



emcdda.europa.eu

Cannabis problems in context — understanding the increase in European treatment demands

EMCDDA 2004 selected issue

*In EMCDDA 2004 Annual report on the state of
the drugs problem in the European Union and
Norway*

Speciale kwestie 2

Cannabisproblemen in hun context — Oorzaken voor de toename van de vraag naar behandeling in Europa

Inleiding

De term „cannabis” wordt gebruikt om een variëteit van producten te definiëren die verkregen worden uit de cannabis- of hennepplant (*Cannabis sativa* L.), een éénjarig gewas oorspronkelijk afkomstig uit Centraal-Azië dat nu in veel gematigde en tropische klimaatregio's van de wereld wordt gekweekt. De vele variëteiten van *Cannabis sativa* vertonen ook een overeenkomstige verscheidenheid aan biologische en chemische kenmerken. Op de Europese drugsmarkt worden drie soorten verboden cannabis aangetroffen: „cannabisbladeren”, die bestaan uit de bloeiende toppen, stengels en bladeren van de plant; „cannabishars”, het gedroogde bruine of zwarte harsachtige afscheidingsproduct van de bloeiende toppen, dat meestal in de vorm van samengeperste blokjes wordt verkocht, maar soms ook in poedervorm; en tot slot de minst voorkomende soort „cannabisolie”, een kleverige vloeistof.

Het cannabisgebruik door mensen heeft een zeer lange historie. In bepaalde perioden is cannabis bijvoorbeeld in uiteenlopende culturen gebruikt als een belangrijke bron voor kleding- en touwvezels, als hulpmiddel bij religieuze rituelen, als kruidengeneesmiddel en als bedwelmend middel. Op dit moment is cannabis wereldwijd de meest geproduceerde, verhandelde en gebruikte verboden drug (UNODC, 2003a). Ondanks de lange geschiedenis en de huidige populariteit is het inzicht in de gevolgen van cannabisgebruik voor de volksgezondheid echter nog steeds beperkt. Sinds kort komen er wel steeds meer aanwijzingen dat er een mogelijk verband bestaat tussen cannabisgebruik (met name intensief cannabisgebruik) en een aantal gezondheids- en sociale problemen. Ook de bezorgdheid over het toenemend aantal cannabisgebruikers dat in drugsbehandeling gaat, neemt toe. Er bestaat echter nog steeds onduidelijkheid over de omvang en aard van de problemen die onder de Europese cannabisgebruikers worden aangetroffen. Die onduidelijkheid bestaat ook nog steeds over de mate waarin de toenemende vraag naar behandelingen zoals die uit de statistieken naar voren komt, een gevolg is van wijzigingen in de rapportage- en verwijzingssystemen dan wel van een feitelijke stijging van het aantal mensen dat hulp nodig heeft. Om deze vragen te beantwoorden, dienen we de vraag naar cannabisbehandelingen in het bredere perspectief te plaatsen van de gewijzigde consumptiepatronen in Europa, van de ontwikkelingen in rapportagesystemen en zelfs van de

veranderingen die zich in de aard van de drug hebben voorgedaan. Op deze zaken zal in deze speciale kwestie over cannabisproblemen in hun context nader worden ingegaan, teneinde een beter gefundeerd debat te bevorderen over de mogelijke negatieve gevolgen voor de volksgezondheid van de meest voorkomende vorm van illegaal drugsgebruik.

De wettelijke context: de juridische status van cannabis in Europa

De discussie over de strafmaatregelen die voor het gebruik van cannabis zouden moeten gelden, heeft in Europa nog steeds een enigermate controversieel karakter⁽¹⁵¹⁾ en de aanpak van de lidstaten op dit gebied loopt in hoge mate uiteen.

In bijlage I en IV van het enkelvoudig Verdrag van de Verenigde Naties inzake verdovende middelen van 1961⁽¹⁵²⁾ wordt cannabis als een verdovend middel geclassificeerd. Op basis van dit verdrag dienen er maatregelen te worden genomen om te waarborgen dat een breed scala aan activiteiten strafbaar wordt gesteld, inclusief het bezit van verdovende middelen. Lidstaten dienen het verdrag op basis van hun eigen omstandigheden te interpreteren en toe te passen, waarbij artikel 36, lid 1, onder b, de mogelijkheid verschaft om behandelingen, onderwijs, nazorg, rehabilitatie en sociale reïntegratie aan te bieden.

In de praktijk heeft dit geleid tot een heterogene aanpak van cannabisdelicten in de Europese Unie. Een aantal landen heeft richtsnoeren voor de vervolging en juridische procedures vastgesteld voor de wijze waarop er met bepaalde soorten cannabisdelicten omgegaan dient te worden, waarbij vaak een andere justitiële aanpak wordt aanbevolen voor kleine of minder ernstige overtredingen. In andere landen is een trend in opkomst om meer therapeutische maatregelen aan te bieden als alternatief voor een strafrechtelijke vervolging voor het gebruik en bezit van kleine hoeveelheden drugs waarbij geen sprake is van verzwarende omstandigheden. Daarnaast kan in het wetboek van strafrecht ook de mogelijkheid opgenomen zijn om de vervolging van problematisch drugsgebruik op te schorten op voorwaarde dat de dader (verplicht of vrijwillig) in counseling of behandeling gaat. Deze alternatieven gelden in beginsel voor alle drugsgebruikers. In het afgelopen jaar hebben er in België en

⁽¹⁵¹⁾ Zie de website van de Europese juridische database inzake drugs (ELDD) (http://eldd.emcdda.eu.int/trends/trends_cannabis.shtml).

⁽¹⁵²⁾ Zie: <http://www.incb.org/e/conv/1961/index.htm>.

het Verenigd Koninkrijk echter zodanige wijzigingen in de wetgeving of richtsnoeren plaatsgevonden dat deze optie nu specifiek wordt vermeld voor problematische cannabisgebruikers teneinde de kans te vergroten dat zij hulp krijgen.

Lichamelijke, psychologische en ontwikkelingsproblemen die verband houden met cannabisgebruik ⁽¹⁵³⁾

In de nationale verslagen van de lidstaten wordt erop gewezen dat de stijging van het aantal cannabisgebruikers dat in behandeling wil gaan, waarschijnlijk een gevolg is van de grotere problemen die zich met name voordoen bij intensief cannabisgebruik. Daarbij dient wel de kanttekening geplaatst te worden dat systematische en vergelijkbare gegevens over de problemen die cannabisgebruikers ondervinden meestal ontbreken. De wetenschappelijke kennisbasis op dit gebied is weliswaar nog in ontwikkeling, maar bevat inmiddels wel steeds meer bewijsmateriaal voor een verband tussen cannabisgebruik en een reeks aan problemen. De aard van dat causale verband is voornamelijk echter nog onduidelijk. Een overzicht van de literatuur over de problemen met cannabis is online beschikbaar (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=4811>).

Het is van belang om een onderscheid te maken tussen de acute (kortetermijn)effecten van cannabis en de chronische of langetermijneffecten van die drug. In dat verband worden er zowel positieve als negatieve effecten gerapporteerd. Tot de negatieve effecten behoren aandachts- en concentratieproblemen, een vermindering van het motorisch functioneren (reflexen, coördinatie), een slechter kortetermijngeheugen, paniekaanvallen en depressies. Tot de positieve effecten behoren euforische gevoelens, een grotere ontspannenheid en meer oog voor de medemens. De acute effecten van de drug die het meest zorgwekkend zijn, zijn acute drugspsychosen als gevolg van cannabisgebruik en zware paniekaanvallen, een verhoogde kans op ongelukken (met name in het verkeer en in werksituaties met een verhoogd risico) en — bij jonge mensen — een negatief effect op hun schoolprestaties (Hall *et al.*, 2001).

Door een aantal oorzaken is het inzicht in de chronische effecten van cannabisgebruik ingewikkelder, niet in de laatste plaats omdat het moeilijk is om de effecten van cannabis los te koppelen van effecten als gevolg van het chronisch gebruik van andere illegale drugs en van tabak en alcohol. De grootste problemen op dit punt lijken verband te houden met longkanker en andere aandoeningen aan het ademhalingsapparaat. Daarnaast zou er ook sprake kunnen zijn van de ontwikkeling van psychiatrische problemen op de

lange termijn, inclusief depressies, psychosen en schizofrenie. Bovendien zou een chronisch gebruik op den duur ook tot de ontwikkeling van een cannabisverslaving kunnen leiden. In de evaluatie die via internet beschikbaar is, wordt nader ingegaan op de vraag in hoeverre uit de beschikbare gegevens afgeleid kan worden dat het gebruik van cannabis een risicoverhogende of een causale factor is, dan wel dat er een complexere oorzaak voor bovengenoemde problemen bestaat.

In de meeste lidstaten is cannabis de drugs die het vaakst genoemd wordt in de gerapporteerde drugsdelicten, hetgeen niet verrassend is aangezien cannabis de drug is die het meest wordt gebruikt ⁽¹⁵⁴⁾. In tegenstelling tot andere drugs, zoals heroïne, lijkt er geen groot verband te bestaan tussen het gebruik van cannabis en andere soorten delicten.

Cannabisgebruik en de meetbaarheid van problemen

Hoewel de afgesproken diagnostische criteria een nuttig handvat bieden voor het definiëren van schadelijk drugsgebruik, misbruik en verslavingsgedrag, lijken er wanneer het cannabis betreft, gezien de beschikbare Europese gegevens, problemen te bestaan ⁽¹⁵⁵⁾. Zo is met name sprake van een grote variatie in de meting van een aantal belangrijke factoren. Er bestaat bijvoorbeeld weinig overeenstemming over de definitie van termen als intensief gebruik, regelmatig gebruik en problematisch gebruik, waardoor het moeilijk is om de gegevens van de verschillende onderzoeken te vergelijken. Daar komt bij dat alleen via enquêtes getracht is om op populatieniveau verslaving en misbruik te meten aan de hand van de ICD- of DSM-definities; ook hiervoor zijn nog steeds geen gestandaardiseerde instrumenten voorhanden die een betrouwbare vergelijking van verschillende onderzoeken of populaties mogelijk maken.

Er zijn inmiddels echter wel activiteiten in gang gezet om hier verbetering in te brengen. Zo wordt in een Frans onderzoek getracht om het problematisch gebruik beter te definiëren en om specifieke instrumenten te ontwikkelen om de frequentie van het cannabisgebruik, de risicobeleving en de psychologische en lichamelijke effecten te meten (Beck, 2003).

De meest gangbare indicatie voor de intensiteit van het cannabisgebruik is nog steeds het aantal dagen dat de drug gedurende een bepaalde periode is gebruikt. Het dagelijks of vrijwel dagelijks gebruik van cannabis wordt meestal als een indicator voor intensief gebruik beschouwd. Hoewel dat dagelijks gebruik niet noodzakelijkerwijs ook op een cannabisverslaving duidt, zal een aanzienlijk percentage van die dagelijkse gebruikers volgens de standaard diagnostische

⁽¹⁵³⁾ In de eerste helft van 2005 zal er een speciale monografie over cannabisgebruik en aanverwante problemen worden gepubliceerd. Voor specifieke informatie over de lichamelijke en gezondheidseffecten van cannabis wordt verwezen naar de website van het EWDD.

⁽¹⁵⁴⁾ Zie DRCrime_Tbl 5 in het Statistical Bulletin 2004.

⁽¹⁵⁵⁾ Voor een definitie van verslaving en schadelijk gebruik wordt verwezen naar de International Classification of Diseases, 10e editie (ICD-10, Wereldgezondheidsorganisatie), codes F10 tot en met F19: geestelijke en gedragsstoornissen als gevolg van het gebruik van psychoactieve stoffen. Vaak wordt ook gebruik gemaakt van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (IVe editie) (DSM-IV, American Psychiatric Association), waar de termen verslaving en misbruik worden gehanteerd.

criteria (ICD-10, DSM-IV) waarschijnlijk positief op verslaving of misbruik scoren. Aangezien de gebruiksfrequentie relatief eenvoudig te meten is en in enquêtes te standaardiseren, is deze indicator opgenomen in de EWDD-richtsnoeren voor de Europese modellenquête. Op dit moment rapporteren negen landen in deze vorm gegevens over de frequentie van cannabisgebruik ⁽¹⁵⁶⁾.

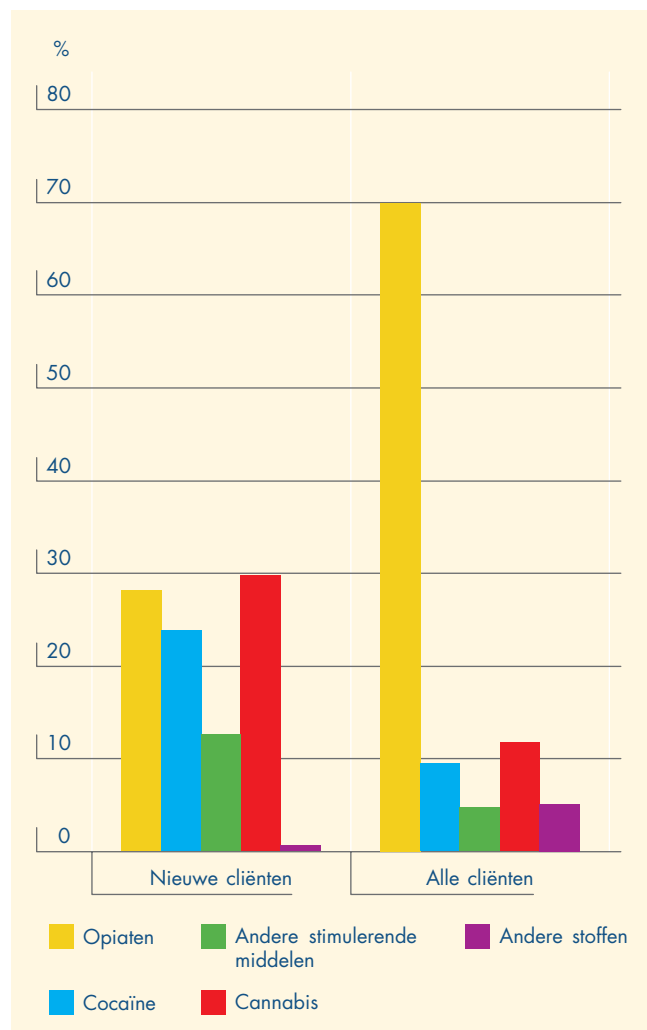
Trends in de vraag naar behandeling als gevolg van cannabisproblemen

Cannabis is de meest gebruikte verboden drug in Europa, maar van de mensen die deze drug hebben gebruikt, gaat slechts een klein percentage in behandeling. Desondanks is cannabis in veel landen tegenwoordig de drug die op een na het vaakst wordt gerapporteerd als primaire reden om in gespecialiseerde drugsbehandeling te gaan. Op basis van de TDI-gegevens (Treatment Demand Indicator) (zie blz. 65) die in uiteenlopende gespecialiseerde behandelcentra zijn verzameld, heeft ongeveer 12 % van alle cliënten een primair cannabisprobleem (onder nieuwe cliënten is dat zelfs 30 %) (figuur 26).

Het percentage nieuwe cliënten (dat zijn de cliënten zonder behandelhistorie) dat voor cannabisgebruik in behandeling gaat, varieert aanzienlijk tussen landen, van vrijwel 0 % in Litouwen tot bijna de helft (48 %) in Duitsland; in het algemeen gaat het echter om meer dan een vijfde deel (20 %) van de cliënten (figuur 27). Niet alle landen zijn echter in staat gegevens te leveren over nieuwe behandelverzoeken en de cannabisproblemen zijn minder evident binnen het algehele kader van gegevens over alle behandelverzoeken.

Op basis van de beschikbare trendmatige TDI-gegevens voor de periode tussen 1996 en 2002 is het aantal nieuwe cliënten dat cannabis als primaire reden aangeeft om in behandeling te gaan, gestegen van 3 713 tot 12 493. In de elf landen waarvoor gegevens beschikbaar zijn, maakte deze groep in 2002 gemiddeld 29 % uit van alle nieuwe cliënten, ten opzichte van 9 % in 1996 (zie figuur 20 voor de gegevensbronnen). Hoewel deze landen met uitzondering van Griekenland en het Verenigd Koninkrijk ⁽¹⁵⁷⁾ allemaal een stijging rapporteren van nieuwe cannabiscliënten in verhouding tot alle nieuwe cliënten, loopt de omvang van deze stijging uiteen van 6 % in Nederland tot 31 % in Duitsland. Uit informatie in de nationale Reitox-verslagen blijkt dat het aantal mensen dat voor cannabis als primaire drug een behandeling ondergaat ook in sommige nieuwe lidstaten is toegenomen (figuur 28). In een recent onderzoek dat is uitgevoerd door het Nederlandse Landelijk Alcohol en Drugs Informatiesysteem (LADIS) wordt geconstateerd dat bij 29 % van de nieuwe cliënten die in 2002 in behandeling zijn gegaan, de oorzaak is gelegen in cannabisproblemen en dat cannabiscliënten een klein, maar elk jaar toenemend aantal

Figuur 26 — Primaire drug onder nieuwe cliënten en alle cliënten die in behandeling zijn in 2002



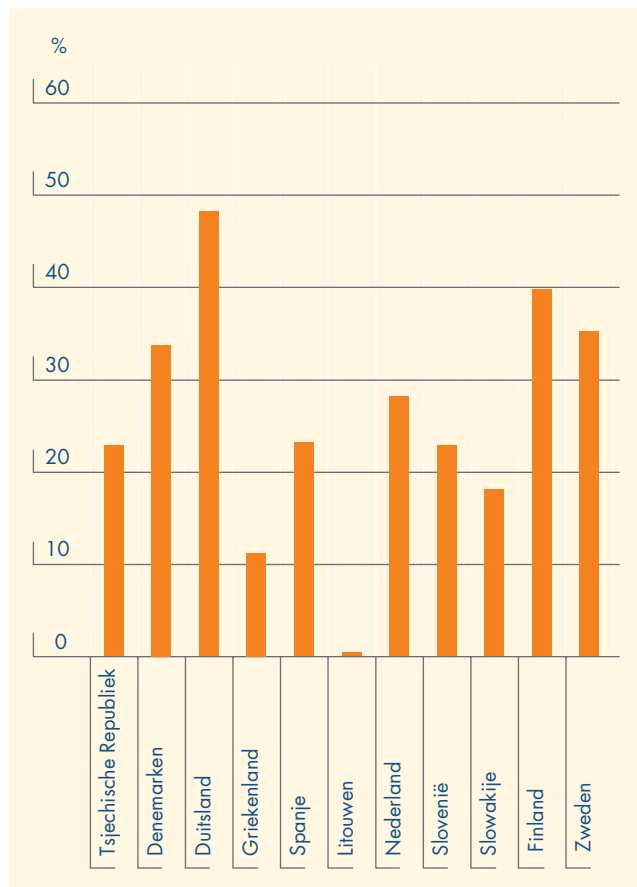
NB: $n=42\ 568$ (nieuwe cliënten), $351\ 372$ (alle cliënten).
Landen die gegevens verstrekken zijn (nieuwe cliënten): CZ, DK, DE, EL, ES, LT, NL, SL, SK, FI, SE.
Landen die gegevens verstrekken zijn (alle cliënten): CZ, DK, DE, EL, ES, IT, LT, LU, HU, NL, SK, SL, FI, SE, VK.
Gewogen naar het aantal cliënten per land.
Bron: Nationale Reitox-verslagen 2003.

personen in behandeling vertegenwoordigen. In het rapport wordt overigens ook opgemerkt dat het percentage dat in Nederland voor cannabis in behandeling gaat weliswaar toeneemt, maar relatief klein blijft gezien de omvang van het cannabisgebruik in Nederland.

Er dient echter wel de nodige voorzichtigheid betracht te worden bij het trekken van algemene conclusies op basis van de geconsolideerde Europese gegevens. Longitudinale gegevens over de vraag naar nieuwe behandelingen zijn namelijk slechts voor elf landen beschikbaar. Het is ook

⁽¹⁵⁶⁾ Griekenland, Spanje, Frankrijk, Ierland, Italië, Letland, Nederland en Portugal. De gegevens voor Finland zijn niet opgenomen gezien het kleine aantal personen (35) dat in de enquête aangeeft in de afgelopen maand cannabis te hebben gebruikt. Voor het aantal gevallen en de bijbehorende percentages voor elk land wordt verwezen naar GPSurvey_Tbl 7 in het Statistical Bulletin 2004.

⁽¹⁵⁷⁾ Voor het Verenigd Koninkrijk zijn geen gegevens over nieuwe cliënten beschikbaar; de betreffende informatie voor de andere landen is terug te vinden in de nationale verslagen.

Figuur 27 — Cannabis als primaire drug onder nieuwe cliënten die in behandeling gaan in 2002

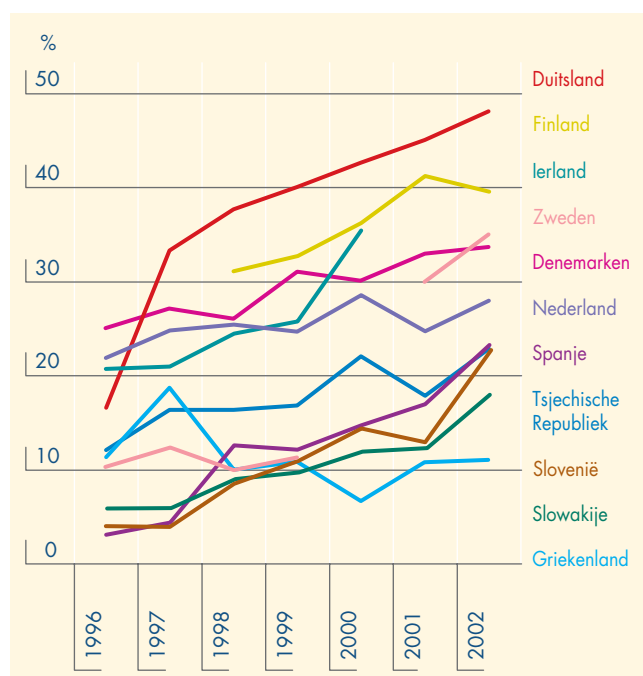
NB: Totaal aantal gevallen: 42 421.
Bron: Nationale Reitox-verslagen 2003.

belangrijk om in dit verband op te merken dat de toename in de vraag naar cannabisbehandelingen die uit de TDI-gegevens naar voren komt, in hoge mate beïnvloed wordt door de gegevens uit Spanje en Duitsland omdat met name in deze landen een sterke toename van het aantal primaire cannabisproblemen wordt gerapporteerd. Overigens vindt ongeveer 50 % van de totale gerapporteerde vraag naar cannabisbehandelingen in Spanje plaats.

De toename in de vraag naar cannabisbehandeling blijft niet beperkt tot Europa. In de Verenigde Staten — waar overigens een ander registratiesysteem voor behandelingen wordt gebruikt — ⁽¹⁵⁸⁾ is het aantal behandelingen voor marihuana gestegen van circa 20 000 in 1992 tot bijna 90 000 in 2000 (SAMHSA, 2001; EWDD, 2003d).

Met betrekking tot de consequenties van de toegenomen vraag naar cannabisbehandelingen, zijn de volgende essentiële vragen van belang.

- Is deze bevinding een weerspiegeling van de toename van het aantal mensen met lichamelijke en psychologische problemen als gevolg van hun cannabisgebruik? Zo ja:
 - Is dit een gevolg van een toename van het regelmatig, intensief gebruik van cannabis?
 - Is het een gevolg van andere factoren, zoals een mogelijke toename van de sterkte van cannabis?
- Kan deze toename verklaard worden door factoren die geen verband houden met een toename van de behoefte aan hulp, zoals:
 - verbeteringen in de dekking van het rapportagesysteem voor behandelingen;
 - een uitbreiding van de beschikbare vormen van behandelingsfaciliteiten, met name qua speciale behandelvoorzieningen voor adolescenten en jonge mensen (nationale Reitox-verslagen, 2003);
 - veranderingen in de aanpak van cannabisgebruik door het strafrechtelijk systeem, op scholen of door de jongerenzorg, wat ten aanzien van personen die anders uit zichzelf geen hulp zouden hebben gezocht, heeft geleid tot een toename in het aantal verwijzingen voor behandeling.

Figuur 28 — Trends in cannabis als primaire drug onder nieuwe cliënten die in behandeling gaan (1996-2002)

NB: Landen die gegevens leveren zijn: CZ, DK, DE, EL, ES, NL, SL, SK, FI, SE. Behandeling in totale aantallen (% van alle cliënten). Gemiddelde van trends (%) binnen landen. In Zweden hebben de gegevens voor 1996-1999 betrekking op ziekenhuisbehandelingen: in vergelijking met andere jaren ligt het aantal cannabisgevallen relatief laag.

Bron: Nationale Reitox-verslagen 2003.

⁽¹⁵⁸⁾ In de VS wordt het aantal behandelingen geregistreerd in plaats van het aantal personen in behandeling. In tegenstelling tot Europa wordt in Amerika alcohol in dit verband ook geregistreerd als een reden om in behandeling te gaan. Zie de Samhsa-website (<http://www.samhsa.gov>). NB: in de VS, Canada en Australië wordt de term „marihuana” gebruikt — de benaming „hasjiesj” (cannabishars) komt in deze landen niet veel voor.

Het is van belang om inzicht te krijgen in de wijze waarop al deze factoren van invloed zijn op de toegenomen vraag naar behandeling. Als eerste stap dient daarbij gekeken te worden naar de kenmerken van de personen die vanwege een primair cannabisprobleem in behandeling gaan. De onderstaande analyse is gebaseerd op cliënten die een behandeling ondergaan in extramurale/ambulante settings.

Cannabiscliënten: kenmerken en gebruikspatronen

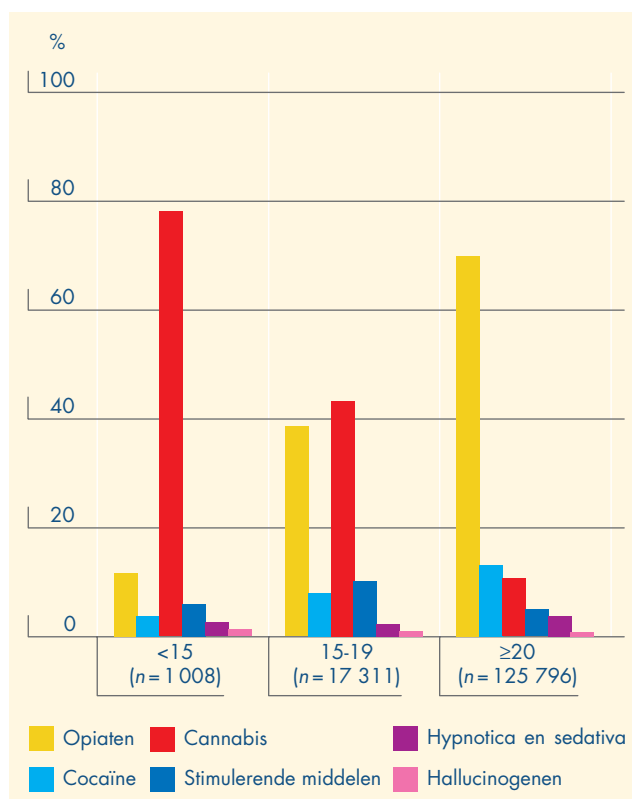
Wanneer een drugsgebruiker in behandeling gaat, kunnen de doorverwijzende instanties of personen via een aantal standaardopties worden geregistreerd. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen drugsgebruikers die op eigen initiatief in behandeling gaan en drugsgebruikers die voor een behandeling zijn doorverwezen door bijvoorbeeld maatschappelijke zorginstanties of justitie. De meeste cannabiscliënten gaan op aandringen van familie of vrienden of na een verwijzing vanuit de sociale zorg of justitie in behandeling. In vergelijking met andere drugsgebruikers gaat een verhoudingsgewijs kleiner percentage cannabisgebruikers op eigen initiatief in behandeling (¹⁵⁹). In de Verenigde Staten en Canada is van een vergelijkbare situatie sprake; ook in deze landen vindt een behandeling voor marihuana als primaire drug meestal niet op eigen initiatief plaats (EWDD, 2003d).

Een belangrijk verschil tussen verwijzingsbronnen is dat gebruikers die via familieleden of maatschappelijke instanties (vaak scholen) in behandeling gaan, doorgaans jonger zijn, vaker geen andere drugs naast cannabis gebruiken en beter sociaal geïntegreerd zijn. Cliënten die via justitie of op eigen initiatief in behandeling gaan, zijn meestal ouder en gebruiken vaak ook andere drugs naast cannabis (nationale Reitox-verslagen, 2003). Duitsland en Finland kennen de hoogste percentages primaire cannabisgebruikers. In deze landen spelen scholen en justitie een belangrijke rol bij het verwijzen van cannabisgebruikers naar behandelingen.

De groep nieuwe cannabiscliënten in behandeling bestaat voornamelijk uit jonge mensen (mannen (83 %)), met een gemiddelde leeftijd van 22 à 23 jaar. Voor andere drugs is het percentage mannelijke cliënten een fractie lager en de gemiddelde leeftijd hoger. Cannabis is voor 80 % van de nieuwe cliënten die als erg jong (jonger dan 15 jaar) worden geclassificeerd en voor 40 % van de 15- tot 19-jarigen de primaire reden om in behandeling te gaan (figuur 29) (¹⁶⁰). Deze groepen bestaan nog steeds overwegend uit mannen, maar omvatten een hoger percentage vrouwen dan in de totale cliëntengroep. In de leeftijds- en sekseverdeling per land komen over het algemeen voor alle cliënten dezelfde patronen naar voren.

De relatief jonge leeftijd van cannabiscliënten komt ook tot uiting in het hoge percentage (45 %) dat nog onderwijs volgt. Onder cliënten die voor andere drugs in behandeling zijn, is dat percentage slechts 8 %. Van de cliënten die een cannabisbehandeling volgen, heeft 24 % een vaste baan en is

Figuur 29 — Gemelde primaire drug onder patiënten van ambulante behandelcentra, naar leeftijdsgroep: 2002



NB: Alle cliënten. Landen die gegevens leveren zijn: DK, DE, EL, ES, LU, HU, SE, FI, UK.

Mannen uit Denemarken en het Verenigd Koninkrijk maken 56 % uit van alle cliënten onder de 20 jaar die in behandeling zijn voor cannabisgebruik, en nog eens 17 % is afkomstig uit Spanje.

Bron: Nationale Reitox-verslagen 2003; TDI-gegevens ambulante behandelcentra.

eenzelfde percentage werkloos (¹⁶¹), wat in scherp contrast staat met de cliënten die andere drugs zoals heroïne gebruiken. Daarnaast geven cannabisgebruikers vergeleken met cliënten die voor andere drugs worden behandeld, vaker aan dat zij over een stabiele woonomgeving beschikken (¹⁶²). Dit is een gevolg van het feit dat veel cannabisgebruikers nog jong zijn (vaak scholieren of studenten) en nog bij hun ouders wonen.

De gebruikspatronen onder cliënten die een extramurale behandeling voor primair cannabisgebruik volgen variëren aanzienlijk. Die gebruikspatronen zijn ook heel anders dan de patronen die voor andere soorten drugs worden aangetroffen, met name wat opiaten betreft (figuur 30). Van de cliënten die in 2002 voor een primair cannabisprobleem in behandeling waren, gebruikte slechts 36 % dagelijks cannabis en 17 % gebruikte deze drug vaker dan één keer per week (twee tot zes keer per week). 15 % gebruikte cannabis één keer per week of minder en 28 % bestond uit incidentele gebruikers of had in de afgelopen maand geen cannabis gebruikt. Daartegen gebruikt 84 % van de opiatengebruikers in behandeling hun drug(s) dagelijks.

(¹⁵⁹) Zie figuur 22 OL — Verwijzingsbron voor alle cliënten: voor alle drugs en voor cannabis.

(¹⁶⁰) Zie ook TDI_Tbl 4 in het Statistical Bulletin 2004.

(¹⁶¹) Zie figuur 23 OL — Positie op de arbeidsmarkt onder cannabiscliënten en onder alle cliënten.

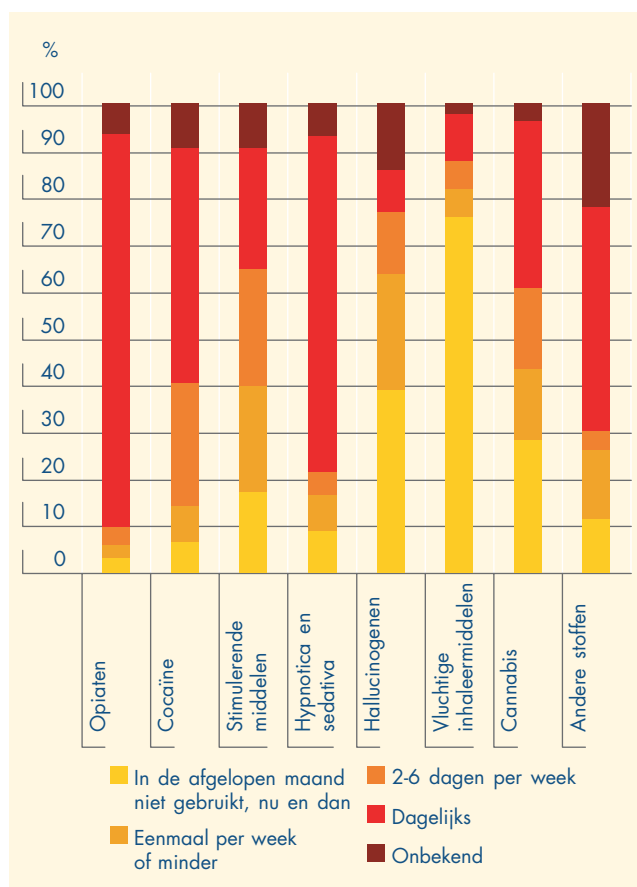
(¹⁶²) Zie figuur 24 OL — Woonomstandigheden onder cannabiscliënten en onder alle cliënten.

Het percentage cliënten dat een extramurale cannabisbehandeling volgt en deze drug dagelijks gebruikt, verschilt per land. De hoogste percentages dagelijkse cannabisgebruikers wordt in Nederland (80 %) en Denemarken (76 %) aangetroffen, terwijl het hoogste percentage incidentele gebruikers in Duitsland wordt gerapporteerd (41 %) ⁽¹⁶³⁾.

Hoe lager de leeftijd waarop het eerste cannabisgebruik plaatsvindt, hoe hoger het risico op drugsproblemen in de toekomst (Kraus *et al.*, 2003). In Europa is 28 % van alle cannabiscliënten die in 2002 in behandeling waren op of vóór hun 15e jaar met dat drugsgebruik begonnen, terwijl dat voor de groep onder de 20 jaar 80 % is. De corresponderende cijfers voor opiaten zijn 9 % en 42,8 % en voor cocaïne 6 % en 26,5 %.

De meeste landen maken melding van het feit dat cliënten die primair voor cannabis in behandeling zijn, een patroon van polydrugsgebruik vertonen. Dit zou een rapportage-effect kunnen zijn, bijvoorbeeld omdat cliënten met

Figuur 30 — Frequentie gebruik gemelde primaire drug onder patiënten van ambulante behandelcentra in 2002



NB: $n=109\ 699$ (alle cliënten). Landen die gegevens leveren zijn: CZ, DK, DE, EL, HU, LU, FI, SE, UK (CZ — alle soorten behandelcentra).

Bronnen: Nationale Reitox-verslagen 2003; TDI-gegevens ambulante behandelcentra.

polydrugsproblemen voor het gemak als primaire cannabisgebruikers worden geregistreerd. Er zijn echter geen kwantitatieve gegevens beschikbaar over het percentage polydrugsgebruikers onder cliënten in het algemeen. Er bestaan verschillen tussen cliënten die uitsluitend cannabis gebruiken en degenen die cannabis in combinatie met een andere drug gebruiken (nationale Reitox-verslagen, 2003): de eerste groep is doorgaans jonger en kent een betere sociale integratie dan de tweede groep (de werkgelegenheid en het opleidingsniveau is hoger en de kans is kleiner dat zij vroegtijdig van school zijn gegaan of dat in de toekomst zullen doen). De secundaire middelen die het meest worden gemeld door primaire cannabiscliënten, zijn alcohol (32,9 %) en stimulerende middelen (25 %) ⁽¹⁶⁴⁾, hoewel die verdeling per land uiteenloopt.

Een aantal cannabiscliënten in behandeling geeft aan andere drugs ook via injectie te hebben gebruikt en sommige rapporteren dat zij weliswaar ooit andere drugs hebben geïnjecteerd, maar dat zij op dit moment uitsluitend cannabis gebruiken. Voor 2002 rapporteert 14,7 % van de cannabisgebruikers in Griekenland die secundaire drugs gebruiken bijvoorbeeld dat zij de afgelopen dertig dagen ook drugs geïnjecteerd hebben, terwijl 25,4 % van alle cannabiscliënten aangeeft ooit een ander middel geïnjecteerd te hebben (Grieks nationaal verslag, 2003). Uit informatie in het Tsjechische nationaal verslag blijkt dat in sommige behandelsettings tot de helft van de cannabiscliënten rapporteert dat zij ook drugs injecteren.

Trends in de vraag naar behandeling: wijzigingen in factoren

De toename in de vraag naar behandeling voor primaire cannabisproblemen dient gezien te worden in het licht van de veranderingen die zich in de kenmerken en patronen van het cannabisgebruik hebben voorgedaan. In de landen die tussen 2000 en 2002 gegevens hebben verstrekt is het aantal verwijzingen door justitie, familie en vrienden en maatschappelijke instanties buitengewoon sterk gestegen met respectievelijk 103 %, 81 % en 136 % ⁽¹⁶⁵⁾. Tussen de landen zijn er geen relevante verschillen aangetroffen, met uitzondering van het feit dat het percentage verwijzingen via het strafrechtelijk systeem in Duitsland in die periode ook is toegenomen (van 21,7 tot 26,7 %).

Er zijn geen harde gegevens beschikbaar over de trends in de sociaal-demografische kenmerken van cannabiscliënten, hoewel in sommige nationale verslagen (Tsjechië, Frankrijk en Luxemburg) melding wordt gemaakt van een toename van het aantal cliënten met opleidings-, lichamelijke en psychologische problemen. Tussen 2001 en 2002 is het percentage dagelijkse gebruikers onder cannabiscliënten gestegen van 31,7 tot 39,2 % ⁽¹⁶⁶⁾, waarbij sommige landen aangeven dat het percentage dagelijkse gebruikers onder oudere gebruikers (> 20 jaar) hoger is.

⁽¹⁶³⁾ Zie figuur 25 OL — Frequentie van het gebruik van cannabis per land.

⁽¹⁶⁴⁾ Zie figuur 26 OL — Meest gebruikte secundaire drug onder alle cannabiscliënten per land en TDI_Tbl 9 in het Statistical Bulletin 2004.

⁽¹⁶⁵⁾ Zie figuur 27 OL — Verwijzingsbron voor alle cliënten, 2000-2002.

⁽¹⁶⁶⁾ Zie figuur 28 OL — Frequentie van het gebruik onder alle cannabiscliënten en TDI_Tbl 8 in het Statistical Bulletin 2004.

Cannabis in de algemene bevolking: van experimenteel naar dagelijks gebruik

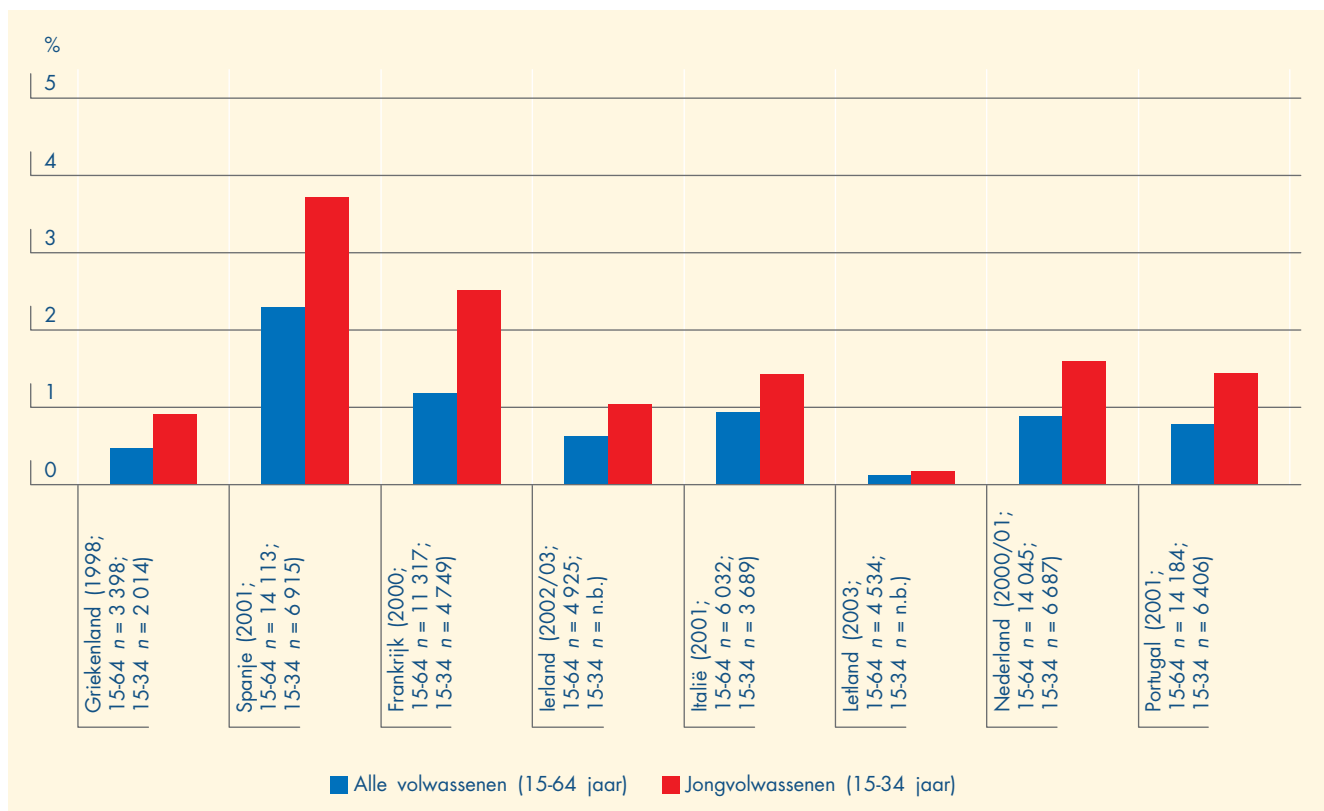
Zoals boven beschreven, is het cannabisgebruik in bijna alle landen gedurende de jaren negentig aanzienlijk toegenomen. Cannabis is op dit moment dan ook de meest gebruikte drug, maar het gebruik ervan is nog steeds incidenteel of van korte duur. Waarschijnlijk lopen degenen die cannabis het meest intensief gebruiken, het grootste risico op het ontwikkelen van problemen of van een verslaving. Met name op dit punt zijn er weinig informatiebronnen beschikbaar, hoewel wel bekend is dat recente gebruikers (gebruik in de afgelopen maand) doorgaans jonge mannen in stedelijke gebieden zijn.

Dat „laatste maand“-gebruik is een indicator voor actueel gebruik en omvat ook degenen die een drug intensief gebruiken. Uit recente enquêtes blijkt dat 1 tot 7 % van alle volwassenen en 3 tot 12 % van de jongvolwassenen aangeeft

in de afgelopen maand cannabis te hebben gebruikt (met uitzondering van Zweden (0,1 %)). Er bestaan echter verschillen tussen landen: zo is het actueel gebruik het hoogst in Tsjechië, Spanje, Frankrijk, Ierland en het Verenigd Koninkrijk. In landen die over longitudinale gegevens beschikken, lijkt het recent gebruik in de loop der jaren iets te zijn toegenomen, maar die stijging is niet dramatisch.

Negen landen hebben gegevens verstrekt op basis waarvan de frequentie van het cannabisgebruik in de laatste maand nader kan worden onderzocht: Griekenland, Spanje, Frankrijk, Ierland, Italië, Letland, Nederland, Portugal en Finland (niet opgenomen). Met uitzondering van Letland gebruikt ongeveer een vierde deel (19-33 %) van de personen die in de laatste maand cannabis hebben gebruikt, die drug (vrijwel) elke dag ⁽¹⁶⁷⁾ ⁽¹⁶⁸⁾. In deze landen bedroeg het aantal dagelijkse gebruikers 0,5-2,3 % van de totale populatie ⁽¹⁶⁹⁾ en 0,9-3,7 % van de jongvolwassenen (15-34 jaar) (figuur 31). De meeste mensen die aangeven in de laatste

Figuur 31 — Percentage dagelijkse of bijna dagelijkse gebruikers van cannabis onder alle volwassenen en jongvolwassenen in een aantal EU-landen op basis van landelijke enquêtes onder de bevolking



NB: Dagelijks of bijna dagelijks gebruik=gebruik tijdens 20 dagen of meer gedurende de maand voorafgaand aan het interview.

De gegevens zijn afkomstig van de meest recente landelijke enquêtes in elk land.

Het leeftijdsbereik voor alle volwassenen is 15-64 jaar (Italië 44 jaar) en voor jongvolwassenen 15-34 jaar. Verschillen in leeftijds categorieën kunnen verantwoordelijk zijn voor bepaalde verschillen tussen de landen.

Bronnen: Nationale Reitox-verslagen 2003, gebaseerd op verslagen van bevolkingsonderzoeken of wetenschappelijke artikelen. Zie ook Standard epidemiological tables in het Statistical Bulletin 2004.

⁽¹⁶⁷⁾ In dit gedeelte verwijst deze informatie naar het gebruik gedurende 20 dagen of meer gedurende de laatste maand wat ook wel aangeduid wordt als (vrijwel) dagelijks gebruik. Via de Europese modellenquête wordt getracht om het exacte aantal dagen drugsgebruik te verzamelen, maar voor de analyse van de nationale gegevens is de frequentie van het gebruik in vier categorieën opgesplitst, waarvan gebruik gedurende 20 dagen of meer de hoogste is.

⁽¹⁶⁸⁾ Zie figuur 29 OL — Aandeel (vrijwel) dagelijks gebruik onder volwassenen (15-64 jaar) die in de afgelopen maand cannabis hebben gebruikt.

⁽¹⁶⁹⁾ Het percentage laatstemaandgebruikers vermenigvuldigd met het percentage van (vrijwel) dagelijkse gebruikers, dat wil zeggen 6 % (laatstemaandprevalentie) \times 25 % (percentage dat gedurende 20 dagen of meer gebruikt) = 1,5 %.

maand cannabis te hebben gebruikt, zijn tussen de 15 en 34 jaar (76-92 %), wat betekent dat de dagelijkse gebruikers zich ook voornamelijk in deze leeftijdscategorie bevinden. Bovendien zijn de dagelijkse gebruikers over het algemeen mannen, hoewel dat percentage uiteenloopt van 62 % in Nederland tot 92 % in Griekenland.

Op basis van deze gegevens kan een ruwe schatting worden gemaakt van het aantal mensen in Europa dat intensief cannabis gebruikt. Ervan uitgaande dat circa 1 % van de bevolking dagelijks cannabis gebruikt, zou een land met 25 miljoen inwoners (in de leeftijd van 15 tot 64 jaar) ongeveer 250 000 dagelijkse cannabisgebruikers herbergen. Aangezien de gehele EU in totaal 302 miljoen inwoners tussen de 15 en 64 jaar telt, zou dat betekenen dat ongeveer 3 miljoen mensen in de Unie dagelijks cannabis gebruiken.

Zelfs onder jongvolwassenen varieert het intensief cannabisgebruik tussen leeftijdscategorieën, waarbij een dergelijk gebruik over het algemeen hoger is onder de jongere groepen. In de Spaanse schoolenquête 2002 gaf 3,6 % van de 14- tot 18-jarige scholieren aan dat zij (vrijwel) dagelijks cannabis gebruiken (dat is in het bovenste segment van de spreiding die onder jongvolwassenen in de leeftijd tussen de 15 en 34 jaar is aangetroffen). In de jaarlijkse Franse enquête onder 17- tot 19-jarigen (Escapad) werd een nog hoger dagelijks gebruik van cannabis in de afgelopen maand geconstateerd, namelijk 9,2 % onder jongens en 3,3 % onder meisjes (Beck en Legleye, 2003).

De gevolgen van het misbruik van of een verslaving aan cannabis lijken minder ernstig dan bij andere drugs. De meeste cannabisgebruikers lijken maatschappelijk gezien relatief goed geïntegreerde jonge mensen. Deze groep loopt eerder een groter risico op sociale problemen (verkeersongelukken, afgebroken opleidingen, gebroken gezinnen) dan op crimineel gedrag. De maatregelen die genomen worden, dienen daar dan ook adequaat op afgestemd te worden en niet tot nieuwe problemen of sociale uitsluiting te leiden.

De sterkte van cannabis en dosisfactoren

Er is gesuggereerd dat een stijging van de sterkte van cannabis deels verantwoordelijk is voor de toename van de problemen en dientengevolge ook voor het grotere aantal behandelingen. Inzicht in de factoren die verband houden met de cannabissterkte, de doses die individuele gebruikers consumeren en de mogelijke gevolgen voor acute en chronische problemen roept een aantal complexe vragen op. Om het beschikbare wetenschappelijke materiaal over de sterkte van cannabis te evalueren, heeft het EWDD een speciale studie uitgevoerd, waarvan de belangrijkste resultaten weergegeven zijn op blz. 90.

De sterkte van cannabis is slechts een van de factoren die meespeelt bij het berekenen van de dosis die een persoon in een bepaalde periode consumeert (Hall *et al.*, 2001). De

manier waarop de cannabis wordt gebruikt, de rooktechniek, de hoeveelheid cannabis die wordt gebruikt en het aantal keren dat de drug wordt geconsumeerd, zijn even belangrijk — en misschien zelfs wel belangrijker — voor het berekenen van de individuele blootstellingsniveaus. Zeer sterke cannabis is in een bepaalde mate altijd al verkrijgbaar geweest en de aandacht voor dit onderwerp is niet nieuw. Tevens dient opgemerkt te worden dat niet bekend is of cannabisgebruikers hun gewoonten wijzigen om de gewenste werking van een dosis te bereiken. Derhalve moet nader onderzocht worden in hoeverre sterke cannabis noodzakelijkerwijs tot een hogere dosis leidt.

Tegemoetkomen aan de behoeften van personen met problemen als gevolg van cannabisgebruik

Een goed inzicht in de behoeften van degenen die hulp zoeken voor hun cannabisproblemen is essentieel voor het ontwikkelen van adequate maatregelen. Uit een analyse van de vraag naar behandeling en van andere indicatoren blijkt dat zowel cannabisgebruikers in behandeling als de totale groep gebruikers een heterogene populatie vormen met de daarbij behorende uiteenlopende behoeften. Hieruit valt af te leiden dat er een breed scala aan maatregelen noodzakelijk is, variërend van preventie en risicobeperkende activiteiten tot formele behandelvoorzieningen. Een van de vragen in dit verband is of het een goede zaak is om jonge mensen die slechts incidenteel cannabis gebruiken naar gespecialiseerde behandelcentra voor drugs te verwijzen. Het antwoord op deze vraag is in hoge mate afhankelijk van de wijze waarop behandelingen gestructureerd zijn en van de mate waarin die jonge cliënten in contact komen met chronische gebruikers of met andere middelen. Het ontwikkelen van verwijzingsmethoden voor degenen met andere patronen van cannabisgebruik blijft dan ook een belangrijk aandachtsgebied.

Wat de preventie betreft, zijn er nog weinig initiatieven die specifiek gericht zijn op de toename van het cannabisgebruik onder jonge mensen, omdat preventieve activiteiten zelden voor één bepaalde drug bedoeld zijn. Een aantal lidstaten maakt echter melding van nieuwe ontwikkelingen op dit vlak, waarbij twee belangrijke strategieën onderscheiden kunnen worden: 1) het benadrukken van het risico dat jonge cannabisgebruikers lopen om met justitie in aanraking te komen; en 2) het via grootscheepse of gerichte mediacampagnes veranderen van het maatschappijbeeld dat het gebruik van cannabis acceptabel is.

In Duitsland, Griekenland, Ierland, Finland en het Verenigd Koninkrijk zijn inmiddels maatregelen genomen om de psychosociale gevolgen van het eerste, strafbare cannabisgebruik onder adolescenten te verminderen. Een recent voorbeeld hiervan (sinds 2000) is het FRED-

Sterkte van cannabis (bron: EWDD, 2004c)

1. EU-landen kunnen in twee afzonderlijke groepen worden onderverdeeld, afhankelijk van de vraag welk product het meest gebruikt wordt: de cannabisbladeren of cannabisbushars. Voor de landen waarover informatie beschikbaar was, gold dat cannabisbushars vaker gebruikt wordt in Duitsland, Ierland, Portugal en het Verenigd Koninkrijk, terwijl de cannabisplant gebruikelijker is in België, Tsjechië, Estland, Nederland en Oostenrijk.
2. De sterkte van plantaardige cannabis of cannabisbushars die in Europa wordt ingevoerd, is niet merkbaar toegenomen. In alle EU-landen, met mogelijke uitzondering van Nederland, wordt het grootste deel van de gebruikte cannabis geïmporteerd, ofschoon systematische gegevens over de beschikbaarheid van in eigen land geteelde cannabis op dit moment ontbreken.
3. In alle Europese landen wordt in enige mate binnenshuis cannabis geteeld. Naar schatting geldt dit in Nederland voor meer dan de helft van de gebruikte cannabis, maar in de meeste landen zijn geïmporteerde producten belangrijker.
4. Binnenshuis volgens intensieve teeltmethoden geteelde cannabisbladeren (bijv. hydroponische systemen met kunstmatige verlichting, vermeerderen door middel van stekken en het regelen van de daglengte) heeft gewoonlijk een hoger THC-gehalte dan geïmporteerde cannabis. Hoewel de sterkte van zelfgekweekte cannabisbladeren met die van geïmporteerde cannabis kan overlappen kan de gemiddelde sterkte van zelfgekweekte cannabis twee of drie keer groter zijn.
5. De algehele toename van de sterkte van cannabis die in sommige landen is gemeld kan bijna geheel worden toegeschreven aan een stijging van de consumptie van zelfgekweekte cannabis.
6. Het marktaandeel van de verschillende cannabisproducten in aanmerking genomen, is de effectieve sterkte vele jaren lang redelijk stabiel gebleven in bijna alle landen, rond de 6 tot 8 procent. De enige uitzondering is Nederland, waar tegen 2001 sprake was van een sterkte van 16 procent.
7. In Nederland heeft de aldaar gekweekte cannabisbushars een bijzonder hoog THC-gehalte, maar dit product wordt in dat land nog altijd maar weinig gebruikt en is vrijwel onbekend in andere landen.
8. De berichten in de populaire media dat cannabis de afgelopen decennia tienmaal zo sterk is geworden, of nog sterker, worden noch door beperkt beschikbare gegevens uit VS, noch door gegevens uit Europa gestaafd. Op de lange termijn bekeken lijken de grootste veranderingen in de VS te hebben plaatsgevonden, maar hierbij moet niet vergeten worden dat cannabis in de VS vóór 1980 een geringe sterkte had, gemeten naar Europese standaarden.
9. De algemene conclusie van het onderzoek is dat de bescheiden veranderingen in het THC-gehalte toegeschreven kunnen worden aan de relatief recente opkomst op de markt van met intensieve teeltmethoden zelfgekweekte cannabis in de EU. Daarbij wordt opgemerkt dat het THC-gehalte van cannabisproducten uitermate variabel is. Er is duidelijk behoefte aan informatie om controlesystemen te ontwikkelen waarmee het marktaandeel van de verschillende cannabisproducten kan worden vastgesteld en veranderingen in de loop van de tijd kunnen worden gevolgd. Op dit moment ontbreekt deze informatie grotendeels.
10. In het onderzoek worden enkele belangrijke gebieden vastgesteld waaraan aandacht dient te worden besteed, wil men een juiste evaluatie kunnen maken van vraagstukken met betrekking tot de sterkte van cannabis. Deze gebieden omvatten onder meer consensus over de nomenclatuur van cannabisproducten, verbetering van het toezicht op de marktinformatie, verbetering van de standaardmonsters voor laboratoria en verbetering van de verzameling en presentatie van gegevens op Europees niveau, onderzoeken naar het verband tussen sterkte, rookgedrag en THC/metaboliet-gehalten in het bloed in Europa, alsmede de noodzaak onderzoek te doen naar de mate waarin de sterkte van cannabis resulteert in een hogere gebruiks dosis en enig mogelijk verband tussen gezondheidsklachten. Opgemerkt wordt dat het zinvol kan zijn te bekijken welke kosten en voordelen gepaard gaan met verschillende behandelingen van verschillende cannabisproducten.

programma in Duitsland. Dit programma is nu in acht deelstaten operationeel en biedt jonge drugsgebruikers in een vroeg stadium een kortdurende interventie op vrijwillige basis⁽¹⁷⁰⁾. In het Verenigd Koninkrijk werken teams die zich bezighouden met jonge cannabisdelinquenten op een soortgelijke wijze. Als gevolg van een verandering in de manier waarop bepaalde aspecten van cannabisgebruik in

het strafrechtstelsel waren verankerd en na een nieuwe categorisering van deze drug (van categorie B naar categorie C); bezit is strafbaar en leidt tot een waarschuwing, consumptie is niet strafbaar. Er bestaat een specifieke procedure voor reeds gewaarschuwde jongeren (bijv. onder de 18). In het Verenigd Koninkrijk is via de massamedia eveneens een campagne gevoerd om de

⁽¹⁷⁰⁾ Voor meer informatie over dit en andere preventieprogramma's wordt verwezen naar de EDDRA-database van het EWDD: (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2091).

negatieve gevolgen en het verboden karakter van het cannabisgebruik te benadrukken.

In het kader van een ander recent initiatief wordt een preventiecampagne op locatie gevoerd in coffeeshops waar kleine hoeveelheden cannabis worden verkocht. Deze interventie vindt plaats in de vorm van een cursus en een handleiding voor eigenaren van coffeeshops met het doel om drugsgerelateerde problemen in deze etablissementen te voorkomen. In het handboek wordt informatie verstrekt over cannabis, drugswetgeving, psychiatrische stoornissen, EHBO, ondernemerschap en voorlichtingsvaardigheden. Nederland heeft een traditie op het gebied van de geïndividualiseerde en directe aanpak van cannabisgebruik, hetgeen geïllustreerd wordt door de „hasj en weed week” ⁽¹⁷¹⁾, waarin zware cannabisgebruikers in groepsbijeenkomsten samenkomen om de gevolgen van intensief gebruik en de mogelijkheden tot gedragsverandering te bespreken.

In bepaalde mate zijn deze methoden zowel op schadebeperking als op preventie gericht. Ondanks het alom bekende verband tussen roken en aandoeningen aan het ademhalingsapparaat en een toenemende bezorgdheid over de negatieve gevolgen van intensief cannabisgebruik voor de gezondheid, zijn er — in vergelijking met initiatieven voor gebruikers van andere drugs — echter nauwelijks interventies ontwikkeld om de schade als gevolg van cannabisgebruik terug te dringen.

Behandelmogelijkheden voor cannabisgebruikers zijn meestal alleen beschikbaar via behandelcentra waar hulp wordt verleend aan cliënten die aan legale of verboden drugs verslaafd zijn of die ander verslavingsgedrag vertonen. Een aantal landen rapporteert de aanwezigheid van diensten die op cannabisgebruikers zijn gericht (Denemarken, Duitsland, Griekenland, Frankrijk, Nederland, Oostenrijk, Zweden en Noorwegen), maar over het algemeen lijkt deze vorm van gespecialiseerde zorg zeer beperkt. In veel landen is het behandel aanbod voor problematische cannabisgebruikers geïntegreerd in de voorzieningen voor de behandeling van drugsproblemen in het algemeen (België, Tsjechië, Denemarken, Duitsland, Spanje, Frankrijk, Ierland, Italië, Luxemburg, Nederland, Oostenrijk, Portugal, Slovenië en Noorwegen).

In de meeste gevallen worden cliënten met problemen als gevolg van cannabisgebruik behandeld naast cliënten die worden behandeld voor het gebruik van andere verboden drugs, over het algemeen opioïden. Aangezien veel van deze drugsbehandelcentra ingericht zijn op de behoeften van een vaak chaotische en gemarginaliseerde populatie, is het twijfelachtig of zij ook geschikt zijn voor de behandeling van cliënten met minder acute behoeften, zoals cannabisgebruikers. De behandelende instanties in de lidstaten zijn zich van deze problematiek bewust en in een aantal nationale Reitox-verslagen wordt opgemerkt dat het

wel eens contraproductief zou kunnen zijn om problematische cannabisgebruikers in contact te brengen met problematische heroïnegebruikers of polydrugsgebruikers. Dit wordt ook als een van de redenen aangevoerd om cannabisgebruikers geen intramurale behandelingen te geven. Het is eenvoudiger om gespecialiseerde programma's voor cannabisgebruikers op extramurale basis te ontwikkelen. In het Oostenrijks nationaal verslag wordt voorgesteld om eventueel noodzakelijke intramurale hulpverlening bij voorkeur plaats te laten vinden op psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen in plaats van op afdelingen voor drugsgebruik. Tot de recente nieuwe ontwikkelingen die door lidstaten worden gemeld om tegemoet te komen aan de behoeften van cannabisgebruikers behoren een handboek voor cognitieve behandelingen voor chronische cannabisgebruikers (Zweden), een website voor zelfhulp voor cannabisgebruikers (Nederland) en behandelingen met acupunctuur (Finland).

Conclusies

Deze evaluatie is bedoeld om de geconstateerde toename van de gerapporteerde vraag naar cannabisbehandelingen in een bredere analytische context te plaatsen. Daarbij is het helaas onvermijdelijk dat veel belangrijke vragen die essentieel zijn voor een gefundeerd beleidsdebat over dit controversiële onderwerp, onbeantwoord blijven. Daarnaast is ook duidelijk dat de beschikbare gegevens geen aanleiding geven om de alarmklok te luiden, maar dat er ook absoluut geen aanleiding is om de zaken maar op hun beloop te laten.

Mensen met problemen als gevolg van cannabisgebruik hebben in bepaalde landen een niet te verwaarlozen aandeel in de vraag naar drugsbehandelingen en vormen ook een belangrijke subgroep binnen de totale populatie onder behandeling. Deze groep bestaat voornamelijk uit jonge mannen, meestal rond de 20 jaar oud, en hun drugsgebruik is doorgaans op 16- of 17-jarige leeftijd begonnen.

Cannabiscliënten hebben een ander patroon van drugsgebruik dan degenen die andere middelen consumeren. Daarnaast bestaan er ook aanzienlijke verschillen tussen cannabisgebruikers onderling. Het profiel van de verschillende subgroepen cannabisgebruikers in behandeling is waarschijnlijk van direct belang voor het inzicht in hun behoeften en daardoor ook voor het ontwikkelen van adequate maatregelen. Belangrijke factoren op dit vlak zijn de frequentie van het gebruik, actueel of vroeger gebruik van andere drugs en de verwijzingsbron. Op basis van de nationale verslagen en de TDI-gegevens kunnen in algemene zin twee duidelijke cliëntprofielen worden onderscheiden:

- jongere gebruikers, vaak scholieren of studenten, die via hun familie of school naar behandelingen zijn verwezen en die uitsluitend cannabis gebruiken, zij het soms in combinatie met alcohol of stimulerende middelen;

⁽¹⁷¹⁾ http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=385.

- polydrugsgebruikers, die doorgaans ouder en sociaal minder geïntegreerd zijn, en die meestal via justitie, maatschappelijke instanties of de gezondheidszorg in het behandelcircuit terecht zijn gekomen. Deze groep valt gedeeltelijk samen met de populatie chronische drugsgebruikers.

Daarnaast zijn er ook nog aanwijzingen voor een derde groep cliënten: deze cliënten zijn door justitie voor behandeling doorverwezen, gebruiken uitsluitend cannabis en lijken over het algemeen slechts incidentele gebruikers te zijn.

Met betrekking tot de veranderingen in de kenmerken van primaire cannabisgebruikers die in behandeling gaan, wijst de beschikbare informatie op een:

- toenemend aantal gebruikers in sommige landen die op last van justitie in behandeling gaan;
- toename van het aantal verwijzingen door familie en andere sociale netwerken (gezin, vrienden, maatschappelijke hulpverlening, scholen);
- toegenomen percentage intensief (dagelijks) cannabisgebruik, hoewel de dagelijkse gebruikers in de minderheid blijven;
- toename van maatschappelijke en opleidingsproblemen in een aantal landen, hoewel de gegevens op dit punt nog lang niet betrouwbaar genoeg zijn.

De toename van de vraag naar behandelingen lijkt ook beïnvloed te worden door veranderingen in de verwijzingspraktijken. Daarnaast lijkt een aanzienlijk percentage cannabisgebruikers dat voor een behandeling wordt doorverwezen, geen intensieve drugsgebruiker te zijn. Desalniettemin is in ieder geval in een aantal landen een significante hoeveelheid aanvragen voor behandeling afkomstig van personen met een intensief cannabisgebruik. Er is echter weinig inzicht in de problemen waarmee deze groep wordt geconfronteerd, en onderzoek op dit gebied is dan ook dringend noodzakelijk. Een meerderheid van de zeer jonge mensen die om behandeling vragen, doet dit in verband met cannabis, en deze constatering geeft aan dat er speciale aandacht vereist is voor de behoeften van en de verwijzingsmethoden en maatregelen voor deze groep.

Het is ook van belang om te beseffen dat de vraag naar behandeling geen directe indicator is voor de omvang en aard van cannabisproblemen. Uit gegevens van algemene bevolkingsenquêtes blijkt dat intensief cannabisgebruik relatief weinig voorkomt ten opzichte van incidenteel cannabisgebruik. Gezien het wijdverbreide gebruik van cannabis betekent dit echter desalniettemin dat een aanzienlijk aantal mensen deze drug toch intensief gebruikt, in ieder geval gedurende een bepaalde periode in hun leven.

Uit schattingen kan afgeleid worden dat tussen de 0,5 en 2 % van de volwassen populatie en tussen de 1 en 3 % van de jongvolwassenen intensief cannabis gebruikt. De prevalentie onder jonge mannen is naar alle waarschijnlijkheid aanzienlijk hoger. Het is moeilijk om op basis van de enquêtegegevens een duidelijk beeld te schetsen van het aantal gebruikers dat als gevolg van cannabis met problemen wordt geconfronteerd of aan deze drug verslaafd zal raken. Hoewel de gevolgen van het misbruik van of een verslaving aan cannabis minder ernstig zijn dan bij andere drugs, kan de cannabisproblematiek desalniettemin tot aanzienlijke negatieve gevolgen voor de volksgezondheid leiden. Dit is met name een gevolg van de omvang van het cannabisgebruik en het feit dat veel gebruikers nog jong zijn, zodat de kans bestaat dat zij deze drug ook in belangrijke ontwikkelingsfasen of kwetsbare perioden intensief zullen gebruiken. In gezinnen en gemeenschappen met een sociale achterstand kan het misbruik van of de verslaving aan cannabis de situatie van personen nog verder verslechteren als gevolg van problemen bij hun opleiding of bij het zoeken of houden van een baan.

Samengevat blijft er dringend behoefte bestaan aan onderzoek om een beter inzicht te krijgen in de relatie tussen de verschillende patronen van cannabisgebruik en de ontwikkeling van problemen. Er is nog steeds weinig bekend over de mate waarin cannabisgebruikers met problemen worden geconfronteerd en over de aard van de problematiek. Om de problemen op populatieniveau in kaart te kunnen brengen, dienen er dan ook specifieke methodologische instrumenten ontwikkeld te worden. Dergelijke informatie is een voorwaarde voor de ontwikkeling, aanpak en implementatie van effectieve maatregelen binnen de gezondheidszorg voor het terugdringen van het cannabisgebruik in Europa.