

Naar een harder softdrugsbeleid?

*Jan van Ours**

Vaak wordt gedacht dat cannabis als een 'stepping stone' naar het gebruik van hard drugs zoals cocaïne fungeert. De causaliteit in deze relatie wordt hier getoetst met een methode die ook in arbeidsmarktonderzoeken wordt gehanteerd. Daaruit blijkt dat de stepping stone niet hard te maken is. Het Nederlandse drugsbeleid gaat er (terecht) van uit dat er geen causaal verband bestaat tussen softdrugs en harddrugs. De auteur betoogt daarom dat legalisering van soft drugs meer voor de hand ligt dan een restrictief beleid. (van de redactie)

Alhoewel de markt voor harddrugs in veel opzichten vergelijkbaar is met een normale markt houden niet veel economen zich bezig met onderzoek op dit terrein.¹ Wellicht komt dat omdat harddrugs illegaal zijn. Daarom is het moeilijk om goede data te verkrijgen als basis voor een economische analyse. Voor een beoordeling van de beleidsalternatieven kunnen economische parameters evenwel van groot belang zijn. Bezien vanuit een economische invalshoek kan beleid gericht op het bestrijden van harddrugs aangrijpen bij de vraag of het aanbod. Via voorlichting en het strafbaar stellen van het bezit van harddrugs wordt getracht de vraagcurve naar links te verschuiven. Via bestrijding van de handel in harddrugs wordt getracht de aanbodcurve naar links te verschuiven. In beide gevallen neemt in principe de geconsumeerde hoeveelheid af. Van belang is ook of de markten voor soft drugs en harddrugs gescheiden opereren of dat er sprake is van een relatie die loopt via de vraagkant. Dit laatste is het geval volgens de "stepping stone" theorie (ook wel: "gateway" of "slippery slope" theorie genoemd) die stelt dat gebruik van softdrugs een tussenstap is naar het gebruik van harddrugs. In de Verenigde Staten bijvoorbeeld wordt ten aanzien van

* Departement Algemene Economie, Universiteit van Tilburg.

¹ Een zeldzame Nederlandse studie is Hoekstra (1987) waarin onderzoek wordt beschreven dat is gebaseerd op vraaggesprekken met heroïnegebruikers. Zie voor een overzicht van buitenlandse drugstudies met een economische invalshoek Pudney (2001).

soft drugs een restrictief beleid gevoerd mede vanuit de gedachte dat marihuana een stepping stone is voor cocaïne. Die veronderstelling wordt ook ondersteund door onderzoek zoals bijvoorbeeld van J. DeSimone (1998), waarin op basis van een analyse van Amerikaans gebruik wordt geconcludeerd: "Results provide strong support for the gateway hypothesis (...) The implication is that cocaine use can be more effectively deterred by redirecting some enforcement resources from cocaine to marijuana."

In het Nederlandse drugsbeleid wordt de stepping stone theorie beschouwd als "een van de vele mythen die over het gebruik van drugs de ronde doen. Een mythe die onder omstandigheden zou kunnen werken als een self-fulfilling prophecy: door het gebruik van henneproducten en harddrugs zoals heroïne en cocaine beleidsmatig over een kam te scheren kan immers juist in de hand gewerkt worden dat hennepokers met harddrugs in contact komen." Het Nederlandse drugsbeleid stelt de gezondheid van de gebruiker, diens omgeving en de samenleving als geheel centraal. In de opiumwet wordt sinds 1976 onderscheid gemaakt tussen harddrugs met onaanvaardbare risico's voor de gezondheid en softdrugs waarvan de risico's minder groot worden geacht. Naar deze basis onder het Nederlandse softdrugsbeleid is niet veel onderzoek verricht. Onderzoek ter zake is ook niet eenvoudig omdat het moeilijk is causaliteit (het een veroorzaakt het ander) van correlatie (het een doet zich samen met het ander) te onderscheiden. Dit vraagt analysemethoden die bijvoorbeeld in het arbeidsmarktonderzoek gebruikelijk zijn. In dit artikel worden de resultaten beschreven van een onderzoek naar de relatie tussen cannabis en cocaine gebaseerd op een dergelijke methode.²

Drugs in Nederland. In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van het gebruik van drugs in de VS, Nederland en Amsterdam. Zoals weergegeven heeft in Nederland ongeveer 16% van de bevolking (van 12 jaar en ouder) ooit cannabis gebruikt, terwijl dat voor cocaïne 2.1% en voor heroïne 0.3% is. Voor wat betreft het gebruik in het laatste jaar is het gemiddelde in Nederland 4.5% voor cannabis, 0.6% voor cocaïne en 0.1% voor heroïne.³ In de VS zijn verhoudingsgewijs aanmerkelijk meer mensen met cannabis, cocaïne en heroïne in aanraking gekomen dan in Nederland hetgeen gezien het stringente Amerikaan-

² Zie Van Ours (2001) voor een uitgebreide beschrijving. Zie voorts Cohen en Sas (1999) die tot de conclusie komen dat er in Nederland geen sprake is van een "stepping stone".

³ Het 'gebruik ooit', 'gebruik laatste jaar' en 'gebruik laatste maand' zijn standaardmaatstaven in drugsonderzoek. Alleen indien een respondent aangeeft de laatste maand gebruikt te hebben wordt er doorgevraagd over de intensiteit van het gebruik. Indien gebruik ooit wordt aangegeven wordt veelal gevraagd naar de leeftijd waarop het gebruik is begonnen. In de beantwoording van de vraag naar 'gebruik ooit' zit een subjectief element omdat niet omschreven wordt wat dit precies zou moeten inhouden. Het zou kunnen zijn dat iemand die 1 keer iets probeert ook aangeeft ooit te hebben gebruikt. De vraag naar de leeftijd waarop men begonnen is filtert de '1 keer probeerders' er waarschijnlijk wel uit omdat die respondenten zullen beseffen dat ze nooit echt begonnen zijn.

se drugsbeleid opmerkelijk is. Uit de tabel blijkt ook dat veel mensen die wel eens drugs hebben gebruikt dit inmiddels niet meer doen.

Tabel 1: Gebruik van drugs in de VS, Nederland en Amsterdam; % van de bevolking van 12 jaar en ouder

	Gebruik ooit			Gebruik laatste jaar		
	Cannabis	Cocaïne	Heroïne	Cannabis	Cocaïne	Heroïne
USA	32,9	10,5	0,9	9,0	1,9	0,3
Nederland	15,6	2,1	0,3	4,5	0,6	0,1
Amsterdam	36,3	9,3	1,7	13,1	2,6	0,5

Bron: Cedro, Amsterdam

De gegevens over het gebruik in het afgelopen jaar laten zien dat zelfs ten aanzien van harddrugs de persistentie in het gebruik niet al te groot is. In het onderzoek naar de relatie tussen cannabis en cocaïne is gebruik gemaakt van informatie uit vier CEDRO-onderzoeken naar het drugsgebruik in Amsterdam verricht in de jaren 1987-1997.⁴ Het gaat hierbij om vier herhaalde cross-sections en niet om paneldata waarbij dezelfde persoon meerdere keren wordt ondervraagd. Doordat retrospectieve vragen zijn gesteld over bijvoorbeeld de leeftijd waarop men begonnen is met het gebruik van bepaalde drugs hebben de gegevens een quasi-panel karakter.⁵

Tabel 2 Drugsgebruik ooit (%) en gemiddelde beginleeftijd van drugsgebruik; bevolking Amsterdam ouder dan 25 jaar, geboren na 1949 in Nederland en met een Nederlandse nationaliteit

	Mannen		Vrouwen	
	Cannabis	Cocaïne	Cannabis	Cocaïne
Gebruik ooit	56	17	46	11
Leeftijd begin	18,9	24,2	19,3	23,3

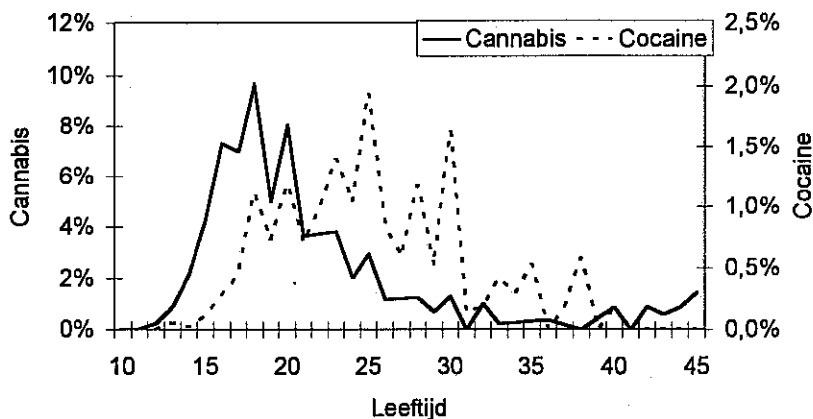
Bron: Berekend op basis Cedro onderzoeken 1987-1997

⁴ Uiteraard zou het interessant zijn ook heroïnegebruik in het onderzoek te betrekken, maar het aantal heroïnegebruikers is te klein voor een zinvolle analyse. De website van het Centrum voor Drugsonderzoek (CEDRO) bevat overigens veel actuele informatie over drugsgebruik en verwante zaken: www.uva.cedro.nl.

⁵ Door het retrospectieve karakter doet zich ook bijna geen selectiviteitsprobleem voor. Wel kunnen geheugeneffecten belangrijk zijn en bestaat er een selectieprobleem als degenen die in het verleden drugs hebben gebruikt een grotere kans dan niet-drugsgebruikers hebben om inmiddels overleden te zijn. Helemaal denkbeeldig is dit niet maar de omvang van het overlijden ten gevolge van drugsgebruik is verwaarloosbaar klein.

Tabel 2 geeft een overzicht van het gebruik en de gemiddelde beginleeftijd van het gebruik onder Amsterdammers ouder dan 25 jaar.⁶ De tabel laat zien dat cannabis en cocaïne vaker door mannen wordt gebruikt. Voor wat betreft de gemiddelde beginleeftijd zijn er geen grote verschillen tussen mannen en vrouwen. Mensen beginnen gemiddeld - als ze al beginnen - op hun 19de met cannabis en op hun 23ste of 24ste met cocaïne.

Figuur 1: Jaarlijkse startkansen gebruik cannabis and cocaine; Amsterdamse bevolking 26-47 years (%).



In figuur 1 wordt weergegeven op welke leeftijd mensen met drugs beginnen. De "startsnelheden" voor cannabis pieken in de leeftijd van 18-20 jaar. Zo laat de figuur zien dat van degenen die tot hun 18de nog niet met cannabis waren begonnen 10% begint op 18-jarige leeftijd. Van degenen die tot hun 25ste nog niet met cannabis zijn begonnen begint slechts 3%. Iemand die voor zijn of haar 25ste nog niet begonnen is met het gebruik van cannabis heeft slechts een heel kleine kans om dat op latere leeftijd nog te doen. Figuur 1 laat zien dat de "startsnelheden" voor cocaïne aanmerkelijk kleiner zijn. De piek ligt op 25-jarige leeftijd wanneer van degenen die nog niet zijn gaan gebruiken 2% begint met gebruik. De weergegeven pieken in figuur 1 zijn toe te schrijven aan geheugeneffecten en liggen veelal op 18-jarige, 20-jarige, 25-jarige en 30-jarige

⁶ De gegevens hebben betrekking op mensen die op het moment van ondervragen ouder waren dan 25 jaar en geboren zijn in 1950 of later. De leeftijdsgrens van 25 jaar is gehanteerd omdat blijkt dat indien mensen niet beginnen te gebruiken voor hun 25ste levensjaar de kans erg klein is dat ze op latere leeftijd nog gaan gebruiken. De grens van 1950 is gehanteerd om een zekere homogeniteit aan te brengen in de onderzoekspopulatie. Bovendien heeft de onderzoekspopulatie alleen betrekking op individuen geboren in Nederland en met de Nederlandse nationaliteit. Deze beperkingen zijn aangebracht omdat de respons op drugsvragen onder etnische minderheden nogal afwijkend kan zijn.

leeftijd. Desalniettemin is ook in deze figuur duidelijk dat over het algemeen cannabisgebruik op lagere leeftijd begint dan cocaïnegebruik. Door die volgorde komt het slechts weinig voor dat mensen eerst beginnen met cocaïne en dan naar cannabis overstappen. Van de onderzoekspopulatie van ruim 4000 Amsterdammers hebben er ongeveer 600 zowel ooit cannabis als ooit cocaïne gebruikt en van deze groep is ongeveer 92% eerst begonnen met cannabis en later met cocaïne. Het feit dat de meeste mensen eerst met cannabis beginnen en pas later met cocaïne wordt vaak aangevoerd als bewijs voor het bestaan van een causaal verband tussen beide.

Soft drugs als stepping stone? De ruwe data tonen aan dat er een samenhang is tussen het gebruik van cannabis en dat van cocaïne. Van degenen die cannabis gebruiken of hebben gebruikt, heeft bijna 27% ooit cocaïne gebruikt. Van degenen die geen cannabis hebben gebruikt, heeft minder dan 1% ooit cocaïne gebruikt. Om causaliteit van correlatie te onderscheiden is gebruik gemaakt van een model dat o.a. is toegepast bij het schatten van het effect van uitkerings-sancties op de snelheid waarmee werklozen een baan vinden.⁷ Hierbij worden werklozen met en zonder sanctie met elkaar vergeleken waarbij rekening gehouden wordt met de mogelijkheid dat werklozen met een sanctie andere karakteristieken kunnen hebben dan werklozen zonder sanctie. Het betreft hier niet alleen waarneembare verschillen maar ook niet-waarneembare verschillen bijvoorbeeld in termen van motivatie. In het onderhavige onderzoek is de duur tot het eerste gebruik van cocaïne de duur die vergelijkbaar is met de werkloosheidsduur, terwijl het eerste gebruik van cannabis het karakter heeft van een "interventie". Onderzocht is dus of mensen die cannabis gebruiken "vatbaarder" zijn voor het beginnen met cocaïne dan mensen die geen cannabis gebruiken. Als dat zo zou zijn dan is dit bewijs voor het bestaan van een causaal verband in het gebruik. Als dat niet zo is dan kan de samenhang in het gebruik van cannabis en cocaïne worden toegeschreven aan gemeenschappelijke determinanten.

In de analyse zijn de determinanten van de in figuur 1 weergegeven "startsnelheden" van het gebruik van cannabis en van cocaïne bepaald. Voor de "start-snelheid" ten aanzien van cannabis geldt:

$$\theta_1(t; x, u) = \lambda_1(t) \cdot \exp(\beta_1 x + u) \quad (1)$$

waarbij t de leeftijd van het individu weergeeft, x de waargenomen karakteristieken (geslacht, opleiding en geboortecohort) en u de niet-waargenomen karakteristieken. De functie $\lambda_1(t)$ beschrijft hoe de startsnelheid verandert over de

⁷ Zie bv. G.J. van den Berg, B. van der Klaauw en J.C. van Ours (1998).

levensduur⁸ en β is een vector parameters gerelateerd aan de persoonlijke karakteristieken. Voor cocaïne geldt een soortgelijke vergelijking:

$$\theta_2(t; x, u) = \lambda_2(t) \cdot \exp(\beta_2 x + \delta I(t_1 < t < t_1 + t_c) + v) \quad (2)$$

waarbij v de niet-waargenomen effecten zijn die de startsnelheid van het cocaïnegebruik beïnvloeden en I een indicator variabele is met de waarde 1 indien de leeftijd ligt in het weergegeven interval en de waarde 0 indien dat niet het geval is. Dit interval is benoemd als de incubatieperiode, de periode (t_c) die aangeeft hoe lang na het begin van het cannabisgebruik (t_1) beginnen met cocaïne nog als een causaal verband kan worden aangemerkt. De keuze van incubatieperiode is arbitrair en daarom is zijn er schattingen gedaan met verschillende periode. In eerste instantie is geschat met de periode $t_c=5$ jaar. De parameter δ geeft weer in hoeverre er sprake is van een "stepping stone" van cannabis voor cocaïne. Er is een "stepping stone" indien $\delta > 0$. Het is echter ook mogelijk dat cannabis en cocaïne substituten zijn, dan geldt $\delta < 0$. Als de consumptie van beide producten los van elkaar staat geldt $\delta = 0$. Een mogelijke relatie tussen het gebruik van cannabis en van cocaïne loopt niet alleen via δ , maar ook via een mogelijke correlatie tussen de niet-waargenomen effecten u en v . Hiermee wordt rekening gehouden door de relatie te specificeren als een discrete verdeling met 4 massapunten, waarbij zowel u als v een hoge en een lage waarde kunnen hebben:

$$\begin{array}{ll} \text{Prob}(u=u^a, v=v^a) = p_1 & \text{Prob}(u=u^a, v=v^b) = p_2 \\ \text{Prob}(u=u^b, v=v^a) = p_3 & \text{Prob}(u=u^b, v=v^b) = p_4 \end{array}$$

Er is geen sprake van correlatie tussen de niet-waargenomen componenten wanneer geldt: $p_1 \cdot p_4 = p_2 \cdot p_3$, terwijl van een perfecte correlatie is sprake wanneer geldt $p_2 = p_3 = 0$.

De parameters zijn geschat met maximum likelihood en de schattingsresultaten zijn weergegeven in tabel 3. Het blijkt dat recente geboortecohorten sneller geneigd zijn om cannabis en cocaïne te gebruiken. Dit kan te maken hebben met een verruiming van het aanbod maar ook bijvoorbeeld met de beleidsverandering in het midden van de jaren zeventig waardoor bijvoorbeeld het bezit van een geringe hoeveelheid cannabisproducten voor eigen gebruik werd getoleerd. De invloed van opleidingsniveau is beperkt. Vrouwen zijn minder geneigd om cannabis te gebruiken dan mannen, terwijl er ten aanzien van cocaïnegebruik geen verschil bestaat tussen mannen en vrouwen. Uit de niet in de tabel weergegeven coëfficiënten van de leeftijddummies blijkt dat de piek in het

⁸ Verondersteld is dat mensen vanaf hun twaalfde levensjaar zouden kunnen gaan gebruiken. Voor elk levensjaar tot 30 jaar wordt een afzonderlijke dummy opgenomen, vanaf het dertigste levensjaar wordt de startsnelheid constant verondersteld.

beginnen met cannabis ligt op 20-jarige leeftijd terwijl dit voor cocaïne 24 jaar is.

Tabel 3: Schattingsresultaten "startsnelheden" ten aanzien van het gebruik van cannabis en cocaïne^{a)}

	Cannabis	Cocaïne
Vrouw	-0,21 (3,9)	0,08 (0,9)
LBO-MAVO	-0,61 (3,6)	0,23 (1,1)
MBO/HAVO/VWO	0,09 (0,6)	0,24 (1,2)
HBO-Universiteit	-0,00 (0,0)	-0,30 (1,6)
Cohort 1956-60	0,19 (2,7)	0,82 (7,0)
Cohort 1961-65	0,26 (3,5)	1,27 (8,7)
Cohort 1966-70	0,67 (7,7)	1,09 (5,1)
Cohort post 1970	0,60 (2,3)	0,84 (1,3)
δ	-	0,29 (3,5)

^{a)} Tussen haakjes: absolute t-waarden. Door de gekozen dummy-variabelen bestaat de referentiegroep uit mannen met alleen basisonderwijs geboren in de eerste helft van de jaren vijftig; niet weergegeven in de tabel zijn de coëfficiënten van de leeftijdummies, de constanten en de waarden van de massapunten van de verdeling van de niet-waargenomen heterogeniteit. Laatstgenoemde zijn: $p_1=0.15$, $p_2=0$, $p_3=0.23$, $p_4=0.62$. Deze kansen zijn berekend op grond van schattingen van een multinomiale logit specificatie: $p_j = \exp(\alpha_j) / (\sum_i \exp(\alpha_i))$ voor $j=1-4$. De geschatte waarden voor de α 's zijn (t-waarden): $\alpha_1=-1,43$ (26,4), $\alpha_3=-0,98$ (10,5), terwijl α_2 dermate klein werd dat is opgelegd $p_2=0$. Ten slotte is p_4 berekend als $p_4=1-p_1-p_2-p_3$.

Uit de analyse blijkt voorts dat er conditioneel op de waargenomen karakteristieken sprake is van niet-waargenomen heterogeniteit: sommige mensen zijn meer geneigd om cannabis en/of cocaïne te gebruiken dan andere mensen. Wat de aard van de niet-waargenomen verschillen is valt moeilijk aan te geven. Het gaat immers om beslissingen die soms in een ver verleden zijn genomen. De omstandigheden ten tijde van de enquête, iemands gezinsomstandigheden of arbeidsmarktpositie doen niet ter zake. Wel kan de vroegere sociale omgeving of gezinssituatie een rol spelen. Wellicht zijn sommige mensen ook meer geneigd om te experimenteren met drugs dan andere mensen dat zijn. Het onderzoek geeft hierover geen uitsluitsel. De schattingsresultaten laten zien dat er drie groepen individuen onderscheiden kunnen worden. Een groep van ruim 60% zal niet aan cannabis of cocaïne beginnen.⁹ Een groep van ongeveer 15% is vatbaar voor gebruik van zowel cannabis als cocaïne. De resterende groep van ruim 20% is wel vatbaar voor het gebruik van cannabis maar zal niet aan cocaïne beginnen. Deze resultaten geven aan dat voor het gebruik van cocaïne

⁹ Technisch gezien komt dit er op neer dat van de twee "startsnelheden" richting cocaïne er 1 gelijk aan nul is gesteld. Ten aanzien van de twee "startsnelheden" richting cannabis geldt dat er ook een aanzienlijk verschil bestaat maar de laagste is toch groter dan nul. Zie voor details Van Ours (2001).

slechts een kleine groep individuen open staat. De positieve correlatie in het potentiële gebruik van cannabis en cocaïne zorgt voor een belangrijk deel voor de schijnbare causaliteit in het feitelijke gebruik. Indien geen rekening wordt gehouden met de correlatie tussen de niet-waargenomen factoren wordt een waarde voor δ geschat van 1.34, vele malen groter dan de in tabel 3 weergegeven waarde van 0.29.¹⁰ Het belang van het rekening houden met "correlatie" bij het vaststellen van causaliteit blijkt duidelijk uit het onderzoek. Indien beide startsnelheden los van elkaar worden geschat, dat wil zeggen indien er geen gemeenschappelijke niet-waargenomen effecten worden meegeschat blijkt dat het gebruik van cannabis een groot effect heeft op het beginnen met cocaïne en lijkt er een gateway effect te bestaan. Dat effect valt nagenoeg of geheel weg als er wel gemeenschappelijke niet-waargenomen effecten worden toegelaten. Het is niet uitgesloten dat in onderzoek in het verleden verricht ten onrechte de conclusie wordt getrokken dat er een stepping stone bestaat. In de studie van Ferguson en Horwood (2000) bijvoorbeeld wordt ook een duurmodel gehanteerd en wordt geconcludeerd dat gebruik van cannabis leidt tot gebruik van harddrugs. Echter in die studie wordt het aspect van de niet-waargenomen heterogeniteit buiten beschouwing gelaten hetgeen de conclusies op zijn minst twijfelachtig maakt.

Softdrugsbeleid. Het beschreven onderzoek laat zien dat economische analysetechnieken ook op het terrein van het drugsonderzoek nuttig kunnen zijn: cannabis lijkt geen "stepping stone" te zijn voor cocaïne. Het Nederlandse drugsbeleid is gebaseerd op de veronderstelling dat er geen causaal verband bestaat tussen het gebruik van soft drugs en het gebruik van harddrugs, of althans dat het beleid er toe bijdraagt dat een mogelijk causaal verband wordt doorgesneden. Het resultaten van het gepresenteerde onderzoek ondersteunen dat uitgangspunt. De relatie die bij oppervlakkige inspectie lijkt te bestaan, blijkt bij nadere analyse toegeschreven te kunnen worden aan het bestaan van waarneembare en niet-waarneembare karakteristieken die zowel het gebruik van soft drugs als het gebruik van harddrugs beïnvloeden. In hoeverre aan het ontbreken van genoemde causaliteit het Nederlandse beleid ten grondslag ligt of meer fundamentele processen valt op grond van de beschikbare gegevens niet vast te stellen. Daarvoor is internationaal vergelijkend onderzoek nodig waarbij landen met en zonder een stringent softdrugsbeleid met elkaar worden vergeleken.

¹⁰ De omvang van δ blijkt af te hangen van de lengte van de "incubatieperiode". Indien deze bijvoorbeeld 3 jaar is wordt zonder rekening te houden met de correlatie tussen de niet-waargenomen heterogeniteit een waarde geschat van $\delta=1.01$ (t-waarde: 8.7), terwijl rekening houdend met deze correlatie een waarde wordt geschat van $\delta=0.14$ (t-waarde: 1.4), een waarde dus die niet significant verschilt van 0. De geschatte waarde van $\delta=0.29$, bij een incubatieperiode van 5 jaar, is weliswaar significant maar uit simulaties blijkt dat ook dan het effect van cannabis op het cocaïnegebruik gering is (in de orde van grootte van 1% punt).

In de aanloop naar de recente parlementsverkiezingen is het softdrugsbeleid door het CDA op de agenda gezet door de discussie te openen met een voorstel tot een verbod op thuisgebruik. Volgens de CDA-justitiewoordvoerder is het uiteindelijke doel "dat we drugsgebruik niet tolereren, niet thuis en niet in de openbare ruimte" (Trouw, 25 februari 2002)¹¹ VVD en PvdA streven naar een legalisering van soft drugs in Europees verband zij het dat de PvdA daar iets stelliger over is dan de VVD. Volgens het verkiezingsprogramma van de PvdA (paragraaf "Veilige leefomgeving") streeft Nederland "in Europees verband naar legalisatie van softdrugs. De verkoop in coffeeshops wordt onderhevig aan strenge gezondheidsregels en veiligheidsregels". De VVD (verkiezingsprogramma hoofdstuk "Geen ruimte voor criminaliteit") wil een internationale aanpak in het kader waarvan "kan worden nagegaan of binnen de Europese unie het bezit van softdrugs onder stringente voorwaarden kan worden gelegaliseerd." De Europese context zal de legalisering niet eenvoudig maken. Het Nederlandse drugsbeleid gaat er van uit dat er geen causaal verband bestaat tussen softdrugs en harddrugs. De resultaten van het gepresenteerde onderzoek ondersteunen dit uitgangspunt. Het zou zelfs kunnen zijn dat het gedoogbeleid verantwoordelijk is voor het ontbreken van die causaliteit. Het uitbouwen van het beleid richting legalisering van soft drugs ligt dan ook veel meer voor de hand dan een restrictief beleid wat uiteindelijk wel eens zou kunnen leiden tot een toename in het gebruik van harddrugs.

Literatuur

- Berg, G.J. van den Berg, B. van der Klaauw en J.C. van Ours, 1998, 'Sancties in de bijstand vergroten de kans op werk', *ESB*, 83, 556-559
- Cohen P. en A. Sas, 1999, *Cannabis use, a stepping stone to other drugs? The case of Amsterdam*, CEDRO, Universiteit van Amsterdam
- DeSimone, J., 1998, 'Is marijuana a gateway drug?', *Eastern Economic Journal*, 24(2), 149-164
- Ferguson, D.M. en L.J. Horwood, 'Does cannabis use encourage other forms of illicit drug use?' *Addiction*, 95, 505-520
- Hoekstra, J.C., 1987, *Handelen van heroïnegebruikers; effecten van beleidsmaatregelen*, Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen
- Nota *Het Nederlandse Drugsbeleid: Continuïteit en verandering*, 1995
- Ours, J.C. van, 2001, Is cannabis a stepping-stone for cocaine? *Discussion paper CentER* no 2001-98, Universiteit van Tilburg

¹¹ Inmiddels is dat bericht wat genuanceerd. Na wat heen en weer gepraat melde de Website van het CDA ("Van de Camp: niet tegen thuisgebruik van softdrugs"): "Prioriteit is het tegengaan van coffeeshops". Volgens het verkiezingsprogramma van het CDA (hoofdstuk "Misdaad bestrijden") dient er een eind te komen "aan het gedoogbeleid ten aanzien van drugsbeleid en drugshandel".

Pudney, S., 2001, The road to ruin? Sequences of initiation to drug use and offending by young people in Britain, *mimeo*, Universiteit van Lancaster