



Wetenschappelijk Onderzoek- en  
Documentatiecentrum  
*Ministerie van Veiligheid en Justitie*

Trimbos  
instituut

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

# Nationale Drug Monitor

Jaarbericht 2011



20  
11



# Nationale Drug Monitor

Jaarbericht 2011

Trimbos-instituut  
Utrecht, 2012



Wetenschappelijk Onderzoek- en  
Documentatiecentrum  
*Ministerie van Veiligheid en Justitie*

 **Trimbos  
instituut**  
Netherlands Institute of  
Mental Health and Addiction

# Colofon

## *Projectleiding*

Mw. dr. M.W. van Laar

## *Redactie*

Mw. dr. M.W. van Laar<sup>1</sup>

Dhr. dr. A.A.N. Cruts<sup>1</sup>

Mw. dr. M.M.J. van Ooyen-Houben<sup>2,3</sup>

Dhr. drs. R.F. Meijer<sup>2</sup>

Mw. dr. E.A. Croes<sup>1</sup>

Dhr. drs. A.P.M. Ketelaars<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Trimbos-instituut

<sup>2</sup> WODC

<sup>3</sup> WODC, tevens verbonden aan de Erasmus Universiteit Rotterdam en Maastricht University

## *Productiebegeleiding*

Joris Staal

## *Omslagontwerp, vormgeving en druk*

Ladenius Communicatie BV

ISBN 978-90-5253-728-3

- Deze uitgave is te bestellen en te downloaden via [www.trimbos.nl/webwinkel](http://www.trimbos.nl/webwinkel) met artikelnummer **AF1154**
- Of surf naar [www.wodc.nl](http://www.wodc.nl). Ga naar "publicaties" en vervolgens naar "publicaties per jaar". Ga naar het jaar 2012. De publicaties zijn daar in chronologische volgorde te vinden.

Trimbos-instituut

Da Costakade 45

Postbus 725

3500 AS Utrecht

T: 030-297 11 00

F: 030-297 11 11

© 2012, Trimbos-instituut, Utrecht.

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

# Leden van de Wetenschappelijke Raad van de NDM

Dhr. prof. dr. H.G. van de Bunt, Erasmus Universiteit Rotterdam  
Dhr. prof. dr. H.F.L. Garretsen, Universiteit van Tilburg (voorzitter)  
Dhr. dr. P.G.J. Greeven, GGZ Nederland, Novadic-Kentron  
Dhr. drs. A.W.M van der Heijden, Openbaar Ministerie  
Dhr. prof. dr. R.A. Knibbe, Universiteit Maastricht  
Dhr. dr. M.W.J. Koeter, AIAR, Universiteit van Amsterdam  
Dhr. drs. W.G.T. Kuijpers, Stg. IVZ  
Dhr. prof. dr. D.J. Korf, Bonger Instituut voor Criminologie, Universiteit van Amsterdam  
Mw. prof. dr. H. van de Mheen, IVO, Erasmus Universiteit Rotterdam  
Dhr. dr. C.G. Schoemaker, RIVM

## **Waarnemers**

Mw. drs. F. van de Plas, Ministerie van Veiligheid en Justitie  
Mw. drs. W.M. de Zwart, Ministerie van VWS

## **Toegevoegde referenten**

Dhr. dr. M.C.A. Buster, GGD Amsterdam



# Voorwoord

Nederland kent veel monitoren, onderzoeken, en publicaties rond het gebruik van genotmiddelen en verslaving. In de Jaarberichten van de Nationale Drug Monitor (NDM) wordt een actueel overzicht van de beschikbare informatie geboden.

Het voorliggende Jaarbericht 2011 geeft inzicht in belangrijke trends.

Zo laat onderzoek onder scholieren van het voortgezet onderwijs zien dat het gebruik van alcohol afneemt en het gebruik van illegale drugs en tabak min of meer stabiliseert. Internationaal gezien scoren Nederlandse jongeren wat betreft het gebruik van cannabis en alcohol nog steeds boven het gemiddelde.

Het aantal cannabisgebruikers met een hulpvraag bij de verslavingszorg blijft echter stijgen. Tussen 2000 en 2010 nam het aantal toe van ruim 3 500 tot bijna 11 000. Het aantal jonge cannabiscliënten van 15 tot en met 19 jaar werd in deze periode vier keer zo groot. Het aantal alcoholgebruikers met een hulpvraag bij de verslavingszorg is in 2010 anderhalf keer groter dan in 2001, maar is in de laatste jaren licht gedaald. Het aandeel 55-plussers nam in deze periode fors toe en in algemene ziekenhuizen werd een toename van zowel ouderen als jongeren ( $\leq 16$  jaar) geregistreerd.

Het aantal geregistreerde Opiumwetdelicten lijkt ook gedaald: er is minder instroom bij de politie en het Openbaar Ministerie en er zijn minder afdoeningen van Opiumwet-zaken door de rechter. Binnen de Opiumwetdelicten stijgt het aandeel softdrugsdelicten.

Met de rapportages van de NDM zijn in de loop der jaren bijzonder veel gegevens verzameld. De Jaarberichten worden opgesteld door het Bureau van de NDM op het Trimbos-instituut en het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) van het Ministerie van Veiligheid en Justitie. De betrokken medewerkers leveren al jaren inspanningen van een zeer hoog niveau en kunnen daar niet genoeg voor worden bedankt.

Prof. dr. Henk Garretsen

Voorzitter Wetenschappelijke Raad van de Nationale Drug Monitor





# Inhoud

|          |  |            |
|----------|--|------------|
|          | <b>Lijst van afkortingen</b>                   | <b>11</b>  |
|          | <b>Samenvatting</b>                            | <b>15</b>  |
|          | <b>Summary</b>                                 | <b>29</b>  |
| <b>1</b> | <b>Inleiding</b>                               | <b>43</b>  |
| <b>2</b> | <b>Cannabis</b>                                | <b>47</b>  |
| 2.1      | Laatste feiten en trends                       | 47         |
| 2.2      | Gebruik: algemene bevolking                    | 48         |
| 2.3      | Gebruik: jongeren                              | 51         |
| 2.4      | Problematisch gebruik                          | 59         |
| 2.5      | Gebruik: internationale vergelijking           | 60         |
| 2.6      | Hulpvraag en incidenten                        | 64         |
| 2.7      | Ziekte en sterfte                              | 73         |
| 2.8      | Aanbod en markt                                | 75         |
| <b>3</b> | <b>Cocaïne</b>                                 | <b>81</b>  |
| 3.1      | Laatste feiten en trends                       | 81         |
| 3.2      | Gebruik: algemene bevolking                    | 82         |
| 3.3      | Gebruik: jongeren                              | 84         |
| 3.4      | Problematisch gebruik                          | 89         |
| 3.5      | Gebruik: internationale vergelijking           | 90         |
| 3.6      | Hulpvraag en incidenten                        | 93         |
| 3.7      | Ziekte en sterfte                              | 100        |
| 3.8      | Aanbod en markt                                | 101        |
| <b>4</b> | <b>Opiaten</b>                                 | <b>105</b> |
| 4.1      | Laatste feiten en trends                       | 105        |
| 4.2      | Gebruik: algemene bevolking                    | 105        |
| 4.3      | Gebruik: jongeren                              | 106        |
| 4.4      | Problematisch gebruik                          | 109        |
| 4.5      | Gebruik: internationale vergelijking           | 113        |
| 4.6      | Hulpvraag en incidenten                        | 115        |
| 4.7      | Ziekte en sterfte                              | 121        |
| <b>5</b> | <b>Ecstasy, amfetamine en verwante stoffen</b> | <b>135</b> |
| 5.1      | Laatste feiten en trends                       | 135        |

|          |                                      |            |
|----------|--------------------------------------|------------|
| 5.2      | Gebruik: algemene bevolking          | 136        |
| 5.3      | Gebruik: jongeren                    | 138        |
| 5.4      | Problematisch gebruik                | 144        |
| 5.5      | Gebruik: internationale vergelijking | 145        |
| 5.6      | Hulpvraag en incidenten              | 150        |
| 5.7      | Ziekte en sterfte                    | 160        |
| 5.8      | Aanbod en markt                      | 162        |
| <b>6</b> | <b>GHB</b>                           | <b>171</b> |
| 6.1      | Laatste feiten en trends             | 171        |
| 6.2      | Gebruik: algemene bevolking          | 172        |
| 6.3      | Gebruik: jongeren                    | 172        |
| 6.4      | Problematisch gebruik                | 176        |
| 6.5      | Gebruik: internationale vergelijking | 177        |
| 6.6      | Hulpvraag en incidenten              | 178        |
| 6.7      | Ziekte en sterfte                    | 183        |
| 6.8      | Aanbod en markt                      | 184        |
| <b>7</b> | <b>Alcohol</b>                       | <b>185</b> |
| 7.1      | Laatste feiten en trends             | 185        |
| 7.2      | Gebruik: algemene bevolking          | 186        |
| 7.3      | Gebruik: jongeren                    | 188        |
| 7.4      | Probleemgebruikers                   | 199        |
| 7.5      | Gebruik: internationale vergelijking | 202        |
| 7.6      | Hulpvraag en incidenten              | 205        |
| 7.7      | Ziekte en sterfte                    | 217        |
| 7.8      | Aanbod en markt                      | 222        |
| <b>8</b> | <b>Tabak</b>                         | <b>227</b> |
| 8.1      | Laatste feiten en trends             | 227        |
| 8.2      | Gebruik: algemene bevolking          | 228        |
| 8.3      | Gebruik: jongeren                    | 233        |
| 8.4      | Gebruik: internationale vergelijking | 237        |
| 8.5      | Hulpvraag en incidenten              | 239        |
| 8.6      | Ziekte en sterfte                    | 242        |
| 8.7      | Aanbod en markt                      | 246        |
| <b>9</b> | <b>Slaap- en kalmeringsmiddelen</b>  | <b>253</b> |
| 9.1      | Laatste feiten en cijfers            | 254        |
| 9.2      | Gebruik: algemene bevolking          | 255        |
| 9.3      | Gebruik: jongeren                    | 258        |
| 9.4      | Problematisch gebruik                | 260        |
| 9.5      | Gebruik: internationale vergelijking | 262        |

|                 |  |            |
|-----------------|--|------------|
| 9.6             | Hulpvraag en incidenten  | 265        |
| 9.7             | Ziekte en sterfte  | 269        |
| 9.8             | Aanbod en markt  | 270        |
| <b>10</b>       | <b>Handel, productie en bezit van illegale drugs</b>                               | <b>271</b> |
| 10.1            | Laatste feiten en trends   | 272        |
| 10.2            | Opiumwetdelicten en georganiseerde drugscriminaliteit                              | 273        |
| 10.3            | Inbeslagnames en ontmantelingen van productielocaties                              | 275        |
| 10.4            | Opiumwetdelicten in de strafrechtsketen  | 279        |
| <b>11</b>       | <b>Drugsgebruikers in het strafrechtelijk systeem</b>                              | <b>295</b> |
| 11.1            | Laatste feiten en trends   | 295        |
| 11.2            | Drugsgebruikende verdachten en gedetineerden                                       | 296        |
| 11.3            | Overlast door drugsgebruikers  | 302        |
| 11.4            | Maatregelen en interventies voor drugsgebruikers<br>in het strafrechtelijk systeem | 303        |
| <b>Bijlagen</b> |  |            |
| <b>A</b>        | <b>Verklaring van begrippen</b>  | <b>309</b> |
| <b>B</b>        | <b>Bronnen</b>   | <b>321</b> |
| <b>C</b>        | <b>Verklaring van ICD-9 en ICD-10 codes</b>  | <b>331</b> |
| <b>D</b>        | <b>Internetadressen op het gebied van alcohol en drugs</b>                         | <b>335</b> |
| <b>E</b>        | <b>Drugsgebruik in enkele 'nieuwe' EU-lidstaten</b>                                | <b>341</b> |
| <b>F</b>        | <b>Leerlingen op speciaal en regulier voortgezet onderwijs</b>                     | <b>343</b> |
| <b>G</b>        | <b>Toelichting op de kernindicatoren</b>   | <b>345</b> |
|                 | <b>Referenties</b>   | <b>349</b> |



# Lijst van afkortingen

|        |  |
|--------|--|
| 2C-B   | 4-bromo-2,5-dimethoxyphenethylamine  |
| 4-MA   | 4-methylamfetamine   |
| 4-MTA  | 4-methylthioamfetamine   |
| AIAR   | Amsterdam Institute for Addiction Research   |
| Aids   | Acquired Immune Deficiency Syndrome  |
| AIHW   | Australian Institute of Health and Welfare   |
| BMK    | Benzyl-methyl-keton  |
| BO     | Basisonderwijs   |
| BZK    | Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties                             |
| BZP    | Benzylpiperazine   |
| CADUMS | Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey                                      |
| CAM    | Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs                                |
| CAN    | Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs                           |
| CAS    | Canadian Addiction Survey  |
| CBD    | Cannabidiol  |
| CBS    | Centraal Bureau voor de Statistiek   |
| CIV    | Centraal Informatiepunt Voetbalvandalisme  |
| CJIB   | Centraal Justitieel Incasso Bureau   |
| CMR    | Centrale Methadon Registratie  |
| COPD   | Chronic Obstructive Pulmonary Disease  |
| COR    | Continu Onderzoek Rookgewoonten  |
| CPA    | Centrale Post Ambulancevervoer   |
| CSV    | Crimineel Samenwerkings Verband  |
| CVA    | Cerebraal Vasculaire Aandoening (beroerte)   |
| CVS    | Cliënt Volg Systeem  |
| CVZ    | College voor zorgverzekeringen   |
| DBC    | Diagnose Behandel Combinatie   |
| DEA    | Drug Enforcement Administration  |
| DHD    | Dutch Hospital Data  |
| DIMS   | Drugs Informatie en Monitoring Systeem   |
| DJI    | Dienst Justitiële Inrichtingen   |
| DMS    | Drug Monitoring Systeem  |
| DOB    | 2,5-dimethoxy-4-bromoamfetamine  |
| DSM    | Diagnostic and Statistical Manual  |
| EHBO   | Eerste Hulp bij Ongelukken   |
| EMCDDA | European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction<br>(in het Nederlands: EWDD) |
| ESPAD  | European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs                            |
| EU     | Europese Unie  |

|       |   |
|-------|---|
| EWDD  | Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving<br>(in het Engels: EMCDDA)                                  |
| FPD   | Forensisch Psychiatrische Dienst  |
| GBA   | Gemeentelijke Basisadministratie  |
| GGD   | Gemeentelijke Gezondheidsdienst   |
| GG&GD | Gemeentelijke Geneeskundige & Gezondheidsdienst   |
| GGZ   | Geestelijke Gezondheidszorg   |
| GHB   | Gamma-hydroxyboterzuur  |
| GIP   | Genees- en hulpmiddelen Informatie Project  |
| HAART | Highly Active Anti-Retroviral Treatment   |
| HAVO  | Hoger Algemeen Voortgezet Onderwijs   |
| HBSC  | Health Behaviour in School-aged Children (studie)   |
| HBV   | Hepatitis B virus   |
| HCV   | Hepatitis C virus   |
| HDL-C | High density lipoprotein cholesterol  |
| Hiv   | Humaan Immunodeficiëntie Virus  |
| HKS   | Herkenningsdienstsysteem  |
| ICD   | International Classification of Diseases  |
| IDG   | Intraveneuze Drugsgebruiker   |
| IGZ   | Inspectie voor de Gezondheidszorg   |
| IPOL  | Dienst van het Korps Landelijke Politie Diensten (KLPD),<br>coördineert onder andere politie- en rechtshulpinformatie |
| ISD   | Inrichting voor Stelselmatige Daders  |
| IVM   | Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik  |
| IVO   | Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving   |
| IVZ   | Stichting Informatievoorziening Zorg  |
| KLPD  | Korps Landelijke Politie Diensten   |
| KMar  | Koninklijke Marechaussee  |
| LADIS | Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem   |
| LASA  | Longitudinal Aging Study Amsterdam  |
| LINH  | Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg   |
| LIS   | Letsel Informatie Systeem   |
| LMR   | Landelijke Medische Registratie   |
| LSD   | d-Lysergzuur-diethylamide   |
| LUMC  | Leids Universitair Medisch Centrum  |
| lwoo  | leerwegerondersteunend onderwijs  |
| MBDB  | N-methyl-1-(3,4-methyleen-dioxyphenyl)-2-butanamine   |
| mCPP  | meta-Chloor-Phenyl-Piperazine (metachloorpiperazine)  |
| MDA   | Methyleen-dioxyamfetamine   |
| MDEA  | Methyleen-dioxyethylamfetamine  |
| MDI   | Monitor Drugs Incidenten  |
| MDMA  | 3,4-methyleen-dioxymethamfetamine   |
| MGC   | Monitor Georganiseerde Criminaliteit  |

|             |  |
|-------------|--|
| MMO         | Monitor Maatschappelijke Opvang                                    |
| MO/VB-regio | Regio voor de Maatschappelijke Opvang en het Verslavingsbeleid     |
| MSM         | Mannen die sex hebben met mannen                                   |
| NDM         | Nationale Drug Monitor   |
| NEMESIS     | Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study               |
| NFI         | Nederlands Forensisch Instituut                                    |
| NFU         | Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra             |
| NIGZ        | Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie |
| NISPA       | Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction        |
| NIVEL       | Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg         |
| NMG         | Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid                           |
| NPO         | Nationaal Prevalentie Onderzoek                                    |
| NVIC        | Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum                        |
| NWO         | Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek            |
| OBJD        | Onderzoeks- en Beleidsdatabase Justitiële Documentatie             |
| OM          | Openbaar Ministerie  |
| OPS         | Opsporingsregister   |
| PAAZ        | Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis                        |
| PBW         | Penitentiaire Beginselenwet  |
| PMA         | Paramethoxyamfetamine  |
| PMK         | Piperonyl-methyl-keton   |
| PMMA        | Paramethoxymethylamfetamine  |
| POLS        | Permanent Onderzoek Leefsituatie                                   |
| pro         | praktijkonderwijs  |
| REC-4       | Regionaal Expertise Centrum, school voor speciaal onderwijs        |
| RIAGG       | Regionaal Instituut voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg     |
| RIBW        | Regionale Instelling voor Beschermende Woonvormen                  |
| RISc        | Recidive Inschattings Schalen                                      |
| RIVM        | Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu                      |
| ROI         | Rijden Onder Invloed   |
| SAMHSA      | Substance Abuse and Mental Health Services Administration          |
| SAR         | Stichting Alcohol Research   |
| SEH         | Spoedeisende Eerste Hulp   |
| SFK         | Stichting Farmaceutische Kengetallen                               |
| SHM         | Stichting HIV Monitoring   |
| SIVZ        | zie: IVZ   |
| SOA         | Seksueel Overdraagbare Aandoening                                  |
| SOV         | Strafrechtelijke Opvang Verslaafden                                |
| Sr          | Wetboek van Strafrecht   |
| Sv          | Wetboek van Strafvordering   |
| SVG         | Stichting Verslavingsreclassering GGZ Nederland                    |
| SRM         | Strafrechtmonitor  |
| SSI         | Stichting Sigarettenindustrie                                      |

|          |  |
|----------|--|
| SWOV     | Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid                            |
| TBS      | Terbeschikkingstelling   |
| THC      | Tetrahydrocannabinol   |
| TNS NIPO | Nederlands Instituut voor de Publieke Opinie en het Marktonderzoek                 |
| TRIAS    | Transactie Registratie en Informatie Afhandelingssysteem                           |
| TULP     | TenUitvoerLegging van vrijheidsbenemende maatregelen in Penitentiaire inrichtingen |
| UvA      | Universiteit van Amsterdam   |
| v.i.     | voorwaardelijke invrijheidstelling   |
| VIS      | Vroeghulp Interventie Systematiek  |
| VMBO     | Vorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs   |
| VMBO-p   | Vorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs<br>– praktijkgerichte leerweg             |
| VMBO-t   | Vorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs<br>– theoretische leerweg                 |
| VNG      | Vereniging van Nederlandse Gemeenten   |
| VTV      | Volksgezondheid Toekomst Verkenningen  |
| VWO      | Vorbereidend Wetenschappelijk Onderwijs  |
| VWS      | Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport                                   |
| WHO      | World Health Organisation (Wereld Gezondheidsorganisatie)                          |
| WODC     | Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum                                 |
| WVMC     | Wet Voorkoming Misbruik Chemicaliën  |
| WvS      | Wetboek van Strafrecht   |
| ZonMw    | Zorgonderzoek Nederland Medische Wetenschappen                                     |



# Samenvatting

Hieronder volgt een beschrijving van de meest in het oog springende ontwikkelingen uit het Jaarbericht 2011. De tabellen 1a en 1b geven een overzicht van de laatste cijfers over het middelengebruik en de drugscriminaliteit. Recente gebruikers hebben het afgelopen jaar een middel gebruikt en actuele gebruikers deden dat in de afgelopen maand.

## Drugs: gebruik en hulpvraag

### **Cannabisgebruik onder scholieren stabiel, hulpvraag in algemene bevolking neemt nog steeds toe**

Scholieren van het basisonderwijs (groep 7 en 8) hebben amper ervaring met cannabisgebruik. In 2011 had 0,3 procent van hen ooit wel eens een joint gerookt. Het percentage actuele cannabisgebruikers onder scholieren van het reguliere voortgezet onderwijs (12-18 jaar) daalde geleidelijk tussen 1996 en 2003 en bleef in 2007 en 2011 op hetzelfde niveau. In 2011 was 8 procent van de scholieren een actuele cannabisgebruiker. Het percentage scholieren dat op zeer jonge leeftijd (14 jaar) al ervaring heeft met cannabis daalde wel: van 19 procent in 2003 naar 11 procent in 2011. Het percentage cannabisgebruikers is lager onder scholieren van Marokkaanse afkomst vergeleken met autochtone scholieren. Er zijn geen verschillen tussen schoolniveaus.

Het percentage actuele cannabisgebruikers onder Nederlandse scholieren van 15-16 jaar blijft in 2011 relatief hoog vergeleken met scholieren uit andere Europese landen (14% versus een Europees gemiddelde voor 36 landen van 7%).

In 2007-2009 voldeden bijna 30 000 mensen van 18-64 jaar aan een diagnose cannabisafhankelijkheid. Zij hebben vaker dan de algemene bevolking te kampen met andere psychische stoornissen, zoals angst, depressie, ADHD en gedragsstoornissen.

Het aantal cannabisgebruikers met een hulpvraag bij de verslavingszorg blijft stijgen. Tussen 2000 en 2010 nam het aantal primaire cannabiscliënten toe van 3 534 naar 10 971. Van 2009 naar 2010 ging het om een toename van 7 procent. Van de cannabiscliënten zijn 4 op de 10 jonger dan 25 jaar. Zij zijn gemiddeld 28 jaar, net zo oud als in 2001. Cliënten die hulp vragen voor problemen met cocaïne, opiaten, ecstasy, amfetamine, of alcohol zijn gemiddeld wel ouder geworden. Voor bijna 6 van de 10 cannabiscliënten is cannabis het enige probleem; 40 procent van de cannabiscliënten heeft ook problemen met een of meer andere middelen. In algemene ziekenhuizen worden nog steeds weinig mensen opgenomen vanwege cannabismisbruik en -afhankelijkheid als hoofddiagnose. In 2010 ging het om 64 opnames. Het aantal opnames met cannabisproblematiek als nevendiagnose is groter en blijft stijgen, van 520 opnames in 2009 naar 767 opnames in 2010 (+48%). Bij bijna een kwart (22%) van de opnames met cannabisproblematiek als nevendiagnose vormden psychosen de hoofddiagnose.

Er is nog geen afdoende verklaring gevonden voor de stijging van de cannabis-hulpvraag. Deze trend in de hulpvraag kan wijzen op een toename van het aantal probleemgebruikers van cannabis, al dan niet in samenhang met het relatief hoge THC-gehalte in nederwiet. Ook kan een verbetering van het hulpverleningsaanbod voor cannabisproblematiek een rol spelen of een toenemende bewustwording van de verslavende eigenschappen van cannabis, waardoor gebruikers wellicht sneller hulp zoeken. Overigens moet rekening worden gehouden met een “vertragingseffect”: het kan jaren duren voordat probleemgebruikers eventueel hulp zoeken. Het is dus mogelijk dat een stijging in de hulpvraag is te herleiden tot een veel eerder gestarte toename van probleemgebruik in de bevolking.

### **Stabilisering cocaïnehelpvraag bij verslavingszorg, lichte stijging ziekenhuisopnames**

Onder de schoolgaande jongeren van 12-18 jaar in het regulier onderwijs is het ooitgebruik van cocaïne tussen 1996 en 2007 licht gedaald van 3 naar 1,7 procent en bleef het op dit niveau in 2011. Het actuele gebruik bleef al die jaren rond 1 procent (0,8% in 2011).

Cocaïnegebruik, vooral in de snuifbare poedervorm, komt relatief veel voor onder jongeren en jonge volwassenen met een uitgaande leefstijl, maar het middel is minder populair dan ecstasy. De rookbare variant ('crack') komt veel voor onder opiaat-verslaafden, maar de harddrugscene kent ook crackgebruikers die geen opiaten consumeren. Hoeveel mensen lichamelijke, psychische of sociale problemen krijgen vanwege overmatig cocaïnegebruik is niet bekend.

De verslavingszorg registreerde tot 2004 een sterke groei van het aantal primaire cocaïnecliënten, van 2 500 in 1994 naar 10.000 in 2004. Tussen 2004 en 2009 bleef het aantal rond de 10.000 schommelen en daalde het in 2010 naar 9 437 (-10%). Voor ruim de helft (53%) van de cliënten in 2010 met een primair cocaïneprobleem was roken (crack) de belangrijkste wijze van gebruik. Voor bijna de helft was snuiven (44%) de belangrijkste wijze van gebruik.

Het aantal ziekenhuisopnames waarbij cocaïnemisbruik of – afhankelijkheid als hoofddiagnose stond geregistreerd blijft beperkt (114 in 2010). Het aantal opnames waarbij cocaïneproblematiek als nevendiaagnose stond geregistreerd is groter en neemt geleidelijk toe. In 2010 ging het om 756 opnames, 19 procent meer dan in 2009. Hierbij had 1 op de 5 opnames te maken met ziekten van de ademhalingswegen.

### **Daling aantal opiaatgebruikers in de zorg stagneert**

In de algemene bevolking komt heroïnegebruik weinig voor. Heroïne is ook niet populair onder jongeren. In 2011 had 0,6 procent van de scholieren van 12-18 jaar van het regulier onderwijs ervaring met deze drug en 0,2 procent gaf aan dit middel in de afgelopen maand te hebben gebruikt.

Volgens de laatste schatting voor 2008 bedraagt het aantal problematische opiaatgebruikers in Nederland ongeveer 18.000. Dat is minder dan een decennium geleden. Ook het aantal opiaatcliënten bij de verslavingszorg is sinds begin deze eeuw gedaald.

Tussen 2002 en 2009 daalde het aantal cliënten met een primair opiaatprobleem met 24 procent en dit aantal stabiliseerde in 2010 op ongeveer 12.000 opiaatcliënten.

Het aandeel jonge opiaatcliënten van 15 tot en met 29 jaar bij de verslavingszorg daalde in deze periode van 14 naar 4 procent. De meeste opiaatgebruikers zijn bekenden van de verslavingszorg. In 2010 klopte slechts 4 procent voor het eerst aan voor hulp vanwege een drugsprobleem. De rest stond al eerder ingeschreven bij de verslavingszorg.

Na een lichte daling in het aantal opnames in algemene ziekenhuizen, waarbij opiaatproblematiek als nevendiagnose was gesteld, is er sinds 2006 weer een lichte stijging. In 2010 werden 676 opnames geregistreerd, 17 procent meer dan in 2009. In een kwart van de gevallen waren ziekten en symptomen van de ademhalingswegen de primaire redenen voor opname. Dit komt vermoedelijk door het roken van heroïne, de meest voorkomende gebruikswijze onder Nederlandse heroïnegebruikers. Het aantal ziekenhuisopnames met opiaatproblematiek als hoofddiagnose blijft laag (63 in 2010).

Het aantal nieuwe en gemelde gevallen van hiv en hepatitis B en C onder injecterende drugsgebruikers is al jaren laag. Het aantal nieuw gediagnosticeerde hiv-gevallen onder injecterende drugsgebruikers per miljoen inwoners (0,1 in 2009) behoort tot de laagste in de EU-15. Het aantal bestaande besmettingen, vooral met hepatitis C, in steden die daar gegevens over hebben, is echter hoog. Voor verreweg de meeste regio's in Nederland ontbreken cijfers over het vóórkomen van hepatitis C onder drugsgebruikers.

### **Aandeel ecstasyincidenten op grootschalige evenementen toegenomen**

Onder scholieren van het voortgezet onderwijs van 12-18 jaar is het ecstasy- en amfetaminegebruik tussen 1996 en 1999 gedaald en tussen 2003 en 2011 gestabiliseerd. In 2011 had 2,6 procent van de scholieren ervaring met ecstasy en 0,9 procent had deze drug in de afgelopen maand nog gebruikt. Iets minder scholieren gebruiken amfetamine (ooitgebruik 1,8% en actueel gebruik 0,6%).

Ecstasy blijft na cannabis de meest populaire illegale drug onder jongeren en jonge volwassenen in het uitgaansleven. Amfetaminegebruik komt in deze groepen vaker voor dan in de algemene bevolking, maar aanzienlijk minder dan ecstasygebruik.

Onbekend is het aantal mensen dat problemen krijgt vanwege ecstasy- of amfetaminegebruik. Ecstasygebruikers zoeken in elk geval niet vaak hulp bij de verslavingszorg. Het aandeel ecstasycliënten van alle drugscliënten in de verslavingszorg is al jaren gering (minder dan 1%) en daalt licht. In 2010 stonden 177 mensen met een primair ecstasyprobleem geregistreerd en 281 mensen met een secundair ecstasyprobleem. Meer mensen zoeken hulp vanwege een amfetamineprobleem en hun aantal verdrievoudigde van 501 in 2001 naar 1 688 in 2010. Desondanks ging het in 2010 om niet meer dan 5 procent van alle mensen met een primair drugsprobleem.

Ecstasy speelt bij drugsincidenten vooral een rol op grootschalige evenementen, waarvoor tussen 2009 en 2011 een toename werd geregistreerd van het aandeel incidenten met ecstasy als enige drug. Amfetamine speelt bij drugsincidenten een relatief ondergeschikte rol.

Het aantal opnames in algemene ziekenhuizen met misbruik en afhankelijkheid van amfetamine-achtigen (inclusief ecstasy) als hoofd- of nevendiagnose blijft beperkt, maar vertoont in het afgelopen decennium een stijging. In 2010 was amfetamine-problematiek de hoofddiagnose bij 85 opnames en was het een nevendiagnose bij 200 opnames.

### **Toename GHB incidenten**

Het gebruik van GHB komt in de algemene bevolking en onder scholieren van het regulier onderwijs naar verhouding weinig voor. In 2011 had 0,6 procent van de scholieren van 12-18 jaar ervaring met GHB. Het gebruik van GHB komt relatief vaak voor onder uitgaanders, maar ook buiten het uitgaansleven wordt dit middel gesignaleerd, onder andere in gemarginaliseerde groepen en probleemjongeren. 'Thuisgebruik' wordt waargenomen onder mensen die om verschillende redenen samen met vrienden en kennissen in de context van 'huisfeesten' GHB gebruiken, maar ook onder afhankelijke gebruikers, voor wie het gebruik niet (langer) een sociale aangelegenheid is.

GHB-gebruik, vooral dagelijks, kan tot afhankelijkheid leiden, en bij abrupte stopzetting tot vrij heftige onthoudingsverschijnselen. Er zijn signalen voor een toename van het aantal problematische gebruikers maar cijfers ontbreken. Wel is de hulpvraag vanwege GHB-verslaving bij een aantal instellingen voor verslavingszorg de afgelopen jaren toegenomen maar landelijke cijfers zijn pas sinds 2009 beschikbaar. In dat jaar stonden 279 mensen geregistreerd met een primair GHB-probleem, in 2010 waren dat er 524. Zij waren gemiddeld 28 jaar.

GHB is lastig te doseren en het risico op een overdosering is groot. Het aantal GHB-slachtoffers bij spoedeisende eerste hulpdiensten in ziekenhuizen is tussen 2005 en 2010 naar schatting verdrievoudigd tot boven de 1 000 gevallen. Een monitor waaraan verschillende medische diensten en een aantal regio's van Nederland deelnemen registreerde in 2011 in totaal 3 652 meldingen van drugsincidenten, waarbij in 20 procent van de gevallen GHB betrokken was. In bijna de helft van deze GHB-incidenten was ook alcohol gebruikt. Er is geen goed zicht op het aantal sterfgevallen waarbij GHB betrokken is. In 2011 stond GHB 6 keer vermeld op de doodsoorzakenformulieren bij het CBS (voorlopig cijfer). Onbekend is echter of GHB bij deze gevallen de oorzaak was van het overlijden of een bijdragende factor. In 2011 registreerde het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) in totaal 5 gevallen waarbij GHB de primaire doodsoorzaak was, en 3 gevallen waarbij GHB-gebruik een indirecte rol speelde bij het overlijden.

### **Hulpvraag voor slaap- en kalmeringsmiddelen is beperkt, maar bijna verdubbeld**

Niet alleen alcohol en drugs kunnen tot misbruik en verslaving leiden, maar ook aan slaap- en kalmeringsmiddelen is bij chronisch gebruik dit risico verbonden. Het merendeel van de slaap- en kalmeringsmiddelen behoort tot de groep van de benzodiazepinen. In 2009 had 10 procent van de algemene Nederlandse bevolking

van 15 tot en met 64 jaar in het afgelopen jaar slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt. Van de algemene bevolking was 6 procent een actuele (laatste maand) gebruiker van deze middelen. Omgerekend naar de hele bevolking ging het toen om ongeveer 1,1 miljoen gebruikers in het afgelopen jaar en ongeveer 650 000 actuele gebruikers. Onder de vrouwen lag het gebruik ongeveer twee keer zo hoog als onder de mannen. Ook steeg het gebruik met de leeftijd. Ouderen boven de 65 jaar blijven in deze cijfers buiten beschouwing. Ongeveer een kwart van alle gebruikers van benzodiazepinen is ouder dan 65 jaar. Daarmee is deze leeftijdsgroep oververtegenwoordigd.

In 2011 had ongeveer 9 procent van de scholieren van het voortgezet onderwijs van 15 en 16 jaar ooit slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt op voorschrift van een arts.

Ook gaf ongeveer 9 procent van de scholieren aan ervaring te hebben met het gebruik van deze middelen zonder deze op recept van een arts te hebben gekregen.

Volgens gegevens over het aantal verstrekkingen van geneesmiddelen is ongeveer eenderde van de gebruikers van benzodiazepinen een chronische gebruiker. Bij chronisch gebruik neemt de kans op verslaving toe. In 2007-2009 voldeed 0,3 procent van de bevolking van 18-64 jaar aan een diagnose misbruik en voldeed 0,2 procent aan een diagnose afhankelijkheid van slaap- of kalmeringsmiddelen. Deze stoornissen komen meer voor onder vrouwen dan mannen. Omgerekend naar de bevolking ging het om 35 000 mensen met misbruik en 22 000 mensen met afhankelijkheid van slaap- of kalmeringsmiddelen.

Sinds 1 januari 2009 worden de benzodiazepinen alleen nog voor enkele specifieke indicaties vergoed binnen de basisverzekering. De hoeveelheid benzodiazepinen die wordt gebruikt en het aantal gebruikers is sindsdien gedaald. Het aantal gebruikers daalde van 1,61 miljoen in de tweede helft van 2008 naar 1,46 miljoen in de tweede helft van 2009 en 1,43 miljoen in de tweede helft van 2010.

In de verslavingszorg is het aantal cliënten dat ingeschreven stond wegens een primair probleem met benzodiazepinen, barbituraten of overige psychofarmaca tussen 2001 en 2010 bijna twee keer zo groot geworden. Dit aantal steeg in deze periode van 383 naar 713 cliënten met een primair probleem met slaap- en kalmeringsmiddelen. Het aantal cliënten met een secundair probleem met slaap- en kalmeringsmiddelen schommelde tussen 2001 en 2010 zonder een duidelijke trend rond een gemiddelde van ongeveer 1 650 cliënten.

In de algemene ziekenhuizen vertoont tussen 2001 en 2010 het aantal opnames met slaap- en kalmeringsmiddelenproblematiek als hoofddiagnose een grillig verloop. Dit aantal hoofddiagnoses schommelde rond een gemiddelde van 78 opnames. Het aantal nevendiaagnoses steeg in deze periode van 140 naar 206 opnames.

## Alcohol en tabak: gebruik en hulpvraag

### Daling alcoholgebruik onder scholieren, aantal aan alcohol gerelateerde ziekenhuisopnames in de bevolking neemt nog steeds toe

Het alcoholgebruik onder scholieren van 12 tot en met 18 jaar van het voortgezet onderwijs is tussen 2003 en 2011 afgenomen. In 2003 had nog 58 procent in de afgelopen maand alcohol gedronken, in 2011 was dat 43 procent. De daling was het grootst onder 12-14 jarigen. In 2011 had bijna 1 op de 3 scholieren (30%) in de afgelopen maand wel eens 5 glazen of meer alcohol bij één gelegenheid gedronken ('binge drinken'). Het percentage binge drinkers is tussen 2003 en 2011 gedaald. In 2003 was 40 procent nog een binge drinker en in 2007 was dit 36 procent. Onder degenen die drinken blijft het percentage binge drinkers echter onverminderd hoog: 66 procent in 2003, 68 procent in 2007 en 68 procent in 2011.

Ondanks een daling in het alcoholgebruik ligt het percentage Nederlandse scholieren van 15 en 16 jaar dat in de afgelopen maand 10 of meer keer alcohol had gedronken nog steeds ruim boven het Europese gemiddelde in 36 landen (20% versus 9%).

Het percentage jongeren onder de 16 jaar dat een poging doet om alcohol te kopen is tussen 2001 en 2009 fors gedaald. Als zij echter een kooppoging doen is, ondanks een wettelijk verbod, de slaagkans groot. Van de Europese jongeren vinden de Nederlandse jongeren dat ze het meest eenvoudig aan drank kunnen komen.

Zwaar drinken (op één of meer dagen per week minstens 6 glazen alcohol drinken) kwam in 2009 voor bij 10 procent van de bevolking van 12 jaar en ouder, minder dan in 2001 (14%). Dat komt neer op in totaal 1,4 miljoen mensen.

In 2010 stonden ruim 36 000 cliënten geregistreerd bij de (ambulante) verslavingszorg met een primair alcoholprobleem, dat is iets minder dan in 2008 en 2009, maar wel anderhalf keer zoveel als in 2001. De stijging in het aantal primaire alcoholcliënten deed zich voor in alle leeftijdsgroepen, maar was relatief het grootst onder de ouderen. In 2010 was een kwart van de primaire alcoholcliënten een 55-plusser (26%).

De stijging in het aantal alcoholgerelateerde opnames in ziekenhuizen lijkt zich echter door te zetten. In 2010 stonden 6 145 opnames geregistreerd vanwege een hoofddiagnose alcoholmisbruik- en afhankelijkheid. In 2009 waren dat er 5 908; in 2001 stonden 3 880 opnames geregistreerd met alcohol als hoofddiagnose. Het aantal opnames met alcoholgerelateerde problematiek als nevendiagnose steeg van 9 949 in 2001 naar 14 785 gevallen in 2010.

Onder jongeren tot en met 17 jaar bleef het aantal alcoholgerelateerde behandelingen door een kinderarts wegens een alcoholintoxicatie onverminderd stijgen, van 297 gevallen in 2007 tot 762 geregistreerde gevallen in 2011. Dit aantal is een onderschatting omdat niet alle jongeren met een alcoholintoxicatie in het ziekenhuis belanden, of door een kinderarts worden gezien.

## **Daling percentage rokers in de algemene bevolking; stabilisering onder scholieren**

Uit verschillende peilingen komt naar voren dat het percentage rokers in de algemene bevolking de afgelopen twee jaren licht is afgenomen. Volgens het CBS daalde het percentage rokers van 12 jaar en ouder in 2010 tot 25,6 procent. Het Continue Onderzoek Rookgewoonten van STIVORO vond voor 2011 een percentage van 24,7 procent actuele rokers voor de groep van 15 jaar en ouder. In 2009 was dit nog 27,7 procent. Ook het percentage zware rokers (20 sigaretten per dag of meer) in de bevolking van 12 jaar en ouder daalde van 6,3 procent in 2009 tot 4,9 procent in 2010. Over langere termijn gezien is de afname in roken het grootst onder hoog opgeleiden. In 2010 en 2011 deed zich echter in alle opleidingsniveaus een daling voor in het roken.

Het percentage scholieren van 12-18 jaar in het regulier onderwijs dat ooit had gerookt daalde tussen 2007 en 2011 van 39 procent naar 36 procent. Het percentage dagelijks rokers heeft zich in deze leeftijdsgroep gestabiliseerd op 19 procent. Scholieren van het VMBO roken vaker dan scholieren van het VWO. Ook jongeren in de residentiële jeugdzorg en justitiële jeugdinrichtingen roken naar verhouding veel meer dan hun leeftijdsgenoten in het reguliere onderwijs.

Per jaar doet ongeveer een kwart van de rokers een poging om te stoppen met roken, 26 procent in 2011. In absolute aantallen deden ongeveer 900 000 rokers een poging om te stoppen met roken. In 2011 deden 37 540 verzekerden een beroep op een vergoeding voor ondersteuning bij stoppen met roken. Vanaf 1 januari 2012 wordt van de stoppen-met-roken programma's alleen nog de gedragsmatige ondersteuning vanuit het basis verzekeringspakket vergoed.

## **Sterfte**

### **Roken blijft de belangrijkste oorzaak van voortijdige sterfte**

In 2010 overleden in Nederland 19 214 mensen van 20 jaar en ouder aan de directe gevolgen van roken, ongeveer even veel als in 2009. De sterfte aan longkanker is de belangrijkste direct aan roken gerelateerde doodsoorzaak en deze sterfte nam in 2010 weer toe, vooral onder vrouwen. In deze aantallen zijn nog niet de sterfgevallen vanwege passief meeroken verdisconteerd.

Wereldwijd is naar schatting 1 op de 100 sterfgevallen het gevolg van passief meeroken. De sterfte ontstaat vooral door hartziekten, luchtweginfecties, astma en longkanker.

De toename in totale sterfte door alcoholgerelateerde aandoeningen vanaf begin jaren 90 tot circa 2004 heeft zich in de jaren er na niet doorgezet. In 2010 waren alcoholgerelateerde aandoeningen de directe aanleiding voor 686 sterfgevallen. Vaker stonden alcoholgerelateerde aandoeningen als secundaire doodsoorzaak geregistreerd (1 053 gevallen). Het totale aantal aan alcohol gerelateerde sterfgevallen schommelt sinds 2004 rond de 1 750 gevallen per jaar.

De sterfte aan alcoholgerelateerde aandoeningen en tabak is vele malen groter dan de (hard)drugssterfte. In 2010 overleden 94 drugsgebruikers aan de gevolgen

van een overdosis, minder dan in 2009 (139). In de afgelopen 10 jaar fluctueert dit aantal tussen ongeveer 100 en 140 gevallen. Van de slachtoffers is 1 op de 5 jong (tussen 15 en 34 jaar). Eind vorige eeuw was dat nog bijna de helft (47%). Vergeleken met een aantal andere Europese lidstaten, blijft de acute drugssterfte per miljoen inwoners van 15-64 jaar in Nederland relatief laag.

In 2010 werden 35 sterfgevallen door overdosering van medicijnen geregistreerd, waarvan 25 gevallen door benzodiazepinen, 5 gevallen door (andere) sedativa en 5 gevallen door barbituraten.

## Markt

### **'Zuiverheid' van ecstasypillen is verder toegenomen; zuiverheid amfetamine fluctueert sterk**

Verschillende indicatoren wezen in 2008 en 2009 op een tijdelijk afname van de beschikbaarheid van MDMA. Het herstel van de ecstasymarkt in 2010 zette zich in 2011 voort. In 2011 bevatte 84 procent van de in het laboratorium geanalyseerde ecstasypillen alleen een MDMA-achtige stof (MDMA, MDA, MDEA of MBDB), even veel als in 2010 maar veel meer dan in 2009 (58%). Het gemiddelde gehalte MDMA steeg in 2011 verder: 100 mg, vergeleken met 66 mg in 2009.

Hoewel het aandeel pillen met geheel andere farmacologisch actieve stoffen daalde van 27 procent in 2009 naar 3 procent in 2011, werden soms wel potentieel schadelijke stoffen aangetroffen, zoals PMMA.

Het gemiddelde gehalte amfetamine in als amfetamine gekochte pillen vertoont deels dezelfde trend als het gehalte MDMA in als ecstasy gekochte pillen (afname in 2008-2009, toename in 2010). In de loop van 2011 deed zich echter weer een daling voor. De gehalten cafeïne vertonen een omgekeerde trend. In 2010 en 2011 werd de stof 4-methylamfetamine (4-MA) in toenemende mate in speedmonsters aangetroffen (117 keer in 2011). Deze stof werd in België, het Verenigd Koninkrijk en Nederland geassocieerd met een aantal intoxicaties, waarvan enkele met overlijden tot gevolg.

### **Geleidelijke daling zuiverheid cocaïne**

In het afgelopen decennium is het gemiddelde gehalte cocaïne in poeders van consumenten gedaald, van 68 procent in 2001 naar 49 procent in 2011. Het percentage cocaïnemonsters met geneesmiddelen is nog steeds hoog. In 2011 werd in 6 van de 10 cocaïne poeders levamisol aangetroffen. Levamisol was vroeger een medicijn, maar staat nu niet meer voor humaan geneeskundig gebruik geregistreerd. De gezondheidsrisico's van het snuiven of roken van met levamisol versneden cocaïne zijn niet precies bekend. In de Verenigde Staten zijn gevallen van ernstige bloedziekten gerapporteerd.

### **Relatief veel THC en weinig CBD in nederwiet**

Het gemiddelde THC-gehalte (het belangrijkste werkzame bestanddeel van cannabis) in nederwiet is tussen 2004 en 2007 gedaald van 20 naar 16 procent en is in de jaren er na



op dit niveau gestabiliseerd. In 2011 was het gemiddelde percentage THC in nederwiet 16,5 procent. Het percentage THC in geïmporteerde hasj lag in 2011 op 14 procent en schommelde in de jaren daarvoor tussen 11 procent in 2000 en 19 procent in 2010. In 2011 bevatte 75 procent van de geanalyseerde nederwiet en 43 procent van de geïmporteerde hasj meer dan 15 procent THC. Nederwiet bevat naar verhouding weinig of geen cannabidiol (CBD) (gemiddeld 0,3% in 2011), een stof waarvoor aanwijzingen zijn dat deze sommige ongewenste effecten van THC tegengaat, zoals acute psychotische symptomen en angst. Geïmporteerde hasj bevat meer CBD (6,7% in 2011) en de mogelijkheid bestaat dat het hierdoor minder risicovol is voor de gezondheid dan nederwiet.

### **Toename prijzen ecstasy, amfetamine en cocaïne**

De prijs van amfetamine nam van 2010 naar 2011 fors toe. Gebruikers betaalden in 2010 gemiddeld 7 euro, in 2011 was dit 9 euro. De prijs van een ecstasypil nam eveneens iets toe en lag in 2011 op gemiddeld 3,7 euro per pil. Cocaïne kostte in 2011 gemiddeld 55 euro per gram, meer dan in 2010 (gemiddeld 47 euro).

GHB is relatief goedkoop. Consumenten betaalden in 2011 circa 6 euro per dosis van 5 ml GHB. Zelfgemaakt betaalt een gebruiker omgerekend naar schatting niet meer dan 10 eurocent per dosis.

Na een stijging tussen 2004 en 2009 bleef de prijs van een gram nederwiet in de periode 2009-2011 stabiel (gemiddeld 8,3 euro per gram voor de meest populaire soort). De prijs voor een gram geïmporteerde hasj steeg geleidelijk van 6,6 euro per gram in 2004 naar 9,1 euro per gram in 2010, en daalde weer naar 7,8 euro in 2011.

Vaak zijn drugs in Amsterdam en andere grootstedelijke gebieden duurder dan in andere delen van Nederland.

## **Delicten tegen de Opiumwet**

### **Opsporingsonderzoeken naar ernstige vormen van georganiseerde criminaliteit zijn in meerderheid gericht op drugs**

Het aandeel opsporingsonderzoeken naar meer ernstige vormen van georganiseerde criminaliteit dat drugsgelateerd is, is in 2010 licht toegenomen en bedraagt nu 77 procent. De percentages voor hard- en softdrugs zijn in 2010 niet veranderd, maar over de langere termijn (sinds 2003) is er een afname van het aandeel harddrugs en een toename van het aandeel softdrugs. Binnen de harddrugs voeren onderzoeken naar criminele organisaties rond cocaïne nog de boventoon, maar dit aandeel daalde. Op de tweede plaats komen zaken met synthetische drugs – dit aandeel nam toe - en als derde zaken gerelateerd aan heroïne – dit daalde.

### **Het aantal Opiumwetdelicten in de strafrechtsheten lijkt gedaald**

Het algemene beeld over 2010 is dat van een daling: minder instroom van Opiumwetdelicten bij politie en Openbaar Ministerie (OM), minder afdoeningen van Opiumwetzaken door de rechter. Bij de politie en bij het Openbaar Ministerie kwamen in

2010 ruwweg 15 000 (verdachten van) Opiumwettdelicten binnen. De rechter deed ruim 9 000 zaken af. Vanwege veranderingen in registratiesystemen is het echter lastig deze cijfers te vergelijken met die uit eerdere jaren.

### **Stijgende lange-termijn trend in het aandeel softdrugsdelicten**

Binnen de Opiumwettdelicten is het aandeel softdrugsdelicten over het geheel genomen wat hoger dan dat van harddrugs. Over de langere termijn stijgt het aandeel softdrugsdelicten. Het aandeel harddrugsdelicten bij politie en OM vertoont in 2010 een kleine toename ten opzichte van 2009. Daarvóór was er een dalende lijn.

### **Opiumwettdelicten worden meestal voor de rechter gebracht**

De meeste verdachten van Opiumwettdelicten (67%) worden gedagvaard. Het aandeel steeg in 2010. Harddrugzaken worden vaker voor de rechter gebracht dan softdrugzaken. De laatste worden vaker afgedaan zonder dagvaarding, bijvoorbeeld met een OM-transactie. De zaken waarbij zowel hard- als softdrugs in het spel zijn vormen een duidelijke minderheid, maar ze worden wel relatief het vaakst gedagvaard.

De rechter legt Opiumwettdelinquenten in 2010 in eerste aanleg ongeveer even vaak een taakstraf op als een (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraf. Dit verschilt niet van 2009. Een taakstraf heeft gemiddeld een duur van 97 uren, een vrijheidsstraf 303 dagen, wat ongeveer gelijk is aan 2009. Verder worden ook, maar minder vaak, geldboetes opgelegd die € 420,- (mediaan) bedragen.

### **Gedetineerd vanwege een Opiumwettdelict**

Ruim 2 000 gevangenen waren op peildatum 30 september 2010 gedetineerd voor een Opiumwettdelict. Dit is 20 procent van de totale gevangenispopulatie; dit percentage is iets lager dan in 2009.

### **Recidive van Opiumwettdelinquenten**

Rond 7 procent van degenen die zijn veroordeeld voor een Opiumwettdelict recidiveert binnen een jaar opnieuw met een drugsdelict. Dit aandeel loopt in 10 jaar op tot 28 procent. De recidive in het algemeen (ook van andere delicten dan drugsdelicten) is bij harddrugdadere enige procenten hoger dan bij softdrugdadere. Ook is bij harddrugdadere iets vaker ernstige criminele recidive geregistreerd.

## **Drugsgebruikers in het strafrechtelijk systeem**

### **Drugsgebruikende verdachten vooral opgepakt voor vermogensdelicten en delicten met geweld**

De "drugsgebruikende verdachten" die bekend zijn bij de politie zijn al sinds jaren voornamelijk mannen, ook in 2010. De gemiddelde leeftijd in 2010 is 41 jaar. De meerderheid van hen heeft een aanzienlijke criminele historie. Zij worden vooral opgepakt voor vermogensdelicten en delicten met geweld. Het aandeel van deze delicten stabiliseert min of meer.

### **Rijden onder invloed daalt**

Er is een dalende trend in het aantal verdachten van rijden onder invloed.

### **Zeer actieve veelplegers minder vaak verslaafd**

Twee derde (67%) van de zeer actieve veelplegers staat bij de reclassering als verslaafd te boek. Dit cijfer betreft 2008, het meest actuele jaar van meting. Het aandeel verslaafden onder de zeer actieve veelplegers is dalende.

### **Huiselijk geweld en middelengebruik**

Bij huiselijk geweld speelt middelengebruik, met name het gebruik van alcohol, een rol. Huiselijk geweld neemt ernstiger vormen aan als er middelen gebruikt zijn door de dader. Er wordt dan ook vaker letsel toegebracht aan het slachtoffer.

### **Drugsgelateerde overlast**

Bijna 5 procent van de in de Integrale Veiligheidsmonitor 2010 en 2011 bevroegde burgers geeft aan dat ze drugsgelateerde overlast ervaren. Dit verschilt niet significant van 2009. Drugsgelateerde overlast wordt relatief zelden als het meest urgente probleem in een buurt gezien.

### **Verslavingsreclassering steeds vaker ingeschakeld**

Voor ruim 20 000 justitiabelen verrichtte de verslavingsreclassering in 2010 activiteiten. Dit is een toename ten opzichte van 2009. Meestal gaat het om activiteiten in het kader van het uitvoeren van toezicht op justitiabelen of van het uitbrengen van (advies) rapportages over justitiabelen in opdracht van het Openbaar Ministerie, de rechter of gevangenisautoriteiten.

### **Zorg als alternatief voor detentie**

Het aantal activiteiten gericht op toeleiding van verslaafde justitiabelen naar zorg buiten detentie stijgt. In 2010 waren het er ruim 5 000. De meeste toeleidingen betreffen ambulante of deeltijd psychiatrische zorg of verslavingszorg.

### **De Inrichting voor Stelselmatige Daders**

Van de personen onder de maatregel tot plaatsing in een Inrichting voor Stelselmatige Daders (ISD) is 80 procent een problematisch drugsgebruiker. De meeste ISD'ers volgen een trajectregime met gedragsinterventies binnen of buiten detentie. Het aantal ISD'ers is in 2010 nauwelijks anders dan in 2009 en is de laatste jaren min of meer stabiel, gemiddeld 493 in 2010. Naast het feit dat criminaliteit wordt voorkomen door de insluiting in de ISD, leidt de ISD tot minder recidive na afloop van de maatregel dan een standaardvrijheidsstraf; dit effect is klein tot middelgroot.

**Tabel 1a Kerncijfers Middelengebruik**

|  | Cannabis  | Cocaïne         | Opiaten <sup>I</sup>           |  |
|--|---|-----------------|--------------------------------|--|
| <b>Gebruik algemene bevolking (2009)</b>                       |   |                 |                                |  |
| - Percentage recente gebruikers, 15-64 jaar <sup>II</sup>      | 7,0%  | 1,2%            | 0,1%                           |  |
| - Percentage actuele gebruikers, 15-64 jaar <sup>II</sup>      | 4,2%  | 0,5%            | 0,1%                           |  |
| - Trend recent gebruik (2001-2005) <sup>IV</sup>               | Stabiel   | Stabiel         | Stabiel                        |  |
| - Trend recent gebruik (2005-2009/2011) <sup>IV</sup>          | Onbekend  | Onbekend        | Onbekend                       |  |
| - Internationale vergelijking <sup>V</sup>                     | Gemiddeld   | Gemiddeld       | Laag/midden                    |  |
| <b>Gebruik jongeren, scholieren (2011)</b>                     |   |                 |                                |  |
| - Percentage actuele gebruikers, 12-18 jaar                    | 7,7%  | 0,8%            | 0,2%                           |  |
| - Trend (2003-2011)  | Stabiel   | Stabiel         | Daling                         |  |
| - Internationale vergelijking, 15/16 jaar (2011) <sup>VI</sup> | Boven gemiddelde                                    | Gemiddeld       | Gemiddeld                      |  |
| <b>Aantal probleemgebruikers</b>                               |   |                 |                                |  |
|  | 2007-2009   |                 | 2008                           |  |
|  | 29 300<br>(afhankelijkheid)<br>40 200<br>(misbruik) | Onbekend        | ± 18 000                       |  |
| <b>Aantal cliënten verslavingszorg (2011)</b>                  |   |                 |                                |  |
| - Middel als primair probleem                                  | 10 971  | 9 437           | 12 313                         |  |
| - Middel als secundair probleem                                | 5 746   | 7 351           | 1 925                          |  |
| - Trend (2005-2010)  | Stijging  | Lichte daling   | Daling<br>(stabiel sinds 2008) |  |
| <b>Aantal ziekenhuisopnames (2010)</b>                         |   |                 |                                |  |
| - Misbruik/afhankelijkheid als hoofddiagnose                   | 64  |                 | 63                             |  |
| - Misbruik/afhankelijkheid als nevendiagnose                   | 767   |                 | 676                            |  |
| - Trend (2005 – 2010)  | Stijging  | Stijging        | Stijging                       |  |
| <b>Geregistreerde sterfte (2010)<sup>VIII</sup></b>            |   |                 |                                |  |
|  | Vrijwel geen<br>primaire<br>sterfte                 | 14<br>(primair) | 37<br>(primair)                |  |

*I. Voornamelijk heroïne (en methadon). II. Recent gebruik is gebruik in het afgelopen jaar, actueel gebruik is gebruik in de laatste maand. III. Voor tabak (roken) zijn de meest recente cijfers weergegeven afkomstig van verschillende bronnen. Weergegeven is de maat 'percentage dagelijkse rokers' in 2011 in de bevolking van 15 jaar en ouder. IV. Vanwege verschillen in onderzoeksmethoden zijn de gegevens over drugsgebruik in 2005 en 2009 niet vergelijkbaar. Voor de peilingen in 2001 en 2005 is de methode gelijk gebleven en kan voor deze periode een trend in drugsgebruik worden vastgesteld. Voor alcohol is de onderzoeksmethode in 2005 en 2009 gelijk gebleven en kan voor deze periode een trend worden*

|           | Ecstasy             | Amfetamine                             | GHB          | Alcohol  | Tabak                               |
|-----------|---------------------|--|--------------|--|-------------------------------------|
| 2011      |                     |  |              |  |                                     |
|           | 1,4%<br>0,4%        | 0,4%<br>0,2%                           | 0,4%<br>0,2% | 84%<br>76%   | -<br>19% <sup>III</sup>             |
|           | Stabiel<br>Onbekend | Stabiel<br>Onbekend                    | -            | Stabiel<br>Geringe daling                              | Daling<br>Daling                    |
|           | Boven<br>gemiddelde | Onder<br>gemiddelde                    | -            | Gemiddeld  | Gemiddeld                           |
| 2010      |                     |  |              |  |                                     |
|           | 0,9%                | 0,6%                                   | 0,1%         | 43%  | 19%                                 |
|           | Stabiel             | Stabiel                                | -            | Daling   | Stabiel                             |
|           | Boven<br>gemiddelde | Onder<br>gemiddelde                    | Gemiddeld    | Boven<br>gemiddelde                                    | Gemiddeld                           |
| 2007-2009 |                     |  |              |  | 2010                                |
|           | Onbekend            | Onbekend                               | Onbekend     | 82 400<br>(afhankelijkheid)<br>395 600<br>(misbruik)   | ±700 000 <sup>VII</sup>             |
|           | 117<br>381          | 1 688<br>985                           | 524<br>97    | 36 203<br>5 486  | n.v.t.                              |
|           | Daling              | Stijging<br>(stabilisering<br>in 2008) | -            | Stijging<br>(afname in<br>2009)                        | n.v.t.                              |
|           | 85<br>200           |  | -            | 6 145<br>14 785  | Onbekend                            |
|           | Stijging            |  | -            | Stijging   | Onbekend                            |
|           | <5                  |  | 5            | 686<br>(primair) <sup>IX</sup><br>1 053<br>(secundair) | 19 214<br>(primair en<br>secundair) |

beschreven. V. Ten opzichte van het gewogen gemiddelde in lidstaten van de Europese Unie (EMCDDA). VI. Ten opzichte van het ongewogen gemiddelde in 36 Europese landen (ESPAD). VII. Gebaseerd op de zware rokers (20 of meer sigaretten per dag) in de bevolking van 12 jaar en ouder in 2010. VIII. Primaire sterfte: middel als primaire (onderliggende) doodsoorzaak. Secundaire sterfte: middel als secundaire doodsoorzaak (bijdragende factor of complicatie). IX. Hierbij is de sterfte aan verkeersongevallen en sterfte geassocieerd met kanker nog niet meegerekend.

Tabel 1b Kerncijfers Drugscriminaliteit: Opiumwettdelicten in de strafrechtsketen, 2010

| Fase in keten                            | Opsporingsonderzoeken meer ernstige vormen georganiseerde drugscriminaliteit | Aantal verdachten politie/KMar <sup>1</sup>   | Aantal zaken OM   | Afdoeningen rechter 1 <sup>e</sup> aanleg  | Gedetineerden <sup>II</sup> |
|--|--|---|---|--|-----------------------------|
| <b>Aantal Opiumwet</b>                   |  |   |   |  |                             |
| - Totaal                                 | Onbekend   | 15 772  | 14 865  | 9 391  | 2 107                       |
| - Harddrugs                              | 32% (alleen harddrugs)   | 7 134   | 6 880   | 4 363  | Onbekend                    |
| - Softdrugs                              | 27% (alleen softdrugs)   | 7 393   | 7 338   | 4 556  | Onbekend                    |
| - Beide                                  | 41% (hard+soft)  | 1 236   | 578   | 465  | Onbekend                    |
| - <b>Ontwikkeling 2009-2010 absoluut</b> |  | Daling  | Daling  | Daling   | Lichte daling               |
| - <b>Globale trend 2003-2010</b>         | Onbekend   | Toename tot 2004, sindsdien dalend<br>Daling harddrugs sterker dan daling softdrugs | Toename tot 2004, sindsdien dalend<br>Daling harddrugs sterker dan daling softdrugs | Toename tot 2006, sindsdien dalend<br>Daling harddrugs sinds 2003<br>Softdrugs eerst stijgend, sinds 2007 dalend | Daling <sup>III</sup>       |
| % Opiumwet op totaal                     | 77%  | 6,7%  | 7,0%  | 7,8%   | 21%                         |
| - <b>Ontwikkeling 2009-2010 in %</b>     | Lichte stijging totaal drugs (75%→77%)                                       | Min of meer constant (6,6 %→6,7 %)  | Lichte daling (7,3 %→7,0 %)   | Lichte stijging (7,6%→7,8%)  | Lichte daling (22%→21%)     |

*I. Cijfers 2010 zijn voorlopig. II. Peildatum 30 september 2010. III. Trend 2006-2010. Bronnen: KLPD/IPOL, HKS, OMDATA, Kalidien & De Heer-de Lange, 2011.*

# Summary

## Netherlands National Drug Monitor (NDM)

### 2011 Annual Report

Below is an outline of the most striking developments from the 2011 Annual Report from the Netherlands National Drug Monitor (NDM). Tables 1a and 1b present an overview of the most recent figures on substance use and drug-related crime. Recent users are those who used a substance during the past year and current users are those who have used a substance during the past month.

### Drugs: usage and treatment demand

#### **Cannabis use among school-goers stable; demand for treatment in the general population still rising**

Primary-school children (7th and 8th grade) have little experience of cannabis. In 2011 only 0.3% of them had ever smoked a joint. The percentage of current cannabis users among mainstream secondary school students (12-18 years) declined gradually between 1996 and 2003, and remained stable in 2007 and 2011. In 2011, 8% of this group were current cannabis users. However, a decline was found in the percentage of secondary-school goers using cannabis at a very young age (14 years): from 19% in 2003 to 11% in 2011. The percentage of cannabis use is lower among those of Moroccan origin, compared to native Dutch youngsters. No differences were found between the various school levels.

The rate of current cannabis use among Dutch school-goers aged 15-16 remains relatively high for 2011 compared to other European countries (14% versus a European average of 7% for 36 countries).

In 2007-2009 nearly 30,000 adults aged 18-64 were diagnosed with cannabis dependence. Compared to the general population this group more often suffers co-morbidity with other mental health disorders, such as anxiety, depression, ADHD and behavioural disorders.

The number of cannabis users seeking treatment from the addiction care services continues to rise. Between 2000 and 2010 the number of primary cannabis clients rose from 3,534 to 10,971. From 2009 to 2010 there was an increase of 7 percent. Four out of every 10 cannabis clients are younger than 25. The average age is 28 - the same as in 2001. By comparison, the average age has risen for clients seeking help for problems related to cocaine, opiates, ecstasy, amphetamine, or alcohol. For nearly 6 of every 10 cannabis clients, cannabis is the only substance involved; the remaining 40% have problems with one or more other substances. Still, few people

are admitted to general hospitals with cannabis misuse or dependence as the main diagnosis. In 2010 there were 64 such admissions. The number of admissions citing cannabis problems as a secondary diagnosis is larger and continues to rise – from 520 cases in 2009 to 767 in 2010 (+48%). In nearly a quarter (22%) of admissions where cannabis problems were a secondary diagnosis, the main diagnosis involved psychoses.

On the whole, no adequate explanation has been found for the rise in demand for cannabis treatment. This upward trend in seeking treatment may be indicative of a growing number of problem cannabis users, whether or not in connection with the relatively high THC content in Dutch-grown weed. It may equally reflect an improvement in treatment for cannabis problems or a growing awareness of the addictive properties of cannabis, leading users to seek help earlier. Besides, it is important to bear in mind that the numbers are likely to reflect a lag: it can take years before problem users seek help - if at all. It is therefore possible that a rise in treatment demand can be traced back to a much earlier increase in problem use in the population.

### **Stabilising treatment demand for cocaine addiction; slight rise in hospital admissions**

In the school-going population aged 12-18 years in mainstream education, ever-use of cocaine declined slightly from 3% to 1.7% between 1996 and 2007, and remained at this level in 2011. Current use remained around 1 percent throughout that period (0.8% in 2011).

Cocaine, particularly when sniffed or snorted in powder form is relatively common among youth and young adults who are frequently 'out on the town', but is less popular than ecstasy. The smoked form of cocaine (crack cocaine) is much more common among opiate addicts; however, there are crack users in the hard drugs scene who do not use opiates. It is not known how many people suffer physical, mental or social problems on account of excessive cocaine use.

Up to 2004 the addiction care services registered a sharp increase in primary cocaine clients, from 2,500 in 1994 to 10,000 in 2004. Between 2004 and 2009 the number hovered around 10,000 (9,993 in 2009). For over half (52%) of the clients with a primary cocaine problem in 2009, smoking crack was the main problem. For 46%, snorting the drug was the most common method of use.

The number of hospital admissions citing cocaine misuse or dependence as the primary diagnosis is limited (114 in 2010). The number of admissions citing cocaine problems as a secondary diagnosis is larger and is gradually rising. In 2010 there were 756 such admissions, one fifth of which were related to respiratory illnesses.

### **Decline in the percentage of opiate users receiving treatment stagnating**

Heroin use occurs little among the general population. Nor is it popular among the youth. In 2011 only 0.6% of school-goers aged 12 to 18 years in mainstream education had tried this drug, and 0.2% reported past month use.



According to the most recent estimate, which is for 2008, there are approximately 18,000 problem opiate users in the Netherlands - less than a decade earlier. The number of opiate clients receiving addiction care has likewise declined since the start of this century. Between 2002 and 2009 the total number of clients with a primary opiate problem fell by 24%, stabilising in 2010 at about 12,000 opiate clients.

The proportion of young opiate clients (aged 15-29 years) receiving treatment for addiction declined during the same period from 14 to 4 percent. The majority of opiate users are known to the Addiction Care services. In 2010, only 4% of cases were new. The rest were already registered for treatment with Addiction Care for a drug problem.

After a slight decline in admissions to general hospitals citing opiate problems as a secondary diagnosis, the number has been rising gradually since 2006. In 2010, a total of 676 admissions were registered, 17 percent more than in 2009. In a quarter of the cases, respiratory illnesses and symptoms were the primary reason for admission. This is presumably due to smoking heroin, which is the most common method of using the drug in the Netherlands. The total number of hospital admissions with opiate problems as the primary diagnosis remains low (63 in 2010).

The number of newly notified cases of HIV and hepatitis B and C among injecting drug users has been low for years. The Netherlands has the lowest number of newly diagnosed HIV cases among drug users per million inhabitants (0.1 in 2009) in the EU-15. However, the number of existing infections, particularly of hepatitis C, is high – at least in municipalities that have data on this. The vast majority of regions in the Netherlands lack data on the prevalence of hepatitis C among drug users.

### **Percentage of ecstasy-related incidents at large-scale events increasing**

Ecstasy and amphetamine use among secondary-school students declined between 1996 and 1999 and stabilised between 2003 and 2011. In 2011, 2.6 percent of school-goers had ever tried ecstasy, and 0.9 had used the drug during the past month. Somewhat fewer school-goers use amphetamine (ever use: 1.8% and current use: 0.6%).

After cannabis, ecstasy remains the most popular illegal drug among juveniles and young people in the social scene. Amphetamine use is more common in these groups than in the general population, but is considerably lower than ecstasy use.

It is not known how many people develop problems from ecstasy or amphetamine use. Few ecstasy users seek treatment from the Addiction Care services. The number of ecstasy clients as a percentage of all drug clients in Addiction Care has been low for years - less than 1% - and is declining slightly. In 2010, 177 clients with a primary ecstasy problem were registered and 281 with a secondary ecstasy problem. There is a greater number of people seeking help for problems related to amphetamine, and the number tripled from 501 in 2001 to 1,688 in 2010. Nonetheless, this accounted for no more than 5 percent of all those with a primary drug problem in 2010.

Ecstasy plays a part in drug-related incidents chiefly at large-scale events. Between 2009 and 2011 an increase in incidents involving ecstasy as the only drug was registered. Amphetamine plays a relatively minor role in drug-related incidents.

The number of admissions to general hospitals with a primary or secondary diagnosis of misuse and dependency involving amphetamine-like substances (including ecstasy) remains limited, but has shown an upward trend during the past decade. In 2010 amphetamine-related problems constituted the main diagnosis for 85 admissions, and a secondary diagnosis for 200 admissions.

### **Increase in GHB incidents**

GHB use is relatively rare in the general population and among school-goers in mainstream education. In 2011 0.6 percent of school-goers aged 12 to 18 had ever used GHB. This drug is used relatively more often in the nightlife scene, but is also found in other settings, including among others marginalised groups and problem youth. 'Home usage' has been identified among people, who for various reasons use GHB together with friends and acquaintances in 'house party' settings; there are also dependent users, for whom use of the drug is no longer socially driven.

GHB use, particularly on a daily basis, can lead to dependence, and sudden cessation can result in rather severe withdrawal symptoms. Treatment demand on account of GHB addiction has increased in a number of Addiction Care organisations in recent years, but national data have only been available since 2009. In that year, 279 people with a primary GHB problem were registered, rising to 524 in 2010, with an average age of 28.

GHB is difficult to dose accurately, and there is a high risk of overdose. It is estimated that the number of GHB victims receiving emergency hospital treatment tripled between 2005 and 2010 to over 1,000 cases. A Monitor attached to various medical services, operating in a number of regions registered a total of 3,652 reported drug-related incidents in 2011, of which 20% involved GHB. In nearly half of the GHB incidents alcohol had also been consumed. It is unclear how many deaths may be linked to GHB. In 2011 six cases were registered in the Causes of Death statistics with Statistics Netherlands (CBS). It is unknown, however, whether GHB was the actual cause, or a contributory factor in these deaths. In 2011 the Netherlands Forensic Institute (NFI) registered a total of five cases in which GHB was the primary cause of death and three cases in which GHB use played an indirect role in the death.

### **Treatment demand for sleeping pills and tranquilisers limited, but almost doubled**

It is not only alcohol and illegal drugs that can lead to misuse and addiction, chronic use of sleeping pills and tranquilisers also incurs this risk. The majority of sleeping pills and tranquilisers belong to the benzodiazepine family. In 2009, 10 percent of the general Dutch population aged between 15 and 64 years had used these medications during the past year. Six percent had used them during the past month (current users). This translates into 1.1 million recent users and about 650,000 current users. The rate of use was twice as high among females compared to males, and rose with increasing age. People over the age of 65 years are not included in these figures. About a quarter of all benzodiazepine users are aged over 65, which means this age group is over-represented.

In 2011 approximately 9 percent of secondary school pupils aged 15 and 16 years

had ever used sleeping pills or tranquilisers prescribed for them by a doctor. Some 9 percent also reported having ever used these medications without a prescription.

On the basis of data about the dispensing of medicines, it is estimated that about one third of benzodiazepine users are chronic users. Chronic use can lead to addiction. In 2007-2009, 0.3 percent of the population aged 18-64 years met the criteria for a diagnosis of misuse and 0.2 percent for dependence on sleeping pills or tranquilisers. These disorders are more common among females than males. The percentages account for 35,000 people who misuse these medications and 22,000 people who are dependent on them.

Since 1 January 2009 benzodiazepines are only covered for specific indications within the basic insurance package. Since then, the amount of benzodiazepines used and the number of users had fallen. The number of users declined from 1.61 million in the second half of 2008 to 1.46 million in the second half of 2009 and 1.43 million in the second half of 2010.

The number of clients registered with the Addiction Care services for a primary problem with benzodiazepines, barbiturates or other psycho-pharmaceuticals virtually doubled between 2001 and 2010. During this period, the number of clients with a primary problem rose from 383 to 713. The number of clients with a secondary problem fluctuated between 2001 and 2010 without any clear trend, averaging some 1,650 clients.

Admissions to general hospitals with a primary diagnosis involving sleeping pills and tranquilisers showed an unpredictable pattern between 2001 and 2010. The annual average was about 78 admissions. Secondary diagnoses rose during the same period from 140 to 206 cases.

## **Alcohol and tobacco: usage and treatment demand**

### **Decline in alcohol use among school-goers; number of alcohol-related hospital admissions in the population continues to rise**

Alcohol use among school-goers aged between 12 and 18 years in secondary education declined between 2003 and 2011. In 2011, 43% of this cohort were past-month (current) drinkers, compared to 58% in 2003. The decline was most marked in the 12-14 age group. In 2011 nearly one in three (30%) school-goers had consumed 5 or more units of alcohol on at least one occasion during the past month (defined as binge drinking). However, this represents a decline between 2003 and 2011. In 2003, 40 percent were binge drinkers and in 2007 the figure was 36 percent. However, among current drinkers, the percentage of binge drinkers has not declined: 66 percent in 2003, 68 percent in 2007 and 68 percent in 2011.

Despite a decline in alcohol use, the percentage of Dutch school-goers aged 15 and 16 years who had consumed alcohol on ten or more occasions during the past month is still well above the average for 36 European countries (20% versus 9%).

The percentage of juveniles under the age of 16 years that had attempted to purchase alcohol declined sharply between 2001 and 2009. However, their chance of success has remained undiminished, despite a legal ban on selling alcohol to underage

customers. Apparently, Dutch youngsters find it easier than any of their European peers to procure alcohol.

Heavy drinking occurred in 10% of the population over the age of 12 years in 2009, accounting for a total of 1.4 million people. This was less than in 2001 when the rate was 14%. Heavy drinking is defined as consuming at least 6 units of alcohol on one or more days per week.

In 2010 over 36,000 clients were treated for a primary alcohol problem by the outpatient addiction care services. While this is slightly less than in 2008 and 2009, it is one and a half times as many as in 2001. The rise in primary alcohol clients was apparent in all age groups, but was most pronounced among older people. In 2010 a quarter of primary alcohol clients were over the age of 55 years (26%).

The rise in alcohol-related hospital admissions also appears to be continuing. In 2010 a total of 6,145 admissions recorded a primary diagnosis of alcohol misuse or dependence. In 2009, 5,908 such admissions were registered, and in 2001 the number was 3,880. Admissions with alcohol-related problems as a secondary diagnosis rose from 9,949 in 2001 to 14,785 cases in 2010.

Among juveniles under the age of 17 years, there was a further increase in the number treated by a paediatrician for alcohol intoxication, rising from 297 cases in 2007 to 762 in 2011. This number is an underestimate, because not all juveniles are admitted to hospital for alcohol intoxication or are seen by a paediatrician.

### **Decline in percentage of smokers in the general population; number stabilising among school-goers**

The results of various surveys suggest that the percentage of smokers in the general population has declined slightly during the past two years. According to Statistics Netherlands (CBS), the percentage of smokers over the age of 12 years went down to 25.6 percent in 2010. The Continuous Survey of Smoking Habits by the Dutch Expert Centre for Tobacco Control (Stivoro) found that 24.7% of those over the age of 15 years were current smokers in 2011. This was down from 27.7% in 2009. Likewise, there was a drop in the percentage of heavy smokers (20+ a day) in the population over the age of 12 years: down from 6.3 percent in 2009 to 4.9 percent in 2010. A long-term perspective shows that the decline in the percentage smokers is most pronounced among those with higher levels of education. Nonetheless, a fall-off in smoking was found among all levels of education in 2010 and 2011.

The percentage of school-goers aged 12-18 years in mainstream education that had ever smoked declined between 2007 and 2011 from 39% to 36%. During this period, the percentage of daily smokers stabilised at 19%. Smoking is much more common among pupils in the VMBO vocational stream than pupils in the more academic VWO. Likewise, juveniles in residential youth care and in youth detention centres are relatively much heavier smokers than their peers in mainstream education.

Annually, about a quarter of smokers make an attempt to quit smoking. In 2011,

26% tried to kick the habit - about 900,000 smokers in total. In 2011, 37,540 smokers made a claim under their health insurance policy for participation in a smoking cessation programme. From 1 January 2012, only behavioural therapy for smoking cessation support will be covered by standard health insurance.

## Deaths

### **Smoking still the main cause of premature death**

In 2010, 19,214 people aged over 20 years died as a direct consequence of smoking. This was almost the same number as in 2009. Lung cancer is the main direct cause of smoking-related deaths. The death rate from this disease rose further in 2010, particularly among women. These figures do not reflect deaths due to passive smoking. Globally, it is estimated that one in a hundred deaths are due to the consequences of passive smoking. The deaths are mainly caused by illnesses such as heart disease, respiratory tract infections, asthma and lung cancer.

The rising trend in total deaths from alcohol-related conditions from the early 1990s until around 2004 has not continued in the years since. In 2010 alcohol-related conditions were the direct cause of 686 deaths; in a larger number of cases (1,037), alcohol-related conditions were registered as the secondary cause of death. Since 2004, the total number of alcohol-related deaths has fluctuated around 1,750 cases annually.

The death rate from smoking and alcohol-related conditions is many times greater than the death rate due to (hard) drugs. In 2010, 94 drug users died from the consequences of drug overdose, fewer than in 2009, when there were 139 deaths. In the past ten years, this number has fluctuated between around 100 and 140 cases. Only one in five victims is aged between 15 and 34 years. At the turn of the millennium, as many as 47% of victims were in this young age group. By comparison with a number of other EU member states, the rate of acute drug-related deaths per million inhabitants aged 15-64 years in the Netherlands is relatively low.

In 2010, 35 deaths from medication overdose were registered. Of these cases, 25 were caused by benzodiazepines, 5 were due to other sedatives, and 5 cases were caused by barbiturates.

## Market

### **“Purity” of ecstasy pills has increased further; purity of amphetamine fluctuates considerably**

In 2008 and 2009 a number of indicators pointed to a temporary decline in the availability of MDMA. This was followed by a recovery in the ecstasy market in 2010 which continued in 2011. In 2011, 84 percent of samples analysed contained pure MDMA or an MDMA-like substance (MDMA, MDA, MDEA or MBDB); this was

the same percentage as in 2010 but much higher than in 2009 (58%). The average MDMA content per ecstasy pill rose further in 2011: 100 mg, compared to 66 mg in 2009.

Although the percentage of tablets containing other pharmacologically active substances declined from 27 percent in 2009 to 3 percent in 2011, potentially harmful substances were sometimes found, such as PMMA.

The average amphetamine content in pills sold as amphetamine followed the same trend as for MDMA in pills sold as ecstasy (decline in 2008-2009, increase in 2010). However, a further decline set in during the course of 2011. There is an opposite trend for caffeine content. In 2010 and 2011 the substance 4-methylamphetamine (4-MA) was increasingly found in speed samples (117 times in 2011). In Belgium, the U.K. and the Netherlands, this substance is associated with a number of intoxications, a few of which had fatal consequences.

### **Gradual decline in the purity of cocaine**

During the past decade, the average purity of cocaine in consumer samples has declined - from 68 percent in 2001 to 49 percent in 2011. The percentage of cocaine samples containing medicines remains high. In 2011, levamisole was found in 6 out of 10 samples. While levamisole was formerly a medicine, it is no longer registered for human medicinal use. It is not known what the precise health risks are of snorting or smoking cocaine that has been cut with levamisole. In the US, cases of serious blood disorders have been reported.

### **Relatively large amounts of THC and low CBD in Dutch-grown weed**

The average THC-content (the main active substance in cannabis) in Dutch-grown weed declined from 20 to 16 percent between 2004 and 2007, stabilising at this level in the years following. In 2011 the average percentage of THC in Dutch-grown weed was 16.5%. The THC content in imported hashish in 2011 was 14 percent, having fluctuated in the preceding decade between 11 percent in 2000 and 19 percent in 2010. In 2011, 75 percent of the analysed samples of Dutch-grown weed and 43 percent of imported hashish had a THC content of over 15 percent. Dutch-grown weed contains relatively little or no cannabidiol (CBD) (on average 0.3% in 2011), a substance that is thought to counteract some of the unwelcome effects of THC, such as acute psychotic symptoms and anxiety. Imported hashish contains more CBD (6.7% in 2011), leading to the conclusion that it may possibly be less harmful to health.

### **Rising prices for ecstasy, amphetamine and cocaine**

The price of amphetamine rose sharply between 2010 and 2011. In 2010, users paid on average 7 euro, in 2011 they paid 9 euro per dose. Ecstasy likewise went up in price, costing on average 3.7 euro per pill in 2011. Also in 2011, cocaine was trading at an average of 55 euro per gram, more than in 2010 (average 47 euro).

GHB is relatively cheap. In 2011 users paid around six euro per 5 ml dose of GHB.

If it is home-made, a user only pays around ten cent per dose.

After rising between 2004 and 2009, the price for a gram of Dutch-grown weed remained stable during the period 2009-2011 (averaging 8.3 euro per gram for the most popular variety). Imported hash rose gradually from 6.6 euro per gram in 2004 to 9.1 euro per gram in 2010, only to decline again to 7.8 euro in 2011.

The price of drugs in Amsterdam and other large urban areas is often higher than in the remainder of the Netherlands.

## **Offences against the Opium Act**

### **Investigations into serious forms of organised crime are mainly drug-related**

The percentage of investigations into more serious forms of organised crime involving drugs rose slightly in 2010, standing at 77 percent. The percentages for hard and soft drugs respectively are unchanged. However, seen in a long-term perspective (since 2003) there has been a decline in the percentage involving hard drugs and a rise in the percentage involving soft drugs. Of the hard drugs involved, cocaine predominated in investigations into criminal organisations, although the percentage is showing a decline. In second place were cases involving synthetic drugs -an increasing percentage- and in third place cases related to heroin, which are on the decline.

### **Slight drop in Opium Act offences in the law enforcement chain**

The overall picture for 2010 shows a drop in the total number of drug offences dealt with by the police and the Public Prosecutor and likewise a decline in the number of cases disposed of by the courts. Some 15,000 drug suspects were charged by the police and the Public Prosecutor in 2010. Over 9,000 were dealt with by the courts. Owing to changes in the registration system and the provisional nature of the 2009 data, it is difficult to compare these figures with those of earlier years.

### **Rising long-term trend in the percentage of soft drug offences**

As a proportion of drug crimes, offences involving soft drugs are, overall, greater than those involving hard drugs. The percentage of soft drugs offences has been rising for some time. However, the percentage of hard drugs cases before the police and the Public Prosecutor rose slightly between 2009 and 2010, whereas the trend had previously been downward.

### **Drug offenders usually end up in court**

Summonses are issued for the majority (67%) of all drug offences, and the percentage rose in 2010. Hard drug cases appear before the court more often than soft drug cases. The latter are more often disposed of without a summons, for example by way of a financial transaction. Cases involving both hard and soft drugs constitute a clear minority, but are relatively more often pursued through the courts.

In 2010, the court imposed the same number of community service orders in

the first instance as (partly) suspended detention orders - unchanged from 2009. The average duration of a community service order was 97 hours, compared to an average of 303 days for a detention order - virtually the same as 2009. Other sanctions, though less common, include fines, with a median amount of € 420 imposed.

### **Detainees held for drug offences**

According to the survey conducted on 30 September 2010, almost 2,000 offenders were serving a custodial sentence for a drug crime. This represents 20 percent of the total prison population and is slightly lower than in 2009.

### **Recidivism among drug law offenders**

Some seven percent of offenders convicted of a drugs offence are found guilty of re-offending within a year. Over a ten-year period, this number rises to 28%. Recidivism in general (including for other crimes) is several percentages higher among hard drug offenders than among those convicted of offences involving soft drugs. Serious criminal recidivism is also somewhat more common among hard drug criminals.

## **Drug users in the law enforcement system**

### **Drug-using suspects mainly held for property crimes and crimes involving violence**

The category "drug-using suspects" who are known to the police comprises chiefly males. In 2010, the average age was 41 years. The majority have a sizeable criminal record, and are mostly arrested in connection with property crimes and crimes involving violence. The percentage of these crimes is more or less stabilising.

### **Drink-driving offences down**

Suspected cases of drink-driving show a downward trend.

### **Highly active prolific offenders less likely to be addicts**

Two thirds (67%) of highly active prolific offenders are registered with the Probation services as addicts. This number dates from 2008, the most recent year surveyed. The percentage of addicts among highly active prolific offenders is declining.

### **Domestic violence and substance use**

Substance use, particularly alcohol is often involved in incidents of domestic violence. The violence is more serious if substances have been used by the perpetrator, and the victim often suffers injuries in these cases.

### **Drug-related public nuisance**

According to the National Safety Monitor of 2010 and 2011, close to five percent of the Dutch population reports having experienced public nuisance related to drugs.



This is virtually unchanged from 2009. However, drug-related public nuisance is relatively rarely regarded as the most urgent problem in a neighbourhood.

### **Increasing use of Probation and Aftercare for addicts**

In 2010, Probation and Aftercare for addicts undertook activities for over 20,000 convicted offenders. This represents an increase on 2009. Most of the activities involved supervision or compiling advisory reports on behalf of the Public Prosecutor, the courts or the prison authorities.

### **Care as an alternative to detention**

Increasingly, activities are aimed at directing convicted addicts to extra-mural care programmes. In 2010, there were over 5,000 such instances. Most cases are directed to non-clinical or part-time psychiatric or addiction care.

### **Institutions for Prolific Offenders**

Eighty percent of offenders who receive a court order for Placement in an Institution for Prolific Offenders (ISD) are problem drug users. The majority of these participate in a programme involving behavioural interventions either while in custody or extra-murally. The number of ISD participants in 2010 was virtually unchanged from 2009, and has been more or less stable in recent years, averaging 493 participants monthly in 2010. Besides a reduction in crime due to offenders being kept off the streets, the ISD has resulted in less recidivism than a standard custodial sentence. This effect has been found to be small-to-medium in size.

**Table 1a Key Data on Substance Use**

|   | Cannabis                                     | Cocaine         | Opiates <sup>I</sup>           |  |
|---|--|-----------------|--------------------------------|--|
| <b>General Population Usage (2009)</b>                        |  |                 |                                |  |
| - Percentage of recent users, 15-64 yrs <sup>II</sup>         | 7,0%   | 1,2%            | 0,1%                           |  |
| - Percentage of current users, 15-64 yrs <sup>II</sup>        | 4,2%   | 0,5%            | 0,1%                           |  |
| - Trend recent use (2001-2005) <sup>IV</sup>                  | Stable                                       | Stable          | Stable                         |  |
| - Trend recent use (2005-2009/2011) <sup>V</sup>              | Unknown                                      | Unknown         | Unknown                        |  |
| - International comparison <sup>V</sup>                       | Average                                      | Average         | Low/medium                     |  |
| <b>Use among juveniles, school-goers (2011)</b>               |  |                 |                                |  |
| - Percentage of current users, 12-18 yrs                      | 7,7%   | 0,8%            | 0,2%                           |  |
| - Trend (2003-2011)   | Stable                                       | Stable          | Decline                        |  |
| - International comparison, 15/16 yrs (2011)<br><sup>VI</sup> | Above average                                | Average         | Average                        |  |
| <b>Number of problem users</b>                                |  |                 |                                |  |
|   | 2007-2009                                    |                 | 2008                           |  |
|   | 29 300<br>(dependence)<br>40 200<br>(misuse) | Unknown         | ± 18 000                       |  |
| <b>Number of addiction care clients (2010)</b>                |  |                 |                                |  |
| - Substance as primary problem                                | 10 971                                       | 9 437           | 12 313                         |  |
| - Substance as secondary problem                              | 5 746  | 7 351           | 1 925                          |  |
| - Trend (2005-2010)   | Rise   | Slight decline  | Decline<br>(stable since 2008) |  |
| <b>Number of hospital admissions (2010)</b>                   |  |                 |                                |  |
| - Misuse/dependence as primary diagnosis                      | 64   |                 | 63                             |  |
| - Misuse/dependence as secondary diagnosis                    | 767  |                 | 676                            |  |
| - Trend (2005 – 2010)   | Rise   | Rise            | Rise                           |  |
| <b>Registered deaths(2010)<sup>VIII</sup></b>                 |  |                 |                                |  |
|   | Virtually<br>no primary<br>deaths            | 14<br>(primary) | 37<br>(primary)                |  |

*I. Chiefly heroin (and methadone). II. Recent use: in the past year; current use is in the past month. III. For tobacco (smoking) the most recent data from various sources are shown. The measure shown is the 'percentage of daily smokers' in 2011 in the population aged over 15. IV. Owing to differences in research methods, the data for drug use in 2005 and 2009 are not comparable. The same method was used for the measurements conducted in 2001 and 2005, which means a trend can be determined for this period. For alcohol, the research methods were the same in 2005 and 2009, which means a trend can be determined for use in this period.*

|           | Ecstasy           | Amphetamine                     | GHB          | Alcohol  | Tobacco                              |
|-----------|-------------------|---------------------------------|--------------|--|--------------------------------------|
| 2011      |                   |                                 |              |  |                                      |
|           | 1,4%<br>0,4%      | 0,4%<br>0,2%                    | 0.4%<br>0.2% | 84%<br>76%   | -<br>19% <sup>III</sup>              |
|           | Stable<br>Unknown | Stable<br>Unknown               | -            | Stable<br>Slight decline                               | Decline<br>Decline                   |
|           | Above average     | Below average                   | -            | Average  | Average                              |
| 2007-2009 |                   |                                 |              |  |                                      |
|           | 0,9%              | 0,6%                            | 0,1%         | 43%  | 19%                                  |
|           | Stable            | Stable                          | -            | Decline  | Stable                               |
|           | Above average     | Below average                   | Average      | Above average  | Average                              |
| 2007-2009 |                   |                                 |              |  |                                      |
|           | Unknown           | Unknown                         | Unknown      | 82 400<br>(dependence)<br>395 600<br>(misuse)          | ±700 000 <sup>VII</sup>              |
| 2010      |                   |                                 |              |  |                                      |
|           | 117<br>381        | 1 688<br>985                    | 524<br>97    | 36 203<br>5 486  | -                                    |
|           | Decline           | Rise<br>(stabilised in<br>2008) | -            | Rise<br>(decline in<br>2009)                           | -                                    |
| 2007-2009 |                   |                                 |              |  |                                      |
|           | 85<br>200         |                                 | -            | 6 145<br>14 785  | Unknown                              |
|           | Rise              |                                 | -            | Rise   | Unknown                              |
| 2010      |                   |                                 |              |  |                                      |
|           | <5                |                                 | 5            | 686<br>(primary) <sup>IX</sup><br>1 053<br>(secondary) | 19 214<br>(primary and<br>secondary) |

V. Compared to the weighted average in EU member states (EMCDDA). VI. Compared to the unweighted average in 36 European countries (ESPAD). VII. Based on heavy smokers (20 or more cigarettes a day in the population aged over 12 in 2010). VIII. Primary deaths: substance as primary (underlying) cause of death. Secondary deaths: substance as secondary cause of death (contributory factor or complication). IX. Not taking account of road deaths or cancer-related deaths.

**Table 1b Key Data Drug Crime: Opium Act Offences in the law enforcement chain, 2010**

| Phase in the chain                      | Investigations into more serious forms of organised drug crime | Number of police/Royal Constabulary suspects <sup>I</sup>   | No. Of public prosecutor cases  | Disposal by the courts in the 1 <sup>st</sup> instance  | Detainees <sup>II</sup>  |
|---|--|---|---|---|--------------------------|
| <b>Number of Drug Offences</b>          |  |   |   |   |                          |
| - Total                                 | Unknown  | 15 772  | 14 865  | 9 391   | 2 107                    |
| - Hard drugs                            | 32% (only hard drugs)  | 7 134   | 6 880   | 4 363   | Unknown                  |
| - Soft drugs                            | 27% (only soft drugs)  | 7 393   | 7 338   | 4 556   | Unknown                  |
| - Both                                  | 41% (hard+soft)  | 1 236   | 578   | 465   | Unknown                  |
| - <b>Development 2009-2010 absolute</b> |  | Decline   | Decline   | Decline   | Slight decline           |
| - <b>Global trend 2003-2010</b>         | Unknown  | Increase until 2004, since then declining<br>Decline in hard drugs more marked than decline in soft drugs | Increase until 2004, since then declining<br>Decline in hard drugs more marked than decline in soft drugs | Increase until 2006, since then declining<br>Decline in hard drugs since 2003<br>Soft drugs first rising, then declining since 2007 | Decline <sup>III</sup>   |
| <b>% Opium act of total</b>             | 77%  | 6,7%  | 7,0%  | 7,8%  | 21%                      |
| - <b>Development 2009-2010 in %</b>     | Slight rise in total drugs (75%→77%)                           | More or less stable (6.6 %→6.7 %)   | Slight decline (7.3 %→7.0 %)  | Slight decline (7.6%→7.8%)  | Slight decline (22%→21%) |

*I. Data for 2010 are provisional. II. Survey date 30 September 2010. III. Trend 2006-2010. Sources: KLPD/ IPOL, HKS, OMDATA, Kalidien & De Heer-de Lange, 2011.*

# 1 Inleiding

## De Nationale Drug Monitor

In Nederland volgen tal van monitors de ontwikkelingen op het gebied van middelengebruik. Ook verschijnen er in hoog tempo wetenschappelijke publicaties over gebruikspatronen, preventie van middelengebruik en behandelwijzen. Voor beleidsmakers en professionals in de praktijk en diverse andere doelgroepen biedt de Nationale Drug Monitor (NDM) een actueel overzicht in deze grote stroom van informatie.

Het primaire doel van de NDM is om gecoördineerd en consistent gegevens over ontwikkelingen in middelengebruik te verzamelen op basis van bestaand onderzoek en registraties en deze kennis te bundelen en te vertalen in een aantal kernproducten, zoals Jaarberichten en thematische rapporten. Deze doelstelling sluit aan op het huidige streven naar het op feiten baseren van beleid en praktijk.

De NDM is in 1999 opgericht. Dat gebeurde op initiatief van de minister van VWS. Drugsbeleid kent echter niet alleen volksgezondheidsaspecten, maar ook aspecten van criminaliteit en overlast. Sinds 2002 ondersteunt ook het ministerie van Justitie de NDM.

De NDM behartigt de volgende functies:

- Overkoepeling van en afstemming tussen de in Nederland lopende peilingen en registraties van het gebruik van genotmiddelen (drugs, alcohol, tabak) en verslaving. De NDM streeft naar verbetering en harmonisatie van monitoringactiviteiten in Nederland, rekening houdend met internationale richtlijnen voor gegevensverzameling.
- Synthese van gegevens en rapportage aan nationale overheden en aan internationale en nationale instanties. Tot de internationale organisaties waaraan de NDM rapporteert horen de WHO (Wereld Gezondheidsorganisatie), de Verenigde Naties en het EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction).

In de NDM staan het verzamelen en integreren van cijfers centraal. Dit gebeurt volgens een beperkt aantal kernindicatoren, ofwel barometers voor beleid, die zijn overeengekomen door de lidstaten van de Europese Unie in het kader van het EMCDDA. Het gaat daarbij om gegevens over:

- middelengebruik in de algemene bevolking
- problematisch gebruik en verslaving
- beroep op de hulpverlening
- ziekte in relatie tot middelengebruik
- en sterfte in relatie tot middelengebruik.

Het idee achter deze vijf kernindicatoren is dat de drugssituatie in een land ernstiger is naarmate er méér drugsgebruik voorkomt in de algemene bevolking, er méér problematische drugsgebruikers en verslaafden zijn, er méér een beroep wordt gedaan op de hulpverlening en er méér ziekte en sterfte voorkomt in relatie tot drugsgebruik. Trends in deze indicatoren kunnen echter door meer factoren worden beïnvloed dan alleen de drugsproblematiek. Voor een nadere toelichting verwijzen we naar Bijlage G.

Voor zover beschikbaar zijn ook gegevens opgenomen over aanbod en markt, zoals de prijs en kwaliteit van drugs. De NDM rapporteert ook over de geregistreerde drugscriminaliteit en de strafrechtelijke reactie hierop. Dit gebeurt eveneens volgens een serie indicatoren, waarvoor het WODC gegevens verzamelt (Meijer et al., 2003; Snippe et al., 2000).

## **Samenwerkingsverband**

De NDM steunt op de inbreng van vele deskundigen. Uitvoerders van tal van lokale en nationale monitoringprojecten, registrerende instanties en andere organisaties leveren bouwstenen aan.

De kwaliteit van de publicaties wordt gewaarborgd door de Wetenschappelijke Raad van de NDM. Deze Raad beoordeelt alle conceptteksten en adviseert over de kwaliteit van de monitoringgegevens. De Werkgroep Prevalentieschattingen van problematisch middelengebruik en de Werkgroep Drugsgelateerde sterfte ondersteunen de NDM op thematische deelgebieden.

Eens per jaar publiceert de NDM een cijfermatig overzicht van verslaving en middelengebruik en de gevolgen daarvan: het Jaarbericht. Dit rapport maakt deel uit van de documentatie die het parlement jaarlijks krijgt aangeboden.

## **Jaarbericht 2011**

Voor u ligt het twaalfde Jaarbericht van de NDM. Evenals in voorgaande jaarberichten beslaan de hoofdstukken twee tot en met acht ontwikkelingen per middel, of klassen van middelen: cannabis, cocaïne, opiaten, ecstasy en amfetamine, GHB, alcohol en tabak. Nieuw in 2011 is een hoofdstuk over slaap- en kalmeringsmiddelen. Per hoofdstuk worden kort en bondig de meest recente cijfers gerapporteerd over het gebruik, het problematisch gebruik, de hulpvraag, ziekte en sterfte en tenslotte aanbod en markt. De positie van Nederland wordt in internationaal perspectief geplaatst, maar vanwege methodologische verschillen dienen vergelijkingen tussen landen steeds onder voorbehoud te worden gemaakt.

Na de middelenhoofdstukken volgen in hoofdstuk tien gegevens over de (geregi- streerde) Opiumwetscriminaliteit, met als rode draad de verschillende onderdelen van de strafrechtsketen (politie, Openbaar Ministerie, rechter, detentie, criminele recidive). In hoofdstuk elf komen gegevens aan de orde over de criminaliteit van drugsgebruikers en drugsgerelateerde overlast, en over interventies die beschikbaar zijn voor drugsver- slaafden in het strafrechtelijk systeem.

Cijfers over middelengebruik en drugscriminaliteit kunnen op verschillende manieren worden verzameld en weergegeven. Bijlage A geeft informatie over de terminologie. In bijlage B geven wij een beknopt overzicht van de meest belangrijke bronnen voor de informatie in dit Jaarbericht.

### **Statistische significantie**

In dit Jaarbericht worden trends in middelengebruik en verschillen tussen groepen gebruikers beschreven. Bij gegevens die afkomstig zijn van een steekproef uit de bevolking spreken we pas van een toename of afname in gebruik (of verschillen tussen groepen), indien deze statistisch significant zijn. Dat betekent dat dit verschil (waarschijnlijk) niet op toeval berust. Statistische significantie zegt echter niet alles. Bij hele grote steekproeven kunnen minieme verschillen significant zijn, maar praktisch gezien geen betekenis hebben. Significantie is dus niet hetzelfde als relevantie. Omgekeerd kunnen er duidelijke verschillen zijn in, bijvoorbeeld, percentages gebruikers in opeenvolgende peilingen, die volgens statistische toetsen niet significant zijn. Dat kan het geval zijn als steekproeven relatief klein zijn, en de variatie binnen groepen groot. In die gevallen kan het voorkomen dat bij een grotere steekproef (bijvoorbeeld meer respondenten) een resultaat wel significant zou zijn.

In dit Jaarbericht nemen wij statistische significantie als leidraad. Het belangrijkste gegeven is echter de grootte van het verschil.





## 2 Cannabis

Cannabis (*Cannabis Sativa* of hennep) omvat hasj en wiet in diverse preparaten. THC (tetrahydrocannabinol) is het belangrijkste psychoactieve bestanddeel. Cannabis wordt doorgaans gerookt in sigaretten, al dan niet samen met tabak, en soms via een verdamer. Eten – in de vorm van spacecake – komt weinig voor. Consumenten ervaren cannabis meestal als rustgevend, ontspannend en geestverruimend. In hoge dosis kan cannabis angst, paniek en psychotische symptomen veroorzaken. Onderstaande gegevens gelden voor hasj en wiet samen, tenzij anders aangegeven.

### 2.1 Laatste feiten en trends

De belangrijkste feiten en trends over cannabis in dit hoofdstuk zijn:

- In 2009 lag het percentage ooit-, recente en actuele cannabisgebruikers in de algemene bevolking hoger dan in 2005. Dit kan samenhangen met een wijziging in onderzoeksmethode (§ 2.2).
- Het cannabisgebruik onder scholieren van het reguliere voortgezet onderwijs bleef tussen 2007 en 2011 stabiel (§ 2.3).
- Jongens gebruiken vaker cannabis dan meisjes en roken per keer meer joints (§ 2.3)
- Cannabisgebruik komt beduidend vaker voor onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen en groepen 'probleemjongeren' (§ 2.3).
- Het recent en actueel cannabisgebruik onder Nederlandse volwassenen valt samen met het Europese gemiddelde (§ 2.5).
- Het percentage actuele cannabisgebruikers onder Nederlandse scholieren van 15 – 16 jaar is twee keer hoger dan het Europese gemiddelde (§ 2.5).
- De jarenlange toename van het aantal cannabiscliënten bij de (ambulante) verslavingszorg heeft zich in 2010 voortgezet (§ 2.6).
- Algemene ziekenhuizen registreren van 2009 naar 2010 eveneens een verdere toename van het aantal opnames waarbij cannabismisbruik of -afhankelijkheid een rol speelt (§ 2.6).
- Het gemiddelde gehalte THC in nederwiet is na 2004 niet verder gestegen. Na een daling in 2005 stabiliseerde het percentage in de periode tot en met 2011 (§ 2.7, § 2.8).
- Nederwiet bevat vrijwel geen cannabidiol (CBD), een stof die mogelijk ongewenste effecten van THC tegen gaat (§ 2.8).
- De gemiddelde prijs van een gram nederwiet steeg tussen 2006 en 2009 en bleef in 2010 en 2011 op hetzelfde niveau (§ 2.8).

## 2.2 Gebruik: algemene bevolking

Van alle illegale drugs wordt cannabis het meest gebruikt. In 1997, 2001, 2005 en 2009 vonden peilingen plaats van het Nationaal Prevalentie Onderzoek (NPO, Rodenburg et al., 2007; Van Rooij et al., 2011). De methode van gegevensverzameling verschilde in 2009 van die in de eerdere peilingen. In 1997, 2001 en 2005 zijn gegevens over drugsgebruik verzameld in een persoonlijk interview met respondenten, waar bij de onderzoeker de antwoorden op een laptop invoerde. In 2009 vulde de respondent zelf direct de antwoorden op de vragen in, zonder dat de interviewer meekeek. Er zijn aanwijzingen dat meer anonieme en privacybeschermende methoden, zoals toegepast in 2009, leiden tot hogere prevalenties van gebruik (CBS; EMCDDA, 2002).

- Van 1997 tot 2001 bleef het percentage mensen in de bevolking van 15 tot en met 64 jaar dat ooit cannabis had gebruikt stabiel. Tussen 2001 en 2005 nam het percentage ooitgebruikers toe. Het totale percentage recente en actuele gebruikers bleef in deze periode op hetzelfde niveau. In de peiling van 2009 lag het cannabisgebruik op alle maten hoger dan in 2005 (tabel 2.1). Zoals aangegeven zouden verschillen in onderzoeksmethoden hierbij een rol kunnen spelen.
- In 2009 had ongeveer een op de vier ondervraagden ooit cannabis gebruikt (26%).
- Een op de veertien had in het jaar voor het interview cannabis geconsumeerd (recent gebruik) en een op de vijfentwintig had dit nog gedaan in de maand er voor (actueel gebruik).
- Omgerekend naar de bevolking bedraagt het aantal actuele gebruikers van cannabis 466 duizend.
- In 2009 had 1,2 procent van de bevolking voor het eerst in het leven cannabis gebruikt. De aanwas van nieuwe gebruikers is over de jaren heen gelijk gebleven.

**Tabel 2.1 Gebruik van cannabis in Nederland onder mensen van 15 tot en met 64 jaar.**  
**Peiljaren 1997, 2001, 2005 en 2009<sup>III</sup>**

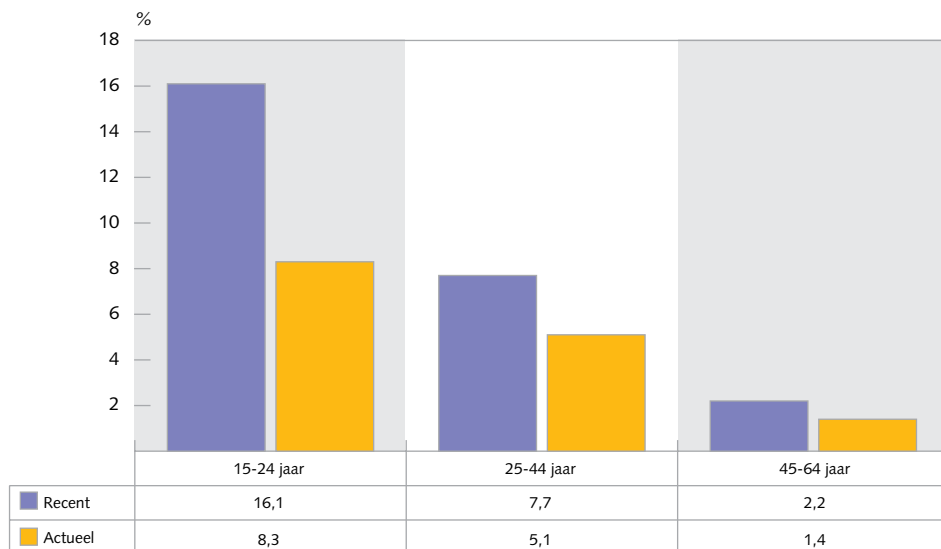
|  | 1997      | 2001      | 2005      | Trendbreuk <sup>III</sup> | 2009 <sup>III</sup> |
|--|-----------|-----------|-----------|---------------------------|---------------------|
| Ooitgebruik  | 19,1%     | 19,5%     | 22,6%     | ...                       | 25,7%               |
| • Mannen   | 24,5%     | 23,6%     | 29,1%     |                           | 32,9%               |
| • Vrouwen  | 13,6%     | 15,3%     | 16,1%     |                           | 18,4%               |
| Recent gebruik <sup>I</sup>                                | 5,5%      | 5,5%      | 5,4%      | ...                       | 7,0%                |
| • Mannen   | 7,1%      | 7,2%      | 7,8%      |                           | 9,8%                |
| • Vrouwen  | 3,8%      | 3,8%      | 3,1%      |                           | 4,2%                |
| Actueel gebruik <sup>II</sup>                              | 3,0%      | 3,4%      | 3,3%      | ...                       | 4,2%                |
| • Mannen   | 4,2%      | 4,8%      | 5,2%      |                           | 6,3%                |
| • Vrouwen  | 1,8%      | 1,9%      | 1,5%      |                           | 2,0%                |
| Heeft voor het eerst in het afgelopen jaar gebruikt        | 1,4%      | 1,1%      | 1,3%      | ...                       | 1,2%                |
| Gemiddelde leeftijd van de recente gebruikers <sup>I</sup> | 27,3 jaar | 28,3 jaar | 30,5 jaar | ...                       | -                   |

Aantal respondenten: 17 590 (1997), 2 312 (2001), 4 516 (2005), 5 769 (2009). ... = Trendbreuk. I. In het afgelopen jaar. II. In de afgelopen maand. III. In 2009 is de onderzoeksmethode gewijzigd (zie tekst). Deze wijziging kan van invloed zijn geweest op de uitkomsten. Bron: NPO, IVO/CBS.

## Leeftijd en geslacht

- Meer mannen dan vrouwen gebruiken cannabis (tabel 2.1).
- Consumptie van cannabis komt het meest voor onder jongeren en jongvolwassenen (figuur 2.1).
  - Het percentage recente gebruikers van cannabis is bijna twee keer hoger in de leeftijdsgroep 15-24 jaar vergeleken met 25-44-jarigen, en acht keer hoger vergeleken met mensen van 45-64 jaar.
  - De gemiddelde leeftijd van de recente cannabisgebruikers nam toe, van 27 jaar in 1997 naar bijna 31 jaar in 2005 (tabel 2.1; geen cijfers voor 2009).
  - De startleeftijd is de leeftijd waarop iemand voor het eerst een middel heeft gebruikt (zie ook bijlage A: startleeftijd). Onder de ooitgebruikers van cannabis lag in de leeftijdsgroep van 15 tot en met 24 jaar de startleeftijd op gemiddeld 16,4 jaar. In de leeftijdsgroep van 15 tot en met 64 jaar lag de startleeftijd op gemiddeld 19,6 jaar.

**Figuur 2.1 Cannabisgebruikers in Nederland per leeftijdsgroep. Peiljaar 2009**



Percentage gebruikers recent (laatste jaar) en actueel (laatste maand) per leeftijdsgroep. Bron: NPO, IVO.

## De grote steden

Consumptie van cannabis komt meer voor in grote steden dan elders (tabel 2.2).

- In 2009 was het percentage mensen dat ervaring heeft met cannabis in zeer sterk stedelijke gebieden ongeveer twee keer zo groot als in matig, weinig en niet-stedelijke gebieden.
- Ook het percentage recente en actuele cannabisgebruikers was veruit het hoogst in zeer sterk stedelijke gebieden. De overige gebieden verschillen weinig in recent en actueel cannabisgebruik.

**Tabel 2.2 Gebruik van cannabis in de vier grote steden en in niet-stedelijk gebied onder mensen van 15 tot en met 64 jaar. Peiljaar 2009**

|                                   | Ooit  | Recent | Actueel |
|-----------------------------------|-------|--------|---------|
| Zeer sterk stedelijk <sup>I</sup> | 38,7% | 12,6%  | 8,2%    |
| Sterk stedelijk <sup>II</sup>     | 27,5% | 6,9%   | 3,7%    |
| Matig stedelijk <sup>III</sup>    | 22,8% | 5,6%   | 3,0%    |
| Weinig stedelijk <sup>IV</sup>    | 17,5% | 4,7%   | 3,0%    |
| Niet-stedelijk <sup>V</sup>       | 18,5% | 4,3%   | 2,6%    |

*Percentage gebruikers ooit in het leven, recent (laatste jaar) en actueel (laatste maand). I. Definitie (CBS): gemeenten met meer dan 2 500 adressen per vierkante kilometer. Dit zijn: Amsterdam, Rotterdam, Delft, Den Haag, Groningen, Haarlem, Leiden, Rijswijk, Schiedam, Utrecht, Vlaardingen en Voorburg. II. Gemeenten met 1 500 - 2 500 adressen per vierkante kilometer. III. Gemeenten met 1 000 - 1 500 adressen per vierkante kilometer. IV. Gemeenten met 500-1 000 adressen per vierkante kilometer. V. Gemeenten met minder dan 500 adressen per vierkante kilometer. NPO, IVO/CBS.*

### Mate van consumptie

- Bijna eenderde (30,2%) van de actuele cannabisgebruikers nam (bijna) dagelijks cannabis, ofwel 1,3 procent van de totale bevolking van 15-64 jaar. Dat is meer dan het percentage (bijna) dagelijkse cannabisgebruikers in 2005 (23,3%).
- Omgerekend naar de bevolking gebruikten in 2009 141 duizend mensen (bijna) dagelijks cannabis.

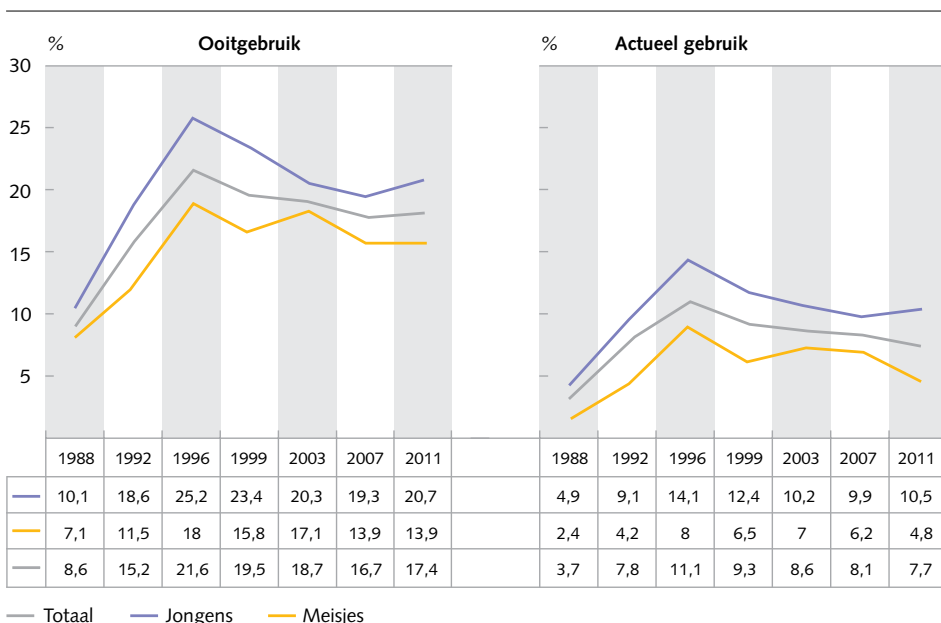
## 2.3 Gebruik: jongeren

### Scholieren van het regulier onderwijs

Het Trimbos-instituut peilt sinds het midden van de jaren tachtig in hoeverre leerlingen in groep zeven en acht van het basisonderwijs en op reguliere middelbare scholen ervaring hebben met alcohol, tabak, drugs en gokken. Dit gebeurt via het landelijke Peilstations-onderzoek scholieren. De laatste peiling werd in 2011 verricht (Verdurmen et al., 2012).

- Vrijwel geen enkele scholier in groep zeven en acht van het basisonderwijs heeft ervaring met cannabisgebruik. In 2011 lag het percentage ooitgebruikers op 0,3 procent. In 2007 was dat 0,2 procent.
- Figuur 2.2 laat zien dat het percentage gebruikers van cannabis onder leerlingen van het voortgezet onderwijs sterk toenam tussen 1988 en 1996. Tussen 1996 en 2007 daalde het percentage jongeren dat ooit cannabis had gebruikt geleidelijk van 22 naar 17 procent, en bleef op dit niveau in 2011.
- Het percentage actuele gebruikers daalde tussen 1996 en 2003, en bleef rond het zelfde niveau in 2007 en 2011. Onder meisjes is het actueel gebruik in 2011 iets lager dan in 2003, maar dit verschil is niet statistisch significant.
- In 2011 ligt zowel het ooitgebruik als het actueel gebruik van cannabis hoger onder jongens dan meisjes. Het verschil tussen jongens en meisjes in cannabisgebruik is variabel over de verschillende meetmomenten.

**Figuur 2.2** Gebruik van cannabis onder scholieren van het voortgezet onderwijs van 12 tot en met 18 jaar, vanaf 1988

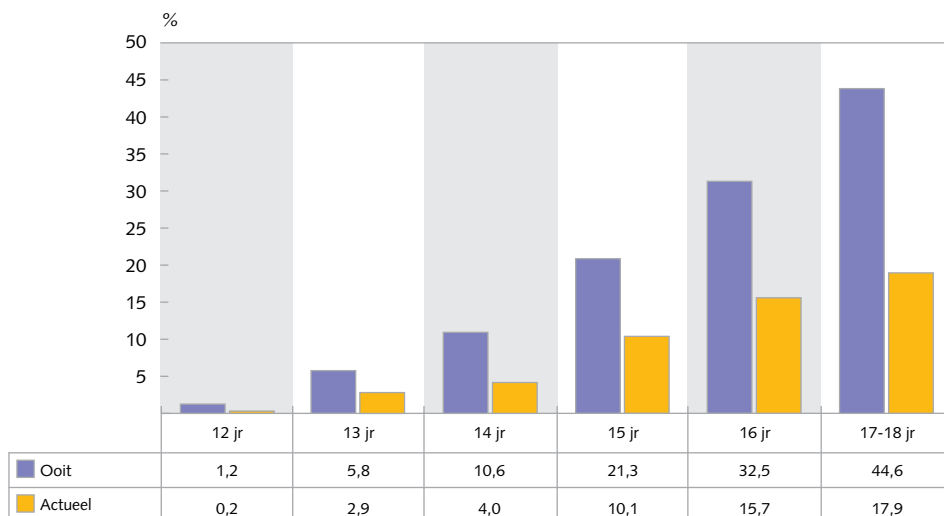


Percentage gebruikers ooit in het leven (links) en in de laatste maand (rechts). Bron: Peilstationsonderzoek, Trimbo-instituut.

## Leeftijd

- Bij scholieren neemt het gebruik van cannabis toe met de leeftijd (figuur 2.3). Maar weinig leerlingen van twaalf hadden in 2011 ervaring met cannabis (1%). Op zestienjarige leeftijd had een op de drie wel eens cannabis gebruikt (33%).
- Het percentage scholieren dat op zeer jonge leeftijd (14 jaar) al ervaring heeft met cannabis daalde van 19 procent in 2003 naar 11 procent in 2011. Onder jongens daalde dit percentage tussen 2003 en 2007 van 21 naar 13 procent en het bleef op dit niveau in 2011. Onder 14-jarige meisjes daalde het ooitgebruik van cannabis tussen 2003 en 2011 geleidelijk van 16 naar 8 procent.
- Een vroege startleeftijd van cannabisgebruik wordt in verband gebracht met een verhoogd risico op het later ontwikkelen van psychische stoornissen, afhankelijkheid, het gebruik van harddrugs en mogelijk cognitieve stoornissen (CAM, 2008). Welke mechanismen hierbij een rol spelen (bijv. effecten van cannabis op het ontwikkelend brein, aanleg, en/of sociale processen) is niet precies bekend.

**Figuur 2.3 Gebruik van cannabis onder scholieren van het voortgezet onderwijs naar leeftijd. Peiljaar 2011**

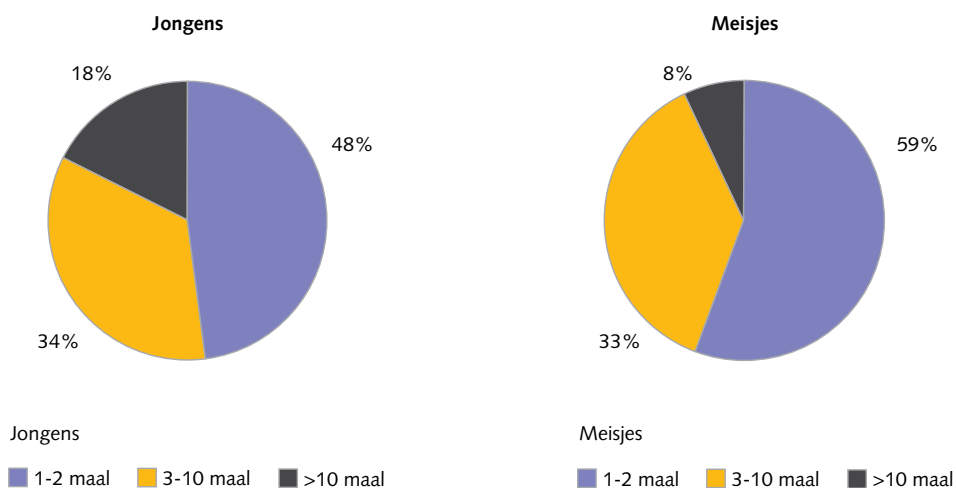


Percentage gebruikers ooit in het leven en in de laatste maand (actueel). Bron: Peilstationsonderzoek, Trimbos-instituut.

### Mate van gebruik

- Van de acht procent actuele gebruikers onder de scholieren in 2011 had ruim de helft (51%) niet meer dan één á twee keer cannabis gebruikt in de afgelopen maand. Een minderheid blowde meer dan tien keer (15%), meer jongens (18%) dan meisjes (8%) (zie figuur 2.4).
- Per keer rookte de helft van de actuele gebruikers minder dan één joint (66% van de meisjes versus 42% van de jongens). Een op de drie (33%) rookt 1 tot 2 joints (geen verschil tussen jongens en meisjes). Van de actuele cannabisgebruikers rookt 17 procent drie of meer joints per keer: 21 procent van de jongens en 9 procent van de meisjes.

Figuur 2.4 Frequentie van cannabisgebruik onder actuele gebruikers. Peiljaar 2011



Percentage van de leerlingen die in maand voor de peiling cannabis hadden gebruikt. Bron: Peilstationsonderzoek scholieren, Trimbos-instituut.

### Schoolniveau, etnische afkomst en gezinsvorm

- De opleidingsniveaus verschillen weinig in de prevalentie van cannabisgebruik.
- In het algemeen is er geen sterke samenhang tussen etnische afkomst en het oitgebruik van cannabis.<sup>1</sup> Wel hebben Marokkaanse leerlingen vergeleken met de andere groepen statistisch significant minder ervaring met het gebruik van cannabis (4%, versus 14% voor autochtoon Nederlandse, 22% voor Surinaamse en Antilliaanse en 8% voor Turkse leerlingen). Dit geldt ook voor het actuele gebruik (bijv. 1,4% onder Marokkaanse scholieren versus 7,3% onder autochtoon Nederlandse scholieren).

### Opvattingen van ouders

De HBSC-studie van 2009 heeft ook de opvattingen van ouders onderzocht (Van Dorselaer et al., 2010).

- Bijna negen op de tien (86%) ouders vindt af en toe cannabis gebruiken onder de zestien jaar schadelijk. Veruit de meeste ouders (99%) vinden dagelijks blowen onder de 16 jaar schadelijk; dit percentage is lager onder ouders van wie het kind in de afgelopen maand heeft gebloed vergeleken, maar het verschil is klein (96% versus 99%).
- Als 14- tot en met 16-jarige scholieren wel eens cannabis hebben gebruikt, dan is slechts een op de zes ouders hiervan op de hoogte.
- Een kwart van de ouders van 12- en 13-jarigen en eenderde van de ouders van 14- tot en met 16-jarigen denkt hun kinderen er niet van te kunnen weerhouden cannabis te gaan gebruiken.

<sup>1</sup> Voor de definitie van autochtoon en allochtoon: zie bijlage A.



## **Cannabis en probleemgedrag**

- Scholieren die cannabis gebruiken vertonen vaker agressief en delinquent gedrag en hebben vaker schoolproblemen (spijbelen, schoolmotivatie en/of lage prestatie) dan leeftijdgenoten die niet blowen. Dit verband is sterker naarmate de frequentie van gebruik toeneemt (Monshouwer et al., 2006; Verdurmen et al., 2005b; Ter Bogt et al., 2009).
- Blowers gebruiken ook vaker andere middelen dan niet-blowers (5 of meer glazen alcohol in de afgelopen maand; dagelijks roken; ooitgebruik harddrugs).
- Er zijn geen verschillen gevonden in psychische problemen, zoals teruggetrokken gedrag, angstklachten en depressie.
- Voor de gevonden verbanden kunnen verschillende verklaringen mogelijk zijn (zie § 2.4).

## **Plaats van aankoop**

In de peiling van 2011 is gevraagd waar jongeren hun cannabis verkrijgen (Verdurmen et al. 2012).

- Bijna vier op de tien (37%) actuele gebruikers gaf aan de cannabis van vrienden te krijgen zonder het zelf te hoeven kopen (tabel 2.3).
- Een vergelijkbaar percentage (39%) kocht de cannabis (ook) wel eens in een coffeeshop.
- Achttien procent kocht de cannabis wel eens bij een (huis)dealer. Tussen de zeven en dertien procent van de actuele gebruikers kocht de cannabis bij iemand anders thuis, op straat, in het park, en dergelijke, of rond school.
- Meer meisjes dan jongens verkregen cannabis via vrienden zonder het zelf te hoeven kopen; jongens kochten vaker in coffeeshops dan meisjes.
- Een aanzienlijk deel (38%) van de blowende scholieren tot en met 17 jaar zegt in 2011 de cannabis te hebben gekocht in een coffeeshop, meer jongens dan meisjes (42% versus 27%). Dit is opmerkelijk omdat de leeftijdsgrens voor toegang tot een coffeeshop 18 jaar is. Onbekend is in hoeverre deze jongeren zelf de cannabis hebben aangekocht in een coffeeshop of dit door anderen hebben laten doen.
- Het percentage dat wel eens cannabis aanschaft in een coffeeshop ligt het hoogst onder scholieren van 18 jaar en ouder. Bijna driekwart van de actuele gebruikers in deze groep (75%) maakt gebruik van een coffeeshop.
- De wijze waarop jongeren in 2011 aan hun cannabis komen verschilt niet veel van die in de peiling van 2007 (Monshouwer et al., 2008).

**Tabel 2.3** Wijze van verkrijgen van cannabis door scholieren van 12 tot en met 18 jaar die de afgelopen maand cannabis hebben gebruikt, naar leeftijdsgroep en geslacht. Peiljaar 2011

| Wijze van verkrijgen cannabis <sup>1</sup> | 12-17 jaar |     |     | 18 jaar <sup>1</sup> | Totaal (12-18 jaar) |     |     |
|--|------------|-----|-----|----------------------|---------------------|-----|-----|
|  | J          | M   | J&M | J&M                  | J                   | M   | J&M |
| Ik koop het nooit                          | 31%        | 52% | 37% | 25%                  | 30%                 | 52% | 37% |
| Coffeeshop                                 | 42%        | 27% | 38% | 75%                  | 45%                 | 27% | 39% |
| Bij een dealer thuis                       | 22%        | 12% | 19% | 6%                   | 21%                 | 12% | 18% |
| Bij iemand anders thuis                    | 14%        | 8%  | 12% | 0%                   | 14%                 | 7%  | 12% |
| Op straat, park etc.                       | 16%        | 7%  | 13% | 7%                   | 15%                 | 7%  | 13% |
| Op of rond school                          | 8%         | 6%  | 8%  | 0%                   | 8%                  | 6%  | 7%  |
| In een café                                | 2%         | 1%  | 2%  | 4%                   | 2%                  | 1%  | 2%  |
| In een discotheek                          | 2%         | <1% | 2%  | 4%                   | 3%                  | <1% | 2%  |
| In een thee- of koffiehuis                 | 2%         | 1%  | 2%  | 0%                   | 2%                  | 1%  | 2%  |
| In een buurthuis/jongerencentrum           | 2%         | 2%  | 2%  | 0%                   | 2%                  | 2%  | 2%  |
| Anders                                     | 2%         | <1% | 2%  | 0%                   | 2%                  | <1% | 2%  |

*Leerlingen van 12 tot en met 18 jaar van middelbare scholen (actuele gebruikers). Leerlingen konden meer antwoorden aankruisen. De percentages tellen daarom niet op tot 100%. 1. Aantal respondenten te klein voor uitsplitsing naar geslacht. J = jongens, M = meisjes. Bron: Peilstationsonderzoek scholieren, Trimbos-instituut.*

## Speciale groepen jongeren

In bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen is het gebruik van cannabis eerder regel dan uitzondering. Tabel 2.4 vat de resultaten samen van uiteenlopende onderzoeken, zowel lokale als landelijke studies vanaf 2007. De cijfers zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. Bovendien zijn de responspercentages in onderzoek onder uitgaande jongeren en jonge volwassenen vaak laag, waardoor een vertekening van de resultaten kan optreden. Trendgegevens zijn alleen beschikbaar voor Amsterdam.

### *Uitgaande jongeren en jongvolwassenen*

- De Antenne-monitor volgt het middelengebruik in verschillende groepen jongeren en jogvolwassenen in het Amsterdamse uitgaansleven, zoals coffeeshops, cafés en trendy clubs.
  - In 2009 hadden ruim negen op de tien coffeeshopbezoekers in de afgelopen maand geblowd (Nabben et al., 2010). Van deze groep gebruikte driekwart (76%) dagelijks of bijna dagelijks cannabis. Gemiddeld rookten ze bijna vier joints per dag (mediaan 3 per dag). Mannen en werkloze en niet-studerende coffeeshopbezoekers blowden gemiddeld het meest. Personen die vaak en langdurig coffeeshops bezochten hadden een grotere kans om voor het onderzoek te worden benaderd. Dit heeft vermoedelijk geleid tot een oververtegenwoordiging van frequente blowers.
  - Het percentage cafébezoekers in Amsterdam dat de afgelopen maand nog cannabis had gebruikt was in 2005 (22%) vrijwel gelijk aan het percentage in 2010 (23%) (Benschop et al, 2011).
- In 2011 bleek bijna tweederde van de coffeeshopbezoekers in Utrecht (65%) dagelijks of bijna dagelijks cannabis te gebruiken (Wouters en Korf, 2011). De rest gebruikte

één of een paar keer per week (25%) of minder vaak (9%). Op een dag dat de coffeeshopbezoekers cannabis gebruikten, rookten ze gemiddeld 3,4 joints (mediaan 2,5). Net als in Amsterdam, zullen ook in het onderzoek in Utrecht de frequente gebruikers oververtegenwoordigd zijn.

- In 2008/2009 is het middelengebruik onder bezoekers van elf landelijk en regionaal georganiseerde grootschalige party's (Van der Poel et al., 2010).
  - Drie op de tien bezoekers van grootschalige party's was een actuele cannabisgebruiker.
  - Zeventien procent van de bezoekers had op de uitgaansavond zelf geblowd. Dit varieerde tussen de party's van 6 tot 30 procent. Gemiddeld rookten de bezoekers 2,4 joints.
- In hetzelfde onderzoek in 2008/2009 is het middelengebruik onder bezoekers van clubs en discotheken onderzocht in (middel)grote gemeenten in vijf regio's van Nederland: de regio Noord (Friesland, Groningen en Drenthe), Oost (Gelderland en Overijssel), Midden (Utrecht en Flevoland), West (Noord- en Zuid-Holland) en Zuid (Noord- Brabant, Zeeland en Limburg).
  - De hoogste percentages actuele blowers werden gevonden in de regio's West (28%), Zuid (24%) en Midden (24%) en de laagste in de regio's Noord (17%) en Oost (18%).
  - Landelijk gezien was naar schatting een kwart (24%) van de clubbezoekers een actuele cannabisgebruiker.
  - Tien procent van de clubbezoekers had op de avond zelf geblowd. Zij namen gemiddeld 1,8 joint.
- Onderzoek in 2008/2009 onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen in Den Haag laat een lager percentage cannabisgebruikers zien (Dekkers et al., 2010).
  - Respondenten noemden als meest favoriete uitgaansgelegenheden clubs en disco's (60%), cafés of bars (54%) en bardancings (38%).
  - Twaalf procent was een actuele blower en vier procent blowde elke dag. Van de dagelijkse blowers rookte de meerderheid (70%) 2 of 3 jointjes per dag.
  - In het Haags Uitgaansonderzoek in 2003 was het actueel cannabisgebruik 37 procent. Deze 'daling' hangt vermoedelijk samen met verschillen in onderzoeksmethoden waardoor de samenstelling van de groep respondenten in 2008/2009 op voor middelengebruik relevante kenmerken verschilde (gemiddeld jonger, vaker vrouw, minder frequente uitgaanders, minder party- en festivalbezoekers).

### **Probleemgroepen**

Onder hangjongeren, jongeren in justitiële jeugdinstellingen en in de jeugdzorg, zwerfjongeren en spijbelaars zijn er relatief veel actuele cannabisgebruikers (drie tot zes op de tien).

- Bijna de helft van de jongeren in de Amsterdamse jeugdzorg was in 2006 een actuele blower (Nabben et al., 2007a). Ongeveer een op de drie (31%) van deze blowers gebruikte dagelijks cannabis. Dat is 15 procent van alle jongeren in de jeugdzorg. Jongens en meisjes gebruikten even vaak en even veel. Ruim een op de tien actuele blowers (11%) gaf aan hulp te willen om te stoppen of te minderen.
- Op landelijk niveau zijn bij jongeren in de residentiële jeugdzorg op jongere leeftijden

lagere percentages gevonden, variërend van 18 procent bij de 12- en 13-jarigen tot 36 procent bij de 14- en 15-jarigen en 37 procent bij de 16-jarigen (Kepper et al., 2009a). Gemiddeld was een op de drie jongeren een actuele cannabisgebruiker (34%). Bij de meisjes lag dit percentage hoger (36%) dan bij de jongens (33%).

- Jongens (13-18 jaar) in justitiële jeugdinrichtingen hebben in de maand voorafgaand aan hun verblijf in de inrichting relatief vaak cannabis gebruikt (65%) (Kepper et al., 2009b). Verschillen in actueel cannabisgebruik tussen deze jongens en hun leeftijdsgenoten (jongens) in het reguliere voortgezet onderwijs zijn groot: 54 versus 5 procent onder de 13-14-jarigen, 62 versus 14 procent onder de 15-16-jarigen en 70 versus 29 procent onder de 17-18-jarigen. Twee derde (64%) van de jongens gaf aan (ook) cannabis te hebben gebruikt tijdens hun verblijf *in* de justitiële jeugdinrichting.

**Tabel 2.4 Actueel gebruik van cannabis in speciale groepen**

|   | Locatie                  | Peiljaar  | Leeftijd (jaar) | Actueel gebruik   |
|---|--------------------------|-----------|-----------------|-------------------|
| <b>Uitgaande jongeren en jongvolwassenen</b>                              |                          |           |                 |                   |
| - Cafébezoekers <sup>I</sup>  | Amsterdam <sup>II</sup>  | 2010      | Gemiddeld 27    | 23%               |
| - Bezoekers van trendy clubs  | Amsterdam                | 2008      | Gemiddeld 25    | 39%               |
| - Bezoekers van coffeeshops   | Amsterdam                | 2009      | Gemiddeld 28    | 94%               |
|   | Utrecht                  | 2011      | Gemiddeld 31    | 98% <sup>VI</sup> |
| - Bezoekers van party's en festivals                                      | Landelijk <sup>III</sup> | 2008/2009 | Gemiddeld 24    | 30%               |
| - Bezoekers van clubs en discotheken                                      | Landelijk <sup>III</sup> | 2008/2009 | Gemiddeld 22    | 24%               |
| - Uitgaande jongeren en jongvolwassenen                                   | Den Haag                 | 2008/2009 | Gemiddeld 21    | 12%               |
| <b>Probleemgroepen</b>  |                          |           |                 |                   |
| - Jongeren in de residentiële jeugdzorg                                   | Landelijk                | 2008      | Gemiddeld 15    | 34%               |
| - Jongeren (alleen jongens) in justitiële jeugdinrichtingen <sup>IV</sup> | Landelijk                | 2009      | Gemiddeld 16    | 65%               |
| - Kwetsbare jongeren <sup>V</sup>   | Rotterdam                | 2009      | 14 - 17         | 29%               |

*Percentage actuele gebruikers (laatste maand) per groep. De cijfers in deze tabel zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek I. Jongeren en jonge volwassenen uit mainstream-, studenten-, homo- en hippe cafés. Dus niet representatief voor alle cafébezoekers. II. Geringe respons (26% in 2005 en 28% in 2010). III. Geringe respons (19%). IV. Gebruik in de maand voorafgaand aan het verblijf in een justitiële jeugdinrichting (JJI). Gegevens zijn verzameld in tien van de twaalf JJI's. V. Niet-schoolgaande jongeren (zwerfjongeren, frequente spijbelaars, vroegtijdige schoolverlaters) die zijn geworven via verschillende (maatschappelijke en hulpverlenings) instanties, politie en schoolopvangvoorzieningen. VI. Gebruikt eens per maand of vaker.*

*Bronnen: Antenne 2010, Bonger Instituut voor Criminologie, Universiteit van Amsterdam (Benschop et al., 2011); Tendens 2008, IrisZorg (De Jong et al., 2008); Antenne 2008, Bonger Instituut voor Criminologie, Universiteit van Amsterdam (Benschop et al., 2009); Antenne 2009, Bonger Instituut voor Criminologie, Universiteit van Amsterdam (Nabben et al., 2010); in opdracht van de GG&GD Utrecht, Bonger Instituut voor Criminologie, Universiteit van Amsterdam (Wouters en Korf, 2011); Uitgaansonderzoek, Trimbos-instituut/Universiteit van Amsterdam (Van der Poel et al., 2010); Haags Uitgaansonderzoek (HUO), Gemeente Den Haag/Parnassia/Politie Haaglanden (Dekkers et al., 2010); EXPLORE, Trimbos-instituut (Kepper et al., 2009a); Intraval (Bieleman et al., 2010b).*

## 2.4 Problematisch gebruik

Hoeveel mensen vanwege het gebruik van cannabis in de problemen komen is niet bekend. Probleemgebruik omvat een diagnose van cannabisafhankelijkheid zoals vastgesteld volgens het internationaal psychiatrisch classificatiesysteem DSM. Cannabis is een minder verslavende stof dan heroïne, cocaïne en nicotine (Van Amsterdam et al., 2010). Het risico van afhankelijkheid neemt echter toe bij langdurig frequent gebruik en gaat vaak samen met afhankelijkheid van andere middelen. Jongeren zijn waarschijnlijk kwetsbaarder dan ouderen (CAM, 2008).

- Volgens gegevens van het NEMESIS-onderzoek uit 2007-2009 voldeed op jaarbasis naar schatting tussen 0,1 en 0,5 procent van de bevolking van 18 tot en met 64 jaar aan de diagnose cannabisafhankelijkheid (DSM 4e gewijzigde editie). Naar schatting 0,2 tot 0,6 procent van de respondenten voldeed aan een diagnose cannabismisbruik.
- Van degenen die in het jaar voorafgaand aan het interview cannabis hadden gebruikt (6,5% van alle respondenten) voldeed een op de negen aan de criteria voor een cannabistoornis.
- Cannabistoornissen komen vaker voor onder mannen dan vrouwen (zie tabel 2.5).
- Omgerekend naar de bevolking ging het om naar schatting 29 300 mensen met cannabisafhankelijkheid en 40 200 mensen met cannabismisbruik. In dit bevolkingsonderzoek ontbraken jongeren onder 18 jaar, mensen die de Nederlandse taal niet voldoende machtig zijn en mensen die dakloos zijn of langere tijd in een instelling verblijven. In hoeverre dit de gegevens heeft beïnvloed is niet bekend.

Tabel 2.5 Jaarprevalentie en aantallen mensen met een cannabistoornis, naar geslacht.  
Tussen haakjes: 95% betrouwbaarheidsintervallen. Peiljaar 2007-2009

| Stoornis                 | Mannen (%)         | Vrouwen (%)        | Totaal (%)         | Totaal (Aantal) |
|--------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|-----------------|
| Cannabismisbruik         | 0,6<br>(0,2 – 1,0) | 0,2<br>(0,0 – 0,4) | 0,4<br>(0,2 – 0,6) | 40 200          |
| Cannabis-afhankelijkheid | 0,4<br>(0,1 – 0,8) | 0,1<br>(0,0 – 0,3) | 0,3<br>(0,1 – 0,5) | 29 300          |

Bron: Nemesis 2007-2009 (De Graaf et al., 2010).

- Zoals genoemd in § 2.3 hangt (frequent) cannabisgebruik onder jongeren samen met probleemgedrag, zoals agressief en crimineel gedrag, gebruik van andere drugs en schoolproblemen. Dat wil niet zeggen dat cannabisgebruik de oorzaak is van deze problemen. Vaak gaan gedragsproblemen vooraf aan het cannabisgebruik, of zijn beide onderdeel van een breder patroon van afwijkend gedrag. Een andere mogelijkheid is een overlap van risicofactoren, die zowel cannabisgebruik als probleemgedrag veroorzaken (CAM, 2008).
- Cannabisafhankelijkheid gaat vaak samen met andere psychische stoornissen (Van Laar et al., 2007; Van der Pol et al., 2012). Onderzoek laat zien dat frequente

cannabisgebruikers van 18-30 jaar die op minstens 3 dagen per week blowden vaker dan hun leeftijdgenoten uit de algemene bevolking die niet (frequent) blowen een gedragsstoornis en ADHD hebben. Degenen die ook voldeden aan een diagnose cannabisafhankelijkheid hadden bovendien vaker te kampen met angststoornissen en depressie. Ook hier kan niet per definitie worden gesteld dat cannabisgebruik de oorzaak is van deze bijkomende psychische problemen.

- Onderzoek onder coffeeshopbezoekers laat zien dat er een bepaalde groep, vooral jonge, gebruikers is met een duidelijke voorkeur voor 'sterke wiet', met een hoog gehalte THC, de belangrijkste werkzame stof in cannabis (Korf et al., 2004b; Korf et al., 2007). Zij gebruiken relatief vaak en veel en lopen een grote kans op afhankelijkheid. Onbekend is hoe groot deze groep is.
- De sterke toename in de hulpvraag van cannabisgebruikers bij de verslavingszorg (§ 2.6) zou kunnen wijzen op een toename in het aantal probleemgebruikers van cannabis, wellicht als gevolg van een hoger THC-gehalte, maar andere verklaringen zijn ook mogelijk, zoals een verbeterd hulpaanbod, sneller doorverwijzen door de eerste lijn en jeugdzorg, en groeiende bewustwording van de risico's van cannabis, waardoor sneller hulp wordt gezocht.

## 2.5 Gebruik: internationale vergelijking

### Algemene bevolking

Gegevens over het drugsgebruik in de lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen en de kandidaat-lidstaten worden verzameld door het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA, 2011a). In de Verenigde Staten, Canada en Australië worden de gegevens over het drugsgebruik in de algemene bevolking verzameld door achtereenvolgens de Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA, 2011), de Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey (CADUMS, 2010), en het Australian Institute of Health and Welfare (AIHW, 2011).

- Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking. Van invloed is vooral de leeftijdsgroep. Tabel 2.6a geeft gebruikscijfers die zijn (her)berekend volgens de standaard leeftijdsgroep van het EMCDDA (15 tot en met 64 jaar). Gegevens voor de overige landen staan in tabel 2.6b. Voor Europa zijn alleen landen uit de EU-15 en Noorwegen opgenomen in tabel 2.6a en 2.6b. Voor zover beschikbaar zijn gegevens voor andere EU-lidstaten in Bijlage E vermeld.
- Tussen de 9 en 42 procent van de mensen in de algemene westerse bevolking heeft ooit in het leven cannabis gebruikt (tabellen 2.6a en 2.6b). De laagste percentages worden gevonden in Griekenland en Portugal. In Canada hebben vier van de tien mensen ooit cannabis geprobeerd. Van de lidstaten van de EU en Noorwegen gaan Denemarken (33%), Italië (32%) en Spanje (32%) aan kop.
- Naar schatting heeft zeven procent van alle inwoners van de lidstaten van de EU, ofwel 23 miljoen mensen, in het afgelopen jaar cannabis gebruikt. Nederland valt met zeven procent op dit Europees gemiddelde.

- Het percentage recente gebruikers loopt echter sterk uiteen. Van de EU-27 landen waarvoor gegevens beschikbaar zijn, is het percentage recente gebruikers het laagst in Roemenië en Malta (<1%). Italië gaat aan kop met 14 procent.
- De hoogste percentages actuele gebruikers van cannabis zijn gevonden in Spanje (8%), Italië (7%) en de Verenigde Staten (7%). De laagste percentages zijn gevonden in Roemenië (0,1%), Malta (0,5%), Griekenland (0,9%), Polen (0,9%) en Zweden (1%). Nederland ligt met vier procent op het Europees gemiddelde (4%).

**Tabel 2.6a** Consumptie van cannabis onder de algemene bevolking van enkele EU-15 lidstaten en Noorwegen: leeftijdsgroep 15 tot en met 64 jaar

| Land        | Jaar      | Ooitgebruik | Recent gebruik | Actueel gebruik |
|-------------|-----------|-------------|----------------|-----------------|
| Italië      | 2008      | 32%         | 14%            | 7%              |
| Spanje      | 2009      | 32%         | 11%            | 8%              |
| Frankrijk   | 2005      | 31%         | 9%             | 5%              |
| Nederland   | 2009      | 26%         | 7%             | 4%              |
| Ierland     | 2006/2007 | 22%         | 6%             | 3%              |
| Zweden      | 2008      | 21%         | 1%             | 1%              |
| Noorwegen   | 2009      | 15%         | 4%             | 2%              |
| België      | 2008      | 14%         | 5%             | 3%              |
| Oostenrijk  | 2008      | 14%         | 4%             | 2%              |
| Finland     | 2006      | 14%         | 4%             | 2%              |
| Portugal    | 2007      | 12%         | 4%             | 2%              |
| Griekenland | 2004      | 9%          | 2%             | 1%              |

**Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen.**

*Percentage gebruikers ooit in het leven, recent (laatste jaar) en actueel (laatste maand). Bron: EMCDDA.*

**Tabel 2.6b Consumptie van cannabis onder de algemene bevolking van enkele EU-15 lidstaten, de Verenigde Staten, Canada en Australië: overige leeftijdsgroepen<sup>1</sup>**

| Land                                    | Jaar      | Leeftijd (jaar) | Ooitgebruik | Recent gebruik | Actueel gebruik |
|---|-----------|-----------------|-------------|----------------|-----------------|
| Verenigde Staten                        | 2010      | 12 en ouder     | 42%         | 12%            | 7%              |
| Canada                                  | 2010      | 15 en ouder     | 42%         | 11%            | -               |
| Australië                               | 2010      | 14 en ouder     | 35%         | 10%            | -               |
| Denemarken                              | 2010      | 16 – 64         | 33%         | 5%             | 2%              |
| Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales) | 2009/2010 | 16-59           | 31%         | 7%             | 4%              |
| Duitsland                               | 2009      | 18 – 64         | 26%         | 5%             | 2%              |

**Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen.**

*Percentage gebruikers ooit in het leven, recent (laatste jaar) en actueel (laatste maand). 1. Drugsgebruik is naar verhouding laag in de jongste (12-15 jaar) en oudere leeftijdsgroepen (>64 jaar). Gebruikscijfers in studies met respondenten die jonger en/of ouder zijn dan de EMCDDA-standaard zullen mogelijk lager uitvallen dan cijfers in studies die de EMCDDA-standaard toepassen. Voor studies met een beperkter leeftijdsbereik geldt het omgekeerde. - = niet gemeten. Bronnen: EMCDDA, SAMHSA, CADUMS, AIHW.*

### **Trends**

De trends in het cannabisgebruik in de algemene bevolking zijn beperkt vast te stellen vanwege het ontbreken van herhaalde en vergelijkbare metingen in en tussen de landen.

- Voor zestien landen van de EU en Noorwegen zijn van eind jaren negentig tot 2009 trendgegevens beschikbaar over het cannabisgebruik in de bevolking tussen 15 en 34 jaar. In zes landen (Bulgarije, Griekenland, Hongarije, Finland, Zweden en Noorwegen) is het recente gebruik in deze periode laag (< 10%) en stabiel gebleven. Vijf landen (Denemarken, Duitsland, Estland, Nederland en Slowakije) rapporteerden vrij hoge percentages cannabisgebruikers maar een stabiele trend, met uitzondering van een stijgende trend in Estland. In vijf andere landen (Tsjechië, Italië, Spanje, Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk) was het gebruik tussen eind jaren negentig en 2009 relatief hoog met wisselende trends.
- In de Verenigde Staten steeg het percentage actuele gebruikers van cannabis in de algemene bevolking van twaalf jaar en ouder. Tussen 2007 en 2010 steeg dit percentage van zes naar zeven procent.
- In Australië steeg het recent gebruik van cannabis in de algemene bevolking van 14 jaar en ouder. Dit percentage steeg van negen procent in 2007 naar tien procent in 2010.
- In Canada bleef het percentage recente cannabisgebruikers in de bevolking van 15 jaar en ouder stabiel. In 2008, 2009 en 2010 lag dit percentage op elf procent.



## Jongeren

Beter vergelijkbaar zijn de cijfers van ESPAD, het European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. In 1999, 2003, 2007 en 2011 werden peilingen uitgevoerd onder vijftien- en zestienjarige scholieren van het middelbaar onderwijs (Hibell et al., 2000, 2004, 2008, 2012). Tabel 2.7 toont het gebruik van cannabis in een aantal landen van de EU, Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde Staten. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD maar voerden wel vergelijkbaar onderzoek uit.

- Het percentage scholieren dat in 2011 ooit cannabis had gebruikt was het hoogst in Frankrijk, gevolgd door de Verenigde Staten. Nederlandse scholieren staan op de derde positie.
- Bij het actueel gebruik ging Frankrijk eveneens aan kop, ook nu gevolgd door de Verenigde Staten. Nederlandse scholieren staan in het actueel gebruik op de vierde positie van de in tabel 2.7 genoemde landen.
- Het percentage leerlingen dat zes maal of meer cannabis had gebruikt in de laatste maand was het laagst in Griekenland en de Scandinavische landen Noorwegen, Zweden en Finland en was het hoogst in Frankrijk en de Verenigde Staten, gevolgd door Italië, Nederland en Spanje.
- Het percentage actuele cannabisgebruikers lag in Nederland twee keer hoger dan het (ongewogen) gemiddelde voor 36 deelnemende Europese landen (14% versus 7%). Nederland stond in de rangorde van alle landen op de vijfde plaats.

**Tabel 2.7** Consumptie van cannabis onder scholieren van 15 en 16 jaar in enkele lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde StatenI. Peiljaren 1999, 2003, 2007 en 2011

| Land                             | Ooitgebruik |      |      |      | Actueel gebruik |      |      |      | Zes maal of meer in de laatste maand |      |      |      |
|----------------------------------|-------------|------|------|------|-----------------|------|------|------|--------------------------------------|------|------|------|
|                                  | 1999        | 2003 | 2007 | 2011 | 1999            | 2003 | 2007 | 2011 | 1999                                 | 2003 | 2007 | 2011 |
| Frankrijk                        | 35%         | 38%  | 31%  | 39%  | 22%             | 22%  | 15%  | 24%  | 9%                                   | 9%   | 6%   | 9%   |
| Verenigde Staten <sup>I</sup>    | 41%         | 36%  | 31%  | 35%  | 19%             | 17%  | 14%  | 18%  | 9%                                   | 8%   | 6%   | 8%   |
| Nederland                        | 28%         | 28%  | 28%  | 27%  | 14%             | 13%  | 15%  | 14%  | 5%                                   | 6%   | 6%   | 5%   |
| Spanje <sup>II</sup>             | -           | 36%  | 36%  | 26%  | -               | 22%  | 20%  | 15%  | -                                    | -    | 8%   | 4%   |
| België <sup>III</sup>            | -           | 32%  | 24%  | 24%  | -               | 17%  | 12%  | 11%  | -                                    | 7%   | 4%   | 3%   |
| Italië                           | 25%         | 27%  | 23%  | 21%  | 14%             | 15%  | 13%  | 12%  | 4%                                   | 6%   | 6%   | 6%   |
| Duitsland <sup>IV</sup>          | -           | 27%  | 20%  | 19%  | -               | 12%  | 7%   | 7%   | -                                    | 4%   | 2%   | 2%   |
| Ierland                          | 32%         | 39%  | 20%  | 18%  | 15%             | 17%  | 9%   | 7%   | 5%                                   | 6%   | 4%   | 3%   |
| Denemarken <sup>II</sup>         | 24%         | 23%  | 25%  | 18%  | 8%              | 8%   | 10%  | 6%   | 1%                                   | 2%   | 2%   | 1%   |
| Portugal                         | 8%          | 15%  | 13%  | 16%  | 5%              | 8%   | 6%   | 9%   | 2%                                   | 3%   | 2%   | 3%   |
| Finland                          | 10%         | 11%  | 8%   | 11%  | 2%              | 3%   | 2%   | 3%   | 1%                                   | 0%   | 0%   | 0%   |
| Zweden                           | 8%          | 7%   | 7%   | 9%   | 2%              | 1%   | 2%   | 3%   | 0%                                   | 0%   | 0%   | 0%   |
| Griekenland                      | 9%          | 6%   | 6%   | 8%   | 4%              | 2%   | 3%   | 4%   | 2%                                   | 1%   | 1%   | 0%   |
| Noorwegen                        | 12%         | 9%   | 6%   | 5%   | 4%              | 3%   | 2%   | 2%   | 1%                                   | 1%   | 1%   | 0%   |
| Zwitserland                      | -           | 40%  | 33%  | -    | -               | 20%  | 15%  | -    | -                                    | 10%  | 6%   | -    |
| Verenigd Koninkrijk <sup>V</sup> | 35%         | 38%  | 29%  | -    | 16%             | 20%  | 11%  | -    | 6%                                   | 8%   | 4%   | -    |
| Oostenrijk                       | -           | 21%  | 17%  | -    | -               | 10%  | 6%   | -    | -                                    | 3%   | 2%   | -    |

Percentage gebruikers ooit in het leven, actueel (laatste maand) en zes maal of meer in de laatste maand. I. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD, maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit. II. De gegevens voor Denemarken en Spanje zijn minder representatief. III. België in 2007 en 2011 alleen voor Vlaanderen. IV. Duitsland in 2007 voor zes en in 2011 voor vijf van de zestien deelstaten. V. Verenigd Koninkrijk niet voor 2011 vanwege te lage respons (slechts 6% van de scholen). - = niet gemeten. Bron: ESPAD.

## 2.6 Hulpvraag en incidenten

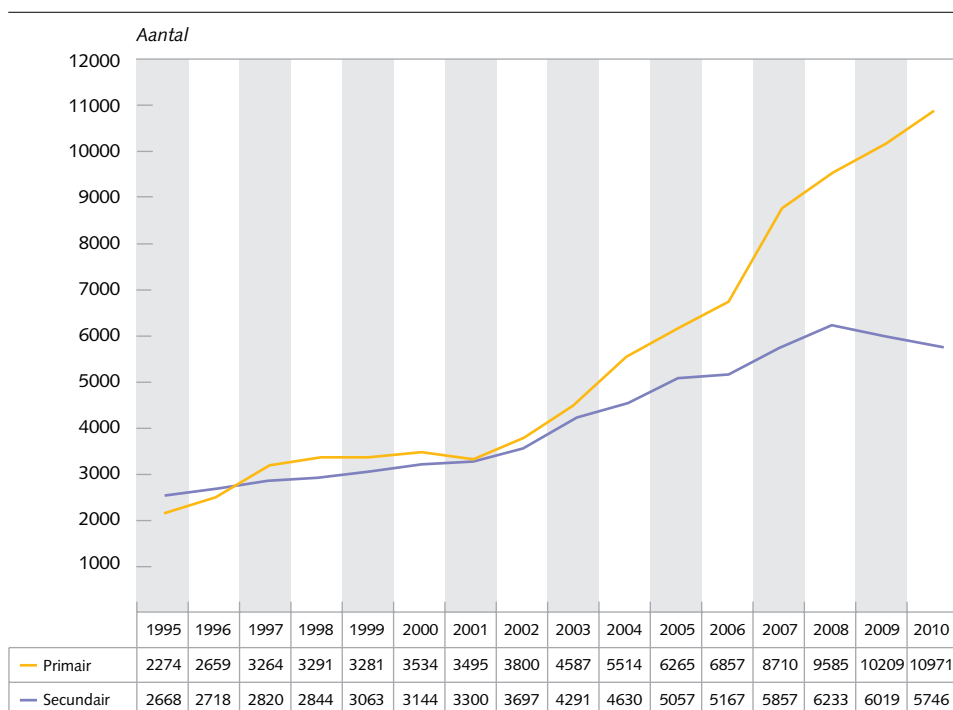
### Verslavingszorg

De verslavingszorg is het onderdeel van de gezondheidszorg dat hulp biedt aan mensen die verslaafd zijn geraakt aan drugs, alcohol, medicijnen, of gokken. In Nederland zijn verschillende gespecialiseerde instellingen actief binnen de verslavingszorg. Samen met de verslavingsreclassering sturen deze instellingen anonieme gegevens over de hulpverlening naar het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) (Ouweland et al., 2011). (Zie in bijlage A: Cliënt LADIS.)

- Het aantal cliënten dat ingeschreven stond wegens een primair cannabisprobleem is tussen 1995 en 2010 bijna vijf keer zo groot geworden (figuur 2.5). Tussen 2009 en 2010 was er nog een toename van zeven procent.
- Per 100 000 inwoners van 15 jaar en ouder steeg het aantal primaire cliënten van 18 in 1995 naar 80 in 2010.

- Het aandeel van cannabis in alle verzoeken om hulp vanwege drugs nam eveneens toe, van 11 procent in 1995 naar 30 procent in 2010.
- In 2010 was ongeveer vier van de tien primaire cannabiscliënten een nieuwkomer (38%). Deze nieuwkomers werden ingeschreven in 2010 en stonden niet eerder ingeschreven bij de (ambulante) verslavingszorg voor een drugsprobleem.
- Voor bijna zes van de tien primaire cannabiscliënten (59%) was cannabis het enige probleem. De rest (41%) rapporteerde ook problemen met een ander middel; voor deze groep was het andere middel alcohol (43%), cocaïne of crack (19%), amfetaminen of een ander stimulerend middel (15%), hallucinogenen (11%), ecstasy (2%), medicijnen (2%), of gokken (3%).
- Het aantal cliënten van de (ambulante) verslavingszorg dat cannabis als secundair probleem noemt steeg eveneens tussen 1995 en 2010 (figuur 2.4). Voor deze groep is het primaire probleem alcohol (53%), cocaïne of crack (25%), heroïne (8%), amfetamine (7%), of gokken (2%).

**Figuur 2.5 Aantal cliënten bij de (ambulante) verslavingszorg met primaire of secundaire cannabisproblematiek, vanaf 1995**

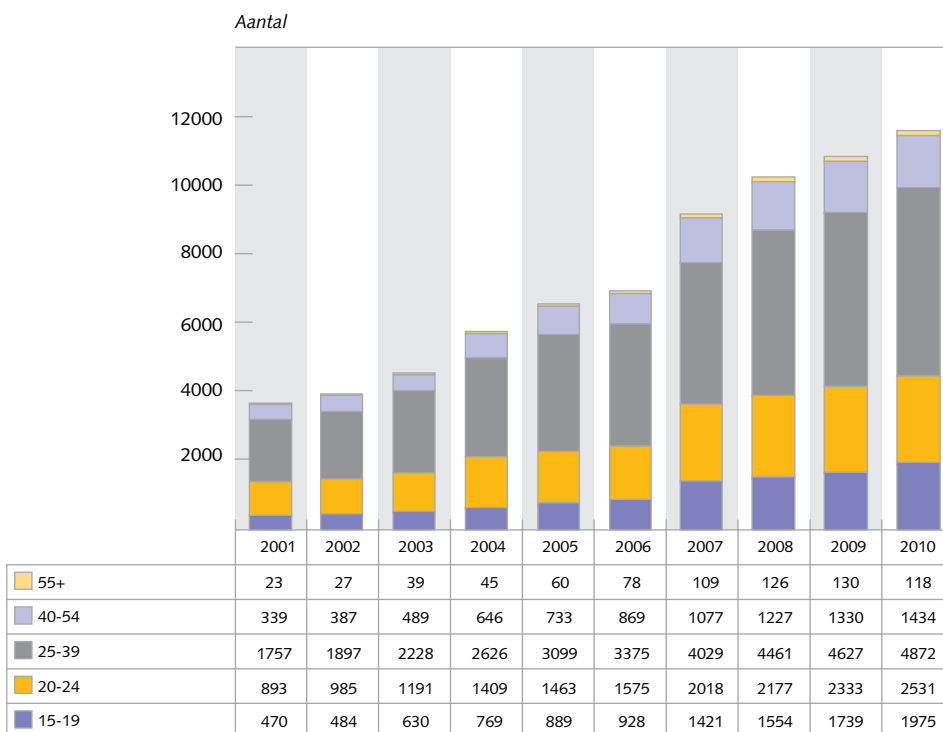


Bron: LADIS, IVZ (Ouweland et al., 2011).

### Leeftijd en geslacht

- In 2010 was het merendeel van de primaire cannabiscliënten man (80%). Het aandeel vrouwen schommelde in de periode van 1995 tot 2010 tussen 15 en 21 procent.
- In 2010 was ongeveer zes van de tien cannabiscliënten 25 jaar of ouder (59%). De gemiddelde leeftijd was 28 jaar, net zoals in 2001. De piek ligt in de leeftijdsgroep 20 tot en met 39 jaar (figuur 2.6).
- Het aantal jonge cannabiscliënten van 15 tot en met 19 jaar werd tussen 2001 en 2010 vier keer zo groot. Hun aandeel in alle cannabiscliënten varieerde in deze periode tussen 13 en 18 procent.

**Figuur 2.6 Trends in de leeftijdsverdeling van de primaire cannabiscliënten bij de (ambulante) verslavingszorg, vanaf 2001**



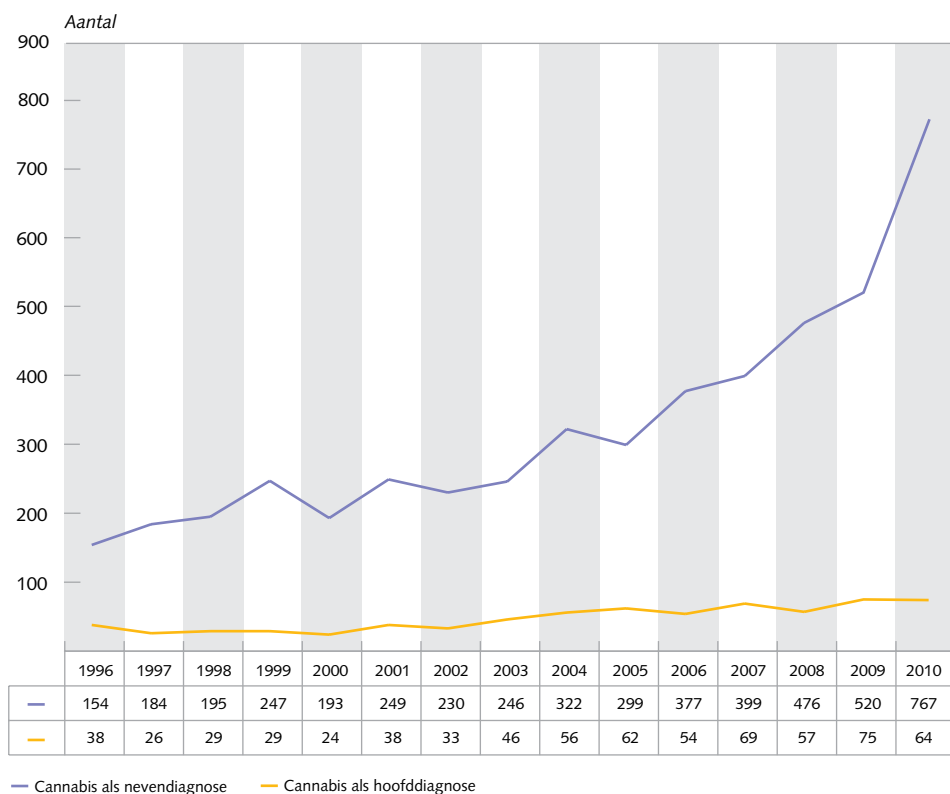
Aantal cliënten per leeftijdsgroep. Bron: LADIS, IVZ (Ouwehand et al., 2011).

## Algemene ziekenhuizen

De algemene ziekenhuizen sturen gegevens over hun opnames anoniem naar de Landelijke Medische Registratie (LMR). De LMR registreerde in 2010 bijna twee miljoen klinische opnames in algemene ziekenhuizen. Drugsproblemen spelen nauwelijks een rol. In 2010 werden drugsmisbruik en drugsverslaving 680 maal als hoofddiagnose en 2 800 maal als nevendiagnose gesteld.

- Van de hoofddiagnoses voor drugs ging het in 2010 in negen procent van de gevallen om cannabis (figuur 2.7). Misbruik van cannabis speelde bij deze hoofddiagnoses vaker een rol dan afhankelijkheid van cannabis (58% versus 42%). Onbekend is wat de klachten waren (psychisch of lichamelijk) die tot opname hebben geleid. Het aantal hoofddiagnoses gerelateerd aan cannabismisbruik of -afhankelijkheid is al jaren gering, al lijkt zich tussen 2000 en 2010 een stijging af te tekenen.
- Vaker speelt cannabisproblematiek een rol als nevendiagnose. In 2010 ging het om 767 nevendiaagnoses. In de afgelopen jaren deed zich een stijging voor. Tussen 2009 en 2010 steeg het aantal nevendiaagnoses voor cannabis met 48 procent.
- In 2010 waren de meest voorkomende hoofddiagnoses bij deze nevendiaagnoses:
  - psychosen (22%)
  - letsel door ongevallen (15%, zoals breuken, wonden, hersenschudding)
  - misbruik of afhankelijkheid van alcohol en drugs (15%, vooral alcohol: 11%)
  - ziekten en symptomen van de ademhalingswegen (7%)
  - ziekten van hart- en vaatstelsel (5%)
  - spijsverteringsstoornissen (5%)
  - vergiftigingen (5%, door drugs, alcohol, medicijnen).
- Dezelfde persoon kan meer dan één keer per jaar worden opgenomen. Bovendien kan er per opname meer dan één nevendiagnose worden gesteld. Gecorrigeerd voor dubbelstellingen ging het in 2010 om 778 personen. Zij werden in dat jaar minstens één keer opgenomen met cannabismisbruik of -afhankelijkheid als hoofd- of nevendiagnose. Hun gemiddelde leeftijd was 31 jaar; 77 procent was man. Het percentage cannabispatiënten was het hoogst in de leeftijdsgroep van twintig tot en met 24 jaar (figuur 2.8).

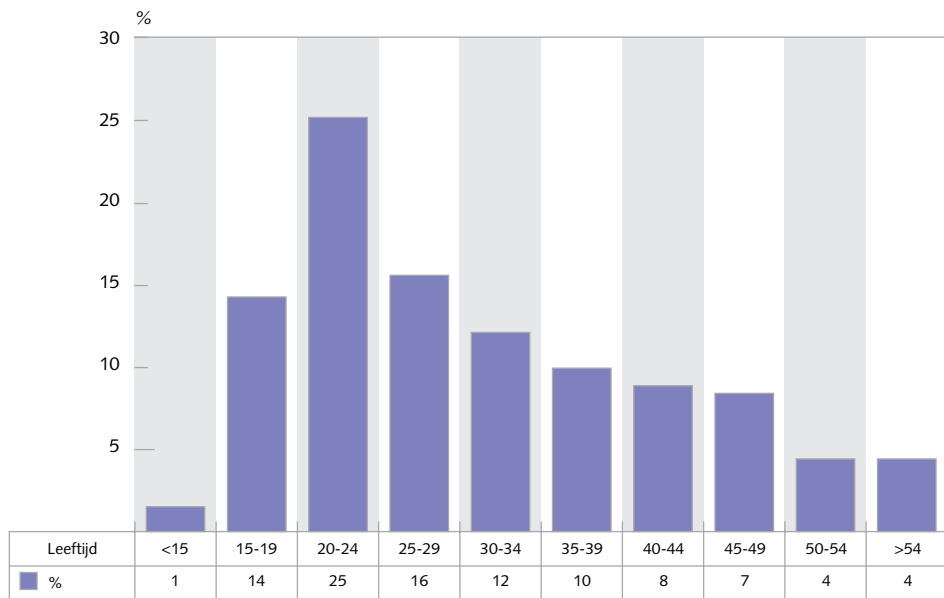
**Figuur 2.7 Klinische opnames in algemene ziekenhuizen gerelateerd aan cannabismisbruik en -afhankelijkheid, vanaf 1996**



Aantal diagnoses, niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen van personen. ICD-9 codes: 304.3, 305.2 (bijlage C).

Bron: Landelijke Medische Registratie (LMR), Dutch Hospital Data (DHD).

**Figuur 2.8** Leeftijdsverdeling van cannabispatiënten in algemene ziekenhuizen. Peiljaar 2010



Percentage patiënten per leeftijdsgroep. Bron: Landelijke Medische Registratie (LMR), Dutch Hospital Data (DHD).

- In 2010 speelde cannabisproblematiek ook een rol als hoofd- of nevendiagnose bij 27 dagbehandelingen. Dat is minder dan in 2009 (49 dagbehandelingen).
- Daarnaast telde de LMR 36 opnames in 2010 waarin "onopzettelijke vergiftiging met hallucinogenen" als nevendiagnose werd gesteld (ICD-9 code: E854.1). In de jaren 2001 tot en met 2009 ging het om respectievelijk 15, 8, 16, 15, 14, 15, 14 en 18 gevallen. Het kan hierbij gaan om cannabis, maar ook om LSD of paddo's.

### Incidenten

Er zijn verschillende bronnen beschikbaar voor informatie over gezondheidsverstoringen in verband met drugsgebruik (zie ook Bijlage A onder 'Incidenten'). Aard, regio en vindplaats van deze incidenten verschillen per bron. Vanwege een (onbekende mate van) overlap kunnen de aantallen incidenten echter niet zonder meer worden opgeteld.

Volgens het Letsel Informatie Systeem (LIS) van Stichting Consument en Veiligheid worden jaarlijks gemiddeld 4 200 personen behandeld op spoedeisende eerste hulp afdelingen van ziekenhuizen na een ongeval, geweld of zelfbeschadiging gerelateerd aan drugsgebruik (hierna genoemd 'ongevallen'). Drugs zijn hier cannabis, cocaïne, heroïne, ecstasy, amfetamine, GHB en paddo's. De gegevens zijn gemiddeld over de periode van 2006 tot en met 2010 (Draisma, 2011).

- Cannabis is na cocaïne en GHB de meest genoemde drug. Bijna een op de vijf slachtoffers van een drugsongeval (18%) geeft aan cannabis te hebben gebruikt. Tellen we alleen de gevallen mee waarvan de drug bekend is (88%), dan maakt cannabis 21 procent uit van alle drugsgerelateerde behandelingen bij de spoedeisende hulp.
- Deze cijfers zijn waarschijnlijk een onderschatting van het werkelijke aantal aan drugs gerelateerde ongevallen, want de invloed van drugs wordt niet systematisch onderzocht.

Sinds 2009 houdt de Monitor Drugs Incidenten (MDI) van het Trimbos-instituut actuele gegevens bij over de aard en omvang van drugsgerelateerde gezondheidsincidenten in Nederland (Vogels en Croes, 2012). In 2011 werden de incidenten gemeld vanuit afdelingen spoedeisende hulp van (stads)ziekenhuizen, ambulancediensten en politieartsen in acht regio's van Nederland: Amsterdam, Ede/Arnhem, Eindhoven, Enschede, Groningen, Nijmegen, Purmerend en Rotterdam. Ook nemen enkele organisaties die de EHBO-post verzorgen op grootschalige evenementen deel aan de monitor. Vanwege wijzigingen in dekkingsgraad per registratiejaar kunnen trends vooralsnog beperkt worden vastgesteld.

- In 2011 werden in totaal 3 652 drugsincidenten gemeld. Bij 1 039 meldingen was cannabis betrokken; hiervan was in 895 gevallen cannabis als enige drug gemeld (met of zonder alcohol).
- Vanwege verschillen tussen de medische diensten worden gegevens in tabel 2.8 uitgesplitst naar type dienst voor alle gevallen over 2009-2011. In deze periode werden in totaal 9 029 unieke drugsincidenten gemeld.
  - Het aandeel incidenten met cannabis als enige drug is verreweg het hoogst bij de ziekenhuizen en de ambulancediensten (respectievelijk 48% en 38% van het totaal aantal incidenten binnen deze diensten).
  - Bij alle medische diensten is in meer of mindere mate tussen 2009 en 2011 een afname te zien van het aandeel incidenten met cannabis. Deze afname is het grootst in de regio Amsterdam, waar het aandeel cannabisincidenten ook het grootst is van alle regio's (afname in Amsterdam van 50% in 2009 naar 40% in 2011). Opvallend is hier het aandeel toeristen met een incident onder invloed van cannabis (of spacecake).
  - Alle incidenten zijn ingedeeld in een lichte, matige of ernstige mate van intoxicatie. De intoxicaties onder invloed van cannabis als enige drug zijn overwegend van lichte aard. Er zijn geen duidelijke verschuivingen opgetreden in de mate van intoxicatie over de jaren.
- Bij de incidenten met cannabis kwam combinatiegebruik met een andere drug minder vaak voor dan bij incidenten met andere middelen.
  - Van alle incidenten waarbij cannabis betrokken is, is in de helft van de gevallen alleen cannabis genomen.
  - Bij ruim een derde van het totaal is ook alcohol gebruikt, in zeven procent van de gevallen is naast cannabis nog een andere drug gebruikt en in zeven procent van de gevallen is er naast cannabis zowel alcohol als een andere drug gebruikt.



**Tabel 2.8 Incidenten met cannabis als enige drug geregistreerd door de Monitor Drugs Incidenten (MDI). Peiljaren 2009-2011**

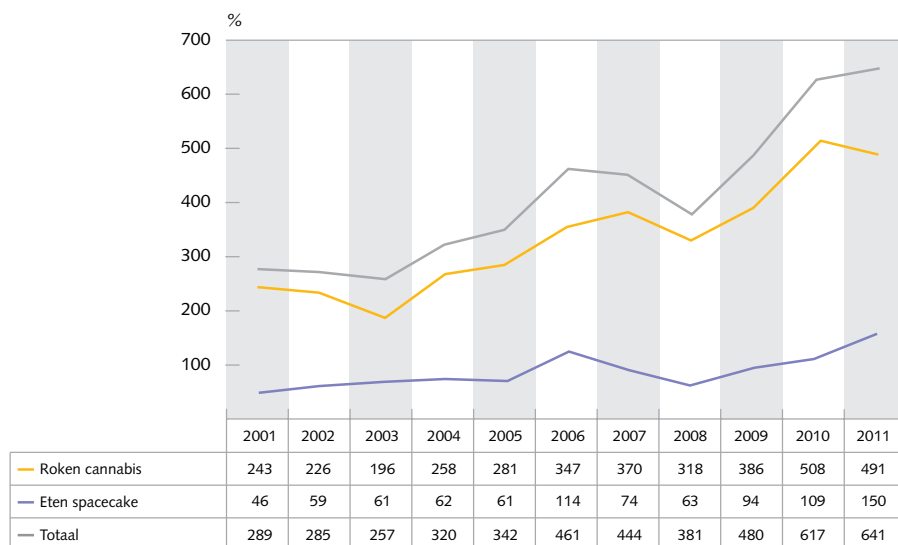
|   | Ambulances     | Ziekenhuizen | Politieartsen | EHBO        | Totaal         |
|---|----------------|--------------|---------------|-------------|----------------|
| Aantal incidenten<br>(% van het totaal) | 1 648<br>(38%) | 595<br>(48%) | 136<br>(22%)  | 215<br>(8%) | 2 594<br>(29%) |
| Man                                     | 70%            | 72%          | 85%           | 64%         | 71%            |
| Leeftijd (mediaan)                      | 27             | 25           | 26            | 24          | 26             |
| Mate van intoxicatie*                   |                |              |               |             |                |
| - Licht <sup>I</sup>                    | 68%            | 70%          | 38%           | 93%         | 69%            |
| - Matig <sup>II</sup>                   | 27%            | 22%          | 46%           | 6%          | 25%            |
| - Ernstig <sup>III</sup>                | 5%             | 8%           | 45%           | 1%          | 6%             |
| Combinatie met alcohol                  | 33%            | 46%          | 79%           | 77%         | 42%            |

\*Percentages berekend op de bekende aantallen (valide percentages). I. Licht: goed aanspreekbaar, gebruik merkbaar. II. Matig: onvoldoende aanspreekbaar, wel duidelijk onder invloed. III. Ernstig: niet aanspreekbaar, eventueel in combinatie met: (sub)comateus, geagiteerd/agressief, gestoorde vitale parameters (zoals hartslag, bloeddruk en ademhalingsfrequentie). Bron: Monitor Drugs Incidenten (MDI), Trimbos-instituut (Vogels en Croes, 2012).

De Centrale Post Ambulancevervoer (CPA) van de GGD Amsterdam neemt deel aan de Monitor Drugs Incidenten (MDI), maar registreert al sinds langere tijd het aantal aanvragen voor spoedeisende hulp wegens drugsgebruik in Amsterdam en omgeving.

- Het aantal aanvragen vanwege cannabisgebruik vertoont een stijgende lijn (figuur 2.9).
- In 2011 speelde in 641 gevallen de consumptie van cannabis een rol. Bijna een kwart (23%) van incidenten betrof het eten van 'spacecake'.
- In 2011 was in een op de drie (34%) gevallen vervoer naar het ziekenhuis nodig (41% in 2009, 39% in 2010). De rest van de gevallen kon ter plekke worden behandeld.
- In 2011 was het aandeel mensen van buiten Nederland (toeristen) hoger (66%) dan in 2009 (58%) en in 2010 (57%).
- De stijging in de afgelopen jaren zou (deels) kunnen samenhangen met de gesignaleerde toename in 2009-2011 van het aantal buitenlandse toeristen in Amsterdam (<http://amsterdam.toeristischebarometer.nl>). Anderzijds is er een algehele toename waarneembaar in het aantal geregistreerde aanvragen voor hulp vanwege een drugsincident, van 982 gevallen in 2009 naar 1 437 gevallen in 2011. Relatief gezien nam het aandeel cannabis niet toe (49% in 2009, 52% in 2010, 45% van alle drugsincidenten in 2011). Mogelijk spelen andere factoren ook een rol, zoals toegenomen alertheid bij ambulancemedewerkers bij het uitvragen van middelengebruik.

**Figuur 2.9 Cannabisincidenten geregistreerd door de Centrale Post Ambulancevervoer van de GGD Amsterdam, vanaf 2001**



Aantal incidenten per jaar. Bron: CPA, GGD Amsterdam.

Het Nationaal Vergiftigingen Informatiecentrum (NVIC) van het RIVM registreert de informatieverzoeken van artsen, apothekers en overheidsinstellingen, onder andere vanwege cannabisgebruik (tabel 2.9).

- In het aantal informatieverzoeken voor cannabis deden zich tussen 2001 en 2011 'pieken' voor in 2005 en 2009 en 2011 (Van Velzen et al., 2012).
- Deze cijfers geven geen zicht op het absolute aantal intoxicaties want artsen hebben geen meldingsplicht voor intoxicaties. Bovendien zijn artsen vertrouwd met cannabis en de verschijnselen bij overdoseringen, hierdoor zullen zij niet bij alle gevallen van cannabisintoxicatie het NVIC raadplegen en zal het werkelijke aantal cannabisvergiftigingen in Nederland hoger zijn.

**Tabel 2.9 Informatieverzoeken vanwege cannabisgebruik bij het Nationaal Vergiftigingen Informatiecentrum (NVIC), vanaf 2001**

| 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 129  | 141  | 144  | 191  | 202  | 186  | 178  | 168  | 204  | 142  | 211  |

Aantal informatieverzoeken per jaar gemeld via de 24-uurs telefoonlijn van het NVIC. Meldingen via de website [www.vergiftigingen.info](http://www.vergiftigingen.info) (online sinds april 2007) zijn voor het eerst in 2008 meegeteld. Bron: NVIC, RIVM (Van Velzen et al., 2011).

## 2.7 Ziekte en sterfte

### Ziekte

Cannabisgebruik wordt in verband gebracht met psychische problemen.

- Er is toenemend bewijs dat cannabisgebruik het risico van een latere psychotische stoornis vergroot (Niesink & Van Laar, 2012).
- Het risico neemt toe met de frequentie van het cannabisgebruik en is vermoedelijk groter naarmate er op jongere leeftijd wordt gestart met gebruik.
- Personen met een voorgeschiedenis van psychotische symptomen lopen een groter risico op het krijgen van een psychose na cannabisgebruik dan mensen zonder deze voorgeschiedenis.
- Mogelijk spelen genetische factoren hierbij een rol (Caspi et al., 2005; Estrada et al., 2011).
- Van alle nieuwe jaarlijkse gevallen van psychotische stoornissen is tussen zes en tien procent toe te schrijven aan cannabisgebruik.
- Cannabisgebruik is ook in verband gebracht met het ontstaan van andere psychische problemen, zoals angststoornissen en depressie, maar de resultaten uit onderzoek geven een minder consistent beeld (Moore et al., 2007; Niesink & Van Laar, 2012).
- Gebruikers kunnen afhankelijk worden van cannabis, vooral bij frequent gebruik en een vroege startleeftijd. Vaak zijn ook andere persoons- en omgevingsfactoren in het spel.
- In nederwiet zit in tegenstelling tot geïmporteerde hasj vrijwel geen cannabidiol (CBD). Deze stof gaat sommige ongewenste psychische effecten van THC, zoals psychotische symptomen en angst, tegen. Dat betekent mogelijk dat gebruik van hasj minder schadelijk is dan gebruik van nederwiet maar nader onderzoek zal dit moeten uitwijzen (zie ook § 2.8).

Chronisch en zwaar gebruik van cannabis is ook geassocieerd met andere gezondheidsrisico's.

- Zwaar chronisch cannabisgebruik verhoogt waarschijnlijk het risico op luchtwegklachten en longkanker. Dit komt omdat in cannabisrook schadelijke ontledings- en verbrandingsproducten voorkomen. Bovendien leidt de wijze van roken van een joint (diep inhaleren, lang vasthouden) tot een grotere opname van deze stoffen in de luchtwegen dan bij het roken van een sigaret.
  - Een verhoogde infectiekans lijkt echter alleen aan de orde te zijn bij blowers met een al slecht functionerend immuunsysteem.
  - In Nederland wordt cannabis doorgaans vermengd met tabak gebruikt. Tabaksrook veroorzaakt dezelfde klachten van de luchtwegen.
  - Aangezien de meeste cannabisrokers hun gebruik na verloop van tijd echter staken en daardoor de hoeveelheid schadelijke stof die zij binnen krijgen beperken, vergeleken met het vaak langdurige tabaksgebruik, zal naar verwachting de bijdrage van het roken van cannabis op de incidentie van kanker beperkt blijven.
- Tot nu toe is niet aangetoond dat cannabisgebruik tijdens de zwangerschap ernstige aangeboren afwijkingen veroorzaakt. Voor zover er afwijkingen gevonden zijn gaat het om subtiele effecten op de cognitieve ontwikkeling van het kind op latere leeftijd.

- Epidemiologische studies hebben tot nu toe geen aanwijzing gegeven voor een blijvend verhoogd risico van cannabisgebruik op hart- en vaatziekten. Kort na het roken van cannabis wordt een verhoogd risico op een hartinfarct gevonden, maar daarbij kunnen ook andere factoren een rol spelen, zoals tabakgebruik en vetzucht. Mensen met een bestaande hart en vaatziekte behoren wel tot een risicogroep (CAM, 2008).
- Aanwijzingen voor nadelige effecten op de hersenen worden alleen gevonden in associatie met extreem zwaar en langdurig cannabisgebruik, maar onduidelijk is in hoeverre deze na verloop van tijd weer 'herstellen'. Mogelijk zijn jongeren gevoeliger voor deze effecten dan volwassenen.

De rol van de relatief hoge concentratie van THC in nederwiet bij het optreden van acute en chronische (gezondheids)problemen is niet duidelijk.

- Het RIVM verrichtte in 2005 onderzoek naar de acute effecten van sterke cannabis (joints met 33, 51 en 70 mg THC). De resultaten lieten een toename van de hartslag, daling van de bloeddruk en afname van cognitieve functies en motoriek zien. De effecten waren sterker naarmate de dosis THC hoger was (Mensinga et al., 2006). Gezonde jonge mensen kunnen deze effecten doorgaans zonder complicaties voor de gezondheid verdragen. Mensen met een hart- of vaatziekte lopen een risico.
- Cannabisgebruik heeft ook een dosis-afhankelijk negatief effect op de rijvaardigheid.
- Mogelijk zijn de risico's op een psychose groter bij gebruik van cannabis met een hoog THC-gehalte en laag cannabidiol gehalte, maar het onderzoek hiernaar is nog beperkt (Di Forti et al., 2009; Niesink & Van Laar, 2012).
- Het gebruik van cannabis met een hoger THC-gehalte leidt niet automatisch tot meer acute en lange termijn gevolgen. Dit hangt ook af van de hoeveelheid cannabis die iemand gebruikt en uiteindelijk binnenkrijgt.

## **Sterfte**

De giftigheid van cannabis is gering. Het merendeel van de intoxicaties met cannabis kent een mild verloop. Ernstig verlopende intoxicaties treden soms op na inname van grote hoeveelheden cannabis (CAM, 2008).

- De afgelopen twintig jaar stond directe sterfte door inname van cannabis vrijwel niet genoteerd op de doodsoorzakenformulieren bij het CBS.
- Ook uit andere landen zijn geen directe sterfgevallen bekend die alleen aan cannabis te wijten zijn.

## 2.8 Aanbod en markt

### Coffeeshops en overige verkooppunten

- Eind 2009 telde Nederland 666 officieel gedoogde coffeeshops, waarvan ongeveer de helft (53%) in steden met meer dan 200 duizend inwoners (Bieleman et al., 2010a; Bieleman, 2011). Gegevens van het CBS die via een andere onderzoeksmethode zijn verzameld, laten iets lagere cijfers zien voor 2010 (659) en 2011 (640) (CBS, 2011).
- In 2009 had 77 procent van de gemeenten géén coffeeshop.
- Binnen de landelijke kaders kunnen gemeenten zelf hun beleid bepalen rondom de vestiging van coffeeshops. In 2009 gedoogden 105 van de 441 gemeenten (24%) de aanwezigheid van coffeeshops. In vier van deze 105 gemeenten was (desondanks) geen coffeeshop gevestigd. Ruim twee derde van de gemeenten voerde een 'nulbeleid', bijna een kwart (23%) voerde een maximumbeleid en zeven procent gaf aan geen formeel beleid te voeren.
- Het Bongier Instituut voor Criminologie van de Universiteit van Amsterdam heeft onderzocht welke factoren hebben bepaald hoeveel coffeeshops er waren in 2007 in een gemeente in Nederland (Wouters et al., 2010a). Het bleek dat het aantal coffeeshops in een gemeente niet alleen werd bepaald door de behoefte aan cannabis op grond van het aantal inwoners. Het aantal coffeeshops werd nog meer bepaald door de politieke samenstelling van het college van burgemeester en wethouders in de betreffende gemeente.
- Vanaf 2000 daalt het aantal coffeeshops in Nederland gestaag (Bieleman et al., 2010a). Tussen 2000 en 2009 daalde het aantal coffeeshops met achttien procent. Tussen 2008 en 2009 vond er nog een daling plaats met vijf procent (tabel 2.10).
- De daling van 2008 naar 2009 wordt grotendeels verklaard door de sluiting van achttien coffeeshops in Rotterdam, omdat deze niet voldeden aan het (nieuwe) afstandscriterium ten opzichte van scholen. Ook zijn in Bergen op Zoom en Roosendaal (alle) acht coffeeshops gesloten, vanwege het in 2009 ingevoerde nulbeleid. In andere gemeenten zijn coffeeshops gesloten doordat er een uitsterfbeleid wordt gevoerd, of omdat coffeeshops de gedoogregels hebben overtreden.
- Onderzoek in Rotterdam suggereert dat de sluiting op 1 juni 2009 van 16 van de 61 gedoogde coffeeshops op korte termijn geen invloed had op de wijze waarop minderjarige jongeren aan cannabis komen (geen toename verkoop via illegale verkooppunten, m.n. dealers) en het gebruik van cannabis onder jongeren (Bieleman et al., 2010).

Tabel 2.10 Aantal coffeeshops in Nederland naar inwonertal gemeenten, vanaf 2000

| Gemeenten naar aantal inwoners | 2000 | 2001 | 2002 | 2003             | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|--------------------------------|------|------|------|------------------|------|------|------|------|------|------|
| < 20 000                       | 13   | 11   | 12   | 12               | 10   | 10   | 10   | 10   | 8    | 8    |
| 20 - 50 000                    | 81   | 86   | 79   | 73               | 77   | 75   | 71   | 71   | 72   | 68   |
| 50 - 100 000                   | 109  | 112  | 106  | 104              | 101  | 103  | 105  | 105  | 100  | 91   |
| 100 - 200 000                  | 184  | 183  | 174  | 168              | 166  | 161  | 148  | 143  | 148  | 148  |
| > 200 000                      | 426  | 413  | 411  | 394              | 383  | 380  | 385  | 373  | 372  | 351  |
| - Amsterdam                    | 283  | 280  | 270  | 258              | 249  | 246  | 238  | 229  | 228  | 225  |
| - Rotterdam                    | 63   | 61   | 62   | 62               | 62   | 62   | 62   | 62   | 62   | 44   |
| - Den Haag                     | 62   | 55   | 46   | 41               | 40   | 40   | 40   | 40   | 40   | 40   |
| - Utrecht                      | 18   | 17   | 18   | 18               | 17   | 17   | 17   | 14   | 14   | 14   |
| - Eindhoven                    | 16   | 16   | 15   | 15               | 15   | 15   | 15   | 15   | 15   | 15   |
| - Tilburg <sup>II</sup>        |      |      |      |                  |      |      | 13   | 13   | 13   | 13   |
| Totaal                         | 813  | 805  | 782  | 754 <sup>I</sup> | 737  | 729  | 719  | 702  | 700  | 666  |

I. In 2003 werden drie coffeeshops niet ingedeeld naar gemeentegrootte. II. Tussen 2005 en 2006 is het aantal inwoners van Tilburg gegroeid tot boven de 200 000, waardoor Tilburg pas vanaf 2006 tot de gemeenten behoort met meer dan 200 000 inwoners. Bron: Monitor coffeeshopbeleid Nederland, IntraVal (Bieleman et al., 2010a; Bieleman, 2011).

- Cannabis is ook beschikbaar via illegale verkooppunten, zoals thuisdealers, straatdealers, 'onder-de-toonbank' dealers in horecagelegenheden, en via thuisbezorging na telefonische bestellingen (06-dealers). Recente cijfers over de omvang van deze markt zijn niet beschikbaar. Volgens een wat oudere schatting uit 2003/2004 werd in gemeenten met officieel gedoogde coffeeshops naar schatting 70 procent van de lokale cannabis direct in de coffeeshop gekocht (Korf et al., 2005). Landelijk (exclusief grote steden en gemeenten zonder coffeeshops) waren er naar schatting enkele duizenden niet-gedoogde cannabisaanbieders. Daarbij ging het zowel om vaste verkooppunten, zoals thuisdealers en zogenaamde "mobiele verkooppunten" zoals straatdealers. Deze verkooppunten namen naar schatting 30 procent van de lokale verkoop voor hun rekening.
- Onbekend of het aantal niet-gedoogde verkooppunten van cannabis de laatste jaren is veranderd.
- Vanaf januari 2012 zijn naast de bestaande AHOJ-G criteria (zie afkortingenlijst), twee aanvullende criteria voor coffeeshops opgenomen in de Aanwijzing Opiumwet van het Openbaar Ministerie.
  - Criterium B: een besloten club. Dit houdt in dat uitsluitend toegang kan worden verleend en verkocht mag worden aan leden van de coffeeshop, waarbij bepaald is dat de coffeeshop in één kalenderjaar maximaal 2 000 lidmaatschappen mag uitgeven en dit documenteert in de vorm van een controleerbare ledenlijst. Een coffeeshop heeft maximaal 2 000 leden. Het lidmaatschap is beperkt tot één coffeeshop.

- Criterium I: géén lidmaatschap voor de coffeeshop voor anderen dan ingezetenen van Nederland van achttien jaar of ouder. De leden van de coffeeshop moeten ingeschreven staan in de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA) van een Nederlandse gemeente.
- Voor coffeeshops in de provincies Limburg, Noord-Brabant en Zeeland worden de aanvullende criteria B en I per 1 mei 2012 daadwerkelijk gehandhaafd. Per 1 januari 2013 zal dit het geval zijn in heel Nederland. Dan gaat ook het maximum aantal leden overal gelden.
- Een evaluatie van de invoering van deze criteria zal zich ook richten op een mogelijke verplaatsing van de gedoogde verkoop van cannabis in coffeeshops naar illegale verkooppunten.

### **Kwaliteit en prijs**

Het Trimbos-instituut verzamelt informatie over de sterkte van cannabis, dat wil zeggen de concentratie van werkzame bestanddelen, vooral THC (tetrahydrocannabinol). Sinds 2000 worden geregeld monsters van verschillende cannabismonsters aangekocht en chemisch geanalyseerd (Rigter en Niesink, 2011).

- In alle peilingen bevatte de Nederlandse wiet gemiddeld meer THC dan wiet die werd geïmporteerd. Er was geen verschil in THC-gehalte tussen wiet die door coffeeshophouders werd aangemerkt als meest populair (i.e. meest verkocht) en wiet die als 'sterkste' werd beschouwd (17,8% en 17,9%). Nederwiet is ongeveer even sterk als de geïmporteerde hasj, afgezien van de dip in hasj in 2011.
- Het percentage THC in geïmporteerde hasj schommelt in de afgelopen jaren tussen zestien en negentien procent, met een 'dip' in 2007 (13%) en 2011 (14%).
- Figuur 2.10 laat zien dat het gemiddelde THC-gehalte in nederwietmonsters tussen 2000 en 2004 is verdubbeld van 9 naar 20 procent. Tussen 2005 en 2011 schommelde het gehalte tussen 15 en 18 procent. De overgang in 2010 naar een ander laboratorium voor de analyse van de cannabismonsters heeft vermoedelijk een gering effect gehad op de trend, maar een invloed kan niet worden uitgesloten (Rigter en Niesink, 2010).
- Het percentage THC in geïmporteerde wiet schommelde in de afgelopen jaren rond de zeven procent.
- In 2011 bevatte 72 procent van de nederwietmonsters (meest populair en sterkste) en 43 procent van de geïmporteerde hasj meer dan 15 procent THC, de limiet van het THC-gehalte die door het kabinet is voorgesteld voor de gedoogde verkoop in coffeeshops. In 2010 waren dit respectievelijk 81 procent (nederwiet) en 73 procent (geïmporteerde hasj). Voor buitenlandse wiet was het maximaal gemeten gehalte 12 procent in 2011 en 10 procent in 2010.

Ook de concentratie van een ander bestanddeel van cannabis, cannabidiol (CBD), wordt jaarlijks gemeten (Rigter en Niesink, 2011).

- In 2011 bevatte nederwiet, evenals geïmporteerde wiet, gemiddeld 0,3 procent CBD. Het CBD gehalte in geïmporteerde hasj was hoger: 6,7 procent.
- Er zijn recente aanwijzingen dat cannabidiol sommige effecten van THC tegen gaat,

zoals acute psychotische symptomen, angst, verslechtering van het geheugen en belonende effecten (Niesink en Van Laar, 2012).

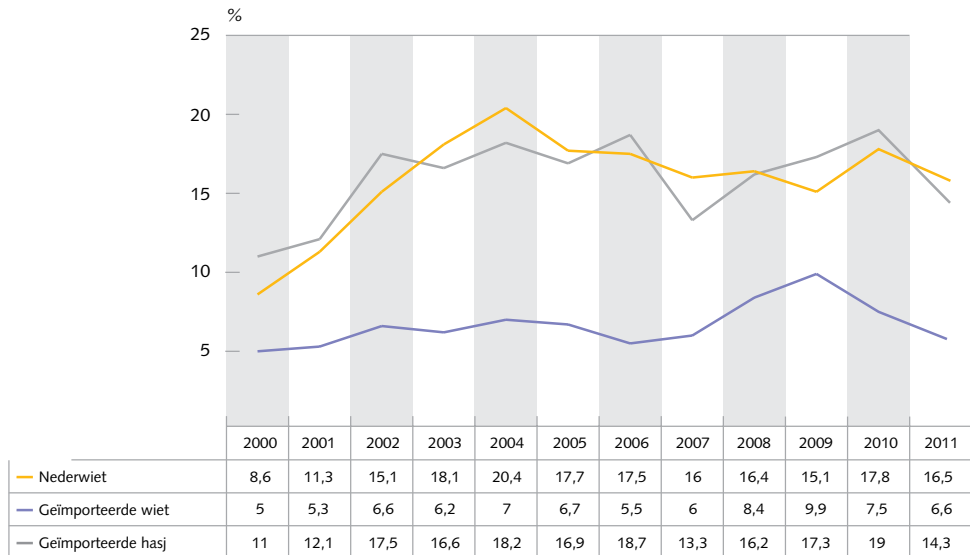
- Vooral de verhouding tussen THC en CBD lijkt belangrijk te zijn. De nederwiet bevat relatief veel THC en weinig CBD. Voor buitenlandse hasj is deze verhouding 'gunstiger'.
- Er is nog onvoldoende epidemiologisch onderzoek waarin is nagegaan of de consumptie van cannabis met hoge of lage CBD gehalten is geassocieerd met verschillen in gezondheidsrisico's.

In 2007 is nader onderzoek verricht naar de kwaliteit van nederwiet (Niesink et al., 2007; Van Amsterdam et al., 2007). Aanleiding waren signalen dat nederwiet in toenemende mate versneden wordt met stoffen, zoals glaspareltjes, zand, lood, of vloeistoffen om de wiet een beter uiterlijk te geven (glanzender) en om het gewicht ervan kunstmatig te verhogen.

- Microscopisch onderzoek naar 100 wietmonsters uit coffeeshops toonde vrijwel geen versnijdingen aan met zand of glaspareltjes.
- In enkele andere monsters, die bij het DIMS werden aangeleverd en als 'verdacht' werden aangemerkt maar niet via de coffeeshops werden verkregen, zijn glaspoeder en kalk aangetroffen.
- Over de aanwezigheid van andere stoffen in nederwiet, zoals pesticiden en groei- en bloeistimulators, en de mate waarin deze schadelijk zijn voor de gezondheid van de cannabisgebruiker, is weinig bekend.
- De politie treft wel geregeld pesticiden aan bij opgerolde cannabiskwekerijen. In 2011 zijn monsters van illegale cannabiskwekerijen en een beperkt aantal monsters uit coffeeshops onderzocht. De resultaten van chemische analyses suggereren dat pesticiden desondanks niet op grote schaal worden gebruikt bij de productie van cannabis (Van Amsterdam et al., 2012). In dit onderzoek was het echter niet mogelijk de monsters te analyseren op alle relevante pesticiden.



**Figuur 2.10 Gemiddeld percentage THC in cannabisproducten, vanaf 2000**



*De percentages hebben betrekking op monsters die in december/januari zijn verzameld. De jaartallen verwijzen naar het jaar waarin in de maand januari monsters werden verzameld. Voor nederwiet zijn de gemiddelde percentages weergegeven voor de monsters die als 'meest populair' zijn aangeschaft. De overgang in 2010 naar een ander laboratorium voor analyses van de monsters heeft mogelijk de trend beïnvloed.*

*Bron: DIMS, Trimbos-instituut.*

Tabel 2.11 geeft de gemiddelde prijzen van een gram cannabis aangeschaft in coffeeshops.

- De gemiddelde prijs van een gram nederwiet (meest populaire variant) steeg van 6,2 euro in 2006 naar 8,1 euro in 2009 en bleef in 2010 en 2011 op hetzelfde niveau (8,3 euro in 2011). De prijsstijging was groter voor nederwiet die als 'meest sterk' werden gekwalificeerd: van 7,0 euro in 2006 tot 10,5 euro in 2009 met een stabiliseerde in 2010 en 2011 (respectievelijk 10,1 en 10,9 euro per gram).
- Mogelijk hingen prijsstijgingen samen met de intensivering van de bestrijding van (grootschalige) wietteelt.
- Voor geïmporteerde hasj is er een geleidelijke prijsstijging van 6,6 euro per gram in 2004 naar 9,1 euro per gram in 2010, met een daling naar 7,8 euro in 2011. De prijs van een gram geïmporteerde wiet schommelt al jaren tussen de vier en vijf euro.
- In Amsterdam ligt de prijs per gram nederwiet hoger dan elders in het land. Voor andere cannabisvarianten is er geen prijsverschil.
- In het algemeen geldt dat hoe sterker (meer THC) de cannabis hoe meer een consument per gram moet betalen.

**Tabel 2.11 Gemiddelde prijs (€) per gram cannabisproduct in coffeeshops, vanaf 2002**

| Cannabisproduct        | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Nederwiet <sup>1</sup> | 6,10 | 6,45 | 5,97 | 6,22 | 6,20 | 7,30 | 7,67 | 8,12 | 8,13 | 8,30 |
| Geïmporteerde wiet     | 4,16 | 4,32 | 4,86 | 4,11 | 4,40 | 4,30 | 5,16 | 4,88 | 4,57 | 4,24 |
| Geïmporteerde hasj     | 7,14 | 7,56 | 6,60 | 6,78 | 7,30 | 7,70 | 8,09 | 8,70 | 9,07 | 7,79 |

*1. Meest populaire variant. De prijzen hebben betrekking op monsters die in december/januari zijn verzameld.*

*De jaartallen verwijzen naar het jaar waarin de maand januari valt. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.*

## 3 Cocaïne

Cocaïne werkt stimulerend. Veel gebruikers van cocaïne weten deze drug in hun leven in te passen zonder in problemen te komen. Zij consumeren cocaïne voor recreatieve doeleinden. Toch kan de drug leiden tot verslaving.

Cocaïne kan in verschillende vormen worden toegediend (Boekhout van Solinge, 2001). De zoutvorm van cocaïne (cocaïnehydrochloride; poeder) wordt in Nederland meestal gesnoven, zelden geïnjecteerd. Een enkele keer wordt cocaïnepoeder in een sigaret gerookt. Onder probleemgebruikers van harddrugs is vooral de basevorm van cocaïne populair. Deze vorm van cocaïne wordt "basecoke", "freebase", of "gekookte coke" genoemd. Basecoke wordt verkregen na het verhitten ('koken') van een oplossing van cocaïnepoeder en een basisch middel, zoals natriumbicarbonaat of ammonia. Basecoke wordt gerookt in een pijpje of geïnhaald van aluminiumfolie. Beide gebruikswijzen noemen wij hier roken, tenzij anders vermeld. De internationaal gangbare benaming voor basecoke is "crack". Crack heeft zijn naam te danken aan het knetterend geluid dat tijdens de verhitting ontstaat. In de jaren tachtig maakten de gebruikers zelf de basecoke. Tegenwoordig wordt basecoke veelal kant-en-klaar op straat verkocht.

Onderstaande gegevens gelden voor alle vormen van cocaïne samen, tenzij anders aangegeven.

### 3.1 Laatste feiten en trends

De belangrijkste feiten en trends over cocaïne in dit hoofdstuk zijn:

- In 2009 lag het percentage ooit-, recente en actuele cocaïnegebruikers in de algemene bevolking hoger dan in 2005. Dit kan samenhangen met een wijziging in onderzoeksmethode (§ 3.2).
- Onder de schoolgaande jongeren van 12-18 jaar in het regulier onderwijs is het oitgebruik van cocaïne tussen 1996 en 2007 gedaald en in 2011 stabiel gebleven. Het actuele gebruik bleef deze gehele periode op het zelfde niveau (§ 3.2).
- Cocaïne is na ecstasy de meest populaire harddrug onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen (§ 3.2).
- De prevalentie van recent cocaïnegebruik in de algemene bevolking ligt in Nederland rond het Europese gemiddelde (§ 3.5).
- Na een stabilisering van het aantal cocaïnecliënten bij de verslavingszorg tussen 2004 en 2009 is in 2010 een lichte daling waarneembaar. Voor ruim de helft van de cliënten is roken (van 'crack') de gebruikswijze. Het aandeel jonge cocaïnecliënten van 15-29 jaar is gedaald van 40 procent in 2002 naar 27 procent in 2010 (§ 3.6).
- In 2010 is het aantal klinische opnames in algemene ziekenhuizen vanwege cocaïnemis-

bruik en -afhankelijkheid als nevendiagnose verder gestegen; het aantal opnames met cocaïneproblematiek als hoofddiagnose blijft beperkt (§ 3.6).

- Het aantal geregistreerde acute sterfgevallen wegens cocaïnegebruik blijft relatief laag en is in 2010 iets gedaald (§ 3.7).
- De meeste cocaïnepoeders van consumenten bevatten de laatste jaren (ook) geneesmiddelen, vooral levamisol (§ 3.8).
- Over de jaren is het gemiddelde gehalte cocaïne in cocaïnepoeders licht gedaald. De prijs is tussen 2010 en 2011 gestegen (§ 3.8).

## 3.2 Gebruik: algemene bevolking

In 1997, 2001, 2005 en 2009 vonden peilingen plaats van het Nationaal Prevalentie Onderzoek (NPO, Rodenburg et al., 2007; Van Rooij et al., 2011). De methode van gegevensverzameling verschilde in 2009 van die in de eerdere peilingen. In 1997, 2001 en 2005 zijn gegevens over drugsgebruik verzameld in een persoonlijk interview met respondenten, waar bij de onderzoeker de antwoorden op een laptop invoerde. In 2009 vulde de respondent zelf direct de antwoorden op de vragen in, zonder dat de interviewer meekeek. Er zijn aanwijzingen dat meer anonieme en privacybeschermende methoden, zoals toegepast in 2009, leiden tot hogere prevalenties van gebruik (persoonlijke communicatie CBS; EMCDDA, 2002).

- Tussen 2001 en 2005 steeg het aantal Nederlanders van 15 tot en met 64 jaar dat ervaring heeft met cocaïne (tabel 3.1). (Rodenburg et al., 2007). In 2009 werd er een hoger percentage ooitgebruik van cocaïne gevonden dan in 2005, maar dat kan het gevolg zijn geweest van de nieuwe onderzoeksmethode.
- Tussen 1997, 2001 en 2005 werden geen statistisch significante verschillen gevonden in de percentages recent en actueel gebruik. De hogere percentages in 2009 ten opzichte van 2005 kunnen eveneens het gevolg zijn geweest van de nieuwe onderzoeksmethode.
- In absolute getallen telde Nederland in 2009 naar schatting 55 duizend actuele cocaïnegebruikers. Deze cijfers zijn vrijwel zeker een onderschatting, omdat probleemgebruikers van harddrugs in bevolkingsonderzoek zoals het NPO ondervertegenwoordigd zijn.
- De jaarlijkse aanwas van mensen die voor het eerst cocaïne gebruiken is gedaald van 0,4 procent in 2001 naar 0,1 procent in 2005. In 2009 werd weer een percentage gevonden van 0,4 procent.

**Tabel 3.1 Gebruik van cocaïne in Nederland onder mensen van 15 tot en met 64 jaar. Peiljaren 1997, 2001, 2005 en 2009<sup>III</sup>**

|  | 1997      | 2001      | 2005      | Trendbreuk <sup>III</sup> | 2009 <sup>III</sup> |
|--|-----------|-----------|-----------|---------------------------|---------------------|
| Ooitgebruik  | 2,6%      | 2,1%      | 3,4%      | ...                       | 5,2%                |
| Recent gebruik <sup>I</sup>                                | 0,7%      | 0,7%      | 0,6%      | ...                       | 1,2%                |
| Actueel gebruik <sup>II</sup>                              | 0,3%      | 0,1%      | 0,3%      | ...                       | 0,5%                |
| Heeft voor het eerst in het afgelopen jaar gebruikt        | 0,3%      | 0,4%      | 0,1%      | ...                       | 0,4%                |
| Gemiddelde leeftijd van de recente <sup>I</sup> gebruikers | 27,7 jaar | 26,7 jaar | 31,9 jaar | ...                       | -                   |

Aantal respondenten: 17 590 (1997), 2 312 (2001), 4 516 (2005), 5 769 (2009). ... = Trendbreuk. I. In het afgelopen jaar. II. In de afgelopen maand. III. In 2009 is de onderzoeksmethode gewijzigd (zie tekst). Deze wijziging kan van invloed zijn geweest op de uitkomsten. Bron: NPO, CBS/IVO (Van Rooij et al., 2011).

### Leeftijd, geslacht en stedelijkheid

- Het ooitgebruik van cocaïne kwam in 2009 meer voor onder mannen (7,8%) dan onder vrouwen (2,5%). Ook kwam in 2009 het ooitgebruik van cocaïne meer voor in de leeftijdsgroep 24-44 jaar (8,0%) dan in de leeftijdsgroepen 15-24 jaar (4,8%) en 45-64 jaar (2,5%).
- Ook hebben mensen in de grote steden vaker ervaring met cocaïne. In 2009 had 8,9 procent van de bevolking in zeer sterk stedelijke gebieden ooit cocaïne gebruikt. In de niet-stedelijke gebieden lag dit percentage op 3,9 procent.
- Recent gebruik van cocaïne kwam in 2009 eveneens meer voor onder mannen dan vrouwen (1,8% versus 0,5%) en was het hoogst onder 15-24-jarigen (2,4%), gevolgd door leeftijdsgroep 15-44 jaar (1,5%). Recent gebruik komt naar verhouding weinig voor onder 45-64 jarigen (0,2%).
- Recent gebruik is hoger in zeer stedelijke gebieden (2,0%) vergeleken met weinig stedelijk (0,5%) en niet-stedelijke (0,7%) gebieden.
- De aantallen actuele gebruikers zijn te klein voor een verdere uitsplitsing naar leeftijd, geslacht en stedelijkheid.
- Tussen 2001 en 2005 steeg de gemiddelde leeftijd van de recente gebruikers.
- De startleeftijd is de leeftijd waarop iemand voor het eerst een middel heeft gebruikt (zie ook bijlage A: startleeftijd). Onder de ooitgebruikers van cocaïne lag in 2005 in de leeftijdsgroep van 15 tot en met 24 jaar de startleeftijd op gemiddeld 17,6 jaar. In de leeftijdsgroep van 15 tot en met 64 jaar lag de startleeftijd op gemiddeld 23,1 jaar.

### Speciale groepen

Het gebruik van (onder andere) cocaïne komt vrij veel voor onder dakloze volwassenen (zie ook § 3.3, speciale groepen jongeren).

- In 2000 werden in Utrecht de eerste hostels geopend voor verslaafde daklozen (gemiddelde leeftijd 45 jaar) (Wolf et al., 2010). Een ruime meerderheid van

de bewoners gebruikte (bijna) dagelijks harddrugs (84%). Ruim de helft (51%) gebruikte cocaïne (bijna) dagelijks.

- Tijdens de winterkouderegeling wordt in Amsterdam, voor alle daklozen die zich aanmelden, een gratis plek gecreëerd in de nachtopvang. In de winter van 2009-2010 werd het middelengebruik onderzocht onder 105 daklozen (gemiddelde leeftijd 39 jaar) die gebruik hadden gemaakt van de winterkoudelocaties (Buster en De Wit, 2010). Cocaïne was in de afgelopen maand gebruikt door 21 procent van de daklozen.

### 3.3 Gebruik: jongeren

#### Scholieren

Vergeleken met cannabis gebruiken aanzienlijk minder leerlingen van het middelbaar onderwijs harddrugs, zoals cocaïne. Dit blijkt uit het Peilstationsonderzoek scholieren (Verdurmen et al., 2012).

- In het cocaïnegebruik onder de scholieren van het voortgezet onderwijs deed zich van 1988 tot 1996 wel een stijging voor in de percentages ooitgebruik en actueel gebruik (figuur 3.1).
- In de metingen tussen 1996 en 2007 daalde het percentage leerlingen dat ervaring had met cocaïne en bleef stabiel in 2011.
- Het percentage actuele cocaïnegebruikers blijft in de afgelopen vijftien jaar (1996-2011) op het zelfde niveau. De kleine afname tussen 1999 en 2003 is niet statistisch significant (figuur 3.1).

#### Leeftijd en geslacht

- Het gebruik van cocaïne neemt toe met de leeftijd. In 2011 had maar 0,6 procent van de 12-jarigen ervaring met cocaïne; op 16-jarige leeftijd was dat 2,4 procent. Voor actueel gebruik waren deze getallen respectievelijk 0,3% (12 jaar) en 0,6% (16 jaar).
- Meer jongens dan meisjes hebben ooit (2,2% - 1,2%) of pas nog (1,1% - 0,5%) cocaïne gebruikt.

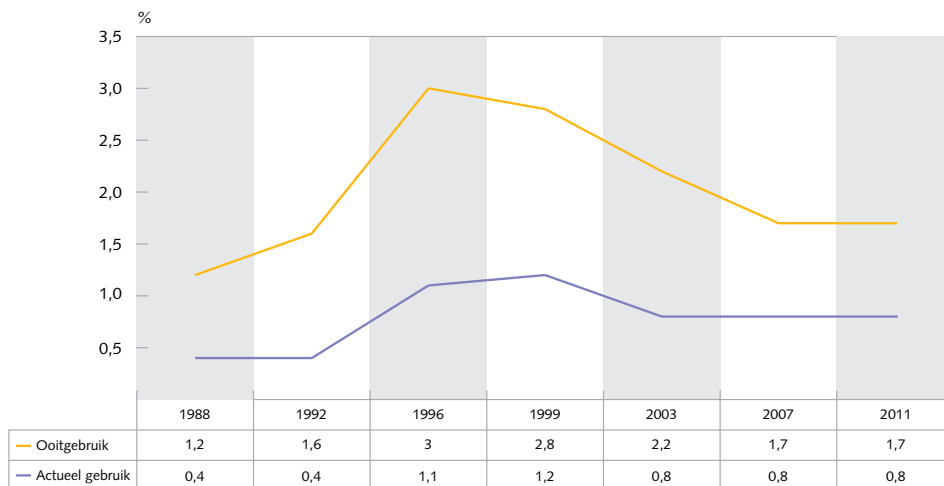
#### Schoolniveau en etnische afkomst

- Schoolniveau's kunnen alleen voor 12-16 jarige leerlingen worden vergeleken omdat niet elk schoolniveau hetzelfde aantal leerjaren heeft. Leerlingen van het VMBO-p/t hebben iets meer ervaring met cocaïne dan leerlingen van het VWO (respectievelijk 2,0% versus 0,8%), maar verschillen tussen andere schoolniveaus zijn niet statistisch significant. Het actuele gebruik verschilt niet tussen schoolniveaus.
- Er is geen sterke samenhang tussen etnische afkomst en het ooitgebruik van cocaïne.<sup>2</sup> Alleen Surinaamse leerlingen hebben iets vaker ervaring met cocaïne (4,5%) dan leerlingen van autochtoon Nederlandse afkomst (1,5%).

---

<sup>2</sup> Voor de definitie van autochtoon en allochtoon: zie bijlage A.

**Figuur 3.1 Gebruik van cocaïne onder scholieren van 12 tot en met 18 jaar, vanaf 1988**



Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand). Bron: Peilstationsonderzoek scholieren, Trimbos-instituut.

### Scholieren van het speciaal onderwijs

Tabel 3.2 laat zien dat scholieren van REC-4 scholen aanzienlijk vaker ervaring hebben met cocaïne dan hun leeftijdgenoten van andere schooltypen (Kepper et al., 2009a). Het ooitgebruik van cocaïne ligt onder deze scholieren hoger dan onder scholieren van zowel het praktijkonderwijs (pro), het leerwegondersteunend onderwijs (lwoo), als het reguliere onderwijs. Deze verschillen zijn alleen statistisch significant voor de leeftijdsgroepen 14-15 jaar en 16 jaar. Overigens maken leerlingen van de REC-4 scholen maar een tot twee procent uit van alle leerlingen in het voortgezet onderwijs (zie bijlage F).

**Tabel 3.2 Ooitgebruik van cocaïne onder scholieren van het speciaal en regulier onderwijs, naar leeftijdsgroep**

|                     | 12-13 jaar | 14-15 jaar | 16 jaar |
|---------------------|------------|------------|---------|
| Speciaal onderwijs  |            |            |         |
| REC-4 <sup>I</sup>  | 1,1%       | 6,5%       | 13,1%   |
| Pro <sup>II</sup>   | 1,7%       | 2,4%       | 3,2%    |
| Lwoo <sup>III</sup> | 0,6%       | 2,5%       | 2,0%    |
| Regulier onderwijs  | 0,9%       | 1,7%       | 2,5%    |

Percentage ooitgebruik. Peiljaar voor het speciaal onderwijs is 2008. Peiljaar voor het regulier onderwijs is 2007. I. REC = Regionaal Expertise Centrum. II. Pro = praktijkonderwijs. III. Lwoo = leerwegondersteunend onderwijs. Bronnen: Trimbos-instituut; Trimbos-instituut/Universiteit Utrecht.

## Speciale groepen

In bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen komt de consumptie van cocaïne vrij vaak voor. Tabel 3.3 vat de resultaten samen van diverse, vaak lokale, studies. De cijfers zijn onderling niet goed vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. Bovendien zijn de responspercentages in onderzoek onder uitgaande jongeren en jonge volwassenen vaak laag, waardoor een vertekening van de resultaten kan optreden.

### *Uitgaande jongeren en jongvolwassenen*

Cocaïne is relatief populair in het uitgaansleven, maar het gebruik van het middel vindt ook vaak in privésettingen plaats. Het gaat daarbij vooral om het snuiven van cocaïne. Sleutelfiguren in het uitgaansleven signaleren in 2008/2009 dat het gebruik van cocaïne tegenwoordig in alle regio's van Nederland voorkomt (Doekhie et al., 2010).

- In Amsterdam daalde het percentage ooitgebruikers van cocaïne onder bezoekers van trendy clubs tussen 2003 en 2008 van 39 naar 33 procent. Het percentage actuele gebruikers bleef echter stabiel op veertien procent (Benschop et al., 2009).
- In de Amsterdamse cafés steeg het percentage dat ooit cocaïne had gebruikt van 26 procent in 2005 naar 34 procent in 2010. Het percentage dat de afgelopen maand nog cocaïne had gebruikt steeg in deze periode van acht naar twaalf procent (Benschop et al., 2011).
- Na een stabilisering van het gebruik in Amsterdam begin deze eeuw lijkt de toegenomen populariteit van dit middel inmiddels ook in andere regio's te stabiliseren (Doekhie et al., 2010). Het zuiden van het land heeft daarbij een inhaalslag gemaakt. In deze regio wordt vooral een toename onder de dorpsjeugd waargenomen, waar het gebruik past in een leefstijl van hard werken door de week en uit de band springen in het weekend. Door inwoning bij ouders hebben zij genoeg geld te besteden.
- In 2008/2009 is het middelengebruik onderzocht onder bezoekers van elf landelijk en regionaal georganiseerde party's en festivals (Van der Poel et al., 2010).
  - Twaalf procent van de bezoekers was een actuele cocaïnegebruiker.
  - Vijf procent van de bezoekers had tijdens de uitgaansavond zelf cocaïne gebruikt, maar dit aandeel varieerde sterk tussen party's (range: 0,6 tot 15%), Gemiddeld namen zij die avond 0,6 gram cocaïne. Cocaïnegebruik tijdens het uitgaan kwam het meest voor in de leeftijdsgroep 25-29 jaar.
  - De meeste cocaïnegebruikers hadden tijdens de uitgaansavond zowel cocaïne als alcohol geconsumeerd (3,9 procent van alle bezoekers). Ruim een procent had alleen cocaïne (zonder alcohol) gebruikt (Van der Poel et al., 2010).
- In hetzelfde onderzoek in 2008/2009 is het middelengebruik onder bezoekers van clubs en discotheken onderzocht in (middel)grote gemeenten in vijf regio's van Nederland: de regio Noord (Friesland, Groningen en Drenthe), Oost (Gelderland en Overijssel), Midden (Utrecht en Flevoland), West (Noord- en Zuid-Holland) en Zuid (Noord- Brabant, Zeeland en Limburg).
  - Het percentage actuele cocaïnegebruikers was lager vergeleken met bezoekers



van party's en festivals en varieerde van drie procent in de regio's Oost en Noord tot respectievelijk 5,6 en 5,8 procent in de regio's Zuid en West.

- Landelijk gezien had naar schatting zestien procent van de clubbezoekers ooit cocaïne gebruikt en was naar schatting vijf procent een actuele cocaïnegebruiker.
- Onderzoek in 2008/2009 onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen in Den Haag laat een iets lager percentage cocaïnegebruikers zien (Dekkers et al., 2010). Verschillen tussen onderzoeken kunnen, zoals aangegeven, samenhangen met verschillen in steekproefsamenstelling en uitgaanssetting.
  - Respondenten in het Haagse onderzoek noemden als meest favoriete uitgaansgelegenheden clubs en disco's (60%), cafés of bars (54%) en bardancings (38%).
  - Twaalf procent van de respondenten had ooit in hun leven cocaïne gebruikt en drie procent was een actuele gebruiker.

### ***Probleemjongeren***

Jongeren in justitiële jeugdinrichtingen en de jeugdzorg hebben vaker ervaring met het gebruik van cocaïne dan hun doorsnee leeftijdgenoten.

- Op landelijk niveau varieert het percentage jongeren in de jeugdzorg dat ooit cocaïne heeft gebruikt van 6 procent onder de 12-13-jarigen tot 17 procent onder de 14-15-jarigen en 18 procent onder de 16-jarigen. In het reguliere onderwijs lagen deze percentages beduidend lager op respectievelijk een, twee en drie procent (Kepper et al., 2009a). Gemiddeld had 18 procent van de jongeren in de jeugdzorg ooit cocaïne gebruikt, 17 procent van de jongens en 19 procent van de meisjes.
- Onder jongens (13-18 jaar) in justitiële jeugdinrichtingen heeft achttien procent, voorafgaand aan hun detentie, ooit cocaïne gebruikt (Kepper et al., 2009b). Er zijn grote verschillen in het ooitgebruik van cocaïne tussen deze jongens en de jongens in het reguliere voortgezet onderwijs: 13 versus een procent onder de 13-14-jarigen, 17 versus drie procent onder de 15-16-jarigen en 21 versus zes procent onder de 17-18-jarigen. Vier procent van de jongens gaf aan cocaïne te hebben gebruikt tijdens hun verblijf in de justitiële jeugdinrichting.
- Voor zover cijfers beschikbaar zijn en vergelijkingen kunnen worden gemaakt lijkt het gebruik van crack onder probleemjongeren wat vaker voor te komen dan onder hun leeftijdgenoten in het algemeen. De percentages zijn niettemin laag (tabel 3.3).

**Tabel 3.3 Gebruik van cocaïne in speciale groepen**

|  | Locatie                  | Peiljaar  | Leeftijd (jaar) | Ooitgebruik <sup>v</sup>             | Actueel gebruik <sup>v</sup>        |
|--|--------------------------|-----------|-----------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Uitgaande jongeren en jongvolwassenen</b>                               |                          |           |                 |                                      |                                     |
| - Cafébezoekers <sup>i</sup>   | Amsterdam <sup>ii</sup>  | 2010      | Gemiddeld 27    | 34%                                  | 12%                                 |
|  |                          |           |                 | 3% <sup>vi</sup>                     | <1% <sup>vi</sup>                   |
| - Bezoekers van trendy clubs   | Amsterdam                | 2008      | Gemiddeld 25    | 33%                                  | 14%                                 |
| - Coffeeshopbezoekers  | Amsterdam                | 2009      | Gemiddeld 28    | 34%                                  | 5%                                  |
| - Bezoekers van party's en festivals                                       | Landelijk <sup>iii</sup> | 2008/2009 | Gemiddeld 24    | 27%                                  | 12%                                 |
| - Bezoekers van clubs en discotheken                                       | Landelijk <sup>iii</sup> | 2008/2009 | Gemiddeld 22    | 16%                                  | 5%                                  |
| - Uitgaande jongeren en jongvolwassenen                                    | Den Haag                 | 2008/2009 | Gemiddeld 21    | 12%                                  | 3%                                  |
| <b>Probleemjongeren</b>  |                          |           |                 |                                      |                                     |
| - Jongeren in de residentiële Jeugdzorg                                    | Landelijk                | 2008      | Gemiddeld 15    | 18% <sup>v</sup><br>5% <sup>vi</sup> | 4% <sup>v</sup><br>1% <sup>vi</sup> |
| - Jongeren (alleen jongens) in justitiële jeugdinrichtingen <sup>vii</sup> | Landelijk                | 2009      | Gemiddeld 16    | 18% <sup>v</sup><br>2% <sup>vi</sup> | 6% <sup>v</sup><br>1% <sup>vi</sup> |

Percentage actuele gebruikers (laatste maand) per groep. De cijfers in deze tabel zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. I. Jongeren en jongvolwassenen uit mainstream-, studenten-, homo- en hippe cafés. Dus niet representatief voor alle cafébezoekers. II. Geringe respons (26% in 2005 en 28% in 2010). III. Geringe respons (19%). IV. Jongeren met opvoedproblemen, delinquente jongeren, dak- en thuisloze jongeren en jongeren in overige hulpverleningstrajecten. V. Snuifbare cocaïne in poedervorm, tenzij anders aangegeven. VI. Rookbare cocaïne in de vorm van crack. VII. Gebruik in de maand voorafgaand aan het verblijf in een justitiële jeugdinrichting (JJI). Gegevens zijn verzameld in tien van de twaalf JJI's.

Bronnen: Antenne 2010, Bonger Instituut voor Criminologie, Universiteit van Amsterdam (Benschop et al., 2011); Tendens 2008, IrisZorg (De Jong et al., 2008); Antenne 2008, Bonger Instituut voor Criminologie, Universiteit van Amsterdam (Benschop et al., 2009); Antenne 2009, Bonger Instituut voor Criminologie, Universiteit van Amsterdam (Nabben et al., 2010); Uitgaansonderzoek, Trimbos-instituut/Universiteit van Amsterdam (Van der Poel et al., 2010); Haags Uitgaansonderzoek (HUO), Gemeente Den Haag/Parnassia/ Politie Haaglanden (Dekkers, Grund en Van Dijk, 2010); EXPLORE, Trimbos-instituut (Kepper et al., 2009a).

### 3.4 Problematisch gebruik

Betrouwbare schattingen van het totale aantal probleemgebruikers van cocaïne ontbreken. Volgens veldstudies en registratiegegevens gaat het globaal om drie groepen gebruikers.

- De eerste groep bestaat uit de probleemgebruikers van opiaten (zie § 4.4), die tegenwoordig vrijwel allemaal óók cocaïne gebruiken, veelal de kant-en-klare rookbare vorm crack.
- In de harddrugscene komen ook probleemgebruikers voor die frequent cocaïne, vooral crack, consumeren, zonder daarnaast heroïne te nemen. Onbekend is hoe groot deze groep is.
  - In 2008 werd het middelengebruik onderzocht in een steekproef van 572 problematische harddruggebruikers, die werden geworven in acht steden (Cruts en Van Laar, 2010).
  - Zij gebruikten in de afgelopen maand op minimaal drie dagen in de week opiaten of crack.
  - Problematisch crackgebruik, zonder problematisch opiatengebruik, kwam voor onder 23 procent van de gebruikers.
  - Problematisch opiatengebruik kwam voor onder de overige 77 procent. Van deze problematische opiaatgebruikers had bovendien 87 procent in het afgelopen jaar ook crack gebruikt en had 97 procent ooit in het leven crack gebruikt (Trimbos-instituut, 2008).
- De derde groep bestaat uit gebruikers bij wie het aanvankelijk recreatief gebruik van snuifcocaïne is overgegaan in problematisch gebruik ('de ontspoorde cocaïne-snuivers'). In vergelijking met crackgebruikers zijn zij doorgaans begonnen met het gebruik van snuifcocaïne vanuit een meer maatschappelijk geïntegreerde positie. De aantallen in deze groep zijn niet bekend. Wel is er een indicatie van de mate van probleemgebruik van cocaïne onder bezoekers van party's en festivals en, clubs en discotheken (Van der Poel et al., 2010; zie ook § 3.3).
  - Van de party- en festivalbezoekers van 15 tot en met 35 jaar had 19 procent het afgelopen jaar (recent) cocaïne gebruikt. Van deze recente gebruikers was dertien procent een probleemgebruiker. Zij voldeden aan tenminste drie van de zeven criteria voor probleemgebruik: 1) gebruiken ondanks de psychische en emotionele problemen daarvan, 2) veel tijd besteden aan het gebruik, 3) veel meer nodig hebben voor hetzelfde effect, 4) meer gebruiken dan men van plan was, 5) zonder succes proberen te minderen, 6) stoppen met belangrijke andere activiteiten en 7) zich ziek voelen bij het stoppen (Van der Poel et al., 2010).
  - Van de uitgaanders in clubs en discotheken had tien procent het afgelopen jaar (recent) cocaïne gebruikt. Van deze recente gebruikers was dertien procent een probleemgebruiker, volgens de hiervoor genoemde definitie. (Van der Poel et al., 2010).

## 3.5 Gebruik: internationale vergelijking

### Algemene bevolking

In de algemene bevolking van westerse landen is het aantal mensen dat harddrugs zoals cocaïne gebruikt, aanzienlijk lager dan het aantal mensen dat cannabis gebruikt (EMCDDA, 2011a).

- Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking. Van invloed is vooral de leeftijdsgroep. Tabel 3.4a geeft gebruikscijfers die zijn (her)berekend volgens de standaard leeftijdsgroep van het EMCDDA (15 tot en met 64 jaar). Gegevens voor de overige landen staan in tabel 3.4b. Voor Europa zijn alleen landen uit de EU-15 en Noorwegen opgenomen. Voor zover beschikbaar zijn gegevens voor andere EU-lidstaten in Bijlage E vermeld.
- Het percentage mensen tot de leeftijd van zestig of zeventig jaar dat ervaring heeft met cocaïne is veruit het grootst in de Verenigde Staten. In de EU-15 en Noorwegen varieert het percentage ooitgebruikers van minder dan een procent in Griekenland tot tien procent in Spanje. Van alle EU-lidstaten ligt het percentage ooitgebruikers het laagst in Malta en Roemenië (lager dan 0,5%). In Nederland heeft vijf procent van de bevolking van 15 tot en met 64 jaar (5,2%) ervaring met cocaïne. Dat is iets boven het Europese gemiddelde van 4,3 procent. Dit Europese gemiddelde is gewogen naar het inwonertal van de landen.
- Slechts in vier van de EU-27 landen en Noorwegen heeft meer dan 1,5 procent van de inwoners in het afgelopen jaar nog cocaïne gebruikt. Deze vier landen zijn Ierland (1,7%), Italië (2,1%), het Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales, 2,5%) en Spanje (2,7%). Het percentage recente gebruikers ligt ook hoger in de Verenigde Staten (1,8%) en Australië (2,1%). In Nederland ligt het percentage recente gebruikers van cocaïne (1,2%) dicht bij het Europese gemiddelde van 1,2 procent. Dit Europese gemiddelde is gewogen naar het inwonertal van de landen.

**Tabel 3.4a** Consumptie van cocaïne onder de algemene bevolking van enkele EU-15 lidstaten en Noorwegen: leeftijdsgroep 15 tot en met 64 jaar

| Land        | Jaar      | Ooitgebruik | Recent gebruik |
|-------------|-----------|-------------|----------------|
| Spanje      | 2009      | 10,2%       | 2,7%           |
| Italië      | 2008      | 7,0%        | 2,1%           |
| Ierland     | 2006/2007 | 5,3%        | 1,7%           |
| Nederland   | 2009      | 5,2%        | 1,2%           |
| Zweden      | 2008      | 3,3%        | 0,5%           |
| Frankrijk   | 2005      | 2,6%        | 0,6%           |
| Noorwegen   | 2009      | 2,5%        | 0,4%           |
| Oostenrijk  | 2008      | 2,2%        | 0,9%           |
| Portugal    | 2007      | 1,9%        | 0,6%           |
| Finland     | 2006      | 1,1%        | 0,5%           |
| Griekenland | 2004      | 0,7%        | 0,1%           |

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen.

Percentage gebruikers ooit in het leven en recent (laatste jaar). Bron: EMCDDA.

**Tabel 3.4b** Consumptie van cocaïne onder de algemene bevolking van enkele EU-15 lidstaten, de Verenigde Staten, Canada en Australië: overige leeftijdsgroepen<sup>1</sup>

| Land                                    | Jaar      | Leeftijd (jaar) | Ooitgebruik | Recent gebruik |
|---|-----------|-----------------|-------------|----------------|
| Verenigde Staten                        | 2010      | 12 en ouder     | 14,7%       | 1,8%           |
| Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales) | 2009/2010 | 16 - 59         | 8,8%        | 2,5%           |
| Australië                               | 2010      | 14 en ouder     | 7,3%        | 2,1%           |
| Canada                                  | 2010      | 15 en ouder     | 7,0%        | 0,7%           |
| Denemarken                              | 2010      | 16 - 64         | 4,4%        | 0,9%           |
| Duitsland                               | 2009      | 18 - 64         | 3,3%        | 0,8%           |

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen.

Percentage gebruikers ooit in het leven en recent (laatste jaar). 1. Drugsgebruik is naar verhouding laag in de jongste (12-15 jaar) en de oudere leeftijdsgroepen (>64 jaar). Gebruikscijfers in studies met respondenten die jonger en/of ouder zijn dan de EMCDDA-standaard zullen mogelijk lager uitvallen dan cijfers in studies die de EMCDDA-standaard toepassen. Voor studies met een meer beperkt leeftijdsbereik geldt het omgekeerde. Bronnen: EMCDDA, AIHW, CADUMS, SAMHSA.

## Jongeren

In de ESPAD-peilingen onder vijftien- en zestienjarige scholieren in Europa werd in 1999, 2003, 2007 en 2011 gevraagd naar het ooitgebruik van cocaïne (Hibell et al., 2000, 2004, 2009, 2012). In 2003 is ook gevraagd naar het recent gebruik. De cijfers uit dit onderzoek zijn beter vergelijkbaar dan de cijfers uit onderzoeken onder de algemene bevolking.

- Tabel 3.5 toont het gebruik van cocaïne onder scholieren in een aantal landen van de EU, Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde Staten. Dit laatste land deed niet mee aan de ESPAD maar voerde wel vergelijkbaar onderzoek uit.
- Het hoogste percentage ooitgebruik van cocaïne (4%) werd gevonden in Frankrijk en België.
- Nederland neemt met twee procent een middenpositie in, maar de verschillen met de andere landen zijn klein.
- Het gemiddeld van alle 36 deelnemende Europese landen lag eveneens op twee procent.

**Tabel 3.5 Consumptie van cocaïne onder scholieren van 15 en 16 jaar in een aantal lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde Staten<sup>I</sup>. Peiljaren 1999, 2003, 2007 en 2011**

| Land                          | 1999 | 2003 |        | 2007 | 2011 |
|-------------------------------|------|------|--------|------|------|
|                               | Ooit | Ooit | Recent | Ooit | Ooit |
| Verenigde Staten <sup>I</sup> | 2%   | 3%   | -      | 5%   | 4%   |
| Verenigd Koninkrijk           | -    | 3%   | 1%     | 4%   | 4%   |
| Italië                        | 2%   | 4%   | 3%     | 5%   | 3%   |
| Frankrijk                     | 8%   | 5%   | 3%     | 5%   | 3%   |
| Spanje <sup>II</sup>          | 2%   | 3%   | 1%     | 4%   | 3%   |
| Ierland                       | -    | 2%   | 2%     | 3%   | 3%   |
| België                        | 1%   | 3%   | 2%     | 2%   | 3%   |
| Nederland                     | -    | 6%   | 5%     | 4%   | 2%   |
| Denemarken <sup>II</sup>      | 3%   | 3%   | 1%     | 3%   | 2%   |
| Duitsland <sup>III</sup>      | 1%   | 2%   | 2%     | 3%   | 2%   |
| Zwitserland                   | 1%   | 1%   | 0%     | 2%   | 1%   |
| Portugal                      | 1%   | 1%   | 1%     | 1%   | 1%   |
| Zweden                        | 1%   | 1%   | 1%     | 1%   | 1%   |
| Griekenland                   | 1%   | 0%   | 0%     | 1%   | 1%   |
| Noorwegen                     | 3%   | 4%   | 3%     | 5%   | -    |
| Finland                       | -    | 1%   | 0%     | 3%   | -    |

Percentage gebruikers ooit in het leven en, voor 2003, in het laatste jaar (recent). - = niet gemeten. I. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD, maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit. II. België in 2011 alleen voor Vlaanderen. III. Duitsland in 2007 voor zes en in 2011 voor vijf van de zestien deelstaten. IV. De gegevens voor Spanje en Denemarken zijn minder representatief. V. Verenigd Koninkrijk niet voor 2011 vanwege te lage respons (slechts 6% van de scholen). Bron: ESPAD.

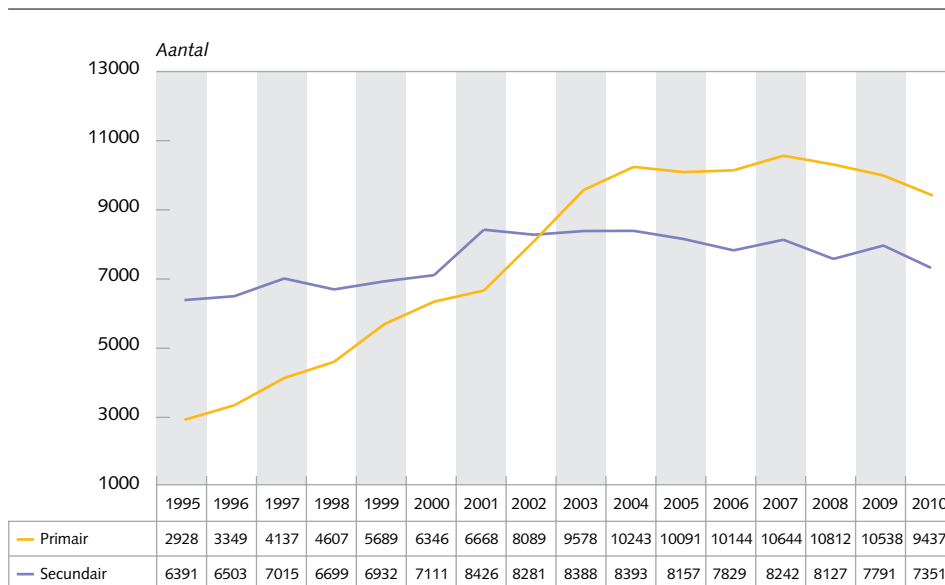
## 3.6 Hulpvraag en incidenten

### Verslavingszorg

De verslavingszorg is het onderdeel van de gezondheidszorg dat hulp biedt aan mensen die verslaafd zijn geraakt aan drugs, alcohol, medicijnen, of gokken. In Nederland zijn verschillende gespecialiseerde instellingen actief binnen de verslavingszorg. Samen met de verslavingsreclassering sturen deze instellingen anonieme gegevens over de hulpverlening naar het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) (Ouweland et al., 2011). (Zie in bijlage A: Cliënt LADIS.)

- Het aantal cliënten met cocaïne als primair probleem werd tussen 1995 en 2004 drie keer zo groot en is daarna rond de tienduizend gestabiliseerd. In 2010 trad een geringe daling op van tien procent vergeleken met 2009 (figuur 3.2).
- Per 100 000 inwoners van 15 jaar en ouder steeg het aantal primaire cocaïnecliënten van 23 in 1995 naar 76 in 2004, en vervolgens schommelde dit aantal tussen 69 en 74.
- Het aandeel cocaïnecliënten van alle cliënten met een drugsprobleem groeide van 14 procent in 1995 naar 26 procent in 2010.
- In 2010 was ongeveer een op de zes primaire cocaïnecliënten een nieuwkomer (16%). Deze nieuwkomers werden ingeschreven in 2010 en stonden niet eerder ingeschreven bij de (ambulante) verslavingszorg voor een drugsprobleem.
- Voor iets meer dan de helft van de primaire cocaïnecliënten (53%) is roken (crack) de belangrijkste wijze van gebruik en voor minder dan de helft (44%) snuiven. Slechts één procent injecteert de cocaïne.
- De meeste primaire cocaïnecliënten (68%) hadden ook problemen met een ander middel. Van deze groep was het secundaire probleem vooral alcohol (36%), gevolgd door cannabis (25%), heroïne (18%) en stimulerende middelen (7%). Voor ongeveer eenderde (32%) was cocaïne het enige probleem.
- Cocaïne werd ook vaak als secundair probleem genoemd (figuur 3.2). Voor deze groep is het primaire probleem heroïne (47%), alcohol (36%), of cannabis (10%).

**Figuur 3.2 Aantal cliënten bij de (ambulante) verslavingszorg met primaire of secundaire cocaïneproblematiek, vanaf 1995<sup>1</sup>**



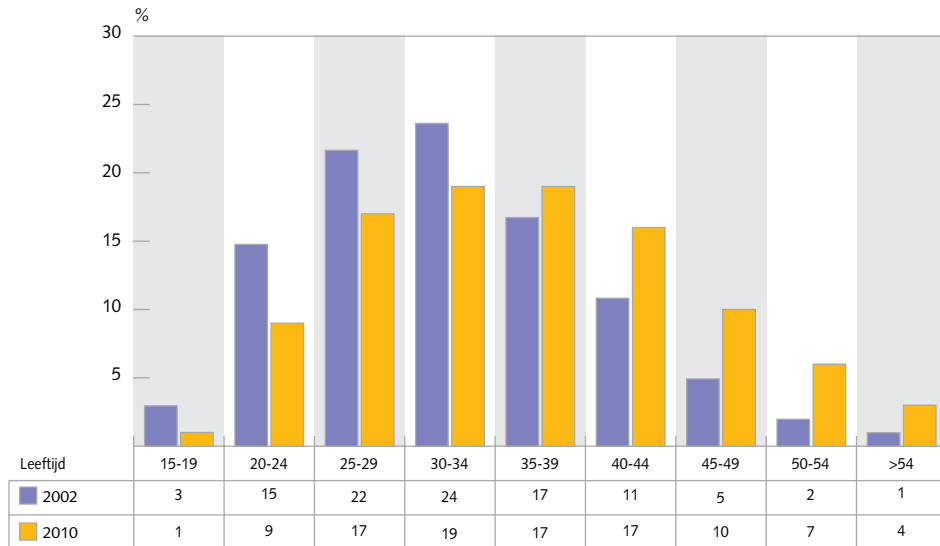
*1. De stijging in secundaire cocaïnecliënten van 2000 naar 2001 komt voor een deel door de aanlevering (sinds 2001) van gegevens van opiaatcliënten van de GGD Amsterdam. Bron: LADIS, IVZ (Ouweland et al., 2011).*

### **Leeftijd en geslacht**

- In 2010 waren ruim acht op de tien primaire cocaïnecliënten man (83%).
- De gemiddelde leeftijd was 37 jaar. Daarmee zijn de primaire cocaïnecliënten jonger dan de opiaat-, en alcoholcliënten maar ouder dan de cannabis-, ecstasy- en amfetaminecliënten.
- Figuur 3.3 laat zien dat 70 procent van de primaire cocaïnecliënten in 2010 tussen de 25 en 44 jaar was. Het aandeel jonge cocaïnecliënten van 15-29 jaar is gedaald van 40 procent in 2002 naar 27 procent in 2010.



**Figuur 3.3** Leeftijdsverdeling van primaire cocaïnecliënten bij de (ambulante) verslavingszorg. Peiljaren 2002 en 2010



Percentage cliënten per leeftijdsgroep. Bron: LADIS, IVZ (Ouwehand et al., 2011).

### **Algemene ziekenhuizen**

De algemene ziekenhuizen sturen gegevens over hun opnames anoniem naar de Landelijke Medische Registratie (LMR). Cocaïnemisbruik en –afhankelijkheid worden niet vaak als hoofddiagnose geregistreerd bij klinische opnames in de algemene ziekenhuizen.

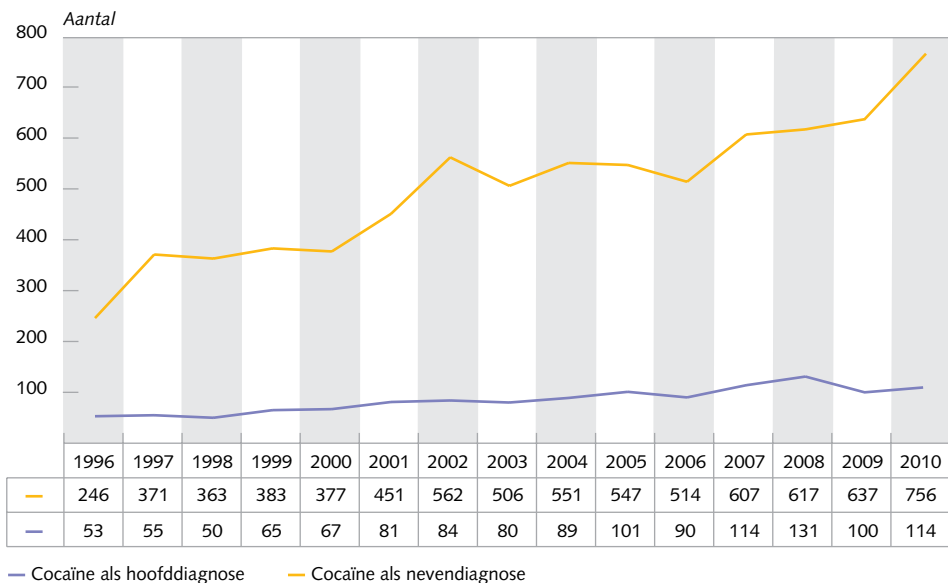
- In 2010 ging het om 114 gevallen, waarvan 75 procent vanwege cocaïnemisbruik en 25 procent vanwege cocaïneafhankelijkheid (figuur 3.4).
- Cocaïneproblemen spelen vaker een rol als nevendiagnose. In het afgelopen decennium is ondanks jaarlijkse fluctuaties een globale stijging te zien in het aantal opnames met cocaïnemisbruik of –afhankelijkheid als nevendiagnose. Tussen 2009 en 2010 steeg het aantal nevendiaagnoses nog eens met negentien procent naar 756 gevallen.
- De meest voorkomende categorieën hoofddiagnoses, die in 2010 stonden geregistreerd bij cocaïnemisbruik of –afhankelijkheid als nevendiagnose, waren:
  - ziekten en symptomen van de ademhalingswegen (19%)
  - letsel door ongevallen (16%, zoals breuken, wonden, hersenschudding)
  - misbruik of afhankelijkheid van alcohol en drugs (15%)
  - vergiftigingen (9%)
  - ziekten van hart- en vaatstelsel (9%)
  - psychosen (6%).

## Algemene ziekenhuizen

De algemene ziekenhuizen sturen gegevens over hun opnames anoniem naar de Landelijke Medische Registratie (LMR). Cocaïnemisbruik en -afhankelijkheid worden niet vaak als hoofddiagnose geregistreerd bij klinische opnames in de algemene ziekenhuizen.

- In 2010 ging het om 114 gevallen, waarvan 75 procent vanwege cocaïnemisbruik en 25 procent vanwege cocaïneafhankelijkheid (figuur 3.4).
- Cocaïneproblemen spelen vaker een rol als nevendiagnose. In het afgelopen decennium is ondanks jaarlijkse fluctuaties een globale stijging te zien in het aantal opnames met cocaïnemisbruik of -afhankelijkheid als nevendiagnose. Tussen 2009 en 2010 steeg het aantal nevendiaagnoses nog eens met negentien procent naar 756 gevallen.
- De meest voorkomende categorieën hoofddiagnoses, die in 2010 stonden geregistreerd bij cocaïnemisbruik of -afhankelijkheid als nevendiagnose, waren:
  - ziekten en symptomen van de ademhalingswegen (19%)
  - letsel door ongevallen (16%, zoals breuken, wonden, hersenschudding)
  - misbruik of afhankelijkheid van alcohol en drugs (15%)
  - vergiftigingen (9%)
  - ziekten van hart- en vaatstelsel (9%)
  - psychosen (6%).

**Figuur 3.4** Klinische opnames in algemene ziekenhuizen gerelateerd aan cocaïnemisbruik en -afhankelijkheid, vanaf 1996



Aantal diagnoses, niet gecorrigeerd voor dubbelstellingen van personen. ICD-9 codes: 304.2, 305.6 (bijlage C). Bron: Landelijke Medische Registratie (LMR), Dutch Hospital Data (DHD).

- Dezelfde persoon kan meer dan één keer per jaar worden opgenomen. Bovendien kan er per opname meer dan één nevendiagnose worden gesteld. Gecorrigeerd voor dubbeltellingen ging het in 2010 om 783 personen. Zij werden in dit jaar minstens één keer opgenomen met cocaïnemisbruik of -afhankelijkheid als hoofd- of nevendiagnose. Hun gemiddelde leeftijd was 37 jaar; 77 procent was man.
- De LMR registreerde in 2010 geen gevallen van onopzettelijke vergiftiging met cocaïne als nevendiagnose (ICD-9 code E855.2).

## Incidenten

Er zijn verschillende bronnen beschikbaar voor informatie over gezondheidsverstoringen in verband met drugsgebruik (zie ook Bijlage A onder 'Incidenten'). Aard, regio en vindplaats van deze incidenten verschillen per bron. Vanwege een (onbekende mate van) overlap kunnen de aantallen incidenten echter niet zonder meer worden opgeteld.

Volgens het Letsel Informatie Systeem (LIS) van Stichting Consument en Veiligheid worden jaarlijks gemiddeld 4 200 personen behandeld op spoedeisende eerste hulp afdelingen van ziekenhuizen na een ongeval, geweld, of zelfbeschadiging gerelateerd aan drugsgebruik (Draisma, 2011). Drugs zijn hier cannabis, cocaïne, heroïne, ecstasy, amfetamine, GHB en paddo's. De gegevens zijn gemiddeld over de periode van 2006 tot en met 2010 en betreffen schattingen voor het hele land, gebaseerd op gegevens van een representatieve steekproef van ziekenhuizen.

- Cocaïne is de meest genoemde drug. Ruim een op de vier drugsslachtoffers (29%) geeft aan cocaïne te hebben gebruikt. Tellen we alleen de gevallen mee waarvan de drug bekend is (88%), dan maakt cocaïne 33 procent uit van alle drugsgerelateerde behandelingen bij de spoedeisende hulp.
- Ongeveer tien procent van alle drugsslachtoffers (450 gevallen) wordt behandeld voor de complicaties veroorzaakt door het inslikken van een vreemd voorwerp.
- Deze cijfers zijn waarschijnlijk een onderschatting van het werkelijke aantal aan drugs gerelateerde ongevallen, want de invloed van drugs wordt niet systematisch onderzocht.

Sinds 2009 houdt de Monitor Drugs Incidenten (MDI) van het Trimbos-instituut actuele gegevens bij over de aard en omvang van drugsgerelateerde gezondheidsincidenten in Nederland (Vogels en Croes, 2012). In 2011 werden de incidenten gemeld vanuit afdelingen spoedeisende hulp van (stads)ziekenhuizen, ambulancediensten en politieartsen in acht regio's van Nederland: Amsterdam, Ede/Arnhem, Eindhoven, Enschede, Groningen, Nijmegen, Purmerend en Rotterdam. Ook nemen enkele organisaties die de EHBO-post verzorgen op grootschalige evenementen deel aan de monitor. Vanwege wijzigingen in dekkingsgraad per registratiejaar kunnen trends vooralsnog beperkt worden vastgesteld. De gegevens hieronder hebben uitsluitend betrekking op incidenten waarbij cocaïne-HCl (cocaïnepoeder of snuifcokes) was gebruikt. Het aantal incidenten met cocaïnebase (basecokes, crack) was te klein om als aparte groep te bespreken.

- In 2011 werden 3652 drugsincidenten gemeld. Bij 419 meldingen was cocaïne betrokken, waarvan in 264 gevallen cocaïne als enige drug was gemeld (met of zonder alcohol).

- Vanwege verschillen tussen de medische diensten worden gegevens in tabel 3.6 uitgesplitst naar type dienst voor alle gevallen over 2009-2011. In deze periode werden in totaal 9 029 unieke drugsincidenten gemeld.
- Het aandeel incidenten met cocaïne als enige drug verschilt tussen de deelnemende medische diensten. Het aandeel bij de politieartsen is hoog met bijna een op de vijf incidenten gerelateerd aan gebruik van uitsluitend cocaïne. Bij de ambulancediensten en in de ziekenhuizen is ongeveer acht procent van alle incidenten gerelateerd aan cocaïne gebruik als enige drug en bij de EHBO-posten op grootschalige evenementen slechts twee procent. Dit bleef tussen 2009 en 2011 gelijk.
- De ernst van de intoxicaties onder invloed van cocaïne als enige drug is in het merendeel van de gevallen matig. Alleen de EHBO-posten op grootschalige evenementen registreren ook veel lichte intoxicaties onder invloed van cocaïne. Overigens geldt ook bij de andere middelen dat de EHBO-posten relatief vaker lichte intoxicaties zien dan de andere medische diensten, hetgeen samenhangt met de laagdrempeligheid van deze EHBO-posten. Er zijn geen duidelijke verschuivingen opgetreden in de mate van intoxicatie over de jaren.
- Opvallend is dat bij gezondheidsincidenten met cocaïne vaak ook andere middelen zijn betrokken.
  - Slechts in een kwart van de gevallen is alleen cocaïne genomen.
  - Bij ruim een derde van het totaal is ook alcohol gebruikt, bij 18 procent is naast cocaïne nog een andere drug gebruikt en in een kwart van de gevallen is er naast cocaïne zowel alcohol als een andere drug gebruikt.
- De mediane leeftijd waarop incidenten met cocaïne voorkomen (30 jaar) is hoger dan bij andere drugsincidenten.

**Tabel 3.6 Incidenten met cocaïne(poeder) als enige drug geregistreerd door de Monitor Drugs Incidenten (MDI). Peiljaren 2009-2011**

|   | Ambulances  | Ziekenhuizen | Politieartsen | EHBO       | Totaal      |
|---|-------------|--------------|---------------|------------|-------------|
| Aantal incidenten<br>(% van het totaal) | 333<br>(8%) | 105<br>(9%)  | 121<br>(19%)  | 44<br>(2%) | 603<br>(7%) |
| Man                                     | 77%         | 83%          | 91%           | 82%        | 81%         |
| Leeftijd (mediaan)                      | 33          | 30           | 33            | 23         | 31          |
| Mate van intoxicatie                    |             |              |               |            |             |
| - Licht <sup>I</sup>                    | 38%         | 47%          | 28%           | 98%        | 42%         |
| - Matig <sup>II</sup>                   | 51%         | 42%          | 55%           | 2%         | 46%         |
| - Ernstig <sup>III</sup>                | 11%         | 11%          | 18%           | 0%         | 12%         |
| Combinatie met alcohol                  | 47%         | 79%          | 82%           | 66%        | 61%         |

\*Percentages berekend op de bekende aantallen (valide percentages). I. Licht: goed aanspreekbaar, gebruik merkbaar. II. Matig: onvoldoende aanspreekbaar, wel duidelijk onder invloed. III. Ernstig: niet aanspreekbaar, eventueel in combinatie met: (sub)comateus, geagiteerd/agressief, gestoorde vitale parameters (zoals hartslag, bloeddruk en ademhalingsfrequentie). Bron: Monitor Drugs Incidenten (MDI), Trimbos-instituut (Vogels en Croes, 2012).

Het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum van het RIVM registreert het aantal informatieverzoeken van artsen, apothekers en overheidsinstellingen over (potentiële) acute vergiftigingen door blootstellingen aan lichaamsvreemde stoffen, zoals drugs (Van Velzen et al., 2011).

- Tussen 2001 en 2011 toont het aantal blootstellingen aan cocaïne pieken in 2005 en 2008 (tabel 3.7). De stijging van 2007 naar 2008 komt ten dele doordat in 2008 voor het eerst de meldingen via de website zijn meegeteld. Gemiddeld waren er 229 blootstellingen per jaar.
- Deze cijfers geven geen zicht op het absolute aantal intoxicaties want artsen hebben geen meldingsplicht voor intoxicaties. Bovendien zijn artsen vertrouwd met cocaïne en de verschijnselen bij overdoseringen, hierdoor zullen zij niet bij alle gevallen van cocaïne-intoxicatie het NVIC raadplegen en zal het werkelijke aantal cocaïnevergiftigingen in Nederland hoger zijn.

**Tabel 3.7 Blootstellingen aan cocaïne geregistreerd bij het Nationaal Vergiftigingen Informatiecentrum (NVIC), vanaf 2001**

| 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 184  | 217  | 247  | 227  | 254  | 211  | 231  | 255  | 238  | 234  | 219  |

Aantal blootstellingen per jaar gemeld via de 24-uurs telefoonlijn van het NVIC. Meldingen via de website [www.vergiftigingen.info](http://www.vergiftigingen.info) (online sinds april 2007) zijn voor het eerst in 2008 meegeteld. Bron: NVIC, RIVM (Van Velzen et al., 2011).

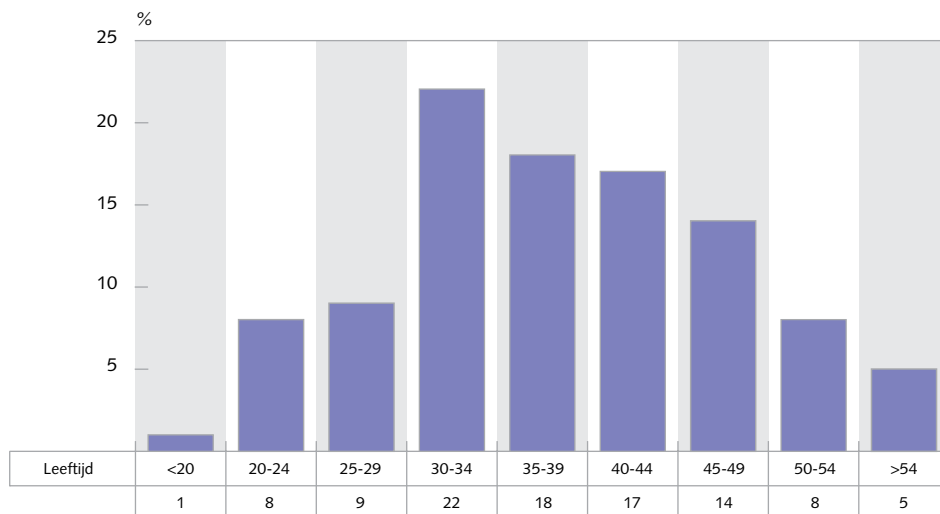
### 3.7 Ziekte en sterfte

- Gezondheidsproblemen, vooral door het frequent roken van crack, zijn longcomplicaties ('coke longen'), hartaanvallen, hersenbloedingen, nierinfarcten, epileptische aanvallen, uitputting en weerstandsvermindering, rusteloosheid, geïrriteerdheid, neerslachtigheid, depressies, angsten, psychose en paranoia (Korf et al., 2004a).
- Zware cokegebruikers hebben ook meer moeite hun agressie onder controle te houden (Ernst et al., 2008). Met name een cocaïnepsychose kan leiden tot agressief gedrag (Tang et al., 2009). Dat crackgebruikers meer agressie vertonen dan snuifcokegebruikers, ligt niet zozeer aan het middel, maar ligt meer aan de gebruikers (Vaughn et al., 2010).
- Bij jongeren en jongvolwassenen in het uitgaansleven die excessief en langdurig cocaïne gebruiken, wordt opgefokt, paranoïde en egoïstisch gedrag gesignaleerd en een in zich zelf gekeerd zijn (Nabben et al., 2010). Ook structurele vermoeidheid als gevolg van frequent cokegebruik wordt genoemd. Door het frequent snuiven van cocaïne kan het tussenneusschot beschadigd raken (Stichting Mainline, 2008; Scheenstra et al., 2007).

De Nederlandse Doodsoorzakenstatistiek van het CBS telt nog steeds weinig (acute) sterfgevallen die te wijten zijn aan cocaïne.

- Wel vond er een stijging plaats tussen 1997 en 2002, waarna de cocaïnesterfte weer stabiliseerde. Van 1996 tot en met 2010 ging het in totaal om 290 gevallen. De afgelopen zeven jaar schommelde het aantal rond de 22 per jaar. In 2010 ging het om veertien gevallen (zie figuur 4.8 in hoofdstuk 4).
- Figuur 3.5 geeft de verdeling naar leeftijdsgroep van alle sterfgevallen vanwege cocaïne in de periode van 2004 tot en met 2010. De meerderheid (62%) van de overledenen is 35 jaar en ouder. De piek ligt in de leeftijdsgroep 30-34 jaar. Bijna negen op de tien cocaïneslachtoffers waren man (88%).
- Het totale aantal in Nederland overleden 'cocaïnebolletjesslikkers' is niet bekend. Dit komt onder meer doordat de Doodsoorzakenstatistiek personen uitsluit die niet in het Nederlandse bevolkingsregister staan ingeschreven. De GGD Amsterdam registreerde in de periode 2002 - 2006 drie tot acht gevallen per jaar (7 in 2006). In 2007 werd slechts één geval geregistreerd, in 2008 vijf gevallen in 2009 één (vermoedelijk) geval. In 2010 waren er drie gevallen en in 2011 waren er vier gevallen (GGD Amsterdam, persoonlijke communicatie).

**Figuur 3.5** Leeftijdsverdeling van cocaïnesterfgevallen van 2004 tot en met 2010



Percentage overledenen per leeftijdsgroep. ICD-10 codes primaire doodsoorzaken: F14 en X42\*, X62\*, Y12\* (\* in combinatie met code T40.5). Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS.

### **Internationale vergelijking**

Volgens het EMCDDA lijkt acute sterfte door cocaïne maar weinig voor te komen (EMCDDA, 2011a). Sterfte door cocaïne is echter moeilijker te herkennen dan sterfte door opiaten. Daardoor zal er sprake zijn van onderregistratie van de sterfte door cocaïne.

- In 2009 rapporteerden 21 landen ongeveer 900 aan cocaïne gerelateerde sterfgevallen. Er zijn signalen die wijzen op een dalende trend in de landen waar cocaïne het meest wordt gebruikt.

## **3.8 Aanbod en markt**

### **Samenstelling van cocaïnemonsters**

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) monitort de markt van illegale drugs. Daarvoor wordt gebruik gemaakt van de analyse van stoffen die aanwezig zijn in drugsmonsters die consumenten bij instellingen voor verslavingszorg inleveren. Een deel van deze monsters wordt herkend bij de instelling zelf. Monsters met onbekende samenstelling en alle monsters in poedervorm, zoals cocaïne, worden doorgestuurd naar het laboratorium voor chemische analyse.

In 2011 werden 1 085 poeders aangeleverd die door de consument als cocaïne waren aangekocht (DIMS, 2011).

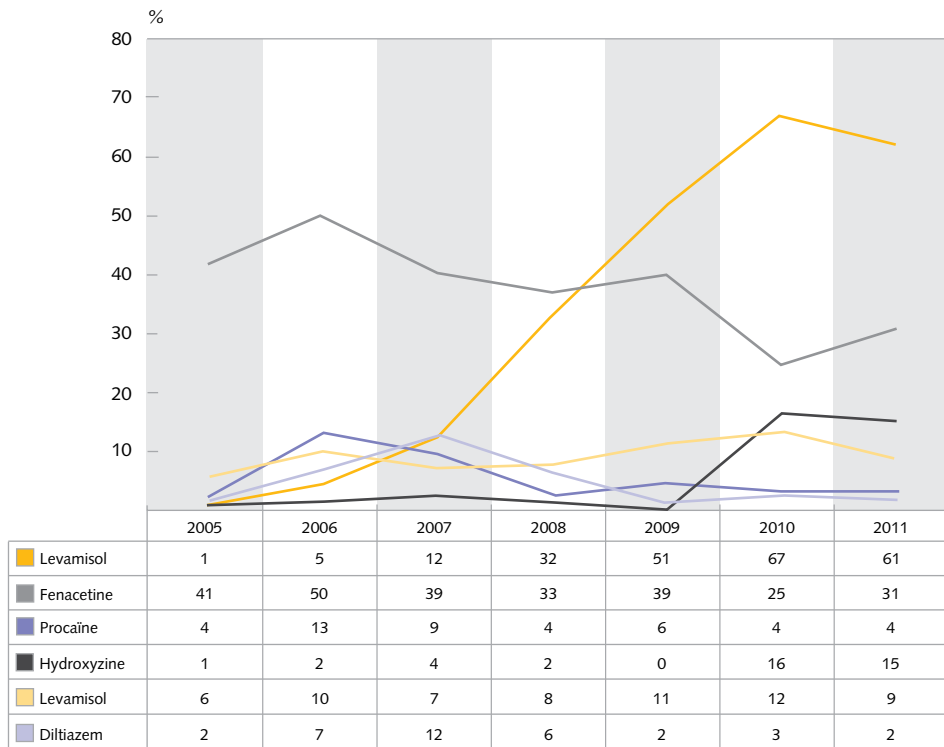
- Het merendeel (96%) van deze poeders bevatte daadwerkelijk cocaïne (overwegend hydrochloride).
- Van de poeders die werden verkocht als cocaïne, bevatte 3,6 procent geen cocaïne maar wel één of meerdere andere psychoactieve stoffen, terwijl 0,6 procent geen enkel psychoactief bestanddeel bevatte.
- Het gemiddelde gehalte cocaine vertoont een geleidelijke daling in het afgelopen decennium van 68 procent in 2002 naar 49 procent in 2011 (gewichtsprocenten).

De afgelopen jaren bevatten poeders die als cocaïne zijn verkocht relatief vaak (ook) geneesmiddelen (figuur 3.6).

- Vooral het versnijdingsmiddel levamisol laat een sterk stijgende trend zien. Levamisol werd gebruikt bij de behandeling van kanker, maar is in 2004 in Nederland uit de handel gehaald voor humaan gebruik. Levamisol wordt nog wel voor veterinaire doeleinden toegepast als antiwormenmiddel. Onbekend is waarom dit middel aan cocaïne wordt toegevoegd.
- In 2011 bevatte 61 procent van de cocaïnepoeders deze stof, tegenover 12 procent in 2007. Het gehalte levamisol ligt op gemiddeld 7,5 procent, zonder duidelijke trend over de jaren.
- Gebruik van met levamisol versneden cocaïne is in Noord-Amerika in verband gebracht met het ontstaan van een gevaarlijk tekort aan witte bloedlichaampjes, waardoor de weerstand tegen ziektes vermindert (Zhu et al., 2009; Knowles et al., 2009). In Nederland en andere landen in Europa is hierover nog weinig bekend. Op basis van de beschikbare gegevens is de kans reëel dat zich ook in Nederland enkele gevallen kunnen voordoen, maar is er vermoedelijk geen sprake van een groot volksgezondheidsrisico (CAM, 2009).
- In 2011 bevatte vijftien procent van de cocaïnemonsters hydroxyzine, een middel dat tot 2010 amper werd aangetroffen. Hydroxyzine wordt onder andere toegepast bij spanningen en (jeukende) huidaandoeningen.
- Bijna een derde (31%) van de cocaïnepoeders bevatte in 2011 fenacetine, met een dalende trend sinds 2006. Fenacetine was tot 1984 als pijnstiller geregistreerd maar het middel is vanwege mogelijk kankerverwekkende eigenschappen uit de handel genomen. De doseringen fenacetine die worden gebruikt als versnijdingsmiddel zijn echter vele malen geringer dan de therapeutische doseringen waarbij schadelijke effecten optreden.



Figuur 3.6 Percentage cocaïnepoeders met versnijdingsmiddelen, vanaf 2005



Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

## Prijzen

Het DIMS-project en de Amsterdamse Antenne-monitor geven een indicatie van de prijs die een consument betaalt voor een gram cocaïne.

- Consumenten die in 2011 hun cocaïnemonster hebben aangeleverd bij het DIMS-project betaalden voor een gram cocaïnepoeder tussen 35 en 80 euro (gemiddeld 55 euro). Dat is meer dan in 2010 (tussen 30-75 euro, gemiddeld 47 euro (DIMS, 2012)).
- In 2010 betaalden cafébezoekers in Amsterdam die in het afgelopen jaar cocaïne hadden gebruikt en gekocht volgens de Antenne-monitor gemiddeld 48 euro per gram, even veel als in 2005 (Benschop et al., 2011). Zij schaften hun cocaïne vooral aan bij een 06-dealer.



# 4 Opiaten

De klasse van opiaten telt vele middelen. Sommige staan bekend om het illegale gebruik ervan, zoals heroïne. Andere opiaten zijn vervangers van heroïne, zoals methadon en buprenorfine, of worden (ook) anderszins toegepast in de geneeskunde: morfine, codeïne en dergelijke. Het gaat in dit hoofdstuk vooral om heroïne en methadon.

Opiaten kunnen een roes veroorzaken maar ook een dempende werking hebben. Heroïne wordt in verschillende vormen toegediend. Tegenwoordig is de meest gangbare gebruikswijze in Nederland roken ('chinezen', roken van folie). In Nederland wordt heroïne minder vaak geïnjecteerd.

Mensen bij wie het gebruik van opiaten uit de hand is gelopen nemen vaak ook andere middelen (polydruggebruik) op een manier die niet goed valt in te passen in een 'regulier' bestaan. Waar in dit hoofdstuk gesproken wordt over de verzamelterm 'harddrugs' is meestal minstens één opiaat in het geding en verder vooral cocaïne.

## 4.1 Laatste feiten en trends

De belangrijkste feiten en trends over opiaten in dit hoofdstuk zijn:

- Heroïnegebruik komt weinig voor in de algemene bevolking (§ 4.2) en onder scholieren (§ 4.3).
- Het aantal probleemgebruikers van opiaten is in het afgelopen decennium gedaald (§ 4.4).
- Na een lichte daling van het aantal opiaatcliënten in de verslavingszorg deed zich in 2009 en 2010 een stabilisering voor. Nog maar weinig opiaatcliënten zijn jonger dan 30 jaar (§ 4.6).
- Na een daling tussen 2002 en 2006 in het aantal ziekenhuisopnames waarbij opiaten een rol speelt, is er tussen 2006 en 2010 weer een toename geregistreerd (§ 4.6).
- Het aantal nieuwe en gemelde gevallen van hiv en hepatitis B en C onder injecterende drugsgebruikers is al jaren laag. Toch is het aantal bestaande besmettingen, vooral met hepatitis C, in steden die daar gegevens over hebben, hoog (§ 4.7).
- Het aantal acute sterfgevallen door opiaatgebruik is 2010 lager dan in 2009. De gemiddelde leeftijd van overlijden blijft stijgen (§ 4.7).

## 4.2 Gebruik: algemene bevolking

In 1997, 2001, 2005 en 2009 vonden peilingen plaats van het Nationaal Prevalentie Onderzoek (NPO, Rodenburg et al., 2007; Van Rooij et al., 2011). Gebruik van heroïne komt niet veel voor onder de algemene bevolking (Van Rooij et al., 2011). Vanwege verschillen in de methode van ondervragen in 2009 moeten vergelijkingen tussen peilingen voorzichtig worden gemaakt (zie ook § 2.2).

- Volgens het NPO had 0,5 procent van de Nederlanders van 15 tot en met 64 jaar in 2009 ervaring met heroïne. In 2005 was dat 0,6 procent.
- De percentages recente en actuele gebruikers waren in alle peiljaren nooit groter dan 0,1 procent.
- Deze cijfers zijn vermoedelijk een onderschatting, omdat probleemgebruikers van harddrugs in het bevolkingsonderzoek, zoals het NPO, ondervertegenwoordigd zijn. Veel mensen die illegaal opiaten gebruiken en methadoncliënten komen niet terecht in steekproeven uit de algemene bevolking omdat zij rondzwerven, in een (justitiële) instelling verblijven, of anderszins uit beeld zijn. Zij kunnen in kaart worden gebracht via andere methoden van onderzoek (zie § 4.3 en 4.4).

### 4.3 Gebruik: jongeren

Onder scholieren op middelbare scholen van het regulier onderwijs is heroïne niet populair (tabel 4.1).

- In 2011 had minder dan 1 procent van de leerlingen ervaring met heroïne. De afgelopen maand had 0,2 procent nog heroïne gebruikt. Verschillen tussen jongens en meisjes waren niet statistisch significant (Verdurmen et al., 2012).
- Het percentage heroïnegebruikers onder scholieren is in alle peiljaren gering en vertoont een licht dalende trend sinds 2003.

**Tabel 4.1 Gebruik van heroïne onder scholieren van het regulier voortgezet onderwijs van 12 tot en met 18 jaar, vanaf 1988**

| Gebruik                 | 1988 | 1992 | 1996 | 1999 | 2003 | 2007 | 2011 |
|-------------------------|------|------|------|------|------|------|------|
| Ooit                    | 0,7% | 0,7% | 1,1% | 0,8% | 1,1% | 0,8% | 0,6% |
| Actueel (laatste maand) | 0,3% | 0,2% | 0,5% | 0,4% | 0,5% | 0,4% | 0,2% |

*Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand). Bron: Peilstationsonderzoek scholieren, Trimbos-instituut.*

### Speciaal onderwijs

- Tabel 4.2 laat zien dat leerlingen van REC-4 scholen vaker ervaring hebben met heroïne dan leerlingen van het regulier onderwijs. Dit geldt voor alle leeftijdsgroepen (Kepper et al., 2009a). Overigens maken leerlingen van de REC-4 scholen maar een tot twee procent uit van alle leerlingen in het voortgezet onderwijs (zie bijlage F).
- Het ooitgebruik van heroïne onder scholieren van het praktijkonderwijs (pro) en het leerwegondersteunend onderwijs (lwoo) is niet statistisch significant verschillend van dat onder leeftijdgenoten op reguliere scholen.

**Tabel 4.2 Ooitgebruik van heroïne onder scholieren van het speciaal en regulier voortgezet onderwijs, naar leeftijdsgroep**

| Schooltype          | 12-13 jaar | 14-15 jaar | 16 jaar |
|---------------------|------------|------------|---------|
| Speciaal onderwijs  |            |            |         |
| REC-4 <sup>I</sup>  | 3,2%       | 3,6%       | 4,8%    |
| Pro <sup>II</sup>   | 1,0%       | 1,5%       | 0,8%    |
| Lwoo <sup>III</sup> | 0,6%       | 1,4%       | 4,7%    |
| Regulier onderwijs  | 0,4%       | 1,1%       | 1,0%    |

Percentage ooitgebruik. Peiljaar voor het speciaal onderwijs is 2008. Peiljaar voor het regulier onderwijs is 2007. I. REC = Regionaal Expertise Centrum. II. Pro = praktijkonderwijs. III. Lwoo = leerwegondersteunend onderwijs. Bronnen: Trimbos-instituut; Trimbos-instituut/Universiteit Utrecht.

## Speciale groepen

Bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen hebben iets vaker ervaring met heroïne dan hun 'doorsnee' leeftijdgenoten, maar actueel gebruik is in vrijwel alle groepen beperkt. Tabel 4.3 vat de resultaten samen van diverse, vaak lokale, studies. De cijfers zijn onderling niet goed vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. Bovendien zijn de responspercentages in onderzoek onder uitgaande jongeren en jonge volwassenen vaak laag, waardoor een vertekening van de resultaten kan optreden.

### ***Uitgaande jongeren en jongvolwassenen***

- De Antenne-monitor volgt het middelengebruik in verschillende groepen jongeren in het Amsterdamse uitgaansleven, zoals coffeeshops, cafés en trendy clubs. In bepaalde kringen experimenteert een kleine minderheid met heroïne.
  - Onder bezoekers van trendy clubs in Amsterdam lag in 2008 het percentage ooitgebruikers op een procent (Benschop et al., 2009).
  - Van de cafébezoekers in Amsterdam had 1,5 procent ooit heroïne gebruikt in 2005 en 1,2 procent in 2010 (geen statistisch significant verschil, Benschop et al., 2011).
  - Onder coffeeshopbezoekers in Amsterdam lag het percentage ooitgebruikers in 2009 op drie procent. Actueel gebruik van heroïne komt in het uitgaanscircuit vrijwel niet voor (Nabben et al., 2010).
- In 2008/2009 is het middelengebruik onderzocht onder bezoekers van elf landelijk en regionaal georganiseerde party's en festivals (Van der Poel et al., 2010). Ruim een procent van de bezoekers had ervaring met heroïne en slechts 0,1 procent was een actuele heroïnegebruiker.
- In hetzelfde onderzoek in 2008/2009 is het middelengebruik onderzocht onder bezoekers van clubs en discotheken in (middel)grote gemeenten in vijf regio's van Nederland: de regio Noord (Friesland, Groningen en Drenthe), Oost (Gelderland en Overijssel), Midden (Utrecht en Flevoland), West (Noord- en Zuid-Holland) en Zuid (Noord- Brabant, Zeeland en Limburg).
  - Het percentage ooitgebruikers van heroïne varieerde van 1,5 procent in de regio West tot 0,3 procent in de regio Midden. Het percentage actuele heroïnegebruikers

- varieerde van 0,2 procent in de regio West tot <0,01 procent in de andere regio's.
- Landelijk gezien had naar schatting een procent van de clubbezoekers ooit heroïne gebruikt en was naar schatting 0,1 procent een actuele heroïnegebruiker.

### **Probleemgroepen**

- In Amsterdam speelt het gebruik van heroïne nauwelijks een rol onder jongeren in de jeugdzorg, school 'drop-outs' en de meest deviante groep van gedetineerde jongeren (Nabben et al., 2007a). Sleutelfiguren in Amsterdam signaleren dat heroïnegebruik vrijwel niet voorkomt onder de veelal allochtone buurtjongeren en verschillende groepen probleemjongeren, zoals jongensprostituees en dak- en thuisloze jongeren (Nabben et al., 2007a; Benschop et al., 2009).
- In Gelderland hebben sleutelfiguren in 2009 alleen heroïnegebruik gesignaleerd onder jongeren in de jeugdhulpverlening. Deze jongeren gebruiken heroïne, maar ook slaap- en kalmeringsmiddelen, om te kalmeren na het gebruik van stimulerende middelen. Het komt voor dat heroïne een paar keer in de week wordt gebruikt als kalmeringsmiddel (De Jong et al., 2009).
- Vergeleken met jongeren in de jeugdzorg in Amsterdam, werd op landelijk niveau onder 14- en 15-jarige jongeren in de residentiële jeugdzorg een hoger percentage ooitgebruikers gevonden.
  - Vijf procent van deze jongeren had in 2008 ervaring met heroïne.
  - In de totale leeftijdsgroep van 12 tot en met 18 jaar had vier procent ervaring met heroïne (Kepper et al., 2009a).
- Onder jongens (13-18 jaar) in justitiële jeugdinrichtingen heeft drie procent, voorafgaand aan hun detentie, ooit heroïne gebruikt (Kepper et al., 2009b).
  - Een verschil in het ooitgebruik tussen deze jongens en de jongens in het reguliere voortgezet onderwijs is alleen gevonden voor de 17-18-jarigen.
  - In deze leeftijdsgroep had van de jongens in de justitiële jeugdinrichting zeven procent ooit heroïne gebruikt en had van de jongens in reguliere voortgezet onderwijs twee procent ooit heroïne gebruikt.
  - Heroïne werd niet gebruikt tijdens het verblijf in de justitiële jeugdinrichting.

**Tabel 4.3 Gebruik van heroïne in speciale groepen**

|   | Locatie                 | Peiljaar  | Leeftijd (jaar) | Ooitgebruik | Actueel gebruik |
|---|-------------------------|-----------|-----------------|-------------|-----------------|
| <b>Uitgaande jongeren en jongvolwassenen</b>                              |                         |           |                 |             |                 |
| - Cafébezoekers <sup>I</sup>  | Amsterdam               | 2010      | Gemiddeld 27    | 1,2%        | 0%              |
| - Bezoekers van trendy clubs  | Amsterdam               | 2008      | Gemiddeld 25    | 1%          | 0%              |
| - Bezoekers van party's en festivals                                      | Landelijk <sup>II</sup> | 2008/2009 | Gemiddeld 24    | 1,4%        | 0,1%            |
| - Bezoekers van clubs en discotheken                                      | Landelijk <sup>II</sup> | 2008/2009 | Gemiddeld 22    | 1,1%        | 0,1%            |
| - Coffeeshopbezoekers   | Amsterdam               | 2009      | Gemiddeld 28    | 3%          | 0%              |
| <b>Probleemgroepen</b>  |                         |           |                 |             |                 |
| - Jongeren in de residentiële jeugdzorg                                   | Landelijk               | 2008      | Gemiddeld 15    | 4%          | 2%              |
| - Jongeren (alleen jongens) in justitiële jeugdinrichtingen <sup>IV</sup> | Landelijk               | 2009      | Gemiddeld 16    | 3%          | 1%              |

Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand) per groep. De cijfers in deze tabel zijn niet onderling vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. I. Selecte steekproef van jongeren en jonge volwassenen uit mainstream-, studenten-, homo- en hippe cafés. Dus niet representatief voor alle cafébezoekers. II. Geringe respons (19%). III. Jongeren met opvoedproblemen, delinquente jongeren, dak- en thuisloze jongeren en jongeren in overige hulpverleningstrajecten. IV. Gebruik in de maand voorafgaand aan het verblijf in een justitiële jeugdinrichting (JJI). Gegevens zijn verzameld in tien van de twaalf JJI's.

Bronnen: Antenne 2010, Bonger Instituut voor Criminologie, Universiteit van Amsterdam (Benschop et al., 2011); Antenne 2008, Bonger Instituut voor Criminologie, Universiteit van Amsterdam (Benschop et al., 2009); Uitgaansonderzoek, Trimbos-instituut/Universiteit van Amsterdam (Van der Poel et al., 2010); Antenne 2009, Bonger Instituut voor Criminologie, Universiteit van Amsterdam (Nabben et al., 2010); EXPLORE, Trimbos-instituut (Kepper et al., 2009a).

## 4.4 Problematisch gebruik

De beschikbare schattingen maken meestal geen duidelijk onderscheid tussen probleemgebruikers van opiaten en andere harddrugs (zie bijlage A voor een definitie van problematisch gebruik). De schattingen in tabel 4.4 betreffen voornamelijk regelmatige gebruikers van illegale opiaten of van methadon, die doorgaans ook andere middelen gebruiken, zoals cocaïne (crack), alcohol en slaap- of kalmeringsmiddelen.

- Volgens de laatste schatting voor 2008 bedraagt het aantal problematische opiaatgebruikers in Nederland ongeveer 17 700 (Cruts en Van Laar, 2010; Buster et al., 2009; Biesma et al., 2009; Schoenmakers et al., 2009a, 2009b; Ouweland et al., 2010b).
  - Naar schatting zes op de tien problematische opiaatgebruikers zijn sociaal gemarginaliseerd vanwege criminele activiteiten, een psychiatrisch ziektebeeld, een

overlastgevende levensstijl, of een instabiele woonsituatie.

- De resterende groep problematische opiaatgebruikers is relatief gesproken meer sociaal geïntegreerd, voor een deel vanwege de stabilisatie op methadon of de medische verstrekking van heroïne.
- Tussen 2001 en 2008 is het aantal problematische opiaatgebruikers in Nederland gedaald, maar vanwege methodologische verschillen tussen de schatting van 2001 en 2008 valt niet precies aan te geven hoe groot deze daling is.
- Per duizend inwoners van 15 tot en met 64 jaar waren er in 2008 in Nederland ongeveer 1,6 probleemgebruikers van opiaten.

**Tabel 4.4 Schattingen van het aantal probleemgebruikers van harddrugs en het aantal per 1 000 inwoners van 15 tot en met 64 jaar<sup>1</sup>**

| Bereik                    | Jaar      | Aantal                      | Aantal per 1 000 inwoners van 15-64 jaar |
|---------------------------|-----------|-----------------------------|--|
| Landelijk                 | 2008      | 17 700<br>(17 300 – 18 100) | 1,6                                      |
| Amsterdam                 | 2009      | 3 023                       | 5,5                                      |
| Enschede                  | 2008      | 761                         | 7,1                                      |
|                           | 2009      | 581                         | 5,4                                      |
|                           | 2010      | 649                         | 6,0                                      |
| Hengelo                   | 2005      | 191                         | 3,7                                      |
| Almelo                    | 2006      | 200                         | 4,2                                      |
| Apeldoorn                 | 2007      | 432                         | 4,7                                      |
| Oost-Veluwe <sup>II</sup> | 2004-2008 | rond de 500                 | -  |

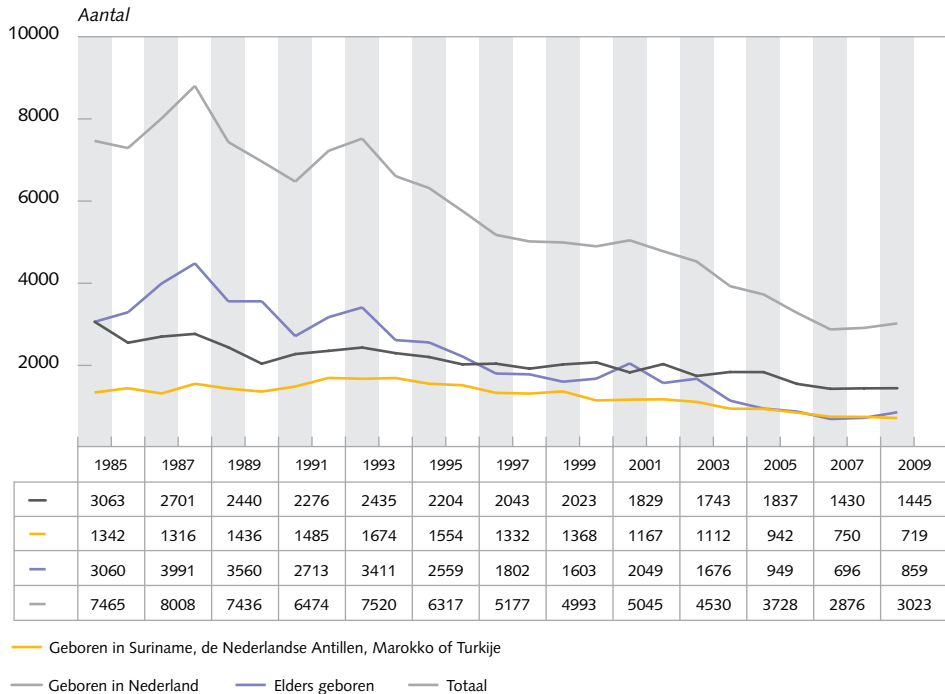
*I. Vanwege verschillen in definities en methoden dienen de gegevens voorzichtig te worden geïnterpreteerd. In Amsterdam, Leeuwarden, Enschede, Almelo, Apeldoorn, Oost-Veluwe en bij de landelijke schatting gaat het om schattingen van probleemgebruikers van (ook) opiaten. II. De regio Oost-Veluwe bestaat uit de gemeenten Apeldoorn, Brummen, Epe, Heerde en Voorst. Voor 2009-2010 konden hier nog geen schattingen worden gemaakt (Boendermaker et al., 2011). Bronnen: Trimbos-instituut, GGD Amsterdam, IntraVal.*

Figuur 4.1 geeft de ontwikkeling weer van het aantal probleemgebruikers van opiaten in Amsterdam volgens schattingen van de GGD Amsterdam.

- De omvang van deze groep bereikte pieken in 1988 en 1993 en liep toen terug. Dit kwam vooral door een daling in het aantal buitenlanders, vooral Italianen en Duitsers. In de afgelopen jaren is echter in alle groepen een daling waargenomen.
- Tussen 2007 en 2009 bleef het aantal ongeveer probleemgebruikers van opiaten in Amsterdam op het zelfde niveau.
- In 2009 telde Amsterdam naar schatting 3 023 probleemgebruikers van opiaten. Van hen was 48 procent geboren in Nederland, 24 procent in Suriname, de Nederlandse Antillen, Marokko of Turkije en was 28 procent elders geboren.



**Figuur 4.1** Probleemgebruikers van opiaten in Amsterdam, vanaf 1985



Aantal probleemgebruikers. Bron: GGD Amsterdam.

De schatting van het aantal probleemgebruikers van opiaten in Amsterdam (figuur 4.1) loopt tot en met 2009. Met ingang van 2010 is via de methode die hiervoor werd gebruikt geen betrouwbare schatting meer te geven (Buster en Van Brussel, 2011). Desondanks zijn er indicaties dat ook in 2010 de dalende trend in het heroïnegebruik in Amsterdam zich heeft voortgezet.

- In de vrijwillige ambulante methadonbehandeling daalde het aantal patiënten namelijk van 2 533 in 2005 naar 2 270 in 2010. Op de politiebureaus daalde dit aantal in deze periode van 1 152 naar 484 methadonpatiënten.
- De 'overblijvende' groep opiaatgebruikers is minder problematisch dan een decennium geleden, zoals blijkt uit het dalend percentage methadoncliënten bij de GGD Amsterdam met een politiecontact (30% in 2004 en 14% in 2010), de daling van het percentage spuiters (zie 'wijze van gebruik') en de toegenomen therapietrouw van methadoncliënten.

## Leeftijd

De populatie heroïnegebruikers verouderd.

- In Amsterdam steeg de gemiddelde leeftijd van de methadonpatiënten van 32 jaar in 1989 naar vijftig jaar in 2010 (Buster en Van Brussel, 2011). De helft van de patiënten was tussen de 45 en 55 jaar oud. Landelijke cijfers van de verslavingszorg (zie § 4.6) en de sterfte onder opiaatgebruikers (zie § 4.7) wijzen op een zelfde trend.
- De veroudering van de groep heroïnegebruikers gaat gepaard met toenemende lichamelijke en psychische gezondheidsklachten.

## Wijze van gebruik

Het gebruik van opiaten is vooral riskant voor de gezondheid als de opiaten worden ingespoten. In de loop van de jaren zijn gebruikers van opiaten minder gaan injecteren.

- In het veldonderzoek uit 2008 onder 442 problematische opiaatgebruikers in acht steden (Cruts en Van Laar, 2010) bleek 46 procent ooit een drug te hebben ingespoten (Trimbos-instituut, 2008). Binnen de groep die wel eens drugs had ingespoten, bleek 29 procent nog steeds te spuiten. Van alle problematische opiaatgebruikers uit het veldonderzoek bleek 13 procent momenteel drugs te spuiten.
- Via het percentage spuiters uit het veldonderzoek (13%) en de schatting van het totaal aantal problematische opiaatgebruikers in Nederland (17 700) kan het totaal aantal injecterende opiaatgebruikers worden geschat. In 2008 waren er dan naar schatting ongeveer 2 300 injecterende opiaatgebruikers.
- Het percentage spuiters onder de opiaatcliënten daalde van negen procent in 2009 naar acht procent in 2010. In 1994 spoot nog zestien procent de drug en in 2001 nog dertien procent.
- De jarenlange daling in het aantal naalden en spuiten dat wordt omgeruild bij spuitomruilprogramma's in Amsterdam en Rotterdam is ook een indicatie voor de afname van het injecteren van opiaten (zie § 4.7 onder Risicogedrag).
- In Amsterdam wordt de daling van het aantal injecterende opiaatgebruikers toegeschreven aan een aantal factoren (Van Brussel en Buster, 2011):
  - de verminderde toestroom en toegenomen remigratie van voornamelijk Duitse en Italiaanse drugsgebruikers
  - de grotere sterfte onder injecterende drugsgebruikers als gevolg van hiv en aids
  - stoppen met spuiten vanwege gezondheidsredenen
  - toegenomen populariteit van rookbare cocaïne (crack of basecoke)
  - daling van de instroom van nieuwe drugsgebruikers en afname van injecteren als voornaamste toedieningswijze voor drugs onder deze nieuwkomers.

## 4.5 Gebruik: internationale vergelijking

### Gebruik scholieren

- Volgens de ESPAD-peiling kwam in 2011 het percentage oitgebruikers van heroïne onder vijftien- en zestienjarige scholieren in Europa slechts in twee landen boven de twee procent uit. Alleen in Cyprus en Monaco lag het percentage oitgebruik van heroïne op drie procent.
- In Nederland had een procent van de scholieren ooit heroïne gebruikt (Hibell et al., 2012).

### Probleemgebruik

- De Europese Unie en Noorwegen samengenomen tellen naar schatting tussen 1,3 en 1,4 miljoen probleemgebruikers van opiaten. Dat zijn er circa 3,6 tot 4,4 per duizend inwoners van 15 tot en met 64 jaar. Het aantal probleemgebruikers van alle harddrugs is hoger, want in sommige landen zijn er substantiële aantallen probleemgebruikers van amfetamine en cocaïne (EMCDDA, 2011a).
- De schattingen zijn berekend met verschillende statistische methoden. Tabel 4.5 geeft de laagste en hoogste cijfers per land. Vanwege verschillen in definities en methodes dienen de gegevens voorzichtig te worden geïnterpreteerd.
- In de veertien landen van de EU-15 en Noorwegen waarvoor nationale schattingen beschikbaar zijn, variëren de aantallen van gemiddeld een tot tien probleemgebruikers van harddrugs per duizend inwoners van 15 tot en met 64 jaar. Spanje en Nederland staan onderaan in deze lijst. Het Verenigd Koninkrijk en Italië gaan aan kop.
- In de nieuwe lidstaten en de kandidaat-lidstaten varieert het aantal probleemgebruikers per duizend inwoners van 15 tot en met 64 jaar van circa 0,5 in Turkije tot 7,8 in Slovenië.

Tabel 4.5 Probleemgebruikers van harddrugs in 14 lidstaten van de Europese Unie en Noorwegen

| Land                | Jaar      | Aantal per duizend inwoners van 15 tot en met 64 jaar |                                      |
|---------------------|-----------|---|--------------------------------------|
|                     |           | Centrale schatting                                    | Ondergrens – bovengrens <sup>1</sup> |
| Verenigd Koninkrijk | 2004-2007 | 10,1  | 9,9 – 10,8                           |
| Italië              | 2009      | 10,0  | 9,7 – 10,2                           |
| Denemarken          | 2009      | 9,1   | 8,6 – 9,7                            |
| Luxemburg           | 2007      | 7,7   | 6,5 – 9,9                            |
| Ierland             | 2006      | 7,2   | 6,2 – 8,1                            |
| Frankrijk           | 2008      | -   | 3,7 – 9,5                            |
| Portugal            | 2005      | -   | 4,3 – 7,4                            |
| Zweden              | 2007      | 4,9   | -                                    |
| Finland             | 2005      | 4,8   | 4,2 – 5,5                            |
| Oostenrijk          | 2009      | 4,6   | 4,4 – 4,7                            |
| Duitsland           | 2008      | -   | 3,6 – 4,3                            |
| Griekenland         | 2009      | 3,2   | 2,8 – 3,6                            |
| Noorwegen           | 2008      | 3   | 2,1 – 3,9                            |
| Nederland           | 2008      | 1,6   | 1,56 – 1,64                          |
| Spanje              | 2008      | 1,3   | 1,2 – 1,3                            |

*Probleemgebruikers volgens EMCDDA-definitie van probleemgebruik: langdurig/regelmatig gebruik van opiaten, cocaïne en/of amfetaminen. Vanwege verschillen in methodes dienen de gegevens voorzichtig te worden geïnterpreteerd. - = gegevens ontbreken. De schattingen hebben in de meeste landen betrekking op opiaatgebruikers, die ook andere middelen gebruiken. In Italië, en vooral Spanje, maken ook probleemgebruikers van cocaïne een belangrijk deel uit van de totale schatting van het aantal probleemgebruikers. In Finland en Zweden zijn amfetaminegebruikers in de meerderheid. In Tsjechië (niet in de tabel vermeld) tellen zowel opiaatgebruikers als methamfetaminegebruikers mee. 1. Uiterste waarden op basis van 95% betrouwbaarheidsintervallen of sensitiviteitsanalyse. Bronnen: EMCDDA; Cruts en Van Laar, 2010.*

## 4.6 Hulpvraag en incidenten

### Verslavingszorg

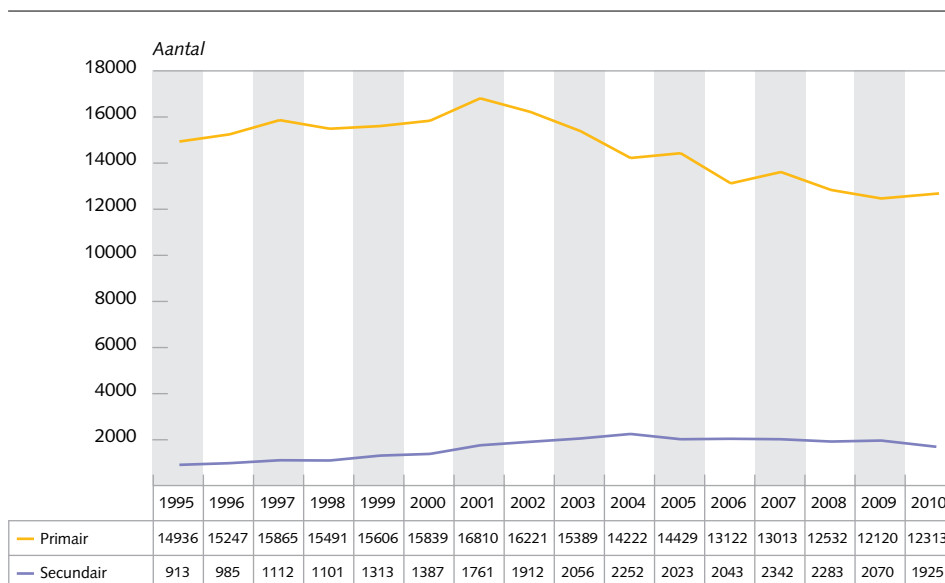
De verslavingszorg is het onderdeel van de gezondheidszorg dat hulp biedt aan mensen die verslaafd zijn geraakt aan drugs, alcohol, medicijnen, of gokken. In Nederland zijn verschillende gespecialiseerde instellingen actief binnen de verslavingszorg. Samen met de verslavingsreclassering sturen deze instellingen anonieme gegevens over de hulpverlening naar het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) (Ouweland et al., 2011). (Zie in bijlage A: Cliënt LADIS.)

- Het aantal cliënten met een primaire opiaatproblematiek steeg licht tot 1997 (figuur 4.2). De groei was deels reëel en deels een vertekening doordat meer instellingen voor drugshulpverlening zich bij het LADIS aansloten. Het aantal opiaatcliënten bleef vrij stabiel van 1997 tot en met 2000. De toename in 2001 komt grotendeels door toetreding van de GGD Amsterdam tot het LADIS.<sup>3</sup>
- Tussen 2002 en 2009 daalde het aantal primaire opiaatcliënten met 24 procent, en stabiliseerde in 2010.
- Het aandeel van opiaten in alle verzoeken om hulp vanwege drugs nam af van 69 procent in 1995 naar 44 procent in 2005 en daalde verder naar 34 procent in 2010. Dit komt mede door de groei in de afgelopen jaren van het aantal cliënten met een ander drugsprobleem, zoals cocaïne en cannabis.
- De meeste cliënten klopten al eerder aan bij de (ambulante) verslavingszorg vanwege een drugsprobleem. Slechts vier procent werd ingeschreven in 2010 en stond niet eerder ingeschreven bij de (ambulante) verslavingszorg voor een drugsprobleem. In 2000 was nog 22 procent een nieuwkomer.
- De meeste primaire opiaatcliënten hadden ook problemen met andere middelen (73%). Deze groep had voornamelijk een secundair probleem met cocaïne of crack (51%) gevolgd door alcohol (14%). Ongeveer een kwart van de primaire opiaatcliënten (27%) rapporteerde geen bijmiddel.
- Opiaten worden minder vaak als secundair probleem genoemd (figuur 4.2). Voor deze groep is het primaire probleem voornamelijk cocaïne of crack (64%), of alcohol (29%).

---

<sup>3</sup> In 2001 leverde de GGD Amsterdam 1 869 cliënten aan met een primair heroïneprobleem, waarvan 1 304 cliënten nog niet bekend waren bij de andere instellingen die aan het LADIS deelnamen.

**Figuur 4.2 Aantal cliënten bij de (ambulante) verslavingszorg met primaire of secundaire opiaatproblematiek, vanaf 1995<sup>1</sup>**

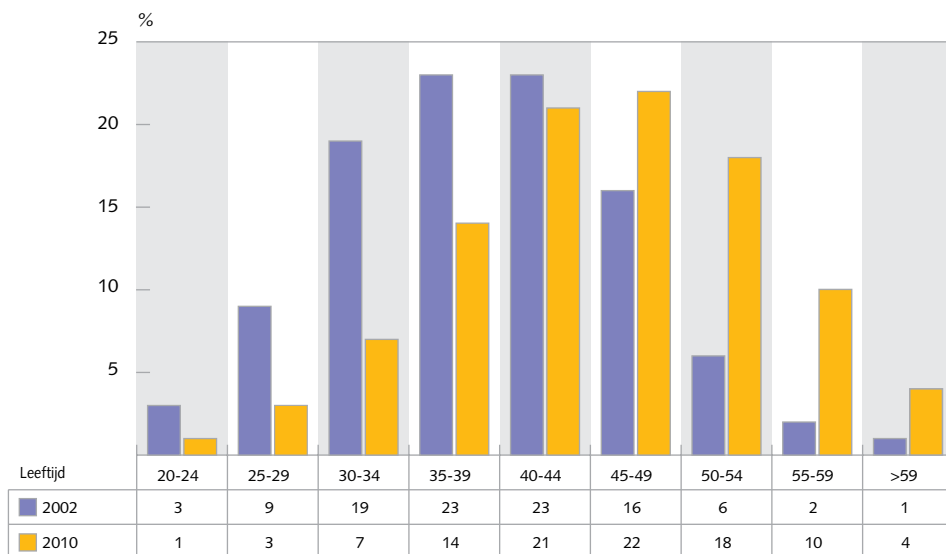


*1. De stijging van het aantal personen in 2001 ten opzichte van 2000 is het gevolg van de eerste aanlevering van gegevens van de GGD Amsterdam. Bron: LADIS, IVZ (Ouwehand et al., 2011).*

### **Leeftijd en geslacht**

- In 2010 was 80 procent van de primaire opiaatcliënten man. Over de jaren schommelde dit percentage tussen 78 en 80 procent.
- De gemiddelde leeftijd stijgt. In 2010 was de gemiddelde leeftijd van de opiaatcliënten 45 jaar; in 2002 was dat nog 39 jaar. Van de opiaatcliënten was 75 procent ouder dan 39 jaar. In 2002 was dit nog maar 48 procent (figuur 4.3).
- Het aandeel van de jonge opiaatcliënten (15-29 jaar) daalde van veertien procent in 2002 naar vier procent in 2010 (figuur 4.3).

**Figuur 4.3** Leeftijdsverdeling van primaire opiaatcliënten bij de (ambulante) verslavingszorg. Peiljaren 2002 en 2010



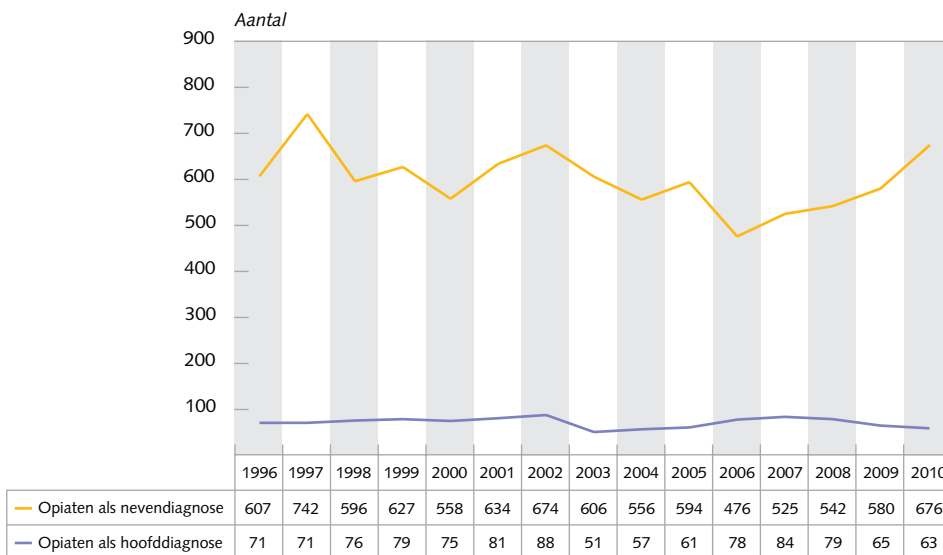
Percentage cliënten per leeftijdsgroep. Bron: LADIS, IVZ (Ouwehand et al., 2011).

### Algemene ziekenhuizen

- Misbruik en afhankelijkheid van opiaten worden in algemene ziekenhuizen zelden als hoofddiagnose gesteld. In 2010 telde de Landelijke Medische Registratie (LMR) 63 opnames voor de hoofddiagnose opiaten (73% afhankelijkheid en 27% misbruik, figuur 4.4).
- Vaker komen opiaatmisbruik en -afhankelijkheid als nevendiagnose voor (676 in 2010). De daling tussen 2002 en 2006 in het aantal nevendiaognoses voor opiaatproblematiek zette zich daarna niet voort. Tussen 2009 en 2010 vond er een stijging plaats van zeventien procent. De hoofddiaognoses bij deze nevendiaognoses lopen sterk uiteen. Het meest vielen in 2010 op:
  - ziekten en symptomen van de ademhalingswegen (25%)
  - letsel door ongevallen (12%; breuken, wonden, hersenschudding)
  - ziekten van het spijsverteringsstelsel (9%)
  - vergiftiging (5%)
  - misbruik of afhankelijkheid van alcohol of drugs (6%)
  - huidaandoeningen (2%).
- Dezelfde persoon kan meer dan één keer per jaar worden opgenomen. Bovendien kan er per opname meer dan één nevendiagnose worden gesteld.
  - Gecorrigeerd voor dubbelstellingen ging het in 2010 om 613 personen. Zij werden in dit jaar minstens één keer opgenomen met opiaatmisbruik of -afhankelijkheid als hoofd- of nevendiagnose.

- Zij waren gemiddeld 45 jaar en 77 procent was man. De piek bevindt zich in de leeftijdsgroep van vijftig tot en met 54 jaar (20%).
- De LMR registreerde in 2010 geen gevallen van onopzettelijke vergiftiging met opiaten als nevendiagnose (ICD-9 codes E850.0 t/m E850.2).

**Figuur 4.4** Klinische opnames in algemene ziekenhuizen gerelateerd aan opiaatmisbruik en -afhankelijkheid, vanaf 1996



Aantal diagnoses, niet gecorrigeerd voor dubbelstellingen van personen. ICD-9 codes: 304.0, 304.7, 305.5 (zie bijlage C). Bron: Landelijke Medische Registratie (LMR), Dutch Hospital Data (DHD).

## Incidenten

Er zijn verschillende bronnen beschikbaar voor informatie over gezondheidsverstoringen in verband met drugsgebruik (zie ook Bijlage A onder 'Incidenten'). Aard, regio en vindplaats van deze incidenten verschillen per bron. Vanwege een (onbekende mate van) overlap kunnen de aantallen incidenten echter niet zonder meer worden opgeteld.

Volgens het Letsel Informatie Systeem (LIS) van Stichting Consument en Veiligheid worden jaarlijks gemiddeld 4 200 personen behandeld op spoedeisende eerste hulp afdelingen van ziekenhuizen na een ongeval, geweld, of zelfbeschadiging gerelateerd aan drugsgebruik (Draisma, 2011). Drugs zijn hier cannabis, cocaïne, heroïne, ecstasy, amfetamine, GHB en paddo's. De gegevens zijn gemiddeld over de periode van 2006 tot en met 2010 en betreffen schattingen voor het hele land, gebaseerd op gegevens van een representatieve steekproef van ziekenhuizen.

- Heroïne wordt slechts in drie procent van de gevallen genoemd.
- Deze cijfers zijn waarschijnlijk een onderschatting van het werkelijke aantal aan drugs



gerelateerde ongevallen, want de invloed van drugs wordt niet systematisch onderzocht. Sinds 2009 houdt de Monitor Drugs Incidenten (MDI) van het Trimbos-instituut actuele gegevens bij over de aard en omvang van drugsgerelateerde gezondheidsincidenten in Nederland (Vogels en Croes, 2012). In 2011 werden de incidenten gemeld vanuit afdelingen spoedeisende hulp van (stads)ziekenhuizen, ambulancediensten en politieartsen in acht regio's van Nederland: Amsterdam, Ede/Arnhem, Eindhoven, Enschede, Groningen, Nijmegen, Purmerend en Rotterdam. Ook nemen enkele organisaties die de EHBO-post verzorgen op grootschalige evenementen deel aan de monitor. Vanwege wijzigingen in dekkingsgraad per registratiejaar kunnen trends vooralsnog beperkt worden vastgesteld.

- In 2011 werden in totaal 3 652 drugsincidenten gemeld. Bij 197 meldingen (5%) was heroïne of methadon betrokken, waarvan in 132 gevallen heroïne of methadon als enige drug was gemeld (al dan niet met alcohol).
- Vanwege verschillen tussen de medische diensten worden gegevens in tabel 4.6 uitgesplitst naar type dienst voor alle gevallen over 2009-2011. In deze periode werden in totaal 9 029 unieke drugsincidenten gemeld.
  - Het aandeel incidenten met heroïne of methadon als enige drug is bij alle medische diensten ongeveer even hoog (rond de 4% van het totaal aantal incidenten). Alleen de EHBO-posten op grootschalige evenementen zagen geen incidenten waarbij opiaten betrokken waren. Het percentage aan heroïnegebruik gerelateerde incidenten bleef tussen 2009 en 2011 stabiel.
  - Intoxicaties onder invloed van heroïne of methadon als enige drug zijn relatief vaak van ernstige aard. Er zijn geen duidelijke verschuivingen opgetreden in de mate van intoxicatie over de jaren.
  - Opvallend is de relatief hoge leeftijd van de patiënten met aan heroïnegebruik gerelateerde incidenten (de mediane leeftijd per medische dienst varieert van 40 tot 45 jaar).
- Van alle incidenten waarbij opiaten betrokken zijn, is in bijna de helft van de gevallen alleen heroïne of methadon genomen. Bij 18 procent van het totaal is ook alcohol gebruikt, bij ruim een vijfde van de gevallen is naast heroïne of methadon nog een andere drug gebruikt en in 13 procent van de gevallen is er naast heroïne of methadon zowel alcohol als een andere drug gebruikt.

**Tabel 4.6 Incidenten met heroïne of methadon als enige drug geregistreerd door de Monitor Drugs Incidenten (MDI). Peiljaren 2009-2011**

|   | Ambulances  | Ziekenhuizen | Politieartsen | EHBO      | Totaal      |
|---|-------------|--------------|---------------|-----------|-------------|
| Aantal incidenten<br>(% van het totaal) | 193<br>(5%) | 47<br>(4%)   | 27<br>(4%)    | 0<br>(0%) | 268<br>(3%) |
| Man                                     | 73%         | 92%          | 74%           | -         | 77%         |
| Leeftijd (mediaan)                      | 45          | 40           | 41            | -         | 42          |
| Mate van intoxicatie*                   |             |              |               |           |             |
| - Licht <sup>I</sup>                    | 23%         | 49%          | 52%           | -         | 31%         |
| - Matig <sup>II</sup>                   | 49%         | 13%          | 30%           | -         | 41%         |
| - Ernstig <sup>III</sup>                | 28%         | 38%          | 19%           | -         | 28%         |
| Combinatie met alcohol <sup>†</sup>     | 20%         | 45%          | 60%           | -         | 28%         |

\*Percentages berekend op de bekende aantallen (valide percentages). I. Licht: goed aanspreekbaar, gebruik merkbaar. II. Matig: onvoldoende aanspreekbaar, wel duidelijk onder invloed. III. Ernstig: niet aanspreekbaar, eventueel in combinatie met: (sub)comateus, geagiteerd/agressief, gestoorde vitale parameters (zoals hartslag, bloeddruk en ademhalingsfrequentie). Bron: Monitor Drugs Incidenten (MDI), Trimbos-instituut (Vogels en Croes, 2012).

De GGD Amsterdam registreert al langere tijd het aantal aanvragen voor spoedeisende hulp bij de Centrale Post Ambulancevervoer (CPA) en is van daaruit vanaf 2009 gaan deelnemen aan de Monitor Drugs Incidenten (MDI).

- In 2010 en 2011 was een vermoeden van niet-dodelijke overdosering van opiaten 41 en 79 keer de reden voor een aanvraag voor spoedeisende hulp.
- In 2010 was in 76 procent van de gevallen en in 2011 was in 66 procent van de gevallen vervoer naar het ziekenhuis noodzakelijk.
- Voor opiaten en cocaïne samengenomen vertoont het aantal spoedeisende aanvragen tussen 2001 en 2011 een grillig verloop. Gemiddeld lag dit aantal in deze periode op 225 aanvragen.

Het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum van het RIVM registreert het aantal informatieverzoeken van artsen, apothekers en overheidsinstellingen over (potentiële) acute vergiftigingen door blootstellingen aan lichaamsvreemde stoffen, zoals drugs (Van Velzen et al., 2011).

- Het aantal blootstellingen aan opiaten bereikte een piek in 2005 (tabel 4.7).
- De daling in 2006 heeft te maken met het niet meer meetellen van methadon bij de drugs. Methadon wordt sinds dit jaar onder de geneesmiddelen geregistreerd.
- De stijging in 2008 komt ten dele doordat meldingen via de website voor het eerst zijn meegeteld in dat jaar. Daarna is het aantal blootstellingen aan opiaten gestabiliseerd.
- Deze cijfers geven geen zicht op het absolute aantal intoxicaties want artsen hebben

geen meldingsplicht voor intoxicaties. Bovendien zijn artsen vertrouwd met opiaten en de verschijnselen bij overdoseringen, hierdoor zullen zij niet bij alle gevallen van opiaten-intoxicatie het NVIC raadplegen en zal het werkelijke aantal blootstellingen aan opiaten in Nederland hoger zijn.

**Tabel 4.7 Blootstellingen aan opiaten geregistreerd bij het Nationaal Vergiftigingen Informatiecentrum (NVIC), vanaf 2001**

| 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 42   | 95   | 112  | 112  | 129  | 32   | 47   | 74   | 52   | 38   | 40   |

*Aantal blootstellingen per jaar gemeld via de 24-uurs telefoonlijn van het NVIC. Vanaf 2006 wordt methadon niet meer meegeteld bij de opiaten, meldingen via de website [www.vergiftigingen.info](http://www.vergiftigingen.info) (online sinds april 2007) zijn voor het eerst in 2008 meegeteld. Bron: NVIC, RIVM (Van Velzen et al., 2011).*

## 4.7 Ziekte en sterfte

### Hiv

Door het spuiten met besmette naalden of door onveilige seks lopen gebruikers van harddrugs gevaar om geïnfecteerd te raken met hiv, het virus dat aids veroorzaakt. De belangrijkste nationale bron voor informatie over het aantal hiv-infecties is de hiv/aids registratie van de Stichting HIV Monitoring. Daarnaast zijn er lokale bronnen, waaronder de GGD-en uit Amsterdam en Rotterdam, de verslavingszorg in Zuid-Limburg en het langlopende onderzoek in Amsterdam onder drugsgebruikers, de Amsterdamse Cohort Studies. De gegevens uit al deze bronnen wijzen erop dat in Nederland de aanwas van nieuwe hiv-infecties onder (ooit) injecterende drugsgebruikers gering blijft, maar dat het percentage drugsgebruikers dat al is besmet sterk wisselt tussen de regio's.

De Stichting HIV Monitoring verzamelt longitudinale gegevens van alle met hiv geïnfecteerde personen die worden aangemeld in de hiv behandelcentra. Uit gegevens van de Stichting HIV Monitoring blijkt dat van alle geregistreerde nieuwe hiv-infecties in Nederland nog maar minder dan één procent jaarlijks is toe te schrijven aan injecterend drugsgebruik.

- In 2010 was injecterend drugsgebruik bij vijf van de 826 nieuw aangemelde personen met een hiv-infectie (0,6%) de meest waarschijnlijke oorzaak van besmetting (tabel 4.8) (Vriend et al., 2011). Het ging in alle vijf gevallen om een man.
- Tot en met 2010 was van de totale groep van 17 864 geregistreerde hiv-geïnfecteerde personen bij 695 personen (4%) injecterend drugsgebruik de meest waarschijnlijke transmissie route. Zowel het absolute als het relatieve aantal nieuwe hiv-infecties onder injecterende drugsgebruikers in de hiv behandelcentra is sinds een aantal jaar aan het dalen. Van alle tot en met 2000 nieuw aangemelde hiv-geïnfecteerden was acht procent geassocieerd met injecterend drugsgebruik. De laatste jaren is de bijdrage van injecterend drugsgebruik onder de nieuwe meldingen minder dan twee

procent. In absolute aantallen ging het de afgelopen vijf jaar om minder dan tien gevallen per jaar.

- Echter, het beloop van een hiv-infectie onder drugsgebruikers is minder gunstig dan in andere risicogroepen. Ook al is de sterfte onder hiv-geïnfecteerden sinds de introductie van de zeer effectieve behandeling HAART (highly active anti-retro-viral treatment) fors afgenomen, injecterend drugsgebruik blijft nog een sterke voorspeller voor een dodelijke afloop van hiv-infectie. Dit komt onder meer door de relatief frequente co-infectie met hepatitis C (Gras et al., 2010).

**Tabel 4.8** Percentage geregistreerde hiv-infecties uitgesplitst naar belangrijkste wijze van overdracht

| Transmissiegroep                             | Hiv gevallen gediagnosticeerd in 2010 | Aandeel in totaal aantal geregistreerde hiv gevallen | Aandeel mannen <sup>II</sup> |
|--|---------------------------------------|--|------------------------------|
| Totaal (aantal)                              | 825                                   | 17 864   | 79%                          |
| Percentage injecterende drugsgebruikers      | <1%                                   | 4%   | 73%                          |
| Percentage mannen die seks hebben met mannen | 66%                                   | 56%  | 100%                         |
| Percentage heteroseksueel contact            | 28%                                   | 32%  | 44%                          |
| Percentage overige categorieën <sup>I</sup>  | 6%                                    | 8%   | 76%                          |

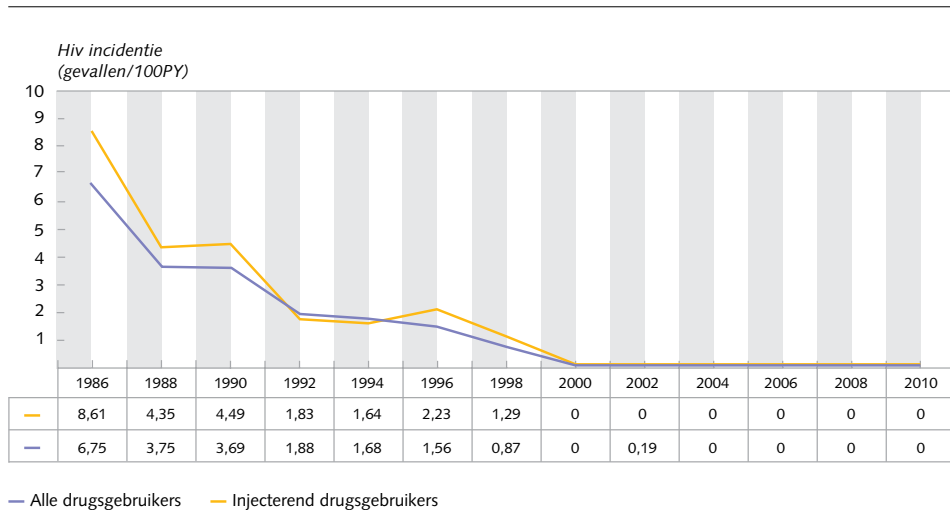
*I. Inclusief ontvangers van bloedproducten, prikaccidenten, moeder-kind overdracht en overige/onbekende oorzaken. De aantallen worden voortdurend aangepast wegens vertraagde meldingen. II. Van het cumulatieve aantal per transmissiegroep. Bron: RIVM (Vriend et al., 2011).*

Een tweede bron voor hiv data zijn de Amsterdamse Cohort Studies. In dit langlopend onderzoek werd in de afgelopen twintig jaar een sterke daling gevonden van het percentage hiv-positieve drugsgebruikers en speciaal ook onder jonge drugsgebruikers (< 30 jaar tijdens inclusie in de studie).

- Het aantal nieuwe hiv-diagnoses onder ooit-injecteerders daalde van 8,5 per 100 persoonsjaren in 1986 naar 0 sinds 2000, met een kleine verhoging in 2005, toen twee injecterende drugsgebruikers hiv-positief werden getest. Tot en met 2010 werden daarna geen nieuwe hiv-infecties vastgesteld (Vriend et al., 2011) (figuur 4.5).
- De daling in overdracht van hiv onder de drugsgebruikers kan gedeeltelijk worden verklaard door de afname in injecteren en de afname in het delen van naalden en spuiten, hoewel seksueel risicogedrag nog steeds voorkomt. In tegenstelling tot de afname van nieuwe hiv-gevallen onder drugsgebruikers schommelde de afgelopen tien jaar het aantal nieuw gevonden hiv-infecties onder mannen die seks hebben met mannen tussen 1,5 en 2 gevallen per 100 persoonsjaren. In deze groep is het seksueel risicogedrag nog steeds aanzienlijk ([www.amsterdamcohortstudies.org](http://www.amsterdamcohortstudies.org)).

- Ook deelname aan zowel laagdrempelige methadonprogramma's én spuitomruilprogramma's reduceert de kans op besmetting met hiv (en hepatitis C) (Van den Berg et al., 2007).

**Figuur 4.5** Jaarlijkse hiv-incidentie onder injecterende drugsgebruikers en alle drugsgebruikers in de Amsterdamse Cohort Studies, 1986-2010



PY= persoonsjaren. Bron: Amsterdamse Cohort Studies (Vriend et al., 2011).

### Overige (lokale) bronnen

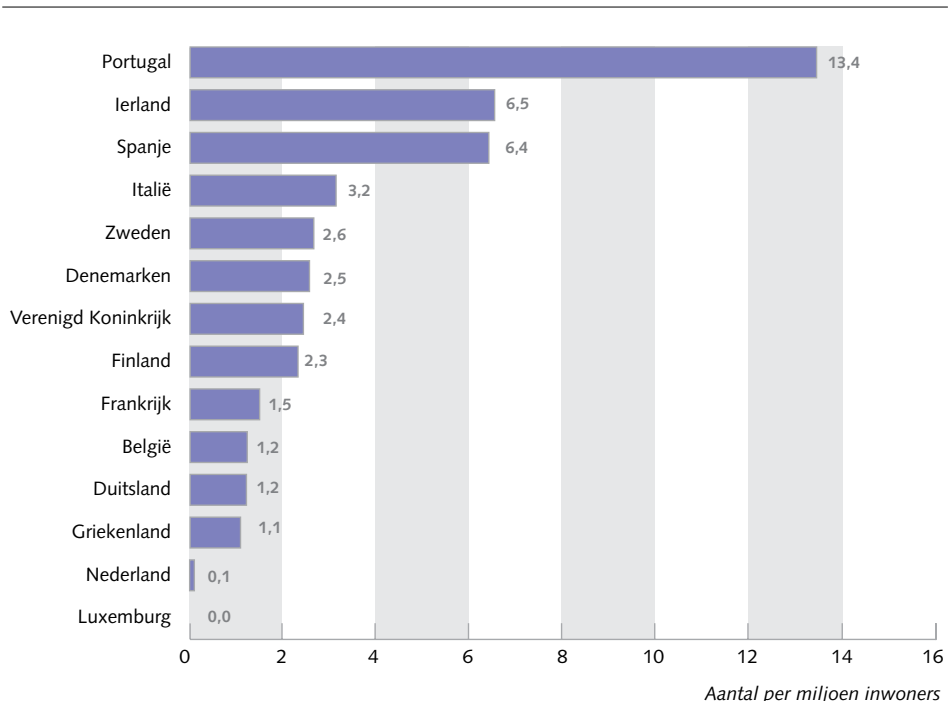
- In Amsterdam worden de meeste methadon behandelcentra gecoördineerd door de GGD. Als onderdeel van de methadonbehandeling worden de patiënten regelmatig getest op drugsgerelateerde infectieziekten. In 2010 werden 25 injecterende drugsgebruikers onderzocht op de aanwezigheid van hiv antistoffen; geen van hen had een positieve testuitslag. Ook onder niet-injecterende, problematische drugsgebruikers was het aantal nieuw gevonden hiv-infecties laag: onder de 272 geteste personen werd één nieuwe infectie gezien (0,4%) (bron: GGD Amsterdam).
- In Rotterdam worden in het kader van het project Actief Testen sinds 2007 drugsgebruikers getest op- en behandeld voor onder andere hiv. In 2010 werden 41 injecterende drugsgebruikers onderzocht op aanwezigheid van hiv-antistoffen, die in geen enkele geval werden gevonden (bron: GGD Rotterdam-Rijnmond). Sinds de start van het project tot medio 2011 werden 274 injecterende en niet-injecterende drugsgebruikers onderzocht, bij wie in zeven gevallen (3%) hiv werd aangetoond (bron: D.M. Hotho).

### ***Internationale vergelijking***

Het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction rapporteert over het vóórkomen van besmetting met hiv onder injecterende drugsgebruikers in lidstaten van de Europese Unie (EMCDDA, 2011a). De gegevens stammen uit uiteenlopende bronnen en verschillen in dekkingsgraad. De situatie op lokaal niveau kan sterk verschillen van het algemene landelijke beeld. De cijfers zijn daarom niet goed vergelijkbaar en geven slechts een indicatie van de besmettingsgraad.

- Sinds een aantal jaar blijft in de meeste landen van de Europese Unie het aantal nieuwe hiv-infecties gerelateerd aan injecterend drugsgebruik laag. De Europese Unie steekt in dit opzicht positief af tegen de rest van de wereld. Het beperkte aantal gemelde nieuwe hiv-infecties kan voor een deel verklaard worden door de toegenomen beschikbaarheid van preventie, behandeling en schadebeperkende maatregelen. Ook speelt de dalende populariteit van het injecteren van drugs een rol. In 2009 (het jaar waarover het meest recente overzicht beschikbaar is) werd in de Europese Unie bij gemiddeld 2,85 injecterende drugsgebruikers per miljoen inwoners een nieuwe hiv infectie gediagnosticeerd. In absolute aantallen betrof het 1 299 patiënten. Er bestaat echter zowel tussen landen als binnen landen een aanzienlijke regionale of lokale spreiding van hiv-besmetting (EMCDDA, 2011a).
- Tussen 2004 en 2009 werden de hoogste aantallen nieuw gediagnosticeerde hiv-infecties onder injecterende drugsgebruikers gemeld door Estland, Spanje, Letland, Litouwen en Portugal. In Spanje, Letland en Portugal nam het aantal hiv-infecties weer af, maar in Estland en Litouwen werd in 2009 meer dan een verdubbeling tot een verdrievoudiging gezien naar respectievelijk 63,4 en 34,9 nieuwe gevallen per miljoen inwoners (EMCDDA, 2011a). Ook in Zweden (6,7 gevallen per miljoen inwoners) en Bulgarije (9,7 per miljoen) werd recent een toename gezien.
- Een zorgwekkende ontwikkeling is de zeer recente (november 2011) geconstateerde toename van het aantal gerapporteerde hiv-gevallen in Roemenië en Griekenland (EMCDDA, 2011a). De toename zou een gevolg kunnen zijn van onvoldoende of verminderde beschikbaarheid van preventieve programma's of veranderingen in gebruikspatronen. Dergelijke ontwikkelingen wijzen erop dat het gevaar van nieuwe hiv-besmettingen onder drugsgebruikers niet is geweken (EMCDDA, 2011a).
- In de EU-15 behoort Nederland tot de landen met het laagste aantal nieuw gediagnosticeerde hiv infecties onder injecterende drugsgebruikers per miljoen inwoners (figuur 4.6).

**Figuur 4.6** Aantal nieuw gediagnosticeerde hiv gevallen onder injecterende drugsgebruikers per miljoen inwoners in landen van de EU-15, peiljaar 2009



Gegevens uit 2009 ontbreken voor Oostenrijk. Bron: EMCDDA (EMCDDA, 2011b).

## Hepatitis B en C

Een chronische infectie met het hepatitis B of hepatitis C virus kan ernstige vormen van leverontsteking veroorzaken. Het hepatitis B virus wordt overgedragen door bloed-bloedcontact of door onveilig seksueel contact. Hepatitis C kan vrijwel alleen worden overgedragen door direct bloed-bloed contact. Hepatitis C is veel besmettelijker dan hiv en kan ook worden overgedragen door het delen van besmette (spuit)attributen anders dan naalden. In Nederland behoren injecterende drugsgebruikers tot de groepen met de grootste aantallen besmetting met hepatitis C.

Gegevens over het vóórkomen van hepatitis B en C onder (al dan niet injecterende) drugsgebruikers worden niet systematisch verzameld in Nederland. Voor zover er gegevens beschikbaar zijn, tonen deze aan dat acute besmettingen met beide virussen bij drugsgebruikers zelden worden opgemerkt. Chronische besmetting met hepatitis B of C komt echter vaker voor onder drugsgebruikers dan in de algemene bevolking.

- Acute hepatitis C infectie is een meldingsplichtige ziekte. Van de 29 meldingen van een acute of recente hepatitis C infectie bij het RIVM in 2010 was in 25 gevallen de transmissieroute bekend; bij vier (16%) van hen ging het om injecterend drugsge-

bruik (bron: RIVM). Hoewel dit procentueel een verdubbeling is ten opzichte van het voorgaande jaar, blijft het absoluut gezien om kleine aantallen gaan.

- Van de 191 nieuwe gevallen van acute hepatitis B infectie in 2010 was in 153 gevallen de oorzaak van besmetting bekend. In slechts één van deze gevallen was er een relatie met injecterend drugsgebruik. Het aantal gemelde acute gevallen van hepatitis B gerelateerd aan drugsgebruik schommelt al jaren rond de één.
- Het totaal aantal gemelde chronische hepatitis B infecties in 2010 was 1 559, waarvan bij 1 112 meldingen de transmissieroute bekend was. In 13 gevallen (1,2%) was injecterend drugsgebruik de meest waarschijnlijke transmissieroute.

In tabel 4.9 zijn gegevens samengevat van lokale en landelijke bronnen die inzicht geven in de hepatitis B en C besmettingsgraad onder drugsgebruikers.

- De gegevens in de tabel zijn niet representatief voor alle drugsgebruikers. Dat komt niet alleen omdat vooral de drugsgebruikers die in contact staan met de verslavingszorg worden gescreend, maar ook omdat binnen deze groep selectie plaatsvindt in wie wel of niet wordt getest.
- Hoewel tabel 4.9 laat zien dat de hepatitis C besmettingsgraad onder drugsgebruikers hoog is, tonen gegevens van de Amsterdamse cohort studies aan dat het aantal nieuwe gevallen van hepatitis C de laatste jaren is gedaald, van 27,5 per 100 persoonsjaren aan het eind van de jaren tachtig tot twee per 100 persoonsjaren na 2000 (Van den Berg et al., 2007).



**Tabel 4.9** Overzicht van verschillende groepen drugsgebruikers met een doorgemaakte of huidige besmetting met hepatitis B of C

| Locatie   | Doelgroep  | Virus <sup>1</sup>  | Aantal gescreend | Besmettingsgraad | Jaar                |
|-----------|--|---|------------------|------------------|---------------------|
| Amsterdam | Drugsgebruikers GGD methadonpost                                 | Hepatitis B   | 680              | 33%              | 2006-2008           |
| Amsterdam | Drugsgebruikers GGD methadonpost                                 | Hepatitis B, - huidige infectie                                   | 161              | 0,6%             | 2010                |
| Amsterdam | Drugsgebruikers GGD methadonpost                                 | Hepatitis C   | 1359             | 26%              | 2004-2008           |
| Amsterdam | Injecterende drugsgebruikers GGD methadonpost                    | Hepatitis C   | 129              | 59%              | 2007-2009           |
| Amsterdam | Drugsgebruikers in Dutch C project                               | Hepatitis C - huidige of doorgemaakte infectie - huidige infectie | 449              | 60%<br>41%       | Tot en met 2010     |
| Rotterdam | Ooit-injecterende drugsgebruikers                                | Hepatitis C   | 103              | 82%              | 2007-2008           |
| Heerlen   | Drugsgebruikers in behandeling bij verslavingszorg               | Hepatitis B   | 197              | 48%              | 2003-2008           |
| Heerlen   | Drugsgebruikers in behandeling bij verslavingszorg               | Hepatitis C   | 190              | 61%              | 2003-2008           |
| Sittard   | Ooit-injecterende drugsgebruikers in penitentiaire inrichting    | Hepatitis B   | 19               | 42%              | 2009                |
| Sittard   | Ooit-injecterende drugsgebruikers in penitentiaire inrichting    | Hepatitis C   | 19               | 58%              | 2009                |
| Landelijk | Ooit-injecterende drugsgebruikers in gevangenis                  | Hepatitis C   | 116              | 41%              | 2010                |
| Landelijk | Ooit-injecterende drugsgebruikers geregistreerd bij SHM          | Hepatitis B   | 640              | 11%              | Tot en met 2010     |
| Landelijk | Ooit-injecterende drugsgebruikers geregistreerd bij SHM          | Hepatitis C   | 640              | 91%              | Tot en met 2010     |
| Landelijk | Drugsgebruikers deelnemend aan de hepatitis B vaccinatiecampagne | Hepatitis B - chronisch drager - immuun na doorgemaakte infectie  | 18 633           | 0,6%<br>12%      | 1998-september 2011 |

*1. Huidige of doorgemaakte infectie. Let op dat de tabel zowel gegevens presenteert over injecterende en niet-injecterende drugsgebruikers en over drugsgebruikers van wie onbekend is of zij hebben geïnjecteerd. SHM=Stichting Hiv Monitoring. Bronnen: GGD Amsterdam; GGD Rotterdam-Rijnmond; RIVM; NIVEL/ WODC; SHM (Breemer et al., 2009; Lindenburg et al., 2011; Schreuder en Van Veen, 2010; Schreuder et al., 2010; Leemrijse et al., 2010; Gras et al., 2009; Haverkate, 2010).*

### ***Internationale vergelijking***

Gegevens over hepatitis B en C zijn niet goed vergelijkbaar tussen landen vanwege verschillen in bronnen en methoden. Zij geven slechts een indicatie van de besmettingsgraad. De gegevens bevestigen wel dat injecterende drugsgebruikers in Europa een belangrijke risicogroep zijn voor virale hepatitis.

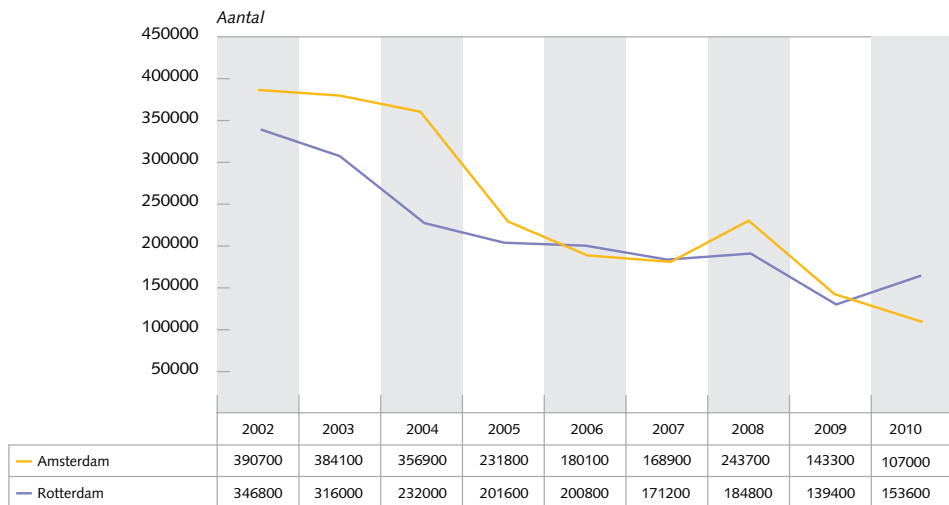
- Cijfers van het EMCDDA geven aan dat, net als in Nederland, in de lidstaten van de EU besmetting met hepatitis C zeer frequent voorkomt onder injecterende drugsgebruikers. In twee derde van de landen waar nationale cijfers beschikbaar zijn wordt onder groepen injecterende drugsgebruikers een besmettingsgraad van meer dan veertig procent gerapporteerd. Slechts drie landen (Hongarije, Tsjechië, Slovenië) melden landelijke onderzoeken waaruit blijkt dat hepatitis C bij minder dan 25 procent van de injecterende drugsgebruikers voorkomt. Ook deze percentages vormen echter al een serieus gezondheidsprobleem (EMCDDA, 2011a).
- Uit studies onder jonge drugsgebruikers en drugsgebruikers die pas recent (minder dan twee jaar geleden) zijn gaan injecteren blijkt dat drugsgebruikers hepatitis C al vroeg in hun "gebruikscarrière" oplopen. Dat impliceert dat effectieve preventieve maatregelen vanaf het begin moeten worden ingezet.
- Tussen de Europese landen is de variatie in besmetting met hepatitis B groter dan bij hepatitis C. Mogelijk spelen de verschillende vaccinatiestrategieën (universeel versus risicogroepen) hierin een rol. In 14 landen was informatie beschikbaar over een bestaande infectie met hepatitis B in de periode 2004-2009. In vier landen (Bulgarije, Griekenland, Litouwen en Roemenië) was de prevalentie in deze periode meer dan vijf procent (EMCDDA, 2011a).

### **Risicogedrag**

Zowel het lenen van gebruikte spuiten door injecterende drugsgebruikers als het injecteren zelf zijn in de jaren negentig sterk afgenomen (zie ook § 4.3).

- Recente cijfers ontbreken in de meeste steden en regio's. Volgens de laatste peilingen leent tussen de acht en dertig procent van de injecterende drugsgebruikers wel eens naalden of spuiten (Van de Laar en Op de Coul, 2004).
- Het aantal omgeruilde naalden en spuiten in spuitomruilprogramma's in Amsterdam en Rotterdam is de afgelopen jaren fors gedaald. Begin jaren negentig werden in Amsterdam jaarlijks rond een miljoen naalden omgeruild. In 2010 waren dat er nog maar 153 600 (GGD Amsterdam). In Rotterdam is het aantal omgeruilde spuiten tussen 2000 en 2010 verminderd van 422 000 naar 107 300 (figuur 4.7) (bron: GGD Rotterdam-Rijnmond).
- De jarenlange daling van het aantal omgeruilde spuiten kan worden verklaard door een daling van het aantal heroïnegebruikers, een daling van uit buurlanden afkomstige, vaak injecterende, drugsgebruikers, een afname van de populariteit van het injecteren samenhangend met gezondheidsproblemen, de toename van het gebruik van cocaïne in de vorm van crack en de hogere sterfte onder injecterende drugsgebruikers.

**Figuur 4.7 Aantal omgeruilde spuiten in Amsterdam en Rotterdam 2002-2009**



Bron: GGD Amsterdam en GGD Rotterdam-Rijnmond.

Volgens al wat oudere cijfers is seksueel risicogedrag omvangrijk. Er zijn geen aanwijzingen dat hierin verandering is opgetreden.

- Er zijn weinig recente (landelijke) cijfers beschikbaar. Volgens de laatste peilingen onder injecterende drugsgebruikers in verschillende steden kwam het niet gebruiken van condooms het meest voor bij vaste partners (76-96%), gevolgd door losse partners (39-73%) en klanten (13-50%) (Van de Laar en Op de Coul, 2004).
- Het aandeel bezoeken aan de GGD van drugsgebruikers die deelnamen aan de Amsterdamse Cohort Studies naar hiv/aids, waarin drugsgebruikers aangaven onbeschermde seks te hebben gehad, daalde van 52 procent in 1990 naar 40 procent in 1996. In de periode er na (van 1996-2004) bleef dit percentage stabiel (Lindenburg et al., 2006).

## Aids

Het jaarlijks aantal meldingen van aids (alle transmissieroutes) bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (tot en met 1999) en de Stichting HIV Monitoring (vanaf 2000) steeg van 325 in 1988 tot 533 in 1995 en daalde sindsdien tot 189 gevallen in 2010 (Vriend et al., 2011). Dit komt onder meer door het op de markt komen van effectieve anti-retrovirale geneesmiddelen (HAART). Door gebruik daarvan leidt besmetting met hiv minder of later tot aids.

- De bijdrage van injecterend drugsgebruik aan het aantal gevallen van aids in Nederland is in al die jaren beperkt gebleven. In 2010 werd aids bij 4 injecterende drugsgebruikers geregistreerd (2,1% van de 189 aids gevallen) (Vriend et al., 2011).
- Onder de 8 345 aids patiënten die tot en met 2010 zijn geregistreerd, zijn 700 injecterende drugsgebruikers (8,4%). Dat betekent dat de bijdrage van injecterend

drugsgebruik aan het ontwikkelen van aids gemiddeld hoger is dan bij het oplopen van hiv.

- Na een piek in 1995 van veertien procent is het aandeel van injecterende drugsgebruikers onder de patiënten bij wie hiv zich heeft ontwikkeld tot aids weer afgenomen.

### ***Internationale vergelijking***

Door de introductie van effectieve anti-retrovirale behandeling is het aantal nieuwe patiënten met aids minder maatgevend voor de overdracht van hiv. Meldingen van nieuwe aids gevallen vormen nog wel een indicatie voor de omvang van het probleem. Ook zijn ze een indicatie voor de beschikbaarheid van anti-retrovirale therapie voor drugsgebruikers.

In 2009 werd het hoogste aantal nieuwe gevallen van aids onder injecterende drugsgebruikers gezien in Letland (20,8 nieuwe gevallen per miljoen inwoners). Ook Estland, Spanje, Portugal en Litouwen kennen relatief hoge aantallen nieuwe aids gevallen (EMCDDA, 2011a).

## **Sterfte**

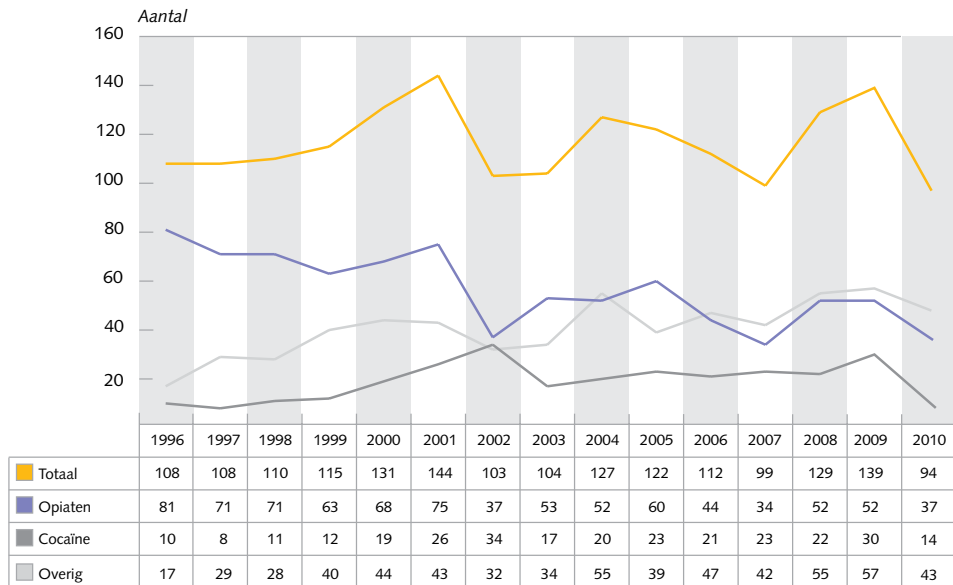
### ***Directe sterfte***

Volgens de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS sterven er in Nederland maar weinig mensen aan de directe gevolgen van opiaatgebruik. Bij de directe sterfte gaat het om een overdosering, dat wil zeggen een vergiftiging door een dodelijke hoeveelheid drugs. Volgens de standaard van het EMCDDA voor het berekenen van de directe drugsterfte worden alle gevallen meegeteld van niet-opzettelijke vergiftiging, opzettelijke vergiftiging (suicide) en vergiftiging waarvan niet is vastgesteld of deze al dan niet met opzet heeft plaatsgevonden (EMCDDA, 2011a).

De sterfte gerelateerd aan alle drugs (opiaten, cocaïne en overige drugs), vertoont een grillig verloop (figuur 4.8). Tussen 1996 en 2010 doen zich pieken voor in 2001, 2004 en 2009. Tussen 2009 en 2010 daalde de drugsgerelateerde sterfte weer met 32 procent.

- Tussen 1996 en 2010 daalt de sterfte gerelateerd aan opiaten met 54 procent.
- De aan cocaïne gerelateerde sterfte stijgt tussen 1996 en 2002 en vertoont daarna een grillig verloop. Tussen 2009 en 2010 daalt deze sterfte met 53 procent.
- Tussen 1996 en 2010 werd de sterfte gerelateerd aan overige drugs 2,5 maal zo groot. Het gaat hier vaak om (combinaties van) harddrugs al dan niet samen met andere middelen, maar soms ook om (combinaties van) medicijnen en/of alcohol.
- Methadon werd in 2009 slechts negen maal en werd in 2010 slechts vijf maal als primaire doodsoorzaak geregistreerd. Tussen 1996 en 2010 waren er gemiddeld 7 gevallen per jaar. Doorgaans gaat het hier om een combinatie met andere middelen.
- De aantallen betreffen alleen sterfgevallen onder inwoners die officieel stonden geregistreerd in het bevolkingsregister. In 2010 waren bij het CBS nog eens 20 gevallen bekend van drugssterfte onder mensen die wel in Nederland verbleven, maar niet als inwoner stonden geregistreerd in het bevolkingsregister.

**Figuur 4.8 Sterfgevallen door overdosering van drugs in Nederland, vanaf 1996**



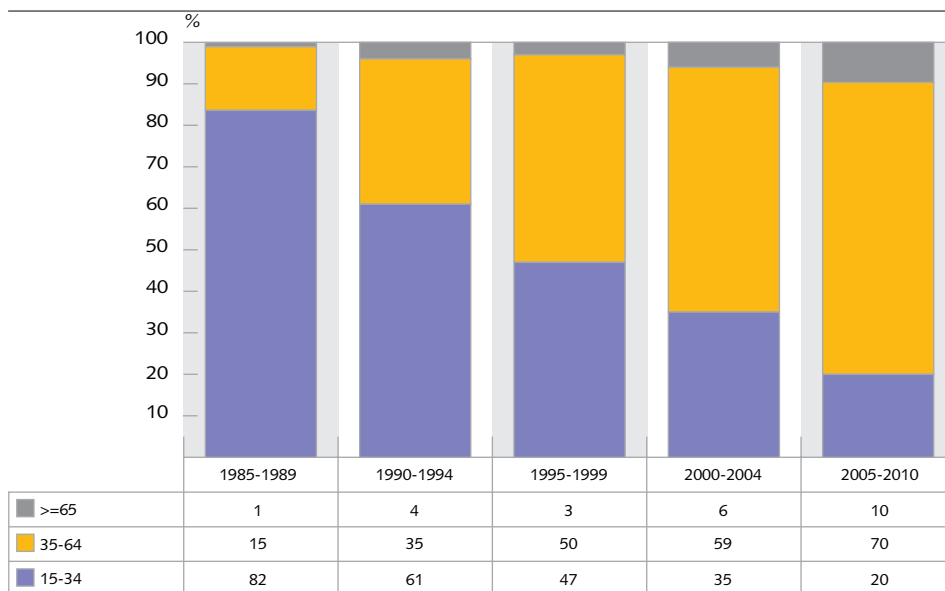
Aantal sterfgevallen. Volgens ICD-10 codes: F11-F12, F14-F16, F19, X42\*\*, X41\*\*, X62\*\*, X61\*\*, Y12\*\*, Y11\*\* (\*\*In combinatie met de T-codes T40.0-9, T43.6). Voor een verklaring van de codes: zie bijlage C.

Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS.

### Leeftijd en geslacht

- Net als de gebruikers van opiaten worden ook de slachtoffers van een dodelijke overdosis opiaten steeds ouder. Het aandeel jonge opiaatgebruikers dat overlijdt daalt. In de jaren 1985 tot en met 1989 was nog 84 procent van de overledenen jonger dan 35 jaar, vergeleken met nog maar twintig procent gemiddeld over de jaren 2005 tot en met 2010 (figuur 4.9). In 2010 alleen ging het om 22 procent.
- In 2010 was 59 procent van de opiaatslachtoffers man en was 41 procent vrouw. Tussen 1996 en 2010 schommelde het percentage mannen tussen 59 en 85 procent en schommelde het percentage vrouwen tussen 16 en 41 procent.

**Figuur 4.9** Leeftijdverdeling van sterfgevallen door overdosering van opiaten in de periode 1985-1989, 1990-1994, 1995-1999, 2000-2004 en 2005-2010



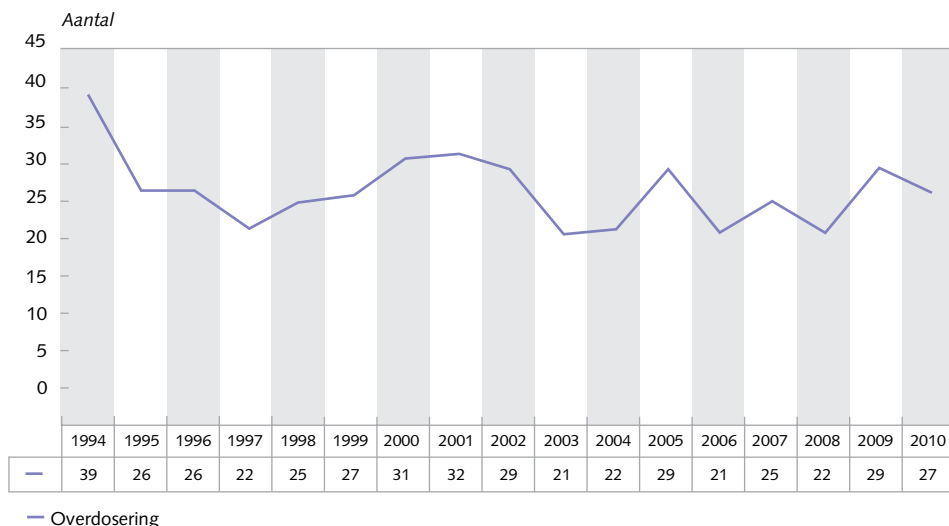
Percentage sterfgevallen per leeftijdsgroep. Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS.

### **Amsterdam**

De GGD Amsterdam rapporteert jaarlijks het aantal sterfgevallen door overdoseringen onder Amsterdamse drugsgebruikers (figuur 4.10). De registratie van de overdosissterfte in Amsterdam verschilt van de landelijke Doodsoorzakenstatistiek van het CBS, doordat in Amsterdam ook overledenen worden meegeteld die niet stonden ingeschreven in het bevolkingsregister. Het gaat daarbij onder andere om buitenlanders die illegaal in Nederland verbleven en om toeristen.

- In 2009 en 2010 overleden achtereenvolgens 29 en 27 drugsgebruikers in Amsterdam na een 'overdosering' van drugs, vaak opiaten al dan niet in combinatie met andere middelen (Buster en Van Brussel, 2011).
- In 2010 was 44 procent van de overledenen van Nederlandse herkomst; 12 procent was afkomstig uit Suriname, de Nederlandse Antillen, Marokko en Turkije en 44 procent was elders geboren.
- De daling in het aantal dodelijke overdoseringen in het begin van de jaren negentig heeft zich in het midden van de jaren negentig niet doorgezet. Er ontstonden nieuwe pieken in 2001 en 2005, daarna volgde een grillig verloop. Tussen 2009 en 2010 bleef het aantal vrijwel gelijk (figuur 4.10).

**Figuur 4.10 Sterfte door overdosering onder drugsgebruikers in Amsterdam, vanaf 1994**

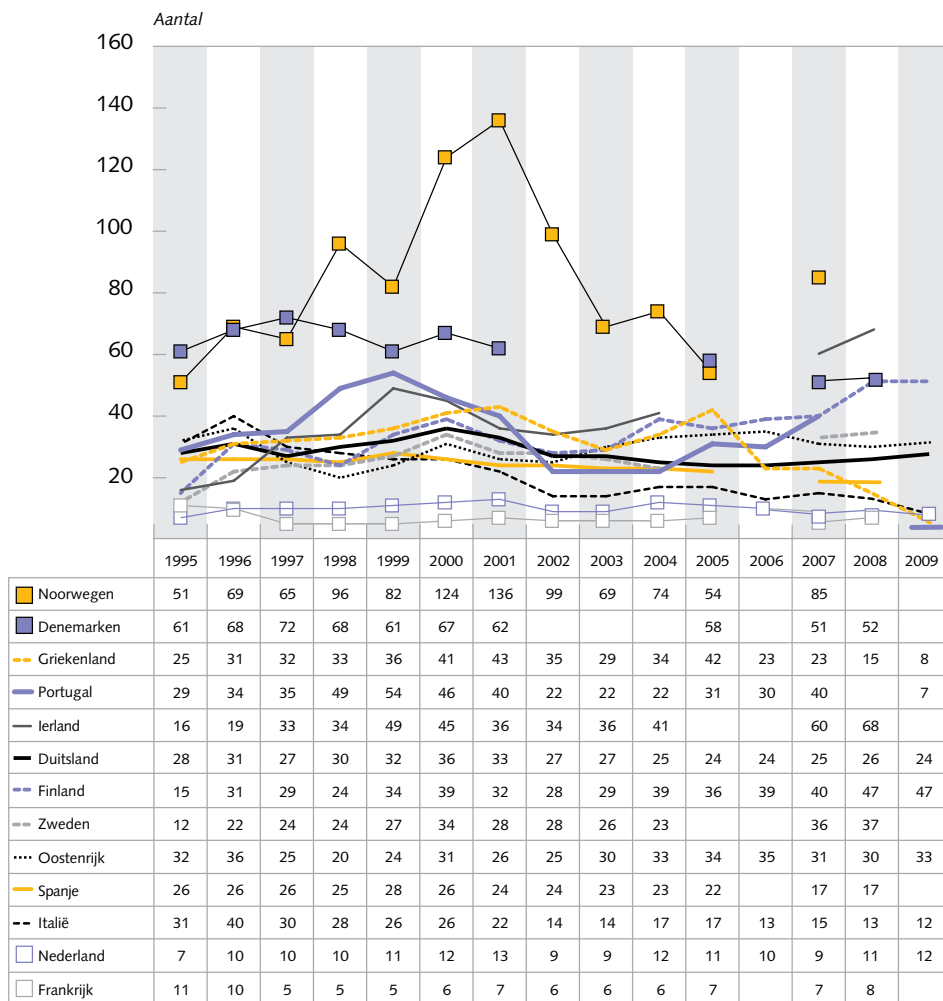


Aantal sterfgevallen door overdoseringen onder personen die ooit als opiaatgebruiker waren geregistreerd bij de GGD Amsterdam. Bron: GGD Amsterdam (Buster en Van Brussel, 2011).

### **Internationale vergelijking**

- Jaarlijks sterven in de lidstaten van de EU en Noorwegen bijna achtduizend mensen aan een overdosis drugs, veelal opiaten in combinatie met andere middelen (EMCDDA, 2011a). In 2008 werden 7 730 gevallen gerapporteerd en in 2009 werden 7 630 gevallen gerapporteerd. Dit is een ondergrens omdat niet alle gevallen van drugssterfte worden geregistreerd.
- Een internationale vergelijking van de drugssterfte wordt bemoeilijkt door verschillen in de definitie van dit begrip. Wel is er een standaard van het EMCDDA voor drugssterfte, gebaseerd op een specifieke selectie van ICD-9 of ICD-10 codes uit de doodsoorzakenstatistieken. Voor een aantal landen uit de EU-15 en voor Noorwegen zijn voldoende gegevens beschikbaar om per land te kijken naar de trend in de drugssterfte. Figuur 4.11 toont voor deze landen de trend vanaf 1995 in de door drugs geïnduceerde sterfgevallen per miljoen inwoners van 15 tot en met 64 jaar.
- In sommige lidstaten vertoont de trend van de afgelopen tien jaren een nogal grillig verloop met plotselinge stijgingen en dalingen, terwijl de trend in andere landen veel stabiel is.
- In Noorwegen en Denemarken ligt de drugssterfte relatief hoog, in Italië, Nederland en Frankrijk ligt de drugssterfte relatief laag.

**Figuur 4.11 Aantal door drugs geïnduceerde sterfgevallen per miljoen inwoners van 15 tot en met 64 jaar in een aantal landen van de EU-15 en Noorwegen, vanaf 1995<sup>1</sup>**



Aantal sterfgevallen per miljoen inwoners van 15-64 jaar. I. Volgens het EMCDDA protocol (selectie B) voor drugssterfte. Bron: EMCDDA, 2011b.



# 5 Ecstasy, amfetamine en verwante stoffen

De officiële benaming van ecstasy is 3,4-methyleendioxymethamfetamine (MDMA). Ook stoffen die chemisch op MDMA lijken – zoals MDA, MDEA, MBDB en amfetamine – of stoffen die daar geheel niet op lijken worden als ecstasy verkocht, zonder dat de gebruiker zich daar altijd van bewust is. Tenzij anders aangegeven, bedoelen wij in dit hoofdstuk met 'ecstasy' stoffen die als ecstasy worden beleefd of aangeprezen. Met amfetamine bedoelen wij zowel 'gewone' amfetamine als methamfetamine, de sterkere variant, tenzij anders aangegeven.

Ecstasy heeft een stimulerende en een entactogene werking. Door de entactogene werking van ecstasy voelen mensen zich verbonden met elkaar en leggen ze gemakkelijk contact. Deze combinatie van eigenschappen draagt bij aan de reputatie van ecstasy als party- of dansdrug. De verslavende werking is vermoedelijk gering. Ecstasy wordt doorgaans geslikt in pillen. Soms wordt het als poeder opgelost in een drankje en gedronken.

Amfetamine werkt stimulerend, sterker dan ecstasy, en heeft geen entactogene werking. Amfetamine wordt in het uitgaansleven gebruikt, maar ook door opiaat- of polydrugsverslaafden. Bij frequent gebruik kan afhankelijkheid optreden. Dit risico is groter voor methamfetamine dan voor 'gewone' amfetamine. De gebruikersnaam voor amfetamine is "speed". Amfetamine wordt in Nederland meestal geslikt of gesnoven en soms geïnjecteerd. Methamfetamine wordt soms gerookt. Sommige plattelandsjongeren gebruiken amfetamine als een goedkoper vervangingsmiddel voor cocaïne. Amfetamine die op deze wijze wordt gebruikt wordt daarom soms "boerencoke" genoemd.

## 5.1 Laatste feiten en trends

De belangrijkste feiten en trends over ecstasy en amfetamine in dit hoofdstuk zijn:

- In 2009 waren er dubbel zo veel ecstasy- als amfetaminegebruikers (§ 5.2).
- Het gebruik van ecstasy en amfetamine onder scholieren van het voortgezet onderwijs is tussen 2003 en 2011 gestabiliseerd (§ 5.3).
- Ecstasy is na cannabis de belangrijkste illegale drug in het uitgaansleven (§ 5.3).
- Het percentage recente ecstasygebruikers ligt boven het Europese gemiddelde (§ 5.5).
- Maar weinig ecstasygebruikers zoeken hulp bij de verslavingszorg. De daling in het aantal ecstasycliënten sinds 2005 heeft zich in 2009 voortgezet (§ 5.6).
- Het aantal primaire amfetaminecliënten is sinds het begin van deze eeuw gestegen en stabiliseerde in 2009 en 2010 (§ 5.6).
- Het aantal opnames in algemene ziekenhuizen vanwege een hoofddiagnose misbruik- of afhankelijkheid van amfetamine-achtigen is beperkt. Wel is er in het afgelopen decen-

- nium een stijging waarneembaar, een trend die zich in 2010 heeft voortgezet (§ 5.6).
- Het aandeel ecstasy-gerelateerde incidenten gemeld door EHBO-posten op grote evenementen nam tussen 2009 en 2011 toe (§ 5.6).
  - Het gemiddelde gehalte MDMA in ecstasypillen is tussen 2009 en 2011 fors gestegen (§ 5.8).
  - Het gehalte amfetamine in speedpoeders fluctueert sterk tussen 2008 en 2011 (§ 5.8).

## 5.2 Gebruik: algemene bevolking

In 1997, 2001, 2005 en 2009 vonden peilingen plaats van het Nationaal Prevalentie Onderzoek (NPO, Rodenburg et al., 2007; Van Rooij et al., 2011). De methode van gegevensverzameling verschilde in 2009 van die in de eerdere peilingen. In 1997, 2001 en 2005 zijn gegevens over drugsgebruik verzameld in een persoonlijk interview met respondenten, waar bij de onderzoeker de antwoorden op een laptop invoerde. In 2009 vulde de respondent zelf direct de antwoorden op de vragen in, zonder dat de interviewer meekeek. Er zijn aanwijzingen dat meer anonieme en privacybeschermende methoden, zoals toegepast in 2009, leiden tot iets hogere prevalenties van gebruik (persoonlijke communicatie CBS; EMCDDA, 2002).

- Het aantal Nederlanders van 15 tot en met 64 jaar dat ervaring heeft met ecstasy nam toe tussen 2001 en 2005 (tabel 5.1). In 2009 werd een hoger percentage ooitgebruik gevonden dan in 2005.
- Het percentage recente en actuele gebruikers van ecstasy bleef tussen 2001 en 2005 en tussen 2005 en 2009 op het zelfde niveau (Van Rooij et al., 2011).
- Veel minder mensen hebben ooit of recent amfetamine gebruikt. Hun aantal bleef tussen 2001 en 2005 stabiel. In 2009 werd een hoger percentage gevonden in het ooitgebruik van amfetamine, maar dat kan het gevolg zijn geweest van de nieuwe onderzoeksmethode. Het recent en actueel bleef tussen 2005 en 2009 op het zelfde niveau.
- Vanwege verschillen in methode kan niet worden vastgesteld of de hogere percentages ooitgebruik in 2009 een daadwerkelijke toename in het gebruik betekenen. Even zo kan niet worden gesteld dat de gelijke percentages voor recent en actueel gebruik in 2005 en 2009 een stabiele trend in het gebruik reflecteren.
- Het percentage actuele gebruikers bleef in 2009 voor zowel ecstasy als amfetamine ruim beneden de één procent.
- In absolute getallen bedroeg in 2009 het aantal actuele gebruikers van ecstasy 44 duizend en bedroeg het aantal actuele gebruikers van amfetamine 22 duizend. Deze schattingen zijn vermoedelijk aan de lage kant, omdat probleemgebruikers van hard-drugs in de bewuste peiling ondervertegenwoordigd waren.
- De jaarlijkse aanwas van nieuwe ecstasygebruikers blijft tussen 2001 en 2005 stabiel. Voor amfetamine is de daling van 2001 naar 2005 statistisch significant.

**Tabel 5.1 Gebruik van ecstasy en amfetamine in Nederland onder mensen van 15 tot en met 64 jaar. Peiljaren 1997, 2001, 2005 en 2009<sup>III</sup>**

|  | Ecstasy   |           |           |     |                     | Amfetamine |           |           |     |                     |
|--|-----------|-----------|-----------|-----|---------------------|------------|-----------|-----------|-----|---------------------|
|  | 1997      | 2001      | 2005      | ... | 2009 <sup>III</sup> | 1997       | 2001      | 2005      | ... | 2009 <sup>III</sup> |
| Ooitgebruik  | 2,3%      | 3,2%      | 4,3%      | ... | 6,2%                | 2,2%       | 2,0%      | 2,1%      | ... | 3,1%                |
| Recent gebruik <sup>I</sup>                                | 0,8%      | 1,1%      | 1,2%      | ... | 1,4%                | 0,4%       | 0,4%      | 0,3%      | ... | 0,4%                |
| Actueel gebruik <sup>II</sup>                              | 0,3%      | 0,3%      | 0,4%      | ... | 0,4%                | 0,1%       | 0,0%      | 0,2%      | ... | 0,2%                |
| Heeft voor het eerst in het afgelopen jaar gebruikt        | 0,5%      | 0,5%      | 0,3%      | ... | 0,5%                | 0,2%       | 0,2%      | 0,1%      | ... | 0,2%                |
| Gemiddelde leeftijd van de recente gebruikers <sup>I</sup> | 25,1 jaar | 26,6 jaar | 28,1 jaar | ... | -                   | 25,8 jaar  | 27,0 jaar | 25,9 jaar | ... | -                   |

Aantal respondenten: 17 590 (1997), 2 312 (2001), 4 516 (2005), 5 769 (2009). ... = Trendbreuk. - = gegevens ontbreken. I. In het afgelopen jaar. II. In de afgelopen maand. III. In 2009 is de onderzoeksmethode gewijzigd (zie tekst). Deze wijziging kan van invloed zijn geweest op de uitkomsten. Bron: NPO, CBS/IVO.

### Leeftijd, geslacht en stedelijkheid

- Voor zowel ecstasy als amfetamine was in 2009 het percentage ooitgebruikers groter onder de mannen dan onder de vrouwen. Onder de mannen had 8,3 procent ooit ecstasy gebruikt en onder de vrouwen 4,0 procent. Amfetamine was ooit gebruikt door 4,8 procent van de mannen en 1,4 procent van de vrouwen (Van Rooij et al., 2011).
- Het ooitgebruik van ecstasy kwam in 2009 het meest voor in zeer sterk stedelijke gebieden (10,4%) en kwam het minst voor in matig stedelijke gebieden (4,7%), weinig stedelijke gebieden (4,2%) en niet-stedelijke gebieden (4,5%). Voor amfetamine is in 2009 geen statistisch significant verschil gevonden tussen de zeer sterk stedelijke gebieden (4,1%) en de weinig stedelijke (2,9%) en niet stedelijke gebieden (3,0%).
- Mensen in de leeftijdsgroep 25 tot en met 44 jaar hadden in 2009 de meeste ervaring met ecstasy (11,3% versus 6,0% onder 15-24-jarigen en 1,2% onder 45-64-jarigen). Ook het ooitgebruik van amfetamine lag het hoogst in de leeftijdsgroep 25-44 jaar (5,0%), gevolgd door de leeftijdsgroep 15-24 jaar (3,1%) en 45-64 jaar (1,3%).
- Het aantal recente en actuele ecstasy- en amfetaminegebruikers is te klein voor een uitsplitsing naar leeftijd, geslacht en stedelijkheid.
- De gemiddelde leeftijd van de recente ecstasygebruikers is gestegen van 25 jaar in 1997 naar 28 jaar in 2005. Het verschil tussen 2001 en 2005 was niet statistisch significant. Voor amfetamine zijn over de jaren geen verschillen gevonden.
- De startleeftijd is de leeftijd waarop iemand voor het eerst een middel heeft gebruikt (zie ook bijlage A: startleeftijd). Onder de ooitgebruikers lag in de leeftijdsgroep van 15 tot en met 24 jaar de startleeftijd op gemiddeld 17,3 jaar voor ecstasy en 17,4 jaar voor amfetamine. In de leeftijdsgroep van 15 tot en met 64 jaar lag de startleeftijd op gemiddeld 22,2 jaar voor ecstasy en 21,6 jaar voor amfetamine.

## 5.3 Gebruik: jongeren

### Scholieren

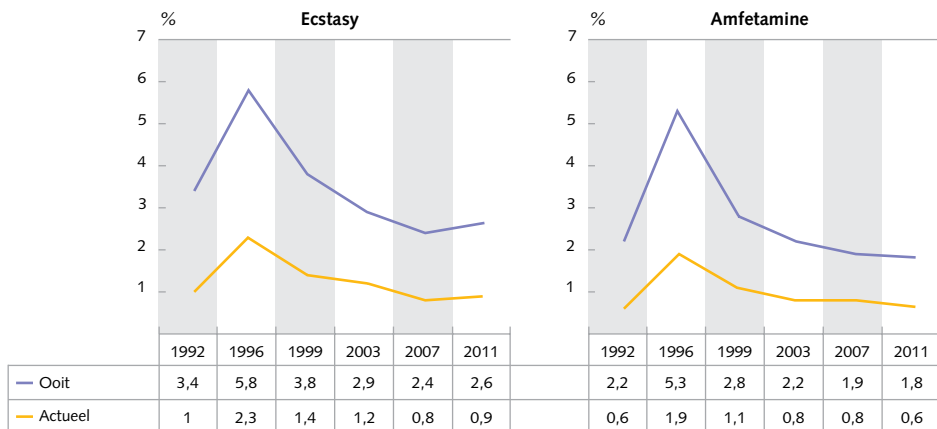
Vergeleken met cannabis gebruiken aanzienlijk minder leerlingen van het middelbaar onderwijs harddrugs, zoals ecstasy en amfetamine. Dit blijkt uit het Peilstationsonderzoek scholieren (Verdurmen et al., 2012).

- Van 1992 tot 1996 steeg het percentage gebruikers van ecstasy en amfetamine onder leerlingen van het regulier middelbaar onderwijs (figuur 5.1) (Verdurmen et al., 2012).
- Voor beide drugs daalde het percentage ooitgebruikers statistisch significant tussen 1996 en 1999. Verschillen tussen 1999 en 2011 waren niet statistisch significant (figuur 5.1).
- Het percentage actuele gebruikers van ecstasy en amfetamine daalde statistisch significant tussen 1996 en 1999 en stabiliseerde vervolgens (figuur 5.1).

### Leeftijd en geslacht

- Jongens hebben iets meer ervaring met amfetamine (2,3%) dan meisjes (1,2%). Overige verschillen tussen jongens en meisjes zijn niet statistisch significant.
- Oudere leerlingen hebben meer ervaring met ecstasy en amfetamine dan jongere leerlingen. Op 12-jarige leeftijd heeft 0,6 procent van de leerlingen ooit ecstasy geprobeerd en op 16-jarige leeftijd is dat 3,9 procent. Voor amfetamine is dat 0,3 procent van de 12-jarigen en 2,3 procent van de 16-jarigen.

Figuur 5.1 Gebruik van ecstasy en amfetamine onder scholieren van 12 tot en met 18 jaar, vanaf 1992



Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand). Bron: Peilstationsonderzoek scholieren, Trimbos-instituut.

## Speciaal onderwijs

- Tabel 5.2 laat zien dat scholieren van REC-4 scholen aanzienlijk vaker ervaring hebben met zowel ecstasy als amfetamine vergeleken met hun leeftijdgenoten van zowel het praktijkonderwijs (pro), het leerwegondersteunend onderwijs (lwoo) en het reguliere onderwijs (Kepper et al., 2009a). De verschillen zijn statistisch significant voor de leeftijdsgroepen 14-15 jaar en 16 jaar. Overigens maken leerlingen van de REC-4 scholen maar een tot twee procent uit van alle leerlingen in het voortgezet onderwijs (zie bijlage F).
- Er zijn geen verschillen in het ooitgebruik van ecstasy en amfetamine tussen leerlingen van het praktijkonderwijs, het lwoo en het regulier onderwijs.

**Tabel 5.2 Ooitgebruik van ecstasy en amfetamine onder leerlingen van 12-16 jaar van het speciaal en regulier onderwijs, naar leeftijdsgroep**

| Schooltype          | Ecstasy    |            |         | Amfetamine |            |         |
|---------------------|------------|------------|---------|------------|------------|---------|
|                     | 12-13 jaar | 14-15 jaar | 16 jaar | 12-13 jaar | 14-15 jaar | 16 jaar |
| Speciaal            |            |            |         |            |            |         |
| REC-4 <sup>I</sup>  | 3,1%       | 10,1%      | 17,9%   | 3,2%       | 7,1%       | 11,9%   |
| Pro <sup>II</sup>   | 1,4%       | 3,5%       | 3,2%    | 1,0%       | 1,3%       | 1,6%    |
| Lwoo <sup>III</sup> | 2,0%       | 1,9%       | 5,3%    | 0,6%       | 1,6%       | 2,0%    |
| Regulier            | 0,8%       | 2,5%       | 3,2%    | 0,9%       | 2,4%       | 2,3%    |

Percentage ooitgebruik. Peiljaar voor het speciaal onderwijs is 2008. Peiljaar voor het regulier onderwijs is 2007. I. REC = Regionaal Expertise Centrum. II. Pro = praktijkonderwijs. III. Lwoo = leerwegondersteunend onderwijs. Bronnen: Trimbos-instituut; Trimbos-instituut/Universiteit Utrecht.

## Speciale groepen

In bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen bevinden zich naar verhouding meer gebruikers van ecstasy en amfetamine. Tabel 5.3 vat de resultaten samen van uiteenlopende studies. De cijfers zijn onderling niet goed vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. Bovendien zijn de responspercentages in onderzoek onder uitgaande jongeren en jonge volwassenen vaak laag, waardoor een vertekening van de resultaten kan optreden.

### Ecstasy

Ecstasy blijft (na cannabis) de belangrijkste illegale drug in het uitgaanscircuit, vooral de dance scenes, maar er zijn signalen die wijzen op een stabilisatie van het gebruik (Doekhie et al., 2010). Ook heeft het middel de laatste jaren concurrentie gekregen van cocaïne, amfetamine en GHB.

- In 2008/2009 signaleerden sleutelfiguren in het uitgaansleven dat de meeste gebruikers ondanks de gedaalde kwaliteit van ecstasy (zie § 5.8) doorgaan met het gebruik van dit middel en de risico's voor lief nemen. Sommigen zijn overgestapt op andere middelen en een andere groep ziet af van het gebruik.

- Onder cafébezoekers in Amsterdam steeg het percentage dat de afgelopen maand ecstasy had gebruikt van zeven procent in 2005 naar dertien procent in 2010 (Benschop et al., 2011).
- In 2008/2009 is het middelengebruik onderzocht onder bezoekers van elf landelijk en regionaal georganiseerde party's en festivals (Van der Poel et al., 2010).
  - Een op de vier bezoekers was een actuele ecstasygebruiker (24%).
  - Actueel ecstasygebruik kwam het meest voor in de leeftijdsgroep 30-35 jaar (33%) en het minst onder bezoekers jonger dan 20 jaar (14%).
  - Tijdens de uitgaansavond zelf had 18 procent van alle bezoekers ecstasy gebruikt, maar dit aandeel varieerde sterk tussen party's (range: 1 tot 62%). Gemiddeld namen zij 1,7 pillen.
- In hetzelfde onderzoek in 2008/2009 is het middelengebruik onderzocht onder bezoekers van clubs en discotheken in (middel)grote gemeenten in vijf regio's van Nederland: de regio Noord (Friesland, Groningen en Drenthe), Oost (Gelderland en Overijssel), Midden (Utrecht en Flevoland), West (Noord- en Zuid-Holland) en Zuid (Noord- Brabant, Zeeland en Limburg).
  - Het percentage actuele ecstasygebruikers was het hoogst in de regio West (12,3%), gevolgd door de regio's Zuid (7,2%), Midden (6,9%), Oost (5,6%) en Noord (4,8%).
  - Landelijk gezien had naar schatting 23 procent van de clubbezoekers ooit ecstasy gebruikt en was naar schatting negen procent een actuele ecstasygebruiker.
- Onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen in Den Haag werd in 2008/2009 een percentage gevonden van 14 procent ooitgebruikers van ecstasy (Dekkers, Grund en Van Dijk, 2010). Het percentage actuele gebruikers lag op vier procent.
- In Gelderland werd in 2009 door sleutelfiguren het gebruik van ecstasy alleen gesignaleerd in het uitgaansleven (De Jong et al., 2009). De sleutelfiguren signaleerden dat jaar een daling in het gebruik van ecstasy en schreven dat toe aan het instorten van de markt (zie § 5.8).
- In het uitgaansleven wordt ecstasy geregeld samen met andere middelen genomen, zoals alcohol, cannabis en amfetamine. Vooral het gecombineerd gebruik van ecstasy en alcohol is populair (Nabben et al., 2007b).
  - In het landelijke onderzoek in 2008/2009 had 13 procent van de bezoekers van party's en festivals tijdens de uitgaansavond zowel alcohol als ecstasy geconsumeerd (vgl. 18% ecstasygebruikers in totaal).
  - Zowel de combinatie van ecstasy met cocaïne als de combinatie van ecstasy met amfetamine werd gerapporteerd door drie procent van de bezoekers. Twee procent van de bezoekers had zowel ecstasy als GHB geconsumeerd tijdens het uitgaan.
  - In het onderzoek onder uitgaanders in Den Haag in 2008/2009 werd gevonden dat tien procent van de uitgaanders het afgelopen jaar verschillende middelen had gecombineerd. Daarvan had dertien procent ecstasy met alcohol gecombineerd.
- Onder jongens (13-18 jaar) in justitiële jeugdinrichtingen heeft vijftien procent, voorafgaand aan hun detentie, ooit ecstasy gebruikt (Kepper et al., 2009b). Er zijn grote verschillen in het oitgebruik van ecstasy tussen deze jongens en de jongens

in het reguliere voortgezet onderwijs: 17 versus een procent onder de 13-14-jarigen, 12 versus drie procent onder de 15-16-jarigen en 16 versus negen procent onder de 17-18-jarigen. Vijf procent van de jongens gaf aan ecstasy te hebben gebruikt tijdens hun verblijf in de justitiële jeugdinstelling.

- Het percentage jongeren in de residentiële jeugdzorg dat ooit ecstasy heeft gebruikt varieert van zeven procent onder de 12-13-jarigen tot 15 procent onder de 14-15-jarigen en 25 procent onder de 16-jarigen. In het reguliere onderwijs lagen deze percentages beduidend lager op respectievelijk een, twee en drie procent (Kepper et al., 2009a). Gemiddeld had 21 procent van de jongeren in de jeugdzorg ooit ecstasy gebruikt, 18 procent van de jongens en 23 procent van de meisjes.

### **Amfetamine**

Amfetamine is minder populair onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen dan ecstasy en cocaïne. Op hardcore feesten en in bepaalde (alternatieve) scènes (punk, electro, trance, underground, rock en tekno) komt het gebruik van amfetamine wat vaker voor vergeleken met het (grootstedelijk) trendy uitgaanscircuit (Van der Poel et al., 2010; Doekhie et al., 2010).

- Volgens observaties van sleutelfiguren in het uitgaanscircuit is er sprake van een stabiele en, vooral in het noorden, een licht stijgende trend (Doekhie et al., 2010).
- In Gelderland constateren sleutelfiguren dat amfetamine wordt gebruikt omdat het goedkoop is en makkelijk verkrijgbaar (De Jong et al., 2009). Amfetamine wordt daarom wel eens 'armoedecoke' genoemd of 'boerencoke'.
- Onderzoek in 2008/2009 onder bezoekers van clubs en discotheken in (middel)grote gemeenten in vijf regio's van Nederland laat zien dat het amfetaminegebruik (nog steeds) het hoogst is in het westen van het land (Van der Poel et al., 2010).
  - Percentages actuele amfetaminegebruikers varieerden van 1,7 procent in de regio Zuid (Noord-Brabant, Zeeland en Limburg) tot 5,4 procent in de regio West (Noord- en Zuid-Holland).
  - In de regio's Oost (Gelderland en Overijssel), Noord (Friesland, Groningen en Drenthe) en Midden (Utrecht en Flevoland) ging het om achtereenvolgens 2,2 procent, 2,4 procent en 3,0 procent.
  - Landelijk gezien had naar schatting dertien procent van de clubbezoekers ooit amfetamine gebruikt en was naar schatting drie procent een actuele amfetaminegebruiker.
- Onder de uitgaanders komt amfetaminegebruik iets meer voor onder bezoekers van grootschalige party's en festivals.
  - Volgens onderzoek in 2008/2009 was zeven procent van deze bezoekers een actuele amfetaminegebruiker.
  - Op de uitgaansavond zelf had 5,7 procent van de bezoekers amfetamine genomen, maar dit varieerde tussen uitgaansgelegenheden van nul tot 21 procent. Per avond werd gemiddeld 0,7 gram geconsumeerd.
  - Drie procent van de bezoekers had tijdens de uitgaansavond zowel alcohol als amfetamine genomen.

- Onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen in Den Haag werd in 2008/2009 een percentage gevonden van negen procent ooitgebruikers van amfetamine (Dekkers, Grund en Van Dijk, 2010). Het percentage actuele gebruikers lag op twee procent.
- Jongens in justitiële jeugdinstellingen gebruiken beduidend vaker amfetamine, voorafgaand aan hun detentie, dan hun leeftijdgenoten in het reguliere voortgezet onderwijs: negen versus een procent onder de 13-14-jarigen, vijf versus drie procent onder de 15-16-jarigen en 14 versus vier procent onder de 17-18-jarigen (Kepper et al., 2009b). Drie procent van de jongens gaf aan amfetamine te hebben gebruikt tijdens hun verblijf in de justitiële jeugdinstelling.
- Onder jongeren in de residentiële jeugdzorg (12-18 jaar) had 16 procent ooit amfetamine gebruikt, 15 procent van de jongens en 18 procent van de meisjes (Kepper et al., 2009a).
- Cijfers van het DIMS (zie § 5.8) en kwalitatieve gegevens van de Trendwatchmonitor suggereren dat methamfetamine in Nederland niet populair is (Doekhie et al., 2010). Het gebruik lijkt zich te beperken tot enkele niches in homonetwerken in Amsterdam en tot zogenaamde psychonauten, die veelal experimenteren met hallucinogene middelen en andere drugs.
- Volgens de Antenne-monitor was methamfetamine in Amsterdam in 2010 nog net zo prijzig als in 2009, ruim honderd euro per gram (Benschop et al., 2011).



**Tabel 5.3 Gebruik van ecstasy en amfetamine in speciale groepen**

|   | Locatie                | Peiljaar  | Leeftijd (jaar) | Ecstasy |         | Amfetamine |         |
|---|------------------------|-----------|-----------------|---------|---------|------------|---------|
|   |                        |           |                 | Ooit    | Actueel | Ooit       | Actueel |
| <b>Uitgaande jongeren en jongvolwassenen</b>                              |                        |           |                 |         |         |            |         |
| - Bezoekers van trendy clubs  | Amsterdam              | 2008      | Gem. 25         | 48%     | 21%     | 24%        | 6%      |
| - Coffeeshop-bezoekers  | Amsterdam              | 2009      | Gem. 28         | 41%     | 6%      | 20%        | 2%      |
| - Bezoekers van cafés   | Amsterdam              | 2010      | Gem. 27         | 46%     | 13%     | 18%        | 2%      |
| - Bezoekers van party's en festivals                                      | Landelijk <sup>I</sup> | 2008/2009 | Gem. 24         | 42%     | 24%     | 23%        | 7%      |
| - Bezoekers van clubs en discotheken                                      | Landelijk <sup>I</sup> | 2008/2009 | Gem. 22         | 23%     | 9%      | 13%        | 3%      |
| - Uitgaande jongeren en jongvolwassenen                                   | Den Haag               | 2008/2009 | Gem. 21         | 14%     | 4%      | 9%         | 2%      |
| <b>Probleemjongeren</b>   |                        |           |                 |         |         |            |         |
| - Jongeren in de residentiële jeugdzorg                                   | Landelijk              | 2008      | Gem. 15         | 21%     | 4%      | 16%        | 3%      |
| - Jongeren (alleen jongens) in justitiële jeugdinrichtingen <sup>II</sup> | Landelijk              | 2009      | Gem. 16         | 15%     | 7%      | 9%         | 5%      |

Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand) per groep. De cijfers in deze tabel zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. I. Geringe respons (19%). II. Gebruik in de maand voorafgaand aan het verblijf in een justitiële jeugdinrichting (JJI). Gegevens zijn verzameld in tien van de twaalf JJI's.

Bronnen: Antenne 2008, Bonger Instituut voor Criminologie, Universiteit van Amsterdam (Benschop et al., 2009); Antenne 2009, Bonger Instituut voor Criminologie, Universiteit van Amsterdam (Nabben et al., 2010); Antenne 2010, Bonger Instituut voor Criminologie, Universiteit van Amsterdam (Benschop et al., 2011); Tendens 2008, IrisZorg (De Jong et al., 2008); Uitgaansonderzoek, Trimbos-instituut/Universiteit van Amsterdam (Van der Poel et al., 2010); Haags Uitgaansonderzoek (HUO), Gemeente Den Haag/Parnassia/Politie Haaglanden (Dekkers, Grund en Van Dijk, 2010); EXPLORE, Trimbos-instituut (Kepper et al., 2009a;b).

## 5.4 Problematisch gebruik

Het aantal probleemgebruikers van ecstasy en amfetamine, dat wil zeggen mensen die in hun dagelijks functioneren last krijgen van hun drugsgebruik of zelfs verslaafd raken, is onbekend.

- Zowel ecstasy als amfetamine kunnen bij chronisch gebruik leiden tot afhankelijkheid. Wél staat het optreden van een onttrekingsyndroom bij ecstasy ter discussie (Degenhardt et al., 2010; Leung en Cottler, 2008).
- Het aantal hulpvragen bij de verslavingszorg voor ecstasy is gering (zie ook § 5.6). Onbekend is of dit samenhangt met een geringe omvang van het probleemgebruik, de aard en ernst van de klachten, of andere factoren.
- Ecstasygebruikers hebben vanaf 2008 de mogelijkheid hulp te zoeken bij speciale medische spreekuren van de verslavingszorg in het westen van het land. De hulpvragers voor problemen met ecstasy blijken vooral klachten te rapporteren zoals depressiviteit, gevoelens van derealisatie, angst, verminderde concentratie, vermoeidheid, gevoel van schokken in het hoofd, tintelingen, spiertrekkingen, zichtproblemen en duizelingen.
- In het voorafgaande (zie § 5.3) werd het onderzoek uit 2008/2009 genoemd naar het middelengebruik op party's en festivals en in clubs en discotheken (Van der Poel et al., 2010). In dit onderzoek is ook gekeken naar het probleemgebruik van ecstasy en amfetamine.
  - Probleemgebruik werd gedefinieerd als het voldoen aan drie of meer van de volgende zeven criteria: gebruiken ondanks problemen, veel tijd besteden aan gebruik, veel meer nodig hebben van het middel voor hetzelfde effect, meer gebruiken dan men van plan was, zonder succes proberen te minderen of te stoppen, belangrijke activiteiten opgeven, of zich ziek voelen bij minderen of stoppen.
  - Van de partybezoekers bleek dat van de recente gebruikers van ecstasy elf procent een probleemgebruiker was. Van de recente gebruikers van amfetamine was 19 procent een probleemgebruiker.
  - Van de clubbezoekers die het afgelopen jaar ecstasy hadden gebruikt was dertien procent een probleemgebruiker. Van de clubbezoekers die het afgelopen jaar amfetamine hadden gebruikt was 21 procent een probleemgebruiker.

## 5.5 Gebruik: internationale vergelijking

### Algemene bevolking

Tabel 5.4a en 5.4b presenteren gegevens over het gebruik van ecstasy en amfetamine in een aantal EU-lidstaten, Noorwegen, Australië, Canada en de Verenigde Staten.

- Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking. Van invloed is vooral de leeftijdsgroep. Tabel 5.4a geeft gebruikscijfers die zijn (her)berekend volgens de standaard leeftijdsgroep van het EMCDDA (15 tot en met 64 jaar). Gegevens voor de overige landen staan in tabel 5.4b. Voor Europa zijn alleen landen uit de EU-15 en Noorwegen opgenomen. Voor zover beschikbaar zijn gegevens voor andere EU-lidstaten in Bijlage E vermeld. In de meeste landen wordt geen onderscheid gemaakt tussen amfetamine en methamfetamine. Volgens het EMCDDA speelt methamfetamine in de EU vooral een rol in Tsjechië en Slowakije (EMCDDA, 2011a).
- Wat betreft het oitgebruik van ecstasy spannen Australië (10,3%) en het Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales, 8,3%) de kroon. Percentages van vijf tot zes procent zijn verder gevonden in Ierland (5,4%), de Verenigde Staten (6,3%) en Nederland (6,2%). In Noorwegen, Griekenland, Malta en Roemenië komt het percentage oitgebruikers niet boven een procent uit.
- Het percentage mensen dat ooit amfetamine heeft gebruikt loopt uiteen van minder dan één procent in Portugal, Griekenland, Cyprus, Malta en Roemenië tot 8,5 procent in de Verenigde Staten, met een uitschieter naar twaalf procent in het Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales). In Nederland heeft drie procent ervaring met amfetamine.
- Het percentage recente consumenten van ecstasy is het hoogst in Australië (3,0%). In de andere landen varieert het recent gebruik van ecstasy van 0,1% tot 1,6%. Voor amfetamine varieert het percentage recente gebruikers van 0,1% of minder in Frankrijk, Griekenland, Malta en Roemenië tot 2,1% in Australië.
- In Nederland ligt het percentage recente gebruikers van ecstasy (1,4%) op het dubbele van het Europese gemiddelde van 0,7 procent. Voor amfetamine ligt het percentage recente gebruikers in Nederland met 0,4 procent rond het Europese gemiddelde van 0,5 procent (EMCDDA, 2011a).

**Tabel 5.4a** Consumptie van ecstasy en amfetamine onder de algemene bevolking van enkele lidstaten van de EU-15 en Noorwegen: leeftijdsgroep 15 tot en met 64 jaar

| Land        | Jaar      | Ecstasy |        | Amfetamine |        |
|-------------|-----------|---------|--------|------------|--------|
|             |           | Ooit    | Recent | Ooit       | Recent |
| Nederland   | 2009      | 6,2%    | 1,4%   | 3,1%       | 0,4%   |
| Ierland     | 2006/2007 | 5,4%    | 1,2%   | 3,5%       | 0,4%   |
| Spanje      | 2009      | 4,9%    | 0,8%   | 3,7%       | 0,6%   |
| Italië      | 2008      | 3,0%    | 0,7%   | 3,2%       | 0,4%   |
| Oostenrijk  | 2008      | 2,3%    | 0,5%   | 2,5%       | 0,5%   |
| Zweden      | 2008      | 2,1%    | 0,1%   | 5,0%       | 0,8%   |
| Frankrijk   | 2005      | 2,0%    | 0,4%   | 1,4%       | 0,1%   |
| Finland     | 2006      | 1,6%    | 0,5%   | 2,2%       | 0,6%   |
| Portugal    | 2007      | 1,3%    | 0,4%   | 0,9%       | 0,2%   |
| Noorwegen   | 2009      | 1,0%    | 0,3%   | 3,8%       | 0,7%   |
| Griekenland | 2004      | 0,4%    | 0,2%   | 0,1%       | 0,0%   |

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen. Percentage gebruikers ooit in het leven en recent (laatste jaar). Bron: EMCDDA.

**Tabel 5.4b** Consumptie van ecstasy en amfetamine onder de algemene bevolking van enkele lidstaten van de EU-15, de Verenigde Staten, Canada en Australië: overige leeftijdsgroepen<sup>1</sup>

| Land                                    | Jaar      | Leeftijd    | Ecstasy |        | Amfetamine |        |
|---|-----------|-------------|---------|--------|------------|--------|
|   |           |             | Ooit    | Recent | Ooit       | Recent |
| Australië                               | 2010      | 14 en ouder | 10,3%   | 3,0%   | 7,0%       | 2,1%   |
| Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales) | 2009/2010 | 16 - 59     | 8,3%    | 1,6%   | 11,7%      | 1,0%   |
| Verenigde Staten                        | 2010      | 12 en ouder | 6,3%    | 1,0%   | 8,5%       | 1,1%   |
| Canada                                  | 2010      | 15 en ouder | 3,9%    | 0,7%   | 3,9%       | 0,5%   |
| Duitsland                               | 2009      | 18 - 64     | 2,4%    | 0,4%   | 3,7%       | 0,7%   |
| Denemarken                              | 2010      | 16 - 64     | 2,1%    | 0,3%   | 6,2%       | 0,7%   |

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen. Percentage gebruikers ooit in het leven en recent (laatste jaar). 1. Drugsgebruik is naar verhouding laag in de jongste (12-15 jaar) en oudere leeftijdsgroepen (>64 jaar). Gebruikscijfers in studies met respondenten die jonger en/of ouder zijn dan de EMCDDA-standaard zullen mogelijk lager uitvallen dan cijfers in studies die de EMCDDA-standaard toepassen. Voor studies met een meer beperkt leeftijdsbereik geldt het omgekeerde. Bronnen: EMCDDA, AIHW, SAMSHA, CADUMS.

## Jongeren

Beter vergelijkbaar zijn de gegevens van het ESPAD-onderzoek onder scholieren van vijftien en zestien jaar in Europese landen. Tabel 5.5a toont het gebruik van ecstasy en tabel 5.5b toont het gebruik van amfetamine in een aantal landen van de EU, Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde Staten. Dit laatste land deed niet mee aan de ESPAD maar voerde vergelijkbaar onderzoek uit (Hibell et al., 2000, 2004, 2009, 2012).

- Het percentage leerlingen dat in 2011 wel eens ecstasy heeft geprobeerd was het laagst in Denemarken, Finland en Noorwegen (1%). De Verenigde Staten gingen aan kop met zeven procent, gevolgd door België en Nederland met vier procent.
- Het percentage recente gebruikers van ecstasy varieerde van een procent in Duitsland, Griekenland, Zweden, Spanje, Denemarken, Finland en Noorwegen tot vijf procent in de Verenigde Staten. Het (ongewogen) gemiddelde voor 36 deelnemende Europese landen kwam uit op twee procent, een procent lager dan in Nederland.
- Van de in tabel 5.5b genoemde landen scoorden in 2011 de Verenigde Staten op de maat ooitgebruik van amfetamine het hoogst (9%), gevolgd door België (5%). Nederland nam met een procent een relatief lage positie in.
- In de andere landen in tabel 5.5b had tussen nul en vier procent van de scholieren ooit in het leven nog amfetamine gebruikt. Voor 36 deelnemende Europese landen kwam het percentage ooitgebruikers gemiddeld op drie procent.

**Tabel 5.5a** Consumptie van ecstasy onder scholieren van 15 en 16 jaar in een aantal lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde Staten<sup>I</sup>. Peiljaren 1999, 2003, 2007 en 2011

| Land                             | 1999 | 2003 |        | 2007 |        | 2011 |        |
|----------------------------------|------|------|--------|------|--------|------|--------|
|                                  | Ooit | Ooit | Recent | Ooit | Recent | Ooit | Recent |
| Verenigde Staten <sup>I</sup>    | 6%   | 6%   | 3%     | 5%   | 3%     | 7%   | 5%     |
| België <sup>II</sup>             | -    | 4%   | 3%     | 5%   | 4%     | 4%   | 3%     |
| Nederland                        | 4%   | 5%   | 3%     | 4%   | 3%     | 4%   | 3%     |
| Portugal                         | 2%   | 4%   | 2%     | 2%   | 1%     | 3%   | 3%     |
| Frankrijk                        | 3%   | 4%   | -      | 4%   | 2%     | 3%   | 2%     |
| Ierland                          | 5%   | 5%   | 2%     | 4%   | 3%     | 2%   | 2%     |
| Italië                           | 2%   | 3%   | 2%     | 3%   | 2%     | 2%   | 2%     |
| Duitsland <sup>III</sup>         | -    | 3%   | 2%     | 3%   | 2%     | 2%   | 1%     |
| Griekenland                      | 2%   | 2%   | 2%     | 2%   | 2%     | 2%   | 1%     |
| Zweden                           | 1%   | 2%   | 1%     | 2%   | 2%     | 2%   | 1%     |
| Spanje <sup>IV</sup>             | -    | 5%   | 3%     | 3%   | 2%     | 2%   | 1%     |
| Denemarken <sup>V</sup>          | 3%   | 2%   | 2%     | 5%   | 2%     | 1%   | 1%     |
| Finland                          | 1%   | 1%   | 1%     | 2%   | 1%     | 1%   | 1%     |
| Noorwegen                        | 3%   | 2%   | 1%     | 1%   | 1%     | 1%   | 1%     |
| Verenigd Koninkrijk <sup>V</sup> | 3%   | 5%   | 3%     | 4%   | 3%     | -    | -      |
| Oostenrijk                       | -    | 3%   | 2%     | 3%   | 2%     | -    | -      |
| Zwitserland                      | -    | 2%   | 1%     | 2%   | 2%     | -    | -      |

Percentage gebruikers ooit in het leven en in het laatste jaar (recent). - = niet gemeten. I. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit. II. België in 2007 en 2011 alleen voor Vlaanderen. III. Duitsland in 2007 alleen voor zeven deelstaten en in 2011 alleen voor vijf deelstaten. IV. De gegevens voor Spanje en Denemarken zijn minder representatief. V. Verenigd Koninkrijk niet voor 2011 vanwege te lage respons (slechts 6% van de scholen). Bron: ESPAD.

**Tabel 5.5b** Consumptie van amfetamine onder scholieren van 15 en 16 jaar in een aantal lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde Staten<sup>I</sup>. Peiljaren 1999, 2003, 2007 en 2011

| Land                             | 1999 | 2003 |        | 2007 | 2011 |
|----------------------------------|------|------|--------|------|------|
|                                  | Ooit | Ooit | Recent | Ooit | Ooit |
| Verenigde Staten <sup>I</sup>    | 16%  | 13%  | 9%     | 11%  | 9%   |
| België <sup>II</sup>             | -    | 2%   | 1%     | 5%   | 5%   |
| Frankrijk                        | 2%   | 3%   | -      | 4%   | 4%   |
| Duitsland <sup>III</sup>         | -    | 5%   | 3%     | 5%   | 4%   |
| Portugal                         | 3%   | 3%   | 2%     | 2%   | 3%   |
| Italië                           | 2%   | 3%   | 2%     | 4%   | 2%   |
| Ierland                          | 3%   | 1%   | 0%     | 3%   | 2%   |
| Griekenland                      | 1%   | 0%   | 0%     | 3%   | 2%   |
| Denemarken <sup>IV</sup>         | 4%   | 4%   | 3%     | 5%   | 2%   |
| Zweden                           | 1%   | 1%   | 1%     | 2%   | 1%   |
| Spanje <sup>IV</sup>             | -    | 4%   | 3%     | 3%   | 1%   |
| Noorwegen                        | 3%   | 2%   | 1%     | 1%   | 1%   |
| Nederland                        | 2%   | 1%   | 1%     | 2%   | 1%   |
| Finland                          | 1%   | 1%   | 0%     | 1%   | 1%   |
| Verenigd Koninkrijk <sup>V</sup> | 8%   | 3%   | 2%     | 2%   | -    |
| Zwitserland                      | -    | 3%   | 2%     | 3%   | -    |
| Oostenrijk                       | -    | 4%   | 4%     | 8%   | -    |

Percentage gebruikers ooit in het leven en recent (in het laatste jaar). - = niet gemeten. I. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit. II. België alleen voor Vlaanderen. III. Duitsland alleen voor zeven deelstaten in 2007 en vijf deelstaten in 2011. IV. De gegevens voor Denemarken en Spanje zijn minder representatief. V. Verenigd Koninkrijk niet voor 2011 vanwege te lage respons (slechts 6% van de scholen). Bron: ESPAD.

## 5.6 Hulpvraag en incidenten

### Verslavingszorg

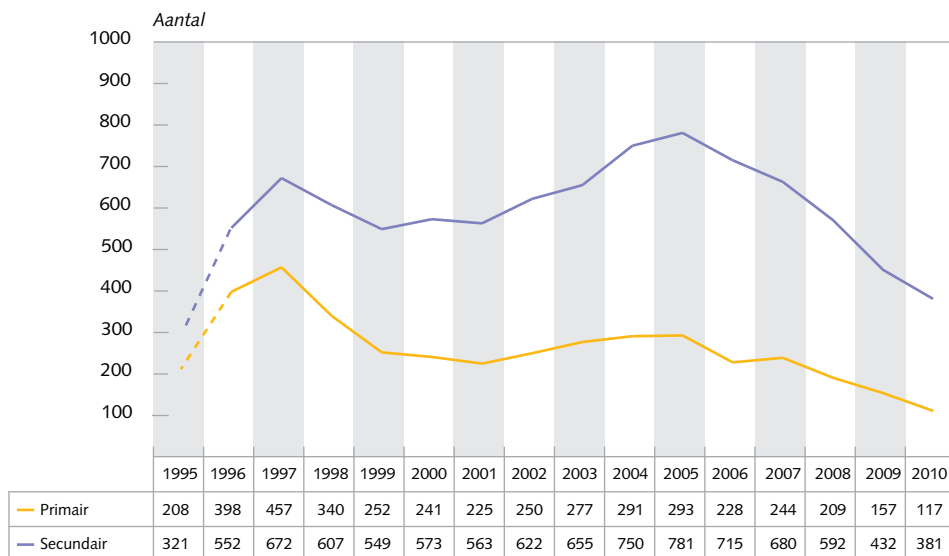
De verslavingszorg is het onderdeel van de gezondheidszorg dat hulp biedt aan mensen die verslaafd zijn geraakt aan drugs, alcohol, medicijnen, of gokken. In Nederland zijn verschillende gespecialiseerde instellingen actief binnen de verslavingszorg. Samen met de verslavingsreclassering sturen deze instellingen anonieme gegevens over de hulpverlening naar het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) (Ouweland et al., 2011). (Zie in bijlage A: Cliënt LADIS.)

### Ecstasy

- Het aantal cliënten in de (ambulante) verslavingszorg met ecstasy als primair probleem steeg tot 1997 (figuur 5.2). Dit berustte deels op een uitbreiding van de mogelijkheden voor de verslavingszorg om problematisch gebruik van ecstasy te registreren. Vanaf 1997 zette een daling in, gevolgd door een stabilisatie vanaf 1999. Tussen 2007 en 2010 daalde het aantal primaire ecstasycliënten met 52 procent.
- Per 100 000 inwoners van 15 jaar en ouder registreerde het LADIS in 2010 slechts één primaire ecstasycliënt, aanzienlijk minder dan voor de meeste andere drugs (80 voor cannabis, 76 voor cocaïne en 90 voor opiaten).
- Het aandeel van ecstasy in alle hulpvragen voor drugsproblematiek bleef in de afgelopen jaren gering: minder dan een procent.
- In 2010 was bijna eenderde van de primaire ecstasycliënten een nieuwkomer (29%). Deze nieuwkomers werden ingeschreven in 2010 en stonden niet eerder ingeschreven bij de (ambulante) verslavingszorg voor een drugsprobleem.
- De meeste primaire ecstasycliënten hadden ook problemen met een ander middel (76%).
- Er zijn meer cliënten die ecstasy als secundair dan als primair probleem noemen. Tussen 2005 en 2010 daalde het aantal secundaire ecstasycliënten met 51 procent. Tussen 2009 en 2010 vond er nog een daling plaats met 12 procent. In 2010 was voor deze groep van secundaire ecstasycliënten het primaire probleem cocaïne of crack (29%), amfetamine (24%), cannabis (23%), of alcohol (17%).



**Figuur 5.2 Aantal inschrijvingen bij de (ambulante) verslavingszorg vanwege primaire of secundaire ecstasyproblematiek, vanaf 1995**

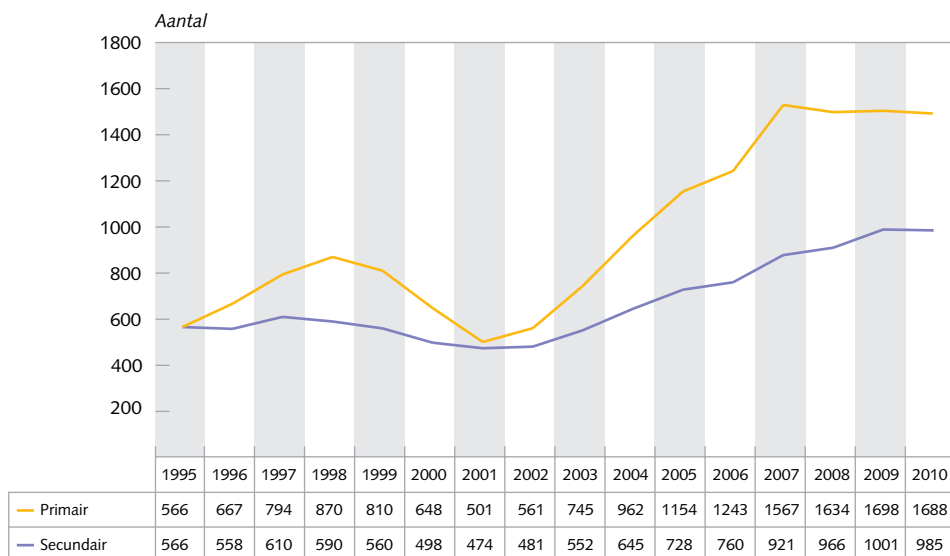


Bron: LADIS, IVZ (Ouwehand et al., 2011).

## Amfetamine

- Het aantal cliënten met amfetamine als primair probleem werd tussen 2001 en 2009 drie keer zo groot, en bleef in 2010 op hetzelfde niveau (figuur 5.3).
- Het aandeel van amfetamine in alle hulpvragen voor drugsproblematiek bleef in al die jaren ondergeschikt (tussen 2 en 5%).
- Per 100 000 inwoners van 15 jaar en ouder registreerde het LADIS in 2010 twaalf primaire amfetaminecliënten, meer dan in 1995 of in 2001 (4 in beide jaren).
- In 2010 was bijna eenderde van de primaire amfetaminecliënten een nieuwkomer (29%). Deze nieuwkomers werden ingeschreven in 2010 en stonden niet eerder ingeschreven bij de (ambulante) verslavingszorg voor een drugsprobleem.
- De meeste cliënten met een primair amfetamineprobleem rapporteerden ook problemen met een ander middel (65%).
- Voor bijna duizend cliënten was amfetamine in 2010 een secundair probleem. Voor deze groep was het primaire probleem cannabis (33%), alcohol (28%), cocaïne of crack (19%), heroïne (7%), of GHB (6%).

**Figuur 5.3 Aantal inschrijvingen bij de (ambulante) verslavingszorg vanwege primaire of secundaire amfetamineproblematiek, vanaf 1995**



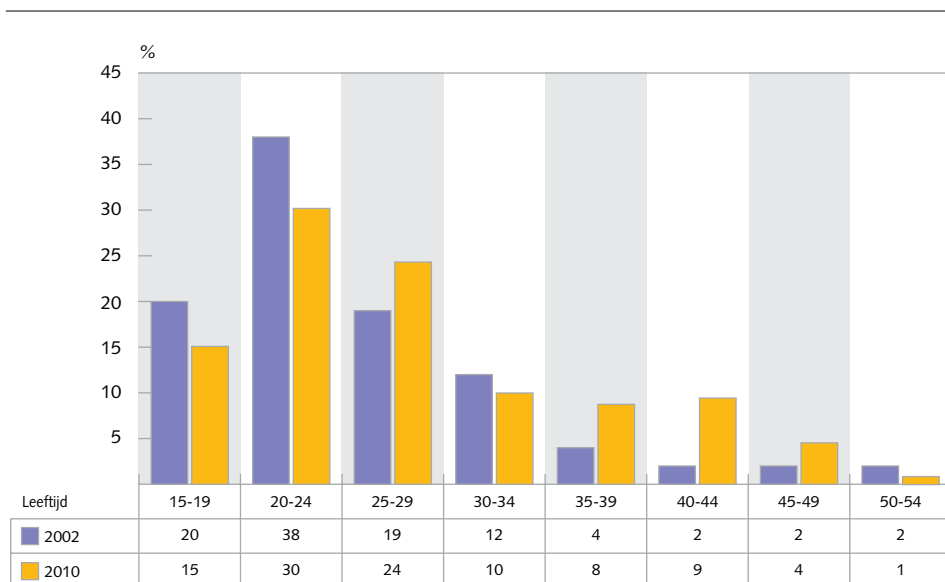
Bron: LADIS, IVZ (Ouweland et al., 2011).

## **Leeftijd en geslacht**

### **Ecstasy**

- In 2010 was drie kwart van de primaire ecstasycliënten man (75%). Het aandeel vrouwen (25%) is groter dan voor cannabis, cocaïne en opiaten (17-20%). Tussen 2000 en 2010 steeg het percentage vrouwen van 19 naar 25 procent.
- De gemiddelde leeftijd van de primaire ecstasycliënten was 28 jaar. Daarmee zijn zij gemiddeld het jongst van alle drugscliënten. De piek ligt in de leeftijdsgroep 20-24 jaar, maar in 2002 was deze piek groter (zie figuur 5.4). Tussen 2002 en 2010 stijgt de gemiddelde leeftijd van de ecstasycliënten van 25 naar 28 jaar.

**Figuur 5.4** Leeftijdverdeling van primaire ecstasycliënten bij de (ambulante) verslavingszorg. Peiljaren 2002 en 2010

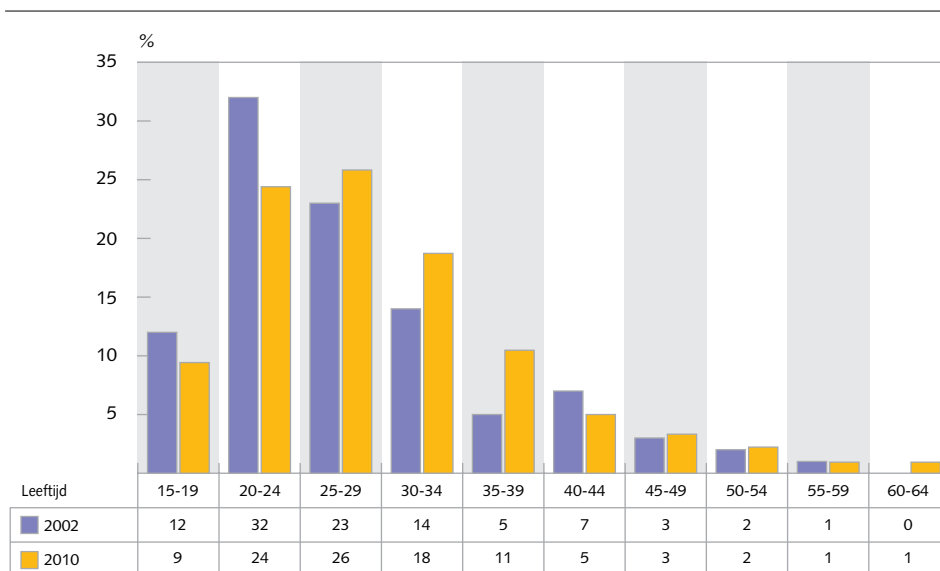


Percentage per leeftijdsgroep. Bron: LADIS, IVZ (Ouweland et al., 2011).

### **Amfetamine**

- In 2010 waren ongeveer acht van de tien primaire amfetaminecliënten man (78%). Het aandeel vrouwen steeg licht van 21 procent in 2000 naar 22 procent in 2010.
- De gemiddelde leeftijd was 29 jaar, iets hoger dan bij de ecstasycliënten en hoger dan in 2005 (26 jaar). Bij de amfetaminecliënten ligt de piek in de leeftijdsgroep 25-29 jaar, maar in 2002 lag de piek in de leeftijdsgroep 20-24 jaar (figuur 5.5).

**Figuur 5.5** Leeftijdsverdeling van primaire amfetaminecliënten bij de (ambulante) verslavingszorg. Peiljaren 2002 en 2010



### Algemene ziekenhuizen

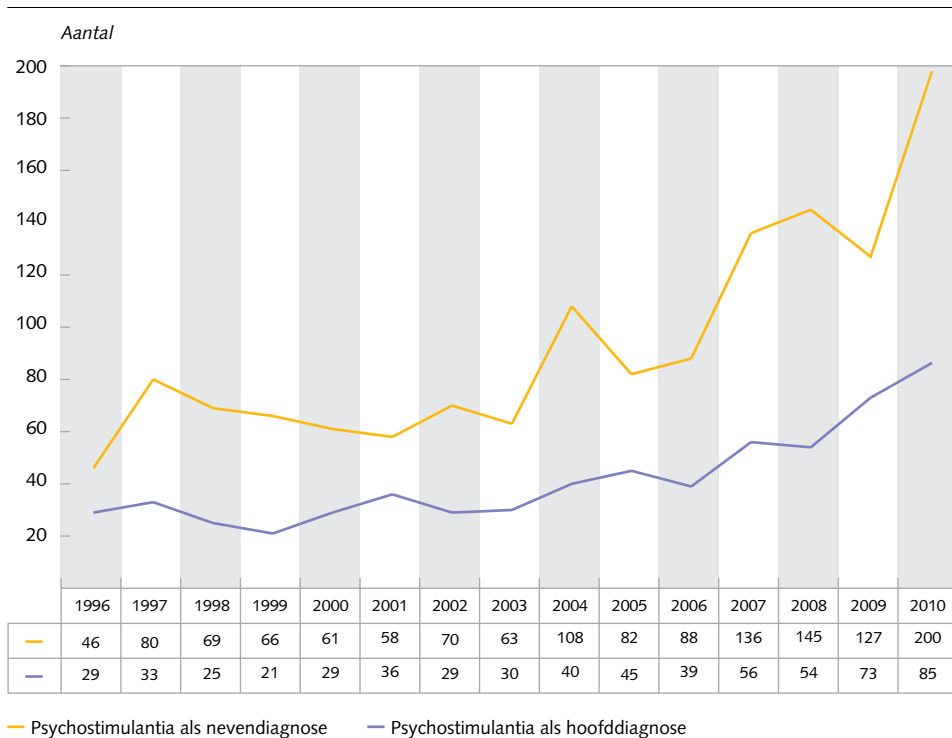
De Landelijke Medische Registratie (LMR) registreert jaarlijks weinig opnames in algemene ziekenhuizen met psychostimulantia als hoofddiagnose. Het gaat hier om amfetaminen, maar ook om andere psychostimulantia zoals ecstasy (figuur 5.6).

- In 2010 ging het om 85 opnames ofwel dertien procent van alle hoofddiagnoses voor drugs. In 84 procent van de gevallen ging het om misbruik, in vijftien procent van de gevallen ging het om afhankelijkheid van psychostimulantia. Tussen 2009 en 2010 steeg het aantal hoofddiagnoses met zestien procent.
- Vaker werden deze aandoeningen als nevendiagnose gesteld, 200 maal in 2010, een stijging van 57 procent ten opzichte van 2009. De hoofdziektes of hoofdstoornissen die bij de nevendiaagnoses amfetaminemisbruik en -afhankelijkheid werden gesteld liepen sterk uiteen. De meest voorkomende hoofddiagnoses bij deze nevendiaagnoses waren:
  - misbruik of afhankelijkheid van alcohol (24%)
  - ongevallen (13%)
  - psychose (12%)
  - vergiftiging (10%)
  - hart- en vaatziekten (8%)
  - misbruik of afhankelijkheid van drugs (7%)
  - ziekten van de ademhalingswegen (5%).
- Dezelfde persoon kan meer dan eens per jaar worden opgenomen. Bovendien kan er per opname meer dan één nevendiagnose worden gesteld.
  - Gecorrigeerd voor dubbelstellingen ging het in 2010 om 267 personen, een stijging van 41 procent ten opzichte van 2009. Zij werden gedurende het jaar minstens

één keer opgenomen met misbruik of afhankelijkheid van psychostimulantia als hoofd- of nevensdiagnose.

- Hun gemiddelde leeftijd was 31 jaar; de piek bevindt zich in de leeftijdsgroep van 20 tot en met 24 jaar (22%).
- Driekwart (75%) was man.
- De LMR registreerde in 2010 geen gevallen van onopzettelijke vergiftiging met amfetaminen als nevensdiagnose (ICD-9 code E854.2).

**Figuur 5.6 Klinische opnames in algemene ziekenhuizen gerelateerd aan misbruik en afhankelijkheid van psychostimulantia (ecstasy en amfetamine), vanaf 1996**



Aantal diagnoses, niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen van personen. ICD-9 codes: 304.4, 305.7 (bijlage C). Psychostimulantia zoals ecstasy en amfetamine worden onder dezelfde codes geregistreerd. Bron: Landelijke Medische Registratie (LMR), Dutch Hospital Data (DHD).

## Incidenten

Er zijn verschillende bronnen beschikbaar voor informatie over gezondheidsverstoringen in verband met drugsgebruik (zie ook Bijlage A onder 'Incidenten'). Aard, regio en vindplaats van deze incidenten verschillen per bron. Vanwege een (onbekende mate van) overlap kunnen de aantallen incidenten echter niet zonder meer worden opgeteld.

Volgens het Letsel Informatie Systeem (LIS) van Stichting Consument en Veiligheid worden jaarlijks gemiddeld 4 200 personen behandeld op spoedeisende eerste hulp afdelingen van ziekenhuizen na een ongeval, geweld, of zelfbeschadiging gerelateerd aan drugsgebruik (Draisma, 2011). Drugs zijn hier cannabis, cocaïne, heroïne, ecstasy, amfetamine, GHB en pado's. De gegevens zijn gemiddeld over de periode van 2006 tot en met 2010 en betreffen schattingen voor het hele land, gebaseerd op gegevens van een representatieve steekproef van ziekenhuizen.

- Acht procent van de drugsslachtoffers gaf aan ecstasy te hebben gebruikt. Tellen we alleen de gevallen mee waarvan de drug bekend is (88%), dan maakt ecstasy tien procent uit van alle drugsgerelateerde behandelingen bij de spoedeisende hulp.
- Amfetamine lijkt niet vaak een rol te spelen. Drie procent van de drugsslachtoffers gaf aan amfetamine te hebben gebruikt. Tellen we alleen de gevallen mee waarvan de drug bekend is (88%), dan maakt amfetamine vier procent uit van alle drugsgerelateerde behandelingen bij de spoedeisende hulp.
- Deze cijfers zijn waarschijnlijk een onderschatting van het werkelijke aantal aan drugs gerelateerde ongevallen, want de invloed van drugs wordt niet systematisch onderzocht.

Over een periode van twaalf jaar, van 1997 tot en met 2008, heeft Stichting Educare de alcohol- en drugsgerelateerde incidenten onderzocht die zich hebben voorgedaan op grote rave party's in Nederland (Krul, et al. 2011). Het gaat hier om de feestgangers die hulp hebben gevraagd op de eerste hulp post.

- Van 1997 tot en met 2008 hebben in totaal 3 793 500 bezoekers 249 rave party's bezocht. Slechts 0,3 procent van deze bezoekers heeft voor een alcohol- of drugsgerelateerd incident de eerste hulp post bezocht. Bij de drugs gaat het om cannabis, cocaïne, ecstasy, amfetamine en GHB.
- Van de alcohol- en drugsgevallen ging het in 32,8 procent van de gevallen om alleen ecstasy en ging het in 3,3 procent van de gevallen om alleen amfetamine. De combinatie van amfetamine met alcohol of een andere drug speelde een rol in 5,3 procent van de gevallen
- In 11,2 procent van de gevallen ging het om ecstasy in combinatie met alcohol en in 6,8 procent van de gevallen ging het om ecstasy in combinatie met een andere drug.
- De combinatie van ecstasy met amfetamine was de vermoedelijke oorzaak van het incident in 4,2 procent van de gevallen.

Sinds 2009 houdt de Monitor Drugs Incidenten (MDI) van het Trimbos-instituut actuele gegevens bij over de aard en omvang van drugsgerelateerde gezondheidsincidenten in Nederland (Vogels en Croes, 2012). In 2011 werden de incidenten gemeld vanuit

afdelingen spoedeisende hulp van (stads)ziekenhuizen, ambulancediensten en politieartsen in acht regio's van Nederland: Amsterdam, Ede/Arnhem, Eindhoven, Enschede, Groningen, Nijmegen, Purmerend en Rotterdam. Ook nemen enkele organisaties die de EHBO-post verzorgen op grootschalige evenementen deel aan de monitor. Vanwege wijzigingen in dekkingsgraad per registratiejaar kunnen trends vooralsnog beperkt worden vastgesteld.

### **Ecstasy**

- In 2011 werden in totaal 3 652 drugsincidenten gemeld. Bij 895 meldingen (25%) was ecstasy betrokken, waarvan in 689 gevallen ecstasy als enige drug was gemeld (al dan niet met alcohol).
- Vanwege verschillen tussen de medische diensten worden gegevens in tabel 5.6 uitgesplitst naar type dienst voor alle gevallen over 2009-2011. In deze periode werden in totaal 9 029 unieke drugsincidenten gemeld.
  - Het aandeel incidenten met ecstasy als enige drug is verreweg het hoogst bij de EHBO-posten op grootschalige evenementen (49% van het totaal aantal incidenten binnen deze dienst was met ecstasy als enige drug). Het aandeel is toegenomen van 39 procent in 2009, naar 50 procent in 2010, en 56 procent in 2011. Bij de overige medische diensten kwam het aandeel ecstasy incidenten, ten opzichte van het totaal aantal incidenten binnen die dienst, gemiddeld niet boven de 5 procent. Ook bij de ziekenhuizen en de ambulancediensten is tussen 2009 en 2011 een lichte stijging te zien in het aandeel ecstasy incidenten.
  - De mate van intoxicatie van de ecstasy incidenten verschilde tussen de typen dienst. Op de EHBO-posten van grootschalige evenementen werden overwegend (91%) lichte intoxicaties behandeld, terwijl in het ziekenhuis en bij de ambulancediensten meer patiënten met matige (ongeveer 43%) en ernstige intoxicaties (25%) terecht kwamen. Er zijn geen duidelijke verschuivingen waarneembaar in de mate van intoxicatie over de jaren.
  - Opvallend is het hoge percentage vrouwen met een ecstasy incident. Eveneens opmerkelijk is dat de leeftijd van de patiënten met een ecstasy incident wat lager ligt (mediane leeftijd 23 jaar), in vergelijking met de andere typen drugs.
- Van alle incidenten waarbij ecstasy betrokken is, is in ruim een derde van de gevallen alleen ecstasy genomen.
  - Bij eveneens een derde van het totaal is ook alcohol gebruikt, in 12 procent van de gevallen is naast ecstasy nog een andere drug gebruikt en in 14 procent van de gevallen is er naast ecstasy zowel alcohol als een andere drug gebruikt.
  - Op de EHBO-posten op grootschalige evenementen werden ten opzichte van de andere medische diensten minder incidenten gezien waarbij ecstasy gecombineerd was met een andere drug.

**Tabel 5.6 Incidenten met ecstasy als enige drug geregistreerd door de Monitor Drugs Incidenten (MDI). Peiljaren 2009-2011**

|   | Ambulances  | Ziekenhuizen | Politieartsen | EHBO          | Totaal        |
|---|-------------|--------------|---------------|---------------|---------------|
| Aantal incidenten<br>(% van het totaal) | 149<br>(4%) | 46<br>(4%)   | 29<br>(5%)    | 1405<br>(49%) | 1629<br>(18%) |
| Man                                     | 58%         | 59%          | 83%           | 57%           | 58%           |
| Leeftijd (mediaan)                      | 25          | 24           | 24            | 22            | 23            |
| Mate van intoxicatie*                   |             |              |               |               |               |
| - Licht <sup>I</sup>                    | 32%         | 30%          | 52%           | 91%           | 83%           |
| - Matig <sup>II</sup>                   | 44%         | 41%          | 38%           | 8%            | 13%           |
| - Ernstig <sup>III</sup>                | 25%         | 28%          | 10%           | 1%            | 4%            |
| Combinatie met alcohol <sup>†</sup>     | 52%         | 72%          | 79%           | 48%           | 49%           |

\*Percentages berekend op de bekende aantallen (valide percentages). I. Licht: goed aanspreekbaar, gebruik merkbaar. II. Matig: onvoldoende aanspreekbaar, wel duidelijk onder invloed. III. Ernstig: niet aanspreekbaar, eventueel in combinatie met: (sub)comateus, geagiteerd/agressief, gestoorde vitale parameters (zoals hartslag, bloeddruk en ademhalingsfrequentie). Bron: Monitor Drugs Incidenten (MDI), Trimbos-instituut (Vogels en Croes, 2012).

### **Amfetamine**

- In 2011 werden in totaal 3 652 drugsincidenten gemeld. Het aandeel amfetamine-gerelateerde incidenten is beduiden kleiner dan voor ecstasy. Bij 177 meldingen (5%) was amfetamine betrokken, waarvan in 76 gevallen amfetamine als enige drug was gemeld (al dan niet met alcohol).
- Vanwege verschillen tussen de medische diensten worden gegevens in tabel 5.7 uitgesplitst naar type dienst voor alle gevallen over 2009-2011. In deze periode werden in totaal 9 029 unieke drugsincidenten gemeld.
  - Het aandeel incidenten met amfetamine als enige drug was tussen 2009 en 2011 bij alle medische diensten stabiel en laag (tussen de 1 en 4%).
  - Op de EHBO-posten van grootschalige evenementen waren de intoxicaties onder invloed van amfetamine als enige drug overwegend van lichte aard (91%). Bij de overige diensten was ongeveer de helft van de intoxicaties matig van ernst. Een vergelijking over de jaren is vanwege de kleine aantallen niet mogelijk.
- Vergeleken met de meeste andere middelen was combinatiegebruik bij de incidenten met amfetamine hoog.
  - Van alle incidenten waarbij amfetamine betrokken is, is in slechts een vijfde van de gevallen alleen amfetamine genomen.
  - Bij nog eens een vijfde van het totaal is ook alcohol gebruikt, in 30 procent van de gevallen is naast amfetamine nog een andere drug gebruikt en bij een vierde is er naast amfetamine zowel alcohol als een andere drug gebruikt.



**Tabel 5.7 Incidenten met amfetamine als enige drug geregistreerd door de Monitor Drugs Incidenten (MDI). Peiljaren 2009-2011**

|   | Ambulances | Ziekenhuizen | Politieartsen | EHBO       | Totaal      |
|---|------------|--------------|---------------|------------|-------------|
| Aantal incidenten<br>(% van het totaal) | 49<br>(1%) | 26<br>(2%)   | 24<br>(4%)    | 95<br>(3%) | 194<br>(2%) |
| Man                                     | 80%        | 89%          | 83%           | 71%        | 77%         |
| Leeftijd (mediaan)                      | 26         | 26,5         | 27,5          | 22         | 24          |
| Mate van intoxicatie*                   |            |              |               |            |             |
| - Licht <sup>I</sup>                    | 31%        | 42%          | 29%           | 91%        | 62%         |
| - Matig <sup>II</sup>                   | 61%        | 42%          | 46%           | 7%         | 30%         |
| - Ernstig <sup>III</sup>                | 8%         | 15%          | 25%           | 2%         | 8%          |
| Combinatie met alcohol*                 | 43%        | 79%          | 46%           | 45%        | 49%         |

\*Percentages berekend op de bekende aantallen (valide percentages). I. Licht: goed aanspreekbaar, gebruik merkbaar. II. Matig: onvoldoende aanspreekbaar, wel duidelijk onder invloed. III. Ernstig: niet aanspreekbaar, eventueel in combinatie met: (sub)comateus, geagiteerd/agressief, gestoorde vitale parameters (zoals hartslag, bloeddruk en ademhalingsfrequentie). Bron: Monitor Drugs Incidenten (MDI), Trimbos-instituut (Vogels en Croes, 2012).

De GGD Amsterdam registreert het aantal aanvragen voor spoedeisende hulp bij de Centrale Post Ambulancevervoer (CPA) en is van daaruit vanaf 2009 gaan deelnemen aan de Monitor Drugs Incidenten (MDI).

- In 2010 was ecstasy 64 keer de reden voor een aanvraag van hulp in Amsterdam en dit aantal steeg met 28 procent naar 82 gevallen in 2011 (tabel 5.8). Bij deze stijging spelen mogelijk ook andere factoren een rol, zoals toegenomen alertheid bij ambulancemedewerkers bij het uitvragen van middelengebruik.
- In een meerderheid van de gevallen was vervoer naar het ziekenhuis nodig, 69 procent in 2010 en 65 procent in 2011.
- Amfetamine was in 2010 slechts in negentien gevallen en was in 2011 slechts in zestien gevallen de reden voor een hulpvraag bij de CPA in Amsterdam. De percentages vervoer naar het ziekenhuis lagen in deze jaren op respectievelijk 84 en vijftig procent.

**Tabel 5.8 Drugsincidenten voor amfetamine en ecstasy geregistreerd door de GGD Amsterdam, vanaf 2001**

|            | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Amfetamine | 6    | 5    | 7    | 8    | 3    | 13   | 17   | 14   | 8    | 19   | 16   |
| Ecstasy    | 42   | 39   | 39   | 59   | 63   | 53   | 67   | 43   | 54   | 64   | 82   |

Aantal incidenten (personen) per jaar. Bron: CPA, GGD Amsterdam.

Het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum van het RIVM registreert het aantal informatieverzoeken van artsen, apothekers en overheidsinstellingen over (potentiële) acute vergiftigingen door blootstellingen aan lichaamsvreemde stoffen, zoals drugs (Van Velzen et al., 2011).

- Voor ecstasy vinden elk jaar meer blootstellingen plaats dan voor amfetamine (tabel 5.9). Het aantal blootstellingen aan ecstasy bereikte een piek in 2004 en daalde daarna. Tussen 2009 en 2010 vond er echter een stijging plaats van 23 procent en tussen 2010 en 2011 vond er nog eens een stijging plaats met negentien procent.
- Het aantal blootstellingen aan amfetamine werd drie keer zo groot tussen 2001 en 2005 en bereikte een piek in 2011. Tussen 2009 en 2010 steeg het aantal blootstellingen aan amfetamine met negentien procent en tussen 2010 en 2011 steeg het nog eens met 28 procent.
- De stijging tussen 2007 en 2008 is onder andere ontstaan doordat in 2008 voor het eerst de meldingen via de website werden meegeteld.
- Deze cijfers geven geen zicht op het absolute aantal intoxicaties want artsen hebben geen meldingsplicht voor intoxicaties. Bovendien zijn sommige artsen vertrouwd met ecstasy en amfetamine en de verschijnselen bij overdoseringen, hierdoor zullen zij niet bij alle gevallen van intoxicatie door ecstasy en amfetamine het NVIC raadplegen en zal het werkelijke aantal vergiftigingen in Nederland hoger zijn.

**Tabel 5.9 Blootstellingen aan ecstasy en amfetamine geregistreerd bij het Nationaal Vergiftigingen Informatiecentrum (NVIC), vanaf 2001**

|            | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Ecstasy    | 194  | 184  | 208  | 246  | 217  | 183  | 171  | 185  | 140  | 172  | 205  |
| Amfetamine | 39   | 39   | 47   | 51   | 128  | 106  | 94   | 125  | 106  | 126  | 161  |

*Aantal blootstellingen per jaar gemeld via de 24-uurs telefoonlijn van het NVIC. Meldingen via de website [www.vergiftigingen.info](http://www.vergiftigingen.info) (online sinds april 2007) zijn voor het eerst in 2008 meegeteld. Bron: NVIC, RIVM (Van Velzen et al., 2011).*

## 5.7 Ziekte en sterfte

### Ziekte

- De laatste stand van wetenschap wijst op een (langdurige) verstoring van hersenfuncties, met name het geheugen, het concentratievermogen en de stemming in zowel gebruikers als ex-gebruikers van ecstasy (Kalechstein et al., 2007; Rogers et al., 2009; Schilt, 2009; De Win, 2007; Jager, 2006).
- Deze verstoring kan langer dan een jaar aanhouden na stopzetting van het gebruik. Onbekend is of volledig herstel optreedt.
- De effecten zijn waarschijnlijk toe te schrijven aan ecstasygebruik, maar ondanks ruim twintig jaar onderzoek is nog steeds niet duidelijk hoe schadelijk ecstasy precies is. De gerapporteerde effecten zijn doorgaans klein, met uitzondering van de afname van

het (verbale en werk-) geheugen, en vallen binnen de 'normale marge'. Ook kan bij het ontstaan van de gevonden afwijkingen niet met zekerheid worden vastgesteld wat de rol is geweest van andere factoren, zoals het gebruik van andere drugs of al aanwezige ziekten en kenmerken, omgevingsfactoren en een risicovolle leefstijl (Rogers et al., 2009; Halpern et al., 2011).

- De veranderingen hangen waarschijnlijk samen met afwijkingen aan serotonerge zenuwen in de hersenen. Bij proefdieren neemt de kans op hersenschade toe met een stijging van de lichaamstemperatuur na gebruik van MDMA. Bij de mens werkt dit waarschijnlijk ook zo. De kans op oververhitting en daardoor (langdurige) hersenschade neemt toe als een consument grotere hoeveelheden MDMA slikt in een warme omgeving (boven 18-20 graden). De precieze dosering die tot schade leidt is niet bekend.
- Resultaten van onderzoeken uitgevoerd door de Universiteit van Amsterdam en de Universiteit van Utrecht laten niet zien dat kortdurend of incidenteel gebruik van ecstasy (gemiddeld 1,8 tot 6 ecstasypillen) aanleiding geeft tot ernstige hersenschade en vermindering van hersenfuncties op langere termijn (De Win, 2007; Jager, 2006; Schilt, 2009). Toch kan niet zonder meer worden geconcludeerd dat een lage dosis ecstasy veilig is.
- Onderzoek onder wat oudere ecstasygebruikers (40-55 jaar) laat zien dat de negatieve effecten van ecstasy op het verbale geheugen 'optellen' bij de normale leeftijdsgerelateerde achteruitgang van het geheugen (Schilt, 2009). Of ecstasygebruik op nog latere leeftijd (65+) het cognitieve verouderingsproces versnelt, is niet bekend.
- Misschien is er ook sprake van een genetische kwetsbaarheid voor de effecten van ecstasy op het verbale geheugen (Schilt, 2009).

Gecombineerd gebruik van ecstasy (MDMA) en andere middelen kan (acute) risico's met zich meebrengen.

- Laboratoriumonderzoek van de Universiteit van Leiden laat zien dat zowel MDMA als THC (het belangrijkste werkzame bestanddeel in cannabis) een toename van de hartslag kan veroorzaken. Bij gelijktijdig gebruik van beide middelen tellen deze effecten op. Ook houdt de verhoging van de lichaamstemperatuur na gebruik van MDMA langer aan als er ook THC wordt gebruikt (Dumont, 2009). De toename van de hartslag kan bij sommige personen tot gezondheidsproblemen leiden.
- Consumptie van een lage dosis alcohol (2-3 glazen) blijkt echter bepaalde fysiologische effecten van MDMA, zoals vochtretentie en een toename lichaamstemperatuur, enigszins af te zwakken (Dumont, 2009). Of deze uitkomsten ook praktische relevantie hebben is niet bekend. Voor hogere doseringen alcohol zou een omgekeerd effect kunnen gelden.
- Een omvangrijke overzichtsstudie van humaan onderzoek suggereert wel een zeker beschermend effect van alcohol op de schadelijke gevolgen van ecstasygebruik en voert hiervoor twee verklaringen aan. Mogelijk onderdrukt alcohol inderdaad de schadelijke gevolgen voor het brein door oververhitting na ecstasygebruik. Anderzijds behoren ecstasygebruikers die ook (gelijktijdig) alcohol consumeren wellicht tot een meer gematigde gebruikersgroep van ecstasy (Rogers, 2009).

## Sterfte

Het precieze aantal sterfgevallen door gebruik van amfetamine en ecstasy is niet bekend.

- Volgens de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS komen deze middelen niet vaak voor als primaire doodsoorzaak. Tussen 1996 en 2009 varieerde dit aantal geregistreerde gevallen van een tot zeven per jaar, met een gemiddelde van drie gevallen per jaar. In 2009 werden vier gevallen geregistreerd, dit volgens ICD-10 code F15 en ICD-10 codes X41, X61 en Y11, alle drie codes in combinatie met code T43.6 (voor een verklaring van de codes zie bijlage C). Deze codes omvatten niet alleen amfetamine en MDMA (-achtigen) maar ook andere stimulerende stoffen, zoals cafeïne, efedrine en khat.

Volgens het EMCDDA spelen ecstasy en amfetamine ook in andere Europese landen een ondergeschikte rol in de drugssterfte, althans voor zover hierover gegevens beschikbaar zijn (EMCDDA, 2011a).

- Duitsland rapporteerde voor 2009 acht gevallen en Spanje rapporteerde voor 2008 zes gevallen.
- Ecstasy werd niet altijd gerapporteerd als de directe doodsoorzaak. Andere factoren die mogelijk een rol speelden bij deze sterfgevallen zijn andere drugs, oververhitting, waterintoxicatie of een onderliggende ziekte.

## 5.8 Aanbod en markt

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) onderzoekt welke stoffen aanwezig zijn in drugsmonsters die bij instellingen voor verslavingszorg worden ingeleverd. Een deel van deze monsters (pillen) wordt op basis van bepaalde kenmerken, zoals logo, gewicht en diameter, herkend bij de instellingen zelf. Monsters met onbekende samenstelling en alle monsters in poedervorm worden doorgestuurd naar het laboratorium voor chemische analyse.

### Samenstelling ecstasypillen

In 2011 boden consumenten in totaal 5 587 pillen aan bij het DIMS. In 2008, 2009 en 2010 waren dat respectievelijk 3 775, 8 746 en 5 544 pillen. De toename in 2009 hangt waarschijnlijk samen met de verstoring van de ecstasymarkt, die in de tweede helft van 2008 startte en in de loop van 2009 weer 'herstelde'. Van de in 2011 aangeboden pillen werd ruim de helft (2 950 of 53%) herkend door de instelling. Het merendeel (96%) van deze herkende pillen bevatte MDMA. Van de 2 242 naar het laboratorium doorgestuurde pillen was 97 procent door de consument gekocht als 'ecstasy'.

Tabel 5.10 geeft het percentage van de in het laboratorium geanalyseerde 'ecstasypillen' die MDMA en/of een andere stof bevatten. Weergegeven zijn alleen die pillen die door de consument gekocht zijn als ecstasypil, ongeacht de daadwerkelijke samenstelling.

- In 2011 bevatte 84 procent van de pillen alleen een MDMA-achtige stof (MDMA, MDA, MDEA of MBDB). Dat is ongeveer even veel als in 2010 maar meer dan in

2009 toen 58 procent van de in het laboratorium geanalyseerde pillen alleen een MDMA-achtige stof bevatte. Het gaat hier doorgaans om MDMA.

- In 2009 werd een piek bereikt in het aandeel ecstasypillen waarin MDMA was vervangen voor allerlei andere stoffen (21%). Het ging daarbij vaak om meta-Chloor-Phenyl-Piperazine (mCPP), maar ook werden voor het eerst 'nieuwe' stoffen, zoals 4-fluoramfetamine en mefedrone, aangetroffen (zie ook onder 'Overige stoffen').
- In 2010 zette het 'herstel' van de ecstasymarkt in en in 2011 bevatte nog maar drie procent van de ecstasypillen alleen een andere farmacologisch actieve stof. Wél kwamen er in 28 van de geanalyseerde ecstasypillen (en 51 van alle aangeleverde pillen) de potentieel schadelijke stof PMMA voor (zie ook onder 'Overige stoffen').
- Het aandeel pillen dat als ecstasy is verkocht en geen MDMA-achtige, maar wel amfetamine of methamfetamine bevatte, nam toe van 1,4 procent in 2008 naar 5,1 procent in 2009 en daalde vervolgens naar 3,3 procent in 2010 en 1,9 procent in 2011.

**Tabel 5.10 Aantal en samenstelling (%) van bij het DIMS aangeleverde 'ecstasy'pillen die in het laboratorium zijn geanalyseerd, vanaf 2001**

|   | 2001  | 2002  | 2003  | 2004  | 2005  | 2006  | 2007  | 2008  | 2009  | 2010  | 2011  |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| <i>Aantal geanalyseerde pillen</i>                          | 2 359 | 2 130 | 2 177 | 1 985 | 2 134 | 2 523 | 2 319 | 2 185 | 2 182 | 2 359 | 2 183 |
|   | %     | %     | %     | %     | %     | %     | %     | %     | %     | %     | %     |
| Alleen MDMA-achtigen <sup>I</sup>                           | 89,9  | 88,2  | 89,0  | 92,0  | 84,4  | 76,8  | 80,1  | 70,6  | 58,0  | 82,4  | 83,9  |
| Combinatie MDMA-achtigen+ andere actieve stof <sup>II</sup> | 7,4   | 8,2   | 8,3   | 5,4   | 7,8   | 13,0  | 11,0  | 9,4   | 13,9  | 2,4   | 10,4  |
| (Meth)amphetamine   | 0,7   | 1,7   | 1,0   | 0,3   | 3,9   | 0,9   | 0,4   | 0,5   | 4,9   | 2,6   | 0,6   |
| (Meth)amfetamine+ overige stof                              | 0,3   | 0,2   | 0,2   | 0,0   | 0,1   | 0,9   | 0,3   | 0,9   | 0,2   | 0,3   | 1,3   |
| Andere farmacologisch actieve stof                          | 1,1   | 0,8   | 0,6   | 1,7   | 3,2   | 7,1   | 7,3   | 15,3  | 20,5  | 10,9  | 2,7   |
| Geen farmacologisch actieve stof                            | 0,6   | 0,8   | 0,8   | 0,7   | 0,7   | 1,2   | 0,8   | 3,3   | 2,5   | 1,4   | 1,1   |

*Percentage pillen die een bepaalde stof of combinatie van stoffen bevatten. Categorieën sluiten elkaar uit en tellen op tot 100 procent. I. Onder MDMA-achtige wordt hier verstaan: MDMA en/of MDEA en/of MDA en/of MBDB. II. Farmacologisch actieve stoffen, zoals cafeïne, paracetamol en mCPP. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.*

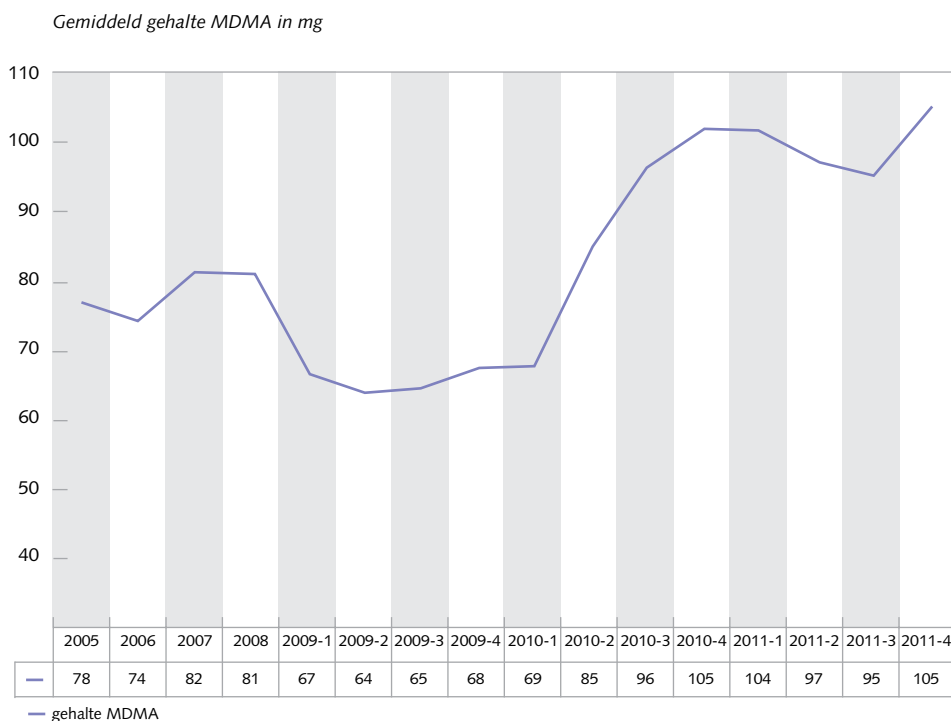
- De stijging in de gemiddelde hoeveelheid MDMA in ecstasypillen in 2010 zette zich in 2011 voort (figuur 5.7). In 2011 bevatte een in het laboratorium geanalyseerde MDMA pil gemiddeld 100 mg<sup>4</sup>. De hoogst gemeten dosering was 220 mg.
- Figuur 5.8 laat zien dat het aandeel hooggedoseerde ecstasypillen (meer dan 105 mg MDMA) daalde van 30 procent in 2008 naar 10 procent in 2009 om daarna weer

<sup>4</sup> De gemiddelde dosering in de bij de testservices herkende (niet in het laboratorium geanalyseerde pillen) lag in 2011 gemiddeld nog hoger rond de 125 mg.

te stijgen naar 30 procent in 2010 en 43 procent in 2011. In 2011 bevatte zelfs 15 procent van de in het laboratorium geanalyseerde pillen meer dan 140 mg MDMA.

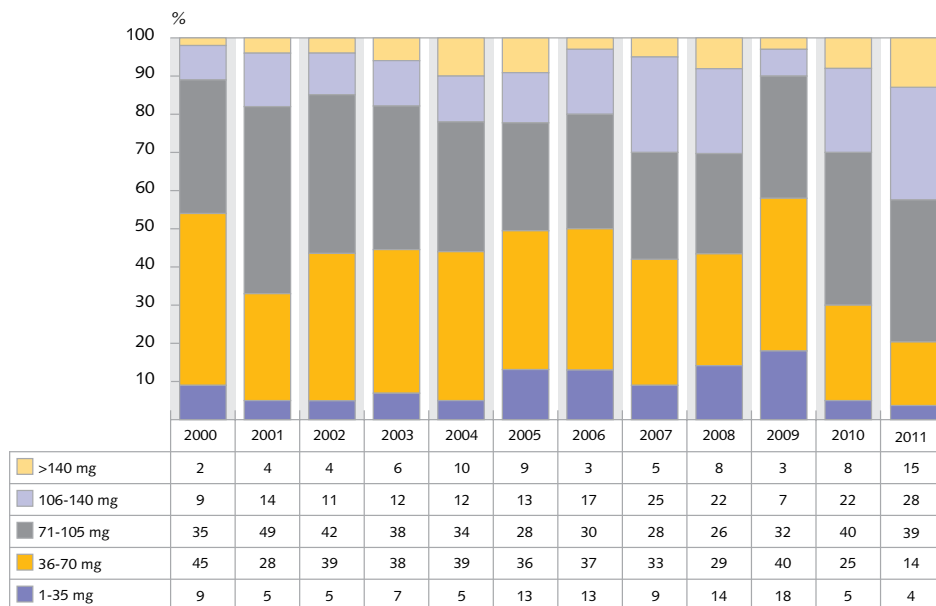
- Deze trends suggereren dat MDMA (en de grondstoffen voor de productie van MDMA) in 2010 en 2011 weer ruimschoots beschikbaar is, na een tijdelijk tekort in 2009.

**Figuur 5.7** Trend in het gemiddelde gehalte (mg) MDMA in ecstasypillen



Gehalte in pillen die in het laboratorium werden getest en minstens 1 mg MDMA bevatten. Data zijn weergegeven per jaar van 2005-2008 en per kwartaal van 2009-2011. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

Figuur 5.8 Concentratie (mg) van MDMA in 'ecstasy'-pillen aangeleverd bij DIMS, vanaf 2000



Percentage pillen met een bepaalde hoeveelheid MDMA. Het gaat om pillen die in het laboratorium werden getest en minstens 1 mg MDMA bevatten. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

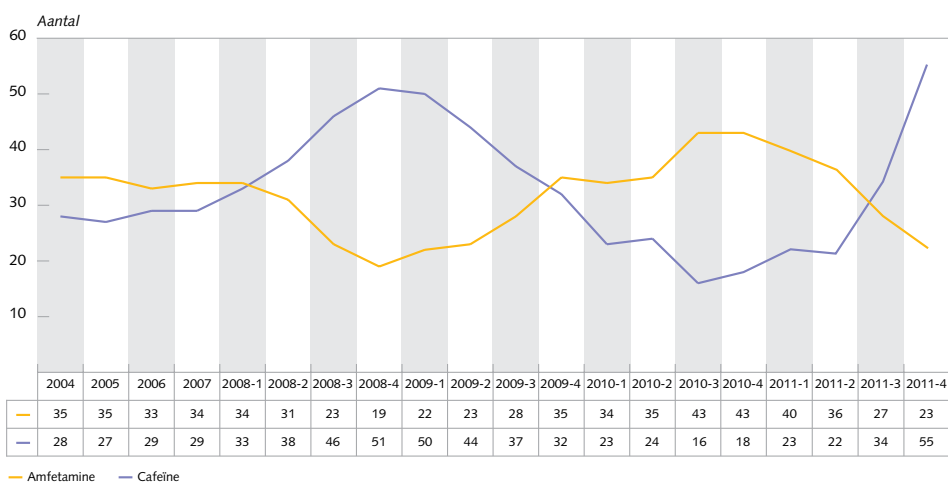
### Samenstelling speedpoeders

Speed is de straatnaam voor amfetamine. Evenals voor ecstasy zijn er tussen medio 2008 en medio 2009 ook duidelijke veranderingen waargenomen in de samenstelling van monsters die als speed zijn gekocht (DIMS, 2011). In 2010 lijkt deze trend weer te keren, maar de 'opleving' lijkt van korte duur te zijn. In 2011 werden 1 126 poeders die als speed zijn gekocht in het laboratorium geanalyseerd.

- Het overgrote deel (96%) bevatte amfetamine (zonder methamfetamine), net zo veel als in 2010.
- Methamfetamine, een extra sterke variant van amfetamine, is weinig populair in Nederland, in tegenstelling tot bijvoorbeeld de Verenigde Staten. Slechts twee poeders die in 2011 als 'speed' werden verkocht bevatten alleen methamfetamine (0,2%) en één poeder (0,1%) bevatte zowel amfetamine als methamfetamine.
- In 2011 bevatte 74 procent van de speedpoeders (ook) het versnijdingsmiddel cafeïne. Dat is weer meer dan in 2010 (52%) en vergelijkbaar met 2009 (73%) en 2008 (78%).
- Opvallend zijn de tegengestelde trends in het gehalte amfetamine en cafeïne in de jaren 2008 tot en met 2011 (figuur 5.9). Na een toename van het gehalte amfetamine in de loop van 2011 daalde dit weer in 2011, terwijl het gehalte cafeïne eerst afnam en in 2011 weer toenam. Gemeten over heel 2011 bedroeg de concentratie amfetamine gemiddeld 30 procent. In 2010 was dit gemiddeld 39 procent, in 2009 27 procent en in 2008 26 procent.

- Mogelijk duiden deze trends op een nieuwe dip in de speedmarkt eind 2011.
- Sinds 2009 wordt er geregeld 4-fluoramfetamine gevonden in monsters verkocht als speed. In 2011 was dat 36 keer. In 2011 werd ook de stof 4-methylamfetamine 109 keer aangetroffen (zie ook onder 'Overige stoffen').

**Figuur 5.9** Gehalte amfetamine en cafeïne in speedpoeders, vanaf 2004



Percentage amfetamine en het versnijdingsmiddel cafeïne in speedpoeders, die zowel amfetamine als cafeïne bevatten. Data zijn weergegeven per jaar van 2004-2007 en per kwartaal van 2008-2011. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

## Overige stoffen

Tabel 5.11 geeft een overzicht van de aantallen door het DIMS aangetroffen monsters (pillen, poeders, vloeistoffen, of anderszins) met stoffen die in het kader van het Europees Early Warning System (EWS) continu worden gemonitord of die anderszins een mogelijk gevaar voor de volksgezondheid vormen.

- Stoffen zoals 4-MTA, BZP, DOB en MBDB komen de laatste jaren niet of nauwelijks nog op de Nederlandse markt voor.
- In 2010 en 2011 werden pillen met PMMA (para-Methoxymethamphetamine) aangetroffen, in doseringen die schadelijk kunnen zijn voor de gezondheid. De effecten van PMMA lijken op die van MDMA maar treden pas veel later op. Door deze vertraagde werking is de kans op overdosering groot, met symptomen zoals een verhoogde hartslag en extreem verhoogde lichaamstemperatuur. In Noorwegen zijn in 2010 zes sterfgevallen gerapporteerd na gebruik van PMMA. In Nederland is na het verschijnen van deze stof een waarschuwingcampagne gehouden. Ook de op PMMA zeer gelijkende stof PMA dook in 2010 en 2011 een aantal keer op in poeders verkocht als speed.
- De hallucinogene stof 2C-B, die medio jaren negentig veel werd aangetroffen in



ecstasypillen, wordt sinds 2008 ook geregeld aangetroffen in aangeboden drugsmonsters (61 keer in 2011). Ook het narcosemiddel ketamine met sterk hallucinogene eigenschappen is in 2010 en 2011 vaker aan getroffen dan in voorgaande jaren. In 2008/2009 signaleerden sleutelfiguren in het uitgaansleven na een piek in 2000 een hernieuwde belangstelling voor dit middel in het alternatieve dancecircuit in het westen van het land. Ook wordt ketamine in het zuiden van Nederland gesignaleerd, in zowel stedelijk als niet-stedelijke gebieden (Nabben et al., 2010).

- Eind 2004 verscheen de stof meta-Chloor-Phenyl-Piperazine (mCPP) op de Nederlandse ecstasymarkt en werd sindsdien steeds vaker aangetroffen, met een piek in 2009. De stof mCPP werkt net zoals MDMA op serotonerge hersencellen, maar heeft nauwelijks stimulerende effecten. Gebruikers rapporteren vooral negatieve effecten (Bossong, 2009; Brunt & Niesink, 2011).
- Benzylpiperazine (BZP) is een andere piperazine die sinds 2003 sporadisch in ecstasypillen is aangetroffen. Bezorgdheid over de groeiende populariteit van BZP in sommige Europese landen (vooral het Verenigd Koninkrijk) waren aanleiding voor een Europese risicoschatting voor BZP in 2007. In navolging van de aanbeveling die hieruit voortkwamen is op 3 maart 2008 besloten om BZP onder controle van de nationale drugswetgeving in de lidstaten van de EU te brengen. BZP is op 31 augustus 2009 onder het regiem van de Opiumwet gebracht.

### **Nieuwe stoffen**

- Nieuwe stoffen die in 2009, 2010 en 2011 herhaaldelijk bij het DIMS zijn gesignaleerd zijn mefedrone, 4-methylamfetamine (4-MA), 4-fluoramfetamine, 4-fluormethamfetamine (zie tabel 5.10). Mefedrone is een stimulerende stof met op amfetamine en MDMA gelijkende effecten. De verslavende werking is vermoedelijk groter dan die van MDMA (Brunt et al., 2010). In Nederland rapporteerde het Nederlands Forensisch Instituut een geval van extreme agitatie en zelfverwonding met dodelijke afloop na gebruik van mefedrone in combinatie met amfetamine (Lusthof et al., 2011). In Nederland wordt mefedrone vooral aangeboden in pillen verkocht als ecstasy. Naar aanleiding van een Europese risicoschatting voor mefedrone in 2010 heeft de Raad van de EU op 3 december 2010 besloten dat dit middel onder controle van de nationale drugswetgeving moet worden gebracht. In Nederland is mefedrone op 9 mei 2012 onder het regiem van de Opiumwet gebracht.
- In 2010 en 2011 werd de stof 4-methylamfetamine (4-MA) in toenemende mate in speedmonsters aangetroffen (117 keer in 2011), soms ook als hoofdstof. Deze stof werd in België, het Verenigd Koninkrijk en Nederland geassocieerd met een aantal intoxicaties, waarvan enkele met overlijden tot gevolg.
- 4-Fluoramfetamine is een amfetamine analoog met effecten op zowel serotonerge als dopaminerge hersencellen. Dierexperimenteel onderzoek suggereert dat het minder stimulerend en verslavend is vergeleken met amfetamine (Marona-Lewicka et al., 1995; Negus et al., 2007).
- In 2010 en 2011 werd ook de nieuwe stof 4-fluormethamfetamine gesignaleerd. Over deze stof is bijna niets bekend.

- In Nederland worden mCPP, 4-methylamfetamine, 4-fluoramfetamine en 4-fluormethamfetamine, beschouwd als niet geregistreerde geneesmiddelen die vallen onder de geneesmiddelenwet (GW), voorheen de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening (WOG). Zonder vergunning handelen in deze middelen is verboden.
- Om de opkomst, verspreiding en risico's gerelateerd aan 'nieuwe drugs' beter te kunnen monitoren, heeft het Ministerie van VWS besloten een meldpunt voor nieuwe drugs op te richten. Dit meldpunt is geplaatst bij het DIMS en zal medio 2012 operationeel worden.

**Tabel 5.11 Aantal monsters met overige psychoactieve stoffen, vanaf 2000**

|   | 2000         | 2001         | 2002         | 2003         | 2004         | 2005         | 2006         | 2007         | 2008         | 2009         | 2010        | 2011         |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|--------------|
| <i>Totaal aantal geanalyseerde monsters</i> | <b>4 065</b> | <b>3 798</b> | <b>3 445</b> | <b>3 510</b> | <b>3 604</b> | <b>4 095</b> | <b>4 580</b> | <b>4 727</b> | <b>4 671</b> | <b>5 086</b> | <b>5735</b> | <b>5 783</b> |
| <i>GHB/GBL</i>                              | 36           | 102          | 72           | 72           | 98           | 114          | 142          | 203          | 234          | 61           | 139         | 141          |
| <i>DOB</i>                                  | 5            | 5            | 0            | 0            | 2            | 0            | 1            | 0            | 1            | 0            | 0           | 0            |
| <i>Ketamine</i>                             | 2            | 1            | 2            | 3            | 19           | 17           | 50           | 80           | 65           | 66           | 126         | 96           |
| <i>MBDB</i>                                 | 0            | 0            | 0            | 0            | 1            | 1            | 0            | 0            | 0            | 0            | 0           | 4            |
| <i>2C-B</i>                                 | 12           | 11           | 2            | 15           | 5            | 9            | 18           | 21           | 75           | 81           | 79          | 61           |
| <i>4-MTA</i>                                | 6            | 1            | 5            | 0            | 1            | 0            | 0            | 0            | 0            | 0            | 0           | 0            |
| <i>Strychnine</i>                           | 1            | 0            | 0            | 0            | 0            | 0            | 0            | 0            | 0            | 0            | 0           | 0            |
| <i>Atropine</i>                             | 1            | 0            | 0            | 0            | 3            | 5            | 0            | 2            | 0            | 0            | 0           | 0            |
| <i>BZP</i>                                  | 0            | 0            | 0            | 3            | 3            | 0            | 13           | 4            | 0            | 5            | 6           | 4            |
| <i>mCPP</i>                                 | -            | -            | -            | -            | 13           | 92           | 256          | 323          | 331          | 423          | 209         | 114          |
| <i>PMA/(PMMA)<sup>1</sup></i>               | 1            | 8            | 0            | 0            | 0            | 0            | 0            | 0            | 0            | 0            | 40          | 46           |
| <i>Mefedrone</i>                            | -            | -            | -            | -            | -            | -            | -            | -            | -            | 63           | 62          | 42           |
| <i>4-fluoramfetamine</i>                    | -            | -            | -            | -            | -            | -            | -            | -            | 6            | 89           | 50          | 74           |
| <i>4-fluormethamfetamine</i>                | -            | -            | -            | -            | -            | -            | -            | -            | -            | -            | 18          | 14           |
| <i>4-MA</i>                                 | -            | -            | -            | -            | -            | -            | -            | -            | -            | -            | 109         | 117          |

*Het betreft alleen monsters (pillen, poeders, vloeistoffen e.d.) die in het laboratorium zijn geanalyseerd.*

*1. Pillen met meer dan 1 mg. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.*

## Prijzen

De Amsterdamse Antenne-monitor en het DIMS-project geven een indicatie van de prijs die een consument betaalt voor een ecstasypil of een gram amfetamine. De aankooprijzen van beide middelen zijn de afgelopen jaren gestegen.

### Ecstasy

- Consumenten die ecstasypillen bij DIMS lieten testen betaalden in 2011 gemiddeld 3,7 euro per ecstasypil (uiteenlopend van 1,50-13 euro). Dat is meer dan in 2010 (gemiddeld 3,2 euro) en 2009 (gemiddeld 2,9 euro) (DIMS, 2012).

- De Antenne-monitor rapporteert voor de ecstasypillen die bij testservices in Amsterdam zijn ingeleverd ook een toename in de gemiddelde prijs van een ecstasypil: van circa drie euro in 2008 naar vier euro in 2010. In 2011 liep de prijs uit een van een tot tien euro (Benschop et al., 2011). Er was geen samenhang tussen de zuiverheid (MDMA gehalte) en de prijs.
- Cafébezoekers in Amsterdam die in het afgelopen jaar ecstasy hadden gebruikt betaalden in 2010 gemiddeld 4,6 euro per pil. In 2005 was dat nog 3,2 euro per pil (Benschop, et al., 2011). Een derde van de gebruikers die zelf (wel eens) ecstasy kochten (59%) verkreeg deze via een 06-dealer (32%), een kwart (23%) in het uitgaansleven en 17% bij een dealer thuis.

### **Amfetamine**

- Consumenten die bij DIMS hun drugsmonster lieten testen betaalden in 2011 tussen twee en achttien euro (gemiddeld negen euro) per gram amfetamine. Dat is een stijging meer dan in 2010 twee tot twintig euro per gram amfetamine (gemiddeld 6,6 euro (DIMS, 2012).
- Volgens sleutelfiguren in het Amsterdamse uitgaansleven was in 2010 de meest gangbare prijs voor een gram amfetamine tussen de tien en vijftien euro (Benschop et al., 2011). De verkoop vindt voornamelijk plaats op thuisadressen, en sommige vriendengroepen blijken hun amfetamine in 'de provincie' te halen waar de prijs lager is (gemiddeld 40 euro per 5 gram).



## 6 GHB

GHB staat voor gammahydroxyboterzuur en is een middel dat doorgaans wordt verkocht in de vorm van een vloeistof. Populaire namen voor GHB zijn "liquid E", "liquid X", of "G" (Benschop et al., 2009). Evenals alcohol veroorzaakt GHB een lichte roes, maar het kan ook hallucinaties veroorzaken en een stimulerende werking hebben. GHB kan bij de 'gewone' recreatieve doseringen ook ongewenste effecten hebben zoals vermoeidheid, vergeetachtigheid, misselijkheid, overgeven en stuip trekkingen. Bij een hogere dosering (overdosering) kan de gebruiker in coma raken. Het verschil tussen de 'recreatieve' dosering en overdosering is vaak klein. Bij het ontwaken uit de coma voelt de persoon zich wakker en alert, maar soms ook gedesoriënteerd of agressief. Bij langdurig en intensief gebruik kan afhankelijkheid optreden. GHB staat in de media ook wel bekend als 'rape-drug', maar de link tussen het gebruik van GHB en seksueel misbruik is niet sterk onderbouwd (§ 6.7). GHB-gebruik komt voor in verschillende groepen mensen zoals uitgaanders, gemarginaliseerde groepen en thuisgebruikers (Voorham en Buitenhuis, 2012).

De ingrediënten voor GHB, zoals GBL (gamma-butyrolacton) en natronloog (gootsteenontstopper), zijn eenvoudig te krijgen. GBL is een schoonmaakmiddel dat via internet kan worden besteld. In pure vorm is dit middel nog sterker dan GHB, maar gebruik is gevaarlijk. In onverdunde vorm kan GBL irritatie en ernstige beschadiging van slokdarm en maag veroorzaken.

Het Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs (CAM) heeft de risico's van GHB ingeschat op gemiddeld tot hoog (CAM, 2011; Van Amsterdam et al., 2012). GHB is op 9 mei 2012 verplaatst van lijst II van de Opiumwet naar lijst I.

### 6.1 Laatste feiten en trends

De belangrijkste feiten en trends over GHB in dit hoofdstuk zijn:

- In de algemene bevolking is het percentage actuele GHB gebruikers kleiner dan dat van ecstasy en gelijk aan dat van amfetamine (§ 6.2).
- Het gebruik van GHB onder scholieren van het regulier onderwijs komt relatief weinig voor (§ 6.3).
- De laatste jaren lijkt het gebruik van GHB zich te hebben verlegd van uitgaande jongeren en jongvolwassenen in de Randstad naar een grotere groep gebruikers uit de provincie, die het middel ook buiten het uitgaansleven consumeren (§ 6.3).
- De hulpvraag vanwege GHB verslaving bij instellingen voor verslavingszorg is in 2010 verder gestegen, maar het aandeel van alle drugsproblematiek blijft beperkt (§ 6.6).
- Het aantal GHB slachtoffers bij spoedeisende eerste hulpdiensten is tussen 2003 en 2010 sterk toegenomen (§ 6.6).
- Er zijn signalen dat ook het gebruik van GBL bij gezondheidsincidenten een rol speelt, maar de omvang is niet bekend (§ 6.6).

- GHB komt voor in bloed van verkeersdeelnemers die van drugsgebruik worden verdacht (§ 6.6).
- Er is geen goed zicht op het aantal sterfgevallen waarbij GHB betrokken is (§ 6.7).
- GHB is een relatief goedkope drug (§ 6.8).

## 6.2 Gebruik: algemene bevolking

In het Nationaal Prevalentie Onderzoek van 2009 is het gebruik van GHB onderzocht (Van Rooij et al., 2011). Vragen over GHB zijn meegenomen in de periode april tot en met december. De uitkomsten hebben daardoor betrekking op een iets kleiner deel van de steekproef (4 599) vergeleken met die voor de andere middelen, waarvoor vragen gedurende geheel 2009 in het onderzoek zijn meegenomen (n=5 769). Qua steekproefsamenstelling zijn er geen verschillen.

- In 2009 had 1,3 procent van de bevolking van 15 tot en met 64 jaar ooit GHB gebruikt.
  - Meer mannen (1,6%) dan vrouwen (0,9%) hadden ervaring met GHB.
  - Onder 25-44 jarigen is het ooitgebruik het hoogst: 2,2 procent versus 1,7 procent onder 15-24 jarigen en 0,1 procent onder 45-64 jarigen.
- Recent (in het afgelopen jaar) had 0,4 procent GHB gebruikt en actueel (in de afgelopen maand) had 0,2 procent GHB gebruikt.
- Omgerekend naar absolute getallen hebben naar schatting 144 000 mensen ervaring met GHB. Het aantal actuele GHB gebruikers is naar schatting 22 000.

## 6.3 Gebruik: jongeren

### Scholieren

Vergeleken met andere drugs, hebben scholieren van het regulier voortgezet onderwijs weinig ervaring met het gebruik van GHB.

- Volgens het Peilstationsonderzoek in 2011 had 0,5 procent van de scholieren van 12-18 jaar wel eens GHB gebruikt (Verdurmen et al., 2012). Dat verschilt niet statistisch significant het percentage in 2007 (0,6%).
- In 2011 rapporteerde 0,1 procent GHB-gebruik in de afgelopen maand (Verdurmen et al., 2012).
- In het Peilstationsonderzoek van 2003 was GHB nog niet meegenomen.

### Scholieren van het speciaal onderwijs

Tabel 6.1 laat zien dat scholieren van speciale scholen aanzienlijk vaker ervaring hebben met GHB dan hun leeftijdgenoten van het regulier onderwijs (Kepper et al., 2009a). Het ooitgebruik van GHB ligt onder scholieren van zowel REC-4 scholen, het praktijkonderwijs (pro), het leerwegondersteunend onderwijs (lwo), hoger dan het reguliere onderwijs.

**Tabel 6.1 Ooitgebruik van GHB onder scholieren van het speciaal en regulier onderwijs, naar leeftijdsgroep**

|                     | 12-13 jaar | 14-15 jaar | 16 jaar |
|---------------------|------------|------------|---------|
| Speciaal onderwijs  |            |            |         |
| REC-4 <sup>I</sup>  | 4,7%       | 3,5%       | 7,1%    |
| Pro <sup>II</sup>   | 5,7%       | 5,2%       | 3,9%    |
| Lwoo <sup>III</sup> | 5,0%       | 3,1%       | 4,0%    |
| Regulier onderwijs  | 0,3%       | 0,8%       | 0,8%    |

Percentage ooitgebruik. Peiljaar voor het speciaal onderwijs is 2008. Peiljaar voor het regulier onderwijs is 2007. I. REC = Regionaal Expertise Centrum. II. Pro = praktijkonderwijs. III. Lwoo = leerwegondersteunend onderwijs. Bronnen: Trimbos-instituut; Trimbos-instituut/Universiteit Utrecht.

### Speciale groepen

Het gebruik van GHB lijkt onder bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen meer voor te komen dan onder de scholieren van het reguliere onderwijs, hoewel leeftijdverschillen en verschillen in methoden van onderzoek geen precieze vergelijking toelaten. Een volledig beeld van risicogroepen van GHB gebruikers ontbreekt. Tabel 6.2 geeft een indruk van de omvang van het gebruik van GHB in uiteenlopende groepen.

- Kwalitatief onderzoek suggereert dat GHB gebruik vanaf eind jaren negentig een opmars kende onder trendy uitgaanders in Amsterdam. Deze opmars kende een stabilisatie rond 2003 en na dit jaar leek het gebruik duidelijk weer af te nemen onder deze groep. In 2008 werd echter in sommige vriendenkringen van Amsterdamse uitgaanders geconstateerd dat GHB daar zo ruim aanwezig is dat het bijkans "uit de kraan komt" (Benschop et al., 2009). Panelleden van de Antenne-monitor 2008 schatten in dat GHB een "blijvertje" is geworden. Ook uitgaanders van buiten Amsterdam staan bekend om hun GHB gebruik, vaak op een erg riskante manier. Dit beeld wordt in 2009 bevestigd (Nabben et al., 2010). Ook wordt gesignaleerd dat de scheidslijn tussen gebruik in het weekend en doordeweeks in sommige kringen begint te vervagen.
- In 2010 constateerde de Antenne-monitor dat het brouwen van GHB bij sommigen een "doe-het-zelf project" is geworden (Benschop et al., 2011). In netwerken van gebruikers waarin zich een GHB-brouwer bevindt, is er geen schaarste aan GHB. Het recept om thuis GHB te maken staat op internet en op YouTube.
- Gebruik van GHB lijkt de laatste jaren vooral onder bepaalde groepen jongeren in de provincie populair te zijn geworden, voornamelijk op plaatsen buiten het uitgaansleven (De Jong et al., 2008; Aarts et al., 2010). Ook wordt dagelijks gebruik gesignaleerd bij sommige groepen probleemjongeren, bij wie dit eerder werd gezien als experimenteren. 'Thuisgebruik' wordt waargenomen onder mensen die om verschillende redenen samen met vrienden en kennissen in de context van 'huisfeesten' (in plaats van of na afloop van reguliere feesten) GHB gebruiken, maar ook onder afhankelijke gebruikers, voor wie het gebruik niet (langer) een sociale aangelegenheid is (Voorham & Buitenhuis, 2012).

In 2008/2009 is het middelengebruik onder bezoekers van elf landelijk en regionaal georganiseerde party's en festivals (Van der Poel et al., 2010).

- Voor GHB werden percentages gevonden van veertien procent ooitgebruik en vijf procent actueel gebruik met een gemiddelde leeftijd van 23 jaar.
- Tijdens de uitgaansavond zelf had drie procent van alle bezoekers GHB gebruikt, maar dit percentage varieerde sterk tussen party's (range: 0% tot 20%).

In hetzelfde onderzoek in 2008/2009 is het middelengebruik onder bezoekers van clubs en discotheken onderzocht in (middel)grote gemeenten in vijf regio's van Nederland: de regio Noord (Friesland, Groningen en Drenthe), Oost (Overijssel en Gelderland), Midden (Flevoland en Utrecht), West (Noord- en Zuid-Holland), en Zuid (Zeeland, Noord-Brabant en Limburg).

- Het percentage clubbezoekers dat ervaring had met GHB varieerde van 8,4 procent in de regio West tot 3,9 procent in de regio Noord.
- Het percentage actuele GHB gebruikers varieerde van respectievelijk 2,2 en 1,9 procent in de regio's West en Midden tot 1,2 en 1,1 procent in de regio's Noord en Zuid.
- Landelijk gezien had zes procent van de clubbezoekers ooit GHB gebruikt en was naar schatting bijna twee procent een actuele gebruiker. Ruim driekwart van de actuele gebruikers was man en was tussen 20-29 jaar oud.
- Tijdens de uitgaansavond/nacht zelf had 0,7 procent GHB gebruikt. Bijna al deze gebruikers waren man en vielen in de leeftijdscategorie van 20-29 jaar.

Het gebruik van GHB komt vaker voor onder jongeren in de residentiële jeugdzorg en in justitiële jeugdinrichtingen (tabel 6.2), vergeleken met scholieren van het reguliere onderwijs (Kepper et al., 2009b).

- In de residentiële jeugdzorg had acht procent van de jongeren van 13-18 jaar ervaring met GHB en had een procent in de afgelopen maand nog GHB gebruikt.
- Onder jongens in justitiële jeugdinrichtingen was dat respectievelijk vijf procent (ooit) en drie procent (in de maand voorafgaand aan hun verblijf in de inrichting).
- Zes procent van de 15-16 jarige jongeren uit de residentiële jeugdzorg en eveneens zes procent van de 15-16 jarige jongens uit justitiële jeugdinrichtingen had ooit GHB gebruikt. Onder hun leeftijdgenoten uit het reguliere onderwijs was dat één procent.



Tabel 6.2 Gebruik van GHB in speciale groepen

| Speciale groep<br>Uitgaande jongeren en<br>jongvolwassenen                | Locatie                | Jaar      | Leeftijd<br>(jaar) | Gebruik (%) |         |
|---|------------------------|-----------|--------------------|-------------|---------|
|   |                        |           |                    | Ooit        | Actueel |
| - Cafébezoekers   | Amsterdam <sup>I</sup> | 2010      | Gem. 27            | 11,2%       | 1,9%    |
| - Bezoekers van trendy clubs  | Amsterdam              | 2008      | Gem. 25            | 15,7%       | 4,7%    |
| - Bezoekers van coffeeshops   | Amsterdam              | 2009      | Gem. 28            | 12,9%       | 1,5%    |
| - Bezoekers van clubs en discotheken                                      | Landelijk              | 2008/2009 | Gem. 21            | 6,4%        | 1,7%    |
| - Bezoekers van party's en festivals                                      | Landelijk <sup>I</sup> | 2008/2009 | Gem. 23            | 14,3%       | 4,6%    |
| <i>Probleemjongeren</i>   |                        |           |                    |             |         |
| - Jongeren in de residentiële jeugdzorg                                   | Landelijk              | 2008      | Gem. 15            | 7,7%        | 1,2%    |
| - Jongeren (alleen jongens) in justitiële jeugdinrichtingen <sup>II</sup> | Landelijk              | 2009      | Gem. 16            | 5,2%        | 2,6%    |

Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand). Verschillende groepen zijn onderzocht met hun corresponderende leeftijdscategorieën. I. Geringe respons (28%). II. Gebruik in de maand voorafgaand aan het verblijf in een justitiële jeugdinrichting (JJI). Gegevens zijn verzameld in tien van de twaalf JJI's.

Bronnen: Antenne 2009, Bonger Instituut voor Criminologie, Universiteit van Amsterdam (Nabben et al., 2010); Antenne 2010, Bonger Instituut voor Criminologie, Universiteit van Amsterdam (Benschop et al., 2011); Uitgaansonderzoek, Trimbos-instituut/Universiteit van Amsterdam (Van der Poel et al., 2010); EXPLORE, Trimbos-instituut (Kepper et al., 2009a).

In totaal namen 3 257 jongeren deel aan De Grote Slikken en Spuiten Internet Enquête uit 2011 (Korf, 2011). Hun gemiddelde leeftijd was 23 jaar en 55 procent was vrouw. Van deze groep hadden 237 jongeren ooit GHB gebruikt (7%) en hadden 66 jongeren de afgelopen maand nog GHB gebruikt (2%). Een minderheid van twintig procent van de huidige gebruikers had de GHB alleen tijdens het uitgaan gebruikt. De meerderheid gebruikte de GHB alleen thuis of zowel thuis als tijdens het uitgaan. Ongeveer een van de tien huidige gebruikers gebruikte dagelijks of bijna dagelijks GHB. Van de huidige gebruikers kocht 36,4 procent de GHB van een vriend of bekende, 28,8 procent kreeg het van een bekende, 18,2 procent kocht het van een dealer, 3,0 procent kocht het van internet en 13,6 procent maakte de GHB zelf. Van de huidige gebruikers is 36 procent wel eens in coma geraakt en is 16 procent vaker dan twee keer in coma geraakt.

## 6.4 Problematisch gebruik

Zelfs bij personen die slechts gedurende een korte periode, bijvoorbeeld enkele weken, frequent GHB hebben gebruikt kan zich afhankelijkheid ontwikkelen (Perez et al., 2006).

- Vanwege de korte werkingsduur nemen intensieve gebruikers vaak dag en nacht elke twee tot vier uur een dosis om onthoudingsverschijnselen tegen te gaan (Van Noorden et al., 2010). Abrupt stoppen met GHB kan leiden tot symptomen zoals overvloedig zweten, plotselinge angstaanvallen en snelle hartslag (Van Noorden et al., 2009). De ernst van dit onthoudingssyndroom kan variëren, maar levensbedreigende complicaties zijn beschreven (Veerman et al., 2010). De symptomen beginnen doorgaans binnen een aantal uren na de laatste inname.
- Bij de behandeling van dit onthoudingssyndroom is toediening van medicijnen vaak noodzakelijk. Het gaat daarbij meestal om hoge doseringen benzodiazepinen. In Nederland is ook klinische ervaring opgedaan met het gecontroleerd afbouwen van GHB door toediening van medicinale GHB (Van Noorden et al., 2010). In 2010 is onderzoek gestart om de veiligheid en doeltreffendheid van deze methode in kaart te brengen. Daartoe zullen 350 GHB cliënten van de verslavingszorg worden behandeld en gedurende een langere periode worden gevolgd.

Cijfers over het aantal probleemgebruikers van GHB in Nederland ontbreken. Wel suggereren meerdere bronnen dat dit aantal stijgende is. Het gaat dan zowel om acute problemen als verslavingsproblematiek (zie § 6.6).

- Uit kwalitatief onderzoek in Nederland in 2006/2007 kwam naar voren dat er voor het eerst GHB verslaafden in het uitgaansnetwerk werden gesignaleerd. Dit waren vooral dagelijkse gebruikers, die vaak om de paar uur een dosis GHB namen (Nabben et al., 2007b).
- Diverse organisaties op het gebied van uitgaan en verslaving signaleerden een verandering in houding van bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen ten opzichte van GHB gebruik. Het gebruik lijkt normaler te worden gevonden. GHB wordt gezien als een goedkoop alternatief voor alcohol en andere drugs. Out gaan (comateuze toestand) wordt door gebruikers vaak gezien als een relatief onschuldig bijeffect van GHB.
- Onderzoek naar de (lange termijn) effecten van herhaaldelijk out gaan na GHB gebruik ontbreekt.

## 6.5 Gebruik: internationale vergelijking

### Algemene bevolking

Er zijn weinig gegevens beschikbaar over het gebruik van GHB onder de algemene bevolking of scholieren in andere landen. De Europese Unie, de Verenigde Staten en Canada monitoren nog niet systematisch het gebruik van GHB. Wel zijn er gegevens beschikbaar voor enkele Europese landen en Australië.

- Enkele gerichte studies naar het gebruik van GHB in de algemene bevolking zijn uitgevoerd in België, Tsjechië, Nederland en het Verenigd Koninkrijk (EMCDDA, 2011a). Het ooitgebruik van GHB varieerde in deze landen van 3,9 tot 14,3 procent.
- In 2010 had in Australië 0,1 procent van de bevolking van 14 jaar en ouder in het afgelopen jaar GHB gebruikt (AIHW, 2011). Ook in 2004 en 2007 was dit 0,1 procent. Het ooitgebruik lag in 2010 op 0,8 procent.

### Jongeren

In de ESPAD-peilingen onder vijftien- en zestienjarige scholieren in Europa werd in 2011 gevraagd naar het ooitgebruik van GHB. De cijfers uit dit onderzoek zijn internationaal beter vergelijkbaar dan de cijfers uit onderzoeken onder de algemene bevolking (Hibell et al., 2012).

- Het gebruik van GHB onder scholieren is laag. In de meeste Europese landen, inclusief Nederland, heeft niet meer dan een procent van de scholieren van 15-16 jaar ervaring met GHB, met uitzondering van Hongarije (2%), Letland (2%), Liechtenstein (2%) en Cyprus (3%).

Gebruik van GHB lijkt wel vaker voor te komen onder bezoekers van clubs en dansfeesten, maar er zijn geen internationaal vergelijkende studies op dit terrein.

- Overwegend lokale enquêtes zijn gehouden onder speciale groepen in België, Tsjechië, Nederland en het Verenigd Koninkrijk. Het ooitgebruik in deze speciale groepen varieerde in deze landen van 3,9 tot 14,3 procent en de hoogste maandprevalentie lag op 4,6 procent. Het gaat hier echter om methodologisch uiteenlopende studies en verschillen tussen landen moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd (Van der Poel, 2010; EMCDDA, 2011a). Binnen de landen tekent zich nog geen trend af in het GHB-gebruik.
- Het ooitgebruik van GHB onder clubbezoekers (gemiddelde leeftijd 24 jaar) in New York city in 2005/2006 was 22 procent (Parsons et al., 2009). Gebruik van GHB in de laatste vier maanden kwam voor onder vijf procent van de clubbezoekers.
- Onder regelmatige ecstasygebruikers in Australië (gemiddelde leeftijd 24 jaar) nam het ooitgebruik van GHB toe van vijf procent in 2000 naar veertig procent in 2006. Het percentage gebruikers in de zes maanden voor het interview steeg in deze periode van een procent naar 21 procent (Dunn et al., 2009). Het aantal gebruiksdagen varieerde in 2006 in het afgelopen half jaar van een tot 40 (mediaan 3). Op 'typische' gebruiksdagen werd 0,25 tot 20 ml GHB geconsumeerd (mediaan 3,5 ml) en op 'zware gebruiksdagen' werd 0,25 tot 40 ml gebruikt (mediaan 6 ml).

## 6.6 Hulpvraag en incidenten

### Verslavingszorg

De verslavingszorg is het onderdeel van de gezondheidszorg dat hulp biedt aan mensen die verslaafd zijn geraakt aan drugs, alcohol, medicijnen, of gokken. In Nederland zijn verschillende gespecialiseerde instellingen actief binnen de verslavingszorg. Samen met de verslavingsreclassering sturen deze instellingen anonieme gegevens over de hulpverlening naar het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) (Ouweland et al., 2011). (Zie in bijlage A: Cliënt LADIS.) GHB wordt pas vanaf 2009 als apart middel geregistreerd.

- In 2010 werden 524 personen behandeld voor een primaire GHB problematiek. Dit is 1,4 procent van alle drugscliënten bij de verslavingszorg. Tussen 2009 en 2010 steeg het aantal primaire GHB cliënten met 51 procent.
- In 2010 waren er ook nog eens 97 cliënten met GHB als secundaire problematiek, een stijging van 24 procent ten opzichte van 2009.
- Van de hulpvragers met GHB als primaire problematiek heeft bijna de helft (49%) bovendien een probleem met een ander middel. Van de groep die naast GHB nog een ander probleem heeft, is het secundaire middel voornamelijk amfetamine (25%) of cocaïne/crack (24%), gevolgd door alcohol (19%), cannabis (18%) en overige middelen (13%).
- Bij de groep die naast GHB een probleem heeft met een stimulerend middel, zoals amfetamine en cocaïne/crack, kan sprake zijn van de 'dubbelverslaving'. Bij een dergelijke 'dubbelverslaving' probeert men tot rust te komen via een verdovend middel (GHB) en probeert men actief te worden met een stimulerend middel (amfetamine, cocaïne/crack). Voor rust is men dan afhankelijk van een verdovend middel en voor activiteit is men dan afhankelijk van een stimulerend middel.

### *Leeftijd en geslacht*

- Van de primaire GHB cliënten in 2010 was een meerderheid van 69 procent man en was een minderheid van 31 procent vrouw.
- In 2010 was de gemiddelde leeftijd van de primaire GHB cliënten 28 jaar, 36 procent was niet ouder dan 25 jaar en minder dan een procent was 55 jaar of ouder.

### *Intramurale detoxificatie*

De GHB monitor van het Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction (NISPA) monitort cliënten in de verslavingszorg die een intramurale detoxificatie hebben ondergaan voor GHB. Zij krijgen een gecontroleerde afbouw met medicinale GHB als eerste stap om definitief te stoppen met GHB gebruik (NISPA, 2012; De Jong et al., 2012).

- Tussen maart 2011 en maart 2012 zijn voorlopige gegevens beschikbaar gekomen van in totaal 175 GHB-clieënten.
- Hun gemiddelde leeftijd was dertig jaar en zeventig procent was man. De gemiddelde duur van het GHB-gebruik was vier jaar, waarbij het gebruik varieerde van pas enkele maanden tot wel vijftien jaar.

- Als reden om GHB te gebruiken werden meestal genoemd het vergeten van zorgen en problemen (53%), zeker worden en meer durven (37%) en het krijgen van een euforisch gevoel (30%).
- Een deel van de GHB-cliënten kreeg het middel via een dealer (43%), een ander deel maakte de GHB zelf (30%), weer anderen lieten het maken door een vriend (23%) en de rest bestelde het via internet (3%).
- Meestal werd de GHB thuis gebruikt (75%) en minder vaak bij vrienden (22%), of in het uitgaansleven (7%).

## Incidenten

Er zijn verschillende bronnen beschikbaar voor informatie over gezondheidsverstoringen in verband met drugsgebruik (zie ook Bijlage A onder 'Incidenten'). Aard, regio en vindplaats van deze incidenten verschillen per bron. Vanwege een (onbekende mate van) overlap kunnen de aantallen incidenten echter niet zonder meer worden opgeteld.

Volgens het Letsel Informatie Systeem (LIS) van Stichting Consument en Veiligheid worden jaarlijks gemiddeld 4 200 personen behandeld op spoedeisende eerste hulp afdelingen van ziekenhuizen na een ongeval, geweld of zelfbeschadiging gerelateerd aan drugsgebruik (hierna genoemd 'ongevallen'). Drugs zijn hier cannabis, cocaïne, heroïne, ecstasy, amfetamine, GHB en paddo's. De gegevens zijn gemiddeld over de periode van 2006 tot en met 2010 (Draisma, 2011; Valkenberg, 2012).

- Het aantal GHB-gerelateerde ongevallen is tussen 2005 en 2010 bijna verdrievoudigd (stijging van 186%).
- Per jaar werden gemiddeld 950 personen behandeld voor een GHB-gerelateerd ongeval, 23 procent van alle drugsgerelateerde ongevallen en 26 procent van de gevallen waarvan de drug bekend is.
- Bij 860 personen (91%) betrof het ongeval een vergiftiging.
- Na de SEH-behandeling werd 38 procent van de GHB-patiënten opgenomen in het ziekenhuis.

Sinds 2009 houdt de Monitor Drugs Incidenten (MDI) van het Trimbos-instituut actuele gegevens bij over de aard en omvang van drugsgerelateerde gezondheidsincidenten in Nederland (Vogels en Croes, 2012). In 2011 werden de incidenten gemeld vanuit afdelingen spoedeisende hulp van (stads)ziekenhuizen, ambulancediensten en politieartsen in acht regio's van Nederland: Amsterdam, Ede/Arnhem, Eindhoven, Enschede, Groningen, Nijmegen, Purmerend en Rotterdam. Ook nemen enkele organisaties die de EHBO-post verzorgen op grootschalige evenementen deel aan de monitor. Vanwege wijzigingen in dekkingsgraad per registratiejaar kunnen trends vooralsnog beperkt worden vastgesteld.

- In 2011 werden in totaal 3 652 drugsincidenten gemeld. Bij 740 meldingen (20%) was GHB betrokken, waarvan in 514 gevallen GHB als enige drug was gemeld (al dan niet met alcohol). Dat is relatief hoog gezien de omvang van het gebruik van dit middel in de algemene bevolking.

- Vanwege verschillen tussen de medische diensten worden gegevens in tabel 6.3 uitgesplitst naar type dienst voor alle gevallen over 2009-2011. In deze periode werden in totaal 9 029 unieke drugsincidenten gemeld
  - Het aandeel incidenten met GHB als enige drug varieert van 6 tot 16 procent van het totaal aantal incidenten, waarbij de politieartsen duidelijk de minste incidenten zien. Er waren geen grote veranderingen te zien tussen 2009 en 2011.
  - Bij alle medische diensten zijn de intoxicaties onder invloed van GHB als enige drug vaak van matige of ernstige aard. Alleen de EHBO-posten op grootschalige evenementen zien ook veel lichte intoxicaties onder invloed van GHB. Overigens geldt ook bij de andere middelen dat de EHBO-posten relatief vaker lichte intoxicaties zien dan de andere medische diensten, hetgeen samenhangt met de laagdrempeligheid van deze EHBO-posten. Er zijn geen duidelijke verschuivingen opgetreden in de mate van intoxicatie over de jaren.
- Van alle incidenten waarbij GHB betrokken is, is in ruim een derde van de gevallen alleen GHB genomen. Bij een derde van het totaal is ook alcohol gebruikt, in 16 procent van de gevallen is naast GHB nog een andere drug gebruikt en in 15 procent van de gevallen is er naast GHB zowel alcohol als een andere drug gebruikt.

**Tabel 6.3 Incidenten met GHB als enige drug geregistreerd door de Monitor Drugs Incidenten (MDI). Peiljaren 2009-2011**

|   | Ambulances   | Ziekenhuizen | Politieartsen | EHBO         | Totaal         |
|---|--------------|--------------|---------------|--------------|----------------|
| Aantal incidenten<br>(% van het totaal) | 623<br>(15%) | 129<br>(10%) | 40<br>(6%)    | 459<br>(16%) | 1 251<br>(14%) |
| Man                                     | 74%          | 76%          | 90%           | 75%          | 75%            |
| Leeftijd (mediaan)                      | 28           | 28           | 29            | 26           | 27             |
| Mate van intoxicatie*                   |              |              |               |              |                |
| - Licht <sup>I</sup>                    | 10%          | 16%          | 33%           | 50%          | 26%            |
| - Matig <sup>II</sup>                   | 53%          | 26%          | 48%           | 37%          | 44%            |
| - Ernstig <sup>III</sup>                | 37%          | 57%          | 20%           | 14%          | 30%            |
| Combinatie met alcohol*                 | 40%          | 68%          | 39%           | 48%          | 46%            |

\*Percentages berekend op de bekende aantallen (valide percentages). I. Licht: goed aanspreekbaar, gebruik merkbaar. II. Matig: onvoldoende aanspreekbaar, wel duidelijk onder invloed. III. Ernstig: niet aanspreekbaar, eventueel in combinatie met: (sub)comateus, geagiteerd/agressief, gestoorde vitale parameters (zoals hartslag, bloeddruk en ademhalingsfrequentie). Bron: Monitor Drugs Incidenten (MDI), Trimbos-instituut (Vogels en Croes, 2012).

Over een periode van twaalf jaar, van 1997 tot en met 2008, heeft Stichting Educare de alcohol- en drugsgelerateerde incidenten onderzocht die zich hebben voorgedaan op grote rave party's in Nederland (Krul et al., 2011). Het gaat hier om de feestgangers die hulp hebben gevraagd op de eerste hulp post.

- Van 1997 tot en met 2008 hebben in totaal 3,8 miljoen bezoekers 249 rave party's bezocht. Slechts 0,3 procent van deze bezoekers heeft voor een alcohol- of drugsge-relateerd incident de eerste hulp post bezocht.
- Van de alcohol- en drugsgevallen ging het in 2,5 procent van de gevallen om alleen GHB. In 3,9 procent van de gevallen ging het om een combinatie van GHB met alcohol of een andere drug.
- Van de gevallen waarin alleen GHB een rol had gespeeld, was slechts in één geval sprake van een levensbedreigende situatie (Krul en Girbes, 2011). In een meerderheid van 68 procent van de gevallen ging het om een milde problematiek.

De Centrale Post Ambulancevervoer (CPA) van de GGD Amsterdam is deelnemer aan de Monitor Drugs Incidenten (MDI), maar registreert al sinds langere tijd het aantal aanvragen voor spoedeisende hulp wegens drugsgebruik in Amsterdam en omgeving.

- Tussen 2001 en 2011 is het aantal geregistreerde incidenten in Amsterdam waarbij GHB een rol speelde verdrievoudigd (tabel 6.4). Bij deze stijging spelen mogelijk ook andere factoren een rol, zoals toegenomen alertheid bij ambulancemedewerkers bij het uitvragen van middelengebruik.
- In 85 procent van de gevallen in 2010 en in 78 procent van de gevallen in 2011 was er vervoer naar het ziekenhuis nodig. De overige gevallen konden ter plekke worden behandeld.

**Tabel 6.4 GHB incidenten geregistreerd door de GGD Amsterdam, vanaf 2001**

| 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 69   | 67   | 74   | 98   | 76   | 110  | 110  | 128  | 169  | 194  | 222  |

*Aantal incidenten per jaar. Bron: CPA, GGD Amsterdam.*

Het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) van het RIVM registreert de informatieverzoeken van artsen, apothekers en overheidsinstellingen, onder andere vanwege blootstellingen aan GHB of GBL (tabel 6.5).

- In 2011 stond 211 keer een blootstelling aan GHB/GBL geregistreerd. GHB/GBL komt daarmee samen met cannabis als tweede na het aantal voor cocaïne (Van Velzen et al., 2011).
- Opvallend is dat de stof GBL, de grondstof voor de productie van GHB, een steeds prominentere rol is gaan spelen in het aantal blootstellingen geregistreerd bij het NVIC. In 2011 betrof veertien procent van de GHB/GBL-meldingen GBL, terwijl dit in 2008 nog maar vijf procent was.
- In (onvoldoende) onverdunde vorm kan GBL irritatie en beschadiging van de slok-darm en maag veroorzaken.

**Tabel 6.5 Blootstellingen aan GHB of GBL geregistreerd bij het Nationaal Vergiftigingen Informatiecentrum (NVIC), vanaf 2001**

| 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 174  | 194  | 212  | 190  | 241  | 203  | 202  | 218  | 273  | 234  | 211  |

Aantal blootstellingen per jaar gemeld via de 24-uurs telefoonlijn van het NVIC. Meldingen via de website [www.vergiftigingen.info](http://www.vergiftigingen.info) (online sinds april 2007) zijn voor het eerst in 2008 meegeteld. Bron: NVIC, RIVM (Van Velzen et al., 2011).

### **Rijden onder invloed**

Het rijden onder invloed van GHB is zeer riskant (CAM, 2011).

- Het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) voert analyses uit van bloedmonsters die door de politie zijn afgenomen van verkeersdeelnemers die van drugsgebruik worden verdacht. Het NFI let daarbij ook op GHB.
  - In 2009 werden in 750 bloedmonsters drugs aangetoond. In 172 gevallen (23%) werd GHB aangetroffen (Kuiken, 2010).
  - Van januari tot november 2010 heeft de politie 131 mensen van de weg gehaald die onder invloed waren van GHB. Dit was ruim twintig procent van het totaal aantal gevallen waarbij drugs in het spel waren.
- De Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid (SWOV) heeft het gebruik van GHB onderzocht onder ernstig gewonde autobestuurders die werden opgenomen in het ziekenhuis (Houwing, 2011). Het onderzoek werd uitgevoerd onder 180 ernstig gewonden die tussen 2007 en 2009 werden opgenomen in een ziekenhuis in Enschede, Tilburg en Nijmegen.
  - Vijf van de 180 ernstig gewonde bestuurders (2,8%) bleken GHB te hebben gebruikt.
  - Vergeleken met andere drugs is het aandeel van GHB relatief groot.

### **Incidenten seksueel misbruik**

Sinds GHB werd beschreven als 'uitgaansdrug' zijn er berichten over verkrachtingen waarbij GHB werd gebruikt om het slachtoffer te verdoven.

- Een internationale overzichtsstudie heeft geprobeerd te achterhalen van hoeveel van de wetenschappelijk beschreven verkrachttingsincidenten er daadwerkelijk sprake was van bewezen GHB intoxicatie (Németh et al., 2010).
- In 0,2 tot 4,4 procent van alle beschreven gevallen van seksueel misbruik werd GHB gedetecteerd. Daarmee lijkt het dus eerder een sporadisch gebruikte drug in dit soort gevallen dan een frequent gebruikte drug. De nadruk die hierop wordt gelegd door de media zou een van de oorzaken kunnen zijn dat GHB veel vaker wordt genoemd als verkrachtingsdrug dan het eigenlijke aantal gevallen waarin de drug ook daadwerkelijk werd aangetoond.
- Knelpunt bij al dit soort studies is dat GHB betrekkelijk kort detecteerbaar is: maximaal vijf uur in het bloed en twaalf uur in de urine (Verstraete, 2004). Van de meeste studies is slechts bekend dat het monster 'binnen 24 uur na het incident' was verzameld. Onderrapportage is dus mogelijk.



- Er is geen zicht op het aantal gevallen in Nederland waarbij GHB gebruik in verkrachtingszaken een rol heeft gespeeld.

## 6.7 Ziekte en sterfte

- De dosis-effect relatie van GHB is zeer steil en het verschil in dosis tussen een 'gewenst' en een 'ongewenst' effect is zeer klein. De kans op overdosering is daarom groot. Een overdosis GHB is gevaarlijk, omdat de mogelijkheid bestaat dat de ademhaling wordt onderdrukt en de gebruiker bewusteloos of zelfs in coma kan raken (Moser en Pursell, 2000). De gevolgen van deze toestand kunnen variëren van een milde ademhalingsverstoring tot ademstilstand. De risico's hierop zijn groter als GHB wordt gebruikt in combinatie met alcohol of andere dempende stoffen zoals benzodiazepines.
- Tolerantie na frequent gebruik kan er toe leiden dat gebruikers steeds meer consumeren om hetzelfde effect te bereiken. Er komen dan vaker symptomen voor zoals misselijkheid, braken, agressief gedrag, duizeligheid, te langzame hartslag en onderkoeling. Bij hogere doseringen overheerst een algemeen ziektegevoel (Van Sassenbroeck et al., 2007).
- Er zijn diverse stoffen uitgetest (Kohrs et al., 2004; Zvosec et al., 2007) om de verschijnselen van een GHB overdosering te bestrijden, maar zonder succes. Een specifiek antidotum is nog niet gevonden. De acute behandeling bestaat meestal uit het vrijmaken van de luchtwegen en het bewaken van de vitale functies.

De sterfte door het gebruik van GHB is lastig vast te stellen. GHB wordt snel afgebroken in het lichaam en is daardoor slechts kort aantoonbaar in bloed of urine (Jones et al., 2009; Verstraete, 2004). Afgezien daarvan zegt de aanwezigheid van GHB niet alles, omdat er grote verschillen in tolerantie kunnen zijn. Ook kan GHB na het overlijden in het lichaam zelf worden gevormd, waardoor de bijdrage van GHB gebruik aan het overlijden moeilijk kan zijn. Een andere complicerende factor is dat de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS geen specifieke code kent waarmee GHB sterfgevallen kunnen worden geregistreerd.

- In 2008 stond GHB vermeld op vier doodsoorzakenformulieren van het CBS. In 2009 ging het om acht gevallen en in 2010 ging het om vijf gevallen. Voorlopige cijfers voor 2011 komen uit op zes gevallen. Het gaat daarbij zowel om ingezetenen als niet ingezetenen van Nederland. Onbekend is of GHB bij deze gevallen de oorzaak was van het overlijden of heeft bijgedragen aan het overlijden.
- Ook het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) rapporteert sterfgevallen gerelateerd aan GHB.
  - Voor 2007 rapporteerde het NFI nog geen fatale gevallen waarbij het gebruik van GHB de primaire doodsoorzaak was.
  - In 2008 was GHB de primaire doodsoorzaak bij één sterfgeval, waarbij tevens ecstasy (MDMA) werd aangetroffen.
  - In 2009 zijn vijf gevallen bekend waarbij het gebruik van GHB een rol speelde bij het overlijden; bij twee gevallen vormde een GHB intoxicatie vermoedelijk de primaire doodsoorzaak en in drie gevallen ging het om een combinatie van GHB en andere middelen.

- In 2010 stond GHB in negen gevallen, in combinatie met andere middelen, als doodsoorzaak geregistreerd; in twee gevallen betrof het een ongeval onder invloed van GHB en andere middelen.
- In 2011 zijn er door het NFI acht gevallen gerapporteerd waarbij GHB een bijdrage leverde aan het overlijden. In vijf gevallen was GHB de primaire doodsoorzaak. In drie van deze vijf gevallen was GHB de enige of de belangrijkste stof; in de andere twee gevallen was er sprake van een fatale combinatie van GHB met andere stoffen (alcohol, geneesmiddelen en methadon). In drie gevallen speelde GHB een meer indirecte rol (NFI, persoonlijke communicatie, 30-03-2012).
- De gevallen die geregistreerd staan in de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS overlappen deels met de gevallen die geregistreerd staan bij het NFI, maar de overlap is niet volledig. Het CBS kent gevallen die het NFI niet kent en het NFI kent gevallen die het CBS niet kent.

## 6.8 Aanbod en markt

### Samenstelling van GHB

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) monitort de markt van illegale drugs. Daarvoor wordt gebruik gemaakt van de analyse van stoffen die aanwezig zijn in drugsmonsters die consumenten bij instellingen voor verslavingszorg inleveren. Een deel van deze monsters (pillen) wordt herkend bij de instelling zelf. De meeste overige pillen en alle poeders en vloeistoffen worden doorgestuurd naar het laboratorium voor chemische analyse.

- In 2011 werden 151 vloeistoffen ingeleverd die als GHB werden aangekocht (DIMS, 2012).
- De meeste (139) als GHB verkochte vloeistoffen bevatten daadwerkelijk GHB. De concentratie GHB was gemiddeld 48 procent (gewichtspcenten). Het minimum aan opgeloste GHB in vloeistoffen bedroeg 36 procent en het maximum rond de 55 procent.

### Prijzen

De Amsterdamse Antenne-monitor en het landelijke DIMS geven een indicatie van de prijs die een consument betaalt voor een enkele dosis GHB, dan wel een liter van dit middel.

- Volgens de Antenne-monitor werd in Amsterdam in 2010 voor een buisje van 5 ml GHB tussen de vijf en tien euro betaald (Benschop et al., 2011). De meest gangbare prijs was vijf euro.
- In 2011 betaalden consumenten die bij het DIMS hun GHB lieten testen ongeveer zes euro per 5 ml, iets meer dan in 2010 (vijf euro). De prijs voor een liter varieerde van tachtig tot 180 euro en was gemiddeld 100 euro (DIMS, 2011).
- Iemand die GHB zelf bereidt uit GBL, natronloog en gedestilleerd water is per dosering van 5 ml ongeveer tien eurocent kwijt (Doekhie et al., 2010).

# 7 Alcohol

Alcohol ontstaat uit het vergisten van granen en vruchten. Alcohol wordt gedronken in de vorm van bier, wijn, of gedistilleerd. Een glas bier, een glas wijn en een borrel gedistilleerde drank bevatten ongeveer evenveel alcohol. Dat komt omdat de grootte van het glas kleiner wordt naarmate het alcoholpercentage van de drank hoger is.

In sociale situaties ervaren consumenten alcohol als ontspannend en bevorderlijk voor een goede stemming. In minder sociale situaties kan alcohol een agressieve stemming versterken. Overmatig gebruik (ook indien incidenteel) kan leiden tot ongevallen, op het werk, thuis en in het verkeer. Alcohol is een verslavende stof. Bij regelmatig gebruik treedt gewenning op en tolerantie. Bovenmatig gebruik van alcohol kan leiden tot verschillende ziektes, vooral leverziekten, hart- en vaatziekten, kanker, hersenschade en psychische ziektes.

## 7.1 Laatste feiten en trends

De belangrijkste feiten en trends over alcohol in dit hoofdstuk zijn:

- Volgens verkoopcijfers is de consumptie van alcohol per hoofd van de bevolking sinds 2000 licht gedaald, van 8,2 liter pure alcohol in 2000 naar 7,6 liter in 2010. Het percentage mensen dat in de afgelopen maand alcohol heeft gedronken bleef tussen 1997 en 2005 stabiel, maar in 2009 deed zich een geringe daling voor tot 76 procent (§ 7.2).
- Ook het percentage zware drinkers onder Nederlanders van 12 jaar en ouder is tussen 2001 en 2009 gedaald. Van 2008 naar 2009 deed de daling zich alleen voor onder mannen van 18-24 jaar (§ 7.4).
- Tussen 2003 en 2011 is het alcoholgebruik (ooit en actueel) onder scholieren van het reguliere voortgezet onderwijs afgenomen. Deze daling deed zich vooral voor in de jongste leeftijdsgroepen tot en met veertien jaar (§ 7.3).
- Het percentage 'binge drinkers' (drinken van vijf of meer glazen bij één gelegenheid) onder alle scholieren is tussen 2003 en 2011 ook gedaald; onder degenen die drinken blijft het aandeel binge drinkers onverminderd hoog (§ 7.3)
- Ondanks een wettelijk verbod kunnen jongeren onder de zestien jaar nog steeds gemakkelijk alcoholhoudende dranken krijgen (§ 7.8).
- Na een jarenlange toename in het aantal cliënten bij de (ambulante) verslavingszorg met een primair alcoholprobleem, is in 2010 een lichte daling waarneembaar. De gemiddelde leeftijd is licht gestegen (§ 7.6).
- Het aantal opnames in algemene ziekenhuizen waarbij een aan alcohol gerelateerde aandoening een rol speelt bleef in 2010 echter verder stijgen. De toename is het grootst onder jongeren en 55-plussers (§ 7.6).

- Ook het aantal jongeren dat met een alcoholintoxicatie door een kinderarts in een ziekenhuis wordt behandeld stijgt nog steeds, evenals het aantal eerstehulpbehandelingen in het ziekenhuis wegens ongevallen, geweldpleging of zelfbeschadiging waarbij alcohol een rol heeft gespeeld (§ 7.6).
- De totale sterfte aan alcoholgerelateerde aandoeningen (primaire en secundaire doodsoorzaken samen) bleef tussen 2004 en 2010 op hetzelfde niveau (§ 7.7).

## 7.2 Gebruik: algemene bevolking

Alcoholgebruik is wijd verbreid in de Nederlandse samenleving.

- Volgens de meting van 2009 van het Nationaal Prevalentie Onderzoek is het percentage mensen in de bevolking van 15 tot en met 64 jaar dat het afgelopen jaar alcohol heeft gedronken 84 procent (tabel 7.1) (Van Rooij et al., 2011). In de metingen van 2001 en 2005 was dit 85 procent. (Rodenburg et al., 2007).
- Het aantal Nederlanders dat in de afgelopen maand alcohol had gedronken bedroeg 76 procent. Dat is minder dan in voorgaande peilingen (78% in alle peilingen) (Van Rooij et al., 2011).
- Het percentage respondenten dat in het afgelopen half jaar wel eens zes of meer glazen alcohol op één dag heeft gedronken ('binge drinken') bedroeg in 2009 32 procent. Dat is (statistisch significant) minder dan in 2001 (40%) en 2005 (35%).
- Mannen scoren hoger dan vrouwen op alle maten van drankgebruik (ooit, actueel en binge drinken).
- In de verschillende leeftijdsgroepen (15-24, 25-44 en 45-64 jaar) heeft ongeveer een even groot deel van de groep het afgelopen jaar gedronken (rond 84%). Het actueel drinken (een betere indicator voor regelmatig drinken) neemt licht toe met de leeftijd: 72 procent onder 15-24-jarigen, 74 procent onder 25-44-jarigen en 79 procent onder 45-64-jarigen. Het percentage binge drinkers neemt juist af met de leeftijd (37% onder 15-24-jarigen, 34% onder 25-44-jarigen en 27% onder 45-64-jarigen).
- Het drinken van alcohol komt vaker voor op het platteland dan in de meest verstedelijkte gebieden; 71 procent van de bevolking in gebieden met de hoogste urbanisatiegraad dronk de afgelopen maand alcohol tegenover tachtig procent in niet-stedelijk gebieden. Een zelfde trend is te zien met binge drinken (vaker op het platteland).
- Van degenen die de afgelopen maand alcohol dronken, deed 22 procent dat (bijna) dagelijks.

**Tabel 7.1 Alcoholgebruik in de Nederlandse bevolking onder mensen van 15 tot en met 64 jaar.  
Peiljaar 2009**

|  | Totaal | Mannen | Vrouwen |
|--|--------|--------|---------|
| Recent gebruik <sup>I</sup>                | 84%    | 90%    | 78%     |
| Actueel gebruik <sup>II</sup>              | 76%    | 84%    | 67%     |
| 6 of meer glazen op een dag <sup>III</sup> | 32%    | 44%    | 20%     |

*Percentage gebruikers. Aantal respondenten: 5 769. I. In het afgelopen jaar. II. In de afgelopen maand. III. In het afgelopen half jaar. Bron: NPO, CBS/IVO (Van Rooij et al., 2011).*

Verkoopcijfers geven een indicatie van de hoeveelheid alcohol die jaarlijks per hoofd van de bevolking wordt geconsumeerd (Productschap Wijn, 2011; Productschap Dranken, 2011; [www.stiva.nl](http://www.stiva.nl); [www.nederlandsebrouwers.nl](http://www.nederlandsebrouwers.nl)).

- De consumptie van alcohol was in Nederland het grootst in de tweede helft van de jaren zeventig en in de jaren tachtig. Daarna volgde een lichte daling, die zich vanaf het begin van de jaren negentig slechts licht heeft doorgezet (tabel 7.2).
- Per persoon werd in 2010 72 liter bier, 22 liter wijn en vier liter gedistilleerd geconsumeerd.
- De consumptie van bier in Nederland toont sinds enkele jaren een lichte daling. Daarentegen neemt de consumptie van wijn per hoofd van de bevolking sinds jaren toe. De consumptie van gedistilleerde dranken is de laatste vijf jaar gelijk gebleven.
- In de eerste jaren van de 21e eeuw steeg de afzet van premixen sterk, van 23 713 hectoliter consumptiesterkte in 1996 tot 309 252 hectoliter in 2002. Sindsdien is weer een sterke daling opgetreden en de verkoop bleef sinds 2007 onder de 100 000 hectoliter (89 598 hectoliter in 2010).
- Ook de verkoop van gedistilleerd is tussen 1996 en 2010 afgenomen, van 853 790 hectoliter consumptiesterkte in 1996 tot 650 013 hectoliter in 2010.

**Tabel 7.2 Bier, wijn en gedistilleerd per hoofd van de hele bevolking (in liters pure alcohol), vanaf 1960**

| Jaar | Bier | Wijn | Gedistilleerd | Totaal |
|------|------|------|---------------|--------|
| 1960 | 1,2  | 0,2  | 1,1           | 2,6    |
| 1965 | 1,9  | 0,5  | 1,9           | 4,2    |
| 1970 | 2,9  | 0,8  | 2,0           | 5,7    |
| 1975 | 4,0  | 1,5  | 3,4           | 8,9    |
| 1980 | 4,8  | 1,4  | 2,7           | 8,9    |
| 1985 | 4,2  | 2,0  | 2,2           | 8,5    |
| 1990 | 4,1  | 1,9  | 2,0           | 8,1    |
| 1995 | 4,1  | 2,2  | 1,7           | 8,0    |
| 2000 | 4,1  | 2,3  | 1,7           | 8,2    |
| 2001 | 4,0  | 2,3  | 1,7           | 8,1    |
| 2002 | 4,0  | 2,3  | 1,7           | 8,0    |
| 2003 | 4,0  | 2,5  | 1,5           | 7,9    |
| 2004 | 3,9  | 2,6  | 1,4           | 7,9    |
| 2005 | 3,9  | 2,7  | 1,3           | 7,9    |
| 2006 | 3,9  | 2,8  | 1,3           | 7,9    |
| 2007 | 3,9  | 2,6  | 1,3           | 7,7    |
| 2008 | 3,9  | 2,7  | 1,3           | 7,9    |
| 2009 | 3,6  | 2,7  | 1,3           | 7,6    |
| 2010 | 3,6  | 2,8  | 1,3           | 7,6    |

Bron: Productschap Dranken; Productschap Wijn; STIVA.

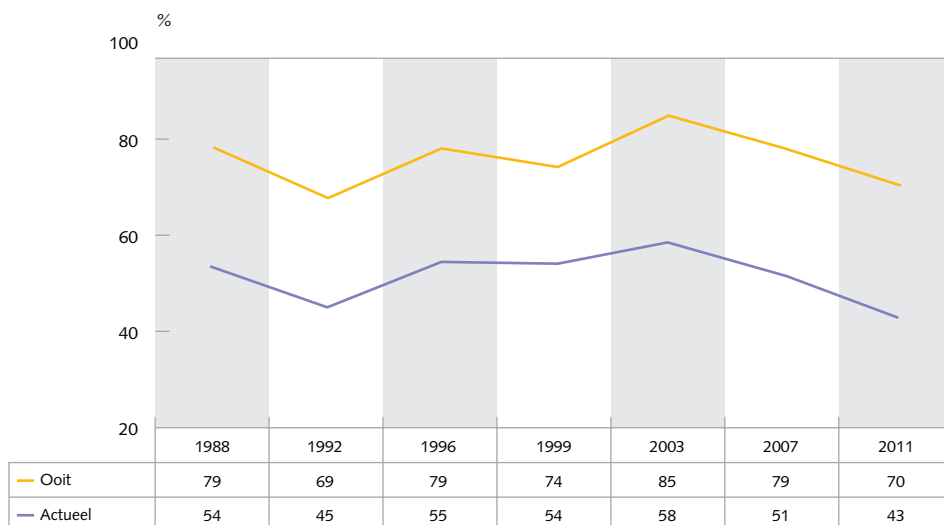
## 7.3 Gebruik: jongeren

### Scholieren van het regulier onderwijs

Het Trimbos-instituut peilt sinds het midden van de jaren tachtig in hoeverre leerlingen van twaalf tot en met achttien jaar op reguliere middelbare scholen ervaring hebben met alcohol, tabak, drugs en gokken. Dit gebeurt via het landelijke Peilstationsonderzoek scholieren, waarvan tussen 1988 en 2011 vierjaarlijks peilingen zijn verricht (Verdurmen et al., 2012).

- In 2011 had 70 procent van de leerlingen van 'reguliere' middelbare scholen ervaring met alcohol. Dat was minder dan in 2007, toen nog 79 procent ervaring had met alcohol en minder dan tijdens de piek in 2003 (85%). Dit percentage schommelde echter wel over de afgelopen vijftien jaar (figuur 7.1).
- In 2011 had 43 procent van de ondervraagde leerlingen in de maand voor de peiling alcohol gedronken, minder dan in 2007 (51%) en in 2003 (58%).

**Figuur 7.1 Gebruik van alcohol onder scholieren van 12 tot en met 18 jaar, vanaf 1988**

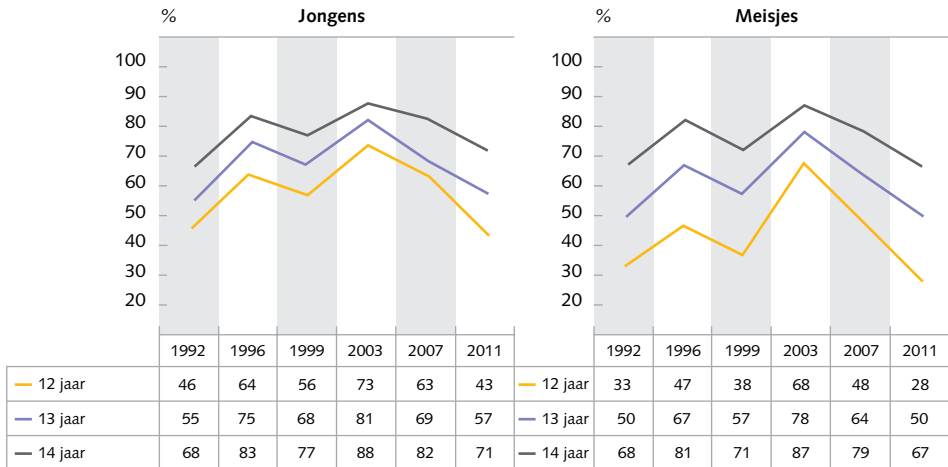


Percentage drinkers ooit in het leven en in de laatste maand voor de peiling (actueel). Bron: Peilstations-onderzoek scholieren, Trimbos-instituut.

### Leeftijd en geslacht

- Scholieren hebben al op jonge leeftijd hun eerste ervaring met alcoholgebruik. In 2011 had 21 procent van de scholieren in groep acht op de basisschool wel eens alcohol gedronken.
- Opmerkelijk is het hoge percentage onder meisjes. Op tienjarige leeftijd heeft 22 procent van de meisjes ooit alcohol gedronken tegenover 11 procent van de tienjarige jongens.
- In het voortgezet onderwijs hebben echter minder meisjes (67%) ooit alcohol gedronken dan jongens (72%). Voor het actueel alcoholgebruik is er geen verschil: ongeveer even veel meisjes (42%) als jongens (44%) hebben in de afgelopen maand alcohol gebruikt.
- De daling in het ooitgebruik en actueel gebruik van alcohol in het voortgezet onderwijs sinds 2003 deed zich vooral voor onder jongeren van 12 tot en met 14 jaar (zie ook figuur 7.2 voor de trends in het ooitgebruik). In 2011 had op twaalfjarige leeftijd ruim een derde (34%) van de scholieren al eens een glas alcohol gedronken. Dat was minder dan in 2007, toen ruim de helft (56%) van de scholieren op twaalfjarige leeftijd al wel eens alcohol had gedronken. Van de vijftienjarigen in 2011 had 83 procent ooit alcohol gebruikt en dat was weinig lager dan in 2007 (89%).

**Figuur 7.2 Trends in het ooitgebruik van alcohol in het voortgezet onderwijs naar leeftijd en geslacht, vanaf 1992**



Percentage drinkers ooit in het leven. Bron: Peilstationsonderzoek scholieren, Trimbos-instituut.

### Frequent drinken en “binge drinken”

Binge drinken wordt gedefinieerd als het drinken van vijf of meer glazen alcohol bij één gelegenheid. Binge drinken is geassocieerd met tal van medische aandoeningen en vergroot het risico op ongevallen, onafhankelijk van de totale dagelijkse alcoholconsumptie (Roerecke en Rehm, 2010; Sundell et al., 2008).

- In 2011 had bijna een op de drie (30%) scholieren in het voortgezet onderwijs in de afgelopen maand wel eens vijf glazen of meer alcohol bij één gelegenheid gedronken ('binge drinken') ongeveer evenveel meisjes als jongens.
- Het percentage binge drinkers is tussen 2003 en 2011 gedaald. In 2003 was 40 procent nog een binge drinker en in 2007 36 procent.
- Onder degenen die drinken blijft het percentage binge drinkers echter onverminderd hoog: 66 procent in 2003, 68 procent in 2007 en 68 procent in 2011.
- Binge drinken neemt snel toe met het ouder worden. Op zestienjarige leeftijd heeft meer dan de helft (57%) van de scholieren van 16 jaar of ouder in de afgelopen maand wel eens aan binge drinken gedaan. Onder twaalfjarigen is dat drie procent.
- Onder de scholieren die drinken dronk in 2011 de helft in de afgelopen maand tussen de drie en tien keer. Vijftien procent van de drinkende jongens en 7 procent van de drinkende meisjes in het voortgezet onderwijs dronk zelfs meer dan 10 keer in de afgelopen maand. Deze percentages zijn weinig veranderd ten opzichte van die uit 2007.



## Etnische afkomst en schoolniveau

- Het actuele alcoholgebruik onder leerlingen van Marokkaanse en Turkse herkomst in het voortgezet onderwijs ligt beduidend lager dan onder autochtoon Nederlandse leerlingen (respectievelijk 8% en 16% versus 45%). Het actuele alcoholgebruik door leerlingen van Antilliaans/Arubaanse herkomst is vergelijkbaar met dat van autochtone leerlingen (47%). Leerlingen van Surinaamse herkomst nemen een tussenpositie in (36%) (Verdurmen et al., 2012).
- Alcoholgebruik hangt ook samen met het schoolniveau. Leerlingen van de beroepsgerichte leerweg van het VMBO en HAVO leerlingen scoren op verschillende indicatoren voor alcoholgebruik het hoogst (tabel 7.3) (Verdurmen et al., 2012).

**Tabel 7.3 Alcoholgebruik naar schoolniveau onder scholieren van 12 tot en met 16 jaar van het voortgezet onderwijs. Peiljaar 2011**

|          | Actueel gebruik (%) | Binge drinken onder actuele drinkers | > 10 keer alcoholgebruik in de afgelopen maand onder actuele drinkers: | > 10 keer alcoholgebruik in de afgelopen maand onder actuele drinkers: |
|----------|---------------------|--------------------------------------|--|--|
|          |                     |                                      | Jongens  | Meisjes  |
| - VMBO-b | 36%                 | 76%                                  | 18%  | 6%   |
| - VMBO-t | 36%                 | 68%                                  | 10%  | 6%   |
| - HAVO   | 43%                 | 62%                                  | 16%  | 8%   |
| - VWO    | 36%                 | 56%                                  | 11%  | 3%   |

*Binge drinken: vijf glazen of meer alcohol drinken bij één gelegenheid in de afgelopen maand. Actueel gebruik=in de laatste maand. Bron: Peilstationsonderzoek scholieren (Verdurmen et al., 2012).*

## Alcohol en probleemgedrag

- Leerlingen van 12-16 jaar die wekelijks drinken vertonen meer delinquent en agressief gedrag dan jongeren die niet wekelijks drinken. Er is geen verschil tussen jongens en meisjes, maar het verband is sterker bij de jongere leeftijdsgroepen (Verdurmen et al., 2005a; Schrijvers en Schoemakers, 2008).
- Onder plattelands jongeren (13-18 jaar) bestaat een duidelijke relatie tussen omvang van het alcoholgebruik en frequentie van cafébezoek enerzijds en delinquent gedrag anderzijds (Weenink, 2011).
- Onder jongeren van 12 en 13 jaar hangt wekelijks alcoholgebruik ook samen met somatische klachten en angst- en depressieve klachten. Ook is bekend dat enkele persoonlijkheidsprofielen gerelateerd zijn aan alcoholgebruik op jonge leeftijd (Malmberg et al, 2010). De kans om op jonge leeftijd met alcoholgebruik te beginnen is groter onder 11-15 jarigen met persoonlijkheidskenmerken als hopeloosheid en sensatiezoekgedrag (Malmberg et al, 2010).

## Ouders

Ouders hebben een belangrijke rol in de ontwikkeling van het alcoholgedrag van hun kinderen.

- Diverse studies hebben uitgewezen dat vooral het hanteren van normen en het stellen van regels (geen alcohol drinken) beginnend alcoholgebruik uit kan stellen en de kans op probleemdrinken verlaagt (Van den Eijnden et al, 2011; Schelleman-Offermans et al, 2011). Het succesvol uitstellen van drinken werkt alleen als zowel de ouders als de kinderen worden geïnformeerd over de nadelen van alcoholgebruik op jonge leeftijd (Van der Vorst et al., 2010; Koning, 2011).

## Scholieren van het speciaal onderwijs

- Tabel 7.4 toont de percentages alcoholgebruik voor leerlingen van het speciaal onderwijs in vergelijking met leerlingen van het regulier onderwijs (Kepper et al., 2009a). Het percentage leerlingen dat ooit of in de laatste maand alcohol heeft gebruikt ligt in het speciaal onderwijs niet hoger. Doorgaans liggen deze percentages juist hoger in het regulier onderwijs.

**Tabel 7.4 Alcoholgebruik onder leerlingen van 12-16 jaar van het speciaal en regulier onderwijs, naar leeftijdsgroep.**

| Schooltype          | Ooitgebruik |            |         | Actueel gebruik |            |         |
|---------------------|-------------|------------|---------|-----------------|------------|---------|
|                     | 12-13 jaar  | 14-15 jaar | 16 jaar | 12-13 jaar      | 14-15 jaar | 16 jaar |
| Speciaal            |             |            |         |                 |            |         |
| REC-4 <sup>I</sup>  | 62%         | 77%        | 84%     | 24%             | 45%        | 65%     |
| Pro <sup>II</sup>   | 51%         | 64%        | 74%     | 19%             | 39%        | 55%     |
| Lwoo <sup>III</sup> | 57%         | 76%        | 79%     | 25%             | 46%        | 61%     |
| Regulier            | 62%         | 85%        | 92%     | 21%             | 56%        | 77%     |

*Percentage gebruikers ooit en actueel (laatste maand). Peiljaar voor het speciaal onderwijs is 2008. Peiljaar voor het regulier onderwijs is 2007. I. REC = Regionaal Expertise Centrum, cluster 4 betreft het onderwijs aan en de begeleiding van leerlingen met ernstige gedragsproblemen en/of psychiatrische problemen. II. Pro = praktijkonderwijs. III. Lwoo = leerwondersteunend onderwijs. Bronnen: Trimbos-instituut, Universiteit Utrecht.*

- Tabel 7.5 toont voor leerlingen van het speciaal onderwijs, in vergelijking met leerlingen van het regulier onderwijs, het percentage van de actuele drinkers dat in de afgelopen maand dronken is geweest en het percentage actuele drinkers dat in de afgelopen maand vijf of meer glazen in één keer heeft gedronken (Kepper et al., 2009a).
- Vergeleken met het reguliere onderwijs komt dronkenschap onder de actuele drinkers vaker voor onder de 12- en 13-jarigen van het praktijkonderwijs en de 14-, 15- en 16-jarigen van het REC-4. Het drinken van vijf of meer glazen alcohol per keer, het zogenaamde "binge drinken", komt onder de actuele drinkers vaker voor in zowel het REC-4, het praktijkonderwijs, als het leerwondersteunend onderwijs. Overigens maakten in 2008 leerlingen van de REC-4 scholen (voor kinderen met gedragspro-

blemen) maar 1,4 procent uit van alle leerlingen in het voortgezet onderwijs (zie bijlage F). Leerlingen op een school voor praktijkonderwijs of leerwegondersteunend onderwijs (samen de speciale scholen voor kinderen met leerproblemen) maakten 14 procent uit van alle scholieren in het voortgezet onderwijs in 2008.

- Zwaar alcoholgebruik (gedefinieerd als meer dan 10 alcoholische dranken per week voor jongens en meer dan 8 voor meisjes) neemt fors toe met het ouder worden, en is in alle leeftijdscategorieën het hoogst onder leerlingen in het REC-4 onderwijs. Met 12-13 jaar was bij 8,1 procent van de leerlingen in het REC-4 onderwijs al sprake van zwaar alcohol drinken; bij 16 jaar was dat gestegen tot 40,0 procent. Vanaf 14 jaar was het percentage leerlingen met zwaar alcoholgebruik op scholen voor kinderen met een leerprobleem vergelijkbaar met het percentage in het reguliere onderwijs (15,3% en 13,9% voor 14-15 jarigen; 28,2% en 29,7% voor 16-jarigen). Alleen de jongste leeftijdscategorie (12-13 jaar) toonde wel verschillen in zwaar alcoholgebruik, 4,1 procent onder kinderen met leerproblemen tegen 1,9 procent in het regulier onderwijs (Kepper et al, 2011).
- Meisjes op REC-4 scholen hadden een opvallend verhoogde risico op zwaar alcohol drinken (Kepper et al, 2011).

**Tabel 7.5** Percentage van de actuele drinkers dat in de afgelopen maand dronken is geweest of per keer vijf of meer glazen heeft gedronken onder leerlingen van 12-16 jaar van het speciaal en regulier onderwijs, naar leeftijdsgroep.

| Schooltype | Dronken geweest |            |         | Vijf of meer glazen per keer (binge drinken) |            |         |
|------------|-----------------|------------|---------|--|------------|---------|
|            | 12-13 jaar      | 14-15 jaar | 16 jaar | 12-13 jaar                                   | 14-15 jaar | 16 jaar |
| Speciaal   |                 |            |         |  |            |         |
| REC-4      | 28%             | 49%        | 71%     | 72%  | 89%        | 89%     |
| pro        | 31%             | 39%        | 45%     | 76%  | 91%        | 92%     |
| lwoo       | 22%             | 41%        | 46%     | 76%  | 87%        | 80%     |
| Regulier   | 17%             | 41%        | 53%     | 50%  | 66%        | 76%     |

Percentage van de actuele drinkers (laatste maand). Peiljaar voor het speciaal onderwijs is 2008. Peiljaar voor het regulier onderwijs is 2007. Bronnen: Trimbos-instituut, Universiteit Utrecht.

## Speciale groepen jongeren

In bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen komt alcoholgebruik mogelijk vaker voor. In deze paragraaf wordt het alcoholgebruik onder uitgaande jongeren en probleemjongeren beschreven. Tabel 7.5 vat de resultaten samen van diverse studies. De cijfers zijn onderling niet goed vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. Bovendien zijn de responspercentages in onderzoek onder uitgaande jongeren en jonge volwassenen vaak laag, waardoor een vertekening van de resultaten kan optreden.

### *Uitgaande jongeren en jongvolwassenen*

Veel jongeren en jongvolwassenen drinken tijdens het uitgaan (tabel 7.6). In bijna

elk uitgaansnetwerk wordt alcohol gedronken maar de omvang hangt samen met de uitgaanslocatie en soort muziek. Bier en wijn domineren, maar er wordt ook veel gemixt met sterke drank. Er wordt weinig dure drank besteld en er zijn signalen dat er minder wordt doorgedronken, wat het gevolg lijkt te zijn van een krappere budget (Benschop et al., 2011).

- Volgens de Monitor alcoholverstrekking jongeren is het percentage jongeren dat wel een alcohol drinkt tijdens het uitgaan in het afgelopen decennium gedaald (Bieleman et al., 2010). In 2009 dronk zes procent van de uitgaande jongeren van dertien jaar tijdens het stappen alcoholhoudende dranken. Dat was 39 procent in 2001. Onder de veertien- en vijftienjarige stappers daalde het gebruik in deze periode van 74 naar 42 procent. Alleen onder zestien- en zeventienjarigen is het percentage de afgelopen jaren constant gebleven (91% in 2001, 89% in 2009).
- In 2008/2009 is het middelengebruik onderzocht onder bezoekers van elf landelijk en regionaal georganiseerde grootschalige party's (Trimbos-instituut/Universiteit van Amsterdam, 2010).
  - Negen op de tien (91%) bezoekers was een actuele drinker, even veel mannen als vrouwen.
  - Actueel drinken kwam vaker voor onder hoogopgeleiden dan laagopgeleiden (94% versus 87%) en in de grote steden. Er was geen verschil tussen leeftijdsgroepen.
  - Van de actuele drinkers nam 9 procent (bijna) dagelijks alcohol en bijna twee derde dronk alleen in het weekend of een paar keer per week (62%). Per keer werden er gemiddeld zes tot zeven glazen geconsumeerd, maar dit aantal liep uit een van een tot meer dan vijftien glazen.
  - 'Binge' drinken is eerder regel dan uitzondering. Acht op de tien (80%) bezoekers had in de afgelopen maand vijf of meer drankjes geconsumeerd bij minstens één gelegenheid. Dit percentage is hoger onder mannen dan vrouwen (87% versus 75%).
- In hetzelfde onderzoek in 2008/2009 is het middelengebruik onder bezoekers van clubs en discotheken onderzocht in (middel)grote gemeenten in vijf regio's van Nederland: de regio Noord (Friesland, Groningen en Drenthe), Oost (Overijssel en Gelderland), Midden (Flevoland en Utrecht), West (Noord- en Zuid-Holland), en Zuid (Zeeland, Noord-Brabant en Limburg).
  - Het percentage actuele drinkers (92%) was vergelijkbaar met dat onder de party-bezoekers. Eveneens 9 procent van de actuele drinkers consumeerde (bijna) dagelijks alcohol en 69 procent dronk alleen in het weekend of een paar keer per week.
  - Een patroon van binge drinken werd bij 86 procent gezien.
  - Verschillen in actueel drinken tussen regio's zijn klein en niet statistisch significant (94% in Oost, 93% in Zuid, 91% in Noord en West, 90% in Midden).
  - Ook waren er geen verschillen tussen regio's in percentages binge drinkers (88% in Noord, 87% in Zuid, 86% in West, 82% in Midden).
- De Amsterdamse Antenne-monitor laat zien dat het alcoholgebruik onder cafébezoekers, voor zover dat nog mogelijk was, is gestegen (Benschop et al., 2011). Dit is in tegenstelling tot het alcoholgebruik onder coffeeshopbezoekers, dat tussen 2001 en 2009 daalde (Nabben et al, 2010; zie ook NDM Jaarbericht 2010).

- In 2010 had 98,6 procent van de cafébezoekers in de afgelopen maand alcohol gedronken. In 2000 was dat 96,1 procent. De cafébezoekers zijn niet méér gaan drinken; het aantal glazen per drinkdag en tijdens het uitgaan bleef nagenoeg gelijk.
- In 2010 dronk een vijfde van de actuele drinkers in het onderzoek onder cafébezoekers dagelijks of bijna dagelijks alcohol. Van de deelnemende actuele drinkers consumeerde 42 procent alcohol tijdens enkele dagen per week. Meer dan een op de vijf (21,7%) dronk uitsluitend in het weekend en 15,5 procent slechts bij gelegenheden of bijna nooit.
- Van de actuele drinkers dronk 42 procent vijf of meer glazen per dag.
- Er werd een geringe, maar niet statistisch significante daling in het riskant drinken gezien: dagelijks of een paar keer per week tenminste vier glazen (bij personen tot 19 jaar) of vijf glazen (vanaf 19 jaar). In 2010 werd 27 procent van de deelnemende cafébezoekers als een riskant drinker geassocieerd; in 2000 was dat 33 procent. In het onderzoek onder de coffeeshopbezoekers werd eerder wel een opvallende en statistisch significante daling in riskant drinken gevonden, van 30 procent in 2001 tot 5 procent in 2009 (Nabben et al, 2010).
- Ongeveer de helft (49%) van de cafébezoekers vindt dat hij of zij wel eens teveel of te vaak drinkt.

### **Indrinken**

Volgens observaties van sleutelfiguren in het uitgaansleven blijft het "indrinken" – ofwel alcohol consumeren vóór het 'echte' uitgaan - zowel in de steden als op het platteland een wijd verbreid fenomeen (Doekhie et al., 2010). Dit indrinken kan thuis, op straat, in een keet of bij vrienden gebeuren, maar steeds meer ook in de horeca zelf (door middel van prijsacties). Over het algemeen lijken het vooral jeugdigen te zijn die voor het stappen gaan indrinken om kosten te besparen.

- De Monitor alcoholverstrekking in 2009 laat zien dat onder uitgaande jongeren (13-17 jaar) 56 procent wel eens begint met alcohol drinken vóór het uitgaan. In 2003 was dit nog 50 procent (Bieleman et al. 2010). Dit indrinken gebeurt vooral thuis (55%) of bij vrienden (71%).
- Per leeftijdsgroep verschillen de percentages "indrinkers" (Bieleman et al. 2010):
  - Meer dan de helft (53%) van de 13-jarige uitgaande drinkers (een verdubbeling ten opzichte van de 26% in 2003).
  - 44 procent van de 14/15-jarige uitgaande drinkers (was 41% in 2003).
  - 59 procent van de 16/17-jarige uitgaande drinkers (was 56% in 2003).
- In het landelijk uitgaansonderzoek in 2008/2009 onder bezoekers van party's en feesten had 30 procent van degenen die tijdens de uitgaansavond hadden gedronken van te voren thuis of bij vrienden al alcohol gedronken. Het gemiddeld aantal glazen alcohol dat tijdens het indrinken werd geconsumeerd was 4,5 (variërend van 1 tot 20) (Van der Poel et al., 2010).
- Ook uit de HBSC studie onder scholieren blijkt dat indrinken voor het uitgaan een regelmatig fenomeen is. Bijna vier op de tien scholieren die recent hebben gedronken drinken voor het uitgaan thuis of op straat alvast alcohol (Van Dorsselaer et al., 2010).

Tabel 7.6 Alcoholgebruik onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen

| Populatie                             | Locatie                 | Peiljaar      | Leeftijd (jaar)               | Maat voor alcoholgebruik <sup>1</sup>   | %/<br>Aantal glazen               |
|---------------------------------------|-------------------------|---------------|-------------------------------|---|-----------------------------------|
| Bezoekers van party's en festivals    | Landelijk <sup>II</sup> | 2008/<br>2009 | 14-51<br>Gemiddeld 24<br>jaar | Ooit<br>Afgelopen jaar<br>Afgelopen maand<br>Bingen afgelopen maand                                     | 99%<br>97%<br>91%<br>80%          |
| Bezoekers van clubs en discotheken    | Landelijk               | 2008/<br>2009 | 13-51<br>Gemiddeld 22<br>jaar | Ooit<br>Afgelopen jaar<br>Afgelopen maand<br>Bingen afgelopen maand                                     | 98%<br>96%<br>92%<br>86%          |
| Uitgaande jongeren                    | Landelijk               | 2009          | 13-17 jaar                    | Aantal glazen tijdens uitgaan   | 5,3                               |
| Cafébezoekers                         | Amsterdam               | 2010          | Gemiddeld 27<br>jaar          | Ooit<br>Afgelopen jaar<br>Afgelopen maand<br>Riskant drinken <sup>I</sup><br>Binge drinken <sup>I</sup> | 100%<br>100%<br>99%<br>27%<br>65% |
| Coffeeshop-bezoekers                  | Amsterdam               | 2009          | Gemiddeld 28<br>jaar          | Ooit<br>Afgelopen jaar<br>Afgelopen maand<br>Riskant drinken <sup>I</sup><br>Binge drinken <sup>I</sup> | 91%<br>82%<br>71%<br>7%<br>82%    |
| Bezoekers van trendy clubs            | Amsterdam               | 2008          | Gemiddeld 25<br>jaar          | Ooit<br>Afgelopen jaar<br>Afgelopen maand<br>Riskant drinken <sup>I</sup><br>Binge drinken <sup>I</sup> | 99%<br>98%<br>96%<br>31%<br>86%   |
| Uitgaande jongeren en jongvolwassenen | Den Haag                | 2008/<br>2009 | Gemiddeld 21<br>jaar          | Afgelopen maand<br>6 of meer glazen man<br>4 of meer glazen vrouw                                       | 97%<br>74%<br>77%                 |

De cijfers in deze tabel zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. I. De volgende definities van binge drinken worden gehanteerd: Zaandam: 6/10 glazen of meer op een gemiddelde uitgaansavond; Nijmegen: 10 of meer glazen op de avond van het onderzoek. Definities voor Amsterdam: Riskant drinken: dagelijks of paar keer per week minstens vier of vijf glazen per keer, onder huidige drinkers. Binge drinken onder cafébezoekers: maandelijks of vaker 6 of meer glazen per gelegenheid. Binge drinken onder coffeeshopbezoekers en bezoekers van trendy clubs: 5 glazen of meer per gelegenheid in afgelopen maand, onder de huidige drinkers. II. Geringe respons (19%). Bronnen: Uitgaansonderzoek, Trimbos-instituut/Universiteit van Amsterdam; Monitor alcoholverstrekking, IntraVal; Tendens, Irizorg; GGD Zaanstreek-Waterland; Antenne, Bonger Instituut voor Criminologie, Universiteit van Amsterdam; Uitgaansonderzoek Den Haag, GGD Den Haag.

## **Keten**

De afgelopen jaren is er steeds meer aandacht voor alcoholgebruik door jongeren in keten. "Keten" of "hokken" zijn semi-particuliere settings waar jongeren samenkomen voor de gezelligheid en om te drinken (Intraval, 2010). Er worden drie typen keten onderscheiden: de huiskamerkeet (of zolder of garage waar een kleine groep vrienden incidenteel bij elkaar komt en zelf drank meeneemt), de buurtkeet (waaronder de meeste Nederlandse keten vallen, hier komt een grotere groep vrienden meer structureel bij elkaar, buitenshuis en meestal op een privéterrein; consumpties worden afgerekend in een "pot", met bonnen of muntjes) en de semi-commerciële keet (grote groepen jongeren; alcohol wordt verkocht tegen een winstgevend tarief).

- Eind 2009 is in alle 438 gemeenten in Nederland geïnventariseerd of er hokken of keten aanwezig zijn (Intraval, 2010). Van 273 van de 434 gemeenten (63%) waarvoor gegevens beschikbaar waren, waren volgens de verantwoordelijk gemeenteburgemeester in de gemeente geen hokken of keten. In 138 gemeenten (32%) waren wel keten bekend en in 23 gemeenten (5%) was onbekend of er hokken of keten bestonden.
- Relatief vaak werden hokken en keten gezien in Friesland, Drenthe, Overijssel en Gelderland. In 87 gemeenten waren naar schatting tussen een en tien hokken en keten, bij 18 gemeenten waren er tussen de 11 en 30 en in zeven gemeenten was bekend dat er 31 of meer hokken of keten bestonden. De meeste keten liggen in het buitengebied.

Het keetbezoek en het alcoholgebruik in keten is in verschillende studies onderzocht. In deze studies zijn tegenstrijdige resultaten gevonden, die mogelijk samenhangen met verschillen in definities van een keet en de methoden van onderzoek. Daardoor is op dit moment geen goede schatting mogelijk van de mate waarin drankgebruik in keten voorkomt.

Volgens de landelijke monitor alcoholverstrekking jongeren uit 2009 bezoekt tien procent van de ruim 3 000 ondervraagde jongeren (13-17 jaar) wel eens een keet (Bieleman et al., 2010). Dat is een lichte daling ten opzichte van 2005, toen elf procent van de jongeren wel eens naar een keet ging.

- Van de 13-jarigen gaat vijf procent wel eens naar een keet (was 8% in 2005), van de 14-15-jarigen twaalf procent (was 15% in 2005) en van de 16-17-jarigen dertien procent (een lichte stijging, was 12% in 2005) (Bieleman et al., 2010).
- Het percentage jongeren dat wel eens alcohol drinkt in een keet is echter toegenomen, van 60 procent in 2006 tot 75 procent in 2009. De toename is het grootst onder 13-jarigen. Onder hen is het percentage drinkers van alcohol in de keet toegenomen van 26 procent in 2005 tot 41 procent in 2009. Van de 14-15-jarigen en de 16-17-jarigen die een keet bezoeken drinkt respectievelijk 63 procent (was 65%) en 89 procent (was 82% in 2005) alcohol in de keet.
- Gemiddeld wordt er vijf en een half glas alcohol gedronken (was 4,8 in 2005). De 13-jarigen drinken gemiddeld bijna drie glazen en de 16-17 jarigen gemiddeld bijna zeven glazen per gelegenheid.

### **Probleemjongeren**

Alcoholgebruik komt ook veel voor onder bepaalde groepen probleemjongeren.

- Op landelijk niveau is in 2008 het drinken onder 301 jongens (12-16 jaar) in de residentiële jeugdzorg onderzocht (Kepper et al., 2009a; Kepper et al, 2011).
  - Het percentage dat ooit gedronken had lag onder de 12- tot 13-jarigen, de 14- tot 15-jarigen en de 16-jarigen op respectievelijk 73, 95 en 96 procent.
  - Het percentage actuele drinkers lag in deze leeftijdsgroepen op respectievelijk 31, 67 en 72 procent.
  - Van de actuele drinkers van 14 en 15 jaar was 49 procent in de afgelopen maand dronken geweest en 53 procent van de actuele drinkers van 16 jaar. Van deze groepen had in de afgelopen maand respectievelijk 81 en 82 procent per keer vijf of meer glazen gedronken (binge drinken) (Kepper et al, 2009a).
  - Zwaar alcoholgebruik (meer dan 10 alcoholische dranken per week) was in deze populatie ook veel hoger dan onder leeftijdsgenoten in het reguliere of speciale onderwijs. Van de 12-13 jarigen in de residentiële jeugdzorg was 12,5 procent al een zware drinker, en dat liep op tot 33,3 procent van de 14-15 jarigen en 40,4 procent van de 16-jarigen (Kepper et al, 2011).
  - Met name adolescenten in de residentiële jeugdzorg uit etnische minderheids-groeperingen hadden een patroon van zwaar wekelijks alcoholgebruik (Kepper et al, 2011).
- In 2009 is het middelengebruik bij 155 jongens in Justitiële Jeugdinstellingen (JJI) in Nederland in kaart gebracht (Kepper et al., 2009b).
  - Het gebruik in de maand voorafgaand aan de plaatsing was 70 procent. Voor de plaatsing dronken 13-14 jarige jongens in een JJI gemiddeld 10 glazen alcohol op de vier doordeweekse dagen samen en gemiddeld 17 glazen gedurende de weekenddagen. Scholieren (jongens) van dezelfde leeftijd consumeerden gemiddeld één glas door de week en vijf glazen in het weekend.
  - Van de actuele drinkers in de JJI was 70 (van de 13 en 14 jarigen) tot meer dan 80 procent (van de 15-18 jarigen) afgelopen maand wel eens dronken geweest. Dat was in alle leeftijdscategorieën hoger dan onder jongeren uit het regulier onderwijs, maar alleen in de groep 15-16 jarigen waren de verschillen statistisch significant.
  - Tijdens het verblijf in de JJI werd minder vaak alcohol gebruikt. Bijna eenderde van de jongeren had ten tijde van het verblijf in de JJI nog alcohol gebruikt en het merendeel (26% van de onderzoekspopulatie) dronk de alcohol binnen de muren van de JJI. Dat is aanzienlijk lager dan het gebruik van cannabis in de JJI (zie hoofdstuk 2). Van de 155 respondenten meldde dan ook "slechts" 45 procent dat zij het makkelijk vonden om in de JJI aan alcohol te komen (voor cannabis was dat 87%).



## 7.4 Probleemgebruikers

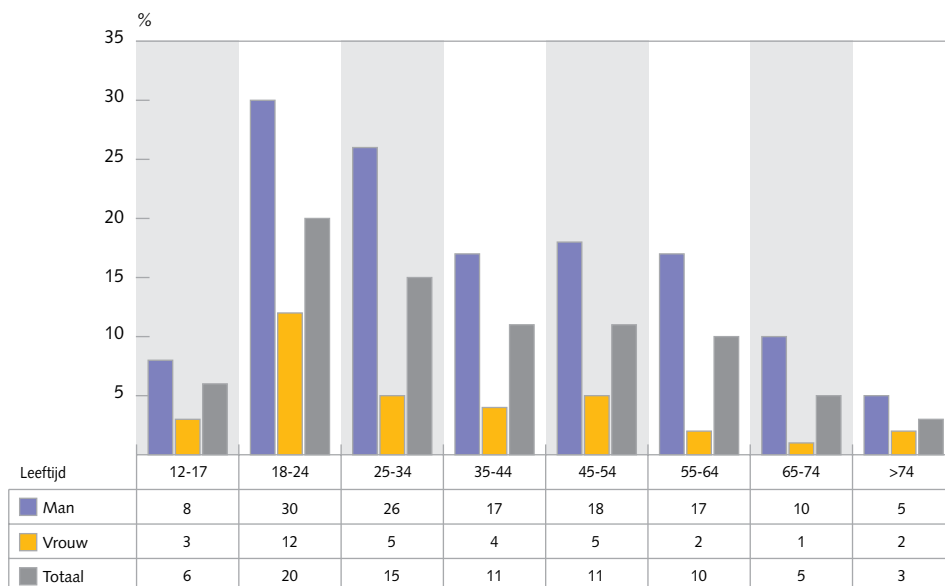
De omvang van de alcoholproblematiek hangt af van de gehanteerde definitie. In onderzoek wordt onderscheid gemaakt tussen zwaar drinken, probleemdrinken en afhankelijkheid of misbruik van alcohol.

### Zwaar drinken

Volgens het CBS is er sprake van "zwaar drinken" zodra op één of meer dagen per week minstens zes glazen alcohol worden gedronken (CBS, 2010).

- Volgens deze definitie was in 2009 tien procent van de bevolking van twaalf jaar en ouder een zware drinker. Dat komt neer op ongeveer 1,4 miljoen zware drinkers. Dat is even veel als in 2008 (10%) maar tussen 2001 en 2008 tekende zich wel een lichte daling af. In 2001 was nog veertien procent van de bevolking van twaalf jaar en ouder een zware drinker.
- De licht dalende trend deed zich voor in alle leeftijdsgroepen tot 65 jaar en onder zowel mannen als vrouwen.
- In 2009 was zeventien procent van de mannen (17,3%) en vier procent van de vrouwen (4,1%) een zware drinker. Daarmee was onder de mannen het percentage zware drinkers ruim vier keer zo hoog als onder de vrouwen (CBS, 2010).
- Jongeren tussen de 18 en 24 jaar scoren het hoogst op deze maat. In 2009 lag het percentage zware drinkers onder jonge mannen op 30 procent en onder jonge vrouwen op twaalf procent (figuur 7.3). Vergeleken met 2008 is het percentage voor mannen in 2009 beduidend minder (was 37%), maar voor vrouwen is het percentage ongeveer gelijk gebleven (12% voor de vrouwen van 18-24 jaar in 2008).
- In 2010 heeft het CBS ook gegevens verzameld over alcoholgebruik en zwaar drinken in de algemene populatie, maar vanwege een nieuwe onderzoeksmethode en lage respons zijn de data van 2010 niet vergelijkbaar met voorgaande jaren en worden daarom hier niet gepresenteerd.

**Figuur 7.3 Zware drinkers van alcohol naar geslacht en leeftijd onder mensen van 12 jaar en ouder. Peiljaar 2009**



Percentage mensen dat op één of meer dagen per week zes of meer glazen alcohol drinkt. Bron: POLS, CBS, StatLine.

### Alcoholmisbruik en -afhankelijkheid

- Volgens gegevens van het NEMESIS-2-onderzoek uit 2007-2009 voldeed op jaarbasis naar schatting tussen 0,3 en 1,2 procent van de bevolking van 18 tot en met 64 jaar aan de diagnose alcoholafhankelijkheid (DSM 4e gewijzigde editie). Naar schatting 2,9 tot 4,5 procent van de respondenten voldeed aan een diagnose alcoholmisbruik.
- Alcoholstoornissen komen vaker voor onder mannen dan vrouwen (tabel 7.7).
- Omgerekend naar de bevolking van 18-64 jaar ging het om naar schatting 82 400 mensen met alcoholafhankelijkheid. Het aantal mensen met alcoholmisbruik is bijna vijf keer hoger (395 600).
- In dit bevolkingsonderzoek ontbraken jongeren onder 18 jaar, ouderen boven de 65 jaar, mensen die de Nederlandse taal niet voldoende machtig zijn en mensen die dakloos zijn of langere tijd in een instelling verblijven. In hoeverre dit de gegevens heeft beïnvloed is niet bekend.
- Het aantal mensen met een alcoholstoornis, vooral alcoholafhankelijkheid, is in de peiling van 2007-2009 lager dan het aantal gevallen in het NEMESIS-onderzoek uit 1996 (jaarprevalentie afhankelijkheid: 0,7%). Dit komt waarschijnlijk door verschillen in de criteria voor het vaststellen van de diagnose afhankelijkheid. De 4e editie is 'strenger' dan de 3e editie van de DSM, waardoor mensen minder snel voldoen aan een diagnose afhankelijkheid. Daarnaast is het instrument waarmee de aandoeningen zijn gemeten

veranderd en ook dit heeft voor een lagere schatting gezorgd van de prevalentie van alcoholafhankelijkheid in NEMESIS-2 vergeleken met de eerdere studie.

- Dat de 4e editie van de DSM tot lagere schattingen leidt dan de 3e editie, is ook in onderzoek in het buitenland aangetoond (De Graaf et al., 2010).

### Alcoholmisbruik en –afhankelijkheid

- Volgens gegevens van het NEMESIS-2-onderzoek uit 2007-2009 voldeed op jaarbasis naar schatting tussen 0,3 en 1,2 procent van de bevolking van 18 tot en met 64 jaar aan de diagnose alcoholafhankelijkheid (DSM 4e gewijzigde editie). Naar schatting 2,9 tot 4,5 procent van de respondenten voldeed aan een diagnose alcoholmisbruik.
- Alcoholstoornissen komen vaker voor onder mannen dan vrouwen (tabel 7.7).
- Omgerekend naar de bevolking van 18-64 jaar ging het om naar schatting 82 400 mensen met alcoholafhankelijkheid. Het aantal mensen met alcoholmisbruik is bijna vijf keer hoger (395 600).
- In dit bevolkingsonderzoek ontbraken jongeren onder 18 jaar, ouderen boven de 65 jaar, mensen die de Nederlandse taal niet voldoende machtig zijn en mensen die dakloos zijn of langere tijd in een instelling verblijven. In hoeverre dit de gegevens heeft beïnvloed is niet bekend.
- Het aantal mensen met een alcoholstoornis, vooral alcoholafhankelijkheid, is in de peiling van 2007-2009 lager dan het aantal gevallen in het NEMESIS-onderzoek uit 1996 (jaarprevalentie afhankelijkheid: 0,7%). Dit komt waarschijnlijk door verschillen in de criteria voor het vaststellen van de diagnose afhankelijkheid. De 4e editie is 'strenger' dan de 3<sup>e</sup> editie van de DSM, waardoor mensen minder snel voldoen aan een diagnose afhankelijkheid. Daarnaast is het instrument waarmee de aandoeningen zijn gemeten veranderd en ook dit heeft voor een lagere schatting gezorgd van de prevalentie van alcoholafhankelijkheid in NEMESIS-2 vergeleken met de eerdere studie.
- Dat de 4<sup>e</sup> editie van de DSM tot lagere schattingen leidt dan de 3<sup>e</sup> editie, is ook in onderzoek in het buitenland aangetoond (De Graaf et al., 2010).

Tabel 7.7 Jaarprevalentie en aantallen mensen met een alcoholstoornis, naar geslacht.

Tussen haakjes: 95% betrouwbaarheidsintervallen. Peiljaar 2007-2009

| Stoornis               | Mannen (%)         | Vrouwen (%)        | Totaal (%)         | Totaal aantal |
|------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|---------------|
| Alcoholmisbruik        | 5,6<br>(4,2 – 6,9) | 1,8<br>(1,1 – 2,6) | 3,7<br>(2,9 – 4,5) | 395 600       |
| Alcoholafhankelijkheid | 1,0<br>(0,3 – 1,7) | 0,5<br>(0,0 – 0,9) | 0,7<br>(0,3 – 1,2) | 82 400        |

Bron: Nemesis-2 2007-2009 (De Graaf et al., 2010).

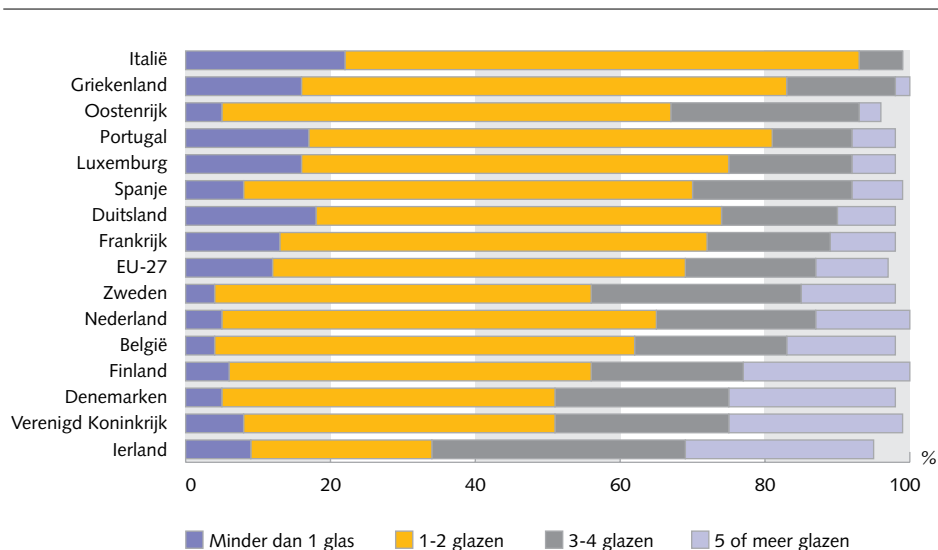
- Mensen met een angststoornis of een depressie krijgen in hun leven vaker te kampen met alcoholafhankelijkheid dan mensen zonder deze stoornissen (Boschloo et al., 2011).
- Ook is de aanwezigheid van ADHD geassocieerd met het vaker optreden van alcoholstoornissen. Vermoedelijk komt dit om ADHD vaak voorafgaat aan een gedragsstoornis, die vervolgens het risico op een alcoholstoornis vergroot (Tuithof et al., 2011).

## 7.5 Gebruik: internationale vergelijking

### Algemene bevolking

- In opdracht van de Europese Commissie heeft de Eurobarometer in 2006 en 2009 (de houding tegenover) alcoholgebruik onderzocht in de lidstaten van de Europese Unie (European Commission, 2010).
- In de algemene bevolking van vijftien jaar en ouder in de landen van de EU-27 gebruikte in 2009 ongeveer driekwart (76%) van de inwoners in de afgelopen 12 maanden alcohol, vergelijkbaar met het percentage in 2006 (75%). Er zijn echter grote verschillen tussen landen. In Denemarken (93%), Zweden (90%) en Nederland (88%) is het percentage inwoners dat het afgelopen jaar dronk het hoogst van Europa, terwijl zuidelijke landen als Portugal (58%), Italië (60%) en Hongarije (64%) het laagst scoren. Alle landen samen genomen hebben meer mannen (84%) dan vrouwen (68%) het afgelopen jaar alcohol gedronken.
- Van de personen die zeggen het afgelopen jaar alcohol te hebben gedronken, heeft 88 procent dat ook de afgelopen maand gedaan. Dat wijst erop dat het aantal EU-inwoners dat slechts sporadisch drinkt gering is. Opvallend is echter dat juist veel Italianen (94% van de personen die in het afgelopen jaar dronken), Bulgaren, Grieken, Fransen en Portugezen (allen 91%) de afgelopen maand hebben gedronken. Van de Portugezen die drinken doet 43 procent dat dagelijks, van de alcohol drinkende Italianen drinkt een kwart dagelijks. Dit suggereert dat er in deze landen enerzijds wel veel personen zijn die geen alcohol drinken, maar anderzijds zijn de inwoners die wel alcohol drinken juist vrij regelmatige drinkers. Daarentegen is het aantal dagelijkse drinkers onder de drinkende Zweden, de drinkende Polen en drinkende inwoners van Litouwen het laagst (in al deze landen drinkt slechts een procent dagelijks).
- De meeste EU inwoners drinken naar eigen zeggen gematigd (in de afgelopen maand dronk 69% twee glazen of minder op een dag dat zij dronken) (figuur 7.4). Tien procent drinkt per keer vijf of meer glazen. Nederland neemt een middenpositie in met 13 procent van de drinkers in de afgelopen maand die per gelegenheid dat ze drinken vijf of meer glazen alcohol nemen.
- Binge drinken (vijf glazen of meer, minimaal eens per week) komt vaker voor onder mannen dan vrouwen (36% tegen 19%). Het percentage binge drinkers is het hoogst (33%) onder jongeren van 15-24 jaar. Binge drinken komt in Europa ook vaker voor onder werklozen (38%), handarbeiders (34%) en kleine zelfstandigen (32%).

**Figuur 7.4 Hoeveelheid glazen alcohol per gelegenheid in de bevolking<sup>1</sup> van 15 jaar en ouder in de lidstaten van de EU-15, plus de EU-27 totaal**



Percentage van de drinkende bevolking. 1. Drinkende bevolking = gedronken in de afgelopen maand. De resterende procenten zijn de respondenten die antwoordden geen "gebruikelijke" hoeveelheid te hebben, maar dat de hoeveelheid glazen afhangt van de situatie. Bron: Eurobarometer, European Commission.

## Jongeren

Het ESPAD-onderzoek, het European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, werd in 2003, 2007 en 2011 uitgevoerd onder vijftien- en zestienjarige scholieren van het middelbaar onderwijs (Hibell et al., 2004, 2009, 2012). Tabel 7.8 toont het alcoholgebruik in een aantal landen van de EU en Noorwegen. De Verenigde Staten deden niet mee aan ESPAD maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit. In het ESPAD-onderzoek is gevraagd naar het gebruik van alcohol en de frequentie van dronkenschap.

- In 2011 stond Nederland met 33 procent in de hoogste regionen wat betreft de maat "veertig keer of meer alcohol gedronken in het hele leven". Het (ongewogen) gemiddelde voor 36 deelnemende Europese landen ligt op 24 procent.
- Op de maat "minstens tien keer alcohol drinken in de maand voorafgaand aan de peiling" stond Nederland bovenaan in 2011. Met 20 procent scoorden Nederlandse scholieren ver boven het (ongewogen) gemiddelde voor 36 deelnemende Europese landen (9%).
- Op de maat "dronkenschap" scoorden Nederlandse scholieren beduidend minder hoog. Slechts drie procent gaf aan in het hele levens minstens twintig keer dronken te zijn geweest.
- Tussen 2003 en 2011 daalde in Nederland het percentage scholieren dat 40 keer of meer in het leven had gedronken. Een dergelijke daling deed zich in deze periode ook voor in Denemarken, Ierland en Finland.

**Tabel 7.8** Consumptie van alcohol en dronkenschap bij leerlingen van 15 en 16 jaar in een aantal lidstaten van de EU, Noorwegen en de Verenigde Staten.<sup>1</sup> Peiljaren 2003, 2007 en 2011

| Land                             | Consumptie: 40 keer of meer in het leven |      |      | Consumptie: 10 keer of meer in de laatste maand |      |      | Dronken: 20 keer of meer het leven <sup>VI</sup> |
|----------------------------------|--|------|------|---|------|------|--|
|                                  | 2003                                     | 2007 | 2011 | 2003  | 2007 | 2011 | 2011   |
| Denemarken <sup>II</sup>         | 50%                                      | 49%  | 37%  | 13%   | 12%  | 12%  | 11%  |
| Duitsland <sup>III</sup>         | 37%                                      | 41%  | 35%  | 11%   | 18%  | 15%  | 4%   |
| Nederland                        | 45%                                      | 40%  | 33%  | 25%   | 24%  | 20%  | 3%   |
| België <sup>IV</sup>             | 36%                                      | 34%  | 33%  | 20%   | 17%  | 16%  | 1%   |
| Frankrijk                        | 22%                                      | 30%  | 32%  | 7%  | 13%  | 14%  | 5%   |
| Griekenland                      | 35%                                      | 28%  | 29%  | 13%   | 11%  | 12%  | 1%   |
| Italië                           | 24%                                      | 23%  | 20%  | 12%   | 13%  | 12%  | 2%   |
| Ierland                          | 39%                                      | 23%  | 16%  | 16%   | 10%  | 6%   | 6%   |
| Portugal                         | 14%                                      | 21%  | 14%  | 7%  | 13%  | 7%   | 2%   |
| Finland                          | 20%                                      | 16%  | 13%  | 2%  | 1%   | 2%   | 6%   |
| Zweden                           | 17%                                      | 14%  | 9%   | 1%  | 1%   | 1%   | 3%   |
| Verenigde Staten                 | 12%                                      | 11%  | 8%   | 4%  | 5%   | 3%   | 5%   |
| Noorwegen                        | 15%                                      | 11%  | 6%   | 3%  | 1%   | 1%   | 1%   |
| Oostenrijk                       | 48%                                      | 52%  | -    | 21%   | 30%  | -    | -  |
| Verenigd Koninkrijk <sup>V</sup> | 43%                                      | 39%  | -    | 17%   | 14%  | -    | -  |

Percentage van de leerlingen. - = niet gemeten. I. De Verenigde Staten participeerden niet in de ESPAD, maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit. II. De gegevens voor Denemarken zijn minder vergelijkbaar. III. Duitsland in 2007 alleen voor zeven deelstaten en in 2011 alleen voor vijf deelstaten. IV. België in 2007 en 2011 alleen voor Vlaanderen. V. Verenigd Koninkrijk niet voor 2011 vanwege te lage respons (slechts 6% van de scholen). VI. Vanwege een wijziging in vraagstelling zijn er geen vergelijkbare cijfers voor 2003 en 2007 voor dronkenschap. Bron: ESPAD.

Cijfers van de Eurobarometer (Gallup Organization, 2008) laten zien dat Europese jongeren (15 tot 24 jaar) het relatief gemakkelijk vinden om aan alcohol te komen. De Nederlandse jongeren vonden het van alle Europese jongeren het eenvoudigst om aan alcohol te komen: 94 procent vond het heel gemakkelijk. Deense (93%) en Bulgaarse (91%) jongeren volgden op de voet. In Cyprus vond slechts 53% van de jongeren het heel gemakkelijk om aan alcohol te komen. Andere landen met een relatief laag percentage jongeren dat het heel gemakkelijk vond om alcohol te krijgen waren Roemenië (67% van de jongeren), Zweden (71%) en Estland (72%).

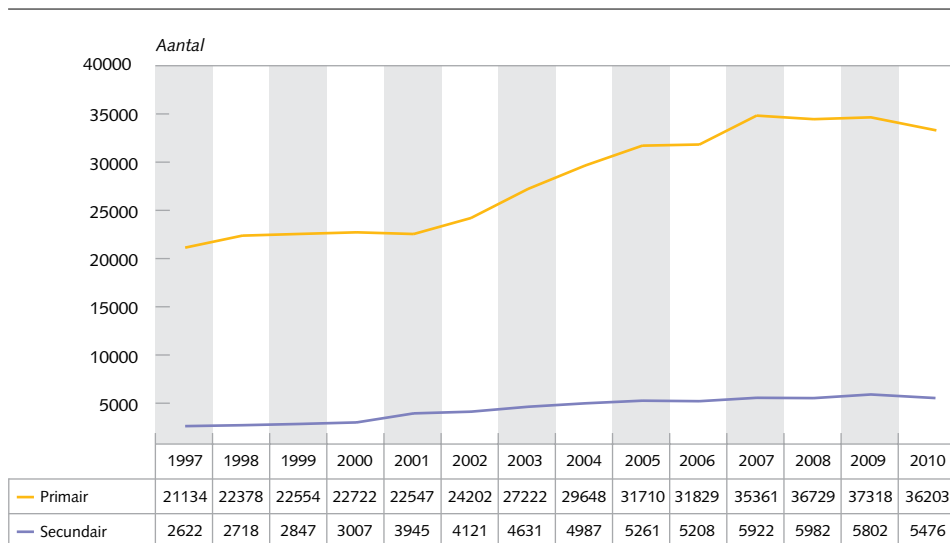
## 7.6 Hulpvraag en incidenten

### Verslavingszorg

De verslavingszorg is het onderdeel van de gezondheidszorg dat hulp biedt aan mensen die verslaafd zijn geraakt aan drugs, alcohol, medicijnen, of gokken. In Nederland zijn verschillende gespecialiseerde instellingen actief binnen de verslavingszorg. Samen met de verslavingsreclassering sturen deze instellingen anonieme gegevens over de hulpverlening naar het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) (Ouweland et al., 2011). (Zie in bijlage A: Cliënt LADIS.)

- In Nederland stonden in 2010 in totaal 36 203 personen geregistreerd bij de (ambulante) verslavingszorg met als primaire problematiek alcoholgebruik.
- Het absolute aantal cliënten met een primair alcoholprobleem in de (ambulante) verslavingszorg is tussen 2001 en 2010 ruim anderhalf maal zo groot geworden (figuur 7.5).
- Per 100 000 inwoners van 15 jaar en ouder steeg het aantal primaire alcoholcliënten van 173 in 2001 naar 265 in 2010.
- Het aandeel van alcohol in alle verzoeken om hulp bij de verslavingszorg steeg van 41 procent in 2001 naar 47 procent in 2010.
- In 2010 was ongeveer een kwart (24%) van de primaire alcoholcliënten een nieuwkomer. Zij stonden niet eerder ingeschreven bij de (ambulante) verslavingszorg vanwege een alcoholprobleem.
- Voor ongeveer tweederde van de primaire alcoholcliënten was alcohol het enige probleemmiddel (66%). Ongeveer eenderde rapporteerde wel een bijmiddel (34%). In deze groep ging het voornamelijk om cannabis (32%), cocaïne/crack (28%), of medicijnen (13%).
- Het aantal cliënten van de (ambulante) verslavingszorg dat alcohol als secundair probleem noemt is tussen 1997 en 2010 twee keer zo groot geworden (figuur 7.4). Voor deze groep zijn cocaïne of crack (38%), cannabis (30%), heroïne (15%), gokken (4%), amfetamine (5%), methadon (3%) of benzodiazepinen (2%) de meest voorkomende primaire problemen.

**Figuur 7.5 Aantal cliënten bij de (ambulante) verslavingszorg met primaire of secundaire alcoholproblematiek, vanaf 1997**



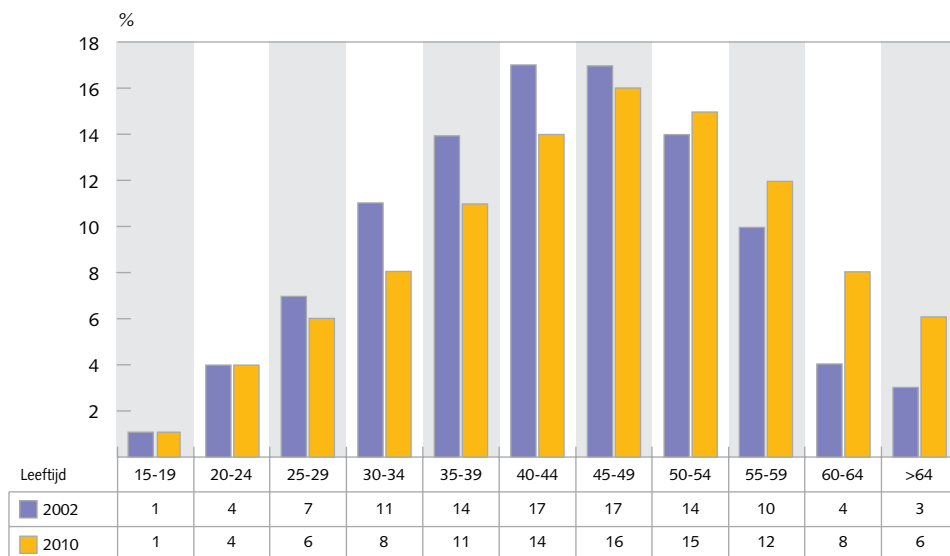
Bron: LADIS, IVZ (Ouweland et al., 2011).

### **Leeftijd en geslacht**

- In 2010 was het merendeel van de primaire alcoholcliënten man (74%). Het aandeel vrouwen schommelde in de periode 1994-2010 tussen 23 en 27 procent.
- De gemiddelde leeftijd in 2010 was 46 jaar. In 2002 was dat 44 jaar. De piek ligt in de leeftijdsgroep 45-49 jaar (figuur 7.6). De stijging in het aantal primaire alcoholcliënten tussen 2002 en 2009 was relatief het grootst onder de ouderen. In 2010 was ongeveer een kwart van de primaire alcoholcliënten een 55-plusser (26%).



**Figuur 7.6** Leeftijdsverdeling van primaire alcoholcliënten bij de (ambulante) verslavingszorg. Peiljaren 2002 en 2010



Percentage cliënten per leeftijdsgroep. Bron: LADIS, IVZ (Ouwehand et al., 2011).

### Algemene ziekenhuizen en incidenten

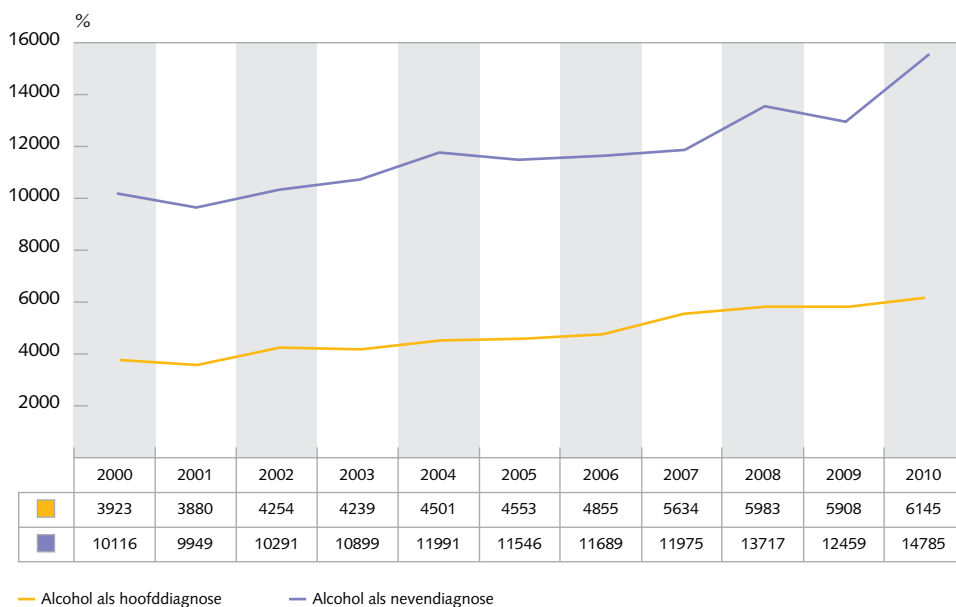
Er zijn verschillende bronnen beschikbaar voor informatie over gezondheidsverstoringen en behandelingen in ziekenhuizen in verband met alcohol- en drugsgebruik. Vanwege een (onbekende mate van) overlap kunnen de aantallen opnames en/of incidenten echter niet zonder meer worden opgeteld.

De Landelijke Medische Registratie (LMR) registreerde in 2010 bijna twee miljoen klinische opnames in algemene ziekenhuizen.

- In 2010 vonden er 6 145 opnames plaats met een alcoholaandoening als hoofddiagnose. De meest voorkomende diagnoses betroffen:
  - alcoholmisbruik (39%)
  - alcoholische leverziekte (25%)
  - alcoholafhankelijkheid (17%)
  - intoxicatie en toxische gevolgen van alcohol (12%)
  - alcoholpsychozen (6%).
- Alcoholproblematiek wordt veel vaker als nevendiagnose gesteld. In 2010 stonden er 14 785 alcoholgerelateerde nevendiaagnoses geregistreerd. Hoofddiagnoses bij deze nevendiaagnoses waren:
  - ongevallen, anders dan vergiftigingen (34%)
  - spijsverteringsstoornissen (15%)
  - vergiftiging (10%)

- ziekten van hart- en vaatstelsel (8%)
- ziekten en symptomen van de ademhalingswegen (6%)
- psychosen (3%).
- Het aantal klinische opnames in algemene ziekenhuizen met als hoofddiagnose een aan alcohol gerelateerde aandoening werd 1,6 maal zo groot tussen 2000 en 2010 (figuur 7.7). Tussen 2009 en 2010 steeg het aantal hoofddiagnoses nog met vier procent.
- Tussen 2000 en 2010 werd het aantal nevend diagnoses 1,5 maal zo groot (figuur 7.7). Tussen 2009 en 2010 vond er nog een stijging plaats met negentien procent.

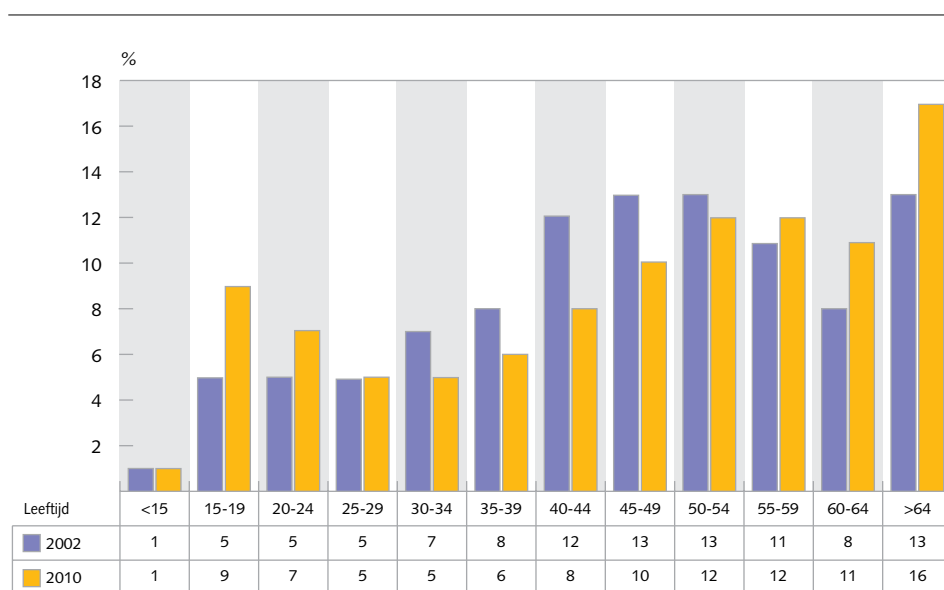
**Figuur 7.7 Klinische opnames in algemene ziekenhuizen met een aan alcohol gerelateerde problematiek, vanaf 2000**



Aantal opnames, niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen van personen. ICD-9 codes: 291, 303, 305.0, 357.5, 425.5, 535.3, 571.0-3, 980.0-1, E860.0-2, E950.0\*, E980.9\* (\*alleen opgenomen indien als complicatie 980.0-1 vermeld is). Voor een verklaring van de codes: zie bijlage C. Bron: Landelijke Medische Registratie (LMR), Dutch Hospital Data (DHD).

- Dezelfde persoon kan meer dan één keer per jaar worden opgenomen. Bovendien kan er per opname meer dan één nevendiagnose worden gesteld. Gecorrigeerd voor dubbelstellingen ging het in 2010 om 17 754 personen, dertien procent meer dan in 2002. Zij werden gedurende het jaar minstens één keer opgenomen voor aan alcohol gerelateerde aandoeningen als hoofd- of nevendiagnose.
  - In 2010 waren zij gemiddeld 47 jaar en 71 procent was man.
  - De piek bevindt zich bij de ouderen in de leeftijdsgroep ouder dan 64 jaar (16%) en de piek bevindt zich bij de jongeren in de leeftijdsgroep 15-19 jaar (9%). Vergelijken met 2002 is in 2010 het aandeel groter geworden van de leeftijdsgroep 15-24 jaar en de leeftijdsgroep vanaf 55 jaar (figuur 7.8).
- Er is hier waarschijnlijk sprake van een onderschatting, omdat men in ziekenhuizen lang niet altijd de rol van alcohol als oorzaak van ziekte herkent en registreert.
- In 2010 werden er naast de klinische opnames ook nog eens 585 dagopnames geregistreerd vanwege een hoofddiagnose voor alcohol. In 2009 waren er 420 dagopnames.

**Figuur 7.8** Leeftijdsverdeling van klinisch opgenomen alcoholpatiënten in de algemene ziekenhuizen. Peiljaren 2002 en 2010

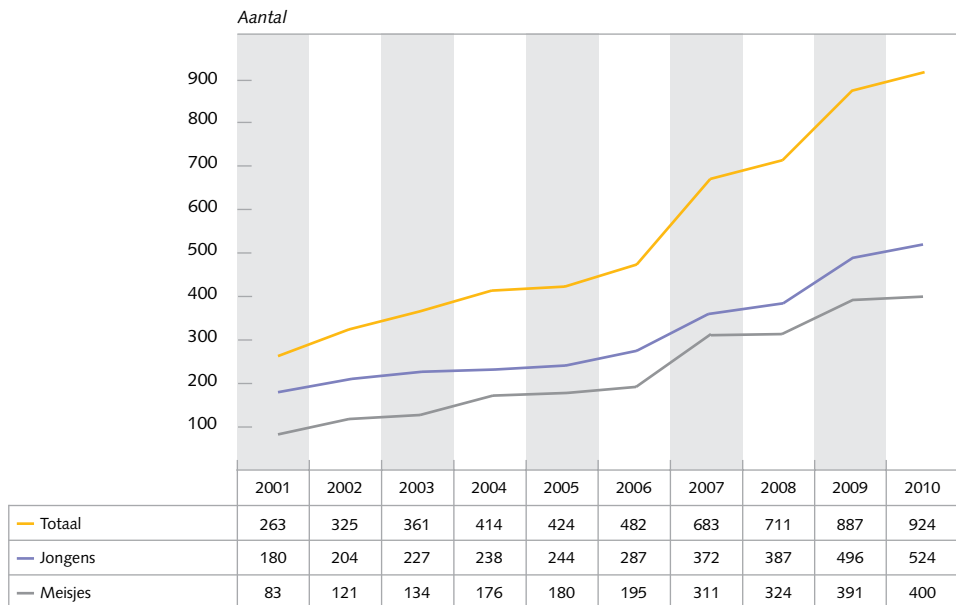


Percentage per leeftijdsgroep, gecorrigeerd voor dubbelstellingen van personen. ICD-9 codes: 291, 303, 305.0, 357.5, 425.5, 535.3, 571.0-3, 980.0-1, E860.0-2, E950.0\*, E980.9\* (\*alleen opgenomen indien als complicatie 980.0-1 vermeld is). Voor een verklaring van de codes: zie bijlage C. Bron: Landelijke Medische Registratie (LMR), Dutch Hospital Data (DHD).

Figuur 7.9 toont het aantal klinische opnames en dagopnames vanwege alcohol onder jongeren van 16 jaar of jonger.

- In 2010 vonden er 924 opnames plaats onder jongeren van 16 jaar of jonger vanwege een aan alcohol gerelateerde problematiek. Van deze opnames vonden er 524 opnames plaats onder de jongens (57%) en 400 opnames onder de meisjes (43%).
- Tussen 2001 en 2010 werd het aantal opnames vier maal zo groot. Tussen 2009 en 2010 vond er nog een stijging plaats van vier procent.
- De stijging is groter onder de meisjes dan onder de jongens. Onder de meisjes werd het aantal opnames sinds 2001 vijf maal zo groot, onder de jongens drie maal zo groot.

**Figuur 7.9 Klinische opnames en dagopnames (hoofd- of nevendiagnose) van jongeren van 16 jaar of jonger met een aan alcohol gerelateerde problematiek, vanaf 2001**

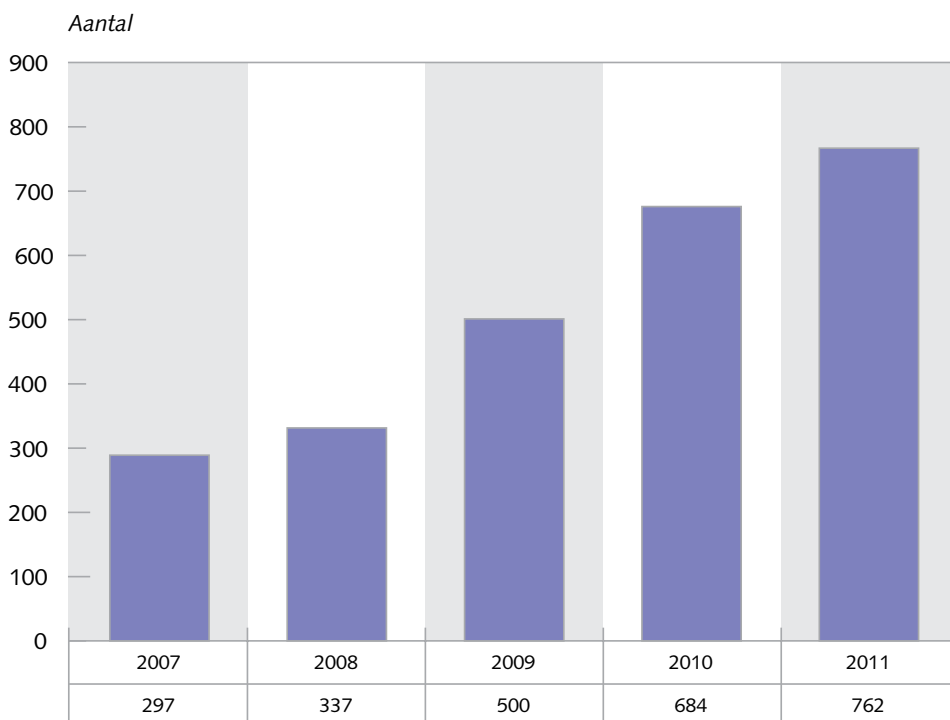


*Aantal opnames, niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen van personen. Het betreft zowel klinische opnames als dagopnames. ICD-9 codes: 291, 303, 305.0, 357.5, 425.5, 535.3, 571.0-3, 980.0-1, E860.0-2, E950.0\*, E980.9\* (\*alleen opgenomen indien als complicatie 980.0-1 vermeld is). Voor een verklaring van de codes: zie bijlage C. Bron: Landelijke Medische Registratie (LMR), Dutch Hospital Data (DHD).*

Een onderzoek op kinderafdelingen in Nederlandse ziekenhuizen inventariseerde omvang en kenmerken van minderjarige jongeren van elf tot en met zeventien jaar met een alcoholintoxicatie (Van der Lely et al., 2012). De gegevens zijn afkomstig van 83 procent van de kinderartsen in academische ziekenhuizen en 92 procent van alle kinderartsen in de overige ziekenhuizen. Er is overlap met de hierboven beschreven Dutch Hospital Data.

- Volgens dit onderzoek stijgt het aantal jongeren dat met een alcoholintoxicatie door een kinderarts in een ziekenhuis wordt behandeld nog steeds (figuur 7.10).
- Tussen 2007 en 2011 steeg het aantal gemelde gevallen van alcoholintoxicatie van 297 tot 762. Dit aantal is een onderschatting van het werkelijk aantal jongeren met een alcoholintoxicatie, omdat niet alle jongeren in het ziekenhuis belanden en in het ziekenhuis niet alle jongeren door een kinderarts worden gezien.
- Opvallend is dat het niet zozeer 'probleemjongeren' zijn die een alcoholintoxicatie oplopen, maar dat het een gemiddelde afspiegeling van de Nederlandse jongeren betreft. Er zijn ongeveer evenveel jongens als meisjes.
- Het alcoholpromillage bij deze jongeren was gemiddeld 1,8 promille, wat ongeveer gelijk staat aan het consumeren van 10-15 alcoholhoudende drankjes.
- De meeste jongeren kwamen in het ziekenhuis met een verminderd bewustzijn ('alcoholcoma') en hielden dat gemiddeld meer dan 3 uur. Vanwege de ernst van de intoxicatie werd 90 procent van de jongeren een dag of langer in het ziekenhuis gehouden; ongeveer 7 procent werd op de intensive care opgenomen.

**Figuur 7.10 Aantal jongeren van 11-17 jaar dat door een kinderarts in een ziekenhuis is behandeld wegens een alcoholintoxicatie, 2007-2011**



Bron: NSCK, RdGG, STAP, TNO, Universiteit Twente (Van der Lely et al, 2012).

De GGD Amsterdam houdt op de Centrale Post Ambulancevervoer het aantal aanvragen bij voor spoedeisende hulp gerelateerd aan alcoholgebruik. Het gaat hierbij zowel om alcoholvergiftiging als ongevallen onder invloed van alcohol. Het aantal is slechts een indicatie, met name tijdens grootschalige festiviteiten en de uitgaansavonden is er sprake van een onderregistratie.

- In 2010 registreerden de ambulancediensten in Amsterdam 2 579 alcoholgerelateerde meldingen, dat is een stijging van 12 procent ten opzichte van het voorgaande jaar. Bij deze stijging spelen mogelijk ook andere factoren een rol, zoals toegenomen alertheid bij ambulancemedewerkers bij het uitvragen van middelengebruik.
- Na een lichte daling in tussen 2001 en 2003 (1 957 in 2001; 1 887 in 2002; 1 733 in 2003) is het aantal alcoholgerelateerde ritten geleidelijk gestegen. De stijging is met name te verklaren door een hoger aantal ongevallen onder jongeren.
- Ongeveer zes van de tien patiënten (59%) werd naar de Eerste Hulp post van een ziekenhuis vervoerd. Bij de andere vier van de tien gevallen verleende het ambulancepersoneel ter plaatse eerste hulp.

Volgens het Letsel Informatie Systeem (LIS) van Consument en Veiligheid komen jaarlijks ongeveer 17 000 personen terecht op een afdeling spoedeisende eerste hulp (SEH) in een ziekenhuis voor letsel vanwege een ongeval, geweld of zelfbeschadiging waarbij alcohol betrokken was (tabel 7.7) (Draisma, 2011). Van hen hebben 1 400 personen ook drugs gebruikt. De cijfers zijn schattingen voor het hele land, gebaseerd op gegevens van een representatieve steekproef van ziekenhuizen.

- Het aantal eerste hulp behandelingen wegens ongevallen, geweldpleging, of zelfbeschadiging waarbij alcohol een rol heeft gespeeld is in de periode 2006-2010 met 29 procent toegenomen.

De volgende LIS-gegevens zijn gemiddeld over de periode van 2006 tot en met 2010.

- Een meerderheid van alle slachtoffers is man (68%, 12 000).
- Bijna de helft (49%) van de slachtoffers is tussen de 15 en 35 jaar oud; 15 procent valt in leeftijdsgroep 15-20 jaar en een zelfde percentage in de leeftijdsgroep 20-25 jaar. Dat betekent dat per week gemiddeld 100 jongeren (15-25 jaar) op een SEH afdeling worden behandeld voor de gevolgen van alcoholgebruik.
- Ruim de helft van de ongevallen (59%) vindt plaats in de privésfeer (tabel 7.9). Dit zijn ongevallen als een val onder invloed van alcohol of vergiftiging door alcohol. Op de tweede plaats staan verkeersongevallen (19%, vooral valpartijen van de fiets), gevolgd door zelfbeschadiging (15%, waarbij het vaak gaat om een combinatie van alcohol met drugs en/of medicijnen) en letsel door geweld (6%).

**Tabel 7.9 Aard van aan alcohol gerelateerde ongevallen die zijn behandeld op een afdeling voor spoedeisende hulp in Nederlandse ziekenhuizen. Gemiddelde per jaar over 2006-2010**

| Type ongeval                  | Aantal  | Percentage |
|-------------------------------|---------|------------|
| Privéongeval                  | 10 000  | 59%        |
| Verkeersongeval               | 3 300   | 19%        |
| Zelfbeschadiging <sup>1</sup> | 2 700   | 15%        |
| Letsel door geweld            | 1 100   | 6%         |
| Totaal                        | ±17 000 | 100%       |

*1. Zoals suïcidepogingen door gebruik van alcohol en medicijnen. Bron: Letsel Informatie Systeem, Stichting Consument en Veiligheid (LIS), Draisma (2011).*

- Bijna de helft (45%) van de slachtoffers is gevallen (vaak van de fiets) en 37 procent komt op de SEH vanwege een vergiftiging met alcohol (al dan niet in combinatie met medicijnname). Bijna één op de tien slachtoffers loopt letsel op door contact met een object, zoals snijden aan glas of ergens tegenaan stoten (8%).
- Ongevallen waarbij alcohol in het spel is zijn relatief ernstig. Vier van de tien slachtoffers (42%) werden, na behandeling op de SEH, in het ziekenhuis opgenomen. Ter vergelijking: bij een gemiddeld privéongeval bedraagt het opnamepercentage 12 procent, bij een verkeersongeval 19 procent en bij zelfbeschadiging 60 procent.
- Per patiënt zijn de directe medische kosten voor behandeling op de eerste hulp of ziekenhuisopname wegens een aan alcohol gerelateerd probleem gemiddeld 2 500 euro, vergelijkbaar met de kosten van een gemiddeld privéongeval of een gemiddeld verkeersongeval. De totale, jaarlijkse, directe medische kosten van een ongeval, geweld of zelfbeschadiging waarbij alcohol betrokken is en waarbij het slachtoffer op een SEH afdeling is behandeld, of in het ziekenhuis werd opgenomen, bedragen 50 miljoen euro.
- Deze cijfers zijn een onderschatting van het werkelijke aantal aan alcohol gerelateerde ongevallen, omdat het gebruik van alcohol niet door alle patiënten zal worden genoemd en evenmin systematisch door de behandelend arts wordt uitgevraagd, tenzij kennis hierover medisch relevant is. De omvang van deze onderrapportage is niet bekend, maar recent onderzoek duidt erop dat het werkelijke aantal ongevallen met alcohol bij de spoedeisende hulp tot wel vijf keer hoger kan zijn dan op basis van eerste hulp registraties wordt verondersteld (Draisma, 2011).

Extrapolatie van cijfers uit het LIS over de jaren 2005-2009 en uit het Continu LIS Vervolgonderzoek (CLVO, een vragenlijstonderzoek onder patiënten die voor een letsel zijn behandeld op een SEH afdeling van een ziekenhuis) in de periode 2003-2009 laat zien dat jaarlijks 2 100 jongeren (10-24 jaar) worden behandeld op een SEH afdeling vanwege een alcoholintoxicatie (Valkenberg 2011a).

- Meer dan de helft (57%) is tussen 15 en 20 jaar; minder dan 10 procent is 14 jaar of jonger.
- In bijna een kwart van de gevallen is het gebruik van alcohol gecombineerd met drugs (23%) of medicijnen (1%).

- Een opname in het ziekenhuis is geïndiceerd in 38 procent van de gevallen.
- In de periode 2004-2009 is het aantal behandelingen van jongeren op de Spoedeisende Hulp gestegen met 156 procent. De stijging is hoger onder meisjes (220%) dan onder jongens (116%). In absolute aantallen is het aantal jongens volgens de extrapolatie nog wel hoger (1 100 per jaar) dan het absolute aantal meisjes (970 per jaar).

Naast behandeling op de SEH vanwege een alcoholintoxicatie zijn er volgens de cijfers uit het LIS jaarlijks rond de 2 600 jongeren die worden behandeld vanwege een letsel (ongeval of geweldpleging) samenhangend met alcoholgebruik (Valkenberg 2011a). Ook hier is sprake van forse onderrapportage omdat het alcoholgebruik slechts wordt genoteerd als dat relevant lijkt voor de behandeling.

- Uit het aanvullende CVLO blijkt, op basis van zelfrapportage onder jongeren die wegens een ongeval zijn behandeld op de Spoedeisende Hulp, dat ongeveer 24 000 ongevallen zijn gerelateerd aan alcoholgebruik, door het slachtoffer of door een dader. Dat is 10 procent van alle letsels bij jongeren tussen 10 en 24 jaar.

Over een periode van twaalf jaar, van 1997 tot en met 2008, heeft Stichting Educare de alcohol- en drugsgerelateerde incidenten onderzocht die zich hebben voorgedaan op grote rave party's in Nederland (Krul et al., 2011). Het gaat hier om de feestgangers die hulp hebben gevraagd op de eerste hulp post.

- Van 1997 tot en met 2008 hebben in totaal 3 793 500 bezoekers 249 rave party's bezocht.
- Slechts 0,3 procent van deze bezoekers heeft voor een alcohol- of drugsgerelateerd incident de eerste hulp post bezocht. Van deze gevallen ging het in 22,7 procent om alleen alcohol. In 17,4 procent van de gevallen ging het om een combinatie van alcohol met een drug.

Het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) van het RIVM verstrekt informatie aan artsen, apothekers en overheidsinstellingen over vergiftigingen, onder andere door de blootstelling aan alcohol (Van Velzen et al., 2011).

- Het aantal blootstellingen aan alcohol daalde tussen 2007 en 2010 met zestien procent van 2 232 naar 1 875 blootstellingen. Tussen 2010 en 2011 vond er weer een lichte stijging plaats met zes procent naar 1 989 blootstellingen. De meldingen komen binnen via zowel de 24-uurs telefoonlijn van het NVIC als via de website [www.vergiftigingen.info](http://www.vergiftigingen.info). Uit eerdere cijfers is bekend dat het in ongeveer driekwart van de gevallen een blootstelling betreft aan een combinatie van alcohol met een geneesmiddel.
- Deze cijfers geven geen zicht op het absolute aantal intoxicaties want artsen hebben geen meldingsplicht voor intoxicaties. Bovendien zijn artsen vertrouwd met alcohol en de verschijnselen bij overdoseringen; hierdoor zullen zij niet bij alle gevallen van alcoholintoxicatie het NVIC raadplegen en zal het werkelijke aantal alcoholvergiftigingen in Nederland hoger zijn.



- In 2007 werd een piek gesignaleerd naar aanleiding van alcoholvergiftigingen bij jongeren van 13 tot en met 17 jaar (172 gevallen, ofwel 7,8% van het totale aantal blootstellingen voor alcohol). Sinds 2008 daalt het aantal vragen vanwege blootstelling aan alcohol bij 13-17 jarigen weer, tot 118 in 2010 en 103 in 2011 (5,2% van het totaal). In de gevallen waarin het geslacht bekend was, betrof het in de helft van de gevallen (50%) een meisje (Van Velzen et al., 2010).

## Rijden onder invloed

Het risico op verkeersongevallen neemt toe vanaf een alcoholconcentratie in het bloed van 0,4‰ (WHO, 2011). In Nederland ligt de grens bij een promillage van 0,5, zoals in de meeste landen, behalve voor beginnende bestuurders (minder dan 5 jaar in bezit van een rijbewijs; 0,2‰). Het percentage automobilisten dat onder invloed van alcohol rijdt is de afgelopen jaren gedaald (Ministerie van Infrastructuur & Milieu, 2011).

- Voor het onderzoek Rijden onder Invloed worden in 25 politieregio's alcoholcontroles gehouden onder minimaal 20 000 automobilisten in de weekendnachten (tussen 22.00 en 04.00 uur). Het onderzoek is jaarlijks uitgevoerd in de periode 1999-2008 en in 2010.
- Bij alcoholcontroles gedurende weekendnachten in 2010 bleek 2,4 procent van de gecontroleerde automobilisten meer dan 0,5 promille alcohol in het bloed te hebben. In 2008 was dit nog 2,9 procent en in 2007 en 2006 3,0 procent. Vergeleken met 2001 (4,1% met een te hoog promillage) is er een duidelijke daling.
- Een tweede positieve ontwikkeling is dat het aantal automobilisten dat zonder of met heel weinig alcohol op rijdt, is gestegen. In 2008 had 93,2 procent van de bestuurders hooguit een alcoholpromillage van 0,2; in 2010 was dit 94,1 procent.
- Het aandeel zware overtreders was in 2010 0,3 procent, iets minder dan in 2008 (0,5% van de automobilisten) en in 2007 (0,4%).
- In 2010 reden meer mannen dan vrouwen onder invloed (2,8% versus 1,5%).
- Het hoogste percentage overtreders is bij mannen en bij vrouwen te vinden in de leeftijdsgroepen 35-49 jaar (3,3% van de mannen is overtreder; 2,1% van de vrouwen).
- Het percentage overtreders is het hoogst tussen twee en vier uur 's nachts (5,0% in 2010); vrijdagnacht zijn er meer overtredingen (2,9%) dan zaterdagnacht (1,9%).
- In de provincie Noord-Holland is het percentage overtreders het grootst (5,5%); in Drenthe (1,1%) en Friesland (1,0%) zijn de minste overtredingen.
- In 2010 overtrad 4,1 procent van de groep beginnende bestuurders de 0,2 promillage limiet. 2,0 procent had zelfs een promillage van 0,5 of hoger. Deze percentages vertonen een lichte daling sinds 2008. Ook laten de cijfers zien dat het percentage overtreders onder ervaren bestuurders hoger is dan onder beginnende automobilisten.

Door de SWOV (Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid) is op basis van de cijfers uit Rijden onder Invloed een nieuw rekenmodel ontwikkeld om het aandeel van alcohol in de ernstige verkeersgewonden te schatten (Houwing et al, 2011a). De vernieuwde methode vervangt de eerdere schattingen (1999-2008; in 2009 is geen onderzoek gedaan) van de Dienst Verkeer en Scheepvaart van het Ministerie van Verkeer en Waterstaat naar het aantal ziekenhuizopnames en verkeersdoden bij alcoholgebruik.

- Volgens deze schatting is tussen 1999 en 2010 het geschatte aandeel ernstig gewonde autobestuurders dat onder invloed van alcohol verkeerde gedaald van 31,2 naar 20,3 procent.
- Van de ernstig gewonde bestuurders met een promillage boven de 0,5 heeft het grootste deel (zeer) fors gedronken (tabel 7.10).
- De tabel bevestigt dat alcoholgebruik geassocieerd is met (ernstige) verkeersongevallen.
- De SWOV heeft ook een schatting gedaan van het aandeel alcoholdoden onder alle verkeersdoden (dus niet alleen autobestuurders). Aangenomen dat alcoholgebruik onder overige actieve verkeersdeelnemers even groot is als van autobestuurders en dat het aandeel verkeersdoden als gevolg van alcohol even groot is als het aandeel ernstig gewonde bestuurders, wordt geschat dat ongeveer 20 procent van de verkeersdoden onder invloed verkeerde van alcohol. Daarbij is 17% gerelateerd aan enkelvoudig alcoholgebruik en 3% is veroorzaakt door combinatiegebruik van alcohol en drugs (Houwing et al, 2011a). Volgens het CBS vielen er in 2010 in totaal 640 verkeersdoden (CBS persbericht 11-029).

**Tabel 7.10 Alcohol promillage bij bestuurders en ernstig gewonde bestuurders volgens rekenmodel SWOV, 2010**

|                      | Bestuurders | Ernstig gewonde bestuurders |
|----------------------|-------------|-----------------------------|
| < 0,2 promille       | 94,1%       | 78,0%                       |
| 0,2-0,49 promille    | 3,5%        | 1,7%                        |
| 0,5-0,79 promille    | 1,3%        | 1,8%                        |
| 0,8-1,29 promille    | 0,8%        | 4,4%                        |
| >1,3 promille        | 0,4%        | 14,1%                       |
| 0,5 promille of meer | 2,4%        | 20,3%                       |

Bron: SWOV (Houwing et al., 2011a).

## 7.7 Ziekte en sterfte

### Ziekte

#### *Matig alcoholgebruik*

Tot nu toe leek het erop dat matig alcoholgebruik niet schadelijk zou zijn. Licht alcoholgebruik kan zelfs enige bescherming bieden tegen hart- en vaatziekten en suikerziekte, maar uitsluitend als er geen episodes zijn van zwaar alcoholgebruik (Rehm et al., 2010a). Alcoholconsumptie zou ook het risico op nierkanker verminderen (Lew et al., 2011).

- Tegen deze achtergrond adviseerde de Gezondheidsraad (2006) in de 'Richtlijnen gezonde voeding' niet meer dan twee standaard glazen alcohol per dag voor mannen en niet meer dan één standaardglas alcohol per dag voor vrouwen. Alleen jongeren beneden de achttien jaar en vrouwen die zwanger konden worden of borstvoeding gaven, werd ontraden alcohol te gebruiken.
- Recent onderzoek heeft echter aannemelijk gemaakt dat ook matig alcoholgebruik niet helemaal veilig is (Lauer en Sorlie, 2009). Matig alcoholgebruik kan de kans verhogen op diverse vormen van kanker. Waarschijnlijk weegt dit nadeel van een verhoogd risico op kanker niet meer op tegen het voordeel van een verlaagd risico op hart- en vaatziekten. Voor het drinken van alcohol kan nog geen algemeen geldende "veilige ondergrens" worden vastgesteld om een verhoogd risico op bepaalde vormen van kanker uit te sluiten (SAR, 2010).
- In een Nederlandse risicoschatting naar 17 illegale drugs, alcohol en tabak werd de schade door alcoholgebruik op populatie niveau gezet op de tweede plaats, onder crack cocaïne (Van Amsterdam et al., 2010). De schatting werd gedaan door een panel van 19 experts die acute en chronische lichamelijke schade (toxiciteit), afhankelijkheid en sociale schade meewogen in hun beoordeling.
- Dit resultaat strookt met een studie in het Verenigd Koninkrijk naar de schade door middelengebruik. Daarin werd beoordeeld dat voor de samenleving alcohol het meest schadelijke middel is (Nutt et al., 2010).

#### *Overmatig alcoholgebruik*

De schadelijke gevolgen van overmatig alcoholgebruik zijn talrijk.

- Meer dan zestig medische aandoeningen zijn oorzakelijk gerelateerd aan alcoholgebruik. Daarnaast is alcohol betrokken bij het ontstaan van tweehonderd andere ziekten (WHO, 2011). Voor de meeste aandoeningen geldt dat het risico toeneemt naarmate men meer alcohol drinkt (Rehm et al., 2010a).
- Alcoholgebruik staat op de achtste plaats op de wereldranglijst van risicofactoren om te overlijden en op de derde plaats op de wereldranglijst van risicofactoren voor ziekte en invaliditeit (na ondervoeding bij kinderen en onveilige seks).
- Wereldwijd is bijna vier procent van alle doden toe te schrijven aan alcoholgebruik (mannen 6,2%; vrouwen 1,1%). Voor mannen in de leeftijd van 15-60 jaar is alcoholgebruik de belangrijkste risicofactor om te overlijden. Bijna 30 procent van de aan alcohol toe te schrijven sterfte is het gevolg van onbedoelde verwondingen, 22 procent

van kanker, 17 procent van levercirrose, 14 procent van hart- en vaatziekten en suikerziekte en 12 procent is het gevolg van opzettelijke verwondingen (WHO, 2011).

- Daarnaast is alcoholgebruik geassocieerd met ernstige sociale problematiek, waaronder geweld, kinderverwaarlozing en werkverzuim (WHO, 2011).
- Ook uit Nederlandse cijfers blijkt dat alcoholgebruik een belangrijke bijdrage levert aan ziekte (Hoeymans et al., 2010). Alcoholgebruik draagt voor 4,5 procent bij aan de totale ziektelast, en staat daarmee op de vierde plaats, na leefstijlfactoren als roken (met een bijdrage van 13% aan de ziektelast), overgewicht (9,7%) en verhoogde bloeddruk (7,8%). De bijdrage van ongevallen aan de ziektelast is overigens niet meegenomen in deze berekening.

Overmatig alcoholgebruik verhoogt het risico op verschillende vormen van *kanker* (Schütze et al.; 2011; Chen et al., 2011; Parry et al., 2011).

- Bij sommige vormen van kanker is het risico al verhoogd bij het drinken van twee glazen alcohol per dag, maar hoe hoger de consumptie, des te groter de kans op kanker.
- In een grote Europese studie onder meer dan 350 000 personen werd gevonden dat onder mannen 10 procent van alle gevallen van kanker kan worden toegeschreven aan ooit of huidig alcoholgebruik, en onder vrouwen 3 procent van alle kankers (Schütze et al., 2011).
- Alcoholgebruik was vooral geassocieerd met kanker in het hoofdhalsg gebied, leverkanker en dikkedarm kanker. Bij vrouwen is 5 procent van de gevallen van borstkanker geassocieerd met alcoholgebruik (Schütze et al., 2011).
- Het risico op kanker was voornamelijk verhoogd in personen die meer dronken dan de aanbevolen limiet (Schütze et al., 2011; Tramacere et al., 2011). Ook kleine hoeveelheden alcohol kunnen echter al een toename geven van het risico op sommige vormen van kanker (Chen et al., 2011; Fedirko et al., 2011).
- In het oorzakelijk mechanisme lijkt een afbraakproduct van alcohol, acetaldehyde, een rol te spelen (Parry et al., 2011).

Overmatig alcoholgebruik verhoogt eveneens het risico op *hart- en vaatziekten en beschadiging van hersenen en zenuwen* (Rehm et al., 2010a; Costanzo, 2011).

- Hoewel ook recente overzichtsstudies bevestigen dat matige alcoholconsumptie (1-2 glazen per dag) kan beschermen tegen hart- en vaatziekten (Brien et al., 2011; Ronksly et al., 2011; Costanzo et al., 2011, Parry et al., 2011), gaat een hogere alcoholconsumptie gepaard met een stijging van het risico op hart- en vaatziekten (Costanzo et al., 2011). Deze J-vormige relatie is wel aangetoond voor wijn- en bierconsumptie, maar niet voor sterke drank (Costanzo et al., 2011). Het beschermend effect van matig alcoholgebruik verdwijnt echter als dit wordt afgewisseld met momenten van zwaar drinken (Parry et al., 2011). Ook in voormalige drinkers blijft het risico op hartinfacten nog lange tijd verhoogd (Roerecke, 2011).
- Hoewel een matige consumptie van alcohol de cognitieve functies (leren, geheugen, aandacht) kan beschermen, neemt bij het drinken van meer dan één (vrouwen) of twee (mannen) glazen alcohol het risico op dementie toe, evenals de kans op beroerten of herseninfarcten (Neafsey en Collins, 2011; Patra et al., 2010).

- Er is een relatie tussen alcoholgebruik enerzijds en psychiatrische aandoeningen zoals depressie anderzijds (Boden en Ferguson, 2011). Ook hier bestaat een duidelijke dosis-respons relatie.
- Het in korte tijd innemen van een grote hoeveelheid alcohol of een langdurige en excessieve alcoholconsumptie (meer dan acht eenheden per dag) kan zenuwbanen en zenuwtakken aantasten (polyneuropathie) en de hersenen schaden.

Alcoholgebruik is ook oorzakelijk geassocieerd met tal van andere ziekten (Rehm et al., 2010a):

- Alcohol consumptie tast het immuunsysteem aan en speelt een oorzakelijke rol in het ontstaan van infectieziekten zoals tuberculose en lage luchtweginfecties (longontsteking). Ook bestaat er een hoger risico op hiv-infectie bij alcoholgebruik (Baliunas et al., 2010).
- Gebruik van alcohol draagt bij aan het ontstaan van levercirrose, ontsteking van de alvleesklier en van de lever (Rehm et al., 2010b).
- Er bestaat een dubbele relatie tussen alcoholgebruik en suikerziekte: lichte tot matige consumptie is beschermend, terwijl zwaar drinken de kans op suikerziekte vergroot (Baliunas et al., 2009).
- Alcoholgebruik tijdens de zwangerschap verhoogt het risico's op miskramen, foetale sterfte en vroeggeboorte, heeft een negatieve invloed op de psychomotorische ontwikkeling van het kind na de geboorte, en geeft een verhoogd risico bij het kind op aangeboren afwijkingen en de specifieke gelaatskenmerken van het Foetaal Alcohol Syndroom (Rehm et al., 2010a). De Gezondheidsraad heeft in 2005 geconcludeerd dat er geen veilige ondergrens voor alcoholgebruik is vast te stellen, niet voor de conceptie, noch tijdens de zwangerschap of gedurende borstvoeding (Gezondheidsraad, 2005).

*Adolescenten* zijn vatbaarder voor de schadelijke effecten van alcoholgebruik dan volwassenen. Hieraan liggen biologische, psychologische en sociale veranderingen in de ontwikkeling ten grondslag. Zwaar en langdurig alcoholgebruik door adolescenten is in verband gebracht met schadelijke effecten op de hersenen (Verdurmen et al., 2006; Boelema et al., 2009; Guerri en Pascual, 2010). Het ontwikkelend brein is extra kwetsbaar voor de effecten van alcohol, waarbij van belang is dat de ontwikkeling van de hersenen doorgaat tot ongeveer het 24<sup>e</sup> levensjaar, en mogelijk zelfs tot het dertigste. Chronisch alcoholgebruik kan niet alleen de structuur van de hersenen veranderen, maar heeft ook functionele consequenties.

- Onderzoek laat vooral negatieve effecten zien op leren en geheugen. Adolescenten met alcoholproblemen scoren lager dan andere jongeren op onder andere taalvaardigheid, intelligentie, aandacht, onderscheidingsvermogen, ruimtelijk inzicht en andere cognitieve domeinen.
- Bij jongeren met een indicatie voor alcoholmisbruik of afhankelijkheid zijn afwijkingen gevonden in de structuur en het volume van hersendelen, vergeleken met jongeren zonder alcoholproblematiek.

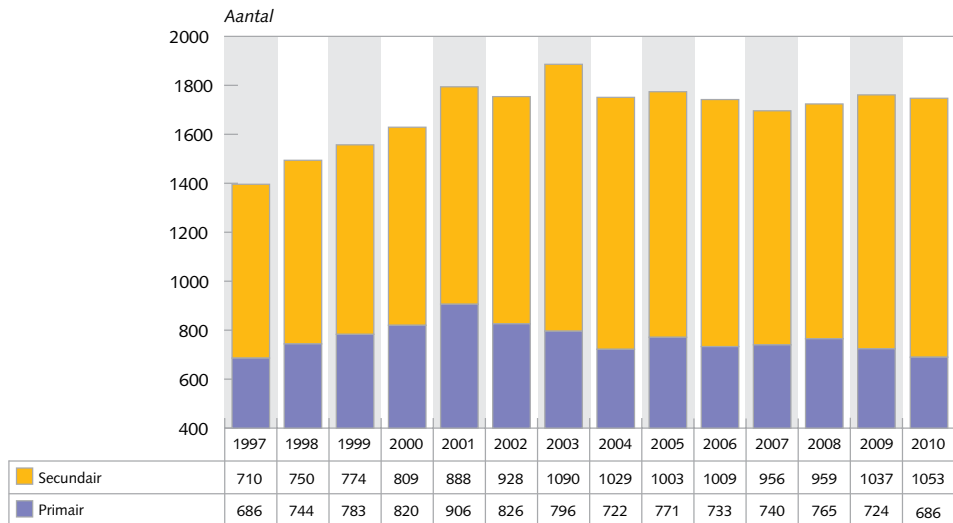
- Op basis van het huidige onderzoek kan niet met zekerheid worden vastgesteld of alcoholgebruik de (enige) oorzaak is. Resultaten van dierexperimenteel onderzoek wijzen echter wel op een oorzakelijk verband.
- Ook is er waarschijnlijk een oorzakelijk verband tussen alcoholgebruik en agressief en gewelddadig gedrag onder jongeren. Jongeren die alcohol gebruiken zijn zowel vaker dader als slachtoffer van geweld.
- Meisjes zijn mogelijk gevoeliger voor de negatieve effecten op de hersenen dan jongens. Ook blijken vrouwen na binge drinken meer betrokken te zijn bij vechtpartijen dan mannen.
- Ook rapporteren jongens en meisjes van 12-15 jaar die binge drinken vaker een slechte geestelijke gezondheid, met onder andere meer gevoelens van angst en depressie (Theunissen et al., 2011).

## **Sterfte**

Het totale aantal alcoholdoden vertoonde een stijgende lijn van 1997 tot en met 2003. In 2004 was een geringe daling waarneembaar en sindsdien is het aantal alcoholdoden min of meer stabiel gebleven rond ongeveer 1 700 alcoholdoden per jaar.

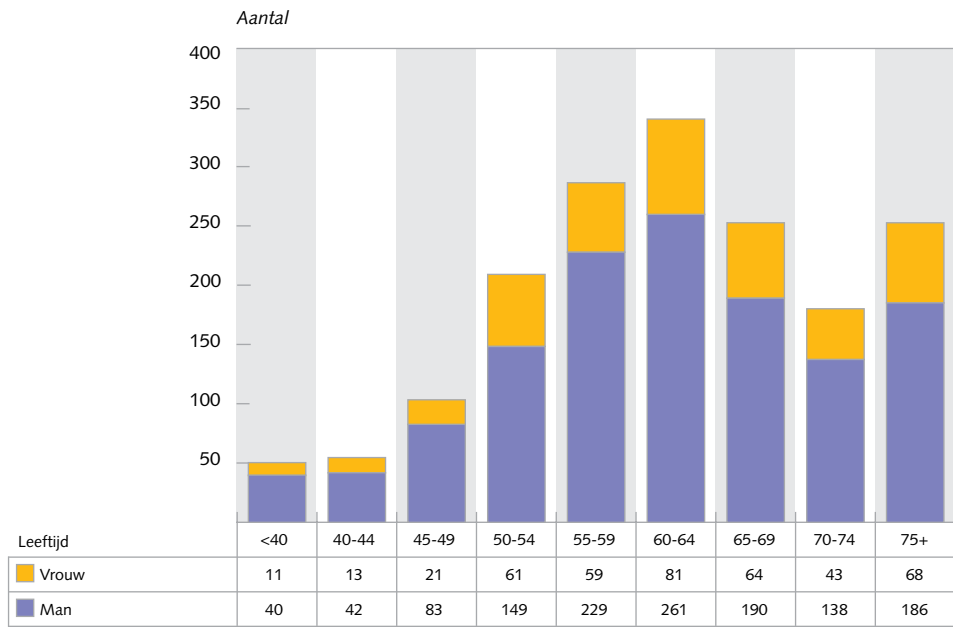
- Volgens de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS stierven in 2010 in totaal 1 739 mensen door oorzaken waarbij alcohol expliciet werd genoemd, een daling van een procent ten opzichte van 2008 (figuur 7.11).
- In 2010 stond alcohol in 39 procent van alle alcoholgerelateerde sterfgevallen als primaire doodsoorzaak genoemd; in 61 procent van de gevallen was alcoholgebruik de secundaire doodsoorzaak.
- Afhankelijkheid en andere psychische stoornissen door gebruik van alcohol vormden in 2010 de belangrijkste doodsoorzaak (63%) binnen de alcoholgerelateerde sterfte, gevolgd door alcoholische leverziekten (31%).
- Alcoholsterfte kwam het meest voor in de leeftijdsgroep van 60 tot en met 64 jaar (figuur 7.12). De meeste overledenen waren man (76%).
- De bijdrage van alcoholgebruik aan de sterfte wordt niet altijd herkend. Bovenstaande cijfers weerspiegelen daarom niet de hele werkelijkheid.

**Figuur 7.11 Sterfte aan alcoholgerelateerde aandoeningen, vanaf 1997**



*Aantal sterftes: ICD-10 codes F10, G31.2, G62.1, I42.6, K29.2, K70.0-4, K70.9, K86.0, X45\*, X65\*, Y15\*, T51.0-1 (\* alleen opgenomen indien als complicatie T51.0-1 is vermeld). Voor een verklaring van de codes: zie bijlage C. Primaire doodsoorzaak: de ziekte of de gebeurtenis waarmee het proces van gebeurtenissen die tot de dood hebben geleid, in gang is gezet. Men spreekt hierbij wel van de onderliggende ziekte of het grondlijden. Secundaire doodsoorzaak: gevolgen of complicaties van de primaire doodsoorzaak, evenals andere ziekten die tijdens het overlijden aanwezig waren en soms tot de dood hebben bijgedragen. Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS.*

**Figuur 7.12 Sterfte door alcohol (primair en secundair) onder mannen en vrouwen per leeftijdsgroep. Peiljaar 2010**



Aantal sterfgevallen. ICD-10 codes: F10, G31.2, G62.1, I42.6, K29.2, K70.0-4, K70.9, K86.0, X45\*, X65\*, Y15\*, T51.0-1 (\* alleen opgenomen indien als complicatie T51.0-1 vermeld is). Voor een verklaring van de codes: zie bijlage C. Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS.

## 7.8 Aanbod en markt

Onderzoek van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) toont aan dat schade door alcohol kan worden teruggedrongen door de prijs van alcoholische dranken te verhogen en de verkrijgbaarheid te verminderen (WHO, 2009). Van alle Europese jongeren vinden Nederlandse jongeren het echter het meest eenvoudig om aan alcohol te komen, zo werd hiervoor (§ 7.5) al geconstateerd.

- Alcohol is in Nederland wijd verkrijgbaar in levensmiddelenzaken, slijterijen en de horeca.
- Volgens de Drank- en Horecawet mogen aan jongeren beneden de zestien jaar geen zwak-alcoholhoudende dranken worden verkocht.
- Vergeleken met de rest van de wereld, hanteert Nederland hier een relatief lage leeftijdsgrens. Van de 147 landen die aan de WHO rapporteerden over hun beleid ten aanzien van de beschikbaarheid van alcohol hadden ongeveer tien landen de grens voor bier en wijn op 16 jaar liggen. De overige landen hanteerden leeftijdsgrenzen van 18 jaar (bijna 100 landen) of hoger (ongeveer 20 landen) (WHO, 2011).
- Voor sterke drank geldt in Nederland een grens van achttien jaar, net als in het merendeel van de landen (WHO, 2011).



Uit een landelijk onderzoek naar de naleving van leeftijdsgrenzen bij alcoholverstrekking blijkt dat alcohol in Nederland in ruime mate beschikbaar is voor jongeren onder de 16 jaar (Van Hoof et al., 2011). Naleving van de Drank- en Horecawet door verkopers in supermarkten, slijterijen, horeca, cafetaria's, sportkantines en in het thuisbezorgkanaal is nog steeds onvolledig.

- Voor dit onderzoek deden 58 jongeren van 14 en 15 jaar met een gemiddeld uiterlijk in totaal 1 338 aankoopogingen van alcoholhoudende dranken in verschillende typen verkooppunten door het hele land.
- Bij meer dan de helft van de gevallen (56%) is geen poging gedaan om de leeftijd van de klant vast te stellen.
  - in het thuisbezorgcircuit is geen enkele keer naar een identiteitsbewijs gevraagd
  - in sportcafés werd in slechts zes procent van de gevallen de leeftijd geverifieerd
  - uitgaansgelegenheden zoals cafés, discotheken en cafetaria's vroegen in 29 procent om een identiteitsbewijs
  - de supermarkten controleerden de leeftijd van de klant in 61 procent van de gevallen
  - de slijterijen controleerden bij zwakalcoholhoudende dranken in 56 procent de leeftijd en bij sterke drank in tweederde (66%) van de gevallen (Van Hoof et al., 2011).

De 'Monitor alcohol verstrekking jongeren' houdt via een "mysteryshop"-onderzoek sinds 1999 elke twee jaar bij in hoeverre de leeftijdsgrenzen uit de Drank- en Horecawet worden nageleefd (Bieleman et al., 2010).

- Het laatste onderzoek vond plaats in 2009 en werd uitgevoerd in meer dan 25 gemeenten onder ongeveer 3 000 jongeren van 13 tot en met 17 jaar en 531 ondernemingen (horecaondernemingen, slijterijen, levensmiddelenzaken).
- De mate waarin drinkende jongeren erin slagen om zelf hun drank illegaal in te kopen, wordt bepaald door twee factoren. In de eerste plaats hangt dit af van de mate waarin de jongeren een koopoging doen. Uit de monitor blijkt dat het percentage jongeren dat zelf wel eens alcoholhoudende drank probeert te kopen sinds 2001 is afgenomen (tabel 7.11).
- In de tweede plaats hangt de mate waarin drinkende jongeren erin slagen om zelf hun drank illegaal in te kopen af van de reactie van de verkoper. Deze bepaalt de slaagkans om de illegale aankoop daadwerkelijk door te zetten zodra de jongeren een koopoging hebben gestart. Uit de monitor blijkt dat de slaagkans onverminderd hoog is (tabel 7.11). De slaagkans is bij meisjes groter dan bij jongens.
- Dankzij de afname in het aantal bestel- en koopogingen door jongeren is er een dalende trend in het aantal jongeren dat in horeca, slijterij of levensmiddelenzaak onder de toegestane leeftijd alcohol koopt of bestelt.

**Tabel 7.11** Percentage van de alcoholdrinkende jongeren met in de afgelopen maand bestel- of koop poging van zwak-alcoholhoudende drank of sterke drank onder de toegestane leeftijdsgrens, en slaagkans. Peiljaren 2001 en 2009

| Verkooppunt                       | Bestel- of koop poging |      | Slaagkans |      |
|-----------------------------------|------------------------|------|-----------|------|
|                                   | 2001                   | 2009 | 2001      | 2009 |
| <b>Zwak-alcoholhoudende drank</b> |                        |      |           |      |
| Horeca                            | 38%                    | 13%  | 94%       | 96%  |
| Slijterij                         | 4%                     | 1%   | 91%       | 87%  |
| Levensmiddelenzaak                | 13%                    | 3%   | 91%       | 95%  |
| <b>Sterke drank</b>               |                        |      |           |      |
| Horeca                            | 32%                    | 7%   | 97%       | 98%  |
| Slijterij                         | 4%                     | 2%   | 94%       | 93%  |
| Levensmiddelenzaak                | -                      | -    | -         | -    |

*Percentage van de alcoholdrinkende jongeren. Cijfers over zwak-alcoholhoudende dranken betreffen jongeren van 13 tot en met 15 jaar; cijfers over sterke drank betreffen jongeren van 16 en 17 jaar. In levensmiddelenzaken wordt geen sterke drank verkocht. Bron: Intraval.*

Ook uit lokaal en regionaal onderzoek blijkt dat de leeftijdsgrenzen uit de Drank- en Horecawet over het algemeen slecht worden nageleefd.

- Resultaten van onderzoek in Zuidoost Brabant (gehouden in 2006, 2007, 2008, 2009 en 2011) laten zien dat de naleving van de drank- en horecawet in supermarkten, uitgaansgelegenheden en sportkantines recentelijk iets is verbeterd. In 2011 werden 217 pogingen ondernomen om alcohol te kopen door jongeren van 15 jaar (zogenoeten 'mysteryshoppers', die deelnamen aan het onderzoek) ([www.ljnf.nl](http://www.ljnf.nl), 2011).
  - In de horeca slaagde 86 procent van de aankoop pogingen (was 99% in 2009)
  - In sportkantines kreeg 85 procent van de mysteryshoppers alcohol (was 88% in 2009)
  - In de supermarkt lukte 68 procent van de aankoop pogingen (was 71%).
- Een mysteryshopping onderzoek van STAP en de Universiteit Twente in Regio Food-Valley (Barneveld, Ede, Nijkerk, Renswoude, Rhenen, Scherpenzeel, Veenendaal en Wageningen) in de zomervakantiemaanden van 2011 toonde dat alle 20 aankoop pogingen van zwakalcoholhoudende drank door 15-jarigen jongeren op evenementen succesvol verliepen (Franken et al., 2011). Het onderzoek is bedoeld als nulmeting. Er is een aanscherping van het evenementenbeleid afgesproken en over een jaar zal in een vervolg mysteryshop onderzoek worden geëvalueerd of deze aanscherping effect heeft gehad.

Omdat de mogelijkheden om alcohol thuis bezorgd te krijgen na een bestelling via het internet of per telefoon groeien, is in 2011 de naleving van de leeftijdsgrenzen door deze leveranciers in enkele plaatsen onderzocht (De Bruijn en Van den Wildenberg, 2011).

- Onder bierkoeriers bleek de naleving van de wettelijke leeftijdsgrens nihil (alle 21 bestelpogingen van 15-jarige jongeren slaagden zonder problemen).
- De meerderheid van de bierkoeriers (26 van de 30) bleek niet de intentie te hebben om de Drank- en Horecawet na te leven. Zij zagen bijvoorbeeld in wederverstrekking (van een ouder persoon aan een jongere onder 16 jaar) vaak geen probleem.
- Hoewel er momenteel nog weinig jongeren online alcohol bestellen, waarschuwen de onderzoekers voor de mogelijkheid dat de aankoop via het internet kan toenemen bij een strengere naleving van de leeftijdsgrenzen in supermarkt en horeca. Bij alcoholverkoop via het internet is controle op naleving van de leeftijdsgrens echter vrijwel onmogelijk.

### **Accijns**

- In 2010 bedroeg in Nederland de accijns voor een liter gedistilleerd (35 procent alcohol) 5,26 euro, voor een liter wijn 71 eurocent en voor een liter bier 33 eurocent.
- De accijns voor bier is in 2009 met 30 procent verhoogd. De accijns voor wijn is in 2008 en 2010 verhoogd, maar de accijnstarieven op sterke drank zijn in 2010 verlaagd, van 17,75 euro per procent alcohol naar 15,05 euro per procent alcohol.
- Voor een glas bier van 0,25 liter betekent dit acht eurocent accijns, voor een glas wijn van 0,1 liter zeven eurocent en voor een glas gedistilleerd van 0,035 liter 18 eurocent.
- In 2010 bedroeg de accijnsopbrengst voor bier in Nederland 385 miljoen euro, de opbrengst van wijnaaccijns en tussenproducten was 296 miljoen euro en de accijnsopbrengst van gedistilleerd bedroeg 317 miljoen euro (bron: Ministerie van Financien).
- Lidstaten van de EU voeren een verschillend accijnsbeleid (tabel 7.12). De tarieven lopen sterk uiteen. Verschillende wijnproducerende landen heffen in het geheel geen accijns op wijn. De Nederlandse accijnstarieven voor wijn en gedistilleerd behoren tot de middenmoot; voor bier zijn de accijnstarieven in Nederland relatief hoog.
- Onderzoek laat zien dat wanneer de alcoholaccijnzen worden verhoogd, de consumptie daalt, inclusief het problematisch drinken en de alcoholgerelateerde schade (STAP, 2011a). Zulke maatregelen zijn echter alleen effectief als de prijsverhoging geldt voor alle producten, zowel in de horeca als voor thuisconsumptie, en er geen "ontsnappingsmogelijkheden" zijn (zoals verkoop onder de kostprijs, prijsacties of omvangrijke illegale productie van alcohol).

**Tabel 7.12 Accijnstarieven op alcoholhoudende dranken in een aantal lidstaten van de Europese Unie.  
Peildatum juli 2011**

| Lidstaat            | Bier <sup>I</sup> | Wijn <sup>II</sup> | Gedistilleerd <sup>III</sup> |
|---------------------|-------------------|--------------------|------------------------------|
| Zweden              | 18                | 234                | 1 904                        |
| Ierland             | 16                | 262                | 1 090                        |
| Finland             | 26                | 283                | 1 379                        |
| Verenigd Koninkrijk | 21                | 278                | 1 030                        |
| Denemarken          | 7                 | 82                 | 704                          |
| België              | 2                 | 47                 | 613                          |
| Nederland           | 33                | 71                 | 526                          |
| Frankrijk           | 3                 | 4                  | 530                          |
| Griekenland         | 3                 | 0                  | 858                          |
| Duitsland           | 1                 | 0                  | 456                          |
| Luxemburg           | 1                 | 0                  | 364                          |
| Portugal            | 18                | 0                  | 361                          |
| Oostenrijk          | 2                 | 0                  | 350                          |
| Spanje              | 10                | 0                  | 291                          |
| Italië              | 2                 | 0                  | 280                          |

*Bedragen in euro per hectoliter productie. I. vanaf 0,5 volumepercent alcohol, >11° <=15° Plato. II. niet-mousserende wijn, <15% vol. III. accijns voor gedistilleerd wordt berekend per volumepercent alcohol; hier zijn de accijnzen voor 35 volumepercent alcohol opgegeven. Bron: European Commission (2011a).*

# 8 Tabak

Tabak wordt gemaakt uit de gedroogde bladeren van de tabaksplant (*Nicotiana*). Tabak wordt doorgaans gerookt in een sigaret, sigaar of pijp en zelden gesnoven of gepruimd.

Consumenten ervaren tabak als stimulerend (verbetering concentratievermogen) en rustgevend. Nicotine, het belangrijkste psychoactieve bestanddeel van tabak, is een verslavende stof. Bij regelmatig gebruik treedt gewenning op en tolerantie. Bij het inhaleren van tabaksrook komen verschillende stoffen vrij, zoals nicotine, teer en koolmonoxide en tal van andere producten die schadelijk zijn voor de gezondheid.

## 8.1 Laatste feiten en trends

De belangrijkste feiten en trends over tabak in dit hoofdstuk zijn:

- Het percentage (dagelijkse) rokers in de algemene bevolking is in 2010 en 2011 verder gedaald (§ 8.2).
- De gemiddelde verkoop van tabak per roker bleef tussen 2005 en 2008 op hetzelfde niveau, maar nam duidelijk af in 2009. In 2010 zette de afname door (§ 8.2).
- Onder hoog opgeleiden is het aantal rokers sterker afgenomen dan onder laag en middelbaar opgeleiden, hoewel zich in 2011 een daling onder alle opleidingsniveaus lijkt voor te doen (§ 8.2).
- Het percentage scholieren van het regulier voortgezet onderwijs dat ooit heeft gerookt daalde van 2003 naar 2007 en stabiliseerde in 2011. Het percentage actuele en dagelijkse rokers bleef in deze hele periode op het zelfde niveau (§ 8.3).
- Scholieren van het VMBO- roken het meest, en scholieren van het VWO het minst (§ 8.3).
- Met het roken onder scholieren scoort Nederland binnen de EU boven het gemiddelde (§ 8.4).
- Het aantal mensen dat aan longkanker door roken overlijdt, vertoont een stijgende lijn (§ 8.6).
- De lichte daling tussen 2000 en 2005 in de totale sterfte in verband met roken heeft zich tussen 2005 en 2010 niet voortgezet (§ 8.6).
- Rookverboden worden in 2011 in de meeste horecagelegenheden nageleefd, behalve in cafés en discotheken (§ 8.7).

## 8.2 Gebruik: algemene bevolking

In de jaren zestig en zeventig was roken gebruikelijk, vooral onder mannen. Vanaf eind jaren zestig tot begin jaren negentig nam het percentage rokers flink af. De daling is daarna afgezwakt. Diverse peilingen meten het percentage rokers in de bevolking. Door verschillen in onderzoeksmethoden en leeftijdsgroepen kunnen de uitkomsten van deze peilingen verschillen.

Peilingen van het Continu Onderzoek Rookgewoonten (COR), uitgevoerd door TNS NIPO in opdracht van STIVORO (2011a; 2012a), wijzen op een afvlakkende daling van het percentage rokers in het afgelopen decennium (tabel 8.1).

- Tussen 2004 en 2010 schommelde het percentage mensen dat wel eens rookt in de bevolking van 15 jaar en ouder tussen de 27 en 28 procent. In 2011 is er een daling tot onder de 25 procent.
- Het percentage dagelijkse rokers nam in het afgelopen decennium geleidelijk af. In 2011 was minder dan een of de vijf Nederlanders een dagelijks roker.
- In 2011 was bijna 32 procent van de mensen van vijftien jaar en ouder een ex-roker en 44 procent had nooit gerookt.
- Omgerekend naar de bevolking van vijftien jaar en ouder waren er in 2011 in totaal 3,4 miljoen mensen die rookten.
- De kloof tussen mannen en vrouwen is kleiner geworden (tabel 8.1). Vrouwen die roken, roken vrijwel evenveel als mannen die roken. Rokende mannen roken gemiddeld 14,5 en rokende vrouwen roken gemiddeld 13,9 sigaretten of shagjes per dag.
- In de leeftijdsgroepen vanaf vijftien tot en met 64 jaar ligt het percentage rokers ongeveer even hoog (figuur 8.1). Ouderen vanaf 65 jaar zullen vaker vanwege ziekte gedwongen zijn te stoppen met roken.

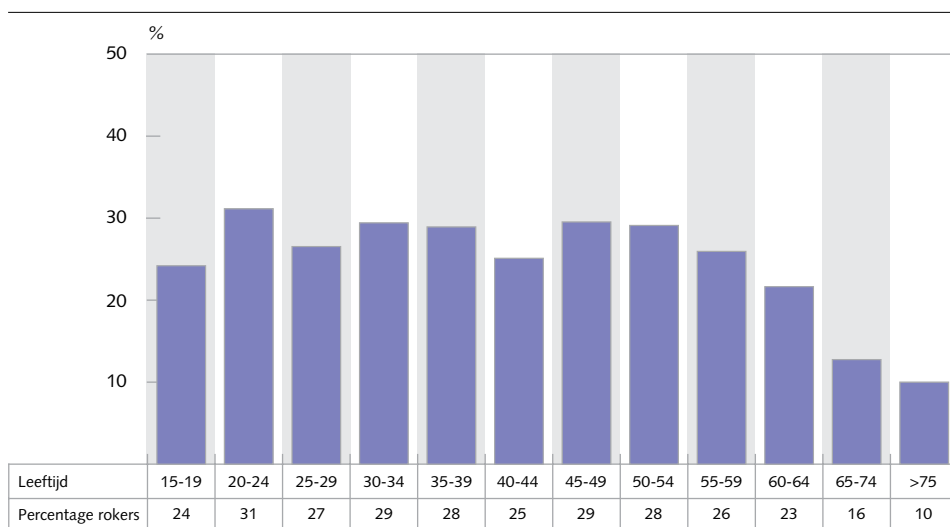
**Tabel 8.1 Rokers in Nederland onder mannen en vrouwen van 15 jaar en ouder naar 'rookt wel eens' en 'rookt dagelijks', vanaf 1970**

| Jaar                | Rookt wel eens      |                     |                     | Rookt dagelijks |         |        |
|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|-----------------|---------|--------|
|                     | Mannen              | Vrouwen             | Totaal              | Mannen          | Vrouwen | Totaal |
| 1970                | 75%                 | 42%                 | 59%                 |                 |         |        |
| 1975                | 66%                 | 40%                 | 53%                 |                 |         |        |
| 1980                | 52%                 | 34%                 | 43%                 |                 |         |        |
| 1985                | 43%                 | 34%                 | 39%                 |                 |         |        |
| 1990                | 39%                 | 31%                 | 35%                 |                 |         |        |
| 1995                | 39%                 | 31%                 | 35%                 |                 |         |        |
| 1996                | 39%                 | 32%                 | 35%                 |                 |         |        |
| 1997 <sup>I</sup>   | 36,7% <sup>I</sup>  | 30,3% <sup>I</sup>  | 33,4% <sup>I</sup>  |                 |         |        |
| 1998                | 37,4%               | 30,1%               | 33,7%               |                 |         |        |
| 1999                | 37,2%               | 30,6%               | 33,9%               |                 |         |        |
| 2000                | 36,8%               | 29,3%               | 32,9%               | 34,4%           | 27,0%   | 30,6%  |
| 2001 <sup>II</sup>  | 33,2% <sup>II</sup> | 27,2% <sup>II</sup> | 30,2% <sup>II</sup> | 27,6%           | 22,9%   | 25,2%  |
| 2002                | 34,0%               | 27,6%               | 30,7%               | 28,3%           | 23,1%   | 25,6%  |
| 2003                | 32,8%               | 27,2%               | 29,9%               | 26,8%           | 23,3%   | 25,0%  |
| 2004                | 30,8%               | 25,2%               | 27,9%               | 25,5%           | 21,4%   | 23,4%  |
| 2005                | 31,1%               | 24,5%               | 27,7%               | 25,7%           | 20,8%   | 23,2%  |
| 2006                | 31,4%               | 25,0%               | 28,2%               | 25,6%           | 20,9%   | 23,2%  |
| 2007                | 30,5%               | 24,5%               | 27,5%               | 25,3%           | 20,6%   | 22,9%  |
| 2008                | 29,8%               | 23,8%               | 26,7%               | 24,3%           | 20,3%   | 22,2%  |
| 2009 <sup>III</sup> | 29,5%               | 25,9%               | 27,7%               | 22,4%           | 20,7%   | 21,6%  |
| 2010                | 28,5%               | 26,0%               | 27,2%               | 21,7%           | 20,5%   | 21,1%  |
| 2011                | 26,8%               | 22,6%               | 24,7%               | 20,1%           | 17,2%   | 18,7%  |

Percentage personen dat 'wel eens rookt' en 'dagelijks rookt'. I. Vanaf 1997 zijn de percentages beschikbaar met één cijfer achter de komma. II. In 2001 is de onderzoeksmethode gewijzigd: van een persoonlijk interview met een enquêteur thuis naar het invullen van een vragenlijst via modem of internet. III. In 2009 is de onderzoeksmethode weer gewijzigd: vanaf dat jaar wordt de steekproef op individueel niveau getrokken in plaats van op huishoudensniveau. Deze wijzigingen kunnen van invloed zijn geweest op de uitkomsten. Bron: Continu Onderzoek Rookgewoonten (COR), TNS NIPO in opdracht van STIVORO.

- In het Nationaal Programma Tabaksontmoediging 2006-2010 was de doelstelling opgenomen om het percentage rokers in Nederland terug te dringen van 28 procent in 2005 naar 20 procent in 2010 (T.K.22894-114). In 2011 was het percentage rokers drie procent onder het niveau van 2005 gezakt (24,7%). In de preventienota uit 2011, 'Gezondheid dichtbij' (T.K.32793-2), wordt vooral ingezet op jongeren om hen van het roken af te houden. Er worden geen streefcijfers of termijnen voor het percentage rokers genoemd.

**Figuur 8.1 Percentage rokers in Nederland naar leeftijdsgroep. Peiljaar 2011**



Bron: Continu Onderzoek Rookgewoonten (COR), TNS NIPO in opdracht van STIVORO.

In 1997, 2001, 2005 en 2009 vonden peilingen plaats naar het middelengebruik via het Nationaal Prevalentie Onderzoek (NPO) (Rodenburg et al., 2007; Van Rooij et al, 2011).

- Volgens het NPO is het percentage mensen in de bevolking van 15 tot en met 64 jaar dat ooit heeft gerookt gedaald van 70 procent in 1997 naar 68 procent in 2001 en 62 procent in 2005. In 2009 vond er een verdere daling plaats naar 60 procent.
- Het aantal dagelijkse rokers bleef tussen 1997 en 2001 op het zelfde niveau (35% en 34%) en daalde in 2005 (27%). Tussen 2005 en 2009 nam het percentage dagelijkse rokers verder af naar 25 procent.

Via de Gezondheidsenquête verzamelt het CBS jaarlijks cijfers over roken in de bevolking van twaalf jaar en ouder.

- Tussen 2001 en 2005 daalde het percentage rokers van 33,3 procent naar 29,5 procent. Daarna volgde in 2008 een daling naar 27,6 procent. In 2009 was het percentages rokers nog iets lager, namelijk 27,1 procent. In 2010 daalde het percentage statistisch significant naar 25,6 procent. (CBS, 2012a).
- De cijfers over 2010 van STIVORO en het CBS over rokers van 16 jaar en ouder liggen allebei in de buurt van de 27 procent: het CBS vindt 26,8 procent en STIVORO vindt 27,4 procent actuele rokers.

### **Sociaaleconomische verschillen in roken**

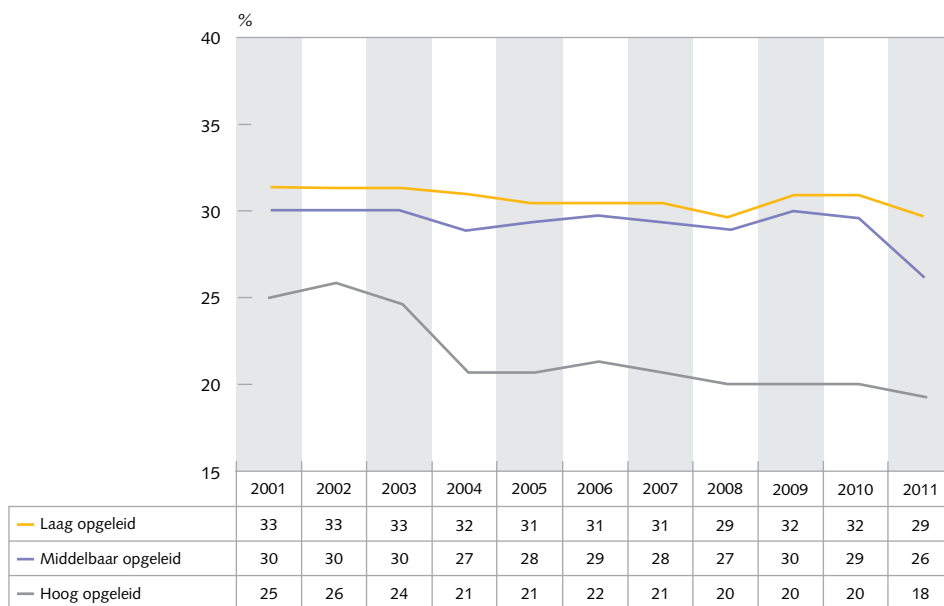
Gegevens van STIVORO laten zien dat hoogopgeleiden minder vaak roken dan lager en middelbaar opgeleiden.

- In 2011 was 18 procent van de hoogopgeleiden een roker tegenover 29 procent van de laagopgeleiden.



- De daling in het roken in het afgelopen decennium was ook het grootst onder hoogopgeleiden, hoewel zich in 2011 een vergelijkbare afname onder alle opleidingsniveaus lijkt voor te doen (figuur 8.2). Roken vormt een belangrijke oorzaak van de toenemende sociaaleconomische gezondheidsverschillen.

**Figuur 8.2** Percentage rokers naar opleidingsniveau in de bevolking van 15 jaar en ouder, vanaf 2001



*Laag opgeleid = basisonderwijs, LBO, MAVO, VMBO; Middelbaar opgeleid = MBO, HAVO, VWO; Hoog opgeleid = HBO of universiteit. Bron: STIVORO.*

### **Zwaar roken**

Volgens het CBS is het percentage zware rokers de afgelopen jaren minder geworden. Een zware roker is een persoon die twintig of meer sigaretten en/of shagjes per dag rookt.

- In 2010 rookte 4,9 procent van de bevolking van twaalf jaar en ouder twintig of meer sigaretten per dag, 6 procent van de mannen en 3,9 procent van de vrouwen<sup>5</sup>. In 2009 was het percentage zware rokers nog 6,3 procent. Het percentage lag het hoogst in de leeftijdsgroep van 50 – 55 jaar (7,9%). In de hele bevolking zijn er ongeveer zevenhonderdduizend zware rokers. In 2001 lag het percentage zware rokers nog op 9,8 procent (CBS, 2011a).
- Onder de rokers lag in 2010 het percentage zware rokers op 19,2 procent. In dit 2009 was dit nog 23 procent en in 2000 was nog 35 procent van de rokers een zware roker (www.cbs.nl).

<sup>5</sup> In 2010 heeft het CBS de onderzoeksmethode gewijzigd maar een nadere analyse suggereert dat deze geen significante gevolgen had voor de vergelijkbaarheid van het percentage rokers in 2009 (Wong et al., 2011). De daling in het percentage zware rokers in 2010 zou mogelijk kunnen samenhangen met de hogere respons onder hoogopgeleiden in 2010. Een nadere analyse liet echter zien dat de daling zich onder alle opleidingsniveaus voordeed.

### **Verkoop van tabak**

De verkoop van tabak geeft een indicatie van de mate waarin tabak wordt gebruikt. Tegenover de vermindering van het aantal rokers stond in de jaren zeventig een toename van het verbruik van tabak per roker (tabel 8.2). De verkoop per roker per dag lag tussen 2000 en 2010 op gemiddeld negentien sigaretten of shagjes ([www.stivoro.nl](http://www.stivoro.nl)).

- In 2010 lag dit aantal lager, namelijk gemiddeld zestien en een halve sigaret of shagje per dag per roker.
- In dat jaar gingen in Nederland 22,5 miljard sigaretten en shagjes in rook op, een daling van 0,5 miljard ten opzichte van 2008 (tabel 8.2).
- Shag heeft sinds 1990 meer aan populariteit ingeboet dan sigaretten.

**Tabel 8.2 Verbruik van sigaretten en shag in Nederland, vanaf 1967**

| Jaar | Aantal sigaretten (miljard) | Aantal shagjes (miljard) | Totaal aantal (miljard) | Gemiddelde verkoop per roker per dag <sup>I</sup> |
|------|-----------------------------|--------------------------|-------------------------|---|
| 1967 | 16,6                        | 9,1                      | 25,7                    | 12,9  |
| 1970 | 18,7                        | 9,9                      | 28,6                    | 14,0  |
| 1975 | 23,9                        | 13,1                     | 37,0                    | 18,6  |
| 1980 | 23,0                        | 13,9                     | 36,9                    | 21,3  |
| 1985 | 16,3                        | 17,9                     | 34,1                    | 20,7  |
| 1990 | 17,3                        | 16,6                     | 33,9                    | 22,4  |
| 1995 | 17,2                        | 14,4                     | 31,6                    | 20,1  |
| 2000 | 16,7                        | 13,7                     | 30,4                    | 19,9  |
| 2001 | 16,3                        | 12,4                     | 28,7                    | 20,1  |
| 2002 | 16,9                        | 13,2                     | 30,1                    | 20,5  |
| 2003 | 17,0                        | 13,1                     | 30,1                    | 20,9  |
| 2004 | 14,8                        | 12,1                     | 26,9                    | 20,0  |
| 2005 | 13,5                        | 11,1                     | 24,6                    | 18,3  |
| 2006 | 14,1                        | 10,9                     | 25,0                    | 17,9  |
| 2007 | 15,2                        | 10,8                     | 26,0                    | 18,3  |
| 2008 | 14,9                        | 10,3                     | 25,2                    | 18,4  |
| 2009 | 13,4                        | 9,6                      | 23,0                    | 16,9  |
| 2010 | 13,1 <sup>II</sup>          | 9,4                      | 22,5                    | 16,6  |

*I. Gemiddeld aantal sigaretten of shagjes. II. Schatting op grond van aandeel sigaretten in 2009. Bron: STIVORO ([www.stivoro.nl](http://www.stivoro.nl)), CBS, Ministerie van Financiën.*

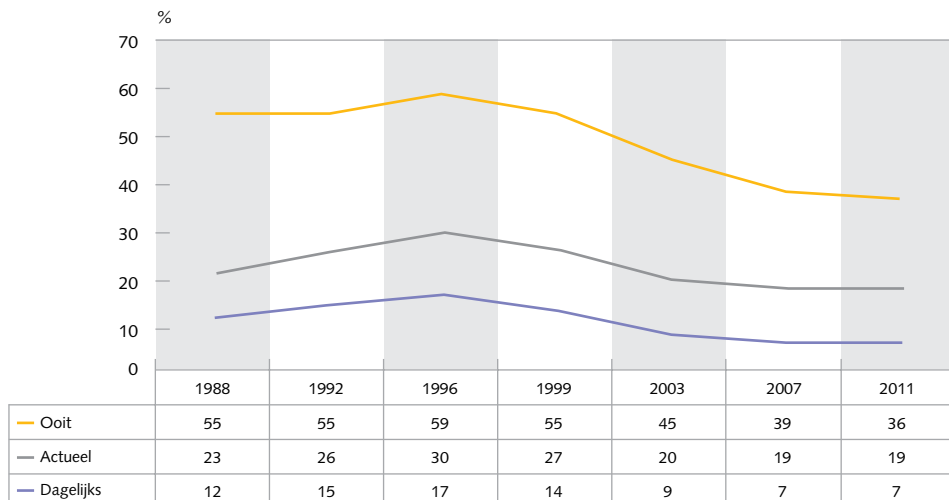
## 8.3 Gebruik: jongeren

Verschillende landelijke bronnen monitoren het rookgedrag van jongeren. Het Peilstationsonderzoek scholieren wordt elke vier jaar door het Trimbos-instituut uitgevoerd en verzamelt cijfers over middelengebruik (o.a. roken) van scholieren van 10 tot en met 18 jaar. De laatste meting was in 2011 (Verdurmen et al., 2012). De Roken Jeugdmonitor verzamelt jaarlijks in opdracht van STIVORO gegevens over rookgedrag onder jongeren van 10 tot en met 19 jaar (STIVORO, 2011b).

Figuur 8.3 toont de trends in het percentage rokers onder scholieren van het voortgezet onderwijs van 12-18 jaar volgens de Peilstationsonderzoeken scholieren.

- Volgens het Peilstationsonderzoek daalde het percentage scholieren van het 'reguliere' voortgezet onderwijs dat ooit had gerookt tussen 1996 en 2007 van 59 naar 39 procent (figuur 8.3). In 2011 was dit percentage nog iets lager (36%) maar het verschil met 2007 was niet statistisch significant.
- Het percentage leerlingen dat in de afgelopen maand nog had gerookt daalde van 30 procent in 1996 naar 20 procent in 2003 en is in 2007 en 2011 op 19 procent blijven steken.
- Het percentage leerlingen dat dagelijks rookt is tussen 2007 en 2011 ook ongeveer gelijk gebleven, namelijk 7 procent.

**Figuur 8.3 Roken onder scholieren van 12 tot en met 18 jaar, 1988 - 2011**



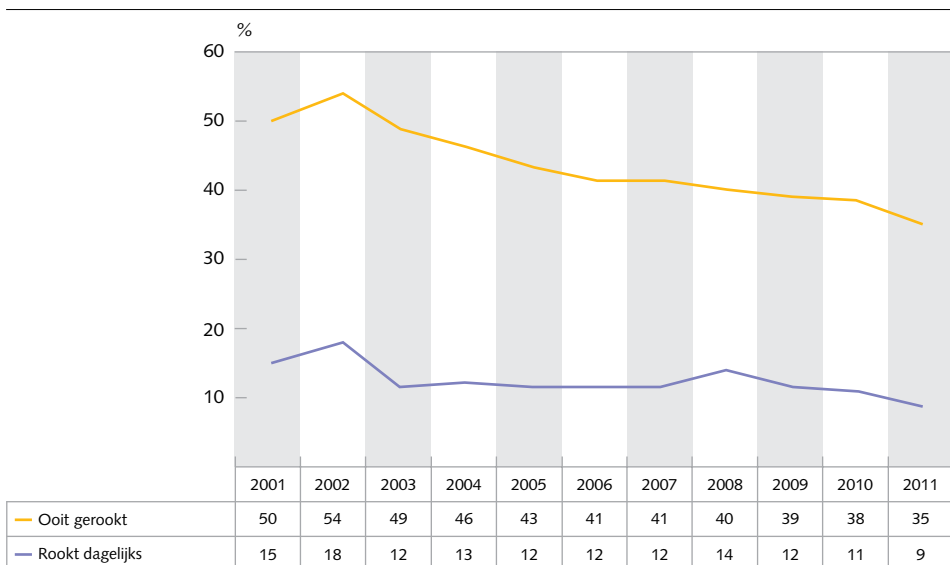
*Percentage rokers ooit in het leven, in de laatste maand vóór de peiling (=actueel) en dagelijks.*

*Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren, Trimbos-instituut.*

De gegevens van de Roken Jeugdmonitor wijken enigszins af van die van de Peilstationsonderzoeken onder scholieren (figuur 8.5).

- In de Roken Jeugdmonitor van STIVORO liggen de percentages ooit-rokers en dagelijkse rokers hoger. Dit kan komen doordat aan deze monitor ook jongeren deelnemen die geen scholier zijn en onder deze niet-scholieren ligt het percentage rokers hoger. De neerwaartse trend lijkt echter ook te stagneren in 2005. In 2011 is er wel een duidelijke afname bij beide categorieën.
- Volgens cijfers uit het Continu Onderzoek Rookgewoonten (COR) van STIVORO bleef het percentage actuele rokers onder jongeren van 10 tot en met 19 jaar tussen 1994 en 2002 stabiel (tussen 28% en 31%). Tussen 2004 en 2010 schommelden de percentages tussen 21 en 24 procent. In 2011 lag het percentage voor het eerst op 20 procent (STIVORO, 2012b).

**Figuur 8.4** Percentage rokers, ooit en dagelijks, onder jongeren van 12 tot en met 16 jaar, vanaf 2001



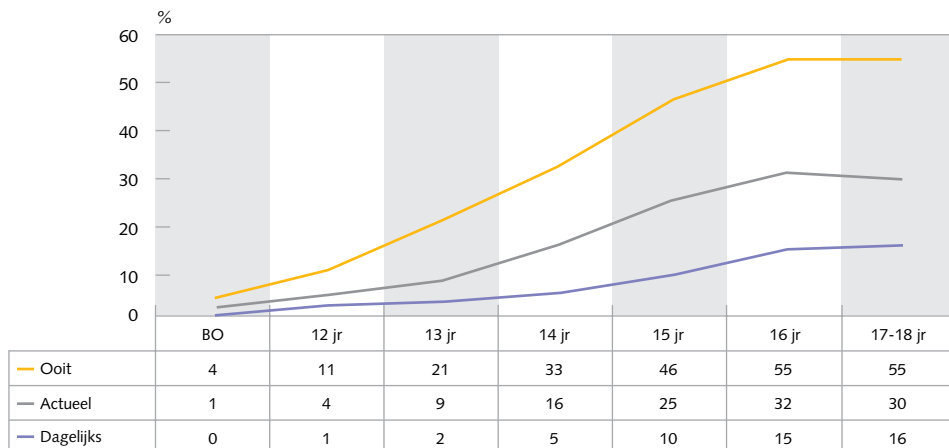
Percentage rokers, ooit en dagelijks. Bron: Roken Jeugdmonitor, STIVORO (2012a).

## Leeftijd en geslacht

Met roken wordt al vroeg begonnen.

- Een op de vijftientig (4%) leerlingen van groep 7 en 8 van de basisschool heeft ooit gerookt (Verdurmen et al., 2012). In 2003 was dat nog een op de negen (11%).
- Tussen het twaalfde en zestiende levensjaar is er een forse toename van het aantal jongeren dat ervaring heeft met roken (figuur 8.5).
- In 2011 rookte vijftien procent van de 16-jarigen in het voortgezet onderwijs dagelijks.
- Wat meer jongens dan meisjes zijn dagelijks roker (8,5% en 6,3%) maar het verschil is niet statistisch significant. Dit geldt voor alle leeftijdsgroepen.
- Er zijn aanwijzingen dat het rookgedrag van jongeren meer wordt beïnvloed door imitatie (passief) van leeftijdsgenoten dan door groepsdruk (actief) (Harakeh & Volleberg, 2012).

**Figuur 8.5 Roken naar leeftijd onder scholieren van 10 jaar en ouder. Peiljaar 2011**



Percentage rokers ooit in het leven, actueel (laatste maand) en dagelijks. BO = Basisonderwijs. Bron: Peilsta-  
tionsonderzoek scholieren, Trimbos-instituut.

### Schoolniveau en etnische afkomst

- In 2011 was het percentage dagelijkse rokers het hoogst onder scholieren van het VMBO-p/t (11%) en het laagst onder scholieren van het VWO (4%). Voor het VMBO-t/h en de HAVO lagen percentages hier tussen in (respectievelijk 7% en 9%) (Verdurmen et al 2012).
- Er zijn weinig verschillen in percentage rokers tussen autochtone en allochtone leerlingen. Alleen Marokkaanse leerlingen van 12-18 jaar hebben beduidend minder ervaring met het roken van een sigaret dan autochtoon Nederlandse scholieren (16% versus 36%) en zij zijn ook minder vaak actueel roker (5% versus 19%) en dagelijks roker (<1% versus 8%).

### Speciaal onderwijs

Tabel 8.3 toont de percentages actuele rokers en de gemiddelde aantallen sigaretten per dag voor leerlingen van het speciaal onderwijs in vergelijking met leerlingen van het regulier onderwijs (Kepper et al., 2009a).

- Het percentage leerlingen dat in de laatste maand heeft gerookt is veruit het hoogst op REC-4 scholen, 29 procent onder de 12-13 jarigen, 47 procent onder de 14-15 jarigen en 59 procent onder de 16 jarigen. In de leeftijdsgroep 12-15 jaar is het percentage actuele rokers in het praktijkonderwijs en op het lwoo ook hoger vergeleken met het regulier onderwijs, maar lager dan op de REC-4 scholen. Overigens maken leerlingen van de REC-4 scholen maar een tot twee procent uit van alle leerlingen in het voortgezet onderwijs (zie bijlage F).
- Actuele rokers van REC-4 scholen roken gemiddeld per dag ook de meeste sigaretten.

**Tabel 8.3 Roken onder leerlingen van 12 tot en met 16 jaar van het speciaal en regulier onderwijs, naar leeftijdsgroep**

| Schooltype          | Actuele rokers (%) |            |         | Gemiddeld aantal sigaretten per dag |            |         |
|---------------------|--------------------|------------|---------|-------------------------------------|------------|---------|
|                     | 12-13 jaar         | 14-15 jaar | 16 jaar | 12-13 jaar                          | 14-15 jaar | 16 jaar |
| Speciaal            |                    |            |         |                                     |            |         |
| REC-4 <sup>I</sup>  | 29%                | 47%        | 59%     | 11                                  | 13         | 14      |
| Pro <sup>II</sup>   | 15%                | 31%        | 30%     | 7                                   | 9          | 11      |
| Lwoo <sup>III</sup> | 15%                | 30%        | 39%     | 5                                   | 11         | 11      |
| Regulier            | 8%                 | 22%        | 26%     | 3                                   | 6          | 6       |

Percentage actuele rokers (laatste maand) en gemiddeld aantal sigaretten per dag onder de actuele rokers. Peiljaar voor het speciaal onderwijs is 2008. Peiljaar voor het regulier onderwijs is 2007. I. REC = Regionaal Expertise Centrum. II. Pro = praktijkonderwijs. III. Lwoo = leerwegondersteunend onderwijs. Bronnen: Trimbo-instituut, Universiteit Utrecht.

## Speciale groepen

In bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen wordt naar verhouding meer gerookt dan in de gemiddelde bevolking of onder scholieren van het reguliere onderwijs. Behalve om jongeren in het speciaal onderwijs (zie hierboven) gaat het om speciale groepen zoals uitgaande jongeren, jongeren in de jeugdzorg en jongeren in justitiële inrichtingen.

### ***Uitgaande jongeren en jongvolwassenen***

- In 2008/2009 is het middelengebruik onderzocht onder bezoekers van elf landelijk en regionaal georganiseerde grootschalige party's (>5 000 bezoekers) (Van der Poel et al., 2010).
  - Vijf van de tien bezoekers (51%) was een actuele roker (gerookt in de afgelopen maand).
  - Tijdens de party rookte bijna 47 procent van de bezoekers gemiddeld vijftien sigaretten.
- In hetzelfde onderzoek in 2008/2009 is het middelengebruik onderzocht onder bezoekers (15 tot 35 jaar) van clubs en discotheken in (middel)grote gemeenten in vijf regio's van Nederland: de regio Noord (Friesland, Groningen en Drenthe), Oost (Overijssel en Gelderland), Midden (Flevoland en Utrecht), West (Noord- en Zuid-Holland), en Zuid (Zeeland, Noord-Brabant en Limburg).
  - Het percentage actuele rokers lag het hoogst in de regio West (54%), gevolgd door de regio's Noord (51%), Zuid (50%), Oost (47%) en Midden (46%), maar deze verschillen waren niet statistisch significant.
  - Vijf van de tien bezoekers van clubs en discotheken (51%) was een actuele roker (gerookt in de afgelopen maand).
  - Tijdens de uitgaansavond/nacht rookte 46 procent van de bezoekers gemiddeld tien sigaretten.
- Onder cafébezoekers in Amsterdam steeg het percentage actuele rokers van 45 procent in 2005 naar 54 procent in 2010 (Benschop et al., 2011). Het percentage dagelijkse rokers onder de Amsterdamse cafébezoekers daalde echter in deze periode van 31 naar 26 procent.

### ***Jeugdzorg en justitiële jeugdinrichtingen***

- In 2008 is op landelijk niveau het roken onder 12- tot en met 16-jarige jongeren in de residentiële jeugdzorg onderzocht (Kepper et al., 2009a). Het percentage actuele rokers lag onder de 12-13-jarigen, de 14-15-jarigen en de 16-jarigen op respectievelijk 42, 70 en 75 procent. Ter vergelijking: in het regulier onderwijs zijn de percentages voor deze drie leeftijdsgroepen respectievelijk: 8, 22 en 26 procent. In deze leeftijdsgroepen rookten de actuele rokers in de residentiële jeugdzorg gemiddeld 8, 11 en 14 sigaretten per dag.
- Gemiddeld had 82 procent van de jongens (13-18 jaar) in justitiële jeugdinrichtingen in de maand voorafgaand aan hun verblijf in de Justitiële Jeugd Inrichting (JJI) gerookt (Kepper et al., 2009b). Gemiddeld rookten deze jongeren elf sigaretten per dag. Verschillen in dagelijks roken tussen deze jongens en hun leeftijdsgenoten (jongens) in het reguliere voortgezet onderwijs zijn groot: 46 versus 4 procent onder 13-14 jarigen, 76 versus 12 procent onder 15-16 jarigen en 82 versus 21 procent onder 17-18 jarigen.

## **8.4 Gebruik: internationale vergelijking**

### **Algemene bevolking**

In opdracht van de Europese Commissie heeft TNS Opinion & Social in 2009 een speciale survey uitgevoerd om de prevalentie van tabaksgebruik en de houding van de Europese burgers ten aanzien van tabak te peilen: de Special Eurobarometer 332. In de bevolking van 15 jaar en ouder werd gekeken naar het percentage dat rookt ('present smoker'), het percentage dat gestopt is met roken en het percentage dat nooit gerookt heeft. Per land werden ongeveer 1 000 personen ondervraagd (alleen in Duitsland en het Verenigd Koninkrijk meer). In 2006 is een soortgelijke survey uitgevoerd. Er zijn grote verschillen tussen de lidstaten (tabel 8.4) (TNS Opinion & Social, 2010).

- Van de EU-15 scoort Griekenland het hoogst met 42 procent huidige rokers. Zweden scoort het laagst met 16 procent rokers. Nederland bevindt zich met 24 procent rokers in de groep landen met het minste aantal rokers.
- In Duitsland, Italië, Nederland, Finland en het Verenigd Koninkrijk is het aantal rokers tussen 2006 en 2009 met vijf procent afgenomen. Daar staat tegenover dat in België het aantal rokers met vier procent is gestegen.
- In de EU-15 ligt het percentage ex-rokers het hoogst in Nederland (33%) gevolgd door Zweden en Denemarken met 31 procent. Het percentage stoppers ligt het laagst in Portugal (13%).
- In de EU-27 is het percentage rokers tussen 2006 en 2009 gedaald van 32 procent naar 29 procent.

**Tabel 8.4** Percentage rokers, ex-rokers en nooit-rokers van 15 jaar en ouder in de EU-15.  
Peiljaren 2006 en 2009

| Land                | Rokers (%) <sup>1</sup> |      | Ex-rokers (%) |      | Nooit gerookt (%) |      |
|---------------------|-------------------------|------|---------------|------|-------------------|------|
|                     | 2006                    | 2009 | 2006          | 2009 | 2006              | 2009 |
| Griekenland         | 42                      | 42   | 17            | 14   | 41                | 44   |
| Spanje              | 34                      | 35   | 17            | 21   | 48                | 44   |
| Oostenrijk          | 31                      | 34   | 22            | 23   | 46                | 43   |
| Frankrijk           | 33                      | 33   | 24            | 26   | 43                | 41   |
| Ierland             | 29                      | 31   | 18            | 20   | 52                | 49   |
| België              | 26                      | 30   | 24            | 21   | 50                | 49   |
| Denemarken          | 32                      | 29   | 27            | 31   | 39                | 40   |
| Verenigd Koninkrijk | 33                      | 28   | 24            | 25   | 44                | 47   |
| Italië              | 31                      | 26   | 16            | 16   | 51                | 57   |
| Duitsland           | 30                      | 25   | 24            | 26   | 45                | 49   |
| Luxemburg           | 26                      | 25   | 17            | 22   | 56                | 53   |
| Nederland           | 29                      | 24   | 30            | 33   | 40                | 43   |
| Portugal            | 24                      | 23   | 12            | 13   | 64                | 64   |
| Finland             | 26                      | 21   | 21            | 27   | 52                | 52   |
| Zweden              | 18                      | 16   | 29            | 31   | 46                | 53   |

1. Percentage 'present time smokers'. Bron: Special Eurobarometer 332, Europese Commissie, TNS Opinion and Social.

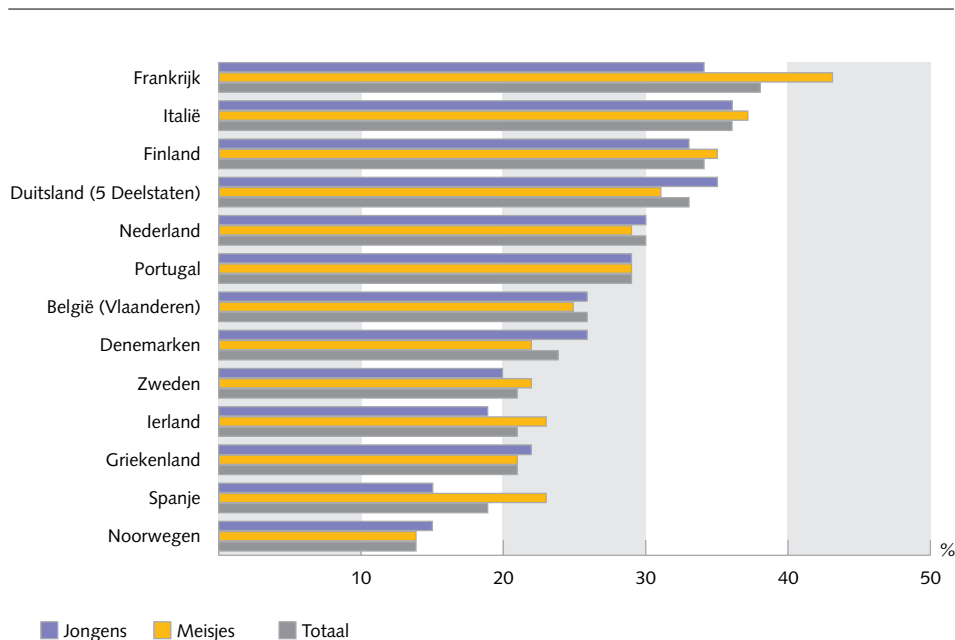
## Jongeren

Het ESPAD onderzoek in 2011 (zie bijlage B) maakt een vergelijking mogelijk van het rookgedrag van vijftien- en zestienjarige scholieren in het middelbaar onderwijs in Europa. Figuur 8.6 geeft voor 12 EU-lidstaten en Noorwegen gegevens over het percentage actuele rokers in 2011 (Hibell et al., 2012).

- Van de vergeleken landen telt Frankrijk de meeste en telt Noorwegen de minste rokers onder scholieren van het middelbaar onderwijs.
- Nederland scoort boven het gemiddelde.
- In de helft van de landen roken meer meisjes dan jongens.
- Bijna een kwart van de Nederlandse scholieren (23%) zegt veertig keer of meer in het leven te hebben gerookt. Dit percentage varieert van 10 procent in Noorwegen tot 27 procent in Finland en Frankrijk. Het gemiddelde voor 36 deelnemende Europese landen ligt op 21 procent.
- De rangorde van landen kan sterk verschillen tussen de algemene bevolking en scholieren. Ter illustratie, het percentage (actuele) rokers onder Griekse scholieren lijkt in de lagere regionen te vallen (figuur 8.6) terwijl het percentage (dagelijkse) rokers in de Griekse algemene bevolking het hoogst is van alle EU-15 landen (tabel 8.4).



**Figuur 8.6 Rokers onder leerlingen van 15 en 16 jaar van het voortgezet onderwijs in enkele lidstaten van de Europese Unie en Noorwegen. Peiljaar 2011**



Percentage dat de afgelopen maand heeft gerookt. Bron: ESPAD.

## 8.5 Hulpvraag en incidenten

Mensen met een nicotineverslaving doen niet snel een beroep op de verslavingszorg.

- In 2010 werden in de reguliere verslavingszorg 251 personen behandeld voor een nicotineverslaving. Dat is 0,3 procent van het totaal aantal personen dat in 2010 in de verslavingszorg werd behandeld (Ouweland et al., 2011).
- De verslavingszorg biedt soms (online) stopprogramma's aan, maar niet op grote schaal.

Bij de hulpvraag voor tabaksverslaving gaat het in hoofdzaak om zelfzorg en het zoeken van hulp bij de huisarts.

Wekelijks wordt een representatieve steekproef van circa 200 huishoudens in het kader van het Continu Onderzoek Rookgewoonten (COR) door STIVORO ondervraagd.

- Per jaar doet ongeveer een kwart van de rokers een poging om te stoppen met roken. In 2011 was dit 26 procent. In absolute aantallen gaat het om ongeveer negenhonderd duizend rokers die per jaar een poging doen om te stoppen met roken (Stivoro 2011a, 2012a).

- Van de groep die de afgelopen jaren een stoppoging deed, was na één jaar tussen de vijf en twaalf procent nog steeds gestopt met roken.
- In totaal heeft 61 procent van de rokers ooit een serieuze stoppoging gedaan. Gemiddeld hebben de actuele rokers in het verleden 2,2 stoppogingen ondernomen. Bijna driekwart van de rokers bezoekt jaarlijks minstens eenmaal de huisarts. Jaarlijks krijgt 1 op de 5 van hen het advies om te stoppen met roken.
- In de periode van 2001 tot en met 2011 bleef het percentage stoppers dat bij hun stoppoging een hulpmiddel gebruikte stabiel op 33 procent. Bijna twee derde van de rokers stopt dus op eigen kracht (Nagelhout et al., 2010). De voornaamste reden om een stoppoging te doen is bezorgdheid om de eigen gezondheid (STIVORO, 2011a).

In 2011 werden van de Stoppen-met-rokenprogramma's zowel gedragsmatige ondersteuning (persoonlijke coaching; groepstrainingen of telefonische coaching) als de toevoeging van farmacologische ondersteuning (nicotinevervangers of medicijnen) vergoed vanuit het basis verzekeringspakket. Vanaf 2012 wordt alleen nog de gedragsmatige ondersteuning vergoed.

- De geactualiseerde CBO-richtlijn Behandeling van Tabaksverslaving uit 2009 dient als basis voor de behandeling van nicotineverslaving (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg, 2009). Deze richtlijn geeft een actueel overzicht van bewezen effectieve stopondersteuning.
- Richtinggevend voor de zorginhoudelijke en organisatorische uitwerking van de Stoppen-met-rokenprogramma's is de zorgmodule 'Stoppen met roken' van het 'Partnership stop met roken' (Stc 2011-12328). Dit Partnership heeft een kwaliteitsregister geopend waarin geaccrediteerde stoppen met roken interventies zijn opgenomen.
- In 2011 deden 37 540 verzekerden een beroep op een vergoeding voor gedragsmatige ondersteuning bij stoppen met roken voor een bedrag van ruim 8,1 miljoen euro (persoonlijke communicatie CVZ).

In het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) van het NIVEL zijn onder andere cijfers te vinden over het aantal kortdurende, langdurende en telefonische consulten van praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk.

- In 2009 gingen per 1 000 ingeschreven patiënten er 8,5 consulten over tabaksmisbruik. In totaal werden er door praktijkondersteuners in Nederland met personen ouder dan 15 jaar 115 283 gesprekken over hun rookprobleem gevoerd.
- Uit de registratie blijkt niet of deze gesprekken de vorm van een effectief bewezen gedragsmatige interventie hadden ([www.nivel.nl/linh](http://www.nivel.nl/linh)).

Het gebruik van ontwenningmiddelen is in 2011 gestegen.

- De markt van de nicotinevervangers – pleisters, kauwgom en tabletten – steeg van iets meer dan zestien miljoen euro over het kalenderjaar 2010 naar bijna negentien miljoen euro over 2011 (IMS Health, 2011).
- Het aantal gebruikers van bupropion (Zyban®) nam af van 24 000 in 2007 naar 13 000 gebruikers in 2010, bijna een halvering.

- Het gebruik van de antirookpil varenicline (Champix®), die in maart 2007 op de Nederlandse markt kwam, steeg van 12 000 gebruikers in 2007 naar 50 000 gebruikers in 2010. De gebruikers ontvingen elk iets meer dan twee recepten voor deze antirookpil (Stichting Farmaceutische Kengetallen, 2010).

### Ziekenhuisopnames

Zodra zich meer ernstige aandoeningen gaan voordoen die worden veroorzaakt of verergerd door roken, kan een ziekenhuisopname nodig zijn.

- Voor het jaar 2005 wordt geschat dat er ongeveer negentig duizend klinische ziekenhuisopnames plaatsvonden onder mensen van 35 jaar en ouder vanwege rokengereleerde ziektes (Cruts et al., 2008).
- Dit is ongeveer 7,5 procent van het totale aantal ziekenhuisopnames in deze leeftijdsgroep.
- Kanker van de luchtwegen, hartziekten en chronische luchtwegobstructie kwamen het meest voor als reden voor opname.
- Roken verhoogt de kans op ziekenhuisopname. Zware rokers van boven de 25 jaar, zowel mannen als vrouwen, maken ongeveer 25 procent meer kans op een ziekenhuisopname dan niet-rokers. Ook ex-rokers hebben een relatief grote kans op ziekenhuisopname: 16 procent meer bij mannen en 9 procent bij vrouwen (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2011c).

### Incidenten

Het Nationaal Vergiftigingen Informatiecentrum (NVIC) van het RIVM registreert onder andere de informatieverzoeken in verband met vergiftigingen door tabak.

- In de meeste gevallen zijn jonge kinderen tot en met vier jaar hiervan het slachtoffer (zie tabel 8.5). Het gaat dan meestal om het eten van sigarettenpeuken uit een asbak dat bij een kind kan leiden tot een nicotinevergiftiging.

**Tabel 8.5 Meldingen van blootstellingen aan tabak bij het Nationaal Vergiftigingen Informatiecentrum, 2007-2011**

| Leeftijd          | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|-------------------|------|------|------|------|------|
| 0 t/m 4 jaar      | 288  | 327  | 365  | 390  | 400  |
| 5 t/m 12 jaar     | 9    | 6    | 12   | 4    | 12   |
| 13 t/m 17 jaar    | 5    | 13   | 14   | 6    | 4    |
| 18 t/m 65 jaar    | 32   | 37   | 32   | 43   | 40   |
| > 65 jaar         | 10   | 8    | 14   | 3    | 16   |
| Leeftijd onbekend | 4    | 5    | 2    | 9    | 9    |
| Totaal            | 448  | 396  | 439  | 455  | 481  |

Aantal informatieverzoeken per jaar gemeld via de 24-uurs telefoonlijn van het NVIC. Meldingen via de website [www.vergiftigingen.info](http://www.vergiftigingen.info) (online sinds april 2007) zijn voor het eerst in 2008 meegeteld. Bron: NVIC, RIVM (Van Velzen et al., 2011).

## 8.6 Ziekte en sterfte

### Ziekte

Roken wordt in verband gebracht met hart- en vaatziekten, longziekten en kanker.

- Uit tabel 8.6 blijkt dat longkanker, COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease), slokdarmkanker, strottenhoofdkanker en mondholttekanker overwegend door roken worden veroorzaakt. Zo veroorzaakte in 2010 het roken 91 procent van de gevallen van longkanker bij de mannen en 73 procent van de longkankergevallen bij de vrouwen.
- Van de vele vermijdbare risico's die invloed hebben op de gezondheid, heeft roken de meeste doden tot gevolg (Danaei et al., 2009).
- Er zijn aanwijzingen dat blootstelling aan nicotine vóór het zestiende levensjaar tot permanente aandachts- en impulsiviteitsstoornissen kan leiden (Counotte et al., 2011).

Ook passief roken kan diverse ziekten veroorzaken.

- Mensen die zelf niet roken, maar regelmatig meeroken met een rokende partner, hebben een verhoogde kans op longkanker. Bij passief rokende vrouwen is een verhoogd risico op longkanker gevonden van twintig procent en bij passief rokende mannen is een verhoogd risico op longkanker gevonden van dertig procent (Kawachi, 2005).
- Naast longkanker verhoogt meeroken het risico op andere ziekten van de ademhalingswegen zoals astma en bronchitis. Ook verhoogt meeroken het risico op hart- en vaatziekten en hersenbloedingen (Peters, 2007). De kans op een acuut hartinfarct neemt met vijftien procent toe door meer dan één uur per week passief mee te roken (Teo et al., 2006).
- Verder blijkt uit internationaal onderzoek dat in regio's waar een rookverbod wordt ingesteld in de publieke ruimten, al na één jaar het aantal acute hartinfarcten door passief roken met zeventien procent is afgenomen (Meyers et al., 2009; Lightwood en Glantz, 2009).

Op bepaalde aspecten van het rookgedrag zijn genetische invloeden aangetoond (Quaak et al., 2009):

- of iemand met roken begint wordt tussen de 40 en 75 procent door genetische factoren bepaald;
- of iemand die begonnen is met roken doorgaat met roken wordt voor tussen de 70 en 80 procent door genetische factoren bepaald;
- of iemand met succes kan stoppen met roken wordt voor ongeveer 50 procent bepaald door genetische factoren.

### Sterfte

Roken is in Nederland de belangrijkste oorzaak van voortijdige sterfte.

- In 2010 overleden in Nederland 19 214 mensen van twintig jaar en ouder aan de directe gevolgen van roken (tabel 8.6), ongeveer even veel als in 2009. Tussen 2000 en 2005 deed zich een lichte daling voor in de sterfte door roken (van 20 718 naar 18 907 sterftes), maar deze trend heeft zich tussen 2005 en 2010 niet voortgezet.

- Per 100 duizend inwoners van twintig jaar en ouder bedroeg de totale sterfte door roken 152 sterfgevallen in 2010; in 2000 was dat nog 173 sterfgevallen.
- Van alle sterfgevallen in Nederland bij mensen van twintig jaar en ouder was in 2009 veertien procent direct te wijten aan roken (20% bij de mannen en 9% bij de vrouwen).
- De werkelijke sterfte die gerelateerd is aan roken ligt hoger, omdat het effect van passief roken nog niet is verdisconteerd. De jaarlijkse sterfte door meeroken wordt geschat op enkele duizenden gevallen door hartaandoeningen, enkele honderden gevallen door longkanker en een tiental gevallen van wiegendood (Hofhuis en Merkus, 2005).
- Wereldwijd is naar schatting één op de honderd sterfgevallen het gevolg van passief meeroken. Jaarlijks sterven er in totaal naar schatting 600 000 niet-rokers aan de gevolgen van passief roken (Öberg et al., 2010). De sterfte ontstaat vooral door hartziekten, luchtweginfecties, astma en longkanker.

**Tabel 8.6 Sterfgevallen wegens enkele aandoeningen onder mannen en vrouwen van 20 jaar en ouder. Peiljaar 2010<sup>1</sup>**

| Aandoening            | Totale sterfte |         | Sterfte door roken |               |
|-----------------------|----------------|---------|--------------------|---------------|
|                       | Mannen         | Vrouwen | Mannen             | Vrouwen       |
| Longkanker            | 6 535          | 3 677   | 5 960 (91,2%)      | 2 667 (72,5%) |
| COPD                  | 3 307          | 2 735   | 2 796 (84,5%)      | 1 871 (68,4%) |
| Coronaire hartziekten | 6 004          | 4 378   | 1 634 (27,2%)      | 544 (12,4%)   |
| Beroerte (CVA)        | 3 483          | 5 424   | 705 (20,2%)        | 514 (9,4%)    |
| Hartfalen             | 2 622          | 4 289   | 446 (17,0%)        | 207 (4,8%)    |
| Slokdarmkanker        | 1 199          | 443     | 952 (79,4%)        | 273 (61,6%)   |
| Strottehoofd-kanker   | 173            | 36      | 141 (81,5%)        | 28 (77,8%)    |
| Mondholtekanker       | 407            | 191     | 375 (92,1%)        | 103 (53,9%)   |
| Totaal <sup>1</sup>   | 23 730         | 21 173  | 13 008 (54,8%)     | 6 206 (29,2%) |

*1. Per aandoening eerst afgerond op hele aantallen en vervolgens opgeteld. Percentages geven het aandeel van roken aan de sterfte weer. Bron: RIVM.*

Door de terugloop van het roken onder mannen tussen 1960 en 1990 daalde de sterfte aan longkanker onder mannen vanaf het midden van de jaren tachtig. Onder vrouwen, die juist meer zijn gaan roken, is de trend omgekeerd (tabel 8.7).

- De daling tot 2003 onder de mannen zette zich in de jaren daarna niet voort.
- De tegengestelde trends onder mannen en vrouwen hebben elkaar jaren lang in evenwicht gehouden. Daardoor bleef de totale sterfte aan longkanker jarenlang vrij stabiel. In de afgelopen jaren doet zich echter een lichte stijging voor, die samenhangt met de stabilisering van de sterfte onder mannen en de toename onder vrouwen (tabel 8.7).
- Figuur 8.5 laat zien dat de sterfte aan COPD door roken stabiliseert.

- De sterfte door overige aandoeningen (hartfalen, slokdarmkanker, strottehoofdkanker en mondholtekanker) laat een licht stijgende trend zien.
- De sterfte aan coronaire hartziekten en beroerte door roken laat een dalende trend zien.

Een Nederlandse cohortstudie naar de relatieve invloed van overgewicht, roken en overmatig drinken op vroegtijdige sterfte en aantal ziekte-jaren laat zien dat actuele rokers ouder dan 55 jaar 62 procent meer kans hebben eerder te overlijden dan niet-rokers. Ze leven gemiddeld vier jaar korter (tabel 8.7). (Klijs et al., 2011).

**Tabel 8.7 Relatieve Risico (RR) op vroegtijdige sterfte en de levensverwachting als gevolg van overgewicht, roken en overmatig drinken bij Nederlanders van 55 jaar en ouder, 1997-2006**

|   | Relatief Risico op vroegtijdige sterfte, met 95% BI | Totale levensverwachting vanaf 55 in jaren, met 95% BI |
|---|---|--|
| <i>Normaal gewicht</i>                  | 1,00  | 26,0 (25,6-26,5)                                       |
| Overgewicht                             | 0,97 (0,87-1,07)                                    | 26,3 (25,8-26,8)                                       |
| Obees                                   | 1,15 (0,98-1,136)                                   | 24,9 (23,8-26,1)                                       |
| <i>Nooit gerookt</i>                    | 1,00  | <b>27,6 (26,9-28,5)</b>                                |
| Ex-roker                                | 1,18 (1,03-1,35)                                    | 26,2 (25,8-26,8)                                       |
| Huidige roker                           | <b>1,62 (1,40-1,87)</b>                             | <b>23,6 (23,1-24,3)</b>                                |
| <i>1 tot 14 alcohol. cons. per week</i> | 1,00  | 27,0 (26,7-27,4)                                       |
| > 14 alcohol. cons. per week            | 1,19 (1,00-1,41)                                    | 25,6 (24,3-26,9)                                       |
| Niet-drinker                            | 1,43 (1,29-1,59)                                    | 24,1 (23,5-24,6)                                       |

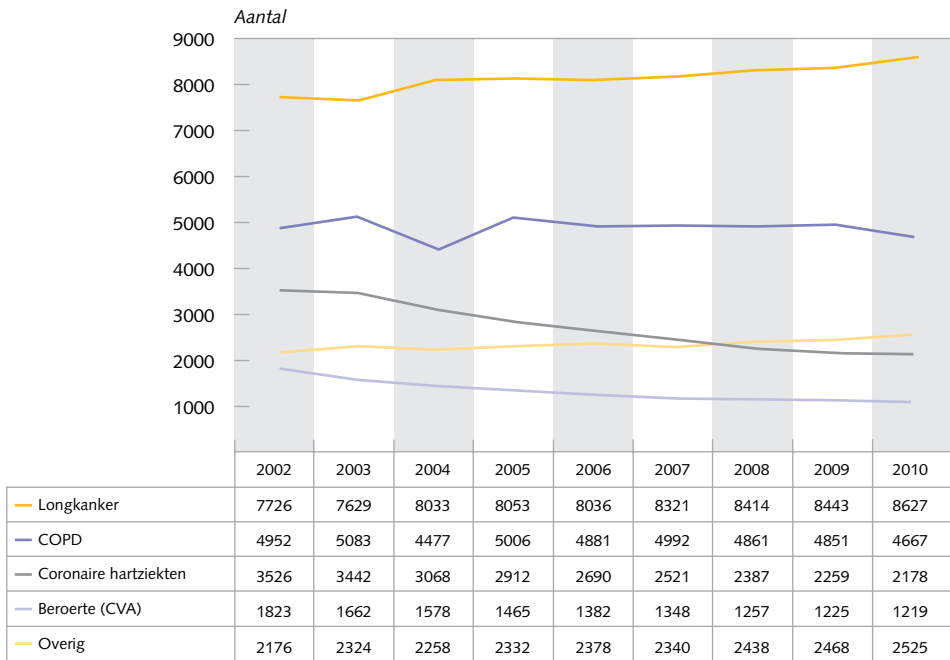
BI=betrouwbaarheidsinterval. Aantal respondenten=6 446. Bron: Klijs et al., 2011.

**Tabel 8.8 Sterfte aan longkanker als primaire doodsoorzaak onder mensen van vijftien jaar en ouder, vanaf 1985. Aantal sterfgevallen per 100 000 inwoners**

| Jaar | Mannen | Vrouwen | Totaal |
|------|--------|---------|--------|
| 1985 | 127    | 16      | 71     |
| 1986 | 130    | 17      | 72     |
| 1987 | 127    | 17      | 71     |
| 1988 | 128    | 19      | 72     |
| 1989 | 123    | 20      | 70     |
| 1990 | 117    | 20      | 67     |
| 1991 | 118    | 20      | 68     |
| 1992 | 117    | 22      | 69     |
| 1993 | 115    | 24      | 69     |
| 1994 | 113    | 26      | 68     |
| 1995 | 112    | 27      | 69     |
| 1996 | 109    | 28      | 68     |
| 1997 | 108    | 29      | 68     |
| 1998 | 106    | 30      | 68     |
| 1999 | 105    | 33      | 68     |
| 2000 | 99     | 34      | 66     |
| 2001 | 100    | 35      | 67     |
| 2002 | 96     | 39      | 68     |
| 2003 | 95     | 40      | 67     |
| 2004 | 99     | 42      | 70     |
| 2005 | 97     | 45      | 71     |
| 2006 | 95     | 47      | 71     |
| 2007 | 97     | 50      | 73     |
| 2008 | 97     | 51      | 74     |
| 2009 | 96     | 51      | 73     |
| 2010 | 97     | 53      | 75     |

Aantal sterfgevallen per 100 000 inwoners. Van 1985-1996: ICD-9 code 162, vanaf 1996: ICD-10 codes C33-34 (zie bijlage C). Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS.

**Figuur 8.7 Sterfte door roken voor enkele aandoeningen onder mensen van 20 jaar en ouder, vanaf 2002**



Aantal sterfgevallen door roken. Overige aandoeningen zijn: mondholtekanker, strottehoofd­kanker, slok­darmkanker en hartfalen. Bron: RIVM, CBS.

## 8.7 Aanbod en markt

### Verkrijgbaarheid van tabak

Rookwaren worden verkocht via verschillende kanalen, zoals “tabaks- en gemakzaken”, supermarkten, pompshops en via de horeca. Het marktaandeel van deze verkoopkanalen verschilt voor sigaretten, sigaren en shag en pijptabak (tabel 8.9). Sigaretten en shag en pijptabak worden het meest gekocht in de supermarkt. Sigaren worden het meest gekocht in een pompshop. De tabaks- en gemakzaken verkopen slechts een minderheid van de sigaretten (18%), sigaren (27%) en shag en pijptabak (19%).



**Tabel 8.9 Marktaandeel van verschillende verkoopkanalen in de verkoop van sigaretten, sigaren en shag en pijptabak. Peiljaar 2010**

| Verkoopkanaal        | Sigaretten | Sigaren | Shag en pijptabak | Totaal |
|----------------------|------------|---------|-------------------|--------|
| Supermarkt           | 46%        | 29%     | 56%               | 48%    |
| Pompshop             | 29%        | 38%     | 19%               | 27%    |
| Tabaks- en gemakzaak | 18%        | 27%     | 19%               | 18%    |
| Horeca               | 3%         | 1%      | 3%                | 3%     |
| Overig               | 5%         | 5%      | 4%                | 4%     |
| Totaal               | 100%       | 100%    | 100%              | 100%   |

Marktaandeel in percentage. Bron: [www.hbd.nl](http://www.hbd.nl), CBS, SSI, NVS, VNK.

Sinds 1 januari 2003 is het volgens de gewijzigde Tabakswet verboden tabaksproducten te verkopen aan jongeren onder de 16 jaar.

- Het aantal geënquêteerde jongeren tussen de dertien en vijftien jaar dat wel eens tabaksproducten probeert te kopen, lag in 2009 op negen procent. In 2007 was dat tien procent (Bieleman et al., 2010b).
- De jongeren doen hun bestelpogingen voor tabaksproducten bij vier soorten ondernemingen: tabaksspeciaalzaak, levensmiddelenzaak, pompstation en sigarettenauto-maat. Van de jongeren probeert 7 procent om onder de toegestane leeftijd tabak te kopen bij tabaksspecialzaken, 4 procent bij levensmiddelenzaken, 4 procent bij pompstations en 3 procent uit sigarettenautomaten.
- De kans dat een jongere onder de zestien jaar er in slaagt tabaksproducten te kopen ligt in 2009, evenals in de voorafgaande jaren, op bijna 90 procent of hoger. Desondanks beweert 97 procent van de ondernemers dat zij nooit tabaksproducten aan jongeren onder de 16 jaar verkopen.

Op 1 januari 2004 is een artikel van de Tabakswet in werking getreden dat werkgevers verplicht om werknemers te beschermen tegen de tabaksrook van anderen.

- Het percentage bedrijven dat aangeeft het rookverbod correct te hebben ingevoerd steeg tussen 2004 en 2008 van 76 naar 96 procent, en stabiliseerde in 2010 op 94 procent (Kruize et al., 2011).
- Het percentage bedrijven dat knelpunten ervoer bij de invoering van het rookverbod daalde in deze periode van 23 naar 9 procent.
- Het percentage bedrijven dat knelpunten ervoer bij de handhaving van het rookverbod daalde in deze periode van 15 naar 5 procent.
- Steeds meer bedrijven hebben een volledig rookverbod ingesteld.

Per 1 juli 2008 is binnen de horeca het rookverbod ingevoerd. Sinds juli 2011 is er een uitzondering op dit rookverbod voor kleine cafés (< 70 m<sup>2</sup>) zonder personeel (Stb. 2011-337). Binnen de horeca worden zes categorieën onderscheiden: cafés en discotheken; restaurants; cafetaria's en snackbars; sportkantines; kunst en cultuur (theaters, bioscopen en musea); hotel en recreatie.

- In hoeverre de horeca het rookverbod naleeft, wordt sinds 2009 elk najaar geïnventariseerd. In 25 gemeenten worden circa 600 horecagelegenheden bezocht, inclusief cafés waar gerookt mag worden.
- In 2011 was in 91 procent van alle horecagelegenheden géén roker aanwezig. Dit is een daling van vier procent sinds 2009 (tabel 8.10). Deze daling in het percentage horecagelegenheden zonder rokers komt vrijwel geheel door een toename van het aantal rokers in cafés en discotheken (Intraval/nVWA, 2011).

**Tabel 8.10 Afwezigheid rokers per horecacategorie, 2009-2011**

| Jaar | Café & discotheek <sup>1</sup> | Restaurant | Cafetaria | Sportkantine | Kunst & cultuur | Hotel & recreatie | Totaal |
|------|--------------------------------|------------|-----------|--------------|-----------------|-------------------|--------|
| 2009 | 73%                            | 100%       | 100%      | 100%         | 100%            | 98%               | 95%    |
| 2010 | 49%                            | 99%        | 99%       | 98%          | 100%            | 98%               | 90%    |
| 2011 | 57%                            | 100%       | 97%       | 99%          | 95%             | 91%               | 91%    |

*Percentage horecagelegenheden zonder rokers, Inclusief rookcafés. Bron: Intraval/nVWA.*

## Accijns

- In juli 2010 kostte een pakje van 19 sigaretten in de meest populaire prijsklasse 4,80 euro. Omgerekend is dit 6,32 euro voor 25 sigaretten, waarvan 3,61 euro accijns en 1,01 euro BTW (tabel 8.11). Een pakje shag van 42,5 gram kostte 5,50 euro, waarvan 2,67 euro accijns en 0,88 euro BTW. Voorheen kreeg men 45 gram voor dezelfde prijs ([www.kerftabak.nl](http://www.kerftabak.nl), [www.nu.nl](http://www.nu.nl)).

Tabel 8.11 Prijzen en belastingdruk op sigaretten, vanaf 1970. Peildatum juli 2011

| Jaar | Prijs | Belastingdruk | Belastingdruk in % |
|------|-------|---------------|--------------------|
| 1970 | 0,86  | 0,60          | 69%                |
| 1975 | 1,02  | 0,68          | 67%                |
| 1980 | 1,36  | 0,98          | 72%                |
| 1985 | 1,88  | 1,35          | 72%                |
| 1990 | 1,97  | 1,37          | 70%                |
| 1995 | 2,56  | 1,84          | 72%                |
| 1996 | 2,61  | 1,87          | 72%                |
| 1997 | 2,79  | 2,01          | 72%                |
| 1998 | 2,93  | 2,11          | 72%                |
| 1999 | 3,04  | 2,19          | 72%                |
| 2000 | 3,15  | 2,27          | 72%                |
| 2001 | 3,43  | 2,50          | 73%                |
| 2002 | 3,54  | 2,58          | 73%                |
| 2003 | 3,54  | 2,63          | 74%                |
| 2004 | 4,60  | 3,36          | 73%                |
| 2005 | 4,60  | 3,36          | 73%                |
| 2006 | 5,00  | 3,65          | 73%                |
| 2007 | 5,00  | 3,65          | 73%                |
| 2009 | 6,05  | 4,42          | 73%                |
| 2010 | 6,32  | 4,62          | 73%                |
| 2011 | 6,84  | 4,99          | 73%                |

Prijs en belastingdruk in euro per pakje van (omgerekend) 25 stuks. Belastingdruk bevat accijnsdruk en BTW.

Bron: European Commission (2011b).

### **Internationale vergelijking**

De belastingdruk op tabaksproducten verschilt sterk tussen de lidstaten van de Europese Unie.

- In de EU-15 ligt de accijns het hoogst in Ierland en het laagst in Luxemburg (tabel 8.12). In Nederland ligt de accijns rond het gemiddelde.

**Tabel 8.12 Prijzen en belastingdruk op sigaretten in enkele lidstaten van de Europese Unie.**  
Peildatum juli 2011

| Land                | Prijs | Accijns | BTW  | Accijns+BTW | Belastingdruk |
|---------------------|-------|---------|------|-------------|---------------|
| Ierland             | 10,69 | 6,54    | 1,86 | 8,39        | 79%           |
| Verenigd Koninkrijk | 7,84  | 5,76    | 1,31 | 7,06        | 90%           |
| Nederland           | 6,84  | 3,90    | 1,09 | 4,99        | 73%           |
| Zweden              | 6,78  | 3,51    | 1,49 | 5,00        | 74%           |
| Frankrijk           | 6,75  | 4,34    | 1,11 | 5,44        | 81%           |
| Denemarken          | 6,37  | 3,53    | 1,02 | 4,55        | 71%           |
| Finland             | 6,25  | 3,25    | 1,17 | 4,42        | 71%           |
| België              | 6,18  | 3,36    | 1,07 | 4,44        | 72%           |
| Duitsland           | 5,43  | 3,53    | 0,87 | 4,40        | 81%           |
| Oostenrijk          | 5,00  | 2,84    | 0,83 | 3,67        | 73%           |
| Griekenland         | 5,00  | 2,54    | 0,94 | 3,48        | 70%           |
| Italië              | 4,88  | 2,99    | 0,81 | 3,80        | 78%           |
| Portugal            | 4,88  | 2,85    | 0,91 | 3,76        | 77%           |
| Spanje              | 4,69  | 2,69    | 0,71 | 3,41        | 73%           |
| Luxemburg           | 4,50  | 2,58    | 0,59 | 3,16        | 70%           |

*Prijs, accijns en BTW in euro per pakje van (omgerekend) 25 sigaretten. Bron: European Commission (2011b).*

De Tobacco Control Scale (TCS) poogt op landelijk niveau met behulp van zes beleidsindicatoren de inspanningen van landen te meten om het gebruik van tabak te ontmoedigen. De TCS is ontwikkeld door de Association of European Cancer Leagues. Er wordt gebruik gemaakt van objectieve indicatoren en inschattingen van experts. De indicatoren zijn:

- de prijs van tabaksartikelen
- rookverboden in openbare ruimten en werkplekken
- hoogte van landelijke budgetten voor tabaksontmoedigingsbeleid
- verbod op rookreclame
- waarschuwingen op rookwaren
- toegankelijkheid stoppen-met-roken programma's
- In 2007 stond Nederland van de dertig Europese landen die met de TCS werden gescoord op de gedeelde veertiende plaats.
- In 2010 steeg Nederland één plaats naar de gedeelde dertiende plaats van de 31 landen die beoordeeld werden (Joossens en Raw, 2011).
- In 2010 scoorde Nederland ten opzichte van de andere Europese landen op de zes indicatoren van de TCS 'gemiddeld', behalve op de indicator 'verbod op rookreclame' waarop Nederland het beter deed dan het Europese gemiddelde ('boven gemiddeld').

Nederland heeft in 2005 de WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) ondertekend.

Het doel van de FCTC is om de huidige en toekomstige generaties te beschermen tegen de gevolgen van tabaksconsumptie en het blootstaan aan tabaksrook<sup>6</sup>. Het International Tobacco Control Policy Evaluation Project (ITC Project) heeft tot doel de psychosociale en gedragsmatige invloed van de FCTC wetenschappelijk te meten. In Nederland zijn al vijf surveys onder rokers uitgevoerd (<http://www.itcproject.org/countries/netherlands>).

Enkele bevindingen:

- Rookverboden worden het meest nageleefd in restaurants, maar minder in cafés en bars (zie ook tabel 8.10).
- Het percentage rokers dat thuis (binnen) rookt is afgenomen.
- Sinds het rookverbod in de horeca is dertien procent van de volwassen Nederlandse rokers gestopt.
- De hoogte van de prijs van de sigaretten is voor 56 procent van de volwassen en voor 74 procent van de jongere rokers een reden om met roken te stoppen.
- In vergelijking met rokers uit 16 andere ITC-landen denken Nederlandse rokers het minst vaak dat roken slecht voor de eigen gezondheid of voor die van anderen is (ITC Project June 2010).

---

<sup>6</sup> Van de verdragsondertekenaars wordt actie gevraagd op de volgende punten: 1) Prijs- en belastingmaatregelen om vraag naar tabak te doen afnemen; 2) tabaksonthoudingsbeleid beschermen tegen de belangen van de tabaksindustrie; 3) burgers beschermen tegen blootstelling aan tabaksrook; 4) reguleren van ingrediënten van tabaksproducten; 5) gezondheidswaarschuwingen op verpakkingen moeten minstens 50 procent van het oppervlak van de verpakking beslaan; 6) bewustwordingscampagnes opzetten ter stimulering van tabaksonthouding; 7) verbod nastreven van tabaksreclame, -promotie en -sponsoring; 8) behandelrichtlijnen voor tabaksverslaving ontwikkelen en implementeren; 9) tegen gaan illegale handel in tabaksproducten; 10) verkoop aan minderjarigen bij wet verbieden.



## 9 Slaap- en kalmeringsmiddelen

Diverse 'psychoactieve' medicijnen kunnen bij verkeerd gebruik leiden tot misbruik, verslaving, ziekte en sterfte, onder andere door suïcide. In de Verenigde Staten komt misbruik van medicijnen veel voor bij opiaten. In Engeland is een zwarte markt voor methadon geconstateerd (Duffy en Baldwin, 2012). Ook een middel als methylfenidaat (Ritalin®) voor de behandeling van ADHD en andere amfetamineachtige geneesmiddelen hebben een verslavingsrisico. In Nederland worden medicinale opiaten als vervanger gebruikt voor heroïne (bijvoorbeeld methadon) of anderszins medisch toegepast, bijvoorbeeld als pijnstillers en narcosemiddelen. In Nederland is in de Opiumwet geregeld hoe apothekers moeten omgaan met recepten voor middelen die op de Opiumwet staan en hoe ze moeten omgaan met de middelen zelf. Daarmee bestaat in Nederland in principe de mogelijkheid om na te gaan of er misbruik plaatsvindt. De capaciteit om deze vorm van misbruik op te sporen is echter beperkt.

In dit hoofdstuk ligt de nadruk op een andere groep van medicijnen: de slaap- en kalmeringsmiddelen. Het merendeel daarvan behoort tot de groep van de benzodiazepinen<sup>7</sup>. Zij hebben in de jaren zeventig en tachtig de barbituraten grotendeels vervangen. Vanwege ernstige bijwerkingen worden barbituraten nauwelijks meer voorgeschreven. Sommige benzodiazepinen worden vanwege hun breed spectrum aan effecten niet alleen als slaap- of kalmeringsmiddel voorgeschreven. Ze worden ook gebruikt voor de behandeling van epilepsie, paniekstoornis en onthoudingsverschijnselen na het stoppen met alcohol.

Slaap- en kalmeringsmiddelen worden op verschillende manieren gebruikt. Gebruik komt voor op recept volgens de richtlijnen, op recept maar buiten de richtlijnen, gebruik dat overgaat in chronisch gebruik, misbruik of afhankelijkheid (verslaving). Niet alleen bij misbruik en verslaving zijn er risico's verbonden aan slaap- en kalmeringsmiddelen. Ook het (acuut) gebruik in risicovolle omstandigheden en gebruik in combinatie met bijvoorbeeld alcohol kan problematisch zijn. Voor zover over deze risico's gegevens beschikbaar zijn, zullen deze in dit hoofdstuk worden gerapporteerd.

---

<sup>7</sup> Andere, minder vaak voorgeschreven middelen zijn de slaapmiddelen zopiclon en zolpidem en het kalmeringsmiddel buspiron.

## 9.1 Laatste feiten en cijfers

De belangrijkste feiten en cijfers over slaap- en kalmeringsmiddelen in dit hoofdstuk zijn:

- In 2009 had een op de tien mensen in de algemene Nederlandse bevolking van vijftien tot en met 64 jaar in het afgelopen jaar slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt. Het aandeel recente gebruikers is twee keer hoger onder vrouwen dan mannen (§ 9.2).
- Ouderen van boven de 65 jaar zijn oververtegenwoordigd onder de gebruikers van benzodiazepinen (§ 9.2).
- In 2011 had een op de elf scholieren van het voortgezet onderwijs van 15 en 16 jaar ooit slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt op voorschrift van een arts. Ongeveer even veel scholieren gaven aan ervaring te hebben met het gebruik van deze middelen zonder deze op recept van een arts te hebben gekregen (§ 9.3).
- Sommige al wat oudere veldstudies onder problematische drugsgebruikers suggereren dat in deze groep ook geregeld slaap- en kalmeringsmiddelen worden gebruikt, maar een recent beeld ontbreekt (§ 9.4).
- Vergeleken met enkele andere lidstaten van de Europese Unie en Noorwegen, lag in 2011 het percentage 15-16 jarige scholieren in Nederland dat ooit slaap- en kalmeringsmiddelen heeft gebruikt zonder recept van een arts, boven het gemiddelde (§ 9.5).
- In de verslavingszorg is tussen 2001 en 2010 het aantal cliënten dat ingeschreven stond wegens een primair probleem met benzodiazepinen, barbituraten of overige psychofarmaca bijna twee keer zo groot geworden, maar hun aandeel op alle cliënten blijft beperkt (§ 9.6).
- In de algemene ziekenhuizen stijgt tussen 2006 en 2010 het aantal patiënten dat wordt opgenomen voor misbruik van- of verslaving aan slaap- en kalmeringsmiddelen (§ 9.6).
- Tussen 1996 en 2010 schommelt het totaal aantal geregistreerde sterfgevallen door overdosering van medicijnen (in meerderheid benzodiazepinen) zonder duidelijke trend (§ 9.7).
- De vergoeding van benzodiazepinen van uit de basisverzekering is per 1 januari 2009 sterk ingeperkt. Mogelijk is in samenhang hiermee het aantal gebruikers van benzodiazepinen gedaald (§ 9.2, § 9.8).



## 9.2 Gebruik: algemene bevolking

Gegevens over het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen zijn afkomstig van verschillende bronnen: vragenlijstonderzoek onder respondenten uit de algemene bevolking (Van Rooij et al., 2011) en gegevens over het aantal verstrekkingen van deze middelen door openbare apothekers (Stichting Farmaceutische Kengetallen, 2011).

In 2005 en 2009 vonden peilingen plaats van het Nationaal Prevalentie Onderzoek (NPO, Rodenburg et al., 2007; Van Rooij et al., 2011). De methode van gegevensverzameling verschilde in 2009 van die in 2005. In 2005 werden gegevens over drugsgebruik, inclusief slaap- en kalmeringsmiddelen, verzameld in een persoonlijk interview. Hierbij voerde de onderzoeker de antwoorden in op een laptop. In 2009 vulde de respondent zelf direct de antwoorden op de vragen in, zonder dat de interviewer meekeek. Er zijn aanwijzingen dat meer anonieme en privacybeschermdere methoden, zoals toegepast in 2009, leiden tot hogere prevalenties van gebruik.

- In 2009 had tien procent van de algemene Nederlandse bevolking van vijftien tot en met 64 jaar in het afgelopen jaar slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt (Van Rooij et al., 2011). In de afgelopen maand had zes procent van de bevolking deze middelen gebruikt. Omgerekend naar de hele bevolking (15-64 jaar) ging het toen om ongeveer 1,1 miljoen gebruikers in het afgelopen jaar en ongeveer 650 duizend gebruikers in de afgelopen maand.
- Deze cijfers bevatten alle vormen van gebruik, zowel het gebruik volgens de medische voorschriften als het gebruik voor andere doeleinden. Ook bij gebruikers die de slaap- en kalmeringsmiddelen krijgen via een (herhalings)recept van een arts kan sprake zijn van misbruik of verslaving (Crul, 2006).
- Tussen 2001 en 2005 daalde het percentage recente en actuele gebruikers (tabel 9.1). Zoals hiervoor is aangegeven kunnen, door een verschil in de ondervragingsmethode, de gegevens van 2009 niet vergeleken worden met de gegevens van voorgaande jaren. Andere bronnen suggereren dat het aantal gebruikers in 2009 is gedaald (Stichting Farmaceutische Kengetallen, 2011).

**Tabel 9.1 Gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen in Nederland onder mensen van 15 tot en met 64 jaar. Peiljaren 1997, 2001, 2005 en 2009<sup>III</sup>**

|  | 1997                           | 2001                           | 2005      | Trendbreuk <sup>III</sup> | 2009 <sup>III</sup> |
|--|--------------------------------|--------------------------------|-----------|---------------------------|---------------------|
| Ooitgebruik  | 27,9%                          | 26,6%                          | -         | ...                       | -                   |
| Recent gebruik <sup>I</sup>                                | 11,9%                          | 11,1%                          | 9,3%      | ...                       | 10,1%               |
| Actueel gebruik <sup>II</sup>                              | 6,6%                           | 6,3%                           | 5,0%      | ...                       | 5,9%                |
| Heeft voor het eerst in het afgelopen jaar gebruikt        | 2,9% (S)<br>3,1% (K)           | 2,7% (S)<br>2,5% (K)           | 2,8%      | ...                       | 2,9%                |
| Gemiddelde leeftijd van de recente <sup>I</sup> gebruikers | 44,4 jaar (S)<br>40,7 jaar (K) | 44,3 jaar (S)<br>40,7 jaar (K) | 43,1 jaar | ...                       | -                   |

Aantal respondenten: 17 590 (1997), 2 312 (2001), 4 516 (2005), 5 769 (2009). - = Niet gemeten.

... = Trendbreuk. S = Slaapmiddelen, K = Kalmeringsmiddelen. I. In het afgelopen jaar. II. in de afgelopen maand. III. In 2009 is de onderzoeksmethode gewijzigd (zie tekst). Deze wijziging kan van invloed zijn geweest op de uitkomsten. Bron: NPO, CBS/IVO (Rodenburg et al., 2007; Van Rooij et al., 2011).

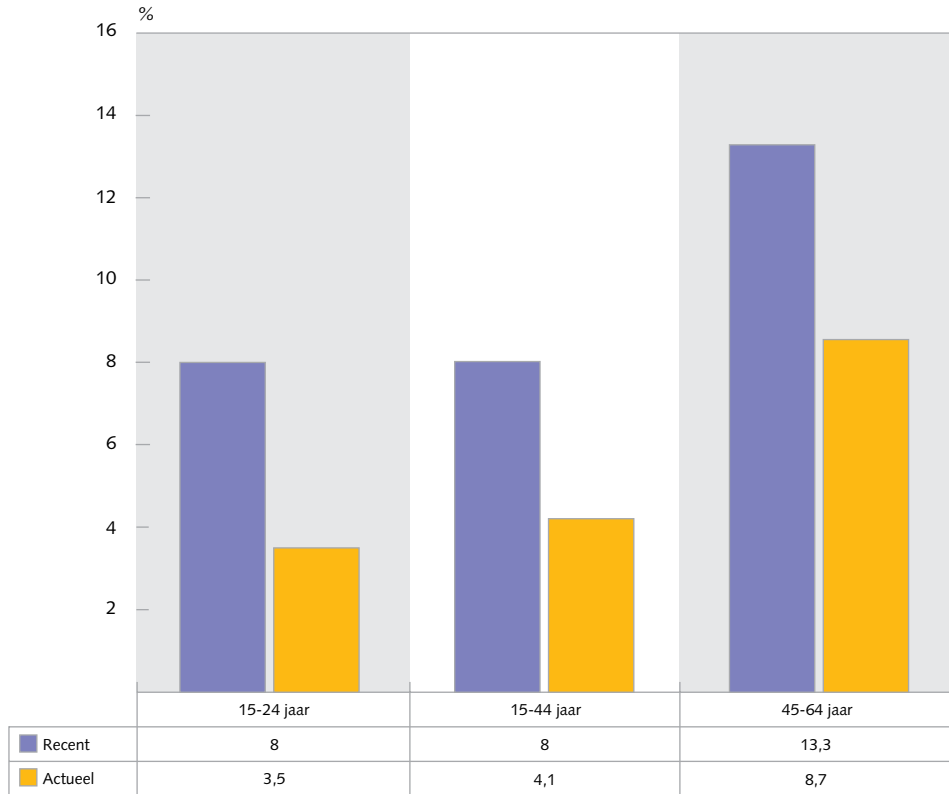
### **Leeftijd en geslacht**

- Volgens het NPO gebruikten in 2009 ongeveer twee keer meer vrouwen dan mannen slaap- en kalmeringsmiddelen (Van Rooij et al., 2011). Onder de mannen lag het percentage actuele gebruikers op zeven procent en onder de vrouwen op dertien procent. Actueel gebruik kwam voor onder vier procent van de mannen en acht procent van de vrouwen.
- Het gebruik stijgt met de leeftijd (figuur 9.1). In het afgelopen jaar had acht procent van de 15-24 en 25-44 jarigen slaap- en kalmeringsmiddelen gebruikt tegenover dertien procent van de 45-64 jarigen.
- De 15-34 jarigen die in het afgelopen jaar slaap- of kalmeringsmiddelen hadden gebruikt, waren gemiddeld 21 jaar oud toen zij daar mee begonnen. De leeftijd van het eerste gebruik varieerde daarbij van tien tot 33 jaar (CBS).

### **Frequentie van het gebruik**

- Van de 15-64 jarigen die de afgelopen maand slaap- of kalmeringsmiddelen hadden gebruikt, had 41 procent deze middelen dagelijks of bijna dagelijks gebruikt en had twaalf procent ze meerdere malen per week gebruikt (CBS).

**Figuur 9.1 Gebruikers van slaap- en kalmeringsmiddelen per leeftijdsgroep. Peiljaar 2009**



Percentage gebruikers recent (in het laatste jaar) en actueel (laatste maand) per leeftijdsgroep. Bron: NPO, CBS/IVO (Van Rooij et al., 2011).

De Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) verzamelt en analyseert de geneesmiddelen uitgifte van ruim 92 procent van de openbare apotheken in Nederland. Deze apotheken bedienen samen een populatie van 15,3 miljoen personen.

- Volgens de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) is het aantal gebruikers van benzodiazepines gedaald van 1,61 miljoen in de tweede helft van 2008 tot 1,46 miljoen in dezelfde periode in 2009 en 1,43 miljoen in dezelfde periode in 2010 (Stichting Farmaceutische Kengetallen, 2011). Van 2009 naar 2010 ging het om een daling van 17 procent. De afname is het grootst voor chronische gebruikers, die in een half jaar meer dan drie voorschriften voor een benzodiazepine kregen.
- Deze daling hangt vermoedelijk samen met de inperking van de vergoeding van benzodiazepinen binnen de basisverzekering per 1 januari 2009 (zie ook § 9.8).

### ***Oudere gebruikers van benzodiazepinen***

De Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) monitort onder andere het gebruik van benzodiazepinen onder 55- tot en met 64-jarigen in de algemene bevolking van elf representatieve gemeenten in drie regio's van Nederland (Sonnenberg et al., 2012).

- Zowel in 1992 als in 2002 gebruikte acht procent in deze leeftijdsgroep benzodiazepinen ten tijde van het onderzoek.
- In afwijking van de richtlijnen gebruikte een meerderheid de benzodiazepinen voor langere tijd. In 1992 had 26 procent van de gebruikers deze middelen gedurende een maand tot een jaar gebruikt en had 69 procent langer dan een jaar gebruikt. In 2002 had vijftien procent van de gebruikers een maand tot een jaar gebruikt en had tachtig procent langer dan een jaar gebruikt.

Het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) van het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) monitort de huisartsenzorg. Het LINH monitort de zorg op een steekproef van huisartspraktijken. In juli 2010 namen 83 huisartspraktijken deel aan het LINH met in totaal 335 000 ingeschreven patiënten.

- In 2009 registreerde de steekproef van het LINH in totaal 2 807 patiënten die in dat jaar voor het eerst benzodiazepinen kregen voorgeschreven. Daarvan kregen 1 116 patiënten (40%) de benzodiazepinen voor een angststoornis en kregen de overige 1 691 patiënten (60%) deze medicijnen voorgeschreven voor een slaapstoornis (Hoebert et al., 2012).
- Van de 2 807 patiënten waren 766 patiënten ouder dan 65 jaar (27%). Het andere deel van de patiënten (73%) was tussen de 18 en 65 jaar.
- In 2009 was van de hele bevolking van 18 jaar en ouder 82 procent tussen de 18 en 65 jaar en was slechts 18 procent ouder dan 65 jaar. Hiermee komt naar schatting 27 procent van de benzodiazepinen terecht bij de ouderen die slechts 18 procent uitmaken van de bevolkingsgroep waarin deze medicijnen worden gebruikt. Hieruit blijkt dat de ouderen zijn oververtegenwoordigd onder de gebruikers van benzodiazepinen.

## **9.3 Gebruik: jongeren**

Het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen onder scholieren wordt landelijk alleen gepeild in het kader van de ESPAD survey (zie ook § 9.5).

- In 2011 had 8,8 procent van de scholieren van het voortgezet onderwijs van 15 en 16 jaar ooit slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt op voorschrift van een arts (10,4% van de meisjes en 7,2% van de jongens).
- Ongeveer even veel scholieren (8,6%) gaven aan ervaring te hebben met het gebruik van deze middelen zonder deze op recept van een arts te hebben gekregen. Percentages ooitgebruik waren ook hoger onder meisjes dan onder jongens (respectievelijk 10,9% en 6,3%).
- Welke middelen jongeren precies tot de slaap- en -kalmeringsmiddelen rekenen is niet bekend.

Het Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving (IVO) heeft in 2009 via een onlinevragenlijst onderzoek gedaan naar het oneigenlijk gebruik van medicijnen door Nederlandse jongeren van veertien tot en met zeventien jaar (Ganpat et al., 2009). Het ging hierbij niet alleen om de receptgeneesmiddelen waarvoor een recept van een arts nodig is. Ook geneesmiddelen die zonder recept verkrijgbaar zijn werden onderzocht. Dit zijn de zogenaamde “zelfzorgmedicijnen” zoals paracetamol, ibuprofen, aspirine en hoestmiddelen. Bij oneigenlijk gebruik kan het gaan om medicinaal gebruik door iemand die geen recept heeft voor het medicijn, maar ook om niet-medicinaal gebruik om high te worden of om de effecten van andere middelen te dempen of te versterken.

- Zeven procent van de jongeren had ooit oneigenlijk gebruik gemaakt van receptgeneesmiddelen. Inclusief de zelfzorgmedicijnen lag het percentage oneigenlijk gebruik van medicijnen op dertien procent.
- Het oneigenlijk gebruik kwam het meeste voor bij zelfzorgmedicijnen (9,7%), gevolgd door receptpijnstillers (2,9%), ADHD-medicatie (2,0%), slaapmiddelen (1,4%), angstmedicatie (1,3%) en astmamedicatie (1,3%).
- Naast deze percentages voor het oneigenlijk gebruik ooit in het leven, toont tabel 9.2 ook de percentages voor het recent oneigenlijk gebruik (afgelopen jaar) en actueel oneigenlijk gebruik (afgelopen maand). Van de oneigenlijke gebruikers had 34,8 procent meer dan één medicijn oneigenlijk gebruikt.

**Tabel 9.2 Oneigenlijk gebruik van medicijnen door jongeren van 14 tot en met 17 jaar. Peiljaar 2009**

| Medicijn                        | Ooit | Recent | Actueel |
|---------------------------------|------|--------|---------|
| Zelfzorgmedicijnen              | 9,7% | 7,3%   | 2,6%    |
| Receptpijnstillers <sup>1</sup> | 2,9% | 1,3%   | 0,3%    |
| ADHD-medicatie                  | 2,0% | 1,2%   | 0,1%    |
| Slaapmiddelen                   | 1,4% | 0,8%   | 0,4%    |
| Angstmedicatie                  | 1,3% | 0,8%   | 0,1%    |
| Astmamedicatie                  | 1,3% | 0,5%   | 0,2%    |

*Percentage jongeren dat een medicijn oneigenlijk heeft gebruikt, ooit in het leven, recent (laatste jaar) en actueel (laatste maand). Bron: IVO (Ganpat et al., 2009). 1. Bij de pijnstillers op recept gaat het om middelen zoals codeïne, methadon, morfine, diclofenac, tramadol, oxycodon en fentanyl.*

## Speciale groepen jongeren en jongvolwassenen

In de Antenne monitor is het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen onder groepen jongeren en jongvolwassenen in het Amsterdamse uitgaansleven gepeild (tabel 9.3). Voor zover vergelijkbaar lijkt het gebruik niet zo veel af te wijken van dat in de algemene bevolking. Gebruik van een slaapmiddel op kleine schaal wordt vooral genoemd om na-effecten van stimulantiegebruik tegen te gaan.

- In 2010 werd het middelengebruik onder Amsterdamse cafébezoekers onderzocht (Benschop et al., 2011). Hun leeftijd varieerde van zestien tot en met 56 jaar, hun gemiddelde leeftijd was 27 jaar, 51 procent was man en 49 procent was vrouw.
  - Van de cafébezoekers had 19,3 procent ooit slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt,

10,6 procent had ze het afgelopen jaar gebruikt en 3,8 procent had deze middelen de afgelopen maand nog gebruikt.

- Bij de vrouwen (23,2%) lag het ooitgebruik hoger dan bij de mannen (15,6%).
- Van de onderzochte groepen was het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen het laagst onder Amsterdamse coffeeshopbezoekers (tabel 9.3).

De Tendens monitort het gebruik van alcohol en drugs onder jongeren en jongvolwassenen in Gelderland. Net als in de voorafgaande jaren bleek in 2010 dat slaap- en kalmeringsmiddelen slechts een marginale rol spelen in het middelengebruik van de Gelderse jongeren die door de Tendens worden gemonitord (De Jong et al., 2011). Wel worden slaap- en kalmeringsmiddelen genoemd als een handig middel om in slaap te komen na een zwaar weekend stappen, met name na het gebruik van stimulerende middelen.

**Tabel 9.3 Gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen in Amsterdam**

|                            | Locatie   | Peiljaar | Leeftijd (jaar) | Ooit  | Actueel |
|----------------------------|-----------|----------|-----------------|-------|---------|
| Bezoekers van trendy clubs | Amsterdam | 2008     | Gem. 25         | 16,8% | 2,8%    |
| Coffeeshopbezoekers        | Amsterdam | 2009     | Gem. 28         | 11,9% | 1,2%    |
| Bezoekers van cafés        | Amsterdam | 2010     | Gem. 27         | 19,3% | 3,8%    |

*Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand) per groep. Bron: Antenne.*

## 9.4 Problematisch gebruik

Niet alleen bij misbruik en verslaving zijn er risico's verbonden aan slaap- en kalmeringsmiddelen. Ook aan het (acuut) gebruik en aan het gebruik in combinatie met bijvoorbeeld alcohol zijn risico's verbonden. De risico's zijn onder andere valincidenten, verkeersongelukken en andere ongevallen. Bij het stoppen of afbouwen van het chronisch gebruik kunnen de oorspronkelijke klachten verergeren. Psychische bijwerkingen van het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen kunnen zijn: het verlies van initiatief, trager reageren, geheugenverlies, emotionele en relationele vervlakking, het niet verwerken van pijnlijke ervaringen en verminderde kwaliteit van de slaap waardoor men overdag suf of moe is ([www.farmacotherapeutischkompas.nl](http://www.farmacotherapeutischkompas.nl)).

Verslaving aan slaap- en kalmeringsmiddelen is veelal een 'verborgen verslaving'. Gebruikers kunnen verslaafd zijn geraakt, zonder dat zelf te beseffen. In de regel worden deze middelen voorgeschreven door een arts. Dit kan voor sommige 'patiënten' versluiëren dat ook deze middelen verslavend kunnen zijn, net zoals alcohol, drugs en tabak (Crul, 2006). Dit kan al optreden na drie tot zes weken gebruik. De richtlijn voor angststoornissen schrijft op dit punt daarom voor dat de arts de patiënt over de bijwerkingen en het risico op afhankelijkheid uitgebreid dient te informeren (Stuurgroep

Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling GGZ, 2011). In de praktijk doet zich echter het probleem voor dat huisartsen in de regel maar zeven tot tien minuten kunnen besteden aan een consult. De richtlijn voor angststoornissen adviseert om eerst cognitieve gedragstherapie en/of andere medicijnen te proberen en pas als dit niet aanslaat benzodiazepinen voor te schrijven.

### **Algemene bevolking**

In het NEMESIS-onderzoek uit 2007-2009 is onder andere onderzocht hoeveel procent van de Nederlandse bevolking van 18 tot en met 64 jaar, op jaarbasis, voldeed aan de diagnose voor misbruik of afhankelijkheid van slaap- en kalmeringsmiddelen (DSM 4e gewijzigde editie, De Graaf et al., 2010).

- In het afgelopen jaar voldeed 0,3 procent van de bevolking aan een diagnose misbruik en voldeed 0,2 procent aan een diagnose afhankelijkheid van slaap- of kalmeringsmiddelen. Het totaal in de algemene bevolking voor misbruik en afhankelijkheid komt daarmee op 0,5 procent (tabel 9.4).
- Stoornissen in het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen komen meer voor onder vrouwen dan mannen (0,8% tegenover 0,2%).
- Omgerekend naar de bevolking ging het om 35 000 mensen met misbruik en om 22 000 mensen met afhankelijkheid van slaap- of kalmeringsmiddelen.

**Tabel 9.4 Jaarprevalentie van misbruik en afhankelijkheid van slaap- en kalmeringsmiddelen, naar stoornis en geslacht in de bevolking van 18-64 jaar. Peiljaar 2007-2009**

|                 | Jaarprevalentie in % |
|-----------------|----------------------|
| <i>Stoornis</i> |                      |
| Misbruik        | 0,3%                 |
| Afhankelijkheid | 0,2%                 |
| <i>Geslacht</i> |                      |
| Mannen          | 0,2%                 |
| Vrouwen         | 0,8%                 |
|                 |                      |
| <i>Totaal</i>   | 0,5%                 |

*Percentage misbruik en afhankelijkheid in het afgelopen jaar. Bron: Nemesi-2 2007-2009.*

Bij chronisch gebruik van benzodiazepinen neemt de kans op verslaving toe.

- Het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) telde in 2008 ongeveer 1,4 miljoen gebruikers. Een derde daarvan was chronisch gebruiker, ongeveer 462 000 gebruikers ([www.medicijngebruik.nl](http://www.medicijngebruik.nl)). Per jaar gebruikten zij meer dan negentig standaarddagdoseringen.
- SFK registreerde in de eerste helft van 2008 circa 620 duizend en in de eerste helft van 2009 530 duizend chronische benzodiazepinegebruikers (Van Geffen et al., 2009). Chronisch is hier gedefinieerd als drie of meer voorschriften per half jaar.

In Nederland is onderzoek verricht naar 'oneigenlijk' gebruik van benzodiazepinen onder mensen van 18-65 jaar met een angststoornis en/of depressie (Manthey et al., 2011).

- Oneigenlijk gebruik werd gedefinieerd op basis van de volgende criteria: het gebruik van een gemiddelde dagelijkse dosering boven de door de WHO aanbevolen dosering, en/of het gebruik langer dan twee tot drie maanden (afhankelijk van bijgebruik van een antidepressivum), en/of gebruik van meer dan een benzodiazepine tegelijk.
- Van de bijna drieduizend deelnemers aan de studie gebruikte 15 procent een benzodiazepine.
- Vrijwel altijd was er sprake van oneigenlijk gebruik, vooral omdat de meeste (83%) gebruikers langer gebruikten dan aanbevolen.
- Mensen met een chronische ziekte en ouderen hadden de hoogste scores voor 'oneigenlijk benzodiazepinegebruik'.

### ***Problematische drugsgebruikers***

Sommige al wat oudere veldstudies onder problematische drugsgebruikers suggereren dat in deze groep ook geregeld slaap- en kalmeringsmiddelen worden gebruikt, maar een recent beeld ontbreekt.

- In 1998 hield het Rotterdamse Drug Monitoring Systeem een survey onder ruim tweehonderd Rotterdamse (bijna) dagelijkse gebruikers van heroïne en/of cocaïne (Van de Mheen, 2000). Bijna veertig procent had in de afgelopen maand voor de kick of voor de roes medicijnen gebruikt. In 2003 werd deze survey herhaald onder 182 Rotterdamse drugsgebruikers, gevolgd door diepte-interviews met 34 gebruikers in 2004 (Lempens et al., 2004). Van deze 34 problematische harddrugsgebruikers uit 2004 gaven er vier aan dat zij benzodiazepinen zoals Valium en Seresta hadden gebruikt voor de kick of voor de roes.
- Van 1998 tot 2000 is het middelengebruik onderzocht onder 130 problematische harddrugsgebruikers in Parkstad Limburg (Coumans et al., 2000). Bijna eenderde (32%) gebruikte medicijnen in tabletvorm voor de kick of voor de roes. Op een gemiddelde dag werden vier tabletten geslikt, minimaal een en maximaal twintig.

## **9.5 Gebruik: internationale vergelijking**

### **Algemene bevolking**

Cijfers over het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen zijn lastig te vergelijken. Het EMCDDA monitort deze middelen nog niet systematisch in de lidstaten van de EU (Casati, Sedefov en Pfeiffer-Gerschel, 2012). Voor de Verenigde Staten, Canada en Australië zijn cijfers in tabel 9.5 opgenomen. De cijfers zijn niet goed vergelijkbaar met die van Nederland, niet alleen vanwege verschillen in onderzoeksmethode en leeftijd van de respondenten, maar ook omdat in Nederland geen onderscheid is gemaakt tussen gebruik voor medische en niet-medische doeleinden.



### **Verenigde Staten**

In de Verenigde Staten verstaat men onder “illegaal drugsgebruik” ook het niet-medisch gebruik van medicijnen die op recept verkrijgbaar zijn.

- In 2010 had 2,7 procent van de bevolking van twaalf jaar en ouder zich hieraan schuldig gemaakt in de afgelopen maand (SAMHSA, 2011, tabel 9.5). Het gaat hier om misbruik van pijnstillers (2,0%), tranquillizers (0,9%), stimulerende middelen (0,4%) en sedativa (0,1%). Deze percentages zijn stabiel van 2002 tot en met 2010.
- Bij pijnstillers gaat het om opiaten zoals OxyContin®. Misbruik van de opiaatachtige pijnstiller buprenorfine is in de Verenigde Staten met name geconstateerd onder jong volwassen ervaren drugsgebruikers (Daniulaityte et al., 2012a) en gedetineerden (Wish et al., 2012). Ook is in de Verenigde Staten, op een steekproef van jonge injecterende heroïnegebruikers in Californië, geconstateerd dat veertig procent van de heroïnespuiters hun illegaal drugsgebruik was begonnen met het misbruik van pijnstillers, c.q. medicinale opiaten (Pollini et al., 2011). In de staat Ohio van de Verenigde Staten is geconstateerd dat drugsgebruikers het verslavingsrisico van pijnstillers onderschatten, doordat pijnstillers worden voorgeschreven door een arts (Daniulaityte et al., 2012b).

### **Australië**

- Net als in de Verenigde Staten wordt ook in Australië het niet-medisch gebruik van medicijnen meegeteld bij het illegaal drugsgebruik (AIHW, 2011, tabel 9.5). In Australië werd in 2010 onder andere onderzocht hoeveel procent van de bevolking van veertien jaar en ouder in het afgelopen jaar pijnstillers en slaap- en kalmeringsmiddelen voor niet-medische doeleinden had gebruikt. Het bleek dat drie procent het afgelopen jaar pijnstillers had gebruikt en dat 1,5 procent het afgelopen jaar misbruik had gemaakt van slaap- en kalmeringsmiddelen. Voor misbruik ooit in het leven lagen deze percentages op respectievelijk vijf en drie procent.

### **Canada**

- Net als in de Verenigde Staten en Australië wordt ook in Canada het niet-medisch gebruik van medicijnen meegeteld bij het illegaal drugsgebruik (CADUMS, 2010, tabel 9.5). Ook Canada monitort met name het misbruik van pijnstillers en slaap- en kalmeringsmiddelen. Bij de pijnstillers gaat het om opiaten zoals Percodan®, Demerol® en OxyContin®.
- In 2010 had 0,2 procent van de Canadese bevolking van vijftien jaar en ouder in het afgelopen jaar pijnstillers voor niet-medische doeleinden gebruikt en voor slaap- en kalmeringsmiddelen was dat 0,05 procent.
- Voor zover vergelijkbaar liggen deze cijfers lager dan die voor de Verenigde Staten.

**Tabel 9.5 Niet-medisch gebruik van receptmedicijnen onder de algemene bevolking van de Verenigde Staten, Australië en Canada<sup>1</sup>**

| Land                    | Receptmedicijn               | Jaar | Leeftijd (jaar) | Ooitgebruik | Recent gebruik | Actueel gebruik |
|-------------------------|------------------------------|------|-----------------|-------------|----------------|-----------------|
| <b>Verenigde Staten</b> |                              | 2010 | 12 en ouder     |             |                |                 |
|                         | Pijnstillers (opiaten)       |      |                 | 13,7%       | 4,8%           | 2,0%            |
|                         | Tranquillizers               |      |                 | 8,7%        | 2,2%           | 0,9%            |
|                         | Sedativa                     |      |                 | 3,0%        | 0,4%           | 0,1%            |
| <b>Australië</b>        |                              | 2010 | 14 en ouder     |             |                |                 |
|                         | Pijnstillers (opiaten)       |      |                 | 5%          | 3%             |                 |
|                         | Slaap- en kalmeringsmiddelen |      |                 | 3%          | 1,5%           |                 |
| <b>Canada</b>           |                              | 2010 | 15 en ouder     |             |                |                 |
|                         | Pijnstillers (opiaten)       |      |                 |             | 0,2%           |                 |
|                         | Slaap- en kalmeringsmiddelen |      |                 |             | 0,05%          |                 |

**Verschillen in meetmethoden, vraagstelling en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen.** *Percentage gebruikers ooit in het leven, recent (laatste jaar) en actueel (laatste maand). Bronnen: SAMHSA, AIHW, CADUMS.*

## Jongeren

ESPAD, het European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, maakt het mogelijk om voor scholieren van vijftien en zestien jaar vergelijkingen te maken tussen, onder andere, enkele landen van de Europese Unie en Noorwegen (Hibell et al., 2012). In het ESPAD onderzoek is in 2003, 2007 en 2011 nagevraagd of de scholieren ooit in hun leven slaap- of kalmeringsmiddelen hebben gebruikt zonder een recept van een arts (tabel 9.6).

- In 2011 gingen Frankrijk (11%), Italië (10%) en Nederland (9%) en Griekenland (9%) aan kop. De laagste percentages werden gevonden in Ierland (3%) en Duitsland (2%).
- Nederland scoorde met negen procent boven het (ongewogen) gemiddelde van zes procent van alle 36 landen die in 2011 aan de ESPAD deelnamen.
- Doorgaans hebben meisjes meer ervaring met het gebruik van deze middelen dan jongens.

**Tabel 9.6** Percentage scholieren van 15 en 16 jaar in enkele lidstaten van de Europese Unie en Noorwegen dat ooit in het leven slaap- of kalmeringsmiddelen heeft gebruikt zonder een recept van een arts, naar geslacht. Peiljaren 2003, 2007 en 2011

| Land                              | 2003 |     |     | 2007 |     |     | 2011 |     |     |
|-----------------------------------|------|-----|-----|------|-----|-----|------|-----|-----|
|                                   | J    | M   | T   | J    | M   | T   | J    | M   | T   |
| Frankrijk                         | 10%  | 15% | 13% | 12%  | 18% | 15% | 8%   | 15% | 11% |
| Nederland                         | 7%   | 10% | 8%  | 6%   | 8%  | 7%  | 6%   | 11% | 9%  |
| België <sup>I</sup>               | 10%  | 10% | 10% | 6%   | 11% | 9%  | 7%   | 8%  | 8%  |
| Finland                           | 4%   | 9%  | 7%  | 4%   | 9%  | 7%  | 5%   | 9%  | 7%  |
| Italië                            | 5%   | 7%  | 6%  | 7%   | 13% | 10% | 8%   | 12% | 10% |
| Zweden                            | 5%   | 7%  | 6%  | 6%   | 9%  | 7%  | 7%   | 9%  | 8%  |
| Portugal                          | 4%   | 7%  | 5%  | 4%   | 9%  | 6%  | 7%   | 7%  | 7%  |
| Griekenland                       | 3%   | 5%  | 4%  | 4%   | 5%  | 4%  | 9%   | 10% | 9%  |
| Denemarken <sup>II</sup>          | 4%   | 5%  | 4%  | -    | -   | -   | 4%   | 5%  | 4%  |
| Noorwegen                         | 3%   | 3%  | 3%  | 3%   | 5%  | 4%  | 3%   | 4%  | 4%  |
| Ierland                           | 2%   | 2%  | 2%  | 2%   | 4%  | 3%  | 3%   | 3%  | 3%  |
| Duitsland <sup>III</sup>          | 1%   | 2%  | 2%  | 2%   | 3%  | 3%  | 3%   | 2%  | 2%  |
| Oostenrijk                        | 1%   | 2%  | 2%  | 2%   | 2%  | 2%  | -    | -   | -   |
| Verenigd Koninkrijk <sup>IV</sup> | 2%   | 1%  | 2%  | 2%   | 1%  | 2%  | -    | -   | -   |

Percentage gebruikers zonder recept ooit in het leven. I. België in 2007 en 2011 alleen voor Vlaanderen. II. De gegevens voor Denemarken zijn minder representatief. III. Duitsland alleen voor zes deelstaten in 2007 en vijf deelstaten in 2011. IV. Verenigd Koninkrijk niet voor 2011 vanwege te lage respons (slechts 6% van de scholen). J = jongens, M = meisjes, T = totaal, - = niet gemeten. Bron: ESPAD.

## 9.6 Hulpvraag en incidenten

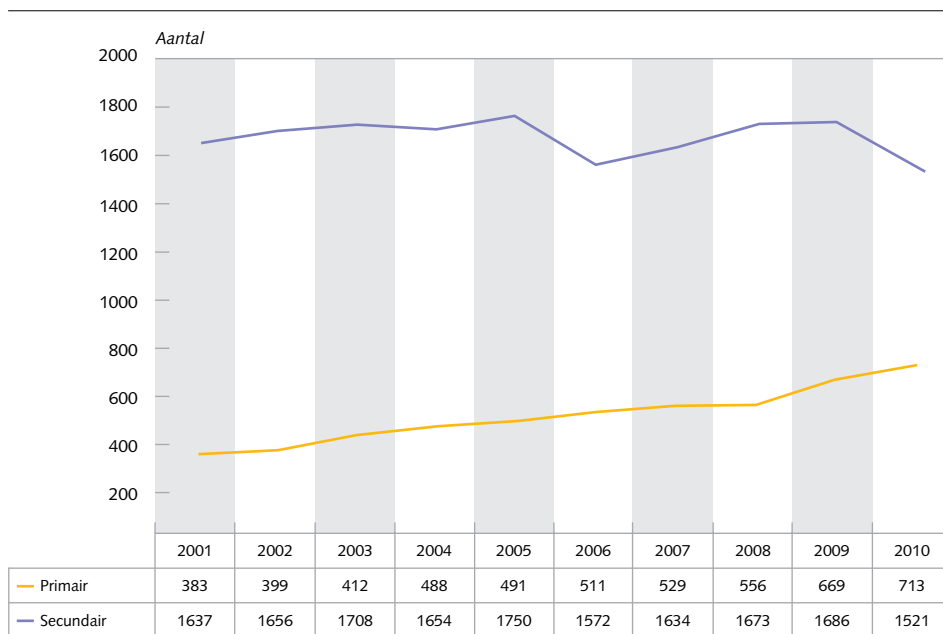
### Verslavingszorg

De verslavingszorg is het onderdeel van de gezondheidszorg dat hulp biedt aan mensen die verslaafd zijn geraakt aan drugs, alcohol, medicijnen, of gokken. In Nederland zijn verschillende gespecialiseerde instellingen actief binnen de verslavingszorg. Samen met de verslavingsreclassering sturen deze instellingen anonieme gegevens over de hulpverlening naar het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) (Ouweland et al., 2011). (Zie in bijlage A: Cliënt LADIS.)

- Het aantal cliënten dat ingeschreven stond wegens een primair probleem met benzodiazepinen, barbituraten of overige psychofarmaca is tussen 2001 en 2010 bijna twee keer zo groot geworden (figuur 9.2). Tussen 2009 en 2010 was er nog een toename van zeven procent.
- Per 100 000 inwoners van 15 jaar en ouder steeg het aantal primaire cliënten van drie in 2001 naar vijf in 2010.
- Het aantal cliënten van de (ambulante) verslavingszorg dat benzodiazepinen, barbituraten, of overige psychofarmaca als secundair probleem noemt schommelde tussen

2001 en 2010 rond een gemiddeld aantal van ongeveer 1 650 cliënten (figuur 9.2). Voor deze groep was in 2010 het primaire probleem alcohol (66%), heroïne (12%), cocaïne of crack (7%), methadon (6%), of cannabis (4%).

**Figuur 9.2 Aantal cliënten bij de (ambulante) verslavingszorg met primaire of secundaire problematiek voor benzodiazepinen, barbituraten, of overige psychofarmaca<sup>1</sup>, vanaf 2001**



*1. Het betreft hier jaarlijks voor circa 90 procent benzodiazepineproblematiek. Bron: LADIS, IVZ (Ouweland et al., 2011).*

## Algemene ziekenhuizen

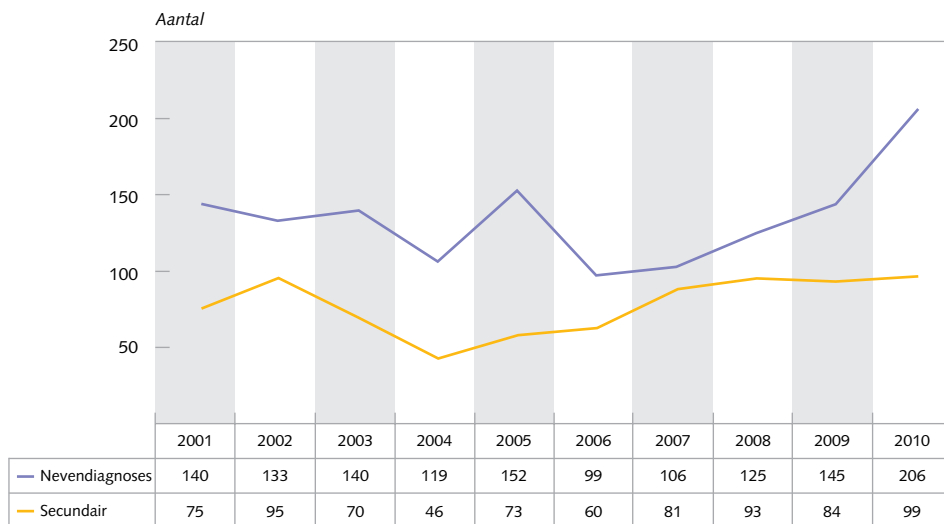
De algemene ziekenhuizen sturen gegevens over hun opnames anoniem naar de Landelijke Medische Registratie (LMR). Sommige patiënten worden in het ziekenhuis opgenomen vanwege verslaving aan- of misbruik van slaap- en kalmeringsmiddelen. Onder de opnames voor verslaving aan- en misbruik van drugs maakten de slaap- en kalmeringsmiddelen in 2010 in totaal vijftien procent uit van de hoofddiagnoses en zeven procent van de nevend diagnoses.

Figuur 9.3 toont voor de periode van 2001 tot en met 2010 het aantal klinische opnames met als hoofddiagnose "misbruik van barbituraten of van sedativa en hypnotica met verwante werking" (ICD-9 code 305.4), of "verslaving aan barbituraten of aan sedativa en hypnotica met verwante werking" (ICD-9 code 304.1). De oorspronkelijke barbituraten worden tegenwoordig nog maar weinig voorgeschreven. In de praktijk zal het bij

deze middelen vooral gaan om benzodiazepinen.

- Het aantal opnames met slaap-en kalmeringsmiddelenproblematiek als hoofddiagnose vertoont een grillig verloop. Na een daling tussen 2002 en 2004 lijkt er weer een toename waarneembaar tot 2010.
- Het aantal opnames met slaap-en kalmeringsmiddelenproblematiek als secundaire diagnose is ongeveer twee keer zo groot. Ook hier lijkt zich een stijgende trend af te tekenen, vooral van 2009 naar 2010.

**Figuur 9.3** Klinische opnames in algemene ziekenhuizen met als hoofd- of nevensdiagnose misbruik van- of verslaving aan slaap- en kalmeringsmiddelen, vanaf 2001



*Aantal klinische opnames. Hoofddiagnoses en nevensdiagnoses volgens ICD-9 codes: 305.4 (misbruik van barbituraten of van sedativa en hypnotica met verwante werking) en 304.1 (verslaving aan barbituraten of aan sedativa en hypnotica met verwante werking). Bron: Landelijke Medische Registratie (LMR), Dutch Hospital Data (DHD).*

Bovenstaande aantallen opnames voor de hoofd- en nevensdiagnoses zijn nog niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen van personen.

- Gecorrigeerd voor dubbeltellingen ging het in 2001 om 169 unieke personen. Zij werden in dat jaar minstens eenmaal opgenomen met een hoofd- of nevensdiagnose voor misbruik van- of verslaving aan slaap- en kalmeringsmiddelen.
- Tussen 2001 en 2010 steeg het aantal personen met 50 procent naar 254 unieke personen.
- Het percentage vrouwen daalde in deze periode van 59 naar 50 procent en de gemiddelde leeftijd daalde van 47 naar 46 jaar.

## Rijden onder invloed

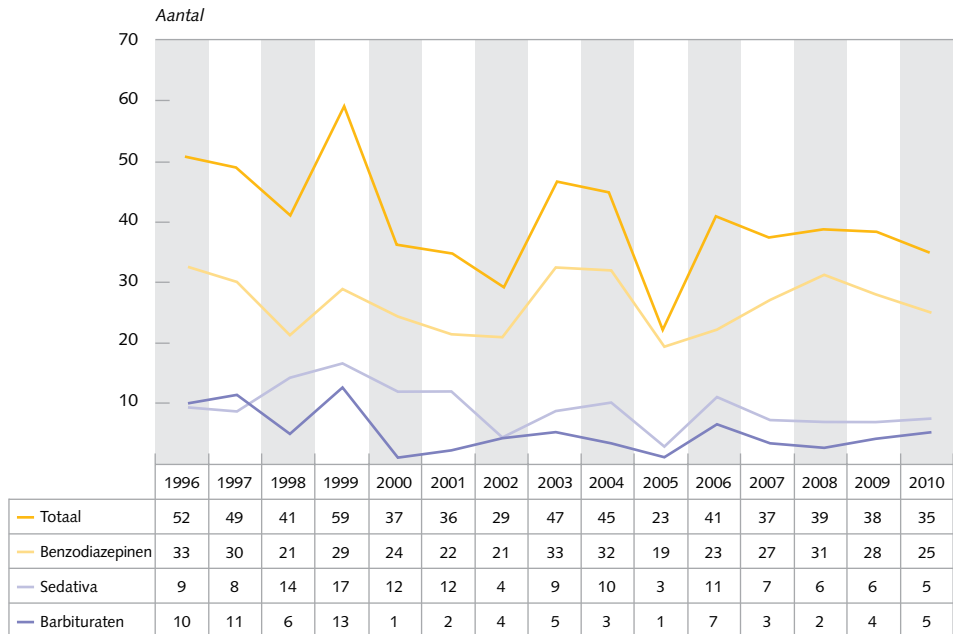
In Europa is in de periode 2007-2009 onderzoek gedaan naar het rijden onder invloed van alcohol, drugs en medicijnen (SWOV, 2011). Het percentage bestuurders waarbij benzodiazepinen werden aangetroffen als het enige middel lag in Nederland ongeveer de helft lager dan het Europees gemiddelde: 0,4 procent in Nederland tegenover 0,9 procent in Europa. Dit komt voornamelijk doordat het gebruik van geneesmiddelen in Nederland over het algemeen al relatief laag ligt. Verder had in Nederland 0,2 procent van de bestuurders medicinale opiaten gebruikt tegenover 0,4 procent in Europa. Het gaat hierbij om medicijnen als morfine en codeïne, die vooral als zware pijnstiller worden gebruikt.

Het effect van benzodiazepinen op de rijvaardigheid verschilt per soort benzodiazepine. Van onder andere diazepam, flurazepam, flunitrazepam en lorazepam is bekend dat ze de controle over een voertuig verminderen (SWOV, 2011). Vooral de combinatie van benzodiazepinen met alcohol wordt ontraden, aangezien deze middelen elkaars effecten versterken. Goede communicatie door artsen en apothekers over de potentiële gevaren van het gebruik van rijgevaarlijke geneesmiddelen in het verkeer kan bijdragen aan een afname van het aantal verkeersslachtoffers onder deze groep gebruikers. Het grootste risico op een verkeersongeluk doet zich voor bij benzodiazepinen met een langere werkingsduur, bij een hogere dosis en tijdens de eerste weken van het gebruik (Smink et al., 2010; Ravera et al., 2011).

## 9.7 Ziekte en sterfte

Figuur 9.4 toont het aantal geregistreerde sterfgevallen door overdosering van medicijnen tussen 1996 en 2010. Het totaal aantal geregistreerde gevallen varieert in deze periode van 23 gevallen in 2005 tot 59 gevallen in 1999. Elk jaar gaat het in de meerderheid van de gevallen om benzodiazepinen.

**Figuur 9.4** Sterfgevallen door overdosering van medicijnen in Nederland, vanaf 1996



Aantal sterfgevallen. Sedativa volgens ICD-10 codes: F13.0, F13.1, F13.2, F13.3-9, X41 & T42.6, X41 & T42.7, X61 & T42.6, X61 & T42.7, Y11 & T42.6, Y11 & T42.7; Barbituraten volgens ICD-10 codes: X41 & T42.3, X61 & T42.3, Y11 & T42.3; Benzodiazepinen volgens ICD-10 codes: X41 & T42.4, X61 & T42.4, Y11 & T42.4. Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS.

## 9.8 Aanbod en markt

Benzodiazepines zijn op voorschrift van een arts voor bepaalde indicaties verkrijgbaar.

- De vergoeding van benzodiazepinen van uit de basisverzekering is per 1 januari 2009 sterk ingeperkt en geldt alleen voor een kleine groep patiënten, voor enkele specifieke indicaties. Deze indicaties zijn epilepsie, angststoornissen indien therapie met antidepressiva heeft gefaald, multiële psychiatrische problematiek en palliatieve sedatie bij terminale zorg; ook wordt diazepam vergoed bij spierspasmen door neurologische aandoeningen.
- Deze maatregel is ingevoerd om het chronisch gebruik terug te dringen en te voorkómen; vanwege de verslavende werking van deze medicijnen; en om kosten te beperken die het ongewenst chronisch gebruik met zich meebrengt (VWS, Factsheet vergoedingen benzodiazepinen, 2009). Zie ook § 9.4.
- In 2010 werd bij de openbare apotheken voor 80 miljoen euro aan benzodiazepinen gekocht, waarvan 53 miljoen euro door de gebruikers zelf werd betaald ([www.sfk.nl](http://www.sfk.nl)).

Verspreiding van medicijnen in het 'illegale circuit' lijkt in Nederland weinig voor te komen, al is hierover weinig bekend. Wel wijst het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) op het gevaar van 'nepmedicijnen' die via internet worden verkocht ([www.medicijngebruik.nl](http://www.medicijngebruik.nl)).

- In de Verenigde Staten is onderzocht hoe medicijnen via drugsdealers bij de misbruikers terecht komen. Het blijkt dat de drugsdealers hiervoor een aantal strategieën hebben ontwikkeld: zich voordoen als 'pijnpatiënt' en meerdere 'pijnklinieken' bezoeken, het corrumperen van medewerkers van apotheken en het kopen van de medicijnen van echte pijnpatiënten (Rigg et al., 2012). Artsen en apothekers die medeplchtig zijn aan het oneigenlijk gebruik van medicijnen, worden in de Verenigde Staten strafrechtelijk vervolgd door de federale DEA, de Drug Enforcement Administration ([www.justice.gov/dea](http://www.justice.gov/dea)). De DEA werkt daarbij nauw samen met regionale opsporingsinstanties. Ook artsen die te goeder trouw zijn en in al hun goedgelovigheid niet doorhebben dat ze door verslaafden worden misbruikt om illegaal aan medicijnen te komen, worden in de Verenigde Staten strafrechtelijk vervolgd (Ziegler et al., 2011).



# 10 Handel, productie en bezit van illegale drugs

Dit hoofdstuk laat de ontwikkelingen zien in de delicten tegen de Opiumwet - inclusief de opsporingsonderzoeken naar georganiseerde drugscriminaliteit - zoals deze zijn geregistreerd door politie en justitie of gerapporteerd in wetenschappelijk onderzoek. De Opiumwet stelt smokkel, handel, productie en bezit van bepaalde drugs strafbaar. Ook gebruik van drugs is strafbaar, omdat dit bezit impliceert (Uitspraak Raad van State 13 juli 2011, nr. 201009884/H3). De verboden drugs staan opgesomd in lijst 1 en 2 van de Opiumwet. Lijst 1 bevat de 'harddrugs'. Hiertoe behoren onder meer heroïne, cocaïne, ecstasy, amfetamine en LSD. Lijst 2 bevat de zogenoemde 'softdrugs'. De belangrijkste drug op deze lijst is cannabis.

Na de samenvatting van de belangrijkste feiten en trends in § 10.1 wordt in § 10.2 gerapporteerd over opsporingsonderzoeken naar georganiseerde drugscriminaliteit. § 10.3 gaat in op ontmantelingen van productielocaties van synthetische drugs. § 10.4 beschrijft de inbeslagnames van drugs en Opiumwetdelicten in de strafrechtsketen aan de hand van:

- door politie en Koninklijke Marechaussee (KMar) geverbaliseerde verdachten,
- de instroom van Opiumwetzaken bij het Openbaar Ministerie (OM),
- de afdoening van Opiumwetzaken door OM en Rechter in eerste aanleg,
- het aandeel Opiumwetdelinquenten in detentie, en
- de strafrechtelijke recidive van daders van drugsdelicten (Opiumwet en Wet Voorkoming Misbruik Chemicaliën).

De informatie is afkomstig uit registraties van politie en Openbaar Ministerie en uit de Recidivemonitor van het WODC en recent wetenschappelijk onderzoek. Bij de registratiecijfers moet aangetekend worden dat deze geen zicht kunnen geven op de totale drugscriminaliteit, omdat de criminaliteit die niet bekend wordt bij justitiële instanties of die niet geregistreerd wordt, buiten beeld blijft. Bovendien weerspiegelen de registratiecijfers altijd ook de opsporingsprioriteiten en de capaciteit van opsporingsdiensten. De registraties zijn soms incompleet of niet vergelijkbaar over de jaren heen.

De cijfers over 2010 zijn mogelijk beïnvloed door de introductie van nieuwe registratiesystemen bij de politie (Basisvoorziening Handhaving) en OM (Geïntegreerd Processtelsel Strafrecht) in 2008. De Algemene Rekenkamer heeft in 2011 geconcludeerd dat het nieuwe systeem bij de politie niet consistent wordt geïmplementeerd en gepaard gaat met problemen (T.K. 29 350, nr. 10, 2011). Hierdoor zijn de cijfers over de instroom van verdachten en rechtbankzaken lastig vergelijkbaar met die van de jaren voor 2008. De cijfers zouden volgens de Algemene Rekenkamer incompleet kunnen zijn, maar of dit echt zo is en in welke mate dat het geval zou zijn, is niet bekend. Het probleem zou ook de OM-cijfers kunnen beïnvloeden, maar ook dit is niet bekend. Als gevolg hiervan dienen de cijfers over 2010 met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden.

Registratiesystemen worden regelmatig aangepast en verbeterd. We rapporteren hier uit de meest recente updates. Door de aanpassingen kunnen de cijfers (in lichte mate) verschillen van eerder gerapporteerde cijfers. De meest recente cijfers hebben altijd een voorlopig karakter.

De cijfers bestrijken de periode 2003-2010, met uitzondering van de cijfers uit de Recidivemonitor, waarbij voor een langere reeks is gekozen om het recidivepatroon beter in beeld te brengen.

De volgende ontwikkelingen in opsporing en drugswetgeving zijn relevant als achtergrond bij de cijfers:

- De georganiseerde criminaliteit in relatie tot heroïne en cocaïne, synthetische drugs en hennepsteelt is in 2008 door het Korps Landelijke Politiediensten gekwalificeerd als dreiging voor de Nederlandse samenleving en krijgt prioriteit in de opsporing en vervolging voor de periode 2008-2011 (T.K. 29911/17, 2008).
- De verhoogde inspanningen uit het 'Plan van aanpak drugssmokkel Schiphol', die vooral gericht zijn op cocaïne, zijn sinds 2006 structureel. Hetzelfde geldt sinds 2007 voor de inspanningen die voortvloeiden uit de nota 'Samenspannen tegen XTC'.
- Ook de geïntensiveerde aanpak van de hennepsteelt loopt nog steeds (sinds 2004).

De aanpak van Opiumwetdelicten speelt zich voor een deel af op lokaal en regionaal niveau. Daarbij wordt gewerkt met een strafrechtelijke, maar ook met een bestuursrechtelijke aanpak. Voor zover het om strafrechtelijke opsporing en handhaving gaat (opsporingsonderzoeken, arrestaties, vervolgingen en afdoeningen) komt de informatie in landelijke databases terecht en daarmee in de cijfers van dit hoofdstuk.

## 10.1 Laatste feiten en trends

- Het aandeel opsporingsonderzoeken naar meer ernstige vormen van georganiseerde criminaliteit dat is gericht op drugs, is toegenomen. Bij de harddrugs gaat het vooral om cocaïne; dit aandeel daalde in 2010. In 2010 zijn meer opsporingsonderzoeken gericht op synthetische drugs en minder op heroïne dan in 2009 (§ 10.2).
- Het aantal ontmantelingen van productielocaties van synthetische drugs daalde in 2010. De hardware die werd aangetroffen was meer geavanceerd en grootschaliger (§ 10.3)
- Er zijn zowel precursoren (BMK, efedrine, maar geen PMK) als pre-precursoren voor amfetamine en MDMA in beslag genomen. Opmerkelijk is dat nieuwe soorten gebruikt worden, waarvan sommige niet onder internationale wetgeving vallen en niet als (pre-)precursor benoemd zijn op lijsten behorend bij de Wet Voorkoming Misbruik Chemicaliën.
- Er is in 2010 meer ecstasy in beslag genomen dan in 2009, maar minder dan in de jaren vóór 2008. De hoeveelheid in beslag genomen amfetamine is substantieel afgenomen.

- Tweemaal is in 2010 een productielocatie van methamfetamine ontmanteld. Dit is nieuw in Nederland. Alhoewel productielocaties van methamfetamine zijn aangetroffen, lijkt deze drug de Nederlandse consumentenmarkt slechts beperkt te bereiken (§ 10.3).
- Van de Opiumwetdelicten is het aandeel softdrugsdelicten iets hoger dan dat van harddrugs. Over de langere termijn stijgt het aandeel softdrugsdelicten. Het aandeel harddrugsdelicten bij politie en OM vertoont in 2010 een kleine toename ten opzichte van 2009. Daarvóór was er een dalende lijn (§ 10.4).
- Het aandeel van Opiumwetdelicten ten opzichte van andere delicten in de strafrechtsketen verandert weinig (§ 10.4).
- In 2010 zat een op de vijf gedetineerden in de gevangenis vanwege een Opiumwetdelict, iets minder dan in 2009.
- Rond zeven procent van de Opiumwetdelinquenten recidiveert binnen een jaar opnieuw met een drugsdelict. Dit loopt na tien jaar op tot 28 procent (§ 10.4).

## 10.2 Opiumwetdelicten en georganiseerde drugscriminaliteit

### Opsporingsonderzoeken naar georganiseerde criminaliteit in relatie tot drugs

De dienst IPOL van het Korps Landelijke Politie Diensten (KLPD) inventariseert elk jaar voor het Europese Dreigingsbeeld van Europol (Organised Crime Threat Assessment, OCTA) de Nederlandse opsporingsonderzoeken naar georganiseerde criminaliteit. De Nationale Recherche, de 25 politieregio's en de bijzondere opsporingsdiensten leveren hiervoor hun lopende en afgesloten opsporingsonderzoeken aan die voldoen aan de EU-criteria voor georganiseerde criminaliteit (tabel 10.1).<sup>8</sup>

Door veranderingen in de registratiemethoden zijn de cijfers door de jaren heen niet vergelijkbaar. Vergelijkbaar zijn de gegevens 2003-2004 en 2006-2009. De informatie over 2005 betreft niet het gehele kalenderjaar. Vanaf 2006 heeft een ruimere dataverzameling plaatsgevonden, waardoor het totaal aantal vanaf dat jaar aanmerkelijk hoger is dan in voorafgaande jaren. Met name het hogere aantal onderzoeken naar de handel in softdrugs is hierdoor beïnvloed.

---

<sup>8</sup> Incidenteel kunnen beschrijvingen gerapporteerd zijn over actieve groepen waarop nog geen opsporingsonderzoek is gestart.

**Tabel 10.1 Opsporingsonderzoeken naar meer ernstige vormen van georganiseerde criminaliteit, naar drugsonderzoeken en hard- en softdrugs, 2003-2010**

|                                    | 2003 | 2004 | ... <sup>I</sup> | 2005 <sup>II</sup> | ... <sup>I</sup> | 2006 <sup>III</sup> | 2007 | 2008 | 2009 | ... <sup>I</sup> | 2010 <sup>IV</sup> |
|------------------------------------|------|------|------------------|--------------------|------------------|---------------------|------|------|------|------------------|--------------------|
| Totaal aantal onderzoeken          | 221  | 289  | ...              | (176)              | ...              | 333                 | 328  | 352  | 272  | ...              | (123)              |
| - aantal gericht op drugs          | 146  | 200  | ...              | (127)              | ...              | 250                 | 235  | 247  | 203  | ...              | (95)               |
| - % gericht op drugs               | 66%  | 69%  | ...              | 72%                | ...              | 75%                 | 72%  | 70%  | 75%  | ...              | 77%                |
| <b>Hard/softdrugs<sup>V</sup>:</b> |      |      |                  |                    |                  |                     |      |      |      |                  |                    |
| - % met harddrugs                  | 83%  | 84%  | ...              | 85%                | ...              | 79%                 | 83%  | 76%  | 72%  | ...              | 73%                |
| - % met softdrugs                  | 39%  | 27%  | ...              | 41%                | ...              | 60%                 | 67%  | 65%  | 67%  | ...              | 68%                |
| - % met alleen harddrugs           | 61%  | 69%  | ...              | 59%                | ...              | 40%                 | 36%  | 35%  | 33%  | ...              | 32%                |
| - % met alleen softdrugs           | 17%  | 11%  | ...              | 15%                | ...              | 21%                 | 20%  | 24%  | 28%  | ...              | 27%                |
| - % met hard- en softdrugs         | 22%  | 16%  | ...              | 26%                | ...              | 39%                 | 47%  | 41%  | 40%  | ...              | 41%                |
| Aantal onderzoeken met harddrugs   | 121  | 168  | ...              | 108                | ...              | 198                 | 194  | 188  | 147  | ...              | 69                 |
| <b>Type harddrug:</b>              |      |      |                  |                    |                  |                     |      |      |      |                  |                    |
| - % cocaïne                        | 60%  | 57%  | ...              | 54%                | ...              | 68%                 | 77%  | 76%  | 78%  | ...              | 70%                |
| - % synthetische drugs             | 54%  | 39%  | ...              | 44%                | ...              | 43%                 | 40%  | 46%  | 41%  | ...              | 51%                |
| - % heroïne                        | 17%  | 18%  | ...              | 29%                | ...              | 29%                 | 20%  | 22%  | 25%  | ...              | 20%                |

*I. ... = breuk in vergelijkbaarheid van cijfers. II. Cijfers 2005 betreffen de periode januari-november. III. Vanaf 2006 is een bredere selectie toegepast, waardoor de aantallen, met name met betrekking tot handel/smokkel softdrugs, substantieel hoger zijn. IV. Cijfers 2010 zijn incompleet en voorlopig. V. Binnen een onderzoek kan sprake zijn van handel in en of productie van meerdere soorten drugs. Percentages tellen daarom niet op tot 100%. Bron: KLPD/IPOL, 2011.*

- Het aandeel (in %) van de drugsgerelateerde onderzoeken nam toe. Drugsgerelateerde onderzoeken vormen nog steeds veruit de meerderheid van de opsporingsonderzoeken.
- Bij de meeste drugsgerelateerde opsporingsonderzoeken zijn (ook) harddrugs in het spel. Dit is in de loop der jaren niet veranderd. Het aandeel is in 2010 ongeveer gelijk aan dat in 2009.
- Het aandeel zaken met softdrugs is tussen 2009 en 2010 niet veel veranderd, maar over de langere termijn is een stijgende lijn waarneembaar.
- Binnen de categorie harddrugs deden zich verschuivingen voor. Het aandeel onderzoeken waarbij cocaïne in het spel is daalde (van 78% naar 70%), terwijl het aandeel betreffende synthetische drugs toenam (van 41% naar 51%). Het aandeel onderzoeken waarbij het gaat om heroïne nam af.

- Bij ruim twee derde van de onderzoeken (68% in 2009) gaat het om criminele organisaties die zich (mede) bezig houden met softdrugs. In vergelijking met 2009 is het percentage zaken met alléén softdrugs ongeveer gelijk.

## 10.3 Inbeslagnames en ontmantelingen van productielocaties

### In beslag genomen drugs

In 2010 hebben 21 van de 25 politieregio's, douane en KMar gegevens over inbeslagnames aan het KLPD aangeleverd. De cijfers zijn dus niet compleet. Ook is bekend dat het moeilijk is om in beslag genomen drugs op een precieze en vergelijkbare manier te wegen, bijvoorbeeld in gevallen waarin de drugs geïmpregneerd zijn in kleding of opgelost in vloeistof, en vooral als het gaat om grote hoeveelheden drugs (Inspectie Openbare Orde en Veiligheid, 2009). Een uniform protocol voor de transactie en registratie van inbeslagnames door de politie is in een proces van ontwikkeling en implementatie, dat op dit moment wordt verbeterd (T.K. 29 628, nr. 258, 2011). Vanwege deze validiteitsproblemen worden de cijfers hier afgerond gepresenteerd. Een vergelijking met eerdere jaren is niet verantwoord. De cijfers moeten terughoudend geïnterpreteerd worden.

Tabel 10.2 laat de door de politie (KLPD) gerapporteerde inbeslagnames in 2010 zien, exclusief synthetische drugs.

Tabel 10.2 Inbeslagnames van drugs, 2010<sup>II</sup>

| Soort drug      | Hoeveelheid                          |
|-----------------|--------------------------------------|
| Opium           | 13 kilogram                          |
| Heroïne         | 548 kilogram en 235 bolletjes        |
| Morfine         | 33 ampullen                          |
| Cocaïne         | 10 duizend kilogram en 397 bolletjes |
| GHB             | 3 kilogram en 38 liter               |
| Methadon        | 700 gram en 16 500 tabletten         |
| Hashish         | 3 500 kilogram                       |
| Marihuana       | 2 duizend kilogram                   |
| Paddo's         | 3,5 kilogram en 7 stuks              |
| Nederwiet       | 2,5 duizend kilogram                 |
| - hennepplanten | 1,6 miljoen planten                  |
| - hennepstekken | 170 duizend stekken                  |
| - hennep toppen | 110 duizend toppen                   |

*I. Vier politieregio's hebben geen informatie aangeleverd. II. Inclusief douane en KMar. Bron: KLPD, Dienst IPOL, 2012.*

Over inbeslagnames van synthetische drugs wordt jaarlijks gerapporteerd door het Expertisecentrum Synthetische Drugs en Precursoren (Expertisecentrum, 2011). Ook deze cijfers kunnen incompleet zijn, aangezien er geen verplichting bestaat om cijfers aan het Expertisecentrum te rapporteren. Aangenomen wordt dat het met de validiteit van deze cijfers voldoende gesteld is door de bekendheid van het Expertisecentrum en de betrokkenheid bij zaken van synthetische drugs. Deze cijfers worden hier gerapporteerd.

- In 2010 is meer ecstasy/MDMA in beslag genomen dan in 2009 en 2008, maar de hoeveelheden zijn veel kleiner dan de hoeveelheden die in de jaren daarvoor in beslag werden genomen (tabel 10.3).
- Er is een substantiële afname van in beslag genomen amfetamine. Het soort amfetamine verschilt van eerdere jaren: meer pasta en minder poeder. Volgens het Expertisecentrum synthetische drugs en precursoren zou dit veroorzaakt kunnen zijn door het feit dat meer halffabrikaten van amfetamine zijn gesmokkeld.
- Andere soorten synthetische drugs die in 2010 in beslag zijn genomen zijn:
  - Methamfetamine: rond 45 kilogram
  - Mefedrone: 109 kilogram
  - mCCP: ruim 5 000 tabletten
  - LSD: ruim 6 400 eenheden
  - 2-PEA: 4 000 tabletten
  - Ketamine: 5 kilogram.
- Inbeslagnames van mefedrone zijn nieuw voor Nederland. Het Expertisecentrum schrijft dit toe aan instabiliteit van de ecstasymarkt. Zoals genoemd in hoofdstuk 5 deed deze zich op consumentenniveau vooral voor in 2008-2009, met een herstel in 2010.

Tabel 10.3 Inbeslagnames van amfetamine and ecstasy/MDMA in Nederland, 2006-2010

|                        | 2006      | 2007      | 2008    | 2009    | 2010    |
|------------------------|-----------|-----------|---------|---------|---------|
| Amfetamine:            |           |           |         |         |         |
| - Poeder (in kilogram) | 633       | 2 805     | 1 106   | 1 946   | 66      |
| - Tabletten            | 38 077    | 1 391     | 0       | 0       | 0       |
| - Pasta (in kilogram)  | 3         | 40        | 121     | 466     | 546     |
| - Olie (in liters)     | 5         | 241       | 65      | 0       | 57      |
| MDMA:                  |           |           |         |         |         |
| - Tabletten            | 4 118 252 | 8 430 043 | 249 761 | 172 845 | 555 401 |
| - Poeder (in kilogram) | 664       | 1 319     | 84      | 3,4     | 66      |
| - Olie (in liters)     | 120       | 1,74      | 300     | 0       | 0       |

Bron: Jaarverslag synthetische drugs en precursoren 2010, 2011.

## In beslag genomen precursoren

Over precursoren rapporteert het Expertisecentrum het volgende:

- Zowel precursoren (BMK en efedrine) als preprecursoren (PMK-glycidate, safrol) voor amfetamine en ecstasy/MDMA zijn in 2010 in beslag genomen (tabel 10.4). Opmerkelijk is volgens het Expertisecentrum dat van beide nieuwe soorten worden gebruikt, waarvan sommige niet onder internationale wetgeving vallen en niet als

(pre)precursor benoemd zijn op lijsten behorende bij de Wet Voorkoming Misbruik Chemicaliën. Voor andere (pre)precursoren is het niet duidelijk of ze al dan niet verboden zijn. Sommige zaken zijn momenteel onder vervolging door het Openbaar Ministerie, waardoor volgens het Expertisecentrum meer duidelijkheid zal kunnen ontstaan over de eventuele strafbaarstelling van deze stoffen.

- PMK is in 2010 niet in beslag genomen. Van BMK is iets meer in beslag genomen dan in 2009.
- Zeven maal is in 2010 gewag gemaakt van een vondst van GBL, een precursor voor GHB. In 2009 was dit tweemaal het geval. Er bestaat geen verplichting tot rapportage, maar GBL staat wel op de EU lijst van vrijwillige monitoring. Dit betekent dat firma's op vrijwillige basis kunnen rapporteren.

**Tabel 10.4 Aantal ontmantelde productielocaties en geregistreeerde dumpingen chemisch afval van productie synthetische drugs, 2004-2010**

|                   | 2004  | 2005  | 2006 | 2007 | 2008          | 2009          | 2010            |
|-------------------|-------|-------|------|------|---------------|---------------|-----------------|
| BMK               | 6 280 | 340   | 171  | -    | 231           | 258           | 334             |
| PMK               | 4 400 | 1 762 | 55   | 20   | -             | 40            | -               |
| PMK-glycidate     | -     | -     | -    | -    | -             | -             | 1 200<br>(kilo) |
| Safrol            | -     | -     | -    | -    | -             | 20            | 85              |
| (Pseudo-)efedrine | -     | -     | -    | -    | 317<br>(kilo) | 587<br>(kilo) | 508<br>(kilo)   |

*I. In liters, tenzij anders aangegeven. Bron: Jaarverslag synthetische drugs en precursoren 2010, 2011.*

### Ontmantelingen van productielocaties

Er zijn volgens opgave van de politie in 2010 ruim 5 600 hennepkwekerijen ontmanteld (KLPD, 2012).

Over ontmantelingen van productielocaties van synthetische drugs, opslagplaatsen van hardware en chemicaliën en dumpingen van chemisch afval van de productie van synthetische drugs wordt jaarlijks gerapporteerd door het Expertisecentrum Synthetische Drugs en Precursoren (Expertisecentrum, 2011). Er zijn in 2010 19 ontmantelingen van productielocaties in Nederland geregistreerd, minder dan in 2009 (tabel 10.5). De meeste locaties zijn gevonden in het zuiden en westen van Nederland.

- Er zijn 26 verschillende productieprocessen aangetroffen op de ontmantelde locaties, waarbij het soms om meer dan twee verschillende processen per locatie kan gaan:
  - op negen locaties werd amfetamine gesynthetiseerd
  - op twee locaties ecstasy
  - op twee locaties werd methamfetamine gesynthetiseerd
  - zesmaal werden er op een locatie andere (designer)drugs (zoals 4-methylamfetamine, PMMA en DMMA) geproduceerd
  - op twee locaties werd safrol omgezet in PMK (hetzelfde aantal als in 2009)
  - op vijf locaties vond kristallisatie of tabletering plaats.

- De productie van methamfetamine is een nieuw verschijnsel in Nederland, maar gegevens uit het DIMS (§ 5.8) suggereren dat methamfetamine de Nederlandse consumentenmarkt slechts beperkt bereikt.
- Een nieuw verschijnsel vormen ook de gerapporteerde conversielaboratoria en de productie van synthetische drugs door Nederlanders in België, vlak over de grens. Deze zijn bij de cijfers in tabel 10.5 niet meegeteld.
- In 2010 zijn 41 opslagplaatsen van hardware, chemicaliën of beide gevonden, vier meer dan in 2009.
- Het expertisecentrum rapporteert een trend naar meer geavanceerde en grootschaliger apparatuur voor de productie van synthetische drugs.
- Het aantal geregistreerde afvaldumpingen bleef min of meer constant.
- De Wet Voorkoming Misbruik Chemicaliën (WVMC) verplicht bedrijven om verdachte transacties in geregistreerde chemicaliën te melden aan de Fiscale Inlichtingen en Opsporings Dienst (FIOD). In 2009 zijn 82 verdachte transacties gemeld, even veel als in 2008 en meer dan in voorgaande jaren (niet in tabel).

**Tabel 10.5 Aantal ontmantelde productielocaties en geregistreerde dumpingen chemisch afval van productie synthetische drugs, 2003-2010**

|                   | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010            |
|-------------------|------|------|------|------|------|------|------|-----------------|
| Productielocaties | 37   | 29   | 18   | 23   | 15   | 21   | 24   | 19 <sup>1</sup> |
| Opslagplaatsen    | n.b. | 14   | 19   | 43   | 44   | 35   | 37   | 41              |
| Afvaldumpingen    | 97   | 81   | 51   | 42   | 50   | 36   | 34   | 35              |

1. Het KLDP rapporteert in januari 2012 20 ontmantelingen van productielocaties in 2010. Bron: Jaarverslag synthetische drugs en precursors 2010, 2011.

## Drugrunners

Van Wijk en Bremmers (2011) deden onderzoek naar drugrunners in en rond Maastricht. Zij maakten gebruik van politieregistraties (voornamelijk over 2009) en persoonsdossiers (van een deel van de groep), literatuuronderzoek, interviews en observaties. De problematiek die gerelateerd is aan drugrunners bestaat uit drugsdelicten (het contact leggen met drugstoeristen – vooral Fransen en Belgen - en andere potentiële klanten en deze toeleiden naar dealpanden) en overlast als gevolg van gevaarlijk verkeersgedrag.

- De drugsdelicten betreffen vooral harddrugs (heroïne, cocaïne, ecstasy), maar ook softdrugs.
- Het gaat zowel om de verkoop van gebruikershoeveelheden als om de verkoop van grotere hoeveelheden voor handelaren in het buitenland.
- De kopers vormen een heterogene groep: verslaafden, 'gewone' gebruikers en kopers die doorverkopen voor de handel.
- Het aantal panden in en om Maastricht dat op een of andere manier gebruikt wordt voor drugsgerelateerde activiteiten wordt door respondenten van de politie geschat op zo'n 500.
- Ongeveer de helft van de geregistreerde runners komt uit Rotterdam; daarnaast



- komen Utrecht en Gouda naar voren. Zij hebben vaak een Marokkaanse achtergrond.
- Gemiddeld zijn twaalf delicten per runner in de totale criminele carrière geregistreerd, die naast drugsdelicten ook bestaan uit vermogens-, gewelds- en verkeersdelicten.

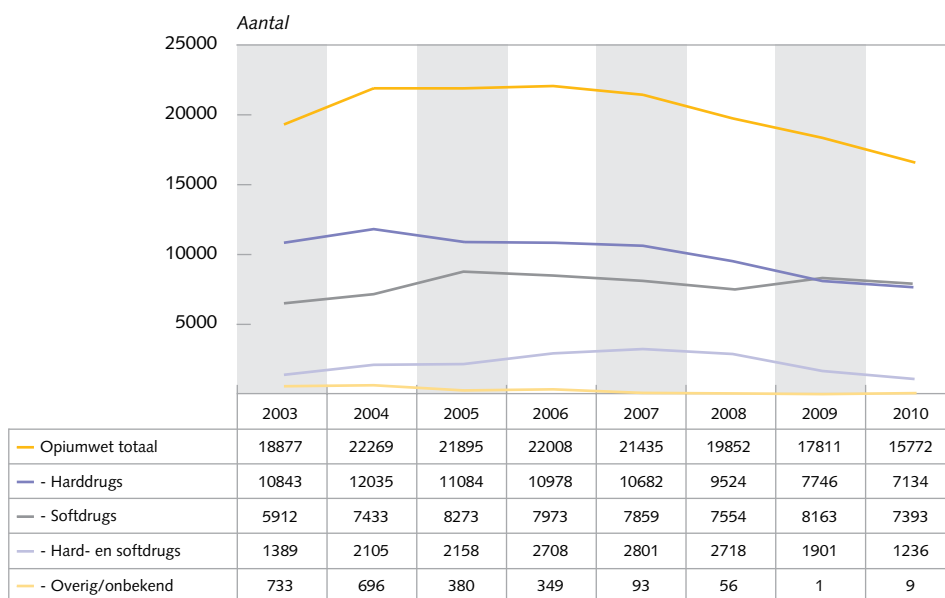
## 10.4 Opiumwetdelicten in de strafrechtsketen

### Verdachten van Opiumwetdelicten bij de politie

Het beeld dat uit de aangeleverde cijfers van de politie over 2010 naar voren komt, is er een van dalende absolute aantallen verdachten van Opiumwetdelicten, waarbij het aandeel harddrugsverdachten afneemt en dat van softdrugsverdachten toeneemt (figuur 10.1). De cijfers over 2010 zijn echter nog voorlopig en (mogelijk en zo ja, in nog onbekende mate) beïnvloed door de Basisvoorziening Handhaving bij de politie (het nieuwe registratiesysteem), waardoor ze lastig te vergelijken zijn met die uit voorgaande jaren.

- Het aantal verdachten dat voor een Opiumwetdelict is geverbaliseerd door politie of Koninklijke Marechaussee bedraagt in 2010 bijna 16 duizend.
- De daling in 2010 is relatief het sterkst bij verdachten die voor hard- en softdrugsdelicten zijn geverbaliseerd. Dit type verdachte vormt een minderheid (8%).
- In 2010 is 45 procent van de verdachten opgepakt vanwege een harddrugsdelict, 47 procent is opgepakt vanwege een softdrugsdelict en 8 procent vanwege een gecombineerd hard- en softdrugsdelict.

**Figuur 10.1 Aantal verdachten Opiumwetdelicten bij politie en Koninklijke Marechaussee naar hard- en softdrugs, 2003-2010<sup>1</sup>**



*1. Teleenheid is het aantal maal dat in het HKS een verdachte met een proces-verbaal Opiumwet is aangehouden. Bron: HKS, KLPD/DNRI.*

- Verdachten van Opiumwetdelicten vormen 6,7% van alle verdachten. Dit aandeel verandert niet veel in vergelijking met 2009. Dit impliceert dat de ontwikkeling van het aantal verdachten voor Opiumwetdelicten min of meer in lijn is met de algemene trend van verdachten (tabel 10.6).

**Tabel 10.6 Aandeel (in %) van verdachten van Opiumwetdelicten van het totaal aantal verdachten<sup>1</sup>, 2003-2010**

|                                     | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|-------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| % Opiumwet                          | 6,8% | 7,5% | 7,3% | 7,3% | 6,9% | 6,8% | 6,6% | 6,7% |
| Verdachten totaal (afgerond, *1000) | 277  | 295  | 299  | 303  | 310  | 290  | 270  | 235  |

*1. Totaal van alle verdachten, niet alleen Opiumwet. Bron: HKS, KLPD/DNRI.*

- De meeste verdachten zijn man (tabel 10.7).
- Voor 43 procent van de verdachten is het delict uit 2010 het eerste geregistreerde delict (zij zijn 'first offender'; van alle typen misdrijven, dus niet enkel Opiumwetmisdrijven).
- De overigen zijn al eerder met de politie in aanraking geweest. Een derde heeft vijf

of meer criminele antecedenten, zestien procent heeft er meer dan tien. Verdachten van harddrugsdelicten hebben een hoger aantal antecedenten dan verdachten van softdrugsdelicten. Dit patroon verschilt niet van eerdere jaren.

- De verdachten zijn meestal tussen de 18 en 44 jaar. Verdachten onder de 18 en boven de 55 vormen een minderheid. Softdrugsverdachten zijn over het geheel genomen ouder dan harddrugsverdachten.

**Tabel 10.7 Kenmerken van verdachten Opiumwetdelicten, naar hard- en softdrugs, 2010<sup>I</sup>**

|   |            | Harddrugs | Softdrugs | Beide | Totaal <sup>II</sup> |
|---|------------|-----------|-----------|-------|----------------------|
| Totaal aantal                           |            | 6 806     | 7 138     | 1 042 | 15 170               |
| Geslacht                                | Man        | 87%       | 84%       | 86%   | 86%                  |
|   | Vrouw      | 13%       | 16%       | 14%   | 14%                  |
| Aantal antecedenten <sup>III</sup>      | 1          | 43%       | 43%       | 37%   | 43%                  |
|   | 2          | 11%       | 13%       | 11%   | 12%                  |
|   | 3-4        | 11%       | 14%       | 15%   | 13%                  |
|   | 5-10       | 16%       | 17%       | 20%   | 17%                  |
|   | 11-20      | 10%       | 8%        | 11%   | 9%                   |
|   | 21-50      | 7%        | 4%        | 5%    | 6%                   |
|   | > 51       | 3%        | 1%        | 1%    | 1%                   |
| Leeftijd bij registratie laatste delict |            |           |           |       |                      |
|   | 12-17 jaar | 3%        | 4%        | 3%    | 3%                   |
|   | 18-24 jaar | 30%       | 20%       | 22%   | 25%                  |
|   | 25-34 jaar | 34%       | 30%       | 34%   | 32%                  |
|   | 35-44 jaar | 20%       | 25%       | 23%   | 22%                  |
|   | 45-54 jaar | 10%       | 14%       | 12%   | 12%                  |
|   | 55-64 jaar | 3%        | 6%        | 4%    | 4%                   |
|   | ≥ 65 jaar  | 0%        | 1%        | 1%    | 1%                   |

*I. Teleenheid wordt gevormd door unieke verdachten; elke verdachte is éénmaal geteld, ook al wordt hij/ zij in een jaar vaker dan éénmaal voor een Opiumwet geverbaliseerd. II. In negen gevallen is de soort drug onbekend. Deze categorie is hier niet opgenomen. III. Een antecedent is een politiecontact waarbij proces-verbaal is opgemaakt; het betreft antecedenten uit de totale criminele geschiedenis inclusief het huidige politiecontact. Bron: HKS, KLPD/DNRI.*

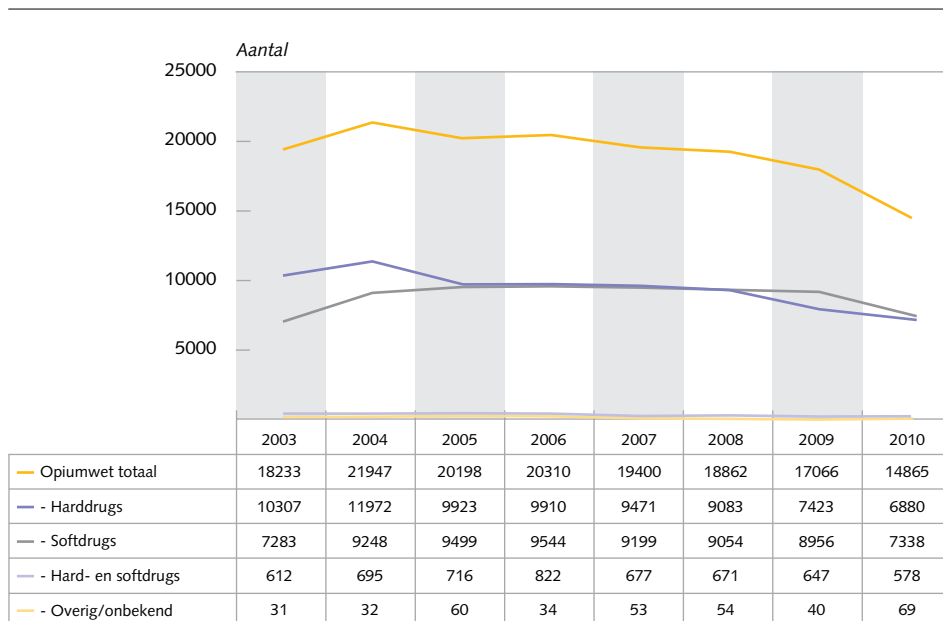
## **Instream van Opiumwetzaken bij het Openbaar Ministerie**

Opiumwetzaken worden vervolgd conform de beleidsregels in de Aanwijzing Opiumwet van het Openbaar Ministerie (OM, zie [www.om.nl](http://www.om.nl)). Niet alle zaken worden door de politie doorgestuurd naar het OM. Zo heeft de politie de bevoegdheid om voor bepaalde delicten een transactie aan te bieden, bijvoorbeeld bij het bezit van minder dan 0,5 gram heroïne of cocaïne. Door betaling van de transactie wordt de zaak afgedaan en niet doorgestuurd naar het OM.

Figuur 10.2 laat de instroom van Opiumwetzaken bij het OM zien. Evenals bij de politie-cijfers is ook hier de algemene trend waarneembaar van een dalend totaal aantal zaken. Het percentage harddrugszaken nam toe in 2010, terwijl het percentage softdrugszaken daalde.

- In 2010 stroomden minder dan 15 duizend Opiumwetzaken in bij het OM, een daling ten opzichte van 2009.
- Deze daling is vooral waarneembaar bij softdrugszaken. Harddrugszaken en gecombineerde hard- en softdrugszaken namen in mindere mate af.
- Het aantal zaken bij het OM betreft vaker softdrugs (49%) dan harddrugs (46%).
- Het merendeel van de Opiumwetzaken (60%) betreft productie van en handel in drugs. In 40 procent van de zaken gaat het om bezit van drugs (niet in figuur).
- Deze verhouding is anders bij hard- dan bij softdrugszaken: bij softdrugszaken betreft 71 procent de productie of handel en 29 procent het bezit van drugs. Bij zaken met harddrugs betreft 49 procent de productie of handel en 51 procent het bezit van drugs (niet in tabel). Uit deze cijfers is niet op te maken om welke hoeveelheden drugs het gaat. De Aanwijzing Opiumwet van het Openbaar Ministerie zegt dat, als het gaat om bezit ('aanwezig hebben' in de Opiumwet) van geringe hoeveelheden harddrugs die beschouwd kunnen worden als bedoeld voor eigen gebruik, geen gerichte opsporing plaatsvindt, geen in verzekeringstelling en slechts vervolging ter ondersteuning van hulpverlening. Onder een geringe hoeveelheid wordt verstaan: een hoeveelheid/dosis die doorgaans wordt aangeboden als gebruikershoeveelheid, bijvoorbeeld één bolletje, één ampul, één wikkel, één pil/tablet; in elk geval een aangetroffen hoeveelheid van maximaal 0,5 gram. Bij bezit van geringe hoeveelheden voor eigen gebruik van softdrugs wordt in beginsel niet strafrechtelijk opgetreden. Voor cannabis geldt hierbij in beginsel een maximum van vijf gram, voor gedroogde paddo's 0,5 gram en voor verse paddo's vijf gram. Als het gaat om bezit van grotere hoeveelheden, die niet meer beschouwd worden als bedoeld voor eigen gebruik, of als er ook een ernstiger delict gepleegd is, dan zijn arrestatie en vervolging de regel. In alle gevallen worden de drugs inbeslag genomen ([www.om.nl](http://www.om.nl)).
- Het aandeel Opiumwetzaken bij het OM schommelt in de onderzochte periode tussen zeven en acht procent, 2010 wijkt hier, met zeven procent, niet van af (tabel 10.8). De lagere instroom van Opiumwetzaken (in absolute aantallen) lijkt dus onderdeel van een bredere afnemende trend in de instroom van zaken bij het OM.

**Figuur 10.2 Aantal Opiumwetzaken<sup>I</sup> ingestroomd bij het Openbaar Ministerie, naar hard- en softdrugs<sup>II</sup>, 2003-2010**



*I. Per verdachte kan meer dan een zaak geregistreerd zijn. II. Een gering aantal Opiumwetzaken laat zich niet indelen in een van de categorieën. Deze zaken zijn hier niet opgenomen. Bron: OMDATA, WODC.*

**Tabel 10.8 Aandeel (in %) van Opiumwetzaken op totale instroom OM, 2003-2010**

|                                | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|--------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| % Opiumwet                     | 6,6% | 8,0% | 7,5% | 7,5% | 7,1% | 7,1% | 7,3% | 7,0% |
| Zaken totaal (afgerond, *1000) | 274  | 276  | 269  | 270  | 275  | 264  | 234  | 213  |

Bron: OMDATA, WODC.

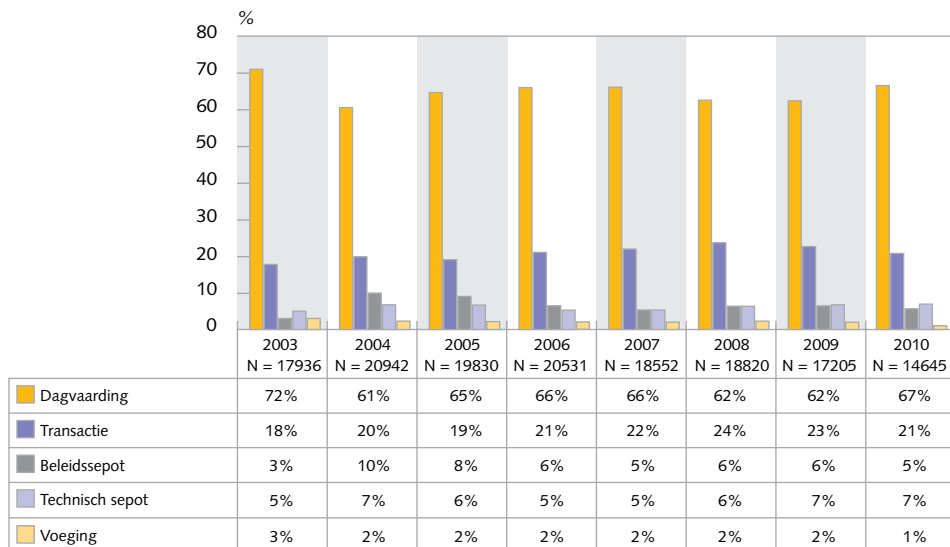
## Afdoening van Opiumwetzaken bij het Openbaar Ministerie

- In 2010 zijn de meeste verdachten van een Opiumwetdelict door het OM voor de rechter gebracht (gedagvaard) (figuur 10.3). Het percentage dagvaardingen stijgt van 62 procent naar 67 procent.
- Deze toename is het meest zichtbaar voor softdrugszaken: 58 procent in 2009 tegenover 65 procent in 2010.
- Het percentage van harddrugszaken dat voor de rechter wordt gebracht (68%) is nog steeds – ondanks de sterke stijging bij softdrugszaken - hoger dan dat van softdrugszaken (65%). Dit betekent dat relatief meer softdrugszaken zonder tussenkomst van de rechter beëindigd worden, bijvoorbeeld met een transactie door het OM.
- Ruim een vijfde van de Opiumwetzaken eindigt met een transactie door het OM. Hiertoe behoren financiële transacties, maar ook vergoeding van schade, leerprojecten of werkstraffen en andere modaliteiten waarmee het OM een zaak kan afdoen. Er zijn (iets) minder OM-transacties dan in 2009, toen het aandeel nog 23 procent bedroeg.
- Het grootste deel van de OM-transacties bestaat uit financiële transacties. In 2010 waren het er bijna 2 300. Dit is minder dan in 2009 en ook minder dan in de periode 2003-2009. Het bedrag (mediaan) is 280 euro in 2010; dit is 30 euro hoger dan in 2009. Het mediane transactiebedrag schommelt in de periode 2003-2010 tussen de 230 en 280 euro. In 2010 is het relatief hoog.
- Zaken waarin hard- én softdrugs een rol spelen brengt het OM relatief het vaakst voor de rechter (84%).
- Het aandeel beleidssepots bedraagt vijf procent. In 2004 waren er relatief veel beleidssepots. Dit had te maken met het beleid voor drugskoeriers op Schiphol.<sup>9</sup> Het aandeel beleidssepots daalt sinds 2005 weer, maar is nog steeds hoger dan vóór 2004.
- Technische sepots komen in 2010 voor in zeven procent van de Opiumwetzaken. Voegingen komen weinig voor.

---

<sup>9</sup> Harddrugskoeriers zonder antecedenten en met slechts een geringe hoeveelheid drugs werden niet vervolgd maar heengezonden na inbeslagname van de drugs; hun naam werd op de 'zwarte lijst' gezet om toekomstige vluchten naar Nederland te voorkomen.

**Figuur 10.3 Afdoeing Openbaar Ministerie in Opiumwetzaken (in %), 2003-2010<sup>1</sup>**



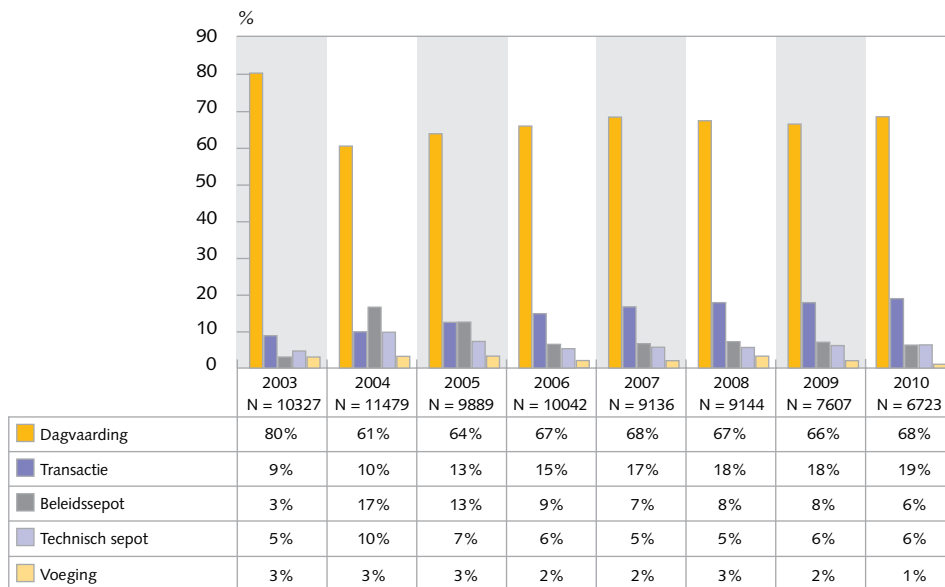
*1. De totale aantallen (N) zijn exclusief administratieve sepots en overdrachten. Bron: OMDATA, WODC.*

Er zijn in 2010, net als in voorgaande jaren, duidelijke verschillen in afdoening door het OM tussen harddrugzaken, softdrugzaken en zaken met zowel hard- als softdrugs (figuur 10.4 a-c):

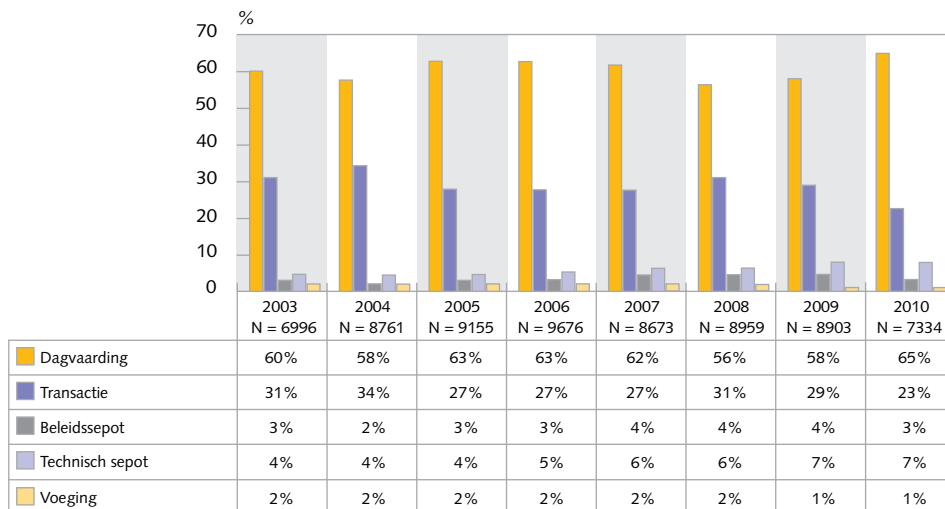
- Harddrugzaken worden vaker gedagvaard dan softdrugzaken. Het aandeel dagvaardingen is echter het hoogst als het gaat om zaken met een combinatie van hard- én softdrugs.
- Transacties komen het meest voor in softdrugzaken en het minst in zaken met hard- en softdrugs.
- Beleidssepots worden relatief vaak toegepast bij harddrugzaken en minder in softdrugzaken en zaken met een combinatie van hard- en softdrugs. Technische sepots komen het minst voor in zaken met hard- en softdrugs.

**Figuur 10.4 Opiumwetzaken afgedaan door Openbaar Ministerie, naar type beslissing, 2003-2010, (a) harddrugs, (b) softdrugs, (c) hard- en softdrugs<sup>1</sup>**

**(a) Opiumwet – Harddrugs**

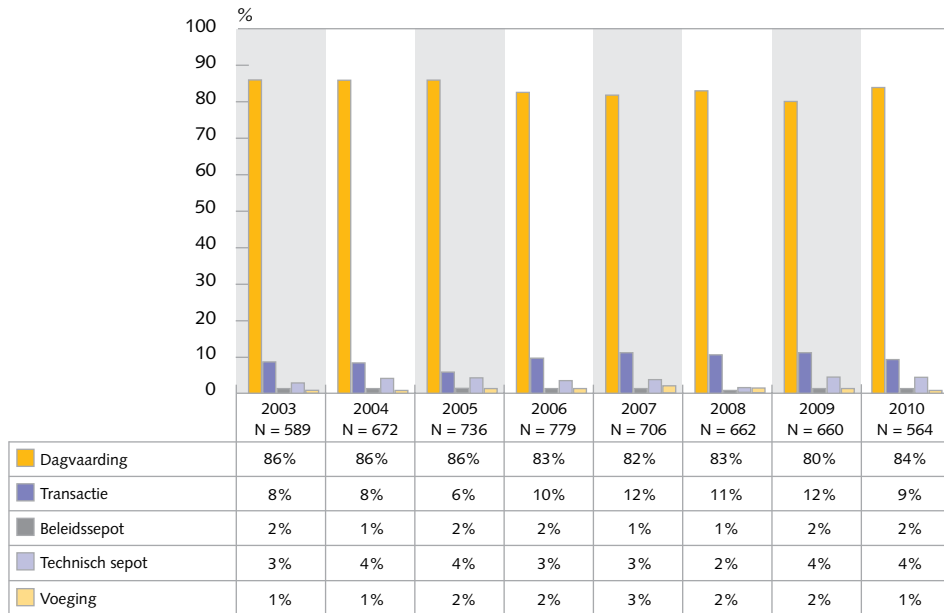


**(b) Opiumwet - Softdrugs**





(c) Opiumwet – Gecombineerde hard- en softdrugszaken



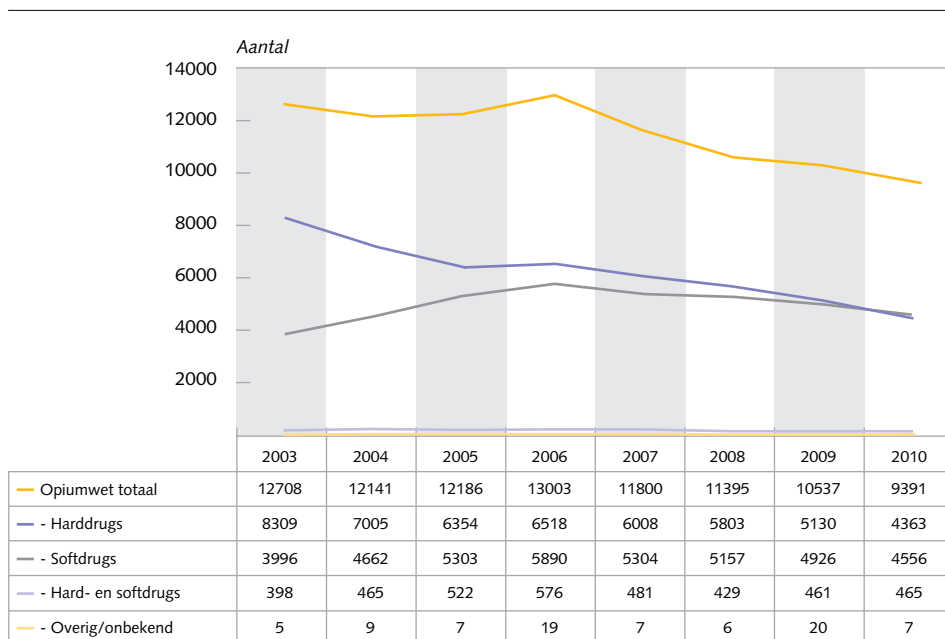
I. De totale aantallen (N) zijn exclusief administratieve sepots en overdrachten. Bron: OMDATA, WODC.

**Afdoeningen door de rechter in eerste aanleg**

Ook in de afdoeningen van Opiumwetzaken door de rechter is een dalende trend in absolute aantallen waarneembaar, met daarbinnen een dalende lijn in het aandeel harddrugszaken en een stijgende lijn in het aandeel softdrugszaken (figuur 10.5 en tabel 10.9).

- De rechter heeft in 2010 ruim negenduizend Opiumwetzaken afgedaan, minder dan in voorgaande jaren.
- Van de Opiumwetzaken was 49 procent een softdrugszaak (was 47% in 2009) en 46 procent een harddrugszaak (was 49% in 2009). Een klein deel betreft zaken met hard- én softdrugs; dit aandeel stijgt met één procentpunt.
- Opiumwetzaken vormen in 2010 rond acht procent van het totale aantal door de rechter afgedane zaken, vrijwel even hoog als in 2009. Sinds 2006 was een dalende lijn in het aandeel Opiumwetzaken waarneembaar. In 2010 lijkt deze trend zich te stabiliseren.

**Figuur 10.5 Aantal door rechter afgedane zaken naar hard- en softdrugs in eerste aanleg, 2003-2010<sup>1</sup>**



*1. Per verdachte kan meer dan een zaak geregistreerd zijn. Bron: OMDATA, WODC.*

**Tabel 10.9 Aandeel (in %) van door de rechter afgedane Opiumwetzaken, 2003-2010<sup>1</sup>**

|                                | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|--------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| % Opiumwet                     | 8,6% | 8,3% | 8,4% | 8,9% | 8,5% | 8,2% | 7,6% | 7,8% |
| Zaken totaal (afgerond, *1000) | 148  | 146  | 145  | 147  | 139  | 140  | 139  | 120  |

*1. Per verdachte kan meer dan een zaak geregistreerd zijn. Bron: OMDATA, WODC.*

## Sancties

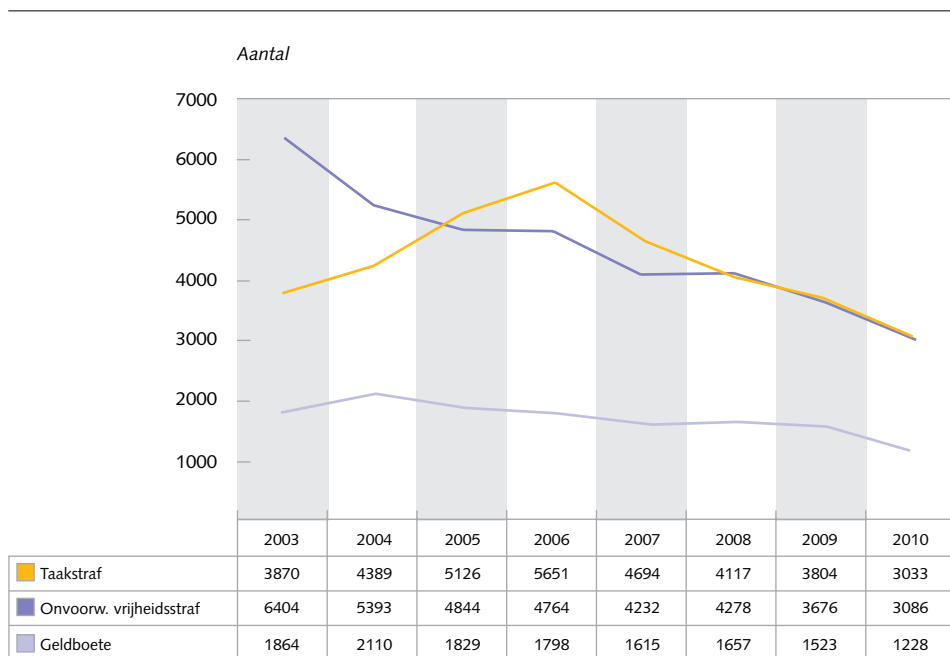
Figuur 10.6 laat zien hoeveel taakstraffen, (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen en geldboetes in de periode 2003-2010 door de rechter in eerste aanleg zijn opgelegd.

- Opiumwetdelinquenten krijgen in 2010, evenals in 2009, ongeveer even vaak een taakstraf als een (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraf opgelegd. De verhouding is niet substantieel anders dan in 2009.
- De gemiddelde duur van een taakstraf is in 2010 even hoog als in 2009. Het gemiddelde aantal uren taakstraf is 97 (tabel 10.10). Sinds 2003 is de gemiddelde duur van de taakstraf gedaald. Het aantal taakstraffen daalt sinds 2006.
- In 2010 zijn 3 086 (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen opgelegd, minder dan in 2009. Sinds 2003 is het aantal van deze straffen gehalveerd.
- De gemiddelde duur van een opgelegde (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraf in

een Opiumwetzaak is in 2010 303 dagen, ruwweg gelijk aan 2009, maar minder dan in de jaren daarvoor (tabel 10.10). Sinds 2003 is de gemiddelde duur met bijna drie maanden gedaald.

- (Deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen werden tussen 2002 en 2008 vooral opgelegd voor smokkel, productie of handel van harddrugs, taakstraffen vooral voor smokkel, productie van of handel in softdrugs (Van Ooyen et al., 2009, p. 232-233; niet in tabel).
- Er zijn in 2009 ruim 1 200 geldboetes opgelegd door de rechter. Het bedrag van een geldboete (mediaan) bedraagt 420 euro in 2010, dit is 50 euro hoger dan in het voorgaande jaar, maar op langere termijn gezien lager (tabel 10.10).

**Figuur 10.6 Sancties in Opiumwetzaken, 2003-2010<sup>1</sup>**



Bron: OMDATA, bewerking WODC.

**Tabel 10.10 Gemiddelde duur van taakstraffen (uren) en (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen (dagen) en bedrag van geldboetes (mediaan in euro's) in Opiumwetzaken, 2003-2010**

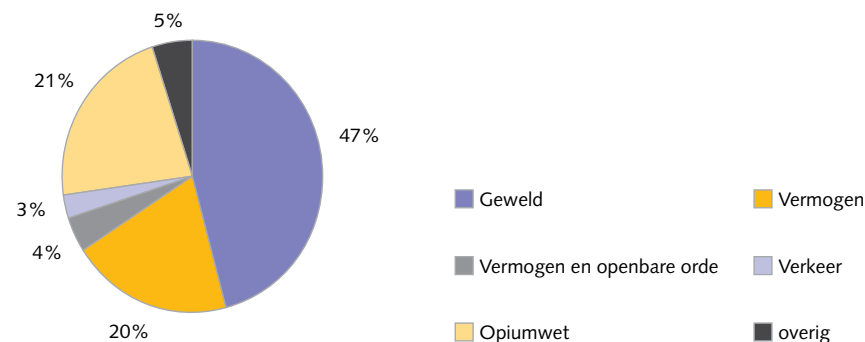
|                                  | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|----------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Taakstraf                        | 128  | 117  | 112  | 113  | 106  | 102  | 97   | 97   |
| Onvoorwaardelijke vrijheidsstraf | 389  | 377  | 335  | 311  | 341  | 300  | 306  | 303  |
| Geldboete                        | 500  | 480  | 500  | 490  | 400  | 400  | 370  | 420  |

Bron: OMDATA, bewerking WODC.

## Opiumwetdelinquenten in de Nederlandse gevangenis

Het aandeel gedetineerden dat vastzit vanwege een Opiumwetdelict is substantieel. Van de 10 355 personen die op 30 september 2010 in het gevangeniswezen verbleven, zat 21 procent daar vanwege een Opiumwetdelict (figuur 10.7). Dit is een lichte daling ten opzichte van het aandeel in de jaren daarvoor (tabel 10.11). Opiumwetdelinquenten zijn de op één na grootste categorie.

**Figuur 10.7 Aandeel Opiumwetdelinquenten in het gevangeniswezen<sup>1</sup> vergeleken met vijf andere delictgroepen. Peildatum 30 september 2010, N=10 355**



*1. Inclusief extramuraal geplaatste justitiabelen. Extramuraal verblijvenden in het kader van elektronische detentie en penitentiair programma zijn meegeteld evenals door drugskoeriers en illegale vreemdelingen bezette plaatsen van de Directie Bijzondere Voorzieningen. Bron: Kalidien & De Heer – de Lange, 2011.*

**Tabel 10.11 Aandeel (in %) van Opiumwetdelicten in de populatie gevangeniswezen, 2006-2010, peildatum 30 september**

|                  | 2006   | 2007   | 2008   | 2009   | 2010   |
|------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| % Opiumwet       | 21%    | 23%    | 23%    | 22%    | 21%    |
| Populatie totaal | 12 052 | 11 109 | 10 424 | 10 269 | 10 355 |

## Strafrechtelijke recidive van Opiumwetdelinquenten

Tabel 10.12 laat zien hoeveel personen (in %) die veroordeeld zijn voor een drugsdelict, later opnieuw vervolgd worden voor zo'n delict. Uit het bestand van de WODC-Recidivemonitor is een selectie gemaakt van de personen die in de periode 1997-2008 minstens éénmaal onherroepelijk zijn veroordeeld vanwege een Opiumwetdelict of vanwege overtreding van de Wet Voorkoming Misbruik Chemicaliën (hier aangeduid als 'drugsdelicten'). Deze selectie is in de tabel weergegeven in de eerste kolom (onder 'Jaar'). Het gaat om misdrijven die terechtkomen bij het Openbaar Ministerie en die niet eindigen in een vrijspraak, sepot of technische beslissing. De gegevens zijn onder meer gecorrigeerd voor tijd in detentie. Van de drugsdaders is nagegaan of zij binnen een

bepaalde periode na de inschrijving van het drugsdelict waarvoor ze veroordeeld zijn, opnieuw voor een drugsdelict in contact zijn gekomen met het Openbaar Ministerie. Dit heet 'speciale recidive' (Wartna et al., 2008). Het percentage daders dat is teruggevallen na een, twee, drie tot en met tien jaar is weergegeven in de rijen van tabel 10.13. Zo is bijvoorbeeld te zien dat van de 8 446 personen die in 1997 voor een drugsdelict zijn veroordeeld 7,5 procent in het eerste jaar opnieuw voor een drugsdelict in contact is gekomen met het Openbaar Ministerie. Dit percentage loopt in tien jaar tijd op tot 26,3 procent.

**Tabel 10.12 Prevalentie (in cumulatieve % recidivisten) van nieuwe strafzaken voor een drugsdelict voor overtreders van de Opiumwet of de WVMC, naar observatieperiode (speciale recidive)**

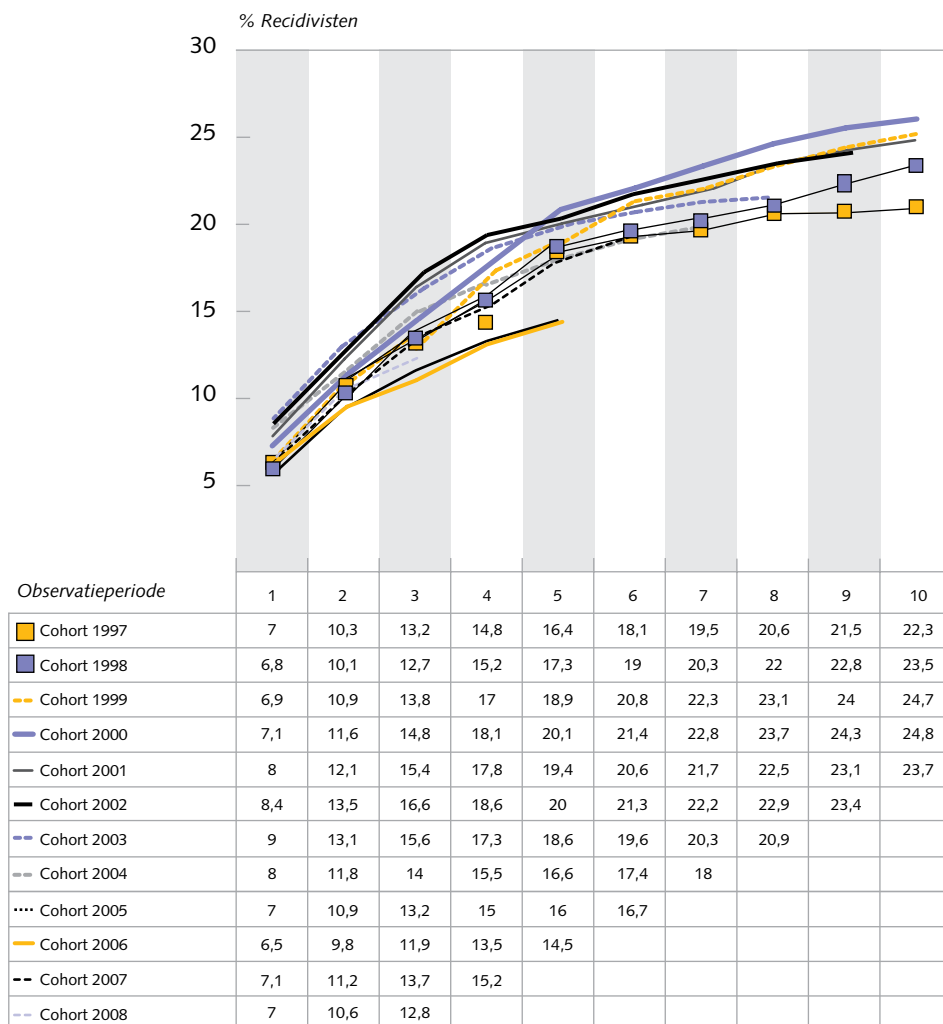
| Observatieperiode in jaren:       | 1   | 2    | 3    | 4    | 5    | 6    | 7    | 8    | 9    | 10   |
|-----------------------------------|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Jaar                              |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 1997 (N = 8 446)                  | 7,5 | 11,5 | 14,4 | 16,4 | 18,6 | 20,7 | 22,4 | 23,7 | 25,1 | 26,3 |
| 1998 (N = 9 184)                  | 6,9 | 11,2 | 14,5 | 17,4 | 19,7 | 22,0 | 23,6 | 25,6 | 26,7 | 27,6 |
| 1999 (N = 8 976)                  | 7,4 | 12,2 | 15,7 | 18,9 | 21,3 | 23,8 | 25,8 | 27,4 | 28,6 | 29,7 |
| 2000 (N = 8 686)                  | 7,0 | 11,8 | 15,7 | 19,1 | 21,9 | 24,1 | 26,0 | 27,7 | 28,8 | 29,7 |
| 2001 (N = 9 938)                  | 7,8 | 12,4 | 16,2 | 19,2 | 21,5 | 23,3 | 24,9 | 26,0 | 27,1 | 27,8 |
| 2002 (N = 12 109)                 | 8,6 | 13,9 | 17,6 | 20,2 | 22,3 | 24,2 | 25,7 | 26,6 | 27,5 |      |
| 2003 (N = 14 059)                 | 8,5 | 13,3 | 16,7 | 19,3 | 21,4 | 22,9 | 24,3 | 25,2 |      |      |
| 2004 (N = 16 359)                 | 7,5 | 12,0 | 15,1 | 17,4 | 19,2 | 20,5 | 21,4 |      |      |      |
| 2005 (N = 15 526)                 | 6,9 | 11,2 | 14,1 | 16,5 | 18,2 | 19,3 |      |      |      |      |
| 2006 (N = 16 105)                 | 6,4 | 10,1 | 12,9 | 15,0 | 16,5 |      |      |      |      |      |
| 2007 (N = 14 660)                 | 5,8 | 9,8  | 12,3 | 14,1 |      |      |      |      |      |      |
| 2008 (N = 14 305)                 | 5,5 | 8,9  | 11,0 |      |      |      |      |      |      |      |
| Gemiddelde over observatieperiode | 7,2 | 11,5 | 14,7 | 17,6 | 20,1 | 22,3 | 24,3 | 26   | 27,3 | 28,2 |

Bron: WODC-Recidivemonitor, 2012.

In de figuren 10.8 en 10.9 wordt weergegeven wat de speciale recidive is van harddrugsdelinquenten met een nieuw harddrugsdelict en de recidive van softdrugsdelinquenten met een nieuw softdrugsdelict.

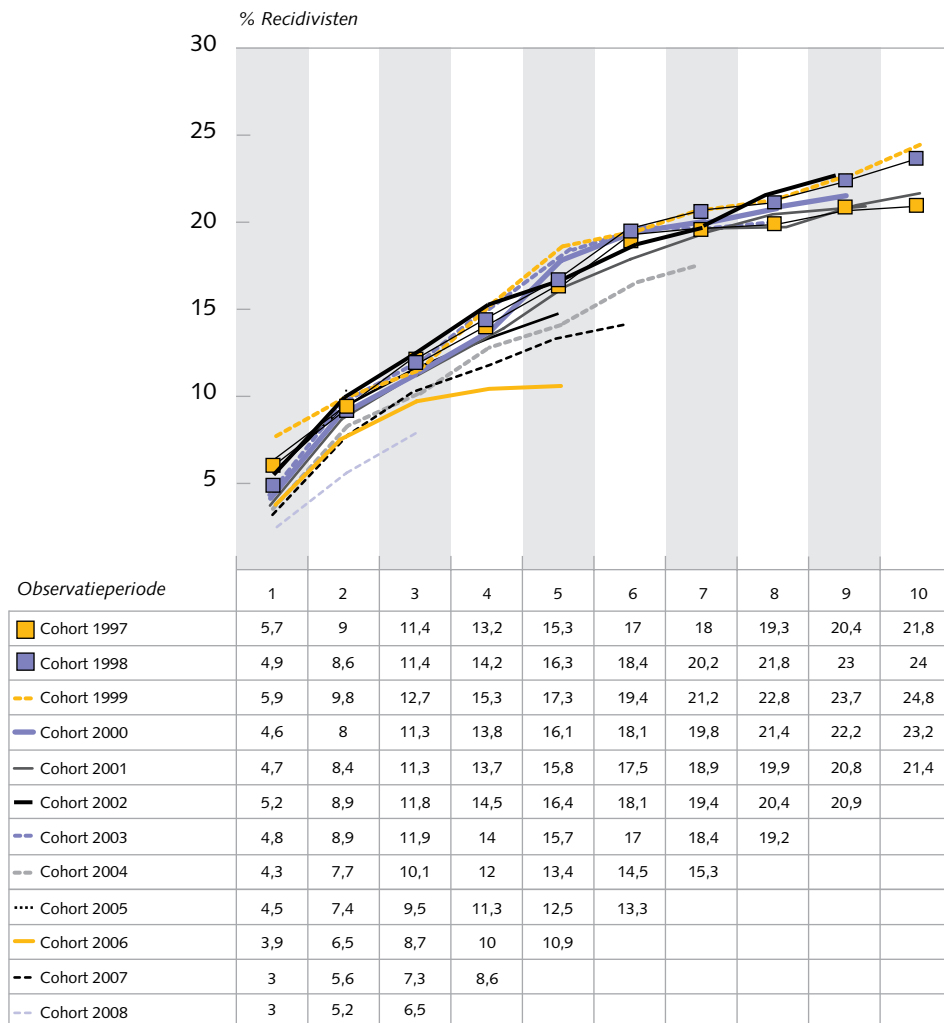
- Van de daders van een harddrugsdelict is gemiddeld 7,4 procent binnen een jaar weer met justitie in aanraking gekomen voor harddrugscriminaliteit (figuur 10.8).
- Dit percentage ligt lager bij de softdrugsdaders: van hen is 4,5 procent binnen een jaar opnieuw met justitie in contact gekomen voor een softdrugsdelict (figuur 10.9).
- Na tien jaar is rond een vijfde (21%) van de harddrugsdaders gerecidiveerd voor een harddrugsdelict. Bij de softdrugsdaders is de recidive voor een softdrugsdelict na tien jaar 19 procent.
- De cohorten hard- én softdrugsdaders vanaf 2003 laten lagere speciale recidive zien dan de cohorten uit de jaren daarvoor. De speciale recidive daalt dus.

**Figuur 10.8** Prevalentie (in cumulatieve % recidivisten) van nieuwe strafzaken voor een harddrugsdelict voor opeenvolgende cohorten van daders van een harddrugsdelict (1997-2008), naar observatieperiode (1-10 jaar)<sup>1</sup>



1. Aantallen per cohort: zie tabel 10.12. Bron: WODC-Recidivemonitor, 2012.

**Figuur 10.9** Prevalentie (in cumulatieve % recidivisten) van nieuwe strafzaken voor een softdrugsdelict voor opeenvolgende cohorten van daders van een softdrugsdelict (1997-2008), naar observatieperiode (1-10 jaar)<sup>1</sup>



1. Aantallen per cohort: zie tabel 10.12. Bron: WODC-Recidivemonitor, 2012.

Als gekeken wordt naar de nieuwe justitiecontacten naar aanleiding van enig misdrijf, ongeacht de aard en ernst van de gepleegde delicten (de 'algemene' recidive) en naar de ernstige recidive (misdrijven met een wettelijke strafdreiging van minstens vier jaar; Wartna et al., 2008), dan zijn verschillen waarneembaar tussen daders van een harddrugsdelict en daders van een softdrugsdelict (tabel 10.13).

- De prevalentie van algemene recidive is bij harddrugsdaders consequent enige procenten hoger. Het verschil is echter klein.
- Ook de prevalentie van ernstige recidive is enigszins hoger bij harddrugsdaders.

Dit wijst erop dat een iets groter deel van de harddrugsdaders zich inlaat met delicten van verschillende aard en ook met meer ernstige delicten, dan softdrugsdaders, maar dat het gaat om een verschil van slechts enkele procenten.

**Tabel 10.13 Prevalentie (gemiddelde van cohorten 1997-2008, in cumulatieve % recidivisten) van algemene en ernstige recidive voor daders van een drugsdelict, naar observatieperiode en hard- en softdrugsdaders**

| Observatieperiode in jaren: | 1    | 2    | 3    | 4    | 5    | 6    | 7    | 8    | 9    | 10   |
|-----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Algemene recidive:          |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| • Harddrugsdaders           | 26,4 | 36,9 | 43,1 | 47,2 | 50,1 | 52,5 | 54,4 | 56,5 | 58,1 | 59,4 |
| • Softdrugsdaders           | 19,7 | 29,7 | 36   | 41,3 | 45,4 | 48,8 | 51,4 | 53,8 | 55,1 | 56,6 |
| Ernstige recidive:          |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| • Harddrugsdaders           | 20   | 28,5 | 33,8 | 37,5 | 40   | 42,6 | 44,7 | 46,8 | 48,5 | 50,1 |
| • Softdrugsdaders           | 14   | 21,7 | 26,8 | 31,5 | 35,1 | 38,3 | 40,9 | 43,3 | 44,6 | 46,1 |

Bron: WODC-Recidivemonitor, 2012.



# 11 Drugsgebruikers in het strafrechtelijk systeem

In dit hoofdstuk gaat het over delicten die gepleegd worden door drugsgebruikers. Gerapporteerd wordt wat hierover bekend is uit onderzoek en uit registratiesystemen van politie en justitie (§ 11.2). Deze systemen geven minimale informatie over drugsgebruik en – gebruikers in het strafrechtelijk systeem (zie Van Ooyen, 2011). In § 11.3 wordt beschreven wat bekend is over drugsgerelateerde overlast. § 11.4 betreft de justitiële maatregelen en interventies die zijn toegepast bij delinquente drugsgebruikers die zich in het strafrechtelijk systeem bevinden.

De gegevens zijn afkomstig uit registratiesystemen van politie, verslavingsreclassering, de Dienst Justitiële Inrichtingen en recent wetenschappelijk onderzoek, zoals de Integrale Veiligheidsmonitor. Wat betreft registratiesystemen moet worden opgemerkt dat drugsgebruik onder justitiabelen niet systematisch wordt geregistreerd, noch door de politie, noch door het Openbaar Ministerie of het gevangeniswezen. De cijfers die hieruit gerapporteerd worden geven slechts zicht op de gebruikers die bij politie en justitie in beeld zijn gekomen en die vervolgens als 'gebruiker' zijn gecategoriseerd. Omdat justitiële instanties drugsgebruik bij verdachten en gedetineerden niet systematisch navragen, valt een deel van de drugsgebruikende justitiabelen buiten de statistieken. In § 11.1 staat eerst een overzicht van de belangrijkste bevindingen in 2010.

## 11.1 Laatste feiten en trends

- De "drugsgebruikende verdachten" die bekend zijn bij de politie zijn al sinds jaren voornamelijk mannen, ook in 2010. De gemiddelde leeftijd in 2010 is 41 jaar. De meerderheid heeft een aanzienlijke criminele historie. Zij worden vooral opgepakt vanwege vermogensdelicten en delicten met geweld. Het aandeel van deze delicten stabiliseert min of meer (§ 11.2).
- Bij huiselijk geweld speelt middelengebruik, met name het gebruik van alcohol, een rol. Huiselijk geweld neemt ernstiger vormen aan als er middelen gebruikt zijn door de dader. Er wordt dan ook vaker letsel toegebracht aan het slachtoffer (§ 11.2).
- Er is een dalende trend in het aantal verdachten van rijden onder invloed (§ 11.2).
- Het aandeel zeer actieve veelplegers met verslavingsproblemen is dalende (§ 11.2).
- Het injecteren van drugs lijkt in Nederlandse gevangenisstraf nauwelijks voor te komen (§ 11.2).
- Bijna vijf procent van de Nederlandse bevolking ervaart overlast die men aan drugs relateert (§ 11.3).
- De verslavingsreclassering heeft in 2010 meer cliënten dan in 2009. Zij verricht in 2010 vooral activiteiten in het kader van toezicht op justitiabelen en (advies)rappor-

tages over cliënten aan justitiële instanties (§ 11.4).

- Verslaafde justitiabelen worden steeds vaker toegeleid naar zorg buiten detentie, meestal naar niet-klinische psychiatrische of verslavingszorg (§ 11.4).
- De meerderheid van personen onder de maatregel tot plaatsing in een Inrichting voor Stelselmatige Daders (ISD) bestaat uit problematische drugsgebruikers. De meeste ISD'ers volgen een trajectregime met gedragsinterventies binnen of buiten detentie (§ 11.4).

## 11.2 Drugsgebruikende verdachten en gedetineerden

### Drugsgebruikende verdachten bij de politie

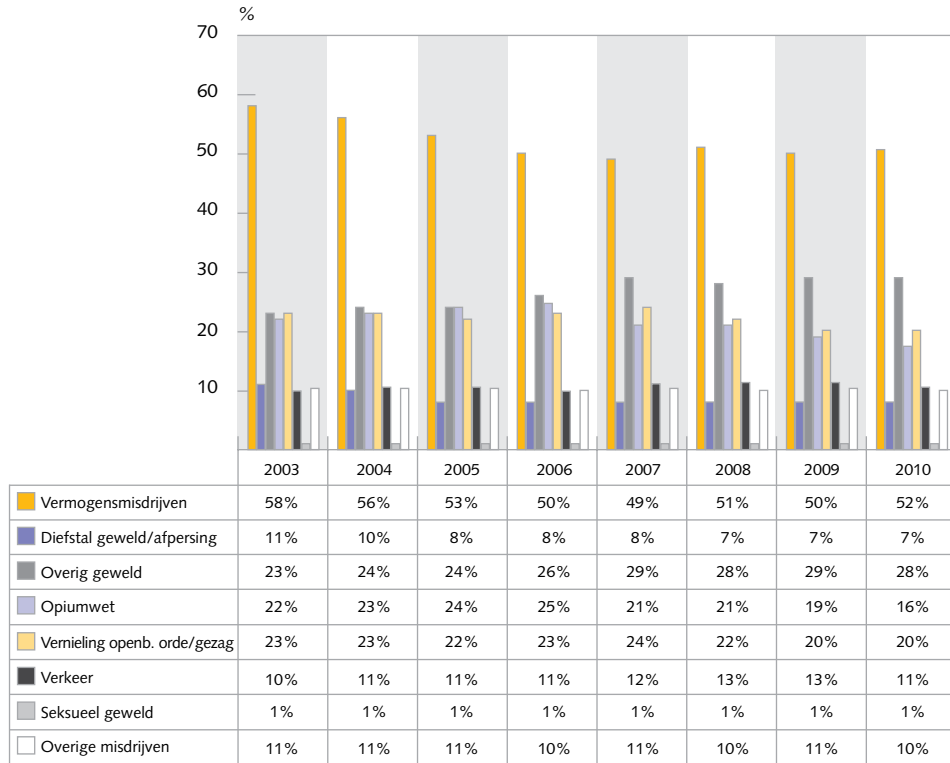
In het Herkenningsdienstsysteem (HKS) van de politie kan aangegeven worden of een verdachte "drugsgebruiker" is. Deze classificatie wordt gebruikt als er aanwijzingen zijn dat een verdachte door drugsgebruik een gevaar kan opleveren voor de verbalisant. Ook kan dit gebeuren op aangeven van de verdachte zelf, bijvoorbeeld als hij/zij zelf aangeeft problemen te hebben met het gebruik van drugs, of als hij/zij om methadon vraagt. Er is een kans dat een verdachte wel drugsgebruiker is, maar niet als zodanig in het HKS wordt geregistreerd omdat de politie dit niet herkent. Hoogstwaarschijnlijk hebben we te maken met een onderschatting. Er bestaan ook regionale verschillen in de registratie van deze categorie en de registratie wordt niet systematisch ververst. De cijfers over 2010 zijn voorlopig.

De categorie in 2010 als drugsgebruikers geregistreeerde aangehouden verdachten heeft het volgende profiel.

- Het merendeel (93%) is man. De populatie wordt ouder. De gemiddelde leeftijd neemt toe van 37 jaar in 2003 naar 41 jaar in 2010, 69 procent is ouder dan 24 jaar.
- De meesten zijn veelplegers: 80 procent is meer dan tien keer eerder verdacht geweest en 24 procent meer dan 50 keer.

Figuur 11.1 laat zien voor welk type delict drugsgebruikende verdachten zijn opgepakt.

**Figuur 11.1 Type delict waarvan personen worden verdacht die door de politie als drugsgebruiker zijn geïdentificeerd, 2003-2010<sup>1</sup>**



1. Verdachten kunnen verdacht worden van meer dan een type delict. Bron: HKS, KLPD/DNRI.

- Drugsgebruikende verdachten worden het meest geïdentificeerd voor vermogensdelicten zonder geweld (52% in 2010). Daarna volgen geweldsdelicten (35% inclusief diefstal met geweld of afpersing, exclusief seksueel geweld), openbare orde delicten (20%) en Opiumwetdelicten (16%).
- Na een daling tussen 2003 en 2007 is het aandeel drugsgebruikende verdachten dat is opgepakt vanwege een vermogensdelict (met of zonder geweld of afpersing) in 2007-2010 min of meer gestabiliseerd. Het aandeel dat is opgepakt vanwege overige geweldsdelicten (geen vermogensdelicten) steeg tot 2007 en daarna niet meer.
- Sinds 2006 is ook een dalende lijn in het aandeel Opiumwetdelicten te zien. Deze daling zet door in 2010 (naar 16%, was 19% in 2009).
- Sinds 2007 daalt ook het aandeel delicten tegen de openbare orde, maar in 2010 blijft dit aandeel gelijk vergeleken met 2009.
- Verkeersdelicten nemen over de jaren heen langzaam toe. In 2010 treedt hier een daling op ten opzichte van 2009.

## **Geweldsdelicten onder invloed**

- In oktober 2010 verscheen de rapportage over de strandrellen in Hoek van Holland (Muller et al., 2010). Bij deze rellen speelde volgens betrokken professionals excessief middelengebruik (met name alcohol, maar ook drugs) onder de reischoppers een rol, naast (deels ook) psychische problematiek en gelegenheidsfactoren (zoals mogelijkheden tot organisatie en mobilisatie). De relatie tussen het middelengebruik en het (groeps)geweld is evenwel onduidelijk.
- Uit online onderzoek onder een representatieve steekproef uit de Nederlandse bevolking kwam naar voren dat negen procent van de respondenten in de afgelopen vijf jaar te maken had met huiselijk geweld (incidentele voorvallen niet meegerekend). Naar inschatting van de slachtoffers is daarbij in 16 procent van de gevallen alcoholgebruik en in tien procent drugsgebruik van de dader (mede) een reden (Van Dijk et al., 2010). Nader verdiepend face-to-face onderzoek onder slachtoffers laat zien dat naast psychische problemen alcohol- en drugsgebruik bij de dader van invloed is op het geweld; dit is door rond een derde van de slachtoffers aangegeven. 43 tot 49 procent van de daders drinkt veel, terwijl 12 tot 13 procent volgens de slachtoffers een drugsprobleem heeft (Van Dijk et al., 2010). Als alcohol- en drugsgebruik bij de dader in het spel is krijgen slachtoffers significant vaker te maken met lichamelijk letsel waarvoor medische hulp nodig is.
- Onderzoek onder cliënten van de reclassering laat zien dat 42,8 procent van degenen die huiselijk geweld plegen een alcoholprobleem heeft en dat 28,3 procent een probleem heeft met drugsgebruik (Van der Knaap et al., 2010). Huiselijk geweld neemt ernstiger vormen aan als er middelen gebruikt zijn door de dader. Er wordt dan ook vaker letsel toegebracht aan het slachtoffer (Van der Knaap et al., 2010). Volgens Van der Knaap et al. zou het kunnen dat alcoholgebruik een rol speelt bij het uit de hand lopen van ruzies en conflicten.
- Middelenmisbruik komt vaak voor bij daders van partnermishandeling in de forensische populatie; in een steekproef in een grote ambulante forensische setting bleek vijftig procent van alle cliënten die werden behandeld voor partnermishandeling ook te lijden aan stoornissen gerelateerd aan middelengebruik (Kraanen et al., 2010).

## **Rijden onder invloed bij politie, Openbaar Ministerie en rechter**

Rijden onder invloed (ROI) is een misdrijf volgens de Wegenverkeerswet. Het kan bestraft worden met een geldboete, ontzegging van de rijbevoegdheid, gevangenisstraf of een verplichte cursus.

- De politie registreerde in 2010 bijna 50 000 keer een verdachte van rijden onder invloed (Kalidien & De Heer- De Lange, 2011). Er is sinds 2007 een dalende trend. Verdachten van rijden onder invloed vormen 12 procent van alle verdachten bij de politie in 2010. Rijden onder invloed staat in de top-tien van misdrijven van geregistreerde verdachten.
- Bij het OM stroomden in 2010 rond 22 500 zaken rijden onder invloed in. Ook hier is een dalende lijn waarneembaar. Het gaat om 13,2 procent van alle zaken. Dit aandeel

schommelt sinds 2005 tussen 12,7 en 14,1 procent. Het is in 2010 iets hoger dan in 2009 (toen was het 12,7%).

- De rechter deed in eerste aanleg rond 12 500 zaken af. Dit is substantieel minder dan in eerdere jaren. Veel zaken worden in een eerder stadium afgedaan, vaak via een strafbeschikking.
- De rechter legt meestal een geldboete op (10 000 keer in 2010). Daarnaast worden taakstraffen opgelegd (ruim 2 000 keer in 2010) en ook (deels) onvoorwaardelijke gevangenisstraffen opgelegd (rond 350 keer in 2010).

Deze zaken betreffen vooral rijden onder invloed van alcohol. Over rijden onder invloed van drugs bestaan nog geen betrouwbare registratiecijfers; detectie is tot nu toe lastig vanwege het ontbreken van gemakkelijk hanteerbaar instrumentarium. Er wordt nu wel een wijziging voorbereid van de Wegenverkeerswet 1994, waarbij grenswaarden voor de concentratie van een drug in het bloed worden vastgelegd die zou moeten leiden tot een delict in het kader van de wet (T.K. 29398/236, 2010).

Nederland participeerde in de Europese DRUID- studie (Driving under the influence of drugs, alcohol and medicines). In 76 wegcontroles in zes politieregio's werd tussen januari 2007 en augustus 2009 de prevalentie van gebruik van illegale drugs, alcohol en medicijnen bij bestuurders vastgesteld (Houwing et al., 2011b; 2011c). Deelname was vrijwillig en het merendeel van de bestuurders deed mee (95%). Er werd bloed afgenomen en, als dat geweigerd werd, speeksel. Data zijn gewogen voor verkeersdichtheid gedurende de meetperiode. De gebruikte analytische detectiewaarden waren laag.

- Vierennegentig procent van de bestuurders kreeg een negatieve testuitslag.
- Zes procent testte positief. Tabel 11.1 laat de prevalentie zien naar middel.
- Alcohol is het vaakst aangetroffen, gevolgd door THC en – op afstand – de benzodiazepines. Alcohol in combinatie met andere middelen is aangetroffen bij 0,28 procent van de bestuurders. In totaal komt het percentage alcohol op 2,38 procent. Ongeveer een kwart van deze bestuurders (0,61 procent) had een bloedalcohol niveau van meer dan 0,5g/L.
- THC in combinatie met andere drugs werd aangetroffen bij 0,43 procent van de bestuurders, waardoor de totale prevalentie van THC 2,10 procent wordt.
- De percentages voor amfetamine en THC zijn iets hoger dan het (gewogen) Europese gemiddelde van 13 landen (0,08% en 1,32% resp.).

**Tabel 11.1** Percentage bestuurders met een positieve testuitslag voor illegale drugs, alcohol en psycho-actieve medicijnen

| Soort drug           | Percentage (%) | 95% betrouwbaarheidsinterval |
|----------------------|----------------|------------------------------|
| Amfetamine           | 0,19           | 0,10-0,36                    |
| Cocaïne              | 0,30           | 0,18-0,50                    |
| THC                  | 1,67           | 1,34-2,07                    |
| Illegale opiaten     | 0,01           | 0,00-0,09                    |
| Benzodiazepines      | 0,40           | 0,25-0,62                    |
| Z-drugs <sup>1</sup> | 0,04           | 0,01-0,15                    |
| Medicinale opiaten   | 0,16           | 0,08-0,32                    |
| Alcohol              | 2,15           | 1,78-2,60                    |
| Alcohol+drugs        | 0,24           | 0,13-0,42                    |
| Meedere drugs        | 0,35           | 0,22-0,56                    |

*1. niet-benzodiazepine slaapmiddel. Bron: Houwing et al, 2011b.*

- Onderzoek onder 180 zwaargewonde bestuurders die opgenomen waren in drie onderzochte ziekenhuizen laat zien dat 2,8 procent positief testte voor GHB (Houwing et al., 2011c). Dit is vrij hoog vergeleken met cocaïne (1,1%) en THC (1,1%). In 26 procent van de gevallen is (alleen) alcohol aangetroffen.
- In de Amsterdamse Antenne Monitor is nagevraagd of cafébezoekers een auto of fiets gingen besturen na afloop van het uitgaan (Benschop et al., 2011). Drie procent gaf dit aan. Van de cannabisgebruikers ging niemand met de auto naar huis (als bestuurder). Drie procent zei te rijden onder invloed van andere middelen, maar hier is de tijd tussen het gebruik en het rijden onbekend.

### **Drugsproblematiek onder zeer actieve veelplegers**

Zeer actieve veelplegers worden sinds 2005 gevolgd in de Monitor Veelplegers van het WODC. Gegevens komen uit verschillende bronnen in het strafrechtelijk systeem. Een zeer actieve veelpleger wordt gedefinieerd als een persoon van 18 jaar en ouder die in de afgelopen vijf jaar tien keer of vaker is gearresteerd en tenminste eenmaal in het verslagjaar een proces-verbaal heeft gekregen. In 2011 is gerapporteerd over de populatie zeer actieve veelplegers in de periode 2003-2008 (Tollenaar & Van der Laan, 2011; zie tabel 11.2).

**Tabel 11.2 Probleemcategorieën onder zeer actieve veelplegers, volgens de reclassering, 2003-2008**

| Probleemcategorie                  | 2003  | 2004  | 2005  | 2006  | 2007  | 2008  |
|------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Aantal zeer actieve veelplegers    | 5 708 | 5 934 | 5 790 | 5 519 | 5 375 | 5 046 |
| % van totaal aantal verdachten     | 3,1   | 3,0   | 2,9   | 2,7   | 2,6   | 2,6   |
| % met verslavingsproblemen         | 72,2  | 72,7  | 69,4  | 70,7  | 67,3  | 66,6  |
| % met psychische problemen         | 38,5  | 40,6  | 41,1  | 40,1  | 40,2  | 42,8  |
| % met problemen met wonen          | 43,4  | 45,4  | 44,3  | 46,7  | 45,8  | 41,4  |
| % met financiële problemen         | 43,7  | 43,5  | 44,8  | 48,7  | 46,8  | 48,4  |
| % met fysieke gezondheidsproblemen | 18,9  | 18,1  | 20,4  | 23,2  | 20,1  | 22,1  |
| % met relationele problemen        | 36,3  | 39,4  | 40,2  | 43,0  | 42,0  | 42,9  |

Bron: Tollenaar & Van der Laan, 2011.

- Het aantal zeer actieve veelplegers is dalende. Er zijn echter naar verhouding nu meer 18- tot 24-jarige (jonge) zeer actieve veelplegers.
- Tweederde (67%) heeft volgens de reclassering verslavingsproblemen. Dit aandeel is gedaald.
- De zeer actieve veelplegers plegen minder vermogensdelicten, terwijl vandalisme, verstoring van de openbare orde en geweldsdelicten meer voorkomen (niet in tabel).
- De gemiddelde leeftijd bleef tussen de 33 en 34 jaar (niet in tabel).

### Middelengebruik onder gedetineerden

Een studie onder gedetineerden (Bulten & Nijman, 2010) wees uit dat:

- Ruim driekwart (77%) van de gedetineerden een discrepantie ervaart tussen hun werkelijke en hun gewenste functioneren op bepaalde gebieden van hun psychosociaal functioneren, waaronder middelengebruik: hier rapporteert 36% een discrepantie.
- Bijna een derde (31%) van de gedetineerden ervaart het middelengebruik als probleem en 81 procent ziet een verband tussen het middelengebruik en de reden van de detentie.
- Driekwart (75%) geeft aan dat ze hulp nodig hebben om met dit probleem om te gaan. De meesten krijgen echter geen hulp tijdens detentie.

Wouters et al., (2011) voerden een face-to-face survey uit onder een steekproef van gedetineerden in 16 penitentiaire inrichtingen, die veroordeeld waren tot een gevangenisstraf van meer dan vier maanden of die al minstens drie maanden gedetineerd waren. Het onderzoek had tot doel risicovol gedrag voor infectieziekten in kaart te brengen.

- Slechts twee van de 378 gedetineerden geven aan ooit in detentie drugs geïnjecteerd te hebben. Eén gedetineerde injecteerde (heroïne) gedurende de huidige detentie. Geen enkele gedetineerde rapporteerde dat hij gedurende de huidige detentie naalden had gedeeld met andere gedetineerden. Deze resultaten indiceren dat het injecteren van drugs in Nederlandse gevangenissen nauwelijks voorkomt.

## 11.3 Overlast door drugsgebruikers

De Integrale Veiligheidsmonitor 2010 en 2011 bevat informatie over zelfgerapporteerde drugsgelateerde overlast bij 39 220 resp. 37 639 inwoners van Nederland van 15 jaar en ouder die in een privé huishouden wonen (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2011b; Centraal Bureau voor de Statistiek 2012b; [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl)). Het gaat hier om door burgers ervaren overlast die zij als 'drugsoverlast' percipiëren, waarbij niet vaststaat of de ervaren overlast daadwerkelijk drugsgelateerd is. Hierbij moet tevens aangetekend worden dat overlast op veel verschillende manieren, in subjectieve termen en afhankelijk van een bepaalde context, wordt gedefinieerd; er bestaat geen strikt omliggende en algemeen geldende definitie (Koemans, 2010). De monitor in de huidige vorm wordt jaarlijks uitgevoerd sinds 2008. De respons bedraagt 38,7 procent (in 2010) en 43,2 procent (in 2011).

- Bijna vijf procent van de bevroegde burgers geeft aan dat ze drugsgelateerde overlast ervaren hebben in 2010 en 2011. Dit is niet statistisch significant verschillend van 2009 (zie tabel 11.3).
- Bijna drie procent vindt drugsgelateerde overlast het belangrijkste probleem in hun buurt. Drugsgelateerde overlast scoort op dit punt laag (16e resp. 15e in een lijst van 25 problemen). Er is geen statistisch significant verschil met 2009.
- Vier regio's wijken statistisch significant af van het gemiddelde. De politieregio Limburg-Zuid heeft het hoogste percentage burgers dat aangeeft dat drugsgelateerde overlast vaak voorkomt (14,5% en 10% resp.). Daarna volgen Rotterdam-Rijnmond (7,7% en 7,1%) en Amsterdam-Amstelland (7,5% en 7,2%). Ook Midden en West Brabant scoort relatief hoog (6,2%). In onderzoek van Rovers en Fijnaut (2011) komt Maastricht ook naar voren als een lokatie met relatief veel drugsonderlast.
- Rond zeven procent van de bevroegde burgers ervaart overlast van dronken mensen op straat. Dit verschilt niet statistisch significant van 2009, wel van 2008, toen dit percentage statistisch significant lager was.
- Rond 1,5 procent vindt de dronken mensen op straat het belangrijkste probleem in de buurt. Er is geen statistisch significant verschil met 2009. Openbare dronkenschap scoort 18e in een lijst van 25 problemen.
- Dronken mensen op straat als probleem komt relatief vaak voor in de politieregio's Amsterdam-Amstelland (rond 11%), Haaglanden (9,4% in 2010 en 10,8% in 2011) en Rotterdam-Rijnmond (9,9% en 9,2% resp.).



**Tabel 11.3 Percentage burgers dat drugsgerelateerde overlast en overlast als gevolg van openbare dronkenschap als probleem in de buurt ervaart, 2008-2011**

| Probleemcategorie  | 2008 | 2009 | 2010 | 2011              |
|--|------|------|------|-------------------|
| Drugsoverlast is probleem in de buurt                                | 4,8% | 4,9% | 4,8% | 4,9%              |
| Drugsoverlast is het belangrijkste probleem in de buurt              | 2,7% | 2,7% | 2,9% | 2,9%              |
| Dronken mensen op straat is probleem in de buurt                     | 6,2% | 6,8% | 6,5% | 7,0% <sup>1</sup> |
| Dronken mensen op straat zijn het belangrijkste probleem in de buurt | 1,5% | 1,4% | 1,3% | 1,6%              |

*1. Statistisch significante toename ten opzichte van 2008. Bron: Integrale Veiligheidsmonitor 2010, landelijke rapportage, 2011.*

Wat betreft overlast gerelateerd aan coffeeshops kan uit enkele onderzoeken uit 2011 het volgende worden afgeleid, waarbij moet worden aangetekend dat het gaat om subjectief ervaren overlast die respondenten percipiëren als gerelateerd aan coffeeshops en waarbij niet vaststaat in hoeverre in hoeverre en of die overlast daadwerkelijk gerelateerd is aan coffeeshops:

- In Groningen (14 coffeeshops) ervaart 48 procent van de omwonenden van coffeeshops overlast van de coffeeshops. De overlast is vooral geconcentreerd in een gebied met drie coffeeshops. 80 Procent van de coffeshopbezoekers in Groningen wonen in de stad, vier procent komt uit het buitenland. Per dag tellen de coffeeshops vijf- tot zesduizend bezoekers (Bieleman et al., 2011a).
- Na de sluiting (in 2009) van 16 coffeeshops in Rotterdam als gevolg van het afstand-criterium tot scholen voor voortgezet onderwijs en beroepsonderwijs ervoer 42 procent van de omwonenden in de buurt van de gesloten coffeeshops nog overlast, hetgeen minder was dan ervoor (Bieleman et al., 2011b).

## 11.4 Maatregelen en interventies voor drugsgebruikers in het strafrechtelijk systeem

In deze paragraaf komen de volgende onderwerpen aan de orde:

- De activiteiten van de verslavingsreclassering;
- Het aanbod van zorg als alternatief voor vervolging en sancties;
- De maatregel tot plaatsing in een Inrichting voor Stelselmatige Daders.

### Verslavingsreclassering

Bij de Stichting Verslavingsreclassering GGZ<sup>10</sup> waren over het hele jaar 2010 20 233 cliënten geregistreerd, meer dan in 2009. De verslavingsreclassering voerde voor deze cliënten in 2010 verschillende activiteiten uit (zie tabel 11.4). In 2010 zijn veranderingen

<sup>10</sup> De Stichting Verslavingsreclassering GGZ (SVG) is een netwerkorganisatie bestaande uit een stafbureau en elf verslavingszorginstellingen met een reclasseringserkenning.

doorgevoerd in de definities en de criteria van de registratie, waardoor de cijfers niet vergelijkbaar zijn met eerdere jaren. Tabel 11.4 geeft daarom alleen cijfers over 2010. In de tabel zijn aantallen gebaseerd op oude definities opgeteld bij de aantallen volgens de nieuwe definities, teneinde een totaaloverzicht te verkrijgen.

- Activiteiten die behoren tot het houden van toezicht op justitiabelen en het uitbrengen van (advies)rapportages in opdracht van het Openbaar Ministerie, de rechter of gevangenisautoriteiten zijn in 2010 het vaakst uitgevoerd.
- In 2010 is ruim 5 400 keer een RISc afgenomen, minder dan in 2009 (toen gebeurde dit meer dan 5 700 keer). In aanvulling op de RISc kan diepgaander screening en onderzoek plaatsvinden om te komen tot een indicatie voor zorg of behandeling.
- Bij de gedragsinterventies gaat het om de korte leefstijltraining voor verslaafde justitiabelen, de leefstijltraining voor verslaafde justitiabelen en om andere (oudere) interventies die (nog) niet zijn erkend. Gedragsinterventies zijn beschikbaar voor gedetineerden met een straf van minimaal vier maanden. Sinds 2005 moeten deze interventies een erkenning hebben van een speciaal daartoe ingestelde commissie (zie Jaarverslag Erkenningcommissie Gedragsinterventies Justitie, 2011).

**Tabel 11.4 Aantal maal dat de verslavingsreclassering activiteiten heeft uitgevoerd in het kader van de reclasseringsproducten, 2010<sup>I,II</sup>**

| Type activiteit                               | 2010   |
|---|--------|
| Vroeghulp                                     | 2 122  |
| Reclasseringsadvies (incl. milieurapportages) | 10 522 |
| Toeleiding zorg                               | 5 046  |
| Toezicht                                      | 10 954 |
| Gedragsinterventies                           | 686    |
| Taakstraf/werkstraf                           | 4 888  |
| Taakstraf/leerstraf <sup>II</sup>             | 123    |

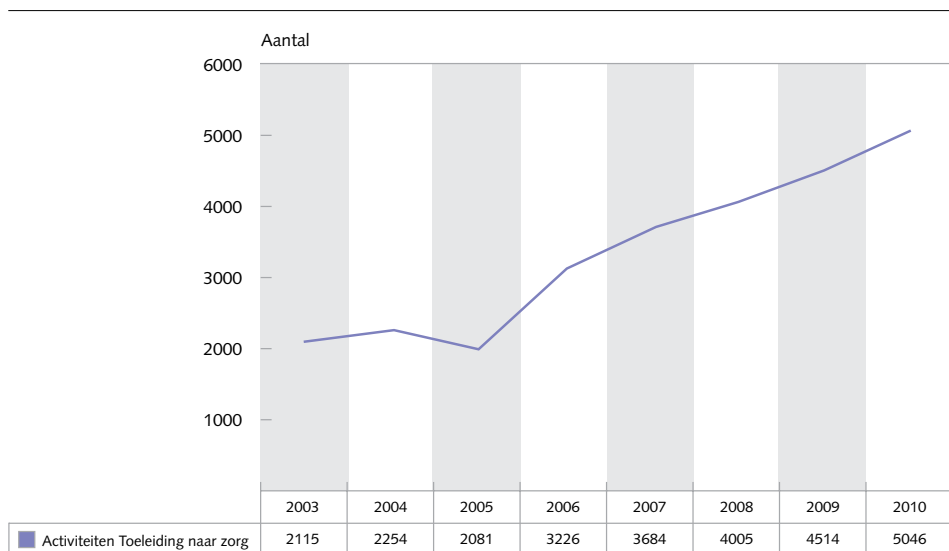
*I. Geen cijfers op cliëntniveau of gespecificeerd naar alcohol/drugs/gokken. II. Leerstraffen zullen vanaf 2011 als gedragsinterventie geregistreerd worden. Bron: SVG, 2011 ([www.svg.nl](http://www.svg.nl)).*

## Zorg als alternatief voor vervolging en sancties

Gedetineerde drugsgebruikers die vragen om hulp, of die problemen hebben die samenhangen met hun delictgedrag, kunnen gebruikmaken van zorg. Dit kan zowel in detentie, in een Penitentiair Psychiatrisch Centrum, als daarbuiten, door toeleiding naar externe zorgvoorzieningen tijdens detentie (Bulten & Van den Hurk, 2012). Voor toeleiding naar externe zorgvoorzieningen bestaan diverse juridische mogelijkheden (Van Ooyen, 2012). Deze mogelijkheden zijn beschikbaar voor alle gedetineerden, maar bij drugsgebruikers wordt dit van bijzonder belang geacht, omdat de problematiek zorg behoeft wil er een verbetering bewerkstelligd kunnen worden.

- In 2010 heeft de verslavingsreclassering ruim vijf duizend keer activiteiten verricht in het kader van een toeleiding van een probleemgebruiker naar zorg (figuur 11.2). Dit aantal stijgt.
- Bijna vier duizend maal betrof het een toeleiding in het kader van een justitiële maatregel en bijna 1 100 maal was dit niet het geval.

Figuur 11.2 Aantal activiteiten in het kader van toeleiding naar zorg door de verslavingsreclassering, 2003-2010



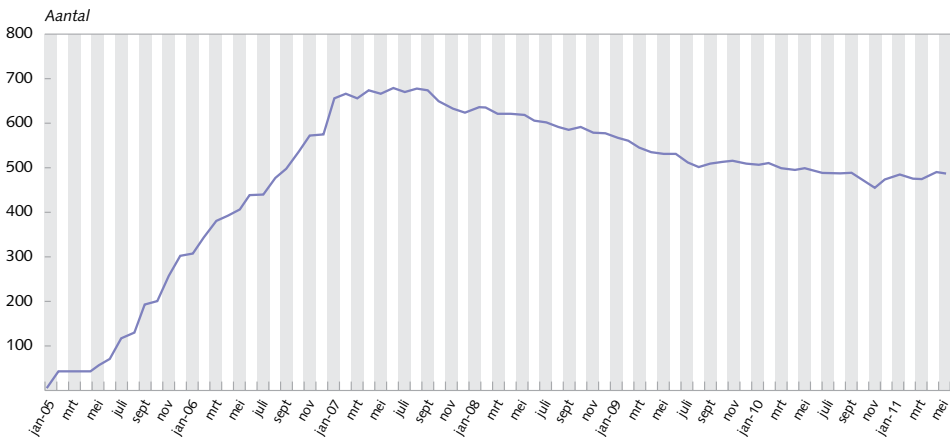
Bron: SVG, 2011 ([www.svg.nl](http://www.svg.nl)).

- De zorg waarheen wordt toegeleid betreft meestal niet-klinische verslavingszorg (ambulant of deeltijd): 1 158 maal (23%).
- Op de tweede plaats komt de niet-klinische psychiatrische zorg: 794 maal (16%).
- Op de derde plaats komt de klinische verslavingszorg: 603 maal (12%).
- De meeste toeleidingen betreffen dus gespecialiseerde verslavingszorg, maar psychiatrische zorg komt daarna.
- Verder zijn er toeleidingen naar andere voorzieningen, zoals opvangvoorzieningen en psychiatrische poliklinieken.

## De Inrichting voor Stelselmatige Daders

- Sinds 2004 kunnen stelselmatige daders van 18 jaar en ouder de maatregel ISD opgelegd krijgen. De ISD kan voor maximaal twee jaar door de rechter worden opgelegd.
- De ISD heeft een capaciteit van duizend plaatsen, waarvan 874 in penitentiaire inrichtingen en 126 in zorginstellingen buiten de penitentiaire inrichting.
- Deze plaatsen zijn in 2010 (ook) niet allemaal bezet. Het aantal is min of meer gestabiliseerd. Het hoogste aantal dat tot nu toe bereikt is was 679 (in juni en augustus 2007).
- In 2010 was de gemiddelde bezetting per maand 493, in 2011 494. Dit is minder dan in 2009 (gemiddeld 528) en 2008 (gemiddeld 607) (figuur 11.3).
- 80,1 procent van de ISD'ers in de periode 2003-2008 staat te boek als verslaafd (Tollenaar & Van der Laan, 2010).

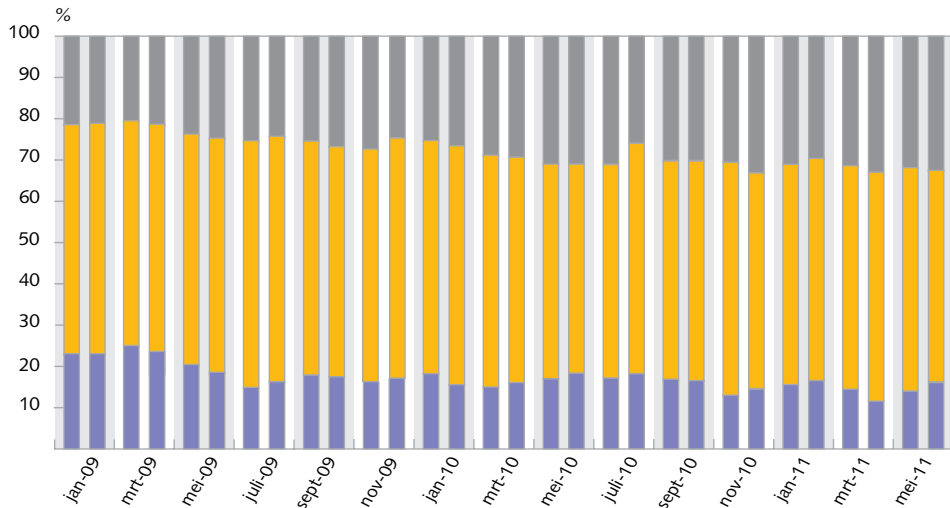
Figuur 11.3 Aantal ISD'ers, bezetting per maand, januari 2005 tot en met juni 2011



Bron: Dienst Justitiële Inrichtingen, 2011.

- ISD'ers kunnen verblijven in regulier regime (in een penitentiaire inrichting zonder gedragsinterventies), trajectregime (ze volgen gedragsinterventies in detentie) of extramuraal (ze volgen interventies of zorgtrajecten buiten detentie).
- In 2010 verbleef 22 procent van de ISD'ers per maand in regulier regime (figuur 11.4). In 2011 is dit 24 procent (periode januari-juni). Het aandeel is vrij stabiel sinds medio 2009.
- De meerderheid participeert in een trajectregime met gedragsinterventies: 78 procent in 2010 en 77 procent in 2011. De meeste trajecten vinden plaats binnen de penitentiaire inrichting, maar het aandeel extramuraal trajecten (buiten de penitentiaire inrichting) neemt toe (figuur 11.4).

Figuur 11.4 Verdeling van ISD'ers over verschillende regimes, januari 2009 tot juni 2011



Bron: Dienst Justitiële Inrichtingen, 2011.

- In 2012 is een effectstudie naar de ISD verschenen (Tollenaar & Van der Laan, 2012). Onderzocht is de recidivereductie en de criminaliteitsreductie door hechtenis als gevolg van de maatregel ISD in de periode 2004 tot en met 2008. Een groep ISD'ers die tussen augustus 2005 en eind 2008 uitstroomde uit de ISD is vergeleken met twee controlegroepen van zeer actieve veelplegers die een standaardvrijheidsstraf kregen opgelegd: een 'historische' controlegroep die in 2003 en 2004 uit detentie uitstroomde, en een gelijktijdige controlegroep die in 2007 en 2008 uitstroomde uit detentie. De controlegroepen zijn door propensity score matching op 20 factoren gelijk gemaakt aan de groep ISD'ers.
- De recidive onder ex-ISD'ers is fors. Twee jaar na afronding van de maatregel blijkt 72 procent opnieuw met justitie in aanraking te zijn geweest voor een misdrijf.
- In vergelijking met vergelijkbare zeer actieve veelplegers die een standaardvrijheidsstraf hebben afgerond blijkt de kans op recidive onder de ex-ISD'ers significant lager. Tegenover de 72 procent van de ex-ISD'ers recidiveerde 88 procent van de zeer actieve veelplegers in de historische controlegroep en 84 procent van de zeer actieve veelplegers die in dezelfde periode een standaardvrijheidsstraf hebben afgerond. Ex-ISD'ers hebben dus een 12 tot 16 procent kleinere kans om binnen twee jaar te recidiveren dan zeer actieve veelplegers die een standaardvrijheidsstraf hebben afgerond. Er is sprake van een statistisch klein effect.
- De gemiddelde frequentie van de recidive onder de ex-ISD'ers die recidiveren, is eveneens significant lager dan die in de controlegroepen.
- Daarnaast zijn strafzaken en strafbare feiten voorkomen doordat zeer actieve veelplegers die een ISD-maatregel krijgen voor langere tijd zijn ingesloten. Gemiddeld zijn

door het opleggen van de ISD-maatregel 5,7 strafzaken en gemiddeld minimaal 9,2 strafbare feiten voorkomen. Vanwege het feit dat lang niet alle delicten ter kennis komen van politie en justitie en dus niet geregistreerd worden is dit een forse onderschatting van het werkelijk aantal gepleegde misdrijven dat is voorkomen.

# Bijlage A Verklaring van begrippen

Deze bijlage bestaat uit twee delen. In het eerste deel worden begrippen verklaard op het terrein van middelengebruik en verslaving. In het tweede deel worden begrippen verklaard op het terrein van de drugscriminaliteit.

## I. Middelengebruik en verslaving

### **Actueel gebruik**

Het gebruik van een middel in de afgelopen maand, ongeacht de frequentie (van eenmalig tot dagelijks). Actuele gebruikers tellen automatisch mee met de recente gebruikers (gebruik afgelopen jaar), die weer automatisch meetellen met de ooitgebruikers (gebruik ooit in het leven).

### **Afhankelijkheid**

Zie: Verslaving.

### **Allochtoon, buitenlands, etnisch**

Door verschillen in definities zijn cijfers over allochtonen niet altijd met elkaar vergelijkbaar. Enkele definities zijn:

Volgens het ministerie van Binnenlandse Zaken, de VNG, het Peilstationsonderzoek scholieren, de Antenne-monitor en meestal gehanteerd in dit Jaarbericht (tenzij anders aangegeven): "allochtoon" is een inwoner van Nederland die in het buitenland is geboren, of een inwoner van wie minimaal één van de ouders in het buitenland is geboren.

Volgens het CBS: "allochtoon" is een inwoner van Nederland van wie minimaal één van de ouders in het buitenland is geboren, ongeacht het geboorteland van de persoon zelf. Volgens de GGD Amsterdam: "buitenlander" is een inwoner die zelf in het buitenland is geboren.

Volgens het LADIS: "allochtoon" is een cliënt die volgens de eigen beleving een culturele herkomst heeft van buiten Nederland.

### **Ambulante verslavingszorg**

Verslavingszorg waarbij de cliënt niet wordt opgenomen in een instelling. Bij intramurale verslavingszorg wordt de cliënt wel opgenomen in een instelling.

### **Armoedecoke**

Zie: Boerencoke.

## **Autochtoon**

Volgens het ministerie van Binnenlandse Zaken, de VNG, het Peilstationsonderzoek scholieren, de Antenne-monitor en meestal gehanteerd in dit jaarbericht (tenzij anders aangegeven): "autochtoon" is een persoon die in Nederland is geboren én wiens beide ouders in Nederland zijn geboren.

## **Boerencoke**

Anders dan de naam suggereert, is 'boerencoke' of 'armoedecoke' géén vorm van coke, dat wil zeggen cocaïne. Boerencoke is speed, dat wil zeggen amfetamine. De uitdrukking 'boerencoke' is ontstaan uit het gebruik van amfetamine door plattelandsjongeren als een goedkoper vervangingsmiddel voor de duurere cocaïne. Amfetamine die op deze manier wordt gebruikt werd daarom aanvankelijk betiteld als 'de boerenkool van de coke'. Deze uitdrukking is vervolgens verkort tot de nu gangbare uitdrukking 'boerencoke'.

## **Buprenorfine**

Net als methadon is buprenorfine een vervangingsmiddel voor heroïne en wordt het als medicijn gebruikt voor de behandeling van heroïneverslaving. Vergeleken met methadon heeft buprenorfine als voordeel dat er minder risico's zijn verbonden aan een overdosis, er minder ontweningsverschijnselen zijn na het stoppen met gebruik en het risico op misbruik en verslaving lager is.

## **Chinezen**

Het roken van heroïne vanaf folie.

## **Cliënt LADIS**

Cliënt van de (ambulante) verslavingszorg waarvan enkele gegevens over diens achtergrond, hulpvraag en ontvangen hulp anoniem staan geregistreerd in het LADIS, het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem. Cliënten staan ingeschreven bij de verslavingszorg voor vele vormen van hulp variërend van een therapeutische behandeling tot hulp in de vorm van schuldsanering, methadonverstrekking, reclassering, of gecontroleerde toegang tot een gebruikersruimte. Cliënten die na enige tijd geen gebruik meer maken van de hulpverlening, worden automatisch uitgeschreven en tellen niet meer mee met het aantal cliënten. Binnen het LADIS wordt gecorrigeerd op dubbeltellingen. Dezelfde persoon telt maar één keer mee bij de bepaling van het aantal cliënten.

## **Dagopname**

Opname in een ziekenhuis voor maximaal één dag waarbij de patiënt niet overnacht in het ziekenhuis.



## **DSM**

DSM staat voor Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. De DSM is een handleiding om te bepalen welke psychische stoornis iemand heeft. Verslaving is volgens de DSM één van de psychische stoornissen. De DSM-III-r is de derde gewijzigde (revised) versie en de DSM-IV is de vierde versie.

## **Gebruik**

Het gebruik van een middel ooit in het leven (ooitgebruik), in het afgelopen jaar (recent gebruik), of in de afgelopen maand (actueel gebruik). Actuele gebruikers tellen automatisch mee met de recente gebruikers, die weer automatisch meetellen met de ooitgebruikers.

## **Gemakzaken**

Zie: Tabaks- en gemakzaken.

## **Hallucinatie**

Gewaarwording (zien, horen of voelen) die iemand heeft, maar die andere mensen niet hebben. Hallucinaties kunnen een symptoom zijn van een psychische stoornis, maar worden door sommige mensen bewust opgeroepen via hallucinogenen.

## **Hallucinogenen**

Middelen die hallucinaties oproepen zoals paddo's en LSD. Ook wel psychodysleptica genoemd. Ook cannabis kan soms hallucinaties veroorzaken.

## **Hardcore**

Harde vorm van muziek op houseparty's.

## **Harddrugs**

Drugs op lijst I van de Opiumwet. Deze drugs vormen een onaanvaardbaar risico voor de volksgezondheid. Tot de harddrugs horen bijvoorbeeld heroïne, cocaïne, crack, ecstasy en amfetamine.

## **Hepatitis**

Een besmettelijke ziekte waarbij de lever wordt aangetast door het hepatitis virus. Het hepatitis virus komt voor in verschillende vormen: onder andere het hepatitis A, het hepatitis B (HBV) en het hepatitis C (HCV) virus.

## **Hoofddiagnose**

De belangrijkste ziekte waarvoor iemand in ziekenhuis wordt opgenomen.

## **ICD**

International Classification of Diseases. De ICD is het diagnostisch classificatiesysteem van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) voor lichamelijke ziektes, ongevallen en psychische stoornissen. Ook doodsoorzaken worden in ICD-codes geregistreerd. De ICD-9 is de negende en de ICD-10 is de tiende versie. Zie ook bijlage C.

## **Incident**

Een drugsgerelateerde acute stoornis waarvoor medische hulp wordt gezocht. Hieronder vallen zowel de lichamelijke en psychische effecten van intoxicaties, inclusief acute onthoudingsverschijnselen, als trauma's zoals ongevallen, suïcides en mishandeling die plaatsvinden terwijl het slachtoffer onder invloed van een "drug" is. Een verband met drugsgebruik wordt vermoed op basis van het klinisch beeld en de anamnese, bij de patiënt zelf of diens omgeving. Meestal vindt geen verificatie plaats door analyse van bloed of urine. Onderrapportage, door het niet herkennen van signalen van drugs- (of alcohol)gebruik, kan voorkomen.

## **Intramurale verslavingszorg**

Verslavingszorg waarbij de cliënt wordt opgenomen in een instelling.

## **Klinische opname**

Opname in een ziekenhuis waarbij de patiënt één of meer nachten in het ziekenhuis verblijft.

## **Misbruik**

Een vorm van problematisch gebruik van een middel waarbij (nog) geen sprake is van verslaving. Misbruik wordt vastgesteld via diagnostische classificatiesystemen zoals de DSM en de ICD. Kenmerken van misbruik zijn: verplichtingen thuis op school of op het werk niet nakomen, gebruik in gevaarlijke situaties (bijvoorbeeld autorijden onder invloed), in aanraking komen met justitie en doorgaan met het gebruik ondanks de problemen die daardoor ontstaan.

## **Nederwiet**

Wiet (een cannabisproduct) die in Nederland wordt geproduceerd.

## **Nevendiagnose**

Een aanvullende of onderliggende ziekte waarvoor iemand, naast de belangrijkste ziekte (de hoofddiagnose), in het ziekenhuis wordt opgenomen.

## **Ooitgebruik**

Het gebruik van een middel ooit in het leven, ongeacht de frequentie (van éénmalig tot dagelijks). Het ooitgebruik zegt nog niets over het recent of het actueel gebruik. Iemand die al lang geleden eens met een middel experimenteerde dat voor de toenmalige generatie populair was, blijft de rest van zijn of haar leven meetellen met de ooitgebruikers.

## **Parkstad Limburg**

Het samenwerkingsverband tussen de Zuid-Limburgse gemeenten Brunssum, Heerlen, Kerkrade, Landgraaf, Nuth, Onderbanken, Simpelveld en Voerendaal. (De gemeente Nuth heeft zich inmiddels onttrokken aan het samenwerkingsverband.)

## **Partydrugs**

Drugs die door sommige feestgangers worden gebruikt op feesten, zoals ecstasy, amfetamine, cannabis, GHB en LSD.

## **Polydrugsgebruik**

Het gebruik van meerdere drugs door elkaar, bijvoorbeeld heroïne en cocaïne.

## **Primair probleem**

Heeft iemand problemen met twee (of meer) middelen, dan is het primaire probleem het middel dat de grootste problemen veroorzaakt. Het andere middel is dan het secundaire probleem.

## **Primaire doodsoorzaak**

De directe oorzaak van iemands overlijden. Overlijdt iemand direct door een overdosis drugs, dan is dat de primaire doodsoorzaak. Overlijdt iemand door een ongeval dat plaatsvond onder de invloed van een drug, dan is het ongeval de primaire doodsoorzaak. De drug is dan een secundaire doodsoorzaak.

## **Problematisch gebruik**

Het gebruik van een middel op zo'n manier dat hierdoor lichamelijke, psychische of sociale problemen ontstaan, of op zo'n manier dat maatschappelijke overlast ontstaat. Problematisch gebruik is niet altijd verslaving. "Misbruik" is een vorm van problematisch gebruik waarbij geen sprake is van verslaving.

## **Psychonauten**

Een "psychonaut" is letterlijk iemand die op reis gaat in de geest. Als psychonauten drugs gebruiken, dan doen ze dat om hun mentale ontdekkingsreis te stimuleren. Sommige psychonauten gebruiken alleen natuurlijke drugs zoals paddo's en cactussen. Andere psychonauten gebruiken ook synthetische drugs als mentaal vervoersmiddel. Op de website [www.psychonaut.com](http://www.psychonaut.com) wisselen psychonauten hun ervaringen uit.

## **Psychose**

Psychische stoornis waarbij iemand hallucinaties heeft, dat wil zeggen dingen ziet, hoort of voelt die door andere mensen niet worden waargenomen. Duurt de stoornis niet langer dan één maand, dan spreekt men van een kortdurende psychotische stoornis.

### **Recent gebruik**

Het gebruik van een middel in het afgelopen jaar, ongeacht de frequentie (van eenmalig tot dagelijks). Recente gebruikers tellen automatisch mee met de ooitgebruikers (gebruik ooit in het leven).

### **Recreatief gebruik**

Gebruik van een middel (doorgaans in de vrije tijd) waarbij van het middel wordt genoten zonder dat er sprake is van problematisch gebruik (misbruik of verslaving).

### **Schizofrenie**

Psychische stoornis waarbij iemand hallucinaties heeft, dat wil zeggen dingen ziet, hoort of voelt die door andere mensen niet worden waargenomen. Door de stoornis funktioneert men slechter op school, werk en in het gezin. Men spreekt pas van schizofrenie als de stoornis minimaal zes maanden duurt.

### **Secundair probleem**

Heeft iemand problemen met twee (of meer) middelen, dan is het secundaire probleem het middel dat relatief de minste problemen veroorzaakt. Het andere middel is dan het primaire probleem.

### **Secundaire doodsoorzaak**

Een oorzaak die indirect heeft bijgedragen aan het overlijden. Overlijdt iemand door een ongeval dat plaatsvond terwijl hij/zij onder de invloed was van een drug, dan is de drug een secundaire doodsoorzaak.

### **Softdrugs**

Drugs op lijst II van de Opiumwet, met name cannabis. Drugs waarvan het risico voor de volksgezondheid als minder groot wordt ingeschat dan het risico van de harddrugs op lijst I van de Opiumwet.

### **Speciaal onderwijs**

Onderwijs aan kinderen die extra begeleiding ontvangen op een Regionaal Expertise Centrum (REC), in het praktijkonderwijs (pro), of in het leerwegondersteunend onderwijs (lwoo).

### **Startleeftijd**

Leeftijd waarop iemand voor het eerst een middel heeft gebruikt. De startleeftijd kan worden bepaald voor de ooitgebruikers (gebruik ooit in het leven), de recente gebruikers (gebruik in het afgelopen jaar) en de actuele gebruikers (gebruik in de afgelopen maand). Ook kan de startleeftijd worden bepaald voor verschillende leeftijdsgroepen. De startleeftijd hangt af van de groep waarvoor deze wordt berekend. Zo lag in 2005 voor de ooitgebruikers van cannabis de startleeftijd in de leeftijdsgroep van 15 tot en met 24 jaar op gemiddeld 16,4 jaar en in de leeftijdsgroep van 15 tot en met 64 jaar op

gemiddeld 19,6 jaar. De gemiddelde startleeftijd kan in een jonge leeftijdsgroep lager zijn dan in een brede leeftijdsgroep doordat eventuele 'late starters' van een middel niet worden meegenomen in de berekeningen. Op hogere leeftijd kunnen echter vertekeningen optreden in de herinnering van de leeftijd waarop men voor het eerst een middel gebruikte. Gegevens over startleeftijd moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd.

### **Tabaks- en gemakszaken**

Winkels waarin doorgaans producten worden verkocht zoals tabaksproducten (sigaretten, sigaren, shag), rokersbenodigdheden (pijpen, aanstekers), tijdschriften, kranten, wenskaarten, snacks, zoetwaren en loten (staatsloten, lottoformulieren, krasloten).

### **THC**

Tetrahydrocannabinol, het belangrijkste psychoactieve bestanddeel van cannabis.

### **Verslaving**

Problematisch gebruik van een middel waarbij sprake is van afhankelijkheid. Doorgaans verstaat dit Jaarbericht onder "verslaving" de klinische diagnose van afhankelijkheid. Voor justitiële monitors is het echter niet mogelijk om klinische diagnoses te stellen. Justitiële monitors registreren bijvoorbeeld extra gevaar vanwege drugsgebruik of 'duidelijke aanwijzingen voor verslaving' (zie § 8.3.2., SRM). De klinische diagnose van afhankelijkheid wordt vastgesteld via classificatiesystemen als de DSM en de ICD. Kenmerken van afhankelijkheid zijn: vaak in grote hoeveelheden of langere tijd gebruiken, steeds meer van het middel nodig hebben voor het gewenste effect (gewenning), onthoudingsverschijnselen, het middel gebruiken tegen onthoudingsverschijnselen, willen stoppen terwijl dat niet lukt, veel tijd besteden om aan het middel te komen of om er van te herstellen, opgeven van belangrijke bezigheden thuis, op school, op het werk, of de vrije tijd en doorgaan met het gebruik ondanks het besef dat dit veel problemen oplevert.

## **II. Drugscriminaliteit<sup>11</sup>**

### **Afdoening door de rechter**

Eindbeslissing, door schuldigverklaring, vrijspraak, ontslag van alle rechtsvervolgning of een van de overige einduitspraken.

### **Afdoening door openbaar ministerie**

Eindbeslissing over een bij het parket ingeschreven proces-verbaal door sepot, voeging ad informandum, voeging ter berechting, transactie of overdracht aan een ander parket, strafbeschikking.

---

<sup>11</sup> Bron van begrippenlijst: Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg/Heerlen, 2003; Bewerking WODC.

## **Antecedent**

Een antecedent is een politiecontact waarbij proces-verbaal van één of meer misdrijven is opgemaakt.

## **Beleidssepot**

Beslissing van het openbaar ministerie waarbij het afziet van vervolging van een geconstateerd strafbaar feit op grond van het algemeen belang.

Zie ook: Sepot.

## **Dagvaarding**

Officieel geschrift dat iemand oproept op een bepaalde tijd voor de rechter te verschijnen in verband met het de vervolging van een aan de opgeroepene ten laste gelegd strafbaar feit (strafprocesrecht).

## **Drang**

Bij drang probeert men een gebruiker, die zich in het strafrechtelijk systeem bevindt vanwege een zoveelste delict, in de richting van een zorgtraject te 'duwen'. De gebruiker krijgt de keuze tussen een zorgtraject of een strafrechtelijke sanctie. De keuze wordt beïnvloed: als de gebruiker kiest voor een zorgtraject kan hij niet alleen zijn situatie verbeteren, maar worden ook de verdere vervolging en straf geschorst of opgeschort. Doet hij dat niet, of houdt hij zich niet aan de voorwaarden van justitie, dan volgt tenuitvoerlegging van de strafrechtelijke sanctie.

## **Dwang**

Bij dwang heeft de gebruiker in tegenstelling tot "drang" geen keuze. Hij kan worden opgenomen en/of behandeld zonder zijn instemming.

Zie ook: Drang.

## **Eerste aanleg, (in -)**

Primaire rechterlijke instantie waar een zaak wordt behandeld.

## **Gevangenisstraf**

Vrijheidsstraf, levenslang of tijdelijk met een strafduur van ten hoogste dertig jaar, in de regel ondergaan in een gevangenis.

Zie ook: Hechtenis.

## **Gewone strafzaak rechtbanken**

Strafzaak die in eerste aanleg tot de competentie van de rechtbank behoort, met uitzondering van fiscale en economische delicten.

## **Hechtenis**

Principale - : vrijheidsstraf met een strafduur van maximaal 1 jaar en 4 maanden, van lichtere aard dan gevangenisstraf en in de regel ondergaan in een huis van bewaring

Subsidiaire - : vrijheidsstraf vanwege niet of niet volledige betaling van geldboete of het niet uitvoeren van een opgelegde taakstraf.

### **Inverzekeringstelling**

Vrijheidsbeneming gedurende ten hoogste vier dagen op bevel van de (hulp-)officier van justitie, wanneer de tijd dat een verdachte voor verhoor mag worden opgehouden (zes uur) niet voldoende is.

### **Meerderjarige verdachte**

Degene die ten tijde van begaan van een strafbaar feit 18 jaar of ouder is.

### **Minderjarige verdachte**

Degene die ten tijde van begaan van een strafbaar feit jonger is dan 18 jaar. Afhandeling van (jeugd)zaken van eenvoudige aard gebeurt veelal via Halt(bureaus).

NB. Niemand kan strafrechtelijk worden vervolgd voor een feit begaan voordat hij de leeftijd van 12 jaar heeft bereikt.

### **Misdrijf**

Strafbaar feit van de zware soort, als zodanig aangeduid in de strafwetten; indeling van strafbare feiten in misdrijven en overtredingen is van belang bij het procesrecht (absolute competentie en rechtsmiddelen) en de strafbaarstelling; berechting in eerste aanleg gebeurt in de meeste gevallen door de rechtbank.

Zie ook: Overtreding.

### **Niet-ontvankelijkheid**

Eindbeslissing waarbij de rechter het openbaar ministerie het recht te vervolgen ontzegt, op grond van procedurefouten of 'undue delay'.

### **Onherroepelijke uitspraak**

Beslissing van de rechter waartegen geen (gewoon) rechtsmiddel meer openstaat.

### **Ontslag van (alle) rechtsvervolgning**

Beslissing van de rechter, waarbij hij het door de officier van justitie ten laste gelegde feit wel bewezen acht maar van oordeel is dat het feit of de verdachte niet strafbaar is.

Zie ook: Schuldigverklaring, Vrijspraak.

### **Openbaar ministerie (OM)**

Overheidsorgaan met als taken: wetten te handhaven, strafbare feiten op te sporen en te vervolgen, strafvonnissen ten uitvoer te leggen en de rechter te informeren voor zover de wet dat voorschrijft.

## **Opgehelderd misdrijf**

Misdrijf waarbij tenminste één verdachte bij de politie bekend werd, ook al is hij voortvluchtig of ontkent hij het (strafbare) feit te hebben gepleegd.

## **Ophelderingspercentage**

Het totaal aantal in een bepaalde periode opgehelderde misdrijven in relatie tot het totaal aantal in dezelfde periode door de politie opgemaakte processen-verbaal terzake van gelijk(soortig)e misdrijven, uitgedrukt in procenten.

## **Overtreding**

Strafbaar feit van de lichte soort, als zodanig aangeduid in de strafwetten; indeling van strafbare feiten is van belang bij het procesrecht (absolute competentie en rechtsmiddelen) en de strafbaarstelling; afdoening veelal met een schikking/transactie via het openbaar ministerie of berechting in eerste aanleg door de rechtbank sector kanton. Zie ook: Misdrijf.

## **Proces-verbaal**

Op schrift gestelde verklaring van een opsporingsambtenaar over door hem waargenomen feiten of omstandigheden.

## **Rechtbank**

Rechtscollege dat in eerste aanleg kennis neemt van alle zaken waarvoor niet een andere rechter is aangewezen. Er zijn 19 rechtbanken.

NB. De sector kanton (vroeger: kantongerecht) is sinds 1 januari 2002 opgenomen in de organisatie van de rechtbank.

## **Reclassering**

Instantie die zich ten doel stelt door haar inspanningen een aantoonbare bijdrage te leveren aan de herinpassing van reclasseringscliënten in de samenleving. Daarmee wordt tevens beoogd herhaling van strafbaar gedrag te voorkomen. Dit doet zij door onderzoek en rapportage omtrent de persoon en omstandigheden van de verdachte of veroordeelde, het opstellen van plannen van aanpak om de gestelde doelen te bereiken, het uitoefenen van begeleiding en toezicht tijdens de uitvoering daarvan en het toezicht op de uitvoering van taakstraffen. Slechts in die gevallen dat er duidelijke aanknopingspunten zijn voor gedragsverandering en de kans op succes in grote mate aanwezig lijkt, zullen intensieve programma's met dat doel worden aangewend.

## **Schuldigverklaring**

Uitspraak door de rechter, waarbij hij het door het openbaar ministerien laste gelegde feit bewezen en een strafbaar feit acht en van oordeel is dat de verdachte strafbaar is.



## **Sepot**

Beslissing van het openbaar ministerie waarbij het, op beleidsmatige of technische gronden, afziet van vervolging van een geconstateerd strafbaar feit.

Zie ook: Beleidssepot, Technisch sepot.

## **Strafzaak**

Het bij een parket ingeschreven proces-verbaal ten aanzien van één verdachte.

## **Technisch sepot**

Beslissing van het openbaar ministerie waarbij het afziet van vervolging van een strafbaar feit omdat het van mening is dat vervolging niet tot een veroordeling zal leiden (bijvoorbeeld omdat voldoende bewijs ontbreekt of omdat het feit of de verdachte niet strafbaar is).

## **Transactie (juridisch)**

Het onder bepaalde omstandigheden ter voorkoming van strafvervolging voldoen aan een of meer door de opsporingsambtenaar (politie) of het openbaar ministerie (officier van justitie) gestelde voorwaarden, zoals het betalen van een geldsom ('boete'), waardoor het recht tot strafvervolging vervalt.

## **Verdachte**

Voor het begin van de vervolging is hij degene van wie uit feiten of omstandigheden een redelijk vermoeden van schuld aan een strafbaar feit wordt aangenomen, daarna is hij degene tegen wie de vervolging is gericht.

## **Vervroegde invrijheidstelling**

Het uit hoofde van de wet in beginsel vervroegd vrijlaten uit de penitentiaire inrichting van tot duurzame vrijheidsstraf veroordeelde personen.

## **Voeging ad informandum**

Het voegen, door het openbaar ministerie, van een strafzaak zonder tenlastelegging bij een andere zaak die aan de rechter wordt voorgelegd, met het doel de rechter bij de bepaling van de strafmaat rekening te laten houden met de gevoegde zaak.

Zie ook: Afdoening door openbaar ministerie.

## **Voeging ter berechting**

Het samenvoegen, door het openbaar ministerie, van ingeschreven strafzaken, met het doel de rechter bij één vonnis verschillende zaken tegelijk te laten afdoen.

Zie Afdoening door openbaar ministerie.

**Voeging ter zitting**

Het samenvoegen, door de rechter, van onder verschillende parketnummers ingeschreven strafzaken, met het doel deze zaken als één strafzaak te behandelen.

Zie Afdoening door de rechter.

**Vonnis**

Gemotiveerde bindende uitspraak van de rechter in een voor hem gevoerd rechtsgeding.

**Voorlopige hechtenis**

Vrijheidsbeneming in een huis van bewaring voorafgaand aan behandeling ter terechtzitting, in het algemeen toegepast bij verdenking van een ernstig delict (misdrijf waarop een gevangenisstraf van vier jaren of meer is gesteld), op grond van ernstig vluchtgevaar en/of een gewichtige reden van maatschappelijke veiligheid, bij voorbeeld vrees voor herhaling.

**Vrijspraak**

Uitspraak, door de rechter, waarbij hij niet bewezen acht dat het door de officier van justitie ten laste gelegde feit door de verdachte is gepleegd.

Zie ook: Ontslag van rechtsvervolging, Schuldigverklaring.

# Bijlage B Bronnen

Deze bijlage geeft een schematisch overzicht van de belangrijkste bronnen van de Nationale Drug Monitor (NDM) voor achtereenvolgens (I) het gebruik en problematisch gebruik, (II) hulpvraag en behandeling, (III) ziekte en sterfte, (IV) marktinformatie en (V) justitiële gegevens. Voor een uitgebreidere beschrijving van de bronnen: zie [www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl), [www.ivo.nl](http://www.ivo.nl), of [www.zonmw.nl](http://www.zonmw.nl).

## I. Gebruik en problematisch gebruik

| Bron   | Doelgroep  | Middelen                 |  |
|--|--|--------------------------|--|
| Peilstationsonderzoek scholieren   | Scholieren van 10 tot en met 18 jaar in de twee hoogste groepen van de basisscholen en het 'reguliere' voortgezet onderwijs: brugklas, VMBO, HAVO en VWO, soms projecten op bijzondere scholen | Alcohol, drugs, tabak    |  |
| Antenne  | Uitgaande jongeren en jongvolwassenen in Amsterdam   | Alcohol, drugs, tabak    |  |
| ESPAD  | Scholieren van 15 en 16 jaar van het middelbaar onderwijs in 36 Europese landen  | Alcohol, drugs, tabak    |  |
| Haags Uitgaansonderzoek  | Uitgaanders vanaf 12 jaar in Den Haag  | Alcohol, drugs           |  |
| HBSC   | Scholieren van 11 tot en met 16 jaar (tot en met de vierde klas)   | Alcohol, cannabis, tabak |  |
| Nationaal Instituut voor de Publieke Opinie en het Marktonderzoek (TNS NIPO) in opdracht van STIVORO | Landelijke bevolking van vijftien jaar en ouder  | Tabak                    |  |
| Nationaal Prevalentie Onderzoek (NPO)  | Landelijke bevolking van twaalf jaar en ouder (1997, 2001) of 15 tot en met 64 jaar (2005, 2009)   | Alcohol, drugs, tabak    |  |
| Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)                                       | Landelijke bevolking van 18 tot en met 64 jaar   | Alcohol, drugs           |  |
| Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLS)  | Landelijke bevolking van 15 tot en met 64 jaar (drugs) of 12 jaar en ouder (alcohol, tabak)  | Alcohol, tabak, drugs    |  |

| Metingen   | Verantwoordelijke organisatie/Homepage   |
|--|--|
| <p>1984, 1988, 1992, 1996, 1999, 2003, 2007, 2011</p> <p>Bijzondere scholen, projecten: 1990, 1997; 2008</p> | <p>Trimbos-instituut<br/>www.trimbos.nl</p>  |
| <p>Jaarlijks sinds 1993, met wisselende keus van doelgroepen voor een survey</p>                             | <p>Bonger Instituut voor Criminologie, Universiteit van Amsterdam in samenwerking met Jellinek Preventie<br/>www.jur.uva.nl<br/>www.jellinek.nl/</p>   |
| <p>1995, 1999, 2003, 2007, 2011</p>  | <p>CAN, Pompidou Groep, EMCDDA, voor Nederland het Trimbos-instituut<br/>www.can.se/</p>   |
| <p>2002, 2003, 2007, 2008-2009</p>   | <p>GGD Den Haag, Parnassia Bavo Groep en Politie Haaglanden<br/>www.denhaag.nl/ggd/<br/>www.parnassia.nl/<br/>www.politie.nl/haaglanden/</p>   |
| <p>2001, 2005, 2009</p>  | <p>WHO, in 2009 deelname door 43 landen. Voor Nederland: Trimbos-instituut, Universiteit Utrecht, Sociaal en Cultureel Planbureau<br/>www.hbsc.org<br/>www.trimbos.nl<br/>www.uu.nl<br/>www.scp.nl</p> |
| <p>Jaarlijks</p>   | <p>STIVORO<br/>www.stivoro.nl</p>  |
| <p>1997, 2001, 2005, 2009</p>  | <p>IVO<br/>www.ivo.nl</p>  |
| <p>NEMESIS 1: 1996 en follow-up in 1997 en 1999; NEMESIS II: 2007 tot en met 2015.</p>                       | <p>Trimbos-instituut<br/>www.trimbos.nl</p>  |
| <p>Jaarlijks</p>   | <p>CBS<br/>www.cbs.nl</p>  |

## II. Hulpvraag en behandeling

| Bron  | Doelgroep   | Middelen       |  |
|---|---|----------------|--|
| Centrale Methadon Registratie (CMR)                                       | Methadoncliënten in de regio Amsterdam  | Methadon       |  |
| Landelijk Alcohol en Drugs Informatiesysteem (LADIS)                      | Cliënten van de (ambulante) verslavingszorg   | Alcohol, drugs |  |
| Dutch Hospital Data (DHD), voorheen Landelijke Medische Registratie (LMR) | Ziekenhuispatiënten   | Alcohol, drugs |  |
| Letsel Informatie Systeem (LIS)   | Patiënten die spoedeisende hulp krijgen na een ongeval (gegevens zijn geëxtrapoleerd) | Alcohol, drugs |  |

## III. Ziekte en sterfte

| Bron  | Doelgroep/Onderwerp   | Middelen                     |  |
|---|---|------------------------------|--|
| Amsterdamse cohortstudie en monitor drugsgerelateerde sterfte | Doodsoorzaken onder methadoncliënten en recreatieve drugsgebruikers in Amsterdam  | Harddrugs, recreatieve drugs |  |
| Centrale Post Ambulancevervoer (CPA)                          | Ambulanceritten voor de bevolking van Amsterdam en omstreken  | Alcohol, drugs               |  |
| Doodsoorzakenstatistiek                                       | Doodsoorzaken van inwoners van Nederland die staan ingeschreven in het bevolkingsregister en doodsoorzaken uit rechtbankzaken | Alcohol, drugs, tabak        |  |
| HIV/aids-registratie  | HIV-geïnfecteerden en aids-patiënten onder injecterende drugsgebruikers   | Harddrugs                    |  |
| Monitor verkeersveiligheid                                    | Verkeersdeelnemers  | Alcohol                      |  |

|  | <b>Metingen</b> | <b>Verantwoordelijke organisatie/Homepage</b>                                   |
|--|-----------------|---|
|  | Jaarlijks       | GGD Amsterdam<br>www.ggd.amsterdam.nl   |
|  | Jaarlijks       | Stg. IVZ, Houten<br>www.sivz.nl   |
|  | Jaarlijks       | Stichting DHD en Kiwa Prismant<br>www.dutch.hospitaldata.eu<br>www.prismant.nl/ |
|  | Jaarlijks       | Stichting Consument en Veiligheid<br>www.veiligheid.nl                          |

|  | <b>Metingen</b>      | <b>Verantwoordelijke organisatie/Homepage</b> |
|--|----------------------|---|
|  | Jaarlijks vanaf 1976 | GGD Amsterdam<br>www.ggd.amsterdam.nl         |
|  | Jaarlijks            | GGD Amsterdam<br>www.ggd.amsterdam.nl         |
|  | Jaarlijks            | CBS<br>www.cbs.nl                             |
|  | half jaarlijks       | IGZ, SHM, RIVM<br>www.hiv-monitoring.nl       |
|  | Jaarlijks vanaf 1970 | SWOV<br>www.swov.nl                           |

## IV. Marktinformatie

| Bron  | Doelgroep/Onderwerp  | Middelen      |  |
|---|--|---------------|--|
| Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) | Uitgaansdrugs van recreatieve gebruikers   | Uitgaansdrugs |  |
| Monitor gedoogde coffeeshops                  | Aantal officieel gedoogde coffeeshops, coffeeshopbeleid van gemeenten en handhavingsbeleid | Cannabis      |  |
| THC-monitor                                   | THC-gehalte en prijs van cannabismonsters uit coffeeshops                                  | Cannabis      |  |

## V. Justitieel

| Bron  | Doelgroep/Onderwerp   | Middelen  |  |
|---|---|---|--|
| Clïent Volg Systeem (CVS)                                     | Productiecijfers verslavingsreclassering, cliënten van de verslavingsreclassering   | Alle middelen, geen uitsplitsing  |  |
| HerKenningsdienstSysteem (HKS)                                | Processen-verbaal van aangiften; processen-verbaal opgemaakt tegen verdachten; geregistreerde criminele voorgeschiedenis van verdachten   | Gevarenclassificatie 'drugsgebruiker' of 'alcoholverslaafd'; Opiumwetdelicten uitsplitsbaar naar hard- en softdrugs |  |
| Onderzoeks- en Beleidsdatabase Justitiële Documentatie (OBJD) | Beleidsinformatie over strafrechtspleging; geanonimiseerde kopie van het Justitieel Documentatie Systeem  | Opiumwetdelicten uitsplitsbaar naar hard- en softdrugs  |  |
| Openbaar Ministerie Data (OMDATA)                             | Landelijke database van het Parket-Generaal met gegevens over vervolging en berechting in eerste aanleg   | Opiumwetzaken uitsplitsbaar naar hard- en softdrugs   |  |
| Opsporingsonderzoeken Georganiseerde Criminaliteit            | Opsporingsonderzoeken door de Nederlandse politie naar ernstiger vormen van georganiseerde criminaliteit; overtreders van onder meer de Opiumwet die samenwerken in georganiseerd verband | Uitsplitsing naar hard- en softdrugs  |  |



|  | <b>Metingen</b>  | <b>Verantwoordelijke organisatie/Homepage</b> |
|--|--|---|
|  | Continu; jaarlijkse rapportage   | Trimbos-instituut<br>www.trimbos.nl           |
|  | 1997, 1999, jaarlijks van 2000-2005, daarna twee-jaarlijks                         | WODC<br>www.wodc.nl/                          |
|  | Twee keer per jaar (tot 2009); vanaf 2010 een keer per jaar; jaarlijkse rapportage | Trimbos-instituut<br>www.trimbos.nl           |

|  | <b>Metingen</b>   | <b>Verantwoordelijke organisatie/Homepage</b>   |
|--|---|---|
|  | Dagelijkse dossiervorming   | Stichting Verslavingsreclassering Nederland (SVG) in samenwerking met Reclassering Nederland en reclassering van het Leger des Heils<br>www.ggz nederland.nl  |
|  | Actualisatie eind eerste kwartaal over hele voorgaande kalenderjaar; tevens extractie definitieve cijfers over jaar daarvoor (vanwege verwerkingsachterstanden) | De unit Kennis en Ontwikkeling, afdeling Onderzoek en Analyse van de dienst IPOL van het Korps Landelijke politiediensten in samenwerking met de politieregio's; Het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatie Centrum van het Ministerie van Justitie (WODC) beschikt over een kopie<br>www.politie.nl/KLPD/<br>www.wodc.nl/ |
|  | Vier keer per jaar actualisatie   | WODC<br>www.wodc.nl/  |
|  | Drie keer per jaar actualisatie   | Eigendom van het College van Procureurs-Generaal. Het Parket Generaal verzamelt en beheert de gegevens. Het WODC beschikt over een kopie<br>www.wodc.nl/  |
|  | Jaarlijkse rapportage   | K&O/O&A/dNRI/KLPD, in samenwerking met de politieregio's<br>www.politie.nl/KLPD/  |

| Bron   | Doelgroep/Onderwerp  | Middelen  |  |
|--|--|---|--|
| Ten UitvoerLegging van vrijheidsbenemende straffen en maatregelen in Penitentiaire inrichtingen (TULP) | Kenmerken van gedetineerden, delicten, duur van de opgelegde straffen en kenmerken van de inrichtingen; Justitiële Jeugdinstellingen (TULP/JJI) en TBS-instellingen worden apart geregistreerd | Opiumwetdelicten uitsplitsbaar naar hard- en softdrugs      |  |
| WODC-Recidivemonitor   | Langlopend onderzoeksproject met gestandaardiseerde recidivemetingen onder verschillende groepen justitiabelen   | Opiumwetdelicten uitsplitsbaar naar hard- en softdrugs      |  |
| WODC-Veelplegermonitor   | Monitor die volwassen zeer actieve veelplegers volgt. Koppelingen van verschillende databases, onder andere van politie, CBS, reclassering en verslavingszorg.                                 | Probleemmiddel en delictgedrag van zeer actieve veelplegers |  |

|  | <b>Metingen</b>  | <b>Verantwoordelijke organisatie/Homepage</b>  |
|--|--|--|
|  | Continue registratie   | Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) van het Ministerie van Justitie<br><a href="http://www.dji.nl/">www.dji.nl/</a> |
|  | Rapportages op basis OBJD  | WODC<br><a href="http://www.wodc.nl/">www.wodc.nl/</a>   |
|  | Jaarlijkse rapportage, echter nu (2009) geen koppeling meer aan Ladis. | WODC<br><a href="http://www.wodc.nl/">www.wodc.nl/</a>   |



# Bijlage C Verklaring van ICD-9 en ICD-10 codes

## Verklaring van ICD-9 codes

| ICD-9 code | Verklaring  |
|------------|---|
| 162        | Kwaadaardige nieuwvormingen van trachea, bronchus en long   |
| 291        | Alcohol psychosen   |
| 292        | Drug psychosen  |
| 303        | Alcoholverslavingssyndroom  |
| 304        | Verslaving aan drugs  |
| 304.0      | Verslaving aan opiaten en dergelijke  |
| 304.1      | Verslaving aan barbituraten of aan sedativa en hypnotica met verwante werking   |
| 304.2      | Verslaving aan cocaïne  |
| 304.3      | Verslaving aan cannabis   |
| 304.4      | Verslaving aan amfetamine en andere psychostimulantia   |
| 304.7      | Verslaving aan opiaten in combinatie met andere drugs   |
| 305        | Misbruik van drugs of andere middelen zonder verslaving   |
| 305.0      | Misbruik van alcohol  |
| 305.2      | Misbruik van cannabis   |
| 305.3      | Misbruik van hallucinogenen   |
| 305.4      | Misbruik van barbituraten of van sedativa en hypnotica met verwante werking   |
| 305.5      | Misbruik van opiaten  |
| 305.6      | Misbruik van cocaïne  |
| 305.7      | Misbruik van amfetamine of sympathicomimetica met verwante werking  |
| 305.8      | Misbruik van antidepressiva en dergelijke   |
| 305.9      | Misbruik van overige, gemengde of niet gespecificeerde middelen   |
| 357.5      | Alcoholische polyneuropathie  |
| 425.5      | Alcoholische cardiomyopathie  |
| 535.3      | Alcoholische gastritis  |
| 571.0      | Alcoholische vetlever   |
| 571.1      | Acute alcohol hepatitis   |
| 571.2      | Alcoholische levercirrose   |
| 571.3      | Niet gespecificeerde alcoholische leverbeschadiging   |
| 980.0-1    | Toxisch gevolg van alcohol  |
| E850       | Accidentele vergiftiging door analgetica, antipyretica en antireumatica   |
| E850.0     | Accidentele vergiftiging door heroïne   |
| E854.1     | Accidentele vergiftiging door psychodysleptica (hallucinogenen)   |
| E854.2     | Accidentele vergiftiging door psychostimulantia   |
| E855.2     | Accidentele vergiftiging door lokale anesthetica (waaronder cocaïne)  |
| E860.0-2   | Niet opzettelijke vergiftiging door alcoholische dranken (ethanol/methanol)   |
| E950.9*    | Suicide door vergiftiging door vaste stoffen of vloeistoffen  |
| E980.9*    | Vergiftiging door vaste stoffen of vloeistoffen, waarvan niet vastgesteld is of deze met opzet of niet met opzet heeft plaatsgevonden |

\* Alleen opgenomen indien als complicatie 980.0-1 vermeld is.

## Verklaring van ICD-10 codes

| ICD-10 code | Verklaring   |
|-------------|--|
| C33         | Kwaadaardige nieuwvormingen van trachea  |
| C34         | Kwaadaardige nieuwvormingen van bronchus en long   |
| F10         | Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van alcohol  |
| F11         | Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van opiaten  |
| F12         | Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van cannabis   |
| F13         | Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van sedativa en hypnotica                                |
| F14         | Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van cocaïne  |
| F15         | Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van overige stimulerende middelen                        |
| F18         | Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van vluchtige oplosmiddelen                              |
| F19         | Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van meerdere drugs en andere psychoactieve middelen      |
| G31.2       | Degeneratie van zenuwstelsel door alcoholgebruik   |
| G62.1       | Alcoholische polyneuropathie   |
| I42.6       | Alcoholische cardiomyopathie   |
| K29.2       | Alcoholische gastritis   |
| K70.0       | Alcoholische vetlever  |
| K70.1       | Alcoholische hepatitis   |
| K70.2       | Alcoholische leverfibrose en leversclerose   |
| K70.3       | Alcoholische levercirrose  |
| K70.4       | Alcoholische leverinsufficiëntie   |
| K70.9       | Alcoholische leverziekten, ongespecificeerd  |
| K86.0       | Alcoholische pancreasontsteking  |
| T40.0       | Vergiftiging door opium  |
| T40.1       | Vergiftiging door heroïne  |
| T40.2       | Vergiftiging door overige opiaten (codeïne, morfine)   |
| T40.3       | Vergiftiging door methadon   |
| T40.4       | Vergiftiging door overige synthetische drugs (pethidine)   |
| T40.5       | Vergiftiging door cocaïne  |
| T40.6       | Vergiftiging door overige en niet gespecificeerde drugs  |
| T40.7       | Vergiftiging door cannabis(derivaten)  |
| T40.8       | Vergiftiging door lysergide (LSD)  |
| T40.9       | Vergiftiging door overige en niet gespecificeerde psychodysleptica (hallucinogenen, mescaline, psilocine, psilocybine) |
| T43.6       | Vergiftiging door psychostimulantia met mogelijkheid tot misbruik (met uitzondering van cocaïne, zie T40.5)            |
| T51.0-1     | Toxisch gevolg van alcohol, ethanol en methanol (alleen als secundaire code)   |
| X41 + T43.6 | Accidentele vergiftiging door psychostimulantia  |
| X42         | Accidentele vergiftiging door narcotica en psychodysleptica (hallucinogenen) niet elders geassocieerd                  |
| X42 + T40.5 | Accidentele vergiftiging door cocaïne  |

| ICD-10 code | Verklaring   |
|-------------|--|
| X45*        | Onopzettelijke vergiftiging door en blootstelling aan alcohol  |
| X61 + T43.6 | Suicide door psychostimulantia   |
| X65*        | Opzettelijke auto-intoxicatie door alcohol   |
| Y11 + T43.6 | Vergiftiging door psychostimulantia waarvan niet vastgesteld is of deze met opzet of niet met opzet heeft plaatsgevonden |
| Y15*        | Vergiftiging door en blootstelling aan alcohol- opzet niet bepaald   |

*\*Alleen opgenomen indien als complicatie T51.0-1 vermeld is.*





# Bijlage D Internetadressen op het gebied van alcohol en drugs

## **Arkin**

<http://www.arkin.nl>

## **Australian Institute of Health and Welfare (AIHW)**

<http://www.aihw.gov.au/>

## **Bouman GGZ**

<http://www.boumanggz.nl/>

## **Brijder Verslavingszorg**

<http://www.brijder.nl/>

## **Castle Craig**

<http://www.castlecraig.nl/>

## **Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)**

<http://www.cbs.nl/>

## **Centrum Maliebaan**

<http://www.centrummaliebaan.nl/>

## **CrisisCare Trubendorffer**

<http://www.crisiscare.nl/>

## **De Hoop ggz**

<http://www.dehoop.org/>

## **Dutch Hospital Data (DHD)**

<http://dutch.hospitaldata.eu>

## **Emergis Verslavingszorg**

<http://www.emergis.nl/verslavingszorg/>

## **European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS**

<http://www.eurohiv.org/>

**European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)**

<http://www.emcdda.europa.eu/>

**Europese Commissie, Taxation and Customs Union**

[http://europa.eu.int/comm/taxation\\_customs/publications/info\\_doc/info\\_doc.htm#Excises](http://europa.eu.int/comm/taxation_customs/publications/info_doc/info_doc.htm#Excises)

**Europol**

<http://www.europol.europa.eu/>

**GGD Amsterdam**

<http://www.ggd.amsterdam.nl/>

**GGD Nederland**

<http://www.ggd.nl/>

**GGZ Noord- en Midden-Limburg/Verslavingszorg (GGZ-NML)**

<http://www.ggz-groepnlimburg.nl/>

**GGZ Nederland**

<http://www.ggznederland.nl>

**Inspectie voor de Gezondheidszorg**

<http://www.igz.nl/>

**IVO**

<http://www.ivo.nl/>

**Intraval. Bureau voor onderzoek en advies**

<http://www.intraval.nl/>

**IrisZorg**

<http://www.iriszorg.nl/>

**Jellinek Mentrum (Amsterdam)**

<http://www.jellinekmentrum.nl/>

**Jellinek Retreat**

<http://www.jellinekretreat.nl/>

**Korps Landelijke Politiediensten (KLPD)**

<http://www.politie.nl/klpd/>

**Ministerie van Justitie**

<http://www.justitie.nl/>

**Ministerie van VWS**

<http://www.minvws.nl/>

**Mondriaan Zorggroep/Verslavingszorg**

<http://www.mondriaanzorggroep.nl/>

**Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ)**

<http://www.nigz.nl/>

**Novadic-Kentron, netwerk voor verslavingszorg**

<http://www.novadic-kentron.nl/>

**Openbaar Ministerie**

<http://www.openbaarministerie.nl/>

**Parnassia, Psycho-Medische Zorg**

<http://www.parnassia.nl/>

**Politie**

<http://www.politie.nl/>

**Prismant**

<http://www.prismant.nl/>

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)**

<http://www.rivm.nl/>

**Rijks-Kwaliteitsinstituut voor land- en tuinbouwproducten**

[www.rikilt.dlo.nl/](http://www.rikilt.dlo.nl/)

**RoderSana**

<http://www.rodersana.nl/>

**Serenity GGZ**

<http://www.serenity-ggz.nl/>

**SolutionS**

<http://www.addiction-solutions.nl/solutions/>

**Spoor6**

<http://www.spoor6.nl/>

**STAP, Nederlands Instituut voor Alcoholbeleid**

<http://www.alcoholpreventie.nl/>

**Stichting Consument en Veiligheid**

<http://www.veiligheid.nl/csi/veiligheid.nsf>

**Stichting Informatievoorziening Zorg (IVZ)**

<http://www.sivz.nl/>

<http://www.sivz.nl/ivz-verslavingszorg/ladis>

**STIVORO, voor een rookvrije toekomst**

<http://www.stivoro.nl/>

**Substance Abuse & Mental Health Service Administration (SAMHSA)**

<http://www.samhsa.gov/>

**Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid (SWOV)**

<http://www.swov.nl>

**TACTUS Verslavingszorg**

<http://www.tactus.nl/>

**The Home Clinic**

<http://www.thehomeclinic.nl/>

**Trimbos-instituut**

<http://www.trimbos.nl/>

**U-center**

<http://www.u-center.nl/>

**Vereniging GGZ Nederland**

<http://www.ggz nederland.nl/>

**Verslavingszorg Noord Nederland (VNN)**

<http://www.vnn.nl/>

**Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC)**

<http://www.wodc.nl/>

**World Health Organisation (WHO)**

<http://www.who.int/en/>

**ZonMw**

<http://www.zonmw.nl/>



# Bijlage E Drugsgebruik in enkele 'nieuwe' EU-lidstaten

## Consumptie van cannabis, cocaïne, ecstasy en amfetamine onder de algemene bevolking van enkele 'nieuwe' lidstaten van de Europese Unie

| Land      | Jaar | Leeftijd (jaar) <sup>1</sup> | Cannabis |        | Cocaïne |        | Ecstasy |        | Amfetamine |        |
|-----------|------|------------------------------|----------|--------|---------|--------|---------|--------|------------|--------|
|           |      |                              | Ooit     | Recent | Ooit    | Recent | Ooit    | Recent | Ooit       | Recent |
| Tsjechië  | 2009 | 15 - 64                      | 27,6%    | 11,1%  | 1,5%    | 0,4%   | 4,6%    | 1,4%   | 2,5%       | 0,2%   |
| Slowakije | 2006 | 15 - 64                      | 16,1%    | 6,9%   | 1,2%    | 0,6%   | 4,3%    | 1,6%   | 1,2%       | 0,3%   |
| Letland   | 2007 | 15 - 64                      | 12,1%    | 4,9%   | 2,3%    | 0,5%   | 4,7%    | 1,5%   | 3,3%       | 1,5%   |
| Litouwen  | 2008 | 15 - 64                      | 11,9%    | 5,6%   | 0,5%    | 0,2%   | 2,1%    | 1,0%   | 1,6%       | 0,7%   |
| Polen     | 2006 | 15 - 64                      | 9,0%     | 2,7%   | 0,8%    | 0,2%   | 1,2%    | 0,3%   | 2,7%       | 0,7%   |
| Hongarije | 2007 | 18 - 54                      | 8,5%     | 2,3%   | 0,9%    | 0,2%   | 2,4%    | 0,5%   | 1,8%       | 0,5%   |
| Cyprus    | 2009 | 15 - 64                      | 11,6%    | 4,4%   | 3,0%    | 1,2%   | 2,0%    | 0,6%   | 0,7%       | 0,3%   |
| Bulgarije | 2008 | 15 - 64                      | 4,4%     | 2,7%   | 1,7%    | 0,7%   | 1,7%    | 0,7%   | 2,1%       | 0,9%   |
| Malta     | 2001 | 18 - 64                      | 3,5%     | 0,8%   | 0,4%    | 0,3%   | 0,7%    | 0,2%   | 0,4%       | 0,0%   |
| Roemenië  | 2007 | 15 - 64                      | 1,5%     | 0,4%   | 0,1%    | 0,0%   | 0,3%    | 0,1%   | 0,0%       | 0,0%   |
| Estland   | 2008 | 15 - 64                      | -        | 6,0%   | -       | 0,7%   | -       | 1,2%   | -          | 1,1%   |
| Slovenië  | 2007 | 15 - 64                      | -        | 3,1%   | -       | -      | -       | -      | -          | -      |

Percentage gebruikers ooit in het leven en recent (laatste jaar). 1. Drugsgebruik is naar verhouding laag in de jongste (12-15 jaar) en oudere leeftijdsgroepen (>64 jaar). Gebruikscijfers in studies met respondenten die jonger en/of ouder zijn dan de EMCDDA-standaard (15-64 jaar) zullen mogelijk lager uitvallen dan cijfers in studies die de EMCDDA-standaard toepassen. Voor studies met een beperkter leeftijdsbereik geldt het omgekeerde. - = niet gemeten. Bron: EMCDDA.





# Bijlage F Leerlingen op speciaal en regulier voortgezet onderwijs

**Leerlingen van 12 tot en met 16 jaar op speciaal en regulier voortgezet onderwijs, aantal (boven) en percentage (beneden), peiljaar 2007/2008**

| Aantal              | Leeftijd |         |         |         |         |            |
|---------------------|----------|---------|---------|---------|---------|------------|
|                     | 12 jaar  | 13 jaar | 14 jaar | 15 jaar | 16 jaar | 12-16 jaar |
| Speciaal            |          |         |         |         |         |            |
| REC-4 <sup>I</sup>  | 1 082    | 1 965   | 2 510   | 3 124   | 2 966   | 11 647     |
| Pro <sup>II</sup>   | 1 286    | 4 904   | 5 557   | 5 841   | 5 153   | 22 741     |
| Lwoo <sup>III</sup> | 7 999    | 23 335  | 25 415  | 24 565  | 16 604  | 97 918     |
| Regulier            | 97 043   | 156 566 | 158 268 | 159 230 | 126 747 | 697 854    |
| Totaal              | 107 410  | 186 770 | 191 750 | 192 760 | 151 470 | 830 160    |
| %                   |          |         |         |         |         |            |
| Speciaal            |          |         |         |         |         |            |
| REC-4 <sup>I</sup>  | 1%       | 1%      | 1%      | 2%      | 2%      | 1%         |
| Pro <sup>II</sup>   | 1%       | 3%      | 3%      | 3%      | 3%      | 3%         |
| Lwoo <sup>III</sup> | 7%       | 12%     | 13%     | 13%     | 11%     | 12%        |
| Regulier            | 90%      | 84%     | 83%     | 83%     | 84%     | 84%        |
| Totaal              | 100%     | 100%    | 100%    | 100%    | 100%    | 100%       |

Aantal leerlingen (boven) en percentage van de leerlingen (beneden). I. REC = Regionaal Expertise Centrum.  
 II. Pro = praktijkonderwijs. III. Lwoo = leerwegondersteunend onderwijs. Bron: CBS, StatLine databank, thema onderwijs.



# Bijlage G Toelichting op de kernindicatoren

## Wat betekenen de epidemiologische kernindicatoren?

De kernindicatoren van het EMCDDA zijn bedoeld om de stand van de drugsproblematiek weer te geven en ontwikkelingen te kunnen monitoren. Ook dienen zij bij te dragen aan een bredere analyse van beleidsuitkomsten, al kleven hier veel haken en ogen aan (Van Laar en Van Ooyen, 2009). Het EMCDDA heeft voor vijf drugsindicatoren protocollen ontwikkeld, die de EU-lidstaten moeten gebruiken bij de gegevensverzameling (EMCDDA, 2009). Doel is dat op Europees niveau gegevens over drugsgebruik en de gevolgen daarvan tussen landen (beter) vergelijkbaar zijn. Ondanks duidelijke vooruitgang is dit einddoel nog niet bereikt. Verschillen tussen landen, zeker als deze klein zijn, moeten daarom nog steeds voorzichtig worden geïnterpreteerd. In dit jaarbericht wordt de situatie rondom de consumptie van alcohol en tabak ook aan de hand van deze indicatoren beschreven; deze gegevens zijn op een paar uitzondering na niet op een internationaal gestandaardiseerde wijze verzameld.

### Middelengebruik in de algemene bevolking (en scholieren)

Bevolkingsonderzoeken naar middelengebruik geven zicht op de omvang van het gebruik en risicogroepen en - indien periodiek uitgevoerd volgens de zelfde methode – ontwikkelingen hierin. Bij de beschrijving van het gebruik van alcohol en drugs worden doorgaans verschillende groepen gebruikers onderscheiden. De grootste groep bestaat uit mensen die ooit in hun leven één of meer keer alcohol en/of drugs hebben geconsumeerd (ooitgebruik), al is dat jaren geleden. Een betere indicator van actuele ontwikkelingen vormt het percentage mensen dat pas nog, in het laatste jaar of maand, een middel heeft gebruikt (recent en actueel gebruik).

De wijze waarop de vragen worden gesteld (bijv. schriftelijk, telefonisch of 'face-to-face') en de interviewomstandigheden (bijv. aanwezigheid van een ouder) kunnen van invloed zijn op de geneigdheid om middelengebruik 'toe te geven'. Gezien het relatief liberale klimaat in Nederland ten aanzien van drugsgebruik, vooral van cannabis, zal onderrapportage van drugsgebruik in Nederland minder voorkomen dan in landen met een repressief beleid waar wettelijke en/of sociale sancties staan op het gebruik van drugs. Toch suggereren de doorgaans lagere prevalenties van drugsgebruik verkregen via face-to-face interviews vergeleken met die verkregen via minder directe, meer anonieme, methoden, dat ook in Nederland illegaal drugsgebruik blijkbaar een gevoelig onderwerp is (Rodenburg et al., 2007; CBS, K. Knoops, persoonlijke communicatie).

Van belang is verder de mate waarin de aangezochte 'respondenten' daadwerkelijk aan de peiling meedoen. Dat kan uiteenlopen van minder dan 50 tot bijna 100 procent. Een lage 'respon' doet twijfelen aan de betrouwbaarheid van de bevindingen.

Trends in de prevalentie van middelengebruik zijn vaak lastig te duiden vanwege tal van op elkaar inwerkende factoren die hier op van invloed kunnen zijn. Voorbeelden van zulke factoren zijn nationaal en internationaal beleid; effectieve interventies; productie, beschikbaarheid en toegankelijkheid van drugs en andere middelen; economische factoren (zoals inkomen); waargenomen risico's van gebruik; de sociale omgeving; en cultuur, leefstijl en modes, en de rol die het middelengebruik hierbij speelt.

### **Problematisch middelengebruik**

Er is geen algemeen geldende definitie van 'problematisch gebruik'. Het EMCDDA hanteert voor problematisch drugsgebruik de volgende definitie: "injecterend drugsgebruik of langdurig/regelmatig gebruik van opiaten, cocaïne en/of amfetamines". Dit is een brede definitie waarin ook harddrugsgebruikers die bijvoorbeeld methadon ontvangen en sociaal goed functioneren worden meegerekend. In Nederland worden op lokaal en nationaal niveau uiteenlopende definities gebruikt en vergelijkingen moeten derhalve met grote voorzichtigheid worden gemaakt. Voor andere middelen, zoals cannabis en alcohol, worden vaak de criteria van misbruik en afhankelijkheid volgens internationale classificatiesystemen gebruikt, zoals de DSM of ICD.

In onderzoek naar middelengebruik in de algemene bevolking worden respondenten doorgaans geselecteerd op basis een willekeurige steekproef uit het bevolkingsregister. Gemarginaliseerde groepen, zoals chronische harddrugsgebruikers, die geregeld in instellingen verblijven of geen vast woonadres hebben, zijn dus sterk ondervertegenwoordigd in dit type onderzoek. Voor het schatten van de omvang van de groep probleemgebruikers van harddrugs zijn daarom tal van speciale technieken ontwikkeld. Voorbeelden zijn de capture-recapture methode en de 'multiplier' methode. Deze methoden zijn er op gebaseerd dat een deel van de drugsgebruikers in het vizier is van de hulpverlening en/of de politie en als zodanig zijn geregistreerd. Een ander deel komt niet in contact met deze registrerende instellingen, de zogenaamde 'verborgen populatie'. Dit deel kan worden bijgeschat met bepaalde statistische technieken om tot een totaalschatting van de groep probleemgebruikers te komen. Bedacht moet worden dat dergelijke prevalentie schattingen doorgaans een behoorlijke foutenmarge kennen en weinig nauwkeurig zijn.

### **Hulpvraag**

Een deel van de probleemgebruikers van alcohol of drugs zoekt hulp bij een instelling voor verslavingszorg of wordt opgenomen in een ziekenhuis. Gegevens over de omvang van aantallen cliënten en cliëntprofielen geven informatie over (trends) in de hulpvraag en dragen bij aan het plannen en evalueren van de zorg aan alcohol- en drugsgebruikers. Ook kunnen deze gegevens een indirecte indicator zijn van trends in het probleemgebruik maar andere factoren, zoals de omvang en kwaliteit van het behandelaanbod, registratieproblemen, of veranderingen in het doorverwijzen (bijv. meer via de eerstelijnszorg), kunnen echter evenzeer van invloed zijn op het aantal geregistreerde cliënten. Ook moet worden bedacht dat mensen die bij de hulpverlening komen in zekere zin 'atypisch' zijn voor de totale groep mensen met een verslavings-

probleem. Er zijn indicaties dat verslaafden die hulp vragen er erger aan toe zijn dan verslaafden die dat nog niet doen. Zo komen (comorbide) psychische problemen doorgaans vaker voor bij cliënten van de verslavingszorg, dan bij mensen die 'alleen' met een verslavingsprobleem kampen.

### **Drugsgelateerde infectieziekten**

Het EMCDDA focust op het monitoren van de prevalentie van infecties met hiv en hepatitis B en C onder injecterende drugsgebruikers. Deze gegevens zijn belangrijk voor het vaststellen van prioriteiten voor preventie, het inschatten van de (toekomstige) ziektelast en maatschappelijke kosten, en het monitoren van de effecten van preventieve interventies. Deze indicator is het minst gestandaardiseerd. De bronnen die beschikbaar zijn in de lidstaten lopen sterk uiteen, namelijk van steekproeven van drugsgebruikers (de gouden standaard), gegevens van screenings van drugsgebruikers in behandeling of in gevangenissen, case reports en meldingen van gediagnosticeerde gevallen van hiv en hepatitis. Bovendien zijn er grote verschillen in dekkingsgraad (lokaal, regionaal, nationaal). In absolute zin zijn de gegevens tussen landen derhalve niet goed vergelijkbaar. Wel geven zij doorgaans een indicatie van ontwikkelingen in besmettingsgraad. Ook in Nederland zijn de gegevens gefragmenteerd, maar kunnen op basis van verschillende bronnen wel voorzichtig uitspraken worden gedaan over trends in de problematiek.

### **Sterfte gerelateerd aan alcohol en/of drugs**

Sterfte door overdosis of andere oorzaken die samenhangen met middelengebruik worden gezien als meest ernstige en extreme gevolg van middelengebruik. Gegevens over omvang en aard van de sterfgevallen zijn bruikbaar om trends in probleemgebruik en risicogedrag (injecteren, polydruggebruik) te monitoren. In veel landen vormt de algemene doodsoorzakenstatistiek de bron voor acute drugssterfte ('overdosis'). Volgens het EMCDDA protocol gebeurt dit door gevallen te selecteren volgens een vastgestelde selectie van ICD-9 of ICD-10 codes, die betrekking hebben op de aard van de sterfte (accidenteel, opzettelijk, opzet onbekend) en soorten drugs. Er zijn verschillen tussen landen in de procedures om de doodsoorzaak vast te stellen, met name de aard van het post-mortem onderzoek (bijv. wel of geen toxicologische analyses). In landen waar bij vermoeden van een onnatuurlijke doodsoorzaak standaard post-mortem onderzoek wordt verricht is de kans op het ontdekken van een drugssterfgeval groter dan in landen waar dat niet gebeurt en/of waar de doodsoorzaak alleen op basis van uiterlijke kenmerken en omstandigheden wordt vastgesteld. Ook indien toxicologische gegevens beschikbaar zijn wordt deze informatie lang niet altijd gebruikt voor het coderen van de sterfte in de doodsoorzakenstatistiek. Dergelijke verschillen kunnen hun weerslag hebben op de vergelijkbaarheid van gegevens tussen landen. Drugsgebruikers kunnen ook door andere oorzaken dan een overdosis overlijden. Deze oorzaken kunnen los staan van het drugsgebruik (bijvoorbeeld ouderdom) of hieraan gerelateerd zijn (zoals een uitputtende leefstijl, infectieziekten door injecteren). Deze algehele sterfte onder drugsgebruikers wordt in kaart gebracht in cohort onderzoek waarin drugsgebruikers over de jaren heen worden 'gevolgd'.

Voor de alcoholgerelateerde sterfte is een standaardprotocol niet beschikbaar. In de internationale literatuur zijn wel ICD-codes te traceren die worden gebruikt voor het bepalen van sterfte die gerelateerd is aan alcoholgebruik (WHO, 2000; Heale et al., 2002). Deze codes worden in dit jaarbericht gebruikt indien alcoholgebruik expliciet als oorzaak staat genoemd. De cijfers weerspiegelen vrijwel zeker een onderschatting van de totale alcoholsterfte omdat de rol van alcoholgebruik bij de sterfte niet altijd herkend wordt.

# Referenties

- Aarts, M., Van Melick, D., Parlar, D., Van de Velde, L. (2010). *Onderzoeksrapport: GHB-gebruik in Noord-Limburg*. GGZ Noord- en Midden-Limburg: Venray.
- AIHW (2011). *2010 National Drug Strategy Household Survey report*. AIHW: Canberra.
- Baliunas, D.O., Taylor, B.J., Irving, H., Roerecke, M., Patra, J., Mohapatra, S., et al. (2009). Alcohol as a risk factor for type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care* 32 (11): 2123-2132.
- Benschop, A., Nabben, T., Korf, D. (2009). *Antenne 2008: trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*. Rozenberg Publishers: Amsterdam.
- Benschop, A., Nabben, T., Korf, D.J. (2011). *Antenne 2010: trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*. Rozenberg Publishers: Amsterdam.
- Bieleman, B., Nijkamp, R. (2010a). *Coffeeshops in Nederland 2009: aantallen coffeeshops en gemeentelijk beleid 1999-2009*. IntraVal: Groningen-Rotterdam.
- Bieleman, B., Kruize, A., Zimmerman, C. (2010b). *Monitor tabaksverstrekking jongeren 2009: naleving leeftijdsgrens 16 jaar: tweejaarlijkse metingen 1999 - 2009*. IntraVal: Groningen-Rotterdam.
- Bieleman, B., Kruize, A., Zimmerman, C. (2010c). *Monitor alcoholverstrekking jongeren 2009: naleving leeftijdsgrenzen 16 en 18 jaar Drink- en horecawet: tweejaarlijkse metingen 1999-2009*. IntraVal: Groningen.
- Bieleman, B., Nijkamp, R., De Haan, K. (2011). *Lokaal balanceren: onderzoek coffeeshopbeleid gemeente Groningen*. IntraVal: Groningen.
- Bieleman, B., Nijkamp, R., Sijtsma, M. (2011b). *Monitor coffeeshopbeleid Rotterdam: 0-, 1- en 2-meting*. IntraVal: Groningen-Rotterdam.
- Biesma, S., Beelen, A., Hofman, M., Nijkamp, R., Schaap, F., Bieleman, B. (2009). *Inventarisatie problematische harddruggebruikers: Eindhoven, Enschede, Groningen, Heerlen en Utrecht*. IntraVal: Groningen-Rotterdam.
- Boden, J.M., Fergusson, D.M. (2011). Alcohol and depression. *Addiction* 106 (5): 906-914.
- Boekhout van Solinge, T. (2001). *Op de pof: cocaïnegebruik en gezondheid op straat*. Stichting Mainline: Amsterdam.
- Boelema, S., Ter Bogt, T., Van der Eijnden, R., Verdurmen, J. (2009). *Fysieke, functionele en gedragsmatige effecten van alcoholgebruik op de ontwikkeling van 16-18 jarigen*. Universiteit Utrecht/Trimbos-instituut: Utrecht.
- Boendermaker, M., Biesma, S., Bieleman, B. (2011). *Monitor regionaal kompas Oost-Veluwe: metingen 2009 en 2010*. IntraVal: Groningen-Rotterdam.
- Boschloo, L., Vogelzangs, N., Smit, J.H., Van den Brink, W., Veltman, D.J., Beekman, A.T. et al. (2011). Comorbidity and risk indicators for alcohol use disorders among persons with anxiety and/or depressive disorders: findings from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *J Affect Disord* 131 (1-3): 233-242.

- Breemer, J.N., De Jong, W.M., Krummacher, N., Wolter, R. (2009). *Pilotproject Actief Testen in de GGZ en maatschappelijke opvang 2007-2008: evaluatierapport*. GGD rotterdam-Rijnmond: Rotterdam.
- Brien, S.E., Ronksley, P.E., Turner, B.J., Mukamal, K.J., Ghali, W.A. (2011). Effect of alcohol consumption on biological markers associated with risk of coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of interventional studies. *BMJ* 342: d636.
- Bulten, E., Nijman, H. (2009). Veel psychiatrische stoornissen onder gedetineerden op reguliere afdelingen van penitentiaire inrichtingen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 153 (A634): 1-6.
- Bulten, E., Van den Hurk, A. (2012). Verslavingszorg in detentie. In: Blaauw, E. & Roozen, H. (2012). *Handboek Forensische Verslavingszorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, p.185-204.
- Buster, M., Witteveen, E., Tang, M.J. (2009). *Schatting problematische druggebruikers in Amsterdam*. GGD Amsterdam: Amsterdam.
- Buster, M., De Wit, M. (2010). Winterkoudeopvang in Amsterdam. *Verslaving* 6 (3): 52-63.
- Buster, M., Van Brussel, G. (2011). *De GGD Amsterdam en de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg: OGGZ-monitor 2010*. GGD Amsterdam: Amsterdam.
- CADUMS (2010). *Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey: summary of results for 2010*. Health Canada: Ottawa, Ontario.
- Casati, A., Sedefov, R., Pfeiffer-Gerschel, T. (2012). Misuse of Medicines in the European Union: A Systematic Review of the Literature. *European Addiction Research*, 18 (5): 228-245.
- Caspi, A., Moffitt, T.E., Cannon, M., McClay, J., Murray, R., Harrington, H. et al. (2005). Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the catechol-O-methyltransferase gene: longitudinal evidence of a gene X environment interaction. *Biol Psychiatry* 57 (10): 1117-1127.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) (2010). *StatLine: gezondheid en welzijn: zelfgerapporteerde leefstijl: gebruik alcoholhoudende dranken (12+): zware drinker*. CBS: Voorburg/Heerlen.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) (2011a). *StatLine: gezondheid en welzijn: zelfgerapporteerde leefstijl: zware rokers onder rokers*. CBS: Voorburg/Heerlen.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) (2011b). *Integrale Veiligheidsmonitor 2010: landelijke rapportage*. CBS: Den Haag/Heerlen.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) (2011c). *Gezondheid en zorg in cijfers 2011*. CBS: Den Haag.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) (2012a). *Statline: Leefstijl, preventief onderzoek; persoonskenmerken: rookgedrag, 12 jaar of ouder*. CBS: Voorburg/Heerlen.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) (2012b). *Integrale Veiligheidsmonitor 2011: landelijke rapportage*. CBS: Den Haag/Heerlen.



- Chen, W.Y., Rosner, B., Hankinson, S.E., Colditz, G.A., Willett, W.C. (2011). Moderate alcohol consumption during adult life, drinking patterns, and breast cancer risk. *JAMA* 306 (17): 1884-1890.
- Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs (CAM) (2008). *Risicoschatting cannabis 2008*. RIVM: Bilthoven.
- Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs (CAM) (2009). *CAM quick scan rapportage levamisol*. RIVM: Bilthoven.
- Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs (CAM) (2011). *Risicoschatting gamma-hydroxyboterzuur 2011*. RIVM: Bilthoven.
- Costanzo, S., Di Castelnuovo, A., Donati, M.B., Iacoviello, L., de, G.G. (2011). Wine, beer or spirit drinking in relation to fatal and non-fatal cardiovascular events: a meta-analysis. *Eur J Epidemiol* 26 (11): 833-850.
- Coumans, A.M., Neve, R.J.M., Van de Mheen, H. (2000). *Het proces van marginalisering en verharding in de drugscene van Parkstad Limburg: resultaten van het Drug Monitoring Systeem 1998 - 2000*. IVO: Rotterdam.
- Counotte, D.S., Goriounova, N.A., Li, K.W., Loos, M., Van der Schors, R.C., Schetters, D. et al. (2011). Lasting synaptic changes underlie attention deficits caused by nicotine exposure during adolescence. *Nat Neurosci*
- Crul, B.V.M. (2006). Dokter als drugspusher: ontwenningcampagne voor benzodiazepinen gewenst. *Medisch Contact* 61 (35): 1374-1375.
- Cruts, A.A.N., Feenstra, T.L., Van Laar, M.W. (2008). Ziekte door roken in Nederland: naar schatting 90 duizend klinische ziekenhuisopnamen in 2005. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 152 (26): 1469-1472.
- Cruts, A.A.N., Van Laar, M.W. (2010). *Aantal problematische harddrugsgebruikers in Nederland*. Trimbo-instituut: Utrecht.
- Danaei, G., Ding, E.L., Mozaffarian, D., Taylor, B., Rehman, J., Murray, C.J. et al. (2009). The preventable causes of death in the United States: comparative risk assessment of dietary, lifestyle, and metabolic risk factors. *PLoS Med* 6 (4): e1000058.
- Daniulaityte, R., Falck, R., Carlson, R.G. (2012). Illicit use of buprenorphine in a community sample of young adult non-medical users of pharmaceutical opioids. *Drug and Alcohol Dependence* 122 (3): 201-207.
- Daniulaityte, R., Falck, R., Carlson, R.G. (2012). "I'm not afraid of those ones just 'cause they've been prescribed": perceptions of risk among illicit users of pharmaceutical opioids. *International Journal of Drug Policy* 23.
- De Bruijn, D., Van den Wildenberg, E. (2011). *De verkoop van alcohol via internet: analyse van het aanbod, de leeftijdscontrole en de vraag onder jongeren naar alcohol via internet*. STAP: Utrecht.
- De Graaf, R., Ten Have, M., Van Dorsselaer, S. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking: NEMESIS-2: opzet en eerste resultaten*. Trimbo-instituut: Utrecht.
- De Jong, C.A.J., Kamal, R., Dijkstra, B.A.G., De Haan, H.A. (2012). Gamma-Hydroxybutyrate Detoxification by Titration and Tapering. *European Addiction Research* 18 (1): 40-45.

- De Jong, M., Poelmans, I., Linck, H., Ernst, M. (2008). *Tendens 2008: alcohol- en drugsgebruik bij jongeren en jongvolwassenen in Gelderland*. IrisZorg: Arnhem.
- De Jong, M., Poelmans, I., Diemers, J., Ernst, M. (2009). *Tendens 2009: alcohol- en drugsgebruik bij jongeren en jongvolwassenen in Gelderland*. IrisZorg: Arnhem.
- De Win, M.M. (2007). *Neurotoxicity of ecstasy: causality, course, and clinical relevance*. Universiteit van Amsterdam: Amsterdam.
- Degenhardt, L., Bruno, R., Topp, L. (2010). Is ecstasy a drug of dependence? *Drug and Alcohol Dependence* 107 (1): 1-10.
- Dekkers, C., Grund, J.P., Van Dijk, A. (2010). Uitgaan en genotmiddelengebruik in Den Haag: gegevens over 2008-2009 uit een Internet-survey onderzoek. *Epidemiologisch Bulletin* 45 (4): 12-22.
- Di Forti, M., Morgan, C., Dazzan, P., Pariante, C., Mondelli, V., Reis Marques, T. et al. (2009). High-potency cannabis and the risk of psychosis. *The British Journal of Psychiatry* 195 : 488-491.
- DIMS (2011). *Jaarrapportage 2010*. Trimbos-instituut: Utrecht.
- DIMS (2012). *Jaarrapportage 2011*. Trimbos-instituut: Utrecht.
- Doekhie, J., Nabben, T., Korf, D.J. (2010). *NL.Trendwatch: gebruikersmarkt uitgaansdrugs in Nederland, 2008-2009*. Rozenberg: Amsterdam.
- Draisma, J.A. (2011). *Ongevallen waar alcohol of drugs bij betrokken zijn*. Stichting Consument en Veiligheid: Amsterdam.
- Dumont, G.H.J. (2009). *Cognitive and physiological effects of 3,4-methylenedioxydemethamphetamine (MDMA or 'ecstasy') in combination with alcohol or cannabis in humans*. Radboud Universiteit Nijmegen: Nijmegen.
- Dunn, M., Topp, L., Degenhardt, L. (2009). GHB in Sydney, Australia, 2000-2006: a case study of the EDRS as a strategic early warning system. *International Journal of Drug Policy* 20: 413-417.
- Erkenningscommissie gedragsinterventies justitie (2011). *Jaarverslag 2010*. Ministerie van Veiligheid en Justitie: Den Haag.
- Ernst, A.A., Weiss, S.J., Enright-Smith, S., Hilton, E., Byrd, E.C. (2008). Perpetrators of intimate partner violence use significantly more methamphetamine, cocaine, and alcohol than victims: a report by victims. *American Journal of Emergency Medicine* 26: 592-596.
- Estrada, G., Fatjo-Vilas, M., Munoz, M.J., Pulido, G., Minano, M.J., Toledo, E., et al. (2011). Cannabis use and age at onset of psychosis: further evidence of interaction with COMT Val158Met polymorphism. *Acta Psychiatr Scand*.
- European Commission (2010). *EU citizens' attitudes towards alcohol: special Eurobarometer 331*. European Commission: Brussel.
- European Commission Directorate General Taxation and Customs Union (2011a). *Excise duty tables: part I: alcoholic beverages*. European Commission: Brussel.
- European Commission Directorate General Taxation and Customs Union (2011b). *Excise Duty Tables: part III: manufactured tobacco*. European Commission: Brussel.

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2002). *Handbook for surveys on drug use among the general population: final report*. EMCDDA: Lisbon.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2011a). *Annual report 2011: the state of the drugs problem in Europe*. Publications Office of the European Union: Luxembourg.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2011b). *Statistical bulletin 2011*. EMCDDA: Lisbon.
- Expertisecentrum Synthetische Drugs en Precursoren (ESDP) (2011). *Jaarverslag Synthetische Drugs en Precursoren 2010*. KLPD-Dienst Nationale Recherche: Driebergen.
- Fedirko, V., Tramacere, I., Bagnardi, V., Rota, M., Scotti, L., Islami, F. et al. (2011). Alcohol drinking and colorectal cancer risk: an overall and dose-response meta-analysis of published studies. *Ann Oncol* 22 (9): 1958-1972.
- Franken, F., Van Straten, P., Van Hoof, J. (2011). *Naleving leeftijds grenzen bij evenementen: alcohol en jongeren in de Food Valley regio*. STAP/Universiteit Twente: Utrecht/Enschede.
- Gallup Organization (2008). *Young people and drugs: among 15-24 years-old: analytical report*. European Commission: Brussel.
- Ganpat, S., Kleinjan, M., Van de Mheen, D. (2009). *Oneigenlijk medicijngebruik onder Nederlandse jongeren: aard en omvang*. IVO: Rotterdam.
- Gezondheidsraad (2005). *Risico's van alcoholgebruik bij conceptie, zwangerschap en borstvoeding*. Gezondheidsraad: Den Haag.
- Gras, L., Van Sighem, A., Smit, C., Zaheri, S., Prins, M., De Wolf, F. (2010). *Monitoring of Human Immunodeficiency Virus (HIV) infection in the Netherlands: report 2010*. Stichting HIV Monitoring: Amsterdam.
- Guerri, C., Pascual, M. (2010). Mechanisms involved in the neurotoxic, cognitive, and neurobehavioral effects of alcohol consumption during adolescence. *Alcohol* 44 (1): 15-26.
- Halpern, J.H., Sherwood, A.R., Hudson, J.I., Gruber, S., Kozin, D., Pope, H.G. (2011). Residual neurocognitive features of long-term ecstasy users with minimal exposure to other drugs. *Addiction* 106 (4): 777-786.
- Harakeh, Z., Vollebergh, W.A. (2012). The impact of active and passive peer influence on young adult smoking: an experimental study. *Drug Alcohol Depend* 121 (3): 220-223.
- Haverkate, M. (2010). *Hepatitis B vaccinatie bij druggebruikers: adviesrapport*. RIVM: Bilthoven.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T. (2000). *The 1999 ESPAD Report: European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD): alcohol and other drug use among students in 30 European countries*. CAN: Stockholm.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, A. et al. (2004). *The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 european countries*. CAN: Stockholm.

- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A. et al. (2009). *The 2007 ESPAD report: substance use among students in 35 European countries*. CAN: Stockholm.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., Kraus, L. (2012). *The 2011 ESPAD report: substance use among students in 36 European countries*. CAN: Stockholm
- Hoebert, J.M., Souverein, P.C., Mantel-Teeuwisse, A.K., Leufkens, H.G.M., Van Dijk, L. (2012). Reimbursement restriction and moderate decrease in benzodiazepine use in general practice. *Annals of Family Medicine* 10 (1): 42-49.
- Hoeymans, N., Melse, J.M., Schoemaker, C.G. (2010). *Gezondheid en determinanten. Deelrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010: Van gezond naar beter*. RIVM: Bilthoven.
- Hofhuis, W., Merkus, P.J.F.M. (2005). Passief roken: schadelijke effecten bij kinderen. In: *Tabaksgebruik: gevolgen en bestrijding*. Knol, K., et al., (red.), pp. 246-254. Lemma: Utrecht.
- Houwing, S. (2011). *GHB-gebruik onder ernstig gewonde autobestuurders opgenomen in het ziekenhuis*. SWOV: Leidschendam.
- Houwing, S., Reurings, M.C.B., Bos, N.M. (2011a). *Schatting van het aandeel verkeersdoden als gevolg van rijden onder invloed van alcohol*. SWOV: Leidschendam.
- Houwing, S., Hagenzieker, M., Mathijssen, R., Bernhoft, I.M., Hels, T., Janstrup, K., et al. (2011b). *Prevalence of alcohol and other psychoactive substances in drivers in general traffic Part I: General results [Deliverable 2.2.3 of DRUID, Driving Under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines]*. European Commission: Brussels.
- Houwing, S., Hagenzieker, M., Mathijssen, R., Bernhoft, I.M., Hels, T., Janstrup, K., et al. (2011c). *Prevalence of alcohol and other psychoactive substances in drivers in general traffic Part II: Country reports [Deliverable 2.2.3 of DRUID, Driving Under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines]*. European Commission: Brussels.
- IMS Health (2012). *Antirook-Trimbos 31-01-2012 [speadsheet]*. IMS Health: Den Haag.
- Inspectie Openbare Orde en Veiligheid (2010). *Afhandeling van in beslag genomen drugs: fase 1 - Randvoorwaarden voor verbetering: een onderzoek door de Inspectie van Openbare Orde en Veiligheid en de Rijksauditdienst*. Ministerie van Binnenlandse Zaken: Den Haag.
- Intraval (2010). *Inventarisatie hokken en keten: Nederland 2009*. Intraval: Groningen.
- Intraval/nVWA (2011). *Factsheet inventarisatie naleefniveau rookvrije horeca najaar 2011*. Intraval: Groningen.
- ITC Project (June 2010) (2010). *ITC Netherlands National Report*. Stivoro/University of Waterloo: Den Haag/Ontario.
- Jager, G. (2006). *Functional MRI studies in human ecstasy and cannabis users*. Universiteit Utrecht: Utrecht.

- Jones, A.W., Eklund, A., Kronstrand, R. (2009). Concentration-time profiles of gamma-hydroxybutyrate in blood after recreational doses are best described by zero-order rather than first-order kinetics. *Journal of analytical toxicology* 33: 332-335.
- Joossens, L., Raw, M. (2011). *The Tobacco Control Scale 2010 in Europe*. Association of the European Cancer Leagues: Brussels.
- Kalechstein, A.D., De La Garza, R., Mahoney, J.J., Fantegrossi, W.E., Newton, T.F. (2007). MDMA use and neurocognition: a meta-analytic review. *Psychopharmacology (Berl)* 189 (4): 531-537.
- Kalidien, S.N., De Heer-De Lange, N.E. (2011). *Criminaliteit en rechtshandhaving 2010: ontwikkelingen en samenhangen*. Boom Juridische uitgevers/WODC: Meppel/Den Haag.
- Kawachi, I. (2005). More evidence on the risks of passive smoking. *BMJ* 330 (7486): 265-266.
- Kepper, A., Van Dorselaer, S., Monshouwer, K., Vollebergh, W. (2009a). *Experimenteel en problematisch genotmiddelengebruik door jongeren in het Speciaal Onderwijs en de Residentiële Jeugdzorg (EXPLORE): resultaten meting oktober - december 2008*. Trimbos-instituut: Utrecht.
- Kepper, A., Veen, V., Monshouwer, K., Stevens, G., Drost, W., De Vroome, T., et al. (2009b). *Middelengebruik bij jongens in Justitiële Jeugdinrichtingen: het gebruik van tabak, alcohol, cannabis en harddrugs bij jongens met en zonder PIJ-maatregel*. Universiteit Utrecht: Utrecht.
- Kepper, A., Monshouwer, K., van, D.S., Vollebergh, W. (2011). Substance use by adolescents in special education and residential youth care institutions. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 20 (6): 311-319.
- Klijs, B., Mackenbach, J.P., Kunst, A.E. (2011). Obesity, smoking, alcohol consumption and years lived with disability: a Sullivan life table approach. *BMC Public Health* 11: 378.
- Knowles, L., Buxton, J.A., Skuridina, N., Achebe, I., LeGatt, D., Fan, S., et al. (2009). Levamisole tainted cocaine causing severe neutropenia in Alberta and British Columbia. *Harm Reduction Journal* 6 (30).
- Koemans, M.L. (2010). *Ten strijde tegen overlast: jongerenoverlast op straat: is de Engelse aanpak geschikt voor Nederland*. Reed Business: Amsterdam.
- Kohrs, F.P., Mann, C., Greenberg, R. (2004). The use of amphetamine in gamma-hydroxybutyrate overdose: a case report. *Journal of Psychoactive Drugs* 36 (3): 401-402.
- Koning, I.M. (2011). *Prevention of alcohol use in early adolescents: A joint venture of schools and parents*. Utrecht University: Utrecht.
- Korf, D.J., Nabben, T., Benschop, A. (2004a). *Antenne 2003: trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*. Rozenberg Publishers: Amsterdam.
- Korf, D.J., Wouters, M., Benschop, A., Van Ginkel, P. (2004b). *Sterke wiet: een onderzoek naar blowgedrag, schadelijkheid en afhankelijkheid van cannabis*. Rozenberg Publishers: Amsterdam.

- Korf, D.J., Wouters, M., Nabben, T., Van Ginkel, P. (2005). *Cannabis zonder coffeeshop: niet-gedoogde cannabisverkoop in tien Nederlandse gemeenten*. Rozenberg Publishers: Amsterdam.
- Korf, D.J., Benschop, A., Wouters, M. (2007). Differential responses to cannabis potency: a typology of users based on self-reported consumption behaviour. *International Journal of Drug Policy* 18 (3): 168-176.
- Korf, D.J. (2011). *GHB: gebruikersprofielen en gebruikspatronen: paper gepresenteerd tijdens het 21ste FADO 27 november 2011*. Bonger Instituut voor Criminologie: Amsterdam.
- Kraanen, F.L., Scholing, A., Emmelkamp, P.M. (2010). Substance use disorders in perpetrators of intimate partner violence in a forensic setting. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 54 (3): 430-440.
- Kruize, A., Bieleman, B., Zimmerman, C. (2011). *Monitor naleving rookvrije werkplek 2010: metingen 2004, 2006, 2008 en 2010*. IntraVal: Groningen.
- Krul, J., Blankers, M., Girbes, A.R.J. (2011). Substance-Related Health Problems during Rave Parties in the Netherlands (1997-2008). *PLoS ONE* 6 (12): e29620.
- Krul, J., Girbes, A.R.J. (2011). Gamma-hydroxybutyrate: Experience of 9 years of gamma-hydroxybutyrate (GHB)-related incidents during rave parties in The Netherlands. *Clinical Toxicology* 49: 311-315.
- Krul, J., Sanou, B., Swart, E.L., Girbes, A.R.J. (2012). Medical Care at Mass Gatherings: Emergency Medical Services at Large-Scale Rave Events. *Prehospital and Disaster Medicine Online* 17-04-2012.
- Kuiken, A. (2010). Ghb bedreigt veiligheid in verkeer. *Trouw* (11 december 2010).
- Kurtz, S.P., Surratt, H.L., Levi-Minzi, M.A., Mooss, A. (2011). Benzodiazepine dependence among multidrug users in the club scene. *Drug Alcohol Depend* 119 (1-2): 99-105.
- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (2009). *Richtlijn behandeling van tabaksverslaving: herziening 2009*. Partnership Stop met Roken: Den Haag.
- Lammers, J. (2005). *Fact sheet Scanner uitgaan en drugs: instrument voor een probleemanalyse van alcohol- en druggebruik in het uitgaanscircuit*. Trimbo-instituut: Utrecht.
- Lauer, M.S., Sorlie, P. (2009). Alcohol, cardiovascular disease, and cancer: treat with caution. *Journal of the National Cancer Institute* 101 (5): 282-283.
- Leemrijse, C.J., Bongers, M., Nielen, M., Devillé, W. (2010). *Hepatitis C in penitentiaire inrichtingen: een onderzoek naar prevalentie*. NIVEL: Utrecht.
- Lempens, A., Boers, R., Maalsté, N. (2004). *Harddrugsgebruikers in beweging: aard, omvang en mobiliteit van harddrugsgebruikers in Rotterdam*. IVO: Rotterdam.
- Leung, K.S., Cottler, L.B. (2008). Ecstasy and other club drugs: a review of recent epidemiologic studies. *Current Opinion in Psychiatry* 21: 234-241.
- Lew, J.Q., Chow, W.H., Hollenbeck, A.R., Schatzkin, A., Park, Y. (2011). Alcohol consumption and risk of renal cell cancer: the NIH-AARP diet and health study. *Br J Cancer* 104 (3): 537-541.

- Lightwood, J.M., Glantz, S.A. (2009). Declines in Acute Myocardial Infarction After Smoke-Free Laws and Individual Risk Attributable to Secondhand Smoke. *Circulation* 120 (14): 1373-1379.
- Lindenburg, C.E., Krol, A., Smit, C., Buster, M.C., Coutinho, R.A., Prins, M. (2006). Decline in HIV incidence and injecting, but not in sexual risk behaviour, seen in drug users in Amsterdam: a 19-year prospective cohort study. *AIDS* 20 (13): 1771-1775.
- Lindenburg, C.E., Lambers, F.A., Urbanus, A.T., Schinkel, J., Jansen, P.L., Krol, A., et al. (2011). Hepatitis C testing and treatment among active drug users in Amsterdam: results from the DUTCH-C project. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 23 (1): 23-31.
- Malmberg, M., Overbeek, G., Monshouwer, K., Lammers, J., Vollebergh, W.A., Engels, R.C. (2010). Substance use risk profiles and associations with early substance use in adolescence. *J Behav Med* 33 (6): 474-485.
- Manthey, L., van, V.T., Giltay, E.J., Stoop, J.E., Neven, A.K., Penninx, B.W. et al. (2011). Correlates of (inappropriate) benzodiazepine use: the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Br J Clin Pharmacol* 71 (2): 263-272.
- Marona-Lewicka, D., Rhee, G.S., Sprague, J.E., Nichols, D.E. (1995). Psychostimulant-like effects of p-fluoroamphetamine in the rat. *Eur J Pharmacol* 287 (2): 105-113.
- Meijer, R.F., Grapendaal, M., Van Ooyen, M.M.J., Wartna, B.S.J., Brouwers, M., Essers, A.A.M. (2003). *Geregistreeerde drugcriminaliteit in cijfers: achtergrondstudie bij het Justitieonderdeel van de Nationale Drugmonitor; jaarbericht 2002*. Boom Juridische uitgevers: Den Haag.
- Meyers, D.G., Neuberger, J.S., He, J. (2009). Cardiovascular effect of bans on smoking in public places: a systematic review and meta-analysis. *J Am Coll Cardiol* 54 (14): 1249-1255.
- Ministerie van Infrastructuur en Milieu (2011). *Rijden onder invloed in Nederland in 2002-2010: ontwikkeling van het alcoholgebruik van automobilisten in weekendnachten*. Ministerie van Infrastructuur en Milieu: Den Haag.
- Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) (2009). *Factsheet vergoeding benzodiazepinen*. VWS: Den Haag.
- Monshouwer, K., Van Dorselaer, S., Verdurmen, J., Ter Bogt, T., De Graaf, R., Vollebergh, W. (2006). Cannabis use and mental health in secondary school children: findings from a Dutch survey. *British Journal of Psychiatry* 188 (2): 148-153.
- Moore, T.H., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T.R., Jones, P.B., Burke, M., et al. (2007). Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet* 370 (9584): 319-328.
- Moser, M.S., Purssell, R.A. (2000). Gamma-hydroxybutyrate overdose and coma: a case report. *Canadian Journal of Emergency Medical Care* 2 (3): 203-205.
- Muller, E., Zannoni, M., Ammerlaan, K., Schaap, S., Uildriks, N., Vaarst, L., et al. (2010). *Ordeverstoringen en groeps geweld bij evenementen en grootschalige gebeurtenissen: scherpte en alertheid*. COT/Politie Academie/Bureau Beke: Den Haag.

- Nabben, T., Benschop, A., Korf, D.J. (2007a). *Antenne 2006: trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*. Rozenberg Publishers: Amsterdam.
- Nabben, T., Koet, S., Korf, D.J. (2007b). *NL.Trendwatch: gebruikersmarkt uitgaansdrugs in Nederland, 2006-2007*. Rozenberg: Amsterdam.
- Nabben, T., Benschop, A., Korf, D.J. (2008). *Antenne 2007: trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*. Rozenberg Publishers: Amsterdam.
- Nabben, T., Benschop, A., Korf, D.J. (2010). *Antenne 2009: trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*. Rozenberg Publishers: Amsterdam.
- Nagelhout, G., De Korte, D., Zeegers, T., Van der Meer, R., Willemsen, M. (2010). *Hulpmiddelen voor stoppen met roken: 2001-2009: themapublicatie*. STIVORO: Den Haag.
- Nagelhout, G., De Korte, D., Van der Meer, R., Van Gelder, B., Willemsen, M. (2011). *Sociaaleconomische verschillen in roken in Nederland 1988-2010: themapublicatie*. Stivoro: Den Haag.
- Neafsey, E.J., Collins, M.A. (2011). Moderate alcohol consumption and cognitive risk. *Neuropsychiatr Dis Treat* 7: 465-484.
- Negus, S.S., Mello, N.K., Blough, B.E., Baumann, M.H., Rothman, R.B. (2007). Monoamine releasers with varying selectivity for dopamine/norepinephrine versus serotonin release as candidate "agonist" medications for cocaine dependence: studies in assays of cocaine discrimination and cocaine self-administration in rhesus monkeys. *J Pharmacol Exp Ther* 320 (2): 627-636.
- Nemeth, Z., Kun, B., Demetrovics, Z. (2010). The involvement of gamma-hydroxybutyrate in reported sexual assaults: a systematic review. *J Psychopharmacol* 24 (9): 1281-1287.
- Niesink, R., Van Laar, M. (2012). *THC, CBD en gezondheidseffecten van wiet en hasj: recente inzichten*. Trimbos-instituut: Utrecht.
- NISPA (2012). *GHB monitor: landelijk onderzoek naar veilig stoppen met GHB gebruik: uitgevoerd door het NISPA van de Radboud Universiteit Nijmegen, in opdracht van VWS: voorlopige resultaten*. NISPA: Nijmegen.
- Nutt, D.J., King, L.A., Phillips, L.D. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *Lancet* 376 (9752): 1558-1565.
- Ouweland, A.W., Kuijpers, W.G.T., Mol, A., Wisselink, D.J., Van Delden, E.B. (2010). *Gegevensverstrekking uit LADIS 2008 aan het Trimbos-instituut voor de actualisering van de schatting van het aantal problematische harddrugsgebruikers (interne publicatie)*. IVZ: Houten.
- Ouweland, A.W., Wisselink, D.J., Kuijpers, W.G.T., Van Delden, E.B., Mol, A. (2011). *Kerncijfers Verslavingszorg 2010: Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS)*. IVZ: Houten.
- Öberg, M., Jaakkola, M.S., Woodward, A., Peruga, A., Pruss-Ustun, A. (2011). Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. *Lancet* 377 (9760): 139-146.
- Parry, C.D., Patra, J., Rehm, J. (2011). Alcohol consumption and non-communicable diseases: epidemiology and policy implications. *Addiction* 106 (10): 1718-1724.



- Parsons, J.T., Grov, C., Kelly, B.C. (2009). Club drug use and dependence among young adults recruited through time-space sampling. *Public Health Reports* 124 (2): 246-254.
- Patra, J., Taylor, B., Irving, H., Roerecke, M., Baliunas, D., Mohapatra, S., et al. (2010). Alcohol consumption and the risk of morbidity and mortality for different stroke types--a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 10: 258.
- Perez, E., Chu, J., Bania, T. (2006). Seven days of gamma-hydroxybutyrate (GHB) use produces severe withdrawal. *Ann Emerg Med* 48 (2): 219-220.
- Peters, R.J.G. (2007). Nieuwe wetenschappelijke argumenten voor het verder terugdringen van tabaksgebruik, ook in horecagelegenheden. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 151 (3): 167-168.
- Pollini, R.A., Banta-Green, C.J., Cuevas-Mota, J., Metzner, M., Teshale, E., Garfein, R.S. (2011). Problematic use of prescription-type opioids prior to heroin use among young heroin injectors. *Substance Abuse and Rehabilitation* 2 (1): 173-180.
- Productschap Dranken (2011). *Jaarverslag 2010*. Productschap Dranken: Den Haag.
- Productschap Wijn (2011). *Jaarverslag 2011*. Productschap Wijn: Den Haag.
- Quaak, M., Van Schayck, C.P., Knaapen, A.M., Van Schooten, F.J. (2009). Genetic variation as a predictor of smoking cessation success: A promising preventive and intervention tool for chronic respiratory diseases? *Eur Respir J* 33 (3): 468-480.
- Raad van State (Afdeling Bestuursrechtspraak) (2011). *Hoger beroep softdrugsverbod Amsterdam [201009884/1/H3]*. Raad van State: Den Haag.
- Ravera, S., Van Rein, N., De Gier, J.J., De Jong-Van den Berg, L.T.W. (2012). Road traffic accidents and psychotropic medication use in the Netherlands: a case-control study. *British Journal of Clinical Pharmacology* 72 (3): 505-513.
- Rehm, J., Baliunas, D., Borges, G.L., Graham, K., Irving, H., Kehoe, T., et al. (2010a). The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction* 105 (5): 817-843.
- Rehm, J., Taylor, B., Mohapatra, S., Irving, H., Baliunas, D., Patra, J., et al. (2010b). Alcohol as a risk factor for liver cirrhosis: a systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Rev* 29 (4): 437-445.
- Rigg, K.K., Kurtz, S.P., Surratt, H.L. (2012). Patterns of prescription medication diversion among drug dealers. *Drugs: education, prevention and policy* 19 (2): 145-155.
- Rigter, S., Niesink, R. (2010). *THC-concentraties in wiet, nederwiet en hasj in Nederlandse coffeeshops (2009-2010)*. Trimbos-instituut: Utrecht.
- Rigter, S., Niesink, R. (2011). *THC-concentraties in wiet, nederwiet en hasj in Nederlandse coffeeshops (2010-2011)*. Trimbos-instituut: Utrecht.
- Rodenburg, G., Spijkerman, R., Van den Eijnden, R., Van de Mheen, D. (2007). *Nationaal prevalentieonderzoek middelengebruik 2005*. IVO: Rotterdam.
- Roerecke, M., Rehm, J. (2010). Irregular heavy drinking occasions and risk of ischemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Am J Epidemiol* 171 (6): 633-644.

- Roerecke, M., Rehm, J. (2011). Ischemic heart disease mortality and morbidity rates in former drinkers: a meta-analysis. *Am J Epidemiol* 173 (3): 245-258.
- Rogers, G., Elston, J., Garside, R., Roome, C., Taylor, R., Younger, P., et al. (2009). The harmful health effects of recreational ecstasy: a systematic review of observational evidence. *Health Technology Assessment* 13 (6): 1-315.
- Ronksley, P.E., Brien, S.E., Turner, B.J., Mukamal, K.J., Ghali, W.A. (2011). Association of alcohol consumption with selected cardiovascular disease outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ* 342: d671.
- Rovers, B., Fijnaut, C. (2011). *De drugsoverlast in Maastricht en omliggende gemeenten: een schets van de problemen en het effect van tegenmaatregelen*. Universiteit van Tilburg: Tilburg.
- SAMHSA (2011). *Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings*. SAMHSA: Rockville, MD.
- Scheenstra, R.J., Van Buren, M., Koopman, J.P. (2007). Een patiënt met neuseptumdestructie door cocaïne en antistoffen tegen cytoplasmatische antigenen van neutrofiële granulocyten (ANCA): mogelijke verwarring met de ziekte van Wegener. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 151 (43): 2395-2399.
- Schelleman-Offermans, K., Kuntsche, E., Knibbe, R.A. (2011). Associations between drinking motives and changes in adolescents' alcohol consumption: a full cross-lagged panel study. *Addiction* 106 (7): 1270-1278.
- Schilt, T. (2009). *Thinking of ecstasy: Neuropsychological aspects of ecstasy use*. University of Amsterdam: Amsterdam.
- Schoenmakers, T.M., Baars, J., Van de Mheen, D. (2009). *Schatting van het aantal problematisch harddruggebruikers in Rotterdam voor 2008*. IVO: Rotterdam.
- Schreuder, I., Van Veen, M.G. (2010). *Prevalentie van hiv, hepatitis B en hepatitis C bij mannen in detentie in Sittard, 2010*. RIVM: Bilthoven.
- Schreuder, I., Van der Sande, M.A., De Wit, M., Bongaerts, M., Boucher, C.A., Croes, E.A., et al. (2010). Seroprevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C among opioid drug users on methadone treatment in the Netherlands. *Harm Reduction Journal* 7: 25.
- Schrijvers, C.T.M., Schoemaker, C.G. (2008). *Spelen met gezondheid: leefstijl en psychische gezondheid van de Nederlandse jeugd*. RIVM: Bilthoven.
- Schutze, M., Boeing, H., Pischon, T., Rehm, J., Kehoe, T., Gmel, G., et al. (2011). Alcohol attributable burden of incidence of cancer in eight European countries based on results from prospective cohort study. *BMJ* 342: d1584.
- Smink, B.E., Egberts, A.C.G., Lusthof, K.J., Uges, D.R.A., De Gier, J.J. (2010). The Relationship between Benzodiazepine Use and Traffic Accidents: A Systematic Literature Review. *CNS Drugs* 24 (8): 639-653.
- Snippe, J., Hoogeveen, C., Bieleman, B. (2000). *Monitor drugproblematiek justitie, definitiestudie en ontwikkeltraject*. IntraVal: Groningen.
- Sonnenberg, C.M., Bierman, E.J.M., Deeg, D.J.H., Comijs, H.C., Van Tilburg, W., Beekman, A.T.F. (2012). Ten-year trends in benzodiazepines use in the Dutch population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 47 (2): 293-301.

- STAP (2011). *Wat zijn effectieve prijsmaatregelen om alcoholproblematiek terug te dringen?: factsheet*. STAP: Utrecht.
- Stb 2011-337. Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden jaargang 2011 nr 337 (2011). *Besluit van 14 juni 2011, houdende wijziging van het Besluit uitvoering rookvrije werkplek, horeca en andere ruimten*. Sdu Uitgevers: Den Haag.
- Stc 2011-12328. Staatscourant 11 juli 2011 nr.12328 (2011). *Stoppen-met-Rokenprogramma, nadere regel NR/CU-706*. Sdu Uitgevers: Den Haag.
- Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) (2010). Stoppen met roken in pakket vanaf 2011. *Pharmaceutisch Weekblad 45 (51-52): 23 december 2010*.
- Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) (2011). *Data en feiten 2011: het jaar 2010 in cijfers*. SFK: Den Haag.
- Stichting Mainline (2008). *Cocaïneinfo.nl*. Stichting Mainline: Amsterdam.
- STIVORO (2010). *Kerncijfers roken in Nederland: een overzicht van recente Nederlandse basisgegevens over rookgedrag*. Stivoro: Den Haag.
- STIVORO (2011a). *Roken, de harde feiten: volwassenen 2010*. Stivoro: Den Haag.
- STIVORO (2011b). *Roken, de harde feiten: jeugd 2011*. STIVORO - voor een rookvrije toekomst: Den Haag.
- STIVORO (2012a). *Kerncijfers roken in Nederland: een overzicht van recente Nederlandse basisgegevens over rookgedrag*. Stivoro: Den Haag.
- STIVORO (2012b). *Trendpublicatie percentage rokers: percentage rokers in de Nederlandse bevolking 1958-2011*. Stivoro: Den Haag.
- Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling GGZ (2011). *Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen (tweede revisie): versie 1.0*. Trimbos-instituut: Utrecht.
- Sundell, L., Salomaa, V., Vartiainen, E., Poikolainen, K., Laatikainen, T. (2008). Increased stroke risk is related to a binge-drinking habit. *Stroke 39 (12): 3179-3184*.
- SWOV (2011). *SWOV-Factsheet: rijden onder invloed van drugs en geneesmiddelen*. SWOV: Leidschendam.
- T.K.22894-114. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2006-2007 publicatie nummer 114 (2006). *Preventiebeleid voor de volksgezondheid*. Sdu: Den Haag.
- T.K.29911-17. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2008-2009 publicatienummer 29911 nr. 4 (2008). *Bestrijding georganiseerde criminaliteit; Brief van ministers van Justitie, en van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties*. Sdu Uitgevers: Den Haag.
- T.K.29350-10: Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2010-2011 publicatienummer 29350 nr. 10 (2011). *ICT bij politie: rapport 2010*. Sdu uitgevers: Den Haag.
- T.K.29398-236. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2010-2011 publicatienummer 29398 nr. 236 (2011). *Maatregelen verkeersveiligheid; Brief regering; Voortgang van het conceptvoorstel van wet houdende wijziging van de Wegenverkeerswet 1994 in verband met het verbeteren van de aanpak van het rijden onder invloed van drugs*. Sdu Uitgevers: Den Haag.

- T.K.29628-258: Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2010-2011 publicatienummer 29628 nr. 258 (2011). *Politie; Brief regering; Aanbieding rapportage van het onderzoek naar de verbetermaatregelen bij de afhandeling van in beslag genomen drugs bij de Nederlandse politie (onderzoek is gedaan door de Inspectie Openbare Orde en Veiligheid (IOOV) en de Rijksauditedienst (RAD))*. Sdu Uitgevers: Den Haag.
- T.K.32793-2. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2010-2011 publicatienummer 32793 nr. 2 (2011). *Preventief Gezondheidsbeleid: Nota Gezondheid Dichtbij: Landelijke nota gezondheidsbeleid*. Sdu Uitgevers: Den Haag.
- Tang, Y.L., Kranzler, H.R., Gelernter, J., Farrer, L.A., Pearson, D., Cubells, J.F. (2009). Transient Cocaine-Associated Behavioral Symptoms Rated with a New Instrument, the Scale for Assessment of Positive Symptoms for Cocaine-Induced Psychosis (SAPS-CIP). *American Journal on Addictions* 18: 339-345.
- Teo, K.K., Ounpuu, S., Hawken, S., Pandey, M.R., Valentin, V., Hunt, D., et al. (2006). Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study. *Lancet* 368 (9536): 647-658.
- Ter Bogt, T., Van Lieshout, M., Doornwaard, S., Eijkemans, Y. (2009). *Middelengebruik en voortijdig schoolverlaten: twee onderzoeken naar de actuele en gepercipieerde rol van alcohol en cannabis in relatie tot spijbelen, schoolprestaties, motivatie en uitval*. Trimbos-instituut: Utrecht.
- Theunissen, M.J., Jansen, M., van, G.A. (2011). Are mental health and binge drinking associated in Dutch adolescents? Cross-sectional public health study. *BMC Res Notes* 4: 100.
- TNS Opinion & Social (2010). *Tobacco: special Eurobarometer 332*. European Commission: Brussels.
- Tollenaar, N., Van der Laan, A.M. (2011). *Monitor veelplegers 2011: trends in de populatie zeer actieve veelplegers*. WODC: Den Haag.
- Tollenaar, N., Van der Laan, A.M. (2012). *Effecten van de ISD-maatregel: factsheet 2012-1*. WODC: Den Haag.
- Tramacere, I., Negri, E., Pelucchi, C., Bagnardi, V., Rota, M., Scotti, L., et al. (2012). A meta-analysis on alcohol drinking and gastric cancer risk. *Ann Oncol* 23 (1): 28-36.
- Trimbos-instituut (2008). *Database problematische harddruggebruikers 2008: eigendom van het Trimbos-instituut: samengesteld door GGD Amsterdam, Intraval, IVO en Trimbos-instituut*. Trimbos-instituut: Utrecht.
- Tuithof, M., Ten, H.M., Van den Brink, W., Vollebergh, W., de, G.R. (2011). *The role of conduct disorder in the association between ADHD and alcohol use (disorder). Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2*. Drug Alcohol Depend.
- Valkenberg, H., Nijman, S. (2011). *Alcoholvergiftigingen en ongevallen met alcohol bij jongeren van 10 tot en met 24 jaar*. Stichting Consument en Veiligheid: Amsterdam.
- Valkenberg, H. (2012). *SEH-behandelingen naar aanleiding van GHB-gebruik*. Stichting Consument en Veiligheid: Amsterdam.

- Van Amsterdam, J.G.C., Van Marle, J., Van Dijk, P., Niesink, R., Opperhuizen, A. (2007). *Electronenmicroscopisch onderzoek van vervuilde wietmonsters*. RIVM: Bilthoven.
- Van Amsterdam, J., Opperhuizen, A., Koeter, M., Van den Brink, W. (2010). Ranking the harm of alcohol, tobacco and illicit drugs for the individual and the population. *Eur Addict Res* 16 (4): 202-207.
- Van Amsterdam, J.G.C., Van Laar, M., Brunt, T., Van den Brink, W. (2012). Risk assessment of gamma-hydroxybutyric acid (GHB) in the Netherlands. *Regulatory Toxicology and Pharmacology* 63 : 55-63.
- Van de Laar, M.J.W., Op de Coul, E.L.M. (2004). *HIV and Sexually Transmitted Infections in the Netherlands in 2003*. RIVM: Bilthoven.
- Van de Mheen, D. (red.) (2000). *De Rotterdamse drugscene onder de loep: resultaten van 5 jaar Drug Monitoring Systeem in Rotterdam*. IVO: Rotterdam.
- Van den Berg, C., Smit, C., Van Brussel, G., Coutinho, R., Prins, M. (2007). Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users. *Addiction* 102: 1454-1462.
- Van den Eijnden, R., Mheen, D., Vet, R., Vermulst, A. (2011). Alcohol-specific parenting and adolescents' alcohol-related problems: the interacting role of alcohol availability at home and parental rules. *J Stud Alcohol Drugs* 72 (3): 408-417.
- Van der Knaap, L.M., El Idrissi, F., Bogaerts, S. (2010). *Daders van huiselijk geweld*. Boom Juridische Uitgevers/WODC: Den Haag.
- Van der Lely, N., Van Dalen, W., Van Hoof, J., Rodrigues Pereira, R. (2012). *Alcoholintoxicaties bij jongeren in Nederland: een onderzoek bij kinderafdelingen in Nederlandse ziekenhuizen: cijfers van 2007 t/m 2011*. Universiteit Twente/ NSCK/STAP/Reinier de Graaf Groep: Enschede/Utrecht/Delft.
- Van der Poel, A., Doekhie, J., Verdurmen, J., Wouters, M., Van Laar, M. (2010). *Feestmeter 2008-2009: uitgaan en middelengebruik onder bezoekers van party's en clubs*. Trimbos-instituut/Bonger Instituut: Utrecht/Amsterdam.
- Van der Vorst, H., Engels, R.C., Burk, W.J. (2010). Do parents and best friends influence the normative increase in adolescents' alcohol use at home and outside the home? *J Stud Alcohol Drugs* 71 (1): 105-114.
- Van Dijk, T., Van Veen, M., Cox, E. (2010). *Slachtofferschap van huiselijk geweld: aard, omvang, omstandigheden en hulpzoekgedrag*. Intomart GfK: Hilversum.
- Van Dorsselaer, S., De Looze, M., Vermeulen-Smit, E., De Roos, S., Verdurmen, J., Ter Bogt, T., et al. (2010). *HBSC 2009: gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland*. Trimbos-instituut: Utrecht.
- Van Eijk, J.T., Bosma, H., Jonkers, C.C., Lamers, F., Muijers, P.E. (2010). Prescribing antidepressants and benzodiazepines in the Netherlands: is chronic physical illness involved? *Depress Res Treat* 2010: 105931.
- Van Geffen, K., Van Boheemen, C., Van Dijk, L., Van Hulten, R., Bouvy, M. (2009). Slechts 1 op 10 stopt na benzomaatregel: afschaffing vergoeding heeft beperkt effect. *Pharmaceutisch Weekblad* 144 (49): 28-31.

- Van Hoof, J., Krokké, J. (2011). *Alcoholverkoop aan jongeren: een landelijk nalevingsonderzoek*. Universiteit Twente: Enschede.
- Van Laar, M., Van Dorsselaer, S., Monshouwer, K., De Graaf, R. (2007). Cannabisgebruikers kampen vaak met psychische stoornissen. *Verslaving: tijdschrift over verslavingsproblematiek* 3 (2): 3-14.
- Van Noorden, M.S., Van Dongen, L.C., Zitman, F.G., Vergouwen, T.A. (2009). Gamma-hydroxybutyrate withdrawal syndrome: dangerous but not well-known. *Gen Hosp Psychiatry* 31 (4): 394-396.
- Van Ooyen-Houben, M., Meijer, R., Kaal, H., Galloway, M. (2009). Drugswetcriminaliteit. In: *Evaluatie van het Nederlandse drugsbeleid*. Van Laar, M., Van Ooyen-Houben, M. (red.), pp. 221-266. Trimbos-instituut/WODC: Utrecht/Den Haag.
- Van Ooyen-Houben, M. (2011). LADIS in Justitieland. In: *Verslaafd aan informatie?! 25 jaar Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS), informatie over verslaving en verslavingszorg*. Stichting Informatievoorziening Zorg, (red.), pp. 20-31. IVZ: Houten
- Van Ooyen-Houben, M. (2012). Zorg als alternatief voor detentie: de toepassing van drang bij drugsverslaafde justitiabelen. In: Blaauw, E. & Roozen, H. (2012). *Handboek Forensische Verslavingszorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, p. 109-127.
- Van Rooij, A.J., Schoenmakers, T.M., Van de Mheen, D. (2011). *Nationaal Prevalentie Onderzoek Middelengebruik 2009: kerncijfers 2009*. IVO: Rotterdam.
- Van Sassenbroeck, D.K., De Neve, N., De Paepe, P., Belpaire, F.M., Verstraete, A.G., Calle, P.A., et al. (2007). Abrupt awakening phenomenon associated with gamma-hydroxybutyrate use: a case series. *Clinical Toxicology* 45: 533-538.
- Van Velzen, A.G., Van Gorcum, T.F., Van Riel, A.J.H.P., Meulenbelt, J., De Vries, I. (2010). *Acute vergiftigingen bij mens en dier: jaaroverzicht 2009 Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum*. RIVM: Bilthoven.
- Van Velzen, A.G., Spijkerboer, H.N., Van Riel, A.J.H.P., Meulenbelt, J., De Vries, I. (2011). *Acute vergiftigingen bij mens en dier: jaaroverzicht 2010 Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum*. RIVM: Bilthoven.
- Van Wijk, A., Bremmers, B. (2011). *Snelle jongens: een onderzoek naar drugrunners en daaraan gerelateerde problematiek in Limburg-Zuid*. Bureau Beke: Arnhem.
- Vaughn, M.G., Fu, Q., Perron, B.E., Bohnert, A.S.B., Howard, M.O. (2010). Is Crack Cocaine Use Associated with Greater Violence than Powdered Cocaine Use? Results from a National Sample. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 36: 181-186.
- Veerman, S.R., Dijkstra, H.N., Liefding-Kluft, I. (2010). Levensbedreigende onthoudingsverschijnselen door gammahydroxyboterzuur. *Tijdschr Psychiatr* 52 (6): 411-416.
- Verdurmen, J., Monshouwer, K., Van Dorsselaer, S., Ter Bogt, T., Vollebergh, W. (2005a). Alcohol use and mental health in adolescents: Interactions with age and gender: Findings from the Dutch 2001 Health Behaviour in School-Aged Children survey. *Journal of Studies on Alcohol* 66 (5): 605-609.

- Verdurmen, J., Monshouwer, K., Van Dorsselaer, S., Vollebergh, W. (2005b). Cannabisgebruik onder adolescenten: gebruikspatronen, achtergrondfactoren en psychosociale problemen. *Submitted*.
- Verdurmen, J., Abraham, M., Planije, M., Monshouwer, K., Van Dorsselaer, S., Schulten, I., et al. (2006). *Alcoholgebruik en jongeren onder de 16 jaar: schadelijke effecten en effectiviteit van alcoholinterventies*. Trimbos-instituut: Utrecht.
- Verdurmen, J., Monshouwer, K., Van Dorsselaer, S., Vermeulen, E., Lokman, S., Vollebergh, W. (2012). *Jeugd en riskant gedrag 2011: kernegegevens uit het Peilstationsonderzoek scholieren: roken, drinken, drugsgebruik en gokken onder scholieren vanaf tien jaar*. Trimbos-instituut: Utrecht.
- Verstraete, A.G. (2004). Detection times of drugs of abuse in blood, urine, and oral fluid. *Ther Drug Monit* 26 (2): 200-205.
- Vogels, N., Croes, E. (2012). *Monitor Drugs Incidenten: factsheet 2011*. Trimbos-instituut: Utrecht.
- Voorham, L., Buitenhuis, S. (2012). *GHB-gebruik(ers) in beeld: een typering van de GHB-gebruiker en hun bereikbaarheid*. Trimbos-instituut: Utrecht.
- Vriend, H.J., Koedijk, F.D.H., Van den Broek, I.V.F., Van Veen, M.G., Op de Coul, E.L.M., Van Sighem, A.I., et al. (2011). *Sexually transmitted infections, including HIV, in the Netherlands in 2010*. RIVM: Bilthoven.
- Wartna, B.S.J., Blom, M., Tollenaar, N. (2008). *De WODC-Recidivemonitor*. WODC: Den Haag.
- Wartna, B.S.J., Tollenaar, N., Blom, M., Alma, S.M., Essers, A.A.M., Bregman, I.M. (2010). *Recidivebericht 1997-2007: ontwikkelingen in de strafrechtelijke recidive van Nederlandse justitiabelen*. WODC: Den Haag.
- Weenink, D. (2011). Delinquent behavior of Dutch rural adolescents. *J Youth Adolesc* 40 (9): 1132-1146.
- WHO (2009). *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*. WHO Regional Office for Europe: Kopenhagen.
- WHO (2011). *Global status report on alcohol and health*. WHO: Geneva.
- Wish, E.D., Artigiani, E., Billing, A., Hauser, W., Hemberg, J., Shilet, M., et al. (2012). The Emerging Buprenorphine Epidemic in the United States. *Journal of Addictive Diseases* 31 (1): 3-7.
- Wolf, J., Altena, A., Beijersbergen, M., Oliemeulen, L. (2010). Hostelbewoners in Utrecht: profiel en functioneren, zorgaansluiting en ervaren baat van het hostelverblijf. *Verslaving: tijdschrift over verslavingsproblematiek* 6 (3): 19-32.
- Wong, F.Y., Roels, J., Van den Brakel, J. (2011). *Analyse methodebreuken Gezondheidsenquête bij het herontwerp Persoonsenquête*. CBS: Den Haag/Heerlen.
- Wouters, M., Benschop, A., Korf, D.J. (2010a). Local politics and retail cannabis markets: the case of the Dutch coffeeshops. *International Journal of Drug Policy* 21 (4): 315-320.
- Wouters, M., Doekhie, J., Korf, D., Benschop, A. (2010b). *Gezondheidsrisicogedrag onder mannelijke gedetineerden: tatoeages, piercings, boegroes, seks & injecteren van drugs en anabolen*. Rozenberg Publishers: Amsterdam.

- Wouters, M., Korf, D.J. (2011). *De wietpas en het sociaal clubmodel: meningen en verwachtingen van coffeeshopbezoekers in Utrecht*. Rozenberg Publishers: Amsterdam.
- Zhu, N.Y., LeGatt, D.F., Turner, A.R. (2009). Agranulocytosis after consumption of cocaine adulterated with levamisole. *Annals of Internal Medicine* 150 (4): 287-289.
- Ziegler, P.P., Compton, P., Goldenbaum, D.M. (2011). Prescription Drug Abuse and Diversion in Clinical Practice: What can be Learned from Regulatory Sanction Data. *Journal of Addictions Nursing* 22: 13-18.
- Zvosec, D.L., Smith, S.W., Litonjua, R., Westfal, R.E.J. (2007). Physostigmine for gamma-hydroxybutyrate coma: inefficacy, adverse events, and review. *Clinical Toxicology* 45: 261-265.









In Nederland volgen tal van monitors de ontwikkelingen op het gebied van drugs, alcohol en tabak. De Jaarberichten van de Nationale Drug Monitor (NDM) geven een actueel overzicht in de grote stroom van informatie over het gebruik van drugs, alcohol en tabak in Nederland. Het Jaarbericht 2011 is inmiddels het twaalfde Jaarbericht in de reeks.

Voor cannabis, cocaïne, opiaten, ecstasy en amfetamine, GHB, alcohol, tabak en slaap- en kalmeringsmiddelen staan de meest recente cijfers bij elkaar over het gebruik, het problematisch gebruik, de hulpvraag, ziekte en sterfte en aanbod en markt. Daarnaast wordt de positie van Nederland in internationaal perspectief gezet.

Het Jaarbericht bevat ook justitiële gegevens over handel, productie en bezit van illegale drugs en drugsgebruikers in het strafrechtelijk systeem.

Een uitgebreide samenvatting in het Jaarbericht geeft de belangrijkste recente ontwikkelingen.

Het Jaarbericht van de NDM is opgesteld in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in samenwerking met het ministerie van Veiligheid en Justitie. Het doel is om politici, beleidsmakers, professionals in het veld en andere geïnteresseerden objectief te informeren over het gebruik van drugs, alcohol en tabak in Nederland.