheorie bij het bestrijden van criminaliteit en overlast van drugsscenes.[19] Zij noemen als richtlijnen: het streng optreden tegen ontoegankelijke deallocaties; het hard optreden tegen zichtbare criminele drugsinfrastructuren; het met behulp van het netwerk van (drugs)hulpverleners en gebiedsgebonden politiezorg eerder en meer informatie bijeen brengen over de gang van zaken op straat en die doeltreffend benutten; en het tijdig agenderen van signalen bij de korpsleiding en het gemeentebestuur. Daarbij wordt door Van der Torre en Hulshof ook gewezen op de belangrijke rol van bewonersprotest tegen drugsoverlast.

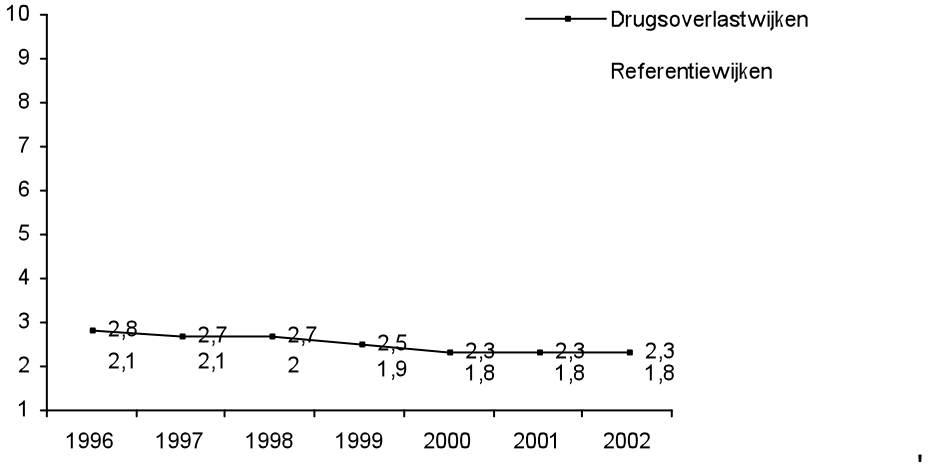
Naast verspreiding en verplaatsing zijn er echter ook bevindingen die erop wijzen dat de omvang van de straatgroep drugsgebruikers en de overlast is afgenomen.

- Ten behoeve van de Integrale Veiligheidsrapportage van het ministerie van Binnenlandse Zaken is een vragenlijst ontwikkeld voor het meten van de aard en omvang van door buurtbewoners persoonlijk ervaren drugsoverlast.[44] In deze zogenoemde drugsmodule, die als zelfstandig onderdeel aan de Politiemonitor en leefbaarheidenquêtes kan worden toegevoegd, wordt gevraagd naar voorvallen die te maken hebben met handel in of gebruik van drugs in hun buurt. Daarbij wordt eveneens gekeken naar de daadwerkelijk ervaren hinder als gevolg van deze voorvallen. Het gaat om voorvallen die betrekking kunnen hebben op straatprostitutie, dealpanden, coffeeshops en vervuiling en annexatie van de openbare ruimte door drugsverslaafden. Voor het monitoren van door buurtbewoners ervaren drugsoverlast zijn dertien gemeenten geselecteerd waarin sprake is van buurten met een substantiële drugsoverlast. Het betreft buurten waar met name de problematiek rond harddrugs een rol speelt. In overleg met deze gemeenten zijn destijds per gemeente twee buurten geselecteerd: de buurt met de meeste drugsoverlast en een, voor zover mogelijk, vergelijkbare referentiebuurt waar niet of nauwelijks sprake is van drugsoverlast.

  Uit de jaarlijkse metingen in de periode 1996-2002 blijkt dat de door buurtbewoners ervaren hinder als gevolg van drugsoverlast significant is afgenomen (figuur 11.1). De significante daling geldt voor zowel drugsoverlastwijken als voor referentiewijken, maar de daling is het grootst in de drugsoverlastwijken. Overigens laat een score van 2,8 op een schaal van één tot tien zien dat de meeste bewoners geen of relatief weinig drugsoverlast ervaren.

  Het blijkt dat de ervaren drugsoverlast vooral tussen 1998 en 2000 is afgenomen. De afname in ervaren drugsoverlast tussen 1998 en 2000 zet zich echter in de periode 2000-2002 niet voort. Deze stagnatie bleek eveneens uit de resultaten van de Politiemonitor Bevolking in dezelfde periode. De daling is echter minder groot dan de daling in het voorkomen van drugsgerelateerde overlast, zoals gemeten wordt met de Politiemonitor Bevolking. Dit duidt erop dat de door bewoners daadwerkelijk ervaren hinder minder snel daalt dan het überhaupt voorkomen van drugsoverlast. Bovendien speelt in deze wijken overlast

Figuur 11.1 Scores[1] voor ervaren drugsoverlast in overlastwijken en referentiewijken, 1996-2002

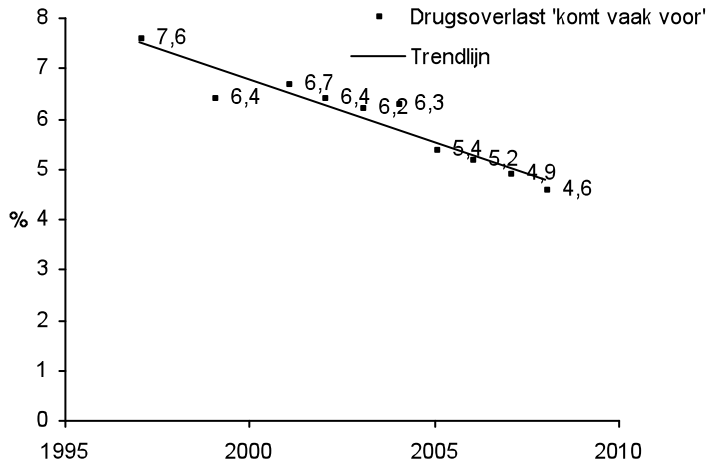


I. Het gaat om scores op een schaal van 1 tot 10. 1 = geen overlast, 10 = altijd overlast. Bron: Snippe et al., 2003[45]

van harddrugs een grotere rol dan overlast van coffeeshops. Hieruit kan overigens niet worden geconcludeerd dat harddrugsoverlast minder snel afneemt dan overlast van coffeeshops.

- De afname wordt veroorzaakt door een vermindering van diverse vormen van drugsgerelateerde openbare-ordeoverlast en audiovisuele overlast in de overlastwijken; dit is vooral het geval tussen 1998 en 2000.[45] Na 2000 neemt de overlast nog verder af als gevolg van de minder vaak door buurtbewoners ervaren annexatie van de openbare ruimte door drugsverslaafden en de eveneens minder vaak ervaren overlast van straatprostitutie. Daarentegen is tussen 2000 en 2002 de overlast van dealpanden onveranderd gebleven, terwijl de overlast van coffeeshops in de dertien overlastwijken in deze periode is toegenomen.
- In de Politiemonitor Bevolking is in 1997 voor het eerst de mate van drugsoverlast in woonbuurten gemeten.[46] Hierbij wordt gevraagd naar het vóórkomen van drugsoverlast. Dit kan met andere woorden ook positief worden beantwoord, zonder dat de betreffende bewoners er hinder van ondervinden. Om welk type overlast het precies gaat, is niet duidelijk. De drugsoverlast is volgens bewoners afgenomen in de periode 1997-2008 (figuur 11.2). Het betreft een sterke daling. In 1997 geeft gemiddeld 7,6% van de bewoners aan dat naar hun mening drugsoverlast vaak voorkomt in hun buurt. In 2008 is nog gemiddeld 4,6% van de bewoners van mening dat drugsoverlast in hun woonbuurt vaak voorkomt. Deze daling is met name gerealiseerd in de eerste periode (1997-1999) en in de laatste periode (2005-2008). In de tussenliggen jaren (2000-2004) lijkt vooral sprake te zijn van een stabilisering van de drugsoverlast, zoals ook hierboven te zien is. In de bijlage bij hoofdstuk 11 op pagina 311 worden de resultaten per politieregio weergegeven. De daling doet zich vooral voor in sterk verstedelijkte regio's.

Figuur 11.2 Percentage van Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder dat van mening is dat drugsoverlast in de eigen woonbuurt vaak voorkomt, 1997-2008[1]



I. De gegevens tot en met 2005 zijn door de overschakeling van de Politiemonitor Bevolking naar de Veiligheidsmonitor Rijk niet zonder meer vergelijkbaar met die vanaf 2006. Bron: B&A Groep en Intomart (1997-2005); CBS (2006- 2008).

- De evaluatie van de eerste gebruiksruimte, die in Rotterdam, heeft laten zien dat deze ruimte bijdroeg aan de vermindering van diverse vormen van drugsoverlast in de directe omgeving van de gebruiksruimte, met uitzondering van de overlast door dealpanden.[35]
- Hoewel het geen specifieke maatregelen zijn tegen drugsoverlast, is gebleken dat ook de verstrekking van heroïne onder medisch toezicht en woonvoorzieningen zoals de hostels in Utrecht bijdragen aan het verminderen van overlast.

Verder zijn er onderzoeken met een overwegend positief resultaat, waarbij toch ook verplaatsingseffecten zijn gevonden, en onderzoeken met een minder eenduidig resultaat:

- In de evaluatie van de toepassing van de verwijderingsbevelen in Amsterdam in de periode voor 2006 komt naar voren dat de verwijderingsbevelen een bijdrage lijken te leveren aan de veiligheid. Een causaal verband kon niet worden vastgesteld.[26] Wel concluderen de onderzoekers dat er sprake is van een dalende tendens, hetgeen eveneens blijkt uit veiligheidsschouwen van buurtbewoners. Ook overige respondenten zijn van mening dat de overlast binnen de overlastgebieden is afgenomen, waaraan door het instrument verwijderingsbevel een duidelijke bijdrage is geleverd. Gelijktijdig wordt echter een verplaatsing van de overlast geconstateerd. Door Koffijberg et al. wordt echter gewezen op criminologisch onderzoek dat laat zien dat er zelden volledige verplaatsing van overlast is en er bij lokaal effectieve maatregelen per saldo een vermindering van het probleem is.[26 d]
- Uit de evaluatie van het Rotterdamse project Verantwoord Schoon blijkt dat de overlast van drugs (gebruikers/handel) volgens de geënquêteerde bewoners is afgenomen in de ene wijk, maar toegenomen in de andere.
- Het in werking treden van de gebruiksruimte in Groningen moest tot vermindering van overlast rond het Noorderplantsoen leiden, zonder dat deze zich zou verplaatsen naar de omgeving van de gebruiksruimte.[48] In de korte periode na de opening van de gebruiksruimte is geen verandering geconstateerd in de door omwonenden van het Noorderplantsoen ervaren overlast, zo blijkt uit de bewonersenquête. Andere bronnen lijken hier wel op te wijzen. Het aantal gebruikers van de ruimte is 30 van de circa 150 overlastgevende drugsgebruikers, een te klein aantal om op korte termijn verandering te verwachten. Rond de gebruiksruimte zijn er nauwelijks verschillen in ervaren overlast voor en na de komst van de ruimte. Omwonenden ervaren zelfs minder overlast in de vorm van annexatie en vervuiling van de openbare ruimte. Dit blijkt ook uit de andere bronnen zoals registratiegegevens (overlastmeldingen) en gesprekken met sleutelinformanten en gebruikers zelf. Zo blijken alle soorten overlastgevend gedrag minder voor te komen bij de pashouders sinds ze de gebruiksruimte bezoeken. Ze schelden minder gebruikers en niet-gebruikers op straat uit, uiten minder bedreigingen in het openbaar en het openbare drugsgebruik is afgenomen, evenals het aantal dagen dat illegale activiteiten worden gepleegd.[48]
- Ook de ervaringen met gebruiksruimten elders in Nederland zijn neutraal of positief. Voor de evaluatie van de gebruiksruimte in Haarlem, die in november 2005 in gebruik is genomen, heeft een overlastmeting voorafgaand aan de opening en een meting één jaar na de opening plaatsgevonden.[49] Hoewel op deze wijze ontwikkelingen in de overlast kunnen worden gevolgd, kunnen veranderingen daarmee nog niet rechtstreeks aan één factor (bijvoorbeeld de gebruiksruimte) worden toegeschreven. Andere (exogene) factoren kunnen deze immers ook beïnvloeden. Uit het onderzoek komt in ieder geval naar voren dat na de opening van de gebruiksruimte de (on)veiligheid en de (drugs)overlast in de buurt waar de gebruiksruimte is gevestigd niet is toegenomen. Aangezien er geen signalen zijn dat de onveiligheid en overlast elders in Haarlem wel aanzienlijk is veranderd, mag worden aangenomen dat de ingebruikname van de gebruiksruimte geen negatief effect op de buurt heeft gehad wat betreft onveiligheid en ervaren overlast. Hoewel een deel van de buurt voorafgaand aan de opening negatief stond tegenover een gebruiksruimte, lijkt de weerstand in de loop van de tijd enigszins te zijn afgenomen. Het aantal respondenten dat de komst van de gebruiksruimte een slechte maatregel vindt, is sinds de opening significant afgenomen. Bovendien was voor de opening overlast door of van verslaafden het grootste buurtprobleem, terwijl dit één jaar na de opening uitgaansoverlast is. Het lijkt er dan ook op dat één van de algemene doelstellingen van een gebruiksruimte – een vermindering van de (ervaren) overlast – in de omgeving van de gebruiksruimte in Haarlem is gerealiseerd.[49]

Een signaal van stabilisering komt uit Rotterdam. Daar zet de gemeente al jarenlang fors in op het verbeteren van de veiligheid, waarbij drugsoverlast veel aandacht krijgt, en wordt aan de hand van de veiligheidsindex jaarlijks de drugsoverlast in alle wijken gemeten. De index verdeelt wijken en buurtproblemen in vijf categorieën naar aflopende ernst van de veiligheidsproblematiek: onveilig, probleem, bedreigd, aandacht en veilig. Drugs-

[d] Er wordt verwezen naar Hesseling, R.B.P. (1994): Stoppen of verplaatsen. Een literatuuronderzoek over gelegenheidsbeperkende preventie en verplaatsing van criminaliteit. Gouda Quint, Arnhem.[47]

overlast valt in Rotterdam als buurtprobleem sinds 2004 in de categorie 'aandacht'.[50] Daarvoor viel de drugsoverlast nog onder 'bedreigd'. Sinds 2004 is het oordeel van de Rotterdammers over de omvang van de drugsoverlast in hun stad ongewijzigd gebleven.

Conclusie

Er zijn projecten en programma's die gepaard gaan met een vermindering of een stabilisering van de drugsoverlast, maar er zijn ook projecten die weinig lijken te bereiken. Er wordt – mogelijk gedeeltelijke – verplaatsing van overlast gesignaleerd. Over het geheel genomen is de ervaren overlast bij Nederlandse burgers echter gedaald. Het nettoresultaat lijkt dus in de gewenste richting te gaan.

11.4 Overlast rond coffeeshops

11.4.1 Wat waren de beleidsvoornemens?

In deze paragraaf wordt ingegaan op de overlast rond coffeeshops. Naast kenmerken van de (ervaren) overlast, wordt aandacht besteed aan de maatregelen die worden getroffen tegen de overlast van coffeeshops. Afgesloten wordt met een overzicht van de ontwikkelingen in de ervaren overlast. Coffeeshops spelen een belangrijke rol bij de verkoop van cannabis: het grootste deel van die verkoop gebeurt in of via coffeeshops.[51;52] De voornemens met betrekking tot coffeeshops, waaronder die ten aanzien van de overlast, zijn aan de orde geweest in hoofdstuk 6. Verwezen wordt naar § 6.2 en tabel 6.1. Hier wordt er beknopt op ingegaan.

11.4.1.1 Het probleem en de context

Het probleem bestaat, aldus de Drugsnota 1995, uit parkeer- en geluidsoverlast door klanten van coffeeshops. Vooral de drugstoeristen uit naburige landen veroorzaken aanzienlijke overlast. Het buitenland heeft kritiek op de import van hoeveelheden die als voorraad kunnen worden beschouwd.
De aanpak vindt plaats binnen de context van het gedoogbeleid ten aanzien van coffeeshops, maar ook de internationale context is van belang, waaronder het Akkoord van Schengen uit 1985, de Uitvoeringsovereenkomst uit 1990 en strategische beleidsplannen en actieplannen van de EU.

11.4.1.2 Uitgangspunt

Het uitgangspunt is dat coffeeshops een goede functie vervullen voor de scheiding der markten van soft- en harddrugs en dat het bestaande beleid dient te worden voortgezet. Tegelijkertijd wordt toegewerkt naar een betere beheersing.

11.4.1.3 De beoogde aanpak

De aanpak die in de Drugsnota 1995 wordt voorgenomen, richt zich op strakkere regulering, striktere controle en handhaving, en sanering van de coffeeshopsector, met een combinatie van bestuursrechtelijke en strafrechtelijke maatregelen. Om het buitenlandse bezoekers moeilijker te maken een voorraad aan te schaffen ter exportering, wordt de toegestane verkoop door coffeeshops teruggebracht van dertig gram naar vijf gram (zie hoofdstuk 6).

11.4.1.4 Doelstelling en beoogde uitkomsten

Het doel is te komen tot vermindering van overlast die te maken heeft met coffeeshops, waarbij het met name gaat om een vermindering van het drugstoerisme rond coffeeshops.

11.4.2 Het probleem nader in kaart gebracht

Het probleem is in diverse onderzoeken nader in kaart gebracht. Bieleman et al. deden in 1995 onderzoek naar overlast rond coffeeshops in honderd gemeenten.[53] In de meeste van deze gemeenten bleek overlast rond coffeeshops te spelen, maar de soort en de ernst verschilde. Ook was het niet zo dat alle aanwezige coffeeshops overlast gaven. Overigens hanteert vrijwel geen enkele gemeente destijds een omschrijving of definitie van het begrip overlast. Er wordt meestal gereageerd op klachten van buurtbewoners of omwonenden van coffeeshops. Drie vormen van overlast worden door bijna alle gemeenten genoemd. Ten eerste verkeersoverlast, waarbij het gaat om parkeerproblemen als slordig geparkeerde auto's, fietsen en bromfietsen die de doorgang belemmeren en die tevens voor lawaaioverlast zorgen. Deze vorm wordt vooral genoemd door grensgemeenten die met

drugstoerisme te maken hebben. Ten tweede wordt vaak overlast door bezoekers genoemd, die buiten rondhangen, tegen elkaar schreeuwen, omstanders lastigvallen en onder meer auto's en tuinen vernielen. Ten derde wordt gesproken over vervuiling in de omgeving van de coffeeshop: bezoekers laten vuil achter, urineren en braken in tuinen en portieken van omliggende woningen.
Veel gemeenten geven aan dat het bij overlast in belangrijke mate gaat om subjectieve overlast, waarbij gevoelens van onveiligheid een belangrijke rol spelen. Ook is het vaak moeilijk onderscheid te maken tussen reguliere horecaoverlast en coffeeshopoverlast. Over het algemeen krijgen gemeenten meer klachten over coffeeshops die in woonwijken zijn gelegen. Door de aanwezigheid van andere horecagelegenheden en de geringere woonfunctie in het centrum komen er minder klachten over coffeeshops in het centrum.

Latere lokale onderzoeken naar coffeeshopbeleid laten vergelijkbare resultaten zien. Zo ervaren omwonenden van coffeeshops en hasjcafés in Amsterdam in 1999 met name geluidsoverlast en overlast van groepen jongeren.[54] Overigens ervaren zij verhoudingsgewijs weinig overlast van coffeeshops en hebben ze veel meer hinder van andere vormen van overlast, zoals burengerucht en harddrugsverslaafden. Ook in Groningen geven omwonenden van coffeeshops in 2000 aan dat de overlast van coffeeshops gering is en dat, als ze er hinder van ondervinden, het dan met name gaat om rondhangende jongeren en geluidsoverlast.[55] Andere, niet drugsgerelateerde vormen van overlast worden door de omwonenden overigens aanzienlijk vaker genoemd. Wel is volgens omwonenden van voormalige coffeeshops daar waar de coffeeshops zijn verdwenen ook een groot deel van de overlast verdwenen. In Heerlen zeggen omwonenden in 2001 van de coffeeshops die hiervan wel eens hinder ondervinden (46%), dat het daarbij vooral gaat om rondhangende bezoekers/jongeren en parkeer- en verkeeroverlast.[56] Ook hier worden andere vormen van ervaren overlast veel vaker genoemd dan overlast van coffeeshops. Recentere onderzoeken in Venlo, Terneuzen en Maastricht laten eveneens zien dat omwonenden zeggen vooral hinder te hebben van parkeer- en verkeeroverlast en in mindere mate van de coffeeshops zelf en van rondhangende jongeren.[57-59] In deze steden bevinden zich zeer grote coffeeshops die wel 3000 tot 6000 klanten per dag trekken.

Naar overlast van overige, niet-gedoogde verkooppunten van softdrugs is nauwelijks onderzoek gedaan. Korf et al. (2005) onderscheiden hierbij twee hoofdcategorieën: vaste verkooppunten (thuisdealers en 'onder de toonbank' dealers in met name horecagelegenheden) en mobiele verkooppunten (06-dealers: bezorging aan huis op telefonische bestelling en straatdealers: verkoop op straat en op hangplekken).[51] Wel is van enkele grensgemeenten bekend dat ze last hebben (gehad) van straathandel door onder andere drugsrunners. Mede hierom zijn in verschillende gemeenten overlastprojecten ontstaan, zoals Houdgreep in Terneuzen, Hektor in Venlo, Courage in Bergen op Zoom en Roosendaal en recent de zogenoemde coffeecorners in Maastricht.

Over de kenmerken van de veroorzakers van overlast door coffeeshops is veel minder bekend dan van het soort overlast waarvan omwonenden zeggen hinder te ondervinden. Hierbij gaat het immers vooral om parkeer- en verkeeroverlast en overlast door rondhangende jongeren. Met name in grensgemeenten is er sprake van parkeer- en verkeersoverlast, veelal veroorzaakt door drugstoeristen uit België, Duitsland en Frankrijk die voor het overgrote deel met de auto komen. Uit enquêtes onder bezoekers van coffeeshops blijkt overigens dat het merendeel man is, tussen de 18 en 50 jaar oud is, betaalde werkzaamheden verricht of student/scholier is en van wie gemiddeld genomen de opleiding niet sterk afwijkt van landelijke cijfers.[56;58;60-62] Dit is in de loop van de tijd niet veranderd. De drugsrunners die in de grensgemeenten actief zijn, zijn in de meeste gevallen allochtone mannen (met name Marokkaans). Drugsrunners die in Roosendaal en Bergen op Zoom actief zijn handelen meestal zowel in soft- als in harddrugs, terwijl zij veelal afkomstig zijn uit deze gemeenten zelf.[63]

Conclusie

Bij de overlast rond coffeeshops lijkt het vooral te gaan om parkeer- en verkeersoverlast, op grote afstand gevolgd door overlast door rondhangende jongeren en geluidsoverlast. Deze overlast komt vooral voor in sommige grensgemeenten in het zuiden en zuidoosten van het land en in mindere mate in de overige gemeenten met coffeeshops. Overlastgevers zijn meestal 'normale' mannen tussen 18 en 50 jaar. Daarnaast is er overlast van jonge straathandelaren en drugsrunners.

11.4.3 Is de aanpak gerealiseerd?

In 1991 heeft het Openbaar Ministerie voor een landelijke invoering van de zogenoemde AHOJ-G-criteria voor coffeeshops gekozen, waarbij de O staat voor geen Overlast. In de Drugsnota 1995 werd onder meer besloten

de gecombineerde verkoop van alcohol en softdrugs te verbieden en werd de maximale transactiehoeveelheid verlaagd naar vijf gram, terwijl er een maximale voorraadhoeveelheid kwam van 500 gram. In de 'Richtlijnen voor het opsporings- en strafvorderingsbeleid inzake strafbare feiten van de Opiumwet' door het OM werd onder meer aangegeven dat het coffeeshopbeleid op onderdelen nader kon worden bepaald door het lokale driehoeksoverleg (zie hoofdstuk 6).

Een aantal maatregelen tegen overlast zijn zowel van toepassing op softdrugs als op harddrugs. Bijvoorbeeld de aanpak van drugsoverlast vanuit woningen. Hiertoe heeft de gemeente Rotterdam een handleiding opgesteld. De aanleiding voor de Rotterdamse handleiding voor de aanpak van drugsoverlast in woonpanden waren de gevolgen van de aanhoudende overlast in de vorm van een toenemende onleefbaarheid en eigenrichting onder de burgers.[42] Het betreft daarbij met name overlast door handel in harddrugs. In Terneuzen echter is in de jaren negentig lange tijd ernstige overlast vanuit woningen veroorzaakt door handel in softdrugs. De richtlijnen van Rotterdam kunnen (deels) dan ook toegepast worden op zowel harddrugs- als softdrugsoverlast. Overlast ten gevolge van drugshandel en gebruik in woningen is op drie niveaus aangepakt: juridisch ('stedelijk laboratorium'), praktisch ('adoptieteam') en rechtstreeks (afspraken met huurder en/of huiseigenaar naar aanleiding van klacht). De aanpak begint met overleg met de overlastveroorzaker door de politie, deelgemeente en/of woningcorporatie. Wanneer dit niet tot beëindiging van de overlast leidt, wordt de druk opgevoerd via inspecties, aanmaningen, incasso, afsluitingen, aankondiging juridische actie en verwerving. Mocht ook dit niet baten, dan worden dwangmiddelen ingezet met behulp van bestuursrechtelijke, strafrechtelijke en privaatrechtelijke maatregelen.

Bestuursrechtelijk instrumentarium
De kern van het bestuursrecht is de rechtsverhouding tussen burger en overheid en betreft het geheel van regels op grond waarvan de overheid zich mag bemoeien met het private verkeer.[42] Relevante bestuursrechtelijke instrumenten zijn in dit verband: het bestemmingsplan, de leefmilieuverordening, de aanschrijving, de onbewoonbaarverklaring, de vergunning verblijfsinrichting, de onttrekking, de huisvestingsvergunning, claimen, vorderen, onteigening, artikel(en) in de APV, art. 174a Gemeentewet, noodbevelen en noodverordening. Deze bestuursrechtelijke instrumenten kunnen worden gehandhaafd door het opleggen van een dwangsom of de uitoefening van bestuursdwang. Artikel 174a is in 2007 in 10 van de 106 coffeeshopgemeenten in totaal 22 keer toegepast om de illegale verkoop aan te pakken.[64] In de gemeenten zonder coffeeshops is dit artikel in 2007 geen enkele keer toegepast.
Een jaar eerder dan Van Beek, in 1996, hebben ook Breunese et al. het bestuurlijk-juridische instrumentarium in kaart gebracht.[65] De studie in opdracht van het ministerie van Binnenlandse Zaken heeft als doel bestuurders een handvat te geven in het optreden tegen drugsoverlast. Daarbij worden overigens niet alleen bestuursrechtelijke, maar ook civiel- en strafrechtelijke instrumenten geïnventariseerd die het gemeentebestuur ten dienste staan om drugsoverlast te bestrijden. Zonder uitvoerig op deze omvangrijke studie te willen ingegaan, kunnen wel de belangrijkste bestuursrechtelijke instrumenten worden benoemd. De auteurs maken een onderscheid tussen maatregelen tegen inrichtingen (zoals coffeeshops), maatregelen tegen drugspanden en maatregelen tegen drugsoverlast op straat. De eerste vorm van overlast kan worden bestreden met de volgende maatregelen: sluiten krachtens algemene overlastverordening, sluiten krachtens overlastverordening met maximumstelsel, sluiten krachtens art. 172 of art. 174a Gemeentewet, en intrekken drank- en horeca¬vergunning. Maatregelen tegen drugspanden (van waaruit illegale handel in softdrugs plaats kan vinden) zijn: sluiten krachtens overlastverordening, aanschrijving bestuursdwang/dwangsom wegens strijd met bestemmingsplanvoorschriften, onbewoonbaarverklaring en sluiting krachtens de Woningwet. Ten slotte noemen ze drie maatregelen tegen drugsoverlast op straat (bijvoorbeeld rond coffeeshops): verwijderingsbevel (art. 172 lid 3 Gemeentewet, APV-bepaling) en toepassing van noodbevoegdheden (art. 175 en art. 176 Gemeentewet).[65]
Via een APV zijn ook sinds enkele jaren in een aantal gemeenten (lokale) blowverboden van kracht. Inmiddels (juni 2008) zijn er in achttien gemeenten blowverboden ingesteld. Verder bestaan er lokale criteria voor coffeeshops zoals sluitingstijden en terrasverboden.
In hoofdstuk 6 is beschreven dat het aantal coffeeshops gestaag daalt en dat de regels ten aanzien van coffeeshops zijn aangescherpt. De regels worden gehandhaafd en coffeeshophouders hechten belang aan de naleving.

Conclusie

Overlast rond coffeeshops is bestreden door handhaving van de AHOJ-G-regels – waarbij bestuursrechtelijk en strafrechtelijk kan worden opgetreden – en aanvullende lokale regels voor coffeeshops. Verder zijn, met name in een aantal grensgemeenten, speciale programma's uitgevoerd. De problemen worden lokaal aangepakt. De regulering en sanering zijn conform voornemens gerealiseerd.

11.4.4 Is de beoogde uitkomst behaald?

Is de overlast rond coffeeshops verminderd?
Uit het monitoronderzoek naar ervaren drugsoverlast van Snippe et al. (2002) bleek dat tussen 2000 en 2002 de overlast van coffeeshops in de dertien overlastwijken was toegenomen.[45] Na 2002 is er geen landelijk monitoronderzoek meer gedaan naar de diverse verschijningsvormen van drugsoverlast. De specifieke overlast rond coffeeshops komt wel nog aan de orde in onderzoek naar gemeentelijk beleid en aantallen coffeeshops (de 'coffeeshopmonitor', laatste editie: Bieleman et al., 2008[64]) en in onderzoek naar de handhaving en naleving van de AHOJ-G-criteria, waarin ook het overlastcriterium onderwerp van onderzoek is.[66-69]

Landelijk zijn er jaarlijks niet zoveel overtredingen van het overlastcriterium geregistreerd. In 2007 werden er zes gevonden, die telkens met een formele waarschuwing zijn afgedaan.[64] Klachten van bewoners over overlast worden relatief vaak tegen wijkagenten geuit.[69] De regel wordt volgens coffeeshophouders relatief vaak overtreden: 43% van de coffeeshophouders geeft zelf aan het overlastcriterium in 2007 wel eens overtreden te hebben. Het gaat dan vooral om parkeeroverlast en rondhangende klanten. Ook in 2004 werd dit criterium naar verhouding het vaakst overtreden volgens coffeeshophouders en wijkagenten.[69]

Bekend is dat vooral enkele grensgemeenten te maken hebben met een hardnekkige softdrugsoverlast. In Terneuzen, Venlo, Roosendaal en Bergen op Zoom zijn projecten gestart waarbij is gekozen voor een brede aanpak tegen drugsoverlast met als basis een mix van justitiële, strafrechtelijke, bestuurlijke en fiscale interventies. De aanpak heeft in geen van de gemeenten geleid tot een afname van de toestroom van softdrugstoeristen.
In Venlo blijkt de drugsoverlast wel te zijn afgenomen. Met name het aantal drugspanden in de binnenstad, van waaruit de handel in softdrugs jarenlang heeft plaatsgevonden, is fors afgenomen, evenals de zichtbare aanwezigheid van drugsrunners en -dealers op straat. Verplaatsing van twee coffeeshops had tot gevolg dat een grote stroom drugstoeristen werd 'afgebogen' van de binnenstad naar een wijk in de nabijheid van de grens. De overlastproblemen in de binnenstad namen af, die in de buitenwijk namen enigszins toe, maar dit bleek beheersbaar.[39]
Het project Courage in Roosendaal en Bergen op Zoom is er daarentegen minder goed in geslaagd de handel vanuit illegale verkooppunten en straathandel uit het centrum van de gemeenten te verdrijven. Ondanks alle inspanningen is de illegale handel in softdrugs nog steeds duidelijk zichtbaar aanwezig voor bewoners en bezoekers van de binnenstad.[70] De gemeente is er onlangs toe overgegaan de coffeeshops te sluiten.

Over de economische gevolgen van de overlast is weinig bekend, hoewel zich een omzetdaling lijkt voor te doen bij ondernemers – anders dan coffeeshophouders – die zijn gevestigd in straten of buurten met veel overlast:

- Door Schaap et al. (2006) is in Roosendaal en Bergen op Zoom onder meer gekeken naar de gevolgen van drugsoverlast voor de omzet van detailhandelszaken.[71] Middenstanders zijn in beide gemeenten gevraagd naar de globale ontwikkelingen van de omzetcijfers van hun winkel. Met name middenstanders die hun winkel hebben gevestigd op zogenoemde hotspots, waar sprake is van geconcentreerde drugsproblematiek, blijken vaker met een omzetdaling te maken te hebben. Overigens zijn de ondernemers buiten de hotspots even negatief over de aantrekkelijkheid van de buurt waar ze zijn gevestigd als de ondernemers die op de drie hotspots zijn gevestigd.
- Ook in Venlo is in de buurt waar de softdrugsproblematiek het grootst is, de omzet van een relatief fors deel van de ondernemers gedaald.[39] In het zogenoemde Q4, de buurt waar de drugsoverlast is geconcentreerd in de Venlose binnenstad, is in de jaren 2001, 2003 en 2004 van een groter percentage van de ondernemers de omzet gedaald dan bij ondernemers die elders in de binnenstad een winkel drijven. In 2001, nog voor de start van het drugsbestrijdingsproject Hektor, gaf ruim de helft (57%) van de ondernemers in Q4 aan dat de jaaromzet van hun winkel is gedaald, tegenover een vijfde (20%) van de ondernemers in het overige deel van de binnenstad van Venlo. In 2004, wanneer de drugsoverlast reeds enigszins is teruggedrongen, is dit percentage in Q4 gedaald naar 38%, terwijl dit tot ruim een kwart (26%) is gestegen in het overige deel van de binnenstad. Deze ontwikkelingen lijken erop te wijzen dat in de loop van de jaren de economische gevolgen voor ondernemers mede door een afnemende drugsoverlast in Q4 minder groot zijn geworden, en dat het ondernemersklimaat zich herstelt.

Conclusie

Landelijk worden niet zo veel formele overtredingen van het voor coffeeshops geldende overlastcriterium geregistreerd. Uit onderzoek blijkt echter dat dit criterium in 2007 bij ruim 40% van de coffeeshops wel eens overtreden werd en dat het overlastcriterium in 2004 en 2007 vaker overtreden is dan de andere criteria. In sommige grensgemeenten zorgen drugstoeristen voor serieuze problemen. Projecten hebben soms wel tot vermindering geleid (Venlo en Heerlen), soms niet (Bergen op Zoom en Roosendaal).

11.5 Overlast door hennepteelt

In de cannabisbrief van 2004 wordt de overlast die veroorzaakt wordt door grootschalige hennepteelt in woningen als probleem gesignaleerd, dat noopt tot een krachtige bestrijding.[3] Een intensivering van de aanpak van de hennepteelt met het oog op vermindering van de overlast werd ook al eerder, in het Veiligheidsprogramma van 2002, aangekondigd.[72] Genoemd worden: stank en overlast voor de buurt, brandgevaar, wateroverlast en aantasting van woningen, met als gevolg een verregaande verloedering van met name achterstandswijken.[3] Onderzoek bevestigt dit.[73;74] Deze hennepteelt wordt sinds 2004 integraal aangepakt. In 2005 en 2006 zijn circa 6000 hennepkwekerijen ontmanteld. Er zijn signalen dat de thuisteelt afneemt; de uitwerking op de ervaren overlast is niet bekend.

11.6 Enkele lacunes in informatie

Dit hoofdstuk laat zien dat op de volgende onderwerpen weinig informatie voorhanden is:

- Het is duidelijk dat de overlast door coffeeshops vooral voorkomt in (enkele) grensgemeenten, terwijl daarvan elders in Nederland vaak nauwelijks sprake is. Niet duidelijk is echter waarom de overlast in de ene grensgemeente groter is dan in de andere. Welke factoren zijn hierop van invloed?
- Niet duidelijk is welke gevolgen (zullen) optreden in termen van overlast (aard en omvang) als gemeenten overgaan tot sluiting van coffeeshops.
- De wijze waarop drugsgerelateerde overlast in de huidige Veiligheidsmonitor Rijk wordt gemeten is zeer weinig specifiek en is daardoor weinig informatief over ontwikkelingen in de verschillende vormen van drugsgerelateerde overlast.

11.7 Conclusies

Drugsoverlast is een diffuus verschijnsel, waar zowel criminele, openbare orde en audiovisuele overlast onder worden begrepen en waarbij de subjectieve perceptie een rol speelt. Er is vooral sprake van overlast rond harddrugsgebruik en -handel, overlast rond coffeeshops en overlast als gevolg van grootschalige hennepteelt in woningen.

Harddrugsoverlast wordt meestal veroorzaakt door mannen met een gemiddelde leeftijd van 40 jaar. Zij gebruiken doorgaans meerdere soorten drugs en hebben geen stabiele woonsituatie. De opkomst van de rookbare gekookte cocaïne heeft gezorgd voor een extra dimensie aan het overlastgevende gedrag.
Er zijn de afgelopen jaren vele maatregelen tegen harddrugsoverlast getroffen. Deze hebben veelal een tweeledig doel: het verminderen van de overlast enerzijds en het verbeteren van de situatie van de overlastveroorzaker anderzijds. Vrijwel alle gemeenten kennen een brede aanpak, waarbij repressie en zorg – opvang, hulpverlening, woonvoorzieningen, gebruiksruimten – hand in hand gaan. Gemeenten staan diverse bestuursrechtelijke, strafrechtelijke en privaatrechtelijke maatregelen ter beschikking.
Sommige maatregelen, zoals gebruiksruimten en verwijderingsbevelen, lijken een positieve bijdrage te aan vermindering van harddrugsoverlast. Anderzijds worden ook wel (enige) verplaatsingseffecten gesignaleerd. De overlastprojecten uit de jaren negentig leken weinig succesvol. De drugsoverlast in het algemeen is afgenomen sinds 1996, vooral in sterk verstedelijkte regio's. De afname wordt met name veroorzaakt door een vermindering van de annexatie van de openbare ruimte en straatprostitutie.

Bij de overlast door coffeeshops gaat het vooral om parkeer- en verkeersoverlast, op grote afstand gevolgd door overlast door rondhangende jongeren en geluidsoverlast. Overlast bij coffeeshops komt vooral voor in een aantal grensgemeenten en in veel mindere mate in de overige gemeenten met coffeeshops. Bij softdrugs lijkt het bij de illegale verkopers vooral te gaan om jonge straathandelaars en drugsrunners van allochtone afkomst, die met name in grenssteden actief zijn. Daarnaast veroorzaken in grenssteden aan de zuid- en zuid-oostgrens de grote aantallen buitenlandse drugstoeristen uit België, Duitsland en Frankrijk overlast, meestal mannen tussen de 18 en 50 jaar die verder niet veel lijken af te wijken van de algemene bevolking.
Deze vorm van overlast wordt aangepakt met het stellen en handhaven van landelijke en lokale criteria voor coffeeshops. Ook zijn speciale projecten uitgevoerd om deze overlast terug te dringen, met wisselend succes. De overlast van coffeeshops lijkt tussen 2000 en 2002 te zijn toegenomen, met name in een aantal grensgemeenten. Na 2002 is geen landelijk onderzoek meer uitgevoerd naar de diverse verschijningsvormen van drugsoverlast. Wel blijkt uit onderzoek dat dit criterium in 2007 bij ruim 40% van de coffeeshops wel eens overtreden

werd en dat het overlastcriterium in 2004 en 2007 vaker overtreden is dan de andere criteria. Sommige grensgemeenten hebben op dit moment serieuze problemen met overlast door drugstoeristen.

De overlast als gevolg van grootschalige hennepteelt in woningen was een van de aanleidingen voor de geïntensiveerde en integrale aanpak, die in 2004 is ingezet. Hoewel sindsdien enkele duizenden hennepkwekerijen zijn opgerold, is niet bekend welke uitwerking de aanpak heeft gehad op deze vorm van overlast.

In de aanpak staat de lokale gerichtheid centraal. Gemeenten hebben de ruimte om tot lokaal maatwerk te komen.[3] Ze hebben hun eigen oplossing gezocht voor de gerezen problemen. Er is dan ook een variatie aan oplossingen ontstaan, zoals verplaatsing van coffeeshops binnen een bredere aanpak (Venlo), inperking van het aantal coffeeshops (Terneuzen) of sluiting van coffeeshops (Roosendaal en Bergen op Zoom). Deze oplossingen lijken soms in hun uitwerking – bijvoorbeeld het ontstaan van grote coffeeshops – niet geheel te stroken met de uitgangspunten van het landelijk beleid.

Bijlage Resultaten Politiemonitor (PMB) en Veiligheidsmonitor (VMR)

Tabel 1. Percentage van bevolking dat van mening is dat drugsoverlast in eigen woonbuurt vaak voorkomt in Nederland, naar politieregio, periode 1997-2008

	Politiemonitor Bevolking							Veiligheidsmonitor Rijk		
	1997	1999	2001	2002	2003	2004	2005[1]	2006[2]	2007	2008
Limburg-Zuid	18,0	13,6	12,7	16,2	12,5	14,5	-	9,1	8,2	9,1
Rotterdam-Rijnmond	10,7	8,5	8,8	9,7	10,7	10,3	-	8,1	8,3	7,6
Amsterdam-Amstelland	12,0	12,0	11,3	10,7	10,2	11,9	-	7,7	6,7	7,1
Groningen	8,9	9,7	6,7	7,2	5,9	5,7	-	4,2	5,3	5,3
Noord-Holland Noord	5,2	4,3	5,0	4,5	4,6	5,4	-	6,5	5,0	5,2
Zaanstreek-Waterland	6,4	4,2	2,6	4,3	4,9	4,1	-	3,4	5,8	5,2
Flevoland	4,8	4,4	5,3	6,5	5,6	4,8	-	4,4	7,3	4,6
Gelderland-Zuid	5,9	4,9	5,5	5,5	5.1	6,2	-	5,7	4,7	4,6
Kennemerland	5,2	4,6	3,8	4,6	3,9	4,2	-	3,4	3,9	4,6
Midden- en West-Brabant	7,6	7,0	6,0	6,3	73	8,7	-	7,0	5,4	4,5
Haaglanden	6,9	6,1	4,2	6,4	7,3	4,3	-	8,0	5,5	4,4
Limburg-Noord	10,9	9,1	6,2	8,0	6,7	7,7	-	5,1	5,4	4,3
Utrecht	6,0	5,4	4,9	6,3	5,4	5,3	-	4,6	3,4	4.3
Zud-Holland-Zuid	6,6	5,0	6,3	6,0	4,7	4,7	-	5,2	3,2	4,2
Brabant-Noord	7,5	5,0	3,3	4,8	5,2	4,9	-	4,2	4,5	4,1
Zeeland	9,7	5,3	4,6	5,2	5,5	4,3	-	3,2	4,9	4,0
Brabant-Zuid-Oost	7,5	5,5	5,9	5,6	6,0	6,3	-	3,7	3,3	3,9
Drenthe	4,3	4,7	3,0	4,9	3,5	2,6	-	3,0	3,0	3,7
IJsselland	5,2	3,5	3,9	3,2	3,8	2,8	-	2,5	3,4	3,7
Fryslân	5,3	5,1	3,8	4,0	4,5	3,6	-	3,7	3,5	2,9
Hollands Midden	4,3	4,0	4,0	4,0	3,8	5,5	-	3,9	3,2	2,8
Gelderland-Midden	7,0	5,5	4,5	5,9	4,3	4,3	-	3,0	3,3	2,5
Noord- en Oost-Gelderland	4,6	4,4	3,6	4,6	3,7	3,4	-	3,5	3,9	2,4
Twente	6,4	5,1	3,5	4,1	4,3	4,2	-	3,2	3,0	2,4
Gooi en Vechtstreek	4,0	6,1	4,2	2,9	4,1	4,7	-	3,6	3,5	2,1
Nederland	7,6	6,4	5,8	6,4	6,2	6,3	5,4	5,2	4,9	4,6

[1] In Politiemonitor Bevolking 2005 is geen tabel opgenomen met het percentage bewoners van politieregio's dat van mening is drugsoverlast vaak voorkomt in hun buurt.
[2] Overgang van PMB naar VMR veroorzaakt trendbreuk door verschillen in steekproefkader (GBA voor VMR en KPN-telefoonbestand voor VMR). PMB is door gebruik van telefoonbestand en uitsluitend telefonische afname van vragenlijsten selectiever dan VMR. PMB mist groepen met een risicovollere levensstijl (VMR 2006).[75]
Bron: PMB (1997-2005); VMR (2006-2008)

Referenties

1. Bieleman, B., Biesma, S., Snippe, J., Beelen, A. (2009). *Literatuurstudie drugsgerelateerde overlast: werkdocument.* Groningen: Intraval.
2. T.K.24077-3.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1994-1995 publicatienummer 24077 nr.3 (1995). *Drugbeleid; Nota 'Het Nederlandse drugbeleid: continuïteit en verandering'*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
3. T.K.24077-125.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2003-2004 publicatienummer 24077 nr.125 (2004). *Drugbeleid: Brief ministers over het cannabisbeleid.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
4. Van Laar, M., Van Ooyen-Houben, M. (1995). Overlast door drugsgebruik: een literatuurstudie. Utrecht: NIAD.
5. Garretsen, H., Blanken, P., Van Mastrigt, H. (1996). A research perspective on drug related nuisance: Dutch experiences. *Medicine and law,* 15: 705-714.
6. Decorte, T., De Ruyver, B., Ponsaers, P., Bodein, M., Lacroix, A.C., Lauwers, S., Tuteleers, P. (2004). *Drugs en overlast: studie van het fenomeen, de beheersing en de effecten van druggerelateerde overlast en dit vanuit verschillende invalshoeken.* Gent: Academia Press.
7. Goethals, J., Groenen, A. (2006). Onderzoek naar de beleving van overlast in Leuven. *Panopticon; tijdschrift voor strafrecht, criminologie en forensisch welzijnswerk,* 2: 75-86.
8. Pleysier, S., Deklerck, J. (2006). Over hondenpoep en hangjongeren. Tijdschrift voor Veiligheid, 6(1): 6
9. Faber, W., Mostert, S., Nelen, J.M., Van Nunen, A.A.A., La Roi, G. (2007). *Baselinestudy 'Criminaliteit en Rechtshandhaving Curaçao en Bonaire'.* Amsterdam: VU.
10. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2005). *Annual Report 2005: selected issues: Drug-related public nuisance — trends in policy and preventive measures.* Lisbon: EMCDDA.
11. Renn, H., Lange, K.J. (1996). *Urban districts and drug scenes: a comparitive study on nuisance caused by 'open' drug scenes in major European cities.* Luxembourg: European Communities.
12. Korf, D.J., Bless, R., Nottelman, N. (1998). Urban drug problems, policymakers and the general public. *European Journal on Criminal Policy and Research,* 6: 337-356.
13. Snippe, J., Oldersma, F., Bieleman, B. (2000). *Monitor drugsoverlast Nederland: 1996-2000.* Groningen: Intraval.
14. Body-Gendrot, S. (2004). Stedelijk geweld in Frankrijk. *Justitiële Verkenningen,* 30(7): 69-80.
15. Blom, T., De Doelder, H., Hessing, B.J. (1996). *Naar een consistent drugsbeleid: een congresverslag.* Deventer: Gouda Quint.
16. De Bie, E., Maarsingh, H., Bieleman, B. (1997). *Lastige maten: inventarisatie van overlastveroorzakers in de Groningse binnenstad.* Groningen: Intraval.
17. Snippe, J., Meijer, G., De Jong, A., Bieleman, B. (2001). *Onderzoek naar de 15 grootste overlastveroorzakers in de stad Groningen: ons een zorg.* Groningen: Intraval.
18. Bieleman, B., Snippe, J., De Bie, E. (1995). *Drugs binnen de grenzen: harddrugs en criminaliteit in Nederland: schattingen van de omvang.* Groningen: Intraval.
19. Van der Torre, E.J., Hulshof, M. (2001). Harddrugsscenes (1): typologie, ontwikkeling, beleidsrichtlijnen. *Tijdschrift voor de Politie*, 63(3): 19-24.
20. Vermeulen, K., Wildschut, J., Knibbe, R. (2001). 'Zo'n beetje alles staat in het teken van de wit': een verkennend onderzoek naar (base)cocaïne in de Utrechtse gemarginaliseerde gebruiksscene. Rotterdam: IVO.
21. Boekhout van Solinge, T. (2002). Bruin of wit? *Rooijlijn,* 7: 335-339.
22. Wildschut, J., Lempens, A., Van de Most, D. (2003). *'Na de tunnelsluiting': een onderzoek naar de eerste effecten van de verandering in de Utrechtse harddrugscene.* IVO: Rotterdam.
23. Bieleman, B., De Bie, E. (1992). *In grote lijnen: een onderzoek naar aard en omvang van cocainegebruik in Rotterdam.* Groningen: Intraval.
24. Spijkerman, R., Biesma, S., Meijer, G. (2002). *Vier jaar verantwoord schoon: evaluatie van verantwoord schoon: programma voor aanpak van drugsoverlast in Rotterdamse deelgemeenten.* Groningen: Intraval.
25. Lempens, A., Wildschut, J., Knibbe, R., Van der Mheen, D. (2001). *Straatgroep Utrechtse druggebruikers rondom Hoog Catharijne.* Rotterdam: IVO.
26. Koffijberg, J., Dekker, S., Kriek, F. (2007). *Evaluatie verwijderingsbevelen overlastgebieden Amsterdam.* Amsterdam: Regioplan Beleidsonderzoek.
27. Bröer, C., Noyon, R. (1999). *Over last en beleid: evaluatie Nota Overlast en vijf jaar SVO-beleid tegen overlast van harddrugsgebruikers.* Amsterdam: Regioplan Stad en Land.
28. Gemente Haarlem, Intraval (2005). *Onderzoek locatie gebruiksruimte Haarlem.* Haarlem: Gemeente Haarlem.
29. Snippe, J., Hoogeveen, C., Bieleman, B. (2000). *Drugshandel aangeslagen: evaluatie Alijda-aanpak Rotterdam.* Groningen: Stichting Intraval.

30. Littooij, A. (2003). Langdurige gebiedsontzeggingen: een nieuw instrument tegen drugsoverlast. *De Gemeentestem*, 153(7181): 125-131.
31. Van Zwieten, M., Biesma, S., Bieleman, B. (2008). *Monitor daklozen en harddrugsverslaafden Apeldoorn 2008: metingen 2004 – 2007*. Groningen-Rotterdam: Intraval.
32. Biesma, S., Meijer, G., Bieleman, B. (2000). *Opgevangen in het centrum: evaluatie opvang- en adviescentrum Apeldoorn.* Groningen: Intraval.
33. Biesma, S., Bieleman, P. (1998). *Wijs verwezen: evaluatie van de gebruiksruimte De Verwijsplek te Apeldoorn*. Groningen: Intraval.
34. Biesma, S., Bieleman, P., Visser, J. (1998). *De Daeke in gebruik: evaluatie Opvang- en Adviescentrum en gebruiksruimte De Daeke in Venlo*. Groningen: Intraval.
35. Biesma, S., Bieleman, B. (1998). *Ruimte om te gebruiken: evaluatie gebruiksruimte Spanjaardstraat Rotterdam*. Groningen: Intraval.
36. Wigboldus, J.N., Van den Akker, A., Vermeulen, K., Van Hagen, E., Toet, J., Reinking, D. (2005). *Een thuis voor verslaafde daklozen: de realisatie van hostels in Utrecht.* Utrecht: GG&GD Utrecht.
37. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ), Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) (1999). *Verslavingszorg herijkt: advies over een besturingsmodel voor verslavingszorg en verslavingsbeleid.* Zoetermeer: RVZ/RMO.
38. T.K.24077-194.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2006-2007 publicatienummer 24077 nr.194 (2007). *Drugbeleid: brief minister over evaluatie project Hektor in Venlo.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
39. Snippe, J., Naayer, H., Bieleman, B. (2006). *Hektor in 2005: evaluatie aanpak drugsoverlast in Venlo.* Groningen: Intraval.
40. Gemeente Heerlen (2005). *Evaluatie 'Operatie Hartslag'.* Heerlen: Gemeente Heerlen.
41. Noyon, R., Hospers, L. (1997). Bestrijding van drugsoverlast met dwang en drang. *Tijdschrift voor de Sociale Sector*, 51(6):
42. Van Beek, P. (1997). *Handleiding voor de aanpak van drugsoverlast in woonpanden.* Rotterdam: Gemeente Rotterdam.
43. Barendregt, C., Van de Mheen, D. (2007). *Toen was het stil op straat: ontwikkelingen in het Rotterdamse straatbeeld 2006: factsheet.* Rotterdam: IVO.
44. Intraval: buro voor onderzoek en advies (1996). *Drugsoverlast: conceptualisering en inventarisatie: notitie in het kader van een onderzoek naar drugsoverlast in Nederland in opdracht van het ministerie van Binnenlandse Zaken, directie Politie.* Groningen: Intraval.
45. Snippe, J., Oldersma, F., Bieleman, B. (2002). *Monitor drugsoverlast Nederland 1996-2002.* Groningen: Intraval.
46. B & A Groep, Intromart (1997). *Politiemonitor Bevolking 1997: landelijke rapportage.* Den Haag/Hilversum: Intromart BV.
47. Hesseling, R.B.P. (1994). *Stoppen of verplaatsen?: een literatuuronderzoek over de gelegenheidsbeperkende preventie en verplaatsing van de criminaliteit.* Arnhem: Gouda Quint.
48. Meijer, G., De Jong, A., Koeter, M., Bieleman, B. (2001). *Gebruik van de straat: evaluatie gebruiksruimte binnenstad- zuid Groningen.* Groningen: Stichting Intraval/AIAR.
49. Bieleman, B., Biesma, S., Hoorn, M., Kruize, A. (2007). *Overlastmetingen in de Gravinnesteeg en omgeving*. Groningen-Rotterdam: Intraval.
50. Gemeente Rotterdam (2008). *Veiligheidsindex 2008: meting van de veiligheid in Rotterdam*. Rotterdam: Gemeente Rotterdam.
51. Korf, D.J., Wouters, M., Nabben, T., Van Ginkel, P. (2005). *Cannabis zonder coffeeshop: niet-gedoogde cannabisverkoop in tien Nederlandse gemeenten.* Amsterdam: Rozenberg Publishers.
52. Monshouwer, K., Verdurmen, J., Van Dorsselaer, S., Smit, E., Gorter, A., Vollebergh, W. (2008). *Jeugd en riskant gedrag 2007: kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek scholieren: roken, drinken, drugsgebruik en gokken onder scholieren vanaf tien jaar.* Utrecht: Trimbos-instituut.
53. Bieleman, B., Schakel, L., De Bie, E. (1995). *Wolken boven koffieshops: inventarisatie van overlast rond koffieshops en ontwikkelingen in gemeentelijk cannabisbeleid.* Groningen: Intraval.
54. Bieleman, B., Snippe, J. (1999). *Gedogen gewogen: evaluatie van het Amsterdamse coffeeshopbeleid.* Groningen: Intraval.
55. Bieleman, B., Spijkers, E., Winter, H.B. (2000). *Een kwetsbaar evenwicht: evaluatie coffeeshopbeleid gemeente Groningen.* Groningen: Intraval.
56. Bieleman, B., Spijkers, E., Griesheimer, L. (2001). *Evaluatie coffeeshopbeleid gemeente Heerlen.* Groningen: Intraval.
57. Bieleman, B., Naayer, H., Nienhuis, A. (2007). *Coffeeshops naar de periferie: evaluatie verplaatsing twee coffeeshops in Venlo.* Groningen: Intraval.

58. Bieleman, B., Naayer, H. (2007). *Onderzoek coffeeshops Terneuzen.* Groningen-Rotterdam: Intraval.
59. Nijkamp, R., Bieleman, B., Oude Wansink, M. (2008). *Nulmeting overlast en bezoek coffeeshops Maastricht*. Groningen: Intraval.
60. Bieleman, B., Spijkers, E., Winter, H., Edzes, A. (2000). *Evaluatie softdrugsbeleid Zoetermeer.* Groningen: Intraval.
61. Snippe, J., Bieleman, B., Kruize, A., Naayer, H. (2005). *Hektor in Venlo: Eindevaluatie: inspanningen, proces en resultaten 2001-2004.* Groningen-Rotterdam: Intraval.
62. Gemeente Nijmegen (2008). *Het coffeeshopbezoek in Nijmegen: een inventariserend onderzoek naar de omvang en kenmerken van het bezoek aan de Nijmeegse coffeeshops.* Nijmegen: Gemeente Nijmegen.
63. Van der Torre, E.J., Schaap, L., Jongepier, T. (2005). *Strategische Drugsanalyse: Roosendaal & Bergen op Zoom: onderdeel van de Courage-evaluatie i.s.m. Berenschot.* Den Haag: COT.
64. Bieleman, B., Beelen, A., Nijkamp, R., De Bie, E. (2008). *Coffeeshops in Nederland 2007: aantallen coffeeshops en gemeentelijk beleid 1999-2007.* Groningen: Intraval.
65. Breunese, H.M.B., Brouwer, J.G., Schilder, A.E. (1996). *Wapenen tegen drugsoverlast: een onderzoek naar het bestuurlijk juridisch instrumentarium.* Deventer: Tjeenk Willink.
66. Bieleman, B., Goeree, P., Naayer, H. (2003). *Coffeeshops in Nederland 2002: Aantallen, gemeentelijk beleid en handhaving AHOJ-G criteria.* Groningen-Rotterdam: Intraval.
67. Pardoel, C.A.M., Van Haaf, J., Bogaerts, S., Van Kalmthout, A.M. (2004). *Coffeeshops in Nederland anno 2003: Aantallen, lokaal beleid, handhaving en naleving.* Tilburg: IVA / Universiteit van Tilburg, departement strafrechtwetenschappen.
68. Broekhuizen, J., Raven, J., Driessen, F.M.H.M. (2006). *Handhaving en naleving van de coffeeshopregels in 2004.* Utrecht: Bureau Driessen.
69. De Bruin, D., Dijkstra, M., Breeksema, J. (2008). *Coffeeshops in Nederland 2007: naleving en handhaving van coffeeshopregels.* Utrecht: Stichting CVO.
70. Gemeente Roosendaal (2008). *Nota cannabisbeleid 2009.* Roosendaal: Gemeente Roosendaal.
71. Schaap, L., Van der Torre, E.J., Cachet, E.D., Dijk, V. (2006). *Enquetes op drie hotspots: door de ogen van bewoners, passanten en middenstanders.* Den Haag: COT.
72. T.K.28684-1-2.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2002-2003 publicatienummer 28684 nrs.1-2 (2002). *Naar een veiliger samenleving: Brief ministers en staatssecretaris met het veiligheidsprogramma 'Naar een veiliger samenleving'.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
73. Spapens, T., Van de Bunt, H., Rastovac, L. (2007). *De wereld achter de wietteelt.* Rotterdam/Tilburg: Erasmus Universiteit/Universiteit van Tilburg.
74. Emmet, I., Boers, R. (2008). *Het groene goud: verslag van een onderzoek naar de cannabissector voor het Nationaal dreigingsbeeld criminaliteit met een georganiseerd karakter.* Zoetermeer: KLPD-Dienst IPOL.
75. Centraal Bureau voor de Statistiek (2006). *Veiligheidsmonitor Rijk 2006: landelijke rapportage.* Voorburg: Centraal Bureau voor de Statistiek.

12 Internationale samenwerking

Victor Everhardt, Wytske van der Wagen, Franz Trautmann, Ruud Bless, Toine Ketelaars, Bob Keizer

- Het internationale beleid was erop gericht om ervoor te zorgen dat een zelfstandig Nederlands drugsbeleid kon worden gevoerd, ondanks de internationale druk die op Nederland werd uitgeoefend om het beleid aan te passen. Met een actieve inzet trachtte Nederland dit te bewerkstelligen (§ 12.4).
- Belangrijk doel was tevens het leveren van een bijdrage aan de bestrijding van de internationale drugshandel. Nederland heeft het afgelopen decennium daarin flink geïnvesteerd, met name op het gebied van ecstasy (§ 12.5.5.1).
- De voornaamste bevinding is dat er weliswaar op onderdelen belangrijke verschillen bestaan met andere landen in wetgeving (bijvoorbeeld al dan niet strafbaar zijn van gebruik; wel of geen onderscheid tussen hard- en softdrugs), maar dat deze verschillen in de praktijk minder groot zijn. Zo wordt bezit van cannabis in alle lidstaten (ook in die welke genoemd onderscheid niet kennen) niet of lager bestraft dan bezit van harddrugs (§ 12.5.5.4).
- Nederland heeft gekozen voor een actieve opstelling in internationale fora, met name in Europees verband om zijn invloed te laten gelden bij internationale afspraken en plannen. Voorbeeld is de Europese Drugs Strategie 2005-2012, opgesteld onder Nederlands voorzitterschap van de EU, waarin voor het eerst harm reduction expliciet als element van drugsbeleid is opgenomen (§ 12.5.1).
- Een in 2005/2006 uitgevoerde inventarisatie laat zien dat harm reduction-programma's gemeengoed zijn geworden in de EU. In alle – op dat moment 25 – lidstaten lijkt harm reduction geaccepteerd te zijn als element van een demand reduction-beleid (§ 12.5.5.3).

12.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt uiteengezet op welke wijze de internationale samenwerking zich op het terrein van Volksgezondheid en Justitie heeft voltrokken en hoe Nederland heeft geopereerd in de internationale arena.

Al vóórdat de wijziging van de Opiumwet in 1976 definitief werd ingevoerd, was er al buitenlandse kritiek te bespeuren. Dit ondanks het feit dat de voorgenomen wetswijziging (waarin het onderscheid tussen cannabis en harddrugs werd vastgelegd) door Nederland was getoetst aan en niet in strijd bevonden met het door Nederland ondertekende Enkelvoudig Drugsverdrag uit 1961. De Nederlandse regering was zich van die kritiek bewust en heeft in de aanloop naar deze wetswijziging aangegeven dat zij zich moest inspannen om goede informatie te geven aan buitenlandse overheden en internationale organisaties over de achtergronden en doelstellingen van het beleid. Tevens moest worden ingezet op samenwerking met andere landen, met name de buurlanden, om ongewenste neveneffecten van het beleid te voorkomen.[a] Ten slotte nam Nederland zich in deze fase voor om waar mogelijk te stimuleren dat in internationale verdragen en samenwerkingsverbanden de Nederlandse visie op de drugsproblematiek tot uitgangspunt zou worden genomen.[b]

Door deze drie voornemens had het Nederlandse drugsbeleid vanaf het begin een internationale dimensie die we hier aanduiden als 'internationaal beleid'.

[a] 'De beleidsvoornemens welke de ondergetekenden in hun nota van 4 januari 1974 tot uitdrukking brachten zijn bij andere Europese regeringen met gemengde gevoelens ontvangen. Er is sprake van instemming met het voornemen tot verscherpt optreden tegen de onwettige handel in drugs met onaanvaardbare risico's. Anderzijds vallen kritische geluiden te bespeuren ten aanzien van het door de ondergetekenden voorgestane beleid inzake de hennep producten. De ondergetekenden willen niet zonder meer aan de te hunner kennis gekomen kritische opmerkingen uit het buitenland voorbijgaan. (…) De handhaving in de Opiumwet van de thans geldende maximale strafsanctie voor de grensoverschrijdende smokkel van traditionele hennepproducten vloeit voort uit de wens van de ondergetekenden rekening te houden met de in het buitenland gehoorde bezorgdheid omtrent haar beleid met betrekking tot hennepproducten'. [1]

[b] 'De door de ondergetekenden nagestreefde wijziging van het Enkelvoudig Verdrag met betrekking tot hennepproducten is inmiddels ook in bilaterale contacten als een wenselijkheid naar voren gebracht, onder andere bij besprekingen met autoriteiten der VS en in het kader van de Verenigde Naties. (…) Verdragswijziging in de door ondergetekenden voorgestane zin zal derhalve nog veel inspanningen vergen. Het beleid blijft niettemin daarop gericht'.[1]

Dit hoofdstuk is als volgt opgebouwd. Als eerste wordt beschreven welke doelstellingen in de Drugsnota 1995 zijn geformuleerd ten aanzien van de internationale samenwerking en in welke context deze doelstellingen zijn ontwikkeld. Vervolgens wordt in kaart gebracht in hoeverre deze doelstellingen zijn bereikt en voor welke zaken Nederland zich sterk heeft gemaakt. Hierbij wordt gekeken naar de internationale gremia en fora waarin Nederland een rol heeft gespeeld (en speelt). Daarnaast wordt er aandacht besteed aan de bilaterale samenwerking met diverse landen. Om dit alles overzichtelijk in kaart te brengen, wordt een onderscheid gemaakt tussen de internationale gremia en fora die zich op alle typen drugs richten en op gremia en fora die in het leven geroepen zijn ten behoeve van een specifiek type drugs. Er wordt ook aandacht besteed aan belangrijke (beleids)ontwikkelingen die zich voor 1995 af hebben gespeeld, als zij essentieel zijn om ontwikkelingen die daarna hebben plaatsgevonden in een context te kunnen plaatsen.

12.2 Wat waren de beleidsvoornemens?

12.2.1.1 Het probleem en de context, algemeen
De uitvoering en resultaten van het internationale beleid kunnen niet los gezien worden van de nationale en internationale ontwikkelingen. Deze worden hieronder kort beschreven.

1. *Landelijke ontwikkelingen*
   Nederland verschilde niet alleen van andere landen door het wettelijke onderscheid naar typen drugs, maar ook door de ontwikkeling van harm reduction-maatregelen in de hulpverlening aan heroïnegebruikers. Hierbij werden instrumenten ingezet, zoals methadon-onderhoudsprogramma's en spuitomruilprojecten, die kritiek vanuit het buitenland opriepen.

2. *Internationale ontwikkelingen*
   - Vrijwel alle landen met een populatie (spuitende) heroïnegebruikers werden vanaf het eind van de jaren tachtig geconfronteerd een hiv/aids-epidemie. Hierdoor verdween geleidelijk aan veel weerstand tegen harm reduction-interventies, zoals reeds in een vroeg stadium werden toegepast in Nederland. Voor verschillende landen werd Nederland een voorbeeld van doeltreffend en effectief beleid.
   - Door de toenemende Europese samenwerking zijn niet alleen geschikte platforms ontstaan om de Nederlandse visie op de aanpak van drugsproblemen effectief naar voren te brengen (bijv. Pompidou Groep, de ambtelijke Horizontale Drugsgroep van de Europese Raad) maar ook gemeenschappelijke Europese beleidsinstrumenten die door Nederland mede konden worden vormgegeven (bijvoorbeeld het Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving (EMCDDA) en de diverse EU Drugs Strategieën en Actie Plannen).
   - Sinds de geleidelijke invoering van het Akkoord van Schengen zijn de meeste grenscontroles in Europa weggevallen. Hierdoor ontstond een grotere noodzaak voor meer specifieke samenwerkingsvormen tussen landen ten aanzien van de drugshandel.

3. *Neveneffecten van het nationale beleid*
   - De decriminalisering van drugsgebruik en de beschikbaarheid van harm reduction-programma's leidden tot een toestroom van buitenlandse drugtoeristen en -gebruikers die in Nederland voor problemen zorgden. Ook dit noopte tot samenwerking met het buitenland.

12.2.1.2 Het probleem en de context, de Drugsnota 1995
De omgevingsfactoren zijn in de Drugsnota 1995 nader omschreven:

1. *Buitenlandse kritiek:*
   In de nota wordt erkend dat er veel kritiek is op het Nederlandse drugsbeleid. Ten eerste kwam de kritiek, zo stelt de nota, voort uit een fundamenteel verschillende visie op de taak van de overheid met betrekking tot het gebruik van riskante stoffen door volwassen burgers.[2] [c] Daarnaast werd de Nederlandse opvatting dat cannabisproducten minder grote risico's voor de gezondheid met zich meebrengen dan harddrugs en dus om een andere aanpak vragen, door andere landen niet gedeeld. Ten derde bestond in het buitenland de bezorgdheid over de grensoverschrijdende effecten van het Nederlandse drugsbeleid.[2] In de drugsnota wordt gesteld dat de vele kritiek van buitenlandse overheden op het Nederlandse beleid ten dele gebaseerd

[c] Dit wordt verder niet toegelicht in de nota. Wel is er een verwijzing dat andere landen ook anders omgaan met middelen als tabak en alcohol en wordt er een verwijzing gemaakt naar het ideologische karakter van een deel van de buitenlandse kritiek.

is op onvoldoende (wetenschappelijk gefundeerde) kennis van zaken. Als antwoord op deze kritiek diende het Nederlandse drugsbeleid internationaal beter aan het buitenland uit te worden gelegd.[2]

2. *Grensoverschrijdende drugsoverlast*
   In de Drugsnota 1995 wordt aangekaart dat Nederland te kampen heeft met veel overlast, veroorzaakt door buitenlandse drugsgebruikers die illegaal in Nederland verblijven. Daarnaast wordt er gewezen op kritiek uit naburige EU-lidstaten, met name Frankrijk, in verband met drugstoeristen die softdrugs vanuit Nederland meebrachten.

3. *Internationale drugscriminaliteit*
   In de nota wordt vastgesteld dat de komst van de georganiseerde misdaad een bedreiging vormt voor de democratische rechtstaat. 'Nederland heeft een belangrijke knooppuntfunctie in het internationale transport van legale goederen die ook een infrastructuur schept voor de import en doorvoer van illegale drugs en de voorbereiding daarvan. Drugshandel is een van de meest productieve en lucratieve vormen van handel voor de georganiseerde misdaad in de Europese Unie. Het verdwijnen van de meeste interne Europese grenzen heeft de drugsmokkel in grote mate gefaciliteerd. Dit maakt de Europese Unie een aantrekkelijke markt voor illegale drugs en precursoren.' In de nota wordt gesteld dat het daarom essentieel was om deze problematiek ook in EU-verband actief te bestrijden. Door de intensivering van de samenwerking nam binnen de EU het aantal rechtshulpverzoeken toe. Dit dwong Nederland, maar ook andere landen te komen tot een vereenvoudiging van internationale en nationale procedures.

4. *Discussie voor- en nadelen legalisering*
   Internationale samenwerking betekent ook dat Nederland verbonden is aan een aantal verdragsverplichtingen. In de nota wordt erop gewezen dat de door Nederland geratificeerde verdragen geen enkele ruimte bieden voor de legalisering van drugs voor recreatieve doeleinden. 'Zowel verdragspartners als betrokken internationale organisaties zullen de voor Nederland geldende verdragsverplichtingen dan ook niet coulant interpreteren. De consequentie van legaliseren zou dan betekenen dat Nederland de Opiumverdragen en het Schengenakkoord zou moeten opzeggen'.[2] Andere gevolgen van legalisering die genoemd werden in de nota zijn: (a) een deel van de aanvoer zal weglekken naar het buitenland, (b) softdrugs zullen goedkoper worden op de Nederlandse markt en (c) het drugstoerisme zal worden aangewakkerd. In de nota werd verondersteld dat zowel vanwege de verdragsverplichtingen als vanwege de toenemende mobiliteit binnen de Europese Unie de mate van beschikbaarheid van drugs in de lidstaten niet ver uiteen zouden gaan lopen. De discussie over legalisering moest dan ook als een 'intrinsiek Europese discussie worden beschouwd en daarom ook in Europees verband worden gevoerd'.[2]

12.2.2 Uitgangspunten van het beleid en de beoogde aanpak

Het Nederlandse drugsbeleid heeft als hoofddoel de bescherming van de gezondheid van de drugsgebruikers door het voorkomen en verminderen van de schade ten gevolge van het gebruik in het besef dat de overheid niet in staat zal zijn om het gebruik van schadelijke stoffen volledig uit te bannen. Het internationale beleid van Nederland was erop gericht om ervoor te zorgen dat een zelfstandig Nederlands drugsbeleid kon worden gevoerd, ondanks de internationale druk die op Nederland werd uitgevoerd om het beleid aan te passen. De aanpak hiervan was dat de internationale kritiek, al dan niet gebaseerd op misverstanden, moest worden weggenomen door het actief verstrekken van juiste informatie over wettelijk kader, beleid en praktijk en het uitleggen van achtergronden en doelstellingen van het beleid. [3 d] Daarnaast werd actieve internationale samenwerking als instrument ingezet om bepaalde grensoverschrijdende problematiek, zoals drugshandel, aan te pakken. Bij deze aanpak hanteerde Nederland het uitgangspunt dat het zich inzette voor een efficiënt gebruik van bestaande internationale afspraken in plaats van te komen tot nieuwe afspraken.[e]

Men koos voor actief optreden op zowel politiek als beleidsmatig niveau, waar mogelijk in samenwerking met uitvoerders en NGO's.

[d] 'Een belangrijk doel van het buitenlands drugbeleid is het creëren van begrip voor het Nederlands beleid. Daarin past een gericht en samenhangend voorlichtingsbeleid.'

[e] In de Drugsnota 1995 werd gesteld dat ondanks dat deze vraagstukken aandacht behoefden, het niet nodig was om het bestaande 'verdragsinstrumentarium' aan te vullen. Reeds bestaande regelingen zouden gevoegd kunnen worden bij het raamwerk van algemene verdragen met betrekking tot internationale strafrechtelijke samenwerking en verdragen over de bestuurlijke bijstand op douanegebied die in Nederland en de omringende landen van kracht zijn. In de nota werd het wel noodzakelijk geacht om 'de efficiency in de internationale samenwerking te verhogen en netwerken van daarbij betrokken organisaties te vormen en/of te versterken' (p. 47).[2]

12.2.3 Doelstellingen en beoogde uitkomsten

Het Nederlandse optreden in de diverse internationale gremia was altijd ingegeven door de bijzondere positie van het Nederlandse drugsbeleid. Met een actieve inzet trachtte Nederland haar eigen uitgangspunten en daarmee de eigen beleidskeuzes te handhaven. Met dit achterliggende algemene doel en de daarmee beoogde uitkomst van haar internationale optreden werden op de verschillende deelterreinen, verschillende vormen van samenwerking gezocht. In de Drugsnota 1995 werden deze beleidsdoelstellingen nader uitgewerkt:

1. *Buitenlandse kritiek voorkomen/verbetering van het Nederlandse imago*
   Hiervoor dienden de achtergronden, doelstellingen en feitelijke effecten van het Nederlandse drugsbeleid beter aan het buitenland uitgelegd te worden. Om dit doel te bereiken werd belangrijk gevonden om betere, vergelijkbare statistische en onderzoeksgegevens te ontwikkelen, zodat de effecten van het beleid beter kunnen worden vastgesteld.

2. *De internationale discussie opstarten over de voor en nadelen van de legalisering van softdrugs*
   Nederland moest zich actief inzetten om het legaliseringsvraagstuk bespreekbaar te maken in een Europese context.[2 f]

3. *Grensoverschrijdende overlastproblematiek verminderen*
   Drugstoerisme naar ons land moest worden tegengegaan. Het repressieve beleid van voor 1995 ter ontmoediging van het buitenlandse drugstoerisme diende derhalve te worden voortgezet. Hierbij moest meer prioriteit worden gegeven aan de opsporing en vervolging van de leidende figuren achter de lokale consumentenmarkten van harddrugs. Daarnaast moest er aan de export van buitenlandse drugproblemen naar Nederland een einde worden gemaakt, waaronder de door buitenlandse drugsgebruikers in Nederland gepleegde strafbare feiten.

4. *Grensoverschrijdende (georganiseerde) criminaliteit rond de drugshandel en –productie verminderen*
   Deze vermindering moest gestalte krijgen door (a) samenwerking met andere landen en internationale organisaties bij de bestrijding van drugshandel, (b) het intensiveren van de deelname aan internationale opsporingsonderzoeken en (c) het inrichten van een structurele organisatie die zich bezighoudt met de afhandeling van de rechtshulpverzoeken en versnelling en verbetering van de procedures.

Tabel 12.1 Voornemens met betrekking tot internationaal beleid

Context:
• VN-verdragen (1961, 1971 en 1988).
• Schengen-akkoord.
• Verregaande samenwerking binnen de EU.
• Hiv/aids-epidemie.
+
Basisprincipes/uitgangspunten:
• Het Nederlandse drugsbeleid overeind houden.
• Internationale kritiek is met name ingegeven door onvoldoende kennis over de uitgangspunten van het nationale beleid.
• Internationale kritiek actief tegemoet treden en waar mogelijk in samenwerking tot oplossingen komen.
↓
Beoogde aanpak:
• Inzetten op een actief internationaal voorlichtingsbeleid.
• Actieve internationale samenwerking, met name op het terrein van grensoverschrijdende drugsproblematiek.
• Stimuleren van meer internationale samenwerking tussen professionals.
• De geesten rijp maken voor een discussie over de voor- en nadelen van legalisering.
↓
Beoogde uitkomsten:
• Minder kritiek door het wegnemen van misverstanden over het Nederlandse drugsbeleid.
• Minder kritiek door positieve waardering te krijgen voor inzet voor het oplossen van grensoverschrijdende problematiek.
• Het Nederlandse drugsbeleid te kunnen blijven uitvoeren.
• Het vraagstuk van het reguleren van de achterdeur in EU-context bespreekbaar en oplosbaar te maken.

[f] De Nederlandse bijdrage aan de door het kabinet wenselijk geachte internationale en Europese discussie over de voor- en nadelen van de legalisering van softdrugs dient dus behoedzaam en met een gepaste relativering van de eigen opvattingen te worden geleverd. De aanpak zal o.a. moeten bestaan uit het leggen van contacten met strategische partners in het buitenland. Zie ook p. 52.

12.3 Is de beoogde aanpak toegepast?

12.3.1 De Europese Unie

Het Verdrag van Maastricht (1992) zorgde ervoor dat het drugsvraagstuk een EU-aangelegenheid werd. Daarvoor was het onderwerp geen onderdeel geweest van het verdragsrechtelijke instrumentarium van de toenmalige EEG. Desalniettemin werd het onderwerp wel voor 1992 in Brussel geagendeerd. Het onderwerp drugs kwam in 1989 voor het eerst op de agenda door de oprichting van het Europese Comité voor drugsbestrijding (CELAD).[4] De CELAD[g] heeft een belangrijke rol gespeeld door het geven van een aanzet tot de oprichting van het EMCDDA. Daarnaast heeft het intensieve contact tussen vertegenwoordigers van lidstaten in CELAD een belangrijke rol gespeeld bij de daarna verdergaande samenwerking in onder meer het Hazeldonk-overleg en overleg in Benelux-verband over de grensoverschrijdende problematiek.

Het Verdrag van Maastricht introduceerde de 'drie pijler'-structuur. De eerste pijler bevat alle onderwerpen waarbij het initiatiefrecht bij de Europese Commissie ligt. Dit omvat onder meer het volksgezondheidsartikel. Hierin wordt het onderwerp 'drugsverslaving' genoemd[h] . Belangrijk is dat op dit artikel het subsidiariteitsbeginsel van toepassing is. Eenvoudig gezegd komt het erop neer dat er alleen gemeenschappelijk wordt opgetreden indien dit een toegevoegde waarde heeft ten opzichte van het nationale beleid.[4] De tweede en derde pijler zijn intergouvernementeel van karakter. De tweede pijler, het gemeenschappelijk buitenland- en veiligheidsbeleid, bevat geen aparte bepaling over het onderwerp drugs. De derde pijler, betreffende de samenwerking op het terrein van Justitie en Binnenlandse Zaken, bevat de drugsbestrijding (Titel VI, artikel K bevat onder meer de samenwerking bij de strijd tegen drugsverslaving en drugshandel).[i]

Daarnaast is sinds het Verdrag van Amsterdam (1998) het Schengen-akkoord officieel als protocol opgenomen bij het EU-verdrag. Het akkoord kent haar oorsprong in het besluit van februari 1985 tussen vertegenwoordigers van Duitsland, Frankrijk en de Benelux-landen. Doel hiervan was om uiteindelijk te komen tot de afschaffing van de binnengrenzen. In artikel 8 van het daaropvolgende Schengen-akkoord (juni 1985) wordt bepaald dat de partijen er zich toe verbinden om 'op hun grondgebied de illegale handel in verdovende middelen met kracht te bestrijden en hun acties dienaangaande op efficiënte wijze te coördineren'.[6] Over de interpretatie hiervan is veelvuldig gesproken tussen de deelnemende landen. Er werd een vergelijk gevonden dat elk land inderdaad zijn eigen drugsbeleid mocht voeren – dus ook Nederland – zolang dit het beleid van andere partners niet nadelig zou beïnvloeden. Dit laatste betekende volgens het toenmalige kabinet:[7]

a. het tegengaan van de verkoop van softdrugs aan buitenlanders;
b. het zoveel mogelijk overdragen van buitenlanders voor hier te lande gepleegde overtredingen van de Opiumwet aan hun eigen justitiële autoriteiten;
c. en het stopzetten van therapeutische hulp aan buitenlanders zonder verblijfstitel.

Ontwikkelingen in EU-verband na het Verdrag van Maastricht
In haar voortgangsrapportage uit 1996 schetst het kabinet de ontwikkelingen sinds Maastricht als volgt: 'vanwege de nieuwe mogelijkheden op grond van het Verdrag van Maastricht heeft de Europese Raad eind 1993 verzocht om een rapport inzake het EU-drugsbestrijdingsbeleid voor de periode 1995-1999. De Europese Raad van Madrid heeft gevraagd een concreet activiteitenprogramma op te stellen. Dit heeft gestalte gekregen in het 66-punten plan van de Groep Drugexperts. Daarnaast heeft de ER van Madrid gevraagd te onderzoeken in hoeverre een eventuele harmonisatie van de wetgeving der lidstaten een bijdrage kan leveren aan het terugdringen van het gebruik van en de illegale handel in drugs. Voorts heeft deze Raad gevraagd om extra aandacht voor de drugbestrijding in Latijns-Amerika en het Caraïbisch gebied'.[8]

Betreffende het vraagstuk van de harmonisatie van de wetgeving meldde het kabinet in dezelfde voortgangsrapportage het volgende. 'In december 1995 en in maart 1996 zijn conferenties over een eventuele harmonisatie van wetgeving gehouden, die waren georganiseerd door het voorzitterschap, de Commissie en het Europees Parlement. De voornaamste bevinding is dat er weliswaar op onderdelen belangrijke verschillen bestaan in wetgeving (bijvoorbeeld het al dan niet strafbaar zijn van gebruik; wel of geen onderscheid tussen hard- en soft-

[g] Het betrof een werkgroep met een vertegenwoordiging op het niveau van directeur-generaal van zowel het ministerie van CRM als Justitie.
[h] Verdrag van Maastricht: Titel X, artikel 129 '… het optreden van de Gemeenschap is gericht op preventie van ziekten, met name grote bedreigingen van de gezondheid, met inbegrip van drugsverslaving…'.
[i] De algemene doelstelling ten aanzien van drugscriminaliteit die door de Europese Raad is geformuleerd luidt als volgt: 'The EU and its Member States aim to ensure a high level of security for the general public by taking action against drugs production, cross-border trafficking in drugs and diversion of precursors, and by intensifying preventive action against drug-related crime, through effective cooperation in a joint approach'.[5]

drugs), maar dat deze verschillen in de praktijk minder groot zijn. Zo wordt bezit van cannabis in alle lidstaten, ook in die welke genoemd onderscheid niet kennen, niet of lager bestraft dan bezit van harddrugs. De uitkomsten van deze conferentie vormen de voornaamste bouwsteen voor het rapport dat aan de Europese Raad van Dublin zal worden uitgebracht en dat thans in Brussel wordt besproken. In deze besprekingen steunt Nederland de door de Commissie geformuleerde conclusie dat met de bestaande wetgeving in de lidstaten voldoende mogelijkheden bestaan om effectief te kunnen optreden ter vermindering van drugsgebruik en drugshandel, waardoor harmonisering van wetgeving in de praktijk weinig meerwaarde zal hebben. Verbeteringen kunnen worden gestimuleerd door betere samenwerking tussen lidstaten. Er zijn specifieke deelterreinen waar behoefte kan bestaan aan nieuwe wetgeving en waarop gestreefd dient te worden naar een gezamenlijke en zoveel mogelijk geharmoniseerde aanpak (gecontroleerde aflevering; nieuwe synthetische drugs)'.[8] Ten slotte concludeerde het kabinet dat de beleidsontwikkeling in de EU van groot belang is voor ons land. Vandaar dat Nederland zich actief ging opstellen in het Brusselse besluitvormingsproces.

De hierboven genoemde rapporten vormden de basis voor het *Europese Gemeenschappelijk Optreden inzake Drugs* dat onder het voorzitterschap van Ierland (1996) werd aangenomen. Uit het kamerdebat werd door het kabinet aangegeven dat het Gemeenschappelijk Optreden (Action Commune) geen wijziging van wetgeving in zou hoeven te houden en dus ook niet een wijziging van het nationaal beleid.[8]

De actieve Nederlandse opstelling kreeg verder vorm tijdens het Nederlands voorzitterschap in 1997. Door voor te stellen het mandaat van de drugsexpertgroep uit te breiden heeft Nederland een extra impuls gegeven aan de uitwerking van het 66-puntenplan. Dit Nederlandse initiatief leidde tot de oprichting van de zogenaamde Horizontale Drugswerkgroep (HDG) waarin uiteindelijk zowel 1e en 3e pijler drugsonderwerpen werden besproken. In een later stadium is de 2e pijler drugswerkgroep (CODRO) eveneens in de HDG opgegaan. De HDG[j] is vervolgens de belangrijkste ambtelijke werkgroep gebleven voor wat betreft het opstellen van de opeenvolgende EU-drugsstrategieën en behandeling van actieplannen van de Commissie.

Tijdens dit Nederlandse voorzitterschap is tevens het besluit genomen ter invoering van het *Early Warning Mechanism* (EWM). Het initiatief kwam voort uit het idee dat, hoewel dat de harmonisatie van wetgeving niet nodig zou zijn, er wel snel gereageerd moet kunnen worden als er nieuwe soorten synthetische drugs op de markt komen. Er werd de volgende procedure ingesteld. Als er ergens op de Europese markt een nieuwe synthetische drug opduikt, wordt dit gemeld aan het EMCDDA. Samen met Europol en de nationale Focal Points gaat het EMCDDA verdere informatie verzamelen. Op basis hiervan kan het wetenschappelijke comité van het EMCDDA, eventueel aangevuld met andere experts, bij elkaar worden geroepen om over het fenomeen te adviseren. Samen met het conceptadvies van de Commissie wordt de beoordeling van het Comité aan de HDG voorgelegd. Dit is een niet-bindend advies dat kan bestaan uit (a) het verbieden van het middel, (b) het enige tijd blijven monitoren van de ontwikkelingen op de markt of (c) het fenomeen niet in Europees verband verder behandelen.

Europese Drugstrategieën 2000-2004 en 2005-2012

Naast besprekingen over het EWM, de jaarlijkse terugkerende voorbereiding van de VN-drugsvergadering[k] werd in de HDG met name gesproken over de invulling en uitvoering van de opeenvolgende EU-drugsstrategieën en bijbehorende actieplannen. De eerste formele drugsstrategie dateert uit 1995. Het doel van deze strategie was om de internationale samenwerking tussen lidstaten te verbeteren. In 1998 werd de aanzet gegeven om te komen tot een EU-drugstrategie 2000-2004. Deze strategie introduceerde nieuwe mogelijkheden om de coöperatie tussen lidstaten te versterken (IDPC 2008b: 5). Deze door de Raad opgestelde strategie kreeg een nadere uitwerking in het door de EU Commissie opgestelde Actieplan 2000-2004. De Nederlandse regering gaf aan voorstander te zijn van een goed Europees actieplan, en hechtte in dit verband sterk aan concrete(re) afspraken over zaken die bij uitstek op Europees niveau moeten worden aangepakt, zoals de controle op precursoren.[9] Op hoofdlijnen betekende dat het actieplan inzette op:

1. het verbeteren van de informatie-uitwisseling over de drugssituatie in de EU, onder andere ten bate van een betere evaluatie van het beleid;
2. het terugdringen van de vraag, onder andere door verbeterde preventie en zorg;
3. het terugdringen van de handel door betere controle op precursoren, witwassen, handel via internet en georganiseerde misdaad;
4. het intensiveren van de internationale samenwerking tussen de EU en andere delen van de wereld;

[j] De delegatie van de HDG bestaat voor Nederland uit ambtelijke vertegenwoordigers van de ministeries van VWS, Justitie en BZ.
[k] De Commission on Narcotic Drugs (CND). Deze jaarlijks VN-drugsvergadering wordt gehouden in Wenen.

5. een betere interne coördinatie binnen de verschillende EU-fora die zich met drugs bezighouden, omdat drugs een pijleroverstijgende problematiek is.

In 2005 is er vervolgens een nieuwe EU-drugsstrategie (2005-2012) aangenomen door de Europese Raad.[5] Met deze strategie streeft de EU naar een hoog niveau van publieke gezondheid en sociale cohesie middels het voorkomen en verminderen van drugsgebruik, drugsafhankelijkheid en andere drugsgerelateerde gevaren voor de volksgezondheid en maatschappij. Ten tweede beoogt zij een hoog niveau van sociale veiligheid te verzekeren middels een gezamenlijke preventieve aanpak van drugsgerelateerde criminaliteit en door acties te ondernemen tegen de productie en smokkel van drugs.[l] Bij het opstellen van de EU-drugsstrategie 2005-2012 heeft Nederland een belangrijke rol gespeeld. Ter voorbereiding van het Nederlandse voorzitterschap in 2004 heeft Nederland, in samenwerking met de landen die het voorzitterschap in de omliggende periode zouden verzorgen (Ierland, Luxemburg en het VK) het initiatief genomen om de nieuwe EU Drugsstrategie te ontwerpen. Naast het verder voortborduren op de hoofdpunten uit de vorige strategie heeft Nederland een voor de EU nieuw element erbij genomen, te weten het concept van harm reduction. Dit concept is uiteindelijk ook opgenomen in de definitieve tekst van de huidige strategie.

Het Kaderbesluit Illegale Drugshandel
De Europese Raad kwam in 2001 met het Kaderbesluit Illegale Drugshandel betreffende de vaststelling van minimumvoorschriften met betrekking tot strafbare feiten en tot straffen op het gebied van de illegale drugshandel. Met dit kaderbesluit werden lidstaten verplicht om deze minimumvoorschriften te harmoniseren en te komen tot minimale strafmaxima. In het voorstel wordt uitvoerig ingegaan op de definitie van illegale drugshandel en de sanctionering ervan. Het kaderbesluit verplicht niet tot aanpassingen van het (vervolgings)beleid, maar alleen tot aanpassing van de strafwetgeving.[10] Het voorzien in eigen gebruik valt buiten de reikwijdte van het Kaderbesluit. Hiermee wordt beoogd de cannabisgebruiker buiten het strafrecht te houden. De directe belangrijke consequentie van het Kaderbesluit was dat Nederland de maximale straf voor de handel in grote hoeveelheden cannabis en strafbare handelingen met precursoren en/of harddrugs in georganiseerd verband (aanzienlijk) moest verhogen. Zo heeft Nederland in 2006 de maximumstraf voor de handel in grote hoeveelheden cannabis bijvoorbeeld verhoogd van vier naar zes jaar. Deelname aan een organisatie die zich bezighoudt met illegale drugshandel mag worden bestraft met een maximumstraf van acht jaar. Het heeft ongeveer twee jaar geduurd voordat er overstemming was bereikt over de definitieve tekst van het kaderbesluit, mede omdat Nederland zich niet kon vinden in bepaalde punten. Het merendeel van de lidstaten wilde namelijk dat de strafmaat voor kleine hoeveelheden cannabis (niet voor eigen gebruik) naar anderhalf jaar werd verhoogd, met als consequentie dat ook voor dit soort zaken rechtshulpverzoeken konden worden ingediend door andere lidstaten.

Nederland stelde dat de reikwijdte van dit voorstel moest worden beperkt tot die zaken waarvoor de gezamenlijke EU-aanpak van toegevoegde waarde zou zijn. Dit betekende dat Nederland wel voorstander was van de harmonisatie van bestanddelen van strafbare feiten in het kader van georganiseerde drugshandel, maar niet als het gaat om nationale handel van kleine hoeveelheden drugs. Nederland stond op het standpunt dat het vanuit het oogpunt van subsidiariteit en proportionaliteit een lagere maximumsanctie wenselijk achtte voor handelingen met kleine hoeveelheden drugs.[11] Het kabinet kon instemmen met het Kaderbesluit toen onder Deens voorzitterschap een compromisvoorstel werd ingediend ten aanzien van kleine hoeveelheden softdrugs. Hierin werd een maximumstraf van een jaar voorgesteld voor cannabisbezit. Er waren echter enkele lidstaten (Frankrijk en Zweden) die niet met dit voorstel konden instemmen zodat er geen overeenstemming over het kaderbesluit werd bereikt, maar zij kwamen hier uiteindelijk op terug. Nederland steunde de bevordering van wederzijdse rechtshulp als het gaat om internationale drugshandel, maar maakte zich zorgen over de gevolgen die deze bevordering zou hebben voor het nationale beleid ten aanzien van de coffeeshops en bezit van kleine hoeveelheden voor eigen gebruik. De regering heeft zich ingezet om te voorkomen dat het kaderbesluit afdwong om hier wijzigingen in aan te brengen en is hierin geslaagd. In artikel 2 lid 2 staat geformuleerd dat indien betrokkenen in persoonlijk gebruik beogen te voorzien, dit buiten de reikwijdte van het kaderbesluit valt.[10]

De invloed van Europa op ons nationale drugsbeleid is groot.[10 m] Omdat de beleidsontwikkeling in de EU van groot belang is voor ons land, stelde Nederland zich ten doel actief op te treden in het Brusselse besluitvormingsproces en samenwerkingsinitiatieven.[8] Naast de hierboven beschreven onderwerpen zijn er nog een aantal belangrijke ontwikkelingen te vermelden. Deze worden hieronder besproken.

[l] In de EU-drugsstrategie (2005-2012) worden beide dimensies tevens aangevuld met drie thema's: (a) coördinatie, (b) internationale coöperatie, en (c) informatie, onderzoek en evaluatie. IDPC 2008b: 6-7.
[m] Zo wordt de vraag of Nederland in de Europese context zijn gedoogbeleid mag blijven handhaven dan ook steeds relevanter.

Aanbeveling Raad van de Europese Unie betreffende de preventie en beperking van gezondheidsschade die samenhangt met drugsverslaving
Deze aanbeveling was een uitwerking van de tweede doelstelling van de EU Drugs Strategie (2000-2004), namelijk het in vijf jaar terugdringen van (a) de incidentie van drugsgerelateerde gezondheidsschade (hiv, hepatitis, tuberculose, etc.) en (b) het aantal drugsgerelateerde sterfgevallen. De aanbeveling heeft vier aspecten:

1. De preventie van drugsverslaving en vermindering van risico's tot doelstellingen van het volksgezondheidsbeleid te maken.
2. Het terugdringen van drugsgerelateerde gezondheidsschade (hiv, hepatitis, tuberculose, etc.) en drugsgerelateerde sterfte middels harm reduction-maatregelen, zoals voorlichting, straathoekwerk, peer education, substitutiebehandeling, hepatitis B-vaccinatie, en spuitomruilprogramma's.
3. Bovenstaande maatregelen baseren op wetenschappelijk onderzoek, goede evaluatie, kwaliteitscriteria, monitoring en uitwisseling van ervaringen.
4. Na twee jaar verslag uitbrengen aan de Commissie over de uitvoering van de aanbeveling.

In deze aanbeveling werden de lidstaten opgeroepen om een sluitend behandel- en preventieaanbod te creëren op het terrein van drugsverslaving. Alle EU-lidstaten werden opgeroepen om maatregelen te implementeren. 'Teneinde de incidentie van drugsgerelateerde gezondheidsschade (hiv, hepatitis B en C, tuberculose, enz.) alsmede het aantal drugsgerelateerde sterfgevallen aanzienlijk terug te dringen, dienen de lidstaten, als een volwaardig onderdeel van hun algemene beleid inzake drugspreventie en -behandeling, een reeks uiteenlopende diensten en faciliteiten aan te bieden die met name de vermindering van de risico's tot doel hebben'.[12] Hierna volgt een lijst van dertien te nemen maatregelen, zoals bijvoorbeeld straathoekwerk en spuitenruil.

EU Subsidieprogramma's
Wat betreft het stimuleren van de samenwerking op EU-niveau is in 1996 het EU Actieprogramma Preventie van Drugverslaving gestart. Vanuit dit programma werden projecten gefinancierd met een duidelijke Europese dimensie, die zich richten op de ontwikkeling van innovatieve methoden van voorlichting en preventie, op trainingen/disseminatie van kennis en de ontwikkeling van Europese netwerken. In 2003 is dat Actieprogramma samen met de zeven andere Actieprogramma's van DG SANCO (o.a. op het gebied van aids en andere infectieziekten) samengevoegd tot één breed volksgezondheidsprogramma, wat een duidelijke afname van drugsprojecten tot gevolg had.

Nederlandse instellingen hebben vanaf het begin gebruik gemaakt van deze subsidiemogelijkheid. Enkele door Nederlandse instellingen geïnitieerde en gecoördineerde projecten laten zien dat de scope van het drugsprogramma breder was dan drugspreventie. Ook projecten op het gebied van harm reduction werden gefinancierd. Voorbeelden zijn EuroMethwork, het Europese Peer Support Project en projecten van Mainline. Het eerste – geïnitieerd door de GGD Amsterdam en (inmiddels zonder Europese subsidie) gerund door Quest4Quality – heeft tot doel expertise te verzamelen en beschikbaar te stellen over substitutiebehandeling en hiermee bij te dragen aan de kwaliteitsverbetering van dit behandelaanbod.[13;14] Het Europese Peer Support Project – geïnitieerd en gerund door het NIAD (later opgegaan in het Trimbos-instituut) – richtte zich op ontwikkeling en implementatie van peer support als methode om hiv-preventie onder drugsgebruikers effectiever te maken.[15] Mainline heeft in Europees verband onder andere gewerkt aan het verhogen van de impact van gezondheidsinterventies onder drugsgebruikers door gebruik te maken van kennis en expertise vanuit de drugscene zelf. Dit project resulteerde in het handboek Hit&Health.[16] In een ander project werd onderzoek gedaan naar hiv-behandeling en therapietrouw onder drugsgebruikers in Europa.[17]

Deze projecten zijn ook voorbeelden van hoe invulling werd gegeven aan de doelstelling: Bevorderen dat de doelstellingen van het Nederlandse beleid worden overgenomen in het beleid en de praktijk van andere landen en internationale organisaties. In de genoemde projecten werd in Nederland ontwikkelde harm reduction-expertise uitgedragen in andere EU-lidstaten.

Daarnaast heeft de EU gelden beschikbaar gesteld voor technische bijstand in de toetredende landen (het PHARE-Twinning programma). Het Trimbos-instituut heeft namens Nederland – opererend als *mandated body* voor het ministerie van VWS op het gebied van verslaving en GGZ – in een aantal toetredende Europese landen (de nieuwe lidstaten) daarbij een actieve bijdrage geleverd. Voorbeelden zijn twinningprojecten met Hongarije, Estland en Slovenië. In veel van deze projecten kwam ook weer de specifieke Nederlandse expertise op het terrein van verslavingspreventie, zorg en harm reduction naar voren. Eén voorbeeld is de evaluatie van substitutiebehandeling in Slovenië.[18] In veel gevallen werd door de nieuwe lidstaten juist om de door het afwijkende drugsbeleid bijzondere expertise voor Nederland gekozen. Ook op het terrein van drugsbestrijding bood het

twinninginstrument mogelijkheden om de Nederlandse aanpak in toetredingslanden te presenteren, bijvoorbeeld in een twinningproject tussen de Nederlandse en Estse ministeries van Justitie, waarin o.a. aandacht werd besteed aan de aanpak van drugsgebruik en daarmee samenhangende gezondheidsproblemen in gevangenissen (zie § 12.3.6.1).

Ook het TACIS-programma (Institution Building Partnerships Programs, IBPP) bood mogelijkheden om Nederlandse expertise uit te dragen waarin het volksgezondheidsaspect centraal stond. Mainline heeft in dit kader een viertal projecten in Oekraïne en Rusland uitgevoerd. Centraal in deze projecten stond het versterken van capaciteit van non-gouvernementele organisaties werkzaam in het veld van harm reduction of hiv-preventie onder drugsgebruikers en gevangenen.

Nederlandse subsidieprogramma's
Ook Nederlandse subsidieprogramma's boden de mogelijkheid om Nederlandse expertise op het terrein van drugsbeleid en praktijk uit te dragen. Met seminars in het zogenaamde ADEPT-programma (Accession-oriented Dutch European Proficiency Training) van het ministerie van Buitenlandse Zaken werden EU-toetredingslanden (Roemenië, Polen, Hongarije, Kroatië, Tsjechië, Slowakije, Bulgarije, Estland, Letland, Litouwen, Slovenië en Turkije) op een aantal beleidsterreinen ondersteund bij het aanpassen van eigen wetgeving en beleid aan de eisen van de acquis communautair. Drugsbeleid was één van de geselecteerde beleidsterreinen. Het Trimbos-instituut heeft in samenwerking met Jellinek drie ADEPT-seminars Drugs Policy in the European Context georganiseerd (in november 2001, september 2002 en oktober 2003). Deze seminars hadden als doel ambtenaren van aspirant-lidstaten te ondersteunen bij het harmoniseren van hun eigen wetgeving en beleid met het Europese kader voor drugsbeleid in de lidstaten, met name de in het EU Actieplan inzake drugs uitgezette lijnen, en ze te informeren over de achtergronden en stand van zaken van de Europese aanpak van het drugsprobleem (voortgangsrapportage 2002). Alle elementen van beleid – ontwikkeling, uitvoering en evaluatie – werden belicht. Het laatste seminar was een verdiepingsseminar voor de tien landen die in 2004 daadwerkelijk tot de EU zijn toegetreden. Deze tien landen zouden immers vanaf 2004 als lidstaat betrokken zijn bij het vormgeven en uitvoeren van EU-beleidsuitgangspunten, o.a. door deel te nemen aan het formuleren van de nieuwe EU-drugsstrategie en het EU Actieplan inzake drugs.

Ook de verschillende onderdelen van het MATRA-programma (Maatschappelijke Transitie) van het ministerie van Buitenlandse Zaken zijn herhaaldelijk gebruikt om de Nederlandse aanpak van het drugsprobleem in bilaterale projecten met landen in Centraal- en Oost-Europa voor het voetlicht te brengen. Zo is er een aanzienlijk aantal projecten op het terrein van preventie en behandeling geweest van Jellinek en Trimbos-instituut in o.a. Bulgarije, Oekraïne, Roemenie, Rusland en Wit-Rusland.

Ook uit andere budgetten van het ministerie van Buitenlandse Zaken werden drugsprojecten gefinancierd. Mainline heeft vanaf 2005 uit het budget van BZ (DGIS) een start gemaakt met het ontwikkelen van projecten waarin harm reduction en ontwikkelingssamenwerking met elkaar werden verbonden. Dit programma werd in eerste instantie uitgevoerd op locaties in Nepal, Cambodja, Pakistan, India, Indonesië, en is later uitgebreid naar een aantal andere locaties in Azië.

Het EMCDDA
Dit Lissabonse EU-agentschap is in 1995 van start gegaan. Het centrum heeft ten doel de EU en de lidstaten te voorzien van objectieve, betrouwbare en op Europees niveau vergelijkbare informatie over het verschijnsel drugs en drugverslaving en de gevolgen daarvan. Daartoe verzamelt het centrum gegevens, werkt het aan het verbeteren van de methodologie voor gegevensverzameling en verspreidt het deze gegevens, onder andere door middel van het 'Annual Report'. De prioriteit ligt daarbij op het verzamelen en bewerken van gegevens op de terreinen van epidemiologie, zorg en preventie. Het verzamelen van gegevens op supply reduction-terrein heeft in de laatste jaren aan belang gewonnen. Voorts worden de hoofdlijnen van beleid van de EU-staten in kaart gebracht. Elke EU-lidstaat heeft een zogenaamd National Focal Point ingesteld dat verantwoordelijk is voor de nationale gegevensverzameling. Het Nederlandse Focal Point is ondergebracht bij het Trimbos-instituut, dat daartoe samenwerkt met tal van nationale instellingen die taken hebben op het gebied van gegevensverzameling.

Europol
Europol is sinds het Verdrag van Maastricht (1992) de Europese rechtshandhavingorganisatie die tracht de effectiviteit en de samenwerking tussen de autoriteiten in de verschillende lidstaten binnen de Europese Unie te verbeteren in hun strijd tegen terrorisme, illegale drugshandel en andere ernstige vormen van georganiseerde misdaad. In 1993 werd door de EG het besluit genomen om de organisatie te vestigen in Den Haag. De orga-

nisatie startte aanvankelijk met beperkte bevoegdheden. In de loop van de tijd werd het mandaat echter ruimer en ging Europol zich tevens richten op andere criminaliteitsvelden.[n] Ter bestrijding van drugssmokkel benadrukte Europol in 2004 de intensivering van internationale samenwerking tussen de lidstaten, waarbij bestaande instrumenten en kaders beter dienden te worden gebruikt; zoals de Joint Investigation Teams, de European Arrest Warrant, Europol zelf en Eurojust. De acties van de lidstaten richten zich tegen zowel de productie als de internationale handel van drugs.[19] Een belangrijke publicatie van Europol is de zogenaamde Organised Crime Treat Assesment (OCTA). Dit is een dreigingsbeeld van de georganiseerde misdaad in de Europese Unie waarin onder meer aandacht wordt besteed aan criminele netwerken en hun 'modus operandi.' Deze is sinds 2006 ieder jaar verschenen.

12.3.2 Raad van Europa

In 1971 initieerde Frankrijk de oprichting van een periodiek Europees overleg over drugsbestrijding. Nederland heeft vanaf het begin deelgenomen aan dit overleg, bekend als de Pompidou Groep. In 1980 werd de Groep ondergebracht bij de Raad van Europa.

Voor Nederland was de Pompidou Groep in toenemende mate niet alleen een instrument om te komen tot de noodzakelijke samenwerking in de bestrijding van drugshandel, maar vooral een podium om effectief en evidence-based drugsbeleid te promoten en in dat kader ook als forum om de Nederlandse aanpak uit te leggen. Om die reden heeft Nederland actief de deelname en inbreng bevorderd van Nederlandse deskundigen aan werkgroepen, seminars en conferenties die door de Pompidou Groep werden georganiseerd.

Tot 2007 heeft Nederland de werkzaamheden van de Groep ook ondersteund met een jaarlijkse vrijwillige bijdrage. In de jaren negentig heeft Nederland ook een specifieke bijdrage geleverd op het terrein van monitoring (multicity studie van de Epidemiologie Werkgroep) en preventie (Handboek preventie). Verder is in de periode 1993-1997 door Nederland geïnvesteerd in de werkgroep die de hoofdsteden van het voormalige Oostblok heeft bezocht om kennis over te dragen over de multidisciplinaire aanpak van het drugsvraagstuk. Daarnaast is in 2002 het initiatief genomen tot de oprichting van de werkgroep drugssmokkel binnen de bestaande Airportsgroep.[o] Binnen deze werkgroep heeft Nederland in samenwerking met het Verenigd Koninkrijk een gezamenlijke Europese aanpak van drugssmokkel via luchthavens bepleit.[11]

In de jaren 2004-2006 was Nederland voorzitter van de Pompidou Groep. Onder het Nederlandse voorzitterschap is een evaluatie gemaakt van de functie en werkzaamheden van de Groep. De conclusie was dat de Groep naast de gevestigde overlegorganen en instituties van de EU een specifieke rol vervult in Europa op het gebied van signalering vanuit de praktijk en open discussie over drugsbeleid. Deze specifieke rol is vervolgens vastgelegd in de structuur en werkwijze van de Groep.

In 2005 heeft Nederland met Frankrijk het initiatief genomen om de in 1999 gestarte uitbreiding van werkzaamheden van de Groep naar de landen ten zuiden van de Middellandse Zee, nieuw leven in te blazen. Door Nederland en Frankrijk is een haalbaarheidsonderzoek naar een netwerk voor discussie en kennisoverdracht tussen landen in het mediterrane gebied uitgevoerd. Dit netwerk (Mednet) is thans actief in Marokko, Algerije, Tunesië en Libanon.[p]

Andere initiatieven van het Nederlandse voorzitterschap van de Pompidou Groep waren de resolutie over substitutiebehandeling die is ingebracht en is uitonderhandeld in de CND,[20] en pogingen om tot een betere afstemming en taakverdeling te komen tussen de verschillende internationale organen die zich in Europa met het drugsbeleid bezighouden. Deze discussies worden voortgezet onder het huidige Poolse voorzitterschap.

12.3.3 Verenigde Naties

UNODC

De United Nations Office on Drugs (UNODC) is sinds 2005 de overkoepelende organisatie voor de UNDCP (United Nations Drug Control Programme) en het Centre for International Crime Prevention. Laatstgenoemde hield zich met misdaad- en corruptiebestrijding bezig. De UNODC is gevestigd in Wenen en is het uitvoerend

[n] www.europol.europa.eu
[o] Deze werkgroep was begin jaren tachtig opgericht en stelt zich ten doel de samenwerking tussen luchthavenautoriteiten te intensiveren.
[p] Nederland heeft in 2007 om budgettaire redenen verdere deelname aan het netwerk gestaakt.

orgaan van de VN op het gebied van drugsbestrijding. Anders dan de INCB (zie hieronder) is UNODC geen controleorgaan, maar een ambtelijke organisatie die zich richt op drugs in den brede, criminaliteit, terrorismepreventie, corruptie en handhaving. De UNODC helpt landen bij de implementatie van de VN-drugsverdragen en tracht zoveel mogelijk landen deze verdragen te laten ondertekenen. De UNODC voert tevens projecten uit, voornamelijk in ontwikkelingslanden. Zo heeft Nederland bijgedragen aan een project in de Cariben waarin drugsbestrijdingactiviteiten centraal staan en deelgenomen aan een project voor alternatieve ontwikkeling in Afghanistan.[3] De UNODC is tegenwoordig voor 80% van haar budget afhankelijk van directe donaties vanuit de lidstaten. Het is in feite een neutraal bureau, maar door zijn rapportages (o.a. het World Drug Report) en positie als VN-orgaan is het mondiaal zeer invloedrijk. Bovendien oefenen de betalende lidstaten wel meer invloed uit. In 2006 heeft Nederland € 20 miljoen beschikbaar gesteld aan de UNODC voor het bestrijden van infectieziekten zoals hiv en aids onder drugsgebruikers in Oost-Europa en de Russische Federatie.[q] Hiermee wordt voor vier jaren de implementatie ondersteund van harm reduction-projecten in de Baltische Staten, Roemenië en de Russische Federatie.

INCB

De International Narcotic Control Board is ingesteld krachtens het Enkelvoudig Verdrag van 1961. Zij heeft tot taak om toe te zien of de lidstaten die partij zijn bij dit verdrag zich er ook aan houden. Daartoe stelt zij elk jaar een rapport op en kan zij bezoeken brengen aan lidstaten om informatie in te winnen. De organisatie bestaat uit onafhankelijke leden. De INCB kan direct brieven sturen naar de lidstaten en eventueel een artikel 14-procedure starten als zij vindt dat een land haar verdragsverplichtingen niet nakomt. Dit houdt in dat zij in direct overleg ('consultations') treedt met het betreffende land om ervoor te zorgen dat dit zijn verdragsverplichtingen nakomt. Vanaf begin jaren zeventig heeft de INCB de ontwikkelingen in ons land nauwgezet gevolgd. Nederland heeft vanaf het begin ook geïnvesteerd in het helder maken dat ons land met zijn beleid nog steeds zijn verdragsverplichtingen nakomt.[r]

Naar aanleiding van het incident begin jaren tachtig rond de Kokerjuffer, het jeugdcentrum in Enschede, stuurde het INCB een delegatie naar Nederland. Naar aanleiding van de bevindingen van dit bezoek stuurde het INCB op 21 oktober 1983 een brief naar de Nederlandse regering. In deze brief geeft de Board aan dat het Nederlandse beleid in overeenstemming is met het internationale drugsverdrag uit 1961.[s]

Na deze uitspraak van de INCB, laat de Board zich vanaf de jaren negentig steeds kritischer uit over het beleid. In 1992 stelt zij zelfs vast dat het gevoerde cannabisbeleid nu wél in strijd is met het verdrag uit 1961.[22] [t] De jaren daarna laat zij zich ook kritisch uit over de uitkomsten van het beleid.[u] Zo stelt zij dat 'it is questionable whether the theory of the separation of markets has ever demonstrated its practibility'.[23] De INCB baseerde dit op haar gedachte dat de coffeeshops harddrugsdealers en harddrugsgebruikers zou aantrekken. Hiervoor is in haar rapportage geen nadere onderbouwing geleverd. In 2001 herhaalt de Board haar visie dat Nederland al vanaf de jaren zeventig niet meer voldoet aan haar verdragsverplichtingen: 'The Netherlands continues to maintain a policy, introduced in the 1970s, of tolerating the consumption and sale of cannabis products in so-called 'coffeeshops', which is not in compliance with the international drug control treaties.[24]

Wat betreft het concept harm reduction is de INCB minder kritisch. In haar jaarrapport in 1993 erkent INCB 'that harm reduction had a role to play in a tertiary prevention strategy for demand reduction purposes'.[23] Dit betekent echter niet dat alle interventies op het terrein van de harm reduction die in Nederland zijn ingevoerd als zodanig worden geaccepteerd. Zo worden gebruikersruimten door de INCB niet erkend.[25] [v] Naast Nederland zijn ook andere landen met gebruikersruimten (zoals Canada, Duitsland en Zwitserland) hierover door de INCB openlijk bekritiseerd. Opmerkelijk is dat de juridische afdeling van UNODC op bijvoorbeeld het punt van de ge-

[q] Persbericht ministerie van VWS, 10 augustus 2006.

[r] 'In zijn rapport over 1974 (§ 98 t/m 103) gaat het Comité in op de Nederlandse situatie. Het desbetreffende rapport is reeds ter beschikking van de leden der Kamer. Een ambtelijke delegatie, bestaande uit de Permanente Vertegenwoordiger van Nederland bij de organen der VN te Genève, die werd vergezeld door hoofdambtenaren van de ministeries van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en van Justitie heeft aan de Voorzitter en de secretaris van het Internationaal Comité een uiteenzetting gegeven omtrent het beleid van de ondergetekenden. Daarbij is nogmaals duidelijk te verstaan gegeven dat ons land zijn verdragsverplichtingen zal nakomen'.[1]

[s] 'The Board has noted that Netherlands legislation on drug control is in conformity with the requirements of the Single Convention on Narcotics drugs, 1961.'[21]

[t] 'The authorities in the Netherlands have made plans to review their current policy in respect to cannabis abuse and distribution. In the opinion of the Board, that policy is contrary to the provisions of the 1961 Convention.' (p.37)

[u] Zie hoofdstuk 6 van dit rapport voor de ontwikkelingen op het nationale terrein met betrekking tot het coffeeshopbeleid.

[v] p.77: 'The Board also reiterates that drug injection rooms are against the central principle embodied in the international drug control treaties, namely that the use of drugs should be limited to medical and scientific purposes only.'

bruikersruimte een geheel andere interpretatie geeft aan de Verdragen dan de INCB. Zij concludeerde namelijk dat gebruikersruimten, onder voorwaarden, helemaal niet in strijd zijn met de internationale drugsverdragen.[26]

Bij de start van het experiment met medische heroïneverstrekking heeft de Nederlandse regering geïnvesteerd in de INCB. Dit leidde onder meer tot een bezoek van een delegatie van de INCB in maart 1998. De regering kon vervolgens de Tweede Kamer melden dat dit een 'zeer geslaagd bezoek' is geweest dat 'heeft geresulteerd in een betere kennis bij de INCB over het Nederlands drugbeleid en waardering voor het wetenschappelijk gehalte van het heroïne-experiment'.[9] De INCB meldde in haar jaarrapport uit 1998 dat zij vertrouwen had in de Nederlandse regering om een deugdelijk wetenschappelijk experiment uit te voeren.[27]

Commission on Narcotic Drugs (CND)
De CND is de jaarlijkse vergadering van de lidstaten van de Verenigde Naties. Tijdens deze bijeenkomst staan onder meer de rapporten van de UNODC en de INCB op de agenda. Tevens is er de mogelijkheid om op voorstel van de World Health Organisation (WHO) stoffen aan de lijst met verboden middelen toe te voegen of ervan af te halen. Middels resoluties kunnen de lidstaten richting geven aan het werk van de UNODC. Hoewel de leden van de CND met meerderheid beslissen, wordt er in Wenen gewerkt met de procedure om te allen tijde te besluiten met consensus.

In 1998 is er naast de jaarlijkse CND een Speciale vergadering van de Algemene Vergadering van de VN gehouden over het thema drugs (SAVVN/UNGASS). Daar is een politieke verklaring aangenomen waarin benadrukt werd dat het belangrijk is om een geïntegreerde en gebalanceerde aanpak te hebben waarbij aanbodreductie en vraagreductie wederzijds versterkende elementen zijn in het drugsbeleid. Het motto van de politieke verklaring was: 'a drug free world, we can do it'. Nederland heeft zich daarna sterk ingezet om het volksgezondheidsaspect van het drugsbeleid beter op de agenda te krijgen binnen het VN-systeem. Tijdens de CND in 1999 heeft Nederland een actieve bijdrage geleverd aan de uitwerking van de Richtsnoeren voor Vraagvermindering zoals die door de SAVVN waren vastgesteld in het Actieplan voor Vraagvermindering.[3] In de aanloop naar de evaluatie van de politieke verklaring (vastgesteld op tien jaar na het aannemen) heeft Nederland zich ingezet om te komen tot een goede evaluatie van de gemaakte afspraken. Zo heeft het in 2006 het initiatief genomen voor een EU-resolutie om gebruik te kunnen maken van gegevens die ook buiten het VN-systeem zijn verzameld, zoals bijvoorbeeld door het EMCDDA.[28]

12.3.4 Productie van op het buitenland gericht informatiemateriaal

Rond het verschijnen van de Drugsnota 1995 (in vijf talen) is bijzondere aandacht geschonken aan goede voorlichting aan het buitenland. De Nederlandse vertegenwoordigingen in het buitenland, die al actief waren op dit terrein, hebben vanaf de dag van presentatie van de nota, waar nodig actief voorlichting gegeven aan de hand van een voor het buitenland geschreven, eveneens in vijf taalversies beschikbare synopsis van de nota. Daarnaast is er een brochure 'Questions and Answers' over het Nederlandse drugsbeleid ontwikkeld en in vijf taalversies door de Nederlandse ambassades verspreid. Ook over nieuwe relevante beleidsontwikkelingen in het drugbeleid is in de loop der tijd gericht voorlichting gegeven. Zo is door het NIAD een serie factsheets over het Nederlandse drugbeleid geproduceerd.[8] Naast deze feitelijke informatie is er eind 1996 de stuurgroep 'Coördinatie drugvoorlichting aan het buitenland' geformeerd, die onder meer tot taak had de voorlichting op het terrein van drugs naar het buitenland te coördineren en prioriteiten te stellen bij de aanpak van de voorlichting over drugs in het buitenland. Deze stuurgroep is na een aantal jaren opgehouden te bestaan.

12.3.5 Rechtshulpverzoeken

Afhandeling van de rechtshulpverzoeken
Aangezien de huidige misdaad een sterk internationaal karakter heeft, is internationale strafrechtelijke samenwerking voor justitie en politie onontbeerlijk. Wederzijdse rechtshulp is onder meer noodzakelijk om grensoverschrijdend bewijs te kunnen verzamelen. Als dit niet soepel verloopt, kan dit tot gevolg hebben dat misdadigers een voorsprong hebben op de opsporingsinstanties.[29] Daarnaast komt een adequate afhandeling van rechtshulpverzoeken het imago van Nederland ten goede. Bij rechtshulpverzoeken kan een onderscheid gemaakt worden tussen enerzijds rechtshulp van andere landen *aan* Nederland en anderzijds rechtshulp *van* Nederland aan andere landen. Bij strafrechtelijke rechtshulp van Nederland aan andere landen gaat het voornamelijk om: 'het uitwisselen van stukken, het verstrekken van politiële en justitiële informatie, het verrichten van onderzoekshandelingen op buitenlands verzoek en het optreden van buitenlandse opsporingsambtenaren op Nederlands grondgebied'(p.1).[29] In de Drugsnota 1995 is het voornemen opgenomen om een structurele organisatie in te

richten die zich bezighoudt met de afhandeling van de rechtshulpverzoeken. Daarnaast werd voorgenomen de procedures te versnellen en te verbeteren.[w]
Sinds 1999 zijn in Nederland diverse stappen ondernomen om de kwaliteit van de behandeling van rechtshulpverzoeken zowel qua snelheid als inhoudelijk te verbeteren. Er zijn daarvoor acht Internationale Rechtshulp Centra (IRC's) ingericht. Dit zijn samenwerkingsverbanden tussen politie en justitie met betrekking tot internationale rechtshulp in strafzaken. Deze IRC's registreren de rechtshulpverzoeken in het landelijke registratie systeem (LURIS)[x], coördineren de uitvoering en zien toe op de kwaliteit van de afhandeling van de rechtshulpverzoeken.[30] Omstreeks 2006 is het aantal teruggebracht naar zes. Tevens is er een Landelijk Internationaal Rechtshulp Centrum opgericht (LIRC) dat toeziet op de afwikkeling van rechtshulpverzoeken, en aanspreekpunt is voor het buitenland.[31] Rechtshulpverzoeken zijn voornamelijk afkomstig uit de omringende landen, zoals België, Duitsland en Frankrijk. In dergelijke gevallen kan een rechtshulpverzoek zonder tussenkomst van het ministerie van Justitie worden verzonden. Indien het gaat om rechtshulpverzoeken uit landen buiten de EU, dienen de rechtshulpverzoeken wel via het ministerie van Justitie te verlopen. In dat geval is de Afdeling Internationale Rechtshulp (AIRS) het aanspreekpunt, ongeacht of er met deze landen een verdrag is gesloten.

De Nationale Recherche (DNR) is een belangrijke partij bij het afhandelen van internationale rechtshulpverzoeken. Zij gaat over de meer gecompliceerde zaken. Kleinere zaken worden over het algemeen door de regio's afgehandeld. Omdat er bij de DNR of in de regio's niet altijd voldoende capaciteit is om aan alle verzoeken te voldoen, kan niet aan elk verzoek gehoor worden gegeven. Voorts wordt de behandeling van rechtshulpverzoeken wel eens gecompliceerd vanwege het feit dat men in het buitenland meer prioriteit wil geven aan bepaalde zaken omdat men van mening is dat het om een omvangrijke zaak gaat.[31] Daarnaast wordt de samenwerking wel eens bemoeilijkt door grote verschillen in het kader van de strafwetgeving en -vordering. Desondanks kan gesteld worden dat de strafrechtelijke samenwerking de afgelopen jaren is verbeterd. Naarmate er op frequentere basis wordt samengewerkt, raakt men ook steeds beter bekend met de onderlinge verschillen tussen de rechtssystemen.[29] Aanzienlijke verbetering is bijvoorbeeld zichtbaar in het kader van de samenwerking met Frankrijk (zie § 12.4.4).

Een belangrijk middel om de samenwerking te bevorderen is de stationering van liaison officers in diverse landen. Deze verbindingsambtenaren van de Nederlandse politie vormen een schakel in onderzoeken en operationele zaken. Ook zijn er politiefunctionarissen uit meer dan tien landen aan de buitenlandse ambassades in Nederland verbonden die nauwe contacten onderhouden met het KLPD (ministerie van Buitenlandse Zaken, 2008). Een tweede voorbeeld van samenwerking is de oprichting van zogenaamde Joint Teams (sinds 2000), die voor een specifiek opsporingsonderzoek en voor een bepaalde duur in het leven worden geroepen. Zij worden gevestigd in het land waar het zwaartepunt van het onderzoek ligt. Voorts is het van belang om de rol te noemen van Eurojust, dat in 2002 is opgericht. Eurojust is een groep van rechters en aanklagers, afkomstig uit iedere lidstaat van de Europese Unie, die de nationale autoriteiten ondersteunen in onderzoek en vervolging bij ernstige grensoverschrijdende criminaliteit.

12.3.6 Internationale samenwerking per drugstype

In deze paragraaf wordt de internationale samenwerking op het terrein van de verschillende typen drugs besproken, achtereenvolgens: synthetische drugs en precursoren, cocaïne, heroïne en cannabis.

12.3.6.1 Synthetische drugs en precursoren

Productie van, handel in en gebruik van synthetische drugs hebben nationale en internationale gevolgen als het gaat om volksgezondheid en criminaliteit. De rol van Nederland in de productie en handel heeft bijgedragen aan het negatieve imago van Nederland als een drugsproducerend en exportland.[32] Voor de aanpak van de synthetische drugs werd een intensivering dan ook van essentieel belang geacht. Voorts is de aandacht de afgelopen jaren steeds meer uitgegaan naar de opsporing gericht op de voorkant van de productieketen, namelijk naar de verwerving van precursoren. Precursoren zijn grondstoffen of chemicaliën die nodig zijn voor het maken van chemische producten. Sommige precursoren worden echter ook gebruikt voor illegale drugsproductie. Zo zijn de stoffen BMK en PMK bijvoorbeeld de belangrijkste grondstoffen voor synthetische drugs (amfetamine en ecstasy). Rotterdam is bij uitstek een geschikte plaats voor de invoer van precursoren vanwege de sterke concentratie van zowel de chemische industrie als de chemische havenactiviteiten. Er vindt daarom controle plaats van de containers die de haven binnenkomen. Deze controles vinden plaats op basis van risicoanalyse, acties en op-

[w] De uitvoering van rechtshulpverzoeken binnen redelijke termijn is altijd al een heikel punt geweest in de EU. De bestaande verdragen op dit terrein bieden weinig soelaas. Hoewel men op grond van de EU-Rechtshulpovereenkomst spoedig gehoor moet geven aan een rechtshulpverzoek, is dit niet formeel afdwingbaar.[29]
[x] Dit registratiesysteem bestaat sinds 2001.

drachten, of steekproefsgewijs. Naast nationale inspanningen wordt er ook intensief samengewerkt met het buitenland.

In deze paragraaf wordt besproken hoe de aanpak van de synthetische drugs en de aanpak van de precursoren zich heeft ontwikkeld. Er wordt hier niet uitgebreid ingegaan op de totstandkoming van het ecstasybeleid en de nationale inspanningen rond de ecstasy (zie hoofdstuk 9). Wel wordt aandacht besteed aan het beleid omtrent de precursoren, dat ingegeven is door verschillende internationale ontwikkelingen. Vervolgens worden de internationale inspanningen van de USD besproken en de wijze waarop de opsporing van de precursoren gestalte heeft gekregen. Daarna wordt ingegaan op de internationale samenwerking in het kader van de synthetische drugs (voornamelijk ecstasy) en precursoren in zowel VN-, EU- als bilateraal verband. Hierbij wordt besproken welke rol Nederland hierin heeft vervuld en welke successen er zijn behaald. Naar aanleiding hiervan zullen conclusies worden getrokken en enkele kanttekeningen worden gemaakt.

Juridisch kader precursoren

Het 'precursorensysteem' is ten eerste vastgelegd in de Wet Voorkoming Misbruik Chemicaliën (WVMC). Deze wet is op 1 juli 1995 in werking getreden en bevat regels ten aanzien van de vervaardiging van en de handel in precursoren. 'Met deze wet voldoet Nederland aan de verplichtingen op grond van het verdrag tegen de sluikhandel in verdovende middelen en psychotrope stoffen van 1988 alsmede op de daarop gebaseerde EG-verordeningen en richtlijn. Bij overtreding van de wet kan naast oplegging van een vrijheidsstraf en geldboete ook financieel voordeel worden ontnomen. De internationale regelgeving op dit gebied dient ertoe de illegale handelsstromen in precursoren wereldwijd tegen te gaan.'[2] De Economische Controle Dienst (ECD) werd verantwoordelijk gesteld voor het toezicht op de naleving van de wetsbepalingen, omdat zij reeds contacten had met de chemische industrie. In de nota van 1995 werd het voornemen geformuleerd om door de Divisie Centrale Recherche Informatie en de ECD een centraal meldpunt bij de ECD tot stand te brengen dat inzicht geeft in de stromen precursoren.[y] Dit is inderdaad gebeurd. Het FIOD-ECD houdt toezicht op de vervaardiging van chemische stoffen en chemische bedrijven zijn verplicht gesteld om verdachte transacties te melden bij het Meldpunt Verdachte Transacties, dat bij het FIOD-ECD is ondergebracht. Een succesfactor hierbij is dat de overheid erin slaagt nauwe contacten met het bedrijfsleven en de betrokken brancheorganisaties te onderhouden.[32] Dit heeft veelal geresulteerd in de verscherping van de controles in de bedrijven en tot een vergroting van de aangiftebereidheid van ondernemers om verdachte transacties met chemicaliën te melden. Deze meldingen zijn in veel gevallen de start voor een strafrechtelijk onderzoek.[33]

Daarnaast is het systeem vastgelegd in een EG-richtlijn en twee EG-verordeningen inzake vergunningen, afnemersverklaringen, etikettering en controleprocedures. De verordeningen dienen om geharmoniseerde controle- en toezichtmaatregelen vast te stellen voor precursoren om te voorkomen dat de (legale) handel in deze stoffen tussen de lidstaten wordt belemmerd.[z] Het 'precursorensysteem' omvat een lijst van 23 chemische stoffen in drie categorieën, waarvoor een controleregime van toepassing is dat in zwaarte oploopt. Het betreft legale producten die aan een vergunning c.q. registratie zijn verbonden. Op deze wijze moet worden voorkomen dat deze stoffen in het illegale circuit terechtkomen. Het controlesysteem voorziet in het toezicht op de handel tussen de verschillende EU-lidstaten, maar ook op de handel tussen EU-lidstaten en derde landen en op het vervaardigen van deze stoffen. De chemische industrie is verplicht om verdachte transacties in het kader van deze 23 stoffen te melden. De melding van verdachte transacties van niet-geregistreerde stoffen geschiedt op vrijwillige basis.[34] Deze verordening(en) hadden ook directe invloed op Nederland.[aa]

COCOP

In 1999 werd de Coördinatie Commissie Precursoren (COCOP) in het leven geroepen die als taak had om controlemechanismen ten aanzien van precursoren en de toepassing daarvan in Nederland te coördineren. Deze commissie bestond uit leden van verschillende departementen (Financiën, VWS, Justitie, Buitenlandse Zaken en Economische Zaken) en betrokken organisaties (CDIU, Douane, KLPD/DNR en FIOD ECD). Zij kwamen ongeveer vier keer per jaar bijeen. Sinds 2002 is ook het OM vertegenwoordigd in de COCOP. Het doel van COCOP was om vanuit een ketenbenadering een eenheid in het beleid te scheppen en uit te dragen. In de eindevaluatie van

[y] Sinds 1999 zijn de Fiscale Inlichtingen- en Opsporingsdienst (FIOD) en de Economische controledienst (ECD) samengevoegd en zien zij gezamenlijk toe op de handhaving van de Wet Voorkoming Misbruik Chemicaliën.

[z] Europese Commissie, 2002.

[aa] De aanpak was voor 1997 meer versnipperd. Naar aanleiding van de EU-verordening kwam de precursorenproblematiek op de politieke agenda te staan. De vraag die daardoor prangend werd, was welk ministerie verantwoordelijk zou moeten zijn voor het precusorenbeleid. Aangezien de uitvoerende organisaties zoals de douane en het FIOD ECD hiermee van doen hadden, werd besloten het onder te brengen bij het ministerie van Financiën.

de ECSTASYnota is dan ook geconstateerd dat de COCOP een duidelijke toegevoegde waarde heeft gehad als het gaat om een consistent en eenduidig beleid.[31] De multidisciplinaire aanpak an sich werd geprezen, maar ook de resultaten die deze aanpak opleverde. De intensivering van de handhaving door de verschillende instanties heeft geleid tot grote aantallen extra opsporingsonderzoeken en aanhoudingen.[bb] Dit resulteerde daarnaast erin dat er beter doorgerechercheerd kon worden naar de criminele samenwerkingsverbanden die betrokken zijn bij de productie en smokkel van synthetische drugs en precursoren.[32]

Rol van het Kernteam Zuid en de Unit Synthetische Drugs (KTZ en USD) in de internationale samenwerking
Mede vanwege de buitenlandse kritiek werd in de Drugsnota 1995 het voornemen geformuleerd om één van de politieteams in te zetten voor de aanpak van synthetische drugs (en precursoren) om de productie te reduceren en tevens de kritiek vanuit het buitenland te verminderen. Het Kernteam Zuid (KTZ) werd hier aanvankelijk voor aangewezen. Ook in de jaren hieropvolgend had de buitenlandse kritiek veel invloed op de inrichting van het Nederlandse ecstasybeleid. Zo dreigde Nederland tot 2004 op de zogenaamde 'Majors list'[cc] te komen. In het Jaarplan 2006 van de Nationale Recherche[dd] werd eveneens gewezen op deze kritiek, die mede de aanleiding vormde om de handel en productie van synthetische drugs intensiever te bestrijden. Zo werd in 1997 een speciale landelijke opsporingseenheid opgericht; de Unit Synthetische Drugs (USD). Deze unit werd gekoppeld aan het Kernteam Zuid, maar opereerde wel zelfstandig en werd gekenmerkt door een 'multidisciplinaire eenheid met een single focus.' Tevens werd het ecstasyteam[ee] Zuid-Nederland in deze organisatie geïncorporeerd. Een belangrijke doelstelling van de USD was de verbetering van het imago van Nederland. Zo had de USD in korte tijd een groot netwerk opgebouwd van buitenlandse contacten, werd er veel geïnvesteerd in haar presentatie naar buiten toe en werd veel expertise binnengehaald.[31] Nederland (de USD) is bijvoorbeeld initiatiefnemer geweest voor de Syndec (Synthetic Drugs Enforcement Conference). Dit is een grote internationale conferentie waarbij mensen van verschillende instanties zoals politie en douane bij elkaar komen.[ff] Vanaf 2003 is na een reorganisatie de KTZ/USD geïntegreerd in de Nationale Recherche.[gg] Uit de evaluatie van de ecstasynota komt naar voren dat aanvankelijk de naamswijziging van USD naar Unit Zuid Nederland (UZN) nog wel eens tot verwarring leidde, maar dat dit vanaf 2006 steeds beter ging. De UZN is zowel in binnen- als buitenland erg succesvol geweest in het geven van presentaties en voorlichting over (de opsporing van) ecstasy aan opsporingsambtenaren bij de politie, Koninklijke Marechaussee, FIOD-ECD, brandweer, buitenlandse liaisons werkzaam in Nederland, Europol, Interpol en de Douane of ambtenaren in opleiding. Op internationaal terrein heeft de UZN onder meer aan seminars in de Baltische Staten en Polen deelgenomen, buitenlandse delegaties ontvangen en cursussen gegeven in Colombia, Venezuela en Turkije.[31]

Rol van Nederland in de internationale gremia en werkgroepen

Verenigde Naties
Binnen de VN speelt Nederland een voortrekkersrol op het gebied van de bestrijding van synthetische drugs, onder meer binnen het Project PRISM (Precursors Required in Synthetic Manufacture). Dit project was het initiatief van de Verenigde Staten, de EU en de INCB. Het is een programma dat onder de vlag van de INCB wordt uitgevoerd en dat zich richt op het versterken van de internationale samenwerking bij het bestrijden van de illegale handel in precursoren. Vanuit ieder continent is een land naar voren geschoven dat in het project participeert. Als Focal Point vanuit Europa is Nederland geselecteerd. In december 2002 trad Nederland op als gastland van de eerste werkbijeenkomsten van Project PRISM. Door de INCB en de deelnemers aan deze conferentieweek is grote waardering uitgesproken voor de geïntegreerde aanpak van het precursorenvraagstuk die in Nederland wordt gevolgd en de actieve rol van Nederland in het PRISM-project.[33] De bijdrage van Nederland in PRISM heeft veel aanzien in de wereld. Ook heeft Nederland samen met de VS het voortouw genomen in een reeks initiatieven om de productie van 'methamfetamine' op mondiale schaal te bestrijden. Men richtte zich hierbij voornamelijk op de precursoren 'efedrine' en 'safrol'.[32]

[bb] Zo ontdekte Nederland volgens respondenten dat de doorvoer van de precursor efedrine (voor metamfetamine) via Europa plaatsvond. Vervolgens heeft Nederland dit in Europees verband aangekaart met als gevolg dat veel efedrine onderschept werd. Hierdoor heeft echter wel een verschuiving plaatsgevonden. Zo wordt de efedrine bijvoorbeeld via Afrika of rechtstreeks doorgevoerd.
[cc] Lijst van belangrijke drugsproducerende landen en 'drug transit'-landen. Op de lijst staan landen waarvan de VS stelt dat zij gefaald hebben adequate tegenmaatregelen te nemen in de strijd tegen drugs.
[dd] Dienst Nationale Recherche, Jaarplan 2006.[31]
[ee] De ecstasyteams werden in 2002 opgericht n.a.v. de ecstasynota. De vijf ecstasyteams werden toegevoegd aan de toenmalige Kernteams van de recherche en richtten zich voornamelijk op kortlopende onderzoeken. In 2004 zijn de ecstasyteams opgegaan in de DNR.
[ff] De laatste conferentie was in 2007.
[gg] In een brief aan de Tweede Kamer wordt echter uiteengezet dat bestrijding van ecstasy een 'bijzondere taak' van de DNR wordt. Deze reorganisatie heeft veel gevolgen gehad voor de individuele medewerkers. Men stelde ondermeer dat dit het functioneren van de organisatie niet ten goede is gekomen.[31]

Europese Unie
In het EU-actieplan (2005-2008) dat voortgekomen is uit de EU Drugsstrategie (2005-2012) zijn drie actiepunten opgenomen met betrekking tot synthetische drugs. Dit zijn: reductie van productie en aanbod van synthetische drugs door middel van samenwerkingsprojecten; het voorkomen dat precursoren naar Europa worden gesmokkeld; en de hieraan gerelateerde criminaliteitsbestrijding. Er werd onder meer aangekondigd dat op Europees niveau effectief gebruik gemaakt zou moeten worden van de resultaten van chemische 'profiling'. Een voorbeeld hiervan is het reeds afgeronde CASE-pilotproject (Comprehensive Action against Synthetic drugs in Europe). Dit was een belangrijk onderdeel van de inmiddels opgeheven werkgroep Drughandel binnen de Europese Raad. Dit project is thans CHAIN (Collaborative Harmonised Amphetamine Initiative) gaan heten.[hh] In dit project werken vertegenwoordigers van de politie en het Nederlands Forensisch Instituut intensief samen met andere Europese onderzoekscentra ten behoeve van een gemeenschappelijke database voor amfetamine met als doel bevindingen van inbeslagnames in de EU met elkaar in verband te brengen. Forensische gegevens (samenstelling van bijvoorbeeld ecstacypillen en vervuiling met vreemde stoffen van in beslag genomen drugs) worden gecombineerd met traditionele politiegegevens. Door verbanden te leggen tussen de verschillende inbeslagnemingen kan de opsporing bevorderd worden.[11] Zweden was een initiatiefnemer van het CHAIN-project. Andere landen die in het initiatief participeren, zijn Finland, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk. Nederland heeft een prominente rol gespeeld in dit project. Ook Europol maakt deel uit van CHAIN.

Het Phare Synthetic Drugs and Precursors Project (PSD/PSDII 2000-2004) was een project waarbij Nederland als hoofdaannemer (het ministerie van Justitie) samen met consortiumleden uit Duitsland, Zweden en het Verenigd Koninkrijk het voortouw had.[11] Zeventien EU-lidstaten namen deel aan het project. Het project werd gefinancierd door de Europese Commissie. Het PSDI-project had als doel om de tien kandidaat lidstaten, alsmede landen als Albanië, Bosnië-Herzegovina en Macedonië te assisteren bij het aannemen en implementeren van het EU-acquis betreffende synthetische drugs. In de voortgangsrapportage 2001-2002 komt naar voren dat dit project in 2001 succesvol is afgerond. Er vonden diverse activiteiten plaats, waarvan de meerderheid door de lidstaten zelf werden uitgevoerd. Deze waardering kwam tevens tot uiting in de reactie van de Europese Commissie die het project wilde integreren in het vervolgproject PSDII. Dit project was erop gericht om kandidaatlidstaten in Centraal- en Oost-Europa te ondersteunen en te adviseren bij de implementatie en handhaving van het EU-acquis, maar tevens gericht op het kennisnemen van in de EU gehanteerde werkwijzen en best practices op het gebied van synthetische drugs en precursoren.[33] De nadruk lag op de reductie van de illegale smokkel en productie van synthetische drugs, het tegengaan van omleiding/afleiding van precursoren (van het legale naar het illegale domein) en het vroegtijdig signaleren en identificeren van nieuwe soorten synthetische drugs.[11]

Naar aanleiding van deze projecten ontstond in 2004 het END-initiatief (European Network Drugs Expertise). Hierin zitten 326 experts uit 20 landen. Het is een digitaal netwerk waarin kennis en expertise wordt uitgewisseld op zowel beleids- als operationeel niveau. Het Nederlandse NND-model waarin verschillende partijen vertegenwoordigd zijn, zoals FIOD-ECD, politie, Douane en de Belastingdienst, heeft als voorbeeld gediend voor de END. Door middel van het digitale forum kan zowel praktijkervaring als wetenschappelijke kennis gedeeld worden.

Europol samenwerking
In de evaluatie van de ecstasynota in 2007 komt naar voren dat de rol van Europol bij de bestrijding van synthetische drugs in de jaren daarvoor was gegroeid. De belangrijkste voorbeelden hiervan volgen hieronder:

a. *COSPOL* (Comprehensive Operational Strategic Planning for the Police) is de operationele tak van de European Police Chief Task Force (EPCTF) die een bijdrage levert aan de activiteiten van Europol. Het is een samenwerkingsverband dat in 2006 is afgesloten tussen zeven landen (Nederland, België, Duitsland, Frankrijk, Verenigd Koninkrijk, Litouwen en Polen) onder leiding van Nederland. De activiteiten zijn gericht tegen de productie van synthetische drugs en distributie binnen de Europese Unie en richting de Atlantische regio. COSPOL is gericht op concrete samenwerking van een aantal landen die met dezelfde problematiek te maken hebben. Deze landen wisselen best practices uit en werken ook nauw samen bij de aanpak van criminele organisaties die betrokken zijn bij de productie en handel in synthetische drugs en precursoren.[31] Voorbeelden van activiteiten zijn gecontroleerde afleveringen van de precursor BMK vanuit Rusland.
b. *European Joint Unit on Precursors*: De FIOD-ECD neemt, in samenwerking met KTZ/USD deel aan een operationeel samenwerkingsverband tussen enkele EU-lidstaten (Frankrijk, Verenigd Koninkrijk, België, Duitsland, Nederland en sinds kort Oostenrijk). De European Joint Unit on Precursors tracht actuele operationele informatie uit de deelnemende landen bij elkaar te brengen om grensoverschrijdende onderzoeken op te starten of te fa-

[hh] De UZN heeft in het kader van CHAIN de taak om de betrokkenheid van binnen- en buitenlandse partners bij het project te bevorderen.[31]

ciliteren. De Unit voert zelf geen onderzoeken uit. Bij de werkzaamheden wordt de Unit op het gebied van huisvesting, automatisering en analysecapaciteit door Europol ondersteund.[33]
c. *Synergieproject*: binnen dit project faciliteert Europol de uitwisseling van gegevens en maakt zij analyses in het kader van synthetische drugs en precursoren. Binnen dit project bevindt zich eveneens een personenregistratie van criminelen, genaamd Analytical Work File (AWF).[31]
d. *Hardware*: bij de ontmantelingen van productieplaatsen wordt in samenwerking met Europol de aanwezige hardware (niet alleen tabletteermachines, maar alle onderdelen van laboratoria) geregistreerd. Deze wordt vervolgens vergeleken met eerder aangetroffen hardware. Met betrekking tot de hardware wordt ook volop samengewerkt met de chemische industrie en toeleveringsbedrijven van hardware in Nederland.[31] Dit heeft geleid tot diverse gerichte opsporingsonderzoeken.

Hoewel er verbeteringen zijn geweest in het kader van het verzamelen van informatie bij de lidstaten, komt uit de evaluatie van de ecstasynota, waarbij gesproken is met respondenten van Europol, naar voren dat de klacht dat er veel registratiegegevens ontbreken in 2007 nog steeds bestond.[31] Zo wordt er bijvoorbeeld gewezen op het feit dat de centrale registraties van opsporingsonderzoeken door de DNR en regionale recherchediensten vaak onvolledig zijn. Europol is sterk afhankelijk van de informatie die wordt verschaft vanuit de politie in Nederland, maar ook uit andere lidstaten.

Samenwerking in bilateraal verband[ii]

Samenwerking met China, Rusland en de Baltische staten
China is het land waar het merendeel van de precursoren geproduceerd wordt. Er wordt onder meer PMK geproduceerd, dat voor de productie van ecstasy onmisbaar is. Samenwerking met China werd en wordt daarom van cruciaal belang geacht. Dit heeft in 2004 geresulteerd in een Memorandum of Understanding tussen Nederland (het FIOD-ECD) en China om de samenwerking vorm te geven.[31] Deze samenwerking betreft echter slechts administratieve samenwerking. Strafrechtelijke samenwerking met China vindt niet plaats 'omdat een behoorlijke rechtsgang niet is gewaarborgd, dan wel sprake is van stelselmatige schendingen van de mensenrechten of een risico bestaat dat de doodstraf wordt opgelegd en ten uitvoer wordt gelegd.'[33] Er worden dus wel gegevens uitgewisseld over bepaalde partijen of containers. In de evaluatie van de ecstasynota wordt er echter op gewezen dat het niet helemaal uit te sluiten valt dat deze gegevens mogelijk herleidbaar zijn tot personen.[31] In 2004 is tevens besloten een liaison officer van de KLPD/DIN te plaatsen in Peking die volgens de bevraagde FIOD-ECD-medewerkers een prominente functie vervult in de contacten met de Chinese NNCC.[31] Daarnaast heeft de Europese Commissie in 2009 een Memorandum of Understanding met China afgesloten in het kader van de aanpak van de illegale handel in precursoren. Deze overeenkomst staat los van het Memorandum of Understanding dat Nederland met China heeft afgesloten.

Precursoren komen echter in toenemende mate vanuit Rusland naar Nederland. In de evaluatie van de ecstasynota wordt gerefereerd aan grote hoeveelheden BMK die vanuit Rusland naar Nederland worden getransporteerd en aan samenwerking tussen Nederlandse en Poolse en Litouwse criminelen. Rusland heeft daarom actief meegewerkt aan gecontroleerde afleveringen van precursoren in Europa. Het hieraan gekoppelde samenwerkingsverband is de zogenaamde Baltic Sea Task Force. Deze taskforce is in 1996 opgericht door Denemarken, Zweden, Noorwegen, Finland, de Baltische staten, Polen, Rusland en Duitsland. Nederland participeert als waarnemer in het project dat zich richt op de aanpak van synthetische drugs en precursoren.[31] De Europese Commissie voert op dit moment overleg met Rusland om te komen tot een Memorandum of Understanding in het kader van de aanpak van de illegale handel in precursoren.

Samenwerking met de Verenigde Staten
De aanleiding om intensief te gaan samenwerken met de VS was dat er vanuit Amerika druk op Nederland werd uitgeoefend. Het meest pijnlijke aspect hiervan was dat Nederland tot 2004 genoemd werd in de 'Majors list', de lijst van de belangrijkste landen waarvandaan drugs naar de VS worden gesmokkeld. Nederland werd overigens niet genoemd op de lijst zelf (met bijvoorbeeld Colombia en Afghanistan) maar wel bekritiseerd in de begeleidende tekst.[31] Men uitte veel kritiek op Nederland omdat men het gevoel had dat Nederland zich te 'laks' opstelde ten aanzien van de (synthetische) drugs.

[ii] We bespreken niet de samenwerking met Duitsland, het Verenigd Koninkrijk en Frankrijk. Eerstgenoemde is geen prominent land als het gaat om de synthetische drugs (p.55).[31] Met het Verenigd Koninkrijk wordt vooral in multilateraal verband samengewerkt en met Frankrijk wordt wel samengewerkt, maar de nadruk ligt op samenwerking op het terrein van de softdrugs (zie § 12.4).

In de ecstasynota van 2001 werd gewezen op de discussie met de VS over de juiste strafrechtelijke strategieën ter bestrijding van de drugscriminaliteit, zoals het wel of niet inzetten van criminele burgerinfiltranten. Men stelde zich de vraag op welke wijze deze visies op elkaar konden worden afgestemd. Men veronderstelde dat het noodzakelijk was om de 'vinger aan de pols te houden om relevante ontwikkelingen en opinies snel te kunnen doorkoppelen naar Nederland.'[34] Naast het feit dat de Nederlandse ambassade hier (al) een rol in speelde, wilde men in Washington een ambassaderaad aanstellen en twee liaison officers plaatsen. Dit is inderdaad gebeurd en kan ook gezien worden als een succesfactor in de samenwerking. De twee liaison officers, een in Washington en een in Miami[jj] houden zich bezig met onder meer de rechtshulpverzoeken. Voorts is er een Amerikaanse liaison officer gevestigd bij de UZN.

Met de VS wordt intensief samengewerkt op basis van de Agreed Steps: hierbij zijn afspraken gemaakt voor directe samenwerking op operationeel niveau; met name met betrekking tot de bestrijding van handel in synthetische drugs. De eerste Agreed Steps hadden onder andere betrekking op het verminderen van de export van ecstasy naar de VS. Vervolgafspraken in het kader van de Next Steps hebben geresulteerd in brede politiële en justitiële samenwerking waarbij de aanpak van synthetische drugs een belangrijk structureel element vormt.[32] Een voorbeeld van operationele samenwerking met de VS is de Operatie Double Dutch (2004-2005) die erop gericht was om met behulp van risicoanalyse de ecstasysmokkel met vanaf Schiphol vertrekkende vliegtuigen te verminderen.[31] Daarnaast wordt er in zogenaamde Joint Operations samengewerkt tussen de KLPD en de Amerikaanse Drug Enforcement Administration (DEA).[kk] Deze acties hebben veel publiciteit gekregen.

De samenwerking met de Verenigde Staten is kortom op verschillende manieren succesvol geweest. Het aanbod van Nederlandse ecstasy op de Amerikaanse markt is na 2001 aanzienlijk afgenomen.[ll] De VS heeft echter nog steeds te kampen met de ecstasysmokkel. Zo is Canada een grote leverancier geworden voor de VS.[mm] Het aantal aanhoudingen van ecstasykoeriers die vanaf Schiphol vertrekken richting de VS is sinds 2006 overigens weer gestegen.[nn] Dat is dan ook een reden dat de controles op uitgaande koeriers door het Schipholteam zullen worden voortgezet.[32]

Samenwerking met België

België en Nederland werken op operationeel niveau samen als het gaat om de bestrijding van de productie van ecstasy. Hierbij wordt voornamelijk samengewerkt door het OM en de DNR. Deze samenwerking is belangrijk omdat er verschuivingen zijn gesignaleerd vanuit Nederland naar België. Uit de evaluatie van de ecstasynota in 2007 komt naar voren dat dit kan duiden op een ongewenst neveneffect van het Nederlandse drugsbeleid of juist geïnterpreteerd kan worden als een succes van het in Nederland gevoerde beleid. Er wordt op gewezen dat België in toenemende mate een ecstasy-producerend land is. Een opvallend detail in dit verband is dat Nederland en België soms als één herkomstregio worden gezien in bepaalde internationale rapporten, zoals het World Drug Report van het UNODC.[31] In 2005, in navolging op de intensieve samenwerking tussen België en Nederland, is het zogenaamde Labo Interventie Team (LIT) opgericht.

Conclusie: succes en faalfactoren ten aanzien van precursoren en synthetische drugs

De intensivering van de internationale (en nationale) aanpak werd in grote mate gevoed door kritiek vanuit het buitenland, met name van de VS. Nederland heeft gepoogd om deze kritiek te reduceren door meer prioriteit te geven aan zowel de nationale aanpak van precursoren en synthetische drugs, als aan internationale samenwerking op dit terrein. Nederland heeft een zeer actieve bijdrage geleverd aan allerlei initiatieven binnen de EU, de VN en in bilateraal verband en is er voor een belangrijk deel in geslaagd deze kritiek te verminderen. Nederland heeft het nodige aanzien verworven in de wereld door zijn multidisciplinaire aanpak ten behoeve van precursoren en synthetische drugs. Verschillende internationale projecten, zoals CASE en Phare (I en II), hebben tot goede resultaten geleid op het gebied van de internationale samenwerking, de

[jj] Deze liaison officer is thans gestationeerd in Australië.
[kk] Zie http://www.usdoj.gov/dea/index.htm.
[ll] Volgens respondenten blijkt dit tevens uit FBI-cijfers. Deze tonen aan dat het aantal in beslag genomen pillen dat in de VS was aangetroffen, en waarbij een relatie met Nederland bestond, fors is gedaald (p.54).[31]
[mm] Volgens respondenten is waarneembaar dat ecstasy in toenemende mate dicht bij de consument wordt geproduceerd. Zo zijn landen als Canada, Australië en Indonesië steeds meer ecstasy gaan produceren.
[nn] In 2001 was er binnen het Schipholteam een afzonderlijke groep opgericht, het Schipholteam Uitgaand, voor de bestrijding van ecstasysmokkel naar het buitenland. Deze heeft tot 2005 bestaan. In 2006 is deze geïntegreerd in het bestaande Schipholteam, omdat de meerwaarde van dit systeem niet meer werd onderkend. Hieraan lag ten grondslag dat de effectiviteit van de Douane groter was als de vaste teams ook voor andere controles ingezet zouden kunnen worden. Of er een samenhang is tussen de gewijzigde inzet en de toename van inbeslagnames is lastig vast te stellen. Dit kan met meer zekerheid gezegd worden na een langere periode (p.46).[31]

verbetering van de opsporing en het delen van expertise en kennis. Nederland is in veel van deze projecten voortrekker geweest.
Ten aanzien van de afname van de internationale smokkel op het terrein van de synthetische drugs kan gesteld worden dat de intensieve aanpak een groot aantal positieve uitkomsten heeft opgeleverd. Ook heeft de aanpak van de precursoren zijn vruchten afgeworpen. Toch blijkt de handel in synthetische drugs en precursoren een hardnekkig probleem dat ook in de toekomst om een intensieve aanpak blijft vragen. Hoewel uit de eindevaluatie van 2007 blijkt dat de positie van Nederland als belangrijkste productieland van ecstasy in de wereld dan minder prominent is geworden, kan gesteld worden dat de productie nog altijd fors is. Men moet dan ook enigszins terughoudend zijn in de gesignaleerde daling (in 2006), omdat het niet zeker is of deze zich zal voortzetten.[32] Een andere belangrijke kanttekening die gemaakt moet worden is dat er altijd in bepaalde mate verschuivingen en verplaatsingen optreden indien een aanpak geïntensiveerd wordt. De overdracht van kennis en expertise naar buitenlandse opsporingsdiensten en andere partijen wordt daarom steeds belangrijker, omdat de ecstasyproductie zich steeds meer lijkt te verplaatsen naar het buitenland.[31]

12.3.6.2. Cocaïne

In hoofdstuk 9 werd reeds benadrukt dat de cocaïneproblematiek een sterk internationaal karakter heeft. De rol van Nederland in de cocaïnesmokkel is voornamelijk die van doorvoerland. Immers, een fors deel van de in Nederland ingevoerde cocaïne is bestemd voor het buitenland. Vanaf 2001 werd de cocaïnesmokkel via Schiphol dermate omvangrijk dat er in het kader van het 'Plan van Aanpak drugssmokkel Schiphol' diverse internationale activiteiten zijn ontplooid om de smokkel te bestrijden (zie § 9.3.7). In het hoofdstuk werd geconcludeerd dat de reactie op de versterkte opsporing en handhaving ertoe heeft geleid dat de smokkel naar Nederland en de detailhandel in Nederland via alternatieve routes lijken te gaan en dat er andere werkwijzen worden toegepast. Tevens wordt vastgesteld dat de rol van Nederland als doorvoerland iets minder prominent lijkt te zijn geworden (zie § 9.4.3).

In deze paragraaf wordt nader ingegaan op hoe de aanpak van cocaïne zich heeft voltrokken. We staan eerst kort stil bij de internationale gremia en verdragen waar Nederland in participeert. Vervolgens wordt de bilaterale samenwerking besproken.

EU-LAC

Het EU-Latin Amerika and Caribbean (LAC) *Coordination and Cooperation Mechanism on Drugs* werd gestart in 1995 waarna de eerste bijeenkomst plaatsvond op 28 en 29 juni 1999 in Rio de Janeiro. Het EU-LAC vormt het centrale forum voor interregionale coöperatie ter bestrijding van cocaïne-gerelateerde supply-problemen. In maart 2008 vond in Wenen een high-levelbijeenkomst plaats wat resulteerde in de Hofburg-Verklaring, waarin onder meer het belang van internationale samenwerking tegen drugs en de alarmerende alternatieve smokkelroutes naar Europa ter sprake kwamen.[35]

Europol

De acties van de lidstaten richtten zich tegen zowel de productie als de internationale handel van drugs.[19] In 2002 participeerde Nederland onder meer in een project van Europol dat cocaïnetransporten vanuit Zuid-Amerika analyseerde.[36]

Samenwerking in bilateraal verband

De Nederlandse Antillen en Aruba

Nederland heeft op verschillende terreinen geïnvesteerd in een meer intensieve samenwerking met de Nederlandse Antillen en Aruba. Deze aanpak heeft ook binnen het Koninkrijk geleid tot een afname van het aantal drugskoeriers samen met een afnemende stroom van drugsgeld naar Curaçao.[37]

Recherchesamenwerkingsteam (RST)

Aangezien er via de Nederlandse Antillen veel drugs Nederland binnen wordt gesmokkeld, heeft Nederland geïnvesteerd in een verbeterde samenwerking met deze Caribische eilanden. Er is een Recherchesamenwerkingsteam (RST) opgezet om de georganiseerde criminaliteit te bestrijden. Daarnaast heeft het tot doel om informatie uit te wisselen op het gebied van financiële onderzoeken en verschaft het RST assistentie wanneer Nederland dit behoeft. Het RST heeft goede internationale contacten ontwikkeld met onderzoeksorganen in onder meer de Verenigde Staten en Frankrijk en is in het bezit van een actueel crimineel profiel van drugssmokkel via de Antillen en Aruba naar Nederland.

Kustwacht voor de Nederlandse Antillen en Aruba
Hiernaast werken de Nederlandse Antillen en Nederland al vanaf de jaren negentig samen middels de Kustwacht voor de Nederlandse Antillen en Aruba. Onder het beheer van deze kustwacht is een walradarinstallatie geïnstalleerd.[37;38] Op 24 september 2003 is er door Nederland, de Nederlandse Antillen en Aruba tijdens een tripartiet overleg extra aandacht besteed aan de noodzaak voor verscherpte controle van de 'free zones'. In aanvulling hierop is afgesproken dat de RST en de Kustwacht hechter met elkaar zullen gaan samenwerken in de strijd tegen internationale criminaliteit en ter versterking van de grensbewaking.[39]

Gezamenlijke werkgroepen
Er wordt informatie over drugssmokkel uitgewisseld tussen de landen van het Koninkrijk door gezamenlijke werkgroepen die streven naar een vermindering van drugssmokkel via luchthavens. Deze werkgroepen verschaffen aanbevelingen op het gebied van informatievoorziening, criminele profiel analyses en preventieve maatregelen (ministerie van Volksgezondheid 40-45). De gemengde werkgroep Bestrijding Drugssmokkel waar Nederland, de Nederlandse Antillen en (sinds 1 januari 2006) Aruba aan deelnemen richt zich onder meer op de versterking van grenscontroles en onderzoekt onder andere of een samenwerkingsproject tussen de douane en politie van de drie afzonderlijk landen haalbaar is om expertise op te bouwen voor het controleren van grote schepen.[37] Binnen dit kader zijn er op Bonaire en Curaçao gemeenschappelijke grenscontroleteams (GGCT's) van start gegaan, waarin Antilliaanse Diensten, de Koninklijke Marechaussee en de Nederlandse Douane participeren.[37;38] Deze GGCT's lijken te hebben geleid tot een verdere daling van het aantal aangehouden drugskoeriers.[37]
Sedert 2000 fungeert er tevens een zogenaamde tripartiete werkgroep luchthavens die reeds eind 2001 een *criminaliteitsbeeldanalyse* maakte van de drugssmokkel via de luchthavens Reina Beatrix, Hato en Schiphol over het jaar 2000. De aanbevelingen van deze werkgroep, die op 3 januari 2002 door de ministeries van Justitie zijn goedgekeurd, hebben geresulteerd in een aantal afspraken, evenals een versterkte samenwerking bij de opstelling van operationele analyses en de verbetering van informatie-uitwisseling.[40;41] Ter uitvoering van een deel van deze aanbevelingen is het zogenaamde Twinproject gestart dat tot doel heeft op korte termijn de criminele organisaties achter de drugssmokkel via de Cariben naar Nederland in kaart te brengen.[40]

Gezamenlijke protocollen
Ter bevordering van de internationale samenwerking tussen Nederland en de Nederlandse Antillen is op 4 februari 2002 door beide landen een protocol getekend ter bevordering van de aanpak van drugssmokkel. Ter uitvoering van dit protocol is, binnen het kader van het 'Twinproject' de Stuurgroep Twinnen opgezet die de samenwerking en rechtshulpverzoeken met betrekking tot het Twinproject coördineert. Deze aanvullende voorziening heeft zowel op de Nederlandse Antillen als in Nederland geleid tot meer aanhoudingen van drugskoeriers.[42]

Op 4 januari 2002 hebben de ministers van de Nederlandse Antillen en Nederland het protocol 'Aanpak koeriersproblematiek tussen de ministers van Justitie van Nederland en de Nederlandse Antillen' getekend. Binnen dit kader worden drugskoeriers die de Nederlandse Antillen en Aruba willen verlaten aangehouden. Door de beperkte celcapaciteit worden aangehouden verdachten, na inbeslagname van de drugs, heengezonden met een dagvaarding, waarna men later alsnog wordt berecht. Hiernaast moet het twinproject leiden tot een verbeterde aanpak van de criminele organisaties.[36] Overleg tussen Nederland en de Nederlandse Antillen heeft geleid tot de ondertekening van een aanvullende gezamenlijke verklaring op 20 december 2004, gevolgd door een nieuw Protocol op 12 januari 2005.[oo] Met het oog op het verbeteren van de acute veiligheidssituatie op de Nederlandse Antillen stond hierbij een verdere samenwerking tussen Nederland en de Nederlandse Antillen centraal. Ter bevordering van de nadere samenwerking tussen Nederland en de Nederlandse Antillen is op 8 december 2005 het Plan Veiligheid Nederlandse Antillen opgesteld, waarin onder meer de noodzaak van drugsbestrijding ter sprake komt (Plan Veiligheid Nederlandse Antillen 2005).[43]

Versterking Parket
Tussen juli 2003 en juli 2006 is het parket in de Nederlandse Antillen, naast de al bestaande ondersteuning van de Rechterlijke Macht, tijdelijk versterkt middels een parketsecretaris vanuit Nederland die het OM op Bonaire ondersteunt.

[oo] Binnen dit kader is het Atrakoteam van het Korps Politie Curaçao in het najaar van 2004 versterkt door aanvullende inzet van het Recherche Samenwerkingsteam. Daarbij is, conform de afspraken van het protocol inzake de gezamenlijke controleteams het Atrakoteam per 1 juli 2005 voor één jaar extra versterkt met tien rechercheurs van de KM. Per 1 januari zal de recherchecapaciteit van het Atrakoteam verder worden uitgebreid middels aanvullende recherchecapaciteit uit Nederland (Plan Veiligheid Nederlandse Antillen 2005: 7, zesde voortgangsrapportage terrorismebestrijding).

Suriname

Terwijl Nederland door de jaren heen een intensieve coöperatie met de Nederlandse Antillen en Aruba heeft weten te bewerkstelligen, heeft de samenwerking met Suriname wat langer op zich laten wachten. In augustus 2004 is door de toenmalige minister van Justitie nogmaals de noodzaak onderstreept van een structurele coöperatie met Suriname. Ter versterking van deze samenwerking zijn er afspraken gemaakt op het gebied van gegevensuitwisseling, documentatiecontrole, misdaadanalyse en douanesamenwerking.[37] Begin 2005 is er gestart met een project voor geïntensiveerde douanesamenwerking, bestaande controlestrategieën zijn wederom geanalyseerd en een zwarte lijst zal worden gehanteerd bij vertrekking van visa en door de betrokken luchtvaartmaatschappijen.[38 pp] Hiernaast wordt de lijst gedeeld met het Surinaamse consulaat in Amsterdam en de Nederlandse ambassade in Paramaribo. Deze ambassade verstrekt sinds begin 2006 een folder met uitleg over de 100%-controles aan iedereen die een visum aanvraagt voor Nederland.[38] Daarnaast zet Nederland zich in om het controleproces in Suriname te ondersteunen. Hiervoor is onder meer in mei 2005 € 15,2 miljoen toegezegd door de Nederlandse regering.[37]

Overige samenwerkingsverbanden

MAOC-N (Maritiem Analyse- en Operatiecentrum op het gebied van verdovende middelen)

Uit onderzoek naar ingevoerde verdovende middelen, in het bijzonder cocaïne die vanuit Zuid-Amerika in West-Europa wordt ingevoerd, komt naar voren dat er in toenemende mate verdovende middelen over zee en door de lucht over de Atlantische Oceaan naar Europa worden gesmokkeld. Ook West-Afrika heeft recentelijk te maken met een explosieve toename van drugssmokkel. Met deze ontwikkeling groeide de noodzaak om de drugssmokkel eveneens vanuit West-Afrika aan te pakken.[44] Een belangrijke stap hierin vormde het ontstaan van een regionaal initiatief, genaamd het Maritime Analyses and Operations Centre – Narcotics (MAOC-N) in Lissabon, dat naar aanleiding van een overeenkomst tussen Portugal, Spanje, het Verenigd Koninkrijk, Ierland, Frankrijk, Nederland and Italië werd geïnitieerd.[45] Het centrum is reeds sinds april 2007 actief, maar is op 30 september 2007 officieel geopend met als doel een snelle tegenreactie te kunnen bieden aan de drugssmokkel vanuit Latijns-Amerika en West-Afrika naar Europa. Voor het eerst in de geschiedenis verzorgt MAOC-N een coördinatiepunt van waaruit drugssmokkel te land en ter zee aangepakt worden. Officieren van de Serious Organised Crime Agency (SOCA) werken samen met collega's in verschillende landen. Om internationale coöperatie te stimuleren, tracht het centrum tevens om de samenwerking te bevorderen tussen SOCA en de Koninklijke Marechaussee. Daarnaast is er binnen MAOC-N personeel werkzaam van Europol en de US Joint Inter Agency Task Force (JIATF) (Europress 2007). Vanaf april 2007 heeft het centrum reeds 22 operaties gecoördineerd en is er tien ton cocaïne onderschept in een periode van zes maanden.

Verdrag van José

In 2003 is het Verdrag van San José inzake Maritieme Samenwerking tot stand gekomen. Dit regionaal maritiem verdrag is mede op initiatief van Nederland tot stand gekomen om uitvoering te geven aan artikel 17 van het Verdrag tegen de sluikhandel in verdovende middelen en psychotrope stoffen van Wenen van 20 december 1988 (het Verdrag van Wenen). In tegenstelling tot het Verdrag van Wenen, dat beperkt is tot de sluikhandel over zee, beslaat het Verdrag van San José ook de bestrijding van sluikhandel door de lucht. Het verdrag voorziet in een juridisch kader voor een samenwerking op het terrein van illegale drugstransporten op zee en in de lucht in de Caribische regio. Tevens maakt het een nauwere samenwerking mogelijk. Op 18 augustus 2008 heeft Guatemala, als vijfde staat, het Verdrag van José bekrachtigd,[qq] waarna de weg vrij was voor de inwerkingtreding van het verdrag op 18 september 2008 (ministerie van Buitenlandse Zaken, 2008).

Conclusie:

Zoals in hoofdstuk 9 reeds werd geconcludeerd, heeft de overheid pragmatisch ingespeeld op nieuwe ontwikkelingen in het kader van de cocaïnesmokkel. Op het probleem van de toestroom van drugskoeriers via Schiphol, dat opdoemde in 2001, is ingespeeld met een breed plan voor een diversiteit van activiteiten, zowel in Nederland als internationaal. Deze aanpak heeft zijn vruchten afgeworpen: er worden op Schiphol minder drugssmokkelaars opgepakt. De internationale samenwerking heeft hier een belangrijke bijdrage aan geleverd. Nederland heeft volop geïnvesteerd in de internationale samenwerking: er is intensieve bilaterale samenwerking met landen als Suriname en de Nederlandse Antillen en ook heeft Nederland het Verdrag van José en het MAOC-N-verdrag geratificeerd. Niettemin blijft de cocaïnesmokkel een hardnekkig probleem dat ook in de toekomst om intensieve internationale samenwerking vraagt.

[pp] Het daartoe strekkende convenant met de SLM is in januari 2005 gesloten.
[qq] Thans zijn partij: Belize, Frankrijk, Dominicaanse Republiek, de Verenigde Staten en Guatemala.

12.3.6.3. Heroïne

Als het gaat om heroïne is het in Nederland gevolgde harm reduction-beleid het belangrijkste punt.

Internationale activiteiten
In internationaal verband werd geïnvesteerd in het verstrekken van informatie over de beleidsoverwegingen die ten grondslag liggen aan de keuze voor harm reduction. Belangrijk argument was dat harm reduction voortvloeit uit het hoofddoel van het Nederlandse drugsbeleid: de bescherming van de gezondheid van de gebruikers van drugs door het voorkomen en verminderen van de schade ten gevolge van het gebruik. Met name in de jaren tachtig van de vorige eeuw stuurde het ministerie van WVC (later VWS) medewerkers de wereld in om het Nederlandse beleid op dit punt toe te lichten, om misverstanden weg te nemen en begrip te creëren voor harm reduction. Daarbij lag de nadruk op Europese landen die veel kritiek hadden op het Nederlandse beleid, met name Duitsland, Frankrijk en Zweden. In de jaren tachtig en negentig investeerde het betrokken ministerie ook in voorlichting aan delegaties uit het buitenland die in groten getale naar Nederland kwamen om zich te laten informeren over het beleid en zijn uitwerkingen. Naast kritiek op het Nederlandse beleid – veelal van politici en beleidsmakers – bestond er bij medewerkers van verslavingszorginstellingen in het buitenland ook veel welwillende belangstelling voor harm reduction. Met name van Duitse zijde bestond grote belangstelling voor de Nederlandse aanpak. Nederlandse experts waren veel gevraagde sprekers op seminars en conferenties in Duitsland, zoals de congressen van Akzept, de Duitse organisatie die zich inzet voor onder andere de implementatie van harm reduction-programma's. Nederlandse experts werden ook geregeld gevraagd een bijdrage te leveren voor Duitse publicaties over harm reduction-praktijk en -beleid.[46-48] Ten slotte hebben Nederlandse experts (en instellingen) op verzoek van Duitse organisaties en instellingen ook steun geboden bij de ontwikkeling van harm reduction in de praktijk. Eén voorbeeld hiervan is de ondersteuning geboden door de drugsafdeling van de GGD Amsterdam bij het opzetten van de methadonverstrekking in Frankfurt.

Zoals al vermeld (zie § 12.5.1) hebben Nederlandse organisaties met financiële steun van de EU en Nederlandse subsidies harm reduction-expertise uitgedragen in een aanzienlijk aantal bilaterale en multilaterale internationale activiteiten en projecten.

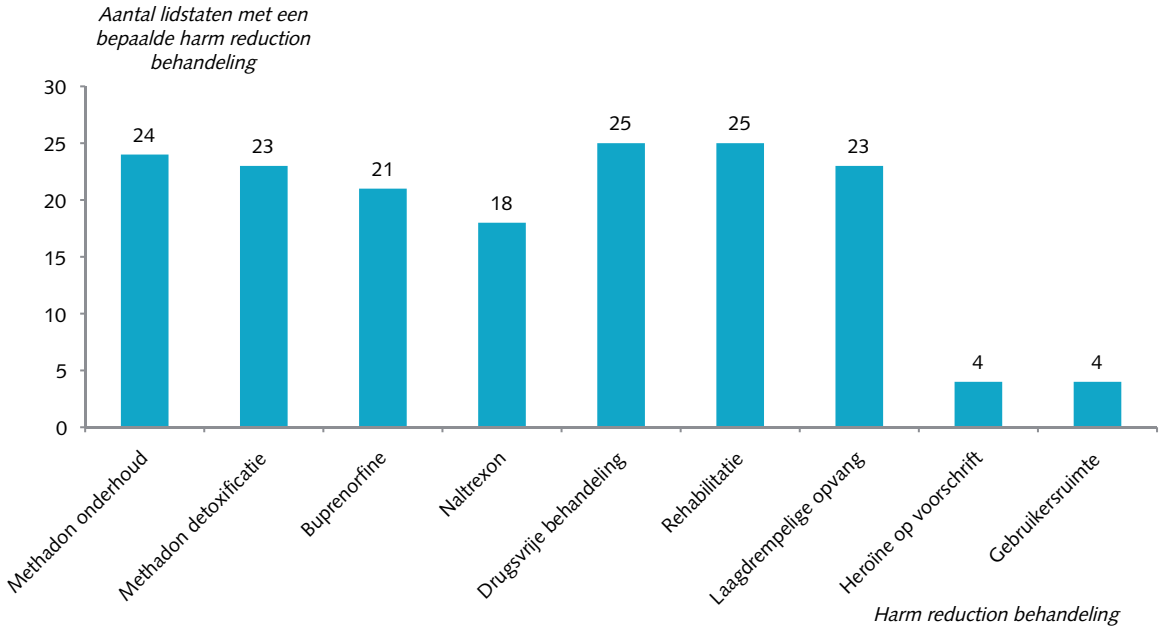
Naast deze samenwerking zijn er – zoals eerder al genoemd – twee ontwikkelingen geweest waarbij Nederland een actieve bijdrage heeft geleverd om het concept van harm reduction internationaal meer geaccepteerd te krijgen. Allereerst is dat de acceptatie van harm reduction als centraal concept en als één van de centrale doelstellingen in de EU-drugsstrategie 2005-2012. Daarnaast heeft Nederland in 2006 € 20 miljoen aan UNODC gegeven voor een vierjarig project om harm reduction-projecten in drie prioritaire regio's/landen (non-ODA-landen) te ontwikkelen, te weten in de Baltische staten, Roemenië en de Russische Federatie.

Resultaten
De al genoemde aanbeveling betreffende de preventie en beperking van gezondheidsschade die samenhangt met drugsverslaving van de Raad van de Europese Unie (2003) laat zien dat harm reduction in de EU inmiddels officieel als prioriteit is erkend. Een door het Trimbos-instituut voor DG SANCO (het Directoraat Generaal Gezondheid en Consumenten) in 2005/2006 uitgevoerde inventarisatie – bedoeld als evaluatie van de aanbeveling – laat zien dat harm reduction-programma's gemeengoed zijn geworden in de EU. In alle – op dat moment 25 – lidstaten lijkt harm reduction geaccepteerd te zijn als element van een demand reduction-beleid. De meest voorkomende harm reduction-programma's zijn informatie en voorlichting, spuitenverstrekking/ruil, onderhoudsbehandeling met vervangende middelen (vooral methadon, maar ook buprenorfine en in een beperkt aantal landen heroïne) en beschikbaarheid van Naltrexone.

Nevenstaande afbeelding geeft een overzicht van het harm reduction-aanbod in de 25 lidstaten, eind 2005.

De afgelopen tien jaar laten mondiaal een duidelijke trend zien richting acceptatie en implementatie van harm reduction in de praktijk, steeds meer met steun van internationale organisaties. Harm reduction-programma's zijn op groeiende schaal geïmplementeerd in veel landen, bijvoorbeeld in China, India, Russische Federatie, maar ook in totalitaire landen als Iran. Zij hebben zich ontwikkeld van een exceptionele en controversiële aanpak tot mainstream, zoals het EU-voorbeeld laat zien. In de EU-drugsstrategie 2005-2012[5] en het EU-actieplan inzake drugs 2005-2008[44] wordt harm reduction genoemd als een basiselement van drugsbeleid. In het actieplan 2005-2008 staat: 'The ultimate aim of the Action Plan is to significantly reduce the prevalence of drug use among the population and to reduce the social harm and health damage caused by the use of and trade in illicit drugs'.[44] Een misschien nog belangrijker teken voor een verandering ten faveure van harm reduction is het feit dat de di-

Figuur 12.1 Harm reduction-aanbod in de 25 lidstaten, eind 2005



Bron: Van der Gouwe, 2006.[49]

recteur van het UNODC harm reduction als een sleutelelement van drugsbeleid noemt, naast bestrijding, preventie en behandeling.[50] Reeds in 2006 is UNODC begonnen harm reduction-programma's in verschillende landen en regio's te ondersteunen, met financiële steun van Nederland.[51]

In de laatste jaren is ook steeds meer bewijs gekomen voor de effectiviteit van harm reduction, in het bijzonder voor maatregelen gericht op het voorkomen en terugdringen van drugsgebruikgerelateerde infectieziekten.[52] Vergelijkingen tussen landen laten zien dat in landen met lage, stabiele of afnemende hiv- en overdosisprevalenties de harm reduction-programma's beschikbaar zijn. De meerderheid van deze landen heeft een relatief lange traditie en goede geografische dekking van harm reduction-programma's.[51]

12.3.6.4. Cannabis

Veel van de kritiek op het Nederlandse drugsbeleid betrof het beleid ten aanzien van cannabis. Meer specifiek betrof de kritiek het feit dat het bezit van kleine hoeveelheden cannabis werd gedoogd, en dat de verkoop van cannabis in de coffeeshops eveneens onder voorwaarden niet vervolgd werd. Het fenomeen 'gedogen' was in veel landen onbekend. Getwijfeld werd aan het nut van het onderscheid tussen de strafbaarstelling van cannabis en van andere drugs; veel critici verwachtten dat een te tolerante houding ten aanzien van cannabis het gebruik daarvan zou aanmoedigen en zodoende het aantal harddrugsgebruikers zou doen toenemen (stepping stone). Daarnaast werd met name vanuit de directe buurlanden geklaagd over het feit dat veel van hun burgers naar Nederland gingen om daar hun cannabis te kopen (drugstoerisme). Het Nederlandse beleid zou er zodoende toe leiden dat het cannabisgebruik in die landen gestimuleerd zou worden.

Nederland heeft hierop gereageerd door veel te investeren in:
a. *Voorlichting*, uitleggen waar het Nederlandse cannabisbeleid uit bestaat en wat de doelstellingen zijn (primaat gezondheidsbescherming, voorkomen criminalisering van de kleingebruiker).
b. *Het verzamelen van gegevens* over cannabisgebruik in Nederland en andere landen, waaruit duidelijk kan worden in hoeverre het Nederlandse beleid tot andere resultaten leidt dan het beleid in de landen die Nederland bekritiseren.
c. *Samenwerking* zowel op justitie- als op volksgezondheidsterrein, en anderszins dialogen en samenwerking bevorderen

Activiteiten ten aanzien van cannabis
ad a. Er is veel schriftelijk voorlichtingsmateriaal opgesteld, er zijn veel buitenlandse delegaties in Nederland ontvangen en er is veel geïnvesteerd in presentaties op conferenties en andere bijeenkomsten in het buitenland. Een aantal malen is het Nederlandse drugsbeleid uitgelegd in landen waar men zich oriënteerde op eventuele

herziening van het eigen drugsbeleid. Voorbeelden daarvan zijn de Canadese Special Senate Committee on illegal drugs, november 2001, en een commissie in het VK die zich boog over de herziening van de drugswetgeving: the Independent Inquiry into the Misuse of Drugs Act 1971, 1999. Bij deze voorlichtingsactiviteiten ging het vrijwel altijd over cannabis en het coffeeshopbeleid.

ad b. Het verzamelen van betrouwbare gegevens over de resultaten van het Nederlandse drugsbeleid ter vergelijking met cijfers uit andere landen, is vanaf het eind van de jaren negentig gezien als een belangrijk instrument om de uitgangspunten van het Nederlandse beleid te kunnen verdedigen. Omdat dit beleid met name afwijkt op het punt van cannabis, is van meet af aan daar een belangrijk accent aan gegeven. De minister van VWS heeft in 1997 het initiatief genomen tot oprichting van de Nationale Drug Monitor.[53] Doel daarvan was te komen tot bundeling van de gegevens op het terrein van het drugsbeleid, en de kwaliteit daarvan te verbeteren. De NDM, ondergebracht bij het Trimbos-instituut, is thans een gezaghebbend instrument op het terrein van het verzamelen van Nederlandse gegevens in relatie tot andere landen. Ook in internationale gremia is met behulp van Nederlandse expertise gewerkt aan het opbouwen van een systeem van internationaal vergelijkende gegevens. Verwezen kan worden naar de werkzaamheden van de Werkgroep Epidemiologie van de Pompidou Groep (Raad van Europa), waarin indicatoren zijn ontwikkeld die later zijn overgenomen door het EMCDDA. Ook later heeft Nederlandse expertise een rol gespeeld bij het ontwikkelen van monitoringsinstrumenten (onder andere van het Early Warning System inzake synthetische drugs)

Daarnaast is de laatste tien jaar bij voortduring in de grensstreken tussen Nederlandse, Belgische en Duitse (lokale) overheden intensief overleg gepleegd over de grensoverschrijdende problematiek, die eveneens voornamelijk het coffeeshopbeleid en het daaruit voortvloeiende drugstoerisme betrof. Een recent overzicht daarvan wordt gegeven in het in opdracht van het bestuur van de Euregio Maas-Rijn geschreven rapport over een gezamenlijke beheersing van de drugsgerelateerde criminaliteit.[6]

Andere vormen van samenwerking
Sinds 1996 vinden veelvuldig vormen van kennisuitwisseling en wetenschappelijke samenwerking plaats tussen Nederland, Frankrijk en België. Verwezen kan worden naar het werkbezoek van Nederlandse experts aan Lille in 1996, de Nederlands-Franse studieweek (maart 1997), de tweede studieweek in Lille (tezamen met België), de workshops NWO-INSERM over verslaving en samenwerking t.a.v wetenschappelijk onderzoek, en diverse Nederlands-Franse studiebezoeken. Onderzoek naar de schadelijkheid van cannabis, naar preventie en naar het behandelen van problematisch cannabisgebruik stonden bij deze vormen van kennisuitwisseling vaak centraal.

Stedenconferentie en Vijflandenplan

Op 1 oktober 1999 richtten 60 burgemeester zich per brief tot de regering met een voorstel tot regulering van de achterdeur. De regering antwoordde met de nota *Het pad naar de achterdeur*, waarin dit voorstel werd afgewezen.[54] Belangrijkste argumenten:
- Strijdigheid met de verplichtingen voortvloeiend uit internationale verdragen.
- Onevenredig grote handhavingsinspanning.
- Nederlands open economie, waardoor een gesloten systeem van productie en distributie niet mogelijk is.
- Het in de praktijk niet kunnen weren van geïmporteerde hasj indien er een algemene gedoogregeling voor productie en handel van nederwiet zou komen.

In de notitie kondigt de regering wel aan dat ze het voornemen heeft de internationale discussie over het te voeren cannabisbeleid te stimuleren.

Over deze notitie is op 31 mei 2000 in de Tweede Kamer gedebatteerd. Naar aanleiding van dit debat werden twee moties aanvaard: de motie-Apostolou, die vroeg om de OM-richtlijnen zodanig te wijzigen dat coffeeshops de mogelijkheid kregen om onder voorwaarden gedoogd nederwiet van erkende telers in te kopen, en de motie-Nicolai waarin werd gevraagd internationaal draagvlak te creëren voor de in Nederland gehanteerde scheiding van soft- en harddrugs.

Bij schrijven van 15 september 2000 geeft de minister van Justitie een reactie op deze twee moties.[55] Ten aanzien van de eerste motie worden dezelfde argumenten herhaald en verklaart de regering deze motie niet uit te zullen voeren. Ten aanzien van de tweede motie wordt verwezen naar het eerder ingenomen standpunt dat de regering dit al van plan was, en wordt dit nader uitgewerkt in een aantal voornemens om op internationaal niveau de discussie te stimuleren. De belangrijkste daarvan was het voornemen om eind 2001 een grote internationale

stedenconferentie inzake de cannabisproblematiek te organiseren, en in het voorjaar van 2002 een internationale wetenschappelijke cannabisconferentie.

De Stedenconferentie is gehouden van 6 to 8 december 2001 in Utrecht. Daar waren vertegenwoordigers van vijftig steden uit twintig landen aanwezig. Kernbevindingen waren dat de praktijk met name in de Europese steden geen grote verschillen vertoonde. Vrijwel overal vond een vorm van gedogen plaats, of was sprake van milder strafrechtelijk optreden tegen cannabisbezit en -gebruik dan ten aanzien van gebruik en bezit van andere drugs. Veel bestuurders en politiefunctionarissen gaven aan een verschil tussen (hun) praktijk en het formele beleid van hun land te ervaren.

De wetenschappelijke conferentie is voorbereid en georganiseerd door een samenwerkingsverband van ministers van Volksgezondheid van vijf landen (Nederland, België, Duitsland, Frankrijk en Zwitserland). Ter voorbereiding van de conferentie is een bundel wetenschappelijke artikelen opgesteld, geschreven en becommentarieerd door een groot aantal gezaghebbende wetenschappers. Daarbij is de toenmalige wetenschappelijke kennis ten aanzien van cannabis, cannabisgebruik en cannabisbeleid in kaart gebracht. De publicatie stond centraal op de op 25 februari 2002 te Brussel door de Ministers van Volksgezondheid van de vijf landen georganiseerde conferentie. Op die conferentie is besloten tot voortzetting van de samenwerking. Die heeft geleid tot het opzetten van een gezamenlijk wetenschappelijk onderzoek naar behandeling van cannabisverslaving.[rr] Deze studie, die in vijf landen plaatsvindt, zal naar verwachting eind 2010 worden afgerond.

Samenwerking met Frankrijk

Een van de landen die geregeld kritiek heeft geuit op het Nederlandse cannabisbeleid, is Frankrijk. De kritiek van Frankrijk kreeg een extra lading nadat de nieuw gekozen Franse president Chirac zich openlijk expliciet negatief uitliet. In reactie op deze kritiek stelde Nederland gelijk voor om op het allerhoogste niveau een ambtelijke werkgroep samen te stellen om deze geschilpunten tussen beide landen te bespreken.[ss] Tevens werd in datzelfde jaar (1996) een Raad voor politiële en justitiële aangelegenheden gevestigd bij de Nederlandse ambassade in Parijs.[56] Ook zijn er liaison officers aangesteld bij de ministeries in Frankrijk en Nederland om de communicatie tussen de landen te verbeteren en om de justitiële samenwerking te verbreden. Zo spelen deze liaison officers een prominente rol in de rechtshulpverzoeken. Ook kunnen zij een goed beeld schetsen van het (Franse) rechtssysteem.[tt]

Nederland heeft vervolgens in 1998 een Memorandum of Understanding afgesloten met Frankrijk dat intensievere samenwerking tussen de politiediensten van de landen mogelijk maakte. Hoewel dit akkoord niet juridisch bindend is, is het niet alleen te interpreteren als een politiek symbool; mede omdat er al langere tijd veel behoefte was aan verdergaande samenwerking.[56] Voorts had het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties belang bij dit akkoord. Op deze wijze kon het ministerie verantwoordelijkheden rondom de internationale politiesamenwerking nader vormgeven. Zodoende is de Regiegroep (coördinerend orgaan ten behoeve van de uitvoering), als instrument hiervan, op touw gezet.[56]

Het akkoord bood ruimte aan diverse bestaande en nieuwe activiteiten. Zo ging men verder met de bestaande Hazeldonkacties: dit zijn gezamenlijke acties van Nederland, Frankrijk, België en Luxemburg in het kader van het drugstoerisme in Zuid-Nederland. Hierbij tracht men de organisaties achter het drugstoerisme aan te pakken.[uu] Door middel van het 'doorrechercheren' kan men inzicht krijgen in de bron en de bestemming van de drugs en kan men traceren aan wie de drugs wordt doorverkocht. Zo kan men ook een beeld vormen van de ontwikkelingen in Frankrijk en ontdekken of er sprake is van criminele netwerken. Uit deze samenwerking zijn de zogenaamde A-teams voortgekomen. Hierbij werd in Hazeldonkverband samengewerkt tussen Nederland, België, Frankrijk en Luxemburg om door middel van internationale operationele acties het drugstoerisme terug te dringen en de overlast van drugsrunners op de snelwegen te reduceren. Het Nederlandse A-team was een samenwerkingsverband tussen drie politieregio's, het KLPD, de Spoorwegpolitie en de Belastingdienst. Het A-team heeft vele kilo's drugs in beslag genomen en is positief beoordeeld in de evaluatie ervan. Een voorbeeld van een A-team dat zich dagelijks bezighield met de opsporing en aanhouding van drugsrunners en -toeristen op snelwegen en in treinen was het zogenaamde Highway-run rail A-team.[56] Als vervolg op de A-teams kwamen

[rr] International Cannabis Need of Treatment Project, zie www.incant.eu.
[ss] 'Drugsoverleg op Hoogambtelijk Niveau' (DHN).
[tt] Zie voor meer informatie over verbindingsmagistraten ondermeer: P.C. Kortenhorst en P.A.M. Verres Le magistrat de liaison: Een pionier in de internationale samenwerking. In Justitiële Verkenningen, 2001, jaargang 27.
[uu] De Hazeldonkacties omvatten tevens de aanpak van synthetische drugs.

de zogenaamde Joint Hit teams[vv] die zich voornamelijk bezighouden met de controle van verdachte auto's. Een andere voorbeeld van de samenwerking die uit het akkoord voortvloeide, is het project 'Uitwisseling en stages functionarissen', waarbij voornamelijk Nederlanders in Frankrijk gingen stagelopen.[56]

De eerste jaren was er veel onbegrip over ons beleid. Men was toen nog enigszins terughoudend in de communicatie, mede door de taalbarrière. Dit is in de tijd flink afgenomen. Thans is er veel betere informatie-uitwisseling en politiële samenwerking. De samenwerking wordt nu als constructief en structureel ervaren en er vinden thans veel gezamenlijke onderzoeken plaats. Er is dus ook een sterker bewustzijn dat de landen samenwerken. Deze visie komt tevens naar voren in de evaluatie van het akkoord.[56] Hierin wordt gesteld dat het akkoord, ondanks de 'vanzelfsprekendheid' van de samenwerking nog steeds waarde heeft: 'Het bestaan ervan impliceert dat er een kanaal is voor gestructureerde specifieke themagerichte contacten, hetgeen van belang kan worden geacht bij eventuele nieuwe politiek-beleidsmatige verschillen.'[56] Hoewel België en Luxemburg betrokken zijn bij diverse operationele projecten, nemen zij formeel niet deel aan het akkoord.

Resultaten ten aanzien van cannabis
De centrale vraag is wat het resultaat is geweest van circa tien jaar informatieverstrekking, kennisuitwisseling en samenwerking inzake het Nederlandse cannabisbeleid. Het is moeilijk achteraf oorzakelijke verbanden vast te stellen tussen genomen maatregelen en de actuele stand van zaken, maar de volgende feitelijke situatie kan geschetst worden:

- Het kennisniveau in het buitenland: veel landen zijn inmiddels op de hoogte van het Nederlandse cannabisbeleid. De meeste misverstanden zijn uit de weg geruimd, maar er blijven toch veel principiële en praktische bezwaren bestaan, met name wat betreft het drugstoerisme en de coffeeshops.
- Wetgeving (zie bijlage 1): in de meeste EU-landen wordt nu onderscheid gemaakt tussen cannabis en andere drugs; ook wordt in de meeste landen onderscheid gemaakt in de strafbaarstelling van bezit voor eigen gebruik en bezit bestemd voor handelsdoeleinden. Voorts wordt in bijna alle landen de mogelijkheid gecreëerd dat politie/justitie seponeert of anderszins niet tot vervolging overgaat (met andere woorden: de ruimte heeft om een gedoogbeleid te voeren), dan wel dat de rechter een zogenoemde 'discretionaire bevoegdheid' heeft (een vrije beslissingsruimte). Uit deze ontwikkeling blijkt dat geleidelijk aan steeds meer landen wetgeving ontwikkelen die gelijkenis vertoont met de Nederlandse wetgeving (uit 1976).
- Praktijkresultaten: er zijn de laatste tien jaar steeds meer vergelijkende (en kwalitatief hoogwaardige) cijfers beschikbaar gekomen, ook over de cannabisproblematiek en het beleid dat door de EU-landen gevoerd wordt. Een aantal belangrijke aspecten:
  a. Gebruik: uit meerdere vergelijkende tabellen (met name van het EMCDDA) blijkt dat het gebruik van cannabis in Nederland de afgelopen dertig jaar niet substantieel afwijkt van de ons omringende landen en zelfs op bepaalde onderdelen positief afwijkt van landen als Frankrijk, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk.
  b. Na jaren van samenwerking met Frankrijk, het land dat midden jaren negentig een kritische houding aannam, kan geconstateerd worden dat de openlijke kritiek lijkt te zijn afgenomen.
  c. Uit de vergelijkende cijfers blijkt voorts dat een van de doelstellingen van het Nederlandse cannabisbeleid, namelijk de decriminalisatie van de kleingebruiker van cannabis, en daarmee het voorkomen van marginalisatie, zinvol is (zie hoofdstuk 6). Terwijl het aantal personen dat in Nederland de laatste jaren gearresteerd is wegend het bezit van kleine hoeveelheden cannabis zeer gering is, blijkt uit vergelijkende cijfers uit omringende landen dat daar een beduidende stijging van het aantal arrestaties (en daarmee in veel gevallen het verkrijgen van een strafblad) plaatsvindt. Zowel voor Frankrijk, Duitsland als het VK geldt dat daar gemiddeld per jaar (gemeten is ca. 2005) tussen de 200-250 arrestaties per 100.000 personen verricht worden. Indien deze cijfers worden afgezet tegen de cijfers wat betreft het cannabisgebruik, lijkt het opsporen en vervolgen van de kleingebruiker van cannabis vrijwel geen effect te hebben op het cannabisgebruik. Wel is duidelijk dat een strafblad niet bevorderlijk is voor volwaardige maatschappelijke participatie (bijvoorbeeld bij het verkrijgen van een verklaring van goed gedrag). Onbekend is echter in hoeverre gearresteerde cannabisgebruikers in andere landen tegenwoordig ook daadwerkelijk een strafblad krijgen en negatieve gevolgen hiervan ondervinden (zie ook hoofdstuk 6). Het gegeven dat er vrijwel geen verband wordt gevonden tussen beleid en gebruik blijkt overigens uit diverse analyses.[57]

[vv] Niet te verwarren met de zogenaamde Joint Investigation Teams, die gebaseerd zijn op een model dat is uitgewerkt op Europees niveau. Hierbij zijn Europol en Eurojust betrokken. Deze zullen in de toekomst volgens respondenten waarschijnlijk ingezet worden om de georganiseerde hennepteelt aan te pakken (export naar het buitenland).

12.4 Conclusie

In dit hoofdstuk zijn de ontwikkelingen op het internationale terrein beschreven. Naast het schetsen van de context is met name ingegaan op welke wijze de internationale samenwerking zich heeft ontwikkeld en op welke wijze Nederland daaraan heeft bijgedragen.

Het primaire doel van Nederland in de internationale arena was en is de wens om te kunnen vasthouden aan de uitgangspunten van het nationale drugsbeleid. Daarnaast werd in de loop van de jaren verhoging van de efficiency in de internationale samenwerking bij de bestrijding van drugsgerelateerde criminaliteit een tweede hoofddoel. Deze twee doelen zijn in de Drugsnota 1995 verder uitgewerkt en geconcretiseerd. In deze slotparagraaf wordt beschreven in hoeverre deze doelen zijn gerealiseerd.

12.4.1 Handhaving van de uitgangspunten van het Nederlandse beleid

Ondanks veelvuldige kritiek en pressie vanuit het buitenland heeft Nederland de hoofdlijnen van het eigen beleid gehandhaafd. Alleen het besluit om de grens van bezit voor eigen gebruik van dertig naar vijf gram terug te brengen is genomen op basis van door het buitenland geuite kritiek.[2] [ww] Aan de andere kant kan worden vastgesteld dat veel Nederlandse uitgangspunten inmiddels in beleid en praktijk van andere landen zijn 'overgenomen'. Dit is het meest zichtbaar voor schadebeperkende instrumenten zoals behandeling met vervangende middelen, spuitomruil en behandeling als alternatief voor gevangenisstraf. Ook al was deze ontwikkeling voor een deel een gevolg van de eerder genoemde snelle toename van drugsgerelateerde infecties (hiv, aids, hepatitis), de actieve presentatie in de afgelopen jaren van de uitgangspunten en resultaten van het Nederlandse beleid hebben er waarschijnlijk eveneens aan bijgedragen.

Wanneer we naar de concrete voornemens van de Drugsnota 1995 kijken, kunnen de volgende conclusies worden getrokken.

12.4.2 Buitenlandse kritiek voorkomen/Verbetering van het Nederlandse imago

Het Nederlandse drugsbeleid heeft tot in de eerste jaren na het verschijnen van de Drugsnota 1995 internationaal sterk onder vuur gelegen. Een belangrijke doelstelling was daarom om aan het buitenland uit te leggen wat ons beleid inhoudt en zodoende meer begrip te kweken. Hoewel er nog steeds onderdelen zijn van het beleid die weinig internationale steun krijgen, staat daar tegenover dat Nederland zich – zonder uitzondering – actief heeft opgesteld in internationale verbanden en – mede door de inspanningen op het vlak van de gezamenlijke bestrijding van productie en smokkel van drugs – tegenwoordig niet een brandpunt is van de internationale kritiek.

Een uitzondering hierop is het Nederlandse coffeeshopbeleid. Dit blijft een controversieel thema. In 1995 was Nederland nog optimistisch over het uitdragen van dit beleid, maar hoewel er wel sprake is van begrip en waardering in bepaalde vakkringen, op politiek en bestuurlijk niveau blijft men openlijk kritisch, vooral de landen die het drugsvraagstuk vanuit een moreel oogpunt benaderen. Daarnaast is het opvallend dat het toezichthoudend orgaan op de Internationale Verdragen, de INCB, in de loop der tijd de uitgangspunten van het Nederlandse cannabisbeleid anders is gaan beoordelen.

12.4.3 Het legaliseringsvraagstuk op de (Europese) politieke agenda zetten

Nederland heeft de discussie over de voor- en nadelen van de legalisering van cannabis niet zichtbaar gevoerd.[xx] Het heeft wel door bijvoorbeeld de stedenconferentie en het cannabis-vijflandenplan getracht meer internationale uitwisseling op gang te brengen over de grenzen van het bestaande beleid en over mogelijke nieuwe wegen om te bewandelen. In veel landen is het bij discussie gebleven en op politiek niveau binnen de Europese Unie bestaat er vooralsnog geen politiek draagvlak om stappen in die richting te ondernemen. Niettemin lijkt in de wetgeving en rechtspraktijk in Europa wel enige nuancering gekomen te zijn die overeenkomt met de Nederlandse visie van een gedifferentieerde aanpak van cannabis en andere typen drugs. Zo hebben duidelijke ontwikkelingen plaatsgevonden op het terrein van decriminalisering van de gebruiker van cannabis.[yy]

[ww] 'Naar ons oordeel vormt de in de grensstreken ondervonden overlast en de kritiek uit het buitenland een gerede aanleiding om deze norm voor de verkoop te heroverwegen. De toegestane verkoop door de shops zal worden beperkt tot 5 gram per klant.'(p.41)

[xx] Alleen direct na het voorgenomen besluit tot de invoering van de wetswijziging wordt er door de Nederlandse regering gemeld dat er gesprekken zijn geweest over de mogelijkheden om te komen tot een aanpassing van het VN-verdrag. Daartoe waren gesprekken gevoerd met de VN-vertegenwoordigers en vertegenwoordigers van de VS.[1] (p.76)

Ook al gaan de ontwikkelingen langzaam en neemt Nederland op het gebied van de regulering van de aanbodzijde via coffeeshops toch nog steeds een bijzondere positie in, er kan niet langer gesteld worden dat Nederland op dit vlak compleet geïsoleerd is.

12.4.4 Grensoverschrijdende overlastproblematiek verminderen

De overlast veroorzaakt door buitenlandse niet in Nederland gevestigde heroïnegebruikers is sinds het eind van de jaren negentig grotendeels verdwenen. Deels doordat de buurlanden eveneens een harm reduction-beleid hebben ingevoerd, waardoor vervangende middelen, spuitomruil en andere voorzieningen voor verslaafden ook in eigen land beschikbaar zijn gekomen. Deels kwam dit door samenwerking op het gebied van hulpverlening (bijvoorbeeld in het BINAD-project tussen Nederland en Duitsland), uitzetting van verslaafden die strafbare feiten plegen en het uitsluiten van buitenlanders – zonder verblijfstitel van therapeutische hulp. De drugstoeristen en de overlast die zij veroorzaken, vormen echter nog steeds een bron van zorg. Pogingen om de verkoop van cannabis in coffeeshops aan buitenlanders te verbieden zijn vooralsnog niet haalbaar gebleken.
Gerichte acties met België en Frankrijk tegen drugstoerisme langs populaire routes (Hazeldonk acties, A-team, Joint Hit Teams) hebben de overlast met name op de routes vanaf het zuiden naar Rotterdam aanzienlijk kunnen verminderen, hoewel we niet kunnen vaststellen of daarmee ook het drugstoerisme als zodanig is verminderd.

12.4.5 Grensoverschrijdende (georganiseerde) criminaliteit rond de drugshandel en -productie verminderen

Vooral sinds 1995 is de internationale samenwerking bij de bestrijding van drugshandel en -productie in diverse opzichten versterkt. Zoals in de voorgaande paragrafen is uiteengezet, speelt Nederland een actieve rol in de gegevensuitwisseling tussen landen, neemt het deel aan diverse samenwerkingsverbanden binnen de Europese Unie, de Raad van Europa en de Verenigde Naties en worden er regelmatig doelgerichte bilaterale en multilaterale acties op touw gezet. Samenwerking, gegevensuitwisseling en gezamenlijke acties kunnen niet alleen leiden tot inbeslagname van partijen drugs, arrestaties en veroordelingen, maar ook tot het wegvallen of minder belangrijk worden van bepaalde handelsroutes en smokkelinstrumenten. Voorbeelden zijn de afname van de 'bolletjesvluchten' op Schiphol (cocaïne) en vermindering van het aanbod van Nederlandse ecstasy in de VS. Er zijn echter geen gegevens om de vraag te beantwoorden of deze betere samenwerking ook heeft geleid tot vermindering van drugsgerelateerde criminaliteit in internationaal perspectief.

[yy] Twee voorbeelden zijn Duitsland en België.[6]

Bijlage 12.1: Cannabiswetgeving in Europa

In 2008 bracht het EMCDDA een monografie over cannabis uit waarin onder andere over de wettelijke status van cannabis in de diverse Europese landen wordt gerapporteerd.[58] Daarnaast worden door de European Legal Database on Drugs (ELDD) veranderingen in wetgeving en juridische praktijken bijgehouden (http://eldd.emcdda.europa.eu). Er is ook contact geweest met de coördinator van de ELDD, die de meest recente ontwikkelingen heeft doorgegeven. In de monografie komt naar voren dat in de meerderheid van de EU-15-landen onderscheid wordt gemaakt tussen cannabis en andere illegale drugs. Er zijn vier verschillende manieren van onderscheid maken:

1. Classificatie door de wet
Sommige landen hebben lijsten die onderdeel uitmaken van de wet ter onderscheiding van het verschil in wettelijke status. Cannabis staat dan in lijsten waarop niet een maximale juridische respons vereist wordt. (Voorbeelden: Nederland; Verenigd Koninkrijk; Cyprus.) In het VK is per 26 januari 2009 cannabis weer geherclassificeerd naar een Klasse B-drug, nadat het in januari 2004 van Klasse B naar Klasse C was gegaan. Het VK kent drie klassen, ingedeeld op de vermeende schadelijkheid van de drugs. De meest schadelijke drugs staan in Klasse A (o.a. heroïne, cocaïne). In Klasse B staan naast cannabis, o.a. amfetamine en ritalin. De maximumstraf voor bezit van Klasse B-drugs is zeven jaar gevangenisstraf of een onbeperkte geldboete. Voor handel in klasse B-drugs staat een maximum van veertien jaar gevangenisstraf. In de recente richtlijnen van de Association of Chief Police Officers (ACPO), de ACPO Guidance on Cannabis Possession for Personal Use staat dat alle personen boven de achttien jaar die worden aangehouden met cannabis voor eigen gebruik – mits voor de eerste keer en geen verzwarende omstandigheden – een Cannabis Warning krijgen. Daarna eventueel een Penalty Notice for Disorder (PND). Als bij betreffende persoon daarna nogmaals cannabis wordt aangetroffen kan de agent tot arrestatie overgaan. In ieder geval tot dit stadium krijgt de persoon in kwestie geen strafblad.
Personen onder de achttien jaar kunnen geen Cannabis Warning krijgen, maar hoeven niet meer gearresteerd te worden. Aan de agent wordt aangeraden de minderjarige naar huis te brengen en eventueel een reprimande of een Final Warning te geven. De politie in het VK heeft veel vrijheid van handelen in concrete situaties.

2. Uitzondering/ontheffing door de wet
In sommige landen is cannabis wel gelijk met andere drugs geclassificeerd, maar wordt er voor cannabis een specifieke uitzondering gemaakt in het vervolgingsbeleid (in de wet of in het Wetboek van Strafrecht); er wordt de mogelijkheid geboden om vervolging of veroordeling voor bezit van cannabis milder te laten verlopen. (Voorbeelden: België; Luxemburg; Spanje; Griekenland; Polen.)

In de 'Belgische Ministeriële richtlijn betreffende het vervolgingsbeleid inzake het bezit van en de detailhandel in illegale verdovende middelen' van 16 mei 2003 staat: 'Het bezit van illegale drugs blijft strafbaar, maar de wet op de verdovende middelen biedt aan de Koning voortaan de mogelijkheid een onderscheid te maken tussen de illegale drugs, teneinde inzonderheid vervolging wegens louter niet-problematisch bezit van cannabis met het oog op eigen gebruik specifiek te kunnen aanpakken. De andere illegale drugs zijn middelen waarvan de risico's voor de gezondheid op geestelijk en lichamelijk vlak onaanvaardbaar zijn (onder andere: risico op overdosis). De producten afgeleid van cannabis daarentegen veroorzaken minder gezondheidsproblemen.'
Als gevolg hiervan wordt bij niet-problematisch cannabisgebruik slechts een samenvattend proces-verbaal opgemaakt en wordt de cannabis niet in beslag genomen.

3. Uitzondering door richtlijnen van Openbaar Ministerie
In sommige landen wordt cannabis op dezelfde manier geclassificeerd als andere drugs en zijn er geen wettelijke ontheffingen, maar wel een richtlijn of aanwijzing van het Openbaar Ministerie dat er bij de vervolging rekening moet worden gehouden met de soort illegale drug.
In Duitsland heeft het Constitutionele Hof in maart 1994 uitgesproken dat het bezit van cannabis voor persoonlijk gebruik minder streng of in het geheel niet bestraft moet worden (BVerfGE 90,145 –Cannabis). Er bleef nog wel enige onduidelijkheid bestaan over de interpretatie van de volgende passage uit de Betäubungsmittelgesetz – zeg maar de Duitse Opiumwet:
BtMG § 29: (5) Das Gericht kann von einer Bestrafung nach den Absätzen 1, 2 und 4 absehen, wenn der Täter die Betäubungsmittel lediglich zum Eigenverbrauch in geringer Menge anbaut, herstellt, einführt, ausführt, durchführt, erwirbt, sich in sonstiger Weise verschafft oder besitzt.
Onlangs is de uitdrukking 'geringe Menge' (= kleine hoeveelheid) in veertien Duitse Länder gesteld op zes gram cannabis. Afzien van vervolging betekent geen straf, en dus ook geen strafblad.
In het cannabisbesluit van het Bundesverfassungsgericht uit 1994 komt ook de volgende passage voor: '*Die*

Richter stellen hier fest, dass es keineswegs sicher ist dass ein Cannabisverbot der geeignetste Weg ist. Sie verpflichten den Gesetzgeber, die Auswirkungen der Strafverfolgungen und Erfahrungen aus dem Ausland (z.B. Niederlande oder in bälde die Schweiz) zu beobachten und eventuell ein erfolgreicheres, liberales Modell aus dem Ausland zu übernehmen.' (http://www.cannabislegal.de/recht/bverfg.htm)

4. Discretionaire bevoegdheid (= de vrije beslissingsruimte van de rechter)
In sommige landen kan het soort drug één van de criteria vormen op grond waarvan openbaar ministerie of de rechter de afweging maakt om van vervolging af te zien (OM) of minder straf op te leggen (rechter). Cannabis kan in deze categorie al een 'minder gevaarlijke' drug worden gezien. (Voorbeelden: Tsjechië; Estland.)

Geen onderscheid cannabis en harddrugs
In Zweden en Frankrijk wordt er juridisch op geen enkele wijze onderscheid gemaakt tussen cannabis en andere illegale drugs.

In de recente Franse drugsstrategie 'Plan Gouvernemental de lutte contre les Drogues et les Toxicomanies 2008-2011' komt duidelijk naar voren dat het Franse drugsbeleid op vijf pijlers wordt gebaseerd: preventie, repressie, hulpverlening, onderzoek en internationale samenwerking. Zoals ook uit de toelichting bij de *Loi pour la prévention de la délinquance* uit 2007 blijkt, zet de Franse regering fors in op preventie en voorlichting. Zeker bij cannabisgebruik onder jongeren wordt in eerste instantie een waarschuwing gegeven of een alternatieve straf, zoals een verwijzing naar een speciaal consultatiepunt. Bij het onderdeel repressie wordt in de drugsstrategie vooral ingezet op het opsporen van thuistelers van cannabis en om de handel in precursoren aan te pakken.

In de EMCDDA-studie wordt het volgende geconstateerd:
'(…) despite the different legal approaches towards cannabis, a common trend can be seen in the development of alternative measures to criminal prosecution for cases of use and possession of small quantities of cannabis for personal use without aggravating circumstances. Fines, cautions, probation, exemption from punishment and counselling are favoured by most European justice systems. (…) Indeed, drug policies in many European countries seem to concur that criminal action against non-problematic use/possession of cannabis should receive the lowest prosecutional priority' (p 111-12).[58]

Juridische status van cannabis in enkele EU-lidstaten

Land	Overtredingen en straffen voor persoonlijk gebruik	Wetgeving	Vervolgingsbeleid	Onderscheid met ander drugs?	Opmerkingen
BEL	Bezit cannabis volgens wet een misdrijf, maar bij niet-problematisch gebruik wordt slechts een samenvattend proces-verbaal opgemaakt. Bij problematisch gebruik of overlast kan 3 maanden tot 1 jaar gevangenisstraf worden opgelegd.	-De wetten van 4 april en 3 mei 2003; - het koninklijk besluit van 16 mei 2003; - de ministeriële richtlijn van 16 mei 2003 en de aanvulling daarop d.d. 28 mei 2003 (Belgisch Staatsblad, 2-6-2003) - Gemeenschappelijke richtlijn inzake bezit cannabis (Belgisch staatsblad 21-1-2005).	Richtlijn 2005: hoeveelheid voor persoonlijk gebruik: 3 gram.	Ja. Richtlijn van Openbaar Ministerie.	Richtlijn 2005: aan het bezit, door een meerderjarige, van een hoeveelheid cannabis voor persoonlijk gebruik wordt de laagste prioriteit in het vervolgingsbeleid gegeven, uitgezonderd wanneer het bezit gepaard gaat met verzwarende omstandigheden of verstoring van de openbare orde.
DLD	Voor de wet (BtMG) zijn alle drugs gelijk en kunnen overtredingen bestraft worden met een gevangenisstraf tot 5 jaar of een boete. Bij 'geringe hoeveelheid' kan van straf worden afgezien.	BtMG § 29+ § 31a. Cannabisbesluit van Bundesverfasssungsgericht uit maart 1994.	Cannabisbesluit van het Bundesverfasssungsgericht uit maart 1994: de Länder moeten afzien van strafvervolging als het gaat om kleine hoeveelheden cannabis voor persoonlijk gebruik (BVerfGE 90, 145). 14 Länder hebben 'geringe hoeveelheid' vastgesteld op 6 gram. Afdoening met sepot.	Ja. Cannabisbesluit van het Bundesverfasssungsgericht uit maart 1994. In de praktijk worden de uitzonderingen zoals genoemd in BtMG § 29+ § 31a bijna alleen toegepast bij cannabis.	Bezit van kleine hoeveelheid drugs is een misdrijf,maar wordt niet vervolgd indien: 1. geen schade voor derde persoon; 2. geen minderjarigen bij betrokken; 3. drugs voor persoonlijk gebruik; 4. als het gaat om 'geringe hoeveelheid'.
FR	Gebruik van alle drugs strafbaar: boete of gevangenisstraf tot één jaar; bezit tot 10 jaar.	Code de la santé publique Art.L.3421-1; Penal Code Art. 222-37; Min. van Justitie: Circulaire van 8 April 2005 Loi pour la prévention de la délinquance (2007)	Meestal wordt een waarschuwing of een verwijzing naar een ambulant hulpverleningsprogramma c.q. cursus (injonction thérapeutique) opgelegd bij eerste gebruik van cannabis (duur van 6 maanden; kan 3 maal verlengd worden). Regelmatige gebruikers worden verwezen naar intramurale instellingen.	Nee. Officieel geen onderscheid tussen cannabis en andere illegale drugs.	Volgens circulaire van 2005 wordt bezit voor persoonlijk gebruik gestraft als gebruik.
UK	Maximumstraf voor cannabisovertreding: max. 14 jaar. Politie geeft eerst Cannabis Warning. Rechters kunnen opleggen: boete, voorwaardelijke straf of dienstverlening. Misuse of Drugs Act (1971) Drugs Act 2005.	ACPO Guidance on Cannabis Possession for Personal Use (2009).	Bezit voor persoonlijk gebruik a. 18+: Cannabis Warning → Penalty Notice for Disorder (PND) →arrestatie. b. < 18 jaar: óf reprimande óf final warning óf vervolging. Arrestatie niet meer nodig.	Ja. De Misuse of Drugs Act kent drie klassen drugs. Cannabis is Klasse B-drug. Er is een specifieke Cannabis Guidance voor de politie.	In januari 2009 is cannabis geherclassificeerd tot een Klasse B-drug. Politie kijkt of cannabis voor eigen gebruik is; geen hoeveelheid vastgelegd.
ZW	Zoals voor andere drugs, geldt voor cannabisovertredingen, zoals gebruik, een maximumstraf van 3 jaar. Een 'kleine' overtredeing, max. 6 maanden of boete	Narcotic Drugs Punishments Act (1968).	Gebruikers kregen meestal een boete.	Nee. Geen onderscheid.	Waarschijnlijk wordt cannabis voor eigen gebruik als een 'kleine' overtreding gezien.

Referenties

1. T.K.11742-8.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1974-1975 publicatienummer 11742 nr. 8 (1975). *Achtergronden en risico's van druggebruik: Memorie van antwoord.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
2. T.K.24077-3.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1994-1995 publicatienummer 24077 nr.3 (1995). *Drugbeleid; Nota 'Het Nederlandse drugbeleid: continuïteit en verandering'.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
3. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (1999). *Drugbeleid. Voortgangsrapportage september 1997 – september 1999*. Den Haag: Ministerie van VWS.
4. Boekhout van Solinge, T. (2000). *De besluitvorming rond drugs in de Europese Unie.* Amsterdam: CEDRO.
5. Council of the European Union (2004). *European Union Drugs Strategy (2005-2012)*. Brussel: Council of the European Union.
6. Fijnaut, C., De Ruyver, B. (2008). *Voor een gezamenlijke beheersing van de drugsgerelateerde criminaliteit in de Euregio Maas-Rijn: een rapport voor het Bestuur van de Euregio.* Maastricht: Euregio Maas-Rijn.
7. T.K.19326-12.Tweede kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1988-1989 publicatienummer 19326 nr. 12 (1989). *Akkoord tussen de Regeringen van de Benelux, de Bondsrepubliek Duitsland en Frankrijk betreffende geleidelijke afschaffing van grenscontroles, Schengen, 14 juni 1985*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
8. T.K.24077-39.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1996-1997 publicatienummer 24077 nr. 39 (1996). *Drugbeleid; Brief minister bij Voortgangsrapportage Drugbeleid.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
9. T.K.24077-71.Tweede Kamer der Staten Generaal vergaderjaar 1999-2000 publicatienummer 24077 nr. 71 (1999). *Drugbeleid; Brief minister met de Voortgangsrapportage Drugbeleid 1999*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
10. Blom, T. (2006). Coffeeshops, gedoogbeleid en Europa. *Justitiële Verkenningen*, 32(1): 146-156.
11. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2002). *Voortgangsrapportage drugbeleid, 2001-2002.* Den Haag: Ministerie van VWS.
12. Council of the European Union (2003). *Aanbeveling van de Raad betreffende de preventie en beperking van gezondheisschade die samenhangt met drugsverslaving.* Brussel: European Communities.
13. Verster, A., Buning, E. (2003). *Info for policy makers on the effectiveness of substitution treatment for opiate dependence.* Amsterdam: Euro-Methwork.
14. Verster, A., Buning, E. (2000). *Methadone Guidelines.* Amsterdam: Euro-Methwork.
15. Trautmann, F., Barendregt, C. (1994). *The European Peer Support Manual – peer support as a method for aids prevention in idu communities.* Utrecht: Trimbos-instituut.
16. Kools, J. (2004). *Determine and strengthen existing control strategies to reduce drug demand and drug related harm.* Amsterdam: Mainline.
17. Engelhardt, J. (2005). *Living with the daily dose: comparing national policies and practices to improve access and adherence of hiv-infected drug users to antiviral treatment.* Amsterdam: Mainline.
18. Trautmann, F., Rode, N., Van Gageldonk, A., Van der Gouwe, D., Croes, E., Zidar, R., Stöver, H., Gašparic, M. (2007). *Evaluation of substitution maintenance treatment in Slovenia: assessing quality and efficiency*. Utrecht: Trimbos-instituut.
19. Europol (2004). *Annual Report 2003.* The Hague: Europol.
20. United Nations Office On Drugs and Crime (UNODC) (2004). *Guidelines for psychosocially assisted pharmacological treatment of persons dependent on opioids (E/Res/2004/40)*. Vienna: UNODC.
21. T.K.17867-7.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1983-1984 publicatienummer 17867 nr. 7 (1983). *Drugbeleid*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
22. International Narcotics Control Board. (1992). Report of the International Narcotics Control Board for 1992. New York: United Nations.
23. International Narcotics Control Board. (1994). *Report of the International Narcotics Control Board for 1993*. New York: United Nations.
24. International Narcotics Control Board (INCB) (2001). *Report of the International Narcotics Control Board for 2000*. New York: United Nations.
25. International Narcotics Control Board (2005). *Report of the International Narcotics Control Board for 2004*. New York: United Nations.
26. United Nations International Narcotics Control Board (INCB) (2002). *Flexibility of treaty provisions as regards harm reduction approaches (Decision 74/10).* Vienna: INCB.
27. International Narcotics Control Board (INCB) (1999). *Report of the International Narcotics Control Board for 1998.* New York: United Nations.
28. United Nations Office On Drugs and Crime (UNODC) (2006). *Collection and use of complementary drug-related data and expertise to support the global assessment by Member States of the implementation of the declarations and measures adopted by the General Assembly at its twentieth special session (Resolution 49/1).* Vienna: UNODC.

29. Van Daele, D., Spapens, T., Fijnaut, C. (2008). *De strafrechtelijke rechtshulpverlening van België, Duitsland en Frankrijk aan Nederland.* Antwerpen: Intersentia.
30. T.K.Aanhangsel/526: Tweede Kamer der Staten-Generaal, v.v.A.v.d.H.nr.5. (2005). *Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
31. Neve, R.J.M., Van Ooyen-Houben, M.M.J., Snippe, J., Bieleman, B. (2007). *Samenspannen tegen XTC: eindevaluatie van de XTC-Nota.* Den Haag: WODC/Intraval.
32. T.K.23760-20.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2004-2005 publicatienummer 23760 nr. 20 (2007). *Beleid inzake XTC: brief minister ter aanbieding notitie 'Voortzetting aanpak synthetische drugs vanaf 2007'.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
33. T.K.23760-16.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2002-2003 publicatenummer 23760 nr. 16 (2003). *Beleid inzake XTC: brief minister bij de nota 'Samenspannen tegen XTC'*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
34. T.K.23760-14.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2000-2001 publicatienummer 23760 nr. 14 (2001). Beleid inzake XTC: brief minister bij de nota 'Samenspannen tegen XTC'. Den Haag: Sdu Uitgevers.
35. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2008). *Annual report 2008: the state of the drugs problem in Europe.* Lisbon: EMCDDA.
36. T.K.28192-8.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2001-2002 publicatienummer 28192 nr. 8 (2002). *Drugssmokkel Schiphol; Brief minister met de eerste voortgangsrapportage over de implementatie van het Plan van aanpak drugssmokkel Schiphol.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
37. T.K.28192-41.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2004-2005 publicatienummer 28192 nr. 41 (2006). *Drugssmokkel Schiphol; Brief minister met de zevende voortgangsrapportage drugssmokkel Schiphol*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
38. T.K.28192-36.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2004-2005 publicatienummer 28192 nr.36 (2004). *Drugssmokkel Schiphol: brief minister met de zesde voortgangsrapportage drugssmokkel Schiphol*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
39. T.K.28192-23.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2003-2004 publicatienummer 28192 nr. 23 (2003). *Drugssmokkel Schiphol: brief minister met de vijfde voortgangsrapportage drugssmokkel Schiphol.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
40. T.K.28192-1.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2001-2002 publicatienummer 28192 nr. 1 (2001). *Drugssmokkel Schiphol: brief minister bij het plan van aanpak drugssmokkel Schiphol.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
41. T.K.28192-12.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2001-2002 publicatienummer 28192 nr. 12 (2002). *Drugssmokkel Schiphol; Brief minister bij aanbieding tweede voortgangsrapportage implementatie van het Plan van aanpak drugssmokkel Schiphol.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
42. T.K.28192-13.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2001-2002 publicatienummer 28192 nr. 13 (2002). *Drugssmokkel Schiphol; Brief minister bij aanbieding derde voortgangsrapportage implementatie van het Plan van aanpak drugssmokkel Schiphol*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
43. T.K.30391 IV-2.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2005-2006 publicatienummer 30391 IV nr.2 (2005). *Wijziging begroting Koninkrijksrelaties (IV) 2005 (samenhangende met de Najaarsnota); Memorie van toelichting*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
44. Council of the European Union (2005). *European Union Drugs Action Plan (2005-2008).* Brussel: European Communiteis.
45. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2008). *2008 Annual report: the state of the drugs problem in Europe.* Lisbon: EMCDDA.
46. Trautmann, F. (1994). Drogenhilfe und Drogenpolitik in den Niederlanden: Eine Frage des Menschenbildes. In: R. Reindl, W. Nickolai (red.). *Drogen und Strafjustiz,* p. 101-114. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
47. Herwig-Lempp, J., Schuller, K., Stöver, H., Trautmann, F. (1993). Entkriminalisierte Zonen: Frei-Räume für Drogenkonsumenten. In: K. Böllert, H.-U. Otto (red.). *Umgang mit Drogen: Sozialpädagogische Handlungs- und Interventionsstrategien,* p. 76-96. Bielefeld: KT-Verlag.
48. Trautmann, F. (1991). Niedrigschwellige Methadonvergabe in den Niederlanden: Drogenarbeit, Drogenproblem und Normalisierung. In: K. Schüller, H. Stöver (red.). *Akzeptierende Drogenarbeit. Ein Gegenentwurf zur traditionellen Drogenhilfe,* p. 150-160. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
49. Van der Gouwe, D., Gallà, M., Van Gageldonk, A., Croes, E., Engelhardt, J., Van Laar, M., Buster, M. (2006). *Prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence. An inventory of policies, evidence and practices in the EU relevant to the implementation of the Council Recommendation of 18 June 2003. Synthesis report.* Utrecht: Trimbos Institute.
50. Costa, A. (2008). *Making drug control 'fit for purpose': building on the UNGASS decade: Report by the Executive Director of the United Nations Office on Drugs and Crime as a contribution to the review of the twentieth special session of the General Assembly.* Vienna: UNODC.

51. Reuter, P., Trautmann, F. (2009). *A report on global illicit drugs markets 1998-2007: full report.* Brussel: European Communities.
52. Institute of Medicine (2006). *Preventing hiv Infection among Injecting Drug Users in High Risk Countries: An Assessment of the Evidence.* Washington: National Academy Press.
53. T.K.24077-58.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1997-1998 publicatienummer 24077 nr. 58 (1997). *Drugbeleid; Brief minister met notities over crack/gekookte coke en de Nationale Drugmonitor.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
54. T.K.24077-75.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1999-2000 publicatienummer 24077 nr. 75 (2000). *Drugbeleid; Brief minister bij de notitie 'Het pad naar de achterdeur', over de aanvoer van softdrugs naar coffeeshops.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
55. T.K.24077-83.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1999-2000 publicatienummer 24077 nr. 83 (2000). *Drugbeleid; Brief minister met een reactie op de motie-Apostolou c.s. over gecontroleerde productie en levering van nederwiet.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
56. Inspectie voor de Politie (2001). *Evaluatie van het Akkoord betreffende samenwerking op het gebied van politie en veiligheid tussen de regering van de republiek Frankrijk en de regering van Nederland.* Den Haag: Ministerie van BZK.
57. Room, R., Fischer, B., Hall, W., Lenton, S., Reuter, P. (2008). *Cannabis policy: moving beyond stalemate*. The Beckley Foundation: Oxford.
58. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2008). *A cannabis reader: global issues and local experiences: perspectives on cannabis controversies, treatment and regulation in Europe [volume I].* Lisbon: EMCDDA.

13 Onderzoek en monitoring

André van Gageldonk, Esther Croes, Hendrien Kaal, Marianne van Ooyen, Margriet van Laar

Monitoring

- Inzicht in de ontwikkelingen in de aard en omvang van drugsgebruik is nodig om adequaat te reageren op nieuwe trends en het drugsbeleid op feiten te kunnen baseren (§ 13.3).
- Diverse monitors in Nederland houden zich bezig met zowel chemische als criminele aspecten van de gebruikersmarkt en de markt aan de aanbodszijde (§ 13.6.1, § 13.6.3 en § 13.6.4).
- Integratie van monitorgegevens vindt sinds 1999 plaats via de Nationale Drug Monitor (§ 13.6.1)
- Hoewel Nederland veel monitors en registratiesystemen kent, blijven er belangrijke lacunes bestaan (§ 13.8.1).

Onderzoek

- Het beleid beoogt om door onderzoek de kwaliteit van de verslavingszorg te verhogen. Deze doelstelling is gehaald (dit hoofdstuk).
- De Nederlandse overheid heeft door het instellen van drie programma's (Resultaten Scoren, Verslaving en Risicogedrag en afhankelijkheid) een succesvolle aanzet gegeven tot kwaliteitsverbetering in de verslavingszorg (§ 13.6.2).
- De verslavingszorg werkt meer evidence-based dan tien jaar geleden (§ 13.6.2).
- De opties voor een effectief preventie- en behandelaanbod zijn uitgebreid dankzij door de overheid gefinancierd onderzoek (§ 13.6.2, § 13.6.4 en § 13.7).
- Hoewel er veel onderzoek is verricht en er protocollen en richtlijnen zijn ontwikkeld, is de brede implementatie hiervan nog een punt van zorg (§ 13.6.2).
- Er is een toename van evaluatieonderzoek naar gedrags- en beleidsinterventies op justitieel terrein (§ 13.9).

Ecstasy en cannabis

- Er is fors geïnvesteerd in onderzoek en monitoringactiviteiten op het terrein van ecstasy en cannabis; de kennis is toegenomen, maar vragen omtrent de risico's zijn nog deels onbeantwoord (§ 13.6.3 en § 13.6.4).
- De extra handhavingsinspanningen richting ecstasy (*Samenspannen tegen XTC*) zijn geëvalueerd. Het gemeentelijk beleid en de ontwikkeling in het aantal coffeeshops zijn systematisch gemonitord. Ook is enkele malen onderzoek verricht naar de handhaving en naleving van de regels voor coffeeshops (§ 13.9.3.2 en § 13.9.3.3).

Organisatie

- Het ministerie van VWS investeert op twee niveaus in onafhankelijk onderzoek op het terrein van verslaving en de verslavingszorg: via meerjarige onderzoeksprogramma's ingesteld bij ZonMw en het programma Resultaten Scoren, en door rechtstreeks onderzoeksgelden ter beschikking te stellen voor extern onderzoek (§ 13.8.2).
- Het ministerie van Justitie beschikt over een eigen Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC), dat zowel intern onderzoek uitvoert als extern onderzoek uitbesteedt op het terrein van coffeeshops, drugswetcriminaliteit en criminaliteit gepleegd door drugsgebruikers. Uitbesteed onderzoek wordt vanuit het WODC begeleid (§ 13.9)
- De ministeries van Justitie en VWS hebben inmiddels allebei een Erkenningscommissie voor effectieve interventies; VWS op het veel bredere gebied van preventieve interventies voor de jeugd (dat hier niet aan de orde is) en Justitie voor gedragsinterventies in verband met vermindering of preventie van recidive. Beide Erkenningscommissies werken op basis van een systematische beoordelings- en certificatieprocedure voor interventies die bewezen effectief zijn (§ 13.9.3).

13.1 Inleiding

Het Nederlandse drugsbeleid met zijn gedoogbeleid en nadruk op harm reduction heeft in de loop der jaren regelmatig onder (internationaal) vuur gelegen. Het is daarom voor Nederland van groot belang dat er betrouwbare gegevens beschikbaar zijn over de aard en de omvang van het drugsgebruik, de effecten ervan voor individu en

samenleving (zowel op gezondheidsvlak als op justitieel terrein), de ontwikkelingen in het aanbod en gebruik van drugs en de ontwikkelingen in de kwaliteit van preventie, behandeling en zorg.

Tegenvallende resultaten van sommige vormen van behandeling en het ontstaan van nieuwe groepen drugsgebruikers maken wetenschappelijk onderzoek naar nieuwe preventie- en behandelstrategieën noodzakelijk. Daarnaast betekent de voorlopersrol (het op onderdelen van het buitenland afwijkende drugsbeleid) dat verschillende interventies bij ons eerder dan in andere landen werden geïntroduceerd en dat onderzoek naar de werkzaamheid van dergelijke interventies logischerwijs in ons land moet plaatsvinden. Er zijn echter ook andere redenen om het onderzoek op het gebied van drugs in Nederland te stimuleren. De context waarin drugsgebruik, preventie, behandeling en justitiële interventies plaatsvinden, verschilt per land. En de resultaten van onderzoek naar de effectiviteit van dergelijke interventies zijn in sterke mate afhankelijk van het kader waarin interventies plaatsvinden. Dit impliceert dat onderzoek naar de werkzaamheid van bepaalde behandelstrategieën of preventieve interventies dat in andere landen is uitgevoerd, in Nederland gerepliceerd moet worden om de effecten in de Nederlandse situatie vast te kunnen stellen.

Afbakening. In Nederland wordt op het terrein van drugs veel onderzoek verricht en zijn er tal van monitors. De aanzet hiertoe wordt gegeven vanuit diverse financieringshoeken (door verschillende ministeries, door gemeenten en andere bronnen). Dit hoofdstuk focust op onderzoek en monitoringactiviteiten die zijn aangekondigd of ingezet vanuit het nationale drugsbeleid. Deze focus verklaart dat er een eenzijdig en zeker niet compleet beeld wordt geschetst van het totale Nederlandse onderzoeks- en monitoringsveld op het gebied van illegale middelen. De veelheid aan lokale activiteiten blijft in dit overzicht bijvoorbeeld grotendeels uit beeld.

13.1.1 Doel en opzet hoofdstuk

Dit hoofdstuk beschrijft de onderzoeks- en monitoringactiviteiten die in het kader van het nationale drugsbeleid (en de uitvoering daarvan) werden uitgevoerd. Het hoofdstuk is opgesplitst in twee min of meer losstaande onderdelen. De paragrafen 13.2 tot en met 13.8 behandelen de onderzoeks- en monitoringsactiviteiten die voornamelijk door het ministerie van VWS zijn geïnitieerd en vooral zijn gericht op gezondheidsaspecten. Paragraaf 13.9 richt zich op het onderzoek dat primair op dit terrein is uitgezet door Justitie/WODC. De activiteiten houden deels verband met elkaar zodat deze scheiding niet volledig is. In de paragrafen 13.2 tot en met 13.8 staan achtereenvolgens de beleidsdoelstellingen op het terrein van onderzoek en monitoring, de daarop gebaseerde beoogde aanpak, de activiteiten die daadwerkelijk werden geïnitieerd en de uitkomsten die deze inspanningen opleverden. Ter aanvulling, en voor zover nog niet aan bod gekomen, wordt een specifieke vraag van de opdrachtgevers van deze evaluatie beantwoord. Deze vraag gaat over de kwantiteit en kwaliteit van onderzoek- en monitoringactiviteiten in Nederland in de afgelopen jaren. Paragraaf 13.9 begint met een beschrijving van algemeen justitieel onderzoek waarin een breed scala aan drugsgerelateerde onderwerpen wordt behandeld, en bespreekt daarna het onderzoek naar achtereenvolgens coffeeshops, drugswetcriminaliteit en georganiseerde criminaliteit en onderzoek op het terrein van delinquente drugsgebruikers. Aan het eind van het hoofdstuk staan de conclusies.

13.1.2 Gegevensbronnen

De belangrijkste beleidsdocumenten die worden gebruikt in deel 1 zijn de Nota Beleid inzake XTC (1993-1994), Drugsnota 1995, de nota *Samenspannen tegen XTC* (2001) de Voortgangsrapportage drugsbeleid 1997, en de cannabisbrief 2004.[1-5] Aan de hand van de uit deze documenten voortkomende lijst met voorgenomen onderzoeks- of monitoringactiviteiten, werden publicaties gezocht die een beschrijving geven van de opzet en resultaten hiervan. De belangrijkste programma's en activiteiten die in dit overzicht worden genoemd zijn Resultaten Scoren, de ZonMw-programma's voor verslavingsonderzoek en enkele nationale monitors, zoals de Nationale Drug Monitor, het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) en het Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs (CAM). Ook is gebruik gemaakt van een overzicht van monitoringprojecten in Nederland op het terrein van alcohol en drugs in opdracht van ZonMw. De gegevensbron die voor § 13.9 is gebruikt, is de geautomatiseerde onderzoeksdatabase van het WODC (zie www.wodc.nl), waarin alle in opdracht van Justitie uitgevoerde onderzoeken te vinden zijn.

13.2 Het probleem en de context

Beleidsmakers moeten kunnen beschikken over objectieve informatie om het drugsbeleid te kunnen ontwikkelen en bijstellen. In de jaren negentig werden beleidsmakers in binnen- en buitenland echter gehinderd door een

gebrek aan betrouwbare, representatieve en vergelijkbare cijfers. In 1994 werd daarom in Lissabon het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) gevestigd, een agentschap van de Europese Unie. Het EMCDDA poogt via harmonisatie van dataverzameling tot een beter inzicht te komen in de omvang van en de trends in de Europese drugsproblematiek. Nederland heeft zich verbonden aan de afspraak om ten minste op vijf zogeheten kernindicatoren jaarlijks geactualiseerde gegevens te verschaffen (zie hoofdstuk 5). Deze indicatoren gelden als een graadmeter voor het beleid en omvatten middelengebruik onder de algemene bevolking, problematisch gebruik, hulpvraag vanwege drugsgebruik, drugsgerelateerde infectieziekten en sterfte in relatie tot drugsgebruik. Ons land is bovendien gebonden aan jaarlijkse rapportages over andere onderwerpen; onder andere over preventie van drugsgebruik en behandeling van problemen met drugs. Het ministerie van VWS is het officiële 'Focal Point' voor het EMCDDA in Nederland. De uitvoering van het Focal Point-werk werd gedelegeerd naar het (huidige) Trimbos-instituut (het operationele Focal Point). Dit operationele Focal Point is samengevoegd met de Nationale Drug Monitor. Ook andere internationale instituten, onder andere van de VN en de Raad van Europa (de Pompidou-groep) richtten zich toenemend op onderzoek naar de aard en de omvang van het drugsprobleem (zie hoofdstuk 12). In 1997 besloot de Europese Raad dat de lidstaten verplicht zijn deel te nemen aan het Early Warning Systeem, dat tot doel heeft om in een vroeg stadium nieuwe synthetische drugs te signaleren die niet verboden zijn, maar wel een ernstige bedreiging vormen voor de volksgezondheid en een beperkte therapeutische waarde hebben. Dit had tot gevolg dat in 1999 het Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs werd ingesteld (CAM).

Om de Nederlandse lacunes op het gebied van cijfers over de omvang van het drugsgebruik en de daaruit voortvloeiende problemen te vullen, heeft de Drugsnota 1995 benadrukt dat er prioriteit gegeven zal worden aan het verbeteren van monitoring. Onder monitoring wordt verstaan 'een samenstel van regelmatig gehouden meet- en registratieactiviteiten gericht op het verkrijgen van inzicht in voor het drugbeleid relevante aspecten, en het bewaken van trendmatige ontwikkelingen'.[6] In de Drugsnota 1995 werd aangekondigd dat er toenemende aandacht zou komen voor monitoring en evaluatie ten bate van de kwaliteitsborging. Hoewel Nederland in die jaren al een relatief groot aantal bestaande monitoringactiviteiten kende op het terrein van drugs, werd de samenhang tussen de activiteiten niet als optimaal beschouwd. Bovendien was het totaalbeeld dat met deze activiteiten werd geschetst onvolledig en rees de vraag of de beschikbare middelen niet doelmatiger ingezet konden worden.

In de Drugsnota 1995 werd ook opgemerkt dat de effectiviteit van zowel intramurale als ambulante zorg tot dan toe onvoldoende was onderzocht. Complicerende factor is dat drugsgebruik niet een stabiel fenomeen is, maar onderhevig is aan vele veranderingen, zoals in voorgaande hoofdstukken naar voren kwam. Als reactie op de veranderende problemen moet het preventie- en behandelaanbod van tijd tot tijd worden vernieuwd. Een belangrijke vraag in de jaren negentig betrof de schadelijkheid van ecstasy. Daarnaast deed binnen de verslavingszorg het evidence-based werken zijn intrede. Ook voor beleidsontwikkeling is inzicht in de effectiviteit van intramurale en ambulante voorzieningen van groot belang. In de jaren volgend op de Drugsnota 1995 heeft VWS een wetenschappelijk verantwoorde vernieuwing van behandeling van verslaafden gestimuleerd door het financieren van diverse onderzoeken en onderzoeksprogramma's.

Begin jaren negentig groeide met de opkomst van ecstasy de behoefte aan wetenschappelijke informatie omtrent gebruikersgroepen en acute en chronische risico's verbonden aan het gebruik van dit middel, hetgeen resulteerde in een onderzoeksprogramma op dit terrein[7] en specifiek onderzoek naar de mogelijke neurotoxiciteit van ecstasy. Ook in latere jaren (nota *Samenspannen tegen XTC* uit 2001 en de nota *Voortzetting aanpak synthetische drugs* uit 2007) was er aandacht voor onderzoek naar de (volks)gezondheidsaspecten van het gebruik van ecstasy en andere synthetische drugs.[3;8] Voorts waren de stijging van het THC-gehalte in nederwiet begin deze eeuw, de toenemende hulpvraag vanwege cannabis en een groeiend aantal wetenschappelijke publicaties over de psychische effecten van cannabisgebruik, aanleiding voor nader onderzoek, zoals geformuleerd in de Beleidsbrief Cannabis (cannabisbrief) van 2004.[5] Ten slotte werd er in de Drugsnota 1995 prioriteit gegeven aan een betere aansluiting van de intramurale en ambulante zorg op het verblijf in penitentiaire inrichtingen (dwang en drang).

Er zijn voor het verwezenlijken van de hierboven beschreven vernieuwingen onderzoeks- en monitoringtrajecten uitgezet, zowel door directe financiering vanuit VWS en Justitie/WODC als door het financieren door VWS van onderzoeksprogramma's gericht op verslaving bij ZonMw. Dit hoofdstuk beschrijft deze ontwikkelingen gedetailleerder.

Tabel 13.1: Beleidsvoornemens met betrekking tot onderzoek en monitoring

Context:
- Het Nederlandse drugsbeleid met zijn gedoogbeleid en nadruk op harm reduction ligt regelmatig onder (internationaal) vuur.
- Ontstaan van nieuwe groepen drugsgebruikers en nieuwe problemen.
- Snel toenemende populariteit van partydrugs zoals ecstasy.
- Stijging van het THC-gehalte en toename hulpvraag onder cannabisgebruikers.
- Tegenvallende resultaten van sommige vormen van behandeling

+

Basisprincipes/uitgangspunten:
- Er zijn betrouwbare gegevens nodig om het drugsbeleid op te baseren en de effecten ervan te volgen.
- Inzicht in de ontwikkelingen in de aard en omvang van drugsgebruik zijn nodig om adequaat te reageren op nieuwe trends,
- Inzicht in ernst en omvang van de effecten van drugsgebruik voor individu en samenleving
- Het aanbod van preventieve en curatieve voorzieningen dient van tijd tot tijd te worden vernieuwd in reactie op nieuw opkomende problemen en vragen.
- Kwalitatief goede zorg, behandeling en preventie zijn gebaseerd op wetenschappelijk bewijs (evidence-based).
- De overheid kan evidence-based werken en vernieuwing in de behandeling van verslaafden bevorderen.

↓

Beoogde aanpak:

Monitoring (algemeen):
- Betrouwbare en representatieve gegevens over drugsgebruik en de gevolgen daarvan in kaart brengen door initiatieven op het gebied van monitoring, o.a.:
  - integratie en afstemming door instelling van een Nationale Drug Monitor (NDM);
  - instelling Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs (CAM);
  - uitvoeren van periodiek gebruikersonderzoek.

Onderzoek verslaving(szorg) (algemeen):
- Een verandering naar meer evidence-based werken, te realiseren door:
  - het ontwikkelen van richtlijnen en protocollen;
  - het financieren van onderzoek; direct, maar ook indirect door het mede-financieren van het programma Verslaving van ZonMw en Resultaten Scoren.

Gericht op uitgaansdrugs (ecstasy):
- Het genereren van een overzicht van (en inzicht in) de medische, farmacologische en neurotoxische werking van ecstasy.
- Het ontwikkelen van registratiesystemen voor ecstasy-incidenten.
- Voortzetting en verbetering van de monitoring van de markten van (synthetische) drugs.
- Intensivering van de monitoring van de gebruikersmarkt.

Gericht op cannabis:
- Via onderzoek en monitoring meer beleidsrelevante kennis van:
  - ontwikkelingen in THC-gehalte en in risico's van cannabis met een hoog THC-gehalte;
  - kenmerken van cliënten met problematisch cannabisgebruik in de ambulante verslavingszorg;
  - de effectiviteit van behandelingen voor jongeren met drugsproblemen, i.h.b. jongeren met cannabisafhankelijkheid;
  - de aard, de omvang en het verloop van problematisch gebruik, acute gezondheidsschade en het mogelijke verband tussen cannabisgebruik en psychische stoornissen.

Gericht op coffeeshops:
- Evaluatie van het coffeeshopbeleid.
- Doorlichting van de cannabisbranche.

Overig:
- Evaluatie nota *Samenspannen tegen XTC*.

↓

Beoogde uitkomsten:
- Het beleid maakt gebruik van de monitoring en onderzoeksgegevens.
- De kennis over ecstasy en cannabis wordt benut ten behoeve van preventieve interventies.
- Er wordt meer evidence-based gewerkt in de verslavingszorg.
- Behandelaanbod voor problematisch cannabisgebruik is verbeterd.

Bronnen: Nota *Beleid inzake XTC*, 1994[1]; Drugsnota 1995[2], Voortgangsrapportages drugsbeleid 1997, 1999[4;9;] Nota *Samenspannen tegen XTC* 2001[3], Beleidsbrief Cannabis, 2004[5]; Nota *Voortzetting aanpak synthetische drugs* 2007[8].

13.3 Wat zijn de uitgangspunten?

De volgende algemene uitgangspunten voor het beleid ten aanzien van onderzoek en monitoring zijn in de Drugsnota 1995 geformuleerd:
- Inzicht in de ontwikkelingen in de aard en omvang van drugsgebruik is nodig om adequaat te reageren op nieuwe trends en het drugsbeleid op feiten te kunnen baseren.
- Het aanbod van preventieve en curatieve voorzieningen dient permanent te worden vernieuwd in reactie op nieuwe problemen en vragen.
- Kwalitatief goede zorg, behandeling en preventie zijn gebaseerd op wetenschappelijk bewijs (evidence-based). De overheid kan evidence-based werken en vernieuwing in de behandeling van verslaafden bevorderen. Bij het ontbreken van voldoende evaluatiemateriaal is het onzeker wat de specifieke resultaten van de verschillende inspanningen zijn.

13.4 Wat zijn de doelstellingen en beoogde uitkomsten?

Voor onderzoek, monitoring en registratie op het terrein van drugs werden op verschillende momenten (specifieke) doelstellingen geformuleerd. Ten eerste in de Drugsnota 1995 en een jaar eerder in de nota *Beleid inzake XTC* (1993-1994) voor een aanpak van de nieuwe partydrug ecstasy, een paar jaar later in de Voortgangsrapportage drugsbeleid 1997 (m.b.t. NDM) en de nota *Samenspannen tegen XTC* (2001), in 2004 in de cannabisbrief (Actieplan ontmoediging cannabis) en in 2007 in de nota *Voortzetting aanpak synthetische drugs*. De doelstellingen betreffen soms de organisatie en kwaliteit van het onderzoek en zijn soms specifiek gericht op het genereren van kennis omtrent specifieke aspecten van drugs, met name cannabis en ecstasy.

Het uiteindelijke doel van de onderzoeks- en monitoringactiviteiten die door het beleid zijn voorgesteld, is om de discussies over de effecten van het Nederlandse drugsbeleid zowel op nationaal als op internationaal niveau meer dan voorheen op grond van wetenschappelijk geconstateerde feiten te kunnen voeren. Meer specifiek zijn de volgende doelstellingen geformuleerd:

I. Via monitoring van de omvang van het drugsgebruik en de gevolgen daarvan de vinger aan de pols houden van de drugsproblematiek, zodat het beleid adequaat op die problematiek kan reageren. Bovendien wordt beoogd een betere samenhang tussen de bestaande monitoringactiviteiten te realiseren en een totaalbeeld dan wel integratie te creëren van de gegevens die zij opleveren.[4] Het verzamelen van betrouwbare gegevens over de resultaten van het Nederlandse drugsbeleid, inclusief de vergelijking met cijfers uit andere landen, wordt ook gezien als een belangrijk instrument om de uitgangspunten van het Nederlandse beleid te kunnen verdedigen. Deze doelstelling wordt in hoofdstuk 12 verder uitgewerkt.

II. Een belangrijke doelstelling voor onderzoek is in de Drugsnota 1995 het streven naar verhoging van de kwaliteit van de verslavingszorg. Deze kwaliteitsverbetering vereist een bevordering van evidence-based werken en vernieuwing. Dat kan volgens de nota worden gestimuleerd door:
- de ontwikkeling van richtlijnen en protocollen;
- wetenschappelijk onderzoek naar een verantwoorde vernieuwing van preventie en behandeling van verslaafden.

III. De doelstelling van het ecstasybeleid op het gebied van onderzoek en monitoring was om beter zicht te krijgen op de bestaande wetenschappelijke kennis over de biologische effecten van ecstasy, alsmede over het gebruik en de problemen rond de consumptie van ecstasy in Nederland. Als uitvloeisel van de beleidsnotitie XTC uit 1994[1] werd een landelijke werkgroep ecstasy beleid opgericht, waaronder drie specifieke werkgroepen resideerden. Eén ervan was de werkgroep onderzoek, registratie en monitoring, die de aanpak van deze doelstelling vorm gaf.[7] In de nota's Samenspannen tegen ecstasy 2001 en Voortzetting aanpak synthetische drugs 2007 wordt beoogd om via onderzoek en monitoring meer kennis te generen over de (synthetische) drugsmarkten en gebruikersgroepen 'teneinde te komen tot zo effectief mogelijke preventieve interventies'.

IV. Het Actieplan ontmoediging cannabis uit 2004 noemt de volgende aanvullende doelstellingen op het gebied van onderzoek en monitoring ten aanzien van cannabis:
- Het ten behoeve van de beleidsontwikkeling vermeerderen van kennis over en vergroten van inzicht in met name de aard, de omvang en het verloop van problematisch gebruik, de acute gezondheidsschade en de mogelijke relatie tussen cannabisgebruik en psychische stoornissen. Deze kennis zou (via preventieve interventies) moeten bijdragen aan het terugdringen van het problematische cannabisgebruik.
- Het verbeteren van de behandeling van cannabisafhankelijkheid.

13.5 Beoogde aanpak

Voornemens ten aanzien van monitoring
In de Drugsnota 1995 werd 'meer aandacht' beoogd voor onderzoek en monitoring, met als specifieke activiteiten het uitvoeren van periodiek gebruikersonderzoek en het monitoren van het THC-gehalte en van designerdrugs. In de Voortgangsrapportage drugsbeleid 1997 werd de instelling van de Nationale Drug Monitor aangekondigd. In de Voortgangsrapportage van 1999 werd voorts gemeld dat het Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs was ingesteld (CAM).

Voornemens ten aanzien van het verbeteren van de kwaliteit van de verslavingszorg
De Drugsnota 1995 beoogt de wetenschappelijk verantwoorde vernieuwing van behandeling van verslaafden vorm te geven door het stimuleren van activiteiten op de volgende terreinen:
1) Het ontwikkelen van richtlijnen en protocollen. Hiervoor wordt het meerjarige programma Resultaten Scoren opgezet.
2) Het financieren van onderzoek; direct, maar ook indirect door het mede-financieren van het programma Verslaving van ZonMw. Tevens zijn in het kader van zorgvernieuwing experimenten aangekondigd ter uitbreiding van het behandelaanbod voor chronisch heroïneverslaafden. Deze worden beschreven in hoofdstuk 8.

Voornemens op het terrein van het ecstasybeleid
Op dit terrein worden onderzoeken beoogd die tot doel hebben beter zicht te krijgen op zowel de gebruikersgroepen als de drugsmarkten, en op de risico's die samenhangen met het gebruik. De taak die aan de landelijke werkgroep ecstasybeleid in 1994 werd meegegeven, omvatte een aantal aspecten, namelijk het genereren van een overzicht van de medische en farmacologische werking van ecstasy, het ontwikkelen van een registratiesysteem voor incidenten op (house)party's en een onderzoek naar de registratie van klinische incidenten gerelateerd aan ecstasygebruik. Ook werd onderzoek nodig geacht naar de betrouwbaarheid en validiteit van het testen van ecstasypillen, en naar de vraag of het testen op party's het gebruik van ecstasy stimuleerde. Hiertoe werden verschillende studies uitgezet. Vanaf 2001 wordt ingezet op het verbeteren en intensiveren van de monitoring van de gebruikersmarkt en de stoffen die op de gebruikersmarkt als ecstasy worden aangeboden. Tevens wordt beoogd om een extra (financiële) impuls te geven aan onderzoek naar de neurotoxiciteit van ecstasy, dat reeds in het kader van het programma Verslaving van ZonMw was geïnitieerd. In 2007 werd voorgenomen een kwantitatief landelijk onderzoek uit te voeren naar middelengebruik in het uitgaansleven. Tot slot werd aangegeven dat de bestaande marktmonitor DIMS (zie § 13.6.3) versterkt moest worden om beter zicht te krijgen op de aard en omvang van gezondheidsincidenten door ecstasy en andere drugs ('drugsincidentenmonitor').

Voornemens op het terrein van het cannabisbeleid
In de Drugsnota 1995 werd voorgenomen om het THC-gehalte in cannabis te monitoren. In 2004 wordt onderzoek aangekondigd naar de risico's van cannabis met een hoog THC-gehalte. Ook wordt onderzoek beoogd naar de aard, omvang en verloop van problematisch cannabisgebruik (met name onder jongeren), de omvang van acute gezondheidsproblemen gerelateerd aan drugsgebruik en het mogelijke verband tussen cannabisgebruik en psychische stoornissen. Om het behandelaanbod voor probleemgebruikers van cannabis te verbeteren en uit te breiden kondigt de cannabisbrief aan dat er een profiel van kenmerken van cliënten met problematisch cannabisgebruik in de ambulante verslavingszorg zal worden opgesteld. Ook zal er een overzicht worden gemaakt van de effectiviteit van behandelingen voor problematisch cannabisgebruik. Tot slot wordt het voornemen geuit een pilotstudie uit te voeren naar de haalbaarheid van een studie (RCT) naar de effectiviteit van behandelingen van cannabisafhankelijkheid onder jongeren (in samenwerking met België, Frankrijk, Duitsland en Zwitserland). De nota heeft het verder over een evaluatie van het coffeeshopbeleid, die tevens betrekking zal hebben op de daadwerkelijke scheiding van de markten, de effecten van het gemeentelijke beleid met betrekking tot overlastbeperking en op de betrokkenheid van criminele organisaties bij (de toelevering aan) de shops.

13.6 Is de beoogde aanpak gerealiseerd?

13.6.1 Monitoring (en risicoschatting)

De Nationale Drug Monitor (NDM)
Er werd in 1997 definitief besloten tot de realisatie van een Nationale Drug Monitor Nederland.[4] De doelstelling van de NDM werd het 'verwerven van inzicht in een aantal essentiële aspecten van de drugsproblematiek, die zowel ieder afzonderlijk als in hun onderlinge samenhang een betrouwbaar en volledig beeld kunnen geven van de situatie in de praktijk, en die inzicht kunnen geven in trendmatige ontwikkelingen, de effecten van beleid, de randvoorwaarden en de te verwachten problemen'.[4] Daarbij werd aangetekend dat het begrip 'drugs' vooral betrekking had op de middelen die onder de Opiumwet vallen, maar ook andere middelen waaraan een stimulerende of bewustzijnsbeïnvloedende werking wordt toegeschreven, zoals ecodrugs of smartdrugs. Alcohol en tabak werden aanvankelijk niet tot de primaire aandachtsgebieden gerekend, maar dienden wel te worden meegenomen. De monitor was niet alleen van belang voor nationaal beleid, maar paste goed binnen internationale ontwikkelingen, met name in relatie tot het EMCDDA in Lissabon.

Tot de specifieke functies werden onder meer gerekend: het in kaart brengen van de informatiebehoefte van de verschillende actoren, het leveren van een permanent overzicht van de bronnen die in deze informatiebehoefte kunnen voorzien en het signaleren van lacunes. Samenwerking met de ministeries van Justitie en Buitenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties werd vanwege thema's op het terrein van drugsgerelateerde overlast en criminaliteit van belang geacht. De NDM werd in beginsel geacht zich te richten op onderwerpen die relevant zijn voor het landelijke beleid en primair in de informatiebehoefte van de rijksoverheid te voorzien.

De Nationale Drug Monitor (NDM) is in 1999 operationeel geworden. Sinds 2002 participeert ook het ministerie van Justitie in de NDM. Het ministerie van BZK is geen opdrachtgever. De uitvoering is ondergebracht bij het Trimbos-instituut, in nauwe samenwerking met het WODC. Jaarlijks verschijnt een Jaarbericht, een beschrijvend rapport waarin de meest recente ontwikkelingen in het gebruik en de gevolgen daarvan zijn samengevat voor cannabis, cocaïne, opiaten, ecstasy, amfetamine en verwante stoffen, alcohol en tabak. Ook is er een hoofdstuk over ontwikkelingen in de geregistreerde drugscriminaliteit. Het Jaarbericht dient ter informatie aan regering en parlement en andere (nationale, regionale en lokale) beleidsmakers. Daarnaast wordt het Jaarbericht onder meer gelezen door professionals uit de verslavingszorg, onderzoekers en het algemene publiek. Andere producten zijn de achtergrondstudies en (tot 2005) 'factsheets'. Deze zijn gericht op specifieke thema's (zoals de ziektelast door drugsgebruik en de effectiviteit van behandelingen) en worden op niet-reguliere basis uitgebracht. De NDM organiseert jaarlijks samen met het IVO en het AIAR het FADO (Forum voor Alcohol en Drugs Onderzoek), een Nederlands congres bedoeld om de informatie-uitwisseling tussen alle Nederlandse professionals te stimuleren; beleidsmatig, op onderzoeksgebied of in het veld. Ten slotte rapporteert de NDM (als Nederlandse Focal Point voor het EMCDDA) jaarlijks in het 'National Report' over de in § 13.2 genoemde kernindicatoren, en op verzoek aan Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) en de Verenigde Naties (United Nations Drug Control Programme, UNODC).

De kwaliteit van de NDM wordt bewaakt door een onafhankelijke Wetenschappelijke Raad. Deze beoordeelt de NDM-producten voordat ze worden gepubliceerd. Onder de Wetenschappelijke Raad vallen ook enkele werkgroepen, die zich richten op specifieke thema's, zoals sterfte door drugsgebruik en prevalentieschattingen van het aantal probleemgebruikers van drugs in Nederland.

Evaluatie van de NDM
In 2002 werd in opdracht van het ministerie van VWS geëvalueerd of de vorm en inhoud van het Jaarbericht in de informatiebehoefte van de doelgroep voorzien. De evaluatie bestond uit een schriftelijke enquête die werd gestuurd naar de ontvangers van het Jaarbericht, gevolgd door een evaluatiebijeenkomst. Er werd over het algemeen positief gereageerd op de inhoud en procedure van het Jaarbericht, doch er waren verschillende discussiepunten en aanbevelingen tot verbetering. De nadruk van het Jaarbericht moest blijven liggen op de informatievoorziening aan de leden van de Tweede Kamer en beleidsmakers, en niet aan het brede publiek. Maar het Jaarbericht werd geacht géén beleidsaanbevelingen of opinies te geven. Het diende zich te beperken tot het leveren van objectieve en betrouwbare cijfers. Daarnaast werden enkele inhoudelijke en procesmatige verbeteringen voorgesteld, onder meer gericht op de standaardisatie van cijfers en de opbouw van hoofdstukken. De meeste van deze aanbevelingen zijn overgenomen en worden nu standaard in het NDM Jaarbericht verwerkt.

Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs (CAM)
Op verzoek van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport werd in 1999 bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg een Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs (CAM) opgericht. Sinds 2006 is het CAM ondergebracht bij het RIVM. Doelstelling is om op de Nederlandse markt verschenen nieuwe drugs (van plantaardige of synthetische oorsprong), nieuwe combinaties of nieuwe toepassingen van bekende middelen, zo snel mogelijk aan een multidisciplinaire risicoschatting te onderwerpen, indien daartoe wordt besloten. In geval van nieuwe psychoactieve stoffen wordt hiervan via het Focal Point melding gemaakt aan het EMCDDA in Lissabon, in het kader van het Europese Early Warning Systeem (EWS). Het CAM beschikt over een risicoschattingscommissie waarin diverse deskundigen op het gebied van drugs en drugsgebruik zijn vertegenwoordigd. Een risicoschatting verloopt via vaste procedures en criteria. Daarin worden aspecten van volksgezondheid, openbare orde en veiligheid meegewogen.

De risicoschatting zelf vindt plaats volgens de mondelinge en niet-anonieme Delphi-methode. De commissieleden voeren eerst een individuele risicoschatting uit op basis van het informatierapport dat door het CAM is opgesteld. Daarbij beoordelen zij kwalitatief en kwantitatief het risico met betrekking tot vier gebieden: individuele gezondheid, volksgezondheid, openbare orde en criminaliteit. In een tweede en derde ronde presenteren en bediscussiëren de leden hun scores waarna zij hun oordeel kunnen bijstellen. Het secretariaat van het CAM formuleert de uiteindelijke uitkomst van de risicoschatting. Ook de diverse mogelijke maatregelen en de gevolgen

daarvan worden in de commissie besproken. Van deze discussie wordt verslag gedaan in het risicoschattingsrapport. De Minister neemt uiteindelijk een besluit.

Het CAM heeft tot nu toe acht risicoschattingen uitgevoerd.[a] Daarbij gaat het om zeven verschillende stoffen (twee risicoschattingen gingen over paddo's). Alleen het CAM-advies uit 2007 (risicoschatting van psilocine en psilocybine bevattende paddenstoelen (paddo's) werd door de minister niet overgenomen. Het CAM adviseerde om goed voorlichtingsmateriaal te ontwikkelen voor gebruikers, inclusief materiaal voor buitenlandse toeristen in hun moedertaal, en om onbedoelde overdosering te voorkomen door de dosis te verkleinen naar maximaal 10-15 gram verse paddo's per verpakkingseenheid. De minister volgde dit advies niet en plaatste zowel verse als gedroogde paddo's op lijst II van de Opiumwet.
In 2008 heeft het CAM een risicoschatting van cannabis uitgevoerd.[10] Het RIVM heeft in 2008 een studie uitgevoerd waarin de risico's van 19 illegale drugs op verschillende dimensies (toxiciteit, verslavingspotentie en sociale schade) zijn vergeleken; de resultaten van de CAM-risicoschattingen en die van deze 'drug risk ranking' stemmen goed overeen.

Periodiek gebruikersonderzoek
Tussen 1970 en 1991 werden zes bevolkingsonderzoeken gehouden. Deze gaven onvoldoende betrouwbare gegevens over het nationale middelengebruik. In 1997 werd daarom een landelijk Nationaal Prevalentie Onderzoek (NPO) naar middelengebruik gestart onder de bevolking vanaf 12 jaar. In 2001 en 2005 volgden vervolgmetingen. De meting in 2005 had betrekking op de bevolking van 15-64 jaar, conform de richtlijnen van het EMCDDA.[11] Voor 2009/2010 is een vierde peiling gepland. De gegevens van het NPO vormen dé Nederlandse bron voor vergelijkingen van middelengebruik hier met dat in andere Europese landen.

Het ministerie van VWS (co-)financiert diverse andere onderzoeken die gericht zijn op middelengebruik, zoals het *Peilstationsonderzoek Scholieren*. Dit vierjaarlijkse onderzoek onder scholieren van 10-18 jaar wordt sinds 1984 door het Trimbos-instituut uitgevoerd, in samenwerking met de afdelingen Jeugdgezondheidszorg van enkele GGD'en. Ander voorbeeld is de *European School Survey Project on Alcohol and other Drugs* (ESPAD) onder de schoolgaande jeugd van 15 en 16 jaar. Het ministerie van VWS bekostigt het Nederlandse deel. Via klassikaal afgenomen enquêtes worden eveneens iedere vier jaar de aard en omvang van hun middelengebruik in kaart gebracht.

Naast landelijke monitors zijn er ook veel lokale monitors uitgevoerd, onder andere om de aard en omvang van het drugsgebruik in kaart te brengen. Zij worden vaak gemeentelijk gefinancierd. Een bekend voorbeeld is de jaarlijkse Antenne-monitor, die in 1993 startte en wordt uitgevoerd door het Bonger Instituut voor Criminologie van de Universiteit van Amsterdam.[12] Het primaire doel is om meer zicht te krijgen op de (snelle) veranderingen op de drugsgebruikersmarkt. De monitor is ook van nationaal belang omdat hij als enige structureel en op jaarbasis de gebruikersmarkt, het drugsaanbod en nieuwe trends in drugsgebruik registreert. Bovendien starten nieuwe trends in drugsgebruik vaak in Amsterdam.

Voor een overzicht van monitors in Nederland, zie Cruts et al., 2004[13] en Oliemeulen et al., 2008.[14] Voor gegevens uit deze monitors: zie hoofdstuk 5.

Conclusie

De algemene voornemens op het terrein van monitoring zijn gerealiseerd: in 1999 is de Nationale Drug Monitor ingesteld en in het zelfde jaar kwam er een Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe Drugs. Er zijn tal van (landelijke) periodieke gebruikersonderzoeken uitgevoerd.

13.6.2 Verslavingsonderzoek: zijn de voornemens ten aanzien van het verbeteren van de kwaliteit van de verslavingszorg gerealiseerd?

Ontwikkelen van richtlijnen en protocollen: het programma Resultaten Scoren
Naar aanleiding van het bestaande negatieve beeld over de verslavingszorg is er eind jaren negentig op initiatief van enkele directeuren van verslavingszorginstellingen een analyse gemaakt van de situatie in de verslavingszorg en van de eisen die financiers aan de verslavingszorg stelden. Ook werd een toekomstvisie geschetst en werden

[a] http://www.rivm.nl/preventie/leefstijl/gedrag/cam.jsp

drie speerpunten aangegeven waarop de activiteiten zich de komende jaren zouden moeten richten: kwaliteit en innovatie van de hulpverlening (cure); kwaliteit en innovatie van preventie; en de ontwikkeling van een sociaal verslavingsbeleid (care). Deze nota stond aan de basis van het programma Resultaten Scoren, gericht op innovatie en kwaliteitsverbetering binnen de verslavingszorg en dat sinds 1999 door het ministerie van VWS wordt gefinancierd. Een derde van het subsidiebedrag van het ministerie is voor onderzoek bestemd en ondergebracht bij ZonMw, waarbij de onderzoeksvoorstellen de normale procedure voor kwaliteitstoetsing moeten doorlopen.

Activiteiten eerste fase
De eerste fase van Resultaten Scoren duurde vijf jaar, namelijk van 1999 tot 2003. Het programma had tot doel om de kwaliteit van het aanbod in de verslavingszorg te verbeteren en vernieuwingen in gang te zetten. In 1999 werd een masterprotocol vervaardigd waarin de fasen voor het vervaardigen van kennisproducten werden beschreven om te garanderen dat alle producten aan minimale kwaliteitseisen zouden voldoen. Protocollen en beschrijvingen van werkprocessen werden gebaseerd op literatuurstudies en in pilots op hun bruikbaarheid en effectiviteit getest. Wetenschappelijk onderzoek, onder andere naar de effectiviteit van interventies, diende voor de praktijk richtinggevend te zijn bij het ontwikkelen van nieuwe interventies. Wanneer evidentie ontbrak waar toch richtlijnen nodig waren, dan werden beschrijvingen van de 'beste praktijk' gebruikt. Mede op basis van de pilots werden alle ontwikkelde richtlijnen en protocollen voorzien van implementatieplannen. In een herziene versie van dit masterprotocol is toegevoegd dat ook cliënten betrokken moeten worden bij het ontwikkelen van protocollen.[15]

Resultaten eerste fase
In totaal werden in de periode tot en met 2003 in opdracht van Resultaten Scoren zo'n 50 projecten afgerond, variërend van verkennende studies tot meetinstrumenten, systematische literatuuroverzichten, werkboeken of handreikingen voor de praktijk, interventiemodulen voor behandeling, richtlijnen en protocollen. Onderwerpen varieerden van gebruiksruimten, diagnostiek en indicatiestelling tot crisisinterventie, zelfhulpgroepen, onderhoudsbehandeling en specifieke interventies zoals de homeparty en bemoeizorg. Het bieden van een vraaggestuurd zorgaanbod en het vergroten van de bereikbaarheid kregen speciale aandacht door midden van preventie- en zorgprojecten via het internet.[16-18]

Een van de deelprojecten heeft zich specifiek gericht op opleidingen voor professionals in de verslavingszorg. Geconstateerd werd dat een landelijke Raad voor BekwaamheidsOntwikkeling (RvBO) nuttig zou zijn om het opleidings- en bijscholingsbeleid vorm te geven en te realiseren.[19] Met het oog op een te ontwikkelen opleidingenbeleid is nagegaan wat het scholingsaanbod op dat moment was. Geconcludeerd werd dat er nauwelijks specifieke hbo- of universitaire opleidingen bestonden voor professionals in deze sector. Ook bleek dat nauwelijks sprake was van effectieve kennisoverdracht binnen de sector.[20] Inmiddels worden in overleg met een aantal opleidingsinstituten modules opgezet waarmee een nieuwe generatie verslavingszorgprofessionals zal worden afgeleverd (artsen, psychologen, verpleegkundigen, agogen en vaktherapeuten). Sinds 1999 zijn diverse hoogleraren aangesteld met een leeropdracht op het terrein van de verslavingszorg. Enkele daarvan leveren een directe bijdrage aan Resultaten Scoren.

Actviteiten tweede fase
De nadruk in de tweede fase van Resultaten Scoren (tot 2008) lag op de verbetering van medische behandeling en zorg, op het verder ontwikkelen van richtlijnen en protocollen en op het initiëren van nieuwe beroepsopleidingen voor professionals in de verslavingszorg (cf. Mulder & Schippers, 2005[21]). Er zijn publicaties verschenen over intensieve casemanagementstrategieën, over op effectieve behandelelementen gebaseerde leefstijltrainingen, over kwaliteitsverbetering van onderhoudsbehandeling voor opiaatverslaafden en over diagnose en behandeling van dubbelediagnosepatiënten. Er is ook een set prestatie-indicatoren opgesteld om de instellingen in staat te stellen hun resultaten systematisch te meten.[22]

Een andere kwaliteitsimpuls voor het veld was de oprichting in 2005 van de raad voor Bekwaamheidsbevordering die zich ten doel stelde om universitaire en hogere beroepsopleidingen voor professionals in het veld van de verslavingszorg te starten en te verbeteren (zie boven). Hierbij worden parallel aan de ontwikkelingen binnen de geestelijke gezondheidszorg, ook systemen voor borging en certificatie opgezet. Het nieuwe werkprogramma (zie hieronder) van Resultaten Scoren stelt dat dit een proces van langere adem is en dat voor deze slag nog minstens vijf jaar nodig is.[15]

De derde fase
Onder verantwoordelijkheid van GGZ Nederland werden de activiteiten van Resultaten Scoren in 2008 voort-

gezet. De bedoeling is dat de projectstructuur deels overgaat in een nieuw kennisinstituut, ook met de naam 'Resultaten Scoren'. Waar nodig ontwikkelt dit instituut nieuwe instrumenten, borgt het de implementatie van reeds ontwikkelde instrumenten en bevordert het een verdere professionalisering van de verslavingszorg.[15] Voorts zorgt het programma met behulp van factsheets en presentaties voor binnenlandse en buitenlandse promotie. Dit dient bij te dragen aan een positief imago van de Nederlandse verslavingszorg en het verslavingsbeleid. Het werkprogramma voor 2008-2009 geeft aan dat de nadruk komt te liggen op jeugdverslavingszorg, verslavingspreventie (met name geïndiceerde preventie) en residentiële verslavingszorg.

Evaluatie
Resultaten Scoren is op drie momenten geëvalueerd, in 2003, 2005 en 2008.[21-23] Uit de evaluatie-onderzoeken bleek dat de producten van Resultaten Scoren ruim bekend waren en grosso modo ook werden toegepast. De implementatie van de producten heeft veel aandacht gekregen. Wel bleek dat implementatie moeizaam kan verlopen. Daarom werden factoren geïdentificeerd die implementatie positief kunnen beïnvloeden, zoals een nieuw product dat concreet en overzichtelijk is, goed geïnformeerde medewerkers en een uitgewerkt implementatieplan.
Ook de evaluatiecommissie van het ZonMw/NWO-onderzoeksprogramma Verslaving sprak zich destijds uit over de eerste fase van Resultaten Scoren.[24] Zij merkte op dat het programma Resultaten Scoren een belangrijke bijdrage heeft geleverd aan het vaststellen van evidentie voor effectiviteit van methoden van preventie, behandeling en sociale verslavingszorg. Opgemerkt werd ook dat er nog lang niet altijd voldoende wetenschappelijk bewijs beschikbaar is voor evidence-based werken. Resultaten Scoren onderkent dit en publiceert daarom ook meer op professionele consensus gebaseerde protocollen, strategieën en richtlijnen voor best practices in de verslavingszorg.

De meeste producten die in eerdere fasen ontwikkeld zijn, werden in 2008 nog steeds gebruikt en toegepast zoals oorspronkelijk bedoeld.[22] Er werden echter ook producten eigenhandig door instellingen aangepast. Sommige instellingen gebruiken bijna alle producten terwijl andere besloten hebben een belangrijk deel niet in praktijk te brengen. Ook moeten er inmiddels producten worden herzien omdat ze te weinig worden gebruikt of de inhoud zelf wegens veroudering aan herziening toe is.

Conclusies

Het in 1999 gestarte programma Resultaten Scoren heeft (tot nog toe) veel publicaties en initiatieven opgeleverd die de kwaliteit van de Nederlandse verslavingszorg (preventie, cure en care) verhogen. De producten van dit programma zijn snel bekend geworden en deels ook toegepast. Een belangrijke barrière lijkt de daadwerkelijke invoering te zijn van maatregelen, werkwijzen en behandelingen die in deze publicaties worden aanbevolen. Er is in de verslavingszorg overigens nog lang niet altijd voldoende wetenschappelijke evidentie beschikbaar, waardoor men tot nog toe goeddeels is aangewezen op best practices. Deze praktijken berusten vooral op opgedane ervaring, een plausibele theoretische basis en professionele acceptatie. In de residentiële zorg blijken verschillen te bestaan in indicatiecriteria, doelen en doelgroepen, behandelprogramma's (inhoud en intensiteit) en evaluatieactiviteiten. De derde fase van Resultaten Scoren wil onder andere deze verschillen duidelijker beschrijven en trachten te verminderen.

ZonMw-programma's voor verslavingsonderzoek
Het ministerie van VWS is (naast NWO) één van de hoofdopdrachtgevers en financiers van ZonMw. ZonMw heeft twee onderzoeksprogramma's die specifiek zijn gericht op verslaving: het eerste en inmiddels afgeronde programma Verslaving, en het daarop volgende en momenteel nog lopende programma Risicogedrag en Afhankelijkheid. Een enkele keer worden 'verslavingsonderwerpen' binnen andere programma's gesubsidieerd. De onderwerpen worden gestuurd via de opdrachtgever en uitgewerkt in een programmacommissie. Onderzoekers in den lande kunnen volgens een tevoren vastgesteld schema onderzoeksvoorstellen indienen, waarna deze volgens een vaste procedure met diverse kwaliteitscriteria worden beoordeeld. Naast deze twee specifieke programma's wordt er in andere ZonMw-programma's eveneens onderzoek naar drugsgebruik gesubsidieerd.

Programma Verslaving
Het eerste onderzoekprogramma Verslaving van het toenmalige ZorgOnderzoek Nederland (ZON), later ZonMw (Medische wetenschappen) duurde zes jaar (1997 tot 2003). Het budget bedroeg € 15 miljoen. Het doel van het programma was het programmeren van onderzoek, innovatieve projecten en experimenten op het terrein van verslaving, verslavingspreventie en verslavingszorg. Implementatie van de onderzoeksresultaten werd beschouwd als een belangrijk nevendoel. Er werden drie hoofdthema's onderscheiden:

- Individuele gevoeligheid: genetische gevoeligheid, sensitiviteit van hersensystemen, effecten van specifieke drugs, risicogroepen (bepaald op basis van bijvoorbeeld gezinsfactoren) en persoonlijkheidsstructuur. Dit thema is gericht op toekomstige behandelingen en preventiestrategieën.
- Terugval en de rol van hunkering (craving) hierbij, vanuit medisch-biologisch en gedrags- en sociaal-wetenschappelijk gezichtspunt. Dit thema is gericht op nieuwe behandelingen die later getoetst kunnen worden in experimenteel onderzoek.
- Verslavingszorg, preventie en monitoring: effectiviteit, kwaliteit en innovatie van verslavingszorg en verslavingspreventie, monitoring van bijzondere doelgroepen en nieuwe drugs met aandacht voor culturele minderheidsgroepen. Dit thema is gericht op toekomstige implementatie.

Als resultaat van dit eerste ZonMw-programma verschenen er publicaties over bijna honderd gehonoreerde onderzoeksprojecten. De onderwerpen in de toegekende projecten varieerden van het verbeteren van verslavingspreventie en verslavingszorg tot neurobiologisch onderzoek (bijvoorbeeld de Netherlands Toxicity Study) en klinisch onderzoek naar de effectiviteit van interventies. Sommige initiatieven draaiden om het leggen van contacten met buitenlandse onderzoeksinstituten als het INSERM in Frankrijk en het National Institute on Drug Addiction (NIDA) in de Verenigde Staten (zie hoofdstuk 12).[25-27] De Franse contacten leverden een aantal gezamenlijk afgeronde onderzoeksprojecten op en stopten daarna. Die met het NIDA lopen nog steeds – en met succes. Elke twee jaar is er een door beide instituten gefinancierde subsidieronde voor gezamenlijke projecten. Hierin krijgen elke keer drie tot vier projecten elk maximaal een ton. Momenteel loopt de zesde ronde. Voorts worden om de twee jaar workshops georganiseerd, beurtelings in de VS en in Nederland. Dit alles leidde tot intensiever contact tussen onderzoekers in beide landen.

In de periode na het beëindigen van het eerste ZonMw-programma werden vooruitlopend op en bedoeld als ondersteuning van een mogelijk tweede programma zes state-of-the-art studies uitgezet. Doel ervan was een balans op te maken van de wetenschappelijke resultaten op diverse voor de verslavingszorg relevante onderzoeksterreinen. De studies dekken drie thema's: het ontstaan van verslaving, het beloop of de chroniciteit van verslaving en interventies, met name de beschikbare wetenschappelijk evidentie en 'best practices'. Deze studies werden in 2006 integraal verspreid tijdens de start van het tweede ZonMw-programma Risicogedrag en Afhankelijkheid.

Evaluatie van het programma Verslaving
Op verzoek van VWS is na drie jaar een tussentijdse procesevaluatie van het eerste onderzoeksprogramma uitgevoerd. Ook na afloop, in 2003, werd het programma intern en extern geëvalueerd. De interne evaluatie was voornamelijk op de opbrengsten (de output) gericht en stelde deze vast met behulp van een dossieranalyse en een enquête onder projectleiders.[28] Op dat moment waren 76 wetenschappelijke publicaties verschenen, waaronder 38 Engelstalige en een groot aantal andere eindproducten. Elf toen al afgeronde projecten hadden nieuwe interventies, protocollen en draaiboeken opgeleverd.

Er vonden twee externe evaluaties plaats, een klein jaar na beëindiging van het programma. Deze richtten zich op de uitkomsten (outcome).[24;27] De bedoeling van de externe evaluatie van Casselman e.a. (2004) was het vaststellen van de bijdrage van het programma aan het wetenschappelijk onderzoek op dit terrein en de invloed van het programma op de relatie tussen wetenschap en praktijk.[24] Een eindevaluatie van de bijdrage aan het wetenschappelijke onderzoek was slechts beperkt mogelijk omdat tweederde van de projecten nog in uitvoering was. Sommige projecten zouden nog tot 2008 doorgaan. Er kon wel worden geconstateerd dat het wetenschappelijke veld meer is gaan investeren in verslavingsonderzoek, en dat nieuwe binnen- en buitenlandse onderzoeksgroepen bij dit (zowel fundamenteel als toegepast) onderzoek betrokken werden. In vergelijking met de situatie vóór de start van het programma, waren meer wetenschappelijke disciplines gaan samenwerken. Ook waren nieuwe technieken benut om genetische en omgevingsfactoren te bestuderen.

De eerste evaluatiecommissie concludeerde dat de bijdrage van het programma aan meer evidence-based werken in zorg en preventie aanzienlijk is geweest en de relatie tussen onderzoek en praktijk sterk is verbeterd, hoe gescheiden de werelden van fundamenteel onderzoek en praktijk ook mogen zijn.[24] Ook in de tweede evaluatie wordt geconcludeerd dat de basis van het academische verslavingsonderzoek door dit eerste ZonMw-programma is verbreed, omdat diversere onderzoeksgroepen dan voorheen zich met het thema verslaving zijn gaan bezighouden.[27] Door samenwerking met buitenlandse collega-onderzoekers is ook de internationale samenwerking op dit onderzoeksterrein versterkt. Voorts is het deels al bestaande onderzoek binnen de instellingen toegenomen. Ook inhoudelijk is volgens de evaluatoren winst geboekt, maar deze is gespreid over vele onderwerpen en moeilijk kort samen te vatten. Deze diversiteit is volgens de commissie een zwak punt, omdat programmering ook het aanbrengen van samenhang (dus beperking) inhoudt.

Het Programma Risicogedrag en Afhankelijkheid
Dit tweede op verslaving gerichte programma van ZonMw heeft een budget van € 13 miljoen. Het WODC levert een bijdrage in de financiering. Er zijn al drie subsidierondes geweest waarin in totaal 26 projecten zijn gehonoreerd. Het gaat vooral om grote, diepgaande projecten (€ 500.000 – € 750.000) waaraan bij voorkeur meerdere onderzoeks- en praktijkinstellingen meewerken. Gedrag dat leidt tot gebruik en misbruik van middelen staat centraal in deze projecten; niet zozeer de werking van de stoffen. De onderwerpen lopen uiteen van het vaststellen van genetische achtergronden of neurobiologische mechanismen die samenhangen met verslavingsgedrag, tot risicofactoren en het exploreren van effectieve behandelingen. Er is ook aandacht voor kwetsbare groepen: zo is er een onderzoek naar screening en diagnostiek van verslavingen bij mensen met een verstandelijke handicap en een evaluatie van een geprotocolleerde, korte, motiverende interventie voor verslaafde gedetineerden. Onderzoek naar cannabis en cocaïne is als prioriteit benoemd.

Andere ZonMw-programma's
Naast deze twee specifiek op verslaving gerichte programma's zijn er nog verschillende andere ZonMw-programma's die onderzoek rond aspecten van middelengebruik financieren. Dat zijn onder andere de programma's Preventie (1, 2 en 3), Jeugd, Gezond leven, Geestkracht en Infectieziektebestrijding. Ook deze projecten zijn gericht op het ontwikkelen van interventies en de implementatie ervan. Voorbeelden zijn het 'Cannabis Intelligence Amsterdam'-project (CIA) over slimmer blowen voor en door allochtone jongeren, 'Gezin aan Bod' voor kinderen van verslaafden ouders en 'Communities that Care', een project over de effectiviteit van een preventiepakket voor middelengebruik en gedragsstoornissen (bron: ZonMw cd-rom ggz (2007).

Conclusie

Sinds 1997 zijn, met een korte tussenperiode waarin zes state-of-the-art studies werden gepubliceerd, twee achtereenvolgende ZonMw-programma's actief (geweest) op het terrein van verslavingsonderzoek. Sommige andere programma's hebben ook enkele projecten over drugsgebruik in hun portefeuille. In totaal gaat het tot nog toe om 130-140 projecten. Ondanks de programmering, waarbij momenteel de nadruk ligt op grootschalige projecten waaraan meerdere onderzoeks- en praktijkinstellingen meewerken, zijn de onderwerpen divers, mede omdat ook innovatieve projecten en experimenten een plaats moeten hebben. Behalve medisch-biologisch onderzoek hebben veel projecten ook effectieve intake, diagnostiek en interventies als doel. Een evaluatiecommissie constateerde dat er weinig projecten zijn die op drugsgebruik onder culturele minderheden betrekking hebben. Grosso modo is door deze programma's de wetenschappelijke aandacht voor het onderwerp 'verslaving' gegroeid, zijn de internationale wetenschappelijke contacten toegenomen en is de kloof tussen onderzoek en praktijk minder breed geworden.

13.6.3 Zijn de voornemens ten aanzien van onderzoek en monitoring op het terrein van het ecstasybeleid gerealiseerd?

Zoals beoogd in de nota Beleid inzake XTC uit 1994 zijn de volgende zes deelstudies uitgevoerd:
- Wetenschappelijk literatuuronderzoek naar de stand van zaken in nationaal en internationaal onderzoek over risico's van ecstasygebruik op korte en lange termijn, door het Leids Universitair Medisch Centrum.
- Onderzoek naar de invloed van het testen van ecstasypillen op het gebruik ervan, door het toenmalige NIAD.
- Onderzoek naar de betrouwbaarheid van analysemethoden bij het testen van pillen, door het Gerechtelijk Laboratorium.
- Ontwikkeling van een landelijk registratiesysteem voor klinische ecstasyincidenten, door het RIVM/NVIC.
- Sociaal-epidemiologisch onderzoek naar de aard en omvang van ecstasygebruik door bezoekers van grootschalige evenementen, door het Centrum voor Verslavingsonderzoek.
- Ontwikkeling van een landelijk registratiesysteem voor ecstasy-incidenten op grootschalige evenementen t.b.v. EHBO-posten, door het Adviesburo Drugs in Amsterdam

De resultaten van deze zes studies zijn in een aparte rapportage samengevat.[7] Er is door deze onderzoeken naar ecstasy duidelijk meer zicht gekomen op ecstasygebruik, de risico's die dit met zich meebrengt en wat de mogelijkheden (en beperkingen) zijn van de registratie van incidenten. Voorts werd geconcludeerd dat er geen aanwijzingen waren dat het onderzoeken en testen van 'ecstasypillen' een stimulerend effect had op het gebruik, zoals ook werd bevestigd in later onderzoek, en dat de opzet en werkwijze van pillentesten een redelijk betrouwbaar beeld gaven (zie ook de volgende paragraaf).[29]

Het registratiesysteem op houseparty's is voortgezet door Educare Ambulant, één van de drie sectoren van Educare (de operationele naam van de stichting Nursing & Education Consultancy). Doel van Educare is om landelijk medische hulp te bieden op eerstehulpposten op grote dansfeesten, om daarmee gezondheidsrisico's te verminderen. Jaarlijks is Educare aanwezig op ongeveer 30 dansfeesten, waarbij potentieel meer dan 50% van de bezoekers wordt bereikt.[14] Registratie is gericht op gezondheidsproblemen maar ook op welke drugs de hulpzoekers zeggen gebruikt te hebben. De resultaten zijn echter niet direct toegankelijk voor monitoringdoeleinden.

Monitoring van de (chemische) samenstelling van drugs (DIMS)
Belangrijke reden voor de start van het Drugs Informatie en Monitoring System (DIMS) in 1992, was de overweging dat gegevens uit bestaande bronnen (zoals zorginstellingen, politie en justitie en bevolkingsonderzoek) onvoldoende informatie opleverden over ontwikkelingen op de drugsmarkten en wijzigingen in de samenstelling van gebruikte middelen. Gebruikers kunnen er anoniem hun drugs laten testen op samenstelling en dosering of inleveren bij verschillende testpunten (momenteel 30) die nagenoeg een landelijke dekking hebben. Die testpunten zijn meestal instellingen voor verslavingszorg en GGD'en. Het DIMS-project, dat is ondergebracht bij het Trimbos-instituut, heeft als doelstellingen het volgen van ontwikkelingen op de markt van (uitgaans)drugs, het signaleren van pillen die een acuut risico of een nieuw en onbekend risico opleveren voor de volksgezondheid en het adequaat ingrijpen als zich een gevaarlijke situatie voordoet. Het DIMS is ingepast in het Early Warning System van het EMCDDA en het CAM (Coordinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs).

In verschillende beleidsnota's, die tussen 1994 en 2007 zijn verschenen, worden plannen gepresenteerd om de validiteit en betrouwbaarheid van het DIMS te onderzoeken, verbeteringen door te voeren in de organisatie en het systeem uit te breiden met een registratie van drugsincidenten. In 2001 werd tevens aangegeven dat het team zou worden uitgebreid om flexibel ingezet te worden op grootschalige evenementen ('vliegende brigade'). Alle voorgenomen activiteiten zijn gerealiseerd, met uitzondering van de 'vliegende brigade':

- In 1996 werd een chemische audit verricht naar de werkzaamheden van het DIMS waarin is onderzocht of het testen van ecstasypillen tot betrouwbare en valide gegevens leidt (Huizer 1996). De conclusie luidde dat het DIMS een monitor is die een betrouwbaar beeld geeft van de markt. Vooral de laboratoriumanalyse werd goed beoordeeld. Het determineren van de pillen op locatie bleek in chemisch opzicht minder gunstige resultaten op te leveren, maar werd binnen de setting als acceptabel beschouwd, mits uitgevoerd door zeer ervaren krachten.[7]
- Sinds 1999 is het DIMS op verzoek van de minister van VWS geherstructureerd.[30] Alle werkzaamheden die in het kader van het DIMS worden verricht zijn inmiddels landelijk gestandaardiseerd en geprotocolleerd, inclusief het anoniem terugkoppelen van de testuitslagen aan de opdrachtgevers of gebruikers. Door de herstructurering is de gezagsstructuur tussen het centrale DIMS-bureau en de deelnemende instellingen duidelijker geworden, zijn er heldere afspraken met het OM, waardoor de bestaande spanningsverhouding tussen bescherming van de volksgezondheid en bestrijding van de misdaad beter hanteerbaar is geworden, en vormt monitoring daadwerkelijk en eenduidig het doel van het DIMS. Zo nodig kan direct alarm worden geslagen wanneer er drugsmonsters worden aangetroffen met een (acuut) gevaar voor de volksgezondheid, waarna waarschuwingscampagnes gestart kunnen worden. Deze situatie is vastgelegd in een Red Alert-protocol. De deelnemende instellingen garanderen bij een dergelijke situatie een vrijwel heel Nederland bestrijkend netwerk.
- Er is onderzocht of het DIMS voldoende zicht op de aanbodsmarkt bood en welke mogelijkheden er waren om de monitor te versterken.[29] Aanleiding was dat er, absoluut en relatief, steeds minder pillen 'op kantoor' herkend werden. In de 'kantoortest' wordt eerst lokaal gekeken of de pil een ecstasy-achtige stof of amfetamine bevat. Vervolgens worden de uiterlijke kenmerken van de pil vergeleken met een actuele herkenningslijst. Is de pil niet te traceren op de lijst, dan wordt deze doorgestuurd naar het DIMS-bureau en opnieuw onderzocht. De meeste pillen worden daarna alsnog naar een gespecialiseerd laboratorium doorgestuurd. Er werden drie 'experimentele' testmodaliteiten onderzocht: testen op kantoor tijdens het weekend; testen in een mobiel kantoor of bus in een uitgaansgebied; en testen van de pillen die bij de ingang van uitgaanslocaties in beslag zijn genomen door securitypersoneel. Aanbevolen werd om testen in uitgaansgebieden ('securitypillen') uit te breiden, aangezien dit een goede aanvulling zou kunnen zijn op de bestaande kantoortest. Voor deze pillen ontbreekt echter informatie over de gebruiker en de gebruiksomstandigheden. Uit het onderzoek werd ook (nogmaals) duidelijk dat het testen van pillen geen duidelijk aantoonbare rol speelt bij het gaan gebruiken van ecstasy. De resultaten van dit onderzoek zijn (mede) aanleiding geweest voor een verdere reorganisatie van het DIMS.
- Het testen van ecstasy op uitgaansgelegenheden zoals houseparty's is eind jaren negentig stopgezet, tegelijk met de opheffing van de Safe House Campagne van het Adviesburo Drugs. De Safe House Campagne richtte zich op preventie op locatie, zoals houseparty's. Activiteiten varieerden van adviezen aan organisatoren en

voorlichting aan gebruikers tot training van EHBO-vrijwilligers. De preventietaak is overgenomen door de verslavingszorginstellingen. Het testen op party's, zoals beoogd door de 'vliegende brigade', is sinds 2002 verboden, nadat dit op weerstand stuitte bij een meerderheid van de Tweede Kamer, hoewel uit sociaal-epidemiologisch onderzoek geen aanwijzingen naar voren kwamen dat het onderzoeken van pillen op party's leidt tot een toename in gebruik.[29;31-33]

Intensiveren van de monitoring van de gebruikersmarkt
In 2003 is het kwalitatieve monitoringproject *Trendwatch* van start gegaan. Het project wordt uitgevoerd door het Bonger Instituut voor Criminologie van de UvA. Trendwatch brengt trends in drugsgebruik in kaart die verband houden met ontwikkelingen in het uitgaansleven, met de betekenis die gebruikers aan hun drugsgebruik geven en met sociaal-culturele ontwikkelingen. Trendwatch gaat dit op verschillende manieren na onder uitgaande jongeren en jonge volwassenen, die veelal tussen de 20 en 30 jaar zijn en zowel in de stad als op het platteland leven. Ook worden gezondheidswerkers, politie, jongerenwerkers geraadpleegd. Rapportages zijn tweejaarlijks.[34] Ter aanvulling op Trendwatch voeren het Trimbos-instituut en het Bonger Instituut momenteel een kwantitatief landelijk onderzoek uit naar middelengebruik onder club-, discotheek- en partybezoekers van 15-35 jaar. De resultaten zullen eind 2009 beschikbaar zijn.

Onderzoek naar acute risico's van drugsgebruik
Het IVO heeft in 2004 onderzoek verricht naar drugsgebruik onder bezoekers van spoedeisende eerstehulpposten van vier ziekenhuizen.[35] De resultaten laten zien dat 3,2% van de patiënten in de 24 uur voorafgaand aan het bezoek drugs had gebruikt, variërend van 1% tot 10%, afhankelijk van de regio.

Het Trimbos-instituut is gevraagd een pilotstudie uit te voeren naar de haalbaarheid van een landelijk systeem voor het monitoren van drugsgerelateerde gezondheidsincidenten, waarbij van verschillende bronnen gebruik wordt gemaakt. Tot op heden zijn alleen (trend)gegevens beschikbaar over Amsterdam. Ontbrekende landelijke gegevens over het aantal incidenten gerelateerd aan paddo's benadrukten recent de noodzaak voor dergelijk systeem. De monitor zal bij gebleken haalbaarheid en gewenste resultaten worden geïntegreerd in het DIMS.

Extra impuls onderzoek neurotoxiciteit
Via het programma Verslaving van ZonMw is een onderzoek gestart ter aanvulling op het NEXT-onderzoek naar de neurotoxische effecten van ecstasy (zie hieronder). In het aanvullende onderzoek, uitgevoerd door het Bonger Instituut voor Criminologie van de UvA, staan de sociale context en de risicopercepties van de gebruikers centraal. In oktober 2009 verschijnt over dit onderzoek een proefschrift van Vervaeke. Bovendien is een onderzoek gestart (en afgerond) naar de interactie tussen alcoholgebruik en cannabis, naar gebruik van ecstasy en naar de gevolgen daarvan voor de gezondheid. Dit onderzoek is uitgevoerd door het UMC St. Radboud.

Overig ecstasyonderzoek gefinancierd via ZonMw
Naast bovengenoemde twee onderzoeken zijn via ZonMw nog drie andere onderzoeken op het terrein van ecstasy uitgevoerd. Allereerst het prestigieuze NEXT-project Netherlands XTC Toxicity (NeXT) Study. Dit samenwerkingsproject van de Universiteit van Utrecht en de Universiteit van Amsterdam had onder meer tot doel een beter zicht te krijgen op de causaliteit van het verband tussen ecstasygebruik en eventuele neurotoxische effecten, op korte termijn, op lange lange termijn, na enkele (lage) doses en na zwaar gebruik. De studie is tussen 2002 en 2006 uitgevoerd, maar nog steeds verschijnen er wetenschappelijke publicaties over de resultaten. Er wordt gebruik gemaakt van diverse beeldvormende technieken en neuropsychologische tests. De resultaten van dit onderzoek suggereren dat frequent ecstasygebruik een (mogelijk langdurige) verstoring kan geven van de hersenfuncties, met name het geheugen, het concentratievermogen en de stemming. Er zijn geen aanwijzingen dat kortdurend of incidenteel gebruik aanleiding geeft tot ernstige hersenschade of vermindering van hersenfuncties op langere termijn, maar er kan ook niet worden geconcludeerd dat een lage dosis ecstasy veilig is.

Ten tweede is dierexperimenteel onderzoek verricht naar de neurobiologische schade die het gebruik van ecstasy kan veroorzaken en over de invloed op die schade van bepaalde interne factoren (sexe en 'persoonlijkheid') en externe factoren (hoge omgevingstemperatuur, slaaptekort, gebruik van andere drugs). Het onderzoek wordt uitgevoerd door de Rijksuniversiteit Groningen.
Ten derde is er door het IVO een vergelijkende studie verricht naar het gebruik van ecstasy en andere drugs, en daaraan gerelateerde problemen in Rotterdam, San Francisco en Hong Kong.

Conclusie

Er is veel geïnvesteerd in onderzoek en monitoring op het terrein van ecstasy. De voorgenomen aanpak is goeddeels gerealiseerd en er is meer kennis beschikbaar gekomen over de risico's van ecstasy, over de gebruikers en gebruikspatronen en over de samenstelling van drugs op de consumentenmarkt.

13.6.4 Zijn de voornemens ten aanzien van onderzoek en monitoring op het terrein van het cannabisbeleid gerealiseerd?

In de beleidsnota's zijn specifieke monitoring- en onderzoeksactiviteiten aangekondigd op het terrein van cannabis. In deze subparagraaf zal eerst worden aangegeven in hoeverre deze zijn uitgevoerd. Vervolgens zal worden aangegeven welk ander cannabisonderzoek op het terrein is afgerond of nog loopt, met name binnen de programma's van ZonMw. In het programma Risicogedrag en Afhankelijkheid is onderzoek naar cannabis geprioriteerd naar aanleiding van ontwikkelingen in gebruik en problematiek en lacunes in kennis.

THC-monitor

De ministeries van VWS en Justitie hebben het Trimbos-instituut opdracht gegeven om een THC-monitor op te zetten. Deze in 1999/2000 gestarte monitor is onder meer een reactie op berichten uit het buitenland dat het THC-gehalte van cannabis in Nederland zou zijn toegenomen. De THC-monitor dient de werkelijke THC-gehaltes in cannabis, zoals die verkocht wordt in coffeeshops, steekproefsgewijs vast te stellen. Dit wordt vanaf 2001/2002 twee maal per jaar gedaan. De resultaten wijzen uit dat het percentage THC in (neder)wiet vanaf het eerste onderzoek tot aan het onderzoek van 2003/2004 toenam (tot 20%) om daarna weer licht af te nemen.[36-39] Ook wordt in 2009 in het kader van deze monitor onderzoek gedaan naar eventuele vervuiling van cannabis. Vanaf 2004 financiert alleen VWS de THC-monitor.

Profiel van cannabiscliënten in de ambulante verslavingszorg

De Stichting Informatievoorziening Zorg heeft op basis van het LADIS een profiel beschreven van cannabiscliënten.[40] Daarbij is onderscheid gemaakt tussen 'enkelvoudige cliënten', die alleen voor een cannabisprobleem ingeschreven staan, en 'meervoudige cliënten', die ook problemen hebben met het gebruik van andere middelen (meestal alcohol of heroïne). Eerstgenoemde groep is het kleinst maar het sterkst gegroeid sinds 1994. De meeste cliënten hebben cannabis als 'bijmiddel'. Enkelvoudige cliënten zijn gemiddeld jonger en sociaal-economisch gunstiger af dan meervoudige cliënten, maar ze verschillen niet van meervoudige cliënten in duur en frequentie van cannabisgebruik en in eerdere psychiatrische opnames. Meervoudige cliënten zijn vaak oude bekenden in de verslavingszorg (iets minder dan de helft heeft al eerder hulp gezocht). In 2006 en 2007 verschenen aanvullend korte rapportages (nieuwsflitsen) over ontwikkelingen in de hulpvraag van cannabiscliënten (zie www.sivz.nl). Deze studie geeft echter alleen een beeld van probleemgebruikers die bij de verslavingszorg staan geregistreerd. Een lopende studie van ZonMw, uitgevoerd door het Trimbos-instituut en het Bonger Instituut voor Criminologie (UvA), maakt onder meer een vergelijking in kenmerken tussen cannabisgebruikers die contact zoeken met de verslavingszorg en (frequente en afhankelijke) cannabisgebruikers die tot voor kort geen hulp hebben gezocht, of dat nooit hebben gedaan.

Onderzoek naar de effectiviteit van behandelingen voor jongeren met cannabisproblemen

Zoals beoogd, heeft de NDM in 2004 een achtergrondstudie uitgebracht over de effectiviteit van behandelingen van verslavingsproblematiek (Hulp bij probleemgebruik van drugs), met een actualisering in 2006.[41;42] In het kader van het vijflandenplan Action Plan for Cannabis Research, dat na een conferentie in Brussel in 2002 door de betreffende ministeries werd afgesproken, is de International Cannabis Need of Treatment Study (INCANT) gestart. In een vooronderzoek werd de haalbaarheid onderzocht van deze interventie voor de West-Europese context. Hieraan nemen tot nog toe 416 gezinnen met aan cannabis verslaafden kinderen uit vijf Europese landen (België, Duitsland, Frankrijk, Zwitserland en Nederland) deel. In Nederland doen 90 gezinnen mee aan deze gerandomiseerde experimentele studie. Doel van het onderzoek is om de effectiviteit in Europa van ambulante 'Multi Dimensional Family Therapy' (MDFT) voor deze doelgroep vast te stellen. In Amerika is deze veelomvattende interventie al effectief gebleken. De recrutering van deelnemers stopt in juli 2009. De laatste follow-up-metingen (een jaar later) zullen, als alles volgens plan verloopt, in juli 2010 zijn voltooid. Diverse internationale publicaties worden momenteel voorbereid.[43]

Onlangs zijn tevens een behandelprotocol voor cognitieve gedragstherapie voor jongeren met cannabisproblemen in de verslavingszorg en een bijbehorend werkboek gepubliceerd door Resultaten Scoren.[108;109] Onderwerpen die hierin aan bod komen: het herkennen van problemen met cannabisgebruik; het motiveren van de jongere

voor behandeling; waar bij behandeling op gelet moet worden; en hoe de kans op terugval kan worden verminderd. Verder is men in dit programma bezig met een middelenonafhankelijk behandelprotocol waarin ondersteuning van de omgeving van jonge verslaafde cannabisgebruikers een centrale rol speelt, met een literatuurstudie ten behoeve van richtlijnontwikkeling en -implementatie voor risicogroepen onder jongeren; en met een systeem voor monitoring van behandeling van jongeren ten behoeve van de overdraagbaarheid en uitwisseling van ervaringen met behandelmethoden. Voor de jeugdverslavingszorg wordt ook een multicentreproject en benchmarking systeem opgezet (zie Resultaten Scoren).

Uitbreiding van het onderzoek naar aard, omvang en verloop van problematisch cannabisgebruik en naar acute gezondheidsschade
In de cannabisbrief werd aangegeven dat er voldoende informatie beschikbaar is over het gebruik van cannabis onder de algemene bevolking en onder jongeren, maar niet over het problematische gebruik. Aangezien één doelstelling van het Actieplan Ontmoediging Cannabis is om het problematische gebruik terug te dringen, zijn dergelijke gegevens van belang. Daarbij werd voorgesteld om zoveel mogelijk aan te sluiten bij lopende (longitudinale) onderzoeken. Vooralsnog zijn hier (nog) weinig studies naar verricht. Wél worden momenteel in het kader van de ZonMw-programma's twee longitudinale studies uitgevoerd: één gebaseerd op een jongerencohort (TRAILS) en een ander (CANDEP) onder regelmatige cannabisgebruikers, waarin misbruik en afhankelijkheid van cannabis worden onderzocht. Ook zullen in het kader van het longitudinale bevolkingsonderzoek NEMESIS in 2009/2010 nieuwe cijfers beschikbaar komen over de prevalentie van stoornissen in cannabisgebruik.

Zoals in de cannabisbrief werd voorgenomen, zijn de resultaten gepubliceerd van een analyse naar de (tot 1996 dalende) leeftijd waarop scholieren cannabis beginnen te gebruiken.[44]
Ten aanzien van onderzoek naar acute gezondheidsschade door cannabis werd in de cannabisbrief gedoeld op het onderzoek van IVO naar drugsgebruik onder bezoekers van spoedeisende eerstehulpdiensten in ziekenhuizen, dat eerder in dit hoofdstuk werd genoemd met betrekking tot het ecstasybeleid.[35]

Uitbreiding van het onderzoek naar het mogelijke verband tussen cannabisgebruik en psychische stoornissen
In het kader van de cannabisbrief zijn analyses uitgevoerd op gegevens van longitudinaal onderzoek onder de bevolking van 18-74 jaar (NEMESIS). Uit de resultaten bleek dat cannabisgebruikers een wat grotere kans hadden dan niet gebruikers om later een depressie te krijgen; voor een bipolaire stoornis was dit risico iets groter. Het risico op angststoornissen was niet hoog.[45] Voor zover bekend zijn er geen andere specifieke onderzoeken op dit terrein geïnitieerd. Wel suggereert internationaal onderzoek dat bepaalde groepen (kwetsbare) jongeren een hoger risico lopen op psychosen en mogelijk ook negatieve cognitieve effecten.

Onderzoek naar de risico's van sterkere cannabis
In opdracht van het ministerie van VWS werd in 2004 'Sterke wiet' gepubliceerd, dat gebaseerd is op een onderzoek naar het rookgedrag bij cannabis en naar de schadelijkheid en afhankelijkheid van dit middel.[46] De resultaten geven aan dat er waarschijnlijk drie typen gebruikers zijn. Het eerste type omvat naar verhouding veel jongeren met een voorkeur voor sterke wiet. Zij roken hier ook vaker en meer van en hebben een relatief grote kans op afhankelijkheid. Het tweede type streeft naar een stabiele roes, past de inname van cannabis aan de ervaren sterkte aan, en blowt meestal in samenzijn met anderen. Het laatste type streeft naar een stabiel gebruik van cannabis (dagelijks gemiddeld dezelfde dosis) en bestaat vooral uit oudere, mannelijke gebruikers die een vast gebruikspatroon hebben ontwikkeld. Onbekend is hoe groot deze drie groepen zijn.

Het RIVM voerde in opdracht van VWS een kleinschalig laboratoriumonderzoek uit onder 24 mannelijke proefpersonen. Het onderzoek was gericht op de gezondheidseffecten op korte termijn van cannabis met hogere concentraties THC.[47] Het bleek dat cannabisgebruik een dosisafhankelijke toename van lichamelijke en cognitieve effecten veroorzaakte. Voor personen met hartklachten kan deze situatie riskant zijn. Over langetermijneffecten kan dit onderzoek geen uitspraken doen. Deze zijn ook lastig te onderzoeken, omdat het niet mogelijk is vrijwilligers onder gecontroleerde omstandigheden langdurig cannabis te laten consumeren. De rol van een hoger THC-gehalte bij het ontwikkelen van psychische stoornissen en afhankelijkheid is nog niet opgehelderd. In het kader van het ZonMw-programma Verslaving is wel een cohortstudie onder regelmatige cannabisgebruikers in uitvoering, waarin de relatie wordt onderzocht tussen de voorkeur voor een bepaalde sterkte van wiet en cannabisafhankelijkheid, psychische stoornissen en persoonlijkheidskenmerken. Ook wordt onderzocht welke factoren voorspellen of een cannabisgebruiker afhankelijk wordt en wat het beloop hiervan is. Causaliteit kan echter met dergelijk epidemiologisch onderzoek niet worden vastgesteld.

Overig cannabisonderzoek in het kader van ZonMw programma's
Er zijn in totaal dertien onderzoeken verricht naar (ook) cannabis, waarvan vijf afgerond en acht nog lopend. Hiervan zijn er negen uitgevoerd binnen de verslavingsprogramma's. De onderzoeken bestrijken een breed terrein, variërend van preventieprojecten onder jongeren en behandelingen (van schizofrene en psychotische patiënten), tot neurobiologische en neurocognitieve mechanismen (van cannabismisbruik, relatie cannabis/psychose) en epidemiologisch onderzoek (voorspellers van middelenmisbruik onder jongeren en voorspellers van cannabisafhankelijkheid en het beloop daarvan).

Conclusie

De beleidsvoornemens op het terrein van het cannabisonderzoek zijn nagenoeg uitgevoerd. De kennis op dit terrein is toegenomen en de uitkomsten van veel lopende onderzoeken worden in de komende jaren verwacht. Tot nog toe beperkte het onderzoek naar profielen van cannabisgebruikers zich tot de bij de hulpverlening bekende cliënten. Voor de ontwikkeling van preventieve interventies en voor behandelingen is meer onderzoek nodig, naar bijvoorbeeld achtergrondgegevens. Ook moet er een vergelijking komen tussen cannabiscliënten in de verslavingszorg en probleemgebruikers van cannabis buiten de verslavingszorg.

13.7 Zijn de beoogde uitkomsten behaald?

In deze paragraaf wordt beschreven of de beoogde uitkomsten van het monitorings- en onderzoeksbeleid zijn gerealiseerd. Daarbij moet worden aangetekend dat deze uitkomsten weinig precies zijn gedefinieerd en daarom soms lastig te bepalen.

Zijn er betrouwbare en representatieve monitoringgegevens?
Nederland heeft vele monitors, grootschalige surveyonderzoeken en registratiesystemen die redelijk voldoen aan de behoefte aan informatie over drugsgebruik en de gevolgen daarvan. Wel bestaan er nog steeds belangrijke lacunes in informatie en ontbreekt het soms aan samenhang. De oprichting van de Nationale Drug Monitor heeft bijgedragen aan een zo betrouwbaar mogelijk jaarlijks overzicht van de beschikbare hoeveelheid gegevens over deze onderwerpen in ons land. Een belangrijk registratiesysteem (LADIS) wordt verbeterd en verbreed en een grootschalige survey (NEMESIS) gecontinueerd.

In hoeverre worden deze monitoringgegevens ook door het overheidsbeleid gebruikt?
Het begrip 'gebruik' in dit verband is al jaren omstreden, want onduidelijk.[48;49] Het kan hierbij gaan om het noemen van gegevens in beleidsdocumenten, om het gebruik van deze gegevens als argument in Kamerdebatten of de toepassing ervan als bouwstenen bij het vormgeven van nieuw beleid. Ook wordt onderscheid gemaakt tussen direct en indirect gebruik. Indirect gebruik is bijvoorbeeld het langzamerhand doorsijpelen van gegevens in beleidsdiscussies en stukken. Ook kunnen onderzoeksresultaten de aanzet geven tot het formuleren van een probleem waaraan het overheidsbeleid iets zou moeten doen. Het direct gebruik van onderzoeksgegevens in nieuw beleid komt veel minder voor.[48;49] Kortom, het gebruik van onderzoeksresultaten kent vele kanten en variaties. Over deze discussie in beleidsonderzoek laten we ons in dit rapport niet uit, omdat dit hier te ver voert. Toch kunnen enkele voorbeelden illustreren dat onderzoek en monitoring het Nederlandse drugsbeleid wel degelijk heeft beïnvloed. Zo is medische heroïneverstrekking na degelijk effectonderzoek met gunstige resultaten ('direct') toegepast. Voor de producten van de Nationale Drug Monitor lijkt meer sprake te zijn van indirect gebruik. Regelmatig zijn de gegevens uit de Jaarberichten terug te vinden in beleidsdocumenten of duiken ze op in Kamerstukken en nota's voor lokaal beleid. Wat er in concreto mee gebeurt, is lastiger vast te stellen, maar deze producten verschijnen in ieder geval niet zonder dat er bij beleidsafwegingsprocessen op zijn minst notitie van genomen wordt. Ook in internationale discussies blijken monitoringgegevens duidelijk waardevol (zie hoofdstuk 12).

Wordt er meer evidence-based gewerkt in de verslavingszorg?
Het programma Resultaten Scoren (soms samen met projecten die door ZonMw werden gefinancierd) heeft er in belangrijke mate toe bijgedragen dat er momenteel in de Nederlandse verslavingszorg veel meer steun is voor evidence-based werken, dat met verschillende interventies is geëxperimenteerd en dat sommige ook zijn ingevoerd. Bovendien zijn ook de huidige vervolgactiviteiten – waar mogelijk en zinvol – gericht op verdere implementatie van effectief gebleken interventies. In vergelijking met 1995 is hier een enorme vooruitgang geboekt, al is het wel duidelijk dat dit een proces van langere adem is.

Wordt de kennis uit onderzoek over cannabis en ecstasy benut ten behoeve van preventieve interventies?
Preventieve interventies (met name voorlichtingsmaterialen) zijn geactualiseerd op grond van de beschikbare wetenschappelijke kennis over de gevolgen van drugsgebruik. Dit geldt bijvoorbeeld voor preventie via het internet, op scholen (cannabis) en in het uitgaansleven (cannabis, ecstasy), zoals in de coffeeshops, de reguliere horeca en tijdens grootschalige evenementen. Zo is het Trimbos-instituut in preventieproducten gaan benadrukken dat cannabisgebruik de kans op psychotische stoornissen vergroot en dat het gebruik van ecstasy een langdurige verstoring van hersenfuncties kan veroorzaken. Uit een korte ronde langs de deelnemers van het DIMS-netwerk bleek dat ook elders in het land dergelijke aanpassingen zijn aangebracht. Ten slotte is in onderzoeksvoorstellen die voor ZonMw worden ingediend een omschrijving van de implementatieplannen verplicht. Sinds een jaar wordt periodiek nagegaan wat hiervan is terechtgekomen. Niet in alle gevallen kan echter worden gecontroleerd wat hiervan in de praktijk is terechtgekomen. Dit wordt ook niet geregistreerd.

Is het behandelaanbod voor problematisch cannabisgebruik verbeterd?
Deels door de toegenomen hulpvraag en deels door informatie over de risico's van cannabisgebruik is gedurende de afgelopen jaren het nationale hulpaanbod voor met name jongere problematische cannabisgebruikers toegenomen, al staat deze ontwikkeling nog in de kinderschoenen (zie ook hoofdstuk 8). Daarnaast is de kennis over *effectieve* interventies voor deze groep inmiddels (wijd)verspreid. Of deze kennis momenteel ook daadwerkelijk wordt toegepast is zonder aanvullend onderzoek niet goed vast te stellen.

13.8 Welke onderzoeken en monitors (aantal en aard) worden op het gebied van illegale drugs uitgevoerd en wat kan gezegd worden over de kwaliteit van deze onderzoeken, monitors en registraties?

Deze vraag is specifiek door opdrachtgevers gesteld. Hieronder wordt onderscheid gemaakt tussen monitors en onderzoek. Aangezien onderzoeken die met een bepaalde frequentie worden herhaald onder 'monitors' vallen, is er enige overlap tussen beide onderdelen. De nadruk bij onderzoek ligt op (eenmalige) verdiepende en verkennende studies.

13.8.1 Monitors

In opdracht van ZonMw werd in 2004 het eerste overzicht samengesteld van bestaande monitors op het gebied van drugs.[13] Onderscheiden worden surveys (of peilingen) en registratiesystemen. Bij het eerste type gaat het om periodieke metingen bij een bepaalde doelgroep en/of in een bepaald geografisch gebied. Het kan hierbij gaan om drugsgebruik, determinanten en gevolgen van gebruik. Registraties bestaan uit bestanden waarin continu gegevens (bijvoorbeeld van cliënten) worden (verzameld en) opgeslagen. Ook wordt onderscheid gemaakt tussen generieke en specialistische monitors. Generieke monitors zijn gericht op (algemene) gezondheidsthema's, terwijl specialistische monitors specifiek op middelengebruik gericht zijn.

In 2004 werden 60 en in 2008 76 (lokale en andere) monitors gevonden. De in 2008 gevonden aantallen, indien gepubliceerd, staan hierna tussen haakjes. Van deze 60 (76) peilen er 24 (31) het (problematisch) alcohol- en drugsgebruik. Sommige doen dat op landelijk niveau, andere voor specifieke doelgroepen als scholieren, jongeren of ouderen. In 2004 maakten 8 cohortstudies deel uit van de 24 monitors naar problematisch alcohol- en drugsgebruik. Cohortstudies onderzoeken periodiek dezelfde groep personen over een langere periode. Vaak is dan sprake van uitval van respondenten. Deze studies zijn strikt genomen geen monitors. Verder werden 13 (18) monitors gevonden die medische en psychosociale hulp bij alcohol- en drugproblemen registreerden. De met het gebruik van deze middelen verband houdende sterfte werd door 7 (7) andere monitors gevolgd, marktinformatie over drugs door 3 (4) en op het terrein van justitie bestonden er nog eens 13 (16) monitors. In laatstgenoemde justitiële monitors worden gegevens in kaart gebracht over bijvoorbeeld overtredingen van de Opiumwet en drankwetten, het aantal inbeslagnames van drugs en het aantal drugszaken bij het Openbaar Ministerie en de rechtbanken. Het aantal monitors groeit nog steeds. Een aantal grootschalige surveys en registratiesystemen is elders in dit hoofdstuk beschreven. Voor een volledig overzicht wordt verwezen naar Oliemeulen et al. (2008)[14] en www.trimbos.nl/monitors.

Grootschalige bevolkingsonderzoeken en onderzoek onder scholieren die (mede) gericht zijn op drugsgebruik, zoals het Nationaal Prevalentie Onderzoek (NPO) en het Peilstationsonderzoek Scholieren, vloeien voort uit de beoogde monitoring van de prevalentie van drugsgebruik. Zij worden geheel of gedeeltelijk door VWS gefinancierd. Daarnaast bestaan ook (kleinere) monitors. Uit een handmatige telling in de geactualiseerde inventarisatie

van Nederlandse monitors blijkt dat in 2008 25 monitors direct in opdracht van de rijksoverheid werden uitgevoerd en gefinancierd.[14] Vijf andere monitors werden deels (direct) door de rijksoverheid gefinancierd. Van de 25 financierde VWS er dertien, Justitie acht, Economische Zaken twee. Twee andere werden door het Openbaar Ministerie gefinancierd en door Buitenlandse Zaken en Justitie samen.[14] De Nationale Drug Monitor biedt met haar jaarlijkse rapportages een overzicht van de stand van zaken.

Kwaliteit
Het is niet haalbaar binnen de reikwijdte van deze evaluatie om per bron uitspraken te doen over de kwaliteit van de gegevens. In algemene zin kan worden geconcludeerd dat er ondanks het grote aantal monitors in Nederland, en de enorme rijkdom aan gegevens die zij in zich bergen, ook lacunes in informatie en kennis bestaan. Zoals geconstateerd wordt in de Jaarberichten van de Nationale Drug Monitor ontbreken sommige essentiële gegevens en zijn andere gegevens verouderd of nog van onvoldoende kwaliteit.[50] Het gaat dan om beleidsrelevante gegevens en gegevens die vanwege internationale verplichtingen moeten worden aangeleverd aan het EMCDDA. Zonder te pretenderen volledig te zijn, weten we bijvoorbeeld weinig over de omvang van de groep problematische cannabis- en cocaïnegebruikers; over de mate van overlast door drugsgebruikers; over actuele prevalentiegegevens over infectieziekten (hiv, hepatitis B en C); over landelijke kwantitatieve trends van (riskant) drugsgebruik onder uitgaande jongeren; en over de registratie van effecten van specifieke behandelingen en zorg. Er is vanwege een daling in het aantal lokale (veld)studies ook onvoldoende zicht op ontwikkelingen in psychische, sociale en gezondheidsproblemen onder problematische drugsgebruikers en ook is er te weinig bekend over wie momenteel de 'nieuwe' behandelingen volgen via het internet of in privéklinieken. Letten we op drugsgerelateerde criminaliteit, dan constateren de Jaarberichten dat de registratie van in beslag genomen drugs niet uniform en nog onvolledig is. Hetzelfde geldt voor gegevens over drugsgebruikende justitiabelen. In de voorgaande hoofdstukken van deze evaluatie worden eveneens lacunes genoemd. Daarbij moet worden bedacht dat zich met de opkomst van nieuwe 'problemen' en trends in middelengebruik nieuwe vragen voordoen en dat genoemde lacunes geen statisch gegeven zijn. Monitoringinstrumenten zouden naast de benodigde standaardisatie van methodologie ook een mate van flexibiliteit moeten kunnen 'inbouwen'. Dat laatste is gemakkelijker voor (periodieke) onderzoeken dan voor registratiesystemen. Overigens wordt op diverse van de genoemde punten momenteel reeds actie ondernomen of zijn er plannen om deze lacunes (deels) op te vullen. In een project van ZonMw uit 2004 naar de opbrengst en lacunes van informatiesystemen op het gebied van alcohol en drugs, worden nog wat specifieke knelpunten benoemd.[13] Zo ontbreekt het monitorsystemen vaak aan voldoende middelen of menskracht om de verzamelde gegevens voldoende te analyseren en te publiceren, waardoor veel verzamelde kennis nooit in de openbaarheid komt. Ook zijn Nederlandse monitors lang niet altijd toegankelijk voor analyses door derden en is de toekomst van sommige relevante monitors niet zeker gesteld. Wat betreft dit laatste kan worden verwezen naar het LADIS en de LMR (zie hoofdstuk 5).

Conclusie

In 2008 werden zo'n tachtig monitors (periodieke grootschalige onderzoeken en registratiesystemen) geïnventariseerd die mede betrekking hebben op alcohol- en drugsgebruik. De in 1999 opgerichte Nationale Drug Monitor biedt met haar jaarlijkse rapportages een overzicht van de stand van zaken. Ondanks de rijkdom aan gegevens die deze monitors bieden, zijn er lacunes in beleidsrelevante informatie en ook knelpunten omtrent de benutting, toegankelijkheid en continuïteit van de gegevens.

13.8.2 Verslavingsonderzoek

Vanuit het ministerie van VWS wordt er op twee niveaus geïnvesteerd in onafhankelijk onderzoek naar de gezondheidsaspecten van verslaving. Ten eerste indirect, namelijk via het programma Resultaten Scoren en via de meerjarige onderzoeksprogramma's ingesteld bij ZonMw. En ten tweede direct, via VWS. In dit laatste geval betreft het meestal een onderzoeksvraag met hoge actualiteit. Informatie over Resultaten Scoren en ZonMw is reeds beschreven in § 13.6.2.

Het ministerie van VWS heeft geen compleet overzicht van al het onderzoek dat (deels of geheel) direct werd gefinancierd vanuit het budget voor het drugsbeleid. Waarschijnlijk gaat het om een aanzienlijk aantal onderzoeken. Op grond van diverse bronnen is geprobeerd om een globale indruk van deze 'losse' onderzoeksprojecten te verkrijgen. Zo blijken van 2000 tot 2005 ruim 60 onderzoeken en projecten op het terrein van drugs direct in opdracht van VWS te zijn gestart. De afronding van deze projecten vond uiteraard pas later plaats. De titels laten zien dat het om zeer diverse onderwerpen ging. Voorbeelden hiervan zijn: THC-concentraties in wiet,

langetermijneffecten van ecstasy, de ontwikkeling van een website over synthetische drugs, een evaluatie van het hulpaanbod voor jongeren in het Bauhuus in Groningen, een systematische review van de internationale literatuur over de effecten van behandelingen in de verslavingszorg en een grootschalige survey. Om meer helderheid over het aantal en de aard van de projecten te krijgen is aanvullend onderzoek nodig.

Of het Nederlandse onderzoek op het terrein van drugs in het algemeen kwantitatief en kwalitatief hoog scoort, is niet eenduidig te bepalen. Gewoonlijk gebeurt dit in de wetenschap op grond van het aantal publicaties in een vakgebied in internationale tijdschriften van naam (bijvoorbeeld via impact factor-meting) en op grond van het aantal malen dat dergelijke publicaties door collega's worden geciteerd (bijvoorbeeld met behulp van citatieanalyses). Om de kwaliteit van onderzoek kwantitatief inzichtelijk te maken, zijn destijds aparte wetenschappelijke disciplines ontstaan, zoals 'kwantitatieve wetenschapstudies' en 'wetenschapsdynamica'. Een dergelijke kwantitatieve aanpak kan in sociaalwetenschappelijke disciplines echter niet op een zinvolle wijze worden uitgevoerd, bijvoorbeeld omdat het belang van onderzoek over specifieke onderwerpen niet alleen afhankelijk is van puur wetenschappelijke criteria (vergelijk de beoordelingscriteria van de ZonMw-programma's), waardoor het onderzoek op specifieke sociaal-wetenschappelijke terreinen veel meer variatie vertoont per land en op diverse manieren wordt beoordeeld dus gewaardeerd. Een belangrijke praktische beperking is verder dat de database die het meest geschikt is voor citatieanalyse (de Social Science Citation Index) bij lange na niet volledig is om voor ieder land een betrouwbare analyse mogelijk te maken.[51;52] Er zijn wel nationale beoordelingsprocedures, zoals die van NWO/KNAW, maar deze vormen geen garantie voor een betrouwbaar inzicht in de kwaliteit van het wel en niet goedgekeurde onderzoek..[53]

Wel bleek uit tellingen van wetenschappelijke publicaties die het Trimbos-instituut een jaar geleden uitvoerde voor het EMCDDA, dat in 2006 bijna 80 publicaties van Nederlandse onderzoekers op het gebied van illegale drugs verschenen. Alleen in de eerste helft van 2007 (tot zover ging destijds de inventarisatie) waren dit er al zo'n 35. Waarschijnlijk liggen de aantallen hoger omdat deze tellingen niet grondig werden uitgevoerd. Helaas kon niet worden gecorrigeerd naar het (kleinere) aantal studies dat ten grondslag lag aan deze publicaties. Interessant is wel dat verreweg de meeste publicaties in buitenlandse tijdschriften verschenen. Het buitenlandse onderzoek naar drugsgerelateerde criminaliteit werd hierbij grotendeels buiten beschouwing gelaten. Hoewel dit niet is onderzocht, is het aannemelijk dat het aantal buitenlandse publicaties de afgelopen jaren is toegenomen, al was het maar omdat zowel het beleid van het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen als dat van ZonMw gedurende de afgelopen decennia expliciet stimuleren om in deze tijdschriften te publiceren. Een vergelijkende analyse van aantallen publicaties tussen Europese lidstaten door het EMCDDA geeft in ieder geval wel aan dat Nederlandse onderzoekers tezamen met onderzoekers uit Engeland, qua aantal publicaties veel hoger scoren dan hun 'collega's' in de andere lidstaten.[54]

Uit de analyse van het EMCDDA bleek voorts dat in 1996 alleen in Nederland en Ierland het belang van onderzoek op dit terrein in het nationale drugsbeleid tot uiting kwam, terwijl dit nu veel meer voorkomt, namelijk in 20 van de 27 lidstaten van Europa. Nederland blijkt bovendien tot de minderheid van lidstaten te behoren die op dit onderzoeksterrein regelmatig samenwerken met onderzoeksinstituten in andere landen.[54]

Over het aantal onderzoeksprojecten (dus niet het aantal publicaties) gedurende de afgelopen decennia zijn alleen de resultaten van de inventarisaties die Bureau Beta van 1985 tot 2003 uitvoerde bekend. Hieruit bleek grofweg dat het aantal onderzoeksprojecten in die jaren toenam van circa 150 tot 200.[55] Of door deze kwantitatieve ontwikkeling gemiddeld ook de kwaliteit van de publicaties en het onderzoek is toegenomen, is niet te zeggen. Een indicator van de kwaliteit van het verrichte drugsonderzoek is niet alleen de bovengenoemde hoeveelheid publicaties in Engelstalige peer-reviewed tijdschriften, maar ook de selectiecriteria en de beoordelingsprocedures van een organisatie als ZonMw, die onderzoek financiert. Ook wordt in de procedure van de National Drug Monitor een Wetenschappelijke Raad geconsulteerd, voordat een definitieve versie van een onderzoeksrapport wordt samengesteld. Voorts zijn grootschalige surveys gemiddeld van hoog niveau. Het NEMESIS-onderzoek scoort bijvoorbeeld wetenschappelijk zeer hoog, getuige het grote aantal publicaties in buitenlandse toptijdschriften en de hoge citatiescore. Ook het NEXT-onderzoek heeft een schat aan publicaties en proefschriften opgeleverd, evenals de Amsterdamse cohortstudie naar hiv/aids onder injecterende drugsgebruikers. Al met al lijkt het wetenschappelijke niveau van publicaties op deze terreinen gemiddeld gestegen, wanneer het wordt vergeleken met dat van enkele decennia geleden. Zoals hierboven al kort werd aangegeven, blijft het lastig om de kwaliteit van onderzoek te vergelijken.

Kwaliteit van onderzoek als gevolg van gebruikte selectie en beoordelingsprocedures is geen uitgemaakte zaak. Enige voorzichtigheid blijft daarom geboden. Uit een recent onderzoek kwam bijvoorbeeld naar voren dat de

procedures van NWO voor het onderzoeksgebied van de maatschappij en geesteswetenschappen lang niet altijd resulteerden in de beste onderzoeken. Zo bleek dat de resultaten van de peer review wel van invloed waren bij beslissingen over de verdeling van het geld, maar vaak niet doorslaggevend. Selectiecommissies maken voor een groot deel hun eigen afwegingen; welke dat zijn blijft volgens het rapport duister. 'Misschien is er alleen een eerste ronde nodig waarin slechte voorstellen worden afgewezen, en dan een lichte selectie van de winnaars. Het kan nuttig zijn om een willekeurige selectie te maken uit de groep van goede aanvragen.' [53] Hoewel het hier niet om de ZonMw-commissies gaat, is het volgens de auteurs niet ondenkbaar dat dergelijke eigenaardigheden ook gevonden zullen worden bij andere organisaties die zich bezighouden met selectie van onderzoeksvoorstellen.
Op basis van voorgaande overwegingen is te concluderen dat Nederland in Europees verband gemiddeld hoog scoort in termen van de hoeveelheid wetenschappelijke publicaties en dat de kwaliteit van het wetenschappelijk onderzoek in Nederland op het gebied van drugs vermoedelijk (gemiddeld) eveneens toegenomen is, al weten we dit laatste niet zeker en zijn uitspraken in internationaal verband voorbarig.

Conclusie

In tegenstelling tot het via Resultaten Scoren of ZonMw gefinancierde onderzoek, is er geen betrouwbaar overzicht van het direct door VWS gefinancierde drugsonderzoek. Vermoedelijk gaat het om veel 'losse' projecten maar de veranderingen in aantallen en soort gedurende de afgelopen jaren blijven onduidelijk. In Europees verband scoort het Nederlandse onderzoek qua aantal hoog. Het blijkt lastig te zijn om over de kwaliteit van het onderzoek betrouwbare vergelijkende uitspraken te doen.

13.9 Onderzoek op justitieel terrein

13.9.1 Procedure onderzoek Justitie

Het onderzoek van het ministerie van Justitie loopt in principe via het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC). Dit onderzoek wordt niet geprogrammeerd rond specifieke thema's, zoals bij ZonMw, maar komt dikwijls voort uit binnen het ministerie van Justitie levende onderzoeksvragen. Deze kunnen dan voorgedragen worden voor de jaarlijkse programmering van het WODC. Onderzoeksvragen komen ook vaak voort uit toezeggingen van de Minister van Justitie aan het parlement.
Het WODC is onder andere belast met het (laten) verrichten van onderzoek en met het adviseren over zowel voorgenomen beleidsprogramma's als over te verrichten onderzoek. Een deel van de programmering wordt door het WODC zelf uitgevoerd, een ander deel wordt uitbesteed aan externe partijen, zoals universiteiten en onderzoeksbureaus. Het uitbestede onderzoek wordt begeleid door het WODC. Het is de gewoonte om de onderzoeken te laten begeleiden door speciaal ingestelde commissies van wetenschappers, deskundigen, beleids- en eventueel ook veldvertegenwoordigers. Drugsonderzoek vormt geen onderzoeksspeerpunt bij het WODC.

13.9.2 Voornemens ten aanzien van monitoring en onderzoek

In nota's over het drugsbeleid werd onderzoek voorgenomen naar het coffeeshopbeleid, de coffeeshopbranche, de resultaten van de extra handhavingsinspanningen tegen ecstasy en naar de teelt van cannabis[2;3;5]. Het onderzoek naar het coffeeshopbeleid moest volgens de nota's tevens betrekking hebben op de scheiding van de markten, de effecten van het gemeentelijk beleid met betrekking tot overlastbeperking en op de betrokkenheid van criminele organisaties bij (de toelevering aan) de shops. Bij het onderzoek naar de coffeeshopbranche moest het gaan over criminele activiteiten van coffeeshophouders. De ecstasynota moest geëvalueerd worden in onderzoek.
Daarnaast is er onderzoek gekoppeld aan specifieke projecten en programma's. Voorbeelden zijn: het evaluatieonderzoek van het project Hektor in Venlo en, op het gebied van justitieel verslavingsbeleid, de evaluatieonderzoeken van de maatregelen Strafrechtelijke Opvang Verslaafden en Inrichting voor Stelselmatige Daders. Een opsomming van al deze voornemens voert hier te ver.

13.9.3 Is het beoogde onderzoek uitgevoerd?

Onderzoek op het gebied van drugsgerelateerde criminaliteit betreft Opiumwetdelicten, delicten tegen de Wet Voorkoming Misbruik Chemicaliën, drugsgerelateerde georganiseerde criminaliteit, criminaliteit gepleegd door drugsgebruikers, coffeeshops (gemeentelijk beleid, aantallen, handhaving en naleving van de AHOJ-G-criteria)

en drugsoverlast. Dit onderzoek wordt in Nederland door allerlei instituten en via verschillende subsidiekanalen uitgevoerd. Er bestaat geen landelijk overzicht van al deze onderzoeken. Hieronder worden uitsluitend onderzoeken en monitoren beschreven die tussen 1995 en 2008 in opdracht van het ministerie van Justitie werden uitgevoerd. Fundamenteel onderzoek en beleidsonderzoek in opdracht van andere opdrachtgevers (zoals gemeenten) blijven buiten beschouwing. Alleen projecten waarin expliciet naar drugsgerelateerde criminaliteit is gekeken, komen aan bod.
Naast deze onderzoeken zijn er ook vele studies geweest die drugs niet als hoofdthema hadden, maar waarin het onderwerp wel aan de orde kwam. Zo bevatten bijvoorbeeld de Monitor Veelplegers, de International Crime Victimization Survey en de Monitor Zelfgerapporteerde Jeugdcriminaliteit standaard vragen over drugs. Verder valt te denken aan studies naar bijvoorbeeld gedogen (1996); een reïntegratieproject voor gedetineerden (1996; 2003); het effect van voorlichting op school (1997); de evaluatie van de Wet BOB (2002; 2004); werkstraffen bij meerderjarigen (2005); de lokale aanpak van veelplegers (2006); en georganiseerde criminaliteit en rechtshandhaving op St. Maarten (2007). Ook in een researchsynthese van onderzoek op het gebied van rechtshandhaving werden drugsonderzoeken meegenomen.[56] Deze meer algemene studies worden hieronder buiten beschouwing gelaten.

De onderzoeken op justitieel terrein zijn grofweg te verdelen in (a) onderzoek dat een breed scala aan drugsgerelateerde onderwerpen behandelt, (b) onderzoek naar coffeeshops, (c) onderzoek op het terrein van drugswetcriminaliteit en georganiseerde criminaliteit en (d) onderzoek op het terrein van delinquente drugsgebruikers.

Het door Justitie gefinancierde onderzoek over illegale drugs bestaat voor een deel uit langlopende monitoren, zoals de Monitor Coffeeshops, de WODC-bijdrage aan de Nationale Drug Monitor en de Monitor Georganiseerde Criminaliteit.
Daarnaast zijn eenmalige verkennende studies uitgevoerd naar fenomenen waarover nog weinig bekend is, zoals het onderzoek naar niet-gedoogde aanbieders van cannabis en het onderzoek naar de wereld achter de wietteelt. Het gaat om a. (langlopende) monitoren, b. eenmalige verkennende studies en c. haalbaarheidsstudies. Een derde type onderzoek wordt gevormd door haalbaarheidsstudies. Omdat de drugsgerelateerde criminaliteit vaak moeilijk te meten is, is het soms nodig om de haalbaarheid van metingen te onderzoeken alvorens tot meting over te gaan. Voorbeelden hiervan zijn het haalbaarheidsonderzoek naar het meten van niet-gedoogde cannabisaanbieders en de onderzoeken waarin is nagegaan of het meten van drugsgerelateerdheid van geweldsdelicten door de politie haalbaar is.
Een vierde vorm van onderzoek is het evaluatieonderzoek. Hieronder vallen zowel plan- en procesevaluaties als product- en effectevaluaties. Voorbeelden zijn de onderzoeken naar de SOV, de ISD, de aanpak van de ecstasyproductie en -export.
Sinds augustus 2005 functioneert bij Justitie een onafhankelijke Erkenningscommissie gedragsinterventies, die beoordeelt of gedragsinterventies kunnen leiden tot vermindering of preventie van recidive. Deze commissie is geïnstalleerd als uitvloeisel van het kabinetsprogramma Naar een veiliger samenleving uit 2002 – en meer specifiek van de programma's Jeugd terecht en Terugdringen recidive. Om te kunnen beoordelen of gedragsinterventies veelbelovend zijn, maakt de Erkenningscommissie gebruik van kwaliteitscriteria die onder andere betrekking hebben op theoretische onderbouwing en effectiviteit. Ook justitiële gedragsinterventies voor drugsgebruikers moeten aan de criteria van deze commissie voldoen.

13.9.3.1 Onderzoek met een brede insteek
Onder dit onderzoek valt ten eerste de justitiebijdrage aan de Nationale Drug Monitor. Deze omvat gegevens uit registratiesystemen van politie en justitie en tevens resultaten van onderzoeken die zijn uitgevoerd. Resultaten van Justitieel onderzoek naar drugs-gerelateerde criminaliteit staan in een apart hoofdstuk van het NDM Jaarbericht, dat door het WODC aan het Trimbos-instituut (bureau NDM) wordt aangeleverd. De SIVZ en het KLPD leveren gegevens aan voor de NDM.
Het WODC levert in samenwerking met het Nationale Focal Point dat in het Trimbos-instituut huist, ook een bijdrage aan het National Report over de Nederlandse drugssituatie, dat elk jaar wordt gemaakt voor het EMCDDA. Het National Report geeft naast cijfers en resultaten uit onderzoek ook veel informatie over actuele beleidsontwikkelingen. Hieraan levert het WODC sinds 2003 een bijdrage. Bij bepaalde onderwerpen neemt het WODC tevens deel aan werkgroepen van het EMCDDA, waarin justitiegerelateerde onderwerpen voor het National Report worden voorbereid. De bijdragen van het WODC worden door het WODC zelf uitgevoerd. Ze bestrijken zowel onderzoek naar supply reduction als onderzoek naar justitieel verslavingsbeleid en overlast.

Als voorbereiding op het justitiedeel van de NDM is een studie verricht om te bepalen welke onderwerpen in de Nationale Drug Monitor opgenomen zouden moeten worden.[57] Deze studie bracht de informatiebehoefte over

drugs in beeld die verband houdt met de bedrijfsprocessen van justitie (strafrechtsketen en distributieketen) en over thema's die verband houden met drugsproblematiek, maar die voor een groot deel niet bij justitie te verkrijgen zijn (bijvoorbeeld drugsoverlast). Daarbij is gekeken naar het verschil tussen gewenste en beschikbare informatie en de aanpassingen van bestaande registratiesystemen die nodig zijn om betrouwbare informatie te verzamelen.

Ten behoeve van de NDM verricht het WODC soms verdiepende studies. Een voorbeeld is Meijer et al. (2003), waarin een (cijfermatig) overzicht wordt gegeven van de aard en omvang van geregistreerde druggerelateerde criminaliteit en de inspanningen van politie, justitie en verslavingszorg als reactie daarop.[58] Een tweede voorbeeld is het onderzoek van Jacobs (2007), waarin dossiers van strafzaken Opiumwet zijn geanalyseerd om zicht te krijgen op het soort drug dat in het spel was, het type delict dat gepleegd was en – in het geval van cannabisteelt – de aard en de omvang van de teelt.[59]

Een oudere studie is die van Van Dijk et al. uit 1996, waarin de macro-economische betekenis van de handel in verdovende middelen (cocaïne, heroïne en cannabis) en de daarmee verband houdende schade voor verschillende sectoren in de Nederlandse samenleving werden beschreven.[60] In 1998, ten slotte, is in opdracht van het WODC een verkennende studie uitgevoerd naar drugsproblemen in ons land en het Nederlandse drugsbeleid. Deze verkenning had als doel inzicht te verschaffen in:

1) de omvang van het drugsgebruik, het aantal drugsverslaafden, de door hen gepleegde criminaliteit en de door hen veroorzaakte overlast;
2) de omvang en de effectiviteit van het zorgaanbod, de preventieactiviteiten en de maatregelen met betrekking tot de bestrijding van de overlast en criminaliteit;
3) de huidige en te verwachten maatschappelijke kosten van drugsgebruik;
4) de omgevingsfactoren en autonome ontwikkelingen die van invloed kunnen zijn op de toekomstige drugsproblematiek.[61]

13.9.3.2 Onderzoek naar coffeeshops

Coffeeshopmonitor

De coffeeshopmonitor is een langlopende monitor met een beperkte vraagstelling, waarin het aantal coffeeshops in Nederland en het gemeentelijk beleid inzake coffeeshops in kaart worden gebracht. De monitor begon in 1996 met een quickscan waarbij is nagegaan welke ontwikkeling zich in 1995 en 1996 heeft voorgedaan in het aantal coffeeshops in Nederland. Van 1999 tot 2005 vond een jaarlijkse meting plaats. Toen een stabilisatie van de situatie bleek op te treden is besloten tot een tweejaarlijkse meting. Deze monitor vloeit voort uit de Drugsnota 1995. Het onderzoek is van belang om de ontwikkelingen rond coffeeshops te kunnen volgen, inzicht te krijgen in het lokale beleid en zicht te krijgen op de knelpunten en problemen hiervan. Ingegaan wordt op de door de gemeenten vastgelegde beleidscriteria, waaronder de AHOJ-G-criteria en de exploitatie- en vestigingscriteria.[62-69]

Onderzoek handhaving en naleving van de AHOJ-G criteria

In 2002 heeft de minister van Justitie toegezegd om ook de handhaving en naleving van de coffeeshopcriteria te onderzoeken. Dit is inmiddels driemaal gebeurd, waarbij de methode steeds werd aangepast en verbeterd. Bij deze drie metingen is een steekproef gehouden onder coffeeshophouders, wijkagenten, politiecoördinatoren, klanten en omwonenden van coffeeshops.[69-71]

THC-monitor

In 1999 is door de ministeries van VWS en Justitie een onafhankelijke monitor gestart naar de THC-gehaltes in cannabisproducten die in de Nederlandse coffeeshops worden verkocht. De monitor moet het te voeren cannabisbeleid ondersteunen (zie ook § 13.5). Daarbij zijn ook de in Nederland gekweekte producten vergeleken met uit het buitenland afkomstige softdrugs. Het ministerie van Justitie draagt sedert 2004 niet meer bij aan deze monitor.[36-38]

Overig cannabis-gerelateerd onderzoek

In diverse onderzoeken is gekeken naar (mogelijke) gevolgen van beleidsmaatregelen op het aankoopgedrag van cannabis. In 2001 deden Korf et al. onderzoek waarin werd nagegaan of het verhogen van de minimumleeftijd naar 18 jaar leidde tot de beoogde daling in het softdrugsgebruik onder jongeren.[72] Een tweede onderzoek van Van Ooyen-Houben en Siepermann (2002) besprak de literatuur over het gebruik en de aanschaf van cannabis door 16- en 17-jarigen.[73]

Naast de eerder genoemde studies naar coffeeshops is ook onderzoek gedaan naar niet-gedoogde cannabisaanbieders. Maalsté, Jansen & De Bie (2002) deden een haalbaarheidsstudie naar de aard en omvang van niet-gedoogde cannabisaanbieders, in aanvulling op het monitoren van alleen gedoogde cannabisaanbieders, om de effecten van het cannabisbeleid in het algemeen en die op ontwikkelingen in de cannabismarkt in het bijzonder beter te kunnen beoordelen.[74] Dit onderzoek werd gevolgd door een veldstudie naar het aandeel en de aard van niet-gedoogde verkooppunten van cannabis in Nederland.[75]

Een nauw aan coffeeshops gerelateerd onderzoek was de evaluatie van het project Hektor in Venlo. De gemeente Venlo had te maken met overlast door het gebruik van en de handel in met name cannabis. Deze overlast werd mede veroorzaakt door het drugstoerisme uit Duitsland. Venlo is in 2001 gestart met het vierjarige project Hektor, dat beoogt de (soft)drugscriminaliteit en de overlast terug te dringen. In 2001 is een nulmeting uitgevoerd en zijn indicatoren vastgesteld om de resultaten te meten. Daarna zijn een tussenmeting, een eindmeting en een vervolgmeting uitgevoerd.[76-78]

Ten slotte zijn er nog twee studies gedaan naar de teelt van cannabis. De eerste is die van Spapens, Van de Bunt & Rastovac (2007), die de wereld (het productieproces en de organisatie) achter de wietteelt onderzochten.[79] Tevens is aandacht besteed aan de internationale dimensies en het geweld in relatie tot de bedrijfsmatige en grootschalige wietteelt. Ook de justitiële aanpak van de hennepteelt is aan de orde. Daarbij is met betrekking tot enkele politieregio's nagegaan welke inspanningen op dit moment worden gepleegd en tot welke resultaten deze vooralsnog hebben geleid. Het onderzoek is tevens bedoeld als nulmeting van de pilotstudie naar hennepteelt in Limburg en Brabant. Wouters, Korf & Kroeske (2007) deden in datzelfde jaar een tweede onderzoek, gericht op het ontwikkelen van een methodiek voor het maken van betrouwbare schattingen van de jaarlijkse aantallen ontmantelde hennepkwekerijen, in beslag genomen hennepplanten en hennepstekken; en op het verkrijgen van zicht op effecten van het beleid op de cannabismarkt.[80] Deze studie werd uitgevoerd in het kader van de Nationale Drug Monitor.

Voor de bespreking van de resultaten van de onderzoeken wordt verwezen naar hoofdstuk 6 (de coffeeshoponderzoeken), hoofdstuk 9 (onderzoek naar hennepteelt) en hoofdstuk 11 (onderzoek naar overlast rond coffeeshops).

13.9.3.3 Onderzoek naar drugswetcriminaliteit

Monitor Georganiseerde Criminaliteit
Gezien het grote aandeel van drugscriminaliteit in de georganiseerde misdaad is ook de Monitor Georganiseerde Criminaliteit hier van belang. De monitor is in 1996 na de publicatie van het rapport van de Parlementaire Enquêtecommissie Opsporingsmethoden – de Commissie-Van Traa – op verzoek van de Tweede Kamer van start gegaan. Het gaat hier om periodieke rapportages over de aard van en ontwikkelingen in de georganiseerde criminaliteit in Nederland. Het doel van de monitor is om de informatie uit grootschalige opsporingsonderzoeken om te zetten in kennis over en inzicht in de georganiseerde criminaliteit in Nederland. Vragen die aan de orde komen zijn: Wie zijn de daders? Hoe werken zij samen? Hoe gaan ze te werk? Op welke manier spelen zij in op de mogelijkheden en beperkingen die hun omgeving hun biedt? Hoe schermen zij zich af tegen risico's? Wat verdienen zij aan hun illegale activiteiten. Waaraan besteden ze die opbrengst? Er zijn nu drie rapportages 'Georganiseerde criminaliteit in Nederland' verschenen.[81-83] In 2007 is eveneens de publicatie 'Criminele carrières in de georganiseerde misdaad' verschenen.[84] Dit rapport bevat de eerste resultaten van een onderzoek naar criminele carrières in de georganiseerde misdaad. Het is gebaseerd op een deelonderzoek dat in het kader van de Monitor Georganiseerde Criminaliteit is uitgevoerd naar ongeveer duizend verdachten die betrokken waren bij de eerste tachtig geanalyseerde opsporingsonderzoeken.

Samenspannen tegen XTC
De door de nota *Samenspannen tegen XTC* ingezette beleidsinspanning is geëvalueerd met drie metingen, voorafgegaan door een technisch vooronderzoek. Doel van deze metingen was na te gaan hoe het staat met de inspanningen en de resultaten van de aanpak van synthetische drugs, met name van ecstasy. Daarnaast is onderzoek gedaan naar kenmerken en motieven van ecstasysmokkelaars. Dit onderzoek was gericht op de kenmerken van in het buitenland gedetineerde ecstasykoeriers; hun methoden en motieven; de opgelegde straffen; en de mogelijkheden tot effectieve voorlichting van (potentiële) koeriers. Dit onderzoek diende als voorbereiding op een voorlichtingscampagne.[85-89]

Heroïne en cocaïne
Met uitzondering van onderzoek naar de tijdelijke noodvoorzieningen voor drugskoeriers in het kader van het Plan van Aanpak Drugssmokkel Schiphol[90] is naar handhavingsinterventies voor heroïne en cocaïne geen specifiek onderzoek verricht. Wel zijn enkele externe onderzoeken gesubsidieerd. Het betrof hier geen opdrachtonderzoek, maar onderzoek op basis van subsidieverzoeken die door de onderzoekers zelf bij Justitie werden ingediend. Het WODC beschikte namelijk een aantal jaren over de mogelijkheid om externe onderzoeken te subsidiëren. Zo werden de consequenties van veranderingen in Afghanistans heroïneproductie onderzocht[91] en werd beperkt onderzocht welke structuren en werkwijzen kenmerkend zijn voor de distributieketen van cocaïnehandel in Nederland.[92]

De resultaten van de onderzoeken naar drugswetcriminaliteit komen aan de orde in hoofdstuk 9.

13.9.3.4 Onderzoek naar delinquente drugsgebruikers

Drugsgebruikers bij de politie
In de VS worden in het kader van het ADAM-programma sinds 1987 systematisch gegevens verzameld over drugsgebruik onder aangehouden verdachten. Als eerste stap naar een Nederlands ADAM-programma is vastgesteld in hoeverre er draagvlak bestaat voor een pilot in de politieregio Haaglanden. Eind 1998 heeft op het hoofdbureau van de politie Haaglanden een mini-pilot plaatsgevonden.[93;94] In 2007/2008 vonden pilots plaats met betrekking tot de registratie van drugsgebruik bij geweldsdelicten.[95]

Drang
Naar de drangbenadering zijn diverse evaluatieonderzoeken uitgevoerd. Tevens is gezocht naar instrumentarium om motivatie, een belangrijk begrip in deze benadering, in kaart te brengen. In 2004 heeft van Ooyen-Houben alle onderzoek samengevat op het gebied van de drangbenadering dat in Nederland van 1990 tot en met 2004 werd gepubliceerd.[96] Ten tweede brachten Miedema et al. (2005) de resultaten van de pilots Justitiële Verslavingszorg in kaart om verdere vormgeving van de uitvoering van dit beleid te ondersteunen.[97] Leenarts en Van der Knaap (2007) inventariseerden instrumenten om de intrinsieke motivatie te meten bij drugsverslaafde justitiabelen.[98] Op internationaal niveau werd meegewerkt aan een quasi-experimentele effectstudie naar drang in zes Europese landen.[99] Op dit moment loopt onderzoek naar de optimalisering van voorwaardelijke sancties, waarin altijd (ook) sprake is van drang. Eén van de proefprojecten in dit kader betreft verslaafden.

SOV en ISD
De SOV en de ISD zijn onderwerp geweest van grotere onderzoeken, zowel als voorbereiding op beleidsvorming[100] als evaluatief. Na de literatuurverkenning van Baas, werd de procesevaluatie strafrechtelijke opvang verslaafden uitgevoerd door 't Land et al. (2005).[101] Deze procesevaluatie van de Wet SOV heeft betrekking op het proces van implementatie gedurende de eerste drie jaar van de SOV. De vraag was in hoeverre de invoering van de SOV heeft plaatsgevonden zoals deze aanvankelijk werd beoogd. Deze studie werd gevolgd door een effectevaluatie van Koeter en Bakker (2007), gericht op de effecten van de SOV op de verslaafden (hun situatie, hun verslaving en de mate van recidive).[102] Er vond een beginmeting plaats, elk half jaar vervolgmetingen, een eindmeting en een follow-up-meting een jaar na ontslag uit de SOV. Het onderzoek had een quasi-experimentele opzet met drie vergelijkingsgroepen: één in een drangvoorziening (Triple Ex in Den Haag), één in de Forensische Verslavingskliniek (FVK) en één in reguliere detentie.

Biesma et al. (2006) voerden een eerste inventarisatie uit van de maatregel Inrichting voor Stelselmatige Daders (ISD) en vergeleken deze met de Strafrechtelijke Opvang voor Verslaafden (SOV).[103] De hoofdvraag van het onderzoek is: op welke punten verschillen de instroom, de samenwerking, het programma en de doelgroep? Dit onderzoek had het karakter van een quickscan. In 2007-2008 is een uitgebreider procesevaluatie van de maatregel ISD uitgevoerd.[104] Nagegaan is in hoeverre de ISD geïmplementeerd werd zoals beoogd. Ook is aan de hand van 97 dossiers van ISD-ers onderzocht wat hun achtergrond, problematiek en hulpvraag was.[105] Op de uitkomsten van deze onderzoeken wordt in hoofdstuk 9 ingegaan.

Drugsgebruikers in het strafrechtelijk systeem
Oliemeulen et al. onderzochten in 2007 het aantal gedetineerden dat kampt met problematisch gebruik van alcohol of drugs of met problematisch gokgedrag, en beschreven hun zorgbehoeften. Dit is van belang voor het aanbod van gedragsinterventies aan gedetineerden en voor het begeleiden van problematische gebruikers en gokkers vanuit het gevangeniswezen naar de reguliere verslavingszorg. Eerder werd door Vogelvang et al. (2003) in samenwerking met het WODC onderzoek verricht naar de problematiek van gedetineerden.[106]

Miedema en Stolz deden in 2008 onderzoek naar Nederlanders die in buitenlandse detentie zitten wegens drugsdelicten.[107] Geïnventariseerd werden kenmerken, achtergronden en motivaties van Nederlandse gedetineerden. Doel ervan was meer inzicht te krijgen in de groei van deze groep. Daarnaast is bekeken waarom het aantal veroordelingen voor drugsdelicten zo hoog is en of de bevindingen aanknopingspunten bieden voor het formuleren van preventieve beleidsmaatregelen.

Sommige onderzoeken lopen nog. Zo werken het WODC, de Stichting Informatie Voorziening Zorg en het Trimbos-instituut samen aan een onderzoek naar drugsgebruikende justitiabelen. Doel is de huidige informatie over drugsgebruikende justitiabelen te evalueren en aan te geven of en hoe deze informatie verbeterd kan worden. De informatie is van belang voor de Nationale Drug Monitor. Verder zijn Vollebergh en Monshouwer bezig het gebruik van softdrugs door jongeren in Penitentiaire Instellingen voor Jongeren (PIJ) en jongeren in Justitiële Jeugd Inrichtingen (JJI) te vergelijken met cannabisgebruik onder jongeren die niet in deze instellingen zitten. Het IVO en WODC, ten slotte, werken ten behoeve van het forensisch zorgprogramma Justitiële Verslavingszorg, gezamenlijk aan een inventarisatie van bestaande gegevens over de omvang van de groep justitiabelen met comorbide psychiatrische problematiek, verslaving én een lichte verstandelijke handicap (LVG); en over hun zorgbehoeften. Doel van dit project is deze informatie te vergelijken met het huidige zorgaanbod, om zo een effectief forensisch (verslavings)zorgprogramma voor deze doelgroep te kunnen laten ontwikkelen.

De resultaten van de onderzoeken naar delinquente drugsgebruikers en drugsgebruikers in het strafrechtelijk systeem worden besproken in hoofdstuk 10.

13.9.3.5 Onderzoek naar overlast

Overlast wordt landelijk gemonitord in de Veiligheidsmonitor Rijk, maar de vraagstelling van deze monitor is dermate globaal geformuleerd dat weinig inzicht wordt gegenereerd in de aard van het verschijnsel. Veel onderzoek naar overlast vindt overigens lokaal plaats; het wordt geïnitieerd door gemeenten en uitgevoerd door verschillende onderzoeksinstituten.

Conclusie

Er is aandacht besteed aan het monitoren van ontwikkelingen op het gebied van drugsgerelateerde criminaliteit en overlast. Ook ontwikkelingen met betrekking tot coffeeshops en drugsgerelateerde georganiseerde criminaliteit krijgen aandacht in monitors. Drugsgerelateerde overlast wordt eveneens gemonitord, maar op een weinig specifieke wijze. Interventies voor drugsgebruikers in het strafrechtelijk systeem gaan veelal samen met (evaluatie)onderzoek.

13.10 Conclusies

In de Drugsnota 1995 werd een gebrek aan betrouwbare en representatieve cijfers over drugs, drugsgebruik en de gevolgen daarvan geconstateerd. Tevens werd gewag gemaakt van gebrek aan inzicht in de effectiviteit van preventie en behandeling (in brede zin), terwijl dit inzicht noodzakelijk is voor het construeren van richtlijnen en handreikingen voor de praktijk van preventie, behandeling en zorg. De doelen van het onderzoeksbeleid uit de Drugsnota 1995 waren een wetenschappelijk verantwoorde vernieuwing van de verslavingszorg (meer evidence-based werken) via effectiviteitsonderzoek, richtlijnen, protocollen en handreikingen voor de praktijk; en via het periodiek in kaart brengen van betrouwbare en representatieve gegevens over drugsgebruik en de gevolgen daarvan. Vrijwel tegelijkertijd werd echter ook onderzoek gefinancierd dat inzicht moest geven in de nieuwe uitgaansdrug ecstasy. Later, in 2004, werd een Actieplan ontmoediging cannabis gestart waarin onder meer gepleit werd voor onderzoek ten dienste van een verbetering van de behandeling van cannabisafhankelijkheid; en voor verschillende onderzoeken naar de risico's van cannabisgebruik, ter ondersteuning van preventieve interventies.

Drugsgebruik, de gevolgen ervan en de kwaliteitsverhoging van de verslavingszorg

Geconcludeerd kan worden dat bovenstaande vier beleidsvoornemens op het terrein van monitoring en onderzoek grotendeels zijn gerealiseerd. Het aanvankelijk geconstateerde gebrek aan gegevens lijkt sinds het uitkomen van de Drugsnota 1995 weliswaar niet op alle fronten opgeheven, maar wel aanzienlijk verminderd. Sinds 1999 is er in Nederland een Nationale Drug Monitor (NDM) die jaarlijks landelijke cijfers rapporteert, een Drugs Informatie en Monitoring Systeem dat eveneens jaarlijks een betrouwbaar beeld geeft van typen drugs die op de

markt zijn en hun kwaliteit (zuiverheid); en een Coördinatiepunt Assessment en Monitoring dat nieuwe drugs aan een risicoanalyse onderwerpt. Vervolgens zijn er enkele grootschalige surveyonderzoeken gestart die inzicht geven in het drugsgebruik. Er zijn de afgelopen tien jaar talloze andere belangrijke monitors geweest die weliswaar niet allemaal door VWS werden bekostigd, maar wel gegevens leverden die waardevol zijn voor het beleid en werden gebruikt in de rapportages van bijvoorbeeld de NDM. Deze andere monitors zijn er nog steeds, en hun aantal neemt gestaag toe. Tevens werden twee omvangrijke onderzoeksprogramma's gerealiseerd die nog steeds een belangrijke rol spelen voor het vergroten van inzicht in drugsproblemen enerzijds en voor het verbeteren van de verslavingszorg anderzijds: Resultaten Scoren en de twee achtereenvolgende onderzoeksprogramma's van ZonMw. Voorts is zowel in onderzoek op het terrein van ecstasy als cannabis fors geïnvesteerd, al blijven er nog vragen omtrent de risico's onbeantwoord.

Met deze opbrengst wordt de basis voor een zakelijke (nationale en internationale) discussie over het Nederlandse drugsbeleid verbreed. Bedacht moet worden dat ook de start van het EMCDDA bij dit alles van groot belang is geweest, omdat hiervan de nodige politieke druk uitging om via goed onderzoek ook daadwerkelijk betrouwbare en vergelijkbare cijfers te kunnen leveren. Zeker in de internationale overlegcircuits heeft Nederland al deze gegevens nodig om zijn drugsbeleid te kunnen rechtvaardigen tegenover andersdenkende landen.

Door Justitie zijn diverse onderzoeken gefinancierd. Hierbij valt een aantal dingen op. Ten eerste kan geconstateerd worden dat er aandacht wordt besteed aan het monitoren van ontwikkelingen rond coffeeshops. Het gaat hierbij voor een deel om onderzoek met beperkte vraagstellingen. Daarnaast was er onderzoek naar niet-gedoogde verkooppunten van cannabis en naar 'de wereld achter de wietteelt'. Op deze wijze zijn ontwikkelingen rond cannabis en coffeeshops gevolgd. Over de relatie tussen criminele organisaties en (de toelevering aan) coffeeshops is nog weinig exacte informatie voorhanden.
Er is relatief weinig onderzoek gedaan op het gebied van harddrugs. Kennis hierover komt wel beschikbaar uit de Monitor Georganiseerde Criminaliteit. Beleids- en gedragsinterventies op justitieel terrein zijn in toenemende mate onderwerp van evaluatieonderzoek. Dit geldt zowel voor het terrein van de drugshandel als dat van de overlast en criminaliteit door drugsgebruikers. Uitgebreide evaluaties, zoals die van het beleid volgend op de nota *Samenspannen tegen XTC* of van de SOV, vinden niet bij alle grote programma's plaats. Ten slotte kan worden opgemerkt dat er weinig echte veldstudies plaatsvinden, terwijl gebleken is dat die toch heel informatief kunnen zijn. Onderzoek naar overlast door drugsgebruikers en rond coffeeshops wordt vaak door gemeenten geïnitieerd.

Door het tot nog toe gepubliceerde onderzoek en door de manier waarop hiervan gebruik is gemaakt bij het publiceren van richtlijnen, protocollen en handreikingen voor de praktijk, is een waardevolle basis gelegd voor evidence-based werken in de verslavingszorg, hetgeen een belangrijke kwaliteitsimpuls betekent. Een groot deel van dit onderzoek werd en wordt door VWS mogelijk gemaakt via de ZonMw-programma's, het programma Resultaten Scoren, maar ook door direct door VWS en Justitie (WODC) gefinancierde projecten. Bovendien is er binnen Resultaten Scoren gewerkt aan het stimuleren van implementatie van evidence-based interventies. Ook in de selectieprocedure voor onderzoek binnen de ZonMw-programma's op dit terrein is er inmiddels al jaren expliciet aandacht voor implementatie. Dit wil echter nog niet zeggen dat binnen de verslavingszorg nieuwe interventies ook succesvol zijn geïmplementeerd (de leefstijltrainingen vormen hierop wellicht een uitzondering) en dat hun voortbestaan wordt geborgd. Daarvoor moeten vaak velerlei belemmeringen worden opgeheven of verminderd, niet in de laatste plaats bij de instellingen (zowel bij de professionals als het management) zelf. Voorts is wetenschappelijk bewijs aan verandering onderhevig en dus ook de kennis waarmee richtlijnen worden beschreven. Ook is het vaststellen van richtlijnen deels ook op ervaringskennis gebaseerd en is geconstateerd dat sommige van deze publicaties weer aan actualisering toe zijn. Evenals bij monitors is het hier belangrijk dat de continuïteit van deze inspanningen mogelijk wordt gemaakt, omdat anders het resultaat veroudert of hiaten gaat vertonen. Het belang van de cliënt waar evidence-based werken uiteindelijk op gericht is, is hiermee niet gediend.

Naast evidence-based interventies zijn er interventies die als best practice worden omschreven, omdat nog onvoldoende wetenschappelijk bewijs voorhanden is om de effectiviteit met zekerheid te kunnen vaststellen. Dat wil niet zeggen dat ze niet effectief kunnen zijn. Daarom is het zinnig om deze interventies, die gesteund worden door theorie en praktijk, de kans te geven hun effect aan te tonen.

Onderzoek op justitieel terrein dat door of onder begeleiding van het WODC wordt uitgevoerd wordt vaak aan de Tweede Kamer teruggekoppeld. Dit is altijd het geval bij een toezegging aan de Tweede Kamer en in voorkomende gevallen ook bij onderzoek dat relevant is in het kader van voorgenomen of lopende beleidsprogram-

ma's. De terugkoppeling wordt meestal begeleid door een beleidsreactie van de beleidsdirecties die om het onderzoek gevraagd hebben, waarin tevens wordt aangegeven wat met de resultaten gedaan zal worden.

Al met al zijn er veel initiatieven ondernomen die draaien om onderzoek en praktijkgerichte producten die hierop gebaseerd zijn. Dat wil nog niet zeggen dat deze resultaten ook zullen worden gebruikt of toegepast in de dagelijkse praktijk van het beleid en van de verslavingszorg. De resultaten van het programma Resultaten Scoren tonen dit aan. Het werkveld van de verslavingszorg kent wel veel producten van dit programma maar de invoering ervan vergt vaak meer inspanning. Vervolgactiviteiten blijven daarom ook hier noodzakelijk om veranderingen in te voeren en deze te laten beklijven. Dergelijke activiteiten vinden momenteel plaats in de vorm van de reeds genoemde Diagnose Behandel Combinaties, maar ook door Benchmarkingactiviteiten op sommige onderdelen van de verslavingszorg en in de vorm van de GGZ-prestatieindicatoren die ook voor de verslavingszorg gelden. Deze operaties veroorzaken op hun beurt weer een aantal continue monitor- en evaluatieactiviteiten om te bezien in hoeverre de beoogde resultaten worden gehaald.

Referenties

1. T.K.23760-1.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1993-1994 publicatienummer 23760 nr.1 (1994). *Beleid inzake XTC.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
2. T.K.24077-3.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1994-1995 publicatienummer 24077 nr.3 (1995). Drugbeleid; *Nota 'Het Nederlandse drugbeleid: continuïteit en verandering'.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
3. T.K.23760-14.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2000-2001 publicatienummer 23760 nr.14 (2001). *Beleid inzake XTC: brief minister bij de nota 'Samenspannen tegen XTC'*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
4. T.K.24077-57.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1997-1998 publicatienummer 24077 nr.57 (1997). *Drugbeleid; Brief minister met Voortgangsrapportage Drugbeleid 1997.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
5. T.K.24077-125.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2003-2004 publicatienummer 24077 nr.125 (2004). *Drugbeleid: Brief ministers over het cannabisbeleid.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
6. T.K.24077-58.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1997-1998 publicatienummer 24077 nr.58 (1997). *Drugbeleid; Brief minister met notities over crack/gekookte coke en de Nationale Drugmonitor.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
7. Spruit, I. (1997). *XTC in Nederland: een samenvatting van de bevindingen van zes projecten.* Den Haag: Sdu.
8. T.K.23760-20.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2004-2005 publicatienummer 23760 nr.20 (2007). *Beleid inzake XTC: brief minister ter aanbieding notitie 'Voortzetting aanpak synthetische drugs vanaf 2007'*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
9. Ministerie van Volksgezondheid, W.e.S.V. (1999). *Drugbeleid. Voortgangsrapportage september 1997 – september 1999.* Den Haag: Ministerie van VWS.
10. Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs (2008). *Risicoschatting cannabis 2008.* Bilthoven: RIVM.
11. Rodenburg, G., Spijkerman, R., Van den Eijnden, R., Van de Mheen, D. (2007). *Nationaal prevalentieonderzoek middelengebruik 2005*. Rotterdam: IVO.
12. Nabben, T., Benschop, A., Korf, D.J. (2007). *Antenne 2006: trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers.* Amsterdam: Rozenberg Publishers.
13. Cruts, A.A.N., Lempens, A.L.F., Ketelaars, A.P.M., Van Laar, M.W., Van de Mheen, H. (2004). *Monitoring van alcohol en drugs onder de loep: een onderzoek naar opbrengst en lacunes van informatiesystemen op het gebied van alcohol en drugs.* Utrecht: Trimbos-instituut/IVO.
14. Oliemeulen, L., Ketelaars, A.P.M., Cruts, A.A.N., Van de Mheen, H., Van Laar, M.W. (2008). *Monitors alcohol en drugs: update 2008.* Utrecht-Rotterdam: Trimbos-instituut/IVO.
15. GGZ Nederland (2009). *Werkprogramma Resultaten Scoren 2008-2009: naar een nieuwe toekomst en nieuwe structuur.* Amersfoort: GGZ Nederland.
16. Van Es, M. (2004). *Unieke samenwerking in de verslavingszorg: resultaten scoren. Verslag 1999 – 2003*. Utrecht: GGZ Nederland.
17. Schippers, G., Van Es, M., Van Dijk, A. (2005). De verslavingszorg professionaliseert: evaluatie van het zorgvernieuwingsproject 'Resultaten Scoren'. *MGv: Maandblad Geestelijke volksgezondheid,* 60(5): 527-539.
18. Mulder, E., Schippers, G.M. (2008). Resultaten Scoren: professionalisering in de verslavingszorg. In: J. Havenaar, P. Van Splunteren, J. Wenink (red.). *Koersen op kwaliteit in de GGZ*, p. 108-122. Assen: Van Gorcum.
19. Kessels & Smit (2001). *Ontwikkeling van kennis en bekwaamheid in de verslavingszorg: naar een dynamische infrastructuur.* Utrecht: GGZ Nederland.
20. Rodenburg, G., Vogelzang, A., Rijkse, D., De Hoog, M., Boon, B. (2006). *Bekwaamheidontwikkeling over verslaving in het onderwijs. Resultaten van een landelijk onderzoek op HBO instellingen en Universiteiten*. Rotterdam: IVO.
21. Mulder, E., Duimel, I., Schippers, G.M. (2005). *Resultaten Scoren scoort resultaten 2: evaluatiestudie 2004-2005*. Utrecht: GGZ Nederland.
22. Spits, M., Schippers, G.M., Buisman, W., Mulder, E. (2009). *Resultaten Scoren scoort resultaten 3. Evaluatiestudie naar het gebruik van de producten van Resultaten scoren 2005-2008*. Amersfoort: GGZ Nederland.
23. Mulder, E., Schippers, G. (2004). *Resultaten Scoren scoort resultaten: evaluatiestudie 1999-2003*. Utrecht: GGZ Nederland.
24. Casselman, J., Rooijmans, H.G.M., Sturmans, F. (2004). *Evaluatie programma Verslaving 1997-2004: rapport van de commissie externe evaluatie.* Den Haag: ZonMw/NWO.

25. Van de Goor, I., Van der Veen, E. (1999). *De eerste oogst. Overzicht van het programma Verslaving van ZON en NWO: de eerste 24 projecten*. Den Haag: ZorgOnderzoek Nederland (ZON), Programma Verslaving.
26. Van Megchelen, P., Pronk, E., Elling-De Boer, A. (2001). *De tweede oogst: proeve(n) van het Programma Verslaving ZonMw en NWO*. Den Haag: ZonMw/NWO.
27. Van Megchelen, P., Van de Goor, I. (2004). Programma Verslaving: brede investering in onderzoek, zorg en preventie. Gedrag en gezondheid: tijdschrift voor psychologie en gezondheid, 32(3): 138-152.
28. Van de Goor, L.A.M., Van Zandvoort, F.H.E. (2003). *Programma Verslaving ZonMw en NWO: Interne evaluatie.* Tilburg: TRANZO.
29. Korf, D.J., Benschop, A., Brunt, T. (2003). *Pillen testen in Nederland: een onderzoek naar versterking van de monitor uitgaansdrugs.* Amsterdam: Rozenberg Publishers.
30. T.K.23760-10.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1998-1999 publicatienummer 23760 nr.10 (1999). *Beleid inzake XTC; Brief minister over beleidsvoornemens t.a.v. het testen van pillen en het monitoren van het aanbod ervan.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
31. Koeter, M.W.J. (1997). *Laat je XTC testen: evaluatie van de testservice van de Brijder Stichting.* Amsterdam: AIAR.
32. Van de Wijngaart, G., Braam, R., De Bruin, D., Fris, M., Maalsté, N., Verbraeck, H. (1997). *Ecstasy in het uitgaanscircuit: sociaal-epidemiologisch onderzoek naar de aard, omvang en risico's van het gebruik van XTC en andere uitgaansdrugs op houseparty's.* Utrecht: CVO.
33. Benschop, A., Rabes, M., Korf, D.J. (2002). *Pill testing, ecstacy and prevention: a scientific evaluation in three european cities = Pill testing, Ecstasy and Praevention: eine wissenschaftliche Evalutionsstudie in Drei europäischen Städten.* Amsterdam: Rozenberg Publishers.
34. Nabben, T., Koet, S., Korf, D.J. (2007). *NL.Trendwatch: gebruikersmarkt uitgaansdrugs in Nederland, 2006-2007.* Amsterdam: Rozenberg.
35. Vitale, S. (2007). *A trip to the emergency room: substance use among emergency room patients in the Netherlands: prevalence rates and methodological considerations*. Rotterdam: IVO.
36. Niesink, R.J.M., Planije, M., Rigter, S. (2001). *THC-concentraties in wiet, nederwiet en hasj in Nederlandse coffeeshops (2000-2001).* Utrecht: Trimbos-instituut.
37. Niesink, R.J.M., Pijlman, F.T.A., Rigter, S. (2002). *THC-concentraties in wiet, nederwiet en hasj in Nederlandse coffeeshops (2001-2002).* Utrecht: Trimbos-instituut.
38. Niesink, R.J.M., Rigter, S., Hoek, J. (2004). *THC-concentraties in wiet, nederwiet en hasj in Nederlandse coffeeshops (2003-2004).* Utrecht: Trimbos-instituut.
39. Niesink, R., Rigter, S., Hoek, J. (2005). *THC-concentraties in wiet, nederwiet en hasj in Nederlandse coffeeshops (2004-2005).* Utrecht: Trimbos Institute.
40. Van Alem, V.C.M., Mol, A. (2004). *Cannabiscliënten in de ambulante verslavingszorg: 1994-2002.* Houten: IVZ.
41. Van Gageldonk, A., Ketelaars, T., Van Laar, M. (2006). *Hulp bij probleemgebruik van drugs: evidentie voor werkzaamheid of effectiviteit van interventies in de verslavingszorg: actualisering van de NDM achtergrondstudie uit 2004.* Utrecht: Trimbos-instituut.
42. Rigter, H., Van Gageldonk, A., Ketelaars, T., Van Laar, M. (2004). *Hulp bij probleemgebruik van drugs: stand van wetenschap voor behandelingen en andere interventies, 2004.* Utrecht: Trimbos-instituut.
43. Rigter, H., Liddle, H.A. (2008). State of the art in INCANT. *Incant Newletter,* 3):
44. Monshouwer, K., Smit, F., De Graaf, R., Van Os, J., Vollebergh, W. (2005). First cannabis use: does onset shift to younger ages? Findings from 1988 to 2003 from the Dutch National School Survey on Substance Use. *Addiction*, 100(7): 963-970.
45. Van Laar, M., Van Dorsselaer, S., Monshouwer, K., De Graaf, R. (2007). Does cannabis use predict the first incidence of mood and anxiety disorders in the adult population? *Addiction*, 102(8): 1251-1260.
46. Korf, D.J., Wouters, M., Benschop, A., Van Ginkel, P. (2004). *Sterke wiet: een onderzoek naar blowgedrag, schadelijkheid en afhankelijkheid van cannabis*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
47. Mensinga, Tj., De Vries, I.K.M., Hunault, C.C., Van den Hengel-Koot, I.S., Fijen, J.W., Leenders, M.E.C., Meulenbelt, J. (2006). *Dubbel-blind, gerandomiseerd, placebogecontroleerd, 4-weg gekruist onderzoek naar de farmacokinetiek en effecten van cannabis*. Bilthoven: RIVM.
48. Hutjes, J.M., Cuisinier, M.C.J. (1983). *Sociaal Wetenschappelijk Onderzoek in het Overheidsbeleid.* Den Haag: Staatsuitgeverij.
49. Lawrence, P.A. (2007). The mismeasurement of science. *Current Biology*, 17(15): R583-R585
50. Van Laar, M., Cruts, A.A.N., Verdurmen, J.E.E., Van Ooyen-Houben, M.M.J., Meijer, R.F. (2008). *Nationale Drug Monitor: jaarbericht 2007.* Utrecht: Trimbos-instituut.

51. Van Raan, A.F.J. (2004). Measuring science. Capita selecta of current main issues. In: H.F. Moed, W. Glänzel, U. Schmoch (red.). *Handbook of quantitative science and technology research.,* p. 19-50. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
52. Moed, H.F. (1989). *The use of bibliometric indicators for the assessment of research performance in the natural and life sciences: aspects of data collection, reliability, validity and applicability.* Leiden: DSWO-Press.
53. Leydesdorff, L., Van den Besselaar, P. (2009). Past performance, peer review, and project selection: A case study in the social and behavioral sciences [in press]. *Research Evaluation,*
54. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2008). *Selected issue 2008: national drug-related research in Europe.* Lisbon: EMCDDA.
55. Van Laar, M., Cruts, G., Van Gageldonk, A., Croes, E., Van Ooyen-Houben, M., Meijer, R., Ketelaars, T. (2008). *The Netherlands drug situation 2007: report to the EMCDDA, by the Reitox National Focal Point*. Utrecht: Trimbos Institute.
56. Klein Haarhuis, C.M., Van Ooyen-Houben, M., Kleemans, E., Leeuw, F.L. (2005). Rechtshandhaving geëvalueerd: een synthese van 31 onderzoeken. *Justitiële Verkenningen*, 31(8): 54-71.
57. Snippe, J., Hoogeveen, C., Bieleman, B. (2000). *Monitor drugproblematiek justitie, definitiestudie en ontwikkeltraject.* Groningen: Intraval.
58. Meijer, R.F., Grapendaal, M., Van Ooyen, M.M.J., Wartna, B.S.J., Brouwers, M., Essers, A.A.M. (2003). *Geregistreerde drugcriminaliteit in cijfers: achtergrondstudie bij het Justitieonderdeel van de Nationale Drugmonitor; jaarbericht 2002.* Den Haag: Boom Juridische uitgevers.
59. Jacobs, M.J.G. (2007). *Opiumwetdelicten nader bekeken: analyseverslag van een empirisch onderzoek naar Opiumwetdelicten ten behoeve van het Justitieonderdeel van de Nationale Drugmonitor, jaarbericht 2006.* Tilburg: IVA Beleidsonderzoek en advies.
60. Van Dijk, J.J., Marks, P.K., Otten, G.R., Verster, A.C.P. (1996). *Macro-economische betekenis van handel in en gebruik van verdovende middelen.* Rotterdam: Nederlands Economisch Instituut.
61. Schnabel, P., Schreuder, R.F., Broex, V.M.F. (1998). *Verkenning drugsbeleid in Nederland; feiten, opinies en scenario's.* Zoetermeer: Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg.
62. Bieleman, B., Goeree, P. (2002). *Aantal coffeeshops en gemeentelijk beleid in 2001.* Groningen: Intraval.
63. Bieleman, B., Goeree, P., Naayer, H. (2003). *Aantal coffeeshops en gemeentelijk beleid in 2002.* Groningen-Rotterdam: Intraval.
64. Bieleman, B., Goeree, P., Naayer, H. (2003). *Coffeeshops in Nederland 2002: Aantallen, gemeentelijk beleid en handhaving AHOJ-G criteria.* Groningen-Rotterdam: Intraval.
65. Bieleman, B., Goeree, P., Naayer, H. (2005). *Coffeeshops in Nederland 2004: Aantallen coffeeshops en gemeentelijk beleid 1999-2004.* Groningen-Rotterdam: Intraval.
66. Bieleman, B., Naayer, H. (2006). *Coffeeshops in Nederland 2005: Aantallen coffeeshops en gemeentelijk beleid 1999-2005.* Groningen-Rotterdam: Intraval.
67. Bieleman, B., Biesma, S., Snippe, J., De Bie, E. (1996). *Quickscan ontwikkeling in aantal coffeeshops in Nederland.* Groningen: Intraval.
68. Bieleman, B., Beelen, A., Nijkamp, R., De Bie, E. (2008). *Coffeeshops in Nederland 2007: aantallen coffeeshops en gemeentelijk beleid 1999-2007.* Groningen: Intraval.
69. Pardoel, C.A.M., Van Haaf, J., Bogaerts, S., Van Kalmthout, A.M. (2004). *Coffeeshops in Nederland anno 2003: Aantallen, lokaal beleid, handhaving en naleving.* Tilburg: IVA / Universiteit van Tilburg, departement strafrechtwetenschappen.
70. Broekhuizen, J., Raven, J., Driessen, F.M.H.M. (2006). *Handhaving en naleving van de coffeeshopregels in 2004.* Utrecht: Bureau Driessen.
71. De Bruin, D., Dijkstra, M., Breeksema, J. (2008). *Coffeeshops in Nederland 2007: naleving en handhaving van coffeeshopregels.* Utrecht: Stichting CVO.
72. Korf, D.J., Van der Woude, M., Benschop, A., Nabben, T. (2001). *Coffeeshops, jeugd en toerisme.* Amsterdam: Rozenberg Publishers.
73. Van Ooyen-Houben, M., Sieperman, M. (2002). *Gebruik en aanschaf van cannabis door 16- en 17-jarigen.* Den Haag: WODC.
74. Maalsté, N., Jansen, I., De Bie, E. (2002). *Meting van niet-gedoogde cannabisaanbieders; haalbaarheidsstudie.* Den Haag: ES&E.
75. Korf, D.J., Wouters, M., Nabben, T., Van Ginkel, P. (2005). *Cannabis zonder coffeeshop: niet-gedoogde cannabisverkoop in tien Nederlandse gemeenten.* Amsterdam: Rozenberg Publishers.
76. Snippe, J., Naayer, H., Bieleman, B. (2006). *Hektor in 2005: evaluatie aanpak drugsoverlast in Venlo.* Groningen: Intraval.

77. Snippe, J., Bieleman, B., Kruize, A., Naayer, H. (2005). *Hektor in Venlo: Eindevaluatie: inspanningen, proces en resultaten 2001-2004.* Groningen-Rotterdam: Intraval.
78. Snippe, J., Bieleman, B., Kruize, A. (2004). *Hektor in Venlo: Monitoren drugsoverlast Venlo: tussenmeting*. Groningen-Rotterdam: Intraval.
79. Spapens, T., Van de Bunt, H., Rastovac, L. (2007). *De wereld achter de wietteelt.* Rotterdam/Tilburg: Erasmus Universiteit/Universiteit van Tilburg.
80. Wouters, M., Korf, D.J., Kroeske, B. (2007). *Harde aanpak, hete zomer: een onderzoek naar de ontmanteling van hennepkwekerijen in Nederland.* Amsterdam: Rozenberg Publishers.
81. Van de Bunt, H.G., Kleemans, E.R. (2007). *Georganiseerde criminaliteit in Nederland: derde rapportage op basis van de Monitor Georganiseerde Criminaliteit.* Den Haag: WODC.
82. Kleemans, E.R., Van den Berg, E.A.I.M., Van de Bunt, H.G., Brouwers, M., Kouwenberg, R.F. (1998). *Georganiseerde criminaliteit in Nederland: rapportage op basis van de WODC-monitor.* Den Haag: WODC.
83. Kleemans, E.R., Brienen, M.E.I., Van de Bunt, H.G. (2002). *Georganiseerde criminaliteit in Nederland: tweede rapportage op basis van de WODC-monitor.* Den Haag: WODC.
84. Kleemans, E.R., De Poot, C.J. (2007). *Criminele carrières in de georganiseerde misdaad.* Den Haag: WODC.
85. Snippe, J., Kruize, A., Bieleman, B. (2003). *Inspannen tegen XTC: eerste meting: stand van zaken 2002 nota Samenspannen tegen XTC*. Groningen: Intraval.
86. Neve, R.J.M., Van Ooyen-Houben, M.M.J., Snippe, J., Bieleman, B. (2007). *Samenspannen tegen XTC: eindevaluatie van de XTC-Nota.* Den Haag: WODC/Intraval.
87. Neve, R.J.M., Van Ooyen-Houben, M., Snippe, J., Bieleman, B., Kruize, A., Bijl, R.V. (2005). *Samenspannen tegen XTC: tussentijdse evaluatie van de XTC-Nota*. Den Haag: Intraval/WODC.
88. Snippe, J., Oldersma, F., Bieleman, B. (2002). *Tussenrapport: Inspannen tegen XTC; indicatoren voor het monitoren van de XTC-aanpak*. Groningen: Intraval.
89. Van de Bunt, H., Kunst, D., Siegel, D. (2003). *XTC over de grens: een studie naar XTC-koeriers en kleine smokkelaars.* Den Haag: Boom Juridische Uitgevers.
90. Maalsté, N., Jansen, I., Van Fessem, E., Mein, A. (2002). *De noodvoorzieningen voor drugkoeriers: evaluatie van de Tijdelijke wet voor drugskoeriers in de praktijk.* Den Haag: ES&E.
91. Paoli, L., Greenfield, V., Reuter, P. (2009). *The world heroin market: can supply be cut?* Oxford: Oxford University Press.
92. Gruter, P., Van de Mheen, D. (2005). *Cocaïnehandel in Nederland: impressies van deelnemers aan drugsdistributienetwerken.* Rotterdam: IVO.
93. Van den Broek, H., Klerks, P., Den Otter, P. (2000). *ADAM in Holland? Plan van aanpak voor de pilot monitoring van drugsgebruik onder arrestanten bij de politie Haaglanden.* Den Haag: Eysink, Smeets & Etman.
94. Van den Broek, H., Klerks, P., Den Otter, P. (1999). *ADAM in Holland? Verslag van het onderzoek naar de haalbaarheid van de pilot monitoring van drugsgebruik onder arrestanten bij de politie Haaglanden*. Den Haag: Eysink, Smeets & Etman.
95. Bruinsma, M.Y., Balogh, L.D., De Muijnck, J.A. (2008). *Geweld onder invloed: evaluatie van een nieuwe werkwijze van de politie gericht op versterking van de informatiepositie ten aanzien van alcohol- en drugsgebruik door geweldplegers.* Tilburg: IVA.
96. Van Ooyen-Houben, M. (2004). Drang bij criminele harddruggebruikers – een onderzoek naar de toepassing van drang in Nederland. *Tijdschrift voor Criminologie,* 46(3): 233-248.
97. Miedema, F., Mensink, C., Eppink, M., Woldringh, C. (2005). *Verslaafde justitiabelen op hun plaats? Evaluatie van de pilots Justitiële Verslavingszorg*. Nijmegen: ITS.
98. Leenarts, L.E.W., Van der Knaap, L.M. (2007). *Motivatie te meten? Een inventarisatie van instrumenten om intrinsieke motivatie te meten bij drugsverslaafde justitiabelen.* Den Haag: WODC.
99. Stevens, A., Berto, D., Heckmann, W., Kerschl, V., Oeuvray, K., Van Ooyen, M., Steffan, E., Uchtenhagen, A. (2005). Quasi-Compulsory Treatment of Drug Dependent Offenders: An International Literature Review. *Substance Use & Misuse,* 40(269-283.
100. Baas, N.J. (1998). *Strafrechtelijke Opvang Verslaafden (SOV): een literatuurverkenning naar voor de SOV relevante ervaringen met onvrijwillig geplaatste justitiabele verslaafden in binnen- en buitenland.* Den Haag: WODC.
101. Van 't Land, H., Van Duijvenbooden, K., Van der Plas, A. (2005). *Opgevangen onder dwang: procesevaluatie strafrechtelijke opvang verslaafden.* Utrecht: Trimbos-instituut.
102. Koeter, M.W.J., Bakker, M. (2007). *Effectevaluatie van de Strafrechtelijke Opvang Verslaafden (SOV)*. Amsterdam/Den Haag: AIAR/WODC.
103. Biesma, S., Van Zwieten, M., Snippe, J., Bieleman, B. (2006). *ISD en SOV vergeleken: eerste inventarisatie meerwaarde Inrichting voor Stelselmatige Daders boven eerdere Strafrechtelijke Opvang voor Verslaafden*. Groningen-Rotterdam: Intraval.

104. Goderie, M., Lünneman, K. (2009). *De maatregel Inrichting voor Stelselmatige Daders, procesevaluatie*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
105. Goderie, M. (2009). *Problematiek en hulpvragen van stelselmatige daders.* Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
106. Vogelvang, B.O., Van Burik, A., Van der Knaap, L.M., Wartna, B.S.J. (2003). *Prevalentie van criminogene factoren bij mannelijke gedetineerden in Nederland.* Den Haag: Adviesbureau Van Montfoort/WODC.
107. Miedema, F., Stoltz, S. (2008). *Vast(gelopen) in den vreemde: een onderzoek naar het hoge aantal Nederlanders in buitenlandse detentie.* Nijmegen: ITS-Radboud Universiteit Nijmegen.
108. Ivens,Y., Wittenbers, S. (2008). *Cannabisbehandeling bij jongeren en jongvolwassenen (CB-J): richtlijn en protocol voor de behandelaar.* Amersfoort/Amsterdam: GGZ Nederland/Jellinek Mentrum.
109. Ivens,Y. (2008). *Verander je cannabisgebruik: werkboek.* Amersfoort: GGZ Nederland

14 Beschouwing en conclusie

Margriet van Laar en Marianne van Ooyen-Houben

14.1 Inleiding

De fundamenten van het huidige Nederlandse drugsbeleid zijn gelegd in de jaren zeventig. Het was een tijd waarin individuele vrijheid en verantwoordelijkheid centrale waarden in de samenleving vertegenwoordigden (Hulsman, 1971).[1] De overheid voert, in lijn daarmee, een voorzichtig en genuanceerd beleid met ruimte voor de eigen verantwoordelijkheid van de burger. Die moet zelf een reële en verantwoorde keuze kunnen maken voor een bepaald gedrag, ook voor drugsgebruik. Ten aanzien van drugsgebruik en -gebruikers geldt als uitgangspunt dat cannabis minder risicovol is dan andere drugs – dat dus een gedifferentieerde aanpak aangewezen is – en dat stigmatisering en criminalisering van gebruikers vermeden moeten worden. Drugsgebruik wordt primair als een volksgezondheidsprobleem gezien en in het drugsbeleid geldt dan ook het primaat van de volksgezondheid.

In 1976 is de wetgeving – de Opiumwet – conform de risicoverschillen tussen cannabis en harddrugs aangepast. De wet maakt onderscheid tussen 'softdrugs' en 'harddrugs', dat zich doorzet in de daaraan verbonden strafmaten. In een bijlage van de wet staan de middelen opgesomd die onder het een of het ander vallen ('lijst I' en 'lijst II'). Terwijl gebruik van drugs niet strafbaar is gesteld en bezit en teelt van kleine hoeveelheden drugs worden gedoogd, wordt grootschalige productie en handel streng bestraft. De toepassing van de Opiumwet in de praktijk weerspiegelt het gedifferentieerde beleid. De scheiding van de markten van hard- en softdrugs is in praktijk gebracht door het (gereguleerde) gedoogbeleid ten aanzien van de verkoop van cannabis in coffeeshops.

De uitgangspunten van het drugsbeleid uit de jaren zeventig zijn terug te vinden in de Drugsnota 1995.[2] In deze nota zijn voor het eerst de doelstellingen van het drugsbeleid in samenhang beschreven en geconcretiseerd naar een groot aantal verschillende onderdelen. Tevens werd geëxpliciteerd wat de verwachtingen en aannames waren waarop het beleid was gestoeld en welke aanpak voorgenomen werd voor de komende tijd. De Drugsnota 1995 is een integrale brede drugsnota die alle facetten van het drugsbeleid bestrijkt. De in de nota voorgestane aanpak bestaat uit een combinatie van activiteiten gericht op vermindering van de vraag naar drugs (*demand reduction*), activiteiten gericht op het terugdringen van de risico's die verbonden zijn met drugs en drugsgebruik (*harm reduction*), en activiteiten gericht op het terugdringen van het aanbod van drugs (*supply reduction*).

Sinds 1995 zijn weliswaar verscheidene concrete beleidsmaatregelen genomen waarmee werd ingespeeld op maatschappelijke gebeurtenissen, maar wat de fundamenten betreft hebben zich sindsdien geen veranderingen voorgedaan. Opeenvolgende kabinetten hebben de uitgangspunten en doelstellingen herbevestigd, zij het in andere bewoordingen.[3]

Sinds 1995 is geen nieuwe, integrale drugsnota meer uitgebracht. Een nieuwe nota zal in 2009 worden opgesteld. Als voorbereiding op deze nieuwe nota is geëvalueerd of de aanpak die beoogd werd daadwerkelijk in praktijk is gebracht, of de doelstellingen van het drugsbeleid, zoals die herhaaldelijk zijn verwoord, inderdaad zijn gerealiseerd, en of de uitgangspunten van het drugsbeleid nog steeds geldig zijn. Als primair uitgangspunt voor de evaluatie is de Drugsnota 1995 genomen, waarin al deze onderwerpen expliciet aan de orde zijn. De evaluatie bestrijkt de periode 1995-2007/2008. De situatie in de laatste jaren is voor de evaluatie het meest relevant met het oog op het bepalen van de doelbereiking. Deze vormt daarom het voornaamste ijkpunt voor de conclusies.

14.2 Aanpak

Globaal gesproken is de aanpak die wordt beoogd in het beleid toegepast in de praktijk, al zijn er implementatie- en capaciteitsproblemen en lacunes gesignaleerd in deze evaluatie.

Demand reduction krijgt vorm in tal van preventie- en voorlichtingsactiviteiten, die doorgaans een vrij grote dekkingsgraad hebben. Er zijn zoals beoogd vanaf midden jaren negentig landelijk (maar ook lokaal en regionaal) verschillende voorlichtingscampagnes gehouden, rondom cannabis, ecstasy en alcohol- en drugsgebruik in het algemeen, er is een landelijke informatielijn voor drugs opgericht, en een in de jaren negentig ontwikkeld schoolpreventieprogramma is gecontinueerd en geactualiseerd.

Om gezondheidsproblemen vanwege middelengebruik in het uitgaansleven tegen te gaan is een 'preventiepakket' ontwikkeld, waar de meeste verslavingszorginstellingen inmiddels gebruik van maken. Specifieke voor-

nemens in de cannabisbrief uit 2004 met betrekking tot de ontwikkeling van preventieve interventies gericht op bepaalde risicogroepen zijn grotendeels gerealiseerd, maar onbekend is in hoeverre deze worden toegepast. Er zijn initiatieven genomen om de kwaliteit van de preventiepraktijk te verbeteren, onder meer door onderzoek en standaardisatie van effectieve interventies, al levert dit in de praktijk nog wel knelpunten op.

Voor degenen die door hun drugsgebruik in problemen raken is er een landelijk en gedifferentieerd aanbod van verslavingszorg beschikbaar en er is veel aandacht voor het verbeteren van de kwaliteit van de zorg. Er is in het algemeen sprake van een toenemende professionalisering, bijvoorbeeld via ontwikkeling van richtlijnen en protocollen en een toename van het aantal opleidingen en nascholingen op het terrein van verslaving. Niet alle kwaliteitsbevorderende maatregelen en interventies zijn even goed geïmplementeerd.

Met name het bereik van de (verslavings)zorg onder opiaatverslaafden is groot. Voor andere groepen drugsgebruikers is het bereik van de zorg kleiner dan voor opiaatverslaafden, hetgeen deels kan samenhangen met de (geringere) ernst van de (comorbide) problematiek. Er zijn meer voorzieningen gekomen voor mensen met 'dubbelediagnoseproblemen' en voor jongeren met verslavingsproblemen. Het aanbod is nog niet toereikend. Langzaamaan is er specifiek aandacht gekomen voor de behandeling van probleemgebruik van crack en cannabis; deze ontwikkelingen staan echter nog in de kinderschoenen.

Op het terrein van *harm reduction* zijn tal van initiatieven genomen. Substitutiebehandeling met methadon is breed beschikbaar voor heroïneverslaafden en het aanbod is laagdrempelig, maar verbeteringen in de behandelpraktijk zijn nodig. Met de opkomst van hiv-epidemie zijn spuitomruil- en condoomverstrekkingsprogramma's 'bottom-up' ontstaan. Het aantal gebruiksruimten is het afgelopen decennium toegenomen. Voor behandelingresistente heroïneverslaafden is een passend en effectief behandelaanbod beschikbaar, in de vorm van medische heroïneverstrekking. In de vier grote steden is voorts een forse impuls gegeven aan de laagdrempelige opvang van (dreigend) dak- en thuislozen, van wie het merendeel drugsgebruiker is.

Niet alleen binnen de verslavingszorg is het aanbod groter geworden, er wordt ook meer 'integrale zorg' geboden op het terrein van wonen, huisvesting en financiën, al lijkt de benodigde samenwerking binnen en tussen instellingen voor verslavingszorg en met andere voorzieningen (justitie, gemeenten, zorgkantoren, politie, arbeidsorganisaties) nog niet optimaal. Dit manifesteert zich vooral in knelpunten op het terrein van de zorg voor mensen met complexe verslavingsproblematiek en reïntegratietrajecten.

Ook vormen van *maatschappelijke* schade zijn aangepakt. De persistente criminaliteit van harddrugsverslaafden – vooral vermogensdelicten, maar ook geweldsdelicten en Opiumwetdelicten – is conform beleidsvoornemens aangepakt: met een uitbreiding van speciale zorg- en opvangvoorzieningen, drang en dwang. In de aanpak is sprake van een combinatie van zorg en repressie. Er is een trend waarneembaar in de richting van een 'straffere' en meer persoonsgerichte aanpak, waarin gedetineerden meer systematisch worden gescreend en strikter worden geselecteerd voor gedragsinterventies. De maatregel Inrichting voor Stelselmatige Daders is hiervan een voorbeeld. De maatregel Strafrechtelijke Opvang Verslaafden en de maatregel tot plaatsing in een Inrichting voor Stelselmatige Daders (ISD) kunnen beide voor maximaal twee jaar worden opgelegd in het geval van relatief lichte vergrijpen, indien deze zeer frequent worden gepleegd. Dit kan gezien worden als een trendbreuk in de aanpak van criminele problematische drugsgebruikers. In de drang en dwang-aanpak werken politie en justitie, gemeenten en zorg- en opvanginstellingen samen. De samenwerking verliep nogal eens moeizaam, maar hierin is met de komst van de veelplegeraanpak en de maatregel ISD verbetering waarneembaar. In de zorgtrajecten waarnaar de criminele drugsgebruikers vanuit detentie verwezen worden, treedt echter veel voortijdige uitval op. Doordat de programma's vaak niet worden afgemaakt, neemt de effectiviteit af.

Overlast rondom coffeeshops vormt een serieus probleem in sommige, maar niet alle grensgemeenten, waar grote aantallen drugstoeristen uit Duitsland, België en Frankrijk komen en waar in de 'slipstream' hiervan ook drugsrunners en drugspanden voorkomen. Niet duidelijk is waarom er tussen grenssteden verschillen bestaan in overlast rondom coffeeshops. De overlast wordt aangepakt met het stellen van landelijke en lokale regels voor coffeeshops en door verplaatsing of sluiting van coffeeshops. Ook zijn speciale projecten uitgevoerd.

In de aanpak van overlast staat de lokale gerichtheid centraal. Gemeenten zoeken hun eigen oplossing voor de lokaal gerezen problemen.

Een derde vorm van maatsschappelijke schade betreft brandgevaar, wateroverlast en verloedering van woningen e.d. als gevolg van grootschalige hennepteelt in woningen. Deze overlast vormde mede een reden voor de intensivering van de aanpak hiervan in de cannabisbrief van 2004.

Op het terrein van *supply reduction* kan worden geconcludeerd dat sinds 1995 de wettelijke mogelijkheden om drugsdelicten aan te pakken zijn verruimd en aangescherpt. Er is strafrechtelijk, bestuursrechtelijk en financieel-economisch instrumentarium beschikbaar. Het bestuursrechtelijk instrumentarium wint aan toepassing. De financieel-economische aanpak blijkt complex en is in ontwikkeling.

Er worden veel inspanningen verricht in de strafrechtelijke handhaving van de Opiumwet. De productie en export van ecstasy, de invoer van cocaïne door bolletjesslikkers en bodypackers via Schiphol en de bedrijfsmatige hennepteelt zijn in de afgelopen periode met extra opsporings- en handhavingsinspanningen succesvol bestreden. Hierbij is een brede en integrale aanpak gevolgd, met gezamenlijke inzet van verschillende organisaties en combinaties van bestuurlijk en strafrechtelijk instrumentarium. De aanpak is zoveel mogelijk gericht op de hele keten van grondstoffenhandel tot en met gebruik van drugs.

Het aantal drugswetdelicten in het strafrechtelijk systeem is dan ook toegenomen. Opiumwetdelicten leggen een groot beslag op het justitiële systeem, meer nog dan in 1995 het geval was. Vooral delicten betreffende bedrijfsmatige nederwietteelt zijn, met name in de laatste jaren, veel vaker opgespoord, vervolgd en bestraft.
De opsporing van drugsgerelateerde georganiseerde criminaliteit is in de afgelopen periode geïntensiveerd en geprofessionaliseerd. Hoewel meer internationaal wordt samengewerkt zijn de Nederlandse opsporingsinstanties in eerste instantie gericht op daders die actief zijn in Nederland.

14.3 Centrale doelstelling

De centrale doelstelling van het drugsbeleid, zoals geformuleerd in de Drugsnota 1995, is '*preventie en beheersing van de uit drugsgebruik voortvloeiende gemeenschaps- en individuele risico's. In het bijzonder ten aanzien van jeugdigen wil de overheid zoveel mogelijk voorkomen dat ze overgaan tot het gebruiken van drugs*'.

Geconcludeerd kan worden dat het beleid niet heeft kunnen tegengaan dat het drugsgebruik vanaf eind jaren tachtig tot midden jaren negentig is toegenomen, ook onder jeugdigen. Desondanks is het drugsgebruik in de algemene bevolking vergeleken met andere Europese landen en de VS gemiddeld tot laag te noemen, met uitzondering van ecstasy. De stijging van drugsgebruik, met name cannabis, in het vorige decennium is elders ook waarneembaar, ongeacht het gevoerde beleid. Globaal genomen is er vanaf midden jaren negentig een positieve kentering waarneembaar: het gebruik van de meest prevalente drugs in de algemene bevolking stabiliseert of vertoont een dalende trend.

Vergeleken met hun buitenlandse leeftijdgenoten gebruiken echter vrij veel Nederlandse scholieren (geregeld) cannabis, al is er vanaf midden jaren negentig een dalende trend. Ook wat betreft het gebruik van alcohol gaan Nederlandse scholieren in Europa aan kop. In de afgelopen decennia is een groot arsenaal aan middelen op de markt verschenen, met name de uitgaansmarkt, maar afgezien van ecstasy hebben deze geen breed gebruikerspubliek getrokken. Wel zijn er in het laatste decennium signalen voor een toegenomen populariteit van cocaïne in het uitgaansleven.

Het aantal probleemgebruikers van harddrugs (eerst vooral heroïne, nadien ook crack) is eveneens gestegen sinds midden jaren zeventig, maar er is zeker geen sprake van een epidemie en vergeleken met diverse andere Europese landen is het aantal opiaatverslaafden relatief beperkt. Voor zover gegevens beschikbaar zijn lijkt het aantal opiaatverslaafden vanaf begin jaren negentig stabiel te zijn gebleven, en zijn er indicaties voor een daling in de laatste jaren. Ook is de aanwas van nieuwe (jonge) opiaatgebruikers al jaren lang zeer klein, hetgeen duidelijk zichtbaar is geworden in de veroudering van de populatie harddrugsverslaafden. Desondanks is er een nieuwe groep van primaire crackgebruikers ontstaan, naast de groep opiaatverslaafden (die ook vaak crack gebruiken). Over deze groep is echter nog weinig bekend in termen van omvang en duur van de problematiek, maar wetenschappelijk onderzoek hiernaar is in gang gezet.

Ten aanzien van beheersing van de *individuele risico's* lijkt het beleid redelijk geslaagd. Het aantal sterfgevallen in Nederland vanwege een drugsoverdosering is laag. Het aantal injecterende drugsgebruikers met hiv is relatief hoog in Amsterdam, maar elders in het land lijkt een verspreiding van deze omvang tegen te zijn gegaan. Wel zijn veel injecterende drugsgebruikers inmiddels besmet met hepatitis B en C. Deze gegevens moeten worden bezien in het licht van de beperkte groep van actueel injecterende drugsgebruikers (met het hoogste besmettingsrisico), en de sterke daling in het aantal nieuwe besmettingen. Voor de meeste van deze uitkomsten is het aannemelijk dat het beleid hierop van invloed is geweest, zoals maatregelen ter bestrijding van het verspreiden van infectieziekten, of specifieke zorgvoorzieningen voor harddrugsverslaafden (primair opiaten). Voor probleemgebruikers van andere drugs is (eveneens) een landelijk dekkend en gedifferentieerd hulpaanbod, maar valt weinig te zeggen over de 'overall' resultaten van de zorg, in termen van het bereiken van de doelen van abstinentie dan wel gecontroleerd gebruik. Acute gezondheidsincidenten vanwege het gebruik van cannabis en andere drugs (partydrugs e.a.) komen voor, maar voor zover bekend leiden deze zelden tot ernstige complicaties. Het aantal probleemgebruikers van cannabis en cocaïne dat hulp vraagt bij de verslavingszorg is sinds midden jaren negentig, evenals in veel andere Europese landen, sterk gegroeid; onbekend is of dit duidt op een toename van het probleemgebruik van deze middelen.

In hoeverre ontwikkelingen in het *gebruik* van drugs door het beleid zijn beïnvloed, en of ze überhaupt wel beïnvloedbaar zijn door het beleid, is de vraag. In de Drugsnota 1995 wordt reeds geconstateerd dat het, gezien eerdere internationale ervaringen met de aanpak van markten in 'illegale producten', te verwachten was dat met interventies van de overheid slechts beperkte resultaten zouden kunnen worden behaald ten aanzien van het inperken en 'uitbannen' van drugsgebruik. Deze veronderstelling wordt ondersteund door gegevens in deze evaluatie, namelijk dat preventieactiviteiten hooguit bescheiden effecten hebben op drugsgebruik zelf. Ook suggereert deze evaluatie dat inspanningen om productie en handel van drugs tegen te gaan wel invloed op de drugsmarkt op consumentenniveau kunnen hebben – prijs, zuiverheid – maar dat het gebruik geen noemenswaardige veranderingen laat zien. De waargenomen veranderingen in drugsmarkten op consumentenniveau betreffen echter nog alleen kortetermijnveranderingen; effecten op langere termijn zijn nog niet bekend. Ook wordt in de literatuur gesuggereerd dat zelfs een goed ontwikkeld zorgsysteem geen wezenlijke invloed heeft op het aantal verslaafden op landelijk niveau, hoewel dit wel kan bijdragen aan het beperken van de individuele en gemeenschapsrisico's.[12] Dat betekent niet dat de overheid in het geheel geen invloed zou kunnen hebben op het middelengebruik. Voor legale middelen als alcohol en tabak zijn volgens internationaal onderzoek positieve resultaten te boeken met een prijsverhoging door accijnsverhoging, en voor alcohol door een verhoging van de leeftijdsgrens voor verkoop en inperking van de verkrijgbaarheid.[4;5] De illegaliteit van drugs legt echter beperkingen op aan dergelijke mogelijkheden tot sturing van overheidswege. Ten aanzien van de verkoop van cannabis via de coffeeshops zijn deze mogelijkheden, blijkens de AHOJ-G-criteria, wel ruimer. Ook zou volgens sommige onderzoekers supply reduction enig effect kunnen hebben in de vroege ('explosieve') fase van een nieuwe drugsepidemie, maar deze strategie is waarschijnlijk weinig succesvol in het tegengaan van gebruik van drugs met een reeds 'gevestigde' marktpositie.[6]

De Drugsnota 1995 is niet geheel duidelijk in de primaire focus van de doelstelling van het drugsbeleid, namelijk preventie en beheersing van de risico's, of preventie van het gebruik zelf (of beide). Deze onduidelijkheid in het beleid wordt ook reeds geconstateerd in de nota Drugsbeleid in beweging uit 1985 en blijkt ook uit de verschillen in bewoordingen van de centrale doelstellingen in de loop der tijd (bijlage 1, hoofdstuk 4). Vanuit het perspectief van risicobeheersing lijkt het beleid haar doelstellingen redelijk te hebben behaald. Vanuit het perspectief van preventie van het gebruik zelf, met name onder jongeren, lijkt het beleid minder succesvol. De vraag is of dit als problematisch beoordeeld moet worden aangezien drugsgebruik doorgaans een voorbijgaand fenomeen is, met een piek tussen het 20e en 30e jaar, en een sterke daling daarna. Hoewel drugsgebruik in deze leeftijdgroep risico's met zich mee kan brengen zijn er aanwijzingen uit onderzoek dat met name adolescenten als hoogrisicogroep gezien kunnen worden, vanwege de gevoeligheid van het ontwikkelend brein voor drugseffecten en de hieraan gekoppelde verstoring van de psychosociale en emotionele ontwikkeling. De evidentie hiervoor is echter nog niet sterk. De laatste wetenschappelijke inzichten suggereren wel dat *bepaalde groepen jongeren* die (frequent) cannabis gebruiken als extra 'kwetsbaar' kunnen worden beschouwd voor het ontwikkelen van latere psychische en verslavingsproblematiek.[7] Een duidelijke afbakening van risicogroepen ontbreekt echter en door de jaren heen is de focus in diverse beleidsnota's verschoven (§ 7.2). Hoewel de afgelopen dertig jaar wel (doorgaans lokale en tijdelijke) projecten en activiteiten zijn uitgevoerd die zich richtten op uiteenlopende groepen 'kwetsbare' drugsgebruikers, is onduidelijk in hoeverre het beleid erin is geslaagd deze groepen (veelal jongeren) te bereiken. Hier ligt ook een uitdaging voor de toekomst, aangezien interventies die gericht zijn op de 'doorsnee'-Nederlander of -jongere, mogelijk niet geschikt zijn voor bijvoorbeeld mensen uit lagere sociaaleconomische groepen of met een gedragsprobleem.

Er zijn meerdere *gemeenschapsrisico's* te onderscheiden. Ten eerste doen zich problemen voor op het gebied van drugssmokkel, -productie en -handel. Er is sprake geweest van aanscherping en verruiming van de wettelijke mogelijkheden om deze vorm van criminaliteit aan te pakken. Op deelgebieden – ecstasy, cocaïne en nederwiet – zijn extra inspanningen gepleegd.

De ontwikkelingen gaan in de gewenste richting. De bedrijfsmatige thuisteelt van cannabis lijkt af te nemen, op Schiphol worden minder cocaïnesmokkelaars aangehouden en Nederland lijkt een minder prominente rol te spelen in de productie van ecstasy. Om de resultaten te kunnen continueren zijn de geïntensiveerde inspanningen inzake ecstasy en cocaïne structureel gemaakt. Het aanbod van nederwiet op de consumentenmarkt laat recent veranderingen zien – hogere prijs in combinatie met lagere 'zuiverheid' – , die wijzen op vermindering van het aanbod. Het aanbod van ecstasy en amfetamine op de consumentenmarkt in Nederland laat zeer recent een verslechtering van kwaliteit zien. Of dit gevolgen heeft voor de volksgezondheid is niet bekend. Ook is niet bekend of deze ontwikkelingen te maken hebben met externe invloeden of met de handhavingsinspanningen richting bedrijfsmatige nederwietteelt en precursoren. Recent internationaal onderzoek liet zien dat aanscherping van regels inzake precursoren – genuanceerde – gevolgen kan hebben voor de zuiverheid van een drug.[8] Het is echter nog niet duidelijk of de verandering een tijdelijk of een langer durend karakter heeft. Ook moet de recente

verandering gezien worden in het licht van het feit dat de prijs van ecstasy over een periode van minstens tien jaar daalde terwijl de kwaliteit en het gebruik toenamen, ondanks de inspanningen die gepleegd werden. Het is nog te vroeg om een oordeel te vormen over de betekenis van de recente verandering. Bij cocaïne wordt een trend waargenomen van een licht dalende prijs en een toename van het aandeel van versneden cocaïne.
In het gebruikersaanbod van heroïne zijn geen substantiële veranderingen gevonden.

Er worden nationale en internationale verschuivingen waargenomen in de 'supply' van drugs: er zijn signalen dat criminele samenwerkingsverbanden een grotere rol nemen in de nederwietteelt, de productie van ecstasy verspreidt zich naar meer landen en de toevoer van cocaïne naar Europa vindt via nieuwe internationale routes plaats. Ook zijn de productietechnieken van nederwiet en cocaïne in de loop van de tijd verbeterd. Verder is nog steeds sprake van betrokkenheid van nationaal en vooral ook internationaal opererende criminele samenwerkingsverbanden in de drugshandel. Ondanks de strafrechtelijke handhavingsinspanningen zijn de beleidsvoornemens om de georganiseerde criminaliteit terug te dringen niet waargemaakt.

Internationaal heeft Nederland een positie als belangrijk transitland van cocaïne en heroïne en als productieland van cannabis en ecstasy. Wat betreft ecstasy en cocaïne lijkt de positie de laatste jaren iets minder prominent geworden.

Een tweede gemeenschapsrisico wordt gevormd door de criminaliteit die gepleegd wordt door langdurig problematische harddrugsgebruikers. Het gaat dan vaak om vermogensdelicten in combinatie met gewelds- en Opiumwetdelicten. De 'drang en dwang'-aanpak, waarin verschillende organisaties samenwerken aan een combinatie van zorg en repressie heeft meer succes dan sec verblijf in detentie. Ontwikkelingen in deze vorm van drugsgerelateerde criminaliteit gaan in de gewenste richting: er is minder vermogenscriminaliteit geregistreerd. Dit wordt verklaard uit het feit dat er – door veroudering – minder criminele opiaatverslaafden zijn en dat opiaatverslaafden uit andere westerse landen minder vaak in Nederland verblijven. Maar ook de verbeterde opvang en voorzieningen voor deze groep gebruikers – inclusief methadon- en heroïneverstrekking – dragen hieraan bij, evenals het langdurige verblijf in de Inrichting voor Stelselmatige Daders. De verbetering lijkt dus een gevolg van de gecombineerde aanpak van repressie en zorg. Drugsgebruikers plegen evenwel meer geweldsdelicten dan voorheen, hetgeen mogelijk te maken heeft met het toegenomen cocaïne/crackgebruik.

Een derde gemeenschapsrisico bestaat uit de drugsgerelateerde overlast. De door harddrugsgebruikers veroorzaakte overlast wordt eveneens aangepakt met combinaties van repressie en zorg. Gebruiksruimten en 'verwijderingsbevelen' lijken een positieve invloed te hebben op deze vorm van overlast. Er zijn echter ook wel verplaatsingseffecten gesignaleerd. Burgers ervaren in het algemeen minder drugsoverlast door harddrugsgebruikers. Dit resultaat is gunstig.

De overlast rond coffeeshops is lokaal aangepakt. Landelijk worden niet zoveel formele overtredingen van het voor coffeeshops geldende overlastcriterium geregistreerd. Uit onderzoek blijkt evenwel dat dit criterium in de praktijk in 2007 bij ruim 40% van de coffeeshops wel eens overtreden werd en dat het overlastcriterium in 2004 en 2007 vaker overtreden is dan de andere criteria. Specifieke gegevens over omvang en trends ontbreken. In sommige grensgemeenten zorgen drugstoeristen voor serieuze problemen. Tevens is sprake van onrust en discussie rond coffeeshops, die te maken heeft met de overlast, maar ook met de discrepantie tussen de gedoogde verkoop aan de 'voordeur' en de niet-geregelde toevoer aan de 'achterdeur'.

De laatste jaren zijn duizenden bedrijfsmatige hennepkwekerijen ontmanteld, vooral in woningen. In hoeverre dit heeft geleid tot minder overlast staat niet vast.

14.4 Uitgangspunten van het beleid

De risicogedachte
Het in de jaren zeventig geformuleerde beleid berust op een risicodifferentiatie: de risico's van cannabis werden als geringer ingeschat dan de destijds vigerende harddrugs, zoals amfetamine, heroïne en lsd. In hoeverre dit uitgangspunt anno 2009 nog geldig is valt te bezien, met de huidige kennis van de risico's van drugs en de veranderde patronen van gebruik. Twee studies die in het kader van de nieuwe drugsnota zijn geïnitieerd, werpen meer licht op deze vraag: de 'drug ranking'-studie van het RIVM waarin de risico's van negentien drugs (inclusief alcohol en tabak) zijn vergeleken[9] en de risicoschatting van cannabis door het CAM[7]. Een aantal van de tegenwoordig bekende effecten en risico's van cannabis werd destijds reeds door de Commissie-Baan onderkend, hoewel de basis van onderzoek smal was. De commissie-Baan constateerde dat 'cannabis geen gewenning geeft en geen fysieke afhankelijkheid' en de Commissie-Hulsman noemt voorzichtig dat 'een zekere mate van afhankelijkheid kan voorkomen, maar degene die dit overkomt kan daar weer gemakkelijk van afkomen'.[1;10] Tegenwoordig wordt het risico van cannabisafhankelijkheid als serieus probleem ingeschat, zij het dat het

verslavingsrisico van cannabis aanzienlijk geringer is dan dat van crack of opiaten. Ook werd het risico op psychotische reacties genoemd, maar ontbrak het aan onderzoeksgegevens om uitspraken te doen over chronische psychotische stoornissen. Bijna veertig jaar later kan hierover meer worden gezegd. Zo concludeert het CAM op grond van nationaal en internationaal onderzoek dat cannabisgebruik bijdraagt aan het risico op het ontwikkelen van psychotische stoornissen, met name bij kwetsbare individuen. Dit zijn vooral personen die al te maken hebben gehad met psychotische symptomen of familie hebben met een psychotische stoornis. Omdat schizofrenie zich meestal in de leeftijd van 15 tot 22 jaar ontwikkelt (hetgeen verband houdt met de ontwikkeling van het brein in deze periode), zijn jongeren kwetsbaarder dan volwassenen.[7]

De risicogedachte en de daaruit volgende scheiding der markten van soft- en harddrugs hebben vorm gekregen in het coffeeshopbeleid. De verkoop van cannabis door coffeeshops wordt weliswaar gedoogd, maar dit gebeurt onder voorwaarden. Coffeeshops mogen zich niet afficheren, ze mogen geen harddrugs voorhanden hebben, geen overlast veroorzaken, geen toegang geven of verkopen aan jeugdigen onder de achttien jaar en niet meer dan vijf gram per dag aan een klant verkopen. Ze mogen bovendien niet meer dan 500 gram voorraad houden. De regels zijn in de afgelopen periode aangescherpt. Ook lokaal worden steeds meer regels gesteld. De regels worden gehandhaafd en landelijk gezien in het algemeen goed nageleefd. Onderzoek heeft laten zien dat dit beleid geen laissez faire-beleid is. Er is sprake van verdere aanscherping van het beleid, onder andere door strakkere toepassing van de regels. Het aantal coffeeshops daalt gestaag. De vraag in hoeverre de coffeeshops cannabisgebruikers ervan weerhouden hebben om harddrugs te gaan gebruiken, blijft vooralsnog onbeantwoord. De legalisering van softdrugs is een terugkerend punt van publieke discussie, evenals de regulering van toeleveranties van cannabis aan coffeeshops.

Het primaat van de volksgezondheid

Bij de voorbereiding van de wetsherziening uit 1976 werd duidelijk aangegeven dat het risico dat een stof voor de gebruiker en de samenleving kon opleveren het uitgangspunt moest zijn bij de vorming van beleid. Daarbij stelde men vast dat strafrechtelijk optreden tegen gebruikers een uiterste remedie moest zijn, terwijl sociaal-medische zorg voorop kwam te staan. Dit betekende dat het drugsbeleid primair een beleidsverantwoordelijkheid werd voor de staatssecretaris (en later minister) van Volksgezondheid. Deze focus leidde onder meer tot een wettelijk onderscheid tussen cannabis en harddrugs – ook in strafmaat – maar ook tot de introductie van methadon- en spuitomruilprojecten. Dit primaat heeft er wellicht ook toe geleid dat er niet te sterk gegrepen is naar het middel van alleen repressie waar het overlastgevende drugsgebruikers aanging. In het drugsbeleid sinds 1995 is het basisprincipe van het volksgezondheidsperspectief nog steeds terug te zien. Echter, de rol van politie en justitie is groter geworden en het *supply reduction*-beleid heeft krachtig ingezet op de aanpak van teelt, handel en smokkel. Recentere voorbeelden kunnen soms zelfs de vraag oproepen of het primaat in de praktijk nog steeds bij de volksgezondheid ligt. Zo worden partygangers bij lokaal vastgesteld 'zero tolerance'-beleid soms onderworpen aan strenge drugscontroles. Hoewel deze controles primair worden uitgevoerd om personen op te sporen die hoeveelheden drugs in bezit hebben die groter zijn dan nodig voor eigen gebruik – en die dus de verdenking van handel op zich laden – worden ook gebruikers die hoeveelheden voor eigen gebruik op zak hebben aangetroffen. Indien bijvoorbeeld gebruikers van deze controles nadelige gevolgen ondervinden, bijvoorbeeld vanwege een aanhouding/arrestatie, of omdat dit beleid het vooraf thuis consumeren van (te veel) drugs stimuleert en risico's met zich meebrengt, zou sprake kunnen zijn van een afwijking van het primaat van de volksgezondheid. Hierover zijn echter geen systematische gegevens beschikbaar. Of dit voorbeeld duidt op een veranderde benadering van drugsgebruikers – in lijn met een algemene maatschappelijke verandering in de richting van meer bevoogding en controle – en voorloper is van een trend, is vooralsnog niet aangetoond.

Een vraag die soms in criminologische hoek wordt opgeworpen is in hoeverre het primaat van de volksgezondheid er mogelijk toe heeft bijgedragen dat er, mede door manco's in de handhaving, een uitgebreide cannabismarkt is ontstaan met een daaraan verbonden wijdverbreid productiestelsel.

14.5 Vage formulering van doelstellingen

De beoordeling van het beleid is lastig gezien het gebrek aan vooraf geformuleerde kwantitatieve uitkomstmaten. Zo is de doelstelling 'het scheiden van de markten' nooit zodanig geoperationaliseerd dat aan de hand daarvan, achteraf, kan worden vastgesteld of deze doelstelling is geslaagd, dus of het beleid achteraf gezien 'succesvol' was. Naast gebrek aan kwantificering bij de hoofddoelstellingen geldt dat ook vaak voor diverse beleidsmaatregelen. Uitzonderingen zijn maatregelen die betrekking hebben op het realiseren van bepaalde voorzieningen (zoals de experimenten met medische heroïneverstrekking). Telkens is sprake geweest van intenties in termen van 'normalisering', 'beheersing', 'regulering', 'aanscherping', 'controle', 'terugdringen', 'verminderen of verhogen', 'bestrijden

of voorkomen'. Afgezien van een duidelijke bepaling van de richting of het perspectief van het beleid zijn er weinig tot geen streefcijfers geformuleerd. Op zich is het drugsbeleid hierin niet uitzonderlijk en de vraag is bovendien of dit op alle punten ook noodzakelijk, haalbaar of wenselijk is vanuit het perspectief van de beleidsmakers. Gezien de talloze factoren die van invloed kunnen zijn op beleidsuitkomsten kan het precies vaststellen van doelen een hachelijke zaak zijn (zie ook § 3.3.3). Toch is de laatste jaren een toename te zien van het kwantificeren van beleidsdoelstellingen, mede als gevolg van nieuwe regels voor beleidsvoornemens. Zo wordt bijvoorbeeld gesteld dat het aantal justitiabele verslaafden dat naar zorg wordt toegeleid dient te verdubbelen van 3000 in 2006 naar 6000 in 2011 (Ministerie van Justitie, 2009) en wordt gestreefd naar een daling in het aantal probleemdrinkers van 10,3% in 2003 naar 7,5% in 2010 (Preventienota Kiezen voor gezond leven).[11] Benchmarking met het buitenland lijkt eveneens aan kracht te hebben gewonnen bij het beoordelen van het Nederlandse drugsbeleid. Met de komst van het European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction, dat tot doel heeft de gegevensverzameling op het terrein van drugs in de EU te harmoniseren, is daadwerkelijk een stap in de goede richting gezet om internationale vergelijkingen beter te funderen, al is op dit terrein nog duidelijk een slag te maken.

14.6 Conclusie

Volksgezondheid staat voorop in het drugsbeleid. Op dit punt zijn de doelstellingen redelijk gehaald, met name waar het om risicobeheersing gaat. Nieuwe groepen van probleemgebruikers hebben zich niet aangediend, met uitzondering van de crackgebruikers die geen opiaten gebruiken. Het gebruik is het laatste decennium gestabiliseerd en Nederland neemt internationaal globaal een middenpositie in. Rondom cannabisgebruik dienden zich (meer en/of nieuwe) problemen aan die aandacht vragen.

In de jaren zeventig ging men er bij het vormgeven van het drugsbeleid van uit dat normalisering van cannabisgebruik zou optreden binnen een kleinschalige markt die gevrijwaard zou zijn van criminaliteit. Deze veronderstelling is niet uitgekomen.

Drugswetcriminaliteit, criminaliteit gepleegd door drugsgebruikers en drugsgerelateerde overlast vroegen meer aandacht dan op basis van de Drugsnota 1995 verwacht zou kunnen worden. Als reactie op de criminaliteits- en overlastproblemen zijn niet alleen de bestaande regels en wetten consequenter toegepast, maar zijn ook de wettelijke mogelijkheden verruimd en aangescherpt en extra handhavingsinspanningen gepleegd. Met deze extra inspanningen zijn de specifieke doelen bereikt, maar anderzijds doen zich verschuivingen voor in de drugsproductie en de internationale drugshandel, die om nieuwe en gecontinueerde aandacht vragen. Overlast en betrokkenheid van georganiseerde criminaliteit waren in de Drugsnota 1995 'complicaties' van het drugsbeleid. Overlast als gevolg van drugstoerisme zorgt in sommige grensgemeenten voor serieuze problemen. Mogelijk heeft dit ook te maken met andere ontwikkelingen, zoals bijvoorbeeld het wegvallen van de binnengrenzen binnen de Europese Unie of de groei van het toerisme in het algemeen. Van betrokkenheid van nationaal en internationaal opererende criminele samenwerkingsverbanden bij de drugshandel en -productie is onverminderd sprake.

Via monitoring wordt ten behoeve van het beleid de vinger aan de pols gehouden van het drugsgebruik, de drugssmokkel, -productie en handel en ad hoc onderzoek wordt uitgevoerd wanneer er signalen zijn van nieuwe ontwikkelingen. Ook al kent deze monitoring lacunes, toch lijkt dit in principe een wijze methode om te kunnen inspelen op de fluïde en wendbare wereld van de (internationale) drugsmarkt. Dit veranderlijke karakter pleit voor een dynamisch drugsbeleid, waarin verschillende strategieën – demand reduction, harm reduction, supply reduction – op de voorgrond kunnen staan, afhankelijk van de staat van het drugsprobleem.[6]

Tot slot kan worden vastgesteld dat inmiddels ook in de praktijk en het beleid van andere landen het bezit van cannabis voor eigen gebruik niet meer wordt vervolgd en harm reduction-instrumenten, zoals behandeling met vervangende middelen, spuitomruil en behandeling als alternatief voor gevangenisstraf zijn geïntroduceerd. Op deze punten vormt Nederland geen uitzondering meer. Het Nederlandse coffeeshopbeleid blijft echter zowel in binnen- als buitenland een controversieel thema, hetzij omdat men vindt dat het achterwege laten van regulering van de bevoorrading van coffeeshops niet consistent is met het gedogen van de verkoop, hetzij omdat men vindt dat het gedoogbeleid problemen met zich meebrengt. Internationale waardering is er voor de actieve opstelling van Nederland in internationale samenwerkingsverbanden. Mede door de inspanningen op het vlak van de gezamenlijke bestrijding van productie en smokkel van drugs is Nederland tegenwoordig minder een brandpunt van de internationale kritiek.

Referenties

1. Stichting Algemeen Centraal Bureau voor de Geestelijke Volksgezondheid (1971). *Ruimte in het drugbeleid (Hulsman).* Meppel: Boom.
2. T.K.24077-3.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1994-1995 publicatienummer 24077 nr.3 (1995). *Drugbeleid; Nota 'Het Nederlandse drugbeleid: continuïteit en verandering'*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
3. T.K.Handelingen 2007-2008/60-2:Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2007-2008 Handelingen 60 pag.4240-4268 (2008). *Voortzetting debat over het Nederlandse drugsbeleid (24077)*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
4. Feenstra, T.L., Van Baal, P.H.M., Hoogenveen, R.T., Vijgen, S.M.C., Stolk, E., Bemelmans, W.J.E. (2005). *Cost-effectiveness of interventions to reduce tobacco smoking in the Netherlands: an application of the RIVM Chronic Disease Model: RIVM report 260601003/2005*. Bilthoven: RIVM.
5. Anderson, P., Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe: a public health perspective: a report for the European Commission*. London: Institute of Alcohol Studies.
6. Caulkins, J.P. (2007). The need for dynamic drug policy. *Addiction*, 102(1): 4-7.
7. Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs (2008). *Risicoschatting cannabis 2008*. Bilthoven: RIVM.
8. Cunningham, J.K., Liu, L.M., Callaghan, R. (2009). Impact of US and Canadian precursor regulation on methamphetamine purity in the United States. *Addiction*, 104(3): 441-453.
9. Van Amsterdam, J., Opperhuizen, A., Koeter, M., Van Aerts, L., Van den Brink, W. (2009). *Ranking van drugs: een vergelijking van de schadelijkheid van drugs, alcohol en tabak.* Bilthoven: RIVM.
10. Werkgroep Verdovende Middelen (1972). *Achtergronden en risico's van druggebruik: rapport van de werkgroep Verdovende Middelen (Baan)*. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij.
11. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2006). *Preventienota Kiezen voor gezond leven.* Den Haag: Ministerie van VWS.
12. Reuter P., Pollack H. (2006). How much can treatment reduce national drug problems? *Addiction*, 101(3):341-7.

Lijst van afkortingen

2C-B	4-bromo-2,5-dimethoxyphenethylamine
AA	Anonieme Alcoholisten
ACT	Assertive Community Treatment
ACPO	Association of Chief Police Officers
ADAM	Arrestee Drug Abuse Monitoring
ADEPT	Accession-oriented Dutch European Proficiency Training
ADHD	Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder
AHOJ-G	geen Affichering, Harddrugs, Overlast, Jongeren – Grote hoeveelheden
AIAR	Amsterdam Institute for Addiction Research
Aids	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AIHW	Australian Institute of Health and Welfare
AIRS	Afdeling Internationale Rechtshulp
AMC	Academisch Medisch Centrum
APV	Algemene Plaatselijke Verordening
APZ	Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
AWF	Analytical Work File
BFT	Bureau Financieel Toezicht
BIBOB	Wet Bevordering Integriteitbeoordelingen door Openbaar Bestuur
BINAD	Binationale Drogenfachstelle – grenzübergreifende deutsch-niederländische Zusammenarbeit
BMC	Bureau Medicinale Cannabis
BMK	Benzyl-methyl-keton
BOB	wet Bijzondere OpsporingsBevoegdheden
BOOM	Bureau Ontnemingswetgeving Openbaar Ministerie
BOPZ	Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
B&W	Burgemeester en Wethouders
BZK	Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
CAD	Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs
CAM	Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs
CAPI	Computerised Assisted Personal Interview
CAS	Canadian Addiction Survey
CASE	Comprehensive Action against Synthetic drugs in Europe
CAST	Cannabis Abuse Screening Test
CBA	CriminaliteitsBeeldAnalyses
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CCBH	Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden
CCV	Centrum Criminaliteitsbestrijding en Veiligheid
CDIU	Centrale Dienst In-en Uitvoer
CELAD	Europese Comité voor drugsbestrijding
CHAIN	Collaborative Harmonised Amphetamine Initiative
CIA	Cannabis Intelligence Amsterdam
CIBH	Commissie Invoeringsaspecten Behandeling Heroïneverslaafden
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
CND	Commission on Narcotic Drugs
COCOP	Coördinatie Commissie Precursoren
CODRO	Council's Common and Foreign and Security Policy Working Party on Drugs
COSPOL	Comprehensive Operational Strategic Planning for the Police
CRA	Community Reinforcement Approach
CRM	Cultuur Recreatie en Maatschappelijk werk
CVS	Cliënt Volg Systeem
DARE	Drug Abuse Resistance Education
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DDR	Duitse Democratische Republiek
DEA	Drug Enforcement Administration
DGIS	Directoraat-Generaal Internationale Samenwerking
DG SANCO	Directoraat Generaal Gezondheid en Consumenten van de EU

DHN	Drugsoverleg op Hoogambtelijk Niveau
DIMS	Drugs Informatie- en Monitoringsysteem
DIS	DBC Informatiesysteem
DNR	Dienst Nationale Recherche
DRUID	DRiving Under the Influence of Drugs
DSM	Diagnostic and Statistical Manual
DWI	Dienst Werk en Inkomen
ECD	Economische Controle Dienst
EDOCRA	Effectiveness Detoxification Opioid, Community Reinforcement Approach
EEG	Europese Economische Gemeenschap
ELDD	European Legal Database on Drugs
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (in het Nederlands: EWDD)
END	European Network Drugs Expertise
EPCTF	European Police Chief Task Force
ESA	(Duitse) Epidemiological Survey of Substance Abuse
ESPAD	European School survey Project on Alcohol and other Drugs
EU	Europese Unie
EU-LAC	EU-Latin America and Caribbean
EV	Enkelvoudig Verdrag
EWDD	Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving
EWM	Early Warning Mechanism
EWS	Early Warning System
FADO	Forum voor Alcohol en Drugs Onderzoek
FAQ	Frequently asked questions
FBI	Federal Bureau of Investigation
FIOD-ECD	Fiscale inlichtingen- en opsporingsdienst – Economische controledienst
FVK	Forensische VerslavingsKliniek
GBA	Gemeentelijke Basisadministratie
GGCT	Gemeenschappelijke Grenscontroleteams
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GG&GD	Gemeentelijke Geneeskundige & Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GHB	Gamma-hydroxyboterzuur
GW	GrondWet
HBO	Hoger Beroeps Onderwijs
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children (studie)
HBV	Hepatitis B virus
HCV	Hepatitis C virus
HDG	Horizontale Drugswerkgroep
HIV	Humaan Immunodeficiëntie Virus
HKPD	stichting HuisKamer Project Drugverslaafden
HKS	Herkenningsdienstsysteem
IBPP	Institution Building Partnerships Programs
ICD	International Classification of Diseases
IDDT	Integrated Dual Disorder Treatment
IDPC	International Drug Policy Consortium
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
INCB	International Narcotics Control Board
IND	Immigratie- en NaturalisatieDienst
I&O	Informatie en Ontwikkelingscentrum zelfhulpgroepen en verslaving
IMC	Intramurale Motivatie Centra
INCB	International Narcotic Control Board
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IPOL	Dienst Internationale Politiesamenwerking
IRC	Internationale Rechtshulp Centra
ISD	Inrichting voor Stelselmatige Daders
ISD	Interdepartemantaire Stuurgroep Drugbeleid
ISAD	Interdepartemantaire Stuurgroep Alcohol en Drugbeleid

IVO	Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving
IVZ	Stichting Informatievoorziening Zorg
JGZ	Jeugd GezondheidsZorg
JIATF	Joint Inter Agency Task Force
JJI	Justitiële Jeugd Inrichtingen
KLPD	Korps landelijke politiediensten
KMar	Koninklijke Marechaussee
KNAW	Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen
KOPP	Kinderen van Ouders met Psychische Problemen
KTZ	Kernteam Zuid
KVO	Kinderen van Verslaafde Ouders
LADIS	Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem
LCMR	Besluit invoering Landelijke Centrale Middelen Registratie
LFO	Landelijke Faciliteit Ondersteuning bij ontmanteling
LIRC	Landelijk Internationaal Rechtshulp Centrum
LMR	Landelijke Medische Registratie
LO	Lager Onderwijs
LOP	Landelijk Ondersteuningspunt Preventie
LSD	d-Lysergzuur-diethylamide
LSP	Landelijk Steunpunt Preventie en Vroegsignalering
LUMC	Leids Universitair Medisch Centrum
LURIS	Landelijk Uniform Registratiesysteem Internationale Rechtshulp
LVG	Licht Verstandelijk Gehandicapt
MAOC-N	Maritime Analysis and Operations Centre for Narcotics
MATRA	Maatschappelijke Transitie
mCPP	meta-Chloor-Phenyl-Piperazine (metachloorpiperazine)
MDFT	Multi Dimensional Family Therapy
MDMA	3,4-methyleen-dioxymethamfetamine
MEK	Minimal Evaluation Kit
MMA	Meld Misdaad Anoniem
MOT	wet Melding Ongebruikelijke Transacties
MS	Multiple Sclerose
NA	Nederlandse Antillen
NDM	Nationale Drug Monitor
NEMESIS	Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study
NeVIV	Nederlandse Vereniging voor Instellingen voor Verslavingszorg
NeXT	Netherlands XTC Toxicity
NIAD	Nederlands Instituut voor Alcohol en Drugs
NIDA	National Institute on Drug Addiction
NIGZ	Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
NIMBY	Not In My Back Yard
NISPA	Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction
NMG	Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid
NNCC	National Narcotics Control Commission
NND	Nationaal Netwerk Drugsexpertise
NPO	Nationaal Prevalentie Onderzoek
NVIC	Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum
NWO	Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek
OBJD	Onderzoeks- en Beleidsdatabase Justitiële Documentatie
OCTA	Organised Crime Threat Assessment
OGGZ	Openbare Geestelijke GezondheidsZorg
OM	Openbaar Ministerie
OMDATA	registratie van strafzaken van het Openbaar Ministerie
OPS	Opsporingsregister
OW	Opiumwet
PHARE	Poland and Hungary: Assistance for Restructuring their Economies
PIJ	Penitentiaire Instellingen voor Jongeren
PMB	Politie Monitor Bevolking

PMK	Piperonyl-methyl-keton
PND	Penalty Notice for Disorder
PPC	Penitentiair Psychiatrisch Centrum
PRISM	Precursors Required in Synthetic Manufacture
PSD	Phare Synthetic Drugs and Precursors Project
RA	Registeraccountant
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermende Woonvormen
RIOB	Richtlijn Opiaat OnderhoudsBehandeling
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RMO	Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling
RS	Resultaten Scoren
RST	Recherchesamenwerkingsteam
RvBO	Raad voor BekwaamheidsOntwikkeling
RVZ	Raad voor Volksgezondheid en Zorg
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration
SAVVN	bijzondere zitting van de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties
SES	(Lage) Sociaal Economische Status
SIDV	Steun- en Informatiepunt Drugs en Veiligheid
SIVZ	zie: IVZ
SLM	Surinaamse Luchtvaart Maatschappij
SOCA	Serious Organised Crime Agency
SOV	Strafrechtelijke Opvang Verslaafden
SRM	Strafrechtmonitor
SSCI	Social Science Citation Index
SVO	Stuurgroep Vermindering Overlast
Syndec	Synthetic Drugs Enforcement Conference
TACIS	Technical Aid to the Commonwealth of Independent States
TBC	Tuberculose
TBS	Terbeschikkingstelling
TDI	Treatment Demand Indicator
THC	Tetrahydrocannabinol
TULP	TenUitvoerLegging van vrijheidsbenemende maatregelen in Penitentiaire inrichtingen
TWSSV	Tijdelijke Wet Stimulering Sociale Vernieuwing
UK	United Kingdom
UNDCP	United Nations International Drug Control Programme
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
USD	Unit Synthetische Drugs
UvA	Universiteit van Amsterdam
UZN	Unit Zuid Nederland
VAD	Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen
VBA	Verslavings Begeleidings Afdeling
VK	Verenigd Koninkrijk
VMBO-p	Voorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs – praktijkgerichte leerweg
VMBO-t	Voorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs – theoretische leerweg
VMR	Veiligheids Monitor Rijk
VN	Verenigde Naties
Vomil	Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne
VS	Verenigde Staten
VWO	Voorbereidend Wetenschappelijk Onderwijs
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WDR	World Drug Report
WHO	World Health Organisation (Wereld Gezondheidsorganisatie)
Wid	Wet identificatie bij dienstverlening
WMG	Wet Marktordening Gezondheidszorg
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
WO	Wetenschappelijk Onderwijs
WODC	Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum

WOTS	Wet Overdracht Tenuitvoerlegging Strafvonnissen
WR	Wetenschappelijke Raad
WVC	Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
WVMC	Wet Voorkoming Misbruik Chemicaliën
Wwft	Wet ter voorkoming van witwassen en financiering van terrorisme
XTC	Ecstasy
ZAVP	Zeer Actieve VeelPlegers
ZM	Zittende Magistratuur
ZON	ZorgOnderzoek Nederland
ZonMw	Zorgonderzoek Nederland Medische Wetenschappen
ZVW	ZorgVerzekeringsWet