



COMMISSIE VAN DE EUROPESE GEMEENSCHAPPEN

Brussel, 18.4.2007
COM(2007) 199 definitief

**VERSLAG VAN DE COMMISSIE AAN HET EUROPEES PARLEMENT EN DE
RAAD**

**betreffende de implementatie van de aanbeveling van de Raad van 18 juni 2003 over de
preventie en beperking van gezondheidsschade die samenhangt met drugsverslaving**

INHOUDSOPGAVE

1.	ACHTERGROND.....	3
2.	METHODOLOGIE – GEGEVENSVERZAMELING.....	3
3.	BELANGRIJKSTE UITKOMSTEN DIE MET DE IMPLEMENTATIE VAN DE AANBEVELING VAN DE RAAD VERBAND HOUDEN.....	4
4.	CONCLUSIES	9
5.	FOLLOW-UP VAN DE AANBEVELING VAN DE RAAD VAN 2003	10
	TECHNICAL ANNEXES.....	13
5.1.	ANNEX I – Abbreviations and technical terms used	13
5.2.	ANNEX II – Figures	14

1. ACHTERGROND

Op 18 juni 2003 aanvaardde de Raad een aanbeveling betreffende "de preventie en beperking van gezondheidsschade die samenhangt met drugsverslaving"¹. Het doel van de aanbeveling is om het aantal drugsgerelateerde sterfgevallen ("drug-related deaths" ofwel DRD's) en drugsgerelateerde gezondheidsschade te beperken door de lidstaten te stimuleren om antwoorden en strategieën op te stellen en te ontwikkelen om drugsgerelateerde schade te voorkomen en te beperken. Dit gevoel van urgentie werd in de drugsstrategie van de EU voor 2005-2012 en het actieplan van de EU voor 2005-2008 herhaald.

De aanbeveling omvat drie hoofdpunten voor maatregelen van de lidstaten:

- (1) preventie van drugsverslaving en vermindering van de ermee samenhangende risico's tot een doelstelling van het volksgezondheidsbeleid maken en daartoe alomvattende strategieën ontwikkelen en uitvoeren;
- (2) de incidentie van drugsgerelateerde gezondheidsschade (zoals hiv, hepatitis B en C, en tuberculose) en het aantal DRD's aanzienlijk terugdringen, door middel van 13 subpunten die betrekking hebben op schadebeperkende diensten en faciliteiten (bijv. distributie van injectiematerialen, vaccinatie, behandeling, informatie en scholing);
- (3) een goede evaluatie ontwikkelen ter verbetering van de effectiviteit en efficiëntie van drugspreventie en drugsgerelateerde gezondheidsrisico's terugdringen, door middel van 9 subpunten die betrekking hebben op kwaliteitsgarantie, monitoring en evaluatie van programma's.

De aanbeveling verwacht binnen twee jaar na goedkeuring ervan teruggaapportage van de lidstaten over de implementatie van bovenstaande punten en nodigt de Commissie uit om een verslag op te stellen.

Het Europees waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving (EWDD) publiceert jaarlijks een verslag over de toestand van het drugsprobleem in de EU, met inbegrip van informatie over DRD's en drugsgerelateerde infectieziekten, zoals hiv/aids en hepatitis. **Zie grafiek 1.**

2. METHODOLOGIE – GEGEVENSVERZAMELING

Dit verslag is op twee hoofdbronnen gebaseerd.

Om te beginnen vroeg de Commissie de lidstaten in 2005 om verslag uit te brengen over de stand van zaken betreffende de implementatie van de aanbeveling van de Raad.

Bovengenoemde informatie werd vervolgens verwerkt door het Trimbos-instituut, een onafhankelijk onderzoekscentrum op het gebied van geestelijke gezondheid en verslaving, dat de opdracht had gekregen om een achtergronddocument te schrijven ter voorbereiding van dit verslag. Het achtergronddocument bevat gedetailleerde informatie over het beleid en de praktijken die er in de verschillende lidstaten bestaan voor de preventie en beperking van gezondheidsschade die samenhangt met drugsverslaving, alsmede een overzicht van de huidige situatie met betrekking tot de effectiviteit van schadebeperkende interventies².

¹ PB L165 van 3.7.2003, blz. 31

² Zie Annex 2

3. BELANGRIJKSTE UITKOMSTEN DIE MET DE IMPLEMENTATIE VAN DE AANBEVELING VAN DE RAAD VERBAND HOUDEN

3.1. Aanbeveling punt 1 – Schadebeperking als een doelstelling van het volksgezondheidsbeleid

In alle lidstaten is de preventie en beperking van drugsgerelateerde schade een duidelijk omschreven doelstelling van het volksgezondheidsbeleid op nationaal niveau. In dit proces speelde de aanbeveling een belangrijke rol, met name in het merendeel van de landen die in 2004 lid van de EU werden.

De lidstaten hebben tevens een verwijzing naar de aanbeveling van de Raad opgenomen in de EU-drugsstrategie voor 2005-2012.

3.2. Aanbeveling punt 2 – Schadebeperkende diensten en faciliteiten in de lidstaten

Alle lidstaten, waarvan sommige in mindere mate, hebben schadebeperkende diensten en faciliteiten opgericht.

De gegevens die ten behoeve van het achtergronddocument werden verzameld, geven een goed overzicht van de beschikbaarheid van diensten en faciliteiten in de lidstaten.

Zie grafiek 2, bijlage II.

- *Schadebeperkende faciliteiten en diensten in de lidstaten*

Alle lidstaten hebben het beleid geïmplementeerd om drugsgebruikers voorlichting en begeleiding te bieden. Andere maatregelen inzake **informatie, educatie en communicatie (IEC)** zijn telefonische hulplijnen en een grote variëteit aan voorlichtingsfolders, die voor drugsgebruikers in alle landen beschikbaar zijn. Tweeëntwintig landen maken gebruik van websites en sommige hebben zelfs instrumenten voor internetcounseling. In 21 landen zijn er scholingscursussen die op de preventie van risico's en schade zijn gericht. In Malta bijvoorbeeld is dergelijke scholing op individuele basis beschikbaar voor drugsgebruikers die poliklinisch worden begeleid.

De gemeenschappen en gezinnen van drugsgebruikers spelen een grote rol bij de schadebeperkende activiteiten in de lidstaten en in de meeste landen zijn er specifieke informatiepakketten voor hen beschikbaar. In het Verenigd Koninkrijk bijvoorbeeld worden gezinnen betrokken bij trainingen om overdosering te voorkomen, teneinde het aantal DRD's te verminderen.

Straathoekwerk is een veelgebruikte strategie om infectieziekten te voorkomen. Deze strategie is ofwel op straat, ofwel in de recreatieve setting, zoals bij danceparty's/"raves", in alle lidstaten goed geïmplementeerd, zij het met geografische variaties binnen de landen. Zo bestaan er bijvoorbeeld in heel Italië straathoekprojecten en laagdrempelige diensten, terwijl de verscheidenheid aan faciliteiten met de tijd is genomen. Daarnaast is in een aantal streken van het land onlangs mobiele methadonbehandeling geïntroduceerd.

Groepsgenoten ("peers") en vrijwilligers worden in de meeste lidstaten (19) systematisch bij het **straathoekwerk** betrokken. Er is informatie beschikbaar met betrekking tot de scholing van groepsgenoten en vrijwilligers, zij het dat informatie over hun concrete betrokkenheid bij het straathoekwerk beperkt is. In bijvoorbeeld België wordt (voormalige)

drugsgebruikers geleerd om boodschappen te verspreiden over de preventie van hiv en overdosering.

In de grote meerderheid van de lidstaten (20) bestaan er **netwerken en samenwerkingsverbanden tussen de bij het straathoekwerk betrokken** instanties, zij het dat het aantal instanties in een aantal landen erg klein is. Het is zeer hoopgevend dat Litouwen en Letland dit beleid op korte termijn zullen implementeren.

Voorzieningen voor de behandeling van drugsverslaving bestaan in alle lidstaten en de landen passen opiaatsubstitutietherapie toe (Cyprus is bezig met de voorbereiding van dergelijke behandelingsprogramma's). Er zijn onderhouds- en detoxificatieregimes om respectievelijk het drugsgebruik te stabiliseren en te verminderen/beëindigen. **Opiaatsubstitutietherapie** is een veel gebruikte strategie om het aantal DRD's te verminderen, en in bijna alle landen (24) is substitutietherapie met methadon en/of buprenorfine beschikbaar, ondersteund door psychosociale zorg. Zweden was bijvoorbeeld het eerste land dat onderhoudsbehandeling met methadon verstrekte, en momenteel loopt er een streng, hoogdrempelig methadon-onderhoudsprogramma.

Verscheidene onderzoeken laten een verband zien tussen onderhoudsbehandeling van opiaatgebruikers en een verlaging van het aantal drugsgelateerde sterfgevallen. De effectiviteit zou nog kunnen toenemen met hogere doses en met psychosociale interventie als aanvulling op de behandelingsprogramma's.

Wat de **preventie van oneigenlijk gebruik van vervangende stoffen** betreft melden bijna alle lidstaten (22) dat maatregelen zoals nauwkeurige registratie, inname onder toezicht, urineonderzoek en het dagelijks ophalen van de medicatie, zijn genomen om weglekken naar de zwarte markt te voorkomen. Estland en Slovenië gaven bijvoorbeeld specifiek aan dat de implementatie van het beleid om oneigenlijk gebruik te voorkomen een uitvloeisel van de aanbeveling is.

Testen/screenen op infectieziekten is in 19 lidstaten over het hele land beschikbaar en in drie landen in bepaalde geografische gebieden. Op drugsgebruikers gerichte preventie- en educatiemethoden, alsmede specifieke behandelingsprogramma's voor de preventie van infectieziekten zijn in 15 landen over het hele land beschikbaar en in vijf landen in specifieke geografische gebieden. **Vaccinatiecampagnes** voor hepatitis B, die specifiek op drugsgebruikers zijn gericht, zijn in 15 landen over het hele land beschikbaar en in vijf andere landen in bepaalde gebieden. Zo gaven bijvoorbeeld in Luxemburg de National Focal Points (NFP's)³ in 2005 de aanzet tot een actie- en onderzoeksprogramma dat voorziet in "on-site"-onderzoek (hep. A, B, C, en hiv) en vaccinatie (hep. A, B) door gespecialiseerde nationale non-gouvernementele organisaties (NGO's). **Vaccinatieprogramma's** bestaan er in de hele EU, maar zijn niet altijd specifiek op drugsgebruikers gericht.

Omruilprogramma's voor naalden en spuiten bestaan er in 24 lidstaten, in 15 van deze over het hele land. **Distributie van condooms** vanuit drugsdiensten is met enkele uitzonderingen (2) in de hele EU voorhanden. Er is gebleken dat omruilprogramma's voor naalden en spuiten, in combinatie met informatie- of educatiestrategieën die zich op drugsgebruikers in hun dagelijkse omgeving richten, zowel doeltreffend als kosteneffectief zijn wat het verlagen van risicogedrag onder injecterende drugsgebruikers betreft; hierdoor kunnen ze overdracht van infectieziekten waarschijnlijk voorkomen.

³ <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=403>

Alle landen hebben een beleid dat ervoor zorgt dat **nooddiensten** worden geschoold en geoutilleerd om overdosering te behandelen en in de meeste landen (20) hebben ambulances routinematig de opiaatantagonist naloxon aan boord. Het medisch personeel dat bij nooddiensten werkt, krijgt echter in slechts 10 landen specifieke scholing om overdosering van drugs te behandelen..

Het laatste subpunt onder dit punt van de aanbeveling vraagt om ondersteuning voor **scholingsactiviteiten die tot een erkende kwalificatie leiden voor beroepskrachten** die verantwoordelijk zijn voor de preventie en beperking van gezondheidsrisico's die met drugsverslaving samenhangen. In bijna alle lidstaten (22) bestaat een dergelijk beleid. Scholing voor straathoekwerkers en beroepskrachten die werkzaam zijn op het terrein van onderhoudsbehandeling, is beschikbaar in respectievelijk 21 en 20 landen. In 19 landen zijn er voorzieningen voor de scholing van mensen die in laagdrempelige diensten werkzaam zijn.

- ***Schadebeperkende diensten in gevangenissen***

Het EWDD meldt dat de "lifetime"-prevalentie van injecterend drugsgebruik onder gevangenen in Europa tussen 7% en 38% ligt. Een beleid om drugsgebruikers in gevangenissen toegang te geven tot dezelfde diensten als welke voor drugsgebruikers buiten de gevangenissen beschikbaar zijn, bestaat in 20 lidstaten en wordt binnenkort in vier landen geïntroduceerd.

Het achtergronddocument vermeldt dat omruilprogramma's voor naalden en spuiten in gevangenissen waarschijnlijk doeltreffend zijn als het gaat om de vermindering van het delen van naalden door injecterende drugsgebruikers en de overbrenging van drugsgerelateerde infectieziekten. Mogelijk verminderen ze ook het aantal abscessen.

De distributie van drugsparafernalía⁴ is geen gangbare praktijk in de gevangenissen (slechts in 11 landen). Drie landen bieden gelegenheid tot het omruilen van naalden en spuiten in gevangenissen. Zo is bijvoorbeeld in Spanje in 38 gevangenissen een omruilprogramma voor naalden en spuiten voorhanden.

Substitutie therapie en detoxificatiebehandelingen zijn in gevangenissen in respectievelijk 17 en 19 landen beschikbaar, zij het dat de dekking sterk wisselt. Distributie van condooms in gevangenissen vindt in 16 landen plaats.

Zie grafiek 3, bijlage II.

- ***Integratie van schadebeperking met de sociale en geestelijke gezondheidszorg***

De lidstaten geven aan dat schadebeperking op beleidsniveau als een integraal onderdeel van de (geestelijke) gezondheidszorg en sociale zorg wordt beschouwd, maar volgens het achtergronddocument wordt deze integratie niet altijd in de praktijk gebracht: "De lidstaten blijven worstelen met drugsgebruikers die zowel een afhankelijkheidsprobleem als een geestelijk gezondheidsprobleem hebben (comorbiditeit of dubbele diagnose) en de terugkeer van voormalige drugsgebruikers naar een regulier arbeidsleven en normale behuizing is nog vaak problematisch".

⁴ Instrumenten en benodigdheden om drugs te bereiden of toe te dienen

Drieëntwintig landen hebben een beleid om een goede integratie te bevorderen tussen enerzijds de gezondheidsdiensten (waaronder geestelijke-gezondheidsdiensten) en de sociale zorg, en anderzijds de gespecialiseerde activiteiten die op risicovermindering zijn gericht. In vier vijfde van de landen wordt dit als geïmplementeerde praktijk gemeld. Zo voorziet bijvoorbeeld in Frankrijk het RMS-programma (Réseau Micro-Structures) in zorg voor alle soorten verslaafde patiënten door artsen, sociaal werkers en psychologen.

Desondanks lijkt de implementatie van het beleid nog verdere ontwikkeling te behoeven, omdat het heel moeilijk blijkt om een volledig geïntegreerd systeem van zorg voor drugsgebruikers op te zetten.

3.3. Aanbeveling punt 3 – Kwaliteitsgarantie, monitoring en evaluatie

Niet alle lidstaten zien kwaliteitsgarantie, monitoring en evaluatie als een taak van de nationale overheid. In het algemeen onderschrijven zij echter de noodzaak van meer aandacht voor en een grotere gebruikmaking van wetenschappelijke gegevens betreffende schadebeperkende praktijken. In landen met een federale of gedecentraliseerde structuur zijn de taken tussen de verschillende competentieniveaus verdeeld. In andere landen worden kwaliteitsgarantie, monitoring en evaluatie als een taak voor onafhankelijke wetenschappelijke organisaties beschouwd.

Zie grafiek 4, bijlage II.

Beoordeling, monitoring en evaluatie van schadebeperkende diensten en faciliteiten in de lidstaten

De meeste lidstaten (19) geven aan dat beleidsbeslissingen specifiek zijn gebaseerd op **wetenschappelijk bewijs van effectiviteit**. Verscheidene lidstaten hebben onderzoeks- en evaluatieprojecten om schadebeperkende interventies (bijv. substitutieprogramma's, straathoekwerk, naaldomruil) te onderzoeken. Zo meldt bijvoorbeeld Duitsland een evaluatie van substitutietherapie (methadon en heroïne). Litouwen meldt zijn "Blauwe Bus"-naaldomruilproject, dat maandelijks en ook door middel van onderzoeken ("surveys") bij cliënten wordt beoordeeld. In Hongarije heeft het Nationaal instituut voor drugspreventie de SZIP-database ontwikkeld om wetenschappelijk bewijs van effectiviteit breed beschikbaar te maken, dat wil zeggen door het samenvoegen van programma-informatie en wetenschappelijk onderzoek. Slowakije geeft aan dat de resultaten van internationaal onderzoek stelselmatig voor de ontwikkeling van interventies en beleid worden gebruikt.

In het algemeen zijn de lidstaten het eens over de **noodzaak van beoordelingen** in de beginfase van programma's, maar vaak stellen ze dit niet als voorwaarde bij de keuze van programma's en interventies. In Ierland bepaalde een uitgangsbepoordeling echter de mate van dekking van hepatitis B-vaccinatie van drugsgebruikers, teneinde een proefproject te ontwerpen om de preventieve zorg met betrekking tot infectieziekten voor injecterende drugsgebruikers te verbeteren.

De **ontwikkeling van evaluatieprotocollen** voor de evaluatie van interventies wordt vaak beschouwd als een taak voor wetenschappelijke instellingen die zich met kwaliteitsevaluatie bezig houden. Sommige lidstaten, zoals de Tsjechische Republiek en Denemarken, hebben protocollen en richtlijnen ontwikkeld als onderdeel van hun drugsbeleid. In Cyprus bijvoorbeeld heeft de wetenschappelijke commissie van de Antidrugsraad specifieke richtlijnen ontwikkeld voor drugsbehandelingscentra om minimale kwaliteitsnormen te

kunnen garanderen. In Griekenland vormt evaluatie in elk programma onderdeel van het beleid. Dit deel van de aanbeveling wordt in 12 landen als gerealiseerd gerapporteerd.

In 14 lidstaten is er een beleid dat is gericht op **ondersteuning van de ontwikkeling van kwaliteitsevaluatiecriteria**. Dergelijk beleid bevindt zich vaak nog in een vroeg stadium van ontwikkeling. In Finland bijvoorbeeld wordt in het actieprogramma inzake drugsbeleid voor 2004-2007 de wenselijkheid uitgesproken van de ontwikkeling van een kwaliteitsraamwerk voor verstrekkers van drugsdiensten. Het EWDD heeft een aantal handleidingen en monografieën over kwaliteit en evaluatie opgesteld⁵, maar landen geven niet specifiek aan dat ze deze gebruiken.

Drieëntwintig lidstaten geven aan dat ze **zich houden aan de vijf sleutelindicatoren van het EWDD**⁶. Sommige lidstaten voeren echter nog niet alle vijf uit. Het EWDD geeft de individuele landen ieder jaar feedback op de kwaliteit van de door hen geleverde informatie en mogelijke tekortkomingen daarin. Nationale verslagen worden doorgaans op nationale websites gepubliceerd.

Negentien lidstaten geven nadrukkelijk aan dat de **resultaten van de evaluatie bijdragen aan de verbetering en ontwikkeling van het preventiebeleid inzake drugs**. De landen melden dat de evaluatie van nationale drugsstrategieën en actieplannen steeds belangrijker wordt, maar slechts een beperkt aantal landen blijkt systematische evaluaties uit te voeren om de effectiviteit van specifieke interventies te beoordelen. Veel evaluatieprogramma's zijn niet specifiek op schadebeperkende interventies gericht maar op het bredere terrein van vermindering van de vraag naar drugs. In bijvoorbeeld Polen leidde een evaluatie van drugsbehandelingsprogramma's voor vrouwen in gevangenis om terugvallen te voorkomen tot de opname van nieuwe doelstellingen in het Nationaal programma voor drugspreventie. In Portugal is de nationale drugsstrategie "Horizonte 2004" zowel intern als extern geëvalueerd, hetgeen resulteerde in nieuwe aanbevelingen, zoals de verdere ontwikkeling van bestaande initiatieven om risicobeperkende en schademinimaliserende programma's (bijv. substitutieprogramma's, spuitomruil, campagnes voor het gebruik van condooms) te verbeteren.

De **evaluatiescholingsprogramma's** voor verschillende niveaus en doelgroepen zijn in 14 lidstaten geïmplementeerd. De NFP's worden vaak genoemd als (co-)organisatoren van dergelijke scholingsprogramma's, maar deze vormen volgens de rapportage geen onderdeel van de reguliere curricula voor beroepskrachten in de verslaafdenzorg. In de Tsjechische Republiek bijvoorbeeld zijn kwaliteitsnormen voor diensten op het terrein van verslavingsbehandeling ontwikkeld en geïmplementeerd binnen een scholingsprogramma voor beroepskrachten, en in Oostenrijk maken kwaliteitsgarantie en evaluatie onderdeel uit van de curricula voor drugsspecifieke vervolgoopleidingen.

Veertien lidstaten gaven aan dat zij een beleid hebben dat **alle actoren en belanghebbenden in staat stelt een rol te spelen in het evaluatieproces**, maar slechts zeer weinig lidstaten geven concrete voorbeelden van participatie en betrokkenheid. In Nederland bijvoorbeeld is een systeem van "cliëntraden" gecreëerd voor patiënten in de gezondheidszorg, inclusief de verslavingszorg. In Spanje is de betrokkenheid van belanghebbenden in de evaluatie een prioriteit in het Nationaal actieplan inzake drugs.

⁵ Beschikbaar op http://publications.eu.int/others/sales_agents_en.html

⁶ <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1365>

Er zijn bi- en multilaterale programma's ontwikkeld waaraan verscheidene lidstaten deelnemen, en 21 lidstaten geven aan dat zij een beleid hebben om **uitwisseling en samenwerking met anderen te stimuleren**. Het blijkt dat er nu meer samenwerking bestaat tussen deze landen en zelfs met derde landen. De landen werken tevens samen met de Commissie, door middel van bijvoorbeeld het Gemeenschapsprogramma inzake de volksgezondheid, om competenties en deskundigheid binnen de EU uit te wisselen. Het Phare Twinning-programma van de EU⁷ is een belangrijk instrument om de samenwerking te versterken tussen de oude en de nieuwe landen die in 2004 bij de EU zijn gekomen. Zeven landen geven aan dat de aanbeveling een belangrijk instrument is geweest in de ontwikkeling van dit soort activiteiten.

Zie grafiek 5, bijlage II.

4. CONCLUSIES

- (1) In alle lidstaten zijn beleid en activiteiten gaande die in sterke mate een afspiegeling vormen van de maatregelen die in de aanbeveling worden geadviseerd en in de meeste nieuwe lidstaten wordt het document als een belangrijke ondersteuning voor beleidsontwikkeling beschouwd. De aanbeveling heeft tevens als criterium gefungeerd voor de implementatie van schadebeperkende interventies. Omdat het niveau van implementatie binnen en tussen de landen varieert, is het van belang om de ontwikkeling van schadebeperkende maatregelen en de implementatie van schadebeperkende diensten/faciliteiten te continueren als onderdeel van een geïntegreerd systeem van preventie en zorg.
- (2) In bijna alle lidstaten bestaat er beleid om een goede integratie tussen de gezondheidsdiensten (inclusief geestelijke-gezondheidsdiensten en sociale zorg) en gespecialiseerde schadebeperkende diensten te stimuleren. Deze inspanningen om programma's binnen het algemene gezondheidszorgsysteem te integreren moeten worden geïntensifieerd en gecontinueerd.
- (3) Substitutietherapie met methadon en buprenorfine, ondersteund door psychosociale zorg, is in alle lidstaten beschikbaar, en de beschikbaarheid is het afgelopen decennium aanzienlijk toegenomen. De mate waarin de verstrekking aan de geschatte behoefte voldoet, verschilt echter tussen de landen. De toegankelijkheid, dekking en duurzaamheid van deze diensten dienen te worden gegarandeerd.
- 4) De gegevens over de beschikbaarheid van schadebeperkende diensten/faciliteiten, die door het EWDD werden verzameld, zijn alomvattend en van hoge kwaliteit. De informatie over de toegankelijkheid van dergelijke faciliteiten en de mate waarin er gebruik van wordt gemaakt, met speciale aandacht voor risicopopulaties, dient echter verder te worden verbeterd teneinde een overzicht te krijgen van de situatie in de verschillende landen, met duidelijke vermeldingen van de dekking als een kernelement in de beleidsevaluatie. Daarnaast dient ook het niet-naleven van de vijf sleutelindicatoren van het EWDD te worden aangepakt.

⁷ http://ec.europa.eu/enlargement/key_documents/phare_legislation_and_publications_en.htm.

- (5) Bijna alle lidstaten hebben maatregelen uitgevoerd om infectieziekten onder drugsgebruikers in gevangenschappen te voorkomen. Schadebeperkende interventies in gevangenschappen binnen de Europese Unie zijn echter nog niet in overeenstemming met het gelijkwaardigheidsprincipe dat door de Algemene Vergadering van de VN⁸, UNAIDS/WHO⁹ en UNODC¹⁰ is aanvaard en dat gelijkwaardigheid vereist tussen de gezondheidsdiensten en zorg (inclusief schadebeperking) in de gevangenis en die welke buiten de gevangenis beschikbaar zijn. Daarom is het van belang dat de landen schadebeperkende activiteiten voor gevangenschappen zodanig aanpassen dat ze de behoeften van drugsgebruikers en het personeel in gevangenschappen vervullen, en dat ze de toegang tot de diensten verbeteren. De continuïteit van deze diensten, en de kwaliteit en toegankelijkheid daarvan, dient na vrijlating uit de gevangenis gegarandeerd te zijn.
- (6) In de lidstaten neemt het besef toe dat het noodzakelijk is om beleid te ontwikkelen dat op onderzoek en feiten is gebaseerd, en om "evidence-based"-activiteiten te implementeren, waaronder activiteiten om gezondheidsschade te voorkomen en te beperken. Het kritisch evalueren van dergelijke maatregelen, een betere monitoring en grondig onderzoek dienen een integraal onderdeel te worden van het algemene beleid om drugsgerelateerde schade te voorkomen en beperken, zoals is weergegeven in de aanbeveling, de drugsstrategie van de EU 2005-2012 en het EU-actieplan inzake drugsbestrijding 2005-2008.
- (7) Momenteel wordt in de lidstaten een reeks van uiteenlopende methoden toegepast om schadebeperkende diensten en faciliteiten te beoordelen, monitoren en evalueren. Het is dan ook aan de lidstaten om informatie over de beste praktijken inzake dergelijke methoden te bespreken en uit te wisselen, teneinde een gestandaardiseerde aanpak en instrumenten te ontwikkelen voor de verzameling van objectieve, betrouwbare en vergelijkbare informatie.
- (8) Tot slot is het van het grootste belang om te zorgen voor synergie tussen het beleid en initiatieven met gezondheidsgerelateerde aspecten en mogelijke verbanden met drugsgebruik (bijv. geestelijke gezondheid, preventie van hiv/aids, drugsverslaving op het werk, drugs/medicijnen en autorijden).

5. FOLLOW-UP VAN DE AANBEVELING VAN DE RAAD VAN 2003

De rapportage inzake de implementatie van de aanbeveling beslaat een periode van ten hoogste 1,5 tot 2 jaar. Deze periode is nog veel te beperkt om een betrouwbaar beeld te geven van de invloed van de aanbeveling op het nationale schadebeperkende beleid, diensten en faciliteiten. Bovendien zijn tijdens de rapportageperiode nieuwe landen lid van de EU geworden (2004).

Dientengevolge dient dit verslag primair te worden gezien als een uitgangsmeting voor de implementatie van de aanbeveling van de Raad. Tevens kan het fungeren als een uitgangsoverzicht van bestaande schadebeperkende maatregelen in de EU voor de evaluatie van het actieplan van de EU inzake drugsbestrijding 2005-2008.

⁸ <http://www.pogar.org/publications/garesolutions/a45-111-90e.pdf>

⁹ http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub01/JC277-WHO-Guidel-Prisons_en.pdf

¹⁰ http://data.unaids.org/pub/Report/2006/20060701_hiv-aids_prisons_en.pdf

De Commissie stelt zich tot doel om deze exercitie te herhalen in het kader van het volgende actieplan van de EU inzake drugsbestrijding 2009-2012, om te onderzoeken of de implementatie van het beleid, de diensten en de faciliteiten met betrekking tot schadebeperking zijn verbeterd. De Commissie zal dan in staat zijn om, tezamen met de lidstaten, af te wegen of er behoefte is aan meer aanbevelingen.

De Commissie zal daarnaast doorgaan met het ontwikkelen van initiatieven op gebieden die nauw samenhangen met de aanbeveling van de Raad, waarbij actief rekening wordt gehouden met beleid en praktijken die substantiële invloed zouden kunnen hebben op het slagen van haar belangrijkste activiteiten. Twee specifieke gezondheidsacties die verband houden met drugspreventie zijn opgenomen in het actieplan van de EU 2005-2008 (acties 12 & 13.2):

- een voorstel voor een aanbeveling van de Raad met betrekking tot drugs en gevangenen; de gevangenispopulatie heeft een groot aandeel drugsgebruikers, en de gevangenissetting is een urgent onderwerp wat drugsgebruik, en met name injecterende drugsgebruikers betreft;
- een verslag over de situatie met betrekking tot de behandeling van drugsverslaving en de uitwisseling van goede praktijken tussen de EU-landen; meer dan een half miljoen personen krijgen in Europa substitutietherapie.

Het volksgezondheidprogramma

Het volksgezondheidprogramma van de Gemeenschap omvat acties met betrekking tot drugspreventie, die gericht zijn op het aanpakken van gezondheidsdeterminanten; dit zijn multidimensionale issues die aan een aantal belangrijke gezondheidsproblemen zijn gekoppeld.

Het programma inzake drugspreventie en informatie voor 2007-2013

Activiteiten zullen de implementatie van de drugsstrategie van de EU ondersteunen door de financiering van projecten en activiteiten op het terrein van vermindering van de vraag naar drugs, inclusief schadebeperking.

Activiteiten met betrekking tot vermindering van de vraag naar drugs dienen aan de volgende terreinen te worden gekoppeld:

- Preventie van hiv/aids

Het injecteren van drugs is een belangrijk vehikel voor de transmissie van hiv/aids. In de mededeling van de Commissie aan de Raad en het Europees Parlement *inzake de bestrijding van hiv/aids in de Europese Unie en de buurlanden, 2006-2009*¹¹, wordt een actieplan beschreven voor activiteiten met betrekking tot hiv-preventie en wordt de noodzaak aangegeven van synergie met de belangrijkste preventieactiviteiten. Een sleutelpunt is de ontwikkeling van op maat gemaakte scholingscurricula voor beroepskrachten die een functie hebben bij de diensten (preventie, behandeling en zorg) voor mensen met hiv/aids en populaties die speciaal gevoelig zijn voor hiv/aids (waaronder intraveneuze drugsgebruikers en migranten). De denktank inzake hiv/aids is bovendien een vruchtbaar forum geworden voor de uitwisseling van ervaringen en informatie tussen de partners.

¹¹ http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2005/com2005_0654en01.pdf

- Alcoholpreventie

In de context van meervoudig drugsgebruik moeten ook alcoholgerelateerde schade en drugsgerelateerde schade in samenhang worden gezien. De mededeling van de Commissie met betrekking tot een EU-strategie ter ondersteuning van de lidstaten in het verminderen van alcoholgerelateerde schade¹² omvat de stimulering van een effectieve gedragsverandering onder kinderen en adolescenten op scholen en in gezinnen en andere toepasselijke omgevingen, alsmede de vermindering van verkeersongelukken die samenhangen met alcohol en meervoudig drugsgebruik.

- Bevordering van de geestelijke gezondheid

Drugsgebruik gaat vaak samen met geestesziekte. Verbetering van de toegang tot medische en psychiatrische behandeling voor drugsgebruikers blijft een belangrijke uitdaging voor het volksgezondheidsbeleid. Het Green Paper betreffende de geestelijke gezondheid, dat in oktober 2005 door de Commissie werd gepubliceerd¹³, bevat een voorstel voor de ontwikkeling van een strategie inzake de geestelijke gezondheid op EU-niveau. Dit wordt nu voorbereid en dient te worden gecoördineerd met andere initiatieven volgens de verschillende beleidslijnen in de Gemeenschap, zoals de drugsstrategie van de EU voor 2005-2012.

- Betrokkenheid van de maatschappelijke organisaties

Er moeten inspanningen worden gepleegd om de indirecte schade te verminderen die drugsgebruikers anderen kunnen berokkenen. Drugsgebruikers moeten actief bij deze inspanningen worden betrokken. Het Groenboek inzake drugsbeleid en burgermaatschappij in de Europese Unie, dat de Commissie in juni 2006 heeft goedgekeurd¹⁴, gaat dieper in op de mogelijkheden om de betrokkenheid van de maatschappelijke organisaties te verbeteren.

- Drugs/geneesmiddelen en autorijden¹⁵

In de context van het vervoersbeleid wordt het issue van meervoudig drugsgebruik en autorijden aan de orde gesteld. De Commissie is tevens medefinancier van een project dat DRUID ("DRiving Under the Influence of Drugs, alcohol and medicines") wordt genoemd, in het kader van het zesde raamwerkprogramma voor onderzoek en technologische ontwikkeling (FP6).

- Drugsverslaving op het werk

De Commissie is momenteel bezig met het opstellen van haar strategie inzake veiligheid en gezondheid op het werk voor 2007-2012. Er moeten concrete initiatieven worden ontwikkeld ter ondersteuning van specifieke volksgezondheidsactiviteiten die drugsverslaving op het werk aanpakken.

¹² http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2006/com2006_0625en01.pdf.

¹³ http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf

¹⁴ http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2006/com2006_0316en01.pdf

¹⁵ Resolutie van de Raad van 27 november 2003 betreffende de bestrijding van het gebruik van psychoactieve stoffen in verband met verkeersongevallen, Publicatieblad C 97 van 22.4.2004, blz. 1.

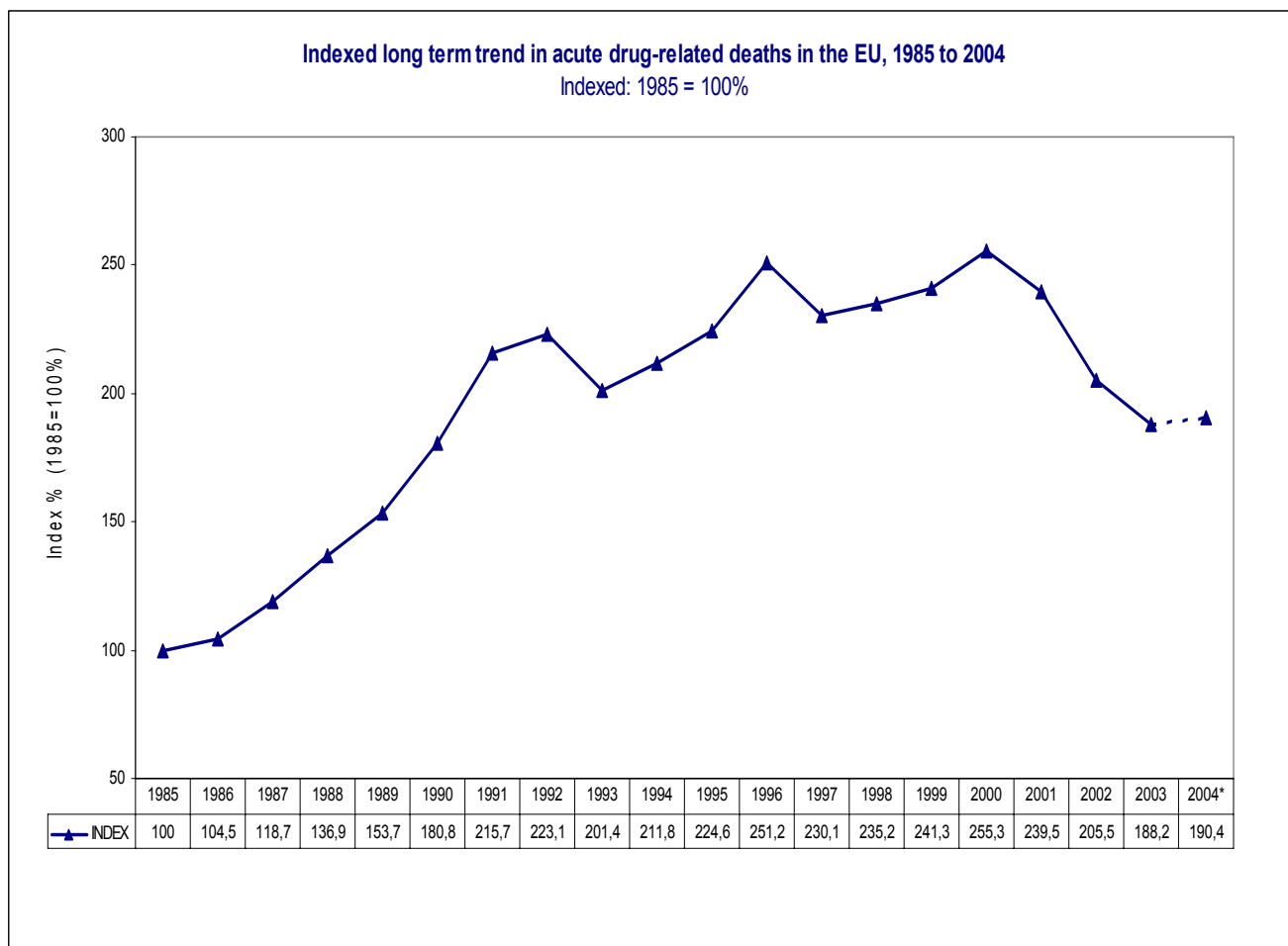
TECHNICAL ANNEXES

5.1. ANNEX I – Abbreviations and technical terms used

DRD	Drug-Related Death
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
IDU	Injecting Drug User
IEC	Information, Education, Communication
NFPs	National Focal Points
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
WHO	World Health Organization
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime

5.2. ANNEX II – Figures

Figure 1



EMCDDA annual report 2006

Notes:

The new Member States and Candidate Countries are not included in this graphic due to the lack of retrospective data in most of them.

Index: 1985=100%.

A few countries did not provide data for some years (see Statistical Bulletin 2006 [Table DRD-2]). To correct this situation, it has been used the computation method defined in the report "European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2001). Co-ordination of the implementation of the EMCDDA standard guidelines on the drug-related deaths in the EU Member States, and the collection and analysis of information on drug-related deaths. Project CT.99.RTX.04, Co-ordinated by the Trimbos Institute. Lisbon: EMCDDA.

Ten countries provided information for 2004 and six did not. Therefore, the figure for 2004 is provisional, based in comparing 2003 and 2004 only for those countries with data for both years. The trends for those countries that provided information can be seen in the figures with

trends by country. Number of cases per country per year are presented in Statistical Bulletin 2006 [Table DRD-2].

The EMCDDA estimates the yearly number of acute DRDs (overdoses) in the EU since 1990 to be from 6500 to over 9000.

Recently published estimates show that a substantial proportion of mortality among young adults in some EU urban areas can be attributed to opioid use. In addition, HIV transmission is continuing to be a concern in specific injecting groups across Europe, although most countries report low rates of newly diagnosed HIV infection attributable to drug injecting and estimate the HIV infection rates among injectors to be below 5%. A far more negative picture presents itself for rates of infection with the hepatitis C virus (HCV), which remain almost universally high among drug injectors.

Since 2000, many EU countries have reported decreases in DRD numbers. In 2004, however, there was an increase. While the number of DRDs is still far too high from a longer-term public health perspective, a better availability of drug treatments and increased coverage of harm reduction services in recent years seem to have had an impact.

Figures from the background document on "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".

The document is available in print (EN) and can be downloaded (EN, FR, DE) at the following web address: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug_en.htm

The Trimbos Institute extracted and analysed relevant data, in particular from the EMCDDA sources (the NFPs coordinated by the EMCDDA confirmed and updated the information provided for the Recommendation point 2), the projects funded under the ‘Programme of Community action on the prevention of drug dependence’ and the ongoing Public Health Programme, the projects funded under the 4th, 5th and 6th Framework Programmes for Research and Technological Development as well as from some field organisations, the World Health Organization (WHO), the Pompidou Group (PG), and the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Finally, a literature review was conducted to identify, assess and summarise scientific evidence on harm reduction interventions and approaches.

Figure 2

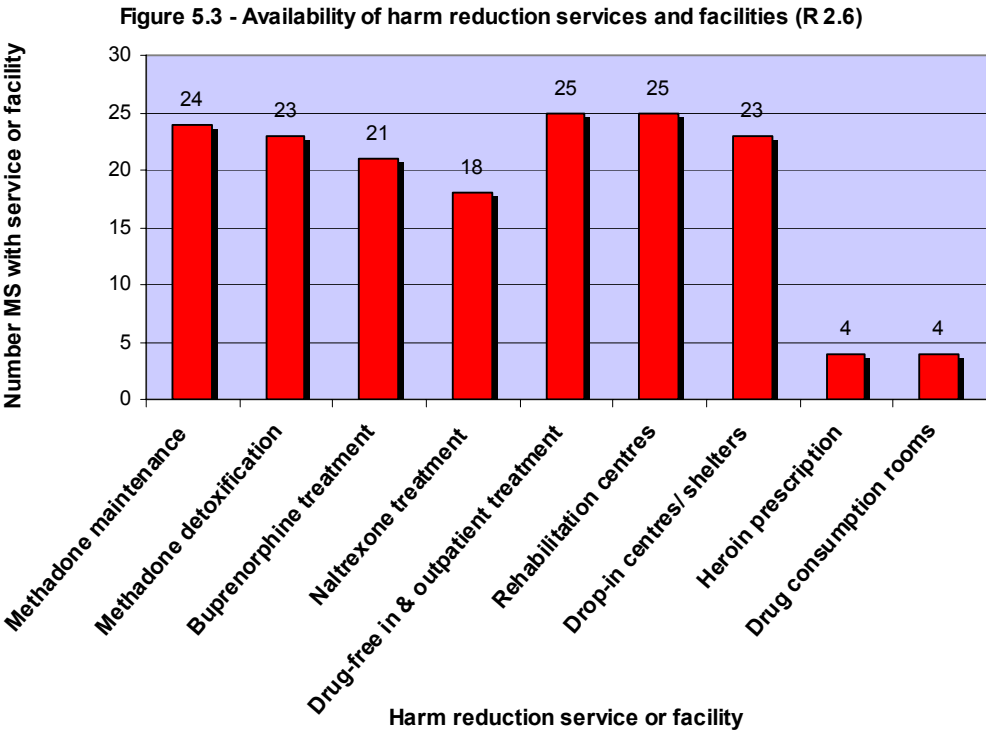


Figure 3

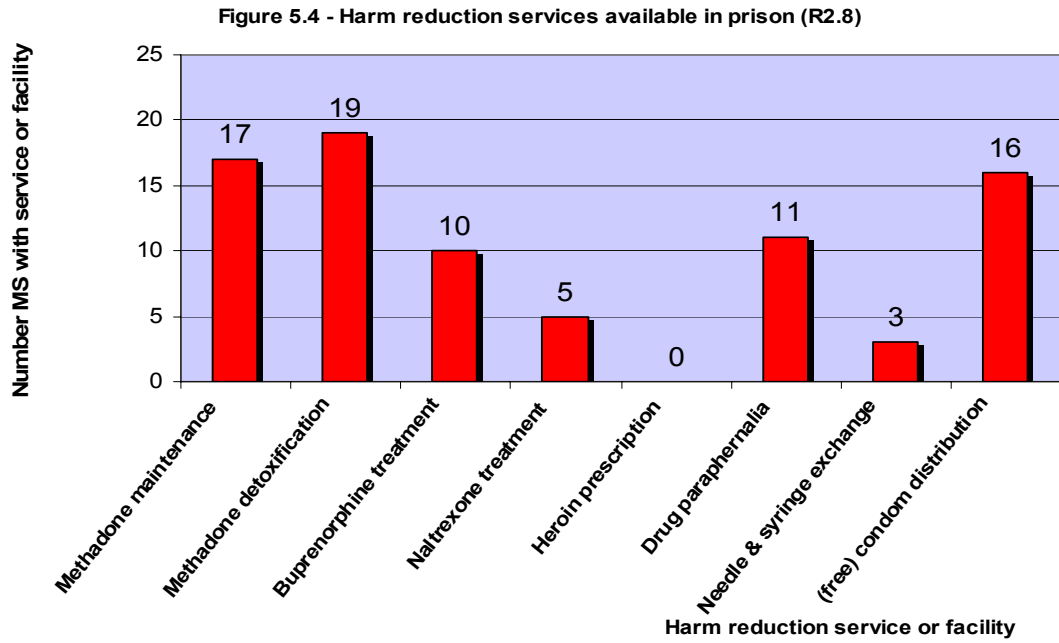


Figure 4

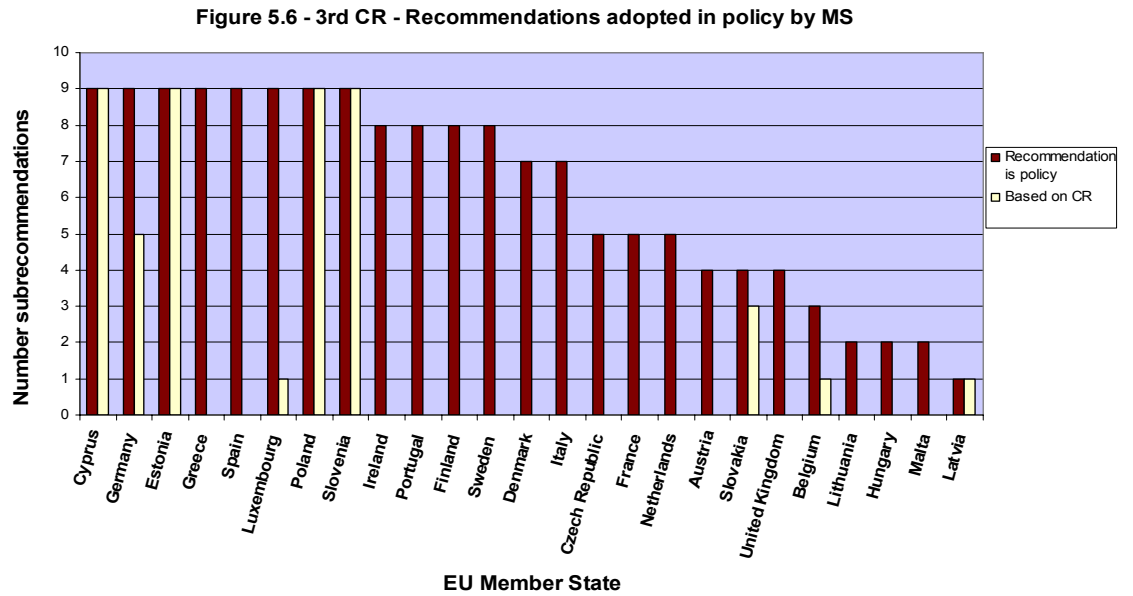


Figure 5

