



# Nationale Drug Monitor

Jaarbericht 2017



2017

# Nationale Drug Monitor

Jaarbericht 2017



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

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

## Colofon

### Redactie

Mw. dr. M.W. van Laar<sup>1</sup>  
Mw. dr. B. van Gestel<sup>2</sup>

Dhr. dr. A.A.N. Cruts<sup>1</sup>  
Mw. dr. P.M. van der Pol<sup>1</sup>

Dhr. drs. A.P.M. Ketelaars<sup>1</sup>  
Mw. mr. E.M.T. Beenakkers<sup>2</sup>

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

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

Dhr. dr. T.M. Brunt<sup>1</sup>

### Met medewerking van

Dhr. S. Rigter<sup>1</sup>

Mw. F.J.J. van den Broek<sup>1</sup>

Dhr. M.A. Wezenberg<sup>1</sup>

Dhr. ir. J.J. van Dijk<sup>2</sup>

1) Trimbos-instituut  
2) Wetenschappelijk  
Onderzoek- en  
Documentatiecentrum  
(WODC), Ministerie van  
Veiligheid en Justitie

*Engelse vertaling Summary*  
BRightWrite text  
& translation

*Productiebegeleiding*  
Joris Staal

*Ontwerp*  
Canon Nederland N.V.

### Productie

Trimbos-instituut

ISBN/EAN 9789052537771

- Deze uitgave is te downloaden via [www.trimbos.nl/webwinkel](http://www.trimbos.nl/webwinkel) met artikelnummer AF1568
- Of surf naar [www.wodc.nl](http://www.wodc.nl).

*Trimbos-instituut:*

*Da Costakade 45*

*Postbus 725, 3500 AS Utrecht*

*T: 030 297 11 00*

*WODC: Turfmarkt 147*

*2511 DP Den Haag*

*T: 070 370 6561*

## Leden van de Wetenschappelijke Raad van de NDM

Dhr. dr. M. van den Berg, RIVM

Dhr. dr. P. Blanken, PARC, Brijder

Dhr. dr. P.G.J. Greeven, GGZ Nederland, NovadicKentron

Dhr. drs. A.W.M van der Heijden, Openbaar Ministerie

Dhr. prof. dr. R.A. Knibbe, Universiteit Maastricht

Dhr. prof. dr. D.J. Korf, Bonger Instituut voor Criminologie, Universiteit van Amsterdam (voorzitter)

Dhr. drs. W.G.T. Kuijpers, MSc, Stg. IVZ

Dhr. prof. dr. A.E. Kunst, AMC, UvA

Mw. prof. dr. H. van de Mheen, IVO, Erasmus Universiteit Rotterdam, Universiteit Maastricht

Dhr. prof. dr. A.C.M. Spapens, Universiteit van Tilburg

Dhr. D.J. Wisselink, Stg. IVZ

## Waarnemers

Mw. drs. W.M. de Zwart, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Mw. mr. drs. S. Hulscher, Ministerie van Veiligheid en Justitie

## Disclaimer

Dit Jaarbericht van de Nationale Drug Monitor (NDM) is geschreven voor een breed publiek. Waar het gaat om wetgeving zijn niet steeds de exacte wetsteksten aangehouden. Daarvoor dient de lezer de oorspronkelijke bronnen te raadplegen.

© 2017, Trimbos-instituut, Utrecht/WODC, Den Haag. Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut of het WODC.



# Inhoud

Ontwikkelingen in gebruik: Opiumwetmiddelen, nieuwe psychoactieve stoffen, alcohol en tabak

Alcohol- en drugsgelateerde criminaliteit



# 0. Samenvatting/Summary

Samenvatting

Summary



## o. Samenvatting

Hieronder volgt een beschrijving van de laatste ontwikkelingen uit het Jaarbericht 2017. De tabellen 1a en 1b geven een overzicht van de laatste cijfers over het middelengebruik en de drugscriminaliteit.



o.1

### Ontwikkelingen in wetgeving en beleid

#### Ontwikkelingen in het drugsbeleid

##### *Nieuwe Opiumwetmiddelen*

Per 25 mei 2017 is een aantal middelen op lijst I van de Opiumwet geplaatst: PVP, acetylfentanyl en 4-FA. Het middel fenazepam is op lijst II geplaatst.

##### *Verruiming sluitingsbevoegdheden panden*

Een wetsvoorstel tot uitbreiding van artikel 13b Opiumwet (Verruiming sluitingsbevoegdheid) is in augustus 2017 aan de Tweede Kamer aangeboden. Dit wetsvoorstel regelt dat de bevoegdheid van de burgemeester om woningen of andere panden te sluiten ook geldt in geval van strafbare voorbereidingshandelingen voor het bereiden of telen van drugs (er voorwerpen of stoffen aanwezig zijn die daar duidelijk voor bestemd zijn).

##### *Gevolgen strafbaarstelling voorbereidingshandelingen*

Na het inwerking treden van art. 11a Opiumwet zijn growshops gesloten, maar hebben zij zich ook vaak aangepast aan de nieuwe wetgeving. Die aanpassing bestaat onder andere uit de verkoop van goederen vanuit verschillende plaatsen, en het gebruik van internet. Verder lijkt het verkrijgen van kweekbenodigdheden in Nederland lastiger te worden en lijken die ook vaker uit het buitenland te worden gehaald.

##### *Ingezetenen criterium heeft landelijke gelding*

In een arrest van 30 september 2016 heeft de Hoge Raad geoordeeld dat het ingezetenen criterium landelijke gelding heeft en dat het niet alleen geldt in gemeenten waar overlast als gevolg van drugstoerisme wordt ervaren.

##### *Wetsvoorstel Wet gesloten coffeeshopketen*

Op 21 februari is het initiatiefwetsvoorstel Wet gesloten coffeeshopketen aangenomen in de Tweede Kamer. Het wacht op behandeling in de Eerste Kamer. De bedoeling van het wetsvoorstel is de hele keten rond de coffeeshops transparant te regelen. Het belangrijkste voorstel is om een systeem in te stellen van ministeriële ontheffingen aan beroeps- en bedrijfsmatige telers, te verlenen door de Minister van VWS.

##### *Scenariostudie*

Er heeft een ambtelijke exercitie plaats gevonden waarbij gekeken is naar de praktische gevolgen van drie mogelijke toekomstige scenario's met betrekking tot het cannabisbeleid (teelt en verkoop). De scenario's bestonden uit reguleren van teelt en verkoop, gedogen en verbieden.

### *Middelenonderzoek bij geweldplegers*

Om geweld onder invloed van alcohol en drugs terug te dringen, hebben opsporingsambtenaren sinds 1 januari 2017 de bevoegdheid om verdachten van geweldsdelicten te bevelen mee te werken aan een test naar het gebruik van alcohol of drugs. Als de middelentesten uitwijzen dat een verdachte het geweldsdelict onder invloed van drank of drugs heeft gepleegd, kan dat nadrukkelijker en systematischer meegewogen worden in de door de Officier van Justitie te vorderen straf en de door de rechter op te leggen straf.

### *Rijden onder invloed van drugs*

De politie heeft sinds 1 juli 2017 de bevoegdheid de speekseltest te gebruiken om rijden onder invloed van drugs vast te kunnen stellen. In een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) zijn grenswaarden vastgelegd voor zowel alcohol als drugs in het bloed, voor zowel enkelvoudig gebruik als gecombineerd gebruik van drugs en van drugs en alcohol of geneesmiddelen.

### *Wet aanpak woonoverlast*

Vanaf 1 juli 2017 kan woonoverlast, waaronder bepaalde vormen van drugsoverlast (bijvoorbeeld een penetrante wietlucht) wettelijk worden aangepakt. De burgemeester is bevoegd tot het geven van een gedragsaanwijzing aan overlastgevers.

### *Intensivering van de aanpak van synthetische drugs en cannabisteelt in Zuid-Nederland*

De Taskforce en de Intensivering Zuid-Nederland van politie en Openbaar Ministerie worden in 2017 voortgezet en versterkt.

### *Post/pakket interventieteam: drugs via internet*

Om verzending van drugs en andere illegale waren via internet tegen te gaan, is sinds september 2016 het project Post/Pakket Interventieteam (PIT) actief. Daarin wordt nauw samengewerkt tussen politie, OM en POSTNL. Door POSTNL worden post en pakketten met drugs onderschept en daarna worden deze door de opsporingsambtenaren en onderzoekers van het NFI nader onderzocht en afgehandeld.

### *Drugsdumpingen bestreden*

Bestrijding van drugsdumpingen krijgt in 2016 en 2017 voortgezette aandacht. Om te voorkomen dat er drugsafval geloosd wordt is het opsporen van de bron van het afval, het drugslaboratorium, belangrijk. De politie werkt aan een werkwijze waarbij de dumping in eerste instantie zowel vanuit het milieu- als het algemene opsporingsperspectief wordt benaderd. Een dumping is een plaats delict, waarvan eerst de sporen veilig gesteld moeten worden en die vervolgens opgeruimd kan worden.

## **Ontwikkelingen in het tabaksbeleid**

### *Tabaksproductenrichtlijn*

Na de invoering van de Tabaksproductenrichtlijn (TPD) per 20 mei 2016 zijn in het kader hiervan nog de volgende maatregelen genomen: het is niet langer toegestaan om teer, nicotine en koolmonoxide (TNCO) waarden op de sigarettenverpakkingen te vermelden; er worden nadere verpakkingseisen aan tabaksverpakkingen gesteld; er komt een goedkeuringsprocedure voor 'nieuwsoortige' tabaksproducten.

### *Uitstalverbod*

Per januari 2017 is het uitstalverbod (display ban) in de Tabaks- en rookwarenwet opgenomen. Er wordt naar gestreefd dit uitstalverbod per 1 januari 2020 voor supermarkten en voor de overige verkooppunten per 1 januari 2022 te laten ingaan.

### *Elektronische sigaret zonder nicotine (EZN)*

Vanaf 1 juli 2017 geldt er voor de verstrekking van e-sigaretten zonder nicotine een leeftijdsgrens van 18 jaar en een reclameverbod. Dit geldt ook aan voor roken bestemde kruidenproducten, zoals een kruidensigaret.

### *Naleving leeftijdsgrens*

De naleving van de leeftijdsgrens van 18 jaar voor de verkoop van tabaksproducten is in vergelijking met 2015 in 2016 verbeterd, maar blijft voor verbetering vatbaar.

### *NIX18*

In 2016 zijn er in het kader van de NIX18 campagne twee deelcampagnes gevoerd: 1. jongeren en roken; 2. legitimatieplicht.

### *Rookvrije generatie*

Vanaf februari 2017 voerde de Rijksoverheid de publiekscampagne 'een rookvrije start voor alle kinderen'. De GGD-en hebben zich met een gezamenlijk actieplan aangesloten bij de brede beweging die streeft naar een rookvrije generatie.

## **Ontwikkelingen in het alcoholbeleid**

### *Evaluatie van de Drank- en Horecawet (DHW)*

In december 2016 werden de veranderingen die sinds 2013 in de Drank- en Horecawet waren opgenomen geëvalueerd. De hoofdthema's waren: het alcoholgebruik bij jongeren en volwassenen; de verhoging en de naleving van de leeftijdsgrens van 16 naar 18 jaar; toezicht en handhaving van de DHW door de gemeenten; de decentralisatie van bevoegdheden naar de gemeenten; de verstrekking van alcohol en mengvormen van alcohol en detailhandel ('blurring').

De decentralisatie van het toezicht en de handhaving naar de gemeenten roept een divers beeld op. Terwijl het in strijd is met de DHW, wil de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) 'blurring' blijven toestaan.

### *Maatschappelijke kosten van alcoholgebruik*

In de Maatschappelijke Kosten en Baten Analyse (MKBA) van de alcoholconsumptie voor de Nederlandse samenleving wordt geconcludeerd dat alcoholgebruik jaarlijks netto tussen de 2,3 en 2,9 miljard euro kost. Uit een andere studie blijkt dat de Nederlanders de schadelijke gevolgen van alcoholconsumptie op de gezondheid onderschatten.

### *Alcohol en geweld*

Vanaf 1 januari 2017 gelden het Besluit en de Regeling middelenonderzoek geweldplegers, waardoor geweld gepleegd onder invloed van alcohol en/of drugs zwaarder bestraft kan worden.

### *WHO*

In 2017 heeft de Wereldgezondheidsorganisatie een discussienota gepubliceerd over de etikettering van alcoholhoudende dranken.



## Beleidsontwikkelingen op het gebied van preventie

Centraal in het Nationaal Programma Preventie (2014-2016) 'Alles is Gezondheid' staan zes speerpunten: diabetes, ernstig overgewicht, roken, overmatig alcoholgebruik, depressie, en weinig bewegen. In het eerste jaar lag de nadruk op verbinding van maatschappelijke partijen aan het NPP, het tweede jaar op innovatie en in het derde jaar (2016) wordt een verdiepingsslag gemaakt en worden de echt effectieve initiatieven breed ingevoerd en structureel verankerd. Eind 2016 nemen 2.107 partners deel aan het NPP. In mei 2017 is besloten om het NPP voort te zetten.

De regering heeft gekozen voor een nieuwe aanpak om preventie beter te kunnen borgen. Sociale wijkteams zijn een belangrijk onderdeel van het nieuwe zorgstelsel. In theorie vormen ze een veelbelovende setting voor verslavingspreventie: tijdige signalering en interventie bij problematisch gebruik van alcohol en drugs. Deze functie hebben de teams tot nu toe nog niet voldoende ontwikkeld.

Kern van het nieuwe preventiebeleid voor uitgaansdrugs is het aanpakken van de normalisering van het drugsgebruik bij met name jongeren en jongvolwassenen. De regering wil actie op verschillende terreinen en wil uitdrukkelijk samenwerken met ouders, gemeenten, scholen, professionals, eigenaars van clubs en organisatoren van evenementen. In West-Brabant is een innovatieve pilot voor GHB-preventie onder jongeren uitgezet om GHB-gebruikers sneller op te sporen en effectiever te helpen.

Na vier jaar campagne voeren laat de eindevaluatie van de meerjarige massamediale campagne NIX18 zien dat de acceptatie van de sociale norm 'niet roken en niet drinken onder de achttien' is toegenomen.

## Beleidsontwikkelingen op het gebied van verslavingszorg

Voor de GGZ, inclusief de verslavingszorg, zijn sinds 1 januari 2015 enkele nieuwe wetten van belang. De langdurige zorg van de AWBZ is overgegaan naar vier wetten:

- De Wlz: voor intensieve 24-uurs zorg (zorg met verblijf);
- De Zvw: voor persoonlijke verzorging en verpleging (zorg zonder verblijf);
- De WMO 2015: voor ondersteunende zorg, zoals begeleiding of beschermd wonen;
- De Jeugdwet: voor langdurige zorg voor jeugdigen, deze wet is naar de gemeenten gegaan.

Per 1 januari 2014 heeft de GGZ, inclusief de verslavingszorg, drie nieuwe echelons: de POH-GGZ in de huisartsenpraktijk, de Generalistische Basis GGZ (GB-GGZ) en de gespecialiseerde GGZ. Een van de doelen van de nieuwe wetgeving en nieuwe indeling van de GGZ-sector is het afbouwen van de intramurale capaciteit. In 2014 is de intramurale capaciteit inderdaad verder afgenomen.

In het voorjaar van 2016 is besloten dat er in 2019 een volledig nieuwe productstructuur en bekostigingssystematiek voor de GGZ zal worden ingevoerd.

Er worden nieuwe zorgstandaarden voor de verslavingszorg ontwikkeld, met name de "Zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving", de "Zorgstandaard Opiaatverslaving", en "de Multidisciplinaire richtlijn niet-opioïde drugs". Bij laatstgenoemde richtlijn zal bovendien het "Addendum stoornissen in middelengebruik in combinatie met andere psychiatrische stoornissen" ontwikkeld worden. De nieuwe standaarden en de nieuwe richtlijn worden voorjaar 2018 gepresenteerd.

In januari 2017 is een begin gemaakt met het nieuwe centrum Verslavingskunde Nederland door 8 instellingen voor verslavingskunde, het Trimbos-instituut, het Platform Strategisch Inhoudelijk Deskundigen (pSID) en cliëntvertegenwoordiger Het Zwarte Gat.

## Beleidsontwikkelingen rondom zorg onder dwang en rondom verwarde personen

Als onderdeel van de GGZ kan ook de verslavingszorg betrokken raken bij zorg onder dwang. Naar verwachting zullen begin 2019 op dit beleidsterrein drie nieuwe wetten in werking treden (zie hoofdstuk 2). Er is een 'Aanjaagteam verwarde personen' thans 'Schakelteam' dat moet zorgen voor een sluitende aanpak van zorg en ondersteuning van mensen die verward gedrag vertonen. Daartoe is samenwerking nodig van gemeenten, opvang, (verslavings)zorg, wonen, werk, politie en justitie.



### 0.2 Opiumwetmiddelen

#### Cannabis

##### *Ruim een kwart van de laatste-maand-cannabisgebruikers blowt (bijna) dagelijks*

In 2016 hebben naar schatting 880 duizend Nederlanders van 18 jaar en ouder in het afgelopen jaar cannabis gebruikt (6,6% van deze leeftijdsgroep). Het laatste-maand-gebruik ligt op 4,1%. Tussen 2015 en 2016 bleef het gebruik stabiel. Meer dan een kwart (28,2%) van de laatste-maand-gebruikers blowt (bijna) dagelijks.

Het percentage laatste-jaar-gebruikers van cannabis onder de Nederlandse volwassenen van 15-64 jaar (de Europese standaard leeftijdsgroep) ligt op 8,4%. Voor de 15-34-jarigen ligt het percentage laatste-jaar-gebruikers op 15,7%, iets boven het EU-gemiddelde van 13,9%.

##### *Gebruik cannabis onder scholieren is gedaald*

Het percentage Nederlandse scholieren van het voortgezet onderwijs van 12-16 jaar dat in het afgelopen jaar cannabis heeft gerookt, daalde van 13,1% in 2003, na een stabilisatie rond 11%-12% in 2007 en 2011, naar 8,2% in 2015.

Een op de twintig scholieren (4,9%) blowde in de afgelopen maand, waarvan bijna de helft (45%) dit wel eens onder schooltijd (tussenuren of pauze) deed. Berekend als percentage van alle scholieren gaat het om 2,5% van alle leerlingen; in 2011 was dit 3,0% van alle scholieren. Van de scholieren die de afgelopen maand cannabis gebruikten, rapporteerde 15% de cannabis in het afgelopen jaar zelf in een coffeeshop te hebben gekocht; meer jongens (18%) dan meisjes (11%).

Het cannabisgebruik onder Nederlandse scholieren van 15 en 16 jaar ligt, ondanks de daling, boven het gemiddelde van hun leeftijdsgenoten in 34 Europese landen (ooitgebruik 22% in Nederland versus 16% in Europa; laatste-jaar-gebruik 20% in Nederland versus 13% in Europa).

##### *Stabilisering hulpvraag cannabis*

Na een gestage toename sinds eind jaren negentig, is vanaf 2010 het aantal cannabiscliënten bij de verslavingszorg gestabiliseerd. In 2015 stonden 10.816 mensen met een primair cannabisprobleem geregistreerd. Ook het aantal cliënten met een secundair cannabisprobleem stabiliseert. In 2015 ging het om 4.501 mensen.

##### *THC-gehalte: populairste nederwiet stabiel, stijging sterkste nederwiet en hasj*

THC is het belangrijkste werkzame bestanddeel van cannabis. Sinds 2013 is het gemiddelde THC-gehalte in nederwiet (de meest populaire cannabisvariant) geleidelijk gestegen, maar bleef het in 2016 en 2017 op hetzelfde niveau respectievelijk 16,1% en 16,9%. Ook het THC-gehalte in geïmporteerde hasj stijgt de laatste jaren licht. Geïmporteerde hasj was jarenlang ongeveer even sterk als de nederwiet. In 2017 is het met 20,8% sterker dan nederwiet en het hoogst sinds het begin van de monitor (maar vergelijkbaar met 2015).

Nederwiet bevat weinig cannabidiol (CBD), een ander bestanddeel van cannabis dat mogelijk sommige effecten van THC tegen gaat. In 2017 lag de mediaan van het CBD-gehalte in de nederwiet op 0,3%, in de geïmporteerde wiet op 0,4% en in de geïmporteerde hasj op 8,4%.

De gemiddelde prijs van een gram nederwiet (meest populaire variant) steeg geleidelijk van 6,20 euro in 2006 naar 10,23 euro in 2016, maar nam niet verder toe in 2017 (10,11 euro). De prijs van als 'sterkste nederwiet' verkochte variant was in 2017 (12,77 euro) vergelijkbaar met 2016 (12,58 euro), maar was deze wel hoger dan in 2015 (11,34 euro).

De prijs voor geïmporteerde hasj schommelde wat meer en was in 2017 per gram (9,93 euro) vergelijkbaar met het voorgaande jaar.

## Cocaïne

### *Signalen toename cocaïnegebruik*

In 2016 had naar schatting 1,7% van de Nederlanders van 18 jaar en ouder in het afgelopen jaar cocaïne gebruikt. Omgerekend naar de hele bevolking ging het (afgerond op tienduizendtallen) om ongeveer 230 duizend personen. Het percentage cocaïnegebruikers is gestegen tussen 2014 en 2016, maar komende jaren zal duidelijk worden of dit een stabiele trend is.

Onder scholieren van 12-16 jaar van het voortgezet onderwijs daalde tussen 2003 en 2015 het percentage dat in het afgelopen jaar cocaïne had gebruikt van 1,5% naar 0,9%.

Cocaïnegebruik, vooral in de snuifbare poedervorm, komt relatief veel voor onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen, er zijn signalen voor een toename van de populariteit van cocaïne, met name in bepaalde kringen uitgaanders. In een landelijke survey in 2016 onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 15-35 jaar had 25% in het afgelopen jaar cocaïne gebruikt en 12% deed dit nog in de afgelopen maand.

De rookbare variant van cocaïne ('crack') komt veel voor onder opiaatverslaafden, maar de harddrugscene kent ook crackgebruikers die geen opiaten consumeren. Er is geen landelijke schatting van het aantal crackgebruikers. In Amsterdam, Rotterdam en Den Haag werd in 2009/2010 het totaal aantal crackverslaafden (inclusief degenen die opiaten gebruiken) geschat op ongeveer 6.660, oftewel 0,5% van de bevolking van 15-64 jaar.

### *Geleidelijke daling cocaïnehelpvraag bij de verslavingszorg*

Tussen 2006 en 2015 daalde het aantal primaire cocaïnecliënten in de verslavingszorg van 8.736 naar 7.295 cliënten en daalde het aantal secundaire cocaïnecliënten van 7.488 naar 6.138 cliënten. Voor bijna de helft (45%) van de cliënten met een primair cocaïneprobleem was roken (crack) de belangrijkste wijze van gebruik en voor iets meer dan de helft (54%) snuiven. Slechts 1% injecteerde de cocaïne.

### *Stijging geregistreeerde sterfte door cocaïne*

De geregistreeerde sterfte door cocaïne steeg van 24 gevallen in 2014 naar 40 gevallen in 2015 en 38 gevallen in 2016. Het is nog onbekend of het hier gaat om een daadwerkelijke stijging of om een gewijzigde registratie. Een op de zes geregistreeerde sterfgevallen na een drugsintoxicatie in 2016 was primair toe te schrijven aan cocaïne.

### *Cocaïne minder vaak versneden met levamisol*

De meeste cocaïnepoeders zijn versneden met andere stoffen. In 2016 deed zich wel een opvallende daling voor in het aandeel cocaïnepoeders van consumenten dat levamisol (een antiwormenmiddel voor dieren) bevat, 58% vergeleken met 71% in 2015. Gebruik van levamisol door mensen is in verband gebracht met gevallen van ernstige bloed- en huidziekten. In Nederland zijn tot nu toe twee gevallen gerapporteerd. Ondanks de versnijdingen is de zuiverheid (concentratie cocaïne) hoog. Het gemiddelde gehalte cocaïne steeg van 49% in 2011 naar 69% (gewichtprocenten) in 2016 en was daarmee zeer zuiver in vergelijking

met eerdere jaren en ook vergeleken met andere Europese landen. De prijs daalde licht, al wordt dit in Amsterdam alleen gesignaleerd op groothandelniveau (kiloprijzen). Cocaïne kostte in 2016 gemiddeld 49 euro per gram. De mediaan lag van 2008 tot en met 2016 op 50 euro per gram. Mogelijk duiden deze ontwikkelingen op een toename van de beschikbaarheid op de markt van cocaïne.

## Opiaten

### *Gestage daling aantal opiaatgebruikers in de verslavingszorg; toenemende veroudering*

In de algemene bevolking komt heroïnegebruik weinig voor. In 2016 rapporteerde 0,4% van de bevolking van 18 jaar en ouder ooit in het leven heroïne te hebben gebruikt. Heroïne is ook niet populair onder jongeren. Problematische gebruikers van heroïne zijn in bevolkingsonderzoek echter ondervertegenwoordigd. De omvang van deze problematische groep werd in 2012 via een andere methode dan bevolkingsonderzoek geschat op circa 14.000. Dat is minder dan de schatting van ongeveer 18.000 problematische opiaatgebruikers uit 2008. Het aantal opiaatcliënten bij de verslavingszorg is het afgelopen decennium eveneens gedaald. Tussen 2006 en 2015 daalde het aantal cliënten met een primair opiaatprobleem met 32% naar 9.093 cliënten. De groep opiaatcliënten veroudert: de gemiddelde leeftijd steeg van 42 jaar in 2006 naar 48 jaar in 2015. In 2015 was nog maar 4% van de opiaatcliënten jonger dan 30 jaar.

### *Geringe aanwas nieuwe gevallen van hiv en hepatitis B en C onder injecterende drugsgebruikers*

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 (0,0 in 2014) behoort tot de laagste in de EU-15. In 2016 werd slechts één nieuw geval geregistreerd. Het aantal bestaande besmettingen met hepatitis C, in steden die daar gegevens over hebben, is echter hoog. Hiv-positieve en hiv-negatieve drugsgebruikers samen vormen 15% van alle chronische hepatitis C patiënten en dat zijn meer dan 3.400 gevallen. Maar ook bij drugsgebruikers is een behandeling van hepatitis C met Direct Acting Antivirals (DAAs) zeer kosteneffectief.

### *Stijging geregistreeerde sterfte door opiaten en door drugs in het algemeen*

De geregistreeerde sterfte door drugs in het algemeen steeg van 123 gevallen in 2014 naar 198 gevallen in 2015 en 235 gevallen in 2016. De geregistreeerde sterfte door opiaten steeg van 40 gevallen in 2014 naar 65 gevallen in 2015 en 74 gevallen in 2016. Het geregistreeerde aandeel van de opiaten lag hiermee de afgelopen drie jaren op 33%, 33%, en 31%. Waarschijnlijk is het feitelijke aandeel van de opiaten hoger, aangezien zich onder de overige drugs ook opiaten zullen bevinden. De leeftijd bij overlijden neemt toe. Begin jaren negentig was nog 60% van de overleden opiaatgebruikers jonger dan 35 jaar, vergeleken met nog maar 14% in de periode van 2013 tot en met 2016.

Het is nog onbekend of het bij de stijgende aantallen gaat om een daadwerkelijke stijging of om veranderingen in de registratie. Factoren die een rol kunnen spelen zijn onder meer de veroudering van de drugsgebruikers, een toename in het gebruik van medicinale opioïden zoals oxycodon (zie inleiding), het aanleveren van meer informatie op elektronische doodsoorzakenformulieren, en meer toxicologisch onderzoek.

## Ecstasy

### *Percentage ecstasygebruikers relatief hoog*

In 2016 had 2,9% van de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder in het afgelopen jaar ecstasy gebruikt. Omgerekend naar de bevolking zijn dat ongeveer 390 duizend personen. Tussen 2015 en 2016 vond er geen stijging plaats in het ecstasygebruik. In eerdere jaren (tussen 2014 en 2015 en tussen 2009 en 2014) steeg het gebruik wel.

Ecstasy is onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO de meest gebruikte harddrug: 9% heeft ooit ecstasy gebruikt en 3% in de afgelopen maand. In het uitgaansleven is ecstasy nog steeds veruit de belangrijkste drug.

Nederland steekt (ver) uit boven andere Europese landen in het percentage volwassenen dat het afgelopen jaar ecstasy gebruikte en behoort tot de top van Europese landen waar de inwoners ooit ervaring had met ecstasygebruik.

### *Hulpvraag ecstasygebruikers bij de verslavingszorg blijft beperkt*

Ecstasygebruikers zoeken niet vaak hulp bij de verslavingszorg. Het aandeel ecstasycliënten van alle drugscliënten in de verslavingszorg is al jaren gering (minder dan 1%). In 2015 stonden 122 mensen met een primair ecstasyprobleem geregistreerd en 359 mensen met een secundair ecstasyprobleem.

### *Toename aandeel sterke ecstasypillen zet zich voort*

In 2016 is de gemiddelde concentratie MDMA in ecstasypillen opnieuw gestegen (157 mg). Het aandeel van ecstasy-gerelateerde gezondheidsincidenten op EHBO-posten van grootschalige feesten neemt echter, na het hoogtepunt in 2013, af. Desalniettemin blijft de mate van intoxicatie sinds 2014 hoog: meer dan een kwart van de patiënten is verminderd of niet aanspreekbaar. In 2016 en 2017 zijn verschillende rapporten verschenen die deze acute gevolgen van ecstasygebruik in kaart brengen.

Psychostimulantia, zoals ecstasy, lijken een ondergeschikte rol in de drugsgelateerde sterfte te spelen, hoewel het precieze aantal sterfgevallen dat door deze middelen wordt veroorzaakt onbekend is. Volgens gegevens van het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) werd MDMA in 8 gevallen aangetroffen in 2015 en in 5 gevallen in 2016. Over een langere periode bezien (2006-2015), ging het in totaal om 47 gevallen waarbij gebruik van MDMA, al dan niet in combinatie met andere middelen, de primaire doodsoorzaak was. In de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS verdubbelde het aantal registraties waarin psychostimulantia een rol speelden van 14 in 2015 naar 28 in 2016. Het kan daarbij gaan om ecstasy, amfetamine, en andere psychostimulantia. Ook hierbij is het nog onbekend of het bij de stijgende aantallen gaat om een daadwerkelijke stijging of om veranderingen in de registratie.

## Amfetamine

### *Amfetaminegebruik in Nederland hoog*

In 2016 rapporteerde ongeveer 1,4% van de Nederlanders van 18 jaar en ouder in het afgelopen jaar amfetamine te hebben gebruikt, ongeveer 180 duizend volwassenen. In de afgelopen maand had 0,6% nog amfetamine gebruikt. Er zijn signalen dat de populariteit van amfetamine in het uitgaansleven toeneemt, althans in Amsterdam.

Tussen 2003 en 2015 daalde het percentage scholieren van 12-16 jaar dat in het afgelopen jaar amfetamine had gebruikt van 1,4% naar 0,9%. Het gebruik in de afgelopen maand lag op 0,6%. Internationaal vergeleken ligt het ooitgebruik van amfetamine onder Nederlandse 15- en 16-jarigen in de middenmoot. Onder de volwassen populatie en onder jongvolwassenen hoort Nederland bij de top van Europese landen waar de inwoners ooit amfetamine gebruikten en staat ons land (ver) bovenaan in het laatste-jaar-gebruik.

### *Signalen voor toename methamfetaminegebruik in subgroep MSM*

Hoewel het gebruik van methamfetamine (een sterke variant van amfetamine) in Nederland een niche-aangelegenheid is, zijn er signalen voor een toename van het gebruik van dit middel in een kleine groep mannen die seks hebben met mannen (MSM), in een seksuele setting (chemsex). Soms wordt het middel geïnjecteerd ('slammen'). Het gevaar van seksueel risicogedrag en overdracht van infectieziekten neemt hiermee toe. Landelijke cijfers over de omvang zijn niet beschikbaar.

### *Hulpvraag amfetamine gestegen in het afgelopen decennium*

In 2015 werden ruim 2.500 mensen in de verslavingszorg behandeld vanwege een primair of secundair probleem met hun amfetaminegebruik. Het aantal mensen dat primair voor een amfetamineprobleem werd behandeld steeg tussen 2006 en 2014 met 67% en nam in 2015 niet verder toe. Het aandeel van amfetamine in alle hulpvragen voor drugsproblematiek bleef echter beperkt, ondanks een stijging van 4% in 2005 naar 6% in 2015.

### *Amfetamine speelt ondergeschikte rol bij acute drugsincidenten*

Over de periode 2009-2016 is 8% van de in totaal 33.072 geregistreerde drugsincidenten toe te schrijven aan amfetamine, of een combinatie van drugs, waaronder amfetamine. Dit aandeel schommelt licht over de jaren maar vertoont geen duidelijke trend.

## **Nieuwe Psychoactieve Stoffen (NPS)**

### *Gebruik NPS in de algemene bevolking*

'Nieuwe Psychoactieve Stoffen' (NPS) is een verzamelnaam voor stoffen die qua werking vergelijkbaar zijn met 'traditionele' illegale drugs, maar (nog) niet onder de drugswetgeving vallen en vaak worden geproduceerd om deze te omzeilen. Van de meeste NPS is weinig bekend over de risico's. Het gaat ook om stoffen die – na enkele jaren afwezigheid – opnieuw op de drugsmarkt verschijnen.

In 2016 komt het gebruik van NPS zelden voor in de bevolking van 18 jaar en ouder, met uitzondering van 4-fluoramfetamine (4-FA). Het laatste-jaar-gebruik van dit middel (0,9%) ligt op vergelijkbaar niveau als dat van amfetamine, maar lager dan van cocaïne en ecstasy. Onder schoolgaande jongeren van 15-16 jaar rapporteert 2% in 2015 ooit een NPS gebruikt te hebben; dit is onder het Europees gemiddelde in 34 landen (4%).

Ook in een online survey onder een risicogroep van uitgaande jongeren en jongvolwassenen (Het Grote Uitgaansonderzoek 2016), is het ooitgebruik van de meeste NPS relatief laag (1%-4%). Een paar middelen springen er echter uit. Bijna een kwart (24,5%) van de uitgaanders had in het afgelopen jaar 4-fluoramfetamine (4-FA, zie beneden) gebruikt en bijna een op de tien (9,5%) was een laatste-jaar-gebruiker van 2C-B, een 'tripmiddel' dat al sinds 1997 op lijst I van de Opiumwet staat maar weer in opkomst lijkt te zijn.

### *Toename 4-fluoramfetaminegebruik en -incidenten*

Lokale en nationale onderzoeken onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen suggereren een toename in het gebruik van 4-FA, ten minste onder specifieke groepen. Het aantal bij het DIMS binnengekomen consumentenmonsters dat specifiek als 4-FA werd aangekocht, is verder toegenomen en vergeleken met 2014 bijna verdubbeld.

Met een toename in het gebruik (in bepaalde groepen) neemt ook het risico op (soms fatale) gevolgen voor de volksgezondheid toe. In 2016 meldden de medische diensten in de aan de MDI deelnemende regio's 456 incidenten waarbij 4-FA betrokken was, ofwel 8,1% van alle geregistreerde drugsincidenten. In 2015 ging het nog om 187 meldingen. Incidenten met andere NPS komen nauwelijks voor in de MDI. Ook het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) zag een stijging in het aantal 4-FA

informatieverzoeken. In 2016 deden zich in Nederland enkele zeer ernstige incidenten met 4-FA voor, waarvan een tweetal fataal. Vanwege de gezondheidsrisico's valt 4-FA sinds 25 mei 2017 onder de Opiumwet (lijst I).

## GHB

### *GHB kent uiteenlopende gebruikersgroepen*

Het gebruik van gammahydroxyboterzuur (GHB) komt in de algemene bevolking en onder scholieren van het reguliere onderwijs naar verhouding weinig voor. In 2016 had 0,3% van de bevolking van 18 jaar en ouder in het afgelopen jaar GHB gebruikt, naar schatting 40 duizend mensen. Het gebruik in de afgelopen maand lag op 0,1%, een lager percentage dan voor ecstasy (1,0%), cocaïne (0,8%) en amfetamine (0,6%). GHB-gebruik komt weinig onder jongeren voor. Van de 12-16-jarige scholieren in het voortgezet onderwijs had 0,4% in 2015 ooit in het leven GHB gebruikt.

GHB wordt relatief vaak door uitgaande jongeren en jongvolwassenen gebruikt. Volgens een landelijke survey uit 2016 had 14% van de uitgaanders van 15-35 jaar ervaring met GHB of GBL, gamma-butyrolacton, een van de ingrediënten van GHB. In Amsterdam wordt gesignaleerd dat het imago van GHB negatiever wordt, onder andere vanwege onderlinge kritiek op 'out gaan' en bewustwording over het verslavingsrisico, al blijft het middel een vaste plek in het uitgaansleven innemen.

Ook buiten het uitgaansleven wordt GHB gebruikt. Het wordt onder andere gebruikt door gemarginaliseerde groepen, zoals hangjongeren en 'thuisgebruikers' die het middel samen met vrienden en kennissen in de context van 'huisfeesten' nemen, of die GHB alleen gebruiken, zodra het gebruik niet (langer) een sociale aangelegenheid is. Binnen Nederland bestaan er regionale verschillen in de prevalentie van (problematisch) gebruik, de hulpvraag en gezondheidsincidenten.

### *Hulpvraag GHB gering en niet verder toegenomen, maar terugval is groot*

Frequent, vooral dagelijks, gebruik van GHB kan tot afhankelijkheid leiden, en bij abrupte stopzetting tot heftige en zelfs levensbedreigende onthoudingsverschijnselen. Het aantal cliënten in de verslavingszorg met een primair GHB-probleem steeg van 60 cliënten in 2007 naar 837 cliënten in 2015. De meeste cliënten (78%) waren bekenden bij de verslavingszorg en stonden al eerder ingeschreven. De terugval na behandeling is groot. Binnen drie maanden na detoxificatie is 70% weer in behandeling.

### *Acute GHB-incidenten vaak ernstig*

GHB is lastig te doseren en het risico op een overdosering is groot. Gezien de beperkte omvang van het GHB-gebruik in de bevolking, is het aantal incidenten met GHB groot. Opvallend is ook het relatief grote aandeel patiënten met een ernstige intoxicatie na GHB-gebruik. Het aandeel van matige en ernstige GHB-intoxicaties op de EHBO-posten steeg van 34% in 2009 naar 73% in 2015, een daalde iets in 2016 (66%). Er is geen goed zicht op het aantal sterfgevallen waarbij GHB betrokken is. In 2016 stond GHB in totaal 9 keer vermeld op de doodsoorzakenformulieren bij het CBS. Onbekend is echter of GHB bij deze gevallen de oorzaak was van het overlijden of een bijdragende factor. In 2016 registreerde het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) in totaal 5 gevallen waarin GHB een rol had gespeeld bij het overlijden.

### *GHB is goedkoop*

Consumenten betaalden in 2016 doorgaans circa 35-40 euro voor een kwart liter GHB.

GBL (gamma-butyrolacton, een van de ingrediënten van GHB) is in pure vorm nog sterker dan GHB. De risico's van GBL worden vergelijkbaar geacht met de risico's van GHB, maar het gebruik van GBL komt weinig voor. In 2016 had naar schatting slechts 0,2% van de algemene bevolking van 18 jaar en ouder ooit in het leven GBL gebruikt.

## Slaap- en kalmeringsmiddelen en andere psychoactieve medicijnen

### *Gebruik benzodiazepinen gedaald*

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 2016 had 10,5% van de bevolking van 18 jaar en ouder in het afgelopen jaar slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt, meer vrouwen dan mannen, namelijk 13,4% van de vrouwen en 7,5% van de mannen. In het afgelopen jaar had 3,2% (ook zonder recept van de dokter gebruikt, 3,7% van de vrouwen en 2,8% van de mannen).

Gegevens van verstrekkingen van benzodiazepinen van openbare apotheken wijzen op een daling in het gebruik na de inperking van de vergoeding van benzodiazepinen uit het basispakket in 2009. Het aantal verstrekte standaard dagdoseringen daalde in 2009 met 15% (vergeleken met 2008). Tussen 2011 en 2015 was er een verdere gemiddelde jaarlijkse daling van 1,7%. Ook het aantal gebruikers daalde: 3% tussen 2014 en 2015.

### *Hulpvraag voor slaap- en kalmeringsmiddelen blijft beperkt*

In de verslavingszorg bleef het aantal cliënten dat ingeschreven stond wegens een primair probleem met benzodiazepinen, barbituraten, of overige psychofarmaca tussen 2006 en 2015 beperkt (jaarlijks 2% van alle drugscliënten). Het aantal primaire en secundaire cliënten samen genomen daalde met 33% van 2.066 cliënten in 2006 naar 1.384 cliënten in 2015.

### *Sterfte door overdoseringen slaap- en kalmeringsmiddelen vaak suïcide*

In 2016 werden 110 sterfgevallen door overdosering van dergelijke medicijnen geregistreerd, waarvan 37 gevallen door benzodiazepinen, 9 gevallen door (andere) sedativa en 64 gevallen door barbituraten. Meestal ging het in deze gevallen om suïcide. Van 2007 tot en met 2012 was het verloop over de tijd grillig, zonder duidelijke trend. Tussen 2013 en 2016 verdubbelde het aantal barbituratengevallen echter van 31 naar 64. Ook hierbij is het nog onbekend of het bij de stijgende aantallen gaat om een daadwerkelijke stijging of om veranderingen in de registratie.



0.3

Alcohol en tabak

## Alcohol

### *Weinig Nederlanders voldoen aan de norm van de Gezondheidsraad*

In 2016 heeft 80,4% van de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder het afgelopen jaar wel eens alcohol gedronken, ongeveer 10,7 miljoen mensen. Dat is vergelijkbaar met 2014 en 2015. Vanwege een methodebreuk in de cijfers van het CBS is geen vergelijking mogelijk met de jaren daarvoor.

De Richtlijn Goede Voeding van de Gezondheidsraad adviseert om geen alcohol te drinken of in ieder geval niet meer dan één glas per dag. In 2016 voldeed 39% van de Nederlanders van 18 jaar of ouder aan de norm om nooit meer dan 1 glas alcohol per dag te drinken. Mannen voldeden vaker niet aan de norm dan vrouwen.

### *Alcoholgebruik onder jongeren gedaald*

Waar in eerdere jaren alleen een daling zichtbaar was in de jongere leeftijdsgroepen van 12-14/15-jarigen, werd tussen 2011 en 2015 ook een duidelijke daling gezien van het alcoholgebruik onder scholieren van 15 en 16 jaar. Onder 12-16-jarigen dronk 25,5% nog in de afgelopen maand en dat was in 2011 nog 37,8%. Ook het percentage 'binge drinkers' daalde (drinken van vijf of meer glazen bij één gelegenheid;



17,5% in 2015). Van de 16-18-jarige studenten van het MBO en het HBO in 2015 had twee derde in de voorgaande maand alcohol gedronken, en van hen dronk 14% in het weekend meer dan 20 glazen alcohol. Internationaal gezien ligt het alcoholgebruik onder Nederlandse 15/16-jarige scholieren, ondanks een forse daling, nog steeds boven het gemiddelde van 34 Europese landen.

Ouders zijn zich steeds meer bewust van de gevaren van alcohol voor het opgroeiende kindbrein. Toch is de sociale omgeving (vrienden, ouders, anderen) voor minderjarige jongeren nog steeds de belangrijkste bron om aan drank te komen.

De naleving van de leeftijdsgrens voor de verkoop van alcoholhoudende dranken is tussen 2015 en 2016 verbeterd. Desondanks slaagden in 2016 nog steeds de meeste aankoopogingen van minderjarigen.

#### *Hulpvraag: seh*

De grootste groep cliënten in de verslavingszorg heeft een primair alcoholprobleem; in 2015 had 45% een primair alcoholprobleem (ongeveer 29.000 cliënten). Er is sinds 2010 (34.000 cliënten) sprake van een lichte daling. Het aandeel van 55-plussers steeg van 20% in 2006 naar 28% in 2015.

In 2014 (meest recente cijfers) werden ongeveer 22.000 personen opgenomen in algemene ziekenhuizen met als hoofd- of nevendiagnose een alcoholprobleem.

In 2016 werden volgens het Nederlands Signaleringscentrum voor Kindergeneeskunde (NSCK) minder jongeren tot 18 jaar na overmatig alcoholgebruik in een ziekenhuis opgenomen dan in 2015, maar dit kan een vertekend beeld zijn, doordat minder kinderartsen zijn gaan melden. Het aantal SEH-behandelingen wegens een alcoholvergiftiging is in tien jaar tijd bijna verdubbeld, tot ongeveer 6.100 in 2015 en 5.600 in 2016.

In 2013 zijn alcoholgerelateerde aandoeningen de directe aanleiding voor 844 sterfgevallen en in 2014 voor 882 gevallen. Volgens een schatting lag in 2015 het aantal verkeersdoden als gevolg van alcoholgebruik in het verkeer tussen 75 tot 140.

## **Tabak**

#### *Bijna een kwart van de Nederlanders rookt (wel eens)*

In 2016 rookte 24,1% van de Nederlanders van 18 jaar en ouder wel eens – dat zijn 3,2 miljoen mensen, een daling vergeleken met 2014. Het merendeel rookt dagelijks (18,6%).

Onder hoog opgeleiden is het percentage (dagelijkse) rokers nog steeds lager dan onder laag- en middelbaar opgeleiden.

Het percentage rokers onder jongeren daalt gestaag. Tussen 2011 en 2015 daalde het aantal scholieren van 12-16 jaar dat ooit gerookt heeft van 33% naar 23% en halveerde het percentage dagelijkse rokers van 6% naar 3%. Van de 16-jarigen is nog maar 6% een dagelijkse roker. Scholieren van het VMBO roken het meest, en scholieren van het VWO het minst.

De totale naleving van de leeftijdsgrens voor de verkoop van tabak steeg van 27,4% in 2015 naar 43,1% in 2016. Voor minderjarige jongeren is de sociale omgeving echter de belangrijkste bron om aan tabakswaaren te komen.

Over de langere termijn bezien daalt de omzet van sigaretten en shag, met af en toe een piek omhoog door verschillende tijdelijke invloeden. In 2015 werden 17,3 miljard sigaretten en shagjes verkocht. In 2002 waren dat er 30,1 miljard.

#### *Een op de drie volwassen rokers deed in 2016 een 'serieuze' stoppoging*

In 2016 deed 38% van de rokers van 18 jaar en ouder in de afgelopen 12 maanden één of meerdere stoppogingen. Van deze 'stoppers' heeft 85% het langer dan 24 uur volgehouden om niet te roken. In 2014, 2015 en 2016 is in Nederland de campagne 'Stoptober, 28 dagen niet roken!' gehouden, die zich ten doel stelt om rokers te stimuleren om voor 28 dagen te stoppen met roken en daarvoor massale steun te organiseren. In totaal hebben er 53.303 rokers aan deelgenomen in 2016 en was 70% van de deelnemers volgens zelfrapportage twee maanden na Stoptober nog steeds gestopt met roken.

## *Roken is nog steeds de belangrijkste oorzaak van ziekte en voortijdige sterfte*

Van de totale ziektelast kan 13,1% aan roken worden toegeschreven. Roken blijft de belangrijkste oorzaak van voortijdige sterfte. In 2015 overleden in Nederland ongeveer 19.200 mensen van 20 jaar en ouder aan de directe gevolgen van roken. De sterfte aan longkanker blijft de belangrijkste direct aan roken gerelateerde doodsoorzaak. De werkelijke sterfte die gerelateerd is aan roken ligt hoger, omdat het effect van passief roken (meerooken) niet is verdisconteerd.



0.4

## Alcohol- en drugsgelateerde criminaliteit

### Opiumwetdelicten

#### *In beslag genomen drugs*

In 2016 zijn minimaal 13 verschillende soorten drugs in beslag genomen die op lijst I en II van de Opiumwet staan. Het gaat om opium, heroïne, cocaïne, GHB, amfetamine, methamfetamine, ecstasy, ketamine, LSD, methadon, qat, hasjiesj, en marihuana.

#### *Synthetische drugs*

Het aantal gemelde ontmantelde productielocaties, opslagplaatsen en afvaldumpingen van de productie van synthetische drugs neemt toe. Vooral het aantal ontmantelde opslagplaatsen en afvaldumplocaties is in 2016 substantieel gestegen. In de provincie Noord-Brabant worden de meeste opslaglocaties en dumplocaties geregistreerd, daarna volgt de provincie Limburg.

#### *Hennepteelt*

Er zijn in 2016 ruim 5.500 hennepkwekerijen geruimd, minder dan in 2014 en 2015. De meeste zijn geruimd bij de politie-eenheden Oost-Nederland, Zeeland-West-Brabant, Rotterdam en Limburg.

#### *Drugshandel via internet*

De handel in drugs via het 'dark net' op internet neemt toe, maar is beperkt vergeleken met de traditionele offline handel. Vooral cannabis, stimulantia en ecstasy worden er verhandeld. Nederlandse aanbieders bieden relatief vaak ecstasy aan.

#### *Liquidaties gerelateerd aan georganiseerde drugshandel*

Liquidaties - ofwel geplande moorden in het criminele milieu - zijn meestal het gevolg van conflicten gerelateerd aan de handel in drugs. Vanaf het jaar 2000 vinden in Nederland gemiddeld twintig tot dertig liquidaties per jaar plaats. Het gemiddeld aantal liquidaties is vanaf het jaar 2000 niet toegenomen.

#### *Instroom van Opiumwetdelicten bij het Openbaar Ministerie*

Het aandeel Opiumwetdelicten bij het Openbaar Ministerie is in 2016 weer toegenomen, het aandeel bij de rechter is constant gebleven. Het aandeel opiumwetdelicten in het gevangeniswezen is in 2016 gedaald in vergelijking tot 2015. De totale instroom van Opiumwetzaken bij het Openbaar Ministerie stijgt in 2016 weer na een daling in het jaar ervoor. De verdeling van harddrugs- en softdrugsdelicten bij het Openbaar Ministerie is 41% tegenover 55%. Softdrugsdelicten hebben ook in 2016 de overhand. Bij de harddrugsdelicten gaat het meestal om het aanwezig hebben (bezit) van harddrugs, bij de softdrugs gaat het meestal om het vervaardigen van drugs (cannabisteelt).

#### *Sancties voor Opiumwetdelicten*

De meeste Opiumwetzaken brengt het Openbaar Ministerie voor de rechter. Daar eindigt 12% in een vrijspraak, vooral en in toenemende mate bij softdrugszaken. De taakstraf en de (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraf zijn de meest voorkomende sancties in Opiumwetzaken. Taakstraffen worden vooral opgelegd

in softdrugzaken, onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen worden vooral opgelegd in harddrugzaken; dit patroon verandert niet in 2016.

### *Recidive van Opiumwetovertreeders*

Een deel van de Opiumwetovertreeders komt na het eerste delict opnieuw in aanraking met de politie. Binnen twee jaar is bijna 10% van de Opiumwetdelinquenten opnieuw veroordeeld voor overtreding van de Opiumwet, binnen zes jaar is dat aantal opgelopen tot 17%. De recidive ligt hoger als gekeken wordt naar het aantal nieuwe veroordelingen voor alle gepleegde misdrijven: 27% van de Opiumwetovertreeders is binnen twee jaar veroordeeld voor een nieuw misdrijf en 43% binnen zes jaar. Plegers van harddrugsdelicten recidiveren vaker dan plegers van softdrugsdelicten. Voor beide groepen geldt dat de recidive een dalende trend laat zien vanaf 2003.

### **Criminaliteit en overlast door alcohol- en drugsgebruikers**

Alcohol- en drugsgebruikers die als zodanig in het politiesysteem staan, plegen voornamelijk vermogensdelicten. Daarnaast plegen zij vooral geweldsdelicten, openbare orde delicten en Opiumwetdelicten.

### *Zorg voor justitiabelen*

Jaarlijks verwijst justitie rond de 20.000 personen naar de verslavingsreclassering. In de periode juni 2014 tot en met maart 2017 gebruikte het grootste deel van de cliënten met drugsproblematiek cannabis (62%). Daarna volgen cocaïne (44%) en amfetamines (18%). Van de cliënten van de verslavingsreclassering gebruikte 44% meerdere soorten drugs.








### *Overlast door drugshandel en drugsgebruik*

Ongeveer een kwart van de Nederlandse bevolking heeft in 2016 wel eens overlast ervaren van drugsgebruikers in de eigen buurt. Een minderheid (4%) ervaart veel drugsoverlast. Daarnaast heeft ongeveer een kwart van de Nederlandse bevolking in 2016 weleens overlast ervaren van dronken mensen op straat. Een minderheid (3%) ervaart hier veel overlast van. Deze cijfers zijn niet of nauwelijks veranderd ten opzichte van 2014.





0.5

## Tabel 1a, deel 1 Kerncijfers middelengebruik: Opiumwetmiddelen

							
	Cannabis	Cocaïne	Opiaten <sup>I</sup>	Ecstasy	Amfetamine	GHB	Slaap- en kalmeringsmiddelen
<b>GEBUIK ALGEMENE BEVOLKING (2016)</b>							
- Percentage actuele gebruikers, 18	4,1%	0,8%	Vrijwel geen	1,0%	0,6%	0,1%	6,4%
- Percentage recente gebruikers, 18+	6,6%	1,7%	Vrijwel geen	2,9%	1,4%	0,3%	10,5%
- In 2016 vergeleken met 2015, 18+ <sup>II</sup>	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Lichte daling	-
- Internationale vergelijking <sup>III</sup>	Gemiddeld	Gemiddeld	Laag	Boven gemiddelde	Boven gemiddelde	onbekend	-
<b>GEBUIK JONGEREN, SCHOLIEREN (2015)</b>							
- Percentage actuele gebruikers, 12-16 jaar	4,9%	0,5%	0,3%	0,6%	0,6%	0,2%	-
- Trend (2003-2015)	Daling	Daling	Daling	Daling	Daling	-	-
- Internationale vergelijking, 15/16 jaar (2015) <sup>IV</sup>	Boven gemiddelde	Gemiddeld	Gemiddeld	Boven gemiddelde	Gemiddeld	Gemiddeld	Boven gemiddelde
<b>AANTAL PROBLEEMGEBRUIKERS</b>							
	<b>2007-2009</b>		<b>2012</b>				<b>2007-2009</b>
	29.300 (afhankelijk) 40.200 (misbruik)	Onbekend <sup>V</sup>	± 14.000	Onbekend	Onbekend	Onbekend	22.000 (afhankelijk) 35.000 (misbruik)
<b>AANTAL CLIËNTEN VERSLAVINGSZORG (2015)<sup>VI</sup></b>							
- Middel als primair probleem	10.816	7.295	9.093	122	1.794	837	581
- Middel als secundair probleem	4.501	6.138	2.053	359	742	167	803
- Trend (2006-2015)	Na stijging stabiel sinds 2011	Daling	Daling	Daling	Stijging	Stijging	Daling
<b>AANTAL ZIEKENHUISOPNAMEN (2014)</b>							
				<b>Psychostimulantia</b>			
- Middelenstoornis/vergiftiging (hoofddiagnose)	100	150	146	339		Onbekend	1.741
- Middelenstoornis/vergiftiging (nevendiagnose)	995	813	906	388		Onbekend	1.210
<b>GEREGISTREERDE STERFTE (2014)<sup>VII</sup></b>							
	Vrijwel geen primaire sterfte	24 (primair)	40 (primair)	14		4	79

I. Heroïne (en methadon). II. Geen cijfers beschikbaar voor voorgaande peilingen vanwege methodebreuken (zie bijlage D.2: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor). III. Ten opzichte van het gewogen gemiddelde van het ooitgebruik (15-64 jaar) in de lidstaten van de Europese Unie, voor opiaten ten opzichte van het aantal probleemgebruikers (15-64 jaar) van opiaten (EMCDDA). IV. Ten opzichte van het ongewogen gemiddelde in 34 Europese landen (ESPAD). V. 0,5% in de 3 grootste steden is crackverslaafd. VI. Verslavingszorg zoals anoniem geregistreerd in het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS). Voor de deelnemende instellingen aan het LADIS, zie bijlage D.5. VII. De definities en schattingsmethoden voor de sterfte voor drugs, alcohol en tabak verschillen, en deze categorieën zijn onderling niet vergelijkbaar. Primaire sterfte: middel als primaire (onderliggende) doodsoorzaak. Secundaire sterfte: middel als secundaire doodsoorzaak (bijdragende factor of complicatie). Zie bijlage D.1 voor een toelichting.



	 Alcohol	 Tabak
<b>GEBRUIK ALGEMENE BEVOLKING (2016)</b>		
- Percentage recente gebruikers 18 jaar en ouder	80,4%	24,1% <sup>I</sup>
- Trend in gebruik	Tussen 2014-2016: stabiel Vergelijking met eerdere jaren niet mogelijk	Tussen 2015-2016: daling Tussen 2014-2015: stabiel. In de jaren daarvoor: daling
- Internationale vergelijking	Boven gemiddelde	Beneden gemiddelde
<b>GEBRUIK JONGEREN, SCHOLIEREN (2015)</b>		
- Percentage actuele gebruikers, 12-16 jaar <sup>II</sup>	25,5%	3,1% (dagelijks <sup>III</sup> )
- Trend (2003-2015)	Daling	Daling
- Internationale vergelijking, 15/16 jaar (2015) <sup>III</sup>	Boven gemiddelde	Gemiddeld
<b>AANTAL PROBLEEMGEBRUIKERS</b>		
	<b>2007-2009</b>	<b>2016</b>
	82.400 (afhankelijk) 395.600 (misbruik)	±539.000 <sup>IV</sup>
<b>AANTAL CLIËNTEN VERSLAVINGSZORG (2015)</b>		
- Middel als primair probleem	29.374	809
- Middel als secundair probleem	4.575	3.136
- Trend (2006-2015)	Stabiel	Stijging
<b>AANTAL ZIEKENHUISOPNAMEN (2014)</b>		
- Middelstoornis/vergiftiging (hoofddiagnose)	4.682	Onbekend
- Middelstoornis/vergiftiging (nevendiagnose)	17.368	
<b>GEREGISTREERDE STERFTE (2014)<sup>V</sup></b>		
	882 (primair) <sup>VI</sup>	19.017 (2014) (direct gevolg van roken) <sup>VII</sup>

I. Weergegeven is het percentage rokers volgens de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor van het CBS. II. Er zijn geen gegevens over laatste-maand-rokers onder scholieren in 2015 beschikbaar. Weergegeven in deze tabel is het percentage dagelijkse rokers onder scholieren. III. Ten opzichte van het ongewogen gemiddelde in 36 Europese landen (ESPAD). Vergelijking voor roken betreft het percentage actuele rokers (30%). IV. Gebaseerd op de zware rokers (20 of meer sigaretten per dag) in de bevolking van 18 jaar en ouder. V. Primaire sterfte: middel als primaire (onderliggende) doodsoorzaak, in tegenstelling tot de secundaire sterfte: middel als secundaire doodsoorzaak (bijdragende factor of complicatie). VI. Hierbij is de sterfte aan verkeersongevallen en de sterfte geassocieerd met kanker niet meegerekend. Cijfers over het aantal sterfgevallen waarbij alcoholgerelateerde aandoeningen als secundaire doodsoorzaak staan geregistreerd, zijn niet meer beschikbaar na 2013. VII. Zie bijlage D.1 voor de wijze van schatten van de sterfte gerelateerd aan roken.



Fase in keten	Opsporingsonderzoeken meer ernstige vormen georganiseerde drugscriminaliteit <sup>I</sup>	Aantal verdachten politie/KMar <sup>II/IV</sup>	Aantal zaken OM instroom	Afdoeningen rechter 1 <sup>e</sup> aanleg	Gedetineerden <sup>III</sup>
<b>Aantal Opiumwet<sup>I</sup></b>	<b>Opsporingsonderzoeken t/m 2013</b>	<b>Cijfers t/m 2014; inschatting ontwikkeling 2015 en 2016</b>	<b>Cijfers t/m 2016</b>	<b>Cijfers t/m 2016</b>	<b>Cijfers t/m 2016</b>
- Totaal	193 (2012: 222)	17.675 (2013: 18.849)	18.162 (2015: 17.724)	9.650 (2015: 9.567)	1.311 (2015: 1.362)
- Harddrugs	34% (alleen harddrugs)	7.454 (2013: 7.766)	7.438 (2015: 7.452)	4.037 (2015: 4.032)	Onbekend
- Softdrugs	24% (alleen softdrugs)	9.001 (2013: 9.251)	9.918 (2015: 9.445)	5.006 (2015: 5.015)	Onbekend
- Beide	42% (hard+soft)	1.214 (2013: 1.830)	806 (2015: 825)	607 (2015: 520)	Onbekend
- <b>Recentste t.o.v. voorgaande jaar absoluut</b>	2013-2014: onbekend 2012-2013: daling	Daling	Stijging	Stabiel	Daling
- <b>Globale trend in periode</b>	2007-2008 hoger in aantallen dan daarna, dalende trend in 2011-2013	Daling tot 2011, daarna stijgend/stabiel, opnieuw daling na 2014	Daling tot 2010, daarna schommeling (rond 18.000)	Daling tot en met 2011, daarna stijging, recent stabilisering	Daling <sup>IV</sup>
<b>% Opiumwet op totaal</b>	72%	8,7%	9,6%	9,8%	17%
- <b>Ontwikkeling % Opiumwet</b>	2013-2014 onbekend 2012-2013: Stijging (69%→72%)	Stijging (8,2%→8,7 %) tot en met 2014; daarna constant	Stijging (8,8%→9,2 %)	Daling 2007-2009; Stijging 2010-2016	Daling 2007 -2012, 2013 - 2016 rond de 17%

I. Cijfers tot en met 2013, 2014 en 2015 niet beschikbaar. II. Cijfers 2014 zijn voorlopig. Cijfers 2015 niet beschikbaar III. Peildatum 30 september 2015. IV. Periode 2006-2015. Bronnen: Landelijke Eenheid Politie, Dienst Landelijke Informatieorganisatie, HKS, OMDATA/RACmin WODC, Kalidien en De Heer-de Lange, 2015. V. Ontwikkeling 2015 en 2016 ingeschat op basis van CBS cijfers over geregistreerde verdachten; voorlopig beeld.



## 0. Summary

This document contains a description of the latest developments derived from the 2017 Annual Report of the Netherlands National Drug Monitor (NDM). Tables 1a and 1b provide an overview of the latest figures on substance use and drug crime.



### 0.1 Developments in legislation and policy

#### Developments in drug policy

##### *New Opium Act substances*

As of 25 May 2017, List I of the Opium Act contains a number of new substances: PVP, acetylfentanyl and 4-FA. Phenazepam has been added to List II.

##### *Widening of the powers to close drug premises*

In August 2017, a bill was submitted to the Dutch House of Representatives to extend Article 13b of the Opium Act (Widening of the powers to close drug premises). This bill arranges that the authority of mayors to shut down residential or other premises also applies in the event of illegal preparatory activities prior to the preparation or cultivation of drugs (if objects or substances are found that are clearly intended for this purpose).

##### *Consequences of illegal preparatory activities*

After the implementation of Art. 11a of the Opium Act, growshops were closed, but they often adapted to the new legislation by, for instance, selling products from different locations and using the internet. It also seems that it is becoming increasingly difficult to obtain drug cultivation products in the Netherlands and that they are more often obtained from abroad.

##### *Resident requirement applies nationally*

In a ruling made on 30 September 2016, the Supreme Court deemed that the resident requirement applies throughout the country and not only to municipalities suffering from nuisance resulting from drug tourism.

##### *Bill concerning the closed coffee shop supply chain*

On 21 February, the House of Representatives adopted the bill concerning the closed coffee shop supply chain. It is waiting to be addressed by the Dutch Upper House. The bill intends to transparently regulate the entire coffee shop supply chain. The most important proposal is to introduce a system of ministerial exemptions for professional growers, to be granted by the Minister of Health, Welfare and Sport (VWS).

##### *Scenario study*

An official exercise investigated the practical consequences of three possible future scenarios related to the cannabis policy (cultivation and sales). The scenarios addressed regulation of the cultivation and sales, toleration and prohibition.

### *Research into substance use of violent offenders*

To reduce violence being used by those under the influence of alcohol and drugs, since 1 January 2017, investigators have the authority to order people suspected of committing a violent crime to cooperate in an alcohol or drug test. If the tests reveal that a suspect committed the violent crime under the influence of alcohol or drugs, this can be more specifically and more systematically taken into account in the sentence that the public prosecutor will request and the sentence that the judge will impose.

### *Driving under the influence of drugs*

Since 1 July 2017, the police have the authority to employ saliva tests to identify driving under the influence of drugs. An Order in Council (Algemene Maatregel van Bestuur - AMvB) specifies limit values for the levels of both alcohol and drugs (including medicine) in the blood, for both their single or combined use.

### *Legislation addressing nuisance in the living environment*

As of 1 July 2017, nuisance in the living environment, including that related to drugs (for example a penetrant weed odour), can be legally addressed. The mayor has the power to issue a behaviour order to those who cause this nuisance.

### *Intensifying the approach to handling synthetic drugs and cannabis cultivation in the south of the Netherlands*

The Taskforce and the Intensifying South-Netherlands (Intensivering Zuid-Nederland) project of the police and Public Prosecution Service will be continued and intensified in 2017.

### *Post/package intervention teams: drugs via the internet*

Since September 2016, the Post/Package Intervention Team (PIT) project has been actively combatting the trading of drugs and other illegal products via the internet. The police, the Public Prosecution Service and POSTNL are closely cooperating in this project. POSTNL intercepts envelopes and packages containing drugs, then investigators and researchers from the Netherlands Forensic Institute (NFI) investigate and handle the case.

### *Counteracting drug dumping*

In 2016 and 2017, high priority was given to counteracting drug dumping. To prevent the disposal of drug waste, it is important to trace the source, which is the drug laboratory. The police are currently establishing a method that in the first instance addresses the dumping from both the environmental and general investigation perspective. The location where drugs are dumped is a crime scene; the first step is to secure the scene to allow evidence to be gathered before the location can be cleared up.

## **Developments in tobacco policy**

### *Tobacco products directive*

After the introduction of the Tobacco products directive (TPD) on 20 May 2016, within its context the following measures were taken: it is no longer permitted to state the levels of tar, nicotine and carbon monoxide (TNCO) on cigarette packets; tobacco packaging is also subject to additional requirements; there will be an approval procedure for 'new' tobacco products.

### *Display ban*

As of January 2017, the display ban has been included in the Tobacco and Smoking Materials Act. The intention is for this display ban to take effect on 1 January 2020 for supermarkets and on 1 January 2022 for the other points of sale.



### *Electronic nicotine-free cigarette (EZN)*

On 1 July 2017, a minimum age limit of 18 on the supply of nicotine-free e-cigarettes and an advertising ban was introduced. This also applies to herbal products intended to be smoked, including herbal cigarettes.

### *Compliance with age limit*

The compliance with the 18-year age limit for the sale of tobacco products improved in 2016 when compared to 2015, however, improvements can still be made.

### *NIX18*

In 2016, within the framework of the NIX18 campaign, two sub-campaigns were implemented: 1. Young people and smoking; 2. Compulsory identification.

### *Smoke-free generation*

In February 2017, the central government started to campaign for a 'Smoke-free start for all children'. The Public Health Services (GGD'en) joined the wide movement that is aiming, with a common action plan, to achieve a smoke-free generation.

## **Developments in alcohol policy**

### *Evaluation of the Licensing and Catering Act (Drank en Horecawet - DHW)*

In December 2016, the changes included in the Licensing and Catering Act since 2013 were evaluated. The main themes were: the alcohol consumption of young people and adults; the increase in the age limit from 16 to 18 and compliance with this limit; supervision and enforcement of the DHW by the municipalities; the decentralisation of powers to the municipalities; the provision of alcohol and mixed forms of alcohol and retail ('blurring').

The decentralisation of the supervision and enforcement to the municipalities has resulted in a diverse picture. Although it is in conflict with the DHW, the Association of Netherlands Municipalities (Vereniging van Nederlandse Gemeenten - VNG) wants to continue to permit 'blurring'.

### *Social cost of alcohol consumption*

The conclusion drawn in the Social Cost-Benefit Analysis (Maatschappelijke Kosten en Baten Analyse - MKBA) of alcohol consumption for the Dutch society is that alcohol consumption costs between 2.3 and 2.9 billion euro net annually. Another study shows that the Dutch population underestimates the damaging consequence to health of consuming alcohol.

### *Alcohol and violence*

On 1 January 2017, the decision and the regulations related to investigating the substance use of violent offenders came into force. These regulations permit more severe sentencing for violence committed under the influence of alcohol and/or drugs.

### *WHO*

In 2017, the World Health Organisation published a discussion memorandum concerning the labelling of alcohol-containing beverages.

## Policy developments in the field of prevention

The National Prevention Programme 2014-2016 (NPP) 'Health is Everything' has six spearheads: diabetes, severe overweight, smoking, excessive alcohol use, depression, and insufficient physical exercise. In the first year, the emphasis was on binding societal parties to the NPP, in the second on innovation and in the third (2016) a further step was taken to widely implement and structurally embed the truly effective initiatives in the approach taken. At the end of 2016, 2,107 parties participated in the NPP. In May 2017, the decision was made to continue the NPP.

The government opted for a new approach to more successfully ensure prevention. Social district teams are an important part of the new care system. In theory, they provide a promising setting for addiction prevention: timely identification and intervention in the event of problematic use of alcohol and drugs. However, up to now, the teams have insufficiently developed this function.

The focus of the new prevention policy for drugs used in the nightlife scene is to address the normalisation of drug use, in particular, of young people including young adults. The government wants to take action in various areas and expressly wants to collaborate with parents, municipalities, schools, professionals, club owners and event organisers. In West-Brabant, an innovative pilot has been established for GHB prevention among young people to more rapidly trace GHB users and provide them with more effective help.

After four years of campaigning, the final evaluation of the long-term mass-media campaign NIX18 shows increased acceptance of the social standard 'No smoking or drinking under eighteen'.

## Policy developments in the field of addiction care

Since 1 January 2015, several new acts have been important for the Mental Health Services (Geestelijke Gezondheidszorg - GGZ), including the addiction care services. The long-term care arranged in the General Law on Exceptional Medical Expenses (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten - AWBZ) has been transferred to four new acts:

- The Long-Term Care Act (Wet Langdurige Zorg - Wlz): for intensive 24-hour care (residential care);
- The Health Care Insurance Act (Zorgverzekeringswet - Zvw): for personal care and healthcare (non-residential care);
- The Social Support Act 2015: Wet Maatschappelijke Ondersteuning - WMO): for supporting care, including coaching or sheltered housing;
- The Youth Act (Jeugdwet): for long-term care for young people, this act has been transferred to the municipalities.

As of 1 January 2014, the GGZ, including addiction care, has three new echelons: the General Practice Mental Health Worker (POH-GGZ) in general practice surgeries, the Generalist Primary Mental Health Care (Basis GGZ) and the specialised Mental Health Care (GGZ). One of the objectives of the new legislation and the new structure of the mental health care sector is to run down the intramural capacity. In 2014, intramural capacity actually fell.

In the spring of 2016, the decision was made that in 2019 a completely new product structure and cost system will be introduced for mental health care.

New standards for addiction care are being developed, in particular the Problematic Alcohol Use and Alcohol Addiction Care Standard (Zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving), the Opiate Addiction Care Standard (Zorgstandaard Opiaatverslaving) and the Multidisciplinary Guideline for Non-Opioid Drugs (Multidisciplinaire richtlijn niet-opioïde drugs). Moreover, for the latter guideline the Addendum of Disorders in Substance Use in Combination with other Psychiatric Disorders (Addendum stoornissen in middelengebruik in combinatie met andere psychiatrische stoornissen), will be developed. The new standards and the new guideline will be presented early 2018.

In January 2017, a start was made on the new centre for Addiction Science the Netherlands (Verslavingskunde Nederland) comprising eight addiction institutions, the Trimbos Institute (Netherlands Institute of Mental Health and Addiction), the Platform Strategic Subject-Matter Experts (Platform Strategisch Inhoudelijke Deskundigen - pSID) and client representative 'Het Zwarte Gat'.

## Policy developments related to compulsory care and confused individuals

As part of the GGZ, addiction care can also be involved in providing compulsory care. It is expected that at the start of 2019, three new acts will come into force in this policy domain. There is an Initiating Team for Confused Individuals (Aanjaagteam verwarde personen), now called the 'Schakelteam' that is tasked with ensuring a joined up approach for the care and support for people that display confused behaviour. Cooperation is required here with the municipalities, shelter, (addiction) care, housing, work, the police and the judiciary.



## 0.2 Opium Act substances

### Cannabis

#### *More than one quarter of last-month cannabis users use cannabis (almost) daily*

In 2016, approximately 880 thousand Dutch people aged 18 and older had used cannabis in the past year (6.6% of this age group). The figure for last-month use is 4.1%. Between 2015 and 2016, this use remained stable. More than one quarter (28.2%) of the last-month users used cannabis (almost) daily. The percentage of last-year users of cannabis among Dutch adults aged 15-64 (the European standard age group) is 8.4%. For people aged 15-34, the percentage of last-year users is 15.7%, somewhat higher than the EU average of 13.9%.

#### *Use by pupils has fallen*

The percentage of Dutch secondary school pupils aged 12-16 who have smoked cannabis in the last year fell from 13.1% in 2003, after stabilising around 11%-12% in 2007 and 2011, to 8.2% in 2015.

One in twenty pupils (4.9%) used cannabis in the past month, almost half of whom (45%) did so during school hours (free hours or breaks). Calculated as a percentage of all pupils, this is 2.5%; in 2011 this figure was 3.0%. Of all the pupils who used cannabis in the past month, 15% reported that they had bought cannabis themselves from a coffee shop in the past year; more boys (18%) than girls (11%).

Despite the fall, the use of cannabis among Dutch pupils aged 15 and 16, is higher for their age group than the average in 34 European countries (ever use 22% in the Netherlands compared to 16% in Europe; last-year use 20% in the Netherlands compared to 13% in Europe).

#### *Stabilisation of cannabis-related requests for help*

After a steady rise since the late nineties, as of 2010, the number of cannabis clients in the addiction care has stabilised. In 2015, 10,816 people were registered with a primary cannabis problem. The number of clients with a secondary cannabis problem is also stabilising. In 2015, the number was 4,501.

### *THC levels: stable in the most popular Dutch-grown weed, rising in the most potent Dutch-grown weed and hashish*

THC is the major active ingredient of cannabis. Since 2013, the average level of THC in Dutch-grown weed (the most popular variety of cannabis) has risen gradually, but in 2016 and 2017, it remained at the same level, respectively 16.1% in 2016 and 16.9% in 2017. The level of THC in imported hashish has also risen slightly in the last few years. For years, imported hashish contained about the same amount of THC as Dutch-grown weed. In 2017, at 20.8% it is more potent than Dutch-grown weed and is at the highest level since monitoring started (but comparable to 2015).

Dutch-grown weed contains low levels of cannabidiol (CBD), another constituent of cannabis that possibly counteracts some of the effects of THC. In 2017, the median CBD level in Dutch-grown weed was 0.3%, 0.4% in imported weed, and 8.4% in imported hashish.

The average price of one gram of Dutch-grown weed (the most popular variety) gradually rose from 6.20 euros in 2006 to 10.23 euros in 2016, but did not rise further in 2017 (10.11 euros). The price of the most potent Dutch-grown weed in 2017 (12.77 euros) was comparable to the price in 2016 (12.58 euros), but it was higher than the price in 2015 (11.34 euros).

The price of imported hashish fluctuated somewhat more, and in 2017 the price per gram (9.93 euros) was comparable to the price of the previous year.

## **Cocaine**

### *Signs of a rise in cocaine use*

In 2016, approximately 1.7% of the Dutch aged 18 and older had used cocaine in the past year. This equates to approximately 230 thousand people (rounded off to the nearest ten thousand). The percentage of cocaine users rose between 2014 and 2016, the coming years will show whether this is a stable trend. The percentage of secondary school pupils aged 12-16 who used cocaine in the past year fell from 1.5% to 0.9% between 2003 and 2015.

The use of cocaine, especially in powder form for snorting, is still relatively common among adolescents and young adults in the nightlife scene, there are indications that the popularity of cocaine is rising, in particular in certain groups. In 2016, a national nightlife survey among adolescents and young adults aged 15-35 showed that 25% had used cocaine in the past year and 12% had done so in the past month.

The smokeable variety of cocaine (crack) is in common use among opiate addicts, but there are also crack users in the hard-drug scene who do not use opiates. No national figures for the number of crack users are available. In 2009/2010, the number of crack addicts in Amsterdam, Rotterdam and The Hague was estimated to be around 6,660, i.e. 0.5% of the population aged 15-64.

### *Gradual fall in number of requests for cocaine-related addiction care*

Between 2006 and 2015, the number of primary cocaine clients in the addiction care fell from 8,736 to 7,295 and the number of secondary cocaine clients fell from 7,488 to 6,138.

For almost half (45%) of the clients with a primary cocaine problem, smoking (crack) was the main method of use while slightly more than half (54%) preferred snorting. Only 1% injected cocaine.

### *Rise in registered cocaine-related deaths*

The registered cocaine-related deaths rose from 24 in 2014 to 40 in 2015 and 38 in 2016. It is still unknown whether this was due to an actual rise or due to a change in the method of registration. In 2016, one in six registered deaths related to drug intoxication was primarily attributed to cocaine.

### *Cocaine less often cut with levamisole*

Most cocaine powders are cut with other substances. In 2016, a striking reduction was seen in the proportion of consumer cocaine powders that contained levamisole (an animal dewormer), 58% compared to 71% in 2015. Human consumption of levamisole was linked to severe cases of haematological and skin disorders. Up to now, two cases have been reported in the Netherlands.

In spite of being cut, the purity (cocaine content) is high. The average cocaine content (percentage weight) rose from 49% in 2011 to 69% in 2016 and was therefore very pure when compared to previous years and also to other European countries. The price fell slightly, although in Amsterdam this is only visible at the wholesale level (price per kilo). In 2016, the average price of cocaine was 49 euros per gram. The median was 50 euros per gram for the period 2008 through 2016. These developments possibly point to increased availability on the cocaine market.

## **Opiates**

### *Steady fall in number of opiate users in the addiction care; increased ageing*

Heroin use is uncommon in the general population. In 2016, 0.4% of the population aged 18 and older reported having ever used heroin. Heroin is also unpopular among young people. However, problem heroin users are underrepresented in population studies. Based on a different method than a regular population study; in 2012, the size of this group was estimated to be 14,000, which is lower than the estimated 18,000 problematic opiate users found in 2008. In the past decade, the number of opiate clients in the addiction care has also fallen. Between 2006 and 2015, the number of clients with a primary opiate problem fell by 32% to 9,093. The group of opiate users is ageing: the average age rose from 42 in 2006 to 48 in 2015. In 2015 only 4% of opiate users were under 30 years of age.

### *Minor rise in new cases of HIV and Hepatitis B and C among injecting drug users*

The number of new and reported cases of HIV and Hepatitis B and C among injecting drug users has been low for years. The number of newly diagnosed HIV cases among injecting drug users per million inhabitants (0.0 in 2014) is one of the lowest in the EU-15. In 2016, only one new case was registered. However, the number of existing Hepatitis C patients is high in cities that keep records of them. Together, HIV positive and HIV negative drug users account for 15% of all chronic (more than 3,400) Hepatitis C patients. However, a Hepatitis C treatment involving Direct Acting Antivirals (DAAs) is very cost effective, also for drug users.

### *Rise in registered opiate- and general drug-related deaths*

The registered general drug-related deaths rose from 123 in 2014 to 198 in 2015 and 235 in 2016. The registered opiate-related deaths rose from 40 in 2014 to 65 in 2015 and 74 in 2016. In the past three years, the registered proportion of opiate-related deaths equates to 33%, 33% and 31%. The probability is that the actual proportion of opiate-related deaths is higher, in view of the fact that opiates will also play a role in 'other' drug-related deaths. The age of death is rising. In the early nineties, 60% of opiate users who died were younger than 35, compared to only 14% in the period from 2013 through 2016.

It is still unknown whether this increase was due to an actual rise or due to a change in the method of registration. Factors that could play a role include the aging of the drug users, an increase in the use of medicinal opioids including oxycodone, more information being provided on electronic forms for registering the causes of death, and more toxicological investigations.

## Ecstasy

### *Relatively high percentage of ecstasy users*

In 2016, approximately 2.9% of the Dutch population aged 18 and older had used ecstasy in the past year. This equates to 390 thousand people. Between 2015 and 2016, there was no further rise in ecstasy use. However, use had increased in the previous years (between 2014 and 2015 and between 2009 and 2014). Among students aged 16-18 studying at the intermediate and higher vocational education levels, ecstasy is the most frequently used hard drug: 9% have used ecstasy, 3% in the past month. In the nightlife setting, ecstasy is still by far the most important drug.

The percentage of adults who have taken ecstasy in the past year in the Netherlands is (far) above that of other European countries, the percentage of inhabitants who have ever used ecstasy is one of the highest in Europe.

### *Requests for addiction care from ecstasy users remains limited*

Ecstasy users do not usually request addiction care. The proportion of ecstasy clients compared to the total number of drug clients in the addiction care has been small for years (less than 1%). In 2015, 122 people were registered with a primary ecstasy problem and 359 people with a secondary ecstasy problem.

### *Increasing proportion of highly potent ecstasy pills*

In 2016, the average concentration of MDMA in ecstasy pills once more rose (157 mg). The proportion of ecstasy-related health incidents seen at First Aid Posts at large parties is falling, after a highpoint in 2013. Nevertheless, since 2014, the degree of intoxication remains high: more than a quarter of the patients are less- or non-communicative. In 2016 and 2017, various reports were published that make an inventory of these acute results of ecstasy use.

Psychostimulants such as ecstasy appear to play a minor role in drug-related mortality, although the exact number of deaths caused by these substances is unknown. Data from the Netherlands Forensic Institute (NFI) on deaths in 2015 indicate that MDMA was found in 8 cases, this was 5 cases in 2016. Over a longer period (2006-2015), the total number of deaths in which MDMA use, whether or not in combination with the use of other substances, was the primary cause of death, was 47. In the Causes of Death Statistics held by Statistics Netherlands (CBS) the number of registrations in which psychostimulants played a role doubled from 14 in 2015 to 28 in 2016. These cases could concern ecstasy, amphetamine, and other psychostimulants. It is also still unknown whether the rising numbers show an actual increase or whether they are due to a change in the method of registration.

## Amphetamine

### *Amphetamine use in the Netherlands is high*

In 2016, approximately 1.4% of the Dutch population of 18 years and older had used amphetamine in the past year, approximately 180 thousand adults. In the past month, 0.6% had used amphetamine. There are signs that the popularity of amphetamine used in the nightlife scene is rising, in any case in Amsterdam. The percentage of secondary school pupils aged 12-16 that used amphetamine in the last year fell from 1.4% to 0.9% between 2003 and 2015. Use in the past month was 0.6%. An international comparison reveals that amphetamine use by Dutch people aged 15 and 16 is in the middle range. With respect to the adult population and the young adults who have ever used amphetamine, the Netherlands ranks high with respect to the other European countries and (very) high with respect to last-year use.

*Signs of a rise in methamphetamine use in the subgroup of men who have sex with men (MSM)*  
Although the use of methamphetamine (a highly potent variety of amphetamine) in the Netherlands is a niche activity, there are signs of a rise in its use in a small group of men who have sex with men (MSM), in a sexual setting (chemsex). Sometimes the substance is injected ('slamming'). This increases the risk of hazardous sexual behaviour and the transmission of infectious diseases. However, national figures of the scope of the problem are unavailable.

#### *Amphetamine-related requests for help rose in the past decade*

In 2015, more than 2,500 people were treated by the addiction care services due to a primary or secondary amphetamine use problem. The number of people that were primarily treated for an amphetamine problem between 2006 and 2014 rose by 67%, but did not rise further in 2015. However, the proportion of amphetamine-related problems in all requests for help remained small, despite a rise of 4% in 2005 to 6% in 2015.

#### *Amphetamine plays a minor role in acute drug incidents*

In the period 2009-2016, 8% of the total 33,072 registered drug-related incidents can be attributed to amphetamine use, or a combination of drugs including amphetamine. This proportion fluctuates slightly over the years, but does not show a clear trend.

### **New Psychoactive Substances (NPS)**

#### *Use of NPS in the general population*

'New Psychoactive Substances' (NPS) is a collective term for substances that have a similar effect as the 'traditional' illegal drugs, but which are not (yet) included in drug-related legislation and, in most cases, are produced for this purpose. Little is known about the risks posed by most NPS. Often these are substances that - after disappearing for a few years - reappear on the drugs market.

In 2016, the 18-year and older population rarely used NPS, with the exception of 4-fluoramphetamine (4-FA). The use in the last year of this substance (0.9%) is at a comparable level to that of amphetamine, but is lower than that of cocaine and ecstasy. Of secondary school pupils aged 15-16, 2% indicated that they had used NPS in 2015; this is below the European average in 34 countries (4%).

An online nightlife survey among a high risk group of adolescents and young adults (The Great Nightlife Survey 2016 - Het Grote Uitgaansonderzoek 2016) also shows that the ever use of the most NPS is relatively low (1%-4%). However, a few substances stand out. Almost one quarter (24.5%) of the adolescents and young adults in the nightlife scene had used 4-fluoramphetamine (4-FA, see below) in the past year and, almost one in ten (9.5%) was a last-year user of 2C-B, a 'trip' substance that has been on List I of the Opium Act since 1997, but that currently appears to be becoming popular.

#### *Increase in 4-fluoramphetamine use and incidents*

Local and national nightlife surveys among adolescents and young adults suggest a rise in the use of 4-FA, at least among specific groups. The number of consumer samples specifically purchased as 4-FA that the Drugs Information and Monitoring System (DIMS) received, rose further and almost doubled when compared to 2014.

A rise in use (among certain groups) also increases public health (sometimes fatal) risks. In 2016, the medical services reported to the regions participating in the Monitor Drug-Related Incidents (Monitor Drugsincidenten - MDI) 456 incidents involving 4-FA, which equated to 8.1% of all registered drug incidents. In 2015, there were still 187 reports. Incidents with other NPS hardly appear in the MDI. The National Poisons Information Centre (Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum - NVIC) also noted a rise in the number of requests for information about 4-FA. In 2016, various very severe incidents involving 4-FA occurred in the Netherlands, two of which were fatal. Due to the health risks, 4-FA has fallen under the Opium Act (List I) since 25 May 2017.

## GHB

### *GHB used by various groups*

The use of gamma hydroxybutyrate (GHB) is relatively uncommon among the general population and secondary school pupils. In 2016, 0.3% of the population aged 18 and older had ever used GHB, an estimated 40 thousand people. Last-month use was 0.1%, a lower percentage than that of ecstasy (1.0%), cocaine (0.8%), and amphetamine (0.6%). The use of GHB is relatively uncommon among adolescents. In 2015, 0.4% of 12-16 year old secondary school pupils had ever used GHB.

GHB is relatively often used by adolescents and young adults who participate in the nightlife scene. According to a 2016 national survey, 14% of the population who participate in the nightlife scene aged 15-35 had tried GHB or GBL (gamma-Butyrolactone), one of the ingredients of GHB. In Amsterdam, the image of GHB appears to be worsening, because of the negative connotation of 'swooning' and a growing awareness of the risk of addiction, although the substance remains firmly rooted in the nightlife scene. GHB is also used elsewhere than in the nightlife scene. It is, for instance, also used by marginalised groups, such as teenage loiterers and 'home users' who use the drug together with friends at 'home parties', or who use GHB on their own, when taking the drug is not (no longer) a social affair. There are regional differences in the Netherlands in the prevalence of (problem) use, request for help and health incidents.

### *Few and stable requests for GHB-related help, but considerable risk of relapse*

Frequent, especially daily, use of GHB can lead to dependency and, if use is stopped abruptly, to violent and even life-threatening withdrawal symptoms. The number of clients in the addiction care with a primary GHB problem rose from 60 in 2007 to 837 in 2015. Most clients (78%) were already known to, and already registered with, the addiction care services. There is a considerable risk of relapse after treatment. Within three months after detoxification, 70% were already receiving treatment again.

### *Acute GHB incidents often serious*

GHB is difficult to dose and the risk of overdose is high. Considering that the use of GHB is minor within the total population, the number of GHB incidents is high. It is striking that there is a relatively large number of patients suffering from serious intoxication after using GHB. The proportion of moderate and serious GHB intoxications at first-aid posts rose from 34% in 2009 to 73% in 2015, and then fell somewhat in 2016 (66%).

The number of GHB-related deaths is unclear. In 2016, GHB was mentioned 9 times on the cause of death certificates reported to Statistics Netherlands (CBS). It remains unknown whether GHB was the cause of death or a contributing factor. In 2016, the Netherlands Forensic Institute (NFI) registered 5 deaths in which GHB may have been involved.

### *GHB is cheap*

Consumers paid approximately 35-40 euros for a quarter of a litre of GHB in 2016.

GBL (gamma-Butyrolactone, one of the ingredients of GHB) in its pure form is even more potent than GHB. The risks associated with GBL are comparable to those of GHB, but the use of GBL appears as yet to be more limited. In 2016, 0.2% of the population aged 18 and older said that they had ever used GBL.



## Sedatives, tranquillizers and other psychoactive medicines

### *Reduced use of benzodiazepines*

Alcohol and drugs can lead to addiction, so can the chronic use of sedatives and tranquillizers. Most of the sedatives and tranquillizers are of the benzodiazepine variety. In 2016, 10.5% of the population aged 18 and older had ever used sedatives or tranquillizers, more women than men. The figures are 13.4% of the female and 7.5% of the male population. In the past year, 3.2% (3.7% of women and 2.8% of men) had used them without a doctor's prescription.

Data provided by public pharmacies regarding the issuing of benzodiazepines indicate a reduction in their use after limits were placed on the amount that would be compensated in the basic insurance package in 2009. The number of standard daily doses that were issued fell by 15% in 2009 (compared to 2008). Between 2011 and 2015, there was a further annual fall of 1.7%. The number of users also fell: 3% between 2014 and 2015.

### *Requests for help related to sedatives and tranquillizers remains low*

Between 2006 and 2015, the number of clients registered with the addiction care services with a primary problem involving benzodiazepines, barbiturates or other psychotropic drugs is low (annually 2% of all drug clients). The total number of primary and secondary clients fell by 33% from 2,066 in 2006 to 1,384 in 2015.

### *Suicide is often the reason for fatal overdoses of sedatives and tranquillizers*

In 2016, 110 fatal overdoses of these medicines were registered, 37 of which concerned benzodiazepines, 9 concerned (other) sedatives and 64 concerned barbiturates. Most of these cases were suicides. The trend over time (from 2007 through 2012) was erratic and unclear. Between 2013 and 2016, the number of barbiturate cases doubled from 31 to 64. Here as well, it is unknown whether the rising numbers show an actual rise or whether they are due to a change in the registration.



0.3

Alcohol and tobacco

## Alcohol

### *A low proportion of the Dutch population adheres to the recommendations of the Health Council of the Netherlands (Gezondheidsraad)*

In 2016, 80.4% of the Dutch population aged 18 and older had drunk alcohol at one time or other in the past year, approximately 10.7 million people. That is comparable to 2014 and 2015. Because Statistics Netherlands (CBS) has changed the method it uses to record the figures, no comparison can be made with previous years.

The Guideline for Good Nutrition of the Health Council of the Netherlands recommends drinking no alcohol or in any case no more than one glass a day. In 2016, 39% of the Dutch population aged 18 and older complied with the new recommendations of the Health Council of the Netherlands of never drinking more than one glass of alcohol a day. Men were less likely to comply with the recommendations than women.

### *Reduced use of alcohol among young people*

Where in previous years a reduction was only seen in the younger age groups aged 12-14/15, between 2011 and 2015 a clear falling trend was seen in the amount of alcohol drunk by pupils aged 15 and 16. Among those aged 12-16, only 25.5% had consumed alcohol in the past month, while in 2011 this figure

was still 37.8%. The percentage of 'binge drinkers' also fell (those who drunk five glasses or more at one time; 17.5% in 2015). Of the 16-18 year old students in intermediate and higher vocational education, in 2015 two thirds had consumed alcohol in the past month, and 14% of them drunk more than 20 glasses of alcohol in the weekend. Internationally, the use of alcohol among Dutch pupils aged 15/16, despite a sharp fall, still remains above the average of the 34 European countries.

Parents are increasingly aware of the risks alcohol poses to the developing child's brain. For minors, the social environment (friends, parents, others) still offers, by far, the main opportunity to access alcohol.

Compliance with the age limit for selling beverages containing alcohol improved between 2015 and 2016. In spite of that, in 2016 the majority of attempts minors made to buy alcohol succeeded.

### *Request for help: Accident and Emergency care*

The largest group of clients in the addiction care has a primary alcohol problem; in 2015, 45% had a primary alcohol problem (approximately 29,000). Since 2010, (34,000 clients) a slight reduction has been seen. The proportion of people over 55 rose from 20% in 2006 to 28% in 2015.

In 2014 (most recent figures), approximately 22,000 people were admitted to general hospitals with an alcohol problem as the primary or secondary diagnosis.

In 2016, according to the Netherlands Research Centre for Paediatrics (NSCK), fewer young people aged below 18 were admitted to hospital on account of excessive use of alcohol than in 2015, but this can be an erroneous picture if fewer paediatricians reported them. The number of A & E treatments on account of alcohol intoxication has almost doubled in ten years, to around 6,100 in 2015 and 5,600 in 2016.

In 2013, 844 deaths were directly attributed to alcohol-related disorders and 882 in 2014. In 2015, the number of alcohol-related traffic deaths was estimated to be between 75 and 140.

## **Tobacco**

### *More than one quarter of the Dutch population smoke (at some time or other)*

In 2016, 24.1% of the Dutch population aged 18 and older smoked at some time, i.e. 3.2 million people, a drop when compared to 2014. The majority of them smoke every day (18.6%).

The percentage of highly-educated people who smoke is still lower than that of people who are less educated.

The percentage of young people who smoke has been falling steadily. Between 2011 and 2015, the number of secondary school pupils aged 12-16 who have ever smoked fell from 33% to 23% and the number of daily smokers halved from 6% to 3%. Only 6% of those aged 16 still smoke every day. Pupils attending lower secondary school (VMBO) smoke the most, while those attending higher secondary school (pre-university) smoke the least.

Total compliance with the age limit for the sale of tobacco rose from 27.4% in 2015 to 43.1% in 2016. However, minors' main source of tobacco products is their social environment.

For many years, the sales of cigarettes and rolling tobacco have been falling, with an occasional peak resulting from a range of various temporary influences. In 2015, 17.3 billion cigarettes and rollies were sold. In 2002, the figure was 30.1 billion.

### *One in three adults made a 'serious' attempt to stop smoking in 2016*

In 2016, 38% of smokers aged 18 and older had made one or more attempts to quit in the past 12 months, 85% of whom stopped smoking for more than 24 hours. In 2014, 2015 and 2016, the campaign 'Stoptober, 28 days without smoking!' (Stoptober, 28 dagen niet roken!) was launched, aimed at rallying massed support to encourage smokers to stop smoking for 28 days. A total of 53,303 smokers participated in 2016, 70% of whom (based on self-assessments) still had not smoked two months after Stoptober.

### *Smoking is still the number one cause of illness and premature death*

Of all illnesses, 13.1% can be attributed to smoking. Smoking remains the number one cause of premature death. In 2015, approximately 19,200 people aged 20 and older in the Netherlands died of the immediate effects of smoking. Lung cancer is the main cause of death directly related to smoking. Actual smoking-related mortality is higher, because the effects of passive smoking have not been taken into account.



## **0.4 Alcohol- and drug-related crime**

### **Opium Act offences**

#### *Seized drugs*

In 2016, at least 13 different types of drugs on Lists I and II of the Opium Act were seized. These are opium, heroin, cocaine, GHB, amphetamine, methamphetamine, ecstasy, ketamine, LSD, methadone, khat, hashish, and marijuana.

#### *Synthetic drugs*

The number of production sites, warehouses and dumping sites related to the manufacture of synthetic drugs that have been reported as being dismantled has been rising. In particular, the number of dismantled production sites and waste dumping sites rose substantially in 2016. North Brabant, followed by Limburg, are the provinces where the most warehouses and waste dumping sites are registered.

#### *Hemp cultivation*

In 2016, almost 5,500 hemp nurseries were destroyed, less than in 2014 and 2015. Most were destroyed by the police units of East-Netherlands, Zeeland-West-Brabant, Rotterdam and Limburg.

#### *Online drug trafficking*

Online drug trafficking via the 'dark net' is on the rise, but is limited when compared to the traditional offline trade. Online, mainly cannabis, stimulants and ecstasy are sold. Dutch providers offer ecstasy relatively frequently.

#### *Contract killings by organized crime groups*

Contract killings by organized crime are usually the result of conflicts related to drug trafficking. Since 2000, there have been on average twenty to thirty contract killings within organized crime in the Netherlands each year. The average number of these killings has not risen since 2000.

#### *Opium Act offences submitted to the Public Prosecution Service*

The proportion of Opium Act offences submitted to the Public Prosecution Service rose once more in 2016, the proportion dealt with by the courts remained constant. The proportion of people convicted of Opium Act offences in prison fell in 2016 when compared to 2015. In 2016, the number of Opium Act cases submitted to the Public Prosecution Service (OM) rose again after a fall the previous year. The ratio of hard- and soft-drug cases submitted to the Public Prosecution Service was 41% to 55%. Soft drug cases were also the majority in 2016. Hard drug cases usually concern possessing hard drugs; soft drug cases usually concern drug production (cannabis cultivation).

#### *Sanctions for Opium Act offences*

The Public Prosecution Service refers most Opium Act cases to court. Of these, 12% result in acquittal, this is especially and increasingly the case with respect to soft drug cases. Community service orders and (in part) unconditional custodial sentences are the most common sanctions imposed for Opium Act cases. Community service orders are mostly imposed in soft drug cases, unconditional prison sentences are mostly imposed in hard drug cases, this pattern did not change in 2016.

### *Recidivism of Opium Act offenders*

A proportion of the Opium Act offenders come into contact with the police again after their first offence. Within two years, almost 10% of the Opium Act offenders are once more sentenced for violating the Opium Act, within six years this number has risen to 17%. The recidivism rate is higher if the number of new convictions for all crimes are considered: 27% of the Opium Act offenders were convicted for a new crime within two years and 43% within six years. Perpetrators of hard drug crimes show a higher recidivism rate than perpetrators of soft drug crimes. Both groups show a falling trend in recidivism from 2003.

### **Crimes committed and nuisance caused by alcohol and drug users**

The alcohol and drug users registered in police files have mostly committed property offences. In addition, they have committed violent, public order and Opium Act offences.

### *Care for offenders*

Around 20,000 offenders are sent to the addiction probation each year. In the period June 2014 through March 2017, the majority of clients with drug-related problems used cannabis (62%). This is followed by cocaine (44%) and amphetamine (18%). Of the addiction probation service clients, 44% used multiple drugs.

### *Nuisance due to drug trafficking and use*



In 2016, approximately 25% of the Dutch population were affected by nuisance caused by drug use in their own neighbourhoods. A minority (4%) was seriously disturbed by drug use. In addition, approximately 25% of the Dutch population experienced some form of nuisance caused by drunk people in the street. A minority (3%) was seriously affected. These figures have hardly changed when compared to 2014.



							
	Cannabis	Cocaine	Opiates <sup>I</sup>	Ecstasy	Amphetamine	GHB	Sedatives and tranquilizers
<b>USE GENERAL POPULATION (2016)</b>							
- Percentage last-month users, 18+	4,1%	0,8%	Hardly none	1,0%	0,6%	0,1%	6,4%
- Percentage last-year users, 18+	6,6%	1,7%	Hardly none	2,9%	1,4%	0,3%	10,5%
- In 2016 compared to 2015, 18+ <sup>II</sup>	The same	The same	The same	The same	The same	Slight fall	-
- International comparison <sup>III</sup>	Average	Average	Low	Above average	Above average	Unknown	-
<b>ADOLESCENT, PUPIL USE (2016)</b>							
- Percentage last-month users, aged 12-16	4,9%	0,5%	0,3%	0,6%	0,6%	0,2%	-
- Trend (2003-2015)	Reduction	Reduction	Reduction	Reduction	Reduction	-	-
- International comparison, 15/16 age range (2015) <sup>IV</sup>	Above average	Average	Average	Above average	Average	Average	Above average
<b>NUMBER OF PROBLEM USERS</b>							
	<b>2007-2009</b>		<b>2012</b>				<b>2007-2009</b>
	29,300 (dependency) 40,200 (abuse)	Unknown <sup>V</sup>	± 14,000	Unknown	Unknown	Unknown	22,000 (dependency) 35,000 (abuse)
<b>NUMBER OF ADDICTION CARE CLIENTS (2015)<sup>VI</sup></b>							
- Substance as primary problem	10,816 4,501	7,295 6,138	9,093 2,053	122 359	1,794 742	837 167	581 803
- Trend (2006-2015)	After rise, stable since 2011	Fall	Fall	Fall	Rise	Rise	Fall
<b>NUMBER OF HOSPITAL ADMISSIONS (2014)</b>							
				<b>Psychostimulants</b>			
- Substance disorder/intoxication (primary diagnosis)	100	150	146	339		Unknown	1,741
- Substance disorder/intoxication (secondary diagnosis)	995	813	906	388		Unknown	1,210
<b>REGISTERED DEATHS (2014)<sup>VII</sup></b>							
				<b>Psychostimulants</b>			
	Almost no primary mortality	24 (primary)	40 (primary)	14		4	79

I. Heroin (and methadone). II. No figures are available for previous surveys because of differences in the method used to record the data (see Appendix D.2: Health Survey/Lifestyle Monitor). III. Compared to the weighted average of 'ever use' (15-64 years) in the member states of the European Union, for opiates with respect to the number of problem users (15-64 years) of the drugs (EMCDDA). IV. Compared to the unweighted average in 34 European countries (ESPAD). V. 0.5% of the population in the three largest cities is addicted to crack. VI. Addiction care as registered anonymously in the National Alcohol and Drugs Information System (LADIS). For an overview of all institutions participating in LADIS, see Appendix D.5. VII. The definitions and methods used to estimate drug-, alcohol- and tobacco-related deaths differ and these categories cannot be compared. Primary cause of death: substance as primary (underlying) cause of death. Secondary cause of death: substance as secondary cause of death (contributing factor or complication). See explanation in Appendix D.1.



	 Alcohol	 Tobacco
<b>USE IN GENERAL POPULATION (2016)</b>		
- Percentage last-year users of 18 years and older	80.4%	24.1% <sup>I</sup>
- Trend in use	Between 2014-2016: stable. Comparison to previous years not possible	Between 2015-2016: fall. Between 2014-2015: stable. In previous years: fall
- International comparison	Above average	Below average
<b>ADOLESCENT, PUPIL USE (2015)</b>		
- Percentage last-month users, aged 12-16 <sup>II</sup>	25.5%	3.1% (Daily <sup>III</sup> )
- Trend (2003-2015)	Fall	Fall
- International comparison, aged 15/16 (2015) <sup>III</sup>	Above average	Average
<b>NUMBER OF PROBLEM USERS</b>		
	<b>2007-2009</b>	<b>2016</b>
	82,400 (dependency) 395,600 (abuse)	±539,000 <sup>IV</sup>
<b>NUMBER OF ADDICTION CARE CLIENTS (2015)</b>		
- Substance as primary problem	29,374	809
- Substance as secondary problem	4,575	3,136
- Trend (2006-2015)	Stable	Rise
<b>NUMBER OF HOSPITAL ADMISSIONS</b>		
- Substance disorder/intoxication (primary diagnosis)	4,682	Unknown
- Substance disorder/intoxication (secondary diagnosis)	17,368	
<b>REGISTERED DEATHS (2014)<sup>V</sup></b>		
	882 (Primary) <sup>VI</sup>	19,017 (2014) (Directly caused by smoking) <sup>VII</sup>

I. This is the percentage of smokers according to the Statistics Netherlands (CBS) Health Survey/ Lifestyle Monitor. II. No data is available for last-month smoking among pupils in 2015. This table represents the percentage of pupils who smoke every day. III. Compared to the unweighted average in 36 European countries (ESPAD). The comparison for smoking concerns the percentage of current smokers (30%). IV. Based on heavy smokers (20 cigarettes or more per day) in the population aged 18 and older. V. Primary cause of death: substance as primary (underlying) cause of death, in contrast to secondary cause of death: substance as secondary cause of death (contributing factor or complication). VI. Deaths caused by traffic accidents and cancer-related deaths are not included. Figures on the number of deaths for which alcohol-related diseases are registered as the secondary cause of death are not available after 2013. VII. See Appendix D.1 for the method used to estimate smoking-related mortality.



0.7

**Table 1b Key figures drug crime: Opium Act offences submitted to the criminal justice system in the period 2007-2016**

Stage in the system	Criminal investigation of the more serious forms of organised drug-related crime <sup>I</sup>	Number of suspects police/RNLM <sup>II,IV</sup>	Public Prosecution cases Intake	Settlements by judge in the 1 <sup>st</sup> instance	Detainees <sup>III</sup>
<b>Number Opium Act<sup>I</sup></b>	<b>Criminal investigation up to and including 2013</b>	<b>Figures up to and including 2014; estimate of development 2015 and 2016</b>	<b>Figures up to and including 2016</b>	<b>Figures up to and including 2016</b>	<b>Figures up to and including 2016</b>
- Total	193 (2012: 222)	17,675 (2013: 18,849)	18,162 (2015: 17,724)	9,650 (2015: 9,567)	1,311 (2015: 1,362)
- Hard drugs	34% (exclusively hard drugs)	7,454 (2013: 7,766)	7,438 (2015: 7,452)	4,037 (2015: 4,032)	Unknown
- Soft drugs	24% (exclusively soft drugs)	9,001 (2013: 9,251)	9,918 (2015: 9,445)	5,006 (2015: 5,015)	Unknown
- Both	42% (hard+soft)	1,214 (2013: 1,830)	806 (2015: 825)	607 (2015: 520)	Unknown
- <b>Most recent compared to previous year absolute</b>	2013-2014: unknown 2012-2013: fall	Fall	Rise	Stable	Fall
- <b>Global trend in period</b>	2007-2008 higher in numbers than following period, downward trend in 2011-2013	Fall up to 2011, then rising/stable, falling after 2014	Falling up to 2010, then fluctuation (around 18,000)	Falling up to and including 2011, then rising, recent stabilisation	Fall <sup>IV</sup>
<b>% Opium Act on total</b>	72%	8.7%	9.6%	9.8%	17%
- <b>Development % Opium Act</b>	2013-2014 unknown 2012-2013: rise (69%→72%)	Rise (8.2%→8.7%) up to and including 2014, then constant	Rise (8.8%→9.2%)	Fall 2007-2009; Rise 2010-2016	Rise 2007-2012, 2013-2016 around 17%

I. Figures up to and including 2013; 2014 and 2015 not available. II. Figures 2014 are preliminary. Figures 2015 not available. III. Reference date 30 September 2015. IV. Period 2006-2015. Sources: National Police Unit, National Information Service Organisation, HKS, OMDATA/RACmin WODC, Kalidien and De Heer-de Lange, 2015 V. Development 2015 and 2016 estimated based on the Statistics Netherlands (CBS) figures for registered suspects; preliminary picture.



# 1. Inleiding





# 1. Inleiding



1.1

## 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 en over strafrechtelijke interventies voor justitiabelen met problematisch middelengebruik. 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 en drugsgerelateerde criminaliteit 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 Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Drugsbeleid kent echter niet alleen volksgezondheidsaspecten, maar ook aspecten van criminaliteit en overlast. Sinds 2002 ondersteunt ook het Ministerie van Veiligheid en 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 psychotrope middelen (drugs, slaap- en kalmeringsmiddelen, alcohol, tabak) en verslaving en drugsgerelateerde criminaliteit. 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 Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO), de Verenigde Naties (VN) en het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).

In de NDM staat het verzamelen en integreren van cijfers centraal. Dit gebeurt wat middelengebruik betreft 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;
- sterfte in relatie tot middelengebruik.

Het idee achter deze vijf kernindicatoren is dat de drugsituatie 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 het Jaarbericht 2015 (Van Laar et al., 2015; bijlage D).

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 met het Ministerie van Veiligheid en Justitie overeengekomen indicatoren, waarvoor het WODC gegevens verzamelt (Meijer et al., 2003; Snippe et al., 2000). De Datamart Drugs van het WODC integreert hiertoe cijfers uit registratiesystemen van politie, Openbaar Ministerie en justitiële documentatie.



1.2

## 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 Drugserelateerde sterfte ondersteunen de NDM op thematische deelgebieden.

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



1.3

## Jaarbericht 2017

Het Jaarbericht 2017 van de Nationale Drug Monitor (NDM) geeft een overzicht van de ontwikkelingen rondom drugs, alcohol, tabak, slaap- en kalmeringsmiddelen en de drugserelateerde criminaliteit. Drugs, alcohol, tabak en slaap- en kalmeringsmiddelen zijn zogenaamde 'psychotrope' middelen die op diverse manieren de gemoedstoestand van de gebruiker kunnen beïnvloeden.

Deze psychotrope middelen vallen onder verschillende wet- en regelgevingen. Drugs en slaap- en kalmeringsmiddelen vallen onder de Opiumwet en daarmee samenhangende wetten, zoals de Geneesmiddelenwet. Daarnaast zijn er de zogenaamde 'Nieuwe Psychoactieve Stoffen' (NPS). Dit zijn stoffen met vergelijkbare effecten en risico's als de bestaande illegale drugs, maar ze vallen niet onder het regiem van de Opiumwet<sup>1</sup>. Vaak worden zij geproduceerd om de drugswetgeving te omzeilen. In voorgaande jaren beschreven wij deze middelen in het hoofdstuk over ecstasy en amfetamine, omdat zij vaak voorkwamen op de markten voor deze drugs en werden aangetroffen als vervuilingen in (en vervanging van) ecstasy en amfetamine. In Europa is het gebruik en de diversiteit aan deze middelen toegenomen en ook in Nederland is voor sommige middelen een aparte gebruikersmarkt ontstaan,

<sup>1</sup> De meeste NPS werden gereguleerd onder de Geneesmiddelenwet. Na een arrest van het Europese Hof van Justitie op 10 juli 2014 vallen deze middelen in beginsel echter niet meer onder de Geneesmiddelenwet, maar onder de Warenwet. Dat is omdat middelen zonder 'therapeutische werking' niet als geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet kunnen worden geclassificeerd. Middelen die een werkzame stof van een geneesmiddel zijn (zoals ketamine) vormen hierop een uitzondering.

reden voor een apart hoofdstuk NPS. Tegelijk zijn er aparte hoofdstukken over ecstasy en amfetamine opgesteld, in plaats van deze middelen in één hoofdstuk te integreren. Gebruikersgroepen en markten voor deze middelen overlappen (zie bijvoorbeeld figuur 1.1) maar zijn tegelijkertijd divers genoeg om hierover apart te rapporteren.

Alcohol valt onder de Drank- en Horecawet en tabak valt onder de Tabakswet. Voor de opsporing en vervolging van Opiumwetdelicten door het Openbaar Ministerie bestaan landelijke regels in de vorm van de Aanwijzing Opiumwet. Naast de landelijke wet- en regelgevingen zijn er ook nog regelingen op gemeentelijk niveau, met name de Algemene Plaatselijke Verordening (APV). De handhaving van wet- en regelgeving kan plaatsvinden langs verschillende kanalen. Handhaving van de gedoogcriteria voor coffeeshops bijvoorbeeld kan zowel bestuurlijk als strafrechtelijk plaatsvinden.

In hoofdstuk 2 van dit Jaarbericht wordt een overzicht gegeven van de recente ontwikkelingen in wetgeving en beleid, eerst voor de wettelijke kaders van opiumwetmiddelen (§ 2.1), daarna voor de wettelijke kaders voor het reguleren van alcohol en tabak (§ 2.2), de beleidsontwikkelingen in preventie en de hulpverlening (§ 2.3), gevolgd door het beleid ter bestrijding van alcohol- en drugsgerelateerde criminaliteit (§ 2.4). De wettelijke kaders worden behandeld voor de Opiumwetmiddelen, de slaap- en kalmeringsmiddelen en voor alcohol en tabak. Bij de ontwikkelingen in preventie en hulpverlening worden de verschillende middelen gezamenlijk behandeld. Dit NDM Jaarbericht geeft een overzicht van de beleidsontwikkelingen tot 1 juli 2017.

De hoofdstukken 3 tot en met 9 geven een overzicht van de ontwikkelingen in het gebruik van Opiumwetmiddelen: cannabis (hoofdstuk 3), cocaïne (hoofdstuk 4), de opiaten (hoofdstuk 5), ecstasy (hoofdstuk 6), amfetamine (hoofdstuk 7), Nieuwe Psychoactieve Stoffen (hoofdstuk 8), GHB (hoofdstuk 9) en de slaap- en kalmeringsmiddelen en oneigenlijk gebruik van psychoactieve medicijnen (hoofdstuk 10). Hoofdstuk 11 behandelt het gebruik van alcohol en hoofdstuk 12 het gebruik van tabak en rookwaren. Bij het gebruik van de middelen gaat het om cijfers over gebruik in de algemene bevolking (paragraaf 2 in middelenhoofdstukken), gebruik onder jongeren en speciale groepen (paragraaf 3 in middelenhoofdstukken), problematisch gebruik (paragraaf 4 in middelenhoofdstukken), internationale vergelijking in gebruik (paragraaf 5 in middelenhoofdstukken), hulpvraag en incidenten (paragraaf 6 in middelenhoofdstukken), ziekte en sterfte (paragraaf 7 in middelenhoofdstukken) en aanbod en markt (paragraaf 8 in middelenhoofdstukken). Voor de internationale vergelijkingen ligt de nadruk op vergelijkingen met de EU-15 lidstaten (en Noorwegen), de EU-28, en een aantal andere westerse landen, vooral de Verenigde Staten (en voor drugs ook Australië en Canada). Per hoofdstuk kan de vergelijking wisselen, afhankelijk van de bronnen en beschikbare gegevens.

Ten slotte behandelt dit NDM Jaarbericht de aan alcohol en drugs gerelateerde criminaliteit. Hoofdstuk 13 beschrijft trends in de handel, de productie en het bezit van illegale drugs en hoofdstuk 14 geeft een overzicht van delicten gepleegd door alcohol- en drugsgebruikers en de interventies die daarbij zijn toegepast. Bijlage A geeft een overzicht van verklaringen van de meest voorkomende termen en begrippen in dit Jaarbericht. Bijlage D achtergrondinformatie voor een aantal primaire bronnen: de Gezondheidsenquête/ Leefstijlmonitor, een aantal jeugdstudies (Peilstationsonderzoek, ESPAD, HBSC), de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ), het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS), de Monitor Drugsincidenten (MDI) en de Doodsoorzakenstatistiek.

### *Monitoringperikelen*

In de afgelopen jaren hebben zich voor een aantal registratie- en monitoringsystemen wijzigingen voorgedaan in de methoden van gegevensverzameling en/of -verwerking. Hoewel niet elke methodenwijziging een trendbreuk teweeg hoeft te brengen, is voor een aantal bronnen uit nadere analyses gebleken dat cijfers voor en na de methodeverandering niet vergelijkbaar zijn, en het derhalve niet mogelijk is om uitspraken over recente trends te doen, of slechts over een beperkt aantal jaren.

Wij zullen dit expliciet benoemen in de betreffende paragrafen (zie ook bijlage D). Conclusies over recente trends zijn niet of slechts beperkt mogelijk voor het middelengebruik in de algemene bevolking, aan middelengebruik gerelateerde ziekenhuisopnames en sterfgevallen door drugs-, alcohol-, en tabaksgebruik.

Zo vond in 2014 een 'herontwerp' plaats van de Gezondheidsenquête van het Centraal Bureau voor de Statistiek. Een analyse liet zien dat deze wijzigingen vermoedelijk tot wijzigingen in gebruikscijfers voor alcohol, roken en drugs hebben geleid (zie bijlage D.2). Voor drugs ontbreken al langer trendgegevens. Het drugsgebruik in de algemene bevolking werd tot 2014 niet jaarlijks in kaart gebracht en de methode van de voorlaatste peiling in 2009 was ook gewijzigd vergeleken met die uit 2005. Een tweede opmerking betreft de leeftijdsgroepen. Conform de kerncijfers voor het beleid van de Staat van Volksgezondheid en Zorg (Staat van V en Z; zie: [www.staatvenz.nl](http://www.staatvenz.nl)), zullen gegevens standaard worden weergegeven voor de leeftijdsgroep 18 jaar en ouder. In voorgaande Jaarberichten rapporteerden wij voor drugs voor de bevolking van 15-64 jaar, en voor alcohol en roken voor de bevolking van 12 jaar en ouder. Voor jongeren zullen kerncijfers voor scholieren van het voortgezet onderwijs in de leeftijdsgroep van 12-16 jaar worden gepresenteerd. Als aanvulling hierop zijn gegevens opgenomen van het middelengebruik onder 16-18-jarige studenten van het MBO en HBO, afkomstig van een in 2015 voor het eerst uitgevoerde landelijke peiling (Verdurmen et al., 2016).

Een tweede bron waarvoor een trendbreuk is geconstateerd, betreft de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiscare (LBZ; voorheen Landelijke Medische Registratie, LMR), met gegevens over middelengegerelateerde opnames in algemene ziekenhuizen. In 2013 is de LBZ overgegaan van de 9e editie van de International Classification of Diseases (ICD-9) naar de 10e editie (ICD-10). Door het niet volledig matchen van ICD-9 en ICD-10 codes is een trendbreuk mogelijk. Omdat in dit jaar bovendien vanwege het ontbreken van te veel gegevens geen betrouwbare 'bijinschatting' kon worden gemaakt, wordt in dit Jaarbericht 2017 primair voor registratiejaar 2014 gerapporteerd (zie bijlage D.4). Recentere gegevens zijn niet beschikbaar.

Vanwege een overgang in 2013 naar het automatisch coderen van de natuurlijke doodsoorzaken in de Doodsoorzakenstatistiek, zijn gegevens over de sterfte gerelateerd aan alcohol, drugs en roken van voor 2013 niet vergelijkbaar met cijfers vanaf dit jaar. Bovendien is het (voorlopig) niet mogelijk om naast de primaire of onderliggende doodsoorzaken, ook de secundaire doodsoorzaken te selecteren. Secundaire doodsoorzaken betreffen ziekten of aandoeningen die aan het overlijden bijdragen. In de NDM Jaarberichten werd voorheen de alcohol gerelateerde sterfte gebaseerd op zowel primaire als secundaire doodsoorzaken, waarbij alcohol expliciet wordt genoemd. Voor alcohol wordt een nieuw schattingsmodel ontwikkeld op basis van populatie attributief risico's (PAR), die de proportie van de sterfte aan een bepaalde aandoening aangeeft, die toegewezen kan worden aan alcoholgebruik (zie bijlage D.1). Voor de sterfte door tabak (roken) is deze schattingsmethode al jaren gangbaar.

Voorts zijn in het Jaarbericht 2017 geen nieuwe gegevens opgenomen over de hulpvraag bij de verslavingszorg. Voor het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) is nieuwe wet- en regelgeving in voorbereiding (<http://www.ladis.eu/nl/over-ladis/kerncijfers>, september 2017).

Ook op het terrein van politie en justitie kampt het Jaarbericht met enkele lacunes in informatie:

- Zo zijn er over 2016 slechts beperkte landelijke cijfers beschikbaar gekomen over hoeveelheden in beslag genomen drugs. Hierdoor kan geen volledig beeld gegeven worden van het totale aantal in beslaggenomen drugs in Nederland.
- Landelijke cijfers over in beslag genomen (pre-)precursoren, ontmantelde productielocaties en geruimde hennepkwekerijen zijn er wel, maar het is niet duidelijk in hoeverre die een volledig beeld geven.

- Over drugsgebruikers in het strafrechtelijk systeem is weinig bekend; niemand weet hoeveel drugsgebruikers er binnenkomen en hoe vaak behandeling aangewezen zou zijn met het oog op het voorkomen van recidive.

In het algemeen geldt, ook voor hier niet genoemde bronnen, dat trendgegevens kritisch moeten worden beschouwd en geïnterpreteerd. Niettemin beschikt Nederland over een rijk landschap aan monitors, die tezamen ondanks genoemde (tijdelijke) lacunes, een goed beeld kunnen schetsen van de stand van het middelengebruik en hier aan gerelateerde problematiek.

### *Innovatie in monitoring: rioolwateranalyses*

In de afgelopen jaren verschenen in de media en in wetenschappelijke tijdschriften in toenemende mate berichten over een nieuwe manier om het drugsgebruik in de algemene bevolking te meten (EMCDDA, 2016). Deze nieuwe manier werkt niet via vragenlijstonderzoeken in een representatieve steekproef van in het bevolkingsregister ingeschreven respondenten. De nieuwe methode werkt via het analyseren van monsters uit rioolwater in een bepaalde tijdsperiode (vaak een week) en binnen een geografisch gebied. Op de website van het EMCDDA kunnen de resultaten van deze analyses worden gevolgd voor 54 Europese steden.<sup>2</sup>

Een voordeel van rioolwateranalyse is dat deze methode een beter beeld kan geven van de totale hoeveelheid geconsumeerde drugs, vergeleken met schattingsmethoden gebaseerd op vragenlijstonderzoek en zelfrapportage (zie bijv. Been et al., 2016). Bij laatstgenoemde 'traditionele' methode kan een onderschatting optreden vanwege non-respons (bijvoorbeeld doordat de zwaarste gebruikers zijn ondervertegenwoordigd), geheugenbias (niet meer herinneren welke drugs, en hoeveel en vaak, in een bepaalde periode zijn gebruikt), en onderrapportage, omdat mensen hun drugsgebruik niet durven of willen toegeven. Ook kunnen met rioolwateranalyses snelle ontwikkelingen op de markten worden gemonitord, zoals voor de NPS, waarbij gebruikers geregeld middelen consumeren waarbij zij niet precies weten om welke middelen het gaat. In Nederland, waar via het DIMS continu een actueel beeld van de drugsmarkt op gebruikersniveau wordt verkregen (zie o.a. § 6.8, § 8.8), zal dat minder urgent zijn.

Maar er zijn ook nadelen verbonden aan monitoring via rioolwateranalyses. Afgezien van knelpunten en onnauwkeurigheden in het terugrekenen van de concentraties drugs in het rioolwater naar oorspronkelijke gebruikhoeveelheden, is het niet mogelijk om een koppeling te leggen tussen de geschatte hoeveelheid drugs en het aantal gebruikers en hun kenmerken, en de sterkte en zuiverheid van drugs. Er wordt bij de omrekening naar de bevolking ook geen rekening gehouden met bezoekers (die niet tot de bevolking behoren), zoals toeristen en uitgaanders. Zo kan met rioolwateranalyses niet worden vastgesteld of een klein aantal oudere (verslaafde) personen dagelijks forse hoeveelheden crack consumeert, of veel jonge personen (al dan niet uit het buitenland of andere gemeenten) elk weekend recreatief snuiven. Dit geldt ook voor andere risicofactoren, die wel in gebruikersonderzoeken kunnen worden uitgevraagd. Voor middelen waarvan geen afbraakproduct gemeten kan worden (of nog niet gemeten wordt), maar alleen de oorspronkelijke stof gemeten wordt, zoals voor MDMA en amfetamine, is het ook lastig om onderscheid te maken tussen menselijke consumptie en dumpingen van deze middelen. Een dumping ontstaat bijvoorbeeld als een partij ecstasypillen door het toilet wordt gespoeld bij een inval. Dit zou voor Eindhoven de zeer hoge MDMA loads in 2012-2014, en de hoge load voor amfetamine in 2013 kunnen verklaren (Ort et al., 2014, zie ook EMCDDA<sup>3</sup>).

Vooralsnog, en in afwachting van nieuwe wetenschappelijke inzichten, zijn deze knelpunten ten aanzien van de betrouwbaarheid en interpretatie van gegevens over rioolwateranalyses reden om deze niet structureel in de drugshoofdstukken van dit NDM Jaarbericht 2017 te rapporteren. De verwachting is dat,

<sup>2</sup> Zie: <http://www.emcdda.europa.eu/news/2016/12/latest-data-reveal-drug-taking-habits-in-over-50-european-cities>.

<sup>3</sup> Zie: <http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/waste-water-analysis#panel2>.

op termijn, de klassieke methode van de vragenlijsten en de innovatieve methode van de rioolwateranalyse elkaar zullen gaan aanvullen (zie bijvoorbeeld Zuccato et al., 2016). In het kader hieronder staan in grote lijnen de resultaten vermeld van de studie die werd uitgevoerd in 2016.

### Rioolwateranalyses naar drugsgebruik

In een grootschalige Europese studie van het Europees netwerk SCORE (Sewage analysis CORe group — Europe; score-cost.eu) werden in maart 2016 monsters uit rioolwaterzuiveringsinstallaties verzameld en vervolgens chemisch geanalyseerd. Het EMCDDA analyseerde gegevens van 54 steden in 18 landen van de Europese Unie (<http://www.emcdda.europa.eu/news/2016/12/latest-data-reveal-drug-taking-habits-in-over-50-european-cities>). Er werden vergelijkingen gemaakt met jaarlijkse peilingen vanaf 2011. Deze, en andere studies, laten in het algemeen kenmerkende temporele en geografische patronen zien: hogere 'loads' van stimulantia, zoals amfetamine en cocaïne, in het weekend, dan doordeweeks, en verschillen tussen steden, zoals ook verwacht zou worden op grond van prevalentieonderzoek.

- Cocaïne: Voor de gemiddelde dagelijkse cocaïne load (of 'vracht' in mg per 1.000 inwoners per dag), stond Antwerpen-Zuid van de 54 steden op de eerste plaats, gevolgd door Londen, Zürich en Barcelona. Eindhoven stond op 6e plaats (met ongeveer de helft van de load van Antwerpen-Zuid), en Utrecht stond op nummer 17 (met ongeveer een derde van de load van Antwerpen-Zuid). Overigens stond Antwerpen-District op de twaalfde plaats.
- MDMA: Eindhoven stond op de eerste plaats voor de gemiddelde dagelijkse MDMA load, gevolgd door Antwerpen-Zuid en Oslo, met op de vierde plaats Utrecht. Utrecht lag daarbij op ongeveer zeven tiende van de load van Eindhoven. Met name voor Eindhoven kan het daarbij ook gaan om dumpingen van MDMA in het riool. Bovendien is Eindhoven een stad waar veel forenzen en uitgaanders komen, waardoor de MDMA load niet alleen afkomstig zal zijn van de inwoners van Eindhoven, maar naar alle waarschijnlijkheid ook van deze forenzen en uitgaanders. Overigens stond Antwerpen-District op de negende plaats.
- Amfetamine: Voor amfetamine was de gemiddelde load het hoogst in Stockholm, gevolgd door Antwerpen-Zuid en vervolgens de twee Duitse steden Dülmen en Dortmund. Utrecht stond op de tiende plaats met ongeveer de helft van de load van Stockholm. Antwerpen-District stond op de elfde plaats. Methamfetamine werd nauwelijks in Nederlandse steden aangetroffen.
- Trend 2011-2016: Jaarlijkse monitoringgegevens van 2011 tot en met 2016 laten zien dat de hoogste MDMA loads consistent werden gevonden in Belgische en Nederlandse steden, en dat in de meeste steden de loads in 2016 hoger lagen dan in 2011. Mogelijk is dit het gevolg van een toename van de beschikbaarheid van MDMA en een toegenomen sterkte (zuiverheid) van ecstasy.

### Middel-gebonden indeling

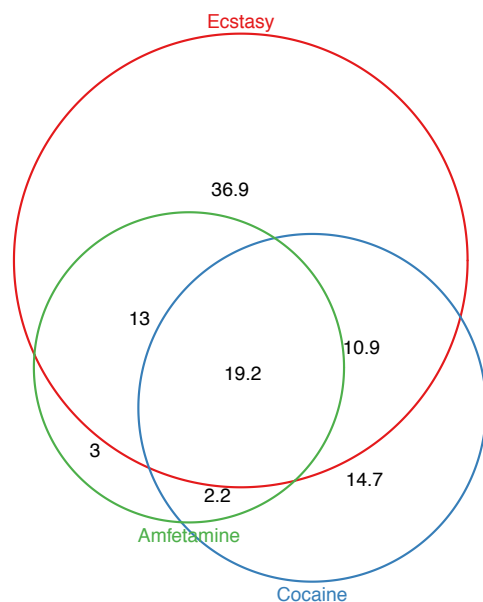
Tot slot nog een kanttekening bij de indeling. De hoofdstukken 3 tot en met 12 van het Jaarbericht zijn ingedeeld per middel. Deze indeling sluit aan bij de gegevensbehoefte en laat zien dat de risico's van het gebruik van alcohol, drugs, tabak en andere middelen voor de (volks)gezondheid en maatschappij verschillen. Een methodiek waarbij deze risico's direct zijn vergeleken is toegepast in een recente Europese studie (Van Amsterdam et al., 2015). Een panel van experts beoordeelde de acute en chronische lichamelijke schade (toxiciteit), afhankelijkheid en sociale schade voor 18 illegale drugs, alcohol en tabak, op basis van hun wetenschappelijke expertise en de literatuur. Heroïne en crack bleken samen met alcohol relatief het meest schadelijk te zijn (Van Amsterdam et al., 2015).

De hoofdstukindeling per middel gaat echter voorbij aan het feit dat mensen vaak meer dan één middel - al dan niet gelijktijdig - gebruiken en dat gezondheidsrisico's ook sterk samenhangen met het al dan niet gecombineerd gebruik van middelen. In een aantal paragrafen wordt hier wel naar verwezen, maar de lezer dient hier op bedacht te zijn. Ter illustratie wordt in figuur 1.1 de overlap in het gebruik van cocaïne, ecstasy en amfetamine nader toegelicht op basis van gegevens uit de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor 2016.

In 2016 gebruikte 96,3% van de volwassen Nederlanders géén cocaïne, amfetamine of ecstasy in het afgelopen jaar. Figuur 1.1 geeft de mate van overlap weer onder de 3,7% van de volwassen Nederlanders die wel in het afgelopen jaar cocaïne, amfetamine en/of ecstasy gebruikten (telt dus op tot 100% voor

deze subgroep). Van deze groep had 19,2% alle drie de middelen gebruikt. Ecstasygebruikers waren vaker mono-gebruiker dan cocaïne- en amfetaminegebruikers.

**Figuur 1.1** Overlap in laatste-jaar-gebruik van cocaïne, ecstasy en amfetamine onder mensen van 18 jaar en ouder die tenminste één van deze middelen in het afgelopen jaar gebruikten. Peiljaar 2016<sup>1</sup>



<sup>1</sup> Overlap in het percentage laatste-jaar-gebruik van cocaïne, ecstasy en amfetamine onder laatste-jaar-gebruikers van één of meer van deze middelen. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2016.

### 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 het gevolg is van steekproeffluctuaties. 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 is. In die gevallen kan het voorkomen dat bij een grotere steekproef (bijvoorbeeld meer respondenten) een resultaat wel significant zou zijn. Anderzijds kan het ook zo zijn dat een verschil dat in een kleine steekproef wordt gevonden, door 'toeval' of steekproeffluctuatie werd veroorzaakt en dat een dergelijk verschil in een grotere, meer representatieve steekproef niet mee wordt (terug)gevonden.

In dit Jaarbericht letten wij op statistische significantie, maar belangrijker is echter de grootte van het verschil.



## 2. Wetgeving en beleid: recente ontwikkelingen





## 2. Wetgeving en beleid: recente ontwikkelingen

De hoofdlijnen van wetgeving en beleid ten aanzien van alcohol, drugs en tabak zijn uitgebreid beschreven in het NDM Jaarbericht 2012. In dit Jaarbericht wordt primair informatie gerapporteerd die beschikbaar is gekomen in 2016 en tot medio 2017.



### 2.1 Wettelijke kaders: Opiumwetmiddelen

Het Nederlandse drugsbeleid streeft naar bescherming van de volksgezondheid en wil de schade van het gebruik van drugs voor het individu, zijn directe omgeving en de maatschappij zo klein mogelijk houden. Daarnaast wordt de met drugs samenhangende criminaliteit en overlast bestreden.

#### 2.1.1 De Opiumwet

De Opiumwet is de belangrijkste wet in het drugsbeleid. De wet stelt import en export, productie, teelt, vervoer, aanwezig hebben van en handel in bepaalde middelen, die worden beschouwd als een risico voor de volksgezondheid, strafbaar. De verboden middelen staan op lijsten bij de Opiumwet. Nederland hanteert twee lijsten. Op lijst I staan de middelen die een onaanvaardbaar risico voor de volksgezondheid met zich meebrengen, de 'harddrugs'. Het gaat bijvoorbeeld om heroïne, cocaïne, amfetamine, LSD, ecstasy en GHB. Op lijst II staan de andere middelen, zoals cannabis, paddo's en qat en slaap- en kalmeringsmiddelen, de 'softdrugs'.

- Per 1 januari 2016 zijn de volgende nieuwe middelen op Lijst I van de Opiumwet geplaatst: 25B-NBOMe, 25C-NBOMe, JWH-018, AM-2201 en methylon (Stb-429, 2015) (zie NDM Jaarbericht 2016).
- Per 25 mei 2017 zijn ook de volgende middelen op lijst I van de Opiumwet geplaatst:  $\alpha$ -PVP, acetylfentanyl en 4-fluoramfetamine (4-FA); het middel fenazepam is op lijst II geplaatst (Stb-206, 2017). Dit gebeurde naar aanleiding van risicobeoordelingen door de Wereldgezondheidsorganisatie en het EMCDDA. Het middel 4-FA is op de lijst geplaatst na een risicobeoordeling en het advies van het Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs (CAM) (Coördinatiepunt, 2016). Het gebruik van 4-FA leidt niet agressie, dus is het risico voor de openbare orde klein. Het risico voor de individuele gezondheid is echter groot, aangezien het gebruik acute toxiciteit kan veroorzaken: het kan leiden tot ernstige hoofdpijnen, hersenbloedingen, en het heeft een schadelijke invloed op hart- en bloedvaten. Nog onbekend is of de prevalentie van 4-FA gebruik is veranderd na de plaatsing op lijst I van de Opiumwet (Zie ook hoofdstuk 8).
- Vanaf 1 maart 2015 zijn ook handelingen ter voorbereiding of vergemakkelijking van illegale hennepcultuur als zelfstandig delict strafbaar gesteld in de Opiumwet (artikel 11a; Stb-489, 2014). Deze handelingen worden gericht opgespoord als het gaat om beroeps- of bedrijfsmatige teelt. Onder andere growshops dienden als gevolg van dit nieuwe artikel hun activiteiten voor de hennepcultuur te staken (Zie ook § 2.1.2). Handelingen die productie van of handel in harddrugs faciliteren of voorbereiden waren al strafbaar (artikel 10a Opiumwet).

- Een wetsvoorstel tot uitbreiding van artikel 13b Opiumwet (Verruiming sluitingsbevoegdheid) is in augustus 2017 aan de Tweede Kamer aangeboden. Dit wetsvoorstel regelt dat de bevoegdheid van de burgemeester om woningen of andere panden te sluiten ook geldt in geval van strafbare voorbereidingshandelingen voor het bereiden of telen van drugs (er voorwerpen of stoffen aanwezig zijn die daar duidelijk voor bestemd zijn) (T.K. 34763-1, 2, 3, 2017).

### 2.1.2 De Aanwijzing Opiumwet en de Richtlijn voor strafvordering Opiumwet

De Aanwijzing Opiumwet beschrijft welke aanpak de Officiëren van Justitie in het hele land moeten volgen bij de strafrechtelijke opsporing en vervolging van Opiumwetdelicten. De Aanwijzing wordt vastgesteld door het College van Procureurs-Generaal van het Openbaar Ministerie. In de Richtlijn voor strafvordering Opiumwet geeft het College van Procureurs-Generaal aan welke strafefs het Openbaar Ministerie kan hanteren bij de verschillende Opiumwetdelicten.

De Richtlijn voor strafvordering Opiumwet softdrugs is per 1 juni 2016 definitief aangepast aan het nieuwe wetsartikel 11a Opiumwet betreffende strafbaarstelling van voorbereidingshandelingen voor illegale hennepcultuur (zie § 2.1.1). Uitgangspunt voor de strafefs is een gevangenisstraf van drie maanden. De Aanwijzing Opiumwet was met ingang van 1 maart 2015 al aangepast aan het nieuwe artikel (Stc-5391, 2015). Uit het Nationaal dreigingsbeeld 2017 komt naar voren dat er na inwerkingtreding van art. 11a Opiumwet growshops zijn gesloten, maar ook dat zij hun wijze van opereren hebben veranderd naar aanleiding van de wetwijziging. Die aanpassing bestaat onder andere uit de verkoop van goederen vanuit verschillende plaatsen, en het gebruik van internet. Verder lijkt het verkrijgen van kweekbenodigdheden in Nederland lastiger te worden en lijken die ook vaker uit het buitenland te worden gehaald. Er worden bijvoorbeeld regelmatig transporten uit Duitsland onderschept (Boerman et al., 2017).

### 2.1.3 Coffeeshopbeleid

De verkoop van cannabis in coffeeshops wordt 'gedoogd': politie en justitie laten coffeeshops ongemoeid. Ze moeten zich wel houden aan bepaalde criteria. De landelijke gedoogcriteria staan in de Aanwijzing Opiumwet: coffeeshops mogen geen reclame maken (geen affichering), geen harddrugs voorhanden hebben of verkopen, geen overlast veroorzaken, niet toegankelijk zijn voor en niet verkopen aan jeugdigen onder de 18 jaar, niet meer dan 5 gram verkopen per transactie en niet meer dan 500 gram handelsvoorraad hebben, en niet toegankelijk zijn voor en niet verkopen aan anderen dan ingezetenen van Nederland (de AHOJGI-criteria). Gemeenten kunnen aanvullende criteria vastleggen in het lokale coffeeshopbeleid. Onderdeel van dit beleid is ook een handhavingplan (met sancties) dat in het lokale overleg van burgemeester, Officier van Justitie en chef van de politie is afgestemd (Aanwijzing Opiumwet, 2015). Ontwikkelingen in het coffeeshopbeleid in Nederland worden gevolgd in twee monitors:

- een monitor over alle gemeenten met betrekking tot aantallen coffeeshops en aantallen gemeenten die een coffeeshopbeleid voeren (inclusief welk beleid) (Bieleman et al., 2017);
- een monitor van drie metingen (over 2014, 2015 en 2016) waarin gekeken is naar de ontwikkelingen in het coffeeshopbeleid, coffeeshop- en softdrugstoerisme, softdrugsgelateerde overlast, dealen en drugsrunnen en de verkoop van cannabis aan gebruikers buiten de coffeeshop (Benschop et al, 2014; Mennes et al, 2016b). Deze monitor betreft een steekproef van 31 gemeenten die een coffeeshopbeleid voeren. Gegevens over 2016 zullen in het NDM Jaarbericht 2018 worden opgenomen.

Volgens eerstgenoemde landelijke monitor is het coffeeshopbeleid van de gemeenten in 2016 nauwelijks veranderd vergeleken met de vorige meting in 2014 (Bieleman et al., 2017).

- Eind 2016 voerden 272 van de 390 gemeenten een nulbeleid (verkooppunten worden niet gedoogd); 103 gemeenten hebben een gedoogbeleid, 15 gemeenten voeren hier geen beleid op (Bieleman et al., 2017).

- Het aantal coffeeshops daalt en lijkt te stabiliseren (Bieleman et al., 2017; zie ook § 3.8). Eind maart 2017 zijn er 567 coffeeshops. Volgens de onderzoekers daalt het aantal vooral door de gebiedsgebonden aanpak in Amsterdam ('Project 1012'<sup>1</sup>), de handhaving van een afstandscriterium, sluiting als gevolg van een negatief Bibob-advies, en overtreding van de toepasselijke gedoogcriteria.
- Overtredingen van het harddrugs- en het jeugd criterium in de gemeenten worden nog steeds het strengst bestraft (Bieleman et al., 2017).
- In 2016 zijn er minder overtredingen door coffeeshops geconstateerd (19, verdeeld over 17 gemeenten) dan in 2014 (28 verdeeld over 21 gemeenten (Bieleman et al., 2017).
- Bijna de helft van de 103 gemeenten waarin coffeeshops gedoogd worden, heeft niet specifiek vastgelegd op welke wijze de handhaving precies plaats vindt (Bieleman et al., 2017).

### *Ingezetenen criterium*

- De handhaving van het ingezetenen criterium (geen toegang tot coffeeshops voor en verkoop van softdrugs aan anderen dan ingezetenen van Nederland) is in 2016 vaker in het gemeentebestuur vastgelegd (75,7%) dan in 2014 (68,0%) (Bieleman et al., 2017).
- In een zuidelijke grensgemeente bleek sprake te zijn van een afname van het coffeeshoptoerisme sinds de invoering en handhaving van het ingezetenen criterium, terwijl het coffeeshoptoerisme in de andere zuidelijke (niet-grens-)gemeente was toegenomen na de opschorting van het ingezetenen criterium. Dit blijkt uit onderzoek in vijf gemeenten waarin medio 2016 een verdiepende studie werd uitgevoerd als vervolg op de monitor in 2015 waaraan 31 gemeenten deelnamen (Mennes et al., 2016).
- Uit onderzoek naar het effect van het per 1 juni 2016 weer handhaven van het ingezetenen criterium in Sittard-Geleen, met als vergelijking Roermond, waar geen actieve handhaving plaatsvindt, blijkt dat er minder niet-ingezetenen naar de coffeeshops in Sittard komen; het is rustiger in de coffeeshops, maar ook in de directe omgeving ervan; omwonenden zien geen straatdealers meer. In Geleen zijn weinig verschillen, omdat er daarvoor al niet zo veel niet-ingezetenen kwamen. Een deel van de niet in Nederland wonende bezoekers is van Sittard naar Roermond uitgeweken (Mennes et al., 2017).
- In een arrest van 30 september 2016 (ECLI:NL:HR:2016:2226.3) heeft de Hoge Raad geoordeeld dat het ingezetenen criterium landelijke gelding heeft en niet alleen in gemeenten waar overlast als gevolg van drugstoerisme wordt ervaren. De Hoge Raad deed deze uitspraak in de zaak die de Bond van Cannabis Detaillisten (BCD) en 18 coffeeshophouders in 2012 aanspanden tegen de Staat.

### *Lokaal afstandscriterium*

- Veel coffeeshopgemeenten (95 van de 103 in 2016, ofwel 92%) hebben (net als in 2014) ten minste één lokaal vestigingscriterium naast de landelijk geldende AHOJGI-criteria in hun coffeeshopbeleid opgenomen. Meestal is dat een afstandscriterium, waarbij een minimale afstand (vaak 250 meter) is vastgesteld tussen een coffeeshop en een onderwijsinstelling (Bieleman et al., 2017). De formulering ervan in de gemeenten is bijna niet veranderd ten opzichte van 2014.
- Amsterdam heeft er in 2013, in overleg met de Minister van VenJ voor gekozen om in plaats van het handhaven van het ingezetenen criterium, een afstandscriterium in te voeren van 250 meter. Uiteindelijk zouden 26 coffeeshops door een gefaseerde invoering hiervan hun vergunning verliezen. Tot januari 2016 verviel de vergunning van 11 coffeeshops. Het vervallen van de gedoogverklaringen van de overgebleven 15 coffeeshops werd opgeschort in afwachting van de uitspraak van de Hoge Raad over het ingezetenen criterium (Burgemeester van Amsterdam, oktober 2015; T.K. 95, 2015). Na de uitspraak van de Hoge Raad besloot de burgemeester toch vast te houden aan de sluiting van de overgebleven coffeeshops. De uitspraak van de Hoge Raad heeft namelijk niets veranderd aan de bevoegdheid van burgemeesters tot het invoeren en handhaven van een afstandscriterium, vond ook de Minister van VenJ (T.K. Aanhangsel-1023, 2017).

<sup>1</sup> Project dat onder meer tot doel heeft om criminaliteit in de binnenstad van Amsterdam – postcodegebied 1012- terug te dringen (<https://www.amsterdam.nl/projecten/project-1012/>).

- Uit onderzoek naar de effecten van het sluitingsbeleid van coffeeshops in Amsterdam (Korf et al., 2016) bleek dat in de overgebleven coffeeshops in Amsterdam-Centrum wel twee keer zoveel bezoekers komen. Gedeeltelijk komt dit doordat er steeds meer toeristen naar Amsterdam komen, maar er is ook een waterbed-effect. Het onderzoek werd gedaan in de periode januari-mei 2016. Sinds 2013 waren ten tijde van het onderzoek 22 coffeeshops gesloten wegens het project '1012' en 11 wegens het afstandscriterium. De openingstijden van 27 coffeeshops waren in januari 2014 ingeperkt. Eind 2015 waren er nog 174 coffeeshops. Sluiting van nog meer coffeeshops zal volgens de onderzoekers tot nog meer drukte leiden en kan de uitgangspunten van het beleid in gevaar brengen, namelijk de kleinschaligheid van coffeeshops en het voorkomen van overlast.

#### *Bestrijding van criminele praktijken in relatie tot coffeeshops*

- De wet Bibob (Wet bevordering integriteitsbeoordelingen door het openbaar bestuur) biedt overheidsorganen de mogelijkheid om de achtergrond van een persoon of bedrijf te laten screenen in het kader van een vergunning- of subsidieverlening. Zo kan voorkomen worden dat de overheid door het verlenen of in stand houden van vergunningen onverhoopt meewerkt aan het ontstaan of voortbestaan van criminele praktijken. Als het gevaar bestaat dat de coffeeshophouder (of zijn zakelijke omgeving) crimineel vermogen aanwendt of andere strafbare feiten gaat plegen in het licht van zijn bedrijfsvoering, kan de burgemeester weigeren hem de vergunning te verlenen. Bestuursorganen (gemeenten) kunnen zich bij het nemen van beslissingen daarover laten adviseren door het landelijk Bureau Bibob. Sinds 2013 kunnen zij ook zelf politie- en justitiële informatie raadplegen in het kader van een Bibob-onderzoek en beter afwegen of ze een advies aanvragen bij het Bureau Bibob.
- In 2016 heeft het Landelijk Bureau Bibob 15 adviezen uitgebracht over coffeeshops (Jaarverslag Bibob, 2017).
- In 2016 hebben gemeenten waarin coffeeshops gedoogd worden de wet 58 keer toegepast, dat wil zeggen dat zij een vergunning hebben geweigerd of ingetrokken. Dat is gebeurd in 31 van de 103 gemeenten. Bij de vorige meting in 2014 pasten ook 31 gemeenten de wet toe, maar deden zij het 148 keer (Bieleman et al., 2017).

#### **2.1.4 Medicinale cannabis**

In Nederland bestaat de (legale) mogelijkheid om op doktersrecept medicinale cannabis te verkrijgen via de apotheek.

- Er zijn vijf varianten cannabis beschikbaar. In 2010 en 2014 zijn twee nieuwe varianten beschikbaar gekomen. De medicinale cannabis wordt geleverd door één teler. Voor deze kweek voor medische doeleinden is een ontheffing verleend van de minister van VWS. Het medicinale cannabissysteem is dus strikt gescheiden van het recreatieve cannabissysteem van coffeeshops. Dit is anders dan in de VS: in sommige staten is het toegestaan dezelfde cannabis als die voor recreatieve doeleinden als medicinale cannabis te verkopen, terwijl in andere staten alleen cannabis met zeer laag THC- percentages én hoge CBD-percentages als medicinale cannabis mag worden verkocht. Medicinale cannabis in Nederland is van farmaceutische kwaliteit en voldoet aan strenge kwaliteitseisen. In de VS is daarvan geen sprake (Blankers et al., 2017).
- Het aantal patiënten dat medicinale cannabis op recept krijgen voorgeschreven is toegenomen van ca. 450 in 2006 naar ca. 1.800 in 2016 (T.K. 29477-400, 2016). Zie § 3.2 voor algemene bevolkingscijfers over medicinaal cannabisgebruik.

### 2.1.5 Discussie over regulering van de cannabisketen: verkoop en teelt

Verkoop van cannabis in coffeeshops wordt gedoogd, maar de illegale teelt is strafbaar volgens artikel 3, onder B, van de Opiumwet. Politie en Openbaar Ministerie geven hoge prioriteit aan de opsporing en vervolging van de grootschalige en beroeps- of bedrijfsmatige teelt. Andere teelt, die niet beroeps- of bedrijfsmatig is en een geringe hoeveelheid voor eigen gebruik betreft, heeft geen prioriteit in de opsporing en vervolging (Aanwijzing Opiumwet, 2015; zie ook NDM Jaarbericht 2016 (Van Laar et al., 2016).

Over de vraag of regulering van hennep teelt voor recreatief gebruik dan wel ten behoeve van coffeeshops mogelijk en wenselijk is, wordt al langere tijd gedebatteerd (zie bijvoorbeeld T.K. Aanhangsel-653, 2015; T.K. Handelingen 31-5, 2015, Aanhangsel-1682, 2016).

- Gemeenten dringen al langer aan op het reguleren van de cannabisketen (zie bv 'Joint regulation' 2014). In het rapport 'Het failliet van het gedogen; op weg naar de cannabiswet' (Meesters, 2015) wordt gepleit voor een cannabiswet die landelijke kaders geeft voor het lokale cannabisbeleid, voor een strikt gereguleerde cannabisketen, en voor een aantal experimenten in een beperkt aantal gemeenten om onder landelijke regie te zoeken naar de beste inrichting van een nieuw systeem. Het VNG bestuur heeft in het voorjaar van 2016 in een 'position paper' kenbaar gemaakt daar achter te staan.
- In december 2016 werden door de Tweede Kamer moties aangenomen waarin de regering werd verzocht begin 2017 te komen met een voorstel om het landelijk beleid rond cannabis te reguleren (T.K. 34550 VI -40, 2017) en om scenario's uit te werken over hoe de regulering of legalisering van cannabis door het volgende kabinet zou kunnen worden vorm gegeven (T.K. 34550 VI- 68, 2017).

#### *Wetsvoorstel gesloten coffeeshopketen*

Op 21 februari 2017 is het wetsvoorstel Wet gesloten coffeeshopketen<sup>2)</sup> aangenomen in de Tweede Kamer, met 77 stemmen voor en 72 tegen. Het is in behandeling bij de Eerste Kamer<sup>3)</sup>. Het is een initiatiefwet ingediend door de Tweede Kamerleden Berndsen-Jansen en Bergkamp (D66), in februari 2015 (T.K. 34165-1-2-3, 2015). De voornaamste reden voor het indienen van het wetsvoorstel was de (paradoxe) situatie dat de verkoop van hennep en hasj in coffeeshops gedoogd wordt (voorkeur), en er regels voor zijn, terwijl de teelt en aanvoer voor coffeeshops niet is gereguleerd (achterkeur). Volgens de memorie van toelichting is de bedoeling van het wetsvoorstel de hele keten rond de coffeeshops transparant te regelen, en zo de betrokken belangen van volksgezondheid, openbare orde, algemene veiligheid van personen en goederen en de rechtszekerheid beter te waarborgen. Criminelen kunnen dan worden geweerd (T.K. 34165-7, 2016). Voorgesteld wordt om:

- Een ministeriële ontheffing van de Minister van VWS te verlenen aan uitsluitend beroeps- en bedrijfsmatige telers, die verplicht zijn zorg te dragen voor een goede kwaliteit van het product en de verpakking. Er mogen bijvoorbeeld geen gevaarlijke bestrijdingsmiddelen of groeiversnellende middelen bij de teelt gebruikt worden, en de teler moet de hennep en hasj verpakken in afgesloten verpakkingen waarin niet meer dan 5 gram hennep of hasj zit; op de verpakking moet de hoeveelheid werkzame stoffen (THC, CBD) vermeld worden. Voor illegale teelt waardoor gevaar kan ontstaan, wordt strafverzwaring voorgesteld.
- Het huidige gedoogbeleid voor verkoop in de coffeeshops vast te leggen in de Opiumwet (onder andere de AHOGJI-criteria).
- De gemeenteraden een uitdrukkelijke rol te geven bij het lokale cannabisbeleid: als zij coffeeshops in hun gemeente toestaan, moeten zij daar beleid voor ontwikkelen, en een verordening inzake coffeeshops vaststellen. Deze is dan richtinggevend voor de beslissingen van de burgemeesters over de coffeeshops in hun gemeente.

<sup>2</sup> Voluit: Voorstel van wet tot wijziging van de Opiumwet teneinde de teelt en verkoop van hennep en hasjiesj via een gesloten coffeeshopketen te gedogen.

<sup>3</sup> Als het wetsvoorstel in de Eerste Kamer wordt aangenomen, wordt het in principe doorgevoerd.

- De Minister van VWS er voor te laten zorgen dat er voldoende hennep wordt geteeld voor exploitatie van coffeeshops waarvoor een gedoogbeschikking geldt; de Minister mag echter niet meer teelt gedogen dan nodig voor die exploitatie.
- Er voor te zorgen dat alleen de gedoogde telers mogen leveren aan de coffeeshops, en dat de coffeeshops uitsluitend van gedoogde telers mogen kopen.

Door te kiezen voor gedogen en niet voor legaliseren zou volgens de opstellers van het wetsvoorstel niet getornd worden aan de strafbaarstellingen in de Opiumwet, en zou het wetsvoorstel niet in strijd zijn met internationale verdragen (zie ook de juridische onderzoeken uit 2014 en 2016 van Van Kempen en Fedorova, besproken in § 2.1.4 van het NDM Jaarbericht 2016 (Van Laar et al., 2016). Ook zou er dan geen probleem zijn met het EU-recht.

Een van de bezwaren tegen dit wetsvoorstel is dat de Nederlandse overheid cannabisteelt zou gaan faciliteren, in plaats van het te bestrijden (T.K. 34165-8, 2016).

### *Cannabisregulering in de Verenigde Staten*

In opdracht van het Ministerie van VWS is een rapport opgesteld waarin de cannabisregulering in vier staten in de VS, namelijk Colorado, Washington State, Oregon en Alaska in kaart is gebracht (Blankers et al., 2017). Beschreven worden de kenmerken van het beleid rond de productie, transport, verkoop, bezit en gebruik van recreatieve cannabis en de maatregelen waarvan verwacht wordt dat deze de gezondheidsrisico's beperken. Ook wordt beschreven wat bekend is over de ontwikkelingen op de gezondheidsindicatoren prevalentie van gebruik, verslaving, ongevallen en acute incidenten in de staten die cannabisregulering hebben doorgevoerd. Er kunnen nog geen harde conclusies getrokken worden over de invloed van het beleid (Blankers et al., 2017).

- In staten waar recreatief (of medicinaal) cannabisgebruik is toegestaan, ligt de prevalentie van cannabisgebruik onder volwassenen hoger dan in andere staten, maar dit was reeds het geval voor invoering van het liberalere beleid.
- Studies naar medicinale cannabis suggereren wel dat onder volwassenen het gebruik (en misbruik) is toegenomen in samenhang met een toename van de beschikbaarheid van commerciële medicinale verkooppunten. Onder jongeren wordt doorgaans geen toename in het percentage gebruikers gerapporteerd, maar ook hier kunnen de resultaten worden beïnvloed door verschillen in kenmerken van de wijze waarop medicinale cannabiswetten zijn geïmplementeerd.
- Mogelijk doen zich substitutie-effecten voor van alcohol en opiaten door cannabis.
- Onderzoek laat zien dat het aantal acute incidenten waarbij kinderen per ongeluk (eetbare) cannabisproducten hebben ingenomen, is toegenomen in staten waar recreatieve cannabisregulering is doorgevoerd.
- Er zijn nog onvoldoende onderzoeksgegevens over de effecten van regulering van recreatief cannabisgebruik op cannabis-gerelateerde spoedeisende hulpbezoeken in de algemene bevolking en verkeersongevallen.

### *Scenariostudie cannabisbeleid*

Er heeft een ambtelijke exercitie plaatsgevonden waarbij gekeken is naar de praktische gevolgen van drie mogelijke toekomstige scenario's met betrekking tot het cannabisbeleid (teelt en verkoop). Deze exercitie vond plaats op basis van inhoudelijke expertise van medewerkers uit de uitvoeringspraktijk en van de Ministeries van VWS en VenJ, en diende los te staan van politieke implicaties of beleidswensen. Het resultaat hiervan is in mei 2017 naar de Tweede Kamer gestuurd (T.K. 24077-394, 2017). De mogelijke gevolgen van het initiatief wetsvoorstel Wet gesloten coffeeshopketen zijn niet onderzocht in deze scenariostudie.

- De scenario's bestonden uit 1) reguleren van teelt en verkoop, 2) gedogen en 3) verbieden. In geen van de drie scenario's is het waarschijnlijk dat de illegale teelt noemenswaardig zal afnemen, omdat slechts een klein deel van de inheemse teelt wordt verkocht aan coffeeshops; veel meer gaat naar het buitenland, en naar de illegale binnenlandse markt, blijkt uit onderzoek van het WODC (Giessen et al., 2014)<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> De auteurs van de scenariostudie geven aan dat zij voor de impactanalyse uitgaan van de Monte Carlo simulatie uit dit onderzoek, die een kleinere bandbreedte kent, en niet van de totale bandbreedte van de omvang van de export die ligt tussen de 30 en de 97%.

- Het effect op illegale straathandel zal volgens de studie bij 'reguleren teelt en verkoop' en 'gedogen' klein zijn; de straathandel in buitenlandse hasj zal waarschijnlijk toenemen, want deze zal niet meer worden geïmporteerd en verkocht in de gereguleerde verkooppunten. Bij verbieden zal er waarschijnlijk een toename zijn.
- Volgens de studie zal het effect op de gebruikersmarkt bij 'reguleren en gedogen' klein zijn. De prijs zal waarschijnlijk niet veel verschillen van de huidige prijs - het risico van illegaal produceren hoeft immers niet meer verdisconteerd te worden in de prijs, maar de kosten voor de vergunning wel. Aan de gedoogcriteria kan waarschijnlijk worden voldaan zonder al te veel kosten, zodat de prijs wellicht iets omlaag kan.
- Bij verbieden zal het effect wellicht een kleine daling van de vraag naar cannabis zijn: een klein deel van de gebruikers zal afgeschrikt worden omdat cannabis alleen via illegale handel verkrijgbaar zal zijn.
- Het effect op de handhavingskosten zal volgens de studie bij reguleren zijn dat zij omhoog gaan: tussen de 1 en 10 miljoen euro hoger dan nu (er van uitgaande dat er een gesloten systeem is, waarbij gereguleerd geteelde cannabis niet weglekt naar de illegale markt).
- Bij gedogen is het effect in de huidige situatie onzeker, want het afgeven van een gedoogvergunning voor teelt lijkt niet mogelijk binnen de bestaande wettelijke kaders. Dan blijft het gedogen beperkt tot een meldplicht en een controle van de gemeente op de in de omgevingsvergunning opgenomen aspecten zoals brandveiligheid en overlast.
- Een totaal verbod kan grote gevolgen hebben voor de werklast in de strafrechtsketen. Te verwachten is dat de handel zich voor een belangrijk deel naar het illegale circuit zal verplaatsen, er dat er meer overlast zal zijn door illegale straathandel.

### *Arrest Hoge Raad over illegale hennepeteelt*

De Hoge Raad heeft op 13 juni 2017 (ECLI:NL:HR:2017:1074) beslist dat het telen van hennep ten behoeve van gedoogde coffeeshops strafbaar is, ook al doen de telers het onder strikte voorwaarden en in alle openheid. Het argument dat de brede maatschappelijke discussie zo ver is gevorderd dat hennepeteelt onder een aantal voorwaarden niet langer strafbaar geacht moet worden, doet daar niets aan af. De Hoge Raad bevestigde daarmee het oordeel van het Hof, dat had aangegeven dat dit argument slechts enige kans van slagen zou hebben als vast zou staan dat de voorwaarden waaronder de hennepeteelt gedoogd zou kunnen worden, het resultaat zou zijn van een breed gevoerd en uitgekristalliseerd maatschappelijk debat. Dat is niet het geval.

## **2.1.6 Wet Middelenonderzoek bij geweldplegers**

Door de Wet Middelenonderzoek bij geweldplegers zijn veranderingen doorgevoerd in het Wetboek van Strafvordering en in de Wegenverkeerswet.

In het Wetboek van Strafvordering zijn twee nieuwe artikelen toegevoegd, waardoor opsporingsambtenaren de bevoegdheid krijgen om aangehouden verdachten van geweldsdelicten te bevelen om mee te werken aan een test naar het gebruik van alcohol of drugs. Het gaat in principe om ernstige delicten waar voorlopige hechtenis op van toepassing is, maar bijvoorbeeld ook om vandalisme.

- De test bestaat uit een voorlopig onderzoek, namelijk een ademtest voor het vaststellen van het gebruik van alcohol of een speekseltest ter vaststelling van het gebruik van drugs, óf, in beide gevallen, een onderzoek naar de psychomotorische functies en de oog- en spraakfuncties ter vaststelling van het gebruik (artikel 55d Sv) en, als de voorlopige middelentesten de aanwijzing van middelengebruik bevestigen, een vervolgonderzoek van adem door de politie of bloed door het Nederlands Forensisch Instituut (art. 55e Sv). Het voorlopig onderzoek mag alleen worden ingezet bij een aanwijzing van middelengebruik. Bij het vervolgonderzoek wordt nauwkeurig vastgesteld of er daadwerkelijk sprake is van middelengebruik en in welke mate dat het geval is.

- Deze wetsartikelen zijn van kracht vanaf 1 januari 2017. De bevoegdheid werd door de politie het eerste halfjaar op kleine schaal en alleen gericht op alcohol gebruikt. Vanaf 1 juli wordt zij landelijk toegepast<sup>5</sup>.
- Als de middelentesten uitwijzen dat een verdachte het geweldsdelict onder invloed van drank of drugs heeft gepleegd, kan dat nadrukkelijker en systematischer meegewogen worden voor het vaststellen van de hoogte van de straf: zowel door de Officier van Justitie bij de afdoening middels een strafbeschikking, of bij een door hem in een proces te vorderen straf, als door de rechter. Het objectief vastgestelde middelengebruik kan als strafverzwarende factor fungeren en kan leiden tot hogere straffen, maar ook tot het opleggen van meer ingrijpende voorwaardelijke sancties die zien op het middelengebruik (zoals een gebruiksverbod, deelname aan een gedragsinterventie die gericht is op het terugdringen van middelengebruik, of behandeling van problematisch middelengebruik door een zorginstelling). Middelengebruik werd voorheen ook wel meegewogen, maar in veel gevallen ontbrak informatie hierover omdat het niet werd gemeten en vastgelegd.
- In het Besluit middelenonderzoek bij geweldplegers (inwerkingtreding 1 januari 2017) zijn naast alcohol drie soorten drugs aangewezen die onder de wet vallen omdat ze het risico op geweld kunnen vergroten: amfetamine, methamfetamine en cocaïne. De grenswaarden zijn voor alcohol vastgesteld op 350 microgram ethanol per liter uitgeademde lucht of 0,8 mg ethanol per milliliter bloed en voor amfetamine, cocaïne, en methamfetamine op 50 microgram amfetamine, cocaïne, methamfetamine per liter bloed (zie ook § 14.2).

### *Rijden onder invloed*

De Wet Middelenonderzoek bij geweldplegers verbetert ook de aanpak van het rijden onder invloed van drugs.

- In de Wegenverkeerswet 1994 is een bepaling opgenomen die de politie de bevoegdheid geeft de speekseltest te gebruiken (Wegenverkeerswet art. 160 lid 5, onder c; inwerkingtreding 1 juli 2017). Deze speekseltest wordt gebruikt als voorselectiemiddel. Als bewijsmiddel blijft het bloedonderzoek gelden. Als deze speekseltest niet uitvoerbaar is, heeft de politie de bevoegdheid bestuurders het bevel te geven mee te werken aan een onderzoek van de psychomotorische functies en de oog- en spraakfuncties. Na gebruik van meer dan een bepaalde hoeveelheid stoffen die de rijvaardigheid kunnen verminderen, is het rijden strafbaar.
- In een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) zijn grenswaarden vastgelegd voor zowel alcohol als drugs in het bloed, voor zowel enkelvoudig gebruik als gecombineerd gebruik van drugs en van drugs en alcohol of geneesmiddelen (Besluit alcohol, drugs en geneesmiddelen in het verkeer, Stb-529, 2016). De grenswaarde is gelijk aan de laagst meetbare hoeveelheid van die stof of alcohol die niet op natuurlijke wijze in het bloed aanwezig kan zijn.

## **2.1.7 De Wet forensische zorg**

Forensische zorg is zorg die beschikbaar is voor justitiabelen in het strafrechtelijk systeem die psychische problemen, verslavingsproblemen of een licht verstandelijke handicap hebben. Er zijn zorgvormen met een hoger niveau van beveiliging (tbs-klinieken) en zorgvormen met een lager beveiligingsniveau, zoals beschermd wonen, of ambulante zorg.

- Voor verbetering van de forensische zorg is een nieuwe wet in behandeling: de Wet forensische zorg. De wet is in december 2012 aangenomen door de Tweede Kamer en sindsdien aanhangig bij de Eerste Kamer (E.K. 32398-E tot en met M, 2013; 2014; zie ook NDM Jaarbericht 2016 (Van Laar et al., 2016, § 2.1.6). Vooralsnog wordt gewerkt op basis van het Interimbesluit Forensische Zorg.
- Het beleid is dat patiënten bij gebleken goede behandelresultaten doorstromen naar een (goedkoper) regime met meer vrijheden c.q. minder restricties. Deze afgesproken verschuiving naar lichtere zorgvormen is voortgezet (Nederlandse Zorgautoriteit, 2017).

<sup>5</sup> Zie <http://www.geweldonderinvloed.nl/geraadpleegd-25-8-2017>; Factsheet geweld onder invloed wordt zwaarder bestraft, 2017.



- Twee bestaande zorgaanbieders in de lichtere forensische zorg willen in 2017-2018 starten met een forensische verslavingsafdeling of kliniek (Nederlandse Zorgautoriteit, 2017).

### 2.1.8 Wet aanpak woonoverlast

Vanaf 1 juli 2017 kunnen (bepaalde vormen van) drugsoverlast (bijvoorbeeld een penetrante wietlucht) worden aangepakt op grond van een extra wettelijke bepaling.

- Dit kan op grond van de Wet aanpak woonoverlast die op die datum in werking treedt. Deze wet geeft burgemeesters meer mogelijkheden om woonoverlast te bestrijden, door de invoering van een nieuw artikel 151d in de Gemeentewet. De burgemeester wordt bevoegd tot het geven van een gedragsaanwijzing aan overlastgevers (die moeten dan bepaalde handelingen doen of juist nalaten op straffe van een last onder bestuursdwang of een last onder dwangsom). Ook problemen van drugsoverlast kunnen onder de nieuwe wet vallen (T.K. 34007-9, 2016). De burgemeester kan de overlastgever bijvoorbeeld verplichten ervoor te zorgen dat de omwonenden niet worden gehinderd door de wietlucht. Bij een last onder bestuursdwang kan de sanctie op niet-naleving zijn dat de wiet in beslag genomen wordt.
- De bevoegdheden in dit nieuwe artikel bestaan, naast de drie al bestaande bevoegdheden om woningen te sluiten, uit: de Wet Victoria (artikel 17a Gemeentewet), de Rotterdamwet (art. 17 Woningwet), en de Wet Damocles (art. 13b Opiumwet).



2.2

## Wettelijke kaders voor het reguleren van alcohol en tabak

De belangrijkste nationale wettelijke kaders voor het reguleren van het gebruik van tabak en alcohol zijn de Tabaks- en rookwarenwet en de Drank- en Horecawet (voor meer informatie zie NDM Jaarbericht 2012: pagina 46-50).

### 2.2.1 Ontwikkelingen in het tabaksbeleid

Tabaksontmoediging is een van de speerpunten van het volksgezondheidsbeleid. De belangrijkste doelstellingen van het tabaksontmoedigingsbeleid zijn: het aantal rokers omlaag brengen, voorkomen dat jongeren gaan roken, de schade door meerroken beperken en het stoppen met roken stimuleren (T.K. 34234-6). De belangrijkste beleidswijzigingen van de afgelopen jaren waren de verhoging van de leeftijdsgrens voor de verkoop van tabaksproducten van 16 naar 18 jaar en de implementatie van de Tabaksproductenrichtlijn (TPD).

In de periode juli 2016 tot juli 2017 zijn in het kader van het tabaksbeleid opnieuw enkele wijzigingen in de wet- en regelgeving ingezet of doorgevoerd en zijn diverse beleidslijnen versterkt of nieuw ingezet.

#### *Leeftijdsgrens*

Vanaf 1 januari 2014 geldt in Nederland de leeftijdsgrens van 18 jaar voor de verkoop van tabaksproducten. Daarmee hoort Nederland bij de 22 van de 27 EU-lidstaten waarin deze leeftijdsgrens geldt. In de andere EU-lidstaten (België, Oostenrijk, Luxemburg en Malta) wordt een minimumleeftijd van 16 jaar gehanteerd. Met de implementatie van de Europese Tabaksproductenrichtlijn (TPD) geldt de leeftijdsgrens van 18 jaar ook voor de verkoop van elektronische sigaretten met nicotine en navulverpakkingen. De verkoper van tabaksproducten heeft een vergewisplicht (Tabaks- en rookwarenwet, art. 20).

### *Tabaksproductenrichtlijn (TPD)*

Per 20 mei 2016 is de Europese Tabaksproductenrichtlijn (TPD) in Nederland geïmplementeerd en heet de Tabakswet voortaan Tabaks- en rookwarenwet, omdat ook nicotinehoudende elektronische sigaretten onder die wet zijn gaan vallen (Stb. 2016-175/176). De concrete uitwerking van deze wet gebeurt via het Tabaks- en rookwarenbesluit en de Tabaks- en rookwarenregeling.

- De nieuwe tabaksverpakkingen, uitgezonderd die van grote sigaren en elektronische sigaretten, hebben een verplichte waarschuwing met een (afschrikwekkende) foto met bijpassende tekst waarin wordt gewaarschuwd voor de gezondheidsgevaaren van roken. Deze waarschuwing moet minimaal 65% van de voor- en achterkant van de verpakking beslaan en moet ook een verwijzing naar de website 'ikstopnu.nl' en de 'stoplijn' 0800-1995 bevatten. Het is verplicht om afwisseling in de gecombineerde gezondheidswaarschuwingen aan te brengen. Producten met oude verpakkingen mochten nog tot 20 mei 2017 verkocht worden.
- Voor alle tabaksproducten, e-sigaretten, navulverpakkingen en kruidenrookproducten geldt dat daar geen misleidende teksten zoals 'biologisch' of 'light' op gedrukt mogen worden. Een pakje sigaretten moet minimaal twintig sigaretten bevatten.
- Het is niet langer toegestaan om TNCO waarden (teer, nicotine en koolmonoxide emissies) op de sigarettenverpakkingen te vermelden. In de Tabaks- en rookwarenwet staan de maximaal toegestane waarden.
- Additieven in sigaretten en shag die een kenmerkend aroma hebben, zoals vanille en vanaf 2020 ook menthol, worden verboden. Filters, papier, capsules en verpakkingen van tabaksproducten mogen geen smaak- en geurstoffen meer bevatten.
- Producenten worden verplicht om informatie over eventuele nieuwe tabaksproducten eerst bij de overheid en de Europese Commissie te melden.
- Om illegale handel tegen te gaan dienen alle verpakkingseenheden van tabaksproducten, na een overgangstermijn, voorzien te zijn van een unieke identiteitsmarkering (volg- en tracesysteem) en veiligheidskenmerken. De regels met betrekking tot het track- en tracesysteem moeten volgens de Tabaksproductenrichtlijn in mei 2019 zijn geïmplementeerd voor sigaretten en shagtabak. Voor andere tabaksproducten ligt deze implementatiedatum op 20 mei 2024. Voor deze bepalingen wordt te zijner tijd een apart traject in gang gezet (T.K. 34234-3; T.K. 34234-6).
- De sancties die gelden voor overtredingen van het reclame- en sponsorverbod en van de leeftijdsgrens voor de verkoop van tabaksproducten, gelden nu ook voor navulbare elektronische sigaretten en navulverpakkingen (T.K. 34234-6).

### **Nieuwe beleidsinitiatieven: e-sigaret, verpakkingseisen, uitstalverboden en goedkeuringsprocedure**

#### *Elektronische sigaret zonder nicotine*

- Omdat de Elektronische sigaretten Zonder Nicotine (EZN) buiten de werkingssfeer van de Tabaksproductenrichtlijn (TPD) vallen en omdat uit een rapport van het RIVM bleek dat er gezondheidsrisico's aan het dampen van EZN kleven, is er een apart wetgevingstraject in de Tabaks- en rookwarenwet afgelegd om regels hiervoor op te stellen (T.K. 34470-3). Alle navulbare dampapparaten vallen onder de definitie van een elektronische sigaret en zijn met de implementatie van de Tabaksproductenrichtlijn in de Tabaks- en rookwarenwet gereguleerd (T.K. 34470-3).
- Onder EZN worden alleen wegwerpproducten verstaan die net als elektronische sigaretten gebruikt kunnen worden voor de consumptie van damp via een mondstuk en waarvan de vloeistof geen nicotine bevat. EZN kunnen niet worden nagevuld. Een voorbeeld van EZN zijn shisha-pennen. Dit zijn dampwaren die doorgaans geen nicotine bevatten, maar gekleurde dampwaren met smaken als aardbei, ananas en cola die aantrekkelijk zijn voor kinderen. Als een shisha-pen toch nicotine bevat, wordt dit product volgens de wet beschouwd als een elektronische sigaret (T.K. 34470-3). Uit EZN kunnen schadelijke hoeveelheden dampconcentraties van glycerol en propyleenglycol komen.

- Op 10 februari 2017 is deze wetswijziging in het Staatsblad gepubliceerd (Stb. 2017-72). Vanaf 1 juli 2017 geldt er voor de verstrekking van e-sigaretten zonder nicotine een leeftijdsgrens van 18 jaar en een reclameverbod. Dit geldt ook voor de voor roken bestemde kruidenproducten, zoals een kruidensigaret (T.K. 32011-59).
- Op 15 juni 2017 is een ontwerpbesluit ingediend om ook nog voor elektronische sigaretten zonder nicotine producteisen, verpakkingseisen, rapportageverplichtingen en verkooppunten te regelen (T.K. 32011-58). Deze aanvullende regels treden waarschijnlijk per 1 januari 2018 in werking, na de internetconsultatie.

#### *Nadere verpakkingseisen*

- Uit onderzoek is gebleken dat de tabaksverpakking kan worden gebruikt om het product extra aantrekkelijk voor jongeren te maken. Daarom is er een ministeriële regeling opgesteld waarbij de verpakking van voor roken bestemde tabaksproducten vrij zijn van: doorzichtige materialen; uitingen die verwijzen naar een bepaald thema of gelimiteerde edities; neon-, koper-, metallic-, brons-, zilver- en goudkleuren; hologrammen; reflecterende kleuren en materialen; elementen met geluid-, geur-, smaak-, licht- of andere visuele effecten; andere elementen in de verpakking dan tabaksproducten met uitzondering van een folie papier om sigaretten. De verpakkingen moeten een matte en gladde afwerking hebben (T.K. 32011-52). Deze regeling is ter internetconsultatie voorgelegd (<https://www.internetconsultatie.nl/>). Er wordt gestreefd naar invoering per 1 januari 2018.
- Als blijkt dat deze nadere verpakkingseisen niet doeltreffend zijn, zal worden overwogen in de toekomst verplichte standaardverpakkingseenheden (plain packaging) in te voeren (T.K. 32011-52).

#### *Uitstalverbod (display ban)*

- In december 2016 bleek dat een vrijwillig convenant over het uitstalverbod tussen de verschillende brancheorganisaties waarbij de verkooppunten van tabaksproducten zijn aangesloten, niet mogelijk was (T.K. 32011-55). In januari 2017 is het amendement display ban (uitstalverbod) door de Tweede Kamer aangenomen. Hiermee is het uitstalverbod voor tabaksproducten en aanverwante producten onderdeel geworden van de Tabaks- en rookwarenwet (T.K. 32011-59). In detail wordt het uitstalverbod uitgewerkt in het Tabaks- en rookwarenbesluit en in de Tabaks- en rookwarenregeling.
- Met deze regeling wordt bepaald dat rookwaren dusdanig aan het zicht moeten worden onttrokken dat noch kleuren, noch contouren van deze producten zichtbaar zijn. De verkooppunten mogen zelf kiezen op welke wijze of met welk middel de rookwaren uit het zicht worden gehaald. Het uitstalverbod is niet van toepassing op fysieke speciaalzaken die uitsluitend rookwaren en rookaccessoires verkopen. Een uitstalverbod is wel van toepassing op alle fysieke verkooppunten waar rookwaren onderdeel uitmaken van een breder verkoopassortiment en op online verkooppunten: supermarkten, tankstations, gemakszaken, drogisterijen, horeca, avondwinkels, kiosken, webshops en tabaksautomaten. Zelfbediening van rookwaren wordt verboden. Dus tabaksautomaten in de huidige vorm zullen op termijn verboden worden.
- Er wordt naar gestreefd het uitstalverbod in supermarkten per 1 januari 2020 en voor de overige verkooppunten per 1 januari 2022 te laten ingaan (T.K. 32011-59). Ook deze voorstellen worden ter internetconsultatie voorgelegd.

#### *Goedkeuringsprocedure nieuwsoortige tabaksproducten*

- In het kader van de TPD zijn producenten van nieuwe of gewijzigde rookwaren of nieuwsoortige tabaksproducten, inclusief elektronische dampwaar, verplicht de Nederlandse autoriteiten hiervan in kennis te stellen. De regering wil deze regel uitbreiden met een verplichting voor de producenten en importeurs om een exemplaar van het nieuwe product ter analyse aan het RIVM te doen toekomen. Tevens wordt onderzocht of de huidige kennisgevingsprocedure voor dit soort producten vervangen gaat worden door een goedkeuringsprocedure (T.K. 32011-59).

### *Meetmethode TNCO*

- De regering houdt vast aan de ISO-FTC-methode als meetmethode om teer, nicotine en koolmonoxide emissies in sigaretten vast te stellen, omdat dit binnen de EU zo is afgesproken. Het RIVM gebruikt meestal de Canadian Intense methode, die meer realistische waardes meet.
- De regering heeft de Europese Commissie (EC) hierop gewezen. In het kader van de evaluatie van de TPD (mei 2019) worden de mogelijkheden voor alternatieve meetmethoden door de EC onderzocht (T.K. 32011-57).

### *Accijnzen*

- Naast een bron van inkomsten voor de overheid, kunnen accijnzen ook een rol spelen in het tabaksontmoedigingsbeleid (zie voor meer informatie § 12.7). Per 1 april 2016 is de minimumaccijns op shag verhoogd van 85,74 euro per kilo naar 99,25 euro per kilo (een verhoging van 15,8%). De minimumaccijns op sigaretten is bijna gelijk gebleven: van 181,53 euro naar 181,58 euro (een verhoging van 0,03%).

### *Handhaving en naleving van rookverbod in horeca en leeftijdsgrens voor verkoop tabak*

Of het rookverbod in de horeca en de leeftijdsgrens van 18 jaar voor de verkoop van tabak op de verschillende locaties wordt nageleefd, wordt op verschillende wijzen gecontroleerd of onderzocht. Alleen de NVWA kan bij een geconstateerde overtreding boetes opleggen of waarschuwingen afgeven (T.K. 32011-28). Voor meer informatie over handhaving en naleving: zie § 12.7.

- In 2016 bleek dat op 18% van de verkooplocaties waar inspecties werden uitgevoerd naar overtredingen van de leeftijdsgrens, de NVWA een maatregel moest opleggen (in 2015 was dat 20%) (T.K.32011-49; T.K. 32011-57).
- Uit onderzoeken van Intraval en Nuchter Kenniscentrum Leeftijdsgrenzen komt naar voren dat het rookverbod voornamelijk in cafés en discotheken wordt overtreden, maar dat het aantal overtredingen afneemt, en dat de leeftijdsgrens voor de verkoop van tabaksproducten toch nog vaak niet wordt nageleefd. Een punt van aandacht is de significante groei van rookruimtes in cafés en discotheken (T.K. 32011-49; T.K. 32011-57).
- Uit onderzoek naar kooppogingen door 16-17-jarigen in 2015 bleek dat deze groep nog gemakkelijk aan tabaksproducten kon komen (Intraval/Nuchter, 2015). In 2016 is dit onderzoek herhaald: de slaagkans dat een minderjarige tabak meekrijgt is 57%; dat is een significante daling ten opzichte van 2015. Overigens doet maar een kleine groep 16-17-jarigen een kooppoging (9%). Voor minderjarigen is de sociale omgeving (vrienden, familie) de belangrijkste bron om aan tabak te komen (T.K. 32011-57).
- De NVWA voert ook inspecties uit bij de shishalounges –cafés waar klanten tegen betaling waterpijpen kunnen roken- en bij horecagelegenheden met een shishafunctie (T.K. 32011-49). Voor meer informatie: zie § 12.7.
- Met de implementatie van de Tabaksproductenrichtlijn en met het onder de werkingssfeer van de Tabaks- en rookwaren brengen van de Elektronische sigaretten Zonder Nicotine (EZN) zijn de toezichtstaken van de NVWA uitgebreid, met onder meer het toezicht op de leeftijdsgrens en het reclameverbod voor de e-sigaret en de EZN.

### *(Massamediale) campagnes en preventieprogramma's*

De publiekscampagnes en preventieactiviteiten met betrekking tot roken, die door de rijksoverheid geïnitieerd of ondersteund worden, zijn naast de algemene bevolking, vooral gericht op jongeren en hun ouders en op zwangere vrouwen. In 2016/17 is er extra ingezet op het vergroten van de kennis van het brede publiek over de schadelijke gevolgen van roken en meeroken (T.K. 32011-48).

### *Jongeren en ouders*

Sinds de verhoging van de minimumleeftijd in 2014 voor de verkoop van alcohol en tabak van 16 naar 18 jaar, is in opdracht van het Ministerie van VWS een meerjarige publiekscampagne gestart onder de naam NIX18. De campagne wordt elk jaar herhaald en heeft soms deelcampagnes. De campagne wil de sociale norm 'niet roken en niet drinken onder de 18' neerzetten en stimuleren. Elk jaar worden de effecten van de NIX18-campagne gemeten (Kantar Public, 2017).

- In het kader van de NIX18-survey van Kantar Public zeggen in 2016 bijna alle (95%) jongeren onder de 18 jaar (13-17 jaar) nooit te roken (95%). Dit is voor het eerst hoger dan in 2013 (88%). Ten opzichte van 2013 wordt er vaker een NIX-afsprake gemaakt tussen ouders en jongeren en meer mensen staan er positief tegenover om dit te doen (Kantar Public, 2017). Dat cijfer van 95% niet-rokers komt niet overeen met cijfers uit de Gezondheidsenquête, het Peilstationsonderzoek scholieren en andere surveys.
- Ook de intentie om niet te roken voor hun 18e jaar is onder jongeren gestegen, van 88% in 2013 naar 94% in 2016.
- Het percentage ouders dat zegt dat roken erg schadelijk is voor jongeren is sinds 2014 gestegen van 62% naar 72% (Kantar Public, 2017).
- Naast de publiekscampagne omtrent de sociale norm, zijn er in 2016 twee deelcampagnes gevoerd: a. 'jongeren en roken', gericht op vmbo- en mbo-jongeren en b. 'legitimatieplicht' gericht op jongvolwassenen. De communicatie gaat via tv-spots, radiosspots en (video's op) sociale media.
- De deelcampagne 'jongeren en roken' was erop gericht dat (v)mbo-jongeren elkaar geen sigaretten aanbieden: na afloop van de campagne vinden jongeren vaker dan daarvoor dat je elkaar geen sigaret aan moet bieden. Mbo'ers (gemiddelde leeftijd 18 jaar) nemen een aangeboden sigaret vaker aan dan vmbo'ers (gemiddelde leeftijd 15 jaar). Ze vinden het normaler om te doen (TNS, 2017a).
- De deelcampagne 'legitimatieplicht' moest jongvolwassenen (tot 25 jaar) stimuleren om uit zichzelf hun ID-bewijs te tonen wanneer zij alcohol of tabak willen kopen. In 2016 zeggen jongeren dat ze vaker dan in 2014 uit zichzelf hun legitimatiebewijs laten zien als zij alcohol of tabak willen kopen. Ook weten meer jongeren dat zij hier tot hun 25e jaar om gevraagd kunnen worden (TNS, 2017b).

### *Schoolgaande jongeren*

- Voor de brugklas is een nieuw programma ontwikkeld: 'Frisse Start'. De uitgangpunten zijn het stellen van een sociale norm, het versterken van het probleemoplossend vermogen en het betrekken van de ouders. 'Frisse Start' sluit aan op de ontwikkeling die leerlingen doormaken als zij van de basisschool naar het voortgezet onderwijs gaan. Het lesprogramma bestaat uit vier lessen en een bijbehorende ouderavond.<sup>6</sup>
- In het kader van de Gezonde School deden 31 vmbo-scholen in 2016 mee aan de pilot van de niet-rokenwedstrijd 'Smoke Free Challenge'. Leerlingen spreken met elkaar af om een half jaar niet te roken. Dit is een wedstrijd waarbij scholen op regionaal niveau de strijd aangaan. De klas die wint ontvangt een prijs. Vanaf het schooljaar 2017/2018 kunnen alle eerste en tweede (vmbo) klassen van het voortgezet onderwijs meedoen aan de wedstrijd en meedingen naar de hoofdprijs (smokefreechallenge.nl).
- Eveneens in het kader van de Gezonde-School aanpak, ondersteunt de overheid samen met maatschappelijke partijen 'rookvrije scholen'. Veel jongeren krijgen hun eerste sigaret namelijk van een klasgenoot op het schoolplein. In 2020 moeten schoolpleinen rookvrij zijn (zie later deze paragraaf).

<sup>6</sup> Zie: <https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/bericht/?bericht=1582>.

### *Rookvrije generatie*

- In november 2015 werd door de gezondheidsfondsen Hartstichting, KWF en Longfonds de campagne 'Op weg naar een rookvrije generatie' gestart. Het doel is om kinderen die vanaf 2017 worden geboren in alle fasen van het opgroeien te beschermen tegen tabaksrook en tegen de verleidingen om te gaan roken. De weg naar een rookvrije generatie volgt het opgroeiende kind. De prioriteit van maatregelen wordt telkens bepaald door wat nodig is om kinderen die vanaf 2017 worden geboren in elke levensfase te beschermen. 'Op weg naar een rookvrije generatie' is steeds meer een breed gedragen beweging geworden. Het ministerie van VWS staat ook achter dit initiatief.
- De rijksoverheid startte in januari 2016 met een campagne om roken voor, tijdens en na de zwangerschap tegen te gaan. Naast kennis over de gevaren staat ook de sociale norm centraal: 'Roken terwijl je zwanger bent of wil worden, dat doe je gewoon nooit'. In deze campagne werd de sociale omgeving van zwangeren aangespoord om mee te helpen.<sup>7</sup> In februari 2017 werd die campagne opgevolgd door de publiekscampagne 'een rookvrije start voor alle kinderen'. Deze campagne beoogt de sociale steun voor zwangere vrouwen die stoppen met roken te verbeteren (T.K. 32793-269).
- Op 29 juni 2016 is op initiatief van negen beroepsverenigingen in de zorg, drie partners en het Ministerie van VWS de Taskforce Rookvrije Start gelanceerd (rookvrijestart.rokeninfo.nl). De Taskforce bestaat uit vertegenwoordigers van alle professionals die te maken hebben met rokende (aanstaande) ouders. De Taskforce stimuleert zorgverleners om (aanstaande) ouders een stoppen met roken advies te geven en daartoe onderling beter samen te werken. VWS ondersteunt de Taskforce met een communicatietraject (T.K. 32793-269). De Taskforce heeft een toolkit samengesteld met diverse materialen ter ondersteuning bij het agenderen en bespreken van stoppen met roken.

### *Rookvrije schoolpleinen*

- Op voorstel van de Tweede Kamer is gelijktijdig met de implementatie van de TPD een amendement aangenomen waarbij besloten is dat per 1 januari 2020 alle schoolpleinen in Nederland rookvrij moeten zijn (T.K. 34234-30).
- In 2016 waren bij ruim drie kwart van de scholen voor primair onderwijs, ruim de helft van de scholen voor voortgezet onderwijs en vier procent van de mbo-scholen de schoolpleinen geheel rookvrij. In het primair onderwijs en voortgezet onderwijs zijn er nauwelijks scholen die geheel niet rookvrij zijn. Voor het mbo geldt dat de meeste schoolpleinen gedeeltelijk rookvrij zijn, maar ook dat iets minder dan een vijfde van de schoolpleinen geheel niet rookvrij is (Breedveld en Lammertink, 2016).
- In het kader van het Peilstationsonderzoek scholieren wordt sinds 2003 het schoolbeleid met betrekking tot het middelengebruik van scholieren gemeten. Steeds meer scholen voor Voortgezet Onderwijs geven aan dat het voor leerlingen nergens op school is toegestaan om te roken: in 2003 was dit het geval bij 9%, terwijl dat in 2015 tot 58% was opgelopen. Voor docenten geldt het rookverbod in 2015 nog maar op 19% van de scholen (Tuithof, 2017).

### *Algemene bevolking*

- Ook de jaarlijkse campagne Stoptober, in 2017 voor de vierde keer gehouden, wordt door de overheid gesteund.<sup>8</sup> Stoptober daagt rokers uit om 28 dagen niet te roken. Tijdens deze 28 dagen biedt Stoptober hulp en ondersteuning, onder andere met een app en tips via Facebook, Twitter en e-mail. Tijdens Stoptober hebben de stoppers steun aan andere mensen die ook proberen te stoppen.
- Er zijn aanwijzingen uit onderzoek dat Stoptober rokers helpt om het rookgedrag en overtuigingen ten aanzien van roken te veranderen en om stoppen met roken te bevorderen (Van Benthem en Kunst, 2016).

<sup>7</sup> Zie: [www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2016/01/28/van-rijn-rookvrij-opgroeien-start-in-de-buik](http://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2016/01/28/van-rijn-rookvrij-opgroeien-start-in-de-buik).

<sup>8</sup> Zie: <https://www.rokeninfo.nl/professionals/stoptober>.

### *Lokaal tabaksbeleid*

Vier grote gemeenten, samenwerkend in de G4, hebben aangegeven het gedachtengoed van de Rookvrije Generatie te omarmen. Per gemeente wordt gekeken welke kansen er liggen. Ook andere landelijke organisaties hebben een standpunt ingenomen over (aspecten van) het tabaksontmoedigingsbeleid.

- De Gemeente Amsterdam heeft zich als eerste gemeente aangesloten bij de Alliantie Nederland Rookvrij. Ook heeft Amsterdam een beleidsnotitie geschreven waarin wordt aangegeven welke specifieke tabaksontmoedigingsmaatregelen de gemeente in de periode 2016-2019 gaat nemen. Amsterdam is de eerste gemeente met een eigen lokaal tabaksbeleid (Gemeente Amsterdam, 2015).
- In januari 2017 hebben de 25 GGD'en hun gezamenlijke GGD-actieplan op weg naar een rookvrije generatie gepresenteerd. De GGD'en gaan in hun regio met gemeenten en andere partners ervoor zorgen dat: kinderen (mee)rookvrij kunnen opgroeien; rokers worden ondersteund bij het stoppen en alle gemeentelijke gebouwen rookvrij worden (GGD-GHOR Nederland, 2017).
- In het voorjaar van 2017 spraken de gemeente Groningen en enkele grote organisaties de ambitie uit om van de stad Groningen de komende jaren de eerste rookvrije gemeente van Nederland te maken. Om dit te bereiken worden er verschillende rookvrije zones ingericht, bijvoorbeeld rondom scholen en sportvelden.<sup>9</sup>

### *Internationale ontwikkelingen*

Alleen recente ontwikkelingen over tabaksontmoediging bij de WHO en de Europese Unie worden hier kort besproken.

- Het Framework Convention on Tobacco Control (FCTC)-verdrag van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) werd op 27 februari 2005 van kracht. In het voorjaar van 2017 waren 181 landen partij geworden bij het verdrag, dat gericht is op het verminderen van tabaksgebruik. Nederland heeft in 2005 het FCTC-kaderverdrag geratificeerd.
- In het kader van de World No Tobacco Day 2017 vroeg de WHO extra aandacht voor de gevaren van de tabaksindustrie voor de duurzame ontwikkeling en werden de regeringen opgeroepen strengere tabaksontmoedigingsmaatregelen te nemen.
- Vertegenwoordigers van meer dan 180 landen kwamen in november 2016 in India bijeen voor een vergadering van de WHO over de verdere implementatie van het FCTC-verdrag (de COP7). In de slotverklaring staat onder meer dat tabaksfabrikanten aansprakelijk moeten worden gesteld voor de gevolgen van roken. Als er niets gebeurt, zullen volgens de WHO deze eeuw ongeveer een miljard mensen overlijden als gevolg van roken. Tegen 2030 zal 80% van de tabaksdoden vallen in landen met lage en middeninkomens.<sup>10</sup>
- Het WHO Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products (FCTC-Protocol) is het eerste internationale verdrag dat de internationale smokkel van tabaksproducten wil bestrijden. Aan de aanbodzijde wordt er onder andere een wereldwijd volg- en traceersysteem ontwikkeld. Het protocol wordt van kracht als er 40 ratificaties zijn. In juli 2016 deed de Europese Commissie een oproep aan alle lidstaten om dit protocol te tekenen. In juli 2017 hadden 29 landen wereldwijd het FCTC-protocol ondertekend.<sup>11, 12</sup>
- Het FCTC-Protocol wordt actief door de Europese Commissie gepromoot en ondersteund door een integrale EU-strategie ter bestrijding van de illegale handel in tabak (EC, 2017, COM 2017 235 final). De EC schat dat het verbruik van illegale tabaksproducten in de orde van grootte ligt van 55 miljard tot 65 miljard stuks (in 2014) en stabiel blijft bij een algemene daling van het tabaksgebruik in de EU. Het totaal tot verbruik uitgeslagen sigaretten bedroeg 486 miljard stuks in 2014. Bij de inbeslagnames worden steeds meer 'goedkope witte' en namaak tabaksproducten aangetroffen. De illegale tabaksproductie binnen de EU lijkt toe te nemen.

9 Zie: <http://www.nu.nl/groningen/4584180/groningen-eerste-rookvrije-stad-van-nederland.html>.

10 Zie: <http://www.who.int/fctc/mediacentre/press-release/cop7-concluded-in-delhi/en/>.

11 Zie: [https://ec.europa.eu/commission/commissioners/2014-2019/georgieva/announcements/fighting-illicit-trade-tobacco-products-requires-joint-global-effort-eu-calls-international-partners\\_en](https://ec.europa.eu/commission/commissioners/2014-2019/georgieva/announcements/fighting-illicit-trade-tobacco-products-requires-joint-global-effort-eu-calls-international-partners_en).

12 Zie: <http://www.who.int/fctc/protocol/about/en/>.

## 2.2.2 Ontwikkelingen in het alcoholbeleid

Preventie van schadelijk alcoholgebruik vormt één van de speerpunten van het volksgezondheidsbeleid. Op nationaal niveau zijn de belangrijkste beleidsinstrumenten voor het alcoholbeleid: de Drank- en Horecawet; de regulering van alcoholreclame en –marketing; straffen voor rijden onder invloed van alcohol (Wegenverkeerswet, art. 8 en 9) (zie ook § 2.1.6); accijnsheffing; preventie en voorlichting; vroegsignalering; behandeling van probleemgebruik ([www.stap.nl](http://www.stap.nl)).

- In 2013 kregen de gemeenten een grotere rol in de uitvoering van het alcoholbeleid. Het toezicht op de handhaving van de Drank- en Horecawet is overgedragen van de Nederlandse Voedsel en Warenautoriteit (NVWA) naar de gemeenten.
- Een belangrijke wijziging van de DHW op 1 januari 2014 betrof het ophogen van de minimumleeftijd voor de verkoop van zwakalcoholhoudende dranken naar 18 jaar, de leeftijd die al gold voor sterke drank. Vanaf 1 januari 2014 zijn jongeren onder de 18 jaar (was 16 jaar in 2013) strafbaar als ze alcohol in hun bezit hebben die direct geconsumeerd kan worden in de openbare ruimte. Gemeenten hebben de plaatselijke regels rond alcoholgebruik in lokale verordeningen vastgelegd. Periodiek zijn de gemeentes verplicht een preventie- en handavingsplan vast te stellen.

### *De Evaluatie van de Drank- en Horecawet (DHW)*

De evaluatie van de hiervoor genoemde beleidswijzigingen, alsmede andere aspecten van het alcoholbeleid, werden half december 2016 als 'De evaluatie van de Drank- en Horecawet' naar de Tweede Kamer gestuurd (T.K. 27565-149). De hoofdthema's waren:

- het alcoholgebruik bij jongeren en volwassenen;
- de verhoging en de naleving van de leeftijds grens van 16 naar 18 jaar;
- toezicht en handhaving van de DHW;
- de decentralisatie van bevoegdheden naar de gemeenten;
- de verstrekking van alcohol en mengvormen van alcohol en detailhandel ('blurring').

De belangrijkste bronnen waren de verschillende onderzoeken die met name in 2016 zijn uitgevoerd en gesprekken tussen het ministerie van VWS met de betrokken partijen in het veld. Op grond van de conclusies uit de resultaten heeft de regering in dezelfde brief nieuwe denkrichtingen voor de toekomst voorgesteld. In februari 2017 zijn de evaluatie en de toekomstagenda in de Tweede Kamer besproken (T.K. 27565-159). De VNG heeft zich namens de gemeentes in juni 2017 ook hierover uitgesproken (VNG, 2017). Voor de evaluatie hebben ook gezondheidsorganisaties aandacht voor het alcoholprobleem gevraagd.

### *Alcoholgebruik*

- De focus van het alcoholbeleid lag de afgelopen jaren op de jeugd. Geconcludeerd wordt dat dit resultaat heeft gehad, want jongeren starten anno 2016 op latere leeftijd met drinken en er zijn minder jongeren die alcohol drinken (zie § 11.3). Een punt van zorg is wel dat, onder de jongeren die drinken, binge drinken veel voorkomt. Het beleid blijft erop gericht dat jongeren hun alcoholgebruik tot hun 18e jaar uitstellen (T.K. 27565-149).

### *Leeftijdsgrens*

- Uit effectevaluaties van de NIX18 campagne blijkt dat 93% van de ouders en jongeren bekend is met het begrip NIX18. Het aantal ouders dat aangeeft dat hun kind geen alcohol drinkt, is sinds 2013 met 17% gestegen tot 64%.
- Omdat de sociale beschikbaarheid van alcohol niettemin nog groot is, met name verstrekking via ouders en/of vrienden, wordt in het kader van de NIX18 campagne nog meer ingezet op de rol van ouders en bewustwording van de schadelijkheid van alcohol.



### *Toezicht en handhaving*

- De decentralisatie van het toezicht en de handhaving naar de gemeenten roept een divers beeld op.
- De naleving van de leeftijdsgrens is weliswaar verbeterd (zie § 11.8), maar er zijn verschillen tussen verstrekkers. Met name de horeca, cafetaria's, sportkantines en de thuiszorgkanalen hebben de naleving nog slecht op orde. De focus van de controle op de naleving zal daarom de komende tijd gericht zijn op de verstrekkers waar de naleving slecht op orde is (T.K. 27565-149).
- Gemeentes treden steeds vaker op als verstrekkers zich niet aan de wet houden: het aantal boetes aan verstrekkers steeg van 30 in 2013 naar 223 in 2015, het aantal uitgedeelde waarschuwingen steeg van 617 (2013) naar 2.263 (2015). Ook werden er meer straffen (boetes, waarschuwingen en HALT-straffen) aan jongeren die zich niet aan de wet hielden opgelegd.
- In het Kamerdebat van februari 2017 heeft de regering toegezegd om in samenspraak met de VNG de 'best practices' voor de handhaving van de DHW te verzamelen en eventueel als een landelijk protocol handhaving te bundelen en aan de gemeenten ter beschikking te stellen (T.K. 27565-159).

### *Decentralisatie*

- In december 2016 had 90% van de 390 gemeenten een Preventie- en Handhavingsplan (PenH-plan) vastgesteld. Inmiddels heeft 60% van die gemeenten alle vier de wettelijk verplichte onderdelen in hun plan opgenomen (T.K. 27565-149). Het merendeel (81%) van de gemeenten is van mening dat de nieuwe toezichtstaak een meerwaarde biedt en vindt dat zij over voldoende adequate handhavingsinstrumenten beschikt om de DHW te handhaven. Er worden ook knelpunten ervaren: te weinig tijd (47%), te weinig financiële middelen (46%), of te weinig Buitengewoon Opsporingsambtenaren (BOA's) (33%). De regering signaleert dat de decentralisatie van het toezicht er soms toe leidt dat gemeenten hun handhavende rol bewust niet oppakken. Het aantal fte dat gemeenten speciaal beschikbaar hebben voor het uitvoeren van het toezicht loopt sterk uiteen. De regering roept de gemeenten op het toezicht verder te professionaliseren en tot een regionale uitwisseling te komen van de ervaringen en het inzetten van BOA's.
- Sommige onderdelen van de DHW lijken op decentraal niveau niet eenvoudig uitgevoerd of gehandhaafd te kunnen worden, zoals de handhaving van online verkoop en het vaststellen van het verbod op prijsacties. De regering gaat verkennen in hoeverre het mogelijk is deze zaken centraal te handhaven (T.K. 27565-149).

### *Verstrekking en blurring*

- In 2016 faciliteerde de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) een pilot in enkele gemeenten waarbij gewone winkels ook alcohol mochten schenken, waarbij retail- en horecafuncties vermengd worden (blurring), hoewel dit volgens de DHW verboden is. In sommige gemeenten wordt blurring medio 2017 nog steeds toegestaan. In het najaar van 2017 verschijnt het eindrapport van de VNG. De Staatssecretaris van VWS heeft twee studies naar blurring laten uitvoeren.
- Experts verwachten dat het toestaan van blurring zal leiden tot een toename van verkooppunten van alcohol. En dit wordt als een negatieve ontwikkeling gezien. De Staatssecretaris sluit zich hierbij aan: het aanbod van alcohol moet niet verder worden verruimd en genormaliseerd door vermenging met andere winkelformules mogelijk te maken (T.K. 27565-149). Ook de meeste gemeentelijke toezichthouders staan negatief ten aanzien van blurring. Uit onderzoek blijkt ook dat deze behoefte tot vermenging niet leeft onder het algemene publiek (T.K. 27565-149).

### *Nieuwe denkrichtingen*

- Nu het erop lijkt dat de nieuwe norm om niet te drinken voor het 18de jaar steeds meer wordt nagevolgd, is de belangrijkste kwestie die de regering op de agenda wil zetten de vraag wat normaal alcoholgebruik voor volwassenen is, om het huidige gebruik van alcohol meer te problematiseren (T.K. 27565-149).
- De inrichtingseisen voor de horeca zullen aan deze tijd worden aangepast (T.K. 27565-149).

### *Reactie Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) op de evaluatie van de DHW*

Op 8 juni 2017 heeft de VNG een lijst met 10 aandachtspunten bij de evaluatie van de DHW naar de Staatssecretaris van VWS gestuurd, waarin onder andere wordt gereageerd op de brief van de regering aan de gemeentes die aangaf dat blurring in het kader van de DHW niet is toegestaan (VNG, 2017).

- De VNG schrijft dat het strikte onderscheid tussen horeca, slijter en detailhandel verstarrend werkt en niet bij de maatschappelijke ontwikkeling aansluit.
- Bij de handhaving van de leeftijdsgrenzen doet de VNG het voorstel om ook 'wederverstrekking' strafbaar te maken. Hiermee wordt bedoeld dat 18-plussers vaak drank aanschaffen voor 18-minners. De regering heeft laten weten hier vooralsnog niets voor de voelen (T.K. 27565-159).
- De VNG roept op tot een algemeen verbod op alcoholreclame.
- De VNG vraagt de regering om meer middelen vrij te maken voor voorlichtingscampagnes.

### *Enkele beleidsrelevante studies: MKBA, kennis over schadelijkheid, 55-plussers, drugsgebruik*

In het kader van de evaluatie van de DHW heeft de regering enkele algemene studies laten uitvoeren die van belang zijn voor het alcoholbeleid.

- Het RIVM heeft een Maatschappelijke Kosten en Baten Analyse (MKBA) van de alcoholconsumptie voor de Nederlandse samenleving uitgevoerd. Daarin wordt geconcludeerd dat alcoholgebruik jaarlijks netto tussen de 2,3 en 2,9 miljard euro kost (T.K. 27565-149; RIVM, 2016). Kosten zijn bijvoorbeeld: zorgkosten, lagere arbeidsproductiviteit, inzet van politie en justitie en verkeersongevallen. De onderzoekers stellen dat beleidsmaatregelen zoals het verhogen van de accijns, het reduceren van het aantal verkooppunten en het verbieden van alcoholreclame zullen leiden tot minder alcoholconsumptie en een afname van de maatschappelijke kosten. In het Kamerdebat van februari 2017 werd door sommige partijen met name gevraagd om een absoluut reclameverbod voor alcohol. De Staatssecretaris van VWS heeft een inventariserend onderzoek naar de effecten van reclame (inclusief via de sociale media) op het drinkgedrag van jongeren toegezegd (T.K. 27565-159).
- Uit een studie naar het kennisniveau en de houding van Nederlanders over de schadelijkheid van alcoholgebruik blijkt dat alcoholgebruik over het algemeen sociaal geaccepteerd is (GfK, 2016). De houding ten opzichte van alcohol en de associaties hiermee kennen duidelijk twee kanten: matig alcoholgebruik wordt met name geassocieerd met positieve zaken (gezelligheid, lekker). Het maximale aantal glazen dat gemiddeld als een normale hoeveelheid wordt gezien is 1,3 glas per dag. Grote hoeveelheden alcohol worden in het algemeen wel negatief beoordeeld. De schadelijke gevolgen van alcoholconsumptie op de gezondheid worden onderschat. Bekende risico's zijn die voor de lever en hersenschade. Het risico op bijvoorbeeld kanker is minder bekend (T.K. 27565-149; GfK, 2016). Daarom zal de regering ervoor zorgen dat meer mensen zich bewust worden van de schadelijkheid van alcoholgebruik. Voor het beleid is relevant dat uit de beleidsverkenning naar voren komt dat meer kennis over gezondheidsrisico's van alcohol bij volwassenen niet lijkt te leiden tot ander alcoholgedrag, maar dat dat bij jongeren wel een relatie lijkt te hebben met de hoeveelheid alcohol die ze drinken (GfK, 2016).
- Uit verschillende studies was het beeld ontstaan dat er sprake is van alcoholproblematiek onder 55-plussers. Daarom is een groot onderzoek naar de aard en omvang van het alcoholgebruik bij 55-plussers uitgevoerd en is gekeken naar de redenen waarom zij alcohol gebruiken (Verbeek et al., 2017). Voor meer informatie zie § 11.2.
- Uit het onderzoek naar de vraag of de verhoging van de leeftijdsgrens (per 1 januari 2014) voor alcohol heeft geleid tot een stijging van het drugsgebruik onder 16- en 17-jarigen, kwam naar voren dat er zeer sterke aanwijzingen zijn dat er medio 2016 op landelijk niveau geen significante stijging te zien is in de prevalentie van drugsgebruik in genoemde doelgroep als gevolg van de nieuwe leeftijdsgrens van 18 jaar (De Jonge et al., 2016).

## Doorschenken

- Uit een onderzoek in opdracht van de gemeenten Amsterdam, Rotterdam en Utrecht om te testen of barpersoneel 'doorschenkt' aan personen die in een 'kennelijke staat van dronkenschap' zijn, bleek dat in 7 van de 10 gevallen inderdaad het geval te zijn. Naar aanleiding van deze uitkomsten is toegezegd om het Trimbos-instituut een aanpak voor gemeenten te laten ontwikkelen om effectiever te kunnen optreden ten aanzien van doorschenken (T.K. 27565-159). Doorschenken bij dronkenschap is volgens de DHW en het Wetboek van Strafrecht verboden.

## Accijnzen

De accijnzen op alle alcoholhoudende dranken zijn voor het laatst in 2014 verhoogd met 5,75%. In 2015 en 2016 zijn er geen accijnsverhogingen op alcoholische dranken geweest. Per 1 januari 2017 is er een vereenvoudiging van de accijns op wijn en tussenproducten doorgevoerd. De vroegere vijf accijnstarieven voor wijn en drie accijnstarieven voor tussenproducten zijn grotendeels budgettair neutraal vervangen door twee tarieven zowel voor wijn als voor tussenproducten. Het fiscale onderscheid tussen stille wijn en mousserende wijn is opgeheven (zie verder § 11.8).<sup>13</sup>

## Overige beleidsontwikkelingen: STAD, alcohol en rijden onder invloed, alcohol en geweld

- De Zweedse STAD-aanpak wordt ook voor de Nederlandse context ontwikkeld. STAD staat voor STockholm prevents Alcohol and other Drugs-project. Het doel van STAD is om via een community interventie de uitgaansagressie te reduceren. Het Nederlandse STAD-project is onderdeel van het door de EU gefinancierde STAD-in-Europe project met, naast Nederland, deelnemers uit het Verenigd Koninkrijk, Zweden, Duitsland, Tsjechië, Slovenië en Spanje ([stadineurope.eu](http://stadineurope.eu)). De eerste Nederlandse pilot loopt bij een jaarlijks terugkerend festival in Rotterdam en is specifiek gericht op het verminderen van binge drinken en het drinken door jongeren onder de 18 jaar.<sup>14</sup>
- Het Besluit alcohol, drugs en geneesmiddelen in het verkeer, waarmee de Wegenverkeerswet is uitgebreid, is per 1 juli 2017 van kracht (Stb. 2016-529). Vanaf 1 juli gelden wettelijke limieten voor diverse drugs. Indien er sprake is van combi-gebruik is de limiet voor alcohol op 0,2 promille gesteld, vrijwel nul. Als er alleen alcohol gebruikt is, geldt een grenswaarde van 0,5 promille.<sup>15</sup> Voor meer informatie zie § 2.1.6.
- Vanaf 1 januari 2017 gelden het Besluit en de Regeling middelenonderzoek geweldplegers, waardoor geweld gepleegd onder invloed van alcohol en/of drugs zwaarder bestraft kan worden (Stb. 2016-450; zie ook § 2.1.6). Na een pilotfase van een half jaar kunnen vanaf 1 juli 2017 verdachten van geweld op drank en drugs getest worden en kan het Openbaar Ministerie zwaardere straffen gaan eisen als iemand onder invloed was ten tijde van het gepleegde feit ([www.geweldonderinvloed.nl](http://www.geweldonderinvloed.nl)). Deze maatregel is onderbouwd met gegevens uit een onderzoek waaruit naar voren kwam dat 26% tot 43% van het geweld in Nederland te maken heeft met alcohol en dat 30% tot 50% van het geweld onder invloed tot zwaar lichamelijk letsel leidt (Van Amsterdam en Van den Brink, 2016).

## Internationale ontwikkelingen

Hoewel er geen internationale verdragen zijn over alcoholgebruik, zoals voor drugs of tabak, komt dit thema wel regelmatig op de agenda van de WHO en de EU.

- In 2012 is door de WHO het vierde European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020 aangenomen. Actieplannen van de WHO hebben geen kracht van wet, maar het is gebruikelijk dat de lidstaten deze documenten serieus nemen en na aanneming ervan er mee aan de slag gaan (WHO Regional Office for Europe, 2012; STAP: [www.stap.nl](http://www.stap.nl)).

<sup>13</sup> Zie: [https://download.belastingdienst.nl/douane/docs/tarievenlijst\\_accijns\\_acc052274fol.pdf](https://download.belastingdienst.nl/douane/docs/tarievenlijst_accijns_acc052274fol.pdf).

<sup>14</sup> Zie: <http://stadineurope.eu/about-us/reducing-binge-drinking-and-underage-drinking-to-alcohol-at-festivals-rotterdam-the-netherlands/>.

<sup>15</sup> Zie: <http://www.stap.nl/nl/nieuws/laatste-nieuws.html/3454/5884/vanaf-1-juli-strengere-aanpak-combi-gebruik-drugs-en-alcohol-in-het-verkeer>.

- Om de lidstaten te ondersteunen de alcoholproblematiek en de daarmee samenhangende schade aan te pakken, financierde de EU de Joint Action on Reducing Alcohol Related Harm (RARHA), dat liep van 2014 tot en met 2016.<sup>19</sup> De lidstaten werden gestimuleerd eenzelfde survey methode in te voeren naar het opsporen van de schade als gevolg van alcoholgebruik, waardoor de data tussen de landen onderling vergelijkbaar worden.
  - In oktober 2016 werd een toolkit met good practices op het gebied van de disseminatie van informatie gepresenteerd<sup>16</sup>. Daarin staan 43 uitvoerig beschreven alcohol-interventies, ook aangeduid als good practices. De interventies zijn ingedeeld in drie types: 'Vroegsignalering van alcoholproblemen' (totaal 21 interventies zijn positief beoordeeld), Publiekscampagnes (9 interventies) en Schoolprogramma's (13). De beoordeling van de kwaliteit van de interventies (assessment) is gebaseerd op de unieke 'Erkenningsystematiek' die voor het beoordelen van de kwaliteit van interventies op het terrein van de volksgezondheid is ontwikkeld door het RIVM en al gedurende langere tijd wordt toegepast in Nederland.<sup>17</sup> Een groot deel van die interventies staat ook op het online toegankelijke Good Practices Platform van de RARHA. Er kunnen ook nieuwe interventies worden aangemeld.<sup>18</sup>
  - In het kader van RARHA is door 10 EU-lidstaten (exclusief Nederland) een survey-instrument ontwikkeld en afgenomen waarmee alcoholgebruik en problemen met alcohol op een zelfde wijze gemeten kunnen worden.<sup>19</sup>
- In juli 2017 heeft het regionale Europese bureau van de WHO een discussienota gepubliceerd over de etikettering van alcoholhoudende dranken. Er komen twee beleidsopties aan bod: 1. de invoering van verplichte waarschuwings- en informatiologo's op etiketten van alcoholhoudende dranken; of 2. de invoering van verplichte productinformatie op de etiketten van alcoholhoudende dranken, zoals de ingrediënten, het alcohol- en caloriegehalte, de additieven en de allergenen.<sup>20</sup> Dit rapport bevat bewijsmateriaal en argumenten om voor de etikettering van alcoholhoudende dranken ook eisen te gaan stellen, net als bij andere voedingsmiddelen (WHO, 2017). De Europese Commissie heeft voorgesteld de alcoholproducenten tot het voorjaar van 2018 de tijd te geven op basis van zelfregulering tot de vereiste informatie op de etiketten te komen (European Commission, 2017).



## 2.3

## Beleidsontwikkelingen in preventie en de hulpverlening

### 2.3.1 Preventie en voorlichting

Het doel van preventie is ervoor te zorgen dat mensen gezond blijven door hun gezondheid te bevorderen en te beschermen. Ook heeft preventie tot doel ziekten en complicaties van ziekten te voorkomen, of in een zo vroeg mogelijk stadium op te sporen.<sup>21</sup> In het overheidsbeleid worden er verschillende vormen van preventie onderscheiden naar doelgroep: universele preventie (richt zich op de gehele bevolking); selectieve preventie (richt zich op groepen met een verhoogd risico op het ontstaan van ziektes); geïndiceerde preventie (richt zich op individuen die nog geen ziekte hebben, maar daar wel een verhoogd risico op lopen); zorg gerelateerde preventie (richt zich op individuen die reeds een ziekte hebben).

<sup>16</sup> Zie: Public awareness, school-based and early interventions to reduce alcohol related harm: A tool kit for evidence-based good practices: (<https://user-ucadpix.cld.bz/RARHA-Toolkit>).

<sup>17</sup> Zie: <http://www.stap.nl/nl/nieuws/laatste-nieuws.html/3454/5167/toolkit-reducing-alcohol-related-harm-rarha-gereed#p3454>.

<sup>18</sup> Zie: [http://rarha-good-practice.eu/interventions/interventions/?no\\_cache=1](http://rarha-good-practice.eu/interventions/interventions/?no_cache=1).

<sup>19</sup> Zie: Comparative monitoring of alcohol epidemiology across the EU: Baseline assessment and suggestions for future action. Synthesis report. (RARHA, 2017): [http://www.rarha.eu/NewsEvents/LatestNews/Lists/LatestNews/Attachments/36/Comparative%20monitoring%20of%20alcohol%20epidemiology%20%20across%20the%20EU%20%E2%80%93%2027\\_02.pdf](http://www.rarha.eu/NewsEvents/LatestNews/Lists/LatestNews/Attachments/36/Comparative%20monitoring%20of%20alcohol%20epidemiology%20%20across%20the%20EU%20%E2%80%93%2027_02.pdf).

<sup>20</sup> Zie: <http://www.stap.nl/nl/nieuws/laatste-nieuws.html/3454/5936/who-document-over-etikettering-alcoholhoudende-dranken-openbaar-gemaakt#p3454>.

<sup>21</sup> Zie: [www.nationaalkompas.nl/preventie/wat-is-preventie/](http://www.nationaalkompas.nl/preventie/wat-is-preventie/).

In het Nederlandse stelsel van zorg en welzijn is het Ministerie van VWS beleidsverantwoordelijk voor preventie. Zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van het preventiebeleid:

- Zorgverzekeraars: op grond van de preventieve aanspraken in de Zorgverzekeringswet (Zvw);
- Zorgkantoren: op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz);
- Gemeenten: op grond van de Wet Publieke Gezondheid (WPG), de Wet Maatschappelijke Ondersteuning 2015 (WMO 2015) en de Jeugdwet.
- Er zijn in hoofdlijnen twee redenen voor zorgverzekeraars (inclusief zorgkantoren) en gemeenten om preventieve activiteiten te vergoeden of te organiseren: een wettelijke verantwoordelijkheid en/of een financieel belang (Soeters en Verhoeks, 2015).

### *Nationaal Programma Preventie (NPP)*

In 2014 is het op de gehele bevolking gerichte Nationaal Programma Preventie onder de naam Alles is Gezondheid (AiG) van start gegaan. AiG wordt uitgevoerd door het Rijk (zes ministeries) in samenwerking met vele maatschappelijke partners. De doelen van AiG zijn:

- Het afremmen van de sterke toename van het aantal mensen met één of meerdere chronische ziekten.
- Het stabiliseren of terugbrengen van gezondheidsverschillen tussen laag- en hoog opgeleiden (T.K. 32793-210).
- AiG richt zich op vijf domeinen: school, werk, wijk, zorg en gezondheidsbescherming. Centraal in het programma staan zes speerpunten die leiden tot de grootste ziektelast in Nederland: diabetes, (ernstig) overgewicht, roken, overmatig alcoholgebruik, depressie, en weinig bewegen. De ambitie is om voor elk van deze speerpunten in 2030 een substantiële verbetering te realiseren ten opzichte van de situatie in 2014 (T.K. 32793-164).

Een organisatie die een 'pledge' heeft getekend mag zich 'partner' van het programma noemen. Een pledge kan meerdere domeinen bestrijken. Eind 2014 waren er in totaal 165 pledges ondertekend en waren 590 partners aan het programma verbonden. Eind 2015 stond de teller op in totaal 264 pledges met 1.265 organisaties die aan het programma verbonden waren. Van die pledges waren er 16 specifiek op roken en 24 specifiek op alcohol gericht (AiG, 2016). Eind 2016 was het aantal pledges gestegen met 45 naar in totaal 309 pledges, waaraan 2.107 partners deelnamen uit 1.825 unieke organisaties (AiG, 2017). Er waren 22 pledges specifiek gericht op roken, en 29 op alcohol.

- In het eerste jaar van het NPP lag de nadruk op verbinding, om zo veel mogelijk maatschappelijke partijen aan het programma te verbinden en in het tweede jaar (2015) stond innovatie centraal (T.K. 32793-204).
- In het derde jaar (2016) werd een verdiepingsslag gemaakt en gingen de partijen kijken welke activiteiten concreet bijdragen aan de gezondheidsdoelen van het NPP. De inzet was om de echt effectieve initiatieven breed in te voeren en structureel te verankeren (T.K. 32793-210; T.K. 32793-204).
- In de voortgangsrapportage van eind december 2016 werd geconstateerd dat een groot aantal gezondheidsprogramma's, zoals Gezonde School, Jongeren Op Gezond Gewicht (JOGG), Gezond in de stad (GIDS) de gestelde doelen hebben gehaald; dat er nieuwe initiatieven voor een vitaler Nederland gestart zijn zoals NL Vitaal en City Deals in het kader van Agenda Stad; dat er binnen het NPP en AiG expliciet aandacht is voor ouderen en er meer concrete activiteiten gericht zijn op ouderen en dat er stappen zijn gezet naar meer samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars op het gebied van preventie (T.K. 32792-269).
- Het 5e Programma Preventie van ZonMw levert kennis op die bijdraagt aan de doelstellingen van het NPP. Met het deelprogramma Preventie in de zorg wordt de focus gelegd op preventie en het bevorderen van gezondheid in de eerste lijn. Het programma richt zich op het ontwikkelen van het preventieaanbod in de eerste lijn, zelfmanagement, samenwerking tussen (zorg)professionals en de kosten en baten die daaraan verbonden zijn (ZonMw, 2017).
- In december 2016 werd besloten om het NPP voort te zetten (T.K. 32793-269).

### *Algemene preventie-aanpak*

De regering staat op het standpunt dat er in het algemeen een beweging gemaakt moet worden van nazorg naar voorzorg (T.K. 32793-213). Veel vragen komen nu onnodig in de gezondheidszorg terecht, terwijl ze hun oorsprong hebben in onder andere opvoeding, school, of werk. Het Ministerie van VWS heeft in 2015 laten onderzoeken hoe preventie beter in het zorgstelsel geborgd kan worden. Met name is onderzocht hoe gemeenten en zorgverzekeraars samen preventieactiviteiten voor risicogroepen kunnen organiseren (selectieve preventie). Preventie van middelengebruik is in deze analyse niet als apart thema geanalyseerd. Samenwerking tussen die domeinen is noodzakelijk, maar in de praktijk vaak lastig. Gemeenten en zorgverzekeraars weten niet precies wat ze van elkaar mogen en kunnen verwachten en hoe ze hun verantwoordelijkheden bij preventie precies kunnen invullen. Na consultatierondes met diverse stakeholders is voor de volgende nieuwe aanpak gekozen om preventie beter te kunnen borgen:

- 'Eerste hulp bij preventie' zal worden ingericht; die bestaat uit een digitaal loket en een preventieteam dat concrete ondersteuning biedt aan gemeenten en zorgverzekeraars bij het vormgeven van gezamenlijke preventie-activiteiten voor risicogroepen.
- De regering gaat het sluiten van "preventiecoalities" faciliteren: preventiecoalities zijn samenwerkingsverbanden van zorgverzekeraars en gemeenten met als doel preventie-activiteiten voor risicogroepen te ontwikkelen. Om deze samenwerking te bevorderen, is per 1 januari 2016 een subsidieregeling van kracht (T.K. 32793-213; T.K. 32792-269).
- In 2019 zullen bovenstaande maatregelen geëvalueerd worden (T.K. 32793-213).

### *Verslavingspreventie*

Verslavingspreventie omvat beleidsmatige en professionele activiteiten gericht op (lokale) risicoanalyse, voorlichting en bewustzijn creëren, tijdig signaleren van problematisch gebruik van alcohol en drugs, korte interventies uitvoeren en terugval voorkomen. Verslavingspreventie Nederland (VPN) is het samenwerkingsverband van alle afdelingen verslavingspreventie van de instellingen voor verslavingszorg in Nederland.

- Universele en selectieve verslavingspreventie worden vooral door gemeenten opgezet op grond van de Wet Publieke Gezondheid (WPG) en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Het gaat hier veelal om interventies voor scholieren en het uitgaanspubliek en interventies in de jeugdhulpverlening. Een onderdeel van de verslavingspreventie is het geven van deskundigheidsbevordering aan docenten, jeugdhulpverleners, huisartsen en horecapersoneel, gericht op vroegsignalering van middelenproblematiek.
- Vanaf 1 januari 2014 is geïndiceerde preventie (zoals tijdige onderkenning en behandeling van problematisch alcoholgebruik) een taak voor de huisarts en de POH-GGZ. Zorggerelateerde preventie blijft als curatieve geestelijke gezondheidszorg onderdeel uitmaken van de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg.
- In de nieuwe ordening van de GGZ is er binnen GGZ-instellingen, inclusief de verslavingszorg, steeds minder plaats voor aparte preventieafdelingen. Overheid, zorgaanbieders en financiers streven naar een verbreding van preventieve GGZ en verslavingszorg naar wijkteams (universele en selectieve preventie), huisartsenzorg (vooral geïndiceerde preventie) en geestelijke gezondheidszorg (zorggerelateerde preventie) (Ruiter et al., 2014). Er is nog geen zicht op de aard en omvang van preventie in deze settings. In de sociale wijkteams komt verslavingspreventie nogal moeizaam van de grond (Bransen et al., 2016). Op steeds meer plaatsen worden wijkteams op het onderwerp herkennen van overmatig middelengebruik bijgeschoold of worden preventiewerkers ingeschakeld (VPN en Trimbos-instituut, 2016).

- Gemeenten werken met sociale (wijk)teams aan een integrale aanpak van problematiek en hulpvragen. Sociale (wijk)teams kernmerken zich door korte lijnen en een snelle afstemming tussen diverse hulpverleners. Het doel is om de hulpverlening zo dicht mogelijk bij de burgers te organiseren en om vroegtijdig te kunnen optreden en/of ingrijpen en daarmee escalatie van problemen te voorkomen, en om proactief hulpbehoevenden te benaderen. Vooral de G4-gemeenten en de G32-gemeenten omarmen de sociale (wijk)teams. Bijna alle grotere gemeenten werken met sociale (wijk)teams. Aan de meeste sociale wijkteams zijn een maatschappelijk werker verbonden, een WMO-consulent, een MEE-consulent die onafhankelijke steun biedt, een wijkverpleegkundige en een jeugdhulpverlener (Van Arum en Schoorl, 2016).
- Speciaal voor de huisarts en de POH-GGZ is een handreiking geschreven om het alcoholgebruik en eventuele problemen met het alcoholgebruik van hun patiënten, dat vaak een taboe onderwerp is, op een neutrale manier bespreekbaar te maken (Bransen, 2016).

### *Effectieve interventies*

Veel expertise over verslavingspreventie bevindt zich nog steeds bij de regionale instellingen voor verslavingszorg en hun preventiewerkers worden vaak door gemeenten ingezet om voorlichting aan ouders te geven, aan deskundigheidsbevordering op scholen te doen, of om lokaal alcoholmatigingsbeleid mede vorm te geven.

- Verslavingspreventie Nederland (VPN) heeft een preventiemodel ontwikkeld dat een overzicht geeft van verschillende vormen van preventie en de niveaus voor verslavingspreventie, waaronder de preventie van (schadelijk) drugsgebruik (Oudejans en Spits, 2013). Voor meer informatie: zie NDM Jaarbericht 2015 (Van Laar et al., 2015).
- In de Interventiedatabank van het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL) staan actuele leefstijlinterventies die door een erkenningscommissie zijn beoordeeld op theoretische onderbouwing en/of effectiviteit. Medio juli 2017 waren er voor tabak 12 interventies opgenomen in de Interventiedatabank, waarvan 4 met de kwalificatie "Goede aanwijzingen voor effectiviteit", en 8 met de kwalificatie "Goed onderbouwd". Voor alcohol waren er 23 interventies opgenomen, waarvan 6 met de kwalificatie "Goede aanwijzingen voor effectiviteit" en 17 met de kwalificatie "Goed onderbouwd". Voor drugs waren er 16 interventies opgenomen in de Interventiedatabank, waarvan 2 met de kwalificatie "Goede aanwijzingen voor effectiviteit", 1 met de kwalificatie "Eerste aanwijzingen voor effectiviteit", en 13 met de kwalificatie "Goed onderbouwd" ([www.loketgezondleven.nl](http://www.loketgezondleven.nl)).

### *Preventiebeleid voor uitgaansdrugs*

In opdracht van het Ministerie van VWS heeft het Trimbos-instituut een strategische verkenning uitgaansdrugs uitgevoerd naar de jongerencultuur in relatie tot middelengebruik (Goossens en Van Hasselt, 2015). Voor meer informatie zie het NDM Jaarbericht 2015 (Van Laar et al., 2015).

De regering heeft samenwerking in gang gezet met ouders, gemeenten, scholen, professionals, eigenaars van clubs en organisatoren van evenementen.

- Actie gericht op *ouders*: er is een speciale website voor ouders gelanceerd waar ze meer kennis over ecstasy kunnen opdoen en kunnen leren hoe ze met hun kinderen over drugsgebruik in gesprek kunnen gaan: [www.uwkindenuitgaansdrugs.nl](http://www.uwkindenuitgaansdrugs.nl). Daarnaast is er ook een speciale Facebookpagina voor dit doel opgezet.
- Actie gericht op *jongeren*: er zijn nieuwe Richtlijnen Verslavingspreventie in het Onderwijs ontwikkeld: per type onderwijs en de verschillende leeftijdsfasen is te zien welke preventieve interventies er ingezet kunnen worden; de richtlijnen geven meer duidelijkheid over de manier van werken, de beschikbare interventies en de theoretische onderbouwing (Trimbos-instituut en VPN, 2016). Het Trimbos-instituut en Unity ontwikkelen een model om de risicocommunicatie aan gebruikers over het gebruik van drugs te verbeteren. In West-Brabant is een innovatieve pilot voor GHB-preventie onder jongeren uitgezet om GHB-gebruikers sneller op te sporen en effectiever te helpen ([www.novadic-kentron.nl](http://www.novadic-kentron.nl)).

- Actie gericht op *gemeenten*: gemeenten kunnen in hun vergunningverlening veel doen om gezondheidsincidenten te voorkomen, daarom is in opdracht van het Ministerie van VWS een handreiking drugs en alcohol op evenementen ontwikkeld (De Greef et al., 2017). De verslavingszorg en GGD'en ontwikkelen een uniform basispakket aan preventie-activiteiten waar elke gemeente mee kan werken.
- Actie gericht op *organisatoren en eigenaren*: financieel ondersteund door VWS heeft ID&T, een organisator van feesten en festivals, samen met Unity de campagne Celebrate Safe ontwikkeld ([www.celebratesafe.nl](http://www.celebratesafe.nl)). Deze campagne richt zich op het voorlichten van bezoekers van feesten en festivals en het creëren van bewustzijn rondom diverse thema's op het gebied van bewust en veilig feesten (drugs, alcohol, veilige seks, voorkomen gehoorschade).
- Actie gericht op *gezondheidsprofessionals*: in de eerste lijn is de preventiefunctie en vroegsignalering met betrekking tot drugsgebruik versterkt. In 2016 zijn er pilots uitgevoerd bij afdelingen Spoed Eisende Hulp van ziekenhuizen (SEH) en EHBO-diensten om te kijken hoe de preventie van recidive, bij cliënten die na een drugsincident binnenkomen, verbeterd kan worden. De testcapaciteit van het DIMS-bureau is uitgebreid; eind september 2016 heeft het Trimbos-instituut de RedAlert App gelanceerd. Deze app bevat informatie over drugs, over risico's van gebruik in het algemeen en specifieke risico's wanneer extra gevaarlijke pillen op de markt zijn (T.K. 24077-357; T.K. 24077-384).

#### *Evaluatie van de campagne 'Verhoging leeftijdsgrens alcohol en tabak' (NIX18)*

Naast de wetswijzingen waarbij de leeftijd waarop aan jongeren alcohol en tabak mag worden verkocht is verhoogd naar 18 jaar, heeft de Rijksoverheid een meerjarige campagne ingezet die gericht is op het versterken van de sociale norm 'niet roken en niet drinken onder de achttien' (NIX18). De NIX18-campagne is een initiatief van het Ministerie van VWS en een groot aantal partners, waaronder Koninklijke Horeca Nederland, KWF, Longfonds, Trimbos-instituut, NOC\*NSF, supermarkten en GGD'en.

De NIX-afspraken is een afspraak die met jongeren wordt gemaakt om niet te gaan roken of drinken voordat ze 18 jaar zijn. In 2016 vond de eindevaluatie plaats (Kantar Public, 2017).

Na vier jaar campagne voeren laat evaluatieonderzoek zien dat de acceptatie van de sociale norm 'niet roken en niet drinken onder de achttien' is toegenomen (Rijksoverheid, 2015; Rijksoverheid, 2016; Kantar Public, 2017), ook al waren de effecten pas op langere termijn beoogd.

- Steeds meer ouders vinden het normaal dat jongeren onder de 18 jaar niet roken en niet drinken: dit aandeel steeg van 64% van de ouders in 2013 naar 77% in 2016. Onder jongeren steeg dat percentage van 56% in 2015 naar 62% in 2016 (Kantar Public, 2017).

Voor meer gedetailleerde informatie over NIX18: zie ook § 2.2.1. en § 2.2.2.

### **2.3.2 Verslavingszorg**

In deze paragraaf wordt het wettelijke kader waarbinnen de verslavingszorg zich beweegt geschetst. Verder komen recente ontwikkelingen aan de orde: de nieuwe zorgstandaarden, het nieuwe centrum verslavingskunde, de nieuwe bekostigingssystematiek voor de GGZ, nieuwe ontwikkeling met betrekking tot personen met verward gedrag en de kosten van de GGZ.

#### *Wetgeving*

Voor de GGZ, inclusief de verslavingszorg, zijn sinds 1 januari 2015 enkele nieuwe wetten van belang. Zowel de AWBZ als de voormalige WMO zijn ingetrokken en voor een deel vervangen door nieuwe wetten: de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning 2015 (WMO 2015). De Zorgverzekeringswet (Zvw) is uitgebreid. Een andere transitie, die al eerder is ingezet, betreft de ambulantisering van de GGZ.



De langdurige zorg van de AWBZ is overgegaan naar vier wetten:

- De Wlz: voor intensieve 24-uurs zorg (zorg met verblijf);
- De Zvw: voor persoonlijke verzorging en verpleging (zorg zonder verblijf);
- De WMO 2015: voor ondersteunende zorg, zoals begeleiding of beschermd wonen;
- De Jeugdwet: voor langdurige zorg voor jeugdigen, deze wet is naar de gemeenten gegaan.

Clënten van wie de indicatie voor AWBZ-zorg doorliep in 2015, hielden recht op die zorg. Voor de zorg die vanuit de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet ging, gold een overgangsregeling. De decentralisatie van een deel van de AWBZ naar de gemeenten, ging samen met een bezuiniging van ongeveer 25%. Voor meer informatie zie het NDM Jaarbericht 2015 (Van Laar et al., 2015). Tot nu toe is de Wlz niet opengesteld voor mensen met psychische problemen die na een opname van drie jaar, die onder de Zvw valt, nog steeds behoefte hebben aan een intramurale opname. Op 27 juni 2017 berichtte de Staatssecretaris van VWS de Tweede Kamer dat het al dan niet openstellen van de Wlz voor mensen met psychische problemen wordt overgelaten aan het nieuwe kabinet (T.K. 34104-184). Dit probleem gaat per 1 januari 2018 spelen voor personen die bij het ingaan van de Wlz (per 1 januari 2015) opgenomen waren en na 1 januari 2018 nog steeds intramurale hulpverlening nodig hebben.

Naast de bestaande wetten zijn er (nieuwe) wetsvoorstellen in behandeling die ook voor de doelgroepen van de verslavingszorg van belang kunnen zijn:

- De Wet forensische zorg: dit wetsvoorstel beoogt de forensische zorg te laten plaatsvinden binnen het strafrechtelijk kader, maar buiten de penitentiaire inrichting. Het is de bedoeling dat deze wet de door- en uitstroom richting de GGZ gaat verbeteren. Het wetsvoorstel ligt al enige jaren bij de Eerste Kamer (voor meer informatie: zie § 2.1.6).
- De Wet verplichte GGZ: dit wetsvoorstel beoogt verplichte behandeling mogelijk te maken voor mensen met ernstige psychische problemen. Momenteel is slechts gedwongen opname mogelijk (Wet Bopz), maar nog geen gedwongen behandeling. De dwang kan daarbij volgens dit wetsvoorstel ook – anders dan nu het geval is – bij de cliënt thuis plaatsvinden. Dit wetsvoorstel wil het bovendien mogelijk maken om mensen met psychische problemen al in een eerder stadium gedwongen te behandelen.
- De Wet zorg en dwang: dit wetsvoorstel beoogt de vrijwillige en de (onder voorwaarden) onvrijwillige zorg te regelen voor psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten.

Op 16 mei 2017 besprak de Eerste Kamer met deskundigen de samenhang tussen bovenstaande drie wetsvoorstellen en de uitvoerbaarheid van deze wetsvoorstellen ([www.eerstekamer.nl](http://www.eerstekamer.nl)). Naar verwachting zullen de drie wetten in werking treden op 1 januari 2019 (T.K. 32399-87).

### *Nieuwe GGZ-echelons*

Met de introductie van de Generalistische Basis GGZ (GB-GGZ) per 1 januari 2014 is er een herschikking van de hele GGZ gekomen. Vóór 2014 bestond de GGZ uit: Praktijkondersteuner Huisarts GGZ (POH-GGZ), Eerstelijns Psychologische Zorg (EPZ) en tweedelijns zorg. Vanaf 2014 werden dat de volgende echelons: POH-GGZ, GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ.

- De GB-GGZ heeft als doel om ervoor te zorgen dat patiënten GGZ-zorg tijdig en op de juiste plek krijgen (matched care) en niet onnodig in de gespecialiseerde GGZ terechtkomen of blijven. Met de invoering van deze maatregelen verwacht het kabinet dat er een verschuiving van patiënten (en daarmee gepaard budget) gaat optreden binnen de GGZ-keten van duurdere gespecialiseerde zorg naar goedkopere zorg dichterbij huis. Dit moet bijdragen aan een betaalbare, voor iedereen toegankelijke en kwalitatief hoogwaardige GGZ.

- In de GB-GGZ komen verschillende patiëntengroepen samen: een deel van de patiënten die tot 2014 binnen de EPZ werden gezien en (een deel van) de patiënten met lichte en milde problematiek uit de tweedelijns GGZ. Voor behandeling in de GB-GGZ geldt de eis dat er sprake moet zijn van een diagnose volgens de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Dit gold niet voor behandeling in de EPZ. De problematiek van de populatie in de GB-GGZ is daarmee gemiddeld genomen zwaarder dan voorheen in de EPZ. Sinds 2015, met de overheveling van alle GGZ voor jeugdigen (tot 18 jaar) naar de Jeugdwet, wordt de basis-GGZ gefinancierd vanuit de Zvw én de Jeugdwet.
- Binnen de GB-GGZ worden vier producten onderscheiden (GB-GGZ Kort, -Middel, -Intensief en -Chronisch). Patiënten die enige tijd stabiel en niet meer crisisgevoelig zijn, zouden van de tweede lijn moeten overgaan naar de GB-GGZ of naar de huisarts (POH-GGZ).

Op verzoek van het Ministerie van VWS worden deze ontwikkelingen door KPMG Plexus gemonitord in samenwerking met Vektis en NIVEL (T.K. 25424-358). Uit de rapportage van juni 2017 komen de volgende ontwikkelingen naar voren (KPMG, 2017):

- Conform de beleidsdoelstelling is het totaal aantal patiënten in de gespecialiseerde GGZ gedaald, en wel van 1,1 miljoen in 2012 naar 0,9 miljoen in 2015. Het aantal patiënten in de GB-GGZ is in deze periode respectievelijk gestegen van 219.000 in 2012 naar 262.000 in 2015. Bij de POH-GGZ is het aantal patiënten eveneens gestegen: van 88.000 in 2012 naar 334.000 in 2015.
- De totale behandelkosten zijn tussen 2011 en 2015 gedaald van 3,33 miljard euro naar 3,21 miljard euro, doordat de kosten voor de gespecialiseerde GGZ daalden van 3,20 miljard euro in 2011 naar 2,92 miljard euro in 2015. De kosten voor de overige echelons zijn daarentegen gestegen. Het aandeel van de gespecialiseerde GGZ in de totale kosten is teruggelopen van 96% in 2011 naar 91% in 2015.
- In de KPMG Plexus monitor worden geen afzonderlijke gegevens over stoornissen in het middelengebruik (alcohol, drugs) gerapporteerd. Deze zijn meegenomen in de GGZ-gegevens.

De ontwikkelingen van de ambulantisering en de hervormingen van de langdurige GGZ, waarvan de voorzieningen gedeeltelijk onder de gespecialiseerde GGZ en gedeeltelijk onder de WMO vallen, worden door het Trimbos-instituut gemonitord (Van Hoof et al., 2015; Van Hoof et al., 2016). In het kader van de ambulantisering is in 2012 afgesproken dat de beddenscapaciteit in 2020 met 33% gereduceerd dient te zijn ten opzichte van het peiljaar 2008. Per saldo nam tussen 2000 en 2010 het totale aantal opnameplaatsen en verblijfs- en woonvoorzieningen in de GGZ nog met ruim een derde toe van circa 26.500 tot circa 36.500 plaatsen, met name in de vorm van voorzieningen voor beschermd wonen. De verblijfspsychiatrie moet van 8.000 naar 6.000 plaatsen worden afgebouwd. Met de overheveling van het beschermd wonen naar de WMO behoort het strikt genomen niet meer bij het gezondheidszorgdomein of de GGZ-sector, maar tot het 'sociale domein'.

- In 2014 waren er naar schatting ruim 10.000 opnameplaatsen (Zvw) (afname van 13% ten opzichte van 2008), ruim 7.000 verblijfplaatsen (afname van 8%) en ruim 17.000 plaatsen voor beschermd wonen (afname van 4%). De afbouw van de klinische voorzieningen was over de periode 2014-2015 bijna 5%, bij het beschermd wonen ging het om een vermindering van bijna 3% (Van Hoof et al., 2016).
- Uit de Monitor Voortgang WMO van GGZ Nederland blijkt dat de meeste gemeenten de beschermde woonvormen voornamelijk als doelgroepspecifieke voorziening in stand willen houden. Daar staat tegenover dat drie kwart van de gemeenten voor andere GGZ-voorzieningen (zoals dagbestedings- en inloopvoorzieningen) geen apart doelgroepenbeleid voor mensen met een psychische kwetsbaarheid wil gaan voeren (Van Hoof et al., 2016).

### *Richtlijnen en zorgstandaarden*

Het eind 2013 opgerichte Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ is een samenwerkingsverband van de beroepsverenigingen van psychiaters (NVvP) en psychologen (NIP) en het Landelijk Platform GGZ (LPGGz), waarin ook GGZ Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en een groot aantal andere relevante beroepsorganisaties participeren. Het Netwerk heeft opdracht gegeven om 40 nieuwe

kwaliteitsstandaarden te ontwikkelen. Voor de verslavingszorg zijn met name van belang de 'Zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving', de 'Zorgstandaard Opiaatverslaving', en 'de Multi-disciplinaire richtlijn niet-opioïde drugs'. Bij laatstgenoemde richtlijn zal bovendien het 'Addendum stoornissen in middelengebruik in combinatie met andere psychiatrische stoornissen' ontwikkeld worden. De nieuwe standaarden en de nieuwe richtlijn zullen naar verwachting in het voorjaar van 2018 worden gepresenteerd.<sup>22</sup>

### *Centrum Verslavingskunde Nederland in oprichting*

In januari 2017 is een begin gemaakt met het Nederlands Centrum Verslavingskunde i.o. (NCV i.o.) door 8 instellingen voor verslavingskunde, het Trimbos-instituut, het Platform Strategisch Inhoudelijk Deskundigen (pSID) en cliëntvertegenwoordiger Het Zwarte Gat. De ambitie is om meer mensen met een verslavingsproblematiek sneller, beter en effectiever te behandelen en zo bij te dragen aan een gezonde en veilige samenleving. Om de doelen te bereiken is een aantal programmalijnen gedefinieerd rondom relevante thema's zoals stigma en imago, preventie, datamanagement, uniforme werkwijzen, innovatie en onderzoek & opleiding. Het NCV i.o. heeft een open netwerk structuur waarbij relevante stakeholders en samenwerkingspartners actief betrokken worden.<sup>23</sup>

### *Nieuwe bekostigingssystematiek GGZ*

- Het Zorginstituut adviseerde in 2014 om de DSM-5, de meest recente versie van het Amerikaanse diagnostische handboek voor psychische stoornissen, leidend te maken bij het duiden van de verzekerde aanspraken en in de bekostiging van de GGZ. Volgens de Minister van VWS was de beschikbare informatie echter onvoldoende om er zeker van te zijn dat de toepassing van de DSM-5 niet tot onvoorziene kostenstijgingen zou leiden. Daarom bleef de DSM-IV in 2016 leidend voor de aanspraken op verzekerde GGZ (T.K. 24077-344).
- In het voorjaar van 2016 werd besloten dat er in 2019 een volledig nieuwe productstructuur en bekostigingssystematiek voor de GGZ zal worden ingevoerd (het 'Engelse model'). Daarbij is de zorginhoud het uitgangspunt. De bekostiging zal beter aansluiten op de zorgzwaarte en de zorgbehoefte van de patiënten. Omdat de auteursrechthebbende van de DSM-IV niet bereid is de huidige licentie voor het gebruik van de DSM-IV in de bekostiging te verlengen, werd besloten dat per 1 januari 2017 de verzekerde aanspraken geneeskundige GGZ door het Zorginstituut op grond van DSM-5 worden geduid en uitgelegd. Om de impact in de bekostiging tot een minimum te beperken, worden daarbij DSM-5 classificaties via een conversietabel 'vertaald' in DSM-IV-classificaties (T.K. 25424-309).

### *Personen met verward gedrag*

Het aantal (geregistreerde) incidenten waarbij volgens de politieregistraties personen met verward gedrag betrokken waren, steeg tussen 2011 en 2015 met gemiddeld 13% per jaar.

- Daarom werd in september 2015 het Aanjaagteam verwarde personen aangesteld door het Ministerie van VWS, het Ministerie van VenJ en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG). De Minister kondigde aan een handvat te laten ontwikkelen dat verzekeraars en gemeenten kunnen gebruiken om meer inzicht te krijgen in de lokale behoefte aan zorg (T.K. Aanhangsel 2015-2016-2252). Het Aanjaagteam constateerde dat het doorgaans ging om personen met (ernstige) psychische stoornissen, veelal gecombineerd met verslavingsproblematiek, die niet in staat zijn zich zelfstandig te redden in de maatschappij (Aanjaagteam verwarde personen, 2016). Overigens is niet bij alle personen die door de politie worden aangemerkt als "verward", sprake van een psychische stoornis. Ook mensen zonder een psychische stoornis kunnen verward gedrag vertonen (Koekkoek, 2017).

<sup>22</sup> Zie: <http://www.resultatenscoren.nl/projecten/2017--symposium-zorgstandaarden-verslaving-27-09-2017.html>.

<sup>23</sup> Zie: <http://www.ggz-connect.nl/bericht/7485/nederlands-centrum-verslavingskunde-i-o-formeel-van-start>.

- Vanaf 13 december 2016 worden de werkzaamheden van het Aanjaagteam voortgezet door het Schakelteam voor personen met verward gedrag (T.K. 25424-338). Uiterlijk op 1 oktober 2018 dient het Schakelteam een landelijk dekkend netwerk te hebben gerealiseerd dat ondersteuning biedt aan mensen met verward gedrag. Het overleg van het Schakelteam met de bewindslieden, de VNG, en de regioburgemeesters is ondergebracht in het Bestuurlijk Overleg Personen met verward gedrag. Op 29 juni 2017 kon de Minister van VWS aan de Tweede Kamer berichten dat bijna alle regio's (op drie na) inmiddels beschikken over een regionaal meld- en adviespunt, dat meestal is ondergebracht bij de GGD (T.K. 25424-368).
- In de WMO 2015 wordt de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) niet meer als aparte categorie onderscheiden. Uit een onderzoek naar het beleid van 14 centrumgemeenten met betrekking tot de OGGZ komt naar voren dat de groep OGGZ-cliënten nog steeds veel aandacht krijgt en dat de verslavingszorg er vaak bij betrokken is. Vaak blijkt het onderscheid tussen de groep 'personen met verward gedrag' en de OGGZ-doelgroep niet scherp. Met name de samenwerking tussen gemeenten en instellingen met de zorgverzekeraars wordt als een knelpunt voor het leveren van hulp aan de OGGZ-doelgroep genoemd (Drouven et al., 2017).

### GGZ/Verslavingszorg in cijfers

- Volgens de Zorgprisma Publiek kostte de GGZ in 2014 in totaal 5,4 miljard euro, verdeeld over de gespecialiseerde GGZ (3,5 miljard euro), de zorgzwaartepakketten voor de GGZ (1,6 miljard euro), de basis GGZ (208 miljoen euro), en de POH-GGZ (109 miljoen euro). Deze Vektis-cijfers hebben alleen betrekking op zorg die volgens de Zorgverzekeringswet wordt vergoed (Zorgprisma publiek Vektis, 2016). Volgens de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) waren de uitgaven in 2014 voor de totale GGZ 6,5 miljard euro (dit bedrag is inclusief de kosten voor beschermd wonen).<sup>24</sup>
- In totaal werden er in 2014 bijna 1,2 miljoen mensen in de GGZ behandeld. Van deze groep ontving 23% (281 duizend) zorg in de Generalistische Basis GGZ, 57% (709 duizend) in de Gespecialiseerde GGZ, 29% (366 duizend) had een consult bij de POH GGZ en 3% (32 duizend) had een zorgzwaartepakket GGZ.
- In 2014 werden patiënten met verslaving met 28% (23 duizend) van het totaal aantal patiënten relatief het vaakst opgenomen. Patiënten met schizofrenie volgden op de tweede plaats met 21% (18 duizend) en patiënten met een bipolaire stoornis volgden op de derde plaats met 17% (7 duizend) (Zorgprisma Vektis, 2017).
- Tussen 2013 en 2014 vond er een lichte daling plaats in het aantal patiënten in de GGZ dat intramuraal werd opgenomen. Hun aandeel daalde in deze periode van 6,6% naar 6,2% van het totaal aantal patiënten dat in de GGZ in behandeling was (Zorgprisma Vektis, 2017).



## 2.4

## Beleid ter bestrijding van alcohol- en druggerelateerde criminaliteit

### 2.4.1 De bestrijding van drugsdelicten

Politie en justitie geven bij de opsporing en vervolging van Opiumwettelijke delicten (de illegale productie, smokkel, handel en bezit van stoffen die op lijst I of lijst II van de Opiumwet staan) prioriteit aan de grootschalige en georganiseerde drugsproductie en -handel in relatie tot heroïne, cocaïne, synthetische drugs en cannabis/hennepteelt (T.K. 29911-79, 2013). Deze criminaliteit wordt primair op regionaal niveau bestreden. Er wordt gestreefd naar een brede geïntegreerde aanpak met zowel strafrechtelijke opsporing en vervolging als bestuurlijke sancties en fiscale en privaatrechtelijke maatregelen. Verschillende instanties – het Openbaar Ministerie, de politie, de douane, de Fiscale Opsporingsdienst, de Inspectie Sociale Zaken en

<sup>24</sup> Zie: <https://www.nza.nl/zorgonderwerpen/zorgonderwerpen/ggz/cijfers-en-feiten>.

Werkgelegenheid, provincies, Koninklijke Marechaussee, de Immigratie- en Naturalisatiedienst, gemeenten en de belastingdienst- werken samen en worden ondersteund door tien Regionale Informatie-en Expertise Centra (RIEC), die op hun beurt ondersteund worden door het LIEC, het Landelijk Informatie-en Expertise Centrum (LIEC). Het RIEC-netwerk is landelijk dekkend. In toenemende mate wordt daarbij aandacht gegeven aan de bestrijding van de 'ondermijnende criminaliteit', die een bedreiging vormt voor de integriteit van onze samenleving en waarbij vaak verwevenheid is van de onderwereld met de bovenwereld (Veiligheidsagenda 2015-2018, 2014).

- De geïntensiveerde aanpak van de ondermijnende en georganiseerde criminaliteit rond met name synthetische drugs en hennepsteelt in Zuid-Nederland (Zeeland, Brabant, Limburg), die eind 2016 zou eindigen, wordt in 2017 gecontinueerd en versterkt. De Taskforce Brabant-Zeeland en Intensivering Zuid-Nederland (125 fte gelabelde recherchecapaciteit en 15 fte Openbaar Ministerie) hebben voor 2017 een samenwerkingsovereenkomst en een vervolgplan opgesteld (T.K. 29911-156).
- De betrokken overheidspartners - Nationale Politie, Openbaar Ministerie, Belastingdienst, LIEC en de regioburgemeesters, de Ministeries van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, Financiën en Veiligheid en Justitie – hebben een Toekomstagenda voor de aanpak van ondermijning opgesteld met de bedoeling de integrale aanpak verder te intensiveren. De aanpak is behalve op repressie, ook gericht op preventie: de samenleving zou betrokken moeten worden bij de bestrijding van ondermijnende criminaliteit, omdat deze criminaliteit lokaal verankerd is. Ondernemers en brancheorganisaties, lokale sociale en logistieke gelegenheidsstructuren zouden bij de bestrijding betrokken moeten worden. Het ontstaan van parallelle samenlevingen moet worden tegengegaan (T.K. 29911-167, 2017).
- Door de RIEC's en het LIEC worden regionale integrale ondermijningsbeelden en een landelijk ondermijningsbeeld opgesteld. Zij richten zich op verschillende thema's. Met behulp van ondermijningsbeelden en/of fenomeenonderzoeken is de aard en omvang van de georganiseerde hennepsteelt in beeld gebracht, namelijk de knooppunten, locaties, personen en bedrijven, inclusief netwerken en verbanden. Zo zijn bij voorbeeld het ondermijningsbeeld Cannabisketen (Noord-Nederland), de Hennepscan (Amstelland-gemeenten) en het onderzoek van RIEC Rotterdam naar aard en omvang van georganiseerde hennepsteelt tot stand gekomen. In Midden-Nederland is een pilot voortgezet waarbij naast overheidsorganisaties ook een netbeheerder is aangesloten. Het RIEC Limburg is begonnen met het opstellen van een ondermijningsbeeld georganiseerde hennepsteelt (RIEC-LIEC, 2017).
- Uit onderzoek naar de stand van zaken en ontwikkeling in de bestuurlijke aanpak van georganiseerde misdaad (Smits en Struiksma, 2016) blijkt dat bij gemeenten het bewustzijn ten opzichte van georganiseerde criminaliteit is toegenomen van 84% in 2012 tot 97% in 2016. Als gevolg daarvan is er ook in een toenemend aantal gemeenten een betere bestuurlijke en organisatorische verankering van de aanpak gekomen. Gemeenteambtenaren die zeggen zicht te hebben op de aanwezigheid van specifieke vormen van georganiseerde misdaad, hebben vooral zicht op hennepgerelateerde misdaad. Zij hebben dan in 54% te maken met meerdere incidenten per jaar, en in 32% met een permanente problematiek. Ze zien als gevolg van hennepgerelateerde criminaliteit vooral ondermijning van de samenleving, bijvoorbeeld doordat kwetsbare burgers bij de hennepsteelt betrokken raken. Bestrijding van hennepsteelt heeft een grote prioriteit in de gemeenten, vooral in de grotere gemeenten.
- In verschillende gemeenten is nieuw en verbeterd inzicht ontstaan, waardoor er beleid is gekomen om panden te sluiten op grond van de Opiumwet, of het bestaande beleid geïntensiveerd wordt (RIEC-LIEC, 2017).
- Naar aanleiding van verschillende signalen van de politie over een toename van het aantal XTC-dumpingen is in Noord-Nederland het handhavingssknelpunt synthetische drugs vastgesteld. (RIEC-LIEC, 2017). Daardoor kunnen zaken met betrekking tot synthetische drugs nu ook binnen RIEC-verband worden opgepakt.

### *De aanpak van drugsdumpingen*

Er wordt in 2016 en 2017 veel aandacht gegeven aan het bestrijden van dumpingen van synthetisch drugsafval. Het dumpen van drugsafval heeft twee aspecten: het levert milieuverontreiniging op en het duidt op overtredingen van de Opiumwet. Er vindt toezicht en controle plaats door het bestuurlijk bevoegd gezag (provincies, gemeenten, waterschappen) en opsporing en vervolging door politie, bijzondere opsporingsdiensten en OM. Zie voor aantallen drugsdumpingen § 13.3.

- Uit onderzoek bleek dat veel dumpingen en lozingen niet worden ontdekt (Schoenmakers et al., 2016).
- De Nationale Politie krijgt een steeds beter beeld van de omvang van drugsdumpingen, doordat zij sinds 2014 in een betere registratie investeert en de betrokken instanties en partijen wijst op het belang van het melden van drugsdumpingen (T.K. Aanhangsel 2277, 2017).
- Om te voorkomen dat er drugsafval geloosd wordt, is het opsporen van de bron van het afval, het drugslaboratorium, belangrijk (Schoenmakers et al., 2016). De politie werkt aan een eenduidige benadering en opvolging van een drugsafvaldumping, waarbij de dumping in eerste instantie zowel vanuit het milieu- als het generieke opsporingsperspectief wordt benaderd. Na ontdekking van drugsafval moet opsporingsinformatie immers veilig worden gesteld, waarna het afval opgeruimd kan worden (T.K. Aanhangsel 575, 2016; T.K. Aanhangsel 2302, 2017).
- Er is geen landelijke aanpak, omdat de problematiek per regio verschilt, en er verschillende lokale ketenpartners, provincies en gemeenten betrokken zijn. Samenwerking is belangrijk. In verschillende regio's worden protocollen ontwikkeld, die toegesneden worden op de situatie ter plaatse (T.K. Aanhangsel-575, 2016).
- In de regio Noord-Brabant wordt gewerkt met 'geurkaarten' om drugslaboratoria op te sporen (T.K. Aanhangsel-2750, 2016). De ontdekking van een groot laboratorium in Baarle-Nassau begin 2017 was een direct gevolg van het gebruik van de geurkaart. Het gebruik van geurkaarten wordt dan ook voortgezet en bij andere regio's onder de aandacht gebracht (T.K. Aanhangsel-2277, 2017).
- Drugsdumpingen kunnen de waterkwaliteit aantasten (T.K. Aanhangsel-2277, 2017). De Adviescommissie Water heeft in 2016 versterking van het handhavingsbeleid geadviseerd, omdat er onder andere nog te weinig aandacht is voor het illegaal lozen van drugsafval. De waterkwaliteit wordt in de gaten gehouden door waterschappen en door drinkwaterbedrijven, die het drinkwater en de bronnen ervan intensief controleren.
- Waterschappen krijgen af en toe te maken met productieafval van synthetische drugs. In april 2016 en januari 2017 zijn lozingen van synthetisch drugsafval geconstateerd in het gemeentelijk riool van Baarle-Nassau. Er zijn geen andere drugsgerelateerde dumpingen op het riool geconstateerd. De waterschappen Aa en Maas, De Dommel en Brabantse Delta ontdekten in 2016 in totaal zeven dumpingen van synthetisch drugsafval in of nabij oppervlaktewater (T.K. Aanhangsel-2277, 2017).
- Het opruimen van drugsafval brengt kosten met zich mee. Deze schade dient ten laste te komen van de dader, maar het lukt vaak niet de schade op de dader te verhalen. (T.K. Aanhangsel-1762, 2016). Het opruimen valt dan onder de verantwoordelijkheid van de perceeleigenaar. Gedupeerden kunnen op grond van een in april 2016 gesloten convenant tussen Rijk en provincies, cofinanciering voor het opruimen van drugsafval aanvragen bij de provincie.
- Het OM beziet de mogelijkheden om een 'Schadefonds drugsmisdrijven' op te richten. Veroordeelden wegens drugsdumpingen en/of productie van (synthetische) drugs zouden verplicht kunnen worden daar aan mee te betalen. Gedupeerden die de geleden schade wegens drugsafval niet kunnen verhalen, zouden aanspraak op dat fonds kunnen maken (T.K. 29911-140, 2017).

### *De handel in drugs via het internet*

- Naar aanleiding van onderzoek waaruit is gebleken dat de handel in drugs via het internet toeneemt (Kruihof et al., 2016, zie ook NDM Jaarbericht 2016 (Van Laar et al., 2016, § 13.2), kondigde de Minister van Veiligheid en Justitie in augustus 2016 aan dat politie en Openbaar Ministerie de aanpak van drugshandel via internet zouden intensiveren (T.K. 24077-375, 2016).

- Sinds september 2016 is het project Post/Pakket Interventieteam (PIT) actief, waarin nauw samengewerkt wordt tussen politie en het OM met POSTNL, om het verzenden van illegale waren, waaronder drugs, tegen te gaan. Dit team is ondergebracht bij de Landelijke Eenheid van de Nationale Politie. Bij het project zijn ook andere organisaties betrokken, zoals het LIEC, Transport en Logistiek Nederland, RIEC Den Haag, Kmar en de douane.
- Door POSTNL worden post en pakketten onderschept, er worden technische innovaties ingevoerd en speurhonden ingezet. De onderschepte pakketten en de drugs worden daarna door de opsporingsambtenaren en onderzoekers van het NFI nader onderzocht en afgehandeld (T.K. Aanhangsel-2302, 2017).

### *Uitgaven aan Opiumwetdelicten*

De meest recente cijfers over uitgaven hebben betrekking op 2015 (zie voor meer gegevens het NDM Jaarbericht 2016 (Van Laar et al., 2016).

- In 2015 is in totaal 384 miljoen euro uitgegeven aan de bestrijding van Opiumwetdelicten. Dit is het nominale bedrag, afgemeten aan veiligheidszorgrekeningen (Moolenaar et al., 2016).
- De uitgaven aan Opiumwetdelicten vormen 2,7% van de totale (nominale) uitgaven aan veiligheid in 2015.
- De totale uitgaven voor Opiumwetdelicten en ook die voor harddrugsmisdrijven dalen globaal sinds 2009, waarbij in 2015 iets meer is uitgegeven dan in 2014.
- Bij de Opiumwetdelicten is het meeste geld uitgegeven aan de tenuitvoerlegging van straffen voor harddrugsmisdrijven. De uitgaven in 2015 wijken hierin niet af van die in eerdere jaren.

## **2.4.2 Beleid ten aanzien van drugsgebruik en -gebruikers bij justitie**

Het beleid ten aanzien van problematische gebruikers in het strafrechtssysteem gaat uit van het principe dat problematische gebruikers niet alleen bestraft moeten worden, maar ook en vooral zorg nodig hebben, wil criminele recidive voorkomen worden. De Wet forensische zorg (zie § 2.1.7) beoogt bij te dragen aan doorverwijzingen vanuit justitie naar zorg. Ook zijn er in de 25 veiligheidsregio's Veiligheidshuizen waar verschillende organisaties, waaronder de politie, het Openbaar Ministerie (OM), de reclassering, de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) en soms nog andere organisaties zoals de verslavingszorg, bijeenkomen om tot een integrale aanpak te komen van criminele of ernstige overlast veroorzakende personen, waarachter een complexe problematiek – vaak (ook) verslavingsproblematiek – schuilgaat. De verslavingsreclassering kan worden ingeschakeld voor voorlichtende, ondersteunende en toezichhoudende taken.

- In de penitentiaire inrichtingen is (geestelijke) gezondheidszorg en op verslaving gerichte zorg beschikbaar. De zorg voor verslaafden krijgt recent meer aandacht.
- Het gevangeniswezen werkt samen met partners aan het verbeteren van de toegang tot verslavingszorg voor (ex)gedetineerden. Tijdens de detentieperiode zet DJI, binnen een gestructureerde setting, in op het motiveren van gedetineerden om te werken aan hun problematiek. Daarbij staat voorop dat een gedetineerde zelf verantwoordelijk is voor zijn eigen leefstijl. Het gevangeniswezen biedt ondersteuning bij het aanpakken van aanwezige verslavingsproblemen (T.K. 24587-607, 2014).
- De inrichtingen gaan nauwer samenwerken met de verslavingszorg en de verslavingsreclassering (T.K. 24587-607, 2014). Onder andere moeten deze instanties toegang hebben tot de inrichting en zoveel mogelijk ondersteund worden in het voorbereiden van zorg na detentie (Van der Poel et al., 2016).

Het programma 'Continuïteit van zorg' dat liep van 1 januari 2016 tot 1 juli 2017 was gericht op het verbeteren van de aansluiting tussen zorg verleend in een strafrechtelijk kader en de zorg verleend in de reguliere GGZ of verstandelijk gehandicaptenzorg. Het heeft geresulteerd in een aantal praktische documenten, adviezen en samenwerkingsafspraken, die gezamenlijk bij moeten dragen aan het oprichten van een sluitende en doorlopende zorgketen. Het programma had vijf opdrachtgevers: de Ministeries van VenJ en VWS, GGZ Nederland, VNG en Zorgverzekeraars Nederland. Naast de opdrachtgevers waren

veel andere partijen uit het veld er bij betrokken, zoals aanbieders voor beschermd wonen en verstandelijk gehandicaptenzorg, veiligheidshuizen, reclasseringsorganisaties, patiënten en familieverenigingen. Het project is afgesloten met een rapportage, die is aangeboden aan de Tweede Kamer (T.K. 33628 en T.K. 25424-19, 2017). Het programma had raakvlakken met het Aanjaagteam verwarde personen: de doelgroepen vertonen enige overlap (zie § 2.3.2).

In de Nederlandse penitentiaire inrichtingen wordt een drugsontmoedigingsbeleid gevolgd. Om te voorkomen dat drugs de inrichting binnenkomen, bevat het drugsontmoedigingsbeleid zowel preventieve als repressieve maatregelen, daarbij rekening houdend met het leefklimaat in de inrichtingen. Zo is het uitgangspunt dat bij een geconstateerd strafbaar feit altijd aangifte wordt gedaan. Ook wordt ingezet op gedragsverandering.

- Het beleid omvat maatregelen zoals toegangscontrole bij iedereen die een inrichting binnenkomt, cel inspecties, fouillering, visitatie en de inzet van drugshonden, urinecontroles en een zodanige inrichting van bezoekersruimten van gesloten inrichtingen dat er goed toezicht is op de justitiabele en het bezoek.
- Een wetsvoorstel is in consultatie gebracht waarmee het binnenbrengen van verboden voorwerpen in justitiële inrichtingen strafbaar wordt gesteld (T.K. 24587-691, 2017). De strafbaarstelling is er op gericht het binnensmokkelen van voorwerpen die in de samenleving legaal zijn maar waarvan het bezit of gebruik de orde en de veiligheid van de inrichting in gevaar brengen of waarmee criminele activiteiten kunnen worden voortgezet, tegen te gaan.
- De Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie roept de Dienst Justitiële Inrichtingen op om met forensisch psychiatrische centra een uniform plan op te stellen om goede managementinformatie over urine- en kamercontroles te verzamelen, toegankelijk te maken en te analyseren en daar concrete interventies aan te koppelen (TK 2016-2017, 29452, 211 (brief dd. 20 juni 2017) (T.K. 29452-211, 2017). Dit naar aanleiding van de bevinding van de Inspectie Veiligheid en Justitie dat het weren van drugs in de inrichtingen beter georganiseerd kan worden, en alleen goed mogelijk is als de problematiek inzichtelijk is.
- Voor de Justitiële Jeugdinstellingen is een nieuwe circulaire opgesteld op basis van resultaten van een pilot met steekproefsgewijze visitering. Verder is de frequentie van kamercontroles in een aantal instellingen verhoogd. De Justitiële Inrichtingen gaan bij de controles en het visiteren steeds meer uit van maatwerk (T.K. 24587-688, 2017).
- Het is niet meer mogelijk afspraken te maken over het gebruik van softdrugs door individuele TBS-gestelden tijdens verlof. In de Forensisch Psychiatrische Kliniek de Woenselse poort was dit voorheen mogelijk met een aantal cliënten onder strikte voorwaarden (T.K. Aanhangel-1903, 2017).

Een probleem waar politie en justitie mee te maken krijgen zijn GHB-gebruikers. Er is de afgelopen jaren bij de politie op het platteland kennis en ervaring opgebouwd inzake het omgaan met deze gebruikers (Nabben en Korf, 2016). Zie ook § 14.2.

Verslaafden vertonen soms verward gedrag. Er is een 'Aanjaagteam verwarde personen' thans 'Schakelteam' dat moet zorgen voor een sluitende aanpak van zorg en ondersteuning van mensen die verward gedrag vertonen. Daartoe is samenwerking nodig van gemeenten, opvang, (verslavings)zorg, wonen, werk, politie en justitie (T.K. 24077-361, 2016; zie ook § 2.3.1 en § 2.3.2). Het schakelteam heeft een werkprogramma uitgebracht, 'Niemand tussen wal en schip' (Schakelteam, 2016).





## 3. Cannabis



## 3. Cannabis

### Inleiding

Cannabis (*Cannabis Sativa* of hennep) omvat hasj en wiet in diverse preparaten. De meest voorkomende manier om cannabis te gebruiken is het roken in een joint: een sigaret met daarin tabak en verkruidde cannabis (zie § 3.2). Cannabis kan ook zonder tabak worden gerookt via een verdamer, via elektronische sigaretten geïnhaleerd worden, of gegeten in de vorm van spacecake, maar dat komt minder vaak voor (zie § 3.2 en § 3.3). Consumenten ervaren cannabis meestal als rustgevend, ontspannend en geestverruimend. In een hoge dosis kan cannabis angst, paniek en psychotische symptomen veroorzaken. THC (tetrahydrocannabinol) is het belangrijkste psychoactieve bestanddeel van cannabis. De werking van THC wordt mogelijk beïnvloed door een ander bestanddeel: cannabidiol (CBD) (zie § 3.7 en § 3.8). Nederwiet bevat nauwelijks CBD, hasj uit het buitenland bevat meer CBD.

Dit hoofdstuk gaat primair over hasj en wiet samen (tenzij anders aangegeven) en over het gebruik van cannabis als illegale drug. Naast hasj en wiet zijn in de afgelopen jaren ook synthetische cannabinoïden (bijvoorbeeld in de vorm van 'Spice') op de markt gekomen. Synthetische cannabinoïden zijn stoffen die de werking van THC nabootsen (zie hoofdstuk 8).

Cannabis staat op lijst II van de Opiumwet; hennepolie, een olieachtige oplossing met een hoge concentratie THC, staat op lijst I. De laatste jaren is de wetgeving rond cannabis aangescherpt met het ingezetenen criterium (2013) voor de verkoop in coffeeshops en de strafbaarstelling van voorbereidingshandelingen (2015) (zie § 2.1.2 en § 2.1.3).

Naast dit illegaal gebruik is cannabis in Nederland erkend als medicijn voor een beperkt aantal aandoeningen (zie § 2.1.4 en § 3.2). Er is enig bewijs dat medische cannabis en THC/CBD-combinaties een gunstig effect kunnen hebben bij het behandelen van mensen met (een bepaald soort) chronische pijn, misselijkheid bij chemotherapie, spasticiteit en andere aandoeningen (Ciccone, 2017; Nugent et al., 2017; NAS, 2017). Het aantal studies en de kwaliteit ervan is gering en bovendien is er een scala aan aandoeningen, toedieningsvormen en doseringen, waardoor conclusies lastig te trekken zijn (D'Souza en Ranganathan, 2015).



3.1

### Laatste feiten en trends

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

- In 2016 had een op de vijftien volwassenen in het afgelopen jaar cannabis gebruikt, even veel als in 2015 (§ 3.2).
- Het percentage laatste-jaar-gebruikers van cannabis in Nederland ligt onder volwassenen rond het gemiddelde in de Europese Unie en onder jongvolwassenen net boven het gemiddelde (§ 3.5).
- Tussen 2011 en 2015 daalde het percentage scholieren van 12-16 jaar van het voortgezet onderwijs dat ervaring heeft met cannabis (§ 3.3). Cannabisgebruik is lager onder scholieren die vinden dat hun ouders strenge regels stellen over blowen.

- Het percentage laatste-jaar- en laatste-maand-gebruikers onder 15-16-jarige scholieren ligt in 2015, evenals in 2011, boven het Europese gemiddelde (§ 3.5).
- Het aantal primaire cannabiscliënten in de verslavingszorg stijgt tot 2011 en is sindsdien tot 2015 gestabiliseerd (§ 3.6).
- Cannabisgerelateerde gezondheidsincidenten zijn meestal licht tot matig ernstig en de mate van intoxicatie lijkt de afgelopen jaren bij ambulances en op EHBO's toe te nemen. Incidenten zijn relatief vaak afkomstig uit de regio Amsterdam. Het gaat hier veelal om toeristen die met een cannabisintoxicatie naar de spoedeisende hulp van het ziekenhuis gaan (§ 3.6).
- De THC-concentratie in nederwiet verschilde in 2017 weliswaar niet van die in 2016, maar is sinds 2013 significant gestegen. Het THC-gehalte in geïmporteerde hasj stijgt de laatste jaren licht, en is in 2017 hoger dan de piek in 2010, en voor het eerst hoger dan het THC-gehalte in nederwiet (§ 3.8).
- Sinds 2006 stijgt de gemiddelde prijs van een gram nederwiet (meest populaire variant) geleidelijk met 6,5% per jaar, hoewel in 2017 de prijs ongeveer gelijk was aan die in 2016. De prijs van een gram geïmporteerde hasj schommelt door de jaren en is sinds het begin van de monitor in 2000 met gemiddeld 3,6% per jaar gestegen. In 2017 was deze prijs vergelijkbaar met het voorgaande jaar (§ 3.8).



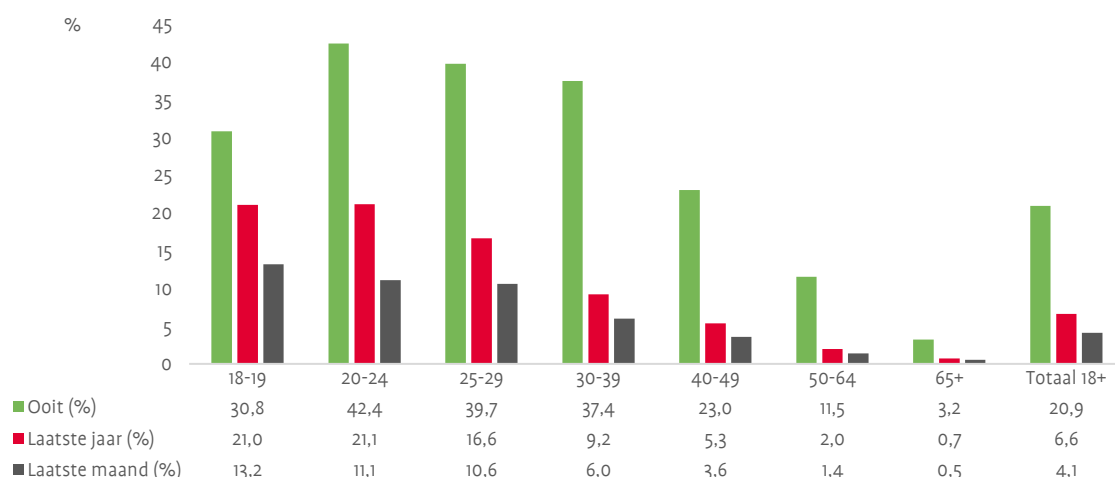
## 3.2 Gebruik: algemene bevolking

In het afgelopen decennium is het drugsgebruik in de algemene bevolking herhaaldelijk gemeten. Vanaf 2014 worden jaarlijks vergelijkbare cijfers verzameld via de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor uitgevoerd door het CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut (zie bijlage D.2). Vanwege wijzigingen in onderzoeksmethoden zijn deze cijfers niet vergelijkbaar met die uit eerdere peilingen. In dit hoofdstuk beschrijven wij gegevens voor de volwassen bevolking van 18 jaar en ouder. In bijlage D.2 staan de resultaten van voorgaande bevolkingsstudies op basis van leeftijdsgroep 15-64 jaar. In 2016 is naast de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor ook de aanvullende module Roken, Alcohol en Drugsgebruik van de Leefstijlmonitor 'Leefstijlmonitor-aanvullend (LSM-A)' uitgevoerd. Dit is een extra tweejaarlijkse dieptestudie naar middelengebruik in de algemene bevolking (zie bijlage D.2). Daar waar resultaten zijn opgenomen uit de LSM-A, wordt dit apart vermeld. Cijfers voor drugsgebruik onder jongeren worden in paragraaf 3.3 op basis van scholierenonderzoeken gerapporteerd.

Evenals in andere westerse landen is cannabis in Nederland de meest gebruikte illegale drug.

- Ongeveer een vijfde (20,9%) van de bevolking van 18 jaar en ouder rapporteerde in 2016 ooit in het leven wel eens cannabis (hasj of wiet) te hebben gebruikt. Het percentage gebruikers in het afgelopen jaar (6,6%) en in de afgelopen maand (4,1%) ligt beduidend lager (figuur 3.1). Iets minder dan een derde van de laatste-maand-gebruikers (1,2%) in de bevolking van 18 jaar en ouder gebruikt dagelijks of bijna dagelijks. Dat komt (afgerond op tienduizendtallen) neer op respectievelijk:
  - 2,77 miljoen ooitgebruikers van cannabis (95% betrouwbaarheidsinterval 2,63-2,91 miljoen);
  - 880 duizend volwassenen die cannabis in het afgelopen jaar hadden gebruikt (95% betrouwbaarheidsinterval 790-960 duizend);
  - 550 duizend gebruikers in de afgelopen maand (95% betrouwbaarheidsinterval 480-620 duizend);
  - 150 duizend dagelijkse of bijna dagelijkse cannabisgebruikers (95% betrouwbaarheidsinterval 120-190 duizend).

**Figuur 3.1 Cannabidgebruikers in de bevolking van 18 jaar en ouder, naar leeftijdsgroep. Peiljaar 2016**



Percentage gebruikers ooit, in het laatste jaar en in de laatste maand per leeftijdsgroep. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2016.

## Leeftijd en geslacht

Meer mannen dan vrouwen gebruiken cannabis. Dit verschil komt vooral tot uiting in de meer regelmatige gebruikspatronen.

- Het verschil tussen mannen en vrouwen is kleiner bij ooitgebruik (25,2% versus 16,7%, factor 1,5) dan bij laatste-jaar-gebruik (9,0% versus 4,3%, factor 2,1) en bij laatste-maand-gebruik (6,1% versus 2,2%, factor 2,8) en (bijna) dagelijks gebruik (1,8% versus 0,6%, factor 3).

Consumptie van cannabis komt het meest voor onder jongvolwassenen (figuur 3.1).

- In de hogere leeftijdsgroepen heeft een steeds groter deel wel ooit, maar niet in het afgelopen jaar gebruikt. Dat betekent dat een groot deel van degenen die ooit cannabis hebben gebruikt daar op latere leeftijd mee stopt.
- Twintigers hebben het vaakst ervaring met cannabis (42,4% onder 20-24-jarigen en 39,7% onder 25-29-jarigen), gevolgd door dertigers (37,4%) en 18-19-jarigen (30,8%) (figuur 3.1).
- Het percentage gebruikers in het afgelopen jaar is het hoogst onder 20-24-jarigen (21,1%) en 18-19-jarigen (21,0%), gevolgd door 25-29-jarigen (16,6%), en is lager onder 30-39-jarigen (9,2%) (figuur 3.1). De gemiddelde leeftijd van de laatste-jaar-gebruikers is 32 jaar.
- Een vergelijkbaar patroon zien we voor het gebruik in de afgelopen maand in deze leeftijdsgroepen, met 13,2% onder de 18-19-jarigen, 11,1% onder de 20-24-jarigen, 10,6% onder de 25-29-jarigen, en 6,0% onder de 30-39-jarigen.
- In de meeste leeftijdsgroepen gebruikte ongeveer twee derde van de laatste-jaar-gebruikers nog in de afgelopen maand.
- In de hogere leeftijdsgroepen gebruiken naar verhouding nog maar weinig mensen cannabis. Van de 50-64-jarigen is 2,0% een laatste-jaar-gebruiker en 1,4% een laatste-maand-gebruiker, en onder 65-plussers is dat respectievelijk 0,7% en 0,5%.
- Onder laatste-jaar-gebruikers in de aanvullende LSM-A studie (zie bijlage D.2) is de gemiddelde startleeftijd van cannabisgebruik 18,6 jaar, ongeveer gelijk voor mannen (18,5 jaar) en vrouwen (18,9 jaar).

## Opleidingsniveau en stedelijkheid

- Minder laag opgeleiden dan hoog opgeleiden gebruiken cannabis, maar als laag opgeleiden gebruiken doen zij dat vaker frequent (bijna dagelijks).
- Hoog opgeleide personen (28,8%) hebben ruim twee keer zo vaak ervaring met cannabisgebruik dan laag opgeleiden (12,3%). Middelbaar opgeleiden zitten daar met 20,7% tussenin (tabel 3.1).
- Het percentage laatste-jaar-gebruikers en laatste-maand-gebruikers is eveneens het laagst onder laag opgeleiden, maar middelbaar en hoog opgeleiden liggen op deze twee maten van gebruik dicht bij elkaar (tabel 3.1).
- Hoewel het gebruik in de afgelopen maand het laagst is onder de laag opgeleiden, is het percentage dagelijkse of bijna dagelijkse cannabisgebruikers in deze groep het hoogst: 36,1%, vergeleken met 29,5% van de middelbaar- en 22,2% van de hoog opgeleide laatste-maand-gebruikers. Van de totale volwassen bevolking is 1,3% van de laag opgeleiden, 1,3% van de middelbaar opgeleiden en 0,9% van de hoog opgeleiden een (bijna) dagelijks blower.

Consumptie van cannabis komt meer voor in grote steden dan elders (tabel 3.1).

- In zeer stedelijke gebieden ligt het percentage ooit-, laatste-jaar- en laatste-maand-gebruikers ongeveer 1,5 tot 2,5 keer hoger dan in de rest van Nederland.
- Zo ligt het percentage laatste-maand-gebruikers in (zeer) stedelijke gebieden (5,5%) 1,9 keer hoger dan in matig stedelijke gebieden (2,9%) en 2,5 keer hoger dan op het platteland (2,2%).

**Tabel 3.1 Gebruik van cannabis in de bevolking van 18 jaar en ouder naar opleidingsniveau en stedelijkheid, peiljaar 2016**

(18 jaar en ouder)	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
<b>Opleidingsniveau<sup>I</sup></b>			
Laagopgeleid	12,3	4,8	3,6
Middelbaaropgeleid	20,7	6,5	4,5
Hoogopgeleid	28,8	8,2	4,2
<b>Stedelijkheid<sup>II</sup></b>			
(Zeer) sterk stedelijk	25,8	9,0	5,5
Matig stedelijk	16,9	4,0	2,9
Weinig/niet stedelijk	14,1	3,7	2,2

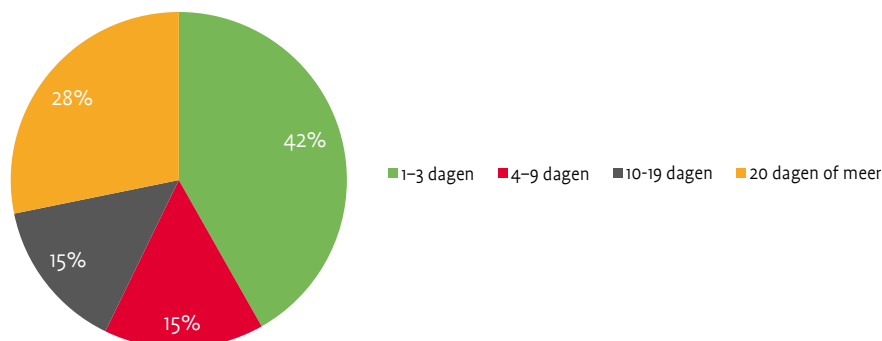
Percentage gebruikers ooit in het leven, laatste jaar, en laatste maand. I. Opleidingsniveau: 18-24 jaar VMBO; Middelbaar opgeleid = MBO, HAVO, VWO; Hoog opgeleid = HBO of universiteit. II. Stedelijkheid gecategoriseerd naar aantal adressen per vierkante kilometer in de woongemeente van de respondent: (zeer) sterk = 1.500 of meer adressen; matig = 1.000 – 1.500 adressen; weinig = minder dan 1.000 adressen. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2016.

## Mate van consumptie

- (Bijna) dagelijks gebruik komt voor onder 28,2% van de laatste-maand gebruikers (figuur 3.2), oftewel 1,2% van de volwassen bevolking. Dagelijks gebruik is een risicofactor voor problematisch cannabisgebruik, zoals cannabisverslaving.
- Cannabis wordt doorgaans met tabak gerookt in joints (blowen, zie hierna). Bijna 6 van de 10 van de laatste-maand-gebruikers (58,5%) nam niet meer dan 1 joint op een 'typische blowdag', 20,1% rookte 2 joints, 9,2% rookte 3 joints en 12,2% gebruikte meer dan 3 joints.

- Wiet is veruit de meest favoriete cannabisvariant. Bijna twee derde (65,6%) van de laatste-maand-gebruikers rookt meestal wiet, 19,5% meestal hasj en 14,9% geeft aan beide even vaak te gebruiken.

**Figuur 3.2 Frequentie cannabisgebruik in de afgelopen maand. Peiljaar 2016**



Percentage van de laatste-maand-gebruikers van 18 jaar en ouder naar frequentie van gebruik (dagen in afgelopen maand). Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2016.

Gebruikspatronen zijn niet alleen geïnventariseerd onder laatste-*maand*-gebruikers in de hiervoor beschreven Gezondheidsenquête, maar ook in de aanvullende module Roken, Alcohol en Druggebruik van de Leefstijlmonitor (LSM-A) onder een bredere groep van laatste-*jaar*-cannabisgebruikers. In deze groep is het gebruik – logischerwijs- meer gematigd dan onder bovengenoemde laatste-maand-gebruikers.

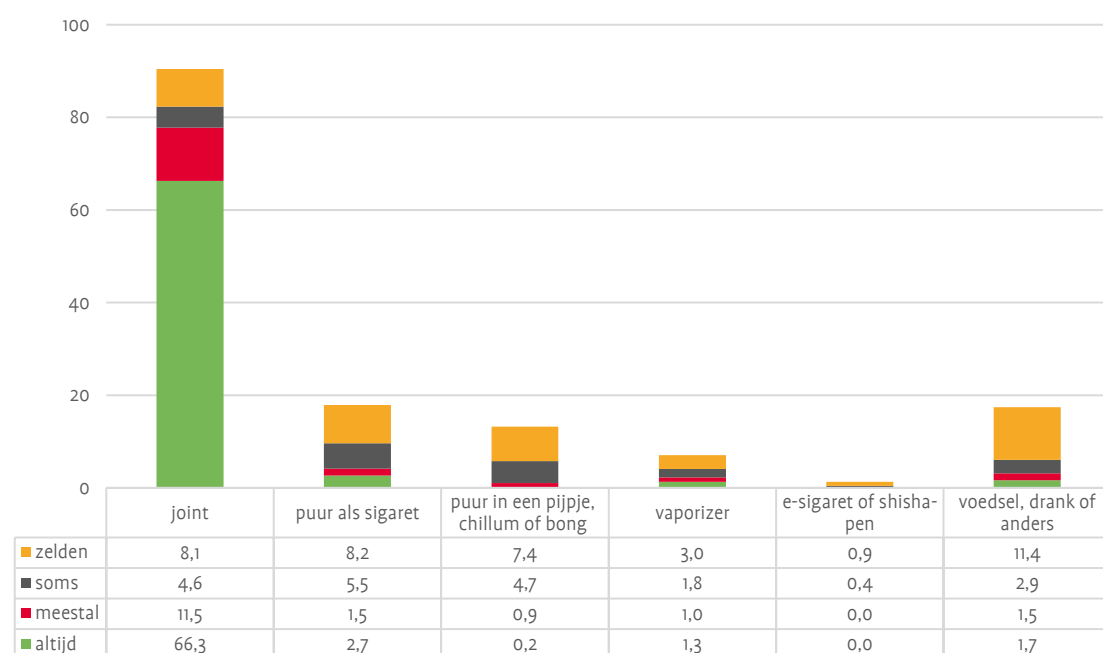
Daarnaast geeft de LSM-A inzicht in de wijze van cannabisgebruik en –aanschaf.

- Van degenen die in het afgelopen jaar cannabis gebruikten, deed bijna de helft dit weinig frequent: een op de vijf blowde één keer (19,2%) en ruim een kwart deed dit minder dan maandelijks (27,8%). Daarnaast gebruikte 8,8% maandelijks cannabis, 14,1% twee tot vier keer per maand, 10,7% twee tot drie keer per week en 19,3% (bijna) dagelijks (LSM-A).
- Vergeleken met andere drugs wordt cannabis vaak (ook) doordeweeks gerookt, ook al rookt een krappe meerderheid meestal op weekenddagen. Ruim de helft van de laatste-jaar-gebruikers (57,5%) gebruikt cannabis meestal op weekenddagen, ruim een derde (37,4%) gebruikt zowel op weekenddagen als doordeweekse dagen en 5,1% gebruikt meestal op doordeweekse dagen (LSM-A).
- Twee derde (66,3%) gebruikte cannabis in het afgelopen jaar altijd via joints, 90,4% rookte wel eens (dus zelden, soms, meestal of altijd) via een joint (zie figuur 3.3).
- Andere gebruikswijzen komen minder voor: 17,9% rookte cannabis wel eens puur als sigaret; 11,8% in een waterpijp; 13,2% in een pijpje, chillum of bong; 7,1% via een vaporizer; 1,3% via een e-sigaret en 17,4% gebruikte cannabis via voedsel, drank, of op een andere manier (LSM-A).
- Van degenen die in het afgelopen jaar cannabis in een joint rookten, nam twee derde (64,0%) niet meer dan 1 joint op een 'typische blowdag', 17,7% rookte 2 joints, 10,7% rookte 3 joints en 7,6% gebruikte meer dan 3 joints.
- Het aantal joints op een 'typische blowdag' is hoger onder (bijna) dagelijks gebruikers: een vijfde (22,5%) rookte niet meer dan 1 joint, 20,3% rookte 2 joints, 25,1% rookte 3 joints en 32,1% gebruikte meer dan 3 joints.
- Ook onder laatste-jaar-gebruikers rookt bijna twee derde wiet (64,5%). Een kwart (24,9%) gebruikt meestal hasj (wat meer dan onder laatste-maand-gebruikers) en een tiende (10,6%) gebruikt beide even vaak.

Uit eerder Europees onderzoek, waaraan ook Nederlandse cannabisgebruikers deelnamen, kwam (ook) naar voren dat met de frequentie van gebruik, het aantal joints per 'typische blowdag' en de hoeveelheid cannabis die gebruikers in een joint<sup>1</sup> stoppen toenemen, en daarmee de dagelijkse dosis dus ook toeneemt (Van Laar et al., 2013).

- Onder Nederlandse cannabisgebruikers varieerde het gemiddeld aantal joints van circa 1 voor degenen die op minder dan een dag in de maand blowden, tot circa 4 onder degenen die (bijna) dagelijks blowden. De gemiddelde hoeveelheid cannabis per joint varieerde van 0,16 gram tot 0,25 gram, en de totale dagdosis varieerde van gemiddeld 0,2 gram onder incidentele gebruikers tot 1,1 gram onder dagelijkse blowers.
- Deze cijfers zijn gebaseerd op zelfrapportage. Er bestaat twijfel over hoe goed individuele gebruikers hun dosering in kunnen schatten (Van der Pol et al., 2013a).

**Figuur 3.3 Cannabis gebruiksmethode in de afgelopen 12 maanden. Peiljaar 2016**



Percentage van de laatste-jaar-gebruikers van 18 jaar en ouder naar frequentie van toepassing gebruiksmethode (in het afgelopen jaar). Bron: LSM-A/ Leefstijlmonitor, Trimbos i.s.m. RIVM en CBS.

## Wijze van verkrijgen

In de Leefstijlmonitor-Aanvullend (LSM-A) 2016 is gevraagd waar volwassenen hun cannabis verkrijgen.

- Op de vraag 'Koopt u of krijgt u meestal uw cannabis?' antwoordt het grootste deel van de laatste-jaar-gebruikers het meestal zelf te kopen (44,0%) of het te krijgen of met anderen mee te roken (36,8%). Een op de zes gebruikers (17,2%) zegt het soms te kopen en soms te krijgen. Daarnaast geeft 2,0% van de cannabisgebruikers aan het zelf te kweken. Onder (bijna) dagelijkse cannabisgebruikers ligt het aandeel dat meestal zelf koopt hoger: 81,1% koopt meestal zelf. Daarnaast zegt 8,9% het soms te kopen en soms te krijgen, 6,8% het zelf te kweken en 3,2% van de (bijna) dagelijks gebruikers krijgt de cannabis of rookt mee.

<sup>1</sup> Inclusief een klein deel van de gebruikers die cannabis meestal op andere wijze consumeerden, zoals via een (water)pijp of in eten (totaal <8%).

- Vervolgens is aan degenen die (soms) cannabis kopen gevraagd waar zij in het afgelopen jaar wel eens cannabis kochten. Bijna iedereen (94,6%) had wel eens cannabis in een coffeeshop gekocht. Het kopen bij een dealer thuis (10,3%) of bij iemand anders thuis (12,6) kwam minder vaak voor. Eén op de twintig (5,8%) had wel eens cannabis gekocht in een uitgaansgelegenheid (café, disco, festival). Aankoop op straat of in een park (2,4%), via een 06-dealer (2,8%) en via internet (0,7%) kwam weinig voor. Daarnaast gaf 3,8% aan cannabis 'op een andere manier' gekocht te hebben in de afgelopen 12 maanden.

### Medicinaal cannabisgebruik

Het medicinale cannabissysteem is in Nederland strikt gescheiden van het recreatieve cannabissysteem van coffeeshops (zie § 2.1.4). In de Leefstijlmonitor-Aanvullend (LSM-A) van 2016 is aan laatste-jaar-gebruikers van cannabis gevraagd of zij cannabis voor (uitsluitend of ook voor) medicinale doeleinden, bijvoorbeeld als pijnstillend middel, gebruiken. Ook is gevraagd of zij hun cannabis op doktersrecept hebben verkregen.

- Vier van de vijf cannabisgebruikers van 18 jaar of ouder (82,4%) neemt cannabis niet als medicijn.
- Van de laatste-jaar-gebruikers zegt slechts 0,8% cannabis alléén als medicijn op doktersrecept te gebruiken.
- Daarnaast gebruikt 6,4% cannabis enkel als medicijn, maar zonder doktersrecept en 10,4% gebruikt cannabis als medicijn en als recreatief middel. Omgerekend naar de volwassen bevolking gebruikt 1,0% cannabis (ook) medicinaal.

### Trend in cannabisgebruik

Het gebruik van cannabis in de algemene bevolking is in het afgelopen decennium herhaaldelijk gemeten (in 2005, 2009, 2014, 2015, 2016). Vanwege herhaalde wijzigingen in de onderzoeksmethode zijn alleen gegevens vergelijkbaar die zijn verzameld vanaf 2014 (zie bijlage D.2).

Voor de leeftijdsgroep van 18 jaar en ouder, de standaard voor kerncijfers over drugsgebruik, zijn alleen gegevens voor 2015 en 2016 beschikbaar.

- Het cannabisgebruik ligt in 2016 ongeveer op hetzelfde niveau als in 2015 (tabel 3.2).
- Het verschil tussen 2015 en 2016 in het ooit-, laatste-jaar- en laatste-maand-gebruik van cannabis is slechts tiende van procentpunten en niet statistisch significant.

Bijlage D.2 geeft voor de peiljaren 2014, 2015 en 2016 ook trendgegevens voor de leeftijdsgroep 15-64 jaar (de internationale standaard leeftijdsgroep van het EMCDDA, zie paragraaf 5 van de middelenhoofdstukken).

- Het percentage laatste-jaar-gebruikers onder 15-64-jarigen (zie bijlage D.2) verschilde niet statistisch significant in de peiljaren 2014, 2015 en 2016.
- Tussen 2014 en 2015 werd wel een statistisch significante toename in actueel gebruik geobserveerd. Deze stijging (tijdelijke fluctuatie) was toe te schrijven aan de groep 20-24-jarigen waar het actueel gebruik toenam van 10,3% naar 14,5%. Tussen 2015 en 2016 daalt het laatste-maand-gebruik onder 20-24-jarigen weer (statistisch significant) naar 11,1%.



**Tabel 3.2 Gebruik van cannabis in Nederland onder mensen van 18 jaar en ouder. Peiljaren 2015 en 2016**

	2015 (%)	2016 (%)
Ooitgebruik (%)	21,1	20,9
Laatste-jaar-gebruik (%)	6,7	6,6
Laatste-maand-gebruik (%)	4,2	4,1

Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2015, 2016. (zie bijlage D.2 voor resultaten van voorgaande bevolkingsstudies onder mensen van 15-64 jaar).



### 3.3 Gebruik: jongeren en jongvolwassenen

Deze paragraaf beschrijft gegevens over het gebruik van cannabis op basis van landelijke onderzoeken naar middelengebruik onder representatieve steekproeven van scholieren van het voortgezet onderwijs en studenten van het HBO en MBO. Daarna worden gegevens gepresenteerd van uiteenlopende landelijke, regionale en lokale onderzoeken in verschillende groepen jongeren en jongvolwassenen, die vaak vanwege hun leefstijl, setting of persoonlijke kenmerken meer dan hun doorsnee leeftijdgenoten middelen gebruiken. De leeftijdsgrenzen zijn voor deze groepen niet strak gedefinieerd, maar het gaat hier overwegend om (late) adolescenten tot dertigers, de leeftijdsgroep waarin het middelengebruik zich concentreert.

#### Scholieren van het regulier onderwijs

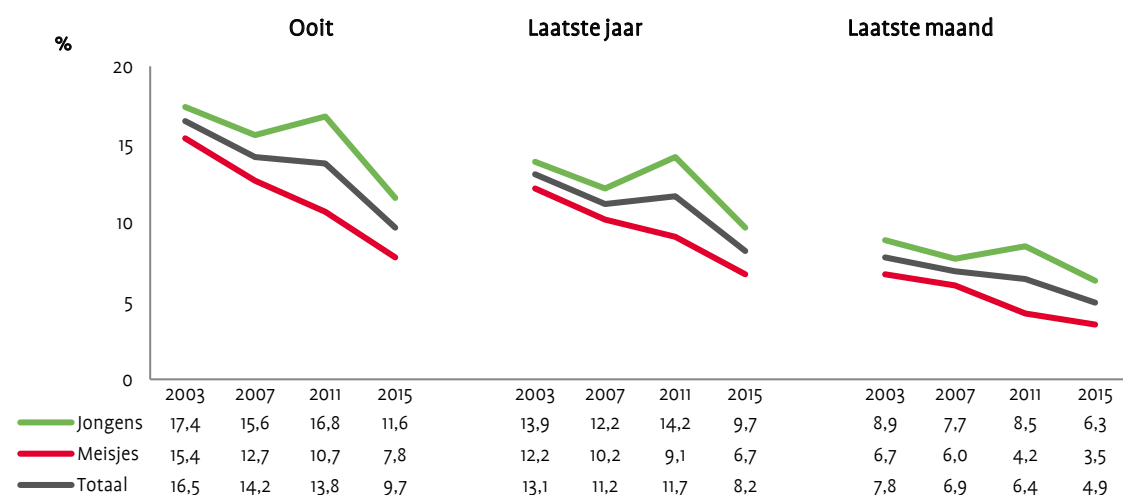
Het Trimbos-instituut peilt sinds het midden van de jaren tachtig in hoeverre leerlingen in groep zeven en acht van het basisonderwijs en op reguliere middelbare scholen ervaring hebben met alcohol, tabak, drugs en gokken. Dit gebeurt via het landelijke Peilstationsonderzoek scholieren. De laatste peiling werd in 2015 verricht (Van Dorsselaer et al., 2016). In dit Jaarbericht worden primair gegevens gepresenteerd voor scholieren van 12-16 jaar (zie bijlage D.7).

#### Trends

Het cannabisgebruik onder scholieren van 12-16 jaar daalde sinds het begin van deze eeuw heel geleidelijk en leek tussen 2007 en 2011 te stabiliseren. In 2015 was een verdere daling waarneembaar. (Zie ook beneden het Antenne-onderzoek voor een mogelijk verband tussen de marginalisering van blowen en roken.)

- Tussen 2011 en 2015 ging het om een afname in het ooitgebruik van 13,8% naar 9,7% (figuur 3.4).
- De maandprevalentie is tussen 1996 en 2015 gehalveerd. De lichte daling van 6,4% in 2011 naar 4,9% in 2015 is niet statistisch significant (Van Dorsselaer et al., 2016).
- De globale afname tussen 2003 en 2015 doet zich in nagenoeg alle schoolniveaus voor; er zijn wel verschillen tussen leeftijdsgroepen (zie later deze paragraaf).

**Figuur 3.4 Gebruik van cannabis onder scholieren van het voortgezet onderwijs van 12-16 jaar, vanaf 2003**



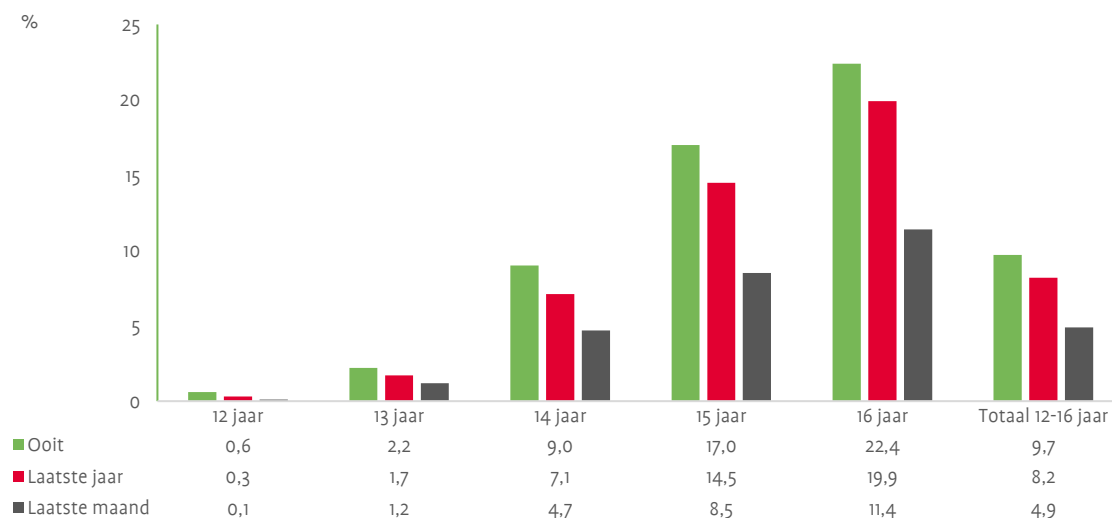
Percentage gebruikers ooit in het leven (links), in het laatste jaar (midden), en in de laatste maand (rechts). Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM, 2015.

## Leeftijd

Bij scholieren neemt het gebruik van cannabis toe met de leeftijd (figuur 3.5).

- Maar weinig leerlingen van 12 jaar hadden in 2015 ervaring met cannabis (0,6%). Op 16-jarige leeftijd had ruim een op de vijf scholieren wel eens cannabis gebruikt (22,4%).
- Ongeveer een op de negen 16-jarigen was in 2015 een laatste-maand-gebruiker (11,4%). Het percentage laatste-maand-gebruikers is met 17,1% het hoogst onder 17-18-jarigen (24,7% van de jongens en 7,9% van de meisjes), maar deze cijfers zijn alleen beschikbaar voor HAVO en VWO.
- Tussen 2011 en 2015 doet de daling in het percentage scholieren tussen 12 en 16 jaar dat ervaring heeft met cannabis zich vooral voor onder 13-jarigen en 16-jarige jongens.
- De daling in het laatste-maand-gebruik was voor de hele steekproef niet significant, maar wel (alleen) voor de 13-jarigen (van 2,9% in 2011 naar 1,2% in 2015).
- Het percentage scholieren dat op zeer jonge leeftijd (14 jaar) al ervaring heeft met cannabis halveerde van 18,8% in 2003 naar 9,0% in 2015. De gemiddelde startleeftijd onder 12-16-jarige scholieren die ervaring hebben met cannabis steeg in deze periode van 13,7 jaar naar 14,1 jaar.
- 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; Chadwick et al., 2013). Welke mechanismen hierbij een rol spelen (bijv. effecten van cannabis op het ontwikkelend brein, aanleg, en/of sociale processen) is niet precies bekend.
- Ook een vroege startleeftijd van het roken van tabak wordt bij adolescenten in verband gebracht met een verhoogd risico op het ontstaan van cannabismisbruik en cannabisafhankelijkheid (Prince van Leeuwen et al., 2014).

**Figuur 3.5 Gebruik van cannabis onder scholieren van 12-16 jaar van het voortgezet onderwijs naar leeftijd. Peiljaar 2015**



Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar, en in de laatste maand. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM, 2015.

### Blowen onder schooltijd

In het Peilstationsonderzoek in 2015 is gevraagd of jongeren wel eens blowen onder schooltijd (Van Dorsseleer et al., 2016).

- Van alle scholieren die in de afgelopen maand cannabis hebben gebruikt, antwoordt bijna de helft (45%) dat zij dit in de afgelopen maand wel eens onder schooltijd (tijdens tussenuren of in de pauze) hebben gedaan. Het verschil tussen jongens (51%) en meisjes (33%) is niet statistisch significant.
- Berekend als percentage van alle scholieren gaat het om 2,5% van alle leerlingen (Van Dorsseleer et al., 2016).
- In 2011 was dit 3,0% van alle scholieren; 31% van de laatste-maand-gebruikers (jongens 32%, meisjes 29%) (Verdurmen et al., 2012).

### Mate van consumptie

- Bijna de helft (47%) van de 12-16-jarige scholieren die de afgelopen maand cannabis gebruikten, deed dit niet meer dan één of twee keer. Bijna een kwart (23%) blowde frequent (negen keer of vaker in de afgelopen maand). Met 27% gebruiken meer jongens dan meisjes (17%) frequent; de meerderheid van de meisjes (60%) gebruikte 1-2 keer, vergeleken met 40% van de jongens. Er is geen duidelijk verband met de leeftijd.
- Gemiddeld roken leerlingen van het voortgezet onderwijs 1,5 joint per keer; de helft van de laatste-maand-gebruikers rookt minder dan een joint per keer. Jongens blowen niet alleen vaker dan meisjes, maar ook meer joints per keer: respectievelijk gemiddeld 1,6 joint versus 1,1 joint. Onder jongens rookt 44% minder dan een joint per keer en 24% drie of meer joints. Van de meisjes rookt de meerderheid (60%) minder dan een joint per keer en 'slechts' 12% drie of meer joints.

## Schoolniveau en etnische afkomst

Er zijn weinig verschillen tussen de schoolniveaus in de prevalentie van cannabisgebruik onder scholieren van 12-16 jaar. Voor nagenoeg alle schoolniveaus neemt cannabisgebruik af.

- In 2015 ligt onder scholieren van de HAVO (ooit 11,5%, laatste maand 6,0%) en het VMBO-b (ooit 11,4%, laatste maand 5,9%) het gebruik iets hoger dan op het VMBO-t (ooit 7,7%, laatste maand 3,7%) en het VWO (ooit 8,9%, laatste maand 4,3%), maar de verschillen tussen opleidingsniveaus zijn niet statistisch significant (Van Dorselaer et al., 2016).
- Hoewel prevalenties weinig verschillen tussen schoolniveaus, zijn blowende scholieren van het VWO het meest gematigd in hun gebruik: zij roken minder vaak en minder joints per keer dan scholieren van de andere schoolniveaus.
- Recente analyses laten zien dat sinds 2003 cannabisgebruik (ooit in het leven of in de afgelopen maand) bij bijna alle schoolniveaus significant is gedaald, alleen bij de HAVO is de daling in het percentage laatste-maand-gebruikers niet statistisch significant.
- Op alle schoolniveaus daalde sinds 2003 de veronderstelde schadelijkheid van dagelijks blowen. VMBO-b leerlingen veronderstellen minder vaak dat dagelijks blowen schadelijk is dan leerlingen van de andere drie niveaus. Scholieren die veronderstellen dat dagelijks blowen schadelijk is, hebben minder vaak ooit in het leven en in de afgelopen maand cannabis gebruikt (Tuithof et al., 2017).

## Er is geen sterke samenhang tussen etnische afkomst en het gebruik van cannabis.

- Alleen Marokkaanse leerlingen hebben met 3,9% minder ervaring met het gebruik van cannabis vergeleken met het gebruik in de andere groepen, dat het hoogst is onder scholieren van Surinaamse afkomst (13,4%). Ook het laatste-maand-gebruik lag het laagst onder scholieren van Marokkaanse afkomst (0,5%) en het hoogst onder scholieren van Surinaamse afkomst (6,9%).
- Onderzoek onder jonge immigranten (15-24 jaar) van Surinaamse, Turkse, Marokkaanse, Antilliaanse, of Aziatische afkomst in de vier grote steden laat zien dat het ooitgebruik van cannabis hoger ligt onder adolescente immigranten die thuis Nederlands spreken, vergeleken met degenen die thuis hun moedertaal spreken (Delforterie et al., 2014). Dit komt deels doordat zij vaker vrienden hebben die cannabis gebruiken.

## Wijze van verkrijgen

In het Peilstationsonderzoek van 2015 is gevraagd waar jongeren hun cannabis verkrijgen (Van Dorselaer et al., 2016).

- Op de vraag 'Hoe kom je meestal aan je wiet/hasj?' antwoordt het grootste deel (36%) van de laatste-maand-gebruikers het meestal te krijgen of met anderen mee te roken. Een op de vijf gebruikers (21%) zegt het meestal door vrienden of anderen te laten kopen en 17% koopt het zelf. Daarnaast geeft 20% van de cannabisgebruikers aan dat elk van de drie opties voorkomt (zelf kopen, krijgen, of laten kopen).
- Wanneer specifiek naar het kopen van cannabis gevraagd wordt, geeft 65% van de laatste-maand-gebruikers aan nooit zelf te kopen (meisjes met 72% vaker dan jongens met 61%). De rest koopt wel eens zelf cannabis: 16% koopt wel eens 'bij een dealer thuis', 15% 'in de coffeeshop', 14% 'op straat, park, etc.', 6% 'op of rond school', 6% 'bij iemand anders thuis', en 4% 'ergens anders'.
- Aangezien de leeftijdsgrens voor toegang tot een coffeeshop 18 jaar is, is het opmerkelijk dat 15% van de laatste-maand-gebruikers van 12-16 jaar in het laatste jaar wel eens cannabis kocht in een coffeeshop. Jongens (18%) rapporteren dat vaker dan meisjes (11%) en het percentage is hoger onder 16-jarigen (21%) dan onder 14- en 15-jarigen (12%).

**Tabel 3.3 Wijze van verkrijgen van cannabis door scholieren van 12-16 jaar die de afgelopen maand cannabis hebben gebruikt, naar leeftijdsgroep, geslacht en totaal. Peiljaar 2015**

Wijze van verkrijgen van cannabis	Leeftijd			Geslacht <sup>1</sup>		Totaal <sup>1</sup>
	14 jaar (%)	15 jaar (%)	16 jaar (%)	J (%)	M (%)	12-16 jaar
Ik koop het nooit	60	66	64	61	72	65
Coffeeshop	12	12	21	18	11	15
Bij een dealer thuis	19	18	12	16	17	16
Bij iemand anders thuis	5	8	4	7	4	6
Op of rond school	5	6	6	6	5	6
Op straat, park etc.	14	14	18	19	6	14
Anders	5	6	2	4	6	4

Wijze van verkrijgen van de leerlingen van 12-16 jaar van middelbare scholen die in de afgelopen maand cannabis hadden gebruikt. Leerlingen konden meer antwoorden aankruisen. De percentages tellen daarom niet op tot 100%. 1. Vanwege de kleine aantallen zijn de resultaten van de 12- en 13-jarigen niet apart vermeld in de tabel, maar wel meegenomen in de totalen. J = jongens, M = meisjes. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM, 2015.

## Opvattingen en rol van ouders

In het Peilstationsonderzoek 2015 zijn ook de opvattingen van ouders over blowen onderzocht (Van Dorsselaer et al., 2017).

- Van de ouders van scholieren van 12-16 jaar denkt 83% dat 'af en toe cannabis gebruiken' schadelijk is voor jongeren onder de 16 jaar. Dit percentage schommelt in de periode sinds 2007 en is lager dan in 2013 maar vergelijkbaar met 2007. Voor jongeren onder de 18 jaar vindt drie kwart (79%) van de ouders af en toe blowen schadelijk.
- Bijna alle ouders (93%) geven aan dat zij strenge regels hanteren wat betreft cannabisgebruik door hun kind. Ouders die aangeven dat zij zelf en/of hun partner ooit cannabis hebben gebruikt (28%), verwachten minder vaak dat zij invloed hebben (57%) en stellen minder vaak strenge regels (86%) vergeleken met ouders die beiden nooit cannabis hebben gebruikt (respectievelijk 80% en 96%).
- Bijna drie kwart van de ouders (73%) heeft er vertrouwen in dat zij cannabisgebruik door hun kind kunnen voorkomen. Dat is beduidend hoger dan het percentage ouders dat er vertrouwen in heeft om gebruik van alcohol (59%) of tabak (59%) te kunnen voorkomen. Dit vertrouwen is gestegen sinds 2007, met een sterke stijging tussen 2007 en 2011 en daarna een stabilisering in 2015.

Aan de scholieren zelf is ook gevraagd of zij vinden dat ouders strenge regels hanteren over blowen en – in het algemeen- in hoeverre hun ouders toezicht houden en steun bieden (Monshouwer et al., 2016; Van Dorsselaer et al., 2017).

- Ruim 9 van de 10 scholieren (92%) vinden dat hun ouders strenge regels stellen over blowen. Deze factor hangt sterk samen met minder cannabisgebruik: van de scholieren die géén strenge regels ervaren, blowde 26% in de afgelopen maand en bij degenen die wél strenge regels ervaren was dit 3%.
- Ook als scholieren vinden dat hun ouders veel steun bieden, blowen zij minder vaak (3% versus 12% cannabisgebruik in de laatste maand). In mindere mate is dit ook het geval voor scholieren die veel toezicht door hun ouders ervaren (3% versus 5%) (Tuithof et al., 2017).

## Cannabisgebruik en probleemgedrag

Verscheidende Nederlandse studies laten zien dat cannabisgebruik in de adolescentie samenhangt met gevoelens van hopeloosheid, problemen hebben, zoals agressief en delinquent gedrag, schoolproblemen zoals spijbelen, lage schoolmotivatie en/of lage prestatie, ander drugsgebruik en psychosociale problemen (Monshouwer et al., 2006; Verdurmen et al., 2005; Ter Bogt et al., 2009; Malmberg et al., 2010; Van Gastel et al., 2012; Van Gastel et al., 2012). De oorzakelijkheid van deze verbanden is niet duidelijk (zie § 3.4).

### Gebruik onder studenten van het MBO en HBO

In 2015 is het gebruik van cannabis gemeten in een landelijk onderzoek onder ongeveer 3.000 studenten van het MBO en het HBO (16-18 jaar) (Verdurmen et al., 2016).

- Drie op de tien studenten (31%) hadden ooit cannabis gebruikt en één op de zeven (14%) deed dit nog in de afgelopen maand: twee keer zoveel jongens (18%) als meisjes (9%).
- De blowende studenten roken gemiddeld 1,7 joints per keer.
- Van de studenten die de afgelopen maand cannabis hebben gebruikt, heeft ruim een kwart (28%) in dezelfde periode onder schooltijd gebloed.
- Het percentage 17-jarigen dat ooit of in de laatste maand cannabis heeft gebruikt, lijkt op het VO iets hoger te liggen dan op het MBO en het HBO, maar de verschillen zijn niet statistisch significant.

### Gebruik in Amsterdam onder scholieren van de HAVO en het VWO en onder studenten van het MBO

In (zeer) stedelijke gebieden is het cannabisgebruik hoger dan in matig- of niet-stedelijke gebieden. Ook onder Amsterdamse HAVO/VWO scholieren en MBO-studenten is gebleken dat het cannabisgebruik hoger ligt dan het landelijk gemiddelde (Dijkshoorn et al., 2016). Bij de interpretatie hiervan is het belangrijk om rekening te houden met verschillen in meetmethoden, waardoor een directe vergelijking niet mogelijk is.

- Begin 2016 is het gebruik van alcohol en drugs onderzocht onder 1.076 leerlingen van 16-18 jaar uit klas 5 en 6 van de HAVO en het VWO in Amsterdam (Dijkshoorn et al., 2016). Van deze leerlingen had 51% ooit cannabis gebruikt (de landelijke data van het Peilstationsonderzoek 2015 toonden 28%). In de afgelopen maand had 24% van deze leerlingen nog cannabis gebruikt (landelijk is dit 15%).
- In 2016 is bovendien het gebruik van alcohol en drugs onderzocht onder 1.972 MBO-studenten in Amsterdam (Nabben et al., 2017). De leeftijd van deze MBO-studenten varieerde van 15 tot en met 35 jaar en hun gemiddelde leeftijd was 19 jaar. Van deze studenten had 49% ooit cannabis gebruikt, 34% in het afgelopen jaar, en 22% in de afgelopen maand. Van de laatste-maand-gebruikers blowde 17% dagelijks.

### Speciale groepen jongeren en jongvolwassenen

In bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen ligt het gebruik van cannabis hoger dan onder scholieren op reguliere middelbare scholen en de algemene bevolking, zoals hiervoor beschreven. Tabel 3.4 vat de resultaten samen van uiteenlopende lokale en landelijke studies onder bezoekers van uitgaansgelegenheden en 'probleemgroepen'. De cijfers zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. Bovendien zijn de responspercentages in onderzoeken onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen doorgaans laag (tussen 15% en 25%) en zijn zij 'op locatie' of online geworven in plaats van via een representatieve steekproef uit de bevolking, waardoor een vertekening van de resultaten kan optreden. De uitkomsten geven wel een indicatie van verschillen tussen (risico)groepen jongeren en jongvolwassenen.

### *Uitgaande jongeren en jongvolwassenen*

Hoewel cannabis geen typische uitgaansdrug is, wordt het middel wel vaker gebruikt door jongeren en jongvolwassenen die vaak uitgaan. Dit blijkt uit zowel landelijke als lokale studies.

In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2016 is het middelengebruik van 4.905 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 15-35 jaar in kaart gebracht. Twee vijfde (39%) van de deelnemers bezocht maandelijks een club en nog eens een vijfde (18%) deed dit wekelijks. Party's werden minder vaak bezocht; 60% deed dit in het afgelopen jaar minder dan maandelijks (Monshouwer et al., 2016). Deze resultaten zijn niet rechtstreeks te vergelijken met die van de peiling in 2013. De respondenten van deze onderzoeken vormen geen representatieve steekproef van alle uitgaande jongeren en jongvolwassenen, en er zijn verschillen in de steekproeven van 2013 en 2016, zoals uitgaansfrequentie of muziekvoorkeur (zie bijlage D.3).

- In HGU2016 had een op de drie (32%) uitgaande jongeren en jongvolwassenen in de afgelopen maand geblowd. Dat is meer dan het percentage laatste-maand-blowers onder leeftijdsgenoten uit de algemene bevolking (zie § 3.2). Van degenen die in het afgelopen jaar cannabis hadden gebruikt, deed 48% dat minimaal eens per maand, 10% gebruikte (bijna) dagelijks.
- Net als in de algemene bevolking had de meerderheid van de laatste-maand-gebruikers een voorkeur voor wiet (52%), 19% gebruikte meestal hasj, 19% gebruikte even vaak wiet als hasj, en 10% wist het niet.
- Cannabis werd meestal gebruikt op niet-uitgaansavonden, en is daarmee geen typische uitgaansdrug, zoals ecstasy en amfetamine. Zowel op uitgaansdagen als niet-uitgaansdagen werd meestal één joint gerookt.

De Antenne-monitor volgt het middelengebruik in het Amsterdamse uitgaansleven middels een panelstudie met sleutelfiguren uit het uitgaansleven en surveys onder wisselende groepen jongeren en jongvolwassenen.

- In 2016 signaleren sleutelfiguren dat blowen -net als het roken van tabak- door de rookwetgeving fors gemarginaliseerd is in het Amsterdamse uitgaansleven. Al sinds 2013 leek blowen op zijn retour, met name in clubs, maar niet op urban (hiphop, rap en r&b) feesten (Nabben et al., 2013; Benschop et al., 2015; Nabben et al., 2016; Nabben et al., 2017).
- Rond (tabak) roken hangt een groter aureool van ongezond gedrag, voor sommigen is een e-smoker een alternatief (Nabben et al., 2017). Zo constateren sleutelfiguren ook dat sommige blowers overstappen op vaporizers en dat "het vaperen of dampen in sommige urbankringen een 'statusding' begint te worden" (Nabben et al., 2017). Sommigen gebruiken hasjolie via de vaporizer. In 2015 leek de overstap van joint-rokers op geavanceerde pijpjes en vaporizers niet afgenomen te zijn of zelfs helemaal verdwenen.
- Over het algemeen wordt overwegend thuis geblowd, na het werk, en soms op afterfeesten, feesten en festivals, maar weinig in een coffeeshop (Nabben et al., 2016; Nabben et al., 2017).
- In voorgaande onderzoeken van de Antenne-monitor daalde tussen 1995 en 2013 het percentage dat tijdens het uitgaan blowde zowel onder clubbers als ravers (Nabben et al., 2014), net als tussen 2000 en 2014 onder de Amsterdamse cafébezoekers (Benschop et al., 2015).

Ook volgens een ouder uitgaansonderzoek van GGD Haaglanden, dat eveneens panelinterviews combineert met een survey onder uitgaande jongeren, wordt gesteld dat cannabis zowel tijdens het uitgaan als daarbuiten wordt gebruikt (Van Dijk en Reinerie, 2015).

- In de survey van 2014 met 1.309 deelnemers tussen 12-35 jaar op vier Haagse uitgaanslocaties had 83% ooit hasj of wiet gebruikt. Vier op de tien (42%) hadden in de afgelopen maand gebruikt; 50% van de mannen en 30% van de vrouwen.
- De gemiddelde leeftijd waarop deelnemers voor het eerst hasj of wiet gebruikten was 17 jaar. Bij mannen was de mediane leeftijd met 14 jaar lager dan bij vrouwen (16 jaar).
- Laatste-maand-gebruikers rookten gemiddeld 1,5-2 joints op een 'blowdag', de mediaan was 1 joint.

- Volgens sleutelfiguren in het Haagse uitgaansleven werden waterpijp en verdamers om cannabis te 'roken/inhaleren' genoemd als nieuwe ontwikkeling, hetgeen destijds ook in Amsterdam het geval was (Benschop et al., 2015).
- Redenen om te blowen varieerden van verveling, het lekkere gevoel, vluchten voor de werkelijkheid, of het onderdrukken of bevorderen van de effecten van stimulerende drugs.

### *Coffeeshopbezoekers*

Jaarlijks voert de Antenne-monitor ook een survey uit onder verschillende groepen jongeren en jongvolwassenen in Amsterdam. De Antenne-survey uit 2015 bracht het middelengebruik onder coffeeshopbezoekers in kaart (Nabben et al., 2016).

- In 2015 had 91% van de coffeeshopbezoekers in de afgelopen maand geblowd (Nabben et al., 2016). Van deze groep gebruikte 44% dagelijks of bijna dagelijks; 15% gebruikte 1-2 dagen per week, 21% gebruikte 3-4 dagen en 12% gebruikte 5-6 dagen per week.
- Gemiddeld blowden zij 3 joints per typische gebruiksday; 44% rookte maximaal 1 à 2 joints op een dag, 20% rookte er minstens 5.
- Hoewel 97% van de laatste-maand-gebruikers meestal cannabis rookte in een joint, had 76% ook ervaring met andere gebruiksmethoden, zoals de waterpijp (64%), eten of drinken (60%), een chillum (kegelvormige pijp) (45%), de vaporizer (34%) of een e-smoker (15%). Ruim een kwart (28%) van de laatste-maand-gebruikers had deze alternatieve methoden in de laatste maand nog toegepast. Er is nog weinig bekend over de gezondheidsschade bij het gebruik van e-smokers (Giroud et al., 2015).
- Een meerderheid van de coffeeshopbezoekers (58%) had nog nooit van synthetische cannabis gehoord, een op de tien had er ervaring mee (zie § 8.3).
- Een meerderheid (57%) van de coffeeshopbezoekers die in de afgelopen maand nog hadden gebruikt, had een voorkeur voor wiet; 30% prefereerde hasj. De resterende 13% had geen voorkeur voor wiet of hasj.
- Meer dan de helft van de coffeeshopbezoekers prefereerde de sterkere cannabissoorten: 37% gebruikte meestal 'sterke' wiet of hasj en 19% meestal 'erg sterke'. Degenen die juist (erg) milde soorten gebruikten, waren in de minderheid (7%). Er bestaat twijfel over hoe goed (frequent) gebruikers de sterkte van hun cannabis in kunnen schatten (Van der Pol et al., 2013a).
- Negen van de tien laatste-jaar-cannabisgebruikers (90%) mengden hun cannabis met tabak. De helft van de niet-mengers was geen roker van sigaretten, shag, of sigaren, maar de andere helft rookte wel, maar blowde zonder tabak.
- Personen die vaak en langdurig coffeeshops bezoeken hadden een grotere kans om voor het onderzoek te worden benaderd. Dit heeft vermoedelijk geleid tot een oververtegenwoordiging van frequente blowers.

### *Probleemgroepen*

Recente studies ontbreken over cannabisgebruik onder probleemgroepen. Oudere studies laten echter zien dat er onder hangjongeren, jongeren in justitiële jeugdinrichtingen en in de jeugdzorg, zwerfjongeren en spijbelaars relatief veel laatste-maand-cannabisgebruikers zijn (3 tot 6 op de 10) (zie ook Kepper et al., 2009b, 2013; en NDM Jaarbericht 2016).

- In de jeugdzorg in Amsterdam daalde het percentage laatste-maand-blowers van 45% in 2006 naar 29% in 2012 (Benschop et al., 2013). Volgens het panel van Amsterdamse professionals die zicht hebben op kwetsbare buurtjongeren in straatgroepen, blijft cannabis een aantrekkelijk middel en onderschatten jongeren de risico's van frequent blowen (Nabben et al., 2017).



- In een onderzoek onder daklozen in de vier grote steden (G4) worden vijf soorten daklozen onderscheiden (Van der Laan et al., 2013). Een van deze groepen daklozen van voornamelijk mannen kenmerkte zich door regelmatig cannabisgebruik "jonge mannelijke cannabisgebruikers": zij waren gemiddeld 23 jaar oud en 66% van hen gebruikte regelmatig cannabis. In 2011 had 63% van de jonge daklozen in de vier grote steden in de afgelopen maand cannabis gebruikt (Van Straaten et al., 2012). Bij de vervolgmeting van deze groep in 2013 was dat 54% (geen statistisch significante daling). Overigens was slechts 3% nog dakloos (Van Straaten et al., 2014).
- In Amsterdam is gebleken dat van de jongvolwassen geweldadige veelplegers 13% problematisch blowl. Het blowen belemmert hun dagelijks functioneren en 29% heeft wel eens een delict gepleegd onder invloed van cannabis (GGD Amsterdam, 2014). Dit wil niet zeggen dat cannabisgebruik de oorzaak is van dergelijke problemen.

**Tabel 3.4** Laatste-maand-gebruik van cannabis in speciale groepen

	Locatie	Peiljaar	Gemiddelde Leeftijd (jaar)	Actueel gebruik (%)
<b>Uitgaande jongeren en jongvolwassenen</b>				
Bezoekers van party's, festivals en clubs <sup>I</sup>	Landelijk	2016	22	32
Cafébezoekers <sup>II</sup>	Amsterdam	2014	27	30
Bezoekers van clubs en raves <sup>III</sup>	Amsterdam	2013	24	48
Uitgaanders	Den Haag	2014	24	42
Coffeeshopbezoekers	Amsterdam	2015	25	91
<b>Probleemgroepen</b>				
Dakloze jongeren	G4	2011	20	63
(Voormalig) dakloze jongeren	G4	2013	22	54
Jongeren in de jeugdzorg	Amsterdam	2012	16	29

Percentage laatste-maand-gebruikers per groep. De cijfers in deze tabel zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. De uitgaanders die deelnemen aan onderzoek zijn niet representatief voor alle uitgaanders. G4 = Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, en Utrecht. I. Frequente bezoekers van party's en clubs geworven via facebook, online community's, websites en fora over feesten, party's en festivals. II. Jongeren en jongvolwassenen uit mainstream-, hippe-, studenten-, en gay cafés. Dus niet representatief voor alle cafébezoekers. III. Clubs 40%, raves bijna 60%. Raves zijn "door verschillende organisaties en (vrienden)groepen georganiseerde (quasi-) illegale feesten op alternatieve locaties" (Nabben et al., 2014). Bronnen: Het Grote Uitgaansonderzoek 2016, Monshouwer et al., 2016; Antenne 2013 (Nabben et al., 2014); Antenne 2014 (Benschop et al., 2015); Antenne 2015 (Nabben et al., 2016); Het Haags Uitgaansonderzoek 2014, GGD Haaglanden (Van Dijk en Reinerie, 2015); Coda-G4 (Van Straaten et al., 2012; Van Straaten et al., 2014); GGD Amsterdam, 2014.



### 3.4 Problematisch gebruik

Problematisch cannabisgebruik kent geen uniforme definitie, maar is in het afgelopen decennium geoperationaliseerd volgens criteria voor afhankelijkheid en misbruik van het internationaal psychiatrisch classificatiesysteem DSM-IV (zie bijlage A). Vanaf 1 januari is de DSM-5 leidend voor de klinische praktijk, waarbij de DSM-IV-diagnosen 'misbruik' en 'afhankelijkheid' zijn samengevoegd tot één nieuwe DSM-5-diagnose: 'stoornis in het gebruik van middelen' met drie ernstniveaus (Sigling, 2016). Gegevens over het vóórkomen van cannabisstoornissen zijn voorsnog alleen beschikbaar op basis van de DSM-IV. Een indicatie van het problematisch cannabisgebruik kan ook worden verkregen via een veelgebruikte korte vragenlijst, de Cannabis Abuse Screening Test (CAST) (Casajuana et al., 2016). Hierover zijn wel recente gegevens beschikbaar (zie later deze paragraaf).

Cannabis is minder verslavend dan heroïne, cocaïne en nicotine (Van Amsterdam et al., 2015). Het risico van afhankelijkheid neemt echter toe bij langdurig frequent gebruik en gaat vaak samen met afhankelijkheid van andere middelen (Hall en Degenhardt, 2014). Ongeveer een op de tien ooitgebruikers wordt afhankelijk van cannabis; deze kans is een op zes wanneer men als tiener startte met gebruik (Anthony et al., 2006; Hall, 2015). Jongeren zijn dus waarschijnlijk kwetsbaarder voor cannabisafhankelijkheid dan ouderen (CAM, 2008; Chen et al., 2009; Chadwick et al., 2013).

### **Problematisch cannabisgebruik onder volwassenen**

Er zijn geen recente schattingen beschikbaar over hoe vaak een stoornis in het gebruik van cannabis in Nederland voorkomt. Er zijn wel recente (2016) gegevens over het voorkomen van problematisch cannabisgebruik in de volwassen Nederlandse bevolking op basis van de CAST screeningvragenlijst, die is opgenomen in de LSM-A (zie bijlage D.2). Een positieve score (van 2 of hoger) op deze korte vragenlijst hangt samen met een stoornis in het gebruik van cannabis, maar vormt geen klinische diagnose. Daarom moeten deze gegevens voorzichtig worden geïnterpreteerd.

- In 2016 had 1,4% van de bevolking van 18 jaar en ouder een positieve CAST score (van 2 of hoger). Dat komt (afgerond op tienduizendtallen) neer op 180 duizend Nederlanders (95% betrouwbaarheidsinterval 150-210 duizend) en is 22,1% van de laatste-jaar-gebruikers. Voor mannen (26,6%) is dit hoger dan voor vrouwen (12,8%) (LSM-A).
- Een positieve CAST score hangt sterk samen met de frequentie van cannabisgebruik. Van degenen die in het afgelopen jaar 2-3 keer per week gebruikten had 42% een positieve CAST score en van degenen die vier of meer keer per week gebruikten was dat 69% (LSM-A).
- De score op de CAST hangt ook samen met het gemiddeld aantal joints dat op een 'typische blowdag' wordt gerookt. De gemiddelde CAST score was 0,5 onder degenen die niet meer dan 1 joint rookten; 1,1 bij gemiddeld 2 joints; 2 bij 3 joints en 2,7 bij meer dan 3 joints (LSM-A).

### *Afhankelijkheid en misbruik van cannabis*

De meest recente gegevens over cannabismisbruik en -afhankelijkheid onder de volwassen Nederlandse bevolking dateren uit 2007-2009.

- Volgens gegevens van het NEMESIS-2-onderzoek uit 2007-2009 voldeed op jaarbasis naar schatting tussen 0,1% en 0,5% van de bevolking van 18-64 jaar aan de diagnose cannabisafhankelijkheid (DSM-IV gewijzigde editie). Naar schatting 0,2% tot 0,6% van de respondenten voldeed aan de diagnose cannabismisbruik.
- Van degenen die in het jaar voorafgaand aan het interview cannabis hadden gebruikt (6,5% van alle respondenten), voldeed 1 op de 9 aan de criteria voor cannabismisbruik of -afhankelijkheid. Deze stoornissen komen vaker voor onder mannen dan vrouwen (zie tabel 3.5).
- 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 de 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.
- Drie jaar na de eerste NEMESIS-2-meting werd een tweede meting uitgevoerd (De Graaf et al., 2012). Op deze manier kon worden onderzocht hoeveel mensen die nog nooit een cannabisprobleem hadden gehad, binnen de periode van een jaar alsnog een cannabisprobleem kregen. Binnen de periode van een jaar kreeg 0,12% voor het eerst last van cannabismisbruik en kreeg nog eens 0,09% voor het eerst last van cannabisafhankelijkheid.

**Tabel 3.5 Jaarprevalentie en aantallen mensen met een cannabisstoornis, naar geslacht. Tussen haakjes: 95% betrouwbaarheidsintervallen. Peiljaar 2007-2009**

Stoornis	Mannen (%; 95% BI)	Vrouwen (%; 95% BI)	Totaal (%; 95% BI)	Totaal (Aantal)
Cannabismisbruik	0,6 (0,2 – 1,0)	0,2 (<0,1 – 0,4)	0,4 (0,2 – 0,6)	40.200
Cannabisafhankelijkheid	0,4 (0,1 - 0,8)	0,1 (<0,1 - 0,3)	0,3 (0,1 - 0,5)	29.300

95% BI = 95% Betrouwbaarheidsinterval. Bron: Nemesis 2007-2009 (De Graaf et al., 2010).

### *Beloop cannabisstoornissen en samenhang met andere problemen*

Cannabisafhankelijkheid gaat vaak samen met andere psychische stoornissen (Van Laar et al., 2007; Hasin et al., 2016) en kent vaak een dynamisch beloop.

- Zowel frequent cannabisgebruik mét en zónder afhankelijkheid hangt samen met gedragsstoornissen en ADHD. Angststoornissen en depressie komen echter alleen vaker voor bij degenen die ook afhankelijk zijn, blijkt uit een vergelijking tussen frequente cannabisgebruikers van 18-30 jaar die op minstens 3 dagen per week blowen (met en zonder cannabisafhankelijkheid) en leeftijdsgenoten uit de algemene bevolking die niet (frequent) blowen (Van der Pol et al., 2013).
- Bij 37% van de frequente cannabisgebruikers die aan het begin van het onderzoek nooit afhankelijk waren geweest, ontwikkelde zich cannabisafhankelijkheid gedurende het onderzoek en van degenen die bij de start afhankelijk waren, bleef 28% dat gedurende drie jaar (Van der Pol et al., 2013b; Van der Pol et al., 2015). Er werd geen duidelijk verband gevonden tussen de mate (aantal dagen, aantal joints, dosis, sterkte) van frequent cannabisgebruik en afhankelijkheid. Huidige problemen, cannabisgebruik om problemen te vergeten (coping motieven) en eerdere symptomen van een cannabisstoornis kwamen wel vaker voor bij mensen die afhankelijk raakten of bleven. Bij het merendeel van de afhankelijke gebruikers in dit onderzoek ging de afhankelijkheid voorbij zonder professionele hulp. De afhankelijke gebruikers die geen hulp zochten functioneerden beter en hadden minder psychische problemen dan gebruikers die wel hulp zochten in de verslavingszorg (Van der Pol et al., 2013c).

### **Cannabis en probleemgedrag in de adolescentie**

Onbekend is hoeveel Nederlandse jongeren een cannabisstoornis hebben. Internationale studies suggereren dat cannabisgebruik zowel een oorzaak als een gevolg van psychische-, sociale- en gedragsproblemen kan zijn. Ook kan een gezamenlijke andere oorzaak niet worden uitgesloten.

- Cannabisgebruik (vooral dagelijks) op jonge leeftijd verhoogt niet alleen het risico op afhankelijkheid, maar ook het risico op schoolverlaten, verminderde schoolprestaties, en werkloosheid (Sillins et al., 2014; Fergusson et al., 2015; Danielsson et al., 2015; Curran et al., 2016; Stiby et al., 2015). Ook beïnvloedt dit mogelijk de cognitieve ontwikkeling en hersenontwikkeling (Hall, 2015; Volkow et al., 2016).
- Andersom gaan gedragsproblemen vaak vooraf aan het cannabisgebruik. Gedragsproblemen op jonge leeftijd voorspellen cannabisgebruik in de adolescentie (Griffith Lending, 2015). Echter, psychische problemen, zoals teruggetrokken gedrag, angstklachten en depressie voorspellen niet of jongeren later cannabis gaan gebruiken (Griffith Lending, 2015). Jongeren met sociale angst hebben zelfs minder kans cannabis te gaan gebruiken, omdat ze minder omgaan met leeftijdsgenoten (Nelemans et al., 2015).
- Ook lopen niet alle jongeren hetzelfde risico op afhankelijkheid. Uit een studie die 816 personen van hun 16e tot hun 30e jaar volgde, bleek dat adolescenten met een 'externaliserende' stoornis in de kindertijd meer kans hebben op een cannabisstoornis. Dit was voor 'internaliserende' stoornissen niet het geval (Farmer et al., 2015).

- Daarnaast is er een overlap van risicofactoren, die zowel het risico op cannabisgebruik als probleemgedrag kunnen vergroten (CAM, 2008; Verweij et al., 2013) en beide kunnen onderdeel zijn van een breder patroon van afwijkend gedrag (Lee et al., 2011; Pingault et al., 2012).

Erfelijke aanleg speelt in dit verband tussen gedragsproblemen en cannabisgebruik in de adolescentie voor jongens een belangrijkere rol dan voor meisjes, bij wie omgeving het belangrijkste lijkt (Verweij et al., 2016).



## 3.5 Gebruik: internationale vergelijking

### Algemene bevolking

Gegevens over het drugsgebruik in de lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen en Turkije worden verzameld door het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA, 2017). 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, 2017), de Canadian Tobacco, Alcohol and Drugs Survey (CTADS, 2015) en het Australian Institute of Health and Welfare (AIHW, 2016).

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking. Van invloed is vooral de leeftijdsgroep. Tabel 3.6a geeft gebruikscijfers die zijn (her)berekend volgens de standaard leeftijdsgroepen van het EMCDDA (15-64 jaar en 15-34 jaar). Voor zover recente gegevens beschikbaar zijn, zijn voor Europa alleen landen uit de EU-15 en Noorwegen opgenomen in tabel 3.6a en 3.6b. Gegevens voor andere EU-lidstaten zijn in bijlage C vermeld.

- Schattingen van het percentage van de mensen in de algemene westerse bevolking dat ooit in het leven cannabis heeft gebruikt lopen uiteen van 9,4% in Portugal tot 47,0% in de Verenigde Staten (tabellen 3.6a en 3.6b). Het gewogen gemiddelde in de lidstaten van de Europese Unie is 26,3%<sup>2</sup> (EMCDDA, 2017), waarbij Frankrijk met 40,9% aan kop gaat en Nederland met 25,2% rond het gemiddelde ligt.
- Het gebruik van cannabis ligt doorgaans het hoogst onder jongvolwassenen. Het laatste-jaar-cannabisgebruik onder 15-34-jarigen wordt voor de Europese Unie geschat op gemiddeld 13,9%, oftewel 17,1 miljoen jongvolwassenen. In Nederland lag dat percentage in 2016 iets hoger, namelijk op 15,7%. Ook dit percentage loopt sterk uiteen tussen de EU-28 landen en de kandidaat-lidstaten waarvoor gegevens beschikbaar zijn, variërend van 0,4% in Turkije en 3,3% in Roemenië tot 19,0% in Italië en 22,1% in Frankrijk.
- De hoogste percentages laatste-maand-gebruikers van cannabis onder volwassenen zijn gerapporteerd in de Verenigde Staten (9,1%), Spanje (7,3%), en Frankrijk (6,6%); de laagste percentages (<1%) zijn gevonden in Zweden (0,9%), Hongarije (0,7%), Litouwen (0,7%), Malta (0,4%), en Turkije (0,2%).
- Ongeveer 1% van de bevolking in de EU van 15-64 jaar gebruikt cannabis (bijna) dagelijks (ten minste 20 dagen in de afgelopen maand), ongeveer 70% van hen was jonger dan 35 jaar. In Nederland gebruikte 1,3% van de 15-64-jarigen (bijna) dagelijks cannabis, waarvan 65% jonger was dan 35 jaar.

<sup>2</sup> Het Europese gemiddelde, zoals berekend door het EMCDDA, is een schatting die is gewogen op basis van de bevolkingsomvang. Landen met veel inwoners tellen daarbij zwaarder mee. In deze schatting zijn de nieuwe cijfers voor Nederland uit 2016 nog niet meegenomen.

**Tabel 3.6a** Consumptie van cannabis onder de algemene bevolking van enkele EU-15 lidstaten en Noorwegen: leeftijdsgroepen 15-64 jaar en 15-34 jaar

Land	Jaar	15-64 jaar				15-34 jaar			
		Ooitgebruik (%)	Laatste-jaar-gebruik (%)	Laatste-maand-gebruik (%)	(Bijna) dagelijks gebruik (%)	Ooitgebruik (%)	Laatste-jaar-gebruik (%)	Laatste-maand-gebruik (%)	(Bijna) dagelijks gebruik (%)
Frankrijk	2014	40,9	11,1	6,6	2,2	53,0	22,1	13,5	4,4
Spanje	2015	31,5	9,5	7,3	2,9	38,8	17,1	12,9	4,8
Ierland	2015	27,9	7,7	4,4	-	33,5	13,8	8,1	-
Nederland	2016	25,2	8,4	5,1	1,3	36,1	15,7	8,8	1,9
Oostenrijk	2015	23,6	6,4	2,5	0,5	32,5	14,1	5,6	1,1
Finland	2014	21,7	6,8	2,5	0,3	31,0	13,5	4,9	0,6
Noorwegen	2015	20,9	4,2	1,7	0,4	28,5	8,6	3,8	-
België	2013	15,0	4,6	2,6	0,5	28,4	10,1	5,5	1,1
Zweden	2015	14,7	3,2	0,9	-	21,2	7,3	1,8	-
Portugal	2012	9,4	2,7	1,7	0,5	14,4	5,1	3,1	0,7

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen. De tabel is geordend op het percentage ooitgebruikers (15-64 jaar). Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar, in de laatste maand, en (bijna) dagelijks in de afgelopen maand (ten minste op 20 dagen in de afgelopen maand). - = Niet gemeten. Bronnen: EMCDDA; Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2016.

**Tabel 3.6b** Consumptie van cannabis onder de algemene bevolking van de Verenigde Staten, Canada en Australië en enkele lidstaten van de EU-15: overige leeftijdsgroepen<sup>1</sup>

Land	Jaar	Leeftijd (jaar)	Ooitgebruik (%)	Laatste-jaar-gebruik (%)	Laatste-maand-gebruik (%)
Verenigde Staten	2016	18 en ouder	47,0	14,1	9,1
		12 en ouder	44,0	13,9	8,9
Canada	2015	15 en ouder	44,5	12,3	-
Denemarken	2013	16 – 64	35,6	6,9	2,7
Australië	2016	14 en ouder	34,8	10,4	-
Italië	2014	15 – 74	31,9	9,2	4,4
Verenigd Koninkrijk <sup>II</sup>	2015	16 – 59	29,2	6,7	3,7
Duitsland	2015	18 – 64	27,2	6,1	3,1

**Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen.** De tabel is geordend op het percentage ooitgebruikers. Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar, en in de laatste maand. - = Niet gemeten. I. 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. II. Verenigd Koninkrijk: Engeland en Wales. Bronnen: SAMHSA, CTADS, EMCDDA, AIHW.

### Verenigde Staten

In de vier staten waar recreatief gebruik van cannabis het eerst is gelegaliseerd (Colorado, Washington, Oregon en Alaska) ligt de prevalentie van gebruik hoger dan het gemiddelde in de Verenigde Staten. Uitsplitsingen op het niveau van afzonderlijke staten kunnen alleen gemaakt worden door gegevens van twee peiljaren samen te nemen.

- Voor 2014 en 2015 samengenomen was het percentage cannabisgebruikers van 18 jaar en ouder in het afgelopen jaar in de VS in totaal 13,4% versus 23,6% in Colorado, 17,7% in Washington, 19,6% in Oregon en 22,3% in Alaska. De laatste-maand-prevalenties waren achtereenvolgens 8,5% voor de VS in totaal versus 17,1% in Colorado, 11,4% in Washington, 13,0% in Oregon en 14,8% in Alaska.
- Het is onbekend of dit verschil toegeschreven kan worden aan de legalisering van cannabisgebruik, of dat er sprake is van een bestaand regionaal verschil omdat deze staten al hogere cannabisprevalenties kenden vóórdat liberale regelgeving werd doorgevoerd (Blankers et al., 2017).

### Trends

Trends in het cannabisgebruik in de algemene bevolking zijn lastig vast te stellen. Slechts in een beperkt aantal landen zijn over een langere periode herhaalde en vergelijkbare metingen verricht.

- Voor zover gegevens beschikbaar zijn, divergeren de trends in het laatste-jaar-cannabisgebruik in de bevolking van 15-34 jaar van een aantal EU-landen. In Spanje en het Verenigd Koninkrijk was er het afgelopen decennium aanvankelijk een dalende trend, maar die is nu gestabiliseerd. Een stijgende trend is het afgelopen decennium waargenomen in Ierland, Finland, en Zweden (EMCDDA, 2017).
- In de Verenigde Staten steeg het percentage laatste-jaar-gebruikers van cannabis in de bevolking van 18 jaar en ouder geleidelijk van 10,1% in 2008 naar 13,6% in 2015. In 2016 zette de stijging zich voort naar 14,1% (SAMHSA, 2017).
- Het laatste-jaar-gebruik van cannabis in de Australische algemene bevolking van 14 jaar en ouder bleef tussen 2013 (10,2%) en 2016 (10,4%) stabiel (AIHW, 2016).
- In Canada is de Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey (CADUMS) vervangen door de Canadian Tobacco, Alcohol and Drugs Survey (CTADS), waardoor geen trend te bepalen is.

### Jongeren

Beter vergelijkbaar zijn de cijfers van de ESPAD, het European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. In 2003, 2007, 2011 en 2015 werden peilingen uitgevoerd onder 15- en 16-jarige scholieren van het middelbaar onderwijs (Hibell et al., 2004, 2009, 2012; Kraus et al., 2016). In 2015 deden 35 landen mee aan het onderzoek. Tabel 3.7 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 2015 ooit cannabis had gebruikt, was het hoogst in Frankrijk, gevolgd door Spanje en Italië. Nederlandse scholieren staan met 22% op de vierde positie en boven het (ongewogen) Europese gemiddelde van 16% (tabel 3.7). Ook het laatste-jaar-gebruik was onder Nederlandse scholieren met 20% hoger dan het ongewogen gemiddelde van 13%.
- Bij het laatste-maand-gebruik ging Frankrijk eveneens aan kop, ook nu gevolgd door Italië en Spanje. Nederlandse scholieren staan ook in het laatste-maand-gebruik op de vierde positie van de in tabel 3.7 genoemde landen.
- Het percentage leerlingen dat 6 maal of meer cannabis had gebruikt in de laatste maand, was het laagst in Griekenland en de Scandinavische landen Denemarken, Finland, Zweden en Noorwegen en was het hoogst in Frankrijk, gevolgd door Italië, Spanje, Ierland, Nederland en Australië (tabel 3.7).
- Het percentage laatste-maand-cannabisgebruikers lag in Nederland hoger dan het (ongewogen) gemiddelde van de 34 onderling vergelijkbare Europese landen (12% versus 7%). Nederland stond in de rangorde van de 34 onderling vergelijkbare Europese landen op de vierde plaats, samen met Bulgarije, Monaco en Slovenië.

## Trends

In Nederland was het ooitgebruik van cannabis onder scholieren relatief hoog en daalde het in 2015. Eenzelfde patroon was te zien in Duitsland, Denemarken, Ierland, Spanje, en België, terwijl in Noorwegen, Zweden, Finland en Portugal het gebruik laag lag en stabiel bleef.

- Ook in Zwitserland, Oostenrijk, de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk lag het cannabisgebruik onder scholieren aanvankelijk hoog, maar latere metingen ontbreken. In Griekenland lag het gebruik laag en was er een kleine stijging te zien. Italië startte hoog, en steeg naar hetzelfde niveau na een aanvankelijke daling. Over het algemeen tonen de andere indicatoren (laatste-maand-gebruik en gebruik zes maal of meer in de afgelopen maand) dezelfde trends.
- Analyses op de Amerikaanse data van 1991-2014 lieten zien dat, in de staten waar in de tussenliggende periode medicinaal cannabisgebruik gelegaliseerd werd (2000-2014, variërend per staat), het cannabisgebruik onder jongeren relatief hoog, maar onveranderd bleef (Hasin, 2015).

**Tabel 3.7 Consumptie van cannabis onder scholieren van 15 en 16 jaar in enkele lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde Staten<sup>I</sup>. Peiljaren 2003, 2007, 2011 en 2015**

Land	Ooitgebruik (%)				Laatste-maand-gebruik (%)				Zes maal of meer in de laatste maand (%)			
	2003	2007	2011	2015	2003	2007	2011	2015	2003	2007	2011	2015
Frankrijk	38	31	39	31	22	15	24	17	9	6	9	7
Italië	27	23	21	27	15	13	12	15	6	6	6	6
Spanje <sup>II</sup>	36	36	26	27	22	20	15	14	-	8	4	5
Nederland	28	28	27	22	13	15	14	12	6	6	5	3
Oostenrijk	21	17	-	20	10	6	-	9	3	2	-	3
Ierland	39	20	18	19	17	9	7	10	6	4	3	4
België <sup>III</sup>	32	24	24	17	17	12	11	8	7	4	3	2
Portugal	15	13	16	15	8	6	9	8	3	2	3	2
Denemarken <sup>II</sup>	23	25	18	12	8	10	6	5	2	2	1	1
Griekenland	6	6	8	9	2	3	4	4	1	1	0	1
Finland	11	8	11	8	3	2	3	2	0	0	0	0
Zweden	7	7	9	7	1	2	3	2	0	0	0	0
Noorwegen	9	6	5	7	3	2	2	2	1	1	0	0
Verenigde Staten <sup>I</sup>	36	31	35	-	17	14	18	-	8	6	8	-
Duitsland <sup>IV</sup>	27	20	19	-	12	7	7	-	4	2	2	-
Zwitserland	40	33	-	-	20	15	-	-	10	6	-	-
Verenigd Koninkrijk <sup>V</sup>	38	29	-	-	20	11	-	-	8	4	-	-

Percentage gebruikers ooit in het leven, in de laatste maand, en zes maal of meer in de laatste maand. De tabel is geordend op het percentage ooitgebruikers in 2015. - = Niet gemeten. 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, Denemarken vanaf 2015 weer representatief. III. België in 2007, 2011, en 2015 alleen voor Vlaanderen. IV. Duitsland in 2007 voor 6 en in 2011 voor 5 van de 16 deelstaten. V. Verenigd Koninkrijk niet voor 2011 vanwege te lage respons (slechts 6% van de scholen). Bron: ESPAD.



### Verslavingszorg

De verslavingszorg is het onderdeel van de gezondheidszorg dat hulp biedt aan mensen die verslaafd zijn geraakt aan drugs, alcohol, medicijnen, gokken, of andere gedragsverslavingen. In 2015 hebben in totaal 21 gespecialiseerde instellingen voor verslavingszorg geanonimiseerde gegevens over de hulpverlening aangeleverd aan het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS, Wisselink et al., 2016) (Zie in bijlage A: Cliënt LADIS). De wisselingen die zich in de afgelopen tien jaar hebben voorgedaan in de aanleverende instellingen zijn weergegeven in bijlage D.5. Een nadere analyse wijst uit dat deze wisselingen slechts een beperkte invloed hebben gehad op het landelijk aantal geregistreerde cliënten en de trends niet noemenswaardig hebben beïnvloed.

- Het aantal cliënten dat ingeschreven stond wegens een primair cannabisprobleem is tussen 2006 en 2011 bijna twee keer zo groot geworden (figuur 3.6). Tussen 2011 en 2016 stabiliseerde het aantal primaire cannabiscliënten op ongeveer 11.000 cannabiscliënten.
- Per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder steeg het aantal primaire cannabiscliënten van 46 in 2006 naar 82 in 2011 en dit aantal is sindsdien vrij stabiel (77 in 2015).
- Het aandeel van cannabis in alle verzoeken om hulp vanwege drugs nam eveneens toe, van 20% in 2006 naar 32% in 2011, en ook dit is sindsdien vrij stabiel (35% in 2015).
- In 2015 was 31% van de primaire cannabiscliënten een nieuwkomer. Deze nieuwkomers werden ingeschreven in 2015 en stonden niet eerder ingeschreven bij de verslavingszorg. Vergeleken met andere middelen is dit aandeel nieuwkomers vrij hoog.
- Van de 10.816 primaire cannabiscliënten uit 2015 stond bij 3.927 cliënten (36%) óók een secundaire problematiek geregistreerd. Voor deze groep was het andere middel alcohol (36%), cocaïne of crack (18%), nicotine (17%), amfetamine of een ander stimulerend middel (7%), medicijnen (4%), gokken (3%), of ecstasy (3%).
- In 2015 noemden 4.501 cliënten van de verslavingszorg cannabis als secundair probleem; dat is een kwart minder dan in 2009 (5.902 cliënten) en 10% lager dan in 2006 (4.953 cliënten). Voor de secundaire cannabiscliënten was in 2015 het primaire probleem alcohol (53%), cocaïne of crack (20%), heroïne (9%), of amfetamine (8%).

Er is geen afdoende verklaring voor de stijging van de cannabisvraag tot en met 2011 en de stabilisering sindsdien.

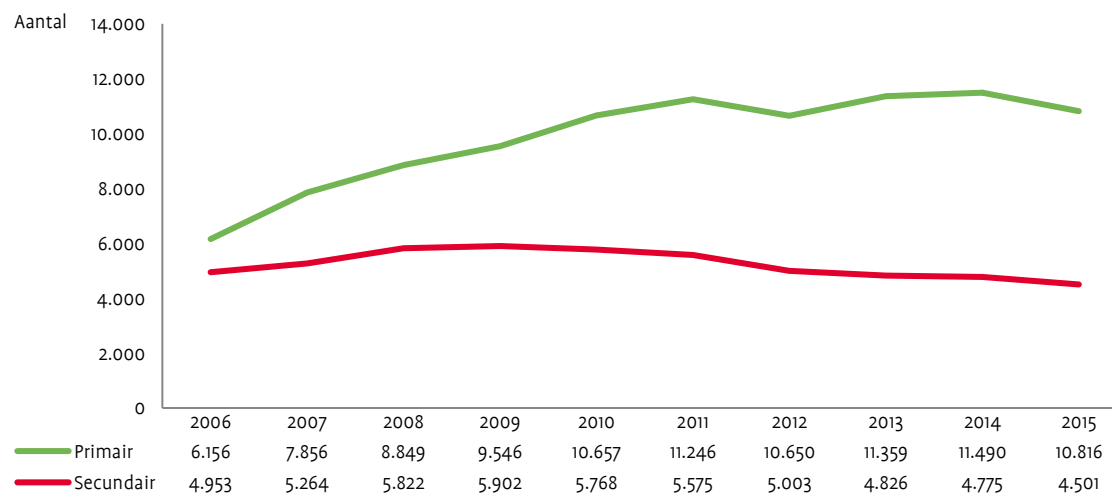
- Factoren zoals toegankelijkheid van de verslavingszorg, andere vormen van zorg en veranderingen in de registratie spelen mogelijk een rol (zie bijlage D.5), maar het zou deels ook kunnen wijzen op een stijging en stabilisering in problematisch gebruik.
- Dit zou op zijn beurt het gevolg kunnen zijn geweest van de stijging en stabilisering van het THC-gehalte in nederwiet (zie § 3.8), waarbij rekening moet worden gehouden met een 'vertragingseffect': het kan jaren duren voordat probleemgebruikers eventueel hulp zoeken. Er zijn echter geen trendgegevens uit bevolkingsonderzoek beschikbaar om hierover een uitspraak te doen.
- Een studie onder jongvolwassen frequente cannabisgebruikers (18-30 jaar) vond echter geen verband tussen de sterkte van de geconsumeerde cannabis of de mate van cannabisgebruik en het ontstaan en persisteren van de cannabisafhankelijkheid van frequente gebruikers buiten de hulpverlening (Van der Pol, 2014, zie ook § 3.4). Wel consumeerden verslaafde gebruikers bij de verslavingszorg meer cannabis dan degenen die verslaafd waren maar geen hulp zochten, en hadden hulpzoekers vaker last van psychische problematiek en waren ze ernstiger verslaafd (Van der Pol et al., 2013c). Het lijkt hier dus om een bepaalde kwetsbare groep probleemgebruikers te gaan die hulp zoekt.



Hoewel het behandelaanbod binnen Europa sterk verschilt tussen de landen, is op Europees niveau (ook) een toename in de hulpvraag voor cannabis waarneembaar.

- Tussen 2006 en 2015 is het aantal nieuwe aanmeldingen bij de (verslavings)zorg voor een cannabisprobleem gestegen van ongeveer 43.000 naar ongeveer 76.000 (EMCDDA, 2017). De stijging werd geconstateerd in 16 landen. Naast Nederland werd de stijging ook waargenomen in Cyprus, Frankrijk, Duitsland, Griekenland, Ierland, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Portugal, Roemenië, Slowakije, Spanje, het Verenigd Koninkrijk, en Turkije (Montanari et al., 2017).
- Als mogelijke verklaringen voor de stijging in de cannabishulpvraag op Europees niveau worden genoemd: de stijging in het gebruik van cannabis in de algemene bevolking, de stijging in de sterkte van de cannabis, de stijging in het risicobesef van het cannabisgebruik, de uitbreiding van het hulpaanbod dat specifiek is gericht op cannabisproblemen, politieke ontwikkelingen die aansturen op meer hulpverlening, en de verbeteringen in de registraties (Montanari et al., 2017).

**Figuur 3.6 Aantal cliënten bij de verslavingszorg met primaire of secundaire cannabisproblematiek, vanaf 2006**

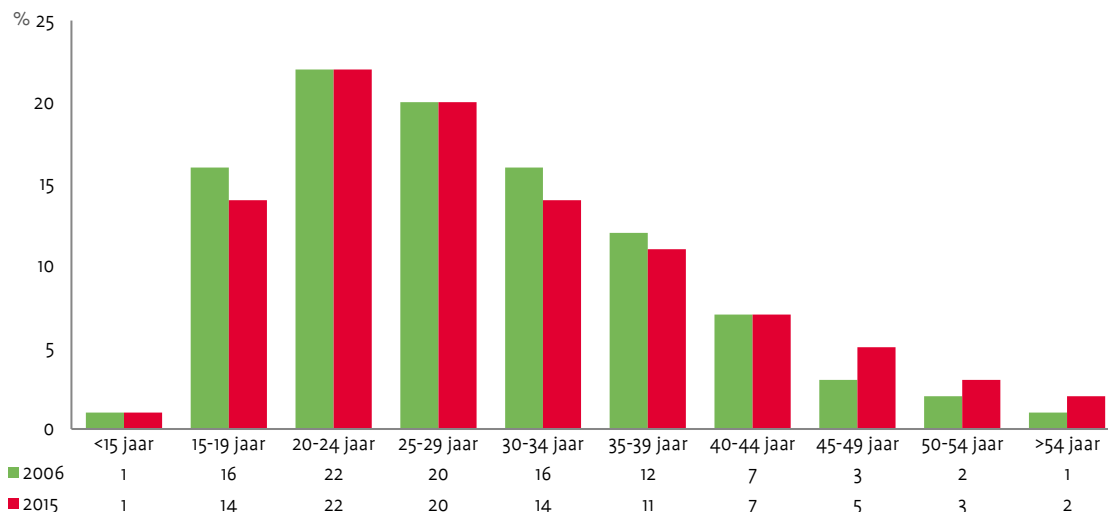


Aantal cliënten. Voor de aanleverende instellingen, zie bijlage D.5. Bron: LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut.

### *Leeftijd, geslacht en opleidingsniveau*

- In 2015 was het merendeel van de primaire cannabiscliënten man (79%). Het aandeel vrouwen schommelde in de periode van 2006 tot en met 2015 tussen 20% en 22%.
- In 2015 waren ongeveer 6 van de 10 cannabiscliënten 25 jaar of ouder (62%). De gemiddelde leeftijd in 2015 was 30 jaar, ongeveer gelijk aan 2006 toen de gemiddelde leeftijd op 29 jaar lag. De piek lag zowel in 2006 als in 2015 in de leeftijdsgroep van 20-24 jaar (figuur 3.7).
- Tussen 2006 en 2015 daalde het aandeel van de 30-39-jarigen van 28% naar 25% en steeg het aandeel van de 45-plussers van 6% naar 10% (figuur 3.7).
- In 2015 had van de primaire cannabiscliënten 44% geen opleiding afgerond of een lagere opleiding afgerond, had 40% een middelbare opleiding afgerond en had 16% een hogere opleiding afgerond. (Voor de verklaring van lagere, middelbare en hogere opleiding, zie bijlage A onder: Cliënt LADIS.)
- Onder cannabiscliënten zijn hoog opgeleiden dus ondervertegenwoordigd, terwijl in de algemene bevolking het cannabisgebruik (ooit en in het laatste jaar) juist hoger is onder hoog opgeleiden. Wel komt frequent cannabisgebruik vaker voor onder laag opgeleiden (zie § 3.2).

**Figuur 3.7** Leeftijdverdeling van de primaire cannabiscliënten bij de verslavingszorg, in 2006 en 2015



Percentage cliënten per leeftijdsgroep. Voor de aanleverende instellingen, zie bijlage D.5. Bron: LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut.

## Algemene ziekenhuizen

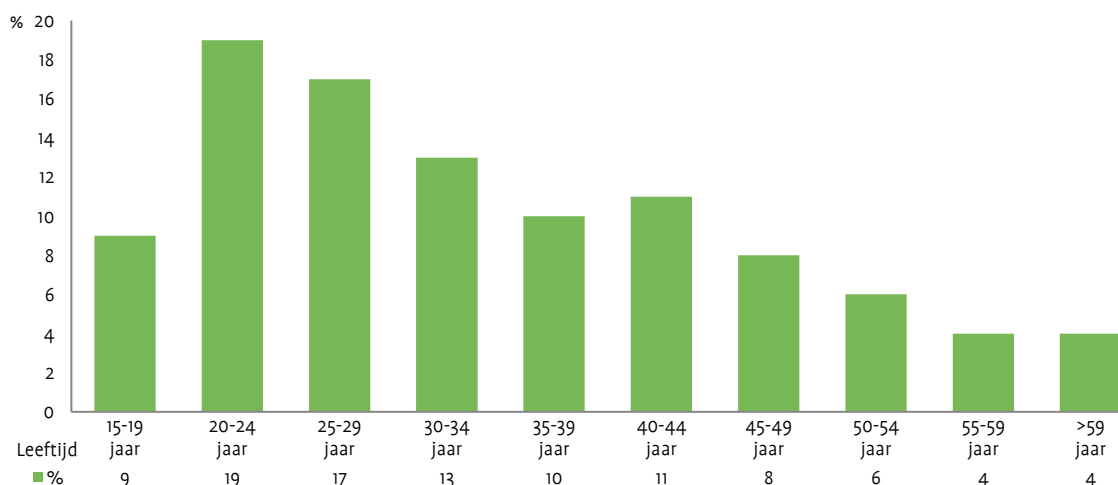
De Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ; voorheen Landelijke Medische Registratie, LMR) bevat gegevens over de opnames in algemene ziekenhuizen, waarbij middelengebruik als hoofddiagnose of als nevendiagnose kan zijn geregistreerd. In 2013 wijzigde zowel de registratiemethode als de bijschattingsmethode voor het bijschatten van de ontbrekende gegevens (zie bijlage D.4: LBZ). Vanwege deze wijzigingen en de beschikbaarheid van gegevens worden hier voornamelijk gegevens gerapporteerd over 2014. De afgelopen jaren werden per jaar bijna twee miljoen klinische opnames in algemene ziekenhuizen geregistreerd (DHD, 2015). Cannabisgerelateerde diagnoses worden slechts bij een beperkt aantal ziekenhuisopnames geregistreerd. Het gaat hier om de ICD-10 diagnoses “Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van cannabis” (F12) en “Vergiftiging door cannabis(derivaten)” (T40.7).

- Vóór de methodewijzigingen steeg het aantal klinische ziekenhuisopnames met een nevendiagnose gerelateerd aan cannabis van 193 in 2000 naar 798 in 2011, en dit leek te stabiliseren op 735 in 2012 (Van Laar et al., 2015). Eenzelfde trend, in veel lagere aantallen, werd geobserveerd voor opnames met een hoofddiagnose gerelateerd aan cannabis (74 in 2012).
- In 2014 vonden er naar schatting 100 klinische opnames plaats met een cannabisprobleem als hoofddiagnose en 995 klinische opnames met een cannabisprobleem als nevendiagnose. Daarvan is 2% bijgeschat om de ontbrekende gegevens via een schatting aan te vullen (respectievelijk 98 en 971 feitelijk geregistreerde opnames, zie bijlage D.4).
- In 2014 waren de meest voorkomende hoofddiagnoses bij de nevendiaagnoses voor een cannabisprobleem:
  - symptomen, afwijkende klinische bevindingen en laboratoriumuitslagen, niet elders geclassificeerd, met onbekende oorzaak of van voorbijgaande aard (14%);
  - letsel (11%);
  - ziekten van het hart en het vaatstelsel (10%); ziekten van het ademhalingsstelsel (8%); vergiftiging (8%);
  - psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van psychoactieve middelen (7%); schizofrenie, schizotypische stoornissen en waanstoornissen (7%);
  - ziekten van het spijsverteringsstelsel (7%);
  - aandoeningen in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed (7%; onder de vrouwelijke patiënten 25%).

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 2014 naar schatting om 910 personen. Zij werden in dat jaar minstens één keer opgenomen met een probleem gerelateerd aan cannabis.
- Hun gemiddelde leeftijd was 34 jaar; 72% was man. Het percentage cannabispatiënten was het hoogst in de leeftijdsgroepen 20-24 jaar en 25-29 jaar (figuur 3.8).

**Figuur 3.8** Leeftijdsverdeling van de cannabispatiënten in de klinische ziekenhuiszorg (hoofd- of nevendiagnose), 2014



Percentage patiënten per leeftijdsgroep voor de klinische opnames met cannabis als hoofd- of nevendiagnose (unieke patiënten gecorrigeerd voor dubbeltellingen van personen). ICD-10 codes: F12, T40.7 (bijlage B). Bron: LBZ, DHD.

## Incidenten

Sinds 2009 houdt de Monitor Drugsincidenten (MDI, zie bijlage D.6) actuele gegevens bij over de aard en omvang van acute drugsgerelateerde gezondheidsincidenten bij patiënten die worden behandeld op de spoedeisende hulp (SEH) van een ziekenhuis, door de ambulance, door politieartsen of op de EHBO van een grootschalig evenement. De monitor is niet landelijk dekkend, maar rapporteert vanuit peilstationregio's in Nederland (vier regio's in 2009; acht sinds 2011) (Wijers et al., 2017a). De gegevens worden aangevuld met die van het Letsel Informatie Systeem (LIS), waarin de behandelingen wegens intoxicaties of letsels na drugsgebruik op 14 SEH's zijn opgenomen.

- In 2016 werden in totaal 5.654 drugsincidenten gemeld. Bij 832 gevallen (15%) werd cannabis als enige drug gemeld (met of zonder alcohol). De gegevens over de gebruikte drugs zijn afkomstig van zelfrapportage.

In tabel 3.8 worden de incidenten na gebruik van cannabis als enige drug samengevat over de periode 2009-2016. Vanwege verschillen tussen de medische diensten worden gegevens uitgesplitst naar type dienst. In deze periode werden in totaal 33.072 drugsincidenten gemeld; 28.421 vanuit de peilstations van de MDI en 4.651 door de SEH's die zijn aangesloten bij het LIS. In 6.221 incidenten (19%) was cannabis de enige gebruikte drug. In deze database zitten relatief weinig patiënten die cannabis hebben gecombineerd met andere drugs. Dat komt ook omdat 40% van de incidenten is gemeld door EHBO's op grootschalige feesten, waar het gebruik van cannabis door uitgaande jongeren en jongvolwassenen minder vaak voorkomt (zie § 3.3). Van de 5.962 incidenten tussen 2009 en 2016 waarin meer dan één drug was

gebruikt, maakte cannabis in 1.475 gevallen (25%) deel uit van de combinatie. De combinatiegevallen met cannabis worden hier niet verder beschreven (tenzij anders aangegeven).

- Met name bij de ambulances en de spoedeisende hulp in ziekenhuizen is de bijdrage van cannabis aan het geheel aan drugsgerelateerde incidenten groot; ongeveer een kwart tot een derde van het totaal (zie tabel 3.8). Deze bevinding hangt voor een belangrijk deel samen met de grote bijdrage van incidenten uit Amsterdam.
- Cannabisgebruik leidt tot relatief weinig incidenten bij de EHBO's op grootschalige evenementen, die door het hele land gegevens verzamelen. Bij 7% van de drugsincidenten op EHBO's speelt cannabis als enige drug een rol.

#### *Kenmerken patiënten en incidenten gerelateerd aan gebruik van cannabis*

- Zo'n 70% van de cannabis-incidenten vindt plaats onder mannen. Dat aandeel is tijdens de registratieperiode 2009-2016 niet veranderd.
- De jongste patiënten worden gezien op de EHBO's van feesten. Het percentage patiënten onder 25 jaar dat daar wordt behandeld is echter groter voor ecstasy (66% is jonger dan 25 jaar), amfetamine (70%) en 4-FA (79%). Van alle patiënten op de EHBO's is 63% jonger dan 25 jaar, dat is niet erg anders dan 59% bij de cannabispatiënten.
- Voor de andere diensten geldt dat de leeftijd van cannabispatiënten wat jonger is dan gemiddeld door de dienst wordt gezien: bij de ambulances is 35% van alle patiënten jonger dan 25 jaar (44% van de cannabispatiënten), bij de SEH's van de MDI is 38% jonger dan 25; bij de SEH's van het LIS 40% en bij de politieartsen 29%.
- De mate van intoxicatie na gebruik van cannabis als enige drug is overwegend van lichte of matige aard, waarbij de symptomen variëren van misselijkheid tot (lichte) angstklachten.
- De mate van intoxicatie lijkt bij de ambulances en op de EHBO's de afgelopen jaren toe te nemen, van 28% matige/ ernstige intoxicaties bij de ambulances in 2009 naar 54% in 2016; bij de EHBO's van 3% in 2009 naar 19% in 2016.
- Van de acht regio's die deelnemen aan de MDI (zie bijlage D.6) is de bijdrage van incidenten met alleen cannabis het grootst in Amsterdam, waar cannabis-incidenten in de periode 2009-2016 een derde tot de helft van het totaal aan incidenten betreffen. Het toerisme is hierin een belangrijke factor.

**Tabel 3.8 Incidenten met cannabis als enige drug geregistreerd door de Monitor Drugsincidenten (MDI) en het Letsel Informatie Systeem (LIS), 2009-2016**

	Ambulances	SEH-MDI- ziekenhuizen	SEH-LIS- ziekenhuizen	Politieartsen	EHBO
Aantal incidenten (% van het totaal binnen de dienst)	2.302 (28)	1.585 (34)	1.023 (22)	368 (17)	943 (7)
Man (%)	70	71	71	88	64
Leeftijd: <25 jaar (%)	44	41	50	42	59
<b>Mate van intoxicatie*</b>					
Licht (%) <sup>I</sup>	62	66	-	46	84
Matig (%) <sup>II</sup>	33	25	-	44	14
Ernstig (%) <sup>III</sup>	6	9	-	10	1

\*Percentages berekend op de bekende aantallen. Vanwege afronding tellen de percentages niet overal exact op tot 100%. I. Licht: goed aanspreekbaar, gebruik merkbaar in gedrag. II. Matig: onvoldoende aanspreekbaar, duidelijk onder invloed. III. Ernstig: niet aanspreekbaar vanwege (sub)comateuze toestand of geagiteerd/agressief gedrag, eventueel in combinatie met gestoorde vitale parameters (zoals hartslag, bloeddruk en ademhalingsfrequentie). Bron: MDI, Trimbos-instituut (Wijers et al., 2017a).



## Ziekte

De acute toxiciteit van cannabis is gering. De acute effecten van cannabis zijn onder andere een toename van de hartslag, daling van de bloeddruk en afname van cognitieve functies en motoriek. Deze effecten zijn sterker naarmate de dosis THC hoger is (Mensinga et al., 2006; Hunault et al., 2014). Gezonde jonge mensen kunnen deze effecten doorgaans zonder complicaties voor de gezondheid verdragen. Mensen met een hart- of vaatziekte lopen een risico (Hall, 2014; Sachs et al., 2016).

Cannabisgebruik heeft een dosis-afhankelijk negatief effect op de rijvaardigheid en het verhoogt de kans op ongevallen, met name dodelijke aanrijdingen (Asbridge et al., 2012; Hall, 2014). In 2016 onderzocht het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) in totaal 1.211 verkeerszaken standaard op de aanwezigheid van drugs en geneesmiddelen. In 520 gevallen werd cannabis (THC) aangetroffen.

Langdurig cannabisgebruik kan leiden tot afhankelijkheid en wordt in verband gebracht met psychische, lichamelijke, sociale en cognitieve problemen (WHO, 2016; NAS, 2017), al kan in veel gevallen nog steeds niet worden vastgesteld of deze oorzakelijk verband houden met het cannabisgebruik.

- Gebruikers kunnen afhankelijk worden van cannabis, vooral bij frequent gebruik en een vroege startleeftijd. Vaak spelen ook andere persoons- en omgevingsfactoren een rol, zoals huidige problemen en cannabisgebruik om problemen te vergeten (Van der Pol et al., 2013a; zie ook § 3.4).
- Veel aandacht is in de afgelopen decennia uitgegaan naar de relatie tussen cannabisgebruik en psychosen. Uit een aantal prospectieve onderzoeken is gebleken dat er een consistente dosis-responsrelatie is tussen cannabisgebruik in de adolescentie en het risico op het ontwikkelen van psychotische symptomen of schizofrenie op latere leeftijd (WHO, 2016; NAS 2017). Wat deze relatie betreft is de afgelopen twintig jaar het volgende duidelijk geworden:
  - Bij sommige gezonde personen kan cannabis (THC) tijdelijk schizofrenie-achtige symptomen oproepen (zowel 'positieve', 'negatieve' als cognitieve symptomen);
  - Cannabis kan ook bij mensen met een psychotische stoornis bepaalde (positieve) symptomen verergeren, terugval veroorzaken en negatieve gevolgen hebben voor het verloop van de ziekte.
  - Daarvoor gevoelige personen kunnen bij zwaar cannabisgebruik een psychotische aandoening ontwikkelen. De kans hierop en de ernst van de aandoening nemen toe met de gebruiksduur, de sterkte van de cannabis en de gebruiksfrequentie.
  - Cannabisgebruik is geassocieerd met het eerder, op jongere leeftijd, ontstaan van schizofrenie.
  - Mogelijk spelen genetische factoren hierbij een rol (Caspi et al., 2005; Estrada et al., 2011; Kuepper et al., 2013; Power et al., 2014).
- In een internationale studie werd in 2009 geschat dat tussen 6% en 10% van alle nieuwe jaarlijkse gevallen van psychotische stoornissen toe te schrijven zijn aan cannabisgebruik: Hickman en collega's berekenden dat er meer dan 5.000 mannen of bijna 10.000 vrouwen van cannabisgebruik zouden moeten worden weerhouden om één persoon voor een psychose te behoeden (Hickman et al., 2009).

Over de rol van cannabisgebruik in het ontstaan van andere psychische problemen, zoals angststoornissen en depressie, zijn de onderzoeksresultaten minder consistent. Vaak hebben cannabisgebruikers vaker dan de doorsnee bevolking met deze stoornissen te kampen, maar tot op heden is niet duidelijk of cannabis hier ook de oorzaak van is.

- Er is wel matig bewijs dat cannabis het risico op een sociale angststoornis vergroot, en in een mensen met een bipolaire stoornis hun klachten verergerd (NAS, 2017).

- De vraag of langdurig cannabisgebruik een daling van het IQ veroorzaakt, is nog steeds onderwerp van (wetenschappelijke) discussie (Meier et al., 2012; Rogeberg, 2013; Battistella et al., 2014; Hooper et al., 2014; Hall, 2015; Curran et al., 2016). Recent onderzoek suggereert wel dat 'kortdurend' (tijdens de adolescentie) cannabisgebruik geen daling van het IQ veroorzaakt, zelfs indien sprake is van cannabisafhankelijkheid; verschillen in IQ bestonden reeds voorafgaand aan het gebruik van cannabis (Meier et al., 2017).

Chronisch en zwaar gebruik van cannabis is geassocieerd met andere (lichamelijke) gezondheidsrisico's.

- Zwaar chronisch cannabisgebruik veroorzaakt symptomen van acute en chronische bronchitis en beschadigt weefsel van de bronchiën. Of cannabisgebruik ook COPD veroorzaakt, astma veroorzaakt of verergert is niet duidelijk (NAS, 2017).
- Over het risico op verschillende soorten kanker zijn tegenstrijdige onderzoeksbevindingen gevonden, mogelijk vanwege het versturende effect van het (al dan niet gelijktijdig) roken van tabak (Hall, Sachs et al., 2016). Er lijken wel aanwijzingen te zijn voor het ontstaan van een bepaald soort teelbalkanker (NAS, 2017).
- Studies wijzen op een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, met name beroerten, maar de resultaten zijn tegenstrijdig en niet duidelijk is in hoeverre andere factoren (zoal roken van tabak) hierbij een rol spelen (WHO, 2016; Falkstedt et al., 2017; Jouanjus et al., 2017).
- Er zijn ook aanwijzingen dat het gebruik van cannabis door zwangere vrouwen het risico op zwangerschapscomplicaties kan verhogen (Gunn et al., 2016; NAS, 2017).
- 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 (Huizink, 2014). Prenataal blootgestelde kinderen hebben een lager geboortegewicht en hebben vaker neonatale intensive care nodig, maar de invloed van het gebruik van alcohol, tabak, of andere middelen kan hierbij niet uitgesloten worden (Gunn et al., 2016). Een recente studie vond geen verband tussen prenataal cannabisgebruik en cannabisstoornissen bij het nageslacht op 20-jarige leeftijd; maar wel een indirect effect via een verhoogd risico op depressie en het op jongere leeftijd starten met cannabisgebruik (Sonon et al., 2016).

### *Gehalte THC en CBD*

De rol van de relatief hoge concentratie van THC in nederwiet bij het optreden van acute en chronische (gezondheids)problemen is niet duidelijk. Wel lijkt het erop dat het risico op afhankelijkheid groter is naarmate er sterkere wiet wordt gebruikt, dat geldt met name voor jongere gebruikers (Freeman en Winstock, 2015).

- In nederwiet zit in tegenstelling tot geïmporteerde hasj vrijwel geen cannabidiol (CBD) (zie ook § 3.8). CBD gaat sommige ongewenste psychische effecten van THC, zoals psychotische symptomen, paranoia en angst, tegen (Englund et al., 2013; Hindocha et al., 2015; Niesink en van Laar, 2016). Mogelijk zijn de risico's op een psychose groter bij het gebruik van cannabis met een hoog THC-gehalte en laag CBD-gehalte, maar het onderzoek hiernaar is nog beperkt (Di Forti et al., 2009; Niesink en Van Laar, 2016).
- Het is (nog) niet aangetoond dat in de praktijk het gebruik van geïmporteerde hasj met een hoger gehalte aan CBD minder schadelijk zou zijn dan het gebruik van nederwiet (zie ook § 3.8). 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. Wanneer ervaren gebruikers een sterke joint roken, lijken zij daar gedeeltelijk voor te compenseren door minder rook te inhaleren (Van der Pol et al., 2014a), of door minder cannabis in een joint te stoppen (Freeman et al., 2014).

## Sterfte

De giftigheid van cannabis is gering. Het merendeel van de intoxicaties met cannabis kent een mild verloop (Dines et al., 2015; zie ook § 3.6). Er zijn geen epidemiologische studies waaruit geconcludeerd kan worden dat er een relatie is tussen het gebruik van cannabis en een toename van sterfte in de algemene bevolking of overlijden als gevolg van een overdosis cannabis (NAS, 2017).

- De afgelopen twintig jaar stond directe sterfte door inname van cannabis vrijwel niet genoteerd op de doodsoorzakenformulieren bij het CBS.
- Alleen in het kader van een strafrechtelijk onderzoek, of wanneer de nabestaanden daarom vragen, doet het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) nader (toxicologisch) onderzoek naar drugs bij een overlijdensgeval. In de overlijdensgevallen die van 2012 tot en met 2016 door het NFI werden onderzocht op drugs, werd in géén van de gevallen cannabis aangewezen als een doodsoorzaak.
- Tot voor kort waren er ook uit andere landen geen directe sterfgevallen bekend die alleen aan cannabis te wijten zijn. In 2014 zijn echter twee gevallen gerapporteerd van jonge, verder gezonde mannen met fatale cardiovasculaire complicaties na cannabisgebruik, waarbij geen andere doodsoorzaak is gevonden (Hartung et al., 2014). In 2017 werd een soortgelijk geval gerapporteerd (Vidhate et al., 2017).
- Het aantal indirect met cannabisgebruik samenhangende sterfgevallen, bijvoorbeeld door verkeersongevallen onder invloed van cannabis (Asbridge et al., 2012), is onbekend.



### 3.8

### Aanbod en markt

Cannabis wordt het meest gekocht in coffeeshops, de gedoogde verkooppunten. In 2014 is het marktaandeel van coffeeshops geschat op 55%-70% (Van der Giessen et al., 2014). Het merendeel van de cannabisgebruikers die hun cannabis zelf kopen, doet dit in een coffeeshop (zie § 3.2). Cannabis is ook beschikbaar via illegale verkooppunten, zoals thuisdealers, straatdealers, 'onder-de-toonbank' dealers in horecagelegenheden, en via thuisbezorging na telefonische bestellingen (06-dealers) (Korf et al., 2014; Benschop et al., 2015; Mennes et al., 2016; Nabben et al., 2015, Mennes et al., 2017). Aankoop via deze kanalen komt onder de algemene bevolking minder voor (zie § 3.2).

### Coffeeshops en overige verkooppunten

- Maart 2017 telde Nederland 567 officieel gedoogde coffeeshops. Eind 2016 waren dat 573 coffeeshops verspreid over 103 coffeeshopgemeenten, waarvan ongeveer de helft (52%) zich bevond in steden met meer dan 200.000 inwoners (Bieleman et al., 2017).
- Het aantal coffeeshops in Nederland daalt gestaag: tussen 2006 en 2016 met 20% (tabel 3.9). In 1999 waren er nog 846 coffeeshops.
- In 2016 hadden 287 van alle 390 gemeenten (74%) géén coffeeshop. Dit percentage is gelijk aan de voorgaande meting uit 2014, hoewel het toen om 300 van de 403 gemeenten (74%) ging (het aantal Nederlandse gemeenten is afgenomen).
- Binnen de landelijke kaders kunnen gemeenten zelf hun beleid bepalen rondom de vestiging van coffeeshops. Eind 2016 voerde 70% van de gemeenten een 'nulbeleid', een kwart voerde een maximumbeleid (26%), en 4% gaf aan geen formeel beleid te voeren.
- Tussen 2014 en 2016 zijn er 22 coffeeshops verdwenen. De belangrijkste redenen voor het verdwijnen zijn de gebiedsgerichte aanpak '1012' in Amsterdam, handhaving van een afstandscriterium door gemeenten, sluiting als gevolg van een negatief BIBOB-advies en overtreding van de van toepassing zijnde gedoogcriteria (Bieleman et al., 2017). Via "Project 1012" wordt speciaal in Amsterdam "gestuurd op het geleidelijk aan verminderen van het aantal coffeeshops in het centrum" (Mennes et al., 2016; zie ook § 2.1.3).

- Er zijn ook vier coffeeshops bijgekomen, omdat enkele gemeenten het aantal coffeeshops nader overeen willen laten komen met het maximum aantal coffeeshops in hun beleid.

**Tabel 3.9 Aantal coffeeshops in Nederland, vanaf 2006**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2016	Maart 2017
Totaal	719	702	700	666	660	651	617	606	591	573	567
Naar inwoneraantal in gemeente											
< 20.000	10	10	8	8	-	8	7	7	7	6	-
20 – 50.000	71	71	72	68	-	68	64	65	65	62	-
50 – 100.000	105	105	100	91	-	95	88	65	65	67	-
100 – 200.000	148	143	148	148	-	136	137	157	157	141	-
> 200.000	385	373	372	351	-	344	321	312	297	297	-
Gemeenten met > 200.000 inwoners											
- Amsterdam	238	229	228	225	-	222	208	200	187	173	-
- Rotterdam	62	62	62	44	-	43	41	41	40	40	-
- Den Haag	40	40	40	40	-	40	37	36	36	36	-
- Utrecht	17	14	14	14	-	14	11	11	10	10	-
- Eindhoven	15	15	15	15	-	15	13	13	13	13	-
-Tilburg <sup>1</sup>	13	13	13	13	-	10	11	11	11	11	-

Aantal coffeeshops naar inwonertal. - = Gegevens onbekend. I. Bron: Monitor coffeeshops en gemeentelijk coffeeshopbeleid, IntraVal (Bieleman et al., 2017).

## Productie, consumptie en export van in Nederland geteelde cannabis

Het meest recente onderzoek naar de omvang van de cannabissteelt in Nederland dateert uit 2014 (Van der Giessen et al., 2014). Het onderzoek was gericht op het schatten van de export. De schatting is gemaakt vanuit meerdere rekenmodellen voor productie en consumptie van in Nederland geteelde cannabis. Het onderzoek baseert zich op de beschikbare informatie tot en met 2014 uit registraties en wetenschappelijk onderzoek, secundaire analyses van onderzoeksdata en expert-opinies. Er worden onder- en bovengrenzen gerapporteerd in plaats van een 'meest aannemelijke puntschatting'. De schatting is een 'best guess'.

- De export is in 2014 geschat op tussen de 53 en 937 ton (31%-97% van de productie).
  - Een Monte Carlo-simulatie op de data resulteerde in een smaller, maar nog steeds breed bereik. De geschatte export komt volgens deze simulatie op 206-549 ton (78%-91% van de Nederlandse cannabisproductie) wanneer gebruik door niet-ingezetenen als binnenlandse consumptie wordt gedefinieerd, en de schatting komt op 231-573 ton (86%-95%) als dit gebruik als export wordt gedefinieerd.
- De productie van nederwiet werd geschat op 171 tot 965 ton.
- De consumptie van in Nederland geteelde cannabis werd geschat op tussen de 28 en 119 ton, al naar gelang de consumptie door niet-ingezetenen als 'binnenlandse consumptie', dan wel als 'export' werd gerekend.
- De gemiddelde consumptie per cannabisgebruiker per jaar werd geschat op 69-93 gram.
- Tussen de 80% en 95% van de consumptie zou nederwiet betreffen, dit is het leeuwendeel van de in Nederland geteelde cannabis.

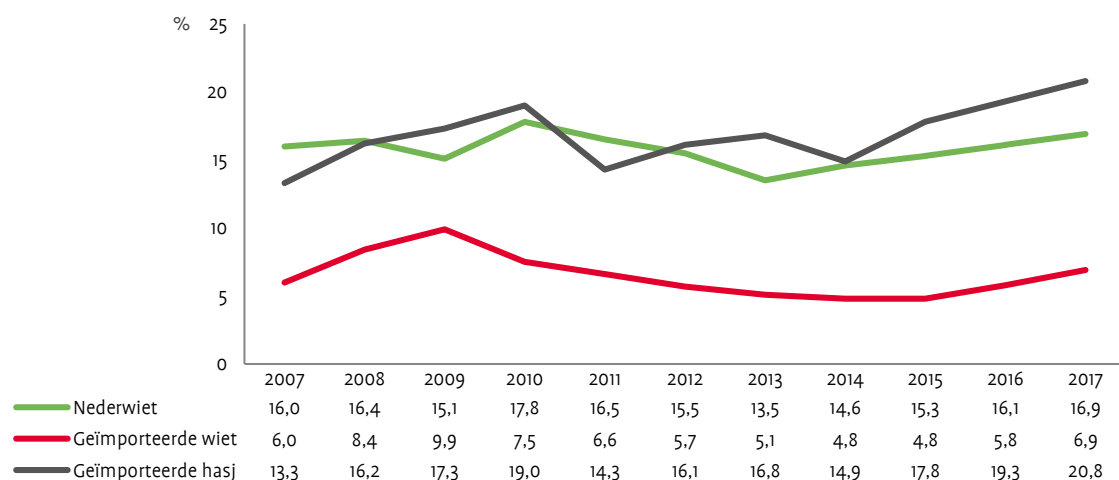


## Kwaliteit en prijs

Het Trimbos-instituut verzamelt informatie over de sterkte van cannabis, dat wil zeggen de concentratie van werkzame bestanddelen, met name THC (tetrahydrocannabinol). Sinds 2000 worden geregeld monsters van verschillende cannabissoorten aangekocht en chemisch geanalyseerd (Rigter en Niesink, 2017). In 2017 werden in 50 van de 573 coffeeshops (Bieleman et al., 2017) cannabismonsters verzameld.

- De THC-concentratie in nederwiet verdubbelde aanvankelijk tussen 2000 en 2004 van 8,6% naar 20,4%. In de daaropvolgende jaren was, tot 2013, sprake van een geleidelijke daling, sinds 2013 is weer een stijging waarneembaar (13,5% in 2013 versus 16,9% in 2017) (figuur 3.9) (Rigter en Niesink, 2017; Niesink et al., 2015).
- In 2017 was het gemiddelde THC-gehalte van de meest populaire nederwiet in de coffeeshops 16,9%; dit is niet statistisch significant verschillend van de 16,1% in 2016, maar wel vergeleken met de 13,5% THC in 2013.
- Naast de meest populaire wiet, weergegeven in figuur 3.9, worden jaarlijks wietmonsters getest die als het 'sterkste' worden beschouwd. Voorheen kwam het gemiddelde THC-gehalte overeen met de meest populaire wiet (Niesink et al., 2001). Echter, het gemiddelde THC-gehalte in nederwiet-samples die als het sterkst waren aangekocht steeg van 15,3% in 2014 naar 17,1% in 2015 en vervolgens naar 18,7% in 2016 en 18,9% in 2017. Daarmee is (net als in 2015 en 2016) het gemiddelde THC-percentage in de als sterkst verkochte nederwiet hoger dan dat van de meest populaire nederwiet (18,9% versus 16,9% in 2017). Dit zou kunnen duiden op een toename in de voorkeur voor mildere soorten, maar nader onderzoek onder gebruikers zou dit moeten uitwijzen.
- In alle peilingen bevatte de Nederlandse wiet gemiddeld meer THC dan de wiet die werd geïmporteerd uit het buitenland. In de geïmporteerde wiet halveerde het gemiddelde THC-gehalte van 10% in 2009 naar 5% in 2013, en het bleef daarna stabiel. Geïmporteerde wiet is tegenwoordig nog maar in een beperkt aantal coffeeshops verkrijgbaar; in 2017 werden 10 geïmporteerde wietsamples verzameld met een gemiddelde THC-concentratie van 6,9%.
- Door de jaren heen was de geïmporteerde hasj ongeveer even sterk als de nederwiet. Inmiddels is geïmporteerde hasj met 20,8% sterker dan nederwiet. De gemiddelde THC-concentratie in geïmporteerde hasj is nog niet eerder zo hoog geweest: dit schommelde sinds 2007 tussen 13,3% en 19,3% (figuur 3.9), maar steeg de laatste jaren geleidelijk naar 20,8% in 2017.
- Ook in andere Europese landen stijgt de THC-concentraties in hasj, hetgeen mogelijk samenhangt met veranderingen in de cannabissteelt in Marokko (EMCDDA, 2017).
- Sinds enkele jaren is de verkoop van cannabis in enkele staten van de VS gelegaliseerd (Blankers et al., 2017). In de staat Washington werd van ruim 31 miljoen wietsamples, gekocht tussen oktober 2014 en september 2016, het THC-gehalte bepaald. De wiet bevatte in deze periode gemiddeld 20,6% THC en er was een duidelijke correlatie tussen de prijs en het THC-gehalte (Smart et al., 2017). De wiet die in Denver, Oakland, Sacramento en Seattle werd verkocht bevatte gemiddeld tussen de 13% en 19% THC (Vergara et al., 2017).

**Figuur 3.9 Gemiddeld percentage THC in cannabisproducten, vanaf 2007**



Gemiddeld percentage THC. De percentages hebben betrekking op de monsters die in december/januari van het betreffende jaar zijn verzameld. De jaartallen verwijzen naar het jaar waarin in de maand januari de 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 het analyseren van de monsters heeft mogelijk de trend beïnvloed. Bron: DIMS, Trimbos-instituut (Rigter en Niesink, 2017).

Ook de concentratie van een ander bestanddeel van cannabis, namelijk cannabidiol (CBD), wordt gemeten (Rigter en Niesink, 2017). Het percentage CBD wordt uitgedrukt in de mediaan (vanwege de niet normale verdeling), de middelste waarde van alle gemeten percentages in de cannabismonsters.

- De CBD-gehalten zijn in de verschillende cannabisproducten al jaren stabiel. In 2017 lag de mediaan van het CBD-gehalte in de nederwiet op 0,3%, in geïmporteerde wiet op 0,4% en in de geïmporteerde hasj op 8,4%.
- Er zijn aanwijzingen dat CBD sommige effecten van THC tegengaat, zoals acute psychotische symptomen, angst, verslechtering van het geheugen en belonende effecten (Niesink en Van Laar, 2016, zie § 3.7). 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 zijn (nog) onvoldoende epidemiologisch gegevens waaruit zou kunnen worden geconcludeerd dat de consumptie van cannabis met hoge of lage CBD-gehalten is geassocieerd met verschillen in gezondheidsrisico's (zie ook § 3.7). Uit de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor 2016 blijkt, net als in voorgaande jaren, dat het merendeel van de laatste-maand-gebruikers van 18 jaar en ouder een voorkeur heeft voor wiet, waarin doorgaans nauwelijks CBD zit. In 2016 had 65,6% van deze gebruikers een voorkeur voor wiet (zie ook § 3.2).

#### *"Medicinale" cannabis(producten)*

Via apothekers wordt medicinale cannabis van farmaceutische kwaliteit verstrekt. Via sommige drogisterijen en via het internet wordt een grote diversiteit aan CBD-preparaten (CBD-olie, CBD-zalf, CBD-tabletten) te koop aangeboden als voedingssupplement. De claims voor mogelijke medicinale effecten zijn groot, maar een wetenschappelijke onderbouwing ontbreekt alsnog. Ook via alternatieve circuits wordt CBD-olie te koop aangeboden aan bijvoorbeeld kankerpatiënten. De kwaliteit en samenstelling van deze producten is, in tegenstelling tot de producten die door het Bureau Medicinale Cannabis worden verhandeld, twijfelachtig.

### Kwaliteit van nederwiet

In 2015 voerde het RIVM onderzoek uit naar vervuilingen van de nederwiet.

- In nederwiet uit verschillende coffeeshops werden in 23 van de 25 monsters restanten van bestrijdingsmiddelen aangetroffen. De hoeveelheden zijn echter dermate laag dat deze geen risico vormen voor de gezondheid van gebruikers. Er zijn geen giftige plantenschimmels aangetroffen (Venhuis en Nobelen, 2015).
- In 11 monsters was de hoeveelheid bestrijdingsmiddel hoger dan de grens die in de kruidengeneesmiddelenrichtlijn wordt gesteld. Eén monster bevatte een verboden bestrijdingsmiddel, maar ook deze concentratie was dermate laag dat deze geen risico voor de gezondheid vormt.
- De politie treft geregeld pesticiden aan bij opgerolde cannabiskwekerijen. In 2011 zijn monsters van illegale cannabiskwekerijen en een beperkt aantal monsters uit coffeeshops onderzocht. Ook destijds suggereerden de resultaten van chemische analyses dat pesticiden niet op grote schaal worden gebruikt bij de productie van cannabis (Van Amsterdam et al., 2012a).
- In deze onderzoeken was het echter niet mogelijk de monsters te analyseren op alle relevante pesticiden. Over cannabis die buiten de coffeeshop wordt gekocht is geen informatie beschikbaar.

Tabel 3.10 geeft de gemiddelde prijzen van een gram cannabis aangeschaft in coffeeshops.

- Sinds 2007 stijgt de gemiddelde prijs van een gram nederwiet (meest populaire variant) geleidelijk van 6,20 euro in 2006 naar 10,23 euro in 2016. Daarvoor was geen sprake van (systematische) prijsstijgingen. In 2017 was de prijs van nederwiet ongeveer gelijk aan 2016 (tabel 3.10).
- Hoewel de prijs van de nederwiet die beschouwd wordt als sterkste wiet in 2017 (12,77 euro) vergelijkbaar is met 2016 (12,58 euro), was deze wel hoger dan in 2015 (11,34 euro).
- De gemiddelde prijs van een gram geïmporteerde wiet schommelde tussen 2007 en 2017 rond de 4,80 euro. Voor geïmporteerde hasj schommelde de prijs in die periode rond de 8,80 euro. In 2017 was de prijs met 9,93 euro niet statistisch significant verschillend ten opzichte van 2016 (tabel 3.10).
- Prijs en sterkte hangen samen: hoe meer THC een cannabismonster bevat, hoe hoger de prijs.
- De cannabisprijzen liggen in Amsterdam over het algemeen wat hoger dan in de rest van het land, het verschil was gemiddeld 2,57 euro per gram voor nederwiet en 3,14 euro per gram voor geïmporteerde hasj.

**Tabel 3.10 Gemiddelde prijs (€) per gram cannabisproduct in coffeeshops, vanaf 2007**

Cannabisproduct	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nederwiet <sup>I</sup>	7,30	7,67	8,12	8,13	8,30	9,28	9,59	9,53	9,81	10,23	10,11
Geïmporteerde wiet	4,30	5,16	4,88	4,57	4,24	5,88	5,29	4,51	4,67	4,92	4,84
Geïmporteerde hasj	7,70	8,09	8,70	9,07	7,79	9,71	9,86	9,72	8,91	9,16	9,93

I. Meest populaire variant. De prijzen hebben betrekking op monsters die in december/januari in de betreffende jaren zijn verzameld. De jaartallen verwijzen naar het jaar waarin de maand januari valt. Bron: DIMS, Trimbos-instituut (Rigter en Niesink, 2017).



## 4. Cocaine



## 4. Cocaine

### Inleiding

Cocaine werkt stimulerend. Sommige gebruikers van cocaine weten deze drug in hun leven in te passen zonder in de problemen te komen (Caiata-Zufferey, 2012; Cruz, 2015; Marin et al., 2017). Zij consumeren cocaine voor recreatieve doeleinden. Toch kan de drug leiden tot verslaving.

Cocaine kan in verschillende vormen worden toegediend. De zoutvorm van cocaine (cocainehydrochloride; poeder) wordt in Nederland meestal gesnoven, zelden geïnjecteerd. Een enkele keer wordt cocainepoeder in een sigaret gerookt. Onder probleemgebruikers van harddrugs is vooral de basevorm van cocaine populair. Deze vorm van cocaine wordt 'basecoke', 'freebase', 'gekookte coke', of 'crack' genoemd. Basecoke wordt verkregen na het verhitten ('koken') van een oplossing van cocainepoeder en een basisch middel, zoals natriumbicarbonaat of ammonia. Basecoke wordt gerookt in een pijpje of gehaleerd van aluminiumfolie. Beide gebruikswijzen noemen wij hier roken, tenzij anders vermeld. De internationaal gangbare benaming voor basecoke is 'crack'. In de jaren tachtig maakten de gebruikers zelf de basecoke. Tegenwoordig wordt basecoke veelal kant-en-klaar op straat verkocht. Doordat basecoke wordt gerookt, is bij het gebruik van basecoke het risico op verslaving groter dan bij het gebruik van snuifcocaine (Niesink en Van Laar, 2010). De gegevens in dit Jaarbericht gelden voor alle vormen van cocaine samen, tenzij anders aangegeven.

Op gebruikersniveau overlappen de (snuif)cocaine-, ecstasy- en amfetaminemarkt (zie hoofdstuk 1). Het gebruiken van een specifiek stimulerend middel hangt onder andere af van de sociale setting, tijdstip, voorkeur van vrienden en de mate van verkrijgbaarheid (Nabben et al., 2016).

De afgelopen jaren bevat het merendeel van de cocainepoeders ook geneesmiddelen als versnijdingsmiddel. Vooral het diergeneesmiddel levamisol wordt vaak aangetroffen. Bij frequente gebruikers kan dit tot ernstige bloedziekten en afwijkingen van de bloedvaten leiden (CAM, 2015) (zie § 4.8).

Het EMCDDA signaleert in haar Europees Drugsrapport 2017 een toename van de beschikbaarheid van cocaine op de Europese drugsmarkt. De toename van de beschikbaarheid blijkt uit het aantreffen van meer cocaine-resten in het rioolwater, meer inbeslagnames van cocaine, en zuivere cocaine voor een relatief lage prijs (EMCDDA, 2017).



### 4.1 Laatste feiten en trends

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

- Naar schatting heeft 1 op de 20 Nederlanders van 18 jaar en ouder ooit cocaine gebruikt (4,9%), en heeft ongeveer 1 op de 60 Nederlanders van 18 jaar en ouder (1,7%) in het afgelopen jaar nog cocaine gebruikt (§ 4.2).

- Er zijn aanwijzingen dat het gebruik in de algemene bevolking (15-64 jaar) tussen 2014 en 2016 is gestegen.
- De piek in het laatste-jaar- en laatste-maand-gebruik ligt in leeftijdsgroep 25-29 jaar.
- Het percentage laatste-jaar-gebruikers van cocaïne ligt in Nederland boven het Europese gemiddelde (§ 4.5).
- Onder scholieren van 12-16 jaar van het voortgezet onderwijs daalde het ooitgebruik en het laatste-maand-gebruik tussen 2003 en 2015 geleidelijk. Tussen 2011 en 2015 werden geen statistisch significante verschillen gevonden (§ 4.3).
- In vergelijking met hun Europese leeftijdgenoten, ligt het ooitgebruik onder Nederlandse scholieren van 15 en 16 jaar rond het gemiddelde, maar de verschillen tussen de landen zijn klein.
- In bepaalde groepen uitgaande jongeren en jongvolwassenen wordt cocaïne relatief vaak gebruikt, en er zijn signalen voor een toename van de populariteit van cocaïne, met name in bepaalde kringen 'bemiddelde' uitgaanders (§ 4.3).
- Ongeveer 1 op de 200 inwoners van de drie grootste steden van Nederland is verslaafd aan crack (§ 4.4).
- Het aantal cliënten in de verslavingszorg met een cocaïneprobleem is tussen 2008 en 2015 gedaald (§ 4.6).
- Cocaïnegebruik leidt bij de grootschalige evenementen zelden tot een gezondheidsincident; daarentegen melden politieartsen ten opzichte van andere drugs relatief vaak een cocaïne-gerelateerd incident (§ 4.6).
- Onder de sterfgevallen gerelateerd aan cocaïne is het aandeel van de oudere gebruikers gestegen (§ 4.7).
- De meeste cocaïnepoeders zijn versneden met andere stoffen. Sinds 2009 bevat (meer dan) twee derde van de cocaïnepoeders van consumenten levamisol, maar in 2016 deed zich voor het eerst een opvallende daling voor.
- Ondanks versnijdingen met andere stoffen is de concentratie cocaïne (zuiverheid) hoog (§ 4.8). Het gemiddelde gehalte cocaïne in cocaïnepoeders is sinds 2011 gestegen en was in 2015 hoger dan in 2014.

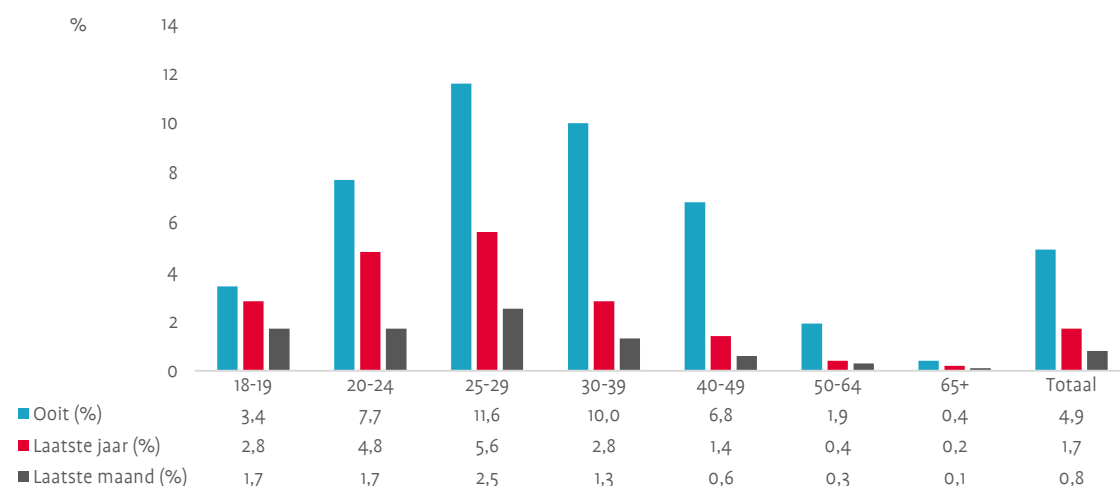


## 4.2 Gebruik: algemene bevolking

In het afgelopen decennium is het drugsgebruik in de algemene bevolking herhaaldelijk gemeten. Vanaf 2014 worden jaarlijks vergelijkbare cijfers verzameld via de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor uitgevoerd door het CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut (zie bijlage D.2). Vanwege wijzigingen in onderzoeksmethoden zijn deze cijfers niet vergelijkbaar met die uit eerdere peilingen. In dit hoofdstuk beschrijven wij primair gegevens van 2016 voor de volwassen bevolking van 18 jaar en ouder. In bijlage D.2 staan de resultaten van voorgaande bevolkingsstudies op basis van leeftijdsgroep 15-64 jaar. In 2016 is naast de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor ook de Leefstijlmonitor-Aanvullend uitgevoerd, de LSM-A/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM en CBS. Dit is de aanvullende module Roken, Alcohol, en Drugsgebruik van de Leefstijlmonitor, een tweejaarlijkse dieptestudie naar middelengebruik in de algemene bevolking (zie bijlage D.2). Daar waar resultaten zijn opgenomen uit de LSM-A, wordt dit apart vermeld. Cijfers voor cocaïnegebruik onder jongeren worden in paragraaf 4.3 op basis van scholierenonderzoeken gerapporteerd.

- In 2016 had naar schatting 1 op de 20 Nederlanders van 18 jaar en ouder ooit cocaïne gebruikt (4,9%, figuur 4.1). Het laatste-jaar-gebruik lag op 1,7% en het gebruik in de afgelopen maand op 0,8%. Dat komt (afgerond op tienduizendtallen) neer op respectievelijk:
  - 650 duizend ooitgebruikers van cocaïne (95% betrouwbaarheidsinterval 580-730 duizend);
  - 230 duizend volwassenen die in het afgelopen jaar cocaïne gebruikten (95% betrouwbaarheidsinterval 180-270 duizend);
  - 110 duizend volwassenen die in de afgelopen maand cocaïne gebruikten (95% betrouwbaarheidsinterval 80-140 duizend).

**Figuur 4.1** Cocainegebruikers in Nederland per leeftijdsgroep en voor de totale bevolking van 18 jaar en ouder, peiljaar 2016



Percentage gebruikers ooit, in het laatste jaar en in de laatste maand per leeftijdsgroep. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2016.

## Leeftijd en geslacht

Cocainegebruik onder mensen van 18 jaar en ouder komt ongeveer drie keer zo vaak voor onder mannen als onder vrouwen.

- Het ooitgebruik van cocaïne lag in 2016 op 7,1% onder mannen vergeleken met 2,8% onder vrouwen. Voor het laatste-jaar-gebruik was dit respectievelijk 2,6% onder mannen versus 0,9% onder vrouwen en voor het laatste-maand-gebruik was dit 1,3% onder mannen versus 0,4% onder vrouwen.
- De piek van het laatste-jaar-cocainegebruik ligt in een oudere leeftijdsgroep dan bij cannabis, namelijk in de leeftijdsgroep 25-29 jaar (5,6%). Daarna volgt de leeftijdsgroep 20-24 jaar (4,8%) (figuur 4.1). De gemiddelde leeftijd van de laatste-jaar-cocainegebruikers was 32 jaar.

## Opleidingsniveau

Cocainegebruik komt meer voor onder hoog dan laag opgeleiden (tabel 4.1).

- Voor het laatste-jaar-gebruik gaat het om bijna een factor twee: 2,3% van HBO- en WO opgeleiden hebben het laatste jaar gebruikt versus 1,2% van de laag opgeleiden (basisonderwijs, LBO, MAVO, VMBO).
- Ook voor het ooitgebruik is er bijna een factor twee verschil met 6,4% voor de hoog opgeleiden versus 3,8% voor de laag opgeleiden.

## Grote steden

Cocainegebruik komt het meest voor in (zeer) stedelijke gebieden (tabel 4.1).

- Mensen die in (zeer) stedelijke gebieden wonen hebben bijna drie keer zo vaak ervaring met cocaïnegebruik als mensen in minder stedelijke gebieden, en zijn drie keer zo vaak laatste-jaar-gebruiker, en zes keer zo vaak laatste-maand-gebruiker.

**Tabel 4.1 Gebruik van cocaïne naar opleidingsniveau en stedelijkheid, peiljaar 2016**

(18 jaar en ouder)	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
<b>Opleidingsniveau<sup>I</sup></b>			
Laag opgeleid	3,8	1,2	0,7
Middelbaar opgeleid	4,6	1,6	0,7
Hoog opgeleid	6,4	2,3	1,0
<b>Stedelijkheid<sup>II</sup></b>			
(Zeer) sterk stedelijk	6,5	2,4	1,2
Matig stedelijk	4,2	1,3	0,6
Weinig/niet stedelijk	2,5	0,8	0,2

Percentage gebruikers ooit in het leven, laatste jaar, en laatste maand. I. Opleidingsniveau: 18-24 jaar hoogst gevolgd niveau, 25 en ouder hoogst behaald niveau: Laag opgeleid = basisonderwijs, LBO, MAVO, VMBO; Middelbaar opgeleid = MBO, HAVO, VWO; Hoog opgeleid = HBO of universiteit.

II. Stedelijkheid gecategoriseerd naar aantal adressen per vierkante kilometer in de woongemeente van de respondent: (zeer) sterk = 1.500 of meer adressen; matig = 1.000 – 1.500 adressen; weinig = minder dan 1.000 adressen. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2016.

## Gebruikspatronen

Via de aanvullende dieptemodule (LSM-A, zie bijlage D.2) is specifiek gevraagd naar het gebruik van snuifcocaïne en crack. Hier uit blijkt dat het merendeel van de cocaïnegebruikers ervaring heeft met snuifcocaïne en een minderheid (ook) ervaring heeft met crack (zie hierna). In 2016 zijn ook gegevens beschikbaar gekomen over de gebruikspatronen van de laatste-jaar-gebruikers van snuifcocaïne van 18 jaar en ouder. De meerderheid van hen snuift *incidenteel* cocaïne.

Ongeveer 3 van de 10 laatste-jaar-gebruikers (29,3%) hebben in het afgelopen jaar slechts één keer cocaïne gebruikt, en bijna de helft (47,0%) een paar keer, maar minder dan maandelijks. Ongeveer 1 op de 7 gebruikers (13,7%) rapporteert maandelijks gebruik, en één op de tien (10,1%) rapporteert meerdere keren per maand snuifcocaïne te gebruiken.

Bijna 9 van de 10 laatste-jaar-gebruikers van snuifcocaïne (88,9%) gebruiken meestal alleen in het weekend. De rest van deze groep gebruikt meestal op doordeweekse dagen (3,7%), of zowel op weekenddagen als doordeweekse dagen (7,4%).

In de aanvullende dieptemodule is afzonderlijk naar het gebruik van crack-cocaïne gevraagd.

- Het gebruik van dit middel wordt zelden gerapporteerd onder de algemene bevolking van 18 jaar en ouder: 0,5% heeft ooit crack gebruikt en 0,1% had dit middel in het afgelopen jaar nog gebruikt.
- Dit cijfer is vermoedelijk een onderschatting, doordat (probleem)gebruikers van harddrugs zoals heroïne en crack in bevolkingsonderzoek ondervertegenwoordigd zijn, doordat een deel van hen geen vaste woon- of verblijfplaats heeft, in een (justitiële) instelling verblijft, of anderszins moeilijk bereikbaar is. Deze groep kan in kaart worden gebracht via andere methoden van onderzoek (zie § 5.3 en § 5.4).

## Trend in cocaïnegebruik

Het gebruik van cocaïne in de algemene bevolking is in het afgelopen decennium herhaaldelijk gemeten (in 2005, 2009, 2014, 2015, 2016). Vanwege herhaalde wijzigingen in de onderzoeksmethode zijn alleen gegevens vergelijkbaar die zijn verzameld vanaf 2014 (zie bijlage D.2).

Voor de leeftijdsgroep 18 jaar en ouder, de standaard voor kerncijfers over drugsgebruik, zijn alleen gegevens voor 2015 en 2016 beschikbaar.

- Het cocaïnegebruik in deze leeftijdsgroep ligt in 2016 ongeveer op hetzelfde niveau als in 2015 (tabel 4.2).



- Er is geen statistisch significant verschil gevonden tussen 2015 en 2016 in het ooit-, laatste jaar- en laatste-maand-gebruik van cocaïne.

Bijlage D.2 geeft ook trendgegevens voor de leeftijdsgroep 15-64 jaar (de internationale standaard leeftijdsgroep van het EMCDDA, zie paragraaf 5 van de middelenhoofdstukken) voor de peiljaren 2014, 2015 en 2016.

- Deze cijfers suggereren een toename in het gebruik tussen 2014 en 2016. Het laatste-jaar-gebruik en het laatste-maand-gebruik van cocaïne was statistisch significant hoger in 2016 vergeleken met 2014.

**Tabel 4.2 Gebruik van cocaïne in Nederland onder mensen van 18 jaar en ouder. Peiljaren 2015 en 2016**

	2015 (%)	2016 (%)
Ooitgebruik (%)	4,3	4,9
Laatste-jaar-gebruik (%)	1,6	1,7
Laatste-maand-gebruik (%)	0,7	0,8

Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2015, 2016.

## Speciale groepen

Het gebruik van (onder andere) cocaïne komt naar verhouding meer voor onder dakloze volwassenen (zie ook § 4.3, speciale groepen jongeren).

- Tijdens de winterkouderegeling wordt in Amsterdam, voor alle daklozen die zich aanmelden en zelf geen onderdak kunnen regelen, een gratis plek gecreëerd in de nachtopvang. De winteropvang werd opengesteld van 1 december 2015 tot en met 31 maart 2016. Het middelengebruik werd in deze periode onderzocht onder 118 daklozen die gebruik hadden gemaakt van de winteropvang (Buster et al., 2016). Hun gemiddelde leeftijd was 41 jaar, 96% was man. Cocaïne was in de afgelopen maand voor 3,4% van deze daklozen het 'zwaarste' middel dat werd gebruikt. In de vorige winter van 2014-2015 werd een percentage gevonden van 4,2%.
- In Den Haag is in de winter van 2014-2015 de winterregeling in totaal 22 dagen van kracht geweest, met een bezetting van gemiddeld 159 personen per nacht (GGD Haaglanden, 2015). Het middelengebruik werd in januari 2015 nagevraagd bij 95 daklozen, hun gemiddelde leeftijd was 39 jaar en 83% was man. Van de ondervraagde daklozen had 10% in de afgelopen maand cocaïne gebruikt. Binnen de Cohortstudie naar Daklozen in de vier grote steden (Coda-G4), waren er in Den Haag 64 daklozen die van 2011 tot en met 2016 deelnamen aan alle vijf metingen (Van Straaten et al., 2016). Van deze daklozen was 80% man en 20% vrouw, hun gemiddelde leeftijd was 43 jaar binnen een range van 23-74 jaar. Het laatste-maand-gebruik van cocaïne was in deze groep tussen 2011 en 2016 niet veranderd.
- In januari en februari 2012 werden in de vier grote steden in totaal 2.232 daklozen opgevangen binnen het kader van de winterkouderegeling; 90% was man, hun gemiddelde leeftijd was 41 jaar en 48% had de Nederlandse nationaliteit (G4-USER, 2015). Het middelengebruik werd onderzocht onder 619 daklozen. Van deze groep was voor 4% cocaïne het 'zwaarste' middel dat zij hadden gebruikt.



## 4.3 Gebruik: jongeren en jongvolwassenen

Deze paragraaf beschrijft gegevens over het gebruik van cocaïne op basis van landelijke onderzoeken naar middelengebruik onder representatieve steekproeven scholieren van het voortgezet onderwijs en studenten van het HBO en MBO. Daarna worden gegevens gepresenteerd van uiteenlopende landelijke, regionale en lokale onderzoeken in verschillende groepen jongeren en jongvolwassenen, die vaak vanwege hun leefstijl, setting of persoonlijke kenmerken meer dan hun doorsnee leeftijdgenoten middelen gebruiken. De leeftijdsgrenzen zijn voor deze groepen niet strak gedefinieerd, maar het gaat hier overwegend om (laat) adolescenten tot dertigers, de leeftijdsgroep waarin het middelengebruik zich concentreert.

### Scholieren

Vergeleken met cannabis gebruiken aanzienlijk minder leerlingen van het middelbaar onderwijs harddrugs, zoals cocaïne. Dit blijkt uit het Peilstationsonderzoek scholieren (Van Dorselaer et al., 2016, zie bijlage D.7).

- Onder scholieren van 12-16 jaar van het voortgezet onderwijs daalde het percentage dat ervaring had met cocaïne van 2,0% naar 1,3% geleidelijk tussen 2003 en 2015. Het percentage dat in de afgelopen maand nog cocaïne had gebruikt daalde in deze periode van 0,8% naar 0,5% (figuur 4.2).
- Verschillen tussen 2011 en 2015 waren statistisch niet significant.

### Leeftijd en geslacht

Het gebruik van cocaïne neemt toe met de leeftijd en verschilt niet tussen jongens en meisjes.

- In 2015 had 0,4% van de 12-jarigen ervaring met cocaïne; op 16-jarige leeftijd was dat 2,4%. Voor laatste-maand-gebruik waren deze percentages respectievelijk 0,1% (12 jaar) en 1,5% (16 jaar).
- In 2015 hadden vrijwel evenveel jongens (1,4%) als meisjes (1,2%) ooit cocaïne gebruikt. Ook waren er geen statistisch significante verschillen voor het laatste-maand-cocaïnegebruik (0,7% van de jongens en 0,4% van de meisjes).

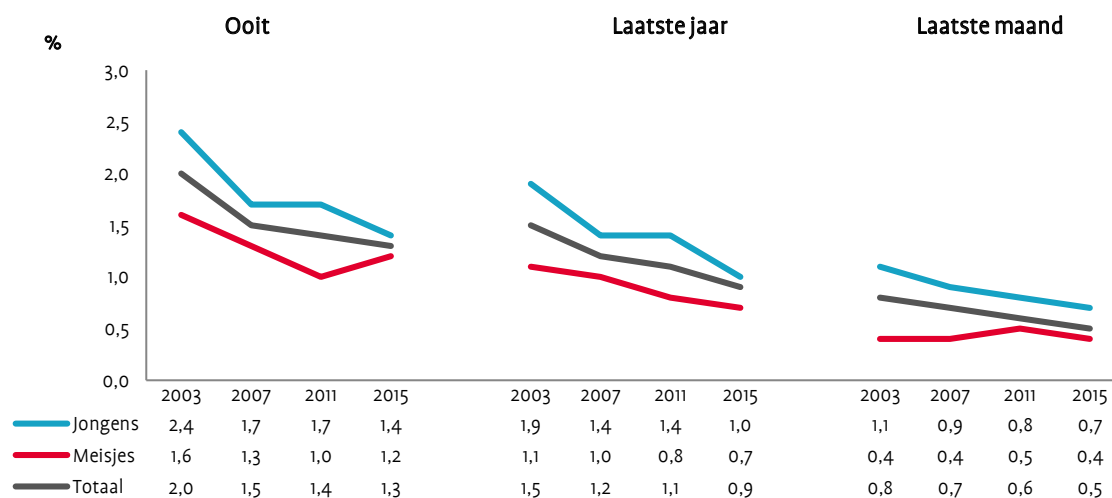
### Schoolniveau en etnische afkomst

Hoe lager het schoolniveau hoe hoger het percentage cocaïnegebruikers.

- In 2015 lag onder scholieren van 12-16 jaar het percentage dat ervaring had met cocaïne het laagst op het VWO (0,3%) en het hoogst op het VMBO-b (2,7%). Op de HAVO lag dit percentage op 1,0% en op het VMBO-t op 1,4%. Ook het percentage scholieren dat in de afgelopen maand nog cocaïne had gebruikt, lag het laagst op het VWO (0,1%) en het hoogst op het VMBO-b (1,0%). Op de HAVO lag dit percentage op 0,6% en op het VMBO-t op 0,4%.
- Het ooitgebruik van cocaïne lag het hoogst onder scholieren van Surinaamse herkomst (3,9%) en het laagst onder leerlingen van autochtoon Nederlandse afkomst (1,1%).<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Voor de definitie van migratieachtergrond: zie bijlage A.

**Figuur 4.2 Gebruik van cocaïne onder scholieren van het voortgezet onderwijs van 12-16 jaar, vanaf 2003**



Percentage gebruikers ooit in het leven (links), in het laatste jaar (midden), en in de laatste maand (rechts). Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM, 2015.

### Gebruik in Amsterdam onder scholieren van de HAVO en het VWO en onder studenten van het MBO

- Begin 2016 is het gebruik van alcohol en drugs onderzocht onder 1.076 leerlingen van 16-18 jaar uit klas 5 en 6 van de HAVO en het VWO in Amsterdam (Dijkshoorn et al., 2016). Van deze leerlingen had 3% ooit cocaïne gebruikt.
- In 2016 is bovendien het gebruik van alcohol en drugs onderzocht onder 1.972 MBO-studenten in Amsterdam (Nabben et al., 2017). De leeftijd van deze MBO-studenten varieerde van 15 tot en met 35 jaar en hun gemiddelde leeftijd was 19 jaar. Van deze studenten had 9% ooit cocaïne gebruikt, 6% in het afgelopen jaar, en 3% in de afgelopen maand. Bij de mannelijke studenten lag het laatste-jaar-gebruik hoger dan bij de vrouwelijke studenten (9% tegenover 3%). Studenten met een migratieachtergrond<sup>1</sup> hadden in het afgelopen jaar *minder* vaak cocaïne gebruikt dan autochtone studenten (4% tegenover 7%). Van de MBO-studenten die in het afgelopen jaar cocaïne hadden gebruikt, vond 19% dat ze te veel of te vaak cocaïne hadden gebruikt. Voor crack lag het percentage ooitgebruik op 5%, lag het percentage laatste-jaar-gebruik op 3%, en lag het percentage laatste-maand-gebruik op 1%.

### Gebruik onder studenten van het MBO en HBO

In 2015 is het gebruik van cocaïne ook gemeten onder 16-18-jarige studenten van het MBO en HBO (Verdurmen et al., 2016).

- Van de studenten had 3% ooit cocaïne gebruikt en 1% deed dit in de afgelopen maand.
- Het verschil in ooitgebruik van cocaïne tussen jongens (4%) en meisjes (3%) was niet statistisch significant.

### Speciale groepen jongeren en jongvolwassenen

In bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen komt de consumptie van cocaïne vrij vaak voor. 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 jongvolwassenen vaak laag (tussen 15% en 25%) en zijn zij 'op locatie' of online geworven in plaats van via een representatieve steekproef uit de bevolking, waardoor een vertekening van de resultaten kan optreden. De uitkomsten geven wel een indicatie van verschillen tussen (risico)groepen jongeren en jongvolwassenen.

## Uitgaande jongeren en jongvolwassenen

Cocaïne is relatief populair in het uitgaansleven. Dit blijkt uit zowel landelijke als lokale onderzoeken, maar het gebruik van dit middel vindt ook vaak in privésettingen plaats. Het gaat daarbij vooral om het snuiven van cocaïne. In de afgelopen jaren is cocaïne wat populariteit betreft in bepaalde groepen uitgaanders ingehaald door amfetamine, maar ecstasy gaat nog steeds onverminderd aan kop.

Landelijke en lokale onderzoeken suggereren dat tussen de 10% en 20% van de uitgaanders een actuele cocaïnegebruiker is, vergeleken met 1,6% van de 15-34-jarigen in de algemene bevolking.

- In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2016 is het middelengebruik van 4.905 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 15-35 jaar in kaart gebracht. Twee vijfde (39%) van de deelnemers bezocht maandelijks een club en nog eens een vijfde (18%) deed dit wekelijks. Party's werden minder vaak bezocht; 60% deed dit in het afgelopen jaar minder dan maandelijks (Monshouwer et al., 2016). De resultaten zijn niet rechtstreeks te vergelijken met die van de peiling uit 2013. De respondenten van deze onderzoeken vormen geen representatieve steekproef van alle uitgaande jongeren en jongvolwassenen en er zijn verschillen in de steekproeven van 2013 en 2016. De respondenten verschillen bijvoorbeeld in uitgaansfrequentie en muziekvoorkeur (zie bijlage D.3).
- Drie op de tien party- en clubgangers (33%) had in 2016 ooit cocaïne gebruikt, een kwart (25%) had in het afgelopen jaar gebruikt en 12% deed dit nog in de afgelopen maand. Het merendeel is een 'incidentele snuiver'.
- Twee derde (66%) van de laatste-jaar-gebruikers in dit onderzoek had in het afgelopen jaar één keer of een paar keer cocaïne gebruikt; 12% deed dat eens per maand, 15% een paar keer per maand, 5% eens per week, 2% een paar keer per week. (Bijna) dagelijks gebruik kwam niet voor.
- Cocaïne is, minder dan ecstasy, een typische partydrug. Op de vraag waar laatste-jaar-cocaïnegebruikers tijdens het uitgaan het meest gebruiken, noemde ongeveer de helft (51%) een festival, en iets minder een club (44%), thuis (44%), of een feestje (12%). Een poppodium (3%) of café (2%) werden zelden genoemd. Respondenten konden maximaal 3 locaties aangeven.

De licht dalende trend in cocaïnegebruik, zoals gesignaleerd door sleutelfiguren in het Amsterdamse uitgaansleven sinds 2012, zet niet verder door. Er lijkt sinds 2014 eerder sprake te zijn van een toename (Nabben et al., 2016). Eerder werd gesignaleerd dat cocaïne onder trendsetters wat op de achtergrond was geraakt, onder andere door de verjonging van deze groep, de economische crisis en de opmars van amfetamine; hoewel onder 25-plussers cocaïne echter onverminderd populair bleef (Nabben et al., 2014). Het middel wordt vaak in groepsverband genomen, en op zowel feestjes als tijdens andere activiteiten (film of voetbal kijken) en in de kroeg. In 2014 constateerden de sleutelfiguren dat, met uitzondering van maar één netwerk, in bijna alle netwerken regelmatig cocaïne werd gebruikt (Benschop et al., 2015). In 2015 was er geen enkel netwerk meer zonder een regelmatige gebruiker van cocaïne (Nabben et al., 2016). In 2016 heeft deze trend zich voortgezet en zit het gebruik van cocaïne weer op het niveau van tien jaar geleden (Nabben et al., 2017). Bij het gebruik van diverse psychotrope middelen in sommige netwerken "begint cocaïne geleidelijk aan het gebruik te domineren".

- In 2015 had van de Amsterdamse coffeeshopbezoekers 23% in het afgelopen jaar cocaïne gebruikt en 9% had in de afgelopen maand nog cocaïne gebruikt (Nabben et al., 2016). Dit was hoger dan in 2009, met respectievelijk 14% laatste-jaar-gebruik en 5% laatste-maand-gebruik, maar alleen het verschil in het laatste-jaar-gebruik was statistisch significant.

- In 2014 had 12% van de Amsterdamse cafébezoekers in de afgelopen maand cocaïne gebruikt en dit verschilde niet statistisch significant van de 14% in 2010 (Benschop et al., 2015). In 2014 had 1,5% van de cafébezoekers cocaïne gebruikt tijdens het uitgaan. De stijging in het percentage crackgebruikers was wel statistisch significant. Tussen 2010 en 2014 steeg het percentage ooitgebruikers van crack van 3% naar 7% en steeg het percentage laatste-maand-gebruikers van crack van 0,3% naar 1,7%.
- Uit een survey in Amsterdam in 2014 onder 633 clubbers en ravers van gemiddeld 24 jaar bleek dat 47% ooit cocaïne had gebruikt en dat 19% in de afgelopen maand nog cocaïne had gebruikt. Onder clubbers bleef het laatste-maand-gebruik stabiel tussen 2008 en 2013 (14% in beide jaren).
  - Cocaïnegebruik in de afgelopen maand lag hoger onder werkenden dan onder studenten (24% versus 17%), onder mannen dan vrouwen (24% versus 14%), onder twintigers en dertigers vergeleken met tieners (22% versus 8%) en onder Amsterdammers vergeleken met niet-Amsterdammers (23% versus 13%).

In 2014 is in Den Haag een survey gehouden onder 1.317 uitgaanders in de leeftijd van 12-35 jaar (Van Dijk en Reinerie, 2015).

- Het bleek dat 35% ooit cocaïne had gebruikt en dat 11% in de afgelopen maand nog cocaïne had gebruikt. Van de mannen had in de afgelopen maand 15% cocaïne gebruikt en van de vrouwen 6%. Op 18-jarige leeftijd had ruim 16% al een keer cocaïne gebruikt. Gebruikers gaven aan cocaïne te gebruiken om zo lang mogelijk te kunnen doorgaan met feesten.

## Probleemjongeren

Jongeren in justitiële jeugdinrichtingen en de jeugdzorg en dakloze jongeren hebben vaker ervaring met het gebruik van cocaïne dan hun leeftijdsgenoten in de algemene bevolking. Volgens wat ouder landelijk onderzoek uit 2008 had gemiddeld 18% van de jongeren in de jeugdzorg ooit cocaïne gebruikt (Kepper et al., 2009a), en onder jongens in de justitiële jeugdinrichtingen had 18% voorafgaand aan hun detentie ooit cocaïne gebruikt (Kepper et al., 2009b; zie ook het NDM Jaarbericht 2016).

- Van de jeugdigen in de jeugdzorg in Amsterdam in 2012 had 5% ooit cocaïne gebruikt en had 1% in de afgelopen maand nog cocaïne gebruikt (Benschop et al., 2013).
  - In 2011 startte de Cohortstudie naar Daklozen in de vier grote steden (Coda-G4). Deze cohortstudie volgt 513 daklozen vanaf het moment dat ze zich in 2011 hebben gemeld bij de maatschappelijke opvang in een van de vier grote steden (Van Straaten et al., 2012, 2014, 2016). De groep van 513 daklozen bestond voor 20% uit jongvolwassenen van 18-22 jaar. Van deze jongvolwassenen was 60% man en had 63% een migratieachtergrond, de gemiddelde leeftijd was 22 jaar. In deze groep had 2% in de afgelopen maand snuifcocaïne gebruikt.
- In 2016 constateerden jongerenwerkers in Amsterdam dat onder problematische (buurt)jongeren met een migratieachtergrond cocaïnegebruik *minder* voorkomt dan onder autochtone problematische (buurt)jongeren (Nabben et al., 2017).

**Tabel 4.3 Gebruik van cocaïne<sup>1</sup> in speciale groepen**

	Locatie	Peiljaar	Gemiddelde leeftijd (jaar)	Ooit-gebruik (%)	Laatste-maand-gebruik (%)
<b>Uitgaande jongeren en jongvolwassenen</b>					
Bezoekers van party's, festivals en clubs <sup>II</sup>	Landelijk	2016	22	33	12
Coffeeshopbezoekers	Amsterdam	2009	28	34	5
		2015	25	34	9
Cafébezoekers	Amsterdam <sup>III</sup>	2010	27	34	12
				3 <sup>IV</sup>	0,3 <sup>IV</sup>
		2014	27	42	15
				7 <sup>IV</sup>	1,7 <sup>IV</sup>
Bezoekers van clubs en raves <sup>V</sup>	Amsterdam	2013	24	47	19
Uitgaande jongeren en jongvolwassenen	Den Haag	2014	24	35	11
<b>Probleemjongeren</b>					
Dakloze jongeren	G4	2012/2013	22	-	2
Jongeren in de jeugdzorg <sup>VI</sup>	Amsterdam	2012	16	5	1

Percentage ooitgebruikers en laatste-maand-gebruikers per groep. De cijfers in deze tabel zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. De uitgaanders die deelnemen aan onderzoek zijn niet representatief voor alle uitgaanders. G4 = Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, en Utrecht. - = Gegevens onbekend. I. Snuifbare cocaïne in poedervorm, tenzij anders aangegeven. II. (Frequente) bezoekers van party's en clubs geworven via online community's, websites en fora over feesten, party's en festivals. III. Jongeren en jongvolwassenen uit mainstream-, hippe-, studenten-, en gay cafés. Dus niet representatief voor alle cafébezoekers. IV. Rookbare cocaïne in de vorm van crack. V. Raves zijn "door verschillende organisaties en (vrienden)groepen georganiseerde (quasi-)illegale feesten op alternatieve locaties" (Nabben et al., 2014). In 2016 kwamen op raves in Amsterdam gemiddeld 150-300 personen (Nabben et al., 2017). VI. Jongeren met opvoedproblemen, delinquente jongeren, dak- en thuisloze jongeren en jongeren in overige hulpverleningstrajecten.

Bronnen: Het Grote Uitgaansonderzoek 2016 (Monshouwer et al., 2016); Bongers Instituut voor Criminologie, UvA: Antenne 2009 (Nabben et al., 2010), Antenne 2010 (Benschop et al., 2011), Antenne 2012 (Benschop et al., 2013), Antenne 2013 (Nabben et al., 2014), Antenne 2014 (Benschop et al., 2015), Antenne 2015 (Nabben et al., 2016); Haags Uitgaans Onderzoek, GGD Haaglanden (Van Dijk en Reinerie, 2015); Coda-G4, IVO, UMC St Radboud (Van Straaten et al., 2014).



## 4.4 Problematisch gebruik

Betrouwbare schattingen van het totale aantal probleemgebruikers van cocaïne ontbreken. De meest recente schatting van een deel van deze groep heeft betrekking op 2013. Volgens veldstudies en registratiegegevens gaat het globaal om drie groepen gebruikers.

- De eerste groep bestaat uit de probleemgebruikers van opiaten (zie § 5.4), waarvan een groot deel óók cocaïne gebruikt, veelal de kant-en-klare rookbare vorm crack.
  - In 2013 werd er een veldonderzoek uitgevoerd onder 401 problematische opiatengebruikers in de steden Amsterdam, Rotterdam, Utrecht, Eindhoven, en Haarlem (Cruts et al., 2013).<sup>2</sup> Naast opiaten had 78% van de problematische opiatengebruikers de afgelopen maand ook crack gebruikt en had 82% in het afgelopen jaar crack gebruikt. In de afgelopen maand had 5% snuifcocaïne gebruikt en in het afgelopen jaar had 8% snuifcocaïne gebruikt.
- De tweede groep bestaat uit probleemgebruikers in de harddrugscene die frequent cocaïne, vooral crack, consumeren, zonder daarnaast heroïne te nemen.

<sup>2</sup> Zij voldeden naar eigen zeggen 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.

- De derde groep bestaat uit gebruikers bij wie het aanvankelijk 'recreatief' gebruik van snuifcocaïne is overgegaan in problematisch gebruik ('de ontspoorde cocaïnesnuivers', Nabben et al., 2017). In vergelijking met crackgebruikers zijn zij doorgaans begonnen met het gebruik van snuifcocaïne vanuit een meer maatschappelijk geïntegreerde positie.

Bij de drie groepen die hierboven werden genoemd, komt crackverslaving vooral voor in de eerste twee groepen. Maar ook in de derde groep kan cocaïneverslaving ontstaan.

- Van het totaal aantal crackverslaafden (zowel degenen die alleen crack gebruiken alsook degenen die opiaten gebruiken) zijn er schattingen beschikbaar gekomen voor de drie grootste steden van Nederland: Amsterdam, Rotterdam en Den Haag (Oteo Pérez et al., 2013).
  - Voor de drie grootste steden wordt het aantal crackverslaafden geschat op 6.659, waarvan 2.524 in Amsterdam (in 2009), 2.362 in Rotterdam (in 2010), en 1.773 crackverslaafden in Den Haag (in 2010).
  - Dit komt neer op 0,5% crackverslaafden in de drie grootste steden onder de bevolking van 15-64 jaar (1 op de 200 inwoners). Per stad komt dit neer op 0,5% in Amsterdam (in 2009), 0,6% in Rotterdam (in 2010) en 0,5% crackverslaafden in de bevolking van Den Haag (in 2010).
  - Van de crackverslaafden is 77% man, 13% is jonger dan 35 jaar.
- Er is geen schatting van het aantal problematische gebruikers van snuifcocaïne.



## 4.5 Gebruik: internationale vergelijking

### Algemene bevolking

Gegevens over het drugsgebruik in de lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen en Turkije worden verzameld door het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA, 2017). 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, 2017), de Canadian Tobacco, Alcohol and Drugs Survey (CTADS, 2015) en het Australian Institute of Health and Welfare (AIHW, 2016).

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. Wel is cocaïne in Europa de meest gebruikte stimulerende drug (EMCDDA, 2017). Het gebruik van cocaïne ligt hoger in het Westen en het Zuiden van Europa. Voor het vergelijken van verschillende landen en regio's beperkt dit Jaarbericht zich tot de resultaten van bevolkingsonderzoeken en wordt nog geen gebruik gemaakt van analyses van het rioolwater. Voor de analyses van rioolwater is nog onduidelijk in hoeverre deze een goede vergelijking mogelijk maken tussen verschillende landen en regio's in de mate van het drugsgebruik (zie § 1.3).

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking. Van invloed is onder andere de leeftijdsgroep. Het gebruik van cocaïne komt doorgaans vaker voor onder jongeren en jongvolwassenen en daardoor worden in de leeftijdsgroep van 15-34 jaar hogere prevalenties gevonden dan in de leeftijdsgroep van 15-64 jaar. Tabel 4.4a geeft gebruikscijfers die zijn (her)berekend volgens de standaard leeftijdsgroepen van het EMCDDA (15-64 jaar en 15-34 jaar). Gegevens voor de overige landen staan in tabel 4.4b. Voor Europa zijn alleen landen uit de EU-15 en Noorwegen opgenomen waarvoor recente gegevens beschikbaar zijn. Voor zover beschikbaar zijn gegevens voor andere EU-lidstaten in bijlage C vermeld.

- Het percentage mensen in de algemene bevolking dat ervaring heeft met cocaïne is veruit het grootst in de Verenigde Staten, alhoewel de Verenigde Staten weer niet aan kop gaan in het percentage laatste-jaar-gebruik. Het hoogste percentage laatste-jaar-gebruik in de algemene bevolking werd in 2016 gevonden in Australië, namelijk 2,5% onder de algemene bevolking vanaf 14 jaar (AIHW, 2017).
- In de EU-15 en Noorwegen varieert het percentage ooitgebruikers in de leeftijdsgroep van 15-64 jaar van 1,2% in Portugal tot 9,1% in Spanje. Van alle EU-lidstaten ligt het percentage ooitgebruikers het laagst in Slowakije (0,7% in 2015). In 2016 had in Nederland 5,9% van de bevolking van 15-64 jaar ervaring met cocaïne. Dat ligt iets boven het Europese gemiddelde van 5,1% volgens de meest recente surveys (EMCDDA, 2017).<sup>3</sup>
- Het Europese gemiddelde voor het laatste-jaar-gebruik onder 15-34-jarigen lag op 1,9% (EMCDDA, 2017). In Nederland was dit percentage in 2016 in deze leeftijdsgroep ongeveer twee keer zo hoog, namelijk 3,7%. Voor de 15-64-jarigen lag het Europese gemiddelde voor het laatste-jaar-gebruik op 1,0%. In Nederland lag dit percentage op 2,0%.

**Tabel 4.4a Consumptie van cocaïne onder de algemene bevolking van enkele EU-15 lidstaten en Noorwegen: leeftijdsgroepen 15-64 jaar en 15-34 jaar**

Land	Jaar	15-64 jaar		15-34 jaar	
		Ooitgebruik (%)	Laatste -jaar-gebruik (%)	Ooitgebruik (%)	Laatste -jaar-gebruik (%)
Spanje	2015	9,1	2,0	9,4	3,0
Ierland	2015	7,8	1,5	10,7	2,9
Nederland	2016	5,9	2,0	7,9	3,7
Frankrijk	2014	5,4	1,1	7,7	2,4
Noorwegen	2015	4,2	1,0	6,4	2,2
Zweden	2008	3,3	0,5	-	-
Oostenrijk	2015	3,0	0,4	3,1	0,4
Finland	2014	1,9	0,5	2,9	1,0
Portugal	2012	1,2	0,2	1,4	0,4

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen. Percentage gebruikers ooit in het leven en in het laatste jaar. - = Geen cijfers voor deze leeftijdsgroepen beschikbaar. Bronnen: EMCDDA; Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2016.

3. Het Europese gemiddelde zoals berekend door het EMCDDA is een schatting die is gewogen op basis van de bevolkingsomvang. Landen met veel inwoners tellen daardoor zwaarder mee.



**Tabel 4.4b 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 (%)	Laatste-jaar-gebruik (%)
Verenigde Staten	2016	18 en ouder	15,8	2,0
		12 en ouder	14,4	1,9
Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales)	2015	16 - 59	9,7	2,3
Australië	2016	14 en ouder	9,0	2,5
Italië	2014	15 - 74	7,6	1,1
Canada	2012	15 en ouder	7,3	1,1
Denemarken	2013	16 en ouder	5,2	0,9
Duitsland	2015	18 - 64	3,8	0,6

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen. Percentage gebruikers ooit in het leven en in het laatste jaar. 1. Druggebruik 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, SAMHSA, CADUMS, AIHW.

## Jongeren

In de ESPAD-peilingen onder 15- en 16-jarige scholieren in Europa werd in 2003, 2007, 2011 en 2015 gevraagd naar het ooitgebruik van cocaïne (Hibell et al., 2004, 2009, 2012; Kraus et al., 2016). In 2003 is ook gevraagd naar het laatste-jaar-gebruik en in 2015 is apart gevraagd naar (snuif)cocaïne en crack. De cijfers uit de ESPAD zijn beter vergelijkbaar dan de cijfers uit onderzoeken onder de algemene bevolking.

- Tabel 4.5 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 (snuif)cocaïne werd in 2015 gevonden in Frankrijk (4%), gevolgd door Italië (3%), Ierland (3%) en België. Het ooitgebruik van crack lag eveneens het hoogst in Frankrijk (3%) en Italië (3%) (tabel 4.5).
- Nederland neemt met 2% voor (snuif)cocaïne een middenpositie in en scoort met 1% voor crack relatief laag, maar de verschillen met de andere landen zijn klein (tabel 4.5).
- Het gemiddelde van 34 onderling vergelijkbare Europese landen lag eveneens op 2% voor (snuif)cocaïne en op 1% voor crack.

Tabel 4.5 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>1</sup> Peiljaren 2003, 2007, 2011 en 2015

Land	2003	2007		2011	2015	
	Ooit-gebruik (%)	Laatste-jaar-gebruik (%)	Ooit-gebruik (%)	Ooit-gebruik (%)	Ooit-gebruik cocaïne (%)	Ooit-gebruik crack (%)
Frankrijk	3	-	5	4	4	3
Italië	4	3	5	3	3	3
Ierland	3	1	4	3	3	2
België <sup>II</sup>	3	1	4	4	3	1
Spanje <sup>IV</sup>	6	5	4	2	2	3
Portugal	3	2	2	3	2	1
Nederland	3	1	3	2	2	1
Denemarken <sup>IV</sup>	2	2	3	2	2	-
Zweden	1	0	2	1	2	-
Griekenland	1	1	1	1	1	1
Noorwegen	1	1	1	1	1	1
Finland	0	0	1	1	1	-
Verenigde Staten <sup>I</sup>	5	3	5	3	-	-
Duitsland <sup>III</sup>	2	2	3	3	-	-
Verenigd Koninkrijk <sup>V</sup>	4	3	5	-	-	-
Zwitserland	1	0	3	-	-	-

Percentage gebruikers ooit in het leven en, voor 2003, in het laatste jaar. - = Niet gemeten. I. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD, maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit. II. België in 2011 en 2015 alleen voor Vlaanderen. III. Duitsland in 2007 voor 6 en in 2011 voor 5 van de 16 deelstaten. IV. De gegevens voor Spanje en Denemarken zijn minder representatief, Denemarken vanaf 2015 weer representatief. V. Verenigd Koninkrijk niet voor 2011 vanwege te lage respons (slechts 6% van de scholen). Bron: ESPAD.



## 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, gokken, of andere gedragsverslavingen. Behandeling van cocaïneverslaving is echter lastig. Effectieve farmacotherapie, zoals voor verslaving aan opiaten of alcohol, is nog niet beschikbaar gekomen voor verslaving aan cocaïne. De werking van mogelijke medicijnen tegen crackverslaving wordt onderzocht in het Nederlandse CATCH onderzoek. Het gebruik van modafinil (geneesmiddel tegen narcolepsie) en topiramaat (geneesmiddel tegen epilepsie), toegevoegd als medicijn aan cognitieve gedragstherapie, bleek echter teleurstellend. Deze potentiële medicijnen bleken weinig meerwaarde te hebben en leidden niet tot meer gunstige uitkomsten, zoals het volhouden van de behandeling en minder gebruik van cocaïne en andere drugs (Nuijten et al., 2011, 2014, 2015, 2016). Wel zijn er in de Verenigde Staten indicaties gevonden dat modafinil een gunstig effect kan hebben op de nachtrust van cocaïneverslaafden (Morgan et al., 2016). Of cannabinoïden als medicijn kunnen worden ingezet tegen crackverslaving, moet nog worden onderzocht (Fischer et al., 2015). Een veelbelovend ander

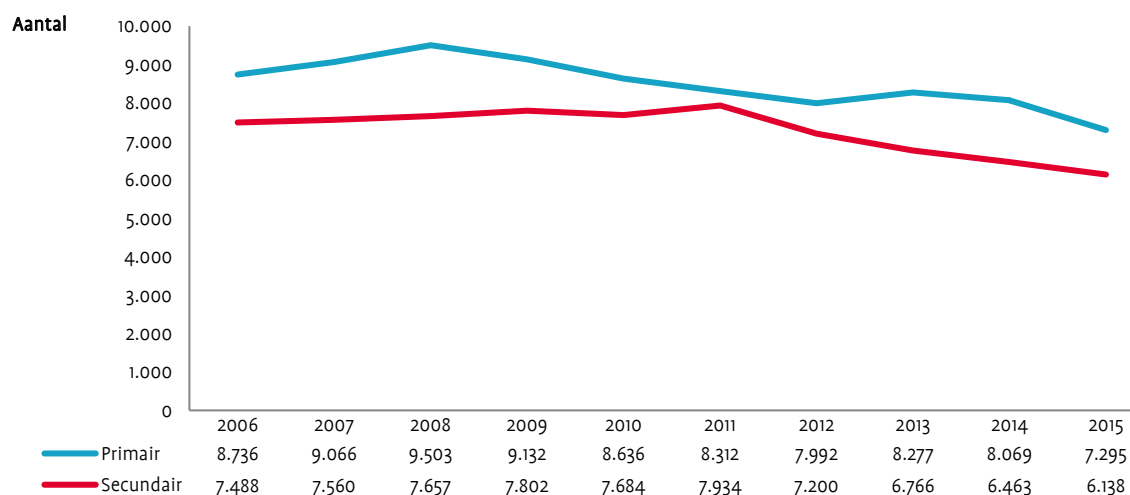
medicijn is dexamfetamine met een vertraagde afgifte (Nuijten et al., 2016a). Er zijn indicaties gevonden dat dit medicijn het gebruik van crack kan terugdringen.

Bij cocaïneverslaving is 'contingency management', waarbij beloningen worden gegeven (zoals tegoedbonnen) voor het niet meer gebruiken van cocaïne, tot nu toe het meest effectief gebleken (Schierenberg et al., 2012). Bovendien is er voldoende bewijs voor de effectiviteit van een breed opgezet interventiepakket volgens de principes van de Community Reinforcement Approach (CRA), waarvan 'contingency management' vaak onderdeel is (Roozen et al., 2006). Het is nog niet bekend in hoeverre deze interventies in Nederland structureel worden toegepast voor de behandeling van cocaïneverslaving.

In 2015 hebben in totaal 21 gespecialiseerde instellingen voor verslavingszorg geanonimiseerde gegevens over de hulpverlening aangeleverd aan het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS, Wisselink et al., 2016) (zie in bijlage A: Cliënt LADIS). De wisselingen die zich in de afgelopen tien jaar hebben voorgedaan in de aanleverende instellingen zijn weergegeven in bijlage D.5. Een nadere analyse wijst uit dat deze wisselingen slechts een beperkte invloed hebben gehad op het landelijk aantal geregistreerde cliënten en de trends niet noemenswaardig hebben beïnvloed.

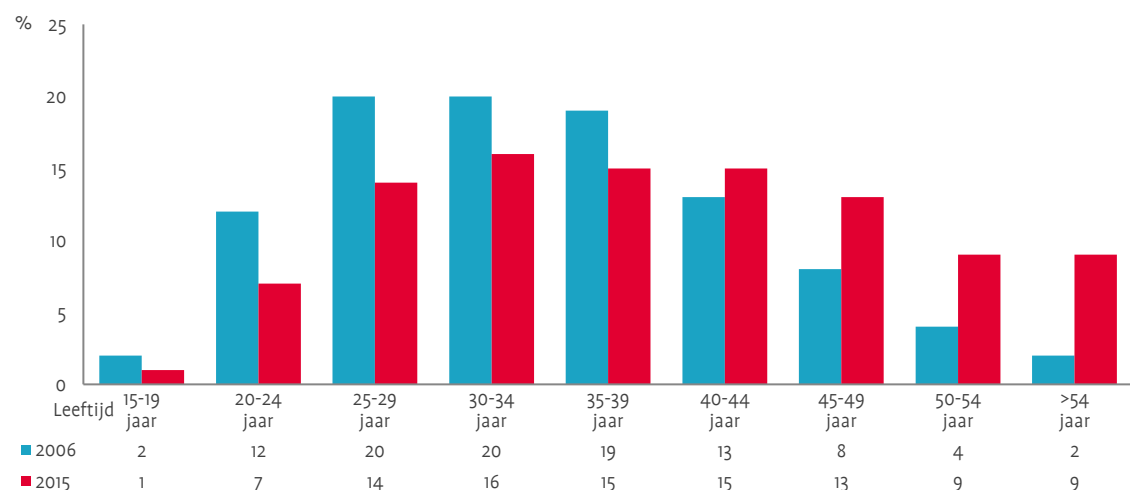
- Het aantal cliënten met cocaïne als primair probleem is sinds 2008, met wat schommelingen, gedaald (figuur 4.3). Tussen 2014 en 2015 vond er nog een daling plaats met 10%.
- Per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder daalde het aantal primaire cocaïnecliënten van 65 in 2006 naar 52 in 2015.
- Het aandeel van de primaire cocaïnecliënten in alle cliënten met een drugsprobleem lag in 2006 op 28% en lag in 2015 op 23%.
- Voor bijna de helft van de primaire cocaïnecliënten (45%) was in 2015 roken (crack) de belangrijkste wijze van gebruik en voor iets meer dan de helft (54%) snuiven. Slechts 1% injecteerde de cocaïne. Ook in 2006 lag het percentage injecteerders op 1%, maar in dat jaar lag het percentage rokers hoger (52%) en lag het percentage snuivers lager (47%).
- In 2015 was 16% van de primaire cocaïnecliënten een nieuwkomer. Deze nieuwkomers werden ingeschreven in 2015 en stonden niet eerder ingeschreven bij de verslavingszorg voor een drugsverslaving, een alcoholverslaving of een andere verslaving. In 2006 lag het percentage nieuwkomers op 21%.
- Van de 7.295 primaire cocaïnecliënten in 2015 stond bij 4.557 cliënten (62%) zowel een primaire als een secundaire problematiek geregistreerd. Bij deze cliënten ging het vooral om alcohol (33%), opiaten (28%) en cannabis (19%). In 4% van de gevallen ging het om een primaire verslaving aan crack en een secundaire verslaving aan snuifcocaïne en ging het omgekeerd in 1% van de gevallen om een primaire verslaving aan snuifcocaïne en een secundaire verslaving aan crack.
- Cocaïne werd ook vaak als secundair probleem genoemd (figuur 4.3). Ook het aantal cliënten met cocaïne als secundair probleem is de afgelopen jaren gedaald. Voor deze groep was in 2015 het primaire probleem vooral opiaten (46%), gevolgd door alcohol (36%) en cannabis (11%).

**Figuur 4.3** Aantal cliënten bij de verslavingszorg met primaire of secundaire cocaïneproblematiek, vanaf 2006



Aantal cliënten. Voor de aanleverende instellingen, zie bijlage D.5. Bron: LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut.

**Figuur 4.4** Leeftijdsverdeling van de primaire cocaïnecliënten bij de verslavingszorg, in 2006 en 2015



#### Leeftijd, geslacht en opleiding

- In 2015 waren 8 van de 10 primaire cocaïnecliënten man (82%).
- De gemiddelde leeftijd in 2015 was 39 jaar, vergeleken met 34 jaar in 2006. Daarmee zijn de primaire cocaïnecliënten jonger dan de opiaat-, en alcoholcliënten maar ouder dan de cannabis-, ecstasy-, amfetamine- en GHB-clieuten.
- Figuur 4.4 laat zien dat 60% van de primaire cocaïnecliënten in 2015 tussen de 25 en 44 jaar was. Het aandeel jonge cocaïnecliënten van 15-34 jaar is in de afgelopen tien jaren gedaald van 54% in 2006 naar 38% in 2015. Het aandeel van de cocaïnecliënten van 40 jaar en ouder is in deze periode gestegen van 27% in 2006 naar 46% in 2015.
- Deze veroudering komt grotendeels op conto van de crackverslaafden, van wie een deel ook problemen met opiaten heeft (zie § 5.6).
- In 2015 had van de primaire cocaïnecliënten 48% geen opleiding afgerond of een lagere opleiding afgerond, had 39% een middelbare opleiding afgerond en had 13% een hogere opleiding afgerond. (Voor de verklaring van lagere, middelbare en hogere opleiding, zie in bijlage A onder: Cliënt LADIS.)

- Hierboven (§ 4.2) werd er op gewezen dat in de algemene bevolking hoger opgeleiden meer ervaring hebben met cocaïne dan lager opgeleiden. Dit in tegenstelling tot het gegeven dat onder de cocaïnecliënten in de verslavingszorg slechts 13% hoger is opgeleid en 48% lager is opgeleid.

## Algemene ziekenhuizen

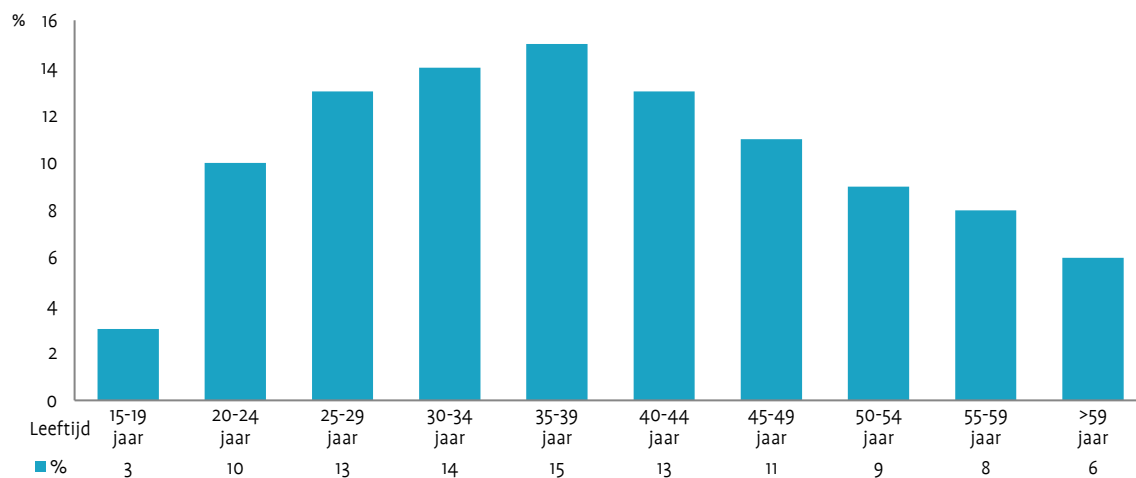
De Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ; voorheen Landelijke Medische Registratie, LMR) bevat gegevens over de opnames in algemene ziekenhuizen, waarbij middelengebruik als hoofddiagnose of als nevendiagnose kan zijn geregistreerd. In 2013 wijzigde zowel de registratiemethode als de bijschattingsmethode (zie bijlage D.4: LBZ). Vanwege deze wijzigingen worden hier primair gegevens gerapporteerd over 2014. Van 2009 tot en met 2013 werden per jaar rond de twee miljoen klinische opnames in algemene ziekenhuizen geregistreerd (DHD, 2015). Problemen gerelateerd aan cocaïne spelen hierbij nauwelijks een rol.

- Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van cocaïne (ICD-10 code F14) en vergiftiging door cocaïne (ICD-10 code T40.5) worden niet vaak als hoofddiagnose geregistreerd bij klinische opnames in de algemene ziekenhuizen. In 2014 ging het naar schatting om 150 gevallen, waarvan 58% vanwege psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van cocaïne en waarvan 42% vanwege vergiftiging door cocaïne. Daarvan is 1% bijgeschat om de ontbrekende gegevens via een schatting aan te vullen (148 feitelijk geregistreerde opnames, zie bijlage D.4).
- Vóór de methodewijzigingen steeg het aantal klinische ziekenhuisopnames met een nevendiagnose gerelateerd aan cocaïne van 377 in 2000 naar 800 in 2011, waarna er weer een daling plaatsvond naar 774 in 2012 (Van Laar et al., 2015).
- Cocaineproblemen worden vaker geregistreerd als nevendiagnose, mede vanwege het gegeven dat ziekenhuispatiënten primair worden behandeld voor lichamelijke ziekten en niet primair voor een verslaving. In 2014 ging het naar schatting om 813 gevallen. Daarvan is 2% bijgeschat om de ontbrekende gegevens via een schatting aan te vullen (795 feitelijk geregistreerde opnames, zie bijlage D.4).
- De meest voorkomende categorieën hoofddiagnoses die in 2014 stonden geregistreerd bij problemen met cocaïne als nevendiagnose waren:
  - letsel, vergiftiging en bepaalde andere gevolgen van uitwendige oorzaken (29%);
  - ziekten van het hart en het vaatstelsel (15%);
  - ziekten van het ademhalingsstelsel (12%);
  - symptomen, afwijkende klinische bevindingen en laboratoriumuitslagen (10%);
  - psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van psychoactieve middelen (9%, alcohol 4%);
  - ziekten van het spijsverteringsstelsel (5%).

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 2014 om naar schatting 812 personen. Zij werden in dat jaar minstens één keer opgenomen met een probleem gerelateerd aan cocaïne als hoofd- of nevendiagnose.
- Hun gemiddelde leeftijd was 39 jaar; 76% was man. De piek lag in de leeftijdsgroep van 35-39 jaar (figuur 4.5).

**Figuur 4.5** Leeftijdsverdeling van de cocaïnepatiënten in de klinische ziekenhuiszorg (hoofd- of nevendiagnose), 2014



Percentage patiënten per leeftijdsgroep voor de klinische opnames met cocaïne als hoofd- of nevendiagnose (unieke patiënten gecorrigeerd voor dubbelstellingen van personen). ICD-10 codes: F14, T40.5 (bijlage B). Bron: LBZ, DHD.

## Incidenten

Sinds 2009 houdt de Monitor Drugsincidenten (MDI, zie bijlage D.6) actuele gegevens bij over de aard en omvang van acute drugsgerelateerde gezondheidsincidenten bij patiënten die worden behandeld op de spoedeisende hulp (SEH) van een ziekenhuis, door de ambulance, door politieartsen, of op de EHBO van een grootschalig evenement. De monitor is niet landelijk dekkend, maar rapporteert vanuit peilstationregio's in Nederland (vier regio's in 2009; acht sinds 2011) (Wijers et al., 2017a). De gegevens worden aangevuld met die van het Letsel Informatie Systeem (LIS), waarin de behandelingen wegens intoxicaties of letsels na drugsgebruik op 14 SEH's zijn opgenomen.

De gegevens hieronder hebben uitsluitend betrekking op incidenten waarbij cocaïne-HCl (cocaïnepoeder of snuifcokes) was gebruikt (tenzij anders aangegeven). Het aantal incidenten met cocaïnebase (basecokes, crack) was te klein om als aparte groep te bespreken. Tussen 2009 en 2016 werden 136 incidenten gemeld waarin cocaïnebase als enige drug was gebruikt.

In 2016 werden in totaal 5.654 drugsincidenten gemeld. Bij 314 (6%) gevallen werd cocaïne-HCl als enige drug gemeld (met of zonder alcohol). De gegevens over de gebruikte drugs zijn afkomstig van zelfrapportage. Tabel 4.6 vat alle incidenten met cocaïne-HCl als enige drug samen over de periode 2009-2016. In die periode werden 33.072 incidenten geregistreerd in de MDI-peilstations en LIS-ziekenhuizen, waarvan 2.220 met alleen cocaïne-HCl. Bij de 5.962 incidenten in deze periode waarin meerdere drugs werden gecombineerd, was cocaïne in 1.929 gevallen (32%) gebruikt. Van de gemonitorde drugs wordt cocaïne het vaakst in combinatie met andere drugs gebruikt, 46% van de cocaïnegebruikers met een gezondheidsincident heeft nog een andere drug gebruikt. Vanwege verschillen tussen de medische diensten worden gegevens uitgesplitst naar type dienst.

- Politieartsen zien relatief vaak acute gezondheidsincidenten met snuifcokes: in de periode 2009-2016 was één op de vijf drugsincidenten bij hen gerelateerd aan het gebruik van cocaïne als enige drug, terwijl de andere medische diensten hier in mindere mate mee te maken krijgen (2%-11%) (tabel 4.6). Er lijkt de laatste jaren sprake van een afname van het aandeel cocaïne-incidenten bij de politieartsen: na een hoogtepunt in 2013, waarin 24% (van de 341 gemelde) incidenten samenhang met het gebruik van cocaïne als enige drug, is dat in de volgende jaren gedaald tot 13% (van de 277 incidenten) in 2016.

## Kenmerken patiënten en incidenten gerelateerd aan gebruik van cocaïne

- Vergeleken met de andere drugs zijn patiënten met een gezondheidsincident na cocaïnegebruik vaker man en ouder: 80% van de patiënten met een gezondheidsincident na gebruik van alleen cocaïne is man, tegenover 70% van alle geregistreerde patiënten; 76% van de cocaïne-patiënten is 25 jaar of ouder, terwijl 53% van alle geregistreerde patiënten 25 jaar of ouder is.
- Incidenten die zijn geregistreerd bij de MDI zijn ingedeeld in een lichte, matige, of ernstige mate van intoxicatie. In het LIS wordt de mate van intoxicatie niet gescoord. Behalve bij de EHBO-posten op evenementen, is de mate van de cocaïne-intoxicatie bij meer dan de helft van de gevallen matig of ernstig. Daarin speelt ongetwijfeld een rol dat meer dan de helft van de patiënten ook alcohol heeft gedronken en dat is meer dan bij andere drugs. De absolute aantallen behandelde cocaïne-intoxicaties per jaar in elke dienst zijn te klein om duidelijke trends in de mate van intoxicatie over de jaren te signaleren.
- Bij de incidenten met cocaïne zijn vaak ook andere drugs gebruikt (deze combinatiegevallen zijn niet opgenomen in tabel 4.6). Een veel gemelde combinatie is die van cocaïne met ecstasy en/of GHB.

**Tabel 4.6 Incidenten met cocaïne-HCl als enige drug geregistreerd door de Monitor Drugsincidenten (MDI) en het Letsel Informatie Systeem (LIS), 2009-2016**

	Ambulances	SEH-MDI-ziekenhuizen	SEH-LIS-ziekenhuizen	Politieartsen	EHBO
Aantal incidenten (% van het totaal binnen de dienst)	712 (9)	329 (7)	516 (11)	408 (19)	255 (2)
Man (%)	79	81	77	90	71
Leeftijd: <25 jaar (%)	20	22	19	20	59
Mate van intoxicatie*					
Licht (%) <sup>I</sup>	34	42	-	42	80
Matig (%) <sup>II</sup>	51	39	-	48	17
Ernstig (%) <sup>III</sup>	15	18	-	10	2

\*Percentages berekend op de bekende aantallen. Vanwege afronding tellen de percentages niet overal exact op tot 100%. I. Licht: goed aanspreekbaar, gebruik merkbaar in gedrag. II. Matig: onvoldoende aanspreekbaar, duidelijk onder invloed. III. Ernstig: niet aanspreekbaar vanwege (sub)comateuze toestand of geagiteerd/agressief gedrag, eventueel in combinatie met gestoorde vitale parameters (zoals hartslag, bloeddruk en ademhalingsfrequentie). Bron: MDI, Trimbos-instituut (Wijers et al., 2017a).

## Rijden onder invloed

Aan het rijden onder invloed van cocaïne zijn risico's verbonden (Roncero et al., 2016; zie ook § 14.2).

- Het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) voert analyses uit van bloedmonsters die door de politie zijn afgenomen van verkeersdeelnemers die worden verdacht van het gebruik van drugs of medicijnen. Het NFI let daarbij ook op cocaïne.
  - In 2013, 2014, 2015, en 2016 werden achtereenvolgens 928, 978, 966, en 1.211 bloedmonsters standaard onderzocht op drugs en medicijnen. Cocaïne werd aangetroffen in respectievelijk 131 bloedmonsters (14%), 156 bloedmonsters (16%), 181 bloedmonsters (19%), en 210 bloedmonsters (17%).



### Ziekte

- 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 (Van Wilgenburg, 2006).
- Zware cokegebruikers hebben ook meer moeite hun agressie onder controle te houden (Ernst et al., 2008; Ferwerda et al., 2012). Cocaïne kan daardoor een rol spelen bij huiselijk geweld (Choenni et al., 2015). Ontstaat er een 'excited delirium', oftewel een 'opwindingsdelier', dan kan dat zelfs tot de dood leiden, met name als iemand in een dergelijke opwindingsstoestand de confrontatie aangaat met de politie (Das et al., 2009; Plush et al., 2015; Krul en Sannen, 2016; Van Amsterdam en Niesink, 2017). Dat crackgebruikers meer agressie vertonen dan snuifcokegebruikers, ligt niet zozeer aan het middel crack, maar meer aan de kenmerken van de gebruikers (Vaughn et al., 2010). Er is dan ook "geen consistent bewijs voor een oorzakelijk verband tussen recreatief (snuif)cocaïnegebruik en agressiviteit" (Van Amsterdam en Niesink, 2017). Agressie wordt meer bepaald door de karaktereigenschappen van de gebruikers dan door het middel. Voor Nederlandse crackgebruikers werd gevonden dat ze eerder crimineel gedrag zullen vertonen als ze jonger zijn, dakloos zijn, zwaarder gebruiken en al een criminele voorgeschiedenis hebben (Oteo Pérez et al., 2015).
- 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, doordat cocaïne "ego-verdikkend" werkt, hetgeen de nodige irritatie kan oproepen bij omstanders (Nabben et al., 2010; Nabben et al., 2016). Het gebruik van cocaïne verklaart "het soms superieure gedrag", en wordt cocaïne niet alleen in het weekend maar ook door de week gebruikt, dan kan weer "emotionele vervlakking" optreden (Nabben et al., 2017). Ook structurele vermoeidheid als gevolg van frequent cokegebruik wordt genoemd. Verder kan door het frequent snuiven van cocaïne het tussenneusschot beschadigd raken (Stichting Mainline, 2008; Scheenstra et al., 2007). Ook kan het gebruik van cocaïne leiden tot riskant seksueel gedrag (Ritchwood et al., 2016).
- Het gebruik van cocaïne tijdens de zwangerschap kan, in combinatie met andere factoren, leiden tot schade bij het (ongeboren) kind in de vorm van beschadigingen aan de placenta, vertraagde groei, vroeggeboorte, taalachterstand en leerproblemen (Cain et al., 2013; Cressman et al., 2014). Uit een peiling uit 2016 bij zwangeren op consultatiebureaus bleken deze zwangeren nauwelijks drugs als cocaïne te gebruiken (Tuithof et al., 2017). Voor zover problematische gebruikers van cocaïne die zwanger zijn het consultatiebureau vermijden, zullen zij echter minder goed vertegenwoordigd zijn in deze peiling.

Cocaïne versneden met levamisol (zie ook § 4.8) kan bij zware gebruikers op langere termijn aanleiding geven tot gezondheidsproblemen.

- Frequente gebruikers van cocaïne lopen het risico op cytopenie (vermindering van het aantal bloedcellen) en levamisolgeïnduceerde vasculopathie (LIV) (CAM, 2015; Brunt et al., 2017; Srivastava et al., 2017). LIV leidt tot het afsterven van bloedvaten in de huid, in week weefsel (neus, wangen, oorschelp) en in boteinden. Ook kan levamisol hersenbeschadigingen veroorzaken (Brunt et al., 2017; Marquez et al., 2017).
- Van 2009 tot en met 2014 zijn in de Verenigde Staten en Europa ongeveer 210 gevallen van cytopenie en LIV bij cocaïnegebruikers gemeld, waarvan 3 fataal. In Nederland zijn tot op heden 2 gevallen bekend. Verder ontving het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) tot op heden 3 meldingen van een vermoedelijke levamisol-intoxicatie bij cocaïnegebruikers. In Italië zijn 2 gevallen gerapporteerd van sterfte na het gebruik van met levamisol verontreinigde cocaïne (Indorato et al., 2016).



## Sterfte

Volgens de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS sterven er in Nederland naar verhouding maar weinig mensen aan de directe gevolgen van cocaïnegebruik. Hierbij dient wel te worden aangetekend dat de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS niet specifiek is toegerust op het registreren van drugsgerelateerde sterfte. Vrijwel zeker zijn de cijfers over de drugssterfte een onderrapportage, maar de mate waarin verschilt vermoedelijk per drug (zie bijlage D.1). Vanaf 2013 is de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS overgegaan op automatische codering van de natuurlijke doodsoorzaken (CBS, 2014a; CBS, 2014b). Hierdoor kunnen de gegevens vanaf 2013 niet rechtstreeks vergeleken worden met de voorafgaande jaren. Bij het automatisch coderen van doodsoorzaken worden internationale regels toegepast. Een analyse van het CBS suggereert dat hierdoor het aantal geregistreerde sterfgevallen wegens drugsgebruik mogelijk hoger is komen te liggen (Harteloh, 2014; Harteloh et al., 2014). Ook het elektronisch gaan aanleveren van de doodsoorzakenformulieren, meer toxicologisch onderzoek door forensisch artsen, en het nieuwe registratiesysteem van de forensische artsen kan een rol hebben gespeeld.

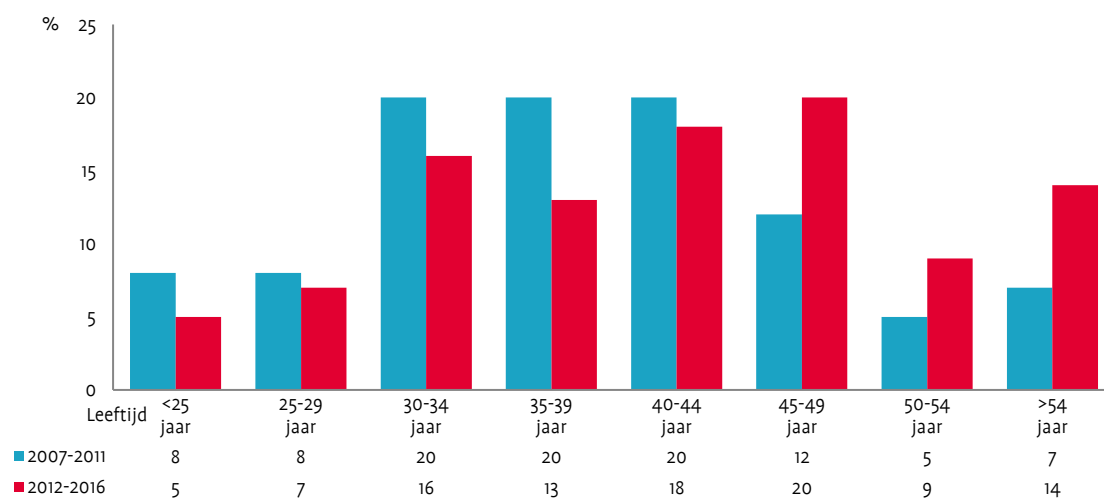
- Tussen 2007 en 2016 lag het aantal gevallen waarbij een cocaïne- of -vergiftiging expliciet als onderliggende doodsoorzaak was geregistreerd (voor zover herkend) op gemiddeld 26 per jaar. Het aantal steeg van 24 gevallen in 2014 naar 40 gevallen in 2015 en 38 gevallen in 2016 (zie figuur 5.5 in hoofdstuk 5).
- Figuur 4.6 geeft de verdeling naar leeftijdsgroep van de sterfgevallen vanwege cocaïne in de periodes van 2007 tot en met 2011 en van 2012 tot en met 2016. Het aandeel van de leeftijdsgroep van 45 jaar en ouder is gestegen van 24% in de periode van 2007-2011 naar 43% in de periode van 2012-2016. In de periode van 2007 tot en met 2016 waren ongeveer 8 van de 10 cocaïne-slachtoffers (84%) man.
- 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 per jaar 3 tot 8 gevallen (7 in 2006). In 2007 werd slechts 1 geval geregistreerd, in 2008 waren er 5 gevallen en in 2009 was er 1 (vermoedelijk) geval. In 2010 waren er 3 gevallen en in 2011 waren er 4 gevallen.

Alleen wanneer er een strafrechtelijk onderzoek plaatsvindt, of wanneer de nabestaanden daarom vragen, onderzoekt het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) een overlijdensgeval op drugs.

- In de overlijdensgevallen die in 2016 door het NFI werden onderzocht op drugsgebruik, werd in 6 gevallen cocaïne aangewezen als (mede)oorzaak van het overlijden. Hierbij dient te worden opgemerkt dat het totaal aantal gerechtelijke secties door het NFI de afgelopen jaren is gedaald van 338 in 2013 naar 267 in 2016. Het aantal waarbij toxicologisch onderzoek plaatsvond daalde van 250 in 2013 naar 228 in 2014, 205 in 2015, en 184 in 2016.
- Deze aantallen van het NFI kunnen overlappen met de cijfers van het CBS. De aantallen uit deze bronnen kunnen daarom niet bij elkaar worden opgeteld.

Vanwege combinatiegebruik kunnen de aantallen sterfgevallen in de verschillende hoofdstukken van dit Jaarbericht niet zonder meer bij elkaar worden opgeteld.

**Figuur 4.6** Leeftijdsverdeling van de cocaïnesterfgevallen van 2007-2011 en van 2012-2016



Percentage overledenen per leeftijdsgroep. ICD-10 codes primaire doodsoorzaken: F14 en X42\*, X44\*, X62\*, X64\*, Y12\*, Y14\* (\*in combinatie met code T40.5).  
Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS.

### Internationale vergelijking

Volgens het EMCDDA (2017) lijkt acute sterfte door cocaïnegebruik maar weinig voor te komen. Sterfte door cocaïne is echter moeilijker te herkennen dan sterfte door opiaten (Corkery et al., 2017). Daardoor zal er sprake zijn van onderregistratie van de sterfte door cocaïne. Bij sterfte door cocaïne spelen meestal ook andere drugs of alcohol een rol.

- In het Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales) steeg tussen 2013 en 2015 het aantal aan cocaïne gerelateerde sterftegevallen van 169 naar 320. In Spanje bleef cocaïne de drug die op één na het vaakst werd genoemd in gevallen van een dodelijke overdosis, 269 gevallen gerelateerd aan cocaïne in 2014 (EMCDDA, 2017). Ook in Nederland bleef cocaïne de drug die op één na het vaakst werd geregistreerd (zie figuur 5.5 in hoofdstuk 5).
- In Denemarken is gevonden dat de kans op sterfte onder problematische cocaïnegebruikers ongeveer 6 keer zo groot is, vergeleken met hun leeftijdsgenoten in de algemene bevolking. In Spanje werd een 5 keer zo grote sterftetekans gevonden (EMCDDA, 2015). Het risico op sterfte ligt onder problematische cocaïnegebruikers daarmee in dezelfde orde van grootte als onder de problematische opiatengebruikers. Onder problematische opiatengebruikers is de sterfte namelijk 5 tot 10 keer hoger dan de verwachte basissterfte in de algemene bevolking (EMCDDA, 2016). Een 5 keer zo grote sterftetekans voor problematische cocaïnegebruikers betekent dat, van de problematische cocaïnegebruikers die kwamen te overlijden, 4 van de 5 (80%) kwamen te overlijden door oorzaken gerelateerd aan het problematische cocaïnegebruik (Lam et al., 2015).



## 4.8 Aanbod en markt

### Samenstelling van cocaïnemonsters

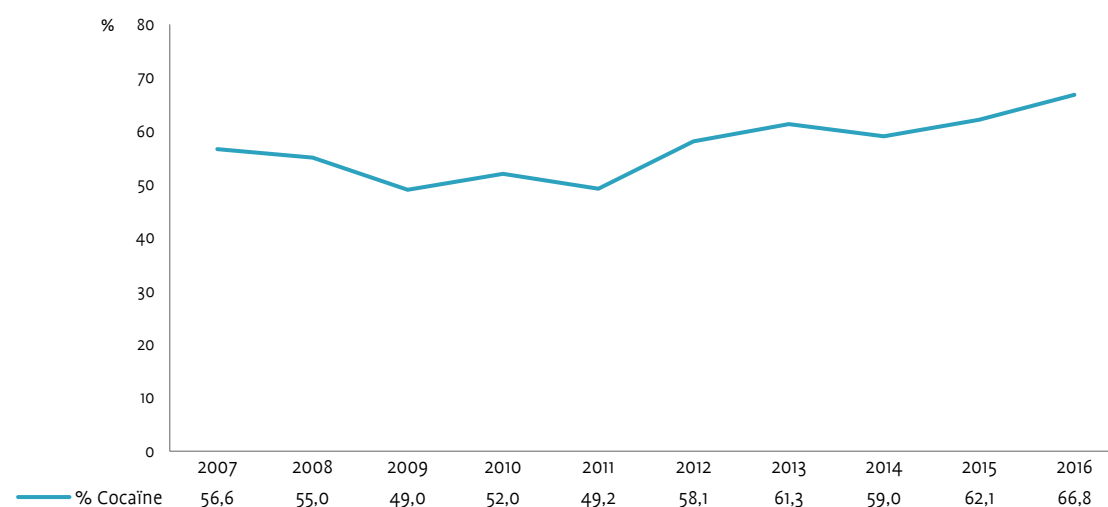
Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) monitort de markt van illegale drugs (Van der Gouwe en Rigter, 2017). Daarvoor wordt gebruik gemaakt van de analyse van stoffen die aanwezig zijn in drugsmonsters die consumenten bij instellingen voor verslavingszorg inleveren. Een deel van deze

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 2016 werden 1.329 poeders doorgestuurd naar het laboratorium die door de consument als cocaïne waren aangekocht.

- Het merendeel van deze poeders (97,2%) bevatte daadwerkelijk cocaïne. Van deze poeders die werden verkocht als cocaïne, bevatte 1,9% géén cocaïne maar wel één of meerdere andere psychoactieve stoffen, terwijl de resterende 0,9% geen enkel psychoactief bestanddeel bevatte.
- Het gemiddelde gehalte cocaïne vertoont de laatste jaren een opvallende stijging van 49,2% in 2011 naar 66,8% in 2016 (figuur 4.7). De cocaïne is daarmee zeer zuiver, ook vergeleken met andere Europese landen (EMCDDA, 2017).<sup>3</sup>

**Figuur 4.7** Percentage cocaïne<sup>1</sup> in poeders gekocht als cocaïne, vanaf 2007



1. Percentage cocaïne in gewichtsprocenten. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

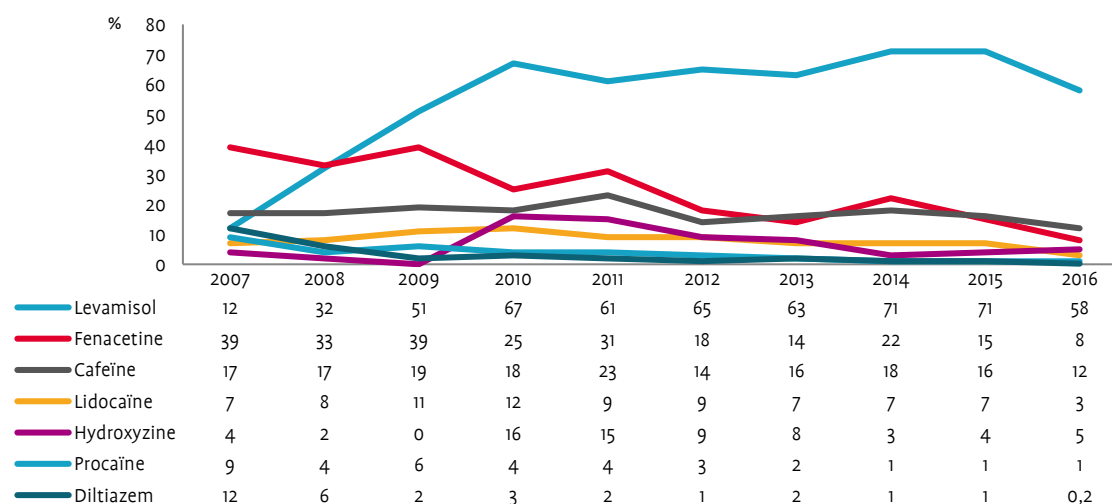
De afgelopen jaren bevatten poeders die als cocaïne zijn verkocht relatief vaak (ook) geneesmiddelen (figuur 4.8).

- Vooral het versnijdingsmiddel levamisol laat tussen 2007 en 2010 een sterk stijgende trend zien en het aandeel cocaïnemonsters waarin dit middel zat bleef tot en met 2015 stabiel hoog. Opvallend is dat in 2016 een daling te zien was in het aantal cocaïnemonsters dat dit versnijdingsmiddel bevatte.
- In 2016 bevatte 58% van de als cocaïne gekochte poeders levamisol, tegenover 71% in 2015. Het gemiddelde percentage levamisol in deze cocaïne-poeders nam toe van 7% in 2012 naar 11% in 2014. In 2015 en 2016 bleef het gemiddelde gehalte op dit niveau.
- Frequentie gebruikers van cocaïne lopen door gebruik van levamisol het risico op ernstige bloed- en huidziekten (zie § 4.7). Levamisol werd gebruikt bij de behandeling van kanker, maar is in 2004 in Nederland voor humaan gebruik uit de handel gehaald. Levamisol wordt nog wel voor veterinaire doeleinden toegepast als antiwormmiddel. Er zijn verschillende mogelijke redenen waarom levamisol als versnijdingsmiddel wordt gebruikt. Het is namelijk ruim beschikbaar, het lijkt veel op cocaïne, het valt niet op bij het maken van crack, het is goedkoop, en mogelijk versterkt levamisol ook nog eens het stimulerende effect van cocaïne (Brunt et al., 2017; Kudlacek et al., 2017).

<sup>3</sup> Het maximaal haalbare volumepercentage van cocaïne is 89%.

- In 2016 bevatte 5% van de cocaïnemonsters hydroxyzine, een middel dat tot 2010 amper werd aangetroffen en sinds 2010 weer steeds minder wordt gezien. Hydroxyzine wordt onder andere toegepast bij spanningen en (jeukende) huidaandoeningen.
- In 2007 bevatte nog 39% van de als cocaïne gekochte poeders fenacetine. In 2016 was dit aandeel gedaald tot 8%. 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 4.8** Percentage als cocaïne gekochte poeders met versnijdingsmiddelen<sup>1</sup>, vanaf 2007



I. In een poeder komen soms meerdere versnijdingsmiddelen voor, waardoor de percentages in de meeste jaren optellen tot meer dan 100%. 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.

- De prijs voor een gram cocaïne kent een brede range. Consumenten die in 2016 hun cocaïnemonster hebben aangeleverd bij het DIMS-project, betaalden voor een gram cocaïnepoeder tussen 12,50 en 100 euro (gemiddeld 49 euro) (tabel 4.7, DIMS, 2017).
- Ondanks de toegenomen zuiverheid is de prijs van cocaïne niet gestegen, maar schommelt de gemiddelde prijs van cocaïnepoeders al sinds 2008 rond 51 euro per gram, en deze lijkt tussen 2014 en 2016 licht te zijn gedaald. Echter, de mediaan lag elk jaar op 50 euro (tabel 4.7). Vanaf 2013 hanteerde DIMS een nieuwe rapportagemethode waarbij non-respons werd gereduceerd. Door de nieuwe rapportagemethode ontstond een bredere range in de minimum- en maximumprijs van een gram cocaïne, maar dit heeft geen invloed gehad op de mediaan.
- Mogelijk duiden de (geringe) daling van de prijs en de toename van de zuiverheid op een toegenomen beschikbaarheid van cocaïne. Dit is in lijn met waarnemingen van het EMCDDA (2017).

- In Amsterdam wordt wel een daling gesignaleerd in de 'groothandelsprijzen' op kilo niveau, maar deze wordt niet doorgerekend aan de consument (Nabben et al., 2017). In 2016 kostte in Amsterdam volgens de Antenne-monitor een gram cocaïne tussen de 40 en 70 euro en tussen de 50 en 60 euro in de meest gangbare prijsklasse (Nabben et al., 2017). In 2015 lag de prijs tussen de 50 en 70 euro (Nabben et al., 2016). In 2014 kostte een gram cocaïne tussen de 40 en 70 euro en lag de meest gangbare prijs tussen de 50 en 60 euro (Benschop et al., 2015), net als in 2013 (Nabben et al., 2014) en 2012 (Benschop et al., 2013).

**Tabel 4.7 Prijs per gram cocaïne op consumentenniveau, vanaf 2008<sup>1</sup>**

	2008	2009	2010	2011	2012	Wijziging methode <sup>1</sup>	2013 <sup>1</sup>	2014	2015	2016
Aantal monsters (n)	637	780	979	679	401	...	1.178	1.204	1.300	1.329
Gemiddelde (€)	50	50	45	52	53	...	52	53	51	49
Mediaan (€)	50	50	50	50	50	...	50	50	50	50
Minimum – maximum (€)	25-70	20-80	30-75	25-80	18-80	...	10-120	20-100	10-130	12,50-100

I. Vanaf 2013 hanteerde DIMS een nieuwe rapportagemethode waarbij non-respons werd gereduceerd. Door de nieuwe rapportagemethode ontstond bovendien een bredere range in de minimum- en maximumprijs van een gram cocaïne. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.2006



## 5. Opiaten



## 5. Opiaten

### Inleiding

De klasse van de opiaten telt vele middelen. Sommige opiaten 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. Verschillende opiaten zijn in eenzelfde mate verslavend (Monwell et al., 2016). Het gaat in dit hoofdstuk vooral om heroïne en methadon.

Heroïne wordt in verschillende vormen toegediend. De meest gangbare gebruikswijze in Nederland is roken ('chinezinnen', roken van folie). In Nederland wordt heroïne nauwelijks meer geïnjecteerd. Gebruik van (illegale) opiaten vindt overwegend plaats door meer of minder problematische drugsgebruikers. Incidenteel en 'recreatief' gebruik van heroïne is gerapporteerd (Korf et al., 2010; Caiata-Zufferey, 2012), maar komt vermoedelijk sporadisch voor. Mensen bij wie het gebruik van opiaten uit de hand is gelopen nemen vaak ook andere middelen (polydrugsgebruik) 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 (crack)cocaïne.

Al sinds de jaren zeventig van de vorige eeuw wordt er veel geïnvesteerd in de behandeling van en de zorg voor problematische opiaatgebruikers. Voorbeelden hiervan zijn de reguliere behandeling met methadon, de medische heroïneverstrekking, harm reduction via gebruikersruimten en spuitomruil en dagopvang, nachtopvang, hostels, beschermd wonen, Flexible Assertive Community Treatment (F-ACT, Delespaul et al., 2016) en sociale wijkteams (Bransen et al., 2016). Speciaal voor justitiabele opiaatgebruikers is de forensische zorg uitgebreid (zie hoofdstuk 2).

Synthetische opiaten worden ook wel 'opioïden' genoemd. Volgens het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) verschijnen in de afgelopen jaren steeds vaker zeer sterke opioïden op de Europese drugsmarkt, vooral fentanyl-achtigen (EMCDDA, 2017). Dit zijn stoffen die de werking van heroïne en morfine nabootsen, maar veel sterker werkzaam zijn, zodanig dat zij niet alleen voor de gebruiker maar ook voor anderen die hiermee in aanraking komen (zoals gezondheidsprofessionals, politie, douane) een gevaar vormen. Vooral nog worden deze stoffen in Nederland slechts sporadisch aangetroffen door het DIMS (zie § 4.8), maar een goed beeld ontbreekt. Nadat eerst het gebruik van heroïne was toegenomen, is in de Verenigde Staten de afgelopen jaren ook de sterfte gerelateerd aan heroïne gestegen.<sup>1</sup> Van de nieuwe heroïnegebruikers in de Verenigde Staten waren ongeveer drie van de vier nieuwe gebruikers eerst begonnen met het misbruik van medicinale opioïden. In Nederland steeg tussen 2012 en 2015 het aantal gebruikers van een sterk werkende medische opioïde met 67% naar ongeveer een half miljoen gebruikers.<sup>2</sup> Bijna vier vijfde van deze toename kwam op het conto van het middel oxycodon. Zie verder § 5.7 voor een nadere vergelijking tussen de Verenigde Staten en Nederland.

<sup>1</sup> Zie: <https://www.cdc.gov/drugoverdose/data/heroin.html>.

<sup>2</sup> Zie: <https://www.sfk.nl/publicaties/PW/2016/aantal-oxycodon-gebruikers-in-drie-jaar-tijd-verdubbeld>.



## 5.1 Laatste feiten en trends

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

- Heroïnegebruik komt nog steeds weinig voor in de algemene bevolking (§ 5.2) en onder scholieren (§ 5.3).
- Het aantal probleemgebruikers van opiaten is in het afgelopen decennium gedaald (§ 5.4).
- Vergeleken met andere landen in de Europese Unie heeft Nederland een laag aantal probleemgebruikers van opiaten (§ 5.5).
- Het aantal cliënten in de verslavingszorg met een primaire opiaatproblematiek daalde gestaag tussen 2006 en 2015. Nog maar weinig opiaatcliënten zijn jonger dan 30 jaar (§ 5.6).
- Acute gezondheidsincidenten door heroïne of methadon worden door ambulances, ziekenhuizen en politieartsen gemeld, maar komen op grootschalige evenementen nagenoeg niet voor (§ 5.6).
- Het aantal nieuwe en gemelde gevallen van hiv en hepatitis B en C onder injecterende drugsgebruikers is al jaren laag. Het aantal bestaande besmettingen met hepatitis C is in sommige steden hoog (§ 5.7).
- In 2015 en 2016 is het aantal sterfgevallen door opiaten gestegen. De gemiddelde leeftijd van overlijden blijft stijgen (§ 5.7).



## 5.2 Gebruik: algemene bevolking

In het afgelopen decennium is het drugsgebruik in de algemene bevolking herhaaldelijk gemeten. Vanaf 2014 worden jaarlijks vergelijkbare cijfers verzameld in de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor uitgevoerd door het CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut (zie bijlage D.2). Vanwege wijzigingen in onderzoeksmethode zijn deze cijfers niet vergelijkbaar met die uit eerdere peilingen. In dit hoofdstuk beschrijven wij gegevens voor de volwassen bevolking van 18 jaar en ouder en voor de leeftijdsgroep van 15-64 jaar. Cijfers voor heroïnegebruik onder jongeren worden in paragraaf 5.3 op basis van scholierenonderzoeken gerapporteerd.

- In 2016 rapporteerde 0,4% van de bevolking van 18 jaar en ouder ooit heroïne te hebben gebruikt.
- Omgerekend naar de hele bevolking ging het (afgerond op tienduizendtallen) om ongeveer 50 duizend personen (95% betrouwbaarheidsinterval 30-80 duizend).
- In de leeftijdsgroep van 15-64 jaar lag in 2016 het percentage ooitgebruik op 0,4%, net als in 2014.
- Er waren vrijwel geen laatste-jaar-gebruikers en laatste-maand-gebruikers van heroïne.

Deze cijfers zijn vermoedelijk een onderschatting, omdat (probleem)gebruikers van harddrugs in bevolkingsonderzoek ondervertegenwoordigd zijn. Mensen die illegaal opiaten gebruiken en methadoncliënten komen in mindere mate terecht in steekproeven uit de algemene bevolking, doordat zij rondzwerven, in een (justitiële) instelling verblijven, of anderszins uit beeld zijn. Komen zij wel terecht in steekproeven uit de algemene bevolking, dan zullen zij in een bevolkingsenquête niet altijd hun drugsgebruik rapporteren. Deze groep kan in kaart worden gebracht via andere methoden van onderzoek (zie § 5.3 en § 5.4).





## 5.3 Gebruik: jongeren en jongvolwassenen

Deze paragraaf beschrijft gegevens over het gebruik van heroïne op basis van landelijke onderzoeken naar middelengebruik onder representatieve steekproeven scholieren van het voortgezet onderwijs en studenten van het MBO. Daarna worden gegevens gepresenteerd van uiteenlopende landelijke, regionale en lokale onderzoeken in verschillende groepen jongeren en jongvolwassenen, die vaak vanwege hun leefstijl, setting of persoonlijke kenmerken meer dan hun doorsnee leeftijdgenoten middelen gebruiken. De leeftijdsgrenzen zijn voor deze groepen niet strak gedefinieerd, maar het gaat hier overwegend om (laat) adolescenten tot dertigers, de leeftijdsgroep waarin het middelengebruik zich concentreert.

### Scholieren

Onder scholieren op middelbare scholen van het regulier onderwijs is heroïne niet populair (tabel 5.1). Maar ook bij lage prevalenties kan de vraag worden gesteld hoe betrouwbaar het is als jongeren rapporteren ervaring te hebben met heroïne. Er zijn namelijk geen andere signalen dat heroïnegebruik voorkomt in zulke jonge leeftijdsgroepen.

- Op landelijk niveau in 2015 rapporteerde 0,4% van de leerlingen van 12-16 jaar ervaring te hebben met heroïne. De afgelopen maand zou 0,3% nog heroïne hebben gebruikt (Van Dorsselaer et al., 2016).
- Het percentage scholieren dat heroïnegebruik rapporteert, is in alle peiljaren gering en vertoont een licht dalende trend sinds 2003 (tabel 5.1).
- Onder scholieren van het voortgezet onderwijs in Amsterdam in 2011 rapporteerde niemand ooit heroïne te hebben gebruikt (0%; Nabben et al., 2012).

**Tabel 5.1 Gebruik van heroïne onder scholieren van het regulier voortgezet onderwijs van 12-16 jaar, vanaf 2003**

Gebruik	2003 (%)	2007 (%)	2011 (%)	2015 (%)
Ooit	1,1	0,8	0,6	0,4
Laatste maand	0,5	0,3	0,2	0,3

Percentage gebruikers ooit in het leven en in de laatste maand. Bron: Van Dorsselaer et al., 2016; Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM, 2015.

### Gebruik onder studenten van het MBO

In 2015 is het gebruik van heroïne ook gemeten onder 2.562 studenten van 16-18 jaar van het MBO (zie Verdurmen et al., 2016).

- Van de MBO-studenten had 0,8% ooit heroïne gebruikt en had 0,3% in de afgelopen maand nog heroïne gebruikt (Trimbos-instituut, 2017, interne data).

### Studenten van het MBO in Amsterdam

In 2016 is het gebruik van alcohol en drugs onderzocht onder 1.972 MBO-studenten in Amsterdam (Nabben et al., 2017). De leeftijd van deze MBO-studenten varieerde van 15 tot en met 35 jaar en hun gemiddelde leeftijd was 19 jaar. Van deze studenten had 2,2% ooit heroïne gebruikt, 1,3% in het afgelopen jaar, en 0,9% in de afgelopen maand.

## Speciale groepen jongeren en jongvolwassenen

Bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen hebben iets vaker ervaring met heroïne dan hun 'doorsnee' leeftijdsgenoten, maar laatste-maand-gebruik is in vrijwel alle groepen beperkt. Tabel 5.2 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 jongvolwassenen vaak laag (tussen 15% en 25%) en zijn zij 'op locatie' of online geworven in plaats van via een representatieve steekproef uit de bevolking, waardoor een vertekening van de resultaten kan optreden.

### *Uitgaande jongeren en jongvolwassenen*

Voor zover het gebruik in kaart is gebracht, wordt heroïne sporadisch gebruikt onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Er zijn geen recente landelijke gegevens beschikbaar over het gebruik van heroïne onder uitgaanders.

De Antenne-monitor volgt het middelengebruik in verschillende groepen jongeren in het Amsterdamse uitgaansleven, zoals coffeeshops, cafés, trendy clubs en raves. In bepaalde kringen experimenteert een kleine minderheid met heroïne.

- In 2013 had minder dan 0,1% van de bezoekers van clubs en raves ooit heroïne gebruikt. Raves zijn "door verschillende organisaties en (vrienden)groepen georganiseerde (quasi-)illegale feesten op alternatieve locaties" (Nabben et al., 2014). Volgens een al wat ouder onderzoek uit 2008 lag onder bezoekers van trendy clubs in Amsterdam het percentage ooitgebruikers van heroïne op 1% (Benschop et al., 2009).
- Van de cafébezoekers in Amsterdam in 2010 had 1,2% ooit heroïne gebruikt en 0,8% in 2014 (geen statistisch significant verschil, Benschop et al., 2015).
- Onder coffeeshopbezoekers in Amsterdam lag in 2015 het percentage ooitgebruikers van heroïne op 0,9% (Nabben et al., 2016).

### *Probleemgroepen*

Wat ouder landelijk onderzoek suggereert dat jongeren in bepaalde settings met een hoog risico, zoals de residentiële jeugdzorg en de justitiële jeugdinrichtingen, wat vaker ervaring hebben met heroïne dan hun leeftijdsgenoten in de algemene bevolking. Niettemin speelt dit middel ook in deze groepen een ondergeschikte rol (Kepper et al., 2009a, 2009b). Recente landelijke gegevens zijn niet beschikbaar.

Ook 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 (Benschop et al., 2013). In een al wat ouder onderzoek uit 2008 constateerden sleutelfiguren in Amsterdam dat heroïnegebruik vrijwel niet voorkwam onder de buurtjongeren die vaak een migratieachtergrond hebben. Dit gold ook voor verschillende groepen probleemjongeren zoals jongensprostituees en dak- en thuisloze jongeren in Amsterdam (Benschop et al., 2009). Ook voor het observatiejaar 2016 rapporteerden sleutelfiguren niet over heroïnegebruik onder Amsterdamse buurtjongeren (Nabben et al., 2017).

**Tabel 5.2 Gebruik van heroïne in speciale groepen**

	Locatie	Peiljaar	Gemiddelde leeftijd (jaar)	Ooit-gebruik (%)	Laatste-maand-gebruik (%)
<b>Uitgaande jongeren en jongvolwassenen</b>					
Cafébezoekers <sup>I</sup>	Amsterdam	2010	27	1,2	<0,1
		2014	27	0,8	0,2
Bezoekers van clubs en raves <sup>II</sup>	Amsterdam	2013	24	<0,1	0
<b>Probleemgroepen</b>					
Jongeren in de jeugdzorg <sup>III</sup>	Amsterdam	2012	16	1	-

Percentage gebruikers ooit in het leven en in de laatste maand per groep. De cijfers in deze tabel zijn niet onderling vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. De uitgaanders die deelnemen aan onderzoek zijn niet representatief voor alle uitgaanders. - = Gegevens ontbreken. I. Selecte steekproef van jongeren en jongvolwassenen uit mainstream-, hippe-, studenten-, en gay cafés. Dus niet representatief voor alle cafébezoekers. II. Raves zijn "door verschillende organisaties en (vrienden)groepen georganiseerde (quasi-)illegale feesten op alternatieve locaties" (Nabben et al., 2014). III. Jongeren met opvoedproblemen, delinquente jongeren, dak- en thuisloze jongeren en jongeren in overige hulpverleningstrajecten.

Bronnen: Bonger Instituut voor Criminologie, UvA: Antenne 2010 (Benschop et al., 2011), Antenne 2012 (Benschop et al., 2013), Antenne 2013 (Nabben et al., 2014), Antenne 2014 (Benschop et al., 2015).



## 5.4 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 5.3 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 uit 2012 bedraagt het aantal problematische opiaatgebruikers in Nederland ongeveer 14.000 (Cruts et al., 2013).
- Tussen 2008/2009 en 2012 is het aantal problematische opiaatgebruikers in Nederland gedaald met ruim 20% van ongeveer 17.700 naar ongeveer 14.000.
- Per 10.000 inwoners van 15-64 jaar waren er in 2012 in Nederland ongeveer 13 probleemgebruikers van opiaten (0,13%).

De populatie heroïnegebruikers veroudert, zoals blijkt uit cijfers van de verslavingszorg (zie § 5.6) en cijfers over de sterfte onder opiaatgebruikers (zie § 5.7).

- In Amsterdam werd gesignaleerd dat de 'overblijvende' groep opiaatgebruikers in 2010 maatschappelijk gezien minder problematisch was vergeleken met 2004. Dit bleek uit het dalend percentage methadoncliënten bij de GGD Amsterdam met een politiecontact (30% in 2004 tegenover 14% in 2010), de daling van het percentage spuiters en de toegenomen therapietrouw van methadoncliënten (Buster en Van Brussel, 2011; Nabben et al., 2017; GGD Amsterdam, 2017). Recente schattingen van het aantal heroïnegebruikers in Amsterdam zijn niet beschikbaar, doordat de schattingsmethode die hiervoor werd gebruikt niet meer goed kan worden toegepast.
- De verouderende opiaatgebruikers zijn maatschappelijk gezien minder problematisch, maar daar staat tegenover dat de veroudering gepaard gaat met toenemende lichamelijke en psychische gezondheidsklachten (Carpentier, 2014). Misbruik van heroïne versnelt het verouderingsproces (Cheng et al., 2013).

**Tabel 5.3 Schattingen van het aantal probleemgebruikers van harddrugs en het aantal per 10.000 inwoners van 15-64 jaar<sup>I</sup>**

Bereik	Jaar	Aantal	Aantal per 10.000 inwoners van 15-64 jaar
Landelijk	2012	14.000	13
Amsterdam	2009	3.023	55
Enschede	2013	275	25
Hengelo	2012	59	11
Almelo	2012	98	21
Oost-Veluwe <sup>II</sup>	2012	292	18

I. Vanwege verschillen in definities en methoden dienen de gegevens voorzichtig te worden geïnterpreteerd. In Amsterdam, Enschede, Hengelo, Almelo, 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. Bronnen: Trimbos-instituut (Cruts et al., 2013), GGD Amsterdam (Buster en Van Brussel, 2011), Intraval (Kruize en Bieleman, 2013; Boendermaker en Bieleman, 2013; Kruize en Bieleman, 2014).



## 5.5 Gebruik: internationale vergelijking

### Gebruik scholieren

Volgens de ESPAD-peiling van 2015 lag in Nederland het percentage oitgebruikers van heroïne onder 15- en 16-jarige scholieren op het Europese gemiddelde van 1% (Kraus et al., 2016). Maar ook bij deze lage prevalentie kan de vraag worden gesteld hoe betrouwbaar het is als jongeren rapporteren ervaring te hebben met heroïne. Er zijn namelijk geen andere signalen dat heroïnegebruik daadwerkelijk voorkomt in deze jonge leeftijdsgroepen.

In 2013 werd de validiteit van de ESPAD-peiling onderzocht op een steekproef van jongeren uit vier landen, namelijk IJsland, Italië, Moldavië en Oekraïne (Kraus et al., 2015). De vragen over drugs bleken over het algemeen valide te zijn, behalve voor sommige Nieuwe Psychoactieve Stoffen (NPS, zie hoofdstuk 8). Er wordt niet specifiek gerapporteerd over de validiteit van de vragen over het gebruik van heroïne.

### Probleemgebruik

Het EMCDDA definieert 'probleemgebruik' als injecterend drugsgebruik, of het langdurig/regelmatig gebruik van opiaten, cocaïne en/of amfetamine (<http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2017/pdu>). De Europese Unie en Noorwegen samengenomen telden in 2015 naar schatting 1,3 miljoen probleemgebruikers van opiaten (EMCDDA, 2017). Dat zijn er circa 40 per 10.000 inwoners van 15-64 jaar. Tabel 5.4 geeft de laagste en hoogste cijfers voor een aantal lidstaten van de EU-15 en Noorwegen. Vanwege verschillen in definities en methodes dienen de gegevens voorzichtig te worden geïnterpreteerd.

- In de elf landen van de EU-15 en Noorwegen waarvoor nationale schattingen beschikbaar zijn, variëren de aantallen van 13 tot 81 probleemgebruikers van opiaten per 10.000 inwoners van 15-64 jaar. Nederland staat onderaan in deze lijst. Het Verenigd Koninkrijk gaat aan kop.

**Tabel 5.4 Probleemgebruikers van opiaten in een aantal lidstaten van de Europese Unie en Noorwegen**

Land	Jaar	Aantal per 10.000 inwoners 15-64 jaar	
		Centrale schatting	Ondergrens – bovengrens <sup>1</sup>
Verenigd Koninkrijk	2010/2011	81	79 - 84
Luxemburg <sup>II</sup>	2007	59	50 - 76
Oostenrijk <sup>III</sup>	2015	55	53 - 56
Frankrijk <sup>IV</sup>	2013/2014	52	44 - 74
Italië <sup>V</sup>	2015	52	46 - 58
Portugal	2012	49	42 - 55
Finland	2012	41	38 - 45
Duitsland <sup>VI</sup>	2014	-	27 - 33
Noorwegen <sup>VII</sup>	2013	27	20 - 42
Griekenland <sup>VIII</sup>	2015	24	21 - 28
Spanje <sup>IX</sup>	2014	21	16 - 26
Nederland <sup>X</sup>	2012	13	12 - 15

Vanwege verschillen in methodes dienen de gegevens voorzichtig te worden geïnterpreteerd. - = Gegevens ontbreken. I. Uiterste waarden op basis van 95% betrouwbaarheidsintervallen of sensitiviteitsanalyse. II. Luxemburg: probleemgebruikers van heroïne. III. Oostenrijk: problematische gebruikers van heroïne, methadon, buprenorfine, illegale fentanyl, en andere opiaten. IV. Frankrijk: probleemgebruikers van heroïne, methadon, buprenorfine, illegale fentanyl en overige opiaten. V. Italië: probleemgebruikers van heroïne. VI. Duitsland: problematische gebruikers van heroïne, methadon, buprenorfine, en andere opiaten. VII. Noorwegen: problematische gebruikers van heroïne, methadon, of overige opiaten. VIII. Griekenland: problematische gebruikers van heroïne, methadon, buprenorfine, illegale fentanyl, en andere opiaten. IX. Spanje: problematische gebruikers van heroïne. X. Nederland: gebruiker die in de afgelopen maand op minimaal drie dagen in de week opiaten heeft gebruikt, waarbij tevens sprake is van minimaal één van de volgende problemen: criminele activiteiten, een psychiatrisch ziektebeeld, een overlastgevende levensstijl, of een instabiele woonsituatie. Bronnen: EMCDDA, Trimbos-instituut (Cruts et al., 2013).

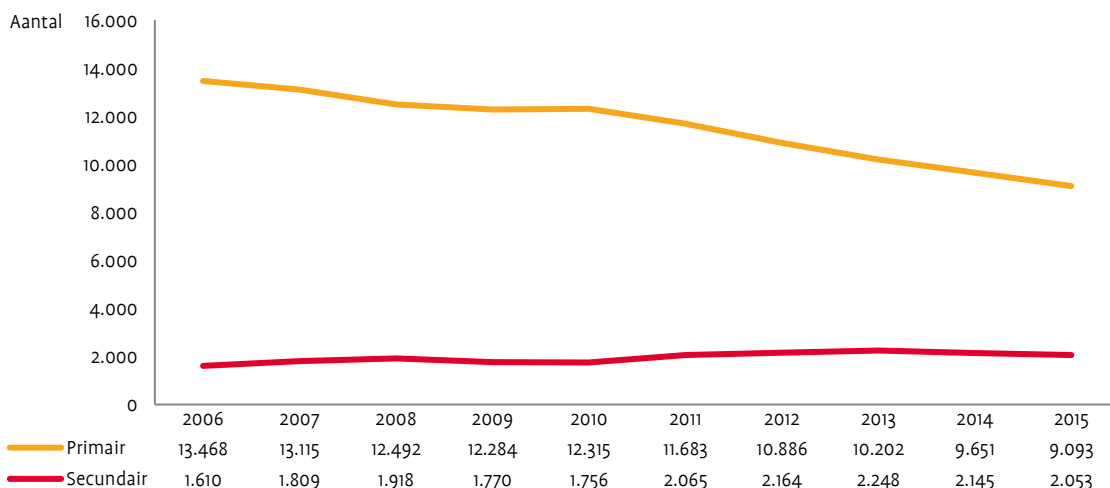


### Verslavingszorg

De verslavingszorg is het onderdeel van de gezondheidszorg dat hulp biedt aan mensen die verslaafd zijn geraakt aan drugs, alcohol, medicijnen, gokken of andere gedragsverslavingen. In 2015 hebben in totaal 21 gespecialiseerde instellingen voor verslavingszorg geanonimiseerde gegevens over de hulpverlening aangeleverd aan het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS, Wisselink et al., 2016) (zie in bijlage A: Cliënt LADIS). De wisselingen die zich in de afgelopen tien jaar hebben voorgedaan in de aanleverende instellingen zijn weergegeven in bijlage D.5. Een nadere analyse wijst uit dat deze wisselingen slechts een beperkte invloed hebben gehad op het landelijk aantal geregistreerde cliënten en de trends niet noemenswaardig hebben beïnvloed.

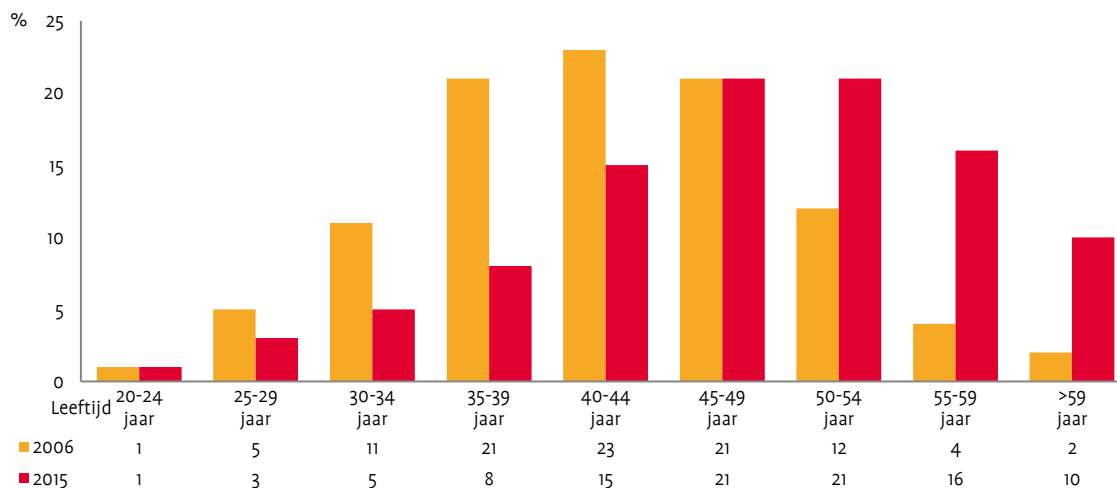
- Er is een gestage daling waarneembaar van het aantal primaire opiaatcliënten. Hun aantal daalde in een periode van tien jaar met 32% van 13.468 primaire opiaatcliënten naar 9.093 primaire opiaatcliënten (figuur 5.1).
- Het aandeel van opiaten in alle verzoeken om hulp vanwege drugs daalde van 44% in 2006 naar 29% in 2015. Dit komt mede door de groei in de afgelopen jaren van het aantal cliënten met een ander drugsprobleem, zoals cannabis.
- De meeste opiaatcliënten waren al eerder in behandeling bij de verslavingszorg. Slechts 3% van de opiaatcliënten die stonden ingeschreven in 2015 waren niet eerder ingeschreven. In 2006 lag het percentage nieuwkomers op 5%.
- In 2015 rookte een meerderheid van de primaire opiaatcliënten de opiaten (72%). In mindere mate werden de opiaten geslikt of gedronken (16%), gespoten (8%), of gesnoven (3%). In 2006 ging het om 77% rokers, 9% slikkers of drinkers, 11% spuiters en 4% snuivers.
- Van de 9.093 primaire opiaatcliënten in 2015 stond bij 5.954 cliënten (65%) zowel een primaire als een secundaire problematiek geregistreerd. Onder deze cliënten waren er 1.005 cliënten (17%) die een primair probleem hadden met heroïne en een secundair probleem met methadon. De overige cliënten in deze groep hadden naast een primair probleem met opiaten vooral een secundair probleem met cocaïne of crack (47%), alcohol (13%), of cannabis (8%). Van de primaire opiaatcliënten rapporteerde 35% geen problemen met het gebruik van een ander middel.
- Opiaten worden minder vaak als secundair probleem genoemd (figuur 5.1). Voor deze groep was in 2015 het primaire probleem voornamelijk cocaïne of crack (62%), daarnaast alcohol (26%), medicijnen (4%), of cannabis (3%).
- In sommige gevallen is het arbitrair of opiaten als primaire of als secundaire problematiek worden geregistreerd. Dit wordt niet systematisch voor elke opiaatcliënt bijgehouden. Daarbij lijkt er een geringe verschuiving te zijn opgetreden van de registratie als primaire problematiek naar de registratie als secundaire problematiek. Echter, bij elkaar opgeteld daalt het totaal aantal primaire en secundaire opiaatcliënten met 26% van 15.078 opiaatcliënten in 2006 naar 11.146 opiaatcliënten in 2015.

**Figuur 5.1** Aantal cliënten bij de verslavingszorg met primaire of secundaire opiaatproblematiek, vanaf 2006



Aantal cliënten. Voor de aanleverende instellingen, zie bijlage D.5. Bron: LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut.

**Figuur 5.2** Leeftijdsverdeling van de primaire opiaatcliënten bij de verslavingszorg, in 2006 en 2015



Percentage cliënten per leeftijdsgroep. Voor de aanleverende instellingen, zie bijlage D.5. Bron: LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut.

### Leeftijd, geslacht en opleiding

- In 2015 was 81% van de primaire opiaatcliënten man.
- De gemiddelde leeftijd van de opiaatcliënten steeg van 42 jaar in 2006 naar 48 jaar in 2015. In 2015 was 68% van de opiaatcliënten ouder dan 44 jaar. In 2006 was dit nog maar 39% (figuur 5.2).
- Het aandeel van de jonge opiaatcliënten (20-34 jaar) daalde van 17% in 2006 naar 9% in 2015 (figuur 5.2). Nog maar 4% van de opiaatcliënten was in 2015 jonger dan 30 jaar.
- In 2015 had van de primaire opiaatcliënten 55% geen opleiding afgerond of een lagere opleiding afgerond, had 34% een middelbare opleiding afgerond en had 11% een hogere opleiding afgerond. Het percentage hoger opgeleiden lag hoger bij de alcoholcliënten (27%) en de ecstasycliënten (20%). (Voor de verklaring van lagere, middelbare en hogere opleiding, zie in bijlage A onder: Cliënt LADIS.)

## Algemene ziekenhuizen

De Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ; voorheen Landelijke Medische Registratie, LMR) bevat gegevens over de opnames in algemene ziekenhuizen, waarbij middelengebruik als hoofddiagnose of als neventdiagnose kan zijn geregistreerd. In 2013 wijzigde zowel de registratiemethode als de bijschattingsmethode (zie bijlage D.4: LBZ). Vanwege deze wijzigingen worden hier alleen gegevens gerapporteerd over 2014. De afgelopen jaren werden per jaar bijna twee miljoen klinische opnames in algemene ziekenhuizen geregistreerd (DHD, 2015). Problemen gerelateerd aan opiaten spelen een beperkte rol. Het gaat hier om psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van opiaten (ICD-10 code F11) en vergiftiging door heroïne (ICD-10 code T40.1), of methadon (ICD-10 code T40.3).

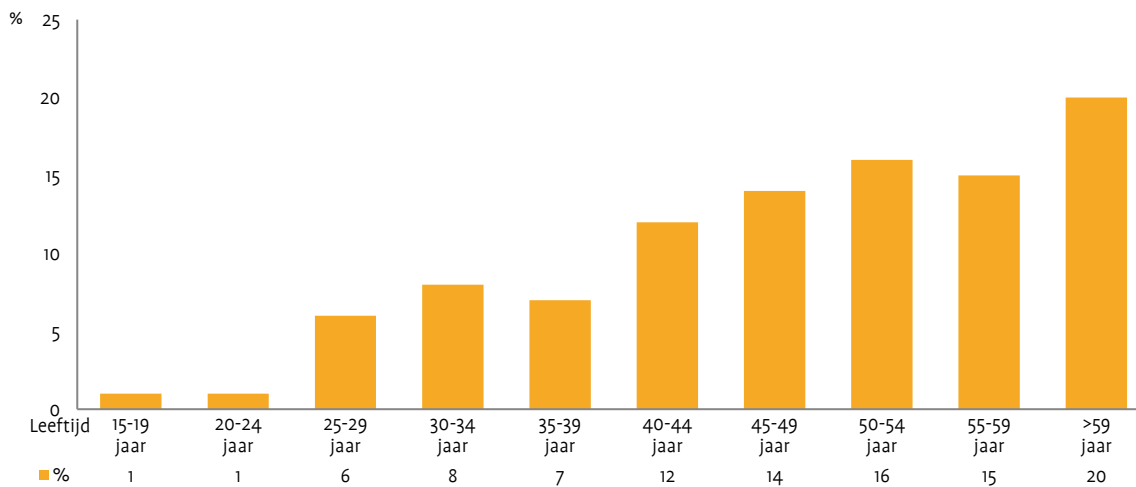
- Vóór de methodewijzigingen steeg tussen 2006 en 2010 het aantal klinische opnames waarbij opiaatmisbruik en –afhankelijkheid een rol speelde van 476 neventdiagnoses in 2006 naar 676 neventdiagnoses in 2010, waarna dit aantal stabiliseerde op 663 in 2012 (Van Laar et al., 2015).
- Problemen gerelateerd aan opiaten worden niet vaak als hoofddiagnose geregistreerd bij klinische opnames in de algemene ziekenhuizen. In 2014 ging het naar schatting om 146 gevallen, waarvan 57% vanwege psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van opiaten en waarvan 43% vanwege vergiftiging door heroïne of methadon. Daarvan is 1% bijgeschat om de ontbrekende gegevens via een schatting aan te vullen (144 feitelijk geregistreerde opnames, zie bijlage D.4).
- Problemen met opiaten spelen vaker een rol als neventdiagnose. In 2014 ging het naar schatting om 906 gevallen. Daarvan is 2% bijgeschat om de ontbrekende gegevens via een schatting aan te vullen (890 feitelijk geregistreerde opnames, zie bijlage D.4).
- De hoofddiagnoses bij deze neventdiagnoses lopen sterk uiteen. Het meest vielen in 2014 op:
  - ziekten van het ademhalingsstelsel (23%);
  - ziekten van het spijsverteringsstelsel (12%);
  - vergiftiging (10%);
  - symptomen, afwijkende klinische bevindingen en laboratoriumuitslagen (9%);
  - letsel (8%);
  - psychische stoornissen en gedragsstoornissen (7%);
  - ziekten van het hart en het vaatstelsel (7%);
  - nieuwvormingen (5%);
  - Bij de ziekten van het ademhalingsstelsel gaat het onder andere om Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) door het roken van heroïne ('chinezinnen'), maar ook door het roken van tabak.

Dezelfde persoon kan meer dan één keer per jaar worden opgenomen. Bovendien kan er per opname meer dan één neventdiagnose worden gesteld.

- Gecorrigeerd voor dubbeltellingen ging het in 2014 om naar schatting 751 personen. Zij werden in dat jaar minstens één keer klinisch opgenomen met een hoofddiagnose of neventdiagnose gerelateerd aan opiaten.
- Hun gemiddelde leeftijd was 48 jaar, 67% was man. De piek lag in de leeftijdsgroep ouder dan 59 jaar (figuur 5.3).



**Figuur 5.3** Leeftijdsverdeling van de opiatenpatiënten in de klinische ziekenhuiszorg (hoofd- of nevensdiagnose), 2014



Percentage patiënten per leeftijdsgroep voor de klinische opnames met opiaten als hoofd- of nevensdiagnose (unieke patiënten gecorrigeerd voor dubbelstellingen van personen). ICD-10 codes: F11, T40.1, T40.3 (bijlage B). Bron: LBZ, DHD.

## Incidenten

Sinds 2009 houdt de Monitor Drugsincidenten (MDI, zie bijlage D.6) actuele gegevens bij over de aard en omvang van acute drugsgerelateerde gezondheidsincidenten bij patiënten die worden behandeld op de spoedeisende hulp (SEH) van een ziekenhuis, door de ambulance, door politieartsen, of op de EHBO van een grootschalig evenement. De monitor is niet landelijk dekkend, maar rapporteert vanuit peilstationregio's in Nederland (vier regio's in 2009; acht sinds 2011) (Wijers et al., 2017a). De gegevens worden aangevuld met die van het Letsel Informatie Systeem (LIS), waarin de behandelingen wegens intoxicaties of letsels na drugsgebruik op 14 SEH's zijn opgenomen.

Het aantal meldingen van incidenten met heroïne of methadon is relatief klein. In 2016 werden in totaal 5.654 drugsincidenten gemeld, waarvan 106 incidenten met heroïne of methadon als enige drug (1,9%). De gegevens over de gebruikte drugs zijn afkomstig van zelfrapportage.

In tabel 5.5 worden de heroïne- en methadonincidenten samengevat over de periode 2009-2016. Vanwege verschillen tussen de medische diensten worden de gegevens uitgesplitst naar type dienst.

- In deze periode werden in totaal 33.072 drugsincidenten gemeld: 28.421 bij de MDI en 4.651 bij het LIS, waarvan 729 incidenten met heroïne of methadon (of de combinatie) als enige drug(s). Bij de EHBO's komen zelden patiënten met een incident na gebruik van opiaten. De EHBO's zijn daarom niet opgenomen in tabel 5.5.

**Tabel 5.5 Incidenten met heroïne of methadon als enige drug geregistreerd door de Monitor Drugsincidenten (MDI) en het Letsel Informatie Systeem (LIS), 2009-2016**

	Ambulances	SEH-MDI- ziekenhuizen	SEH-LIS- ziekenhuizen	Politieartsen
Aantal incidenten (% van het totaal binnen de dienst)	377 (5)	107 (2)	68 (1)	176 (8)
Man (%)	75	90	78	87
Leeftijd: <25 jaar (%)	4	5	10	4
Mate van intoxicatie*				
Licht (%) <sup>I</sup>	23	40	-	65
Matig (%) <sup>II</sup>	48	21	-	26
Ernstig (%) <sup>III</sup>	29	38	-	9

\*Percentages berekend op de bekende aantallen. Vanwege afronding tellen de percentages niet overal exact op tot 100%. I. Licht: goed aanspreekbaar, gebruik merkbaar in gedrag. II. Matig: onvoldoende aanspreekbaar, duidelijk onder invloed. III. Ernstig: niet aanspreekbaar vanwege (sub)comateuze toestand of geagiteerd/agressief gedrag, eventueel in combinatie met gestoorde vitale parameters (zoals hartslag, bloeddruk en ademhalingsfrequentie). Wegens zeldzaamheid van incidenten met heroïne of methadon op de EHBO's op feesten is deze categorie niet in de tabel opgenomen. Bron: MDI, Trimbos-instituut (Wijers et al., 2017a).

#### *Kenmerken patiënten en incidenten gerelateerd aan gebruik van heroïne en methadon*

- Patiënten met een gezondheidsincident na heroïne- of methadongebruik zijn verreweg het oudst van alle geregistreerde patiënten: slechts 5% is jonger dan 25 jaar; dat is nog minder dan bij basecoke (11% jonger dan 25 jaar). Van alle geregistreerde patiënten (alle drugs, alle jaren) is 48% jonger dan 25 jaar.
- In meer dan de helft van de heroïne- of methadonincidenten geregistreerd in de MDI is de mate van intoxicatie matig of ernstig. Daarin zijn de afgelopen jaren geen veranderingen opgetreden. Gegevens over mate van intoxicatie worden niet verzameld in het LIS.

#### **Rijden onder invloed**

Aan het rijden onder invloed van opiaten zijn risico's verbonden (zie ook § 14.2).

- Het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) voert analyses uit van bloedmonsters die door de politie zijn afgenomen van verkeersdeelnemers die worden verdacht van het gebruik van drugs of medicijnen. Het NFI let daarbij ook op opiaten.
- In 2013, 2014, 2015, en 2016 werden achtereenvolgens 928, 978, 966, en 1.211 bloedmonsters standaard onderzocht op de aanwezigheid van drugs en medicijnen. Morfine werd aangetroffen in respectievelijk 43 bloedmonsters (5%), 30 bloedmonsters (3%), nog eens 30 bloedmonsters (3%), en 52 bloedmonsters (4%), waarbij het ook kan gaan om morfine afkomstig van medicinale opiaten (opioïden).



Drugsgebruik en de leefwijze die hiermee gepaard gaat, kan een risicofactor zijn voor verschillende infectieziekten, waaronder hepatitis B en C, hiv, (andere) seksueel overdraagbare ziekten, tuberculose, tetanus, en (wond)botulisme.

In Nederland zijn hiv, aids, en hepatitis B en C de belangrijkste drugsgerelateerde infectieziekten. Besmetting vond voornamelijk plaats in het verleden en nieuwe besmettingen komen slechts sporadisch voor.

### 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 (SHM). De dataverzameling binnen het cohort drugsgebruikers van de Amsterdamse Cohort Studies, waarin sinds 1985 gegevens over infectieziekten werden verzameld, is in 2016 gestopt. Het aantal nieuwe hiv-diagnoses in dit cohort was nagenoeg 0 sinds 2000, met uitzondering van twee gevallen in 2005 (Van den Broek et al., 2016). Ook de registratie van de SHM wijst op een zeer beperkte aanwas van nieuwe hiv-infecties onder (ooit) injecterende drugsgebruikers.

De SHM 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 1% jaarlijks is toe te schrijven aan injecterend drugsgebruik.

- Na geen aanmeldingen bij de SHM van nieuwe personen bij wie injecterend drugsgebruik de meest waarschijnlijke oorzaak van hiv-besmetting was in 2014 en 2015, kwam in 2016 één nieuwe hiv-positieve man in behandeling die via injecterend drugsgebruik was besmet (tabel 5.6). Het totaal aan nieuw voor behandeling aangemelde patiënten in 2016 bedroeg 666, waarvan twee derde behoorde tot de risicogroep mannen die seks hebben met mannen (MSM) (Visser et al., 2017).
- In 2016 waren in totaal 19.137 patiënten onder behandeling bij de hiv-behandelcentra, van wie 314 (ooit) injecterend drugsgebruikers, 84 vrouwen en 230 mannen (Visser et al., 2017).

**Tabel 5.6 Aantal geregistreerde hiv-infecties uitgesplitst naar vermoedelijke wijze van overdracht**

Transmissiegroep	Hiv-patiënten nieuw in behandeling in 2016 (%)	Totaal aantal patiënten in behandeling (% van het totaal)
Totaal (aantal)	666	19.137
Injecterende drugsgebruikers	1 (<1%)	314 (1,6%)
Mannen die seks hebben met mannen	445 (66,8%)	11.921 (62,3%)
Heteroseksueel contact	171 (25,7%)	5.556 (29,0%)
Overige categorieën <sup>1</sup>	49 (7,4%)	1.346 (7,0%)

I. Inclusief ontvangers van bloedproducten, prikaccidenten, moeder-kind overdracht en overige/onbekende oorzaken. De aantallen worden steeds aangepast wegens vertraagde meldingen. Bron: RIVM (Visser et al., 2017).

### Internationale vergelijking

Het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) rapporteert over het vóórkomen van besmetting met hiv onder injecterende drugsgebruikers in lidstaten van de Europese Unie (EMCDDA, 2017). De gegevens, verzameld door het *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC), komen 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 jaren blijft in de meeste landen van de Europese Unie het aantal nieuwe hiv-infecties gerelateerd aan injecterend drugsgebruik laag (EMCDDA, 2017). In 2015 werden in de Europese Unie 1.233 nieuwe hiv-diagnoses onder injecterende drugsgebruikers gemeld, 5% van het totaal aantal gemelde hiv-gevallen met een geregistreerde besmettingsroute. Injecterend drugsgebruik is nog wel een belangrijke besmettingsroute in met name de landen Litouwen (34% van de nieuwe hiv-diagnoses wordt toegeschreven aan injecterend drugsgebruik), Letland (32%), Luxemburg (27%), en Estland (25%).
- Een verontrustende ontwikkeling is de forse stijging van hiv-infecties in Duitsland, Ierland en het Verenigd Koninkrijk naar het niveau van zeven tot acht jaar geleden (EMCDDA, 2017). Deze stijging wordt in verband gebracht met het injecteren van stimulerende middelen, een hoge mate van marginalisatie van de gebruikers en het injecteren van stimulerende middelen in een seksuele context ('slamming') door een (tot op heden beperkte) groep mannen die seks hebben met mannen.
- Het aantal nieuwe hiv-infecties in Nederland behoort al jaren tot de laagste in de EU-15.

### Aids

Het jaarlijks aantal meldingen van aids (alle transmissieroutes) daalde vanaf 1995, onder meer doordat besmetting met hiv door de inzet van de effectieve anti-retrovirale geneesmiddelen (HAART) minder vaak of later leidde tot aids.

- De bijdrage van injecterend drugsgebruik aan het aantal gevallen van aids in Nederland is in al die jaren beperkt gebleven. In 2016 werden 16 nieuwe aids patiënten gezien van wie één injecterende drugsgebruiker; 14 (ooit-)injecterende drugsgebruikers met aids stierven in dat jaar (persoonlijke mededeling E. Op de Coul, RIVM).

### *Internationale vergelijking*

Ook in de EU neemt het aantal nieuwe gevallen van aids die samenhangen met injecterend drugsgebruik al jaren af.

- In 2015 werden in Europa 479 nieuwe aids gevallen als gevolg van injecterend drugsgebruik gerapporteerd, 14% van het totaal. Dit is iets meer dan een kwart van het aantal dat 10 jaar geleden werd gerapporteerd (EMCDDA, 2017).
- De aantallen nieuwe diagnoses zijn relatief hoog in Griekenland, Letland en Roemenië, waar het aantal hiv-testen en hiv-behandelingen nog onvoldoende zijn.

### **Hepatitis B en C**

Een chronische infectie met het hepatitis B of hepatitis C virus kan ernstige vormen van leverontsteking veroorzaken. Met name hepatitis C, maar ook hepatitis B infecties, zijn naar alle waarschijnlijkheid verantwoordelijk voor een toenemend aantal gevallen van cirrose, leverkanker en sterfgevallen onder injecterende drugsgebruikers. Hepatitis C is veel besmettelijker dan hiv en kan ook worden overgedragen door het delen van besmette (spuit)attributen anders dan naalden. Na migranten uit bepaalde gebieden behoren injecterende drugsgebruikers in Nederland tot de groepen met de grootste aantallen bestaande besmettingen met hepatitis C. Nieuwe besmettingen vinden onder drugsgebruikers momenteel echter nauwelijks plaats.

- Nederland kent ongeveer 49.000 chronisch geïnfecteerde hepatitis B patiënten en kent ongeveer 23.000 patiënten met chronische hepatitis C (Koopsen et al., unpublished data). Hiv-positieve en hiv-negatieve drugsgebruikers samen vormen 15% van alle chronische hepatitis C patiënten en dat zijn ruim 3.400 gevallen.
- Sommige personen in Nederland zijn ooit in het verleden via drugsgebruik met hepatitis C besmet geraakt, maar zijn al jaren buiten beeld bij de verslavingszorg, doordat zij hun verleden van drugsgebruik hebben afgesloten. Het aantal is onbekend. Zij zitten in de hepatitis schattingen "verstopt" in de categorie "overig" waar ongeveer 4.200 personen onder zouden vallen (Koopsen et al., unpublished data).

Al wat oudere schattingen van de prevalentie van hepatitis C onder drugsgebruikers verschillen sterk tussen steden en lopen uiteen van ongeveer 30% tot 80%. Omdat hepatitis C veel besmettelijker is dan hiv, hebben veel hiv-positieve drugsgebruikers een co-infectie met hepatitis C, maar omgekeerd is dat niet het geval (Breemer et al., 2009; Lindenburg et al., 2011; Schreuder en Van Veen, 2010; Schreuder et al., 2010; Leemrijse et al., 2010; Haverkate, 2010).

Een chronische hepatitis B infectie kan met behandeling worden onderdrukt, maar is niet te genezen. Hepatitis C kan met een goede behandeling wel genezen. De afgelopen jaren is voor zowel hepatitis B als hepatitis C nieuwe medicatie op de markt gekomen die veel effectiever is dan de oude medicatie. Voor hepatitis C geldt dat met de nieuwe (dure) medicatie, de zogeheten Direct Acting Antivirals (DAAs), de genezingskans voor alle typen patiënten hoger is dan 90%-95%. Nederland is bovendien een van de eerste landen die deze middelen beschikbaar stelt voor alle hepatitis C patiënten, ongeacht de mate van hun leverschade. Een recente Nederlandse kosteneffectiviteitsanalyse concludeerde dat een hepatitis C behandeling met deze DAAs ook bij drugsgebruikers zeer kosteneffectief is (van Santen et al., 2016).

Acute en chronische hepatitis B en acute hepatitis C zijn meldingsplichtige ziekten.

- Het aantal gemelde acute gevallen van hepatitis B gerelateerd aan drugsgebruik blijft al jaren beperkt tot nul of één (in 2016: 0 van de 110 meldingen hing samen met injecterend drugsgebruik) en ook meldingen van chronische hepatitis B infecties (in 2016: 6 van de 980) en van acute of recente hepatitis C infecties (in 2016: 1 van de 44) onder injecterend drugsgebruikers blijven al jaren beperkt (Visser et al., 2017).

- Sinds 1 januari 2012 worden drugsgebruikers niet meer aangemerkt als een hoogrisicogroep die in aanmerking komt voor een gratis hepatitis B vaccinatie vanuit het nationale hepatitis B vaccinatieprogramma. Verslavingszorginstellingen zijn nu aangewezen om drugsgebruikers die bij hen in zorg zijn en risico lopen op het oplopen van een besmetting met hepatitis B, een vaccinatierreeks aan te bieden.

### 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 injecterend drugsgebruik in Europa nog een belangrijke bron is voor de verspreiding van hepatitis B en C.

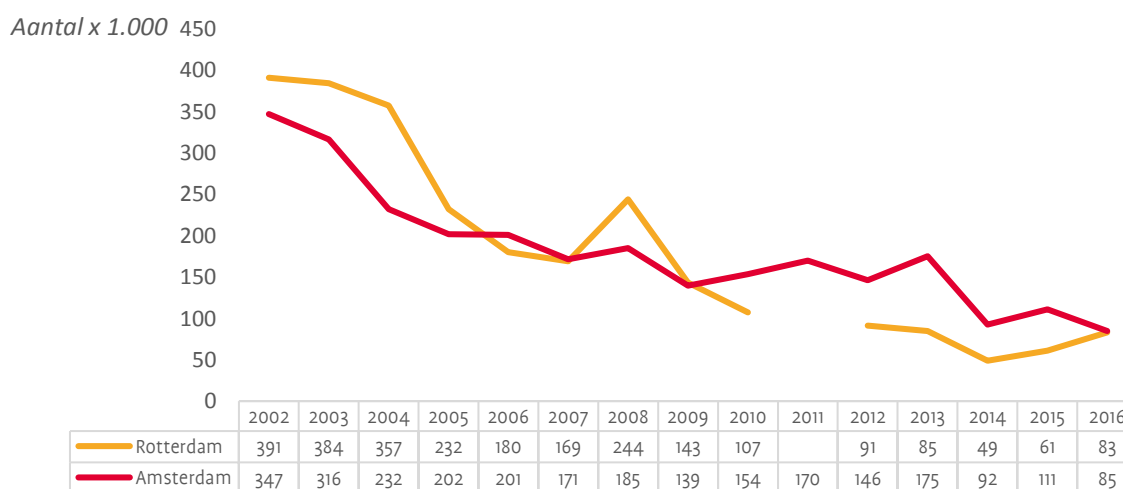
- Cijfers van het EMCDDA geven aan dat, net als in Nederland, in de lidstaten van de EU besmetting met hepatitis C zeer frequent voorkomt onder injecterende drugsgebruikers (EMCDDA, 2017).
- De HCV-antilichaamspiegels in nationale steekproeven onder injecterende drugsgebruikers in 2014-2015 variëren van 16% tot 84%, waarbij 5 van de 13 landen die over nationale gegevens beschikken melden dat meer dan 50% van de onderzochte drugsgebruikers is besmet (EMCDDA, 2017).
- In de Europese landen komen, net als in Nederland, infecties met hepatitis B minder vaak voor dan hepatitis C-infecties (EMCDDA, 2017).

### Risicogedrag

Zowel het lenen van gebruikte spuiten door injecterende drugsgebruikers, als het injecteren zelf, zijn sinds de jaren negentig van de vorige eeuw sterk afgenomen (zie ook § 5.4). Recente cijfers over het injecteren en het delen van gebruikte spuiten op landelijk niveau ontbreken.

- In 2015 was injecteren voor 8% van de opiaatcliënten in de verslavingszorg de gangbare wijze van gebruik (LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut). In 2001 lag dit percentage nog op 12% en in 2006 op 10% (Ouweland et al., 2007).
- Cijfers van de spuitomruilprogramma's in Amsterdam en Rotterdam tonen een jarenlange daling van het aantal omgeruilde spuiten (figuur 5.4). Mogelijk hangt dit samen met een daling van het aantal injecterende drugsgebruikers. In 2016 werden in Amsterdam nog maar 84.700 spuiten omgeruild en in Rotterdam nog maar 82.800 spuiten. In Rotterdam vond er in 2014 een verstoring in de registratie plaats. Met correctie daarvoor vertoont Rotterdam de afgelopen jaren een redelijk stabiele trend.

**Figuur 5.4 Aantal omgeruilde spuiten in Amsterdam en Rotterdam<sup>1</sup>, 2002-2016**



Aantal omgeruilde spuiten maal 1.000 afgerond op duizendtallen. 1. Voor Rotterdam ontbreken de cijfers van 2011 vanwege een verandering in het registratiesysteem en was er een verstoring in de registratie in 2014. Bronnen: GGD Amsterdam, GGD Rotterdam-Rijnmond.

## Sterfte

Bij cijfers over de sterfte gerelateerd aan drugsgebruik wordt doorgaans een onderscheid gemaakt tussen de 'directe sterfte' en de 'indirecte sterfte'. De directe sterfte is de sterfte door het binnen krijgen van een dodelijke hoeveelheid drugs, ook wel 'acute sterfte', 'vergiftiging', of 'overdosis' genoemd. Daarnaast is er de sterfte die indirect samenhangt met het drugsgebruik, zoals de leefstijl (uitputting, geweld, suïcide), of de wijze van gebruik (injecteren) en ongevallen onder invloed van drugs. Voor gegevens over de directe sterfte wordt in de meeste landen gebruik gemaakt van algemene doodsoorzakenstatistieken. In deze paragraaf gaat het vooral over de directe sterfte.

### *Directe sterfte*

Volgens de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS sterven er in Nederland naar verhouding maar weinig mensen aan de directe gevolgen van opiaatgebruik. Hierbij dient wel te worden aangetekend dat de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS niet specifiek is toegerust op het registreren van drugsgerelateerde sterfte (voor een toelichting, zie bijlage D.1).

- Vrijwel zeker zijn de cijfers over de drugssterfte een onderrapportage, maar de mate waarin verschil vermoedelijk per drug.
- Van belang is verder dat vanaf 2013 het CBS is overgegaan op automatische codering van de natuurlijke doodsoorzaken (CBS, 2014a; CBS, 2014b). Hierdoor kunnen de gegevens vanaf 2013 niet rechtstreeks vergeleken worden met de voorafgaande jaren. Bij het automatisch coderen van doodsoorzaken worden internationale regels toegepast. Een analyse van het CBS suggereert dat hierdoor het aantal sterfgevallen wegens drugsgebruik vanaf 2013 mogelijk hoger is komen te liggen (Harteloh, 2014; Harteloh et al., 2014).
- Bovendien is er gestart met het elektronisch aanleveren van de doodsoorzakenformulieren aan het CBS, hebben sommige forensische artsen meer toxicologisch onderzoek verricht, en hebben de forensische artsen een nieuw registratiesysteem ingevoerd. Door al deze ontwikkelingen kan het aantal registraties van een drugsgerelateerde sterfte zijn gestegen, maar de mate waarin dit een rol kan hebben gespeeld is onbekend.

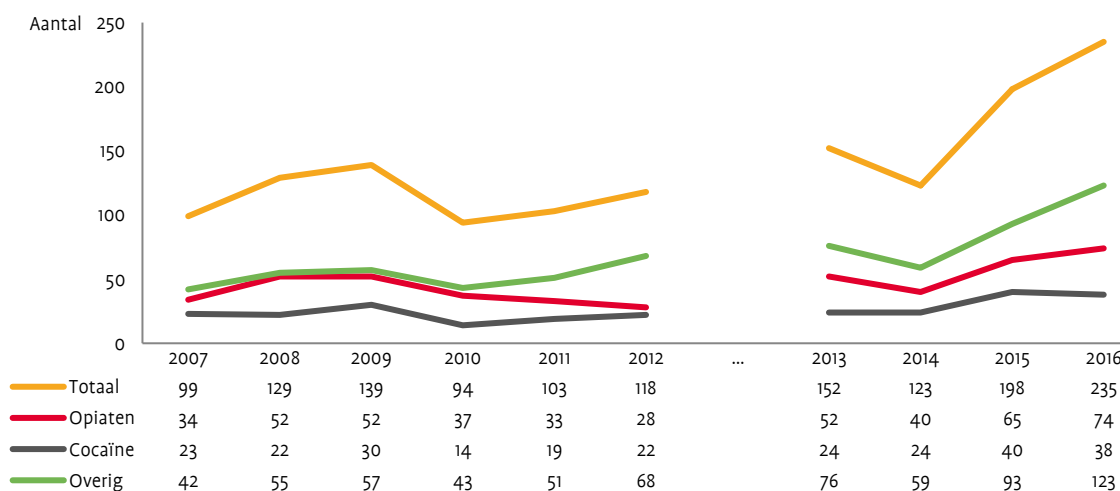
Volgens de standaard van het EMCDDA voor het berekenen van de directe drugssterfte worden alle gevallen meegeteld van "niet-opzettelijke vergiftiging", "opzettelijke vergiftiging" (suïcide) en "vergiftiging waarvan niet is vastgesteld of deze al dan niet met opzet heeft plaatsgevonden" (EMCDDA, 2015a). Vanaf 2013 zijn daarbij voor Nederland, volgens de geactualiseerde standaard van het EMCDDA (England, 2016), enkele nieuwe gevallen meegeteld. Bij deze nieuw meegetelde gevallen van directe drugssterfte gaat het om "onopzettelijke vergiftiging door en blootstelling aan overige en niet-gespecificeerde geneesmiddelen en biologische stoffen" (ICD-10 code X44), "opzettelijke auto-intoxicatie door en opzettelijke blootstelling aan overige en niet-gespecificeerde geneesmiddelen en biologische stoffen" (ICD-10 code X64), en "vergiftiging door en blootstelling aan overige en niet-gespecificeerde geneesmiddelen en biologische stoffen - opzet niet bepaald" (ICD-10 code Y14). Voor Nederland hebben deze nieuw meegetelde gevallen echter nauwelijks tot een stijging geleid. Voor 2013 tot en met 2016 samengenomen heeft dit in totaal slechts geleid tot een stijging met 10 gevallen.

- In 2013 werden in totaal 152 drugssterftegevallen geregistreerd, waaronder 52 sterfgevallen waarvoor kon worden vastgesteld dat het gebruik van opiaten de onderliggende doodsoorzaak was (figuur 5.5). Bij 24 sterfgevallen ging het om cocaïne. In 2014 werden in totaal 123 sterfgevallen geregistreerd, waaronder 40 sterfgevallen door opiaten en 24 sterfgevallen door cocaïne. Daarna steeg het totaal aantal gevallen met 61% naar 198 in 2015 en vervolgens met 19% naar 235 in 2016. Het aantal opiatengevallen steeg tussen 2014 en 2015 met 63% van 40 naar 65 en steeg tussen 2015 en 2016 met 14% van 65 naar 74 gevallen.

- In 2016 ging het bij de totale drugssterfte in 54% van de gevallen om accidentele vergiftiging, in 23% van de gevallen om suïcide, in 20% van de gevallen om psychische stoornissen en gedragsstoornissen, en in 3% van de gevallen was de intentie onbekend. Bij de sterfte gerelateerd aan opiaten ging het in 47% van de gevallen om suïcide, in 32% van de gevallen om accidentele vergiftiging, in 19% van de gevallen om psychische stoornissen en gedragsstoornissen, en in 1% van de gevallen was de intentie onbekend. Bij de sterfte door opiaten is er dus naar verhouding vaker sprake van suïcide.
- Overigens is naar verhouding een groot deel van de gevallen geregistreerd onder de categorie 'Overig', en in deze categorie deed zich in absolute aantallen ook de grootste toename voor: 76 gevallen in 2013, 59 gevallen in 2014, 93 gevallen in 2015, en 123 gevallen in 2016 (figuur 5.5). In deze gevallen kunnen ook opiaten of andere harddrugs, soms in diverse combinaties, een rol hebben gespeeld, maar is niet duidelijk welk middel de doodsoorzaak was.

Vooralsnog is er geen afdoende verklaring voorhanden voor de toename in de geregistreerde drugsgerelateerde sterfte. Naast de hiervoor genoemde wijzigingen in registratieprocedures zijn er meer verklaringen mogelijk, zoals de veroudering van de drugsgebruikers, een toename in het gebruik van medicinale opioïden zoals oxycodon (zie inleiding), het aanleveren van meer informatie op elektronische doodsoorzakenformulieren, en meer toxicologisch onderzoek (zie ook Blokker et al., 2016a; Blokker et al., 2016b).

**Figuur 5.5 Sterfgevallen door overdosering van drugs in Nederland, vanaf 2007<sup>1</sup>**



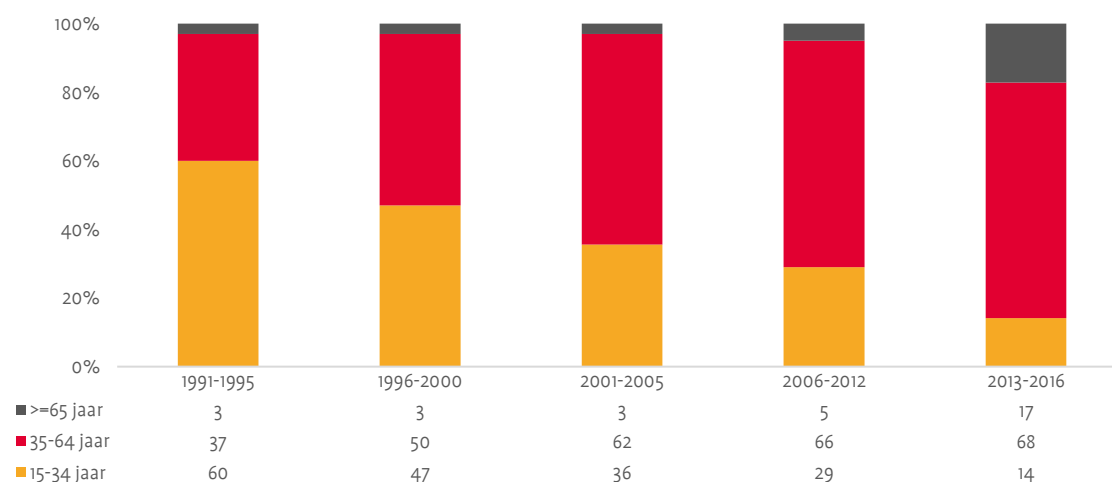
Aantal sterfgevallen. Volgens ICD-10 codes: F11-F12, F14-F16, F19, X41\*, X42\*, X44\*, X61\*, X62\*, X64\*, Y11\*, Y12\*, Y14\* (\*In combinatie met de T-codes T40.0-9, T43.6). Voor een verklaring van de codes: zie bijlage B. I. Vanaf 2013 is de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS overgegaan op automatische codering van de doodsoorzaken, waardoor de gegevens vanaf 2013 niet rechtstreeks vergeleken kunnen worden met de voorafgaande jaren. De gegevens voor 2016 zijn voorlopig. Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS, bewerking Trimbos-instituut.

- Tussen 2007 en 2016 waren er gemiddeld 8 gevallen per jaar waarin methadon als de primaire doodsoorzaak werd geregistreerd. Het aantal varieerde van 4 in 2007 tot 16 in 2015. 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 2016 waren bij het CBS nog eens 23 gevallen bekend van drugssterfte onder mensen die wel in Nederland verbleven, maar niet als inwoner stonden geregistreerd in het bevolkingsregister. In 2015 waren dit 21 gevallen.



- Net als de gebruikers van opiaten worden ook de slachtoffers van een dodelijke overdosis opiaten gemiddeld steeds ouder. Het aandeel van de jonge opiaatgebruikers in de sterfte daalt. In de periode van 1991 tot en met 1995 was nog 60% jonger dan 35 jaar, vergeleken met nog maar 14% in de periode van 2013 tot en met 2016 (figuur 5.6). Het aandeel van de 65-plussers lag van 2013 tot en met 2016 op 27%, 8%, 18%, en 19%.
- Tussen 2007 en 2016 schommelde het percentage mannen tussen 61% en 82% en schommelde respectievelijk het percentage vrouwen tussen 18% en 39%. Er is geen verklaring bekend voor deze schommeling. Mogelijk gaat het hier om een toevalsfluctuatie vanwege kleine aantallen.

**Figuur 5.6** Leeftijdverdeling van de sterfgevallen door overdosering van opiaten in de periodes 1991-1995, 1996-2000, 2001-2005, 2006-2012, en 2013-2016



Percentage sterfgevallen per leeftijdsgroep. Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS, bewerking Trimbos-instituut.

### Amsterdam

De GGD Amsterdam rapporteert jaarlijks het aantal sterfgevallen door overdoseringen door drugs in Amsterdam (Buster, 2016). 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.

- Van 2011 tot en met 2015 werden in Amsterdam achtereenvolgens per jaar 18, 18, 25, 25 en 21 gevallen geconstateerd (GGD Amsterdam, 2017, interne data). In totaal ging het daarbij in deze laatste 5 jaren om 107 gevallen.
  - Van deze 107 gevallen ging het in 20% van de gevallen om zelfdoding met drugs, waaronder zelfdoding met methadon (Buster, 2016).
  - In 37% van de gevallen ging het om accidentele overdoseringen met 'traditionele drugs' zoals heroïne en basecoke (Buster, 2016).
  - In 43% van de gevallen ging het om accidentele overdoseringen met 'uitgaansdrugs' zoals snuifcocaïne, MDMA (ecstasy), GHB/GBL, of (meth)amfetamine, vaak in combinatie met alcohol. Slechts 11% van deze gevallen vonden plaats tijdens of vlak na het uitgaan (Buster, 2016). Dit roept de vraag op in hoeverre hier nog wel sprake is van 'uitgaansdrugs'.

Alleen wanneer er een strafrechtelijk onderzoek plaatsvindt, of wanneer nabestaanden daarom vragen, onderzoekt het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) een overlijdensgeval op drugs.

- In de overlijdensgevallen die in 2016 door het NFI werden onderzocht via sectie en toxicologisch onderzoek, waren in 8 gevallen heroïne en/of morfine één van de doodsoorzaken, in sommige gevallen in combinatie met andere middelen, zoals tramadol, diazepam, cocaïne, ethanol, of mirtazapine. In nog eens 13 andere gevallen waren morfine, heroïne, tramadol, fentanyl, of oxycodon één van de doodsoorzaken, soms in combinatie met nog andere stoffen.
- Hierbij dient te worden opgemerkt dat het totaal aantal gerechtelijke secties door het NFI de afgelopen jaren is gedaald van 338 in 2013 naar 319 in 2014, 285 in 2015, en 267 in 2016. Het aantal waarbij toxicologisch onderzoek plaatsvond daalde van 250 in 2013 naar 228 in 2014, 205 in 2015, en 184 in 2016.
- Deze aantallen van het NFI kunnen overlappen met de cijfers van het CBS. De aantallen uit deze bronnen kunnen daarom niet bij elkaar worden opgeteld.

## Internationale vergelijking

### Europa

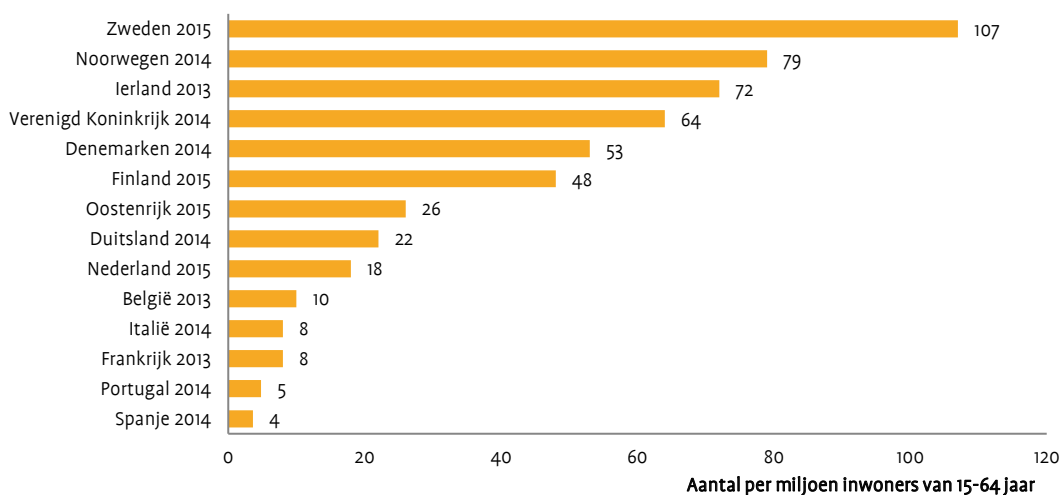
Volgens het EMCDDA (2017) blijkt uit cohortstudies dat per jaar 1%-2% van de problematische harddrugsgebruikers komt te overlijden. Onder problematische opiatengebruikers is de sterfte 5 tot 10 keer hoger dan de verwachte basissterfte in de algemene bevolking. Dit betekent dat, van de problematische drugsgebruikers die komen te overlijden, 80% tot 90% komt te overlijden door oorzaken gerelateerd aan het problematische drugsgebruik (Lam et al., 2015). Het gaat hier niet alleen om fatale overdoseringen, maar ook om de indirecte aan drugsgebruik gerelateerde doodsoorzaken, zoals ongevallen, infectieziekten, geweld en suïcide.

De meeste landen-specifieke gegevens over de drugssterfte zijn beschikbaar voor overdoseringen (acute drugssterfte). 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 (voor alle drugs samengenomen), gebaseerd op een specifieke selectie van ICD-9 of ICD-10 codes uit de doodsoorzakenstatistieken, of een specifieke selectie uit forensische registers.

- Het EMCDDA signaleert een toename in sterfte door een drugsoverdosing, vooral in het Verenigd Koninkrijk, maar ook in Duitsland, Litouwen, Zweden, Turkije, en Nederland. In 2015 ging het samengenomen in de EU, Noorwegen en Turkije om minstens 8.441 fatale overdoseringen, vooral door heroïne, maar ook andere (synthetische) opiaten worden geregeld aangetroffen bij toxicologisch onderzoek.
- In 2015 overleden in Nederland volgens de Doodsoorzakenstatistiek 197 mensen aan de gevolgen van een overdosing door drugs. Dat is meer dan in de voorgaande jaren (144 in 2013 en 123 in 2014). In 2015 was het gebruik van opiaten in 64 gevallen de doodsoorzaak (32%), in 40 gevallen ging het om cocaïne (20%), en in bijna de helft van de gevallen (47%) ging het om andere middelen of een combinatie van middelen. De toename in 2015 deed zich niet specifiek voor bij bepaalde middelen. Of er daadwerkelijk sprake is van een stijgende trend zal de komende jaren nog moeten blijken.

Figuur 5.7 toont voor een aantal landen van de EU-15 en Noorwegen het aantal door drugs geïnduceerde sterfgevallen per miljoen inwoners van 15-64 jaar voor het meest recente jaar waarvoor gegevens beschikbaar zijn. Het gaat hier om opiaten en andere drugs. In Zweden, Noorwegen en Ierland ligt de drugssterfte relatief hoog. In Spanje en Portugal ligt de drugssterfte relatief laag.

**Figuur 5.7 Aantal door opiaten en andere drugs geïnduceerde sterfgevallen per miljoen inwoners van 15-64 jaar in een aantal landen van de EU-15 en Noorwegen voor het meest recente jaar<sup>1</sup>**



Aantal sterfgevallen per miljoen inwoners van 15-64 jaar. I. Volgens het EMCDDA protocol voor drugssterfte (voor het meest recente jaar selectie B of selectie D). Bronnen: EMCDDA; Eurostat; Doodsoorzakenstatistiek, CBS; bewerking Trimbos-instituut.

### Verenigde Staten

In de Verenigde Staten is de afgelopen jaren de sterfte gerelateerd aan opiaten sterk gestegen. Dit is het gevolg van toegenomen misbruik van bestaande medicinale opiaten, een toename van het heroïnegebruik, en het beschikbaar komen van nieuwe sterke fentanyl-achtigen op de drugsmarkt (EMCDDA, 2017). Tussen 2014 en 2015 vond er nog een stijging plaats met 20,6% naar bijna 13.000 dodelijke overdoseringen door heroïne ([www.cdc.gov](http://www.cdc.gov), 26-01-2017). De overdosissterfte door synthetische opiaten, waaronder fentanyl-achtigen, steeg tussen 2014 en 2015 met 72,2% ([www.cdc.gov](http://www.cdc.gov), 29-12-2016).

Naar verwachting is in de Verenigde Staten de jaarlijkse stijging in de overdosissterfte tussen 2015 en 2016 nog groter geweest dan in alle voorafgaande jaren ([www.nytimes.com](http://www.nytimes.com), 05-06-2017).

Naar verwachting zal Nederland niet te maken krijgen met een stijging in het aantal sterfgevallen gerelateerd aan heroïne en synthetische opiaten (opioiden) in de orde van grootte zoals geconstateerd in de Verenigde Staten. In tegenstelling tot de Verenigde Staten lijkt Nederland hiertegen, tot op zekere hoogte, beschermd te zijn door een andere wetgeving over medicinale opiaten en door een ander zorgsysteem (Van Amsterdam et al., 2015).



## 5.8 Aanbod en markt

De illegale markt voor heroïne, methadon en andere opiaten wordt niet systematisch gemonitord. Trendgegevens over deze markt zijn niet beschikbaar.



## 6. Ecstasy



## 6. Ecstasy

De officiële benaming van ecstasy is 3,4-methyleendioxyamfetamine (MDMA). Ook stoffen die chemisch op MDMA lijken – zoals MDA, MDEA, MBDB, 4-FA 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.

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 de vorm van pillen, of verpakt in een vloeitje of capsule met wat drinken ingenomen. Ook kan de MDMA opgelost worden in een drankje of gesnoven worden, maar dit gebeurt relatief weinig.

Een zorgwekkende ontwikkeling is de inmiddels al jaren voortdurende toename van de concentratie van MDMA in ecstasypillen. Ook de aanwezigheid van andere riskante stoffen in ecstasy, zoals paramethoxymethylamfetamine (PMMA) en 4-methylamfetamine (4-MA) wordt in verband gebracht met (fatale) gezondheidsincidenten. Er zijn diverse waarschuwingsacties geweest via het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS), de instellingen voor verslavingszorg en de Monitor Drugsincidenten (MDI). In 2016 werd landelijk gewaarschuwd voor de aanwezigheid van DOC (een heftig tripmiddel) in ecstasypillen, werd in Noord-Holland (regionaal) gewaarschuwd voor een poeder verkocht als MDMA dat alleen PMMA bevatte en werd een Red Alert gehouden voor een als ecstasy verkochte pil die een hele hoge dosis PMMA bevatte.

Naar aanleiding van deze toename van MDMA in ecstasypillen verschenen in 2016 en 2017 in opdracht van het ministerie van VWS verschillende Nederlandse rapportages over de acute en lange termijn risico's (Niesink, 2016, Croes et al., 2017), sterfte (Vreeker et al., 2017a) en incidenten (Wijers et al., 2016; Vreeker et al., 2017b) gerelateerd aan ecstasiegebruik. Uit al deze rapporten komt het beeld naar voren dat het gebruik van ecstasy onvoorspelbare effecten kan hebben en dat deze vaker voorkomen dan het onschuldige imago van deze 'lovedrug' doet vermoeden.



### 6.1 Laatste feiten en trends

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

- Na cannabis is ecstasy de meest gebruikte drug in Nederland. In 2016 had naar schatting 1 op de 13 Nederlanders van 18 jaar en ouder ooit ecstasy gebruikt (7,6%); in het afgelopen jaar gebruikte 2,9% van de volwassenen ecstasy (§ 6.2).
- Het percentage laatste-jaar-ecstasygebruikers is het hoogst onder 20-24-jarigen, inwoners van (zeer) stedelijke gebieden en hoog opgeleiden.
- Tussen 2015 en 2016 is het gebruik van ecstasy gelijk gebleven (§ 6.2). In eerdere jaren (tussen 2014 en 2015 en tussen 2009 en 2014) steeg het gebruik wel.

- Onder leerlingen van 12-16 jaar in het voortgezet onderwijs deed zich tussen 2003 en 2007 een (statistisch niet significante) daling voor in het oitgebruik van ecstasy, die tussen 2007 en 2015 stabiliseerde (§ 6.3).
- In het uitgaansleven is ecstasy de belangrijkste drug en er zijn aanwijzingen dat het middel vooral onder frequente party- en festivalbezoekers in de afgelopen jaren in populariteit is gestegen (§ 6.3).
- In de EU zijn Nederland en het Verenigd Koninkrijk koplopers in het oitgebruik en het gebruik van ecstasy in het afgelopen jaar (§ 6.5).
- Ondanks het relatief hoge percentage gebruikers melden maar weinig mensen zich bij de verslavingszorg vanwege hun ecstasygebruik. Hun aantal is sinds 2006 gedaald en bleef in de afgelopen jaren stabiel laag. Minder dan 1% van de drugscliënten had de afgelopen jaren een primair ecstasyprobleem (§ 6.6).
- Op de EHBO-posten steeg het aandeel van de matige en ernstige ecstasy-intoxicaties onder de drugsincidenten tussen 2009 en 2014, maar dat nam niet verder toe in 2015 en 2016 (§ 6.6).
- Drie aanvullende studies over drugsincidenten toonden dat ecstasy tot een veelheid aan acute verschijnselen kan leiden en dat niet is te voorspellen welke gebruiker acute problemen zal ontwikkelen. Dit onderstreept de onvoorspelbaarheid van de effecten en bemoeilijkt preventie.
- Er is geen goed zicht op het aantal sterfgevallen waarbij ecstasy een rol speelt (§ 6.7). Tussen 2006 en 2015 registreerde het Nederlands Forensisch Instituut 47 sterfgevallen waarbij MDMA (alleen of in combinatie met andere middelen) zeker de primaire doodsoorzaak was. Dit aantal is vrijwel zeker een onderschatting.
- De toename in het gemiddelde gehalte MDMA in ecstasypillen tussen 2010 en 2015 heeft zich voortgezet in 2016 (§ 6.8).



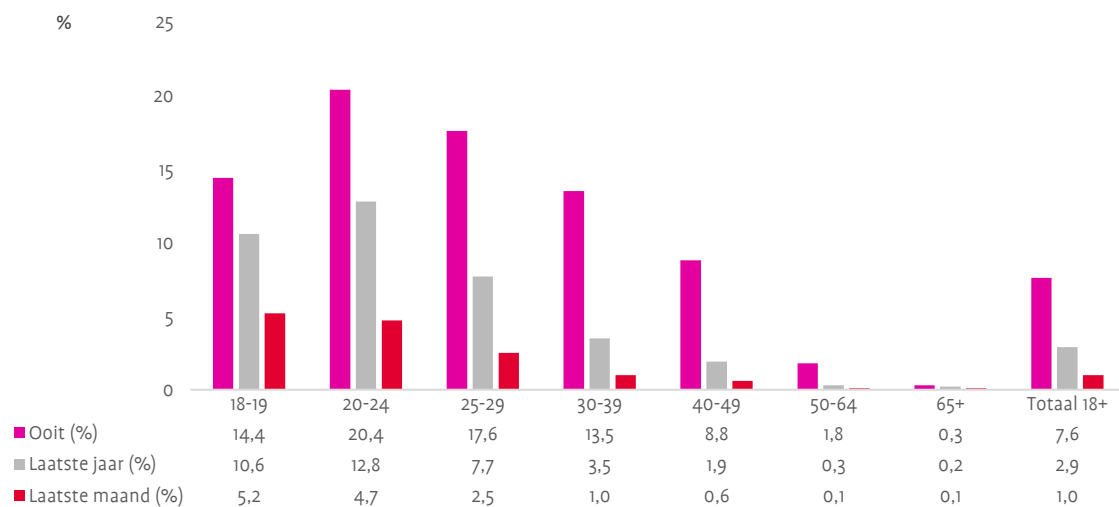
## 6.2 Gebruik: algemene bevolking

In het afgelopen decennium is het drugsgebruik in de algemene bevolking herhaaldelijk gemeten. Vanaf 2014 worden jaarlijks vergelijkbare cijfers verzameld via de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor uitgevoerd door het CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut (zie bijlage D.2). Vanwege wijzigingen in onderzoeksmethoden zijn deze cijfers niet vergelijkbaar met die uit eerdere peilingen (zie bijlage D.2 voor resultaten van voorgaande bevolkingsstudies). In dit hoofdstuk beschrijven wij primair gegevens van 2016 voor de volwassen bevolking van 18 jaar en ouder. In bijlage D.2 staan de resultaten van voorgaande bevolkingsstudies op basis van de leeftijdsgroep 15-64 jaar. In 2016 is naast de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor ook de Leefstijlmonitor-Aanvullend uitgevoerd, de LSM-A/ Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM en CBS. Dit is de aanvullende module Roken, Alcohol- en Drugsgebruik van de Leefstijlmonitor, een aanpalende tweejaarlijkse dieptestudie naar middelengebruik in de algemene bevolking (zie bijlage D.2). Daar waar resultaten zijn opgenomen uit de LSM-A, wordt dit apart vermeld. Cijfers voor ecstasygebruik onder jongeren worden in paragraaf 6.3 op basis van scholierenonderzoeken gerapporteerd.

Na cannabis is ecstasy de meest gebruikte drug in Nederland. In 2016 had 7,6% van de Nederlanders van 18 jaar en ouder ooit ecstasy gebruikt, 2,9% deed dit nog in het afgelopen jaar, en 1,0% in de afgelopen maand (figuur 6.1). Dat komt neer (afgerond op tienduizendtallen) op respectievelijk:

- 1 miljoen oitgebruikers van ecstasy (95% betrouwbaarheidsinterval 910-1.090 duizend);
- 390 duizend laatste-jaar-gebruikers van ecstasy (95% betrouwbaarheidsinterval 330-450 duizend);
- 130 duizend laatste-maand-gebruikers van ecstasy (95% betrouwbaarheidsinterval 100-170 duizend).

**Figuur 6.1 Ecstasygebruikers in Nederland per leeftijdsgroep en de totale bevolking van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2016**



Percentage gebruikers ooit, in het laatste jaar en in de laatste maand per leeftijdsgroep. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2016.

## Leeftijd en geslacht

Het gebruik van ecstasy onder mensen van 18 jaar en ouder komt bijna twee keer zo vaak voor onder mannen als vrouwen.

- Meer mannen (9,5%) hebben ervaring met ecstasy dan vrouwen (5,7%). Voor het gebruik in het afgelopen jaar was dit respectievelijk 3,8% onder mannen en 2,1% onder vrouwen en voor het gebruik in de afgelopen maand 1,4% onder mannen en 0,7% onder vrouwen.
- De piek van het laatste-jaar-gebruik ligt in de leeftijdsgroep 20-24 jaar (12,8%). Daarna volgt de leeftijdsgroep 18-19 jaar (10,6%) (figuur 6.1).
- In de aanvullende LSM-A studie lag de gemiddelde startleeftijd onder de laatste-jaar-gebruikers op 21,8 jaar, ongeveer gelijk voor mannen (21,9 jaar) en vrouwen (21,6 jaar) (zie bijlage A).

## Opleidingsniveau

Hoog opgeleiden gebruiken vaker ecstasy dan lager opgeleiden (tabel 6.1).

- Voor het laatste-jaar-gebruik gaat het om bijna een factor vijf meer: 5,0% van de HBO- en WO-opgeleiden versus 1,1% van de laag opgeleiden (basisonderwijs, LBO, MAVO, VMBO).
- Voor het laatste-maand-gebruik gaat het om een factor zes, met 1,8% voor de hoog opgeleiden versus 0,3% voor de laag opgeleiden.

## Grote steden

Ecstasygebruik komt het meest voor onder mensen die in (zeer) stedelijke gebieden wonen.

- Mensen die in (zeer) stedelijke gebieden wonen hebben ruim twee keer zo vaak ervaring met ecstasy als mensen in minder stedelijke gebieden (10,0% versus 4,0%, tabel 6.1). Het laatste-jaar-gebruik lag in (zeer) sterk stedelijke gebieden drie maal zo hoog als in weinig/niet stedelijke gebieden (4,2% versus 1,3%).

## Gebruikspatronen

Uit de aanvullende dieptemodule (LSM-A, zie bijlage D.2) blijkt dat de meerderheid van de laatste-jaar gebruikers incidenteel ecstasy gebruikt.

- Ongeveer een derde (34,9%) heeft in het laatste jaar één keer ecstasy gebruikt en meer dan de helft (53,0%) een paar keer, maar minder dan maandelijks. Ongeveer één op de vijftien gebruikers (6,8%) rapporteert maandelijks gebruik en 5,2% rapporteert meerdere keren per maand ecstasy te gebruiken.
- Bijna alle laatste-jaar-ecstasygebruikers (96,0%) gebruiken meestal alleen in het weekend. De overige 4% gebruikt zowel in het weekend als op doordeweekse dagen. Er waren geen gebruikers die rapporteerden meestal te gebruiken op doordeweekse dagen.
- Gemiddeld gebruikten de laatste jaar-gebruikers 1,2 pil per gelegenheid. De mediaan (middelste waarde) lag op 1 pil per gelegenheid.

**Tabel 6.1 Gebruik van ecstasy in de bevolking van 18 jaar en ouder naar opleidingsniveau en stedelijkheid, peiljaar 2016**

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
<b>Opleidingsniveau<sup>I</sup></b>			
Laag opgeleid	3,9	1,1	0,3
Middelbaar opgeleid	7,2	2,5	0,9
Hoog opgeleid	11,3	5,0	1,8
<b>Stedelijkheid<sup>II</sup></b>			
(Zeer) sterk stedelijk	10,0	4,2	1,3
Matig stedelijk	6,0	1,9	0,8
Weinig/niet stedelijk	4,0	1,3	0,5

Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar, en in de laatste maand. I. Opleidingsniveau: 18-24 jaar hoogst gevolgd niveau, 25 en ouder hoogst behaald niveau: Laag opgeleid = basisonderwijs, LBO, MAVO, VMBO; Middelbaar opgeleid = MBO, HAVO, VWO; Hoog opgeleid = HBO of universiteit. II. Stedelijkheid gecategoriseerd naar aantal adressen per vierkante kilometer in de woongemeente van de respondent: (zeer) sterk = 1.500 of meer adressen; matig = 1.000 - 1.500 adressen; weinig = minder dan 1.000 adressen. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2016.

## Trends in ecstasygebruik

Het gebruik van ecstasy in de algemene bevolking is in het afgelopen decennium herhaaldelijk gemeten (in 2005, 2009, 2014, 2015, 2016). Vanwege herhaalde wijzigingen in de onderzoeksmethode zijn alleen gegevens vergelijkbaar die zijn verzameld vanaf 2014 (zie Bijlage D.2).

Voor de leeftijdsgroep 18 jaar en ouder, de standaard voor kerncijfers over drugsgebruik, zijn alleen gegevens voor 2015 en 2016 beschikbaar.

- In de bevolking van 18 jaar en ouder ligt het ecstasygebruik in 2016 ongeveer op hetzelfde niveau als in 2015 (tabel 6.2). Verschillen in zowel het oitgebruik, laatste-jaar-gebruik als het laatste-maand-gebruik verschilden niet significant in beide peiljaren.



Bijlage D.2 geeft voor peiljaren 2014, 2015 en 2016 ook trendgegevens voor de leeftijdsgroep 15-64 jaar (de internationale standaard leeftijdsgroep van het EMCDDA, zie paragraaf 5 van de middelenhoofdstukken).

- De cijfers wijzen op een statistisch significante toename in het ooit-, laatste-jaar- en laatste-maand-gebruik van ecstasy tussen 2014 en 2015.
- De cijfers uit 2005 en 2009 (wegens een andere methode van verzamelen niet direct te vergelijken met de cijfers uit 2014-2016) suggereren dat met name het ooitgebruik en laatste-jaar-gebruik stegen van 2005 tot 2009 en naar 2014 (figuur 15.1).

**Tabel 6.2 Gebruik van ecstasy in Nederland onder mensen van 18 jaar en ouder. Peiljaren 2015 en 2016**

	2015 (%)	2016 (%)
Ooitgebruik (%)	7,0	7,6
Laatste-jaar-gebruik (%)	2,8	2,9
Laatste-maand-gebruik (%)	1,0	1,0

Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2015, 2016.



## 6.3 Gebruik: jongeren en jongvolwassenen

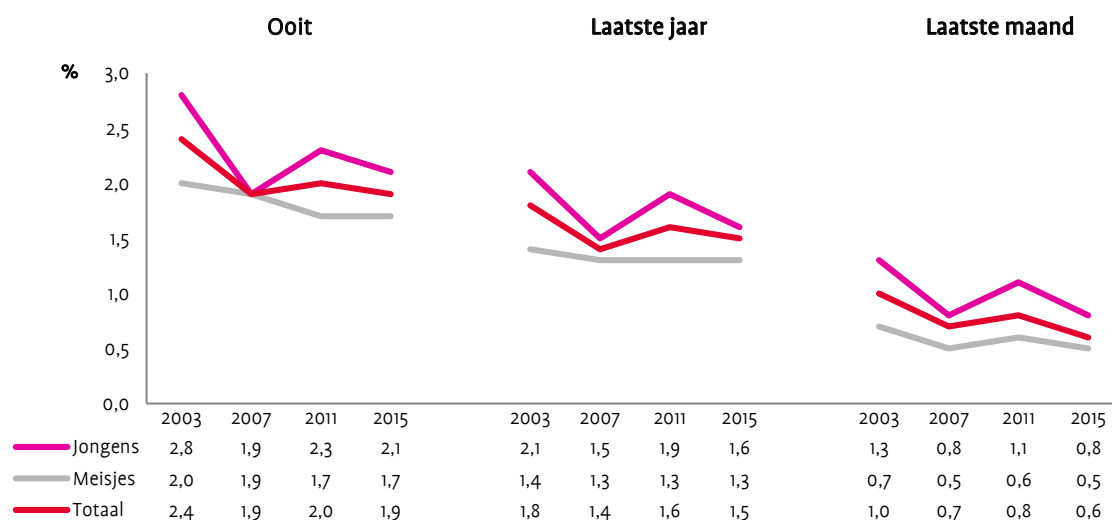
Deze paragraaf beschrijft gegevens over het gebruik van ecstasy op basis van landelijke onderzoeken naar middelengebruik onder representatieve steekproeven scholieren van het voortgezet onderwijs en studenten van het HBO en MBO. Daarna worden gegevens gepresenteerd van uiteenlopende landelijke, regionale en lokale onderzoeken in verschillende groepen jongeren en jongvolwassenen, die vaak vanwege hun leefstijl, setting of persoonlijke kenmerken meer dan hun doorsnee leeftijdgenoten middelen gebruiken. De leeftijdsgrenzen zijn voor deze groepen niet strak gedefinieerd, maar het gaat hier overwegend om (laat) adolescenten tot dertigers, de leeftijdsgroep waarin het middelengebruik zich concentreert.

### Scholieren

Vergeleken met cannabis gebruiken aanzienlijk minder leerlingen van het middelbaar onderwijs harddrugs, zoals ecstasy. Dit blijkt uit het Peilstationsonderzoek scholieren (Van Dorsselaer et al., 2016; zie bijlage D.7).

- Tussen 2003 en 2007 daalde het percentage leerlingen van 12-16 jaar dat ervaring had met ecstasy van 2,4% naar 1,9%, en bleef het rond dit niveau tot 2015 (figuur 6.2). Verschillen tussen 2003 en 2015 waren echter niet statistisch significant (Van Dorsselaer et al., 2016).
- De trend voor het percentage leerlingen dat in de afgelopen maand nog ecstasy had gebruikt vertoonde hetzelfde patroon en daalde (statistisch niet significant) van 1,0% in 2003 naar 0,7% in 2007 en 0,6% in 2015 (figuur 6.2).

**Figuur 6.2** Gebruik van ecstasy onder scholieren van het voortgezet onderwijs van 12-16 jaar, vanaf 2003



Percentage gebruikers ooit in het leven (links), in het laatste jaar (midden) en in de laatste maand (rechts). Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM, 2015.

### Leeftijd, geslacht en opleiding

- In 2015 hadden ongeveer evenveel jongens (2,1%) als meisjes (1,7%) ervaring met ecstasy. Het gebruik steeg met de leeftijd. Van de 12-jarigen had 0,2% ervaring met ecstasy, van de 16-jarigen had 4,5% ervaring met ecstasy (Van Dorsselaer et al., 2016).
- Evenals voor andere harddrugs het geval is, hebben scholieren van het VMBO-b (3,5%) vaker ervaring met ecstasy dan scholieren van het VWO (1,1%). De percentages ooitgebruikers voor het VMBO-t en HAVO liggen hiertussen in.

### Gebruik onder studenten van het MBO en HBO

In 2015 is het gebruik van ecstasy ook landelijk gemeten onder 16-18-jarige studenten van het MBO en HBO (Verdurmen et al., 2016).

- Ecstasy is onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO de meest gebruikte harddrug: 9% heeft ooit ecstasy gebruikt; het verschil tussen jongens (11%) en meisjes (8%) is niet statistisch significant. Het gebruik van ecstasy ooit in het leven stijgt van 4% op 16-jarige leeftijd naar 12% op 18-jarige leeftijd. Deze stijging is zichtbaar bij zowel jongens als meisjes, maar lijkt bij jongens iets sterker.
- Van de MBO- en HBO-studenten heeft 3% in de afgelopen maand ecstasy gebruikt. Bij meisjes stijgt het gebruik in de afgelopen maand van 0,6% op 16-jarige leeftijd naar 3,9% op 18-jarige leeftijd. Bij jongens is er ook een stijging met de leeftijd, maar deze is niet significant.
- Het gebruik van ecstasy ooit in het leven lijkt bij 17-jarige studenten op het HBO (5%) iets lager dan op het VO (7%) en MBO (8%), maar het verschil is niet significant. In het gebruik van ecstasy in de afgelopen maand zijn er nauwelijks verschillen tussen de schoolniveaus.

### Gebruik onder scholieren van HAVO en VWO en onder MBO-studenten in Amsterdam

Van (zeer) stedelijke gebieden zoals Amsterdam is bekend dat het drugsgebruik hoger kan liggen dan in matig- of niet-stedelijke gebieden. Ook onder Amsterdamse HAVO/VWO-scholieren en MBO-studenten is gebleken dat het ecstasygebruik hoger ligt dan het landelijk gemiddelde (Dijkshoorn et al., 2016), maar bij de interpretatie is belangrijk om rekening te houden met verschillen in meetmethoden, waardoor een directe vergelijking niet mogelijk is.

- Begin 2016 is het gebruik van alcohol en drugs onderzocht onder 1.076 leerlingen van 16-18 jaar uit klas 5 en 6 van de HAVO en het VWO in Amsterdam (Dijkshoorn et al., 2016). Met genoemd voorbehoud vanwege de verschillen in methoden laten de cijfers zien dat het gebruik van ecstasy door scholieren in Amsterdam hoger is dan landelijk. Van de Amsterdamse leerlingen had 15% ooit ecstasy gebruikt (de landelijke data van het Peilstationsonderzoek 2015 toonden 4%). In de afgelopen maand had 4% van deze Amsterdamse leerlingen nog ecstasy gebruikt (de landelijke data kwamen uit op 2%).
- In 2016 is bovendien het gebruik van alcohol en drugs onderzocht onder 1.972 MBO-studenten in Amsterdam (Nabben et al., 2017). De leeftijd van deze MBO-studenten varieerde van 15 tot en met 35 jaar en hun gemiddelde leeftijd was 19 jaar. Van deze studenten had 20% ooit ecstasy gebruikt, 15% in het afgelopen jaar, en 7% in de afgelopen maand. De gemiddelde startleeftijd lag op 17 jaar. Van de laatste-jaar-gebruikers had een derde op 1 of 2 dagen ecstasy gebruikt in het hele jaar.

## Speciale groepen jongeren en jongvolwassenen

In bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen bevinden zich naar verhouding meer gebruikers van ecstasy. Tabel 6.3 vat de resultaten samen van uiteenlopende studies. De cijfers zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijds groepen en methoden van onderzoek. Bovendien zijn de responspercentages in onderzoek onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen vaak laag (tussen 15% en 25%) en zijn zij 'op locatie' of online geworven in plaats van via een representatieve steekproef uit de bevolking, waardoor een vertekening van de resultaten kan optreden. De uitkomsten geven wel een indicatie van verschillen tussen (risico)groepen jongeren en jongvolwassenen.

### *Uitgaande jongeren en jongvolwassenen*

Uit diverse onderzoeken, zowel landelijk als lokaal, blijkt dat ecstasy veruit de belangrijkste drug blijft in het uitgaanscircuit, vooral de dance scenes (tabel 6.3). Er zijn signalen voor een toegenomen populariteit van ecstasy, al lijkt het middel concurrentie te hebben gekregen van 4-fluoramfetamine (4-FA, zie hoofdstuk 8).

In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2016 is het middelengebruik van 4.905 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 15-35 jaar in kaart gebracht via een websurvey. Twee vijfde (39%) van de deelnemers bezocht maandelijks een club en nog eens een vijfde (18%) deed dit wekelijks. Party's werden minder vaak bezocht; 60% deed dit in het afgelopen jaar minder dan maandelijks (Monshouwer et al., 2016). De resultaten zijn niet rechtstreeks te vergelijken met die van de peiling in 2013. De respondenten van deze onderzoeken via websurveys vormen geen representatieve steekproef van alle uitgaande jongeren en jongvolwassenen, en er zijn verschillen in de steekproeven van 2013 en 2016. De respondenten verschillen bijvoorbeeld in uitgaansfrequentie en muziekvoorkeur (zie bijlage D.3).

- Iets meer dan de helft van de uitgaanders in dit onderzoek (55%) had ooit ecstasy gebruikt; 46% gebruikte in het afgelopen jaar en een op de vijf deed dit nog in de afgelopen maand (22%).
- Van de deelnemers die ecstasy in het afgelopen jaar hadden gebruikt, nam 18% het één keer, 53% nam het middel een paar keer per jaar en 19% eens per maand. Negen procent nam ecstasy een paar keer per maand, 1,1% eens per week en 0,3% een paar keer per week. Dagelijks of bijna dagelijks gebruik van ecstasy kwam niet voor.
- Ecstasy is een typische partydrug. Op de vraag waar ecstasygebruikers tijdens het uitgaan het afgelopen jaar het meest gebruiken noemde 92% een festival, op afstand gevolgd door een club (31%), thuis (29%) of een feestje (22%). Een poppodium (3%) of café (1%) werd zelden als meest favoriete locatie genoemd. Respondenten konden maximaal 3 locaties aangeven.
- Twee derde (65%) van de gebruikers zegt ecstasy alleen in de vorm van pillen te gebruiken en 17% gebruikt meestal pillen. Veertien procent wisselt de pil en de poedervorm af en slechts een klein deel gebruikt meestal (2%) of altijd (2%) ecstasy in de vorm van poeder.

- Op een uitgaansdag namen gebruikers gemiddeld 1,8 ecstasypil. Dit verschilt nauwelijks van het aantal pillen op een niet-uitgaansdag (1,9 pillen), al is het aantal respondenten dat ecstasy gebruikt op een dag dat men niet uitgaat relatief klein (16% van het totale aantal). Ongeveer 1 op de 5 respondenten gebruikt op een gebruiksdag gemiddeld 2 of meer pillen. Van de groep die hun dosering in het aantal milligram MDMA uitrekent is het gemiddelde gebruik tijdens een sessie (een avond of festivaldag) 283 milligram MDMA; een kwart gebruikte naar eigen zeggen tijdens een sessie 360 mg MDMA of meer.

In 2016 signaleerden sleutelfiguren in het Amsterdamse uitgaansleven eveneens dat ecstasy nog steeds de meest favoriete illegale drug is, dat het gebruik de afgelopen jaren stabiel was, maar op een hoger niveau dan aan het begin van deze eeuw (Nabben et al., 2017). Ecstasy blijft het festivalmiddel bij uitstek, maar wordt ook wel eens thuis gebruikt. Daarover wordt opgemerkt dat de effecten van een pil thuis anders kunnen zijn dan tijdens de hectiek van een feest. Ook melden sleutelfiguren dat gebruikers vanwege de hoge zuiverheid van ecstasy meer op hun hoede zijn om niet uit de toon te vallen tijdens het uitgaan, want “helemaal ‘wappie’ of ‘naar de kloten’ op ecstasy is echt iets om je voor te schamen” (Nabben et al., 2017).

- De panelleden uit 2016 merken op dat vanwege de hoge doseringen tegenwoordig voorzichtiger wordt geslikt, kleine doseringen met tussenpozen. Gebruikers zijn “meer knabbelaars dan slikkers” (Nabben et al., 2017). Ook neemt de vraag toe naar poeders en kristallen in de hoop dat de dosering daarvan beter valt te sturen.
- Ook de negatieve effecten van de hoge doseringen worden genoemd. Volgens de panelleden zijn er opvallend meer ecstasygebruikers die zich druk maken over hoe ze eruit zien en op anderen overkomen; ze lijken zich te schamen voor hun verwrongen en zwetende gezicht met soms wijd opengesperde ogen (Nabben et al., 2017).

Ook het uitgaansonderzoek van GGD Haaglanden combineert panelinterviews met een survey onder jongeren (Van Dijk en Reinerie, 2015). Het gebruik in de survey met 1.309 deelnemers van 12-35 jaar op vier Haagse locaties was lager dan onder de party- en clubbezoekers van de Antenne-survey en Het Grote Uitgaansonderzoek (zie hierboven). In Den Haag zijn echter geen (dance) party's en clubs, waar over het algemeen vaker ecstasy wordt gebruikt. Uitgaanders van het Haagse panel gaan wel regelmatig naar party's en clubs buiten Den Haag en gebruiken daar regelmatig ecstasy (en cocaïne).

- Het ooitgebruik van ecstasy lag in de Haagse survey op 48%. Het gebruik in de afgelopen maand lag op 16% (mannen 20%, vrouwen 12%). De gemiddelde leeftijd waarop voor het eerst ecstasy werd gebruikt was 19 jaar.
- De uitgaanders dachten heel verschillend over wat een 'goede' dosering is. Aan 84 actuele ecstasygebruikers werd gevraagd of ze 130 mg MDMA in één pil veel vinden (zie ook §§ 6.7 en 6.8). Een kwart (26%) had geen idee of 130 mg MDMA veel is, 35% vond die hoeveelheid goed, 24% vond het te weinig. Slechts 16% vond 130 mg MDMA te veel. Informatie over de sterkte van de pillen kwam vaak van de dealer, en men vertrouwde erop als deze zegt de pillen te hebben laten testen. Het is overigens niet bekend of dit daadwerkelijk het geval is; de testservice is bestemd voor gebruikers, niet voor dealers. Een op de acht (13%) 'test' ecstasypillen zelf, via de testservice (zie § 6.8) of via pillreports.com.
- Uit het panel kwam naar voren dat voor sommigen ecstasy onlosmakelijk verbonden is met uitgaan en dat ook 'brave mainstream alto's' met een verder gezonde leefstijl wel eens drie zware pillen achter elkaar nemen en daarmee een hoge dosering MDMA kunnen binnenkrijgen van 500 mg.

## Probleemjongeren

Er zijn geen recente landelijke gegevens beschikbaar over het gebruik van ecstasy onder jongeren in 'risicosettingen'.

- Uit ouder onderzoek uit 2009 onder jongens (13-18 jaar) in justitiële jeugdinstellingen bleek dat het ooitgebruik van ecstasy door deze jongens fors hoger ligt dan onder jongens in het reguliere voortgezet onderwijs (Kepper et al., 2009b). Zie voor details het NDM Jaarbericht 2016
- Ook het percentage jongens en meisjes in de residentiële jeugdzorg dat ooit ecstasy heeft gebruikt ligt beduidend hoger dan in het reguliere onderwijs (Kepper et al., 2009a).
- In de jeugdzorg in Amsterdam in 2012 had 12% van de jongeren ooit ecstasy gebruikt en had 4% in de afgelopen maand nog ecstasy gebruikt (Benschop et al., 2013).

**Tabel 6.3 Gebruik van ecstasy in speciale groepen**

	Locatie	Peiljaar	Gemiddelde leeftijd (jaar)	Ooit (%)	Laatste maand (%)
<b>Uitgaande jongeren en jongvolwassenen</b>					
Bezoekers van party's, festivals en clubs <sup>I</sup>	Landelijk	2016	22	55	22
		2013	23	70	35
Coffeeshopbezoekers	Amsterdam	2015	25	52	11
		2009	28	41	6
Bezoekers van cafés	Amsterdam	2014	27	63	25
		2010	27	46	13
Uitgaanders	Den Haag	2014	24	48	16
Bezoekers van clubs en raves <sup>II</sup>	Amsterdam	2013	24	79	55
<b>Probleemjongeren</b>					
(Voormalig) dakloze jongeren <sup>III</sup>	G4	2013	22	-	8
Dakloze jongeren	G4	2011	20	-	5
Jongeren in de jeugdzorg	Amsterdam	2012	16	12	4

Percentage gebruikers ooit in het leven en in de laatste maand per groep. De cijfers in deze tabel zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. De uitgaanders die deelnemen aan onderzoek zijn niet representatief voor alle uitgaanders. G4 = Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht. - = Gegevens zijn onbekend. I. Frequente bezoekers van party's en clubs geworven via online community's, websites en fora over feesten, party's en festivals. II. Raves zijn "door verschillende organisaties en (vrienden)groepen georganiseerde (quasi-)illegale feesten op alternatieve locaties" (Nabben et al., 2014). III. 70% respons rate; onder respondenten van de follow-up meting gebruikte 7% ecstasy in 2011.

Bronnen: Het Grote Uitgaansonderzoek 2013 (Goossens et al., 2013), Het Grote Uitgaansonderzoek 2016 (Monshouwer et al., 2016); Bonger Instituut voor Criminologie, UvA: Antenne 2009 (Nabben et al., 2010), Antenne 2010 (Benschop et al., 2011), Antenne 2012 (Benschop et al., 2013), Antenne 2013 (Nabben et al., 2014), Antenne 2014 (Benschop et al., 2015); Het Haags Uitgaansonderzoek 2014, GGD Haaglanden (Van Dijk en Reinerie, 2015); EXPLORE, Trimbos-instituut (Kepper et al., 2009a,b); Coda-G4 (Van Straaten et al., 2012; Van Straaten et al., 2014), IVO, UMC St Radboud.



## 6.4 Problematisch gebruik

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

- Chronisch ecstasygebruik kan leiden tot afhankelijkheid, hoewel het optreden van een onttrekkingssyndroom bij ecstasy ter discussie staat (Degenhardt et al., 2010; Leung en Cottler, 2008). De na-effecten van ecstasy na een weekend fors gebruik (de “dinsdagdip”) worden soms ten onrechte aangezien voor onttrektingsverschijnselen (McKetin et al., 2014).
- Het aantal hulpvragen bij de verslavingszorg voor ecstasy is gering (zie ook § 6.6). Onbekend is of dit samenhangt met een geringe omvang van het probleemgebruik, de aard en ernst van de klachten, of andere factoren.

Ecstasygebruik is in verband gebracht met een (langdurige) verstoring van hersenfuncties, met name het geheugen, het concentratievermogen en de stemming bij zowel gebruikers als ex-gebruikers van ecstasy (§ 6.7). In Nederland is ook toenemend aandacht voor lang aanhoudende visuele waarnemingsstoornissen na ecstasygebruik, waaronder ‘zwevende vormpjes’ en ‘spikkeltjes’ in het gezichtsveld (‘visual snow’) (Hanck en Schellekens, 2013; Litjens et al., 2014; Alderliefste, 2016; Croes et al., 2017) (§ 6.6).

- Deze stoornis, ook wel ‘hallucinogen persisting perception disorder (HPPD)’ of ‘persisterende waarnemingsstoornis door hallucinogenen’ genoemd, komt vermoedelijk weinig voor maar precieze cijfers ontbreken (Alderliefste, 2016).
- In de Verenigde Staten geeft 60% van de gebruikers aan de symptomen wel te herkennen in een milde en voorbijgaande vorm, maar slechts 4,2% van de mensen met verschijnselen van HPPD zoekt professionele hulp (Baggot et al., 2011).

Ook in HGU2016 (zie § 6.3) rapporteerde 30% van de 4.905 respondenten wel eens ten minste één symptoom van HPPD te hebben, zonder dat daarvoor een medische verklaring was (Monshouwer et al., 2016). Van hen had 59% ooit ecstasy gebruikt. Slechts een enkeling had hiervan echter zoveel last dat het hun dagelijks functioneren (ernstig) verstoorde.



## 6.5 Gebruik: internationale vergelijking

### Algemene bevolking

Gegevens over het drugsgebruik in de lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen en Turkije worden verzameld door het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA, 2017). 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, 2017), de Canadian Tobacco, Alcohol and Drugs Survey (CTADS, 2015) en het Australian Institute of Health and Welfare (AIHW, 2016).

Tabel 6.4a presenteert gegevens over het gebruik van ecstasy in een aantal lidstaten van de EU-15 en Noorwegen waarvoor recente gegevens beschikbaar zijn. Gegevens voor enkele andere landen staan in tabel 6.4b.

- Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking. Van invloed is vooral de leeftijdsgroep. Tabel 6.4a geeft gebruikscijfers die zijn (her)berekend volgens de standaard leeftijdsgroepen van het EMCDDA (15-64 jaar en 15-34 jaar). Zie ook bijlage C.

- Het ooitgebruik van ecstasy in Europa is het hoogst in Nederland en Ierland (9,2%) (tabel 6.4a). Het ooitgebruik in Engeland en Wales (9,4%) is niet goed vergelijkbaar met deze cijfers, want dit percentage ooitgebruik is gemeten in een andere leeftijdsgroep (tabel 6.4b).
- Het percentage Nederlanders dat het afgelopen jaar ecstasy gebruikte (3,6%) steekt (ver) uit boven andere Europese landen.
- Gebruik van drugs, waaronder ecstasy, is het hoogst onder jongvolwassenen. Ook het laatste jaar gebruik door jongvolwassenen (15-34 jaar) is het hoogst in Nederland (7,4%), gevolgd door Ierland (4,4%).
- In Europa was, na een piek in ecstasygebruik begin van deze eeuw, sprake van een daling in ecstasygebruik (EMCDDA, 2017). Sinds 2014 lijkt in een aantal Europese landen (zoals Frankrijk en Finland), net als Nederland, echter weer sprake van een stijging in het gebruik. In het Verenigd Koninkrijk is sprake van een afvlakking van de eerdere stijging; in Spanje is sinds enkele jaren sprake van een daling die inmiddels afvlakt (EMCDDA, 2017).
- De cijfers over het gebruik van ecstasy in de landen in tabel 6.4b zijn niet goed vergelijkbaar, omdat ze in verschillende leeftijdsgroepen zijn verzameld. De cijfers suggereren dat vooral het gebruik in Australië, Engeland en Wales en de Verenigde Staten hoog is.

**Tabel 6.4a Consumptie van ecstasy onder de algemene bevolking van enkele lidstaten van de EU-15 en Noorwegen: leeftijdsgroepen 15-64 jaar en 15-34 jaar**

Land	Jaar	15-64 jaar		15-34 jaar	
		Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Ooit (%)	Laatste jaar (%)
Nederland	2016	9,2	3,6	14,7	7,4
Ierland	2015	9,2	0,5	14,0	4,4
Frankrijk	2014	4,2	0,9	6,9	2,3
Spanje	2015	3,6	0,7	4,7	1,3
Finland	2014	3,0	1,1	5,6	2,5
Oostenrijk	2015	2,9	0,4	4,0	1,1
Noorwegen	2015	2,3	0,6	4,2	1,2
Portugal	2012	1,3	0,3	2,3	0,6
Zweden	2013	-	0,5	-	1,0

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen. Tabel is geordend op percentage ooitgebruikers (15-64 jaar). Percentage gebruikers ooit in het leven en in het laatste jaar. - = Gegevens ontbreken. Bron: EMCDDA, 2017.

**Tabel 6.4b Consumptie van ecstasy onder de algemene bevolking van enkele EU-15 lidstaten, de Verenigde Staten, Canada en Australië: overige leeftijdsgroepen**

Land	Jaar	Leeftijd (jaar)	Ooitgebruik (%)	Laatste-jaar-gebruik (%)
Australië	2016	14 en ouder	11,2	2,2
Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales)	2015	16 - 59	9,4	1,5
Verenigde Staten	2016	18 en ouder	7,4	0,9
		12 en ouder	6,9	0,9
Canada	2012	15 en ouder	4,4	0,6
Duitsland	2015	18 - 64	3,3	0,6
Italië	2014	15 - 74	3,1	0,4
Denemarken	2013	16 en ouder	2,3	0,2

Versillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen. Percentage gebruikers ooit in het leven en in het laatste jaar. Tabel is geordend op percentage ooitgebruikers. 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, SAMHSA, CADUMS, AIHW.

## Jongeren

Beter vergelijkbaar zijn de gegevens van het ESPAD-onderzoek onder scholieren van 15 en 16 jaar in Europese landen. Tabel 6.5 toont het gebruik van ecstasy 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., 2004, 2009, 2012; Kraus et al., 2016).

- Het percentage leerlingen dat in 2015 wel eens ecstasy heeft geprobeerd was het laagst in Griekenland, Zweden, Spanje, Denemarken, Finland en Noorwegen (1%). Ierland ging aan kop met 4% gevolgd door België, Nederland en Italië met 3%. Het (ongewogen) gemiddelde van 34 onderling vergelijkbare landen lag op 2%.
- Er werd in 2015 geen informatie gerapporteerd over het ecstasygebruik in het afgelopen jaar. Het percentage leerlingen in 2011 dat het afgelopen jaar ecstasy gebruikte varieerde van 1% in Duitsland, Griekenland, Zweden, Spanje, Denemarken, Finland en Noorwegen tot 5% in de Verenigde Staten.



**Tabel 6.5** 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 2003, 2007, 2011 en 2015

Land	2003 (%)		2007 (%)		2011 (%)		2015 (%)
	Ooit	Laatste jaar	Ooit	Laatste jaar	Ooit	Laatste jaar	Ooit
Ierland	5	2	4	3	2	2	4
België <sup>I</sup>	4	3	5	4	4	3	3
Nederland	5	3	4	3	4	3	3
Italië	3	2	3	2	2	2	3
Portugal	4	2	2	1	3	3	2
Frankrijk	4	-	4	2	3	2	2
Oostenrijk	3	2	3	2	-	-	2
Griekenland	2	2	2	2	2	1	1
Zweden	2	1	2	2	2	1	1
Spanje <sup>II</sup>	5	3	3	2	2	1	1
Denemarken <sup>III</sup>	2	2	5	2	1	1	1
Finland	1	1	2	1	1	1	1
Noorwegen	2	1	1	1	1	1	1
Verenigde Staten <sup>III</sup>	6	3	5	3	7	5	-
Duitsland <sup>IV</sup>	3	2	3	2	2	1	-
Verenigd Koninkrijk <sup>V</sup>	5	3	4	3	-	-	-
Zwitserland	2	1	2	2	-	-	-

Percentage gebruikers ooit in het leven en in het laatste jaar. Tabel is geordend op percentage ooitgebruikers in 2015. In 2015 zijn geen gegevens verzameld over ecstasygebruik in het laatste jaar. - = Niet gemeten. I. België in 2007, 2011 en 2015 alleen voor Vlaanderen. II. De gegevens voor Spanje en Denemarken zijn minder representatief, Denemarken vanaf 2015 weer representatief. III. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit. IV. Duitsland in 2007 alleen voor zeven deelstaten en in 2011 alleen voor vijf deelstaten. V. Verenigd Koninkrijk niet voor 2011 vanwege te lage respons (slechts 6% van de scholen). Bron: ESPAD.



## 6.6 Hulpvraag en incidenten

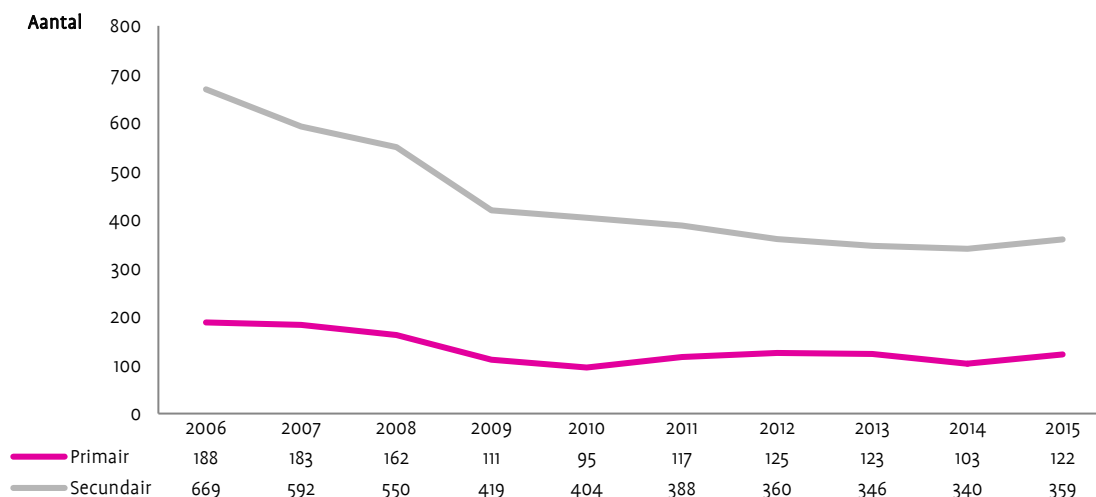
### Verslavingszorg

De verslavingszorg is het onderdeel van de gezondheidszorg dat hulp biedt aan mensen die verslaafd zijn geraakt aan drugs, alcohol, medicijnen, gokken, of andere gedragsverslavingen. De meest recente data stammen uit 2015. In dat jaar hebben in totaal 21 gespecialiseerde instellingen voor verslavingszorg geanonimiseerde gegevens over de hulpverlening aangeleverd aan het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS, Wisselink et al., 2016) (zie in bijlage A: Cliënt LADIS). De wisselingen die zich in de afgelopen tien jaar hebben voorgedaan in de aanleverende instellingen zijn weergegeven in bijlage D.5. Een nadere analyse wijst uit dat deze wisselingen slechts een beperkte invloed hebben gehad op het landelijk aantal geregistreerde cliënten en de trends niet noemenswaardig hebben beïnvloed.

- Het aantal cliënten in de verslavingszorg met ecstasy als primair probleem halveerde tussen 2006 en 2010 en bleef sindsdien stabiel op ongeveer 110 cliënten per jaar (figuur 6.3).

- Per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder registreerde het LADIS in 2015 slechts één primaire ecstasycliënt, aanzienlijk minder dan voor de meeste andere drugs (77 voor cannabis, 52 voor cocaïne en 65 voor opiaten).
- Het aandeel van ecstasy in alle hulpvragen voor drugsproblematiek bleef in de afgelopen jaren gering: minder dan 1%.
- In 2015 was bijna de helft van alle primaire ecstasycliënten een nieuwkomer (48%). Deze nieuwkomers werden ingeschreven in 2015 en stonden niet eerder ingeschreven bij de verslavingszorg.
- Van de 122 primaire ecstasycliënten in 2015 waren er 75 cliënten (61%) waarbij naast hun primaire ecstasyproblematiek ook nog een secundaire problematiek geregistreerd stond. Bij deze cliënten ging het bij de secundaire problematiek vooral om cannabis (27%), amfetamine of overige opwekkende middelen (23%), alcohol (20%), cocaïne of crack (16%) en GHB (5%).
- Er zijn meer cliënten die ecstasy als secundair dan als primair probleem noemen (figuur 6.3).
- Ook het aantal secundaire ecstasycliënten halveerde bijna tussen 2006 en 2010. Daarna zette de daling zich minder sterk voort. Voor de secundaire ecstasycliënten in 2015 was het primaire probleem vooral cannabis (34%), amfetamine (24%), cocaïne of crack (17%), alcohol (16%), of GHB (4%).

**Figuur 6.3 Aantal cliënten bij de verslavingszorg met primaire of secundaire ecstasyproblematiek, vanaf 2006**

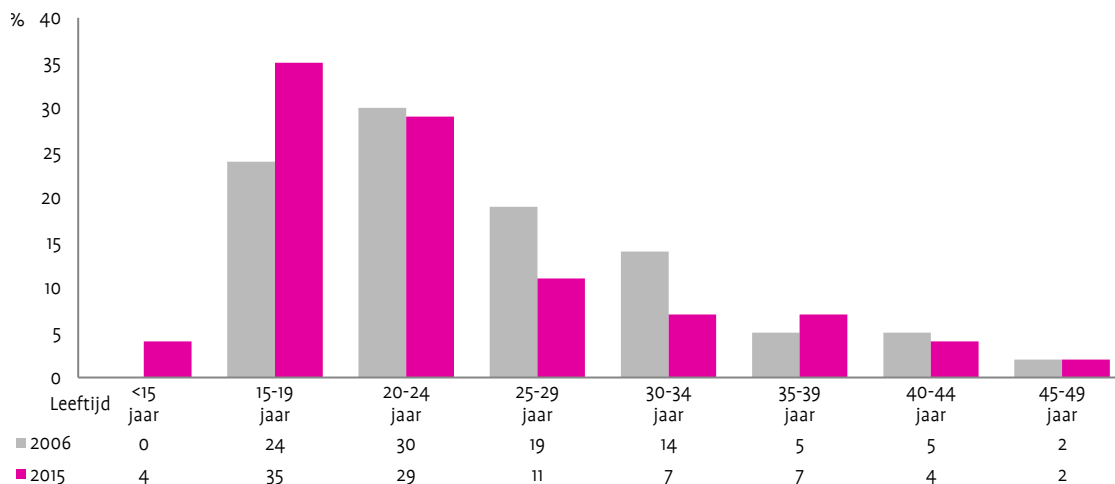


Aantal cliënten. Voor de aanleverende instellingen, zie bijlage D.5. Bron: LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut.

## Leeftijd, geslacht en opleiding

- In 2015 waren 6 van de 10 primaire ecstasycliënten man (61%) en 4 van de 10 waren vrouw (39%). Het percentage vrouwen lag alleen hoger bij de medicijnencliënten (45%), maar lag lager bij de GHB-cliënten (32%), de alcoholcliënten (28%), de amfetaminecliënten (23%), de cannabiscliënten (21%), de opiatencliënten (19%) en de cocaïnecliënten (18%).
- De gemiddelde leeftijd van de primaire ecstasycliënten was 24 jaar. Daarmee zijn zij gemiddeld het jongst van alle drugscliënten. De piek lag in 2015 in de leeftijdsgroep 15-19 jaar (figuur 6.4). De ecstasycliënten zijn de afgelopen jaren jonger geworden. Tussen 2006 en 2015 is de piek verlaagd van de leeftijdsgroep 20-24 jaar naar de leeftijdsgroep 15-19 jaar.
- In 2015 had van de primaire ecstasycliënten 37% geen opleiding afgerond of een lagere opleiding afgerond, had 43% een middelbare opleiding afgerond en had 20% een hogere opleiding afgerond. (Voor de verklaring van lagere, middelbare en hogere opleiding, zie in bijlage A onder: Cliënt LADIS.)

**Figuur 6.4** Leeftijdsverdeling van de primaire ecstasycliënten bij de verslavingszorg, in 2006 en 2015



Percentage cliënten per leeftijdsgroep. Voor de aanleverende instellingen, zie bijlage D.5. Bron: LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut.

### Partyspreekuur

Gebruikers van ecstasy en andere partydrugs kunnen ook terecht bij een speciaal medisch spreekuur, het "Landelijk Medisch Spreekuur Partydrugs" (LMSP) (Alderliefste, 2016; Croes et al., 2017).

- Een recent dossieronderzoek van 126 patiënten die zich met langdurige klachten na ecstasygebruik tot dit LMSP hadden gewend toonde dat de meest genoemde klachten pasten bij HPPD (zie § 6.4) en depersonalisatie of derealisatie, een gevoel van vervreemding van zichzelf en de wereld, samengevat als het depersonalisatiesyndroom, DPS. De helft van de patiënten (drie kwart man, mediane leeftijd 24 jaar) had al een jaar of langer klachten (Croes et al., 2017). De klachten waren zeer hinderlijk en hadden een grote impact op het leven.
- Ook hadden de hulpvragers last van depressiviteit, angst, verminderde concentratie, vermoeidheid, gevoel van schokken in het hoofd, tintelingen, spiertrekkingen, zichtproblemen en duizelingen (Litjens et al., 2014; Alderliefste, 2016; Croes et al., 2017).
- Deze verschijnselen kunnen gedeeltelijk op biologische gronden worden verklaard door ecstasygebruik, bijvoorbeeld omdat dit leidt tot uitputting van de voorraden signaalstof serotonine in de hersenen en serotonine effect heeft op stemming en emoties, of door effecten van ecstasy op het stresshormoon cortisol (Croes et al, 2017).
- De ervaring met ecstasy van deze 126 patiënten liep uiteen van één enkele ecstasytablet tot duizend tabletten totaal in het leven. Bij sommigen ontstonden de klachten na het doormaken van een bad trip. Er was over het algemeen in deze groep sprake van fors polymiddelengebruik.
- De aanwezigheid van al bestaande psychische klachten en karaktertrekken die gevoeligheid voor HPPD en DPS-symptomen kunnen vergroten, doet vermoeden dat er bij deze patiënten sprake is van een gevoeligheid of kwetsbaarheid voor het ontwikkelen van chronische, negatieve effecten bij het gebruik van ecstasy (zeker in combinatie met andere middelen).
- De behandeling van HPPD en DPS na ecstasygebruik is vaak nog een kwestie van *trial and error*.

### Algemene ziekenhuizen

De Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ; voorheen Landelijke Medische Registratie, LMR) bevat gegevens over de opnames in algemene ziekenhuizen, waarbij middelengebruik als hoofddiagnose of als nevendiagnose kan zijn geregistreerd. In 2013 wijzigde zowel de registratiemethode als de bijschattingsmethode (zie bijlage D.4: LBZ). Vanwege deze wijzigingen worden hier primair gegevens gerapporteerd over 2014 (de meest recente data) en kunnen geen recente trends worden vastgesteld.

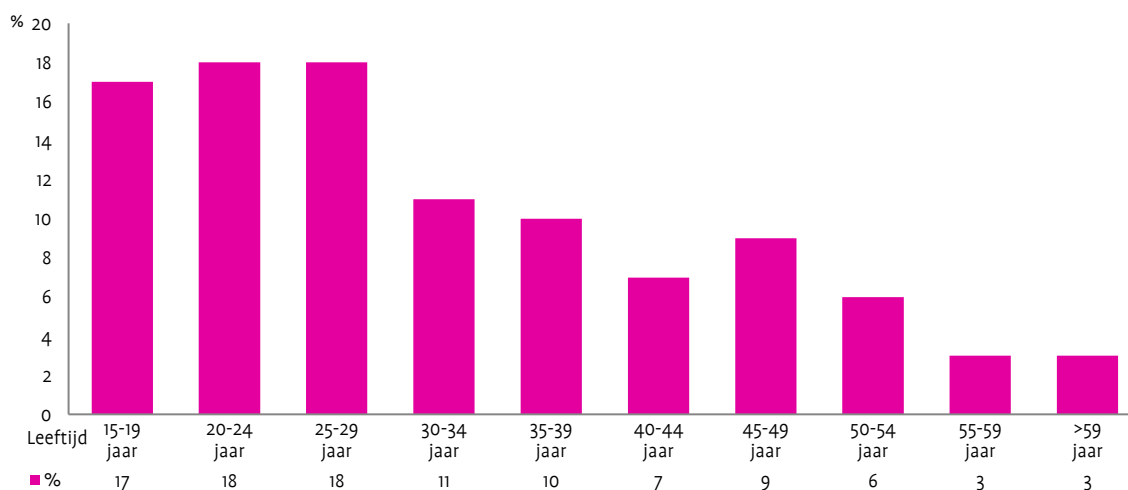
De afgelopen jaren werden per jaar bijna twee miljoen klinische opnames in algemene ziekenhuizen geregistreerd (DHD, 2015). Drugsproblemen spelen nauwelijks een rol. In deze paragraaf worden ziekenhuisopnames gerelateerd aan "Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van overige stimulerende middelen, en vergiftigingen door psychostimulantia" behandeld. Het gaat hier om ecstasy, maar ook om andere psychostimulantia zoals amfetaminen.

- Vóór de methodewijzigingen steeg het aantal klinische ziekenhuisopnames gerelateerd aan psychostimulantia, waaronder ecstasy, maar deze stijging zette zich in 2012 niet voort (Van Laar et al., 2015). Tussen 2006 en 2010 steeg het aantal hoofddiagnoses van 39 naar 85 en steeg het aantal nevendiaagnoses van 88 naar 200.
- In 2014 ging het naar schatting om 339 hoofddiagnoses. Daarvan is 3% bijgeschat om de ontbrekende gegevens via een schatting aan te vullen (329 feitelijk geregistreerde opnames, zie bijlage D.4).
- Iets vaker werden deze aandoeningen als nevendiagnose gesteld, naar schatting 388 maal in 2014. Daarvan is eveneens 3% bijgeschat om de ontbrekende gegevens via een schatting aan te vullen (375 feitelijk geregistreerde opnames, zie bijlage D.4). De hoofdziektes of hoofdstoornissen die bij deze nevendiaagnoses werden gesteld, liepen sterk uiteen. De meest voorkomende hoofddiagnoses bij deze nevendiaagnoses waren:
  - vergiftiging (33%);
  - psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van psychoactieve middelen (15%);
  - letsel (14%);
  - ziekten van hart en vaatstelsel (9%);
  - symptomen, afwijkende klinische bevindingen en laboratoriumuitslagen (6%).

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 2014 om naar schatting 637 personen. Zij werden in dat jaar minstens één keer opgenomen met een probleem gerelateerd aan psychostimulantia.
- Hun gemiddelde leeftijd was 31 jaar; 63% was man en 37% was vrouw. De pieken lagen in de leeftijdsgroepen van 20-24 jaar en 25-29 jaar (figuur 6.5).
- Het aandeel van 37% vrouwen lag alleen hoger bij de patiënten die in het ziekenhuis werden opgenomen voor een probleem gerelateerd aan slaap- en kalmeringsmiddelen (65%). Het percentage vrouwen lag lager bij de opiatenpatiënten (33%), de alcoholpatiënten (29%), de cannabispatiënten (28%) en de cocaïnepatiënten (24%). Een overeenkomstig patroon voor het percentage vrouwen onder de verschillende middelenproblematieken werd hierboven geconstateerd voor de cliënten in de verslavingszorg.

**Figuur 6.5** Leeftijdsverdeling van de patiënten met een probleem gerelateerd aan psychostimulantia in de klinische ziekenhuiszorg (hoofd- of nevensdiagnose), 2014



Percentage patiënten per leeftijdsgroep voor de klinische opnames met psychostimulantia als hoofd- of nevensdiagnose (unieke patiënten gecorrigeerd voor dubbelstellingen van personen). ICD-10 codes: F15, T43.6 (bijlage B). Bron: LBZ, DHD.

## Incidenten

Sinds 2009 houdt de Monitor Drugsincidenten (MDI, zie bijlage D.6) actuele gegevens bij over de aard en omvang van acute druggerelateerde gezondheidsincidenten bij patiënten die worden behandeld op de spoedeisende hulp (SEH) van een ziekenhuis, door de ambulance, door politieartsen of op de EHBO van een grootschalig evenement. De monitor is niet landelijk dekkend, maar rapporteert vanuit peilstationregio's in Nederland (vier regio's in 2009; acht sinds 2011) (Wijers et al., 2017a). De gegevens worden aangevuld met die van het Letsel Informatie Systeem (LIS), waarin de behandelingen wegens intoxicaties of letsels na drugsgebruik op 14 SEH's zijn opgenomen.

- In 2016 werden in totaal 5.654 drugsincidenten gemeld. Bij 1.275 gevallen (23%) werd ecstasy als enige drug gemeld (met of zonder alcohol). De gegevens over de gebruikte drugs zijn afkomstig van zelfrapportage.

In tabel 6.6 worden de ecstasy-incidenten samengevat over de periode 2009-2016. Vanwege verschillen tussen de medische diensten worden gegevens uitgesplitst naar type dienst.

- In deze periode werden in totaal 33.072 drugsincidenten gemeld: 28.421 bij de MDI en 4.651 bij het LIS, waarbij ecstasy betrokken was in 10.720 gevallen. In 2.756 incidenten was sprake van combinatiegebruik met een andere drug; bij de overige 7.964 gevallen was ecstasy de enige gebruikte drug. Van de gemelde incidenten met ecstasy als enige drug was 85% afkomstig van de EHBO's op grootschalige evenementen.
- Tussen 2009 en 2013 nam het aandeel ecstasy-intoxicaties op EHBO-posten toe, van 39% in 2009 naar 62% in 2013. In 2014 (56%), 2015 (48%) en 2016 (39%) daalde dit aandeel weer. De snelle opkomst van 4-FA lijkt dit (deels) te kunnen verklaren (zie hoofdstuk 8). Binnen de andere diensten fluctueerde het aandeel ecstasy-incidenten over de jaren en schommelde het tussen 2% en 12%.
- Er komen uit de MDI geen aanwijzingen voor grote regionale verschillen in ecstasy-incidenten.

### Kenmerken patiënten en incidenten gerelateerd aan gebruik van ecstasy

- Vergeleken met alle drugsincidenten (30% vrouw) ligt het percentage vrouwen hoger bij de ecstasy-patiënten (40%) en 4-FA-patiënten (53%).
- Ook zijn de ecstasypatiënten relatief jong: 65% is nog geen 25 jaar, vergeleken met 48% in de totale patiëntenpopulatie.
- Alle incidenten zijn ingedeeld in een lichte, matige of ernstige mate van intoxicatie. Bij de ambulances en de SEH-afdelingen van ziekenhuizen is het aandeel van incidenten na ecstasygebruik op het totaal aantal incidenten weliswaar beperkt, de incidenten zijn wel relatief ernstig. Bij deze diensten is de mate van intoxicatie bij twee derde tot drie kwart van de patiënten onder invloed van ecstasy (als enige drug) matig of ernstig. Er zijn fluctuaties over de jaren, die erop wijzen dat 2012 een dieptepunt was waarna de mate van intoxicatie weer zeer geleidelijk minder ernstig wordt.
- De afgelopen jaren is een opvallende toename in de ernst van de ecstasy-intoxicaties op EHBO-posten gesignaleerd. Het aandeel matige en ernstige intoxicaties steeg van 7% in 2009 naar 28% in 2014. Sindsdien bleef het aandeel hoog met 28% in 2015 en 26% in 2016.

**Tabel 6.6 Incidenten met ecstasy als enige drug geregistreerd door de Monitor Drugincidenten (MDI) en het Letsel Informatie Systeem (LIS), 2009-2016**

	Ambulances	SEH-MDI- ziekenhuizen	SEH-LIS- ziekenhuizen	Politieartsen	EHBO
Aantal incidenten (% van het totaal binnen de dienst)	382 (5)	321 (7)	359 (8)	145 (7)	6.757 (51)
Man (%)	63	69	64	89	59
Leeftijd: <25 jaar (%)	56	61	61	52	66
<b>Mate van intoxicatie*</b>					
Licht (%) <sup>I</sup>	23	29	-	52	78
Matig (%) <sup>II</sup>	53	46	-	41	19
Ernstig (%) <sup>III</sup>	24	25	-	6	3

\*Percentages berekend op de bekende aantallen. Vanwege afronding tellen de percentages niet overall exact op tot 100%. I. Licht: goed aanspreekbaar, gebruik merkbaar in gedrag. II. Matig: onvoldoende aanspreekbaar, duidelijk onder invloed. III. Ernstig: niet aanspreekbaar vanwege (sub)comateuze toestand of geagiteerd/agressief gedrag, eventueel in combinatie met gestoorde vitale parameters (zoals hartslag, bloeddruk en ademhalingsfrequentie). Bron: MDI, Trimbos-instituut (Wijers et al., 2017a).

Aanvullende analyses van MDI-gegevens die tussen 2009 en 2015 werden geregistreerd, toont dat patiënten met een *ernstige ecstasy-intoxicatie* in vergelijking met patiënten met een lichte ecstasy-intoxicatie relatief vaker man zijn, vaker toerist, meer ecstasy gebruikten en ook vaker alcohol of andere drugs hadden gebruikt (Wijers et al., 2016). In totaal werden 8.391 ecstasy-incidenten in deze periode in de peilstations geregistreerd.

- De patiënten met een ernstige ecstasy-intoxicatie presenteerden zich met een veelheid aan verschijnselen: problemen in de bloedsomloop (veel te hoge of veel te lage hartslag, hoge bloeddruk, hartritmestoornissen), oververhitting (hyperthermie), bewustzijnsdalingen (van lichte bewustzijnsvermindering tot diep coma), psychiatrische verschijnselen (angst, paniek, psychose, hallucinaties en opwindig), neurologische stoornissen (zoals epileptische insulten), watervergiftiging (hyponatriëmie), een te hoge suikerconcentratie in het bloed (hyperglycemie) of te weinig zuurstof in het bloed (een verminderde zuurstofsaturatie).

- Er werden uit de MDI-peilstations in deze periode 13 patiënten gemeld die overleden na ecstasygebruik, meestal aan de gevolgen van hyperthermie. Onder hen waren mannen (8) en vrouwen (5), van jong (17 jaar) tot oud (54) en zowel gebruikers die alleen ecstasy hadden genomen als personen die dat combineerden met alcohol en/of drugs. Waarom juist zij overleden is ook achteraf slecht te verklaren, hetgeen de onvoorspelbaarheid van de drug onderstreept.

Als de ecstasy-incidenten geregistreerd in de MDI de enige in Nederland zouden zijn, zou voor 2015 gelden dat 1.408 Nederlandse ecstasygebruikers (dat is exclusief toeristen) van de 380.000 'laatste jaar' gebruikers (zie § 6.2) acuut medische hulp nodig hadden, ongeveer 1 op 250. In werkelijkheid zal het aantal ecstasygebruikers dat acuut medische hulp zoekt veel groter zijn, omdat maar een fractie van de medische diensten in Nederland gegevens aanlevert (Wijers et al., 2016).

Een verkennend onderzoek naar de achtergrond van gebruikers en omstandigheden bij acute gezondheidsincidenten na ecstasygebruik concludeerde dat het niet mogelijk is om te voorspellen wie acute problemen krijgt door het ecstasygebruik en wie niet (Vreeker et al., 2017b). Vanwege het verkennende karakter van deze studie moeten de resultaten voorzichtig worden geïnterpreteerd.

- Patiënten (behandeld op een EHBO of SEH na ecstasygebruik) en controles (wel ecstasy gebruikt, maar niet op een EHBO of SEH geweest wegens acuut ontstane klachten) verschilden niet van elkaar in (frequentie van) middelengebruik, leeftijd van eerste keer gebruik, combinatiegebruik, het 'bijnemen' van ecstasy verdeeld over de avond, zelf gerapporteerde redenen van gebruik, genomen voorzorgsmaatregelen zoals het laten testen van de drugs, zelf gerapporteerde gezondheid en waargenomen omgevingstemperatuur.
- Verschillen lijken wel te bestaan in de gebruikte hoeveelheid ecstasy: patiënten met een matige of ernstige ecstasy-intoxicatie vertelden meer ecstasy te hebben genomen dan ze normaal deden en hadden, vergeleken met controles, een hogere dosis ecstasy genomen. Ook hadden patiënten die avond vaker last van moeheid.
- Opvallend was dat meer dan de helft van de controlegroep ook weleens klachten had ervaren na ecstasygebruik, zoals geheugenverlies of een angst- of paniekaanval, zonder daarvoor medische hulp te zoeken of het gebruik van ecstasy te staken.

## Rijden onder invloed

Het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) voert analyses uit van bloedmonsters die door de politie zijn afgenomen van verkeersdeelnemers die worden verdacht van het gebruik van drugs of medicijnen. Het NFI let daarbij ook op ecstasy, c.q. MDMA, MDA en MDEA.

In 2013, 2014, 2015 en 2016 werden achtereenvolgens 928, 978, 966 en 1.211 bloedmonsters onderzocht. MDMA werd aangetroffen in respectievelijk 92 (10%), 109 (11%), 103 (11%) en 136 (11%) bloedmonsters. MDA werd aangetroffen in respectievelijk 80 bloedmonsters (9%), 83 bloedmonsters (9%), 65 bloedmonsters (7%), en 117 bloedmonsters (10%). Hierbij dient te worden opgemerkt dat MDA een metaboliet is van MDMA, waardoor gevallen van MDMA en MDA overlappen. MDEA werd in deze periode alleen aangetroffen in 1 bloedmonster in 2013.



## Ziekte

### *(Sub)acute risico's*

Hoewel de acute verschijnselen van MDMA meestal gering zijn en na verloop van tijd verdwijnen, kunnen incidenteel ernstige complicaties optreden, die soms dodelijk zijn.

- De lichamelijke effecten zijn: verhoogde hartslag, verhoogde bloeddruk, spierspanning, knarsetanden (bruxisme), verhoogde lichaamstemperatuur (hyperthermie), zweten, droge mond, dorst, misselijkheid, hoofdpijn, duizeligheid, slaperigheid, verminderde eetlust, vergrote pupillen, nystagmus (snel heen en weer draaien van de ogen) en tremor (trillen) (Niesink et al., 2015a; Niesink, 2016).
- Acute psychische complicaties zijn flashbacks, angst, paniekaanvallen, psychosen, prikkelbaarheid en geheugenstoornissen. Op het moment dat de intoxicatie van MDMA is uitgewerkt kunnen slaapstoornissen, slaperigheid en depressie blijven bestaan. (Ricaurte en McCann, 2005; Parrott, 2013; Kuypers, 2016). De negatieve effecten die kunnen optreden nadat de ecstasy is uitgewerkt, worden ook wel de 'comedown' genoemd (Niesink, 2016). Deze klachten kunnen langere tijd aanhouden (zie bij: lange termijn risico's).

De meest voorkomende acute lichamelijke complicaties door gebruik van ecstasy zijn oververhitting (lichaamstemperatuur boven 40°C; 'hyperthermie'), verstoorde zoutbalans (te weinig natriumionen (zout) in het bloed 'hyponatriëmie'), een slecht of niet functioneren van de lever (leverinsufficiëntie), en hartproblemen zoals ritmestoornissen.

- MDMA verstoort de temperatuurregulatie in de hersenen, terwijl de verhoogde spieractiviteit en de hitteproductie door het 'marathondansen' in een warme omgeving leiden tot een verhoging van de lichaamstemperatuur (Parrott, 2012). De kans op hyperthermie is groter bij hogere doses MDMA, maar de ernst hangt niet altijd af van de ingenomen dosis. Het is mogelijk dat sommige gebruikers genetisch gevoeliger zijn voor hyperthermie, of dat bij hen een afwijking in de afbraak van MDMA de oorzaak is van de acute hyperthermie.
- Hyperthermie wordt relatief vaak gerapporteerd bij sterfgevallen waarbij alleen MDMA is gebruikt en geen andere middelen zijn gebruikt (Niesink, 2016; Vreeker et al., 2017). Een Europese registratie van drugsincidenten bij de SEH's in ziekenhuizen liet ook zien dat, bij de 3% van de ecstasygerelateerde gevallen waarbij een lichaamstemperatuur van 39 °C of hoger werd geregistreerd, het beloop en klinisch beeld ongunstiger waren dan voor de andere gevallen (Dines et al., 2015a; Wood et al., 2016).
- Begin jaren negentig werd geadviseerd om oververhitting te voorkomen door veel koud water te drinken, om zo af te koelen en uitdroging te voorkomen. Hoewel dit inderdaad kan helpen om af te koelen, kan te veel water drinken onder invloed van MDMA leiden tot een tekort aan natrium in het bloed (hyponatriëmie) (Traub et al., 2002; Gowing et al., 2002). Dit natriumtekort (of watervergiftiging) komt vermoedelijk weinig voor, maar kan dodelijk zijn wanneer het niet tijdig wordt behandeld (Niesink, 2016). Mogelijk lopen vrouwen een verhoogd risico (Van Dijken et al., 2013).
- Leverschade door ecstasy kan ernstige gevolgen hebben en zelfs een levertransplantatie noodzakelijk maken. Ook nierfalen door ecstasygebruik komt voor, veelal als gevolg van de afbraak van spierweefsel. De afbraak van spierweefsel kan ook oververhitting veroorzaken.
- Het effect van MDMA op de hartslag en de bloeddruk verhoogt het risico op hersenbloedingen en infarcten, hartritmestoornissen, hartfalen en longoedeem. Daarnaast heeft MDMA een direct vernauwend effect op de bloedvaten, waardoor het risico op een hersen- of hartinfarct verder toeneemt. Het meeste risico lopen daarbij mensen die al hart- en vaatproblemen hebben (Gowing et al., 2002; Silva et al., 2016).



Over het algemeen geldt dat een hogere blootstelling leidt tot een grotere kans op bijwerkingen.

- Bij ecstasytabletten met meer dan 100 mg MDMA beginnen zelf-gerapporteerde ongewenste bijwerkingen de gewenste subjectieve effecten te overheersen (Brunt et al., 2012). Boven 180 mg hebben de bijwerkingen vaak geheel de overhand. In 2016 bevatte 87% van de ecstasytabletten die door het DIMS werden getest meer dan 105 mg MDMA (zie § 6.8).
- Mensen verschillen echter sterk van elkaar: de een krijgt al bijwerkingen bij lage doseringen, een ander ervaart bij dezelfde doseringen nog helemaal geen effect. Mogelijke verklaringen voor verschillen in deze gevoeligheid zijn genetische verschillen, bijvoorbeeld in afbraaksnelheid (Haufrond et al., 2015). De effecten van ecstasy kunnen ook van keer tot keer verschillen, mogelijk spelen het gebruikspatroon en de omgeving een rol (Rietjens et al., 2012; Ferré et al., 2015).
- Hoewel de kans op bijwerkingen toeneemt met hogere doseringen (zie Vreeker et al., 2017), kunnen zich ook ernstige incidenten voordoen die niet te koppelen zijn aan een hoge dosering. Plasmaconcentraties van MDMA bij fatale incidenten overlappen deels met de waarden die bereikt worden met een (lage) recreatieve dosering. Het ontstaan van ernstige bijwerkingen na ecstasygebruik is daardoor onvoorspelbaar (Kalant, 2001; Patel et al., 2005; Niesink, 2016).

Ecstasygebruikers combineren de inname van ecstasy vaak met andere middelen (alcohol) of andere drugs, zoals amfetamine, cocaïne, 4-fluoramfetamine en GHB.

- De effecten van dergelijke combinaties zijn moeilijk vooraf voorspelbaar. Doorgaans is de ernst van acute gezondheidsincidenten ernstiger indien ecstasy wordt gecombineerd met andere middelen (Niesink, 2016; Wijers et al., 2017a).

### *Lange termijn risico's*

Ondanks tientallen jaren onderzoek is nog steeds niet duidelijk hoe schadelijk ecstasy precies is. Vermoedelijk leidt gebruik van ecstasy tot een (langdurige) verstoring van hersenfuncties, met name het geheugen, het concentratievermogen en de stemming in zowel gebruikers als ex-gebruikers van ecstasy.

- Deze verstoring kan langer dan een jaar aanhouden na stopzetting van het gebruik. Onbekend is of volledig herstel optreedt (Kalechstein et al., 2007; Rogers et al., 2009; Schilt, 2009; De Win, 2007; Jager, 2006; Parrott, 2013; Halpin et al., 2014; Croes et al., 2017). Er zijn echter ook aanwijzingen dat incidenteel ecstasygebruik niet leidt tot verlies van de verbale geheugenfunctie op de lange termijn, dat wil zeggen 1-12 jaar na gebruik (Kuypers, 2016).
- De gerapporteerde effecten zijn doorgaans klein, met uitzondering van de afname van het werkgeheugen, en vallen binnen de 'normale marge'. Ook bij het ontstaan van de gevonden afwijkingen kan 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; Monshouwer et al., 2016).
- In enkele gevallen zijn blijvende klachten na MDMA-gebruik beschreven, zoals depressiviteit, gevoelens van derealisatie, angst, verminderde concentratie, vermoeidheid, gevoel van schokken in het hoofd, tintelingen, spiertrekkingen, zichtproblemen en duizelingen. Soms zijn zulke klachten ernstig invaliderend. Ook wordt het gebruik van ecstasy in verband gebracht met het optreden van visuele waarnemingsstoornissen (Litjens et al., 2014; Alderlieste, 2016; Croes et al., 2017) (zie §§ 6.4 en 6.6).
- De veranderingen hangen waarschijnlijk voor een deel 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 gebruikt in een warme omgeving (boven 18-20 graden).

- 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. De hersenen van jonge gebruikers zijn nog in ontwikkeling en daardoor zijn jongeren mogelijk kwetsbaarder dan volwassenen (Klop et al., 2012).
- Misschien is er ook sprake van een genetische kwetsbaarheid voor de effecten van ecstasy op het verbale geheugen (Schilt, 2009).

De precieze dosering die op lange termijn tot schade leidt is niet bekend.

- Resultaten van onderzoeken uitgevoerd door de Universiteit van Amsterdam en de Universiteit 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.

## Sterfte

Het precieze aantal sterfgevallen door het gebruik van ecstasy is niet bekend. Er bestaat geen landelijke of verplichte registratie specifiek voor drugsgerelateerde sterfgevallen. De gegevens uit de Doodsoorzakenstatistiek geven waarschijnlijk een onderrapportage van het aantal sterfgevallen dat direct of indirect samenhangt met drugsgebruik, hoewel de omvang ervan niet bekend is (zie bijlage D.1). Ten eerste omdat drugsgebruik niet altijd wordt vermoed, of wanneer dat wel het geval is er niet altijd forensisch (post-mortem) onderzoek plaatsvindt om het gebruik te bevestigen. Ten tweede kunnen sterfgevallen na drugsgebruik ook geregistreerd worden onder de directe consequentie van het drugsgebruik, zoals acuut leverfalen of multi-orgaanfalen, of in een ongespecificeerde categorie voor polydrugsgebruik. De omvang van de onderrapportage is niet bekend. Bovendien vallen sterfgevallen na ecstasy- en amfetaminegebruik in de Doodsoorzakenstatistiek allebei onder code T43.6 (vergiftiging door psychostimulantia met mogelijkheid tot misbruik, met uitzondering van cocaïne), dezelfde code als voor andere stimulerende middelen, zoals cafeïne, efedrine en khat. De in deze paragraaf gepresenteerde cijfers betreffen dezelfde sterfgevallen als die worden beschreven in § 7.7 (sterfte door amfetamine).

Vanwege de overgang in 2013 naar automatische codering van de natuurlijke doodsoorzaken, de start van het elektronisch aanleveren van de doodsoorzakenformulieren, het nieuwe registratiesysteem van de forensische artsen, en meer toxicologisch onderzoek door de forensische artsen, kunnen de aantallen vanaf 2013 niet rechtstreeks vergeleken worden met de aantallen uit de voorafgaande jaren. Deze factoren kunnen ook van invloed zijn op de trends na 2013.

- Het totaal aantal geregistreerde sterfgevallen in deze categorie, volgens de strikte EMCDDA-definitie, varieerde tussen 2004 en 2012 van 1 tot 5 per jaar.
- In 2013 registreerde het CBS, volgens de strikte EMCDDA-definitie, 4 gevallen. In 2014 werden 14 gevallen geregistreerd, op een na waren dit accidentele vergiftigingen, terwijl in 2013 geen enkel geval accidenteel was (er was sprake van suicide of het was niet vastgesteld of de vergiftiging met opzet of niet met opzet had plaatsgevonden).
- Ook in 2015 werden 14 gevallen van sterfte door vergiftiging met psychostimulantia geregistreerd. In 12 gevallen ging het daarbij om accidentele vergiftigingen. In 2016 verdubbelde het aantal sterfgevallen vallend binnen de brede groep psychostimulantia naar in totaal 28; in 21 gevallen betrof het accidentele vergiftigingen. In hoeverre deze trend een daadwerkelijke toename reflecteert van het aantal sterfgevallen door psychostimulantia en/of samenhangt met eerder genoemde wijzigingen in onderzoek en registratie van doodsoorzaken is niet bekend.

Meer gegevens over de aard en omstandigheden van ecstasy-gerelateerde sterfgevallen zijn afkomstig van het Nederlands Forensisch Instituut (NFI). Van belang is dat deze gegevens (eveneens) geen representatief en landelijk dekkend beeld geven. Het NFI onderzoekt alleen een selectie van de sterfgevallen, namelijk wanneer er een strafrechtelijk onderzoek plaatsvindt, of de nabestaanden daarom vragen. Bovendien daalde het totaal aantal gerechtelijke secties door het NFI (van 338 in 2013 naar 267 in 2016) en daalde ook het aantal waarbij toxicologisch onderzoek plaatsvond (van 250 in 2013 naar 184 in 2016).

In een recente analyse van sterfgevallen die werden onderzocht door het NFI in de periode van 2006-2015 werd in totaal bij 68 sterfgevallen het overlijden gerelateerd aan gebruik van ecstasy (Vreeker et al., 2017):

- in 21 gevallen was MDMA de primaire doodsoorzaak (het overlijden kon door gebruik van MDMA verklaard worden);
- in 26 gevallen was MDMA in combinatie met alcohol of andere drugs de primaire doodsoorzaak;
- in 6 gevallen was MDMA (al dan niet in combinatie met andere middelen) *mogelijk* een primaire doodsoorzaak;
- in 10 gevallen was MDMA een secundaire doodsoorzaak en in 5 gevallen was MDMA mogelijk de secundaire doodsoorzaak (de MDMA-gebruikers overleden primair door geweld, verdrinking, of andere drugs, maar hadden wel een werkzame concentratie MDMA in hun bloed ten tijde van het overlijden, waardoor mogelijk hun gedrag is beïnvloed).

Onbekend is of de toename in het gebruik van ecstasy (zie § 6.2) en de toename in het aandeel hoog gedoseerde ecstasypillen op de markt (zie § 6.8) geassocieerd zijn met een hoger aantal sterfgevallen.

- Wel lijkt er de laatste jaren sprake van een toename van sterfgevallen door MDMA die bij het NFI werden onderzocht, maar het gaat slechts om kleine aantallen en een selecte groep sterfgevallen. Tussen 2009-2012 werden jaarlijks een of twee MDMA-gevallen gezien. In 2013 waren er 9 gevallen waarbij MDMA werd aangewezen als middel dat een rol kan hebben gespeeld bij het overlijden. In 2014 was MDMA in 7 gevallen betrokken en in 2015 bij 8 gevallen (Vreeker et al., 2017). In de overlijdensgevallen die in 2016 door het NFI werden onderzocht via sectie en toxicologisch onderzoek, was in 5 gevallen MDMA één van de doodsoorzaken, in sommige gevallen in combinatie met andere middelen, zoals ethanol, amfetamine, PMA, GHB, of citalopram.
- Mede vanwege de kleine aantallen sterfgevallen per jaar en de doorgaans (onbekende) tijdsperiode tussen ecstasygebruik en bloedafname, is het bovendien lastig om een conclusie te trekken over de rol van de toegenomen doseringen MDMA in ecstasypillen (zie § 6.8) en de sterfte. De beschikbare gegevens laten geen hogere (mediane) MDMA-concentraties in het bloed zien voor de periode 2006-2015 vergeleken met de mediane concentratie in de periode 1999-2004 (Vreeker et al., 2017; Verschraagen et al., 2007).

Ecstasy speelt ook in andere Europese landen een ondergeschikte rol in de drugssterfte, althans voor zover hierover gegevens beschikbaar zijn (EMCDDA, 2016b).



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. Een deel van de MDMA-poeders krijgt sinds 11 juli 2016 een semi-kwantitatieve uitslag door analyses met een FTIR (Fourier-Transform-Infraroodspectroscopie). Monsters met onbekende samenstelling en alle monsters in poedervorm worden doorgestuurd naar het laboratorium voor chemische analyse.

### *Samenstelling ecstasypillen*

In 2016 boden consumenten in totaal 6.402 pillen aan bij het DIMS, ongeveer evenveel als in 2015 (6.428) (Van der Gouwe en Rigter, 2017).

- Het totaal aantal aangeleverde ecstasy- en MDMA-samples lag in 2016 op 6.233, minder dan in 2015 (7.175).
- Van de in 2016 aangeboden pillen werd bijna de helft (2.896 of 45,2%) herkend door de instelling. Het merendeel van deze herkende pillen (89,1%) bevatte MDMA, soms in combinatie met andere middelen. Van de 2.611 naar het laboratorium doorgestuurde pillen waren er 2.348 (89,6%) door de consument gekocht als 'ecstasy'.

Tabel 6.7 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 zijn gekocht als ecstasypil, ongeacht de daadwerkelijke samenstelling.

- In 2016 bevatte 78,1% van de pillen *alleen* een MDMA-achtige stof (MDMA, MDA, of MDEA). Tussen 2006 en 2016 bereikte dit percentage de laagste waarde in 2009 (58,0%) en de hoogste waarde in 2012 (91,9%).
- Het gaat hier doorgaans alléén om MDMA. MDA en MDEA worden sporadisch nog wel aangetroffen (ook vaak in combinatie met MDMA).
- In 2009 werd een piek bereikt in het aandeel ecstasypillen waarin MDMA was vervangen door 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 mefedron, aangetroffen (zie hoofdstuk 8).
- In 2010 zette het 'herstel' van de ecstasymarkt in en in 2012 bevatte nog maar 3% van de ecstasypillen alleen een andere farmacologisch actieve stof. In 2016 bevatte nog maar 2,5% van de ecstasypillen géén MDMA. Onder deze stoffen bevonden zich PMMA en 'nieuwe psychoactieve stoffen', zoals 4-fluoramfetamine (zie ook hoofdstuk 8).
- Het aandeel pillen dat als ecstasy is verkocht en geen MDMA-achtige, maar wel (meth)amfetamine bevatte, was het hoogst in 2009 (5,1%) en daalde vervolgens naar 1,8% in 2012. De jaren hierna bevatte ongeveer 2% van de als ecstasy verkochte pillen amfetamine en in 2016 was dit 1,9%.
- Sinds 2010 werden steeds meer pillen met PMMA 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 (zie hoofdstuk 8). In 2014 is een sterfgeval na het gebruik van PMMA door het NFI gerapporteerd (zie § 6.7).
- PMMA werd in 2016 in 0,4% (9 pillen) van de als ecstasy gekochte pillen aangetroffen, een lager percentage dan in de voorafgaande jaren, toen PMMA in 1,3% tot 2,5% van de pillen werd aangetroffen.

- Stoffen zoals DOB, MBDB, 4-MTA, strychnine, atropine, 4-fluormethamfetamine en BZP werden eerder in ecstasytabletten aangetroffen, maar komen de laatste jaren niet of nauwelijks nog op de Nederlandse markt voor.

**Tabel 6.7 Aantal en samenstelling (%) van bij het DIMS aangeleverde 'ecstasy'pillen die in het laboratorium zijn geanalyseerd, vanaf 2006**

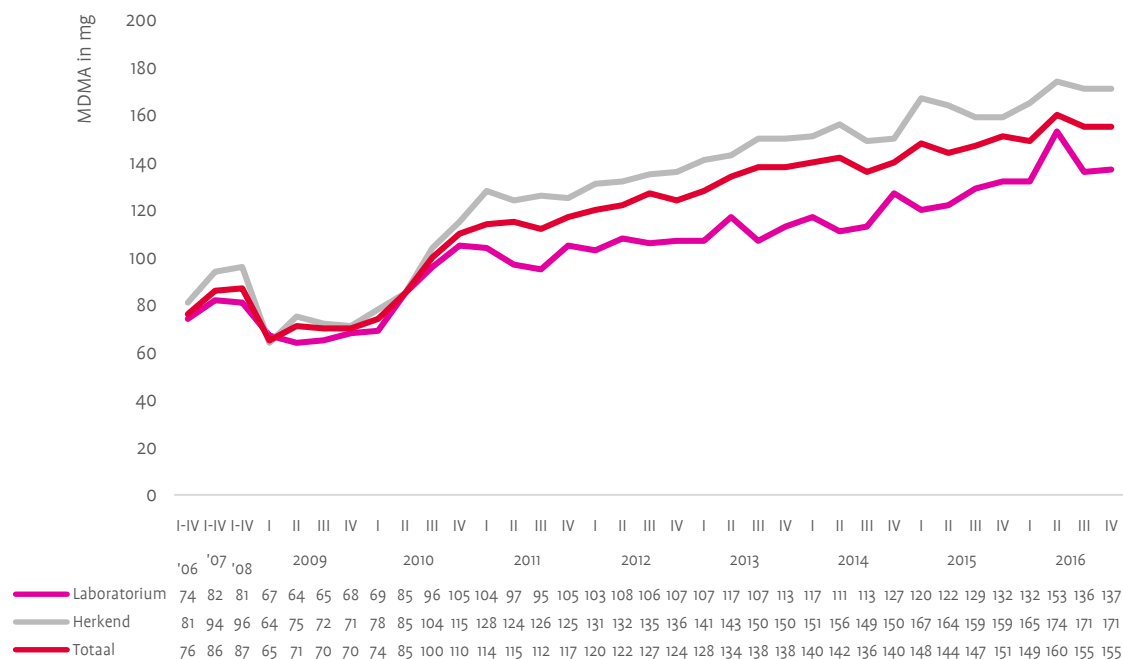
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Aantal geanalyseerde pillen	2.523	2.319	2.185	2.182	2.359	2.183	1.848	1.833	2.055	2.237	2.348
Alleen MDMA-achtigen <sup>I</sup> (%)	76,8	80,1	70,6	58,0	82,4	83,9	91,9	84,6	86,0	78,1	78,1
Combinatie MDMA-achtigen + andere actieve stof <sup>II</sup> (%)	13,0	11,0	9,4	13,9	2,4	10,4	1,7	6,7	4,9	12,6	16,8
Andere farmacologisch actieve stof(fen) <sup>II</sup> (%)	8,9	8,0	16,9	25,6	13,8	4,6	5,0	7,8	7,7	5,9	4,4
Geen farmacologisch actieve stof (%)	1,2	0,8	3,3	2,5	1,4	1,1	1,4	0,9	1,4	0,6	0,6

Percentage pillen dat een bepaalde stof of combinatie van stoffen bevat. Categorieën sluiten elkaar uit en tellen op tot 100%. I. Onder MDMA-achtigen wordt hier verstaan: MDMA en/of MDEA en/of MDA en/of MBDB. II. Farmacologisch actieve stoffen, zoals methamfetamine, methylone en mCPP. Caffeïne en paracetamol zijn niet meegeteld. Bron: DIMS, Trimbos- instituut.

De stijging in de gemiddelde hoeveelheid MDMA in ecstasypillen vanaf 2010 heeft zich tot en met 2016 voortgezet (figuur 6.6).

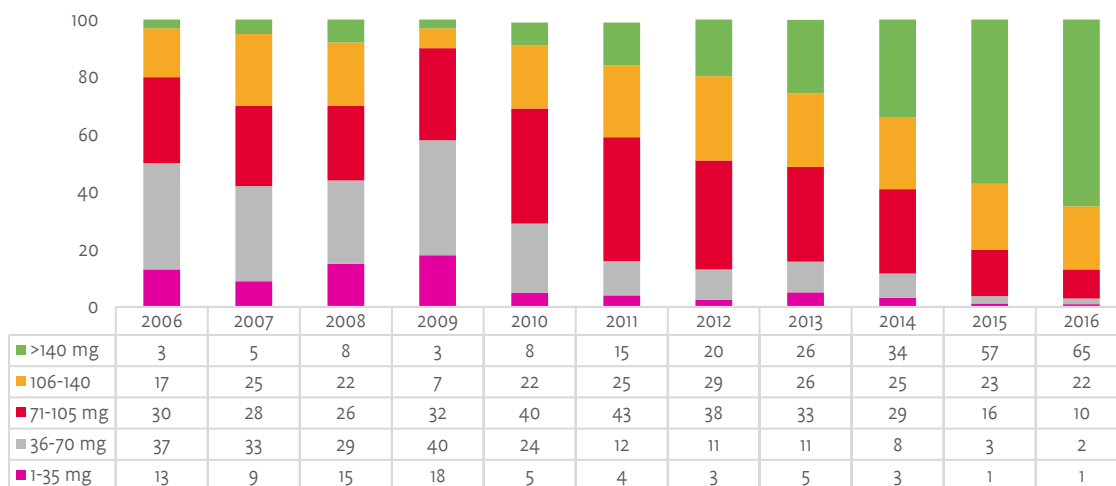
- In 2016 bevatte een in het laboratorium geanalyseerde ecstasypil gemiddeld 141 mg MDMA, vergeleken met gemiddeld 126 mg MDMA in 2015.
- De gemiddelde hoeveelheid MDMA in *alle* aangeleverde ecstasypillen was in 2016 nog hoger (157 mg), aangezien de gemiddelde dosering in de bij de testservices herkende (en niet in het laboratorium geanalyseerde) pillen 171 mg was (figuur 6.6).
- Vanaf 106 mg MDMA is er sprake van een hoog gedoseerde ecstasypil. Na een dip in 2009, is het aandeel hoog gedoseerde ecstasypillen gestegen tot 87,5% in 2016 (figuur 6.7).
- De stijging van het MDMA-gehalte in de ecstasypillen suggereert dat, na een tijdelijk tekort in 2009, de grondstoffen voor de productie van MDMA in de laatste jaren weer ruimschoots beschikbaar zijn.
- De toename in het aandeel hoog gedoseerde pillen ging gepaard met een toename van het aandeel matige tot ernstige acute gezondheidsverstoringen, vooral op grootschalige evenementen (§ 6.6). De hoge en gestegen prevalentie van gebruik (vooral onder partybezoekers), 'roekelozer gebruik' en onderschatting van de gezondheidsrisico's, vooral onder jonge gebruikers, kunnen hier debet aan zijn (Goossens en Van Hasselt, 2015). Gebruik van een hoge dosis verhoogt de kans op overdosering, waardoor oververhitting, acute psychotische verschijnselen, hartritme stoornissen en leverfalen kunnen optreden (§ 6.7).

**Figuur 6.6** Trend in het gemiddelde gehalte (mg) MDMA in ecstasypillen die in het laboratorium zijn geanalyseerd of werden herkend via de herkenninglijsten en het totaal, vanaf 2006



Gehalte in pillen die in het laboratorium werden getest en minstens 1 mg MDMA bevatten; tabletten herkend via de herkenninglijsten en het totaal. Data zijn weergegeven per jaar van 2006-2008 en per kwartaal vanaf 2009. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

**Figuur 6.7** Concentratie (mg) van MDMA in ecstasypillen aangeleverd bij DIMS, vanaf 2006



Percentage pillen die als ecstasy zijn verkocht met een bepaalde hoeveelheid MDMA. Het gaat om het totaal van de pillen, dus zowel het gehalte in pillen die in het laboratorium werden getest en minstens 1 mg MDMA bevatten en pillen die werden herkend via de herkenninglijsten. 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. De aankoop prijs is de afgelopen jaren gestegen. Vaak zijn drugs in Amsterdam en andere grootstedelijke gebieden duurder dan in andere delen van Nederland.

- Consumenten die ecstasypillen bij DIMS lieten testen betaalden in 2016 gemiddeld 4 euro per ecstasypil (uiteenlopend van 0,5-15 euro). Net als het gemiddelde lag de mediaan op 4 euro. Deze prijzen zijn vergelijkbaar met de afgelopen 5 jaren.
- De Antenne-monitor in Amsterdam constateerde dat tot 2008 de gemiddelde prijs van bij de testservice aangeboden ecstasypillen schommelde rond de 3 euro (Nabben et al., 2017). Sindsdien zijn ecstasypillen bijna de helft duurder geworden, maar de prijs is de laatste jaren wel min of meer stabiel. Gemiddeld werd in 2016 door de aanleveraars € 4,36 betaald (variërend van 1 tot 15 euro). Ecstasypillen met meer dan 150 mg MDMA zijn gemiddeld een paar cent duurder dan pillen met 100-150 mg MDMA (€4,38 versus €4,33). Pillen met 100-150 mg MDMA zijn even duur als pillen met minder dan 100 mg MDMA. In tegenstelling tot voorgaande jaren lijkt er niet langer een verband te bestaan tussen prijs en dosering (Benschop et al., 2015; Nabben et al., 2017). MDMA-poeder kostte in 2016 gemiddeld 22 euro per gram (Nabben et al., 2017).

**Tabel 6.8** Prijzen in euro<sup>I</sup> op consumentenniveau van ecstasy, vanaf 2008<sup>II</sup>

	2008	2009	2010	2011	2012	Wijziging methode <sup>I</sup>	2013 <sup>II</sup>	2014	2015	2016
Aantal monsters (n)	1.766	1.561	1.994	1.855	1.611	...	3.872	4.368	5.354	5.210
Gemiddelde (€)	2	3	4	4	4	...	4	4	4	4
Mediaan (€)	2	3	3	3	2	...	4	4	4	4
Minimum – maximum (€)	1-10	1-10	1-10	1-16	0,50-20	...	0,50-20	0,50-15	0,50-10	0,50-15

... = Wijziging methode. I. Prijs per ecstasypil. II. In 2013 hanteerde DIMS een nieuwe rapportagemethode waarbij de prijs als continue variabele in plaats van categoriaal werd uitgevraagd, hetgeen weinig impact heeft op de gemiddelde prijs en mediaan, maar wel de range van de prijs wijder maakte en non-respons reduceerde.



## 7. Amfetamine





## 7. Amfetamine

### Inleiding

Amfetamine werkt stimulerend, sterker dan ecstasy, en heeft niet de entactogene werking die ecstasy de bijnaam 'lovedrug' geeft (zie hoofdstuk 6). Amfetamine wordt in het uitgaansleven gebruikt, thuis of in werkgerelateerde settings als prestatieverhogend middel of om wakker te blijven, en ook door opiaat- of polydrugsverslaafden. Bij frequent gebruik kan afhankelijkheid optreden en dit risico is groter voor methamfetamine, een sterkere variant van 'gewone' amfetamine. De gebruikersnaam voor amfetamine is 'speed'. Als geneesmiddel wordt een isomeer van amfetamine, dextroamfetamine, voorgeschreven bij de behandeling van ADHD en narcolepsie.

Amfetamine wordt doorgaans versneden met cafeïne. In afgelopen jaren werd ook geregeld 4-fluoramfetamine (4-FA) gevonden in monsters verkocht als amfetamine, maar dit middel kent inmiddels een aparte gebruikersmarkt (zie hoofdstuk 8).

Amfetamine wordt in Nederland meestal geslikt of gesnoven en soms geïnjecteerd. Methamfetamine (crystal meth, ice, tina) wordt gesnoven of gerookt (gebased), maar kan ook worden geïnjecteerd. Gebruik ervan in Nederland is sporadisch, en beperkt tot enkele groepen, zoals mannen die seks hebben met mannen. In andere landen, waaronder Zuidoost-Azië, de Verenigde Staten, Tsjechoeslavië en Slowakije, en toenemend in Finland en Oost-Duitsland, is methamfetamine echter de vorm die het meest wordt gebruikt (Cao et al., 2016; EMCDDA, 2017). Omdat gebruik van methamfetamine in korte tijd veel schadelijker kan zijn dan gebruik van amfetamine, zijn de resultaten van onderzoek uit deze landen niet direct vergelijkbaar met of toepasbaar op de Nederlandse situatie. Dit hoofdstuk gaat met name over de 'gewone' amfetamine.



7.1

### Laatste feiten en trends

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

- Rond 1 op de 25 Nederlanders van 18 jaar en ouder gebruikte ooit amfetamine; een derde van hen gebruikte het in het afgelopen jaar (§ 7.2).
- De piek in het laatste-jaar- en laatste-maand-gebruik ligt in de leeftijdsgroep 20-24 jaar.
- Amfetamine is in de algemene bevolking minder populair dan ecstasy en cocaïne, al is er wel een toename in het laatste-jaar gebruik van amfetamine waarneembaar tussen 2014 en 2016 (§ 7.2).
- In het uitgaansleven is amfetamine onder jongeren en jongvolwassenen eveneens minder populair dan ecstasy, maar het wordt inmiddels wel even vaak gebruikt als cocaïne (§ 7.3).
- Het gebruik van amfetamine onder scholieren van het voortgezet onderwijs is tussen 2003 en 2015 gehalveerd (§ 7.3).
- Er zijn signalen dat gebruik van methamfetamine en het injecteren van drugs onder bepaalde groepen mannen die seks hebben met mannen toeneemt. Landelijke cijfers ontbreken en deskundigen schatten in dat de groep gebruikers klein is (§ 7.3).

- Het aantal amfetaminecliënten in de verslavingszorg steeg tussen 2006 en 2014, en bleef in 2015 op hetzelfde niveau (§ 7.6). Het aandeel in de verslavingszorg blijft relatief beperkt.
- Gezondheidsincidenten na (alleen) amfetaminegebruik worden relatief weinig gemeld (§ 7.6).
- Het gehalte amfetamine in poeders aangekocht als amfetamine steeg tussen 2012 en 2013 en bleef tussen 2014 en 2016 stabiel hoog; ook de prijs is de afgelopen jaren stabiel (§ 7.8).



## 7.2 Gebruik: algemene bevolking

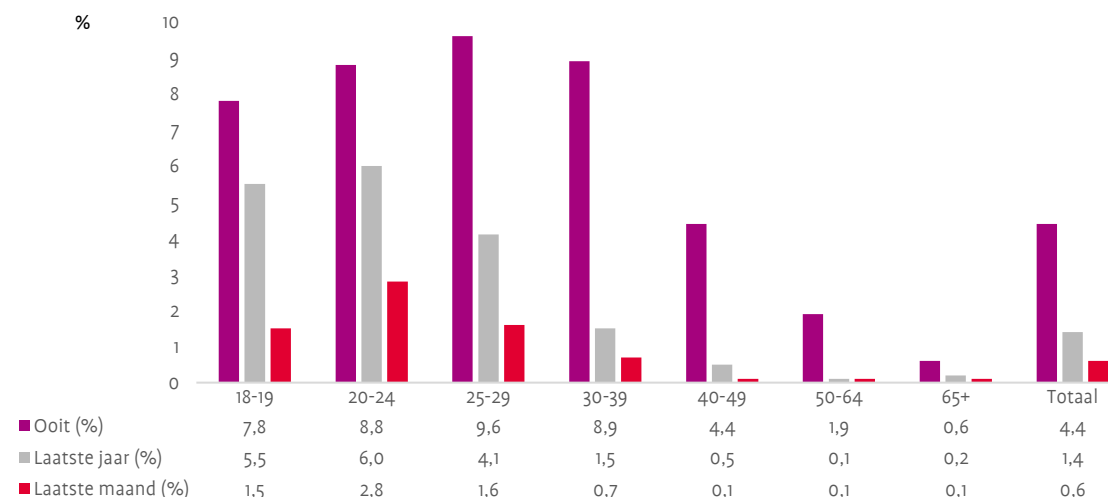
In het afgelopen decennium is het drugsgebruik in de algemene bevolking herhaaldelijk gemeten. Vanaf 2014 worden jaarlijks vergelijkbare cijfers verzameld via de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor uitgevoerd door het CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut (zie bijlage D.2). Vanwege wijzigingen in onderzoeksmethoden zijn deze cijfers niet vergelijkbaar met die uit eerdere peilingen. In dit hoofdstuk beschrijven wij primair gegevens van 2016 voor de volwassen bevolking van 18 jaar en ouder. In bijlage D.2 staan de resultaten van voorgaande bevolkingsstudies op basis van de leeftijdsgroep 15-64 jaar. In 2016 is naast de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor ook de Leefstijlmonitor-Aanvullend uitgevoerd, de LSM-A/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM en CBS. Dit is de aanvullende module Roken, Alcohol- en Drugsgebruik van de Leefstijlmonitor, een aanpalende tweejaarlijkse dieptestudie naar middelengebruik in de algemene bevolking (zie bijlage D.2). Daar waar resultaten zijn opgenomen uit de LSM-A, wordt dit apart vermeld. Cijfers voor amfetaminegebruik onder jongeren worden in paragraaf 7.3 op basis van scholierenonderzoeken gerapporteerd.

- Vergeleken met ecstasy hebben minder mensen ooit of in het laatste jaar amfetamine gebruikt. Het percentage amfetaminegebruikers ligt net onder dat van cocaïne (zie § 4.2).
- Van de volwassenen van 18 jaar en ouder heeft 4,4% ooit wel eens amfetamine gebruikt, 1,4% deed dit nog in het afgelopen jaar, en 0,6% in de afgelopen maand. Dat komt neer (afgerond op tienduizendtallen) op respectievelijk:
  - 590 duizend ooitgebruikers (95% betrouwbaarheidsinterval 520 duizend – 660 duizend);
  - 180 duizend volwassenen die het afgelopen jaar amfetamine gebruikten (95% betrouwbaarheidsinterval 140 duizend – 220 duizend);
  - 70 duizend gebruikers in de afgelopen maand (95% betrouwbaarheidsinterval 50 duizend – 100 duizend).

### Leeftijd en geslacht

- Voor amfetamine is het percentage gebruikers circa 2-3 keer hoger onder mannen dan vrouwen. Voor amfetamine is het ooitgebruik 6,3% onder mannen en 2,6% onder vrouwen, het laatste-jaar-gebruik ligt op 2,0% versus 0,8%, en het laatste-maand-gebruik ligt op 0,9% onder mannen en 0,3% onder vrouwen.
- Figuur 7.1 laat zien dat voor het ooitgebruik de piek ligt in de leeftijdsgroep van 25-29 jaar (9,6%). Voor het laatste-jaar-gebruik en het laatste-maand-gebruik ligt de piek in de leeftijdsgroep van 20-24 jaar op respectievelijk 6,0% en 2,8%.
- De gemiddelde leeftijd van de volwassenen van 18 jaar en ouder die het afgelopen jaar amfetamine gebruikten is 29 jaar.

**Figuur 7.1 Amfetaminegebruikers in Nederland per leeftijdsgroep. Peiljaar 2016**



Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2016.

## Opleidingsniveau

- Hoog opgeleiden hebben meer ervaring met amfetaminegebruik dan lager opgeleiden (tabel 7.1).
- Voor amfetamine zijn de verschillen het grootst tussen de hoog en laag opgeleiden in het laatste-jaar-gebruik (1,9% versus 0,7%, wel statistisch significant) en het laatste-maand-gebruik (0,7% versus 0,3%, niet statistisch significant).

## Grote steden

- Mensen die in (zeer) stedelijke gebieden wonen, hebben ongeveer twee keer zo vaak amfetamine gebruikt (5,7%) als mensen in weinig stedelijke gebieden (2,6%). Ook het laatste-jaar-gebruik en het laatste-maand-gebruik liggen in de (zeer) stedelijke gebieden ongeveer twee keer zo hoog als in de weinig stedelijke gebieden (tabel 7.1).
- Het gebruik van amfetamine in matig stedelijke gebieden verschilt weinig van weinig/niet stedelijke gebieden.

**Tabel 7.1 Amfetaminegebruik in de bevolking van 18 jaar en ouder naar opleidingsniveau en stedelijkheid. Peiljaar 2016**

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
Totaal	4,4	1,4	0,6
<b>Opleidingsniveau<sup>I</sup></b>			
Laag opgeleid	3,1	0,7	0,3
Middelbaar opgeleid	4,3	1,4	0,6
Hoog opgeleid	5,7	1,9	0,7
<b>Stedelijkheid<sup>II</sup></b>			
(Zeer) sterk stedelijk	5,7	1,8	0,7
Matig stedelijk	3,4	0,8	0,4
Weinig/niet stedelijk	2,6	0,8	0,4

Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar, en in de laatste maand. I. Opleidingsniveau: 15-24 jaar hoogst gevolgd niveau, 25 en ouder hoogst behaald niveau: Laag opgeleid = basisonderwijs, LBO, MAVO, VMBO; Middelbaar opgeleid = MBO, HAVO, VWO; Hoog opgeleid = HBO of universiteit. II. Stedelijkheid gecategoriseerd naar aantal adressen per vierkante kilometer: (zeer) sterk = 1.500 of meer adressen; matig = 1.000 – 1.500 adressen; weinig = minder dan 1.000 adressen.

## Gebruikspatronen

Uit de aanvullende dieptemodule (LSM-A, zie bijlage D.2) blijkt dat de meerderheid van de laatste-jaar-gebruikers incidenteel amfetamine gebruikt.

- Ongeveer 3 van de 10 gebruikers (29,4%) hebben in het laatste jaar één keer amfetamine gebruikt en 44,2% heeft een paar keer gebruikt, maar minder dan maandelijks. Ongeveer één op de dertien gebruikers (8,0%) rapporteert maandelijks gebruik en 18,4% rapporteert meerdere keren per maand amfetamine te gebruiken.
- De meerderheid van de laatste-jaar-amfetaminegebruikers (89,1%) gebruikt vooral in het weekend. Gebruik op zowel weekenddagen als doordeweekse dagen kwam voor bij 9,5%, en 1,5% gebruikte meestal op doordeweekse dagen.

## Trend in amfetaminegebruik

Het gebruik van amfetamine in de algemene bevolking is in het afgelopen decennium herhaaldelijk gemeten (in 2005, 2009, 2014, 2015, 2016). Vanwege herhaalde wijzigingen in de onderzoeksmethode zijn alleen gegevens vergelijkbaar die zijn verzameld vanaf 2014 (zie Bijlage D.2).

Voor de leeftijdsgroep 18 jaar en ouder, de standaard voor kerncijfers over drugsgebruik, zijn alleen gegevens voor 2015 en 2016 beschikbaar.

- In de bevolking van 18 jaar en ouder ligt het amfetaminegebruik in 2016 ongeveer op hetzelfde niveau als in 2015 (tabel 7.2, zie bijlage D.2).
- Verschillen tussen beide peiljaren in het ooitgebruik, laatste-jaar-gebruik en het laatste-maand-gebruik zijn niet statistisch significant.

Bijlage D.2 geeft ook trendgegevens voor de leeftijdsgroep 15-64 jaar (de internationale standaard leeftijdsgroep van het EMCDDA) voor de peiljaren 2014, 2015 en 2016.

- Zowel het ooitgebruik, als het laatste-jaar-gebruik en laatste-maand-gebruik lagen hoger in 2016 dan in 2014, maar alleen de toename in het laatste-jaar-gebruik is statistisch significant.

**Tabel 7.2 Gebruik van amfetamine in Nederland onder mensen van 18 jaar en ouder. Peiljaren 2015 en 2016**

	2015 (%)	2016 (%)
Ooitgebruik (%)	4,0	4,4
Laatste-jaar-gebruik (%)	1,3	1,4
Laatste-maand-gebruik (%)	0,4	0,6

Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2015, 2016.



### 7.3 Gebruik: jongeren en jongvolwassenen

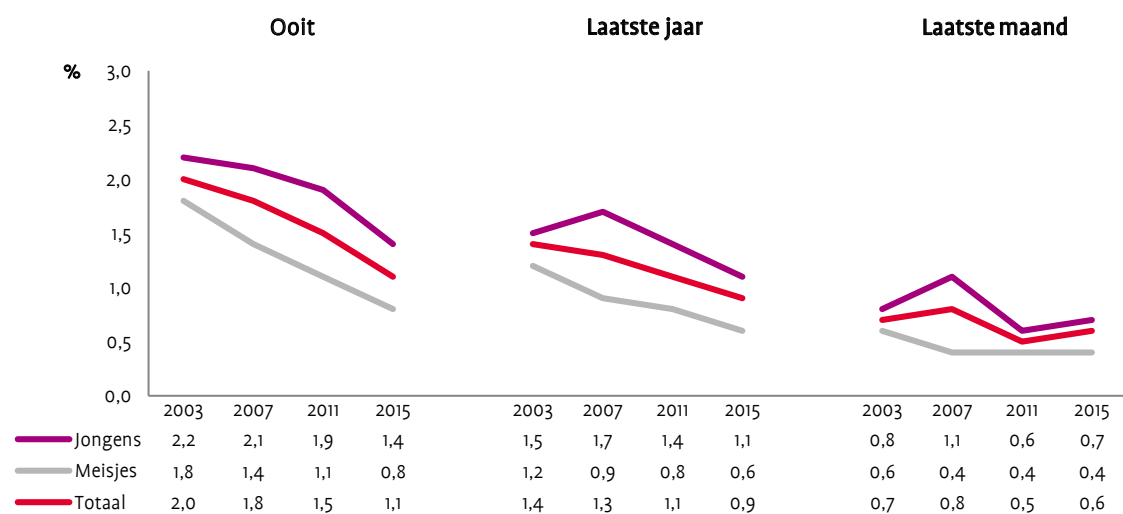
Deze paragraaf beschrijft gegevens over het gebruik van amfetamine op basis van landelijke onderzoeken naar middelengebruik onder representatieve steekproeven scholieren van het voortgezet onderwijs en studenten van het HBO en MBO. Daarna worden gegevens gepresenteerd van uiteenlopende landelijke, regionale en lokale onderzoeken in verschillende groepen jongeren en jongvolwassenen, die vaak vanwege hun leefstijl, setting of persoonlijke kenmerken meer dan hun doorsnee leeftijdgenoten middelen gebruiken. De leeftijdsgrenzen zijn voor deze groepen niet strak gedefinieerd, maar het gaat hier overwegend om (laat) adolescenten tot dertigers, de leeftijdsgroep waarin het middelengebruik zich concentreert.

#### Scholieren

Vergeleken met cannabis gebruiken aanzienlijk minder leerlingen van het middelbaar onderwijs amfetamine. Dit blijkt uit het Peilstationsonderzoek scholieren (Van Dorsselaer et al., 2016; zie bijlage D.7).

- Tussen 2003 en 2015 halveerde het percentage scholieren van 12-16 jaar dat ervaring had met amfetamine van 2,0% naar 1,1% (figuur 7.2). De daling tussen 2011 en 2015 was echter niet statistisch significant (Van Dorsselaer et al., 2016).
- Evenals voor andere harddrugs het geval is, bleef het percentage actuele amfetaminegebruikers onder scholieren in alle jaren laag. In 2015 had 0,6% in de afgelopen maand nog amfetamine gebruikt (figuur 7.2).

**Figuur 7.2** Gebruik van amfetamine onder scholieren van het voortgezet onderwijs van 12-16 jaar, vanaf 2003



Percentage gebruikers ooit in het leven (links), in het laatste jaar (midden) en in de laatste maand (rechts). Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM, 2015.

## Leeftijd en geslacht

- In 2015 had van de jongens 1,4% ervaring met amfetamine, van de meisjes 0,8% (figuur 7.2).
- In 2015 had op 12-jarige leeftijd 0,1% van de leerlingen ooit amfetamine geprobeerd en op 16-jarige leeftijd was dat 2,2% (Van Dorselaer et al., 2016).

## Studenten van het MBO en HBO

- In 2015 is het gebruik van amfetamine ook gemeten onder 16-18-jarige studenten van het MBO en HBO (Verdurmen et al., 2016): 4% heeft ooit amfetamine gebruikt, en 1% deed dit in de afgelopen maand.
- Het verschil in ooitgebruik van amfetamine tussen jongens (5%) en meisjes (3%) was niet statistisch significant.

## Gebruik onder scholieren van HAVO en VWO en onder MBO-studenten in Amsterdam

Van (zeer) stedelijke gebieden zoals Amsterdam is bekend dat het drugsgebruik hoger kan liggen dan in matig- of niet-stedelijke gebieden. Onderstaande cijfers uit Amsterdam zijn echter niet direct te vergelijken met de landelijke cijfers vanwege verschillen in onderzoeksmethoden.

- Begin 2016 is het gebruik van alcohol en drugs onderzocht onder 1.076 leerlingen van 16-18 jaar uit klas 5 en 6 van de HAVO en het VWO in Amsterdam (Dijkshoorn et al., 2016). Van deze Amsterdamse leerlingen had 8% ooit amfetamine gebruikt en 1% had in de afgelopen maand nog amfetamine gebruikt.
- Een onderzoek in 2016 onder 1.972 MBO-studenten in Amsterdam vond dat 8% van deze studenten ooit amfetamine had gebruikt, 5% nog in het afgelopen jaar en 2% in de afgelopen maand (Nabben et al., 2017). De gemiddelde startleeftijd lag op 18 jaar. Van de laatste-jaar-gebruikers had 43% in dat hele jaar 1 of 2 keer amfetamine gebruikt. De leeftijd van deze MBO-studenten varieerde van 15 tot en met 35 jaar en hun gemiddelde leeftijd was 19 jaar. Daarom zijn zij niet vergelijkbaar met het landelijk representatieve onderzoek onder 16-18-jarige MBO-ers en HBO-ers (Verdurmen et al., 2016).

## Speciale groepen jongeren en (jong)volwassenen

In bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen bevinden zich naar verhouding meer gebruikers van amfetamine. Tabel 7.3 vat de resultaten samen van uiteenlopende studies. De cijfers zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. Bovendien zijn de responspercentages in onderzoek onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen vaak laag (tussen 15% en 25%) en zijn zij 'op locatie' of online geworven in plaats van via een representatieve steekproef uit de bevolking, waardoor een vertekening van de resultaten kan optreden. De uitkomsten geven wel een indicatie van verschillen tussen (risico)groepen jongeren en jongvolwassenen.

### *Uitgaande jongeren en jongvolwassenen*

Amfetamine wordt vaker gebruikt door jongeren en jongvolwassenen die veel uitgaan dan door jongeren die niet uitgaan. Amfetamine wordt minder vaak gebruikt dan ecstasy, maar inmiddels even vaak als cocaïne. Dit blijkt uit zowel landelijke surveys als lokale studies.

In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2016 is het middelengebruik van 4.905 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 15-35 jaar in kaart gebracht. Twee vijfde (39%) van de deelnemers bezocht maandelijks een club en nog eens een vijfde (18%) deed dit wekelijks. Party's werden minder vaak bezocht; 60% deed dit in het afgelopen jaar minder dan maandelijks (Monshouwer et al., 2016). De resultaten zijn niet rechtstreeks te vergelijken met die van de peiling in 2013. De respondenten van deze onderzoeken vormen geen representatieve steekproef van alle uitgaande jongeren en jongvolwassenen, en er zijn verschillen in de steekproeven van 2013 en 2016. De respondenten verschillen bijvoorbeeld in uitgaansfrequentie en muziekvoorkeur (zie bijlage D.3).

- Een op de drie uitgaanders in dit onderzoek (33%) had ervaring met amfetamine, een kwart (25%) had het in het afgelopen jaar gebruikt en een op de acht deed dit in de afgelopen maand (12%). In deze groep was het amfetaminegebruik gelijk aan dat van cocaïne.
- Voor de meerderheid (66%) van de laatste-jaar-gebruikers in dit onderzoek bleef het amfetaminegebruik beperkt tot één keer (28%) of een paar keer per jaar (38%). Ongeveer evenveel gebruikers namen amfetamine eens per maand (12%) en een paar keer per maand (13%). Vier procent rapporteerde eens per week te gebruiken, 3% een paar keer per week en 1% (bijna) dagelijks.
- Gebruikers namen op een uitgaansdag gemiddeld 4,0 lijntjes speed/amfetamine (uit 1 gram speed/amfetamine komen 10-20 lijntjes); daarin zaten tussen mannen en vrouwen geen verschillen.
- Amfetamine is evenals ecstasy een typische partydrug. Op de vraag waar amfetaminegebruikers het laatste jaar tijdens het uitgaan het vaakst amfetamine gebruiken noemde 81% een festival, op afstand gevolgd door een club (37%), feestje (32%), thuis (29%), of een café (12%). Een poppodium (2%) werd zelden genoemd. Respondenten konden maximaal 3 locaties aangeven.

Onderzoek in het Amsterdamse uitgaansleven liet de afgelopen twee decennia onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen grote verschuivingen in de populariteit van amfetamine zien (Nabben et al., 2017).

- In de periode 1995-2000/2001 daalde het gebruik, het steeg weer licht in de jaren 2001-2004 en daalde vervolgens in 2006 naar het allerlaagste niveau. Na een stijging die tot in 2012 aanhield, volgden enkele stabiele jaren, terwijl in 2016 het piekniveau van midden jaren negentig weer werd bereikt (Nabben et al., 2017). Het amfetaminegebruik is nu even hoog als dat van cocaïne.
- Amfetamine lijkt vooral populair bij jongere stapgroepen, studenten, in het dancemilieu, en in het extremere uitgaanssegment. Amfetamine ('pep') wordt niet langer alleen met de gabbercultuur geassocieerd, maar vindt ook opgang in de *upperground* in het clubcircuit en op de vele kleine festivals (Nabben et al., 2017).

- Ook in de Antenne-survey in 2015 onder coffeeshopbezoekers was de stijging in amfetaminegebruik al te zien. Het laatste jaar gebruik steeg in deze groep van 5% in 2009 naar 15% in 2015 (Nabben et al., 2016). Het laatste-maand-gebruik lag in 2015 op 5% en 30% had ooit amfetamine gebruikt, iets minder dan het ooit-cocainegebruik (34%). Twee derde (64%) van de amfetaminegebruikende coffeeshopbezoekers gebruikte het middel 1 of 2 keer in hun leven en 21% deed dit 10 keer of vaker.
- In de survey in 2013 onder clubbers en ravers lag het laatste-maand-amfetaminegebruik op 23% (14% onder clubbers en 34% onder ravers), een stijging sinds de vorige meting in 2008 (toen 6% laatste maand gebruik) (Nabben et al., 2014). Onder Amsterdamse cafébezoekers steeg tussen 2010 en 2014 het percentage ooitgebruikers van amfetamine van 18% naar 34% en steeg het percentage actuele gebruikers van 2% naar 9% (Benschop et al., 2015).
- Amfetamine wordt vaak gecombineerd met alcohol (Nabben et al., 2017).

### *Methamfetaminegebruikers*

In tegenstelling tot de Verenigde Staten, Zuidoost-Azië en een aantal EU-landen (Tsjechië, Slowakije en in toenemende mate ook Finland en Oost-Duitsland) wordt methamfetamine in Nederland slechts sporadisch gebruikt (EMCDDA, 2017).

- De Amsterdamse Antenne monitor 2016 signaleert het gebruik alleen in kleine niches in het uitgaansleven en mogelijk ook daar buiten (Nabben et al., 2017). Naar schatting zouden er enkele honderden methamfetaminegebruikers zijn, die ook lang niet allemaal regelmatig nemen.
- Van de coffeeshopbezoekers in de Amsterdamse Antenne-survey uit 2015 had 3,1% ooit methamfetamine gebruikt, 0,4% nog in het afgelopen jaar en niemand in de laatste maand (Nabben et al., 2016). De Antenne-survey onder clubbers en ravers uit 2013 liet zien dat 1,4% ooit met dit middel had geëxperimenteerd. Het laatste-jaar- en laatste-maand-gebruik lagen op respectievelijk 0,5% en 0,2% (Nabben et al., 2014).
- Met name in underground gayscenes zou het gebruik van methamfetamine (crystal meth, 'tina') en het injecteren van deze en andere drugs ('slamming') in opkomst zijn (Knoops et al., 2015). Dit speelt zich meestal af in een seksuele setting (chemsex). Actuele cijfers over de omvang hiervan in Nederland ontbreken en deskundigen gaan er ook hier van uit dat het slechts een kleine groep mannen betreft die seks hebben met mannen (MSM). Omdat de gebruikte drugs en de attributen die nodig zijn voor het injecteren veelal online worden aangeschaft, is de omvang niet te schatten op basis van gegevens van de reguliere spuitomruilprogramma's en andere bronnen uit de verslavingszorg (Knoops et al., 2015).
- Een groot, online, Europees gedragsonderzoek onder 180.000 MSM (de EMIS-studie) liet zien dat Amsterdam op de 4e plaats stond (na de Engelse steden Brighton, Manchester en Londen) van 44 grote Europese steden waar chemsex plaatsvindt (Schmidt et al., 2016). Chemsex was daarbij gedefinieerd als seks onder invloed van ketamine, GHB/GBL, mefedron, crystal meth, of een combinatie van deze middelen. Onder de ongeveer 1.000 Amsterdamse respondenten was het methamfetaminegebruik in de 4 weken voorafgaand aan het onderzoek 2% en het laatste-jaar-methamfetaminegebruik was 5%.
- De Amsterdamse Cohort Studies (ACS) verzamelen sinds 1984 prospectief gegevens van MSM (grotendeels hoog opgeleide, witte homomannen, gemiddeld 41 jaar). De meest recent beschikbare cijfers over het gebruik van methamfetamine tijdens seks stammen uit 2012. Toen antwoordde 1,9% van de 433 respondenten dat zij in de afgelopen zes maanden methamfetamine hadden gebruikt en in alle gevallen was dat tijdens seks (Knoops et al., 2015).
- Drugsgebruik in het kader van (langdurige) seks kan gepaard gaan met seksueel risicogedrag. In Londen is sprake van een groeiende groep MSM die slammen en hiv en hepatitis C oplopen. Deskundigen verwachten dat deze ontwikkeling ook in Nederland zal plaatsvinden (Knoops et al., 2015; zie verder § 7.7). De komt van PrEP (profylaxe om hiv-besmetting te voorkomen) kan wel de hiv, maar niet de hepatitis C besmetting voorkomen.



- Bovenstaande cijfers onderschrijven dat het gebruik van methamfetamine door MSM niet omvangrijk is. Cijfers van het DIMS (zie § 7.8) suggereren eveneens dat het gebruik van methamfetamine in Nederland beperkt is. Echter, eerder bleken MSM trendsettend in het gebruik van onder andere ecstasy en GHB, en daarom is goede monitoring gewenst.

### Probleemjongeren

Er zijn geen recente landelijke gegevens beschikbaar over het gebruik van amfetamine onder probleemjongeren en jongeren in 'risicosettingen'.

- Volgens oudere cijfers gebruiken jongens in justitiële jeugdinrichtingen beduidend vaker amfetamine, voorafgaand aan hun detentie, dan hun leeftijdsgenoten in het reguliere voortgezet onderwijs (Kepper et al., 2009b). Ook jongeren in de (residentiële) jeugdzorg hebben vaak ooit amfetamine gebruikt (Kepper et al., 2009a; Benschop et al., 2013). Zie NDM Jaarbericht 2016 voor cijfers.
- In de vier grote steden in 2011 had 3% van de dakloze jongeren (18-23 jaar) in de afgelopen maand amfetamine gebruikt (Van Straaten et al., 2012). Van hen deed 70% mee aan de vervolgmeting in 2013. Het middelengebruik was onder deze deelnemers wat hoger: op beide meetmomenten gebruikte 5% amfetamine. In 2013 was slechts 3% nog dakloos; 43% was gehuisvest en 11% 'marginaal' gehuisvest (bijvoorbeeld tijdelijk bij familie of vrienden).

**Tabel 7.3 Gebruik van amfetamine in speciale groepen**

	Locatie	Peiljaar	Gemiddelde leeftijd (jaar)	Ooit (%)	Laatste maand (%)
<b>Uitgaande jongeren en jongvolwassenen</b>					
Bezoekers van party's, festivals en clubs <sup>I</sup>	Landelijk	2016	22	33	12
Coffeeshopbezoekers	Amsterdam	2015	25	30	5
		2009	28	20	2
Uitgaanders	Den Haag	2014	24	26	9
Bezoekers van cafés	Amsterdam	2014	27	34	9
		2010	27	18	2
Bezoekers van clubs en raves <sup>II</sup>	Amsterdam	2013	24	43	23
<b>Probleemjongeren</b>					
(Voormalig) dakloze jongeren <sup>III</sup>	G4	2013	22	-	5
Jongeren in de jeugdzorg	Amsterdam	2012	16	4	<1
Dakloze jongeren	G4	2011	20	-	3

Percentage gebruikers ooit in het leven en in de laatste maand per groep. De cijfers in deze tabel zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. De uitgaanders die deelnemen aan onderzoek zijn niet representatief voor alle uitgaanders. G4 = Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht. - = Gegevens zijn onbekend. I. Frequente bezoekers van party's en clubs geworven via online community's, websites en fora over feesten, party's en festivals. II. Raves zijn "door verschillende organisaties en (vrienden)groepen georganiseerde (quasi-)illegale feesten op alternatieve locaties" (Nabben et al., 2014). III. 70% respons rate; onder respondenten van de follow-up meting gebruikte 5% amfetamine in 2011.

Bronnen: Het Grote Uitgaansonderzoek 2013 (Goossens et al., 2013); Bongers Instituut voor Criminologie, UvA: Antenne 2008 (Benschop et al., 2009), Antenne 2009 (Nabben et al., 2010), Antenne 2010 (Benschop et al., 2011), Antenne 2012 (Benschop et al., 2013), Antenne 2013 (Nabben et al., 2014), Antenne 2014 (Benschop et al., 2015); Het Haags Uitgaansonderzoek 2014, GGD Haaglanden (Van Dijk en Reinerie, 2015); EXPLORE, Trimbos-instituut (Kepper et al., 2009a;b); Coda-G4 (Van Straaten et al., 2012; Van Straaten et al., 2014), IVO, UMC St Radboud.



## 7.4 Problematisch gebruik

Het aantal probleemgebruikers van amfetamine, dat wil zeggen mensen die in hun dagelijks functioneren problemen krijgen met hun drugsgebruik of zelfs verslaafd raken, is onbekend. In de verslavingszorg heeft slechts een klein percentage van de patiënten problemen als gevolg van chronisch amfetaminegebruik of afhankelijkheid van amfetamine (zie § 7.6).



## 7.5 Gebruik: internationale vergelijking

### Algemene bevolking

Gegevens over het drugsgebruik in de lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen en Turkije worden verzameld door het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA, 2017). 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, 2017), de Canadian Tobacco, Alcohol and Drugs Survey (CTADS, 2015) en het Australian Institute of Health and Welfare (AIHW, 2016).

Tabel 7.4a presenteert gegevens over het gebruik van amfetamine in een aantal lidstaten van de EU-15 en Noorwegen waarvoor recente gegevens beschikbaar zijn. Gegevens voor enkele andere landen staan in tabel 7.4b.

- In 2016 had in Nederland 5,3% van de bevolking van 15-64 jaar ervaring met amfetamine; dat is het hoogst van de genoemde lidstaten in tabel 7.4a. Het laagste percentage mensen dat ooit amfetamine heeft gebruikt werd gemeten in Portugal (minder dan 1%). De cijfers verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven en dat bemoeilijkt een precieze vergelijking tussen landen.
- Het percentage amfetaminegebruikers in het afgelopen jaar varieert in deze landen van minder dan 0,1% in Portugal tot 1,7% in Nederland.
- Ook het gebruik van amfetamine onder de jongvolwassenen ligt in Nederland hoog vergeleken met andere EU landen (zie tabel 7.4a).
- In landen als Australië, de Verenigde Staten en Canada gaat het bij amfetamine vaker om methamfetamine. In de Verenigde Staten is expliciet gevraagd naar methamfetamine (zie tabel 7.4b).

**Tabel 7.4a** Consumptie van amfetamine onder de algemene bevolking van enkele lidstaten van de EU-15 en Noorwegen: leeftijdsgroepen 15-64 jaar en 15-34 jaar

Land	Jaar	15-64 jaar		15-34 jaar	
		Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Ooit (%)	Laatste jaar (%)
Nederland	2016	5,3	1,7	7,7	3,6
Ierland	2015	4,1	0,3	4,8	0,6
Spanje	2015	3,6	0,5	4,3	1,0
Finland	2014	3,4	1,1	5,7	2,4
Noorwegen	2015	3,1	0,2	4,2	0,3
Oostenrijk	2015	2,2	0,4	3,3	0,9
Frankrijk	2014	2,2	0,3	2,9	0,7
Portugal	2012	0,5	<0,1	0,5	0,1
Zweden	2013	-	0,7	-	-

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen. Percentage gebruikers ooit in het leven en in het laatste jaar. Tabel is geordend op percentage ooitgebruikers (15-64 jaar). - = Gegevens ontbreken. Bronnen: EMCDDA; Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2016.

**Tabel 7.4b** Consumptie van (meth)amfetamine 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 (%)	Laatste-jaar-gebruik (%)
Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales)	2015	16 - 59	10,3	0,6
Denemarken	2013	16 en ouder	6,6	0,6
Australië	2016	14 en ouder	6,3	1,4
Verenigde Staten <sup>II</sup>	2016	18 en ouder	5,9	0,6
		12 en ouder	5,4	0,5
Canada	2012	15 en ouder	4,1	-
Duitsland	2015	18 - 64	3,6	1,0
Italië	2014	15 - 74	2,8	0,2

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen. Percentage gebruikers ooit in het leven en in het laatste jaar. Tabel is geordend op percentage ooitgebruikers. I. 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. In landen als Australië, de Verenigde Staten en Canada gaat het bij amfetamine vaker om methamfetamine. II. In de Verenigde Staten is expliciet gevraagd naar methamfetamine. Bronnen: EMCDDA, SAMHSA, CADUMS/CTADS, AIHW.

## Jongeren

Beter vergelijkbaar zijn de gegevens van het ESPAD-onderzoek onder scholieren van 15 en 16 jaar in Europese landen. Tabel 7.5 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., 2004, 2009, 2012; Kraus et al., 2016).

- Van de in tabel 7.5 genoemde landen was in 2015 het ooitgebruik van amfetamine het hoogst in Ierland en Oostenrijk (3%). Nederland nam met 2% een middenpositie in, maar de verschillen tussen landen zijn klein.
- Voor 34 onderling vergelijkbare Europese landen kwam het (ongewogen) gemiddelde van het percentage ooitgebruikers op 2%.

**Tabel 7.5 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 2003, 2007, 2011 en 2015**

Land	2003 (%)		2007 (%)		2011 (%)		2015 (%)
	Ooit	Laatste jaar	Ooit	Laatste jaar	Ooit	Laatste jaar	Ooit
Ierland	1	0	3	2	2	2	3
Oostenrijk	4	4	8	-	-	-	3
België <sup>I</sup>	2	1	5	5	4	3	2
Frankrijk	3	-	4	4	4	3	2
Italië	3	2	4	2	2	2	2
Griekenland	0	0	3	2	2	1	2
Nederland	1	1	2	1	1	1	2
Portugal	3	2	2	3	3	2	1
Denemarken <sup>II</sup>	4	3	5	2	2	1	1
Zweden	1	1	2	1	2	1	1
Spanje <sup>II</sup>	4	3	3	1	2	1	1
Noorwegen	2	1	1	1	1	1	1
Finland	1	0	1	1	1	1	1
Verenigde Staten <sup>III</sup>	13	9	11	9	7	5	-
Duitsland <sup>IV</sup>	5	3	5	4	3	3	-
Verenigd Koninkrijk <sup>V</sup>	3	2	2	-	-	-	-
Zwitserland	3	2	3	-	-	-	-

Percentage gebruikers ooit in het leven en in het laatste jaar. Tabel is geordend op percentage ooitgebruikers in 2015. - = Niet gemeten. I. België alleen voor Vlaanderen. II. De gegevens voor Denemarken en Spanje zijn minder representatief, Denemarken vanaf 2015 weer representatief. III. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit. IV. Duitsland alleen voor zeven deelstaten in 2007 en vijf deelstaten in 2011. V. Verenigd Koninkrijk niet voor 2011 vanwege te lage respons (slechts 6% van de scholen). Bron: ESPAD.



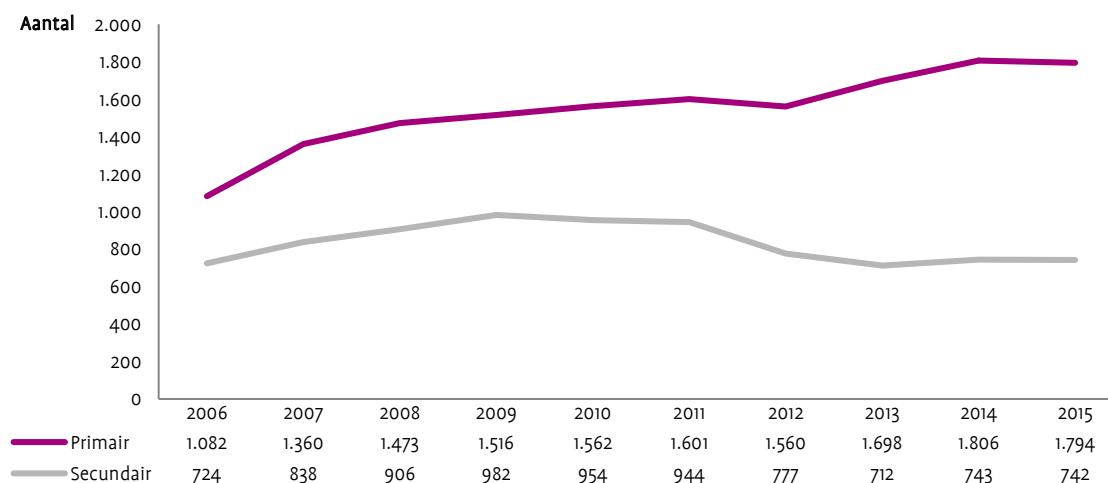
### Verslavingszorg

In 2017 werd de 'Richtlijn detoxificatie' openbaar, waarin het hoofdstuk 'stimulantia' ook de ontgiftiging bij amfetaminegebruik beschrijft (Dijkstra et al., 2017). Er is geen medicamenteuze behandeling beschikbaar tegen amfetamineonthouding, en daarom is de behandeling gericht op symptoombestrijding. In de behandeling van volwassenen met een afhankelijkheid van amfetamine staat een psychologische behandeling met cognitieve gedragstherapie en (bij voorkeur intensieve) motiverende gespreksvoering voorop (Lee en Rawson, 2008). Het toevoegen van contingentie management aan de behandeling kan de resultaten verbeteren en motiverende gespreksvoering heeft een rol bij terugvalpreventie. Ook zelfhulp kan worden ingezet. Er is nog geen bewijs voor een effectieve farmacologische behandeling. In 2018 zal in Nederland een multidisciplinaire richtlijn verschijnen over de behandeling van niet-opioïde drugs, waaronder amfetamine, waarin deze aanbevelingen worden gegeven.

De verslavingszorg is het onderdeel van de gezondheidszorg dat hulp biedt aan mensen die verslaafd zijn geraakt aan drugs, alcohol, medicijnen, gokken, of andere gedragsverslavingen. De meest recente cijfers betreffen rapportagejaar 2015. In dat jaar hebben in totaal 21 gespecialiseerde instellingen voor verslavingszorg geanonimiseerde gegevens over de hulpverlening aangeleverd aan het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS, Wisselink et al., 2016) (zie in bijlage A onder: Cliënt LADIS). De wisselingen die zich in de afgelopen tien jaar hebben voorgedaan in de aanleverende instellingen zijn weergegeven in bijlage D.5. Een nadere analyse wijst uit dat deze wisselingen slechts een beperkte invloed hebben gehad op het landelijk aantal geregistreerde cliënten en de trends niet noemenswaardig hebben beïnvloed.

- Het aantal cliënten met amfetamine als primair probleem steeg tussen 2006 en 2014 naar 1.806 (+67%), en bleef in 2015 op dit niveau (figuur 7.3).
- Het aandeel van amfetamine in alle hulpvragen voor drugsproblematiek bleef relatief beperkt, maar steeg tussen 2006 en 2014 van 4% naar 5% en steeg verder naar 6% in 2015.
- Per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder steeg het aantal primaire amfetaminecliënten van 8 in 2006 naar 13 in 2014 en 2015.
- In 2015 was ongeveer 1 op de 4 primaire amfetaminecliënten een nieuwkomer (23%). Deze nieuwkomers werden ingeschreven in 2015 en stonden niet eerder ingeschreven bij de verslavingszorg.
- Van de 1.794 primaire amfetaminecliënten stond bij 1.010 cliënten (56%) naast hun primaire problematiek ook een secundaire problematiek geregistreerd. Bij de secundaire problematiek ging het om cannabis (35%), alcohol (20%), cocaïne of crack (13%), ecstasy (9%), GHB (5%), slaap- en kalmeringsmiddelen (5%), of nicotine (3%).
- Voor 742 cliënten was amfetamine in 2015 een secundair probleem. Voor deze groep was het primaire probleem cannabis (35%), alcohol (28%), cocaïne of crack (13%), GHB (9%), of heroïne (7%).

**Figuur 7.3** Aantal cliënten bij de verslavingszorg met primaire of secundaire amfetamineproblematiek, vanaf 2006

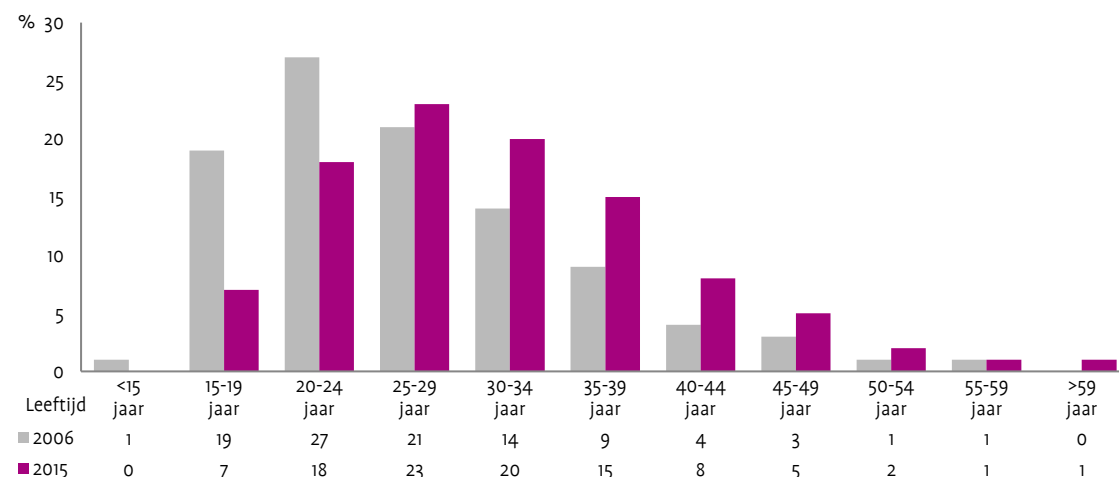


Aantal cliënten. Voor de aanleverende instellingen, zie bijlage D.5. Bron: LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut.

### Leeftijd, geslacht en opleiding

- In 2015 waren bijna 8 van de 10 primaire amfetaminecliënten man (77%).
- De gemiddelde leeftijd was 31 jaar, iets hoger dan in 2006 (27 jaar). In 2015 lag de piek in de leeftijdsgroep 25-29 jaar; in 2006 lag de piek in de leeftijdsgroep 20-24 jaar (figuur 7.4).
- In 2015 had 49% van de primaire amfetaminecliënten geen opleiding afgerond of een lagere opleiding afgerond, 40% had een middelbare opleiding en 11% had een hogere opleiding afgerond. (Voor de verklaring van lagere, middelbare en hogere opleiding, zie in bijlage A onder: Cliënt LADIS.)

**Figuur 7.4** Leeftijdsverdeling van de primaire amfetaminecliënten bij de verslavingszorg, in 2006 en 2015



Percentage cliënten per leeftijdsgroep. Voor de aanleverende instellingen, zie bijlage D.5. Bron: LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut.

## Algemene ziekenhuizen

De Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ; voorheen Landelijke Medische Registratie, LMR) bevat gegevens over de opnames in algemene ziekenhuizen, waarbij middelengebruik als hoofddiagnose of als nevendiagnose kan zijn geregistreerd. In 2013 wijzigde zowel de registratiemethode als de bijschattingmethode (zie bijlage D.4: LBZ). In de LBZ worden de opnames anoniem geregistreerd in ICD-9 codes (tot 2013) en in ICD-10 codes (vanaf 2013). Net als de ICD-9 codering maakt de ICD-10 codering binnen de psychostimulantia geen onderscheid tussen amfetamine, ecstasy en andere psychostimulantia. Voor de ziekenhuisopnames zijn daarom de patiënten met een amfetamineprobleem samen genomen met de patiënten met een ecstasyprobleem. Zie voor deze gegevens hoofdstuk 6.

## Incidenten

Sinds 2009 houdt de Monitor Drugsincidenten (MDI, zie bijlage D.6) actuele gegevens bij over de aard en omvang van acute drugsgerelateerde gezondheidsincidenten bij patiënten die worden behandeld op de spoedeisende hulp (SEH) van een ziekenhuis, door de ambulance, door politieartsen of op de EHBO van een grootschalig evenement. De monitor is niet landelijk dekkend, maar rapporteert vanuit peilstationregio's in Nederland (vier regio's in 2009; acht sinds 2011) (Wijers et al., 2017a). De gegevens worden aangevuld met die van het Letsel Informatie Systeem (LIS), waarin de behandelingen wegens intoxicaties of letsels na drugsgebruik op 14 SEH's zijn opgenomen. Gezondheidsincidenten gerelateerd aan het gebruik van amfetamine worden weinig geregistreerd.

- In 2016 werden in totaal 5.654 drugsincidenten in de peilstations gemeld. Bij 171 gevallen (3%) werd amfetamine als enige drug gemeld (met of zonder alcohol). De gegevens over de gebruikte drugs zijn afkomstig van zelfrapportage.

In tabel 7.6 worden de amfetamine-incidenten samengevat over de periode 2009-2016. In deze periode werden in totaal 28.421 unieke drugsincidenten gemeld bij de MDI en 4.651 bij het LIS (samen 33.072 incidenten), waarvan 943 incidenten met amfetamine als enige drug. Daarnaast was amfetamine betrokken in 1.662 incidenten waarin de patiënt een combinatie van drugs had gebruikt. In totaal werd gebruik van amfetamine dus gemeld bij 2605 incidenten, 8% van het totaal. De volgende informatie betreft alleen incidenten met amfetamine als enige drug:

- Qua leeftijd (49% jonger dan 25 jaar) en geslacht (73% man) zijn patiënten met een amfetamine-incident vergelijkbaar met de hele groep patiënten (48% jonger dan 25 jaar; 70% man).
- Alle incidenten zijn ingedeeld in een lichte, matige of ernstige mate van intoxicatie. De intoxicaties onder invloed van amfetamine als enige drug zijn op de EHBO-posten overwegend van lichte aard. De mate van intoxicatie is matig of ernstig bij 72% van de patiënten van de ambulancediensten, 60% van de patiënten op de SEH-afdelingen en 51% van de patiënten die door de politieartsen worden gezien.
- De cijfers over de bijdrage van amfetamine op het totaal aan incidenten, de regionale verdeling en mate van intoxicatie schommelen licht over de jaren, maar laten geen duidelijke trend zien.

**Tabel 7.6 Incidenten met amfetamine als enige drug geregistreerd door de Monitor Drugsincidenten (MDI) en het Letsel Informatiesysteem (LIS), 2009-2016**

	Ambulances	SEH-MDI-ziekenhuizen	SEH-LIS-ziekenhuizen	Politieartsen	EHBO
Aantal incidenten (% van het totaal binnen de dienst)	161 (2)	105 (3)	135 (3)	97 (5)	274 (3)
Man (%)	74	74	76	87	67
Leeftijd: <25 jaar (%)	37	39	41	21	71
<b>Mate van intoxicatie*</b>					
Licht (%) <sup>I</sup>	28	40	-	49	85
Matig (%) <sup>II</sup>	56	39	-	39	13
Ernstig (%) <sup>III</sup>	15	21	-	12	2

\*Percentages berekend op de bekende aantallen. Vanwege afronding tellen de percentages niet overal exact op tot 100%. I. Licht: goed aanspreekbaar, gebruik merkbaar in gedrag. II. Matig: onvoldoende aanspreekbaar, duidelijk onder invloed. III. Ernstig: niet aanspreekbaar vanwege (sub)comateuze toestand of geagiteerd/agressief gedrag, eventueel in combinatie met gestoorde vitale parameters (zoals hartslag, bloeddruk en ademhalingsfrequentie). Bron: MDI, Trimbos-instituut (Wijers et al., 2017a).



7.7

## Ziekte en sterfte

### Ziekte

De risico's van amfetaminegebruik zijn onder te verdelen in acute en chronische risico's en kunnen van lichamelijke of psychische aard zijn. Daarnaast kan het gebruik grote sociaalmaatschappelijke gevolgen hebben.

#### *Lichamelijke risico's van amfetaminegebruik*

In het acute (direct na gebruik) en subacute (binnen enkele dagen na gebruik) stadium van amfetaminegebruik zijn lichamelijke complicaties over het algemeen mild, al kunnen levensbedreigende ontregelingen van organen (hart, hersenen, lever, nieren) en systemen (zoals bloedsomloop en temperatuurregulatie) ontstaan. De complicaties zijn niet altijd gerelateerd aan de dosis; ook individuele aanleg en omgevingsfactoren kunnen een rol spelen. Beruchte complicaties bij frequent gebruik zijn uitputting, gewichtsverlies en ondervoeding en schade aan hart en vaten, zenuwstelsel en longen.

- Net als bij ecstasygebruik is hyperthermie (oververhitting) een zeer bedreigend acuut risico van amfetaminegebruik met kans op dodelijke afloop (Cao et al., 2016) (zie § 6.7).
- Zowel na eenmalig als bij chronisch gebruik kan amfetamine leiden tot een versnelde hartslag, hartritme stoornissen, een verhoogde bloeddruk, een hart- of herseninfarct, een verminderde pompfunctie van het hart en andere stoornissen aan hart en vaten. Bij grote lichamelijke inspanning kan een plotselinge hartdood optreden (Carvalho et al., 2012; Cao et al., 2016).
- Leverfalen kan variëren van milde vormen van geelzucht tot het massaal afsterven van levercellen. Soms is een levertransplantatie noodzakelijk of is de leverschade fataal (Selim en Kaplowitz, 1999).
- Na langdurig gebruik van amfetamine kunnen ernstige oververmoeidheid, lichamelijke uitputting, verminderde conditie en gewichtsverlies ontstaan. Door verminderde weerstand en een tekort aan voedingsstoffen kunnen nagels gaan afbrokkelen en tanden loszitten (Iversen, 2008; Cao et al, 2016).
- Als gevolg van dwangmatige bewegingen, zoals tandenknarsen of kauwbewegingen, kunnen amfetaminegebruikers een slecht gebit krijgen en wonden krijgen op hun tong en wangslimvlies door de constante irritatie.



- Regelmatig snuiven van amfetamine geeft beschadiging van het neusslijmvlies en chronische verkoudheid, recidiverende bloedneuzen en verlies van reukvermogen. Roken (basen) van amfetamine veroorzaakt schade aan longen en ademhalingsproblemen. Injecteren verhoogt de kans op bloedoverdraagbare infecties, zoals hiv en hepatitis B en C. Roken en injecteren van amfetamine komen in Nederland zelden voor, al duiken af en toe signalen op dat in West-Brabant GHB-gebruikers amfetamine injecteren; dit lijkt momenteel beperkt te blijven tot een kleine groep van hooguit enkele tientallen personen. Ook wordt in bepaalde homokringen op beperkte schaal methamfetamine geïnjecteerd (zie hierna, en § 7.3).

### *Methamfetamine en infectieziekten*

Gegevens uit de *MSM Observational Study of Acute Infection with hepatitis C* (MOSAIC studie) uit Amsterdam, Utrecht en Rotterdam suggereren dat methamfetaminegebruik en een acute hepatitis C infectie regelmatig samen voorkomen.

- Van 213 deelnemers tussen 2009 en 2014 (82 hiv-positieve MSM met een acute hepatitis C infectie en 131 zonder hepatitis C) gebruikten 15 personen (7%) methamfetamine in de voorgaande zes maanden voor of tijdens seks (Knoops et al., 2015). Veertien van hen hadden een acute hepatitis C infectie opgelopen en 1 niet. Van deze 15 personen rookten 9 de drug, 4 snoven deze, 2 injecteerden en 4 brachten het middel anaal in (enkele personen gebruikten verschillende toedieningsroutes).
- Of de overdracht van het hepatitis C virus heeft plaatsgevonden via het drugsgebruik (door invasieve gebruikswijzen) of door seksueel risicogedrag, is niet vast te stellen.

Vice versa zijn er signalen dat hiv-positieve mannen vaker methamfetamine en andere drugs gebruiken dan hiv-negatieve mannen.

- Het *MSM Screening project* (MS2-project) van GGD Amsterdam, dat onder andere het effect van drugsgebruik op soa- en hiv-overdracht onder hoogrisico MSM onderzoekt, vond onder de deelnemers relatief veel chemsex (Achterbergh, 2015).
- Van de 148 deelnemers tussen januari 2014 en april 2015 (72 hiv-negatief, 76 hiv-positief, mediane leeftijd respectievelijk 37 en 45 jaar; twee derde universitair opleidingsniveau) gaf 70% aan harddrugs te gebruiken en bij 90% van hen was dat tijdens seks. Gebruik van methamfetamine in de afgelopen zes maanden werd bij het eerste bezoek aan de studie door 13% gemeld en in 95% van deze gevallen was dat tijdens seks.
- Hiv-positieve MSM (17%) hadden vaker methamfetamine gebruikt dan hiv-negatieve MSM (9%). Bij 53% van de methamfetamine-gebruikers werden een of meer soa-diagnoses gesteld, opvallend hoger dan de 28% soa-diagnoses bij MSM die geen methamfetamine gebruiken. Deze cijfers moeten echter voorzichtig worden geïnterpreteerd vanwege het kleine aantal methamfetamine-gebruikers (19).

### *Psychische risico's van amfetaminegebruik*

Amfetaminegebruik kan leiden tot afhankelijkheid en misbruik en kan volgens de DSM de oorzaak zijn van angst- en stemmingsstoornissen, psychotische stoornissen, delirium en slaap- en seksuele stoornissen. Ontwenning van amfetamine kan psychiatrische verschijnselen veroorzaken. Amfetaminegebruik kan bovendien bestaande psychiatrische ziekten uitlokken.

Bij regelmatig amfetaminegebruik neemt de gevoeligheid voor het ontwikkelen van een psychose (met hallucinaties en wanen) toe (Iversen, 2008; Cao et al., 2016).

- Het ontwikkelen van een psychose lijkt samen te hangen met de totale hoeveelheid gebruikte amfetamine en het aantal malen dat men amfetamine heeft gebruikt (Shoptaw et al., 2008). Bij een chronisch 'binge'-patroon (in korte tijd hoge doseringen), zoals bij injecterend gebruik, kan een psychose zich in enkele maanden ontwikkelen.
- Ook een acute overdosering kan gepaard gaan met een psychose (Richards et al., 2015).

- Van de methamfetaminegebruikers ontwikkelt 10-60% ooit in het leven een psychose (Wang et al., 2016).
- Als de opwinding van de psychose niet snel onder controle is, loopt de patiënt kans op het ontwikkelen van acute hartproblemen, een beroerte, een te hoge bloeddruk in de longen en uitval van de nierfunctie (Richards et al., 2015).

Regelmatig amfetaminegebruik kan ook leiden tot cognitief disfunctioneren en een onherstelbaar verlies van hersencellen (Cao et al., 2016). Bij het abrupt stoppen met gebruik (onthouding of tijdens een detoxificatieperiode) kunnen psychiatrische onttrekkingsverschijnselen ontstaan, zoals depressie, angst en craving (Cao et al., 2016).

## Sterfte

Het precieze aantal sterfgevallen door het gebruik van amfetamine is niet bekend. Er bestaat geen landelijke of verplichte registratie specifiek voor drugsgerelateerde sterfgevallen en de bestaande registraties zullen vrijwel zeker een onderschatting geven van het werkelijke aantal (zie bijlage D.1). Sterfgevallen na amfetaminegebruik in de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS vallen onder dezelfde code als andere stimulerende middelen, zoals ecstasy, cafeïne, efedrine en khat.

- Het totaal aantal geregistreerde sterfgevallen in deze verzamelcategorie varieerde tussen 2004 en 2012, volgens de strikte EMCDDA-definitie, van 1 tot 5 per jaar. Vanwege de overgang in 2013 naar automatische codering van de natuurlijke doodsoorzaken, de start van het elektronisch aanleveren van de doodsoorzakenformulieren, het nieuwe registratiesysteem van de forensische artsen, en meer toxicologisch onderzoek door de forensische artsen, kunnen de aantallen vanaf 2013 niet rechtstreeks vergeleken worden met de aantallen uit de voorafgaande jaren.
- In 2013 registreerde het CBS, volgens de strikte EMCDDA-definitie, 4 gevallen. In 2014 werden 14 gevallen geregistreerd, op een na waren dit *accidentele* vergiftigingen, terwijl in 2013 geen enkel geval *accidenteel* was (er was sprake van *suicide* of het was niet vastgesteld of de vergiftiging met opzet of niet met opzet had plaatsgevonden). Ook in 2015 werden 14 gevallen van sterfte door vergiftiging met psychostimulantia geregistreerd. In 12 gevallen ging het daarbij om *accidentele* vergiftigingen. In 2016 verdubbelde het aantal sterfgevallen vallend binnen de brede groep psychostimulantia naar in totaal 28; in 21 gevallen betrof het *accidentele* vergiftigingen. De in deze paragraaf gepresenteerde cijfers betreffen dezelfde sterfgevallen als die worden beschreven in § 6.7 (sterfte door ecstasy).

Alleen wanneer er een strafrechtelijk onderzoek plaatsvindt, of de nabestaanden daarom vragen, onderzoekt het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) een overlijdensgeval op vergiftigingen met onder andere alcohol en drugs.

- In de sterfgevallen waarbij gerechtelijke sectie en toxicologisch onderzoek heeft plaatsgevonden, is amfetamine zowel in 2012 en 2013 in 3 gevallen aangewezen als doodsoorzaak. In 2014 was amfetamine in geen enkel geval betrokken. In 2015 speelde amfetamine in 5 gevallen en methamfetamine in 1 geval een rol bij het overlijden. In 2016 werd 1 keer amfetamine aangetroffen in combinatie met PMA en MDMA. Ook in sommige andere gevallen hebben meerdere drugs bijgedragen aan het overlijden.
- Vanwege combinatiegebruik kunnen de aantallen sterfgevallen in de verschillende hoofdstukken van dit Jaarbericht niet zonder meer bij elkaar worden opgeteld. Daarnaast moet worden opgemerkt dat het totale aantal gerechtelijke secties door het NFI daalde (van 338 in 2013 naar 267 in 2016), alsook het aantal waarbij toxicologisch onderzoek plaatsvond (van 250 in 2013 naar 184 in 2016).

Amfetamine speelt ook in andere Europese landen een ondergeschikte rol in de drugssterfte, althans voor zover hierover gegevens beschikbaar zijn (EMCDDA, 2017).

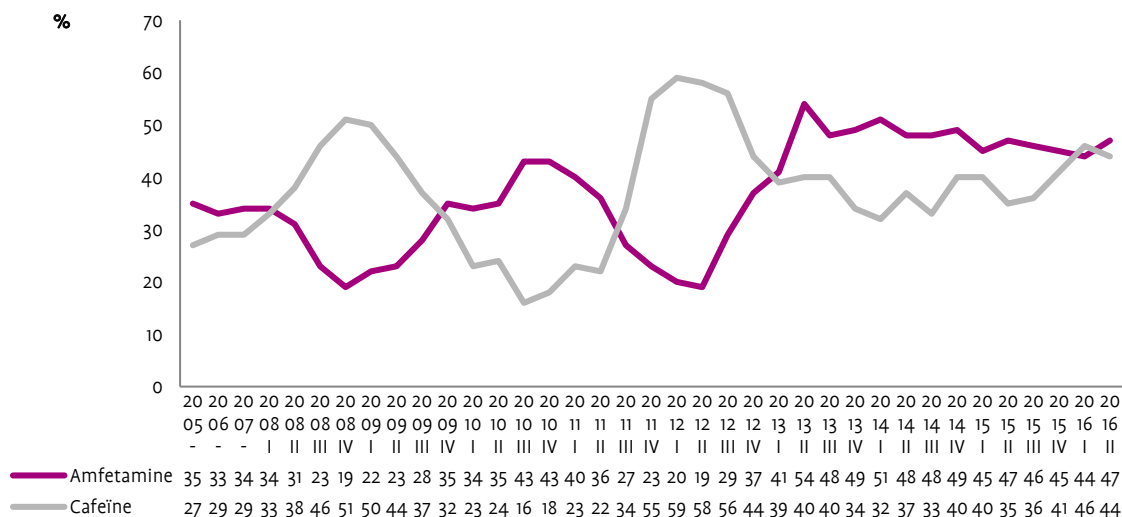
Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) onderzoekt welke stoffen aanwezig zijn in drugsmonsters die bij instellingen voor verslavingszorg worden ingeleverd (Van der Gouwe, 2017). Een deel van deze monsters (pillen) wordt op basis van bepaalde kenmerken, zoals logo, gewicht en diameter, herkend bij de instellingen zelf. Sinds week 11 in 2016 worden speedpoeders op het Trimbos-instituut geanalyseerd met een FTIR (Fourier-Transform-Infraroodspectroscopie). Monsters met onbekende samenstelling en alle monsters in poedervorm worden doorgestuurd naar het laboratorium voor chemische analyse.

### *Samenstelling amfetaminepoeders*

In 2016 werden 1001 poeders, die als amfetamine zijn gekocht, aangeleverd bij het DIMS. In totaal werden 641 speedmonsters met de FTIR geanalyseerd; de overige 360 samples gingen naar het lab voor analyse. Evenals voor ecstasy zijn er tussen medio 2008 en medio 2009 ook duidelijke veranderingen waargenomen in de samenstelling van monsters die als amfetamine zijn gekocht (Van der Gouwe, 2015). Sindsdien is er sprake van een wisselend verloop, met in 2013 een sterke toename in zuiverheid.

- In 2016 bevatte het overgrote deel (98%) amfetamine (zonder methamfetamine), ongeveer net zo veel als de vier jaar daarvoor.
- Methamfetamine werd aangetroffen in zes als 'amfetamine' gekochte poeders, waarvan drie uitsluitend methamfetamine bevatten en de andere drie ook amfetamine. Daarnaast waren 29 samples verkocht als methamfetamine, waarvan er 19 daadwerkelijk deze stof bevatten.
- Cafeïne wordt vaak als versnijdingsmiddel aan de amfetamine toegevoegd om het te verzwaren en de effecten van amfetamine te simuleren. Versnijding met cafeïne is lucratief vanwege de veel lagere prijs dan amfetamine. In 2016 bevatte 41% van de amfetaminepoeders (ook) het versnijdingsmiddel cafeïne, gelijk aan 2014 (39%) en 2013 (42%), maar veel minder dan in 2011 (74%) en 2012 (77%) en 2015 (49%).
- Figuur 7.5 toont de tegengestelde trends in het gehalte amfetamine en cafeïne. In jaren met een laag gehalte amfetamine is het cafeïne gehalte relatief hoog.
- Gemeten over heel 2016 bedroeg de concentratie amfetamine gemiddeld 44%. Dit komt overeen met de 46% in 2015, 49% in 2014 en 47% in 2013, maar is een stuk hoger dan in 2010 (39%), 2011 (30%) en 2012 (27%). Figuur 7.5 toont dat de amfetaminemarkt aan fluctuaties onderhevig is en de laatste jaren een stabiel hoge zuiverheid laat zien.

**Figuur 7.5** Gehalte amfetamine en cafeïne in speedpoeders, vanaf 2005



Percentage amfetamine en het versnijdingsmiddel cafeïne in speedpoeders die zowel amfetamine als cafeïne bevatten. Data zijn weergegeven per jaar van 2005-2007 en per kwartaal van 2008-2016. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

- Enkele jaren geleden werd regelmatig 4-fluoramfetamine (4-FA) als vervuiling aangetroffen in monsters verkocht als amfetamine. In 2012 was dat nog 46 keer, maar de jaren daarna daalde het tot geen enkel sample in 2016 (zie ook onder 'Overige stoffen'). In 2016 werden wel 345 poeders, 307 capsules en 428 pillen bij het DIMS ter analyse aangeboden die specifiek verkocht zijn als 4-FA, en niet als 'vervuiling' van amfetamine of een andere drug (zie hoofdstuk 8).
- Vanaf 2010 werd de stof 4-methylamfetamine (4-MA) in toenemende mate in amfetaminemonsters aangetroffen met een piek van 191 keer in 2012 (in totaal 199 samples met 4-MA), soms ook als hoofdstof (zie hoofdstuk 8). Sinds 4-MA vanwege gezondheidsincidenten via een spoedprocedure op lijst I van de Opiumwet geplaatst werd in 2012, is ook het aantal keer dat deze stof werd aangetroffen gedaald. In 2016 werd het middel nog maar 1 keer aangetroffen in een amfetaminepoeder.

## Prijzen

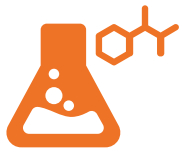
De Amsterdamse Antenne-monitor en het DIMS-project geven een indicatie van de prijs die een consument betaalt voor een gram amfetamine. De aankooprijzen van amfetamine zijn de afgelopen jaren gestegen. Vaak zijn drugs in Amsterdam en andere grootstedelijke gebieden duurder dan in andere delen van Nederland.

- Consumenten die bij DIMS hun drugsmonster lieten testen betaalden in 2016 tussen de 1 en 50 euro (gemiddeld 7,25 euro) per gram amfetamine (Van der Gouwe en Rigter, 2017). De gemiddelde prijs steeg van 6 euro in 2010 naar 9 euro per gram amfetamine in 2012, toen het gehalte amfetamine laag was en het gehalte cafeïne hoog was (figuur 7.5). Hoewel een veranderde rapportagemethode in 2013 een vergelijking bemoeilijkt, lijkt sindsdien een prijsdaling te zijn opgetreden van amfetaminemonsters (tabel 7.7).
- De gemiddelde prijs van bij de Amsterdamse testservice aangeboden monsters lag in 2016 op 9 euro (Nabben et al., 2017). Hierin zijn de afgelopen jaren geen veranderingen geweest.
- Volgens sleutelfiguren in het Amsterdamse uitgaansleven kostte een gram methamfetamine in 2016 in de gayscene nog steeds tussen de 100 en 150 euro (Nabben et al., 2017).

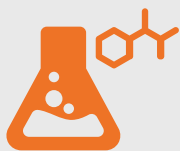
**Tabel 7.7 Prijzen<sup>I</sup> op consumentenniveau van amfetamine, vanaf 2008<sup>II</sup>**

	2008	2009	2010	2011	2012	Wijziging methode <sup>II</sup>	2013 <sup>II</sup>	2014	2015	2016
Aantal monsters (n)	843	973	969	843	650	...	1.077	904	929	929
Gemiddelde (€)	6	8	6	8	9	...	8	7	7	7
Mediaan (€)	5	6	6	5	11	...	8	6	6	6
Minimum – maximum (€)	5-15	1-25	2-15	3-17	3-30	...	1-35	1-30	1-50	1-50

... = Wijziging methode. I. Prijs per gram amfetamine. II. In 2013 hanteerde DIMS een nieuwe rapportagemethode waarbij de prijs als continu in plaats van categoriaal werd uitgevraagd, hetgeen weinig impact heeft op de gemiddelde prijs en mediaan, maar wel de range van de prijs wijder maakt en non-respons reduceert. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.



## 8. Nieuwe psychoactieve en andere stoffen



## 8. Nieuwe psychoactieve en andere stoffen

### Inleiding

Geregeld verschijnen er stoffen op de (Europese) markt die qua werking vergelijkbaar zijn met de 'traditionele' illegale drugs, maar (nog) niet onder de drugswetgeving vallen en vaak worden geproduceerd om deze te omzeilen (Koning en Niesink, 2013). Deze stoffen worden ook wel aangeduid als 'legal highs', 'research chemicals' of 'designer drugs', maar tegenwoordig met de verzamelterm Nieuwe Psychoactieve Stoffen (NPS, zie § 15.1). Soms worden deze stoffen bewust gebruikt en soms worden zij toegevoegd aan andere drugs (bijvoorbeeld ecstasy of amfetamine), zonder dat de gebruiker hier van af weet. Doorgaans is weinig bekend over het gebruik en de risico's van NPS.

Tot en met 2016 stonden 620 NPS geregistreerd in het Europese Early Warning System van het EMCDDA. In 2016 werden 66 nieuwe stoffen gemeld, voor het eerst sinds de registratie in 2005 een afvlakking van de jaarlijkse stijging. Meestal blijft het gebruik van NPS beperkt tot een kleine gebruikersgroep en is het een tijdelijk fenomeen. Slechts van een enkel middel lijkt het gebruik wat bestendiger. Desondanks is de NPS markt de afgelopen jaren sterk toegenomen en daarmee het risico op (soms fatale) gevolgen voor de volksgezondheid. Het gebruik lijkt onder bepaalde risicogroepen, zoals uitgaande jongeren, mannen die seks hebben met mannen, injecterend drugsgebruikers en gevangenen, relatief hoog te zijn. Gebruik van het middel 4-fluoramfetamine (4-FA) heeft in 2016 tot enkele ernstige incidenten geleid in Nederland, waarvan een tweetal fataal. Op basis van deze meldingen is er in 2016 een publiekswaarschuwing uitgegaan voor de risico's van 4-FA gebruik. Op geleide van signalen voor schade voor de volksgezondheid zijn in de afgelopen jaren op Europees niveau of door de WHO voor een aantal middelen risicobeoordelingen uitgevoerd. Deze hebben geleid tot een advies voor het onder controle brengen van deze middelen onder de nationale drugswetgeving (EMCDDA, 2016). Zo zijn naar aanleiding van risicobeoordelingen door de Wereldgezondheidsorganisatie en het Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs (CAM) per 25 mei 2017 de volgende 3 middelen op lijst I van de Nederlandse Opiumwet geplaatst: alfa-PVP, acetylfentanyl en 4-FA (§ 2.1). In 2016 zijn alfa-PVP (11 keer) en 4-FA (702 keer) op de Nederlandse gebruikersmarkt aangetroffen; acetylfentanyl is voor zover bekend niet aangetroffen in Nederland (§ 8.8).

Vanwege het in rap tempo verschijnen en verdwijnen van stoffen en veranderingen in (inter)nationale wetgeving is NPS een rekbare term. In dit hoofdstuk wordt de NPS definitie van het Meldpunt Nieuwe Drugs (zie bijlage A) gehanteerd: synthetische stoffen met een psychoactieve werking die pas sinds kort op de drugsmarkt worden aangetroffen en nog niet onder de Opiumwet vallen (zoals 3-MMC, ethylone of pentedron (meldpuntnd.nl)). Maar ook gereguleerde stoffen die – na enkele jaren afwezigheid – opnieuw op de drugsmarkt verschijnen (zoals 2C-B), of waarvan de wettelijke status recent is veranderd (zoals 4-FA, mefedron en methylon) worden in dit hoofdstuk beschreven (zie ook tabel 8.1). Deze middelen blijven ook op de lijst van middelen voor het Early Warning System (EWS) van het EMCDDA voor permanente monitoring.

Dit hoofdstuk vat gegevens samen voor een aantal (relatief) veel in Nederland voorkomende NPS, ingedeeld op grond van hun chemische structuur of farmacologische werking zoals dat internationaal (EMCDDA, UNODC) gebruikelijk is (zie tabel 8.1) (Koning en Niesink, 2013). Aangezien NPS een breed scala aan middelen aanduidt, loopt ook de werking uiteen. In Nederland is 4-FA tegenwoordig de meest gebruikte NPS; qua werking lijkt het middel op MDMA (ecstasy), maar heeft sterkere stimulerende- en minder entactogene/euforigene effecten (CAM, 2015; Linsen et al., 2015).

Tabel 8.1 NPS indeling met in Nederland voorkomende voorbeelden

NPS soort	Kenmerk	Voorbeelden <sup>1</sup>	Op lijst I NL Opiumwet
Fenylethylaminen	Lijken wat betreft structuur en werking op MDMA (ecstasy) en amfetamine.	2C-B	Sinds 1997
		4-Fluoramfetamine (4-FA)	Sinds 25 mei 2017
		6-APB	Nee <sup>II</sup>
		25I-NBOMe 25B- NBOMe, 25C- NBOMe	Sinds 1 juli 2015 Sinds 1 januari 2016
		4-methylamfetamine (4-MA)	Sinds 15 juni 2012 (spoedprocedure)
Tryptaminen	Hebben veelal een hallucinogeen effect en lijken op tryptaminen die in de natuur voorkomen, zoals psilocybine in paddo's.	DMT	Sinds 1966
		5-MeO-DMT	Nee <sup>II</sup>
Synthetische cathinonen	Zijn wat betreft werking vergelijkbaar met amfetamine (naam komt van 'cathinon', bestanddeel van de khatplant).	Mefedron (4-MMC/meow meow)	Sinds 9 mei 2012
		Methylon	Sinds 1 januari 2016
		a-PVP (flakka) 4-MEC	Sinds 25 mei 2017 Nee <sup>II</sup>
Synthetische cannabinoïden	Simuleren de werking van THC (het belangrijkste psychoactieve bestanddeel in cannabis) maar hebben een andere chemische structuur.	Toegevoegd aan 'kruidenmengsels', aangeduid als bijvoorbeeld 'Spice'	JWH-018 en AM-2201 sinds 1 januari 2016, andere 'spice' niet <sup>II</sup>
Piperazinen	Vormen een groep psychoactieve stoffen die voor het eerst werden aangetroffen op de ecstasymarkt en als zodanig werden verkocht.	mCPP	Nee <sup>II</sup>
		MT-45	Sinds 1 juli 2015
Overig	Onder andere obsolete geneesmiddelen en stoffen die van geneesmiddelen zijn afgeleid (bijvoorbeeld structuurvarianten van ketamine).	Methoxetamine (MXE)	Sinds 1 juli 2015

Onderstreepte middelen worden in dit hoofdstuk in meer detail besproken II. Deze stoffen vallen in Nederland niet onder de Opiumwet; het Europese Hooggerechtshof heeft bepaald dat NPS niet onder de Geneesmiddelenwetwet vallen (tenzij het een werkzame stof uit een geneesmiddel betreft, zoals ketamine) en daarmee vallen deze middelen nu onder de Warenwet





## 8.1 Laatste feiten en trends

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

- In 2016 komt het gebruik van NPS weinig voor in de bevolking van 18 jaar en ouder, met uitzondering van 4-fluoramfetamine (4-FA). Het laatste-jaar-gebruik van dit middel ligt op vergelijkbaar niveau als dat van amfetamine, maar lager dan van cocaïne en ecstasy. Onbekend is of de prevalentie van 4-FA gebruik is veranderd in 2017, na plaatsing op lijst I van de Opiumwet.
- Het percentage gebruikers in de bevolking van 18 jaar en ouder van mefedron, synthetische cannabis, methoxetamine en 6-APB ligt vele malen lager (§ 8.2).
- Een Europees onderzoek in 2015 onder scholieren van 15-16 jaar suggereert dat het gebruik van enige NPS onder Nederlandse scholieren op het niveau ligt van dat van harddrugs, zoals cocaïne en amfetamine (§ 8.3), en lager is dan het Europees gemiddelde (§ 8.5).
- Ook onder uitgaanders ligt het oitgebruik van de meeste NPS op enkele procenten. Uitzonderingen daarop zijn 4-fluoramfetamine (4-FA) dat een plek onder de uitgaansdrugs lijkt te hebben ingenomen, en het middel 2C-B dat qua gebruik tussen 4-FA en andere NPS in ligt (§ 8.3).
- De Monitor Drugsincidenten ziet, behalve 4-FA, weinig incidenten met NPS. Het aandeel van 4-FA-incidenten is fors toegenomen de laatste jaren. Bijna de helft van de gebruikers had naast 4-FA ook een andere drug gebruikt, wat relatief vaker leidde tot ernstige intoxicaties. De gebruikers die bij een EHBO-post terecht komen met een 4-FA intoxicatie zijn gemiddeld jonger dan mensen die vanwege een ander middel bij de EHBO-post worden behandeld.
- Het aandeel NPS van alle drugsmonsters is bij het DIMS de afgelopen jaren gestegen (§ 8.7). 4-fluoramfetamine (4-FA) wordt het meest aangetroffen op de Nederlandse drugsmarkt, en niet als substituuut voor ecstasy en amfetamine, maar als *'drug of choice'*.
- Via het DIMS worden steeds vaker monsters aangeleverd die via het internet zijn gekocht, het gaat dan vooral om NPS (§ 8.7).

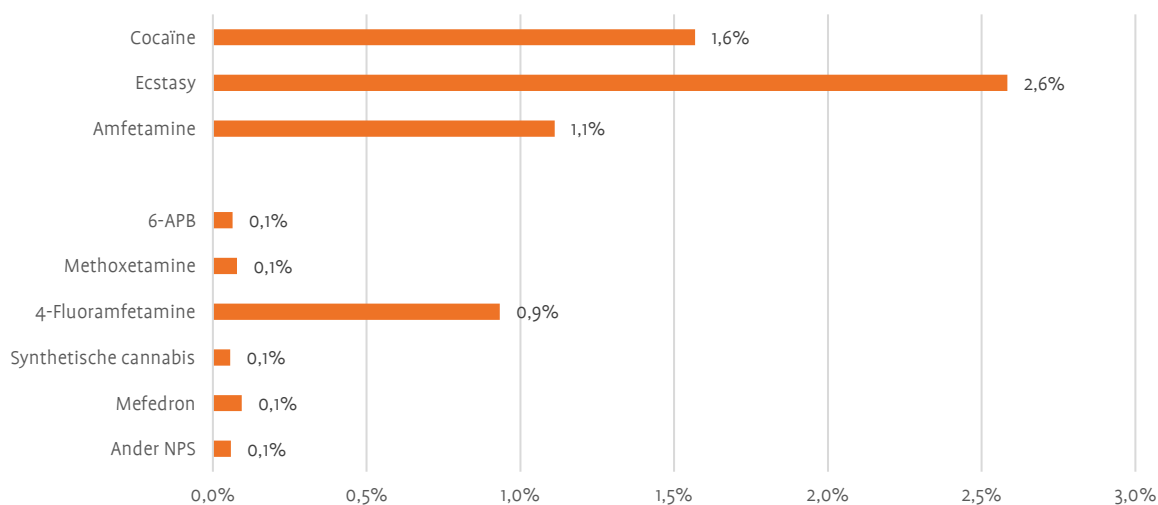


## 8.2 Gebruik: algemene bevolking

In 2016 is voor het eerst het gebruik van Nieuwe Psychoactieve Stoffen (NPS) in de Nederlandse algemene bevolking gemeten met de aanvullende module Roken, Alcohol en Druggebruik van de Leefstijlmonitor 'Leefstijlmonitor-aanvullend (LSM-A)'. Dit is een tweejaarlijkse dieptestudie naar middelengebruik in de algemene bevolking, die naast de jaarlijkse kernstudie Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor wordt uitgevoerd voor meer verdiepende gegevens over middelengebruik, zoals het gebruik van NPS (zie bijlage D.2). De LSM-A definieert NPS als volgt: "Sommige stoffen bootsen de werking na van drugs zoals ecstasy, cocaïne of amfetamine. Deze stoffen worden ook wel nieuwe psychoactieve stoffen of 'legal highs' genoemd." Vervolgens wordt naar het gebruik van een aantal specifieke middelen in de afgelopen 12 maanden gevraagd.

- Ongeveer één op de 100 (1,1%) volwassen Nederlanders rapporteerde in 2016 in het laatste jaar wel eens een van de uitgevraagde NPS (inclusief 'anders') gebruikt te hebben (zie figuur 8.1). Omgerekend naar de bevolking van 18 jaar en ouder (afgerond op tienduizendtallen) bedroeg het aantal laatste-jaar-gebruikers ongeveer 140 duizend (95% betrouwbaarheidsinterval 120-170 duizend).
- De meerderheid van deze laatste-jaars-gebruikers had 4-FA gebruikt, namelijk 0,9% van de bevolking (figuur 8.1). Dit is lager dan ecstasy- en cocaïnegebruik, en ongeveer gelijk aan amfetaminegebruik. Onbekend is of de prevalentie van 4-FA gebruik is veranderd in 2017, na plaatsing op lijst I van de Opiumwet (25 mei 2017).
- Het gebruik van de andere NPS (mefedron, synthetische cannabis, methoxetamine en 6-APB) ligt met 0,1% aanzienlijk lager.

**Figuur 8.1 NPS- en stimulantiegebruik in Nederland in de bevolking van 18 jaar en ouder (LSM-A). Peiljaar 2016**



Percentage gebruikers in het laatste jaar. Om een vergelijking te kunnen maken tussen het gebruik van NPS en traditionele stimulantia worden in deze figuur resultaten gepresenteerd uit de Leefstijlmonitor-Aanvullend (LSM-A) 2016 (Bron: LSM-A/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM en CBS). Deze cijfers zijn (niet statistisch significant) lager dan de kernprevalenties zoals gerapporteerd in voorgaande hoofdstukken: het laatste jaar gebruik van cocaïne (1,7%), ecstasy (2,9%) en amfetamine (1,4%) uit de jaarlijkse Gezondheidsenquête (bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2016) (zie bijlage D.2).



### 8.3 Gebruik: jongeren en jongvolwassenen

Het gebruik van NPS wordt ook onder jongeren nog niet systematisch in kaart gebracht. Deze paragraaf beschrijft wat er uit uiteenlopende onderzoeken bekend is: een landelijk onderzoek naar middelengebruik onder een representatieve steekproef scholieren van 15-16 jaar van het voortgezet onderwijs en Amsterdamse studenten van het MBO, en diverse landelijke en lokale onderzoeken in verschillende groepen uitgaande jongeren en jongvolwassenen.

#### *Scholieren van het regulier onderwijs*

In 2015 zijn voor het eerst vragen over het gebruik van NPS meegenomen in scholierenonderzoek naar middelengebruik in het Europese ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) onderzoek (zie ook § 8.5). Aan 15- en 16-jarige scholieren is gevraagd of ze ooit NPS hebben gebruikt. Hierbij moet worden opgemerkt dat het definiëren van NPS erg lastig is in surveys. NPS is in ESPAD als volgt beschreven: "Je kunt tegenwoordig soms ook 'nieuwe middelen' kopen die een zelfde soort effect hebben als wiet, hasj of ecstasy. Ze worden ook wel 'nieuwe psychoactieve stoffen', 'legal highs' of 'research chemicals' genoemd. Ze zijn er in verschillende soorten, zoals kruidenmengsel, drankjes, poeders, pillen of kristallen" (Kraus et al., 2016).

- Van de Nederlandse 15-16 jarige scholieren rapporteert 2% ooit een NPS gebruikt te hebben. Dit is voor jongens 3% en voor meisjes 2%, dit verschil is niet statistisch significant. Daarnaast weet 4% het antwoord niet (evenveel jongens als meisjes). Het ooitgebruik ligt hiermee op het niveau van dat van cocaïne (2%) en amfetamine (2%), maar lager dan voor ecstasy (3%).
- Laatste-jaar-gebruik van NPS is 1% (1% voor jongens, 0% voor meisjes).

- Een andere studie in 2013 in 4 landen (Italië, Oekraïne, Montenegro en IJsland) naar de betrouwbaarheid van de antwoorden op de vraag naar NPS-gebruik liet zien dat gemiddeld ruim een kwart (28%) van de scholieren de vraag op een of andere wijze verkeerd interpreteerde (Hibell et al., 2015). Hoewel in Nederland de bekendheid met NPS (inmiddels) mogelijk groter is, suggereert deze studie dat de cijfers over het gebruik van NPS voorzichtig dienen te worden geïnterpreteerd.

### *Speciale groepen jongeren en jongvolwassenen*

Hoewel er geen representatieve onderzoeken beschikbaar zijn over NPS gebruik onder Nederlandse uitgaande jongeren en jongvolwassenen, zijn in de afgelopen jaren wel kwantitatieve en kwalitatieve gegevens over het gebruik van NPS beschikbaar gekomen uit lokale onderzoeken en nationale web-surveys. Aangezien dit gerichte studies zijn onder risicogroepen, ligt het NPS-gebruik vanzelfsprekend hoger dan in de algemene bevolking (zie § 8.2). Daarnaast geven deze studies geen prevalentiecijfers van het NPS gebruik onder de Nederlandse jongeren per se, maar brengen wel nieuwe trends in een moeilijk te bereiken populatie in kaart.

Het algehele beeld dat naar voren komt uit deze bronnen is dat 4-FA en 2C-B de meest populaire NPS zijn, maar dat deze middelen niet de populariteit van de meer gevestigde drugs evenaren.

### *Landelijke gegevens over het gebruik van NPS*

In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2016 is via een websurvey het middelengebruik van 4.905 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 15-35 jaar in kaart gebracht. Twee vijfde (39%) van de deelnemers bezocht maandelijks een club en nog eens een vijfde (18%) deed dit wekelijks. Party's werden minder vaak bezocht; 60% deed dit in het afgelopen jaar minder dan maandelijks (Monshouwer et al., 2016). De steekproeven van 2013 en 2016 verschillen in opzet en zijn geen van beiden representatief voor alle uitgaande jongeren in Nederland.

De resultaten van de studie in 2016 zijn daarom niet rechtstreeks te vergelijken met die van de peiling in 2013. Aangezien geen van beide peilingen een representatief beeld vormen van alle Nederlandse uitgaande jongeren, worden vooral de grootste verschillen uit beide onderzoeken belicht.

- In 2016 zijn vragen over het gebruik van 8 NPS opgenomen. De meest opmerkelijke bevinding was dat 3 van de 10 respondenten (29,2%) aangaf ervaring te hebben met 4-FA (tabel 8.2). Dit is fors hoger dan 9,9% in 2013. Ook het laatste jaar- en laatste-maand 4-FA-gebruik ligt in 2016 fors hoger dan in 2013, terwijl het gebruik van traditionele drugs zoals ecstasy en amfetamine juist gedaald lijkt te zijn. Samen met de signaleringen uit het Amsterdamse uitgaansleven (zie tekst onder *Lokale gegevens*), de stijging in het aandeel 4-FA gerelateerde gezondheidsincidenten (§ 8.6) en als 4-FA aangekochte drugsmonsters (§ 8.8), suggereert dit resultaat een flinke toename in 4-FA gebruik onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen.
- 4-FA lijkt evenals ecstasy een typische partydrug te zijn. Op de vraag waar laatste-jaar 4-FA gebruikers het meest gebruiken noemde 90% een festival, op afstand gevolgd door een club (38%), thuis (12%) of een feestje (12%). Een poppodium (3%) of café (2%) werd zelden genoemd. Respondenten konden maximaal 3 locaties aangeven.
- Van de 25% van de respondenten die in het afgelopen jaar 4-FA gebruikten, nam 80% dit middel een paar keer per jaar, 12% nam het maandelijks, 6% een paar keer per maand en 1% eens per week.
- Gebruikers combineren 4-FA vooral met ecstasy (en/of alcohol), hetgeen volgens resultaten van de Monitor Drugsincidenten extra risicovol is. Van alle laatste-jaar-drugsgebruikers combineert 56% wel eens alcohol en/of drugs. Zij konden maximaal 3 combinaties invullen en de combinatie van gelijktijdig 4-FA met ecstasy was de meest voorkomende drug-drug combinatie (3% van de genoemde combinaties).
- Het gebruik van 2C-B (14,8% ooitgebruik) ligt tussen dat van 4-FA en andere NPS in, ongeveer op het niveau van meer 'reguliere' middelen zoals GHB (13,8%, zie § 9.3).
- Zowel in 2013 als in 2016 is het percentage uitgaanders dat ooit, het laatste jaar of de laatste maand een van de andere NPS heeft gebruikt (vergeleken met 4-FA, 2C-B en traditionele drugs) relatief laag (zie tabel 8.2).

- Synthetische cannabinoïden ("Spice" in tabel 8.2) is een groep NPS waar erg weinig interesse voor is, zeker vergeleken bij de traditionele uitgaansmiddelen.

**Tabel 8.2 Gebruik van NPS in Nederland door (frequente) bezoekers van party's, festivals en clubs van 15-35 jaar. Peiljaar 2016**

	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
2C-B	14,8	9,5	2,7
4-Fluoramfetamine	29,2	24,5	9,9
Mefedron	2,1	1,0	0,2
Methylon	1,5	0,9	0,2
Methoxetamine	2,2	1,4	0,3
6-APB (benzofury)	3,2	2,0	0,5
Spice	1,4	0,7	0,2
4-MEC	0,7	0,4	0,2

Percentage gebruikers ooit, laatste jaar en laatste maand. Zie tabel 8.1 voor een classificatie van deze NPS. Respondenten zijn primair geworven via websites voor uitgaanders en social media op basis van zelfselectie. Bron: Het Grote Uitgaansonderzoek 2016 (Monshouwer et al., 2016).

### Lokale gegevens over het gebruik van NPS: Amsterdam

Op lokaal niveau zijn alleen gegevens beschikbaar van de Amsterdamse Antenne-monitor, waarin onder meer kwalitatieve gegevens worden verzameld van sleutelfiguren uit het uitgaansleven. In 2016 signaleren deze sleutelfiguren dat 4-FA een vaste plek lijkt te hebben veroverd en dat de opmars uit 2013 lijkt door te zetten (Nabben et al., 2017). Zoals ook naar voren komt uit het Groot Uitgaansonderzoek, neemt naast 4-FA, ook 2C-B een prominente plaats in, maar verder blijft de belangstelling voor NPS ver achter bij traditionele middelen.

- Volgens sleutelfiguren is 4-FA een alternatief voor ecstasy, omdat mensen er minder duidelijk van in een roes raken, ze sneller herstellen na het gebruik en daarbij wordt wel gedacht dat dat deze 'mildere high' dus ook veiliger is. Enkele panelleden geven aan dat 4-FA gebruik een reactie is op de huidige hoge dosering van ecstasy tabletten. Zo wordt 4-FA wel beschreven als helder en actief in tegenstelling tot de 'ecstasywaas' waar je uren aan moet geloven. Er is ook scepsis over het nut van een verbod van 4-FA bij sleutelfiguren, ze vinden de hoog gedoseerde ecstasy een veel groter risico.
- Het tripmiddel 2C-B, dat qua werking tussen ecstasy en LSD ligt, wordt al sinds de jaren '90 genoemd in het Antennepanel, dat door sommigen nog als een nieuw middel wordt gezien. Het kent een tweeledige werking, als een soort ecstasy bij lage doseringen (rond de 10 mg) en als tripmiddel bij hogere doseringen (meer dan 20 mg).
- De middelen 5-APB en 6-APB lijken in populariteit te dalen, vanwege onder meer de lange werkingsduur.
- Mefedron en methylon zijn de meest bekende cathinonen, voor beide lijkt anno 2016 echter weinig animo meer te bestaan. Er zijn wel signalen uit het Amsterdamse nachtleven dat 3-MMC (een analoog van mefedron) aan een voorzichtige opmars bezig is als 'kortdurende upper'.
- Methoxetamine, een analoog van ketamine, is nagenoeg van de markt verdwenen in 2016, wat misschien ook verband houdt met het verbod uit 2015.

De Antenne-monitor omvat ook jaarlijks een vragenlijstsonderzoek naar middelengebruik, waaronder NPS, onder wisselende groepen in het Amsterdamse uitgaansleven (tabel 8.3). In 2013 ging het om clubbers en ravers, in 2014 om cafébezoekers, in 2015 om coffeeshopbezoekers en in 2016 om

MBO-studenten. Verschillen tussen groepen uitgaanders zijn lastig te duiden, vanwege de verschillen in de doelgroep en vanwege het feit dat de markt van NPS sterk veranderlijk is. Wel laten de gegevens in tabel 8.3 de trend zien dat 2C-B en 4-FA door de jaren heen het meest populair zijn bij zowel uitgaanders, coffeeshopbezoekers als MBO-studenten.

- De meest recente survey onder MBO-studenten laat zien dat in 2016 in totaal 10,4% van de studenten ooit een NPS (uit tabel 8.3) heeft gebruikt; 12,1% van de jongens en 8,9% van de meisjes.
- In 2015 had 18% van ondervraagde coffeeshopbezoekers wel eens een NPS gebruikt (tabel 8.3).
  - Meer dan de helft (58%) heeft nog nooit van synthetische cannabinoïden gehoord, 10% heeft het ooit gebruikt, 6% in het afgelopen jaar en 2% nog in de afgelopen maand. De helft van de ooitgebruikers kocht synthetische cannabis via een smartshop of headshop (50%), een kwart (27%) via internet.
  - Het gebruik van 4-FA komt vaker voor onder jongere coffeeshopbezoekers en bezoekers met Westerse achtergrond.
  - 2C-B lijkt iets minder populair dan 4-FA, maar het laatste-jaar-gebruik steeg van 2% in 2009 tot 8% in 2015.
- In 2014 had één vijfde (19%) van de cafébezoekers weleens één of meer NPS (uit tabel 8.3) gebruikt.
  - Onder jongeren en jongvolwassenen die Amsterdamse mainstream-, hippe-, studenten-, en gaycafés bezoeken, steeg tussen 2010 en 2014 het ooitgebruik van 2C-B van 5% naar 10% en van mefedron van 2% naar 5% (Benschop et al., 2015).
  - Zowel het ooit- als laatste-jaar-gebruik van 4-FA was in 2014 12% en laatste-maand-gebruik 5%.
- Clubbers en ravers hadden in 2013 ook het meest ervaring met 4-FA en 2C-B.
  - Het gebruik van 2C-B lag toen echter hoger dan voor 4-FA. Voor de meeste NPS in tabel 8.3 werd gevonden dat ravers vaker ervaring hadden met deze middelen dan clubbezoekers.
  - Ooitgebruik van 4-FA kwam vaker voor onder studenten, nauwelijks onder 30-plussers en minder vaak onder niet-westerse personen.

**Tabel 8.3 Gebruik van NPS in speciale groepen in Amsterdam. Peiljaren 2013, 2014, 2015**

	MBO-studenten Amsterdam 2016	Coffeeshopbezoekers Amsterdam 2015 <sup>II</sup>			Cafébezoekers Amsterdam 2014 <sup>III</sup>			Clubbers en ravers Amsterdam 2013 <sup>IV</sup>		
	Ooit (%) <sup>I</sup>	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)	Ooit (%)	Laatste jaar (%)	Laatste maand (%)
2C-B	5,0	12,4	8,4	1,3	10,3	5,5	1,5	18,6	13,6	6,0
4-Fluoramfetamine	6,5	12,8	11,5	3,1	12,4	11,5	5,4	15,2	8,8	1,4
Mefedron	1,2	2,7	1,8	0	5,4	1,9	0,6	9,3	2,4	0,6
2/3/4-FMC	1,1	0,4	0,4	0,4	1,0	0,6	0,2	-	-	-
Methylon	0,7	0,4	0	0	2,1	0,8	0,2	4,4	1,7	0,6
Methoxetamine	1,2	2,7	1,3	0	2,9	1,7	0,2	3,2	1,9	0,3
6-APB (benzofury)	1,3	0,9	0,9	0	2,9	1,9	0,4	5,1	3,8	0,6

Percentage gebruikers ooit, laatste jaar en laatste maand. I. Voor de survey onder MBO-studenten is alléén ooitgebruik meegenomen, onder 1.972 MBO-studenten van gemiddeld 19 jaar (±2,4 s.d.). II. 227 coffeeshop bezoekers van gemiddeld 25 jaar (18 tot en met 47 jaar). IV. 523 Cafébezoekers van gemiddeld 27 jaar (14 tot en met 55 jaar). IV. 663 clubbers en ravers van gemiddeld 24 jaar (16 tot en met 55 jaar) Antenne 2016 (Nabben et al., 2017); Antenne 2015 (Nabben et al., 2016); Antenne 2014 (Benschop et al., 2015) Antenne 2013, (Nabben et al., 2014), Bonger Instituut voor Criminologie, UvA.

## Overig Nederlands onderzoek naar het gebruik van NPS

In een recente websurvey uit 2017 onder 528 Nederlandse uitgaanders werden gebruikers van NPS vergeleken met gebruikers van illegale middelen (geen NPS) en niet-gebruikers (geen enkel middel, uitgezonderd alcohol, tabak en cannabis). Uit deze studie blijkt dat de groep NPS gebruikers (N=270) een uitgesproken groep is als het gaat om risicogedrag en middelengebruik (Vreeker et al., 2017).

- NPS gebruikers hebben meer vrienden en kennissen die NPS en/of illegale middelen gebruiken.
- Zij zijn ook meer impulsief en 'sensatie zoekend' dan de groep illegale drugsgebruikers en de niet-gebruikers. Deze kenmerken zijn gerelateerd aan risicogedrag.
- Ook de risicoperceptie van NPS gebruikers was voor bijna iedere vorm van drugsgebruik lager dan dat van de illegale drugsgebruikers en de niet-gebruikers.

In een oudere websurvey in 2014 onder 249 Nederlandse gebruikers van 4-FA (66% man; gemiddeld 25 jaar) lagen de subjectieve effecten van 4-FA tussen die van amfetamine en ecstasy (MDMA) te liggen: minder entactogeen en meer stimulerend dan MDMA, maar minder stimulerend dan amfetamine (Linsen et al., 2015).

- Gebruikers vonden het effect van 4-FA belangrijker dan de legale status. Voor de meerderheid (77%) waren de specifieke effecten de belangrijkste reden van 4-FA gebruik, slechts 18% gebruikte het vanwege de legale status.
- 4-FA werd meestal gebruikt tijdens het uitgaan, namelijk op festivals (33%), danceparty's (28%), clubs (16%) of afterparty's (11%).
- De meerderheid verkreeg 4-FA via vrienden (45%), 28% kocht het online, de rest via een andere weg.

Er is verder nauwelijks onderzoek gedaan naar de effecten en risico's van 4-FA in mensen (zie ook § 8.6 en § 8.7).



### 8.4 Problematisch gebruik

Het is onbekend hoeveel probleemgebruikers van NPS er zijn, dus mensen die in hun dagelijks functioneren last krijgen van hun drugsgebruik of zelfs verslaafd raken. De enige indicaties die we vooralsnog hebben worden beschreven in § 8.6. Deze wijzen op een toename van geregistreerde acute gezondheidsincidenten gerelateerd aan 4-FA in de Monitor Drugsincidenten (MDI) en een beperkt (maar gestegen) aantal informatieverzoeken over 4-FA intoxicaties bij het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC). Het EMCDDA signaleert dat in delen van Europa de beschikbaarheid en het gebruik van NPS lijkt toe te nemen onder chronische en gemarginaliseerde drugsgebruikers en dat problematisch gebruik van NPS steeds vaker voorkomt binnen bepaalde settings en bepaalde kwetsbare bevolkingsgroepen. Zo wordt injecterend gebruik van cathinonen door bijvoorbeeld huidige en voormalige opioïdengebruikers geassocieerd met een toename van geestelijke en lichamelijke gezondheidsproblemen. Ook wordt toenemend gebruik gesignaleerd van synthetische cannabinoïden onder daklozen en in gevangenis (EDR, 2017).



### *Algemene bevolking*

Het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) verzamelt geen gestandaardiseerde gegevens over het gebruik van NPS in de lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen en Turkije. Sinds 2011 hebben elf Europese landen nationale ramingen gerapporteerd over het gebruik van NPS in de algemene bevolking (EMCDDA, 2017). Verschillen in methoden en in de vragen zorgen er echter voor dat de resultaten van verschillende landen niet met elkaar vergeleken kunnen worden. Dit geldt ook voor de resultaten uit Australië (Australian Institute of Health and Welfare, AIHW, 2014).

- Het gebruik van NPS onder jongvolwassenen (15-34 jaar) in het afgelopen jaar varieerde van 0,3 % in Oostenrijk tot 1,6 % in Tsjechië en Ierland.
- Herberekend volgens de standaard leeftijdsgroepen van het EMCDDA heeft respectievelijk 1,4% van de Nederlandse volwassen bevolking (15-64 jaar) en 3,5% van de jongvolwassenen (15-34 jaar) in het laatste jaar één of meerdere NPS gebruikt (tabel 8.4). Zoals in Figuur 8.1 blijkt gaat het in Nederland voornamelijk om 4-FA.
- Een klein aantal van de Europese enquêtes bevat vragen over het gebruik van synthetische cannabinoïden. In het afgelopen jaar varieerde het gebruik door jongeren in de leeftijdscategorie 15-34 jaar tussen 0,4% in Slowakije tot 1,5 % in Letland. In Australië was dit 0,3% van de volwassen bevolking (18 jaar en ouder). Onder Franse jongeren (18 tot 34) is alleen het ooitgebruik van synthetische cannabinoïden vastgesteld: 4%.
- Ook in Nederland komt in 2016 het gebruik van synthetische cannabinoïden zelden voor: 0,1% van de jongvolwassenen (15-34 jaar) gebruikte dit in het laatste jaar.
- In de meest recente enquête in het Verenigd Koninkrijk (2015-2016) werd het gebruik van mefedron in het afgelopen jaar door jongeren van 16 tot 34 jaar geschat op 0,5 %. Dit komt neer op een daling ten opzichte van de gerapporteerde waarde van 1,1 % in 2014-2015. In Nederland was dit 0,2% van de 15-34-jarigen in 2016.

**Tabel 8.4** Consumptie van NPS onder de algemene bevolking van de Australië en enkele lidstaten van de EU in variërende leeftijdsgroepen<sup>1</sup>

Land	Jaar	Leeftijd (jaar)		Ooitgebruik (%)	Laatste-jaar-gebruik (%)
Australië	2016	18 en ouder	Synthetische cannabinoïden	2,9	0,3
		18 en ouder	NPS <sup>II</sup>	1,1	0,3
Finland	2014	15-34	Synthetische cathinonen	0,8	0,1
Frankrijk	2014	18-34	Synthetische cannabinoïden	4,0	-
Letland	2015	15-34	Synthetische cannabinoïden	5,4	1,5
Nederland	2016	15-64	NPS: 4-FA, mefedron, synthetische cannabinoïden, methoxetamine en/of 6-APB	-	1,4
		15-34		-	3,5
		15-34	synthetische cannabinoïden	-	0,1
Slowakije	2015	15-34	Synthetische cannabinoïden	0,8	0,4
Verenigd Koninkrijk <sup>III</sup>	2015	16 – 59	NPS <sup>IV</sup>	2,9	0,9

Percentage gebruikers van NPS en/of synthetische cannabinoïden ooit in het leven en in het laatste jaar. - = Niet gemeten. Verschillen in definitie van NPS, peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een vergelijking tussen landen. De tabel is alfabetisch geordend. I. 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. II. 'emerging' psychoactieve middelen' zoals synthetische cannabinoïden en mefedron (soms ook 'nieuwe drugs' genoemd). III. Verenigd Koninkrijk: Engeland en Wales. IV. 'NPS' gedefinieerd als "Nieuw beschikbare drug dat de effecten van drugs zoals cannabis, ecstasy en cocaïnepoeder imiteren, en die al dan niet illegaal zijn maar soms 'legal highs' worden genoemd'. Bronnen: AIHW, EMCDDA, Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2016.

### Jongeren en jongvolwassenen

De ESPAD studie peilde in 2015 voor het eerst het gebruik van NPS onder 15- en 16-jarige scholieren van het middelbaar onderwijs (Kraus et al., 2016) (zie § 8.3). Tabel 8.5 toont het gebruik van NPS in een aantal landen van de EU. Zoals genoemd in paragraaf 8.3 moeten de cijfers voorzichtig worden geïnterpreteerd. Jongeren hebben mogelijk de vraag naar NPS niet opgevat zoals bedoeld.

- Het gemiddelde ooitgebruik van NPS lag in de deelnemende ESPAD-landen op 4%. Onder jongens (5%) lag dit iets hoger dan onder meisjes (4%), maar binnen de ESPAD-landen waren de verschillen tussen jongens en meisjes te verwaarlozen.
- In Nederland rapporteerde 2% van de scholieren ervaring te hebben met NPS. In Estland en Polen was het gebruik met 10% het hoogst, in België, Denemarken, Finland, Noorwegen en Portugal met 1% het laagst.
- Het laatste-jaar-gebruik lag gemiddeld op 2% en was in Estland, Polen, Kroatië, Bulgarije, Ierland en Italië (5–8%) het hoogst en in Nederland met 1% het laagst, samen met onder andere Finland, Portugal, Macedonië, Noorwegen, Denemarken en België.



**Tabel 8.5 Consumptie van NPS onder scholieren van 15 en 16 jaar in enkele lidstaten van de Europese Unie. Peiljaar 2015**

	Ooit (%)			Laatste jaar (%)		
	Totaal	Jongens	Meisjes	Totaal	Jongens	Meisjes
Oostenrijk	3	4	3	2	3	2
België	1	1	0	1	1	0
Denemarken	1	2	1	1	1	1
Finland	1	2	1	1	2	1
Frankrijk	4	5	4	4	5	4
Griekenland	3	4	2	2	2	1
Ierland	7	8	5	5	6	4
Italië	6	6	5	5	5	5
Nederland	2	3	2	1	1	0
Noorwegen	1	2	1	1	1	1
Portugal	1	1	1	1	1	1
Zweden	4	3	4	2	2	2
Ongewogen EU gemiddelde	4	5	4	3	3	3

Percentage gebruikers ooit in het leven en in het laatste jaar. Weergegeven is het percentage scholieren dat 'ja' heeft geantwoord; weet niet en missende antwoorden zijn niet meegenomen in deze tabel. De gegevens voor Spanje zijn minder representatief. België alleen voor Vlaanderen. Bron: ESPAD.

Ook in de Flash Eurobarometer survey is in 2014 aan 13.128 Europese 15-24 jarigen gevraagd of ze ooit NPS hadden gebruikt, hier gedefinieerd als "substanties die het effect van illegale middelen imiteren".

- Het ooitgebruik van NPS in Europa was gestegen van 5% in 2011 naar 8% in 2014, maar varieerde sterk tussen landen van 0% tot 22%. In Nederland lag het ooitgebruik van NPS met 6% onder het Europese gemiddelde.
- Het laatste-maand-gebruik werd geschat op 1% (variërend tussen landen van 0% tot 5%) (Eurobarometer 2011, 2014). In Nederland was dit eveneens 1%. Dit is gebaseerd op ongeveer 500 deelnemers per land, hetgeen deze schattingen onzeker maakt.

### *Speciale groepen*

Naast de beperkte informatie over NPS gebruik in de algemene bevolking, is een aantal internationale studies naar NPS-gebruik in specifieke groepen beschikbaar, veelal onder frequent uitgaande jongvolwassenen.

De Global Drug Survey 2017 (GDS2017) is een internationale online survey waar relatief veel uitgaanders en drugsgebruikers aan deelnamen. De GDS2017 werd afgenomen tussen november 2016 en januari 2017 onder bijna honderdtwintigduizend deelnemers uit 50 landen, waarvan 3250 Nederlanders ([globaldrugsurvey.com](http://globaldrugsurvey.com)).

- Wereldwijd geven respondenten aan NPS te gebruiken vanwege de wettelijke status, de gemakkelijke online verkrijgbaarheid en de prijs. Het idee dat deze veiliger zijn dan andere, illegale, drugs was de minst belangrijke factor, hetgeen suggereert dat gebruikers niet denken dat NPS minder riskant zijn dan illegale drugs.
- Over de gehele GDS populatie (N=115.000) komt 2C-B naar voren als meest gebruikte NPS met 2,7% gebruik in het laatste jaar.

- Opvallend is dat in Nederland een relatief hoog percentage (12,8%) aangeeft in de afgelopen 12 maanden een NPS te hebben aangeschaft, en daarmee na de Verenigde Staten op de tweede plek komt.



## 8.6 Hulpvraag en incidenten

Er zijn geen gegevens over het aantal mensen dat vanwege het gebruik van NPS hulp zoekt bij de verslavingszorg of wordt opgenomen in algemene ziekenhuizen.

In dit jaarbericht zijn wel gegevens opgenomen van bronnen die informatie verschaffen over acute gezondheidsincidenten in relatie tot NPS gebruik. De eerste is de Monitor Drugsincidenten (MDI, zie ook bijlage G en bijlage A onder 'Incidenten') met meldingen van drugsgerelateerde gezondheidsverstoringen door diverse gezondheidsdiensten. De tweede betreft informatieverzoeken van artsen en andere medisch professionals bij het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC). Incidenten geregistreerd door het NVIC en MDI worden niet analytisch/toxicologisch geverifieerd, maar beide monitoren geven een beeld van de door NPS veroorzaakte gezondheidsincidenten.

### *Informatieverzoeken vanwege intoxicaties met NPS*

Het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) voorziet artsen en andere hulpverleners van informatie over de mogelijke gezondheidseffecten en behandeling van acute vergiftigingen. Tussen 2013 en 2015 is het aantal informatieverzoeken bij het NVIC over NPS meer dan verdubbeld. Het aantal informatieverzoeken van medische professionals over NPS bij het NVIC is toegenomen van 36 in 2013, 77 in 2014 en 94 in 2015 (Mulder-Spijkerboer et al., 2016). De meeste verzoeken betreffen, in lijn met gebruikersonderzoeken, het gebruik van 4-FA of 2C-B, meestal in combinatie met andere middelen.

- Sinds 2013 is het aantal raadplegingen bij het NVIC voor 4-FA vervijfvoudigd van 8 in 2013, naar 44 in 2015.
- Daarnaast zijn in 2015 bij het NVIC ook onder andere informatieverzoeken binnengekomen over: 5/6-APB (3), mefedron (4), synthetische cannabinoïden (3) en methoxetamine (3).
- In tegenstelling tot 2014 waren er in 2015 geen raadplegingen over NBOMe's, PMA en methylon, en iets minder raadplegingen over methoxetamine (9 in 2014).
- Neurologische en psychologische symptomen (agitatie en hallucinaties) komen het vaakst voor bij NPS-informatieverzoeken, als ook cardiovasculaire symptomen zoals hoge bloeddruk en te snelle hartslag (Hondebrink et al., 2014).

### *Acute gezondheidsincidenten*

De Monitor Drugsincidenten (MDI, zie bijlage G) monitort sinds 2009 de aard en omvang van drugsgerelateerde gezondheidsincidenten. Daarbij wordt tevens gebruikgemaakt van het Letsel Informatie Systeem (LIS), dat gegevens bevat van Spoedeisende Eerste Hulpafdelingen (SEH) van een steekproef van ziekenhuizen. Met ingang van 2015 is 4-FA structureel opgenomen in de MDI, in voorgaande jaren kon het als "overige drugs" nader gespecificeerd worden in een vrij veld (Wijers et al., 2017a).

In 2016 meldden medische diensten in de aan de MDI deelnemende regio's in totaal 4.894 drugsincidenten. Bij 456 meldingen was 4-FA betrokken (8,1%). De gegevens over de gebruikte drugs zijn grotendeels afkomstig van zelfrapportage.

- Het aandeel van 4-FA-incidenten is met 456 meldingen toegenomen van 6,4% in 2015 tot 8,1% van alle geregistreerde drugsincidenten in 2016. In 2012 werden voor het eerst 4-FA-incidenten gemeld. Toen werd 4-FA drie keer in de categorie "overige drugs" geregistreerd. In 2013 gebeurde dit 18 keer en in 2014 gebeurde dit 55 keer.
- Bij ruim een derde van alle geregistreerde 4-FA-incidenten in 2016 was naast 4-FA ook een andere drug gebruikt, meestal ecstasy.
- Hoewel in 2016 de meeste intoxicaties bij EHBO-posten na gebruik van 4-FA als enige drug licht van aard waren (85%), kwamen matige (13%) en ernstige (3%) intoxicaties ook voor.
- Het merendeel van de 4-FA-incidenten in 2016 werd geregistreerd door de EHBO-posten; 4-FA gerelateerde incidenten vormden daarmee 15% van alle incidenten op EHBO-posten. Bij 9% van de incidenten was 4-FA de enige gebruikte drug.
- De MDI-ziekenhuizen worden ook steeds vaker geconfronteerd met patiënten met een 4-FA-intoxicatie: in totaal was bij 2,1% van de incidenten 4-FA gebruikt in 2016.

In tabel 8.6 worden de 4-FA-incidenten geregistreerd door EHBO-posten op grootschalige evenementen samengevat over de gehele periode 2009-2016. Vanwege het lage aantal geregistreerde incidenten bij de andere medische diensten worden gegevens uit deze diensten niet gepresenteerd.

- 45% van de patiënten die een EHBO-post bezochten vanwege problemen na gebruik van 4-FA was vrouw. Dit is vergelijkbaar met de groep patiënten met een ecstasyintoxicatie als enige drug op een EHBO-post, maar is relatief hoog vergeleken met andere typen drugs.
- Ongeveer 80% van de 4-FA incidenten bij EHBO-posten betrof een persoon jonger dan 25 jaar. Hiermee zijn de 4-FA-patiënten jonger dan patiënten op EHBO-posten die andere drugs gebruikten.

**Tabel 8.6 Incidenten met 4-FA geregistreerd door de Monitor Drugs Incidenten (MDI) op EHBO- posten van grootschalige evenementen. Peiljaren 2009-2016**

Incidenten op EHBO posten van grootschalige evenementen	4-FA als enige drug	4-FA in combinatie met andere drugs
Aantal incidenten	439	333
Man (%)	47%	65%
Leeftijd: <25 jaar (%)	79%	81%
Mate van intoxicatie*		
Licht (%) <sup>I</sup>	85%	63%
Matig (%) <sup>II</sup>	13%	30%
Ernstig (%) <sup>III</sup>	2%	8%

\*Percentages berekend op de bekende aantallen. Vanwege afronding tellen de percentages niet overal exact op tot 100. I. Licht: goed aanspreekbaar, gebruik merkbaar in gedrag. II. Matig: onvoldoende aanspreekbaar, duidelijk onder invloed. III. Ernstig: niet aanspreekbaar vanwege (sub)comateuze toestand of geagiteerd/agressief gedrag, eventueel in combinatie met gestoorde vitale parameters (zoals hartslag, bloeddruk en ademhalingsfrequentie). Bron: MDI, Trimbos-instituut (Wijers et al., 2017a).

Internationaal worden juist cathinonen zoals mefedron en methylon gezien op de spoedeisende hulp in een monitoring studie naar drugsgebruik onder patiënten in ziekenhuizen in 10 EU-landen: European Drug Emergencies Network (Euro-DEN) (Dines et al., 2015; EMCDDA, 2016). Nederland deed niet mee aan dit onderzoek.

- In Denemarken, Estonia, Frankrijk, Duitsland, Ierland, Noorwegen, Polen, Spanje, Zwitserland en het Verenigd Koninkrijk werden tussen oktober 2013 en september 2015 in totaal 10.956 drugsgerelateerde patiënten geregistreerd, die in totaal 16.986 drugs hadden gebruikt.

- NPS waren door 11% van de patiënten gebruikt en maakten 7% uit van het totaal aantal gerapporteerde drugs. Dit percentage steeg van 5,6% van alle drugs in 2013/2014 naar 8,5% in 2014/2015.
- Twee derde van de NPS waren cathinonen, mefedron was met driekwart de meest voorkomende cathinon.
- Euro-Den geeft geen landelijk representatief beeld, maar observeert trends en verschillen tussen landen. Meer dan de helft van de registraties kwamen uit Oslo (3149) en Londen (2730).



## 8.7 Ziekte en sterfte

Het in kaart brengen van de gezondheidsschade vanwege NPS is lastig vanwege het grote aantal NPS en de beperkt beschikbare informatie, maar de evidentie voor het verband tussen NPS en spoedeisende hulp opnames en acute gezondheidsincidenten groeit (zie § 8.6 en EMCDDA, 2016). Ook zijn enkele sterfgevallen geregistreerd (vaak na combinatiegebruik met andere middelen), hoewel het aantal lager blijft dan voor andere (traditionele) drugs, vermoedelijk omdat NPS minder gebruikt worden (EMCDDA, 2016). Over lange termijn effecten van NPS is nagenoeg niks bekend.

Het precieze aantal incidenten en sterfgevallen door het gebruik van NPS in Nederland is niet bekend. In de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS zijn deze sterfgevallen niet of moeilijke te traceren. Specifieke codes om deze stoffen te registreren ontbreken, voor zover het gebruik al als bijdragend of onderliggende doodsoorzaak is geïdentificeerd. Alleen wanneer er een strafrechtelijk onderzoek plaatsvindt, onderzoekt het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) een overlijdensgeval op alcohol, drugs, geneesmiddelen en bestrijdingsmiddelen. In 2016 zijn er enkele ernstige vergiftigingen met 4-FA gemeld en daarvan hadden er twee een dodelijke afloop (RIVM CAM, 2016). In 2010 is een sterfgeval na mefedrongebruik gerapporteerd (Lusthof et al., 2011, zie hier onder), 4-methylamfetamine werd verboden na vier sterfgevallen in 2011 (CAM, 2012), en in 2014 was PMMA in 1 geval aangewezen als middel dat een rol kan hebben gespeeld bij het overlijden (ook andere drugs kunnen hierbij een rol hebben, zie § 6.7).

### *Fenylethylaminen: 2C-B, 4-fluoramfetamine, 6-APB*

Net als bij ecstasy, zijn ook bij andere fenylethylaminen snelle hartslag, hoge bloeddruk, hyperthermie, agitatie, trillen, vergrote pupillen typische effecten. Naast deze overeenkomstige effecten zijn er ook belangrijke verschillen: 2C-B en 6-APB kunnen ernstige psychische effecten zoals hallucinaties en psychosen veroorzaken, hetgeen niet gerapporteerd is voor 4-FA. Daarnaast zijn 5- en 6-APB geassocieerd met meer dan tien sterfgevallen, terwijl de internationale literatuur 1 4-FA sterfgeval en geen enkel 2C-B geval beschrijft (Nugteren et al., 2015). Inmiddels is bekend dat 4-FA ook voor ernstige symptomen kan zorgen en zijn er in Nederland twee sterfgevallen bekend (CAM, 2016).

- Dierexperimenteel onderzoek suggereert dat 4-FA minder stimulerend en verslavend is in vergelijking met amfetamine (Marona-Lewicka et al., 1995; Negus et al., 2007). De schadelijke effecten van 4-FA zijn, voor zover bekend, vergelijkbaar met die van amfetamine (overstimulatie) en MDMA (hyperthermie) (Nugteren et al., 2015).

- In 2016 zijn er enkele ernstige ongevallen gemeld met 4-FA, in een aantal van deze ongevallen was er sprake van een hersenbloeding (Wijers et al., 2017b). Daarnaast hebben enkele ziekenhuizen ook gevallen van overlijden gemeld na 4-FA gebruik. Toxicologisch onderzoek liet zien dat bij deze casussen 4-FA in het bloed zat en geen enkele andere stof die als hoofdoorzaak kon worden aangewezen (CAM, 2016). Eén persoon overleed aan de gevolgen van een hersenbloeding en één persoon overleed aan de gevolgen van hartfalen. Daarnaast zijn er meer casussen gemeld van personen met een hersenbloeding als gevolg van 4-FA gebruik. In al deze gevallen gingen er ernstige hoofdpijnklachten aan vooraf. Deze casussen hebben geleid tot een hernieuwd inzicht in de effecten van 4-FA en heeft de CAM doen besluiten te adviseren de stof op lijst I van de Opiumwet te plaatsen. Dit advies is overgenomen door het ministerie en 4-FA staat vanaf 25 mei 2017 op lijst I.
- Er zijn weinig gegevens over de risico's en incidenten beschikbaar voor 6-APB. In Nederland zijn geen fatale incidenten gemeld, in het Verenigd Koninkrijk wel twee in 2012. NVIC informatieverzoeken over 6-APB gaan meestal over combinatiegebruik met andere middelen. In 2013 was er slechts een mono-intoxicatie met 5-APB/6-APB met hoge bloeddruk, agressie, verwardheid en hallucinaties.

### *Synthetische cathinonen: mefedron & methylon*

De effecten van veel synthetische cathinonen lijken op die van amfetamine en methamfetamine. Sommige synthetische cathinonen lijken qua sterkte en richting van effecten veel op die van amfetamine-achtigen (mefedron of methylon), maar sommigen zijn veel potenter qua werking (MDPV of alfa-PVP) en zorgen daarmee ook sneller voor symptomen van overdosering, waaronder psychoses, hartklachten en hyperventilatie. Van een breed scala aan negatieve effecten, geven hart-, neurologische en psychiatrische klachten het vaakst aanleiding tot medische hulp (Karila et al., 2015).

- Mefedron is een stimulerende stof met op amfetamine en MDMA gelijkende effecten. De verslavende werking is vermoedelijk groter dan die van MDMA (Brunt et al., 2011). Symptomen van intoxicatie lijken ook op die van andere stimulerende middelen, maar er zijn ook symptomen gerapporteerd die atypisch zijn voor stimulantia (WHO, 2014; Karila et al., 2015).
  - In Nederland rapporteerde het NFI in 2010 een geval van extreme agitatie en zelfverwonding met dodelijke afloop na het gebruik van mefedron in combinatie met amfetamine (Lusthof et al., 2011). Ook in het buitenland zijn tientallen sterfgevallen na mefedrongebruik beschreven (White 2016, Loi et al., 2015; Busardo et al., 2015; WHO, 2014).
- Er is een aantal gevallen van ernstige complicaties na methylongebruik beschreven (WHO, 2014) en ook zijn er enkele fatale incidenten beschreven in de Verenigde Staten en een in Frankrijk (Barrios et al., 2016).
- Over alfa-PVP zijn 32 fatale incidenten beschreven in de wetenschappelijke literatuur, en nog eens 101 geregistreerd door het EMCDDA (in onder andere Finland, Hongarije, Polen, Zweden; EMCDDA, 2015), naast tientallen niet-fatale incidenten (WHO, 2015).
- Over MDPV zijn ook tientallen fatale incidenten te vinden in de wetenschappelijke literatuur, maar hiervan biedt ook het EMCDDA een goed overzicht (EMCDDA, 2016).

### *Synthetische cannabinoïden*

Synthetische cannabinoïden kunnen vaker en ernstiger bijwerkingen veroorzaken dan natuurlijke cannabis. De verschillende synthetische cannabinoïden kunnen op onvoorspelbare manier met elkaar interacteren en versnijdingsproducten bevatten (Mills et al., 2015).

- Synthetische cannabinoïden leiden volgens de GDS2017 wereldwijd bij het grootste deel van de NPS gebruikers tot EHBO bezoek Winstock, GDS, 2017). Gecorrigeerd voor het aantal gebruikers is het aantal EHBO bezoekers na gebruik van synthetische cannabinoïden zelfs het op-een-na hoogste van alle drugs (na methamfetamine) met bijna 4%.
- Het EMCDDA waarschuwde in februari 2016 voor MDMB-CHMICA, dat in verband werd gebracht met 13 sterfgevallen en 23 niet-fatale incidenten in 8 landen. Deze stof werd in verschillende kruidenmengsels gevonden; meestal weten gebruikers niet welke stoffen in de mengsels zitten.

- Synthetische cannabinoïden zijn ook in verband gebracht met herseninfarcten, lever- en nierschade en het verergeren van psychiatrische klachten (Castaneto et al., 2014; Papanti et al., 2013). Buiten cathinonen, lijken synthetische cannabinoïden vaker tot ziekenhuisopnames te leiden dan andere NPS (Dines et al., 2015). De meest voorkomende bijwerkingen zijn: snelle hartslag, agitatie, sufheid, 2015a, zie ook § 3.7).
- Een recente studie laat zien dat patiënten in een psychiatrische instelling die synthetische cannabinoïden gebruiken veel meer symptomen van psychose en andere psychopathologie (agitatie, angst) laten zien dan patiënten die natuurlijke cannabis gebruiken (Nia et al., 2016).
- Naast de acute effecten, kan stoppen met dagelijks gebruik van synthetische cannabinoïden leiden tot ernstige onttrekkingsverschijnselen zoals terugkerende insulpen, snelle hartslag, pijn op de borst, hartkloppingen en ademhalingsproblemen. Mildere symptomen zijn *craving* (hunkering), hoofdpijn, ernstige angst, slapeloosheid, misselijkheid, braken, geen eetlust, en zweten (Cooper, 2016). Patiënten die zich in Nieuw Zeeland meldden bij de verslavingszorg vanwege gebruik van synthetische cannabinoïden noemden onttrekkingsverschijnselen als belangrijkste reden om hulp te zoeken (Macfarlane et al., 2015).
- In Nederland lijkt het gebruik van synthetische cannabis beperkt (zie § 8.3). Verondersteld wordt dat vanwege de goede kwaliteit en ruime beschikbaarheid van cannabis, en omdat cannabisgebruik niet strafbaar is, synthetische cannabinoïden in Nederland weinig voorkomen in de traditionele harddrugscene of onder het uitgaanspubliek (Van Amsterdam et al., 2015).
- Hallucinaties, wanen, hoge bloeddruk, misselijkheid, verwardheid, duizeligheid, pijn op de borst en acute nierschade, psychose en psychose-achtige symptomen lijken ook vaker voor te komen na het gebruik van synthetische cannabinoïden, mogelijk omdat deze potenter zijn dan natuurlijke cannabis en geen CBD bevatten (Mills et al., 2015; Van Amsterdam et al., 2015).

#### Overig: methoxetamine

- In Nederland is één ernstige intoxicatie na methoxetaminegebruik gerapporteerd in 2014. Deze patiënt ontwikkelde een dissociatieve psychose en misselijkheid (De Jong et al., 2014). In een risicoschatting van het EMCDDA worden 20 fatale incidenten genoemd (waarvan 15 in het Verenigd Koninkrijk) en 120 niet-fatale incidenten (waarvan 90 in Zweden) (EMCDDA, 2014). De symptomen van methoxetamine-intoxicatie lijken op die van een ketamine-intoxicatie.



## 8.8 Aanbod en markt

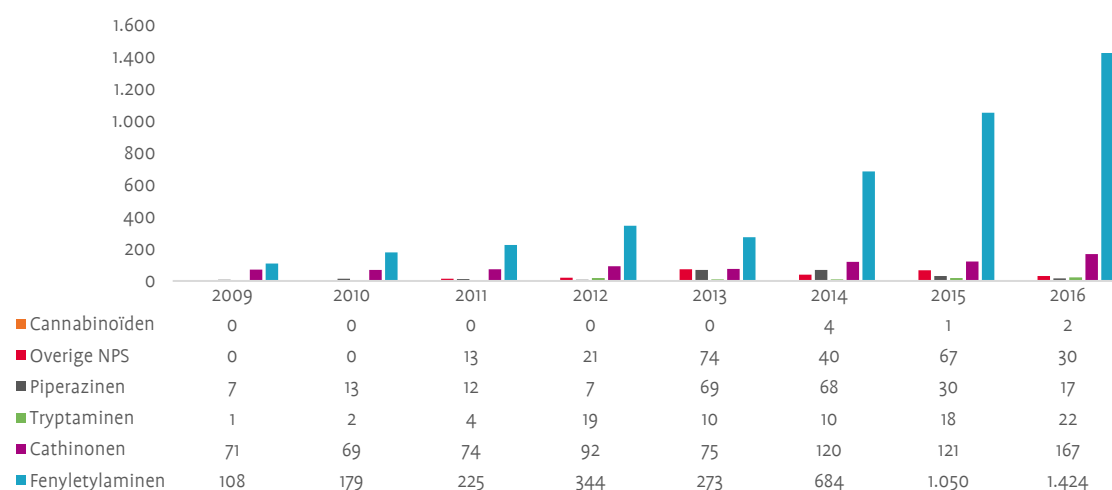
Veel NPS worden geproduceerd in China en (in mindere mate in) India en in bulk ingevoerd naar Europa. Daar worden ze soms vermengd, in kleine hoeveelheden verpakt en doorverkocht aan consumenten (EMCDDA, 2016). De NPS worden vaak online verkocht, aangezien ze veelal (nog) niet onder de Opiumwet zijn gebracht (Koning et al., 2013; Soska and Christin, 2015). In een internationale online survey uit 2014 onder laatste jaar NPS-gebruikers in Nederland, Frankrijk, Polen, en Tsjechië kocht de helft van de deelnemers wel eens zelf NPS online (55% in het laatste jaar), 24% kreeg het van vrienden, 15% kocht het van vrienden en 12% kocht het bij een dealer (I-TREND; OFTD, 2016).

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) monitort de markt van illegale drugs (Van der Gouwe, 2017). 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.

Al sinds het begin van het DIMS worden er stoffen aangeleverd die nog niet eerder als drug werden gebruikt. Met de opkomst van het fenomeen NPS in Europa worden ook bij het DIMS geregeld nieuwe stoffen aangeleverd, die steeds vaker via internet zijn aangekocht (Van der Gouwe en Rigter, 2017). Deze NPS worden door het DIMS actief gemonitord (zie bijlage A voor de gehanteerde definitie van NPS).

- Figuur 8.2 laat een toename in het aantal NPS zien die de afgelopen jaren zijn aangetroffen door het DIMS van 187 in 2009 tot 1556 in 2016. De NPS zijn soms aangetroffen in klassieke drugs, zoals speed en ecstasy, maar kunnen ook als zodanig bij het DIMS zijn aangeboden. De toename van het aantal monsters die NPS bevatten werd in 2016 met name veroorzaakt door een toename in het aantal 4-FA monsters.
- In de periode vanaf 2008/2009, tijdens de 'dip' in de ecstasymarkt (zie §6.8) kwamen NPS vooral voor als versnijding of vervanging in klassieke drugs. Sinds 2012 is het aantal monsters dat specifiek als NPS werd aangekocht toegenomen (Hondebrink et al., 2015). Dit suggereert dat er een specifieke markt voor NPS is ontstaan ('drug of choice', met name voor 4-FA zie ook § 8.3 en § 8.6).

**Figuur 8.2 Aantal door het DIMS aangetroffen NPS, vanaf 2009**



Bron: DIMS 2016

Tabel 8.7 geeft een overzicht van alle monsters die sinds 2005 in het laboratorium geanalyseerd zijn (zowel pillen, poeders, vloeistoffen, of anderszins). Er is een selectie gemaakt van NPS die in dit hoofdstuk zijn uitgelicht en stoffen die in het kader van het Europees Early Warning System (EWS) worden gemonitord of anderszins een mogelijk gevaar voor de volksgezondheid vormen.

Deze stoffen kunnen dus zijn aangetroffen in monsters die zijn gekocht als ecstasy of MDMA (pil of poeder), speedpoeder, cocaïnepoeder, of 'anderszins'. Naast het monitoren van de stoffen die daadwerkelijk worden aangetroffen in de drugsamples, geeft deze categorie als 'anderszins' aangekochte drugs een indruk van wat de gebruiker denkt te hebben gekocht.

- Van de 'anderszins' aangekochte monsters in 2016 waren 310 monsters aangeleverd (en dus bewust door de consument aangekocht) als 2C-B, 1.086 als 4-FA (4-fluoramfetamine, 4-FMP), 55 als 5/6-APB, 16 als methylon, 15 als 2-FA en 3-FA, 14 als 3-MMC, 19 als methoxetamine (MXE) en 306 als ketamine. Dit is inclusief tabletten die herkend zijn en niet in het laboratorium geanalyseerd en ongeacht wat er daadwerkelijk in de drugsmonsters is aangetroffen.
- Het totaal aantal bij het DIMS binnengekomen consumentenmonsters is tussen 2015 en 2016 met 6% afgenomen van 11.914 tot 11.215. Maar het aantal 2C-B en 4-FA monsters is proportioneel toegenomen (in 2015 waren er 238 2C-B monsters en 601 4-FA monsters).

### *Fenylethylamines: 2C-B, 4-fluoramfetamine, 6-APB*

- Medio jaren negentig werd 2C-B veel aangetroffen in ecstasypillen, maar sinds 2008 wordt 2C-B geregeld aangeboden als drugsmonster. 2C-B werd het vaakst gekocht in tabletvorm en deze tabletten bevatten gemiddeld 11,4 mg 2C-B.
- Van alle op de Nederlandse drugsmarkt aanwezige NPS is 4-FA de meest populaire NPS (§ 8.2). 4-FA wordt sinds 2009 aangetroffen, het aantal monsters waarin het DIMS 4-FA aantrof verviervoudigde tussen 2013 en 2014 en steeg daarna verder (tabel 8.7). Ook het aantal monsters aangekocht als 4-FA steeg verder tussen 2015 en 2016: er is in Nederland dus duidelijk sprake van een groeiende groep gebruikers met interesse voor 4-FA (zie ook § 8.3 en § 8.6). 4-FA werd door consumenten het vaakst gekocht in tabletvorm (39%) met een gemiddeld gehalte van 140 mg, daarnaast waren poeders (32%) en capsules (28%) hoofdzakelijk de vormen waarin 4-FA werd gekocht, met respectievelijk gemiddelde gehalten van 75% en 72%.
- 6-APB wordt met enige regelmaat bij het DIMS aangeleverd (55 maal in 2016, 38 maal in 2015). In totaal waren er in 2016 62 monsters, in verschillende verschijningsvormen, die 6-APB (en meestal ook 5-APB) bevatten.

### *Cathinonen: mefedron & methylon*

- Mefedron wordt sinds 2009 door het DIMS aangetroffen. In 2015 werd mefedron vaker bewust als drug aangekocht, in plaats van een 'vervuiling' in ecstasypillen zoals de jaren daarvoor.
  - Gelijktijdig met het herstel van de ecstasymarkt verdween mefedron tussen 2012 en 2014 nagenoeg uit de als ecstasy verkochte tabletten; in 2016 werd het in 14 als ecstasy verkochte tabletten aangetroffen (zie § 6.8).
  - In 2016 bevatten in totaal 41 monsters mefedron en 14 monsters methylon, meestal in poedervorm.
- Methylon werd in 2016 even vaak als in 2015 (14 monsters) aangetroffen bij het DIMS.

### *Synthetische cannabinoïden*

- In tegenstelling tot andere Europese landen waar synthetische cannabinoïden de afgelopen jaren steeds populairder zijn geworden, lijkt er in Nederland weinig interesse van drugsgebruikers voor te zijn. In 2016 werden bij het DIMS 2 synthetische cannabinoïden aangetroffen en 2 monsters 'boze rook' (een straatnaam voor synthetische cannabinoïden) aangeleverd.

### *Overig: methoxetamine en andere NPS*

- Het aantal monsters met methoxetamine was met 19 in 2016 een stuk lager dan in 2015 (41).
- De zogeheten NBOMe's zijn fenylethylaminen die in opkomst lijken te zijn op de Europese drugsmarkt. In 2016 werd door het DIMS 7 keer 25B-NBOMe en 1 keer 25C-NBOMe (en geen 25I-NBOMe) gezien, uitsluitend op blotters (en soms verkocht als LSD). Interessant genoeg lijkt 25I-NBOMe van de markt verdwenen (tabel 8.7). Dit zou te maken kunnen hebben met het verbod op die stof in 2015.
- Zoals beschreven in hoofdstuk 6 komt PMMA vrijwel uitsluitend voor als vervuiling in ecstasy: 11 van de 12 drugsmonsters met PMMA in 2016 waren aangekocht als ecstasy. In Nederland voerde het CAM in 2003 een risicoschatting uit voor PMMA en de WHO voerde een risicoschatting uit in 2015 (zie verderop in deze paragraaf).
- Sinds in 2012 4-methylamfetamine (4-MA) op lijst I van de Opiumwet geplaatst werd, is ook het aantal keer dat deze stof werd aangetroffen gedaald van 199 in 2012 naar 3 keer in 2016 (zie ook hoofdstuk 7).
- Ketamine wordt veelvuldig bij het DIMS aangeboden hetgeen erop duidt dat er in Nederland een aanzienlijke groep gebruikers bestaat voor dit middel, iets wat door andere bronnen wordt bevestigd (Nabben e.a., 2016; Monshouwer et al., 2016). Hoewel ketamine misschien niet zozeer als nieuwe psychoactieve stof kan worden aangeduid, wordt het hier toch vermeld, omdat het middel in het kader van de Europese Joint Action wordt gemonitord.



- Na een terugval in 2014 zet de stijging in het aantal monsters met ketamine in 2016 voort (tabel 8.7).
- Van de 300 als ketamine gekochte poeders bevatten er 227 (76%) daadwerkelijk ketamine met een gemiddeld gehalte van 73,4%. De overige poeders bevatten stoffen zoals methoxetamine, efedrine, lidocaïne.

**Tabel 8.7 Aantal in het laboratorium geanalyseerde monsters met een NPS, vanaf 2006**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Totaal aantal monsters	4.580	4.727	4.671	5.086	5.735	5.783	5.985	5.705	5.906	6.389	6.162
2C-B	18	21	75	81	79	61	78	76	170	114	138
4-FA	-	-	6	89	50	74	95	105	406	478	702
6-APB	-	-	-	-	-	8	10	18	43	38	62
Mefedron	-	-	-	63	62	42	14	9	15	42	44
Methylon	5	2	4	6	5	16	22	26	23	8	14
Synthetische cannabinoïden	-	-	-	-	-	-	0	1	4	2	2
Methoxetamine	-	-	-	-	-	13	21	64	36	41	19
25I-NBOMe	-	-	-	-	-	-	1	12	15	9	0
PMA/(PMMA) <sup>1</sup>	0	0	0	0	40	46	37	66	47	29	13
4-MA	-	-	-	4	109	117	199	87	48	13	3
Ketamine	50	80	65	66	126	96	147	166	149	243	274
mCPP	256	323	331	423	209	114	115	63	53	23	12

Gegevens over 2005-2015 betreffen alleen monsters (pillen, poeders, vloeistoffen e.d.) die in het laboratorium zijn geanalyseerd. <sup>1</sup> Pillen met meer dan 1 mg. - = Niet gemeten. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

### Internationale markt

In het Trans European Drug Information project (TEDI) werkt het DIMS samen met drugtestservices in Spanje, Zwitserland, België, Oostenrijk en Portugal. Er waren veel overeenkomsten in de drugsmarkten, maar ook opvallende internationale verschillen. Tussen 2008 en 2013 nam in alle landen het aantal samples dat NPS bevatte aanzienlijk toe, en sinds 2011 nam ook de variëteit aan NPS toe (Brunt et al., 2016). Alleen in Nederland kwam 4-FA voor als versnijdingsmiddel in ecstasycapulets. Dit gold ook voor 5-APB en 6-APB, PMMA en PMA, terwijl 4-MEC alleen in Zwitserland, Spanje en Oostenrijk werd gevonden als versnijdingsmiddel.

Een recente studie beschrijft de chemische inhoud van NPS die zijn aangeschaft bij online webwinkels in Frankrijk, Groot-Brittannië, Nederland, Polen en de Tsjechische Republiek. Er waren verschillen tussen welke NPS konden worden besteld per land, maar ook in zuiverheid van de geleverde NPS. Zo waren NPS uit Polen vaak versneden met andersoortige stoffen (vaak andere NPS) en van een lagere zuiverheid dan bijvoorbeeld in Nederland of Groot-Brittannië. Qua prijs waren synthetische cannabinoïden uit Britse webwinkels relatief goedkoper dan in de Tsjechische Republiek en synthetische cathinonen waren relatief het meest goedkoop in Poolse webwinkels (Brunt et al., 2017).

Het Europese Early Warning System (EWS) monitort deze gegevens over de drugmarkt op gebruikersniveau samen met inbeslagname data van andere landen. Daarbij wordt een nieuwe psychoactieve stof (NPS) gedefinieerd als een stof die niet voorkomt in een van de VN-verdragen

betreffende drugsbestrijding (1961, 1971) en als het gevaar voor de volksgezondheid vergelijkbaar is met dat van stoffen die wel in de verdragen genoemd worden.

- Jaarlijks steeg het aantal nieuwe middelen dat aan het Early Warning Systeem werd gerapporteerd. In 2005 werden 14 nieuwe psychoactieve stoffen gerapporteerd, in 2015 98 nieuwe stoffen, maar in 2016 ging het om 66 nieuwe stoffen. Het totaal over de hele periode komt daarmee op 620. Synthetische cannabinoïden en cathinonen (samen meer dan 60%) vormen de grootste groep (EMCDDA, 2017). Het EMCDDA signaleert tevens een toename in synthetische opioïden, waarvan 9 voor het eerst in 2016 (EMCDDA, 2017).

Wanneer EMCDDA/Europol een Joint Report willen schrijven over een stof, moeten alle lidstaten aan het EMCDDA en Europol informatie verstrekken over handel, productie en gebruik van het middel. Na een risicobeoordeling kan de Europese Commissie besluiten dat het middel in alle lidstaten van de Europese Unie wordt gecontroleerd. Het EMCDDA bracht in totaal 12 risicobeoordelingen uit ([emcdda.europa.eu/themes/new-drugs/early-warning](http://emcdda.europa.eu/themes/new-drugs/early-warning)), een aantal recente zijn:

- **25I-NBOMe** is een hallucinogeen dat (soms) verkocht werd als LSD.
- **AH-7921** is een opioïde vergelijkbaar met morfine.
- **MDPV** is een stimulerend middel dat als 'legal high' en als cocaïne werd verkocht en geïnjecteerd door problematisch drugsgebruikers.
- **Methoxetamine** wordt verkocht als legaal alternatief van het narcosemiddel ketamine.
- **4,4'-DMAR** is een stimulerend middel dat als 'research chemical' wordt verkocht en ook in ecstasy-tabletten voorkwam.
- **MT-45** is een opioïde verkocht als 'research chemical'.
- **a-PVP** is een synthetisch cathinon met sterk stimulerende werking, vergelijkbaar met MDPV.
- **MDMB-CHMICA** is een synthetische cannabinoïde die in verschillende lidstaten heeft gezorgd voor incidenten en overlijdens
- **Acryloylfentanyl** is een synthetische opioïde die in de Verenigde Staten en ook enkele lidstaten al tot enkele overlijdens heeft geleid. De stof is vele malen sterker dan fentanyl zelf.
- **Furanylfentanyl** is een synthetische opioïde die tevens tot enkele overlijdens heeft geleid. De stof is vele malen potenter dan fentanyl zelf.

Ook **mefedron** (maart 2010), **4-MA** (juli 2012) en **5-IT** (december 2013) werden beoordeeld op hun risico op basis van de monitoring van handel, productie, gebruik en (fatale) incidenten door het Europese Early Warning System. De meeste van deze stoffen vallen inmiddels onder de nationale drugswetgeving (lijst I van de Opiumwet in Nederland, zie tabel 8.1).

De Expert Committee on Drug Dependence (ECDD) van de WHO heeft in 2015 'critical reviews' over 32 NPS uitgebracht (WHO 2015a, WHO 2015b) en adviseerde in december 2015 om acetylfentanyl, MT-45, PMMA, a-PVP, 4,4'-DMAR, methoxetamine en phenazepam te reguleren, hetgeen in maart 2016 in werking is getreden nadat het advies door de United Nations Commission on Narcotic Drugs (CND) werd overgenomen (UNODC, 2016). De ECDD adviseerde daarnaast etizolam te herevalueren en 4-FA te monitoren.

### *Prijs*

Uit een internationaal onderzoek onder 5 Europese landen bleek dat de prijs per gram NPS op verschillende webwinkels behoorlijk uiteenloopt. In totaal waren er prijzen beschikbaar van 26 NPS. De prijs van 4-FA was ongeveer 15 euro per gram, de prijs van methoxphenidine bijna 55 euro per gram. Voor een gram a-PVP werd gemiddeld (n=5) minder dan 10 euro betaald per gram (Brunt et al., 2017).

De Amsterdamse Antenne-monitor en het DIMS-project geven een indicatie van de prijs die een consument betaalt voor NPS. Vergeleken met de traditionele drugs worden relatief weinig NPS monsters bij het DIMS aangeboden, waardoor de gemiddelden als indicatief moeten worden beschouwd.

Consumenten die drugsmonsters aankochten als NPS en bij het DIMS lieten testen betaalden in 2016 (afgerond) gemiddeld (Van der Gouwe en Rigter, 2016):

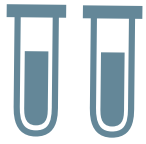
- 2C-B: €4 per pil;
- 4-FA : €4 per pil, €6 per capsule, €14 per gram.

In het Antenne-onderzoek 2016 (Nabben et al., 2017) werden vergelijkbare prijzen door sleutelfiguren in het Amsterdamse uitgaansleven genoemd:

- 2-CB: €5-6 per pil;
- 4-FA: €4-5 per pil, €10-15 per gram poeder;
- Ketamine €25-30 per gram poeder.

Daarnaast rapporteert Antenne 2016 de gemiddelde prijs van drugsmonsters die zijn aangeleverd bij de Amsterdamse testservice:

- 2-CB: €4 per pil;
- 4-FA: €5 per pil, €14 per gram poeder;
- Ketamine €27 per gram poeder.



## 9. GHB



## 9. GHB

### Inleiding

GHB staat voor gammahydroxyboterzuur en is een dempend middel dat vroeger werd gebruikt als slaapmiddel en narcosemiddel. Het wordt doorgaans verkocht in de vorm van een vloeistof. 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 een coma voelt de persoon zich wakker en alert, maar soms ook gedesoriënteerd of agressief. GHB staat in de media ook wel bekend als 'rape drug', maar de link tussen het gebruik van GHB en seksueel misbruik is slechts in enkele gevallen vastgesteld (§ 9.6). GHB-gebruik komt voor in verschillende groepen mensen zoals uitgaanders, 'hangjongeren', gemarginaliseerde groepen en thuisgebruikers. Problemen met GHB kennen een sterke regionale variatie en er is sprake van typische 'brandhaarden' (Nabben en Korf, 2016).

GHB is een middel dat al na enkele weken dagelijks gebruik tot verslaving kan leiden. Acute onthouding kan riskant zijn. De ingrediënten voor GHB, zoals GBL (gamma-butyrolacton) en natronloog (gootsteenontstopper), zijn eenvoudig te verkrijgen. GBL is een schoonmaakmiddel dat via internet kan worden besteld. Ook het recept om zelf thuis GHB te maken staat op internet. Het brouwen van GHB is daarmee voor sommigen een "doe-het-zelf project" geworden (Benschop et al., 2011). In pure vorm is GBL nog sterker dan GHB en gebruik is gevaarlijk: in onverdunde vorm kan GBL irritatie en ernstige beschadiging van de slokdarm en de maag veroorzaken. Het gebruik van GBL komt weinig voor. In 2016 had naar schatting slechts 0,2% van de algemene bevolking van 18 jaar en ouder ooit in het leven GBL gebruikt (LSM-A/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM en CBS). De meesten van hen hadden ook ooit GHB gebruikt.

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). Het risico van GBL wordt even groot geacht als dat van GHB, maar gezien de signalen dat gebruik van GBL in Nederland slechts op beperkte schaal voorkomt, is er vooralsnog geen sprake van een omvangrijk volksgezondheidsprobleem (CAM, 2013). GBL wordt in het lichaam snel omgezet in GHB en is daarmee net zo verslavend als GHB. Ook andere klinische effecten komen overeen tussen beide producten (WHO, ECDD, 2014). De WHO Expert Committee on Drug Dependence (ECDD) concludeerde in haar risicoschatting van GBL in 2014 dat de volksgezondheidsrisico's vanwege misbruik van GBL ernstig zijn. Gelet op het feit dat GBL omgezet wordt in GHB (een middel op lijst II van het Psychotropenverdrag uit 1971) en bovendien geen therapeutisch nut heeft, werd geadviseerd om GBL op lijst I te plaatsen (bestemd voor middelen met een afhankelijkheidsrisico die geen therapeutische toepassing hebben). Echter, vanwege het wijdverbreide industriële gebruik van GBL heeft de Commissie voor Narcotische drugs van de VN besloten GBL niet onder het verdrag te laten vallen (UN Commission on Narcotic Drugs, 2015).

Aangezien GBL meestal niet apart wordt geregistreerd of uitgevraagd in onderzoek, hebben de cijfers in dit hoofdstuk betrekking op GHB/GBL, tenzij anders aangegeven.

GHB is op 9 mei 2012 verplaatst van lijst II naar lijst I van de Opiumwet (zie § 2.1). Met deze wijziging is een signaal over de risico's aan (potentiële) consumenten gegeven en is tevens de handel in precursoren, zoals GBL en 1,4-BD, gericht op de productie van GHB, als voorbereidingshandeling strafbaar geworden.



## 9.1 Laatste feiten en trends

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

- In de algemene bevolking van 18 jaar en ouder lag in 2016 het percentage GHB-gebruikers lager dan dat van ecstasy, cocaïne, en amfetamine (§ 9.2).
- In 2016 lag het laatste-jaar en laatste-maand gebruik lager dan in 2015; komende jaren zal blijken of hier sprake is van een stabiele trend (§ 9.2).
- Scholieren van het regulier onderwijs hadden in 2015 weinig ervaring met GHB (§ 9.3).
- GHB kent een uiteenlopend gebruikerspubliek, variërend van uitgaande jongeren en jongvolwassenen tot thuisgebruikers en gemarginaliseerde groepen (§ 9.3 en § 9.4).
- De hulpvraag vanwege GHB-verslaving bij de instellingen voor verslavingszorg nam toe tussen 2007 en 2012 en heeft zich tot en met 2015 gestabiliseerd (§ 9.6). Het aandeel van GHB in de totale verslavingszorg bleef echter klein. Het aandeel van de jongere cliënten is afgenomen.
- GHB-verslaving gaat vaak samen met andere psychische stoornissen en de terugval na klinische detoxificatie is aanzienlijk (§ 9.6).
- Gezien de relatief beperkte omvang van GHB-gebruik in de algemene bevolking, is het aantal incidenten met GHB hoog. Opvallend is ook het relatief grote aandeel patiënten met een ernstige intoxicatie na GHB-gebruik (§ 9.6).
- Er is geen zicht op het aantal sterfgevallen waarbij GHB betrokken is (§ 9.7).
- GHB blijft een relatief goedkope drug, maar de prijzen (per liter) zijn sinds 2014 gestegen (§ 9.8).



## 9.2 Gebruik: algemene bevolking

In het afgelopen decennium is het drugsgebruik in de algemene bevolking herhaaldelijk gemeten. Vanaf 2014 worden jaarlijks vergelijkbare cijfers verzameld via de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor uitgevoerd door het CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut (zie bijlage D.2). Vanwege wijzigingen in onderzoeksmethoden zijn deze cijfers niet vergelijkbaar met die uit eerdere peilingen. In dit hoofdstuk beschrijven wij primair gegevens van 2016 voor de volwassen bevolking van 18 jaar en ouder. Cijfers voor GHB-gebruik onder jongeren worden in paragraaf 9.3 op basis van scholierenonderzoeken gerapporteerd.

- In 2016 had 1,3% van de bevolking van 18 jaar en ouder ooit GHB gebruikt (tabel 9.1).
- Meer mannen (1,9%) dan vrouwen (0,7%) hadden ervaring met GHB (tabel 9.1).
- In het afgelopen jaar had 0,3% GHB gebruikt en in de afgelopen maand had 0,1% GHB gebruikt (tabel 9.1), een lager percentage dan voor ecstasy (1,0%), cocaïne (0,8%) en amfetamine (0,6%). Dat komt (afgerond op tienduizendtallen) neer op respectievelijk:
  - 180 duizend ooitgebruikers van GHB in de bevolking van 18 jaar en ouder (95% betrouwbaarheidsinterval 140-220 duizend);
  - 40 duizend mensen die GHB in het afgelopen jaar hebben gebruikt (95% betrouwbaarheidsinterval 20-60 duizend);
  - 10 duizend gebruikers in de afgelopen maand (95% betrouwbaarheidsinterval 2-30 duizend).
- Het aantal gebruikers van GHB in de steekproef is te laag om een uitsplitsing te maken naar leeftijdsgroepen en opleidingsniveau.

**Tabel 9.1 Gebruik van GHB in de bevolking van 18 jaar en ouder, naar geslacht en totaal. Peiljaar 2016**

	Mannen (%)	Vrouwen (%)	Totaal (%)
Ooitgebruik (%)	1,9	0,7	1,3
Laatste-jaar-gebruik (%)	0,4	0,2	0,3
Laatste-maand-gebruik (%)	0,2	0,0	0,1

Percentage gebruikers ooit, in het laatste jaar en in de laatste maand. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2016.

### Trends in GHB-gebruik

Voor de leeftijdsgroep 18 jaar en ouder, de standaard voor kerncijfers over drugsgebruik, zijn alleen gegevens voor 2015 en 2016 beschikbaar.

- Tussen 2015 en 2016 is geen statistisch significant verschil gevonden in het percentage mensen van 18 jaar en ouder dat ervaring heeft met GHB (1,6% versus 1,3%, tabel 9.2).
- Wel is in deze periode een lichte daling gevonden (statistisch significant) in het percentage laatste-jaar-gebruikers (van 0,5% naar 0,3%) en in het percentage laatste-maand-gebruikers (van 0,2% naar 0,1%).

Voor de leeftijdsgroep 15-64 jaar (de internationale standaard leeftijdsgroep van het EMCDDA, zijn gegevens beschikbaar voor de peiljaren 2014, 2015 en 2016.

- In de leeftijdsgroep van 15-64 jaar werden voor 2014 vergeleken met 2016 geen statistisch significante verschillen gevonden in de percentages ooitgebruik, laatste-jaar-gebruik, en laatste-maand-gebruik (zie bijlage D.2).
- Wel daalde in deze leeftijdsgroep, evenals hiervoor is beschreven voor de bevolking van 18+, tussen 2015 en 2016 het laatste-jaar-gebruik statistisch significant van 0,6% naar 0,3%. Het laatste-maand-gebruik daalde statistisch significant van 0,3% naar 0,1%.

**Tabel 9.2 Gebruik van GHB in Nederland onder mensen van 18 jaar en ouder. Peiljaren 2015 en 2016**

	2015 (%)	2016 (%)
Ooitgebruik (%)	1,6	1,3
Laatste-jaar-gebruik (%)	0,5	0,3
Laatste-maand-gebruik (%)	0,2	0,1

Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2015, 2016.



Deze paragraaf beschrijft gegevens over het gebruik van GHB op basis van een landelijk onderzoek naar middelengebruik onder een representatieve steekproef scholieren van het voortgezet onderwijs en studenten van het MBO in Amsterdam. Daarna worden gegevens gepresenteerd van uiteenlopende landelijke, regionale en lokale onderzoeken in verschillende groepen jongeren en jongvolwassenen, die vaak vanwege hun leefstijl, setting of persoonlijke kenmerken meer dan hun doorsnee leeftijdgenoten middelen gebruiken. De leeftijdsgrenzen zijn voor deze groepen niet strak gedefinieerd, maar het gaat hier overwegend om (laat) adolescenten tot dertigers, de leeftijdsgroep waarin het middelengebruik zich concentreert.

### Scholieren

Vergeleken met andere drugs hebben scholieren van het regulier voortgezet onderwijs net zo weinig ervaring met het gebruik van GHB als met het gebruik van heroïne en crack.

- Volgens het Peilstationsonderzoek in 2015 had van de 12-16-jarige scholieren in het voortgezet onderwijs 0,4% ooit in het leven GHB gebruikt. Er was geen statistisch significant verschil tussen jongens (0,3%) en meisjes (0,5%).
- In de afgelopen maand had 0,2% GHB gebruikt. Ook hier waren geen statistisch significante verschillen zichtbaar tussen jongens (0,2%) en meisjes (0,3%) (Van Dorsselaer et al., 2016; bijlage D.7).

### MBO-studenten in Amsterdam

In 2016 is het gebruik van alcohol en drugs onderzocht onder 1.972 MBO-studenten in Amsterdam (Nabben et al., 2017). De leeftijd van deze MBO-studenten varieerde van 15 tot en met 35 jaar en hun gemiddelde leeftijd was 19 jaar.

- Van deze studenten had 5% ooit GHB gebruikt, 3% in het afgelopen jaar, en 1% in de afgelopen maand.
- Van de MBO-studenten die in het afgelopen jaar GHB hadden gebruikt, vond 20% dat ze te veel of te vaak GHB hadden gebruikt.

### Speciale groepen jongeren en jongvolwassenen

Het gebruik van GHB lijkt onder bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen meer voor te komen dan onder de scholieren van het reguliere onderwijs, hoewel leeftijdsverschillen en verschillen in methoden van onderzoek geen precieze vergelijking toelaten (tabel 9.3). Bovendien zijn de responspercentages in onderzoek onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen vaak laag (tussen 15% en 25%) en zijn zij 'op locatie' of online geworven in plaats van via een representatieve steekproef uit de bevolking, waardoor een vertekening van de resultaten kan optreden. De uitkomsten geven wel een indicatie van verschillen tussen (risico)groepen jongeren en jongvolwassenen.

Een volledig beeld van (risico)groepen van GHB-gebruikers ontbreekt. Het gebruik van GHB komt voor onder uitgaanders die GHB nemen voorafgaand, tijdens of na het uitgaan; onder gemarginaliseerde groepen en onder 'thuisgebruikers', die om verschillende redenen samen met vrienden en kennissen in de context van 'huisfeesten' (in plaats van of na afloop van reguliere feesten) gebruiken (Horjus en Van Goor, 2011; Voorham en Buitenhuis, 2012; Korf et al., 2012). In 2014 is specifiek onderzoek gedaan naar problematische GHB-gebruikers die in aanraking komen met de politie (Nabben en Korf, 2016).



Op grond hiervan blijkt problematisch GHB-gebruik voor te komen onder globaal vier verschillende groepen:

- klassieke (heroïne)verslaafden;
- straatjongeren;
- uitgaanders;
- thuisgebruikers.

### *Uitgaanders*

In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2016 is via een websurvey het middelengebruik van 4.905 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 15-35 jaar in kaart gebracht. Twee vijfde (39%) van de deelnemers bezocht maandelijks een club en nog eens een vijfde (18%) deed dit wekelijks. Party's werden minder vaak bezocht; 60% deed dit in het afgelopen jaar minder dan maandelijks (Monshouwer et al., 2016). De resultaten zijn niet rechtstreeks te vergelijken met die van de peiling in 2013. De respondenten van deze onderzoeken vormen geen representatieve steekproef van alle uitgaande jongeren en jongvolwassenen, en er zijn verschillen tussen de steekproeven van 2013 en 2016. De respondenten verschillen bijvoorbeeld in uitgaansfrequentie en muziekvoorkeur (zie bijlage D.3).

- In 2016 had 1 op de 7 uitgaanders in dit onderzoek (14%) ervaring met GHB of GBL; 8% had in het afgelopen jaar gebruikt en 3% in de afgelopen maand (tabel 9.3). Het gaat hier om het gebruik onder uitgaanders, niet altijd om het gebruik tijdens het uitgaan.
- Van de deelnemers die in het afgelopen jaar GHB/GBL hadden gebruikt, gebruikte ongeveer een derde (35%) één keer, 40% een paar keer per jaar, 10% eens per maand, eveneens 10% een paar keer per maand en 5% een (paar) keer per week. Bijna niemand gebruikte (bijna) elke dag.
- De meerderheid van de laatste-jaar-gebruikers van GHB/GBL (82%) gebruikte altijd of meestal GHB. Ongeveer 3% gaf aan soms GBL en soms GHB te gebruiken, maar bijna niemand gebruikte altijd of meestal GBL, terwijl 15% aangaf het niet te weten.
- GHB is minder, zoals ecstasy en amfetamine, een typische partydrug. Op de vraag waar laatste-jaar-gebruikers van GHB het meest gebruiken noemde twee derde (67%) 'thuis'. Daarna volgden een festival (43%), feestje (33%), en club (22%). Een café (7%) of poppodium (2%) werd het minst genoemd. Respondenten konden maximaal 3 locaties aangeven.

Kwalitatief onderzoek suggereerde aanvankelijk dat GHB-gebruik na een toename in populariteit tussen 2006 en 2010 over het hoogtepunt heen was onder trendy uitgaanders in Amsterdam. Vanaf 2010 leek het regelmatig gebruik van GHB weer af te nemen, met een versnelde daling in 2013 gevolgd door een afgezwakte daling in 2014 (Benschop et al., 2015) die zich in 2015 had gestabiliseerd (Nabben et al., 2016). In 2016 vond er echter weer een stijging plaats, zij het nog niet tot op het niveau van 2010 (Nabben et al., 2017).

- Als mogelijke verklaringen voor de aanvankelijke daling in het Amsterdamse uitgaansleven werden genoemd: strengere controles in het uitgaansleven, onderlinge kritiek op 'out gaan' en bewustwording van het verslavingsrisico, niet alleen door de aandacht in de media voor problematische GHB-gebruikers, maar ook door het ontdekken van GHB-verslaafden in het eigen netwerk (Nabben et al., 2014; Benschop et al., 2015; Nabben et al., 2016). In 2016 werd vervolgens in het Amsterdamse uitgaansleven geconstateerd dat GHB-gebruikers via "informele controle" elkaar "extra scherp in de gaten" zijn gaan houden om out gaan te voorkomen (Nabben et al., 2017).

- De Amsterdamse Antenne-survey onder clubbers en ravers liet tussen 2008 en 2013 (nog) wel een stijging in het gebruik zien (Nabben et al., 2014). Het percentage laatste-maand-gebruikers steeg van 2% in 1998, naar 5% in 2008 en 10% in 2013. Vooral de 'ravers' gebruikten meer (12% versus 8% van de clubbers). Raves zijn "door verschillende organisaties en (vrienden)groepen georganiseerde (quasi-)illegale feesten op alternatieve locaties". Het merendeel van de laatste-maand-gebruikers (80%) gebruikte GHB zelden of slechts af en toe, 20% gebruikte wekelijks of alleen in het weekend en niemand rapporteerde dagelijks gebruik. Met 33% was het laatste-maand-gebruik van lachgas, een ander narcosemiddel, veel hoger. Een op de 5 gebruikers was 'out' gegaan op GHB in het jaar voor de survey.
- Ook onder jongeren en jongvolwassenen die in Amsterdam mainstream-, hippe-, studenten-, en gay cafés bezoeken, steeg het percentage gebruikers van GHB. Tussen 2010 en 2014 steeg in deze groep het percentage ooitgebruikers van 11% naar 19% en steeg het percentage laatste-maand-gebruikers van 2% naar 4% (Benschop et al., 2015).
- Onder bezoekers van coffeeshops in Amsterdam werden tussen 2009 en 2015 geen statistisch significante verschillen gevonden in het percentage dat ooit, in het afgelopen jaar, of in de afgelopen maand GHB had gebruikt (Nabben et al., 2016). In 2015 had van de coffeeshopbezoekers 11% ooit GHB gebruikt, maar had niemand in de afgelopen maand nog GHB gebruikt (0%).
- In 2014 is in Den Haag een survey gehouden onder 1.317 uitgaanders in de leeftijd van 12-35 jaar (Van Dijk en Reinerie, 2015). De gemiddelde leeftijd was 24 jaar. Het bleek dat 10% ooit GHB had gebruikt en dat 0,6% in de afgelopen maand nog GHB had gebruikt. GHB werd gebruikt voor "de dronkenschap zonder alcohol".

### *Probleemjongeren*

Vergeleken met scholieren van het reguliere onderwijs, komt het gebruik van GHB vaker voor onder jongeren in de residentiële jeugdzorg en in justitiële jeugdinrichtingen en onder dakloze jongeren (Kepper et al., 2009b). Recente studies ontbreken echter. In een al wat ouder landelijk onderzoek uit 2008 had 8% van de jongeren van 13-18 jaar in de residentiële jeugdzorg ervaring met GHB en had 1% in de afgelopen maand nog GHB gebruikt. Onder jongens in justitiële jeugdinrichtingen was dat respectievelijk 5% (ooitgebruik) en 3% (gebruik in de maand voorafgaand aan hun verblijf in de inrichting). Zes procent van de 15-16-jarige jongeren uit de residentiële jeugdzorg en eveneens 6% van de 15-16-jarige jongens uit justitiële jeugdinrichtingen had ooit GHB gebruikt. Onder hun leeftijdsgenoten in het reguliere onderwijs was dat 1%.

- In ander onderzoek in de Amsterdamse jeugdzorg in 2012 had 3% van de jongeren ooit GHB gebruikt en had 1% in de afgelopen maand nog GHB gebruikt (tabel 9.3, Benschop et al., 2013).
- In de vier grote steden Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, en Utrecht had 2% van de dakloze jongeren (18-23 jaar) in 2011 in de afgelopen maand GHB gebruikt (Van Straaten et al., 2012).
- In 2016 constateerden jongerenwerkers in Amsterdam dat onder problematische (buurt)jongeren met een migratieachtergrond GHB-gebruik minder voorkomt dan onder autochtone problematische (buurt) jongeren (Nabben et al., 2017).

**Tabel 9.3 Gebruik van GHB in speciale groepen**

	Locatie	Jaar	Gemiddelde leeftijd (jaar)	Ooit (%)	Laatste maand (%)
Uitgaande jongeren en jongvolwassenen <sup>I</sup>	Landelijk <sup>I</sup>	2016	22	14	3
Bezoekers van coffeeshops	Amsterdam	2009	28	13	2
		2015	25	11	0
Cafébezoekers	Amsterdam <sup>II</sup>	2010	27	11	2
		2014	27	19	4
Bezoekers van clubs	Amsterdam	2013	24	19	8
Bezoekers van raves	Amsterdam	2013	25	32	12
Uitgaande jongeren en jongvolwassenen	Den Haag	2014	24	10	1
<b>Probleemjongeren</b>					
Dakloze jongeren	G4	2011	20	-	2
Jongeren in de jeugdzorg	Amsterdam	2012	16	3	1

Percentage gebruikers ooit in het leven en in de laatste maand. Verschillende groepen zijn onderzocht met hun corresponderende leeftijdscategorieën. De uitgaanders die deelnemen aan onderzoek zijn niet representatief voor alle uitgaanders. G4 = Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, en Utrecht. - = Gegevens zijn onbekend. I. Frequente bezoekers van party's en clubs geworven via online community's, websites en fora over feesten, party's en festivals. Vanwege methodologische verschillen zijn deze gegevens niet vergelijkbaar met die van het landelijke onderzoek onder bezoekers van clubs, discotheken, party's en festivals. II. Jongeren en jongvolwassenen uit mainstream-, hippe-, studenten-, en gay cafés. Dus niet representatief voor alle cafébezoekers.

Bronnen: Uitgaansonderzoek, Trimbos-instituut/UvA (Van der Poel et al., 2010); Het Grote Uitgaansonderzoek 2016 (Monshouwer et al., 2016); Bonger Instituut voor Criminologie, UvA: Antenne 2010 (Benschop et al., 2011), Antenne 2012 (Benschop et al., 2013), Antenne 2013 (Nabben et al., 2014), Antenne 2014 (Benschop et al., 2015), Antenne 2015 (Nabben et al., 2016); Haags Uitgaans Onderzoek, GGD Haaglanden (Van Dijk en Reinerie, 2015); Coda-G4 (Van Straaten et al., 2012), IVO, UMC St Radboud.



## 9.4 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; Brunt et al., 2014).

- Vanwege de korte werkingsduur nemen intensieve gebruikers vaak dag en nacht elke twee tot vier uur een dosis GHB 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, met delirium, toevallen, verhoogde bloeddruk en hallucinaties (Veerman et al., 2010; Brunt et al., 2014; Van Noorden en Van Dijken, 2014). De symptomen beginnen doorgaans binnen enkele 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 door toediening van medicinale GHB (Van Noorden et al., 2010; Van Noorden et al., 2015). In 2010 is onderzoek gestart om de veiligheid en doeltreffendheid van deze methode in kaart te brengen (NISPA, 2013). Daartoe zijn 229 GHB-cliënten van zes instellingen voor verslavingszorg behandeld en gedurende een langere periode gevolgd (zie § 9.6). Het gecontroleerd afbouwen met medicinale GHB hoeft niet altijd in een klinische setting plaats te vinden, maar kan in sommige gevallen ook veilig genoeg in een ambulante setting plaatsvinden (Kamal et al., 2014). Inmiddels zijn er indicaties dat ook het spierverslappende middel baclofen kan worden ingezet als ondersteunend medicijn tegen GHB-verslaving, maar onderzoek naar de effectiviteit is nog gaande (Kamal et al., 2015; Kamal et al., 2015a; Kamal et al., 2015b; Beurmanjer et al., 2016a).

Cijfers over het aantal probleemgebruikers van GHB in Nederland ontbreken.

- Diverse organisaties op het gebied van uitgaan en verslaving signaleerden in de afgelopen jaren een verandering in de houding van bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen ten opzichte van GHB-gebruik. Het gebruik leek normaler te worden gevonden (zie § 9.3), maar in het Amsterdamse uitgaansleven lijkt hierin een kentering te zijn gekomen (Nabben et al., 2016, 2017).
- 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, hoewel er ook signalen zijn over onderlinge kritiek van uitgaanders op 'out gaan' en toegenomen bewustwording van het verslavingsrisico (zie § 9.3) (Nabben et al., 2016, 2017).
- Mogelijk zijn er (lange termijn) risico's verbonden aan het herhaaldelijk 'out gaan' na GHB-gebruik, maar gedegen onderzoek hiernaar ontbreekt tot nu toe (Van Amsterdam et al., 2012). Het AMC en het RIVM doen hier momenteel onderzoek naar.

In 2014 is door Mainline een onderzoek naar thuisgebruik gestart en in september 2015 is een *overdosispreventie tool* gereed gekomen waarmee thuisgebruikers kunnen voorkomen dat ze door GHB hun bewustzijn verliezen ([mainline.nl/posts/show/7234](http://mainline.nl/posts/show/7234)).

Hoewel het gebruik van GHB in het uitgaansleven vermoedelijk, evenals voor veel andere middelen, het hoogst is in de Randstad, zijn er signalen dat het probleemgebruik zich vooral voordoet in een aantal andere regio's.

- Volgens cijfers van de verslavingszorg (LADIS) deed de GHB-hulpvraag zich in 2007 vooral voor in delen van Noord-Brabant en Friesland. In 2014 had de hulpvraag zich inmiddels verspreid naar regio's in bijna alle provincies. Wel lijken er binnen de provincies typische 'hotspots' te zijn (§ 9.6).

- In het voorafgaande (zie § 9.3) werd gewezen op vier typen problematische GHB-gebruikers: de klassieke verslaafden, de straatjongeren, de uitgaanders, en de thuisgebruikers (Nabben en Korf, 2016). GHB-gebruikende klassieke verslaafden komen voor in het hele land, meestal in de meer stedelijke gebieden. Straatjongeren vormen de meerderheid van de GHB-gebruikers in plattelandsdorpen en delen van de provincies Overijssel, Gelderland, Brabant, Zuid-Holland en Zeeland. Uitgaanders die GHB gebruiken worden door de politie vooral aangetroffen in de stedelijke delen van Overijssel, Gelderland, Noord-Holland en Limburg. Thuisgebruikers van GHB worden door de politie vrijwel uitsluitend in delen van de noordelijke en oostelijke provincies gesignaleerd. Dit wijst erop dat de GHB-markt een lokaal karakter heeft.



## 9.5 Gebruik: internationale vergelijking

### Algemene bevolking

Er zijn weinig monitoringgegevens beschikbaar over het gebruik van GHB onder de algemene bevolking of scholieren in andere landen. Het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) rapporteert niet systematisch over het gebruik van GHB. Voor enkele landen zijn gegevens beschikbaar.

- In 2015 had in Noorwegen 0,1% van de bevolking van 16-64 jaar in het afgelopen jaar GHB gebruikt. In Tsjechië en in het Verenigd Koninkrijk had 0,6% van de bevolking van 15-34 jaar in het afgelopen jaar GHB gebruikt (EMCDDA, 2017).
- In Australië lag in 2013 het laatste-jaar-gebruik van GHB in de bevolking van 14 jaar en ouder met minder dan 0,1% lager dan in 2004 en 2007, toen het laatste-jaar-gebruik nog op 0,1% lag (AIHW, 2011; AIHW, 2014). Het ooitgebruik van GHB lag in 2010 op 0,8%.
- GHB-gebruik werd geconstateerd in subgroepen van drugsgebruikers in Europa. Onder regelmatige nachtclubbezoekers in tien Europese landen had 2% in het afgelopen jaar GHB gebruikt (EMCDDA, 2015a).

### Jongeren en jongvolwassenen

In de ESPAD-peilingen onder 15- en 16-jarige scholieren in Europa werd in 2015 gevraagd naar het ooitgebruik van GHB. De cijfers uit dit onderzoek zijn internationaal beter vergelijkbaar dan de cijfers uit onderzoeken onder de algemene bevolking (Kraus et al., 2016).

- Het gebruik van GHB onder scholieren is laag. Het (ongewogen) gemiddelde van het ooitgebruik lag in 34 onderling vergelijkbare landen op 1%. In Nederland lag het ooitgebruik op het Europese gemiddelde van 1%. Het ooitgebruik lag met 3% het hoogst in Bulgarije.

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 tussen 2005 en 2009 gehouden onder speciale groepen in België, Tsjechië en het Verenigd Koninkrijk. Het ooitgebruik in deze speciale groepen varieerde in deze landen van 4% tot 15% en de hoogste maandprevalentie lag op 5%.
- Het gaat hier echter om methodologisch uiteenlopende studies en verschillen tussen landen moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd (Van der Poel et al., 2010; EMCDDA, 2011; Dick en Torrance, 2010; EMCDDA, 2014). De cijfers zijn bovendien weinig recent.

De Global Drug Survey 2015 (GDS2015) is een internationale online survey waar relatief veel uitgaanders aan deelgenomen hebben. De GDS2015 werd afgenomen in november en december 2014 ([www.globaldrugsurvey.com](http://www.globaldrugsurvey.com)). De resultaten suggereren dat GHB in Nederland vaker wordt gebruikt dan in andere landen, al laat de methode een precieze vergelijking tussen landen niet toe. De werving van deelnemers, op basis van zelfselectie, verliep via verschillende media partners, zoals Spuiten en Slikken, Zeit Online en Huffington Post.

- De meeste deelnemers waren twintigers en dertigers. In het afgelopen jaar had 60% een drug gebruikt en de helft was ten minste vier keer in een club geweest.
- Alleen in Nederland hoorde GHB, met 7% laatste-maand-gebruik, bij de 20 meest gebruikte drugs, hetgeen niet het geval was in de andere participerende landen: de Verenigde Staten, het Verenigd Koninkrijk, Australië, Duitsland, Frankrijk, Ierland, Schotland, België, Denemarken, Nieuw Zeeland, Hongarije, Spanje, Portugal, Zwitserland, Mexico, Slovenië, en Brazilië.



## 9.6 Hulpvraag en incidenten

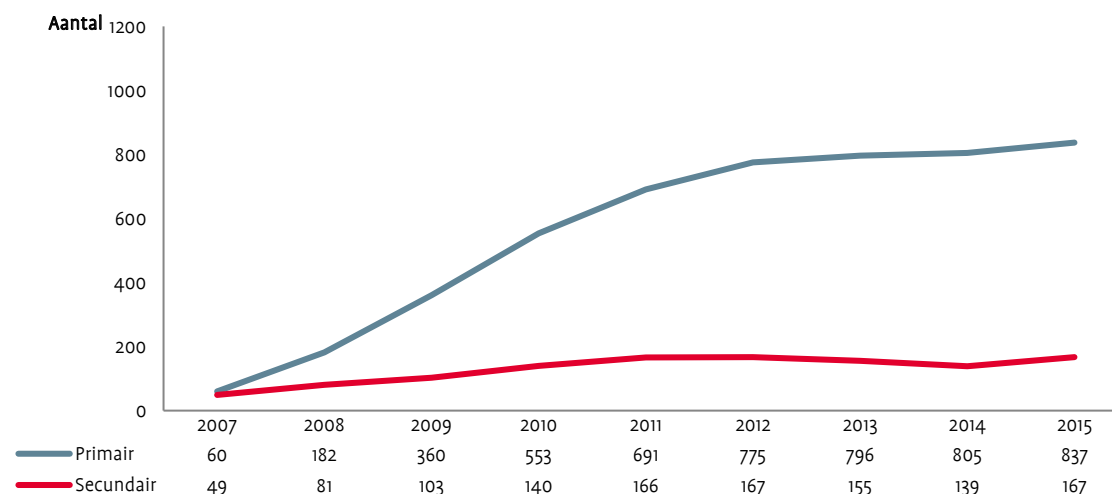
### Verslavingszorg

De verslavingszorg is het onderdeel van de gezondheidszorg dat hulp biedt aan mensen die verslaafd zijn geraakt aan drugs, alcohol, medicijnen, gokken, of andere gedragsverslavingen. In 2013 is een practice-based behandelprotocol voor detoxificatie met medicinale GHB verschenen (Stichting Resultaten Scoren en NISPA, 2013) en onderzocht (De Weert-van Oene et al., 2013). De terugval na detoxificatie is echter groot. Onderzoek is gaande naar de effectiviteit van *baclofen* (een spierverslapper voor behandeling van spierspasmen) bij de preventie van terugval (Kamal et al., 2015; Kamal et al., 2015a; Kamal et al., 2015b; Beurmanjer et al., 2016a).

In 2015 hebben in totaal 21 gespecialiseerde instellingen voor verslavingszorg geanonimiseerde gegevens over de hulpverlening aangeleverd aan het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS, Wisselink et al., 2016) (Zie in bijlage A: Cliënt LADIS). De wisselingen die zich in de afgelopen tien jaar hebben voorgedaan in de aanleverende instellingen zijn weergegeven in bijlage D.5. Een nadere analyse wijst uit dat deze wisselingen slechts een beperkte invloed hebben gehad op het landelijk aantal geregistreerde cliënten en de trends niet noemenswaardig hebben beïnvloed. GHB wordt pas vanaf 2007 als apart middel geregistreerd in het LADIS.

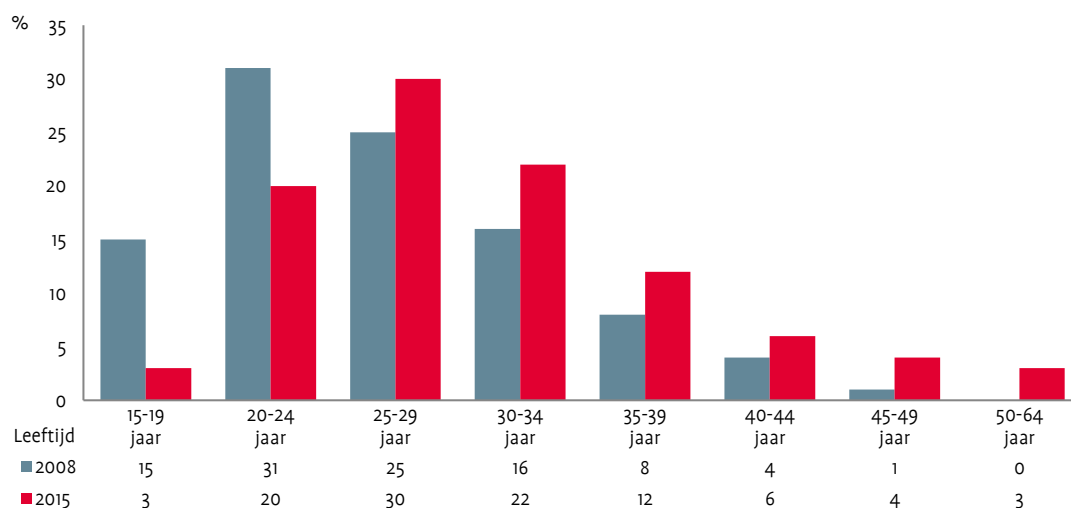
- In 2015 werden 837 personen behandeld voor een primaire GHB-problematiek, ongeveer evenveel als in 2014 (figuur 9.1). Dit is inclusief 17 personen in 2015 voor een primaire GBL-problematiek. De eerder gesignaleerde groei van het aantal hulpvragers vanaf 2007 lijkt zich vanaf 2012 te stabiliseren. Per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder steeg het aantal primaire GHB-cliënten van 0,4 in 2007 naar 6 in 2015. Het aandeel van GHB in de verslavingszorg bleef klein, maar steeg van 0,1% in 2007 naar 1% in 2015.
- GHB wordt minder vaak als secundaire problematiek genoemd (figuur 9.1). Het aantal secundaire GHB-cliënten steeg tussen 2007 en 2011 en schommelde tussen 2012 en 2015 rond een gemiddelde van 157 secundaire GHB-cliënten.
- Van de 837 primaire GHB-cliënten in 2015 stond er bij 502 cliënten (60%) ook een secundaire problematiek geregistreerd. De secundaire problematiek was er vooral met amfetamine en overige opwekkende middelen (35%), cocaïne of crack (22%), alcohol (15%), cannabis (12%), benzodiazepinen en sedativa (7%), ecstasy (3%), en nicotine (3%).
- In 2015 was ongeveer 1 van de 5 primaire GHB-cliënten (22%) een nieuwkomer. De overige 4 van de 5 primaire GHB-cliënten (78%) stonden al een keer eerder ingeschreven bij de verslavingszorg.

**Figuur 9.1** Aantal cliënten bij de verslavingszorg met primaire of secundaire GHB-problematiek, vanaf 2007



Aantal GHB-cliënten (inclusief GBL). Voor de aanleverende instellingen, zie bijlage D.5. Bron: LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut.

**Figuur 9.2** Leeftijdsverdeling van de primaire GHB-cliënten, 2008 en 2015



Percentage GHB-cliënten per leeftijdsgroep. Voor de aanleverende instellingen, zie bijlage D.5. Bron: LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut.

### Leeftijd, geslacht en opleiding

- Van de primaire GHB-cliënten in 2015 was een meerderheid van 68% man. Hoewel vrouwen in de minderheid waren, is 32% vrouwen een hoog aandeel vergeleken met andere middelen.
- De gemiddelde leeftijd van de primaire GHB-cliënten nam toe van 26 jaar in 2008 naar 30 jaar in 2015 (figuur 9.2). Het aandeel van de cliënten van 25 jaar en ouder steeg in deze periode van 54% naar 77%. Ten dele zal dit het gevolg zijn geweest van ouder wordende cliënten die, na een terugval, opnieuw voor een probleem met GHB hulp zoeken bij de verslavingszorg.
- De gemiddelde leeftijd waarop de GHB-cliënten voor het eerst GHB gingen gebruiken was 23 jaar in 2012. De gemiddelde startleeftijd was 22 jaar in 2010. Dit geeft aan dat de groep die bij de verslavingszorg terecht komt, niet steeds op jongere leeftijd is gaan gebruiken (Wisselink en Mol, 2013).

- In 2007 was de GHB-hulpvraag geconcentreerd in delen van Noord-Brabant en Friesland. In 2014 was de hulpvraag in deze regio's toegenomen en verspreid naar andere regio's (Wisselink et al., 2015).
- GHB-hulpvragers keren vaak terug in de verslavingszorg en ook duurt hun behandeltraject vaak lang. Van de GHB-cliënten die tussen 2007 en 2009 in behandeling kwamen, had in 2012 meer dan de helft (57%) al meerdere behandeltrajecten doorlopen. Bij 4 van de 5 hulpvragers neemt de behandeling meer dan een jaar in beslag (Wisselink en Mol, 2013; Mol et al., 2014). In een vervolgonderzoek werd gekeken naar 596 primaire GHB-cliënten die tussen 2008 en 2011 hun eerste behandeltraject voor een GHB-verslaving waren gestart, en dit eerste traject uiterlijk in 2013 hadden afgerond (Van Noorden et al., 2017). Binnen deze periode had 42,8% van de GHB-cliënten al weer een nieuwe behandeling gestart, een hoger percentage dan bij de cocaïnecliënten (28,8%), de opiatencliënten (27,3%), de amfetaminecliënten (24,1%), de alcoholcliënten (21,3%), de cannabiscliënten (20,8%), de ecstasycliënten (18,2%), de gokcliënten (16,7%), en de medicijncliënten (15,8%).
- In 2015 had van de primaire GHB-cliënten 39% geen opleiding afgerond of een lagere opleiding afgerond, had 48% een middelbare opleiding afgerond en had 13% een hogere opleiding afgerond. Het percentage met geen opleiding of een lagere opleiding lag ongeveer gelijk bij de alcoholcliënten (36%) en de ecstasycliënten (37%) en lag hoger bij de cannabiscliënten (44%), de cocaïnecliënten (48%), de amfetaminecliënten (49%) en de opiatencliënten (55%). (Voor de verklaring van lagere, middelbare en hogere opleiding, zie bijlage A onder: Cliënt LADIS.)

### *Intramurale detoxificatie*

In 2013 is een practice-based behandelprotocol voor detoxificatie met medicinale GHB verschenen (Stichting Resultaten Scoren en NISPA, 2013) en onderzocht (De Weert-van Oene et al., 2013; Dijkstra et al., 2017). Het behandelprotocol is gebaseerd op de GHB-monitor van het Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction (NISPA). Het NISPA monitort cliënten in de verslavingszorg die een intramurale detoxificatie hebben ondergaan. Deze cliënten krijgen als eerste stap een gecontroleerde afbouw met medicinale GHB, om daarna definitief te stoppen met GHB-gebruik (NISPA, 2013; De Jong et al., 2012). Zes instellingen voor verslavingszorg participeren in deze monitor.

- In totaal werden 229 patiënten behandeld en gevolgd in het kader van dit onderzoek.
- Van deze groep patiënten was 31% vrouw en was de gemiddelde leeftijd 29 jaar. De meerderheid (97%) had de Nederlandse nationaliteit en de helft was wel eens in aanraking gekomen met justitie/ politie.
- Ruim de helft had een lagere beroepsopleiding genoten en 30% had een uitkering op het moment van de behandeling. De meeste patiënten gebruikten ook andere middelen naast GHB, zoals alcohol, cannabis en stimulantia.
- Een deel van de GHB-cliënten kreeg GHB via een dealer (45%), een ander deel maakte de GHB zelf (30%); weer anderen lieten het maken door een vriend (18%) en de rest bestelde het via internet (3%).
- Meestal werd de GHB thuis gebruikt (67%) en minder vaak bij vrienden (16%) of in het uitgaansleven (5%). Dit verschilt sterk van de plaatsen waar het gebruik van GHB oorspronkelijk begonnen was: 39% thuis, 44% bij vrienden en 42% in het uitgaansleven. Ook gebruikte een meerderheid de GHB uiteindelijk alleen (70%), terwijl dit in het begin van het gebruik nog 32% was.
- Het willen vergeten van problemen was de meest genoemde reden voor het gebruik van GHB en slaapklachten werden door de meeste patiënten genoemd op het moment van hun opname.
- Opvallend veel patiënten hadden, naast hun GHB-verslaving, ook last van andere psychische klachten, zo scoorde 38% van de patiënten boven de drempelwaarde voor depressie, 52% voor angst en 38% voor stress. Vergeleken met een poliklinische groep is dit bovengemiddeld hoog. Bij een geselecteerde groep van 98 GHB-patiënten werden meerdere tests afgenomen (Kamal et al., 2017). In deze groep had 64% naast de GHB-verslaving nog minimaal één andere psychiatrische stoornis.
- Uiteindelijk is 90% van alle patiënten succesvol ontgiftigd door een afbouwschema met medicinale GHB, met een gemiddelde behandelingsduur van 11 dagen en een herstelperiode van nog eens 7 dagen.



- De terugval is groot. Er vond een follow-up plaats na drie maanden, waaraan 191 patiënten deelnamen. Van deze 191 patiënten bleek 71% alweer in behandeling te zijn voor GHB-gebruik. Een kwart van de 191 patiënten was zelfs direct weer teruggevallen, de rest had gemiddeld een GHB-vrije periode van ongeveer acht weken voordat ze weer terugvielen. Uit aanvullende interviews met 20 GHB-patiënten blijkt dat de hoge terugval met name te wijten is aan de als positief ervaren effecten van GHB (Beurmanjer et al., 2016b). Ook na hun detoxificatie zijn er patiënten die zeer positief naar GHB blijven kijken. Sommigen proberen opnieuw te gaan gebruiken zonder verslaafd te raken en zien 'gecontroleerd gebruik' als het doel van verdere behandeling.

### Terugvalpreventie

- Vanwege de grote terugval na detoxificatie van GHB is het NISPA in 2014 een vervolgstudie gestart naar terugvalpreventie met *baclofen*. Dit middel is een spierverlapper die regulier gebruikt wordt bij mensen met multiple sclerose of spasticiteit, maar wordt ook ingezet bij alcohol terugvalpreventie, hoewel er nog geen hard bewijs voor deze toepassing is (Liu en Wang, 2013).
- Een experimentele behandelingspilot bij 37 patiënten met ondersteuning door *baclofen*, na gecontroleerde afbouw met medicinale GHB, suggereert een mogelijk effect in de vorm van minder zucht naar GHB, minder onrust en minder angst- en stemmingsklachten (Kamal et al., 2015; Kamal et al., 2015a; Kamal et al., 2015b; Beurmanjer et al., 2016a). Voor een optimale behandeling is het gewenst dat de verslavingszorg de ketenzorg rondom de GHB-patiënten gaat organiseren. Een goede ketenzorg komt neer op "afstemming tussen de verschillende partners die betrokken zijn bij de zorgketen rond GHB-problematiek, zoals verslavingszorginstellingen, politie, ziekenhuizen en gemeenten" (Otte et al., 2016).
- In 2017 is een onderzoek gestart om een richtlijn te ontwikkelen om het terugvallen na GHB-detoxificatie te voorkomen. Dit moet handvatten opleveren voor de verslavingszorg<sup>1</sup>.

## Algemene ziekenhuizen

De algemene ziekenhuizen stuurden tot en met het registratiejaar 2012 geanonimiseerde gegevens over de opnames naar de Landelijke Medische Registratie (LMR). Vanaf 2013 is de LMR voortgezet in de vorm van de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ). In de LMR werden de opnames anoniem geregistreerd in ICD-9 codes. In de LBZ worden vanaf 2013 de opnames anoniem geregistreerd in ICD-10 codes (zie bijlage B en bijlage D.4). Net als in de ICD-9 codering, is er in de ICD-10 codering geen aparte code voorhanden om een opname voor een probleem met GHB te registreren. Daardoor kunnen er uit de LMR en de LBZ geen cijfers worden gepresenteerd over ziekenhuisopnames gerelateerd aan GHB.

## Incidenten

Sinds 2009 houdt de Monitor Drugsincidenten (MDI, zie bijlage D.6) actuele gegevens bij over de aard en omvang van acute drugsgerelateerde gezondheidsincidenten bij patiënten die worden behandeld op de spoedeisende hulp (SEH) van een ziekenhuis, door de ambulance, door politieartsen, of op de EHBO van een grootschalig evenement. De monitor is niet landelijk dekkend, maar rapporteert vanuit peilstationregio's in Nederland (vier regio's in 2009; acht sinds 2011) (Wijers et al., 2017a). De gegevens worden aangevuld met die van het Letsel Informatie Systeem (LIS), waarin de behandelingen wegens intoxicaties of letsels na drugsgebruik op 14 SEH's zijn opgenomen.

- In 2016 werden in totaal 5.654 drugsincidenten gemeld. In 886 gevallen (16%) werd GHB als enige drug gemeld (met of zonder alcohol). De gegevens over de gebruikte drugs zijn afkomstig van zelfrapportage.

<sup>1</sup> Zie: <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/gezondheidsbescherming/programmas/project-detail/preventieprogramma-5/breaking-the-vicious-cycle-of-ghb-use-and-relapse-the-development-of-an-intervention-guideline-and/>.

In tabel 9.4 worden de incidenten na gebruik van GHB als enige drug samengevat over de periode 2009-2016. In deze periode werden in totaal 33.072 drugsincidenten gemeld; 28.421 vanuit de peilstations van de MDI en 4.651 door de SEH's die zijn aangesloten bij het LIS. In 7.491 gevallen (23%) was GHB betrokken, als enige drug of in combinatie met andere drugs. Bij een derde daarvan had de patiënt GHB gecombineerd met een andere drug; in 5.052 incidenten (15% van het totaal aan incidenten) was GHB de enige gebruikte drug. De combinatiegevallen met GHB worden hier niet verder beschreven.

**Tabel 9.4 Incidenten met GHB als enige drug geregistreerd door de Monitor Drugsincidenten (MDI) en het Letsel Informatie Systeem (LIS), 2009-2016**

	Ambulances	SEH-MDI- ziekenhuizen	SEH-LIS- ziekenhuizen	Politieartsen	EHBO
Aantal incidenten (% van het totaal binnen de dienst)	1.749 (21)	585 (13)	951 (20)	245 (12)	1.522 (11)
Man (%)	72	76	74	87	71
Leeftijd: <25 jaar (%)	34	30	34	23	49
Mate van intoxicatie*					
Licht (%) <sup>I</sup>	11	14	-	59	38
Matig (%) <sup>II</sup>	48	31	-	31	42
Ernstig (%) <sup>III</sup>	41	55	-	10	20

\*Percentages berekend op de bekende aantallen. Vanwege afronding tellen de percentages niet overal exact op tot 100. I. Licht: goed aanspreekbaar, gebruik merkbaar in gedrag. II. Matig: onvoldoende aanspreekbaar, duidelijk onder invloed. III. Ernstig: niet aanspreekbaar vanwege (sub)comateuze toestand of geagiteerd/agressief gedrag, eventueel in combinatie met gestoorde vitale parameters (zoals hartslag, bloeddruk en ademhalingsfrequentie). Bron: MDI, Trimbos-instituut (Wijers et al., 2017a).

- Het aandeel incidenten na GHB-gebruik verschilt tussen de regio's. In de Randstad (Amsterdam en Rotterdam) is het aandeel GHB-intoxicaties lager dan in regio's buiten de Randstad (Brabant-Zuid, Gelderland-Midden en Enschede). Deze grote regionale verschillen kunnen ook (deels) het verschil verklaren tussen de MDI- en de LIS-ziekenhuizen in het aandeel GHB-incidenten. Bij de MDI-ziekenhuizen ligt het aandeel op 13% en bij de LIS-ziekenhuizen ligt het aandeel op 20% (tabel 9.4).
- De ambulances die deelnemen aan deze monitor besteden een vijfde van hun ritten die samenhangen met drugsgebruik aan het opvangen van patiënten die GHB als enige drug hebben gebruikt.

#### *Kenmerken patiënten en incidenten gerelateerd aan gebruik van GHB*

- De patiënten die medische hulp zochten voor een acuut gezondheidsprobleem na het GHB-gebruik vormen een relatief oudere groep: 63% is 25 jaar of ouder. Van alle geregistreerde patiënten in de MDI en het LIS behoort 52% tot deze leeftijdscategorie.
- Met name de patiënten die worden behandeld door de ambulances en op de SEH's, zijn zwaar onder invloed, slechts 11% bij de ambulances en slechts 14% op de SEH's is nog goed aanspreekbaar. Opvallend is de toename van het aandeel van matige en ernstige GHB-intoxicaties op de EHBO-posten van 34% in 2009 naar 73% in 2015. Dit aandeel daalde weer naar 66% in 2016. Binnen de andere diensten zijn er over de jaren fluctuaties waargenomen in de mate van GHB-intoxicatie, maar daarin is geen duidelijke trend zichtbaar.
- In vergelijking met andere (uitgaans)drugs, zoals ecstasy, amfetamine en snuifcoke, hebben relatief weinig patiënten met een GHB-intoxicatie, voor zover bekend en geregistreerd, ook alcohol gebruikt.

### *Internationale vergelijking*

Op Europees niveau worden de drugsgerelateerde incidenten gemonitord door het European Drug Emergencies Network (Euro-DEN; Dines et al., 2015a; Wood et al., 2016). De mate waarin GHB/GBL een rol speelt in deze incidenten blijkt binnen Europa per regio te verschillen. GHB/GBL speelde in meer dan 20% van de gevallen een rol in Londen, Oslo en Barcelona. In minder dan 2% van de gevallen daarentegen speelde GHB/GBL een rol in Gdansk (Polen), Basel, Dublin, Mallorca, Drogheda (Ierland) en York. Dit gegeven suggereert dat niet alleen binnen Nederland maar ook binnen Europa het gebruik van GHB/GBL verschilt per regio.

### *Rijden onder invloed*

Het rijden onder invloed van GHB is zeer riskant (CAM, 2011). Recente cijfers over rijden onder invloed van GHB ontbreken, zowel in Nederland als elders (EMCDDA, 2014b).

- Van mei tot en met september 2014 werd een survey gehouden onder 78 ervaren GHB-gebruikers die in hun leven vaker dan 25 keer GHB hadden gebruikt en minstens 10 keer GHB hadden gebruikt in de afgelopen 12 maanden (Nabben en Korf, 2016). Van deze ervaren GHB-gebruikers rapporteerden er 56 dat ze wel eens waren aangehouden. Bij 9% van deze aanhoudingen ging het om rijden onder invloed.
- In 2013 gaf 27% van de party- en clubgangers uit het Grote Uitgaansonderzoek aan (zie § 9.3) in de afgelopen 12 maanden wel eens onder invloed van drugs een auto te hebben bestuurd. Van deze groep gaf 1,3% aan dit onder invloed van GHB te hebben gedaan (Goossens et al., 2013). Van de hele steekproef uitgaanders had daarmee 0,4% in de afgelopen 12 maanden onder invloed van GHB een auto bestuurd.
- Het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) voert analyses uit van bloedmonsters die door de politie zijn afgenomen van verkeersdeelnemers die worden verdacht van het gebruik van drugs of medicijnen. Het NFI let daarbij ook op GHB.
- In 2013, 2014, 2015, en 2016 werden achtereenvolgens 928, 978, 966, en 1.211 bloedmonsters standaard onderzocht op de aanwezigheid van drugs en medicijnen. Het gebruik van GHB, of het gebruik van een stof waaruit GHB gevormd kan worden, werd aangetroffen in respectievelijk 202 bloedmonsters (22%), 213 bloedmonsters (22%), 231 bloedmonsters (24%), en 312 bloedmonsters (26%).
- 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 (3%) bleken GHB te hebben gebruikt. Vergeleken met andere drugs is het aandeel van GHB groot.

### *Incidenten seksueel misbruik*

Sinds GHB werd beschreven als 'uitgaansdrug' zijn er berichten verschenen over verkrachtingen waarbij GHB werd gebruikt om het slachtoffer te verdoven. Zo eiste in 2009 het Openbaar Ministerie (OM) gevangenisstraffen tegen twee mannen die ervan werden verdacht een 14-jarig meisje een glas drinken met daarin GHB te hebben gegeven ([www.om.nl](http://www.om.nl), 02-11-2009). In 2012 eiste het OM gevangenisstraf tegen een man die ervan werd verdacht een meisje dat nog geen 12 jaar was te hebben gedrogeerd met GHB ([www.om.nl](http://www.om.nl), 07-03-2012).

- Een internationale overzichtsstudie heeft geprobeerd te achterhalen bij hoeveel van de wetenschappelijk beschreven verkrachtingsincidenten er daadwerkelijk sprake was van bewezen GHB-intoxicatie (Németh et al., 2010). In 0,2% tot 4% van alle beschreven gevallen van seksueel misbruik werd GHB gedetecteerd.
- In een meer recent Noors dossieronderzoek werd geen enkel geval met een positieve GHB-test gevonden bij vrouwen die hulp zochten bij de vrouwenopvang na een ervaring met seksueel geweld (Hagemann et al., 2013).

- 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. Ook dient te worden opgemerkt dat door het gebruik van andere drugs dan GHB en door het gebruik van alcohol iemand risico kan lopen op seksueel misbruik.
- Knelpunt bij deze studies is dat GHB betrekkelijk kort detecteerbaar is: maximaal 5 uur in het bloed en 12 uur in de urine (Verstraete, 2004). Van de meeste studies is slechts bekend dat het bloed- of urinemonster 'binnen 24 uur na het incident' was verzameld. Onderrapportage is dus mogelijk.
- Er is geen zicht op het aantal gevallen in Nederland waarbij het gebruik van GHB in verkrachtingszaken een rol heeft gespeeld.



## 9.7 Ziekte en sterfte

### Ziekte

De dosis-effect relatie van GHB is zeer steil en het verschil in dosis tussen een 'gewenst' en een 'ongewenst' effect is zeer gering. Hierboven werd er al op gewezen dat er mogelijk (lange termijn) risico's verbonden zijn aan het herhaaldelijk 'out gaan' na GHB-gebruik en dat het AMC en het RIVM hier momenteel onderzoek naar doen.

- Door de steile dosis-effect relatie is de kans op overdosering groot. Een overdosis GHB is gevaarlijk omdat de mogelijkheid bestaat dat de ademhaling wordt onderdrukt. Ook kan de gebruiker bewusteloos of zelfs in coma te raken (Moser en Pursell, 2000). De gevolgen voor de ademhaling 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 benzodiazepinen. Door GHB-gebruik kan ook een catatone stupor ontstaan, waarbij de patiënt bewegingsloos in dezelfde houding blijft liggen en niet meer reageert op externe prikkels (Claussen et al., 2014).
- 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 en onrustig en agressief gedrag (Van Noorden en Van Dijken, 2014), duizeligheid, te langzame hartslag en onderkoeling. Bij hogere doseringen overheerst een algemeen ziektegevoel (Van Sassenbroeck et al., 2007).
- Frequent gebruik van GHB kan snel tot afhankelijkheid leiden. Bij abrupt stopzetten van het GHB-gebruik kunnen ernstige, soms levensbedreigende onthoudingsverschijnselen optreden (zie § 9.4).

### Sterfte

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 (Corkery et al., 2015; 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, ook als er geen GHB werd gebruikt. Door al deze factoren kan de bijdrage van GHB-gebruik aan het overlijden moeilijk vast te stellen zijn. Een andere complicerende factor is dat de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS geen specifieke code kent waarmee GHB-sterfgevallen kunnen worden geregistreerd (zie ook bijlage D.1).

- In 2013 stond GHB vermeld op 8 doodsoorzakenformulieren van het CBS, waarbij op 1 doodsoorzakenformulier naast GHB ook GBL stond vermeld. Daarnaast was er 1 doodsoorzakenformulier waarop alleen GBL stond vermeld en geen GHB. Het gaat daarbij zowel om ingezetenen als niet-ingezetenen van Nederland. In 2014 stond GHB vermeld op 4 doodsoorzakenformulieren van het CBS. In 2015 ging het om 7 gevallen, en in 2016 ging het om 9 gevallen. Onbekend is of GHB (of GBL) bij deze gevallen de oorzaak was van het overlijden of heeft bijgedragen aan het overlijden.
- Alleen wanneer er een strafrechtelijk onderzoek plaatsvindt, of de nabestaanden daarom vragen, onderzoekt het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) een overlijdensgeval op alcohol, drugs, geneesmiddelen en bestrijdingsmiddelen. Van de overlijdensgevallen waarbij gerechtelijke sectie en toxicologisch onderzoek had plaatsgevonden in 2014, 2015, en 2016 had respectievelijk in 4, 1, en 5 gevallen GHB een rol gespeeld in het overlijden, soms in combinatie met andere middelen. Vanwege combinatiegebruik kunnen de aantallen sterfgevallen in de verschillende hoofdstukken van dit Jaarbericht niet zonder meer bij elkaar worden opgeteld.
- Hierbij dient te worden opgemerkt dat het totaal aantal gerechtelijke secties door het NFI de afgelopen jaren is gedaald van 338 in 2013 naar 319 in 2014, 285 in 2015 en 267 in 2016. Het aantal waarbij toxicologisch onderzoek plaatsvond daalde van 250 in 2013 naar 228 in 2014, 205 in 2015, en 184 in 2016.
- 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. Er zijn dus gevallen bekend bij het CBS die niet bekend zijn bij het NFI, en omgekeerd zijn er gevallen die bekend zijn bij het NFI maar niet bij het CBS.
- Wereldwijd zijn er voor de periode van 1995 tot en met 2009 ongeveer 400 sterfgevallen gerelateerd aan GHB in de klinische literatuur beschreven (Zvosec et al., 2010).



## 9.8 Aanbod en markt

### Samenstelling van GHB

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) monitort de markt van illegale drugs (Van der Gouwe en Rigter, 2017). Daarvoor wordt gebruikgemaakt van de analyse van stoffen die aanwezig zijn in drugsmonsters die consumenten bij instellingen voor verslavingszorg inleveren. Vloeistoffen, waaronder GHB en GBL worden altijd naar het lab verstuurd ter analyse. Tabel 9.5 toont het aantal monsters met GHB/GBL vanaf 2007.

Tabel 9.5 Aantal monsters met GHB/GBL, vanaf 2007

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 <sup>I</sup>	2014	2015	2016
Totaal aantal geanalyseerde monsters	4.727	4.671	5.086	5.735	5.783	5.985	5.705	5.895	6.389	6.150
GHB/GBL	203	234	61	139	141	148	19 <sup>I</sup>	36	62 (GHB) 3 (GBL)	87 (GHB) 3 (GBL)

I. DIMS heeft vanaf 2013 minder GHB/GBL monsters geanalyseerd vanwege stabiele uitkomsten en capaciteitslimiet. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

- Van de 128 in het laboratorium geanalyseerde vloeistoffen in 2016 waren er 86 gekocht als GHB en daarvan bleken er 79 inderdaad GHB te bevatten. Nog 6 andere vloeistoffen, die niet als GHB waren gekocht, bleken ook GHB te bevatten. Daarnaast zijn er in 2016 twee poeders ingeleverd die GHB bleken te bevatten. Het totaal aantal monsters met GHB kwam daarmee op 87 (85 vloeistoffen en 2 poeders). In 3 vloeistoffen werd GBL aangetroffen.
- De 85 vloeistoffen met GHB bevatten gemiddeld 425,1 milligram GHB per milliliter vloeistof. GHB wordt vaak verkocht in buisjes van 5 milliliter, wat bij deze concentratie overeen zou komen met gemiddeld meer dan twee gram per buisje. Voor de meeste mensen is dit een forse dosering.

## Prijzen

- De Amsterdamse Antenne-monitor en het landelijke DIMS geven een indicatie van de prijs die een consument betaalt voor een enkele dosis GHB, een kwart liter, een halve liter, of een hele liter van dit middel. Tabel 9.6 geeft een overzicht van de prijsontwikkeling vanaf 2001. Vanaf 2013 zijn gegevens over de prijzen van GHB uit het DIMS niet meer beschikbaar vanwege een te laag aantal GHB-monsters.
- In 2014 vond er een stijging plaats in de prijs van GHB (tabel 9.6). De prijs voor een hele liter GHB verdubbelde bijna tussen 2011 en 2014 (Benschop et al., 2015). Omstreeks november 2013 kregen ruim 20 handelaren die via internet de drugsgrondstof GBL aanboden voor de bereiding van GHB, een brief van het Openbaar Ministerie (OM) met het verzoek de verkoop te staken (Nabben et al., 2014). In december 2013 constateerde het OM dat vrijwel alle grote handelaren die via internet de drugsgrondstof GBL hadden aangeboden, daarmee waren gestopt ([www.om.nl](http://www.om.nl); 09-12-2013).
- Ook de Amsterdamse Antenne-monitor (Nabben et al., 2017) constateert dat GBL, als grondstof voor GHB, moeilijker te verkrijgen is, en daardoor "zijn gebruikers vaker aangewezen op bezorgdiensten die kant en klare GHB verkopen". GBL wordt ook nog maar in een enkel panelnetwerk gebruikt. Het OM constateerde bovendien dat door de schaarste van GBL de prijs van een liter GHB met tientallen procenten was gestegen (zie ook § 13.2).
- Tussen 2015 en 2016 steeg in Amsterdam de prijs voor een liter GHB van tussen de 100 en 130 euro naar (in de meest gangbare prijsklasse) tussen de 140 en 150 euro (Nabben et al., 2017).

**Tabel 9.6 Prijsontwikkeling in euro's<sup>1</sup> van verschillende hoeveelheden GHB volgens de Amsterdamse Antenne-monitor en het landelijke DIMS, vanaf 2011**

Bron	Hoeveelheid	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Amsterdamse Antenne-monitor	1 dosis van 5 milliliter	5-10 (5)	5-10 (5)	-	-	-	-
	kwart liter	25-45	25-45	25-45 (30-40)	35-60 (45-50)	daling van 50 naar 35-40	35-60 (35-40)
	halve liter	45	40-75	-	-	70-80	70-90 (70-80)
	hele liter	ongeveer 100	80-125	80-125	200	100-130	125-150 (140-150)
Landelijke DIMS	1 dosis van 5 milliliter	6	4	-	-	-	-
	hele liter	-	50-180 mediaan 120	-	-	-	-

I. Tussen haakjes de meest gangbare prijsklasse. - = Gegevens niet beschikbaar. Bronnen: Antenne 2011 (Nabben et al., 2012); Antenne 2012 (Benschop et al., 2013); Antenne 2013 (Nabben et al., 2014); Antenne 2014 (Benschop et al., 2015); Antenne 2015 (Nabben et al., 2016); Antenne 2016 (Nabben et al., 2017); DIMS, Trimbos-instituut.

## Wijze van verkrijgen

GHB kan worden gekocht van een dealer, via internet of kan zelf thuis worden bereid uit grondstoffen volgens recepten die op internet staan.

- In 2015 heeft de Amsterdamse Antenne-monitor onder coffeeshopbezoekers die GHB gebruiken nagevraagd hoe zij aan de GHB komen (Nabben et al., 2016). Van de coffeeshopbezoekers die het afgelopen jaar nog GHB hadden gebruikt, had 33% de GHB gekocht in het uitgaansleven, had 11% het gekocht van een 06-dealer, 11% van een dealer thuis en had 11% de GHB zelf gemaakt.
- In het voorafgaande (zie § 9.6) werd reeds gewezen op de survey die in 2014 werd gehouden onder 78 ervaren GHB-gebruikers (Nabben en Korf, 2016). Onder deze ervaren GHB-gebruikers is nagevraagd hoe zij doorgaans aan de GHB komen. De GHB werd vaak of altijd gekocht door 32% van de ervaren gebruikers, 23% kreeg het vaak of altijd van anderen, 13% maakte het vaak of altijd zelf, maar niemand van de ervaren gebruikers bestelde de GHB vaak of altijd via internet (0%). Zoals hiervoor genoemd zijn gebruikers in 2016, vanwege de lastiger verkrijgbaarheid van de grondstof (precursor) GBL, vaker aangewezen op bezorgdiensten die kant en klare GHB verkopen (Nabben et al., 2017).



## 10. Slaap- en kalmeringsmiddelen en andere psychoactieve medicijnen





## 10. Slaap- en kalmeringsmiddelen en andere psychoactieve medicijnen

### Inleiding

In dit hoofdstuk ligt de nadruk op slaap- en kalmeringsmiddelen. Daarnaast wordt ook aandacht besteed aan andere psychoactieve medicijnen die momenteel in de belangstelling staan, zoals medicijnen tegen ADHD (Ritalin en Concerta), en bepaalde pijnstillers (synthetische opioïden, zoals Oxycodone).

Diverse 'psychoactieve' medicijnen kunnen bij verkeerd gebruik leiden tot verslaving, ziekte en sterfte, onder andere door suïcide. In de Opiumwet is geregeld hoe apothekers moeten omgaan met recepten voor middelen die in 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 niet-medisch gebruik plaatsvindt. De capaciteit om deze vorm van oneigenlijk gebruik op te sporen is echter beperkt.

Het merendeel van de slaap- en kalmeringsmiddelen behoort tot de groep van de benzodiazepinen.<sup>1</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, paniekstoornissen en onthoudingsverschijnselen na het stoppen met alcohol. De vergoeding van benzodiazepinen binnen de basisverzekering is per 1 januari 2009 sterk ingeperkt en geldt alleen nog voor een kleine groep patiënten voor enkele specifieke indicaties.

Slaap- en kalmeringsmiddelen worden op verschillende manieren gebruikt. Gebruik komt voor op recept volgens de richtlijnen, op recept maar buiten de richtlijnen en gebruik dat overgaat in chronisch gebruik, misbruik, of afhankelijkheid (verslaving). Een manier om te gebruiken zonder eigen recept is het 'meesnoepen' op het recept van een partner (Barendregt et al., 2017). Niet alleen bij misbruik en verslaving zijn er risico's verbonden aan slaap- en kalmeringsmiddelen. Ook het (acuut) gebruik in risicovolle omstandigheden en het gebruik in combinatie met bijvoorbeeld alcohol kan problematisch zijn (Baggio et al., 2014). Voor zover over deze risico's gegevens beschikbaar zijn, zullen deze in dit hoofdstuk worden gerapporteerd.

<sup>1</sup> Andere, minder vaak voorgeschreven middelen zijn de slaapmiddelen zopiclon en zolpidem en het kalmeringsmiddel buspiron.



## 10.1 Laatste feiten en trends

De belangrijkste feiten en cijfers over slaap- en kalmeringsmiddelen in dit hoofdstuk zijn:

- In 2016 hadden ongeveer 1 op de 10 mensen in de algemene Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder in het afgelopen jaar slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt. Onder vrouwen was het percentage laatste-jaar-gebruikers bijna twee keer zo hoog als onder mannen (§ 10.2).
- Ouderen van boven de 65 jaar zijn oververtegenwoordigd onder de gebruikers van benzodiazepinen (§ 10.2).
- Er zijn indicaties dat van de gebruikers van slaapmedicatie 62% langer dan twee jaar had gebruikt (§ 10.4).
- Het percentage 15-16-jarige scholieren dat ooit slaap- en kalmeringsmiddelen had gebruikt zonder recept van een arts, lag in 2015 in Nederland boven het Europees gemiddelde (§ 10.5).
- Het percentage scholieren van 15 en 16 jaar dat ooit ritalin op recept gebruikte steeg tussen 2003 en 2015; het ooitgebruik van ritalin zonder recept lag lager en bleef stabiel (§ 10.3).
- Het aantal cliënten dat ingeschreven stond bij de verslavingszorg wegens een primair probleem met benzodiazepinen, barbituraten, of overige psychofarmaca steeg tot 2010 en is tot en met 2015 gestabiliseerd (§ 10.6). Tussen 2009 en 2015 deed zich een opvallende daling voor in het aantal cliënten met een secundair psychofarmaca-probleem.
- Tussen 2013 en 2016 is het aantal sterftegevallen door slaap- en kalmeringsmiddelen gestegen. Het gaat hier voornamelijk om suïcide met barbituraten; de aantallen zijn echter relatief klein (§ 10.7).
- De vergoeding van benzodiazepinen via de basisverzekering is per 1 januari 2009 sterk ingeperkt. Vermoedelijk is in samenhang hiermee het aantal gebruikers van benzodiazepinen gedaald (§ 10.2, § 10.8).



## 10.2 Gebruik: algemene bevolking

In 2016 is via de Leefstijlmonitor-Aanvullend (LSM-A) het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen gemeten onder de bevolking van 18 jaar en ouder. De LSM-A is een tweejaarlijkse dieptestudie naar middelengebruik in de algemene bevolking, die naast de jaarlijkse kernstudie Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor wordt uitgevoerd voor meer verdiepende gegevens over middelengebruik, zoals het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen (zie bijlage D.2).

- In 2016 had 21,0% van de bevolking van 18 jaar en ouder ooit in het leven slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt, 26,1% van de vrouwen en 15,8% van de mannen. Het ooitgebruik lag het hoogst onder de ouderen, namelijk op 25,2% onder de 50-64-jarigen en op 25,4% onder de 65-plussers.
- In het afgelopen jaar had 10,5% slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt, 13,4% van de vrouwen en 7,5% van de mannen. Ook het laatste-jaar-gebruik lag het hoogst onder de ouderen, namelijk op 12,2% onder de 50-64-jarigen en op 14,3% onder de 65-plussers.
  - Bijna een derde (3,2% van alle volwassenen) had (ook) zonder recept gebruikt, 3,7% van de vrouwen en 2,8% van de mannen.
  - Dit komt (afgerond op tienduizendtallen) neer op 420 duizend gebruikers die het afgelopen jaar (ook) zonder recept hadden gebruikt (95% betrouwbaarheidsinterval 380-470 duizend).

In de afgelopen maand had 6,4% slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt, 8,6% van de vrouwen en 4,1% van de mannen. Ook het laatste-maand-gebruik lag het hoogst onder de ouderen, namelijk op 7,5% onder de 50-64-jarigen en op 10,4% onder de 65-plussers.

- Bijna een kwart van de laatste-maand-gebruikers (1,5%) had (ook) zonder recept gebruikt, 1,9% van de vrouwen en 1,1% van de mannen.
- Dit komt (afgerond op tienduizendtallen) neer op 200 duizend gebruikers die de afgelopen maand (ook) zonder recept hadden gebruikt (95% betrouwbaarheidsinterval 170-240 duizend).
- Van de laatste-jaar-gebruikers die (ook) zonder recept hadden gebruikt, had 15,2% één keer gebruikt, had 32,7% een paar keer gebruikt maar minder dan maandelijks, had 9,3% één keer per maand gebruikt, en had 42,8% meerdere keren per maand of vaker slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt.

Uit een landelijke enquête van de Nederlandse Vereniging voor Slaap- en Waak Onderzoek (NSWO) onder 949 Nederlanders met een gemiddelde leeftijd van 50,7 jaar bleek dat 9% vaak of altijd slaaptabletten gebruikt om in slaap te vallen. Nog eens 27% deed dit soms of zelden (NSWO, 2014). Het is niet duidelijk hoe deze gegevens gerelateerd kunnen worden aan een percentage laatste-jaar-gebruikers of laatste-maand-gebruikers.

Ook heeft de LSM-A het gebruik van medicijnen tegen ADHD onderzocht, waaronder het medicijn Ritalin.

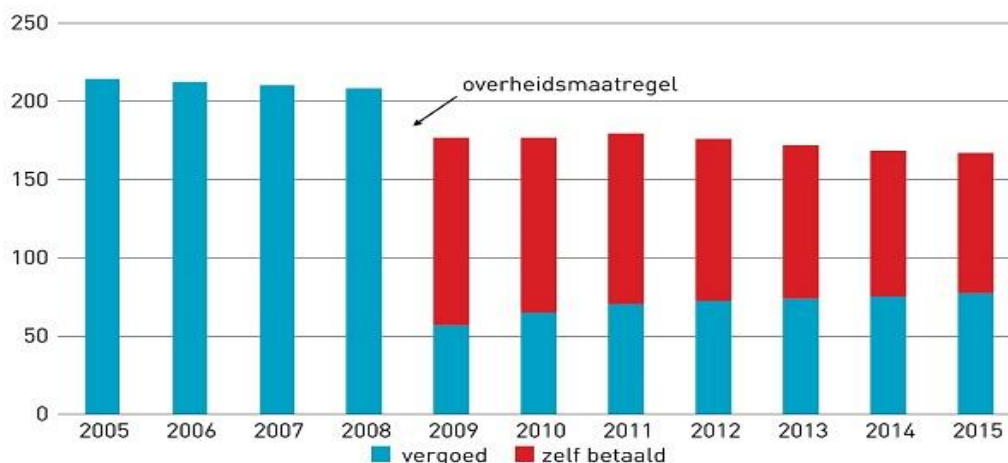
- In 2016 had 2,6% van de bevolking van 18 jaar en ouder ooit in het leven een medicijn tegen ADHD gebruikt.
- In het afgelopen jaar had 1,1% een medicijn tegen ADHD gebruikt.
  - Van deze groep had 30,2% een medicijn tegen ADHD (ook) zonder voorschrift gebruikt.
  - Dat komt (afgerond op tienduizendtallen) neer op 50 duizend gebruikers die het afgelopen jaar (ook) zonder voorschrift hadden gebruikt (95% betrouwbaarheidsinterval 30-60 duizend).
- In de afgelopen maand had 0,8% een medicijn tegen ADHD gebruikt.
  - Van deze groep had 14,9% een medicijn tegen ADHD (ook) zonder voorschrift gebruikt.
  - Dat komt (afgerond op tienduizendtallen) neer op 20 duizend gebruikers die de afgelopen maand (ook) zonder voorschrift hadden gebruikt (95% betrouwbaarheidsinterval 10-20 duizend).

De Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) verzamelt en analyseert de verkoop van geneesmiddelen van meer dan 95% van de openbare apotheken in Nederland (SFK, 2016). Op grond van deze gegevens wordt de totale verkoop voor heel Nederland geschat. Het gebruik van benzodiazepines is gestaag gedaald ([www.sfk.nl](http://www.sfk.nl), 17-11-2016).<sup>2</sup>

- In 2015 werden in totaal 167 miljoen standaarddoseringen aan benzodiazepines verstrekt. Tussen 2011 en 2015 was er een gemiddelde jaarlijkse daling van 1,7% (figuur 10.1).
- Ook het aantal gebruikers is de afgelopen jaren afgenomen, maar de hoeveelheid die zij gemiddeld per jaar gebruikten bleef gelijk. Tussen 2014 en 2015 daalde het aandeel van de gebruikers in de algemene bevolking met ongeveer 3%.
- Met ingang van 2009 werd besloten om de verstrekking van benzodiazepinen uitsluitend nog onder specifieke voorwaarden uit het basispakket te vergoeden. Dit leidde tot een daling in het aantal verstrekkingen met 15% in 2009 (figuur 10.1).
- Sinds de beperking van de vergoeding in 2009 neemt het aandeel dat de mensen zelf betalen af. In 2009 betaalden de gebruikers nog 67,7% van de verstrekte benzodiazepines zelf, in 2015 was dat nog maar 53,6% (zie ook § 10.8).

<sup>2</sup> Zie: <https://www.sfk.nl/publicaties/PW/2016/gebruik-benzodiazepines-daalt-gestaag-maar-traag>.

**Figuur 10.1 Gebruik van benzodiazepinen vanaf 2005**



I. Gebruik in miljoen standaarddagdoseringen. Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen ([www.sfk.nl](http://www.sfk.nl), 17-11-2016).

Zorginstituut Nederland verzamelt via het Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP) informatie van een groot aantal zorgverzekeraars. De inperking van de vergoeding in de basisverzekering per 1 januari 2009 werd ook goed zichtbaar in de GIP-cijfers.

- In 2008 registreerde het GIP nog 1.740.485 verzekerde gebruikers van slaap- en kalmeringsmiddelen.
- In 2009 was dit aantal gedaald naar 340.612 verzekerde gebruikers ([www.gipdatabank.nl](http://www.gipdatabank.nl), 14-12-2016).
- In 2015 werden in totaal 411.243 verzekerde gebruikers van slaap- en kalmeringsmiddelen geregistreerd in het GIP. Hierbij dient wel te worden opgemerkt dat patiënten die niet verzekerd zijn voor het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen, deze alsnog kunnen krijgen door daar zelf voor te betalen, zoals hierboven is te zien in figuur 10.1 (zie ook § 10.8).

#### *Oudere gebruikers van benzodiazepinen*

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. Er namen 83 huisartspraktijken deel aan het LINH met in totaal 335 duizend ingeschreven patiënten.

- In 2009 registreerde de steekproef van het LINH in totaal 2.807 patiënten vanaf 18 jaar 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% tussen de 18 en 65 jaar en was slechts 18% ouder dan 65 jaar. Hiermee komt naar schatting 27% van de benzodiazepinen terecht bij de ouderen, die slechts 18% uitmaken van de bevolkingsgroep waarin deze medicijnen worden gebruikt. Hieruit blijkt dat de ouderen zijn oververtegenwoordigd onder de gebruikers van benzodiazepinen.

Patiënten-educatie over de risico's van benzodiazepinen kan het gebruik terugdringen. In Canada bleek dat het gebruik bij meer dan een derde van de ouderen kon worden teruggedrongen via patiënten-educatie (Tannenbaum et al., 2014). In Australië is een speciaal protocol ontwikkeld om bij ouderen in vijf stappen het gebruik van teveel medicijnen terug te dringen (Reeve et al., 2014).



## Scholieren

Via het European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) worden onder andere via een representatieve steekproef gegevens verzameld over het gebruik van medicijnen door scholieren van 15 en 16 jaar (Kraus et al., 2016). Voor Nederland zijn de gegevens voor de ESPAD afkomstig uit de ESPAD-Nederland van het Trimbos-instituut. Tabel 10.1 toont het ooitgebruik van 2003 tot en met 2015 voor slaap- en kalmeringsmiddelen zonder recept en met recept, het ooitgebruik van pijnstillers om er 'high' van te worden, en het ooitgebruik van Ritalin met en zonder recept.

- Het ooitgebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen zonder recept schommelde tussen 2003 en 2015 tussen 7% en 9% (tabel 10.1). Bij de meisjes lag het gebruik hoger. In 2015 had van de meisjes 11% slaap- of kalmeringsmiddelen zonder recept gebruikt tegenover 5% van de jongens.
- Het ooitgebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen met recept kwam ongeveer even vaak voor. Dit ooitgebruik schommelde tussen 2003 en 2015 tussen 8% en 11%. Het percentage dat ooit met recept langer dan drie weken had gebruikt, steeg van 2% in 2003 naar 6% in 2015.
- Het percentage scholieren van 15 en 16 jaar dat met recept ooit Ritalin had gebruikt steeg tussen 2007 en 2015 van 4% naar 7% (tabel 10.1). Het percentage dat Ritalin had gebruikt zonder recept lag in deze periode steeds op 3%.

**Tabel 10.1** Percentage scholieren van 15 en 16 jaar naar geslacht dat ooit in het leven slaap- of kalmeringsmiddelen heeft gebruikt zonder recept en met recept, pijnstillers om er 'high' van te worden, en Ritalin met en zonder recept. Peiljaren 2003, 2007, 2011 en 2015

Medicijn	2003			2007			2011			2015		
	J (%)	M (%)	T (%)	J (%)	M (%)	T (%)	J (%)	M (%)	T (%)	J (%)	M (%)	T (%)
Slaap- of kalmeringsmiddelen zonder recept	7	10	8	6	8	7	6	11	9	5	11	8
Slaap- of kalmeringsmiddelen met recept	10	10	10	8	9	8	7	10	9	11	12	11
Slaap- of kalmeringsmiddelen met recept <3 weken gebruikt	8	9	9	5	6	6	3	6	5	5	6	6
Slaap- of kalmeringsmiddelen met recept >3 weken gebruikt	2	1	2	2	3	3	4	4	4	6	6	6
Pijnstillers om er 'high' van te worden	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	1
Ritalin met recept	-	-	-	5	3	4	8	2	6	10	5	7
Ritalin zonder recept	-	-	-	4	2	3	4	3	3	3	3	3

Percentage gebruikers ooit in het leven. J = jongens, M = meisjes, T = totaal, - = niet gemeten. Bron: ESPAD-Nederland, Trimbos-instituut.

### Scholieren in Amsterdam

Het Bongers Instituut voor Criminologie van de Universiteit van Amsterdam monitort via de *Antenne* het gebruik van alcohol en drugs onder scholieren van het voortgezet onderwijs in Amsterdam. Het gaat daarbij om brugklassers, derdeklassers, en oudere leerlingen. In 2011 onderzocht de Antenne ook het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen (Nabben et al., 2012).

- De brugklassers waren gemiddeld 13 jaar. Van de brugklassers had 4% in het afgelopen jaar en had 2% in de afgelopen maand slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt.
- De derdeklassers waren gemiddeld 14 jaar. Van de derdeklassers had 8% slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt in het afgelopen jaar en 4% in de afgelopen maand. Het gebruik zonder recept kwam voor bij 4% van de derdeklassers in het afgelopen jaar en bij 2% in de afgelopen maand.
- De oudere leerlingen waren gemiddeld 15 jaar. Van de oudere leerlingen had 7% slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt in het afgelopen jaar en 3% in de afgelopen maand. Het gebruik zonder recept kwam voor bij 3% van de oudere leerlingen in het afgelopen jaar en 1% in de afgelopen maand.

### MBO-studenten in Amsterdam

In 2016 is via het Antenne-onderzoek het gebruik van alcohol, drugs, en slaap- en kalmeringsmiddelen onderzocht onder 1.972 MBO-studenten in Amsterdam (Nabben et al., 2017). De leeftijd van deze MBO-studenten varieerde van 15 tot en met 35 jaar en hun gemiddelde leeftijd was 19 jaar. Er is daarbij ook gevraagd naar het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen en het gebruik van Ritalin. Hierbij werd geen onderscheid gemaakt tussen het gebruik met en het gebruik zonder recept.

- Van de MBO-studenten had 17% ooit slaap- en kalmeringsmiddelen gebruikt, 12% in het afgelopen jaar, en 6% in de afgelopen maand.

- Voor Ritalin lag het percentage ooitgebruik op 11%, lag het percentage laatste-jaar-gebruik op 7%, en lag het percentage laatste-maand-gebruik op 3%.

## Gebruik jongeren en jongvolwassenen

### Uitgaanders

In de Antenne-monitor is het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen, behalve onder scholieren, ook gepeild onder groepen jongeren en jongvolwassenen in bepaalde sectoren van het Amsterdamse uitgaansleven (tabel 10.2). Er wordt daarbij geen onderscheid gemaakt tussen gebruik op recept en oneigenlijk gebruik. 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 de na-effecten van het gebruik van stimulerende middelen tegen te gaan.

- In 2010 werd het middelengebruik onder Amsterdamse cafébezoekers onderzocht (Benschop et al., 2011). Hun leeftijd varieerde van 16-56 jaar, hun gemiddelde leeftijd was 27 jaar, 51% was man en 49% was vrouw.
  - Van de cafébezoekers had 19% ooit slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt, 11% had ze het afgelopen jaar gebruikt, en 4% had deze middelen de afgelopen maand nog gebruikt.
  - Bij de vrouwen lag het ooitgebruik hoger dan bij de mannen (23% tegenover 16%).
- Onder coffeeshopbezoekers in Amsterdam steeg het laatste-maand-gebruik van slaapmiddelen van 1% in 2009 naar 4% in 2015 (Nabben et al., 2016, tabel 10.2).

**Tabel 10.2 Gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen in Amsterdam**

	Locatie	Peiljaar	Gemiddelde leeftijd (jaar)	Ooit (%)	Laatste maand (%)
Coffeeshopbezoekers	Amsterdam	2009	28	12	1
		2015	25	16	4
Bezoekers van cafés	Amsterdam	2010	27	19	4

Percentage gebruikers ooit in het leven en in de laatste maand per groep. Uitgaanders die deelnemen aan onderzoek, waaronder bezoekers van coffeeshops en cafés, zijn niet representatief voor alle uitgaanders. Bronnen: Bongers Instituut voor Criminologie, UvA: Antenne 2010 (Benschop et al., 2011), Antenne 2015 (Nabben et al., 2016).

De *Tendens* monitort het gebruik van alcohol en drugs onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen in Gelderland. Net als in de voorafgaande jaren speelden in een al wat ouder *Tendens*-onderzoek uit 2010 slaap- en kalmeringsmiddelen een marginale rol in het middelengebruik van de Gelderse jongeren (De Jong et al., 2011). Net als in de Amsterdamse Antenne-monitor werden 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.

In *Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2016* is het middelengebruik van 4.905 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 15-35 jaar in kaart gebracht via een websurvey. Twee vijfde (39%) van de deelnemers bezocht maandelijks een club en nog eens een vijfde (18%) deed dit wekelijks. Party's werden minder vaak bezocht; 60% deed dit in het afgelopen jaar minder dan maandelijks (Monshouwer et al., 2016). De (voorlopige) resultaten zijn niet rechtstreeks te vergelijken met die van de peiling in 2013. De respondenten van deze onderzoeken via websurveys vormen geen representatieve steekproef van alle uitgaande jongeren en jongvolwassenen, en er zijn verschillen in de steekproeven van 2013 en 2016.

De respondenten verschillen bijvoorbeeld in uitgaansfrequentie en muziekvoorkeur (zie bijlage D.3).

- In de HGU2016 is het gebruik van Ritalin onderzocht. Ritalin (methylfenidaat) en andere medicijnen die worden voorgeschreven aan kinderen en jongeren met ADHD, worden ook gebruikt als zogenaamde 'recreatieve' drug, dat wil zeggen voor niet-medische doeleinden, zonder voorschrift van een arts. Het werkt als een pepmiddel, verwant aan amfetamine. Methylfenidaat valt dan ook onder de Opiumwet.
- In de HGU2016 rapporteerden bijna 1 op de 10 respondenten (9%) in het afgelopen jaar recreatief 'Ritalin' te hebben gebruikt en 1 op de 25 (4%) in de afgelopen maand. Wat betreft de motieven voor gebruik blijkt dat voor de grootste groep gebruikers (twee derde) een betere concentratie een (heel) erg belangrijke reden was voor gebruik. Uitgaansgerelateerde motieven zoals 'uitgaan langer vol kunnen houden' werden door een beduidend kleinere groep gebruikers (één vijfde) heel (erg) belangrijk gevonden. Dit suggereert dat Ritalin, als het gaat om niet-medische doeleinden, vooral wordt gebruikt als prestatie verhogend middel voor studie/werk en in mindere mate als 'recreatieve' uitgaansdrug.

### Probleemgroepen

In 2012 heeft de Antenne-monitor het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen onderzocht onder jongeren in de jeugdzorg in Amsterdam (Benschop et al., 2013).

- Het bleek dat 13% van de jongeren in de jeugdzorg deze middelen wel eens had gebruikt, waarvan 10% met een doktersvoorschrift en 5% (ook) zonder doktersvoorschrift. In de afgelopen maand had 3% van de jongeren in de Amsterdamse jeugdzorg nog slaap- en kalmeringsmiddelen gebruikt.

De *Coda-G4* is een cohortstudie onder daklozen in de vier grote steden Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, en Utrecht (Van Straaten et al., 2012). In 2011 heeft de *Coda-G4* voor het eerst het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen onderzocht onder dakloze jongvolwassenen in deze vier grote steden.

- Het ging om dakloze jongvolwassenen van 18-22 jaar met een gemiddelde leeftijd van 20 jaar. In 2011 had 3% van deze dakloze jongeren in de afgelopen maand slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt.
- De derde meting van de *Coda-G4* vond plaats tussen juli 2012 en juni 2013, anderhalf jaar na de instroom van de daklozen in de maatschappelijke opvang in 2011 (Van Straaten et al., 2014). Bij deze derde meting bleek dat 8% van de dakloze jongvolwassenen in de afgelopen maand slaap- of kalmeringsmiddelen had gebruikt.



## 10.4

### Problematisch gebruik

Problematisch gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen omvat naast acute problemen zoals verkeersongevallen, valincidenten en verslechtering van geheugen en concentratievermogen (zie § 10.7), ook misbruik en afhankelijkheid.

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' versluieren dat ook deze middelen verslavend kunnen zijn, net zoals alcohol, drugs en tabak (Crul, 2006; Bakker, 2015). Verslaving kan al optreden na drie tot zes weken gebruik. De richtlijn van de GGZ voor angststoornissen schrijft daarom voor dat de arts de patiënt over de bijwerkingen en het risico op afhankelijkheid uitgebreid dient te informeren (Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling GGZ, 2011). Deze richtlijn voor angststoornissen adviseert om eerst cognitieve gedragstherapie en/of andere medicijnen te proberen, en pas als dit niet aanslaat benzodiazepinen voor te schrijven. Ook de richtlijn van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) schrijft voor om chronisch



gebruik te voorkomen via voorlichting, gedragsmatige behandelingen, structurele lichaamsbeweging en regelmatige evaluaties van het gebruik ([www.nhg.nl](http://www.nhg.nl)).

Voor het behandelen van verslaving aan benzodiazepinen onderzoekt het Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction (NISPA) momenteel het geneesmiddel flumazenil. Mogelijk maakt flumazenil het bij een verslaving makkelijker om te stoppen met benzodiazepinen ([www.nispa.nl](http://www.nispa.nl)).

Tussen 28 maart en 7 april 2014 ondervroeg TROS Radar 7.514 panelleden die in het verleden slaapmedicatie hadden gebruikt en 9.093 panelleden die ten tijde van het onderzoek slaapmedicatie gebruikten. Van de gebruikers bleek 62% de slaapmiddelen al langer dan twee jaar te slikken en bij 80% had de huisarts of apotheker nooit voorgesteld om er mee te stoppen ([www.trosradar.nl](http://www.trosradar.nl), 14-04-2014).

### Algemene bevolking

Recente cijfers over het aantal problematische gebruikers van slaap- en kalmeringsmiddelen zijn niet beschikbaar. In het NEMESIS-onderzoek uit 2007-2009 is onder andere onderzocht hoeveel procent van de Nederlandse bevolking van 18-64 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% van de bevolking aan de diagnose 'misbruik' en voldeed 0,2% aan de diagnose 'afhankelijkheid' van slaap- of kalmeringsmiddelen. Het totaal in de algemene bevolking voor misbruik en afhankelijkheid kwam daarmee op 0,5% (tabel 10.3).
- Stoornissen in het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen kwamen meer voor onder vrouwen dan onder mannen (0,8% tegenover 0,2%).
- Omgerekend naar de bevolking ging het om ongeveer 35.000 mensen met 'misbruik' en om ongeveer 22.000 mensen met 'afhankelijkheid' van slaap- of kalmeringsmiddelen.

**Tabel 10.3 Jaarprevalentie van misbruik en afhankelijkheid van slaap- en kalmeringsmiddelen, naar stoornis en geslacht in de bevolking van 18-64 jaar. Peiljaren 2007-2009**

	Jaarprevalentie (%)
<b>Stoornis</b>	
Misbruik	0,3
Afhankelijkheid	0,2
<b>Geslacht</b>	
Mannen	0,2
Vrouwen	0,8
Totaal	0,5

Percentage misbruik en afhankelijkheid in het afgelopen jaar. Bron: Nemesis-2 2007-2009 (De Graaf et al., 2010).

Het gebruik van benzodiazepinen kan chronisch worden.

- Volwassenen die benzodiazepinen gebruiken, nemen gemiddeld één *Doorsnee Dag Dosis (DDD)* per dag. Het aantal DDD's verschilt sterk per benzodiazepine. Een milligram van de benzodiazepine *oxazepam* bevat slechts 0,02 DDD, terwijl een milligram van de benzodiazepine *brotizolam* 4 DDD's bevat, 200 keer zoveel ([www.benzodebaas.nl](http://www.benzodebaas.nl)).
- De Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) registreerde in de eerste helft van 2008 ongeveer 620 duizend en in de eerste helft van 2009 ongeveer 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 het '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 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 3.000 deelnemers aan de studie gebruikte 15% een benzodiazepine.
- Vrijwel altijd was er sprake van oneigenlijk gebruik, vooral omdat de meeste gebruikers (83%) langer gebruikten dan aanbevolen.
- Mensen met een chronische ziekte en ouderen hadden de hoogste scores voor 'oneigenlijk benzodiazepinegebruik'.
- Verder onderzoek toonde aan dat gebruikers van benzodiazepinen een groter risico liepen om afhankelijk te raken als zij leden aan slapeloosheid, antidepressiva gebruikten, of al leden aan een alcoholverslaving (Manthey et al., 2012).



## 10.5 Gebruik: internationale vergelijking

### Algemene bevolking

Cijfers over het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen zijn lastig internationaal te vergelijken. Het EMCDDA monitort deze middelen nog niet systematisch in de lidstaten van de EU (Casati et al., 2012). Voor landen als de Verenigde Staten, Canada en Australië zijn ook cijfers beschikbaar. Deze cijfers zijn echter 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.

### Jongeren

Hierboven werden in paragraaf 10.3 al gegevens genoemd voor Nederland uit het European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD). De ESPAD maakt het bovendien mogelijk om voor scholieren van 15 en 16 jaar internationale vergelijkingen te maken tussen, onder andere, enkele landen van de Europese Unie en Noorwegen (Kraus et al., 2016).

In het ESPAD onderzoek is in 2003, 2007, 2011 en 2015 voor diverse landen nagevraagd of de scholieren ooit in hun leven slaap- of kalmeringsmiddelen hebben gebruikt zonder een recept van een arts (tabel 10.4).

- In 2015 gingen Frankrijk (10%), Nederland (8%) en Zweden (7%) aan kop. De laagste percentages werden gevonden in Ierland (3%) en Denemarken (2%).
- Het (ongewogen) gemiddelde van 34 onderling vergelijkbare Europese landen lag in 2015 op 6%. Nederland lag met 8% boven het Europese gemiddelde.
- Doorgaans hebben meisjes meer ervaring met het gebruik van deze middelen dan jongens. Voor de 34 onderling vergelijkbare Europese landen lag het (ongewogen) gemiddelde bij de meisjes op 8% en bij de jongens op 5%.

**Tabel 10.4** 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, 2011 en 2015

Land	2003			2007			2011			2015		
	J (%)	M (%)	T (%)	J (%)	M (%)	T (%)	J (%)	M (%)	T (%)	J (%)	M (%)	T (%)
Frankrijk	10	15	13	12	18	15	8	15	11	8	12	10
Nederland	7	10	8	6	8	7	6	11	9	5	11	8
Zweden	5	7	6	6	9	7	7	9	8	5	9	7
België <sup>I</sup>	10	10	10	6	11	9	7	8	8	4	9	6
Finland	4	9	7	4	9	7	5	9	7	4	8	6
Noorwegen	3	3	3	3	5	4	3	4	4	5	7	6
Portugal	4	7	5	4	9	6	7	7	7	2	8	5
Italië	5	7	6	7	13	10	8	12	10	5	6	5
Oostenrijk	1	2	2	2	2	2	-	-	-	3	5	4
Griekenland	3	5	4	4	5	4	9	10	9	4	4	4
Ierland	2	2	2	2	4	3	3	3	3	3	3	3
Denemarken <sup>II</sup>	4	5	4	-	-	-	4	5	4	2	3	2
Duitsland <sup>III</sup>	1	2	2	2	3	3	3	2	2	-	-	-
Verenigd Koninkrijk <sup>IV</sup>	2	1	2	2	1	2	-	-	-	-	-	-

Percentage ooitgebruikers zonder recept. De tabel is geordend op het totale percentage ooitgebruikers in 2015. J = jongens, M = meisjes, T = totaal, - = niet gemeten. I. België in 2007, 2011 en 2015 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). Bron: ESPAD.

### Enkele internationale studies

In 2013 had 13,1% van de studenten van een universiteit in het Midwesten van de Verenigde Staten in het afgelopen jaar een receptmedicijn oneigenlijk gebruikt (McCabe et al., 2014).

- Van de studenten had 9,3% in het afgelopen jaar een stimulerend medicijn oneigenlijk gebruikt, 4,5% pijnstillers, 3,0% sedativa/angstmedicatie en 2,3% had slaappillen oneigenlijk gebruikt.
- De opvoedstijl van ouders bleek van invloed te zijn op het oneigenlijk gebruik van medicijnen door adolescenten. Ouders die hoge eisen stellen aan hun adolescente kinderen, zonder hen emotionele warmte te geven, lopen een hogere kans dat hun kinderen medicijnen gaan misbruiken (Donaldson et al., 2015). Naarmate studenten meer vrienden hebben die medicijnen misbruiken, lopen zij een grotere kans ook zelf medicijnen te gaan misbruiken (Watkins, 2016; Watkins, 2016a).
- Zoals eerder werd gevonden voor het gebruik van alcohol en cannabis, bleek ook voor het misbruik van medicijnen dat studenten dit eerder zullen doen naarmate ze denken dat anderen dat ook doen, en naarmate ze denken dat goede vrienden en hun ouders het zullen goedkeuren (Silvestri en Correia, 2016). In hoeverre deze gegevens van toepassing zijn op Nederland is nog onbekend.

Op een universiteit in Wales bleek in 2011-2012 dat 30% van de vrouwelijke studenten en 32% van de mannelijke studenten ooit in het leven een receptmedicijn oneigenlijk had gebruikt (Bennett et al., 2014).

- De studenten die medicijnen oneigenlijk gebruikten brachten de volgende redenen naar voren voor hun niet-medisch gebruik: "ik heb het nu eenmaal nodig", "ik ben een ervaren gebruiker", "ik kon niet op tijd een arts bereiken", "zo bespaar ik tijd voor de arts", "ik zorg voor goed gebruik", "ik vertrouw degene van wie ik het krijg", "iedereen doet het", "het kan geen kwaad", "artsen weigeren mij de goede medicatie te geven", "het hoort bij de andere middelen die ik gebruik", "ik wist niet dat het niet mocht", en: "ik wist niet dat dit een receptmedicijn is".

Uit een overzichtsstudie blijkt dat de motieven van jongvolwassenen om medicijnen te misbruiken doorgaans verschillen per medicijn (Drazdowski, 2016).

- Medicijnen met een stimulerende werking worden gebruikt om de concentratie te verhogen, maar ook om er 'high' van te worden.
- worden misbruikt om pijn te verzachten, maar ook voor het plezier, om 'high' te worden en uit nieuwsgierigheid.
- Kalmeringsmiddelen worden misbruikt om zich prettiger te voelen, uit nieuwsgierigheid en om beter te presteren op school.
- Ritalin (methylfenidaat), een medicijn voor de behandeling van aandachtstekort met hyperactiviteit (ADHD), werkt stimulerend bij mensen die deze klachten niet hebben. In IJsland is intraveneus misbruik geconstateerd van methylfenidaat onder problematische drugsgebruikers die in behandeling zijn. Zij gebruiken dit middel vanwege de euforie en de 'high' die het geeft vergelijkbaar met cocaïne (Bjarnadottir et al., 2016).



## 10.6

## Hulpvraag en incidenten

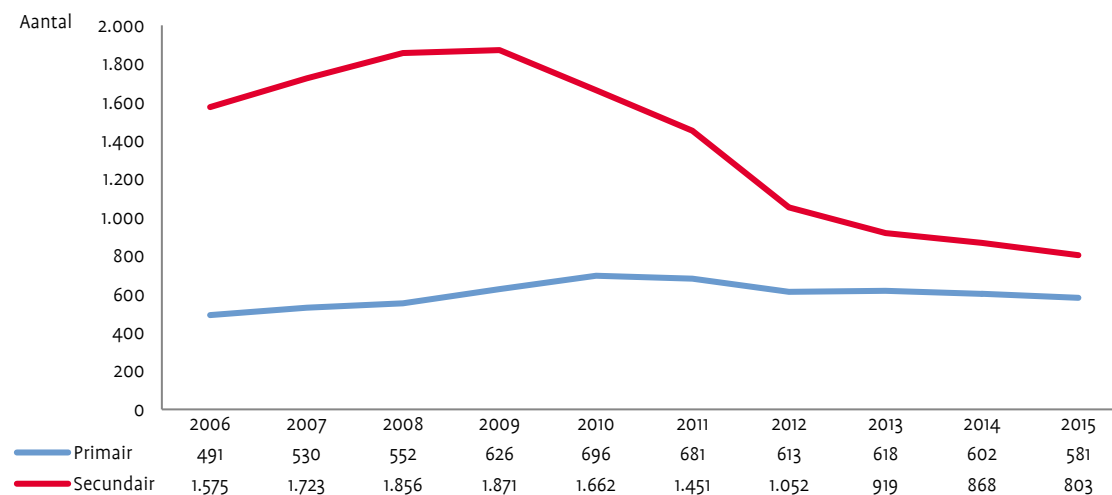
### Verslavingszorg

De verslavingszorg is het onderdeel van de gezondheidszorg dat hulp biedt aan mensen die verslaafd zijn geraakt aan drugs, alcohol, medicijnen, gokken, of andere gedragsverslavingen. In 2015 hebben in totaal 21 gespecialiseerde instellingen voor verslavingszorg geanonimiseerde gegevens over de hulpverlening aangeleverd aan het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS, Wisselink et al., 2016) (zie bijlage A: Cliënt LADIS). De wisselingen die zich in de afgelopen tien jaar hebben voorgedaan in de aanleverende instellingen zijn weergegeven in bijlage G. Een nadere analyse wijst uit dat deze wisselingen slechts een beperkte invloed hebben gehad op het landelijk aantal geregistreerde cliënten en de trends niet noemenswaardig hebben beïnvloed.

- Het aantal cliënten dat ingeschreven stond wegens een primair probleem met benzodiazepinen, barbituraten, of overige psychofarmaca steeg tot 2010 en is daarna gestabiliseerd (figuur 10.2). Het ging hier voornamelijk om benzodiazepinen. Het aantal cliënten met een primair probleem met benzodiazepinen steeg met 52% van 425 cliënten in 2006 naar 645 cliënten in 2010.
- Per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder lag het aantal primaire cliënten zowel in 2006 als in 2015 op 4 cliënten. Het aandeel van deze primaire cliënten in het totaal aantal primaire drugscliënten bleef met 2% laag in deze periode.
- Het aantal cliënten van de verslavingszorg dat benzodiazepinen, barbituraten, of overige psychofarmaca als secundair probleem noemde, was tot 2009 vele malen groter, maar daalde sindsdien opvallend scherp (figuur 10.2).

- Tussen 2009 en 2015 daalde het aantal secundaire cliënten met 57%. Voor deze groep was in 2015 het primaire probleem alcohol (58%), heroïne (16%), cocaïne of crack (6%), cannabis (6%), of methadon (4%). Het aantal primaire en secundaire cliënten samen genomen daalde met 33% van 2.066 cliënten in 2006 naar 1.384 cliënten in 2015.

**Figuur 10.2 Aantal cliënten bij de verslavingszorg met primaire of secundaire problematiek voor benzodiazepinen, barbituraten, of overige psychofarmaca<sup>1</sup>, vanaf 2006**



Aantal cliënten. I. Het betreft hier gemiddeld per jaar voor 91% benzodiazepineproblematiek. Voor de aanleverende instellingen, zie bijlage G. Bron: LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut.

## Algemene ziekenhuizen

De Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ; voorheen Landelijke Medische Registratie, LMR) bevat gegevens over de opnames in algemene ziekenhuizen, waarbij middelengebruik als hoofddiagnose of als nevendiagnose kan zijn geregistreerd. In 2013 wijzigde zowel de registratiemethode als de bijschattingmethode (zie bijlage G: LBZ). Vanwege deze wijzigingen worden hier gegevens gerapporteerd over 2014 en kunnen geen recente trends worden genoemd. De afgelopen jaren werden per jaar bijna twee miljoen klinische opnames in algemene ziekenhuizen geregistreerd (DHD, 2015). Middelenproblemen spelen nauwelijks een rol.

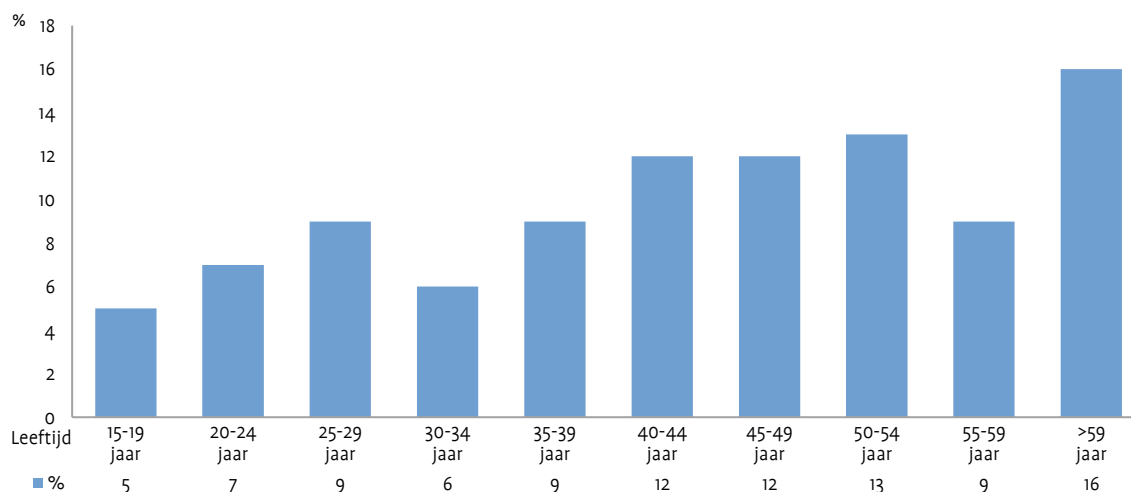
- Vóór de methodewijzigingen steeg vanaf 2004 het aantal klinische opnames gerelateerd aan een probleem met sedativa en hypnotica (benzodiazepinen en barbituraten) (Van Laar et al., 2015). Tussen 2006 en 2011 steeg het aantal nevendiaagnoses met 131% van 99 naar 229 nevendiaagnoses en steeg het aantal hoofddiagnoses met 65% van 60 naar 99. De oorspronkelijke barbituraten worden tegenwoordig nog maar weinig voorgeschreven. In de praktijk zal het bij deze middelen vooral gaan om benzodiazepinen.
- In 2014 ging het naar schatting om 1.741 hoofddiagnoses. Daarvan is 2% bijgeschat om de ontbrekende gegevens via een schatting aan te vullen (1.702 feitelijk geregistreerde opnames, zie bijlage G). Bij deze hoofddiagnoses ging het in 8% van de gevallen om psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van sedativa en hypnotica, ging het in 0,5% van de gevallen om vergiftiging door barbituraten en ging het in 92% van de gevallen om vergiftiging door benzodiazepinen.

- In 2014 ging het naar schatting om 1.210 nevend diagnoses. Daarvan is 2% bijgeschat om de ontbrekende gegevens via een schatting aan te vullen (1.183 feitelijk geregistreerde opnames, zie bijlage G). Bij deze nevend diagnoses ging het bij de bijbehorende hoofddiagnoses voornamelijk om:
  - vergiftiging en toxische gevolgen (68%);
  - psychische stoornissen en gedragsstoornissen (10%, waarbij 6% psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van psychoactieve middelen).

Dezelfde persoon kan meer dan een keer per jaar worden opgenomen. Bovendien kan er per opname meer dan een nevend diagnose worden gesteld.

- Gecorrigeerd voor dubbeltellingen ging het in 2014 om 2.427 personen. Zij werden in dat jaar minstens een keer opgenomen met een probleem met slaap- en kalmeringsmiddelen als hoofd- of nevend diagnose.
- Hun gemiddelde leeftijd was 43 jaar, een meerderheid van 65% was vrouw. De piek lag in de leeftijdsgroep ouder dan 59 jaar (figuur 10.3).

**Figuur 10.3** Leeftijdsverdeling van de patiënten met een probleem gerelateerd aan slaap- en kalmeringsmiddelen in de klinische ziekenhuiszorg (hoofd- of nevend diagnose). Peiljaar 2014



Percentage patiënten per leeftijdsgroep voor de klinische opnames met slaap- en kalmeringsmiddelen als hoofd- of nevend diagnose (unieke patiënten gecorrigeerd voor dubbeltellingen van personen). ICD-10 codes: F13, T42.3, T42.4 (zie bijlage B). Bron: LBZ, DHD.

## 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 een benzodiazepine werd aangetroffen als het enige middel, lag in Nederland ongeveer de helft lager dan het Europees gemiddelde: 0,4% in Nederland tegenover 1% 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% van de bestuurders medicinale opiaten gebruikt tegenover 0,4% in Europa. Het gaat hierbij om medicijnen als morfine en codeïne, die vooral als zware pijnstillers worden gebruikt.

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., 2012). Het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) heeft de website [www.rijveiligmetmedicijnen.nl](http://www.rijveiligmetmedicijnen.nl) ontwikkeld. Het doel van deze website is om de bewustwording te vergroten over de risico's van medicijnen in het verkeer.



## 10.7 Ziekte en sterfte

### Ziekte

Niet alleen bij niet-medisch gebruik, misbruik en verslaving zijn er bijwerkingen en risico's verbonden aan slaap- en kalmeringsmiddelen. Ook aan het (acuut) gebruik op zich en aan het gebruik in combinatie met bijvoorbeeld alcohol zijn bijwerkingen en risico's verbonden.

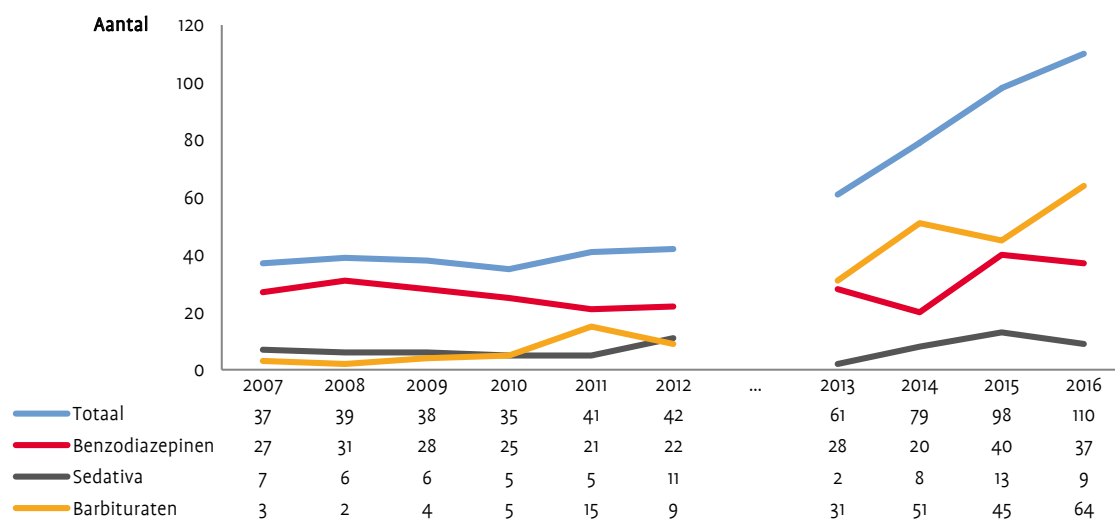
- De bijwerkingen zijn onder andere "sedatie met een zwaar gevoel", evenwichtsstoornissen, trage spraak, desoriëntatie en geheugenstoornissen, het verlies van initiatief, trager reageren, geheugen- en concentratieproblemen, emotionele en relationele vervlakking, het niet verwerken van pijnlijke ervaringen en verminderde kwaliteit van de slaap, waardoor men overdag suf of moe is (Lader, 2014; [www.farmacotherapeutischkompas.nl](http://www.farmacotherapeutischkompas.nl)).
- De risico's zijn onder andere valincidenten, met name bij ouderen (Broekhuizen, 2014; Erasmus MC, 2017), verkeersongelukken (Amarasuriya et al., 2012; Lader, 2014; Leufkens et al., 2014; Tjäderborn et al., 2016; zie ook § 10.6) en andere ongevallen. Van de automobilisten die slaapmedicatie gebruiken, neemt ruim 20% wel eens deel aan het verkeer terwijl de slaapmedicatie nog niet is uitgewerkt (NSWO, 2015).
- Bij het stoppen of afbouwen van het chronisch gebruik kunnen de oorspronkelijke klachten verergeren.
- Ook zijn er aanwijzingen dat het gebruik van benzodiazepinen door ouderen de kans op dementie verhoogt (Van der Laak, 2012; Pleumeekers, 2015) en cognitieve achteruitgang bij mensen met de ziekte van Alzheimer versterkt (Defrancesco et al., 2015).

### Sterfte

De Doodsoorzakenstatistiek van het CBS bevat gegevens over de directe sterfte (ofwel overdosering) door onder andere benzodiazepinen, sedativa, en barbituraten (figuur 10.4). Het betreft hier alleen het aantal gevallen waarin deze middelen als de onderliggende doodsoorzaak zijn geregistreerd. Daarnaast is er nog een onbekend aantal gevallen waarin deze middelen, vaak in combinatie met andere middelen, een bijdrage hebben geleverd aan het overlijden. Voor middelengebruik zijn de cijfers afkomstig uit de Doodsoorzakenstatistiek vermoedelijk een onderschatting van het werkelijk aantal sterfgevallen (zie bijlage D.1). Vanwege de overgang naar automatische codering in 2013 van de natuurlijke overlijdens kunnen de gegevens vanaf 2013 niet rechtstreeks vergeleken worden met de gegevens van de voorafgaande jaren. Bovendien kunnen er in de afgelopen jaren meer registraties zijn ontstaan door het elektronisch aanleveren van de doodsoorzakenformulieren, door meer toxicologisch onderzoek, en door een nieuw registratiesysteem van de forensische artsen.

- Tussen 2007 en 2012 schommelde het aantal gevallen rond gemiddeld 39 gevallen per jaar.
- Tussen 2013 en 2016 is het aantal gevallen bijna verdubbeld van 61 naar 110, vooral door een stijging in de gevallen waarin barbituraten een rol speelden. Van 2013 tot en met 2016 samengenomen ging het bij de gevallen waarin benzodiazepinen betrokken waren, in 90% van de gevallen om suïcide. Bij de gevallen waarin sedativa betrokken waren, ging het in 84% van de gevallen om suïcide. In de gevallen waarin barbituraten betrokken waren, ging het in alle gevallen om suïcide.

**Figuur 10.4 Sterfgevallen door overdosering van slaap- en kalmeringsmiddelen in Nederland, vanaf 2007**



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. In 2013 is de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS overgegaan op automatische codering van de doodsoorzaken, waardoor de gegevens voor 2013 niet rechtstreeks vergeleken kunnen worden met de voorafgaande jaren. Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS, bewerking Trimbos-instituut.

Alleen wanneer er een strafrechtelijk onderzoek plaatsvindt, of wanneer de nabestaanden daarom vragen, onderzoekt het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) een overlijdensgeval op alcohol, drugs, geneesmiddelen, en bestrijdingsmiddelen.

- Van de overlijdensgevallen waarbij gerechtelijke sectie en toxicologisch onderzoek had plaatsgevonden in 2016, waren er 4 gevallen waarin benzodiazepinen een rol hadden gespeeld bij het overlijden. In 2015 waren er nog 9 gevallen. In al deze gevallen speelden ook andere middelen nog een rol bij het overlijden.
- Vanwege combinatiegebruik kunnen de aantallen sterfgevallen in de verschillende hoofdstukken van dit Jaarbericht niet zonder meer bij elkaar worden opgetel



## 10.8 Aanbod en markt

Benzodiazepinen zijn op voorschrift van een arts voor bepaalde indicaties verkrijgbaar.

- In het voorafgaande werd er in paragraaf 10.2 al op gewezen dat de vergoeding van benzodiazepinen via de basisverzekering per 1 januari 2009 sterk is ingeperkt. Sindsdien geldt de vergoeding alleen nog voor een kleine groep patiënten voor enkele specifieke indicaties. Deze indicaties zijn epilepsie, angststoornissen indien therapie met antidepressiva heeft gefaald, meervoudige psychiatrische problematiek en palliatieve sedatie bij terminale zorg; ook wordt diazepam vergoed bij spierspasmen door neurologische aandoeningen ([www.sfk.nl](http://www.sfk.nl), 17-11-2016).
- In 2010 betaalden de gebruikers zelf 27 miljoen euro voor slaapmiddelen en eveneens 27 miljoen voor kalmeringsmiddelen. In 2011 daalden deze eigen uitgaven licht naar 26 miljoen euro voor slaapmiddelen en 25 miljoen voor kalmeringsmiddelen (SFK, 2012). Tussen 2010 en 2011 steeg het totaal aantal verstrekte benzodiazepinen met 1% van 177 naar 179 miljoen ([www.sfk.nl](http://www.sfk.nl), 06-09-2012). In 2015 betaalden de gebruikers zelf 31,3 miljoen euro voor slaapmiddelen en 22,9 miljoen euro voor kalmeringsmiddelen (SFK, 2016).
- In 2010 betaalden de gebruikers zelf per kwartaal 28 miljoen standaarddoses benzodiazepinen. In het derde kwartaal van 2014 was dit gedaald naar 23 miljoen standaarddoses benzodiazepinen die door de gebruikers zelf werden betaald ([www.sfk.nl](http://www.sfk.nl), 11-12-2014).



- Het bedrag dat door de zorgverzekeraars werd vergoed voor slaap- en kalmeringsmiddelen daalde volgens gegevens uit het Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP) van ongeveer 27,1 miljoen euro in 2008 naar ongeveer 7,3 miljoen in 2009. In 2015 lag dit bedrag op ongeveer 10 miljoen euro ([www.gipatabank.nl](http://www.gipatabank.nl), 14-12-2016).

Het vervalsen van recepten is één van de manieren om buiten de voorschriften om aan medicijnen te komen.

- Apothekers die met vervalste recepten worden geconfronteerd, kunnen dit aangeven bij de politie of melden bij het Bureau Opsporing van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ, [www.igz.nl](http://www.igz.nl)). De Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) heeft de afgelopen jaren gewaarschuwd voor vervalste recepten voor tal van slaap- en kalmeringsmiddelen, opiaatachtige pijnstillers (tramadol, oxycodon) en methyلفenidaat (Ritalin) of dexamfetaminesulfaat voor de behandeling van aandachttekort met hyperactiviteit (ADHD).
  - Er zijn geen cijfers beschikbaar over het totaal aantal vervalste recepten.

Een andere manier om aan medicijnen te komen, is het kopen van medicijnen via internet.

- Het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) wijst in dit verband op het gevaar van 'nepmedicijnen' die via internet worden verkocht ([www.medicijngebruik.nl](http://www.medicijngebruik.nl)). Artsen worden opgeroepen om alert te zijn op de gezondheidsschade die wordt aangericht door deze nepmedicijnen (Venhuis et al., 2014). Aanbieders van medicijnen op het internet moeten zich sinds 1 juli 2015 aanmelden voor registratie bij de Dienst voor registers van het Ministerie van VWS, het CIBG (T.K. 29477-314). Op 10 mei 2016 heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een publiekscampagne gelanceerd om te wijzen op de gevaren van vervalste medicijnen. De campagne geeft handvatten om de betrouwbaarheid van online aanbieders van medicijnen te controleren ([www.echt-of-nep.nl](http://www.echt-of-nep.nl)).
- Midden 2015 heeft de Nederlandse douane opgetreden tegen de internethandel in illegale geneesmiddelen. Er werden 100 pakketten met in totaal ruim 155.000 potentieel gevaarlijke illegale geneesmiddelen in beslag genomen ([www.igz.nl](http://www.igz.nl), 18-06-2015). Het ging vooral om erectiepillen, afslankmiddelen en slaapmiddelen.



## 11. Alcohol



# 11. Alcohol

## Inleiding

Alcohol ontstaat uit het vergisten van granen en vruchten. Alcohol wordt gedronken in de vorm van bier, wijn, gedistilleerd of mixdrankjes. Een standaard glas bier (25 cl), een glas wijn (10 cl) en een borrel sterke gedistilleerde drank (3,5 cl) bevatten allemaal ongeveer 10 gram alcohol. De meeste glazen bevatten echter meer dan de standaard. Uit een peiling in 2016 van de Rijksoverheid naar het kennisniveau met betrekking tot de schadelijkheid van alcohol blijkt dat het algemeen publiek gemiddeld 1,3 glas alcohol per dag een normale hoeveelheid vindt om te drinken (Louwen et al., 2016).

Alcohol werkt ontremmend en veroorzaakt een roes. Gebruik kan ontspannend en bevorderlijk zijn voor een goed humeur, maar ook een agressieve stemming versterken. Bij regelmatig alcoholgebruik treden gewenning en tolerantie op en kan gebruik ontaarden in een verslaving. Matig alcoholgebruik is over het algemeen sociaal geaccepteerd; een forse alcoholconsumptie wordt wel negatief beoordeeld (Louwen et al., 2016). Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie hangt de alcoholconsumptie in een samenleving af van drie factoren: *availability* (beschikbaarheid), *affordability* (betaalbaarheid) en *acceptability* (de sociale norm over alcoholconsumptie) (WHO, 2014).

Alcoholgebruik behoort wereldwijd tot de belangrijkste risicofactoren voor ziekte en sterfte. Ook de maatschappelijke en sociale schade door alcoholgebruik zijn groot. Een Nederlandse maatschappelijke kostenbaten analyse (MKBA) uit 2016 concludeerde dat de netto kosten in 2013 ongeveer 2,3 tot 2,9 miljard euro bedroegen. Daarin zijn kosten en baten meegerekend. Kosten vloeien bijvoorbeeld voort uit voortijdige sterfte, een lagere arbeidsproductiviteit, inzet van politie en justitie en verkeersongevallen. Onder baten vallen accijnzen voor de overheid en het plezier dat consumenten kunnen ontlenen aan alcohol (uitgedrukt in geld) (de Wit et al., 2016).

Preventie van schadelijk alcoholgebruik behoort tot de speerpunten van het volksgezondheidsbeleid. Belangrijke wetten en regels voor het alcoholbeleid staan in de Drank- en Horecawet, de (Nederlandse) Reclamecode (voor alcoholhoudende dranken), de Wegenverkeerswet, met straffen voor rijden onder invloed van alcohol, en de Accijnswet. Gemeentes hebben een belangrijke rol in de uitvoering van het alcoholbeleid. Zie hoofdstuk 2 voor meer informatie.



## 11.1 Laatste feiten en trends

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

- Acht op de tien Nederlanders ouder dan 18 jaar drinkt wel eens (meer dan één keer in het afgelopen jaar) alcohol. Alcohol wordt door volwassenen van alle leeftijden gebruikt. Vanaf 75 jaar neemt het aantal drinkers af (§ 11.2).
- In 2016 voldeed 39% van de Nederlanders van 18 jaar of ouder aan de nieuwe norm van de Gezondheidsraad om nooit meer dan 1 glas alcohol per dag te drinken. Mannen voldeden vaker niet aan de norm dan vrouwen.
- Terwijl zwaar drinken (minstens een keer per week 6 of meer glazen alcohol op één dag voor mannen of 4 glazen voor vrouwen) het meest voor komt onder jongvolwassenen tot 30 jaar, is overmatig drinken (meer dan 21 glazen per week voor mannen en meer dan 14 glazen per week voor vrouwen) een patroon dat iets vaker op oudere leeftijd (vanaf 50 jaar) lijkt voor te komen (§ 11.2).
- Tussen 2014 en 2016 daalde het percentage overmatige drinkers in de volwassen Nederlandse populatie van 9,9% naar 8,8% (§ 11.2).
- Volgens verkoopcijfers is er de afgelopen paar jaar sprake van een stabilisering in de consumptie van alcohol per hoofd van de bevolking (§ 11.2).
- Onder 12 -16-jarige scholieren van het reguliere voortgezet onderwijs deed zich tussen 2011 en 2015 een verdere daling voor in het alcoholgebruik (§ 11.3).
- Alcoholgebruik onder scholieren neemt toe naarmate het schoolniveau lager is. In 2015 was het verschil in alcoholgebruik in de laatste maand, binge drinken en het drinken van meer dan 10 glazen het grootst tussen VWO-leerlingen en VMBO-b-leerlingen (§ 11.3).
- De naleving van de leeftijdsgrens voor de verkoop van alcoholhoudende dranken is tussen 2015 en 2016 verbeterd. Desondanks slaagden in 2016 nog steeds de meeste aankoop pogingen van minderjarigen (§ 11.8).
- Internationaal gezien ligt het alcoholgebruik onder Nederlandse 15/16-jarige scholieren boven het gemiddelde van 34 Europese landen. Het aandeel Nederlandse 15/16-jarigen dat het gemakkelijk vindt om aan alcohol te komen ligt op het Europees gemiddelde (§ 11.5).
- In de algemene bevolking (15 jaar en ouder) is Nederland echter één van de EU-lidstaten waar de minste liters alcohol per hoofd gedronken wordt (§ 11.5).
- Het aantal cliënten bij de verslavingszorg met een primair alcoholprobleem schommelt de afgelopen tien jaar rond hetzelfde niveau (meest recente gegevens zijn uit 2015). Het aandeel van personen ouder dan 55 jaar stijgt (§ 11.6).
- In 2014 (meest recente cijfers) werden ongeveer 22 duizend personen opgenomen in algemene ziekenhuizen met als hoofd- of nevensdiagnose een alcoholprobleem (§ 11.6).
- Het aantal patiënten (alle leeftijden) dat op een spoedeisende hulpafdeling van een ziekenhuis werd behandeld wegens een alcoholvergiftiging steeg in 10 jaar tijd van naar schatting 3.900 naar 5.600 in 2016 (§ 11.6). Vanwege een daling in 2016 van het aantal kinderartsen dat meewerkt aan de registratie over jongeren die wegens overmatig alcoholgebruik in een ziekenhuis zijn opgenomen, kunnen geen conclusies worden getrokken over trends in het aantal “comazuipertjes” (§ 11.6).



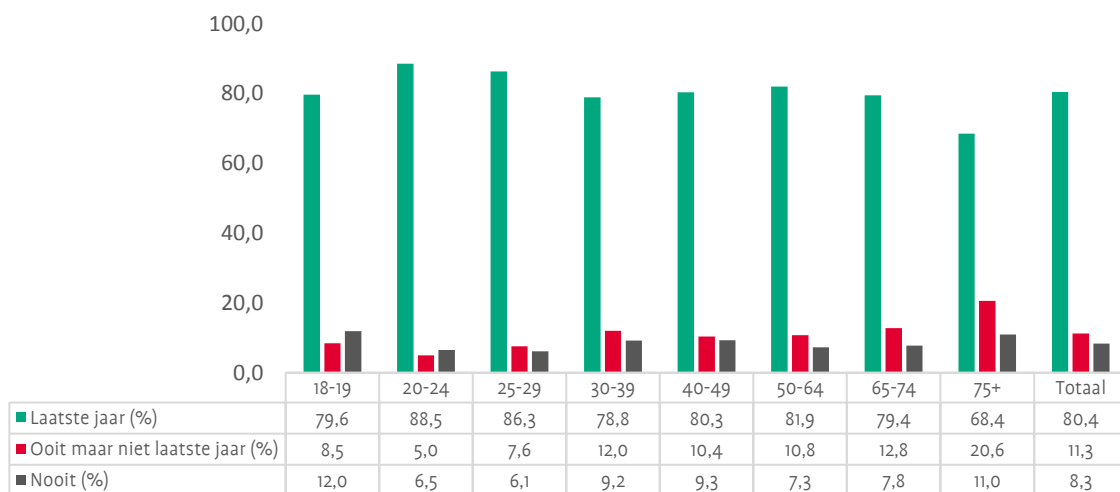
Alcoholgebruik is wijdverbreid in de Nederlandse samenleving. Gegevens over het gebruik van alcohol in de algemene bevolking worden sinds 1981 jaarlijks verzameld in de Gezondheidsenquête van het CBS onder personen van 12 jaar en ouder. Vanaf 2014 zijn vergelijkbare cijfers beschikbaar uit de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor uitgevoerd door het CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut (zie bijlage D.2). Door een methodebreuk in 2014 zijn de alcoholvariabelen ongeschikt om trends vast te stellen tussen de eerdere jaren en de metingen sinds 2014. De kerncijfers voor het beleid, zoals gepresenteerd in de Staat van Volksgezondheid en Zorg ([www.staatvenz.nl](http://www.staatvenz.nl)) zijn voor volwassenen vastgesteld voor de bevolking van 18 jaar en ouder en om die reden gebruiken wij deze leeftijdsgroep voor de beschrijving van de algemene bevolking. In 2016 is naast de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor ook de Leefstijlmonitor-Aanvullend uitgevoerd, de LSM-A/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM en CBS. Dit is de aanvullende module Roken, Alcohol, en Drugsgebruik van de Leefstijlmonitor, een aanpalende tweejaarlijkse dieptestudie naar middelengebruik in de algemene bevolking (zie bijlage D.2). Daar waar resultaten zijn opgenomen uit de LSM-A, wordt dit apart vermeld. Cijfers voor alcoholgebruik onder jongeren worden in § 11.3 op basis van scholierenonderzoeken gerapporteerd.

- In 2016 had 80,4% van de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder het afgelopen jaar wel eens alcohol gedronken (figuur 11.1). Dat is omgerekend naar de bevolking ongeveer 10,7 miljoen volwassenen (95% betrouwbaarheidsinterval 10,5-10,8 miljoen). In 2015 dronk 80,8% van de 18-plussers wel eens alcohol en in 2014 81,3%; dat is niet statistisch significant anders dan in 2016.
- In 2016 had 19,6% van de volwassenen in het afgelopen jaar geen alcohol gedronken: 8,3% had nog nooit alcohol gedronken en 11,3% had langer dan een jaar geleden alcohol gedronken.
- In de periode 2010-2013 schommelde het percentage alcoholgebruikers (vanaf 12 jaar) rond 80%. Deze cijfers zijn niet vergelijkbaar met de cijfers van 2014-2016.

### Leeftijd en geslacht

- Meer mannen dan vrouwen drinken alcohol. In 2016 dronk 86,5% van de mannen van 18 jaar en ouder wel eens alcohol en 74,5% van de vrouwen.
- Ook zijn er verschillen tussen leeftijdsgroepen. Onder de 20-24-jarigen is het hoogste percentage drinkers: 88,5%. Van de ouderen boven 75 jaar drinkt 68,4% alcohol (figuur 11.1).
- De aanvullende gegevens verzameld in 2016 in de LSM-A/Leefstijlmonitor (Trimbos-instituut i.s.m. RIVM en CBS) tonen dat de gemiddelde leeftijd waarop Nederlanders voor het eerst alcohol drinken 17,2 jaar is (16,4 jaar voor mannen en 18,0 jaar voor vrouwen).

**Figuur 11.1 Alcoholgebruikers in Nederland per leeftijdsgroep in de totale bevolking van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2016**



Percentage van de totale bevolking van 18 jaar en ouder dat 1) wel eens in de afgelopen 12 maanden alcohol dronk, 2) ooit in het leven maar niet het afgelopen jaar alcohol dronk en 3) nooit alcohol heeft gedronken. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2016.

## Opleidingsniveau en stedelijkheid

Alcoholgebruik komt vaker voor onder hoog opgeleiden dan onder laag opgeleiden<sup>1</sup>.

- In 2016 gaf 90,3% van de hoog opgeleiden aan wel eens alcohol te drinken, tegen 68,8% van de laag opgeleiden. Middelbaar opgeleiden (81,7%) zitten daar tussenin. Van de laag opgeleiden heeft 13,2% nog nooit alcohol gedronken; bij de hoog opgeleiden is dit 3,6%.
- Stedelijkheid heeft geen invloed op het percentage alcoholgebruikers. In (zeer) stedelijke gemeenten heeft 79,1% de afgelopen 12 maanden gedronken, vergelijkbaar met de niet-stedelijke gebieden (82,1%).

## Mate van consumptie

Het gemiddeld aantal glazen alcohol per dag per drinker van 18 jaar of ouder was in 2016 1,3. Dit is gelijk aan het gemiddeld aantal glazen in 2015.

- Mannen dronken in 2016 gemiddeld meer glazen (1,5) per dag dan vrouwen (0,9).
- Ouderen tussen 55 en 65 jaar dronken gemiddeld het meest (1,5 glazen per dag); 30-55 jarigen gemiddeld het minst (1,1) en 20-30 jarigen en 65-75 jarigen daar tussen in (1,4 glazen per dag).
- De Richtlijn Goede Voeding van de Gezondheidsraad (Gezondheidsraad, 2015) adviseert om geen alcohol te drinken of in ieder geval niet meer dan één glas per dag. In 2016 voldeed 39,4% van de totale bevolking van 18 jaar of ouder aan dat advies; 28,0% van de mannen en 50,4% van de vrouwen dronk nooit meer dan 1 glas alcohol per dag.

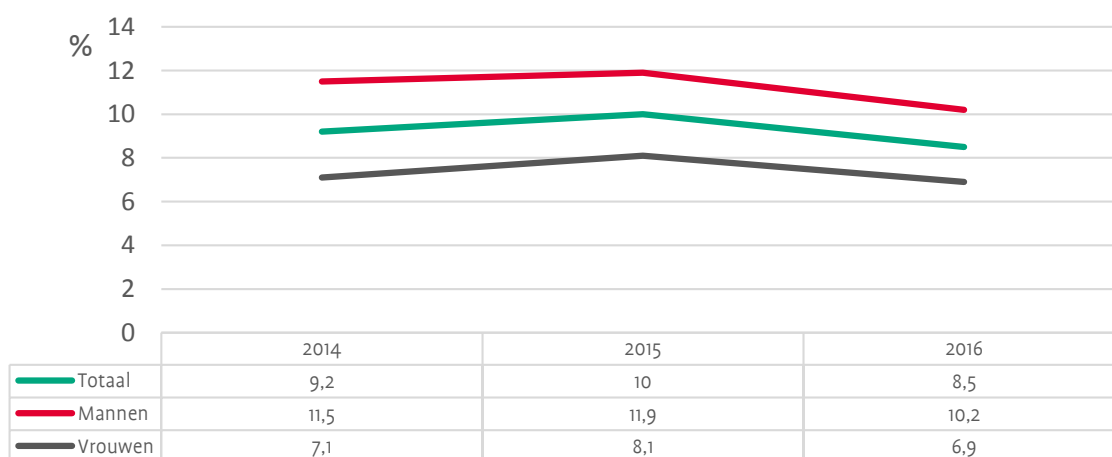
## Zwaar drinken

Volgens het CBS zijn “zware drinkers” mannen die minstens één keer per week 6 of meer glazen alcohol op één dag drinken, of vrouwen die minstens één keer per week 4 of meer glazen op één dag drinken (CBS, 2012).

<sup>1</sup> Cijfers naar opleidingsniveau in dit hoofdstuk kunnen afwijken van de cijfers gerapporteerd in de Staat van Volksgezondheid en Zorg, vanwege consistentie met de definitie van opleidingsniveau voor cijfers over andere middelen in dit Jaarbericht (zie bijlage D.2).

- In 2016 was 8,5% van de bevolking van 18 jaar en ouder een zware drinker, 10,2% van de mannen en 6,9% van de vrouwen.
- Jongvolwassenen van 18 en 19 jaar (13,9%) en van 20-24 (19,0%) scoren het hoogst op deze maat (figuur 11.2b).
- Hoger opgeleiden zijn vaker een zware drinker (9,5%) dan laag opgeleide personen (7,3%).
- Het percentage zware drinkers steeg licht tussen 2014 en 2015 (echter niet statistisch significant), en daalde (wel statistisch significant) tussen 2015 en 2016 (figuur 11.2a). Het percentage ware drinkers in 2016 is echter niet statistisch significant anders dan in 2014. Eerdere cijfers zijn niet vergelijkbaar, zowel vanwege de al genoemde methodebreuk in dataverzameling tussen 2013 en 2014, als een gewijzigde definitie van zwaar drinken sinds 2012.

**Figuur 11.2a Zware drinkers van alcohol naar geslacht onder mensen van 18 jaar en ouder. Peiljaren 2014-2016**



Percentages zware drinkers naar geslacht in de bevolking van 18 jaar of ouder. Zware drinkers: mannen die minstens één keer per week 6 of meer glazen alcohol op één dag drinken, of vrouwen die minimaal één keer per week 4 glazen op een dag drinken. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2016.

**Figuur 11.2b Zware drinkers en overmatige drinkers van alcohol naar geslacht en leeftijd onder mensen van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2016**



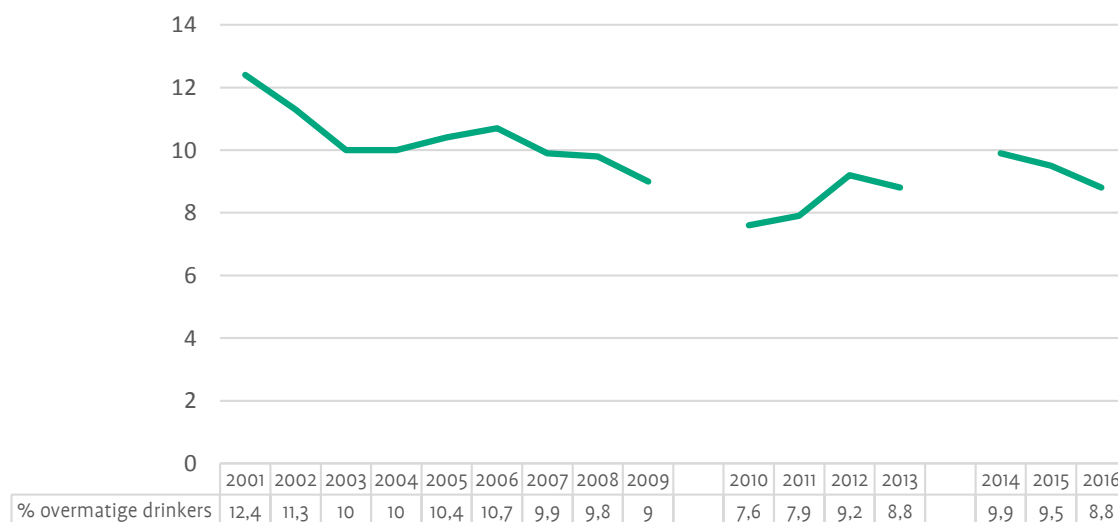
Percentages zware drinkers en overmatige drinkers in de bevolking van 18 jaar of ouder. Zware drinkers: mannen die minstens één keer per week 6 of meer glazen alcohol op één dag drinken, of vrouwen die minimaal één keer per week 4 glazen op een dag drinken. Overmatige drinkers: meer dan 21 glazen per week (mannen) of meer dan 14 glazen per week (vrouwen). Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2016.

## Overmatig drinken

Naast zwaar drinken is ook "overmatig drinken" risicovol. Overmatig drinken wordt gedefinieerd als meer dan 21 glazen per week voor mannen en meer dan 14 glazen per week voor vrouwen. Een drinker kan aan beide definities, zwaar drinken en overmatig drinken, tegelijk voldoen.

- Op jonge leeftijd (tot 30 jaar) overheerst een patroon van zwaar drinken (minimaal één dag in de week veel drinken). Voor overmatig drinken zijn verschillen tussen leeftijdsgroepen minder opvallend (figuur 11.2b).
- Tussen 2014 en 2016 was er een significante daling van het percentage overmatige drinkers (9,9% in 2014 en 8,8% in 2016) (figuur 11.2c). Tussen 2015 (9,5%) en 2016 bleef het percentage overmatige drinkers stabiel. Tussen 2010 en 2013 was er een toename van het percentage overmatige drinkers (van 7,6% in 2010 naar 9,2% in 2012 en 8,8% in 2013). Deze cijfers zijn vanwege de eerder genoemde methodebreuk niet vergelijkbaar met 2014, 2015 en 2016. In de jaren daarvoor was er een afname van het percentage overmatige drinkers, van 12,4% in 2001 tot 9,0% in 2009. Ook deze cijfers zijn niet vergelijkbaar met de cijfers van de hierop volgende jaren.
- Hoog opgeleiden zijn vaker een overmatige drinker (10,0% van de volwassenen) dan personen met een laag opleidingsniveau (8,0%). Van de middelbaar opgeleiden dronk in 2016 8,7% wel eens overmatig.

Figuur 11.2c Overmatige drinkers van alcohol onder mensen van 18 jaar en ouder. Vanaf 2001



Percentages overmatige drinkers in de bevolking van 18 jaar of ouder. Overmatige drinkers: meer dan 21 glazen per week (mannen) of meer dan 14 glazen per week (vrouwen). Tussen 2009 en 2010 en tussen 2013 en 2014 zit een methodenbreuk, waardoor de cijfers tussen deze periodes niet vergelijkbaar zijn. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2016.

## Verkoopcijfers

Verkoopcijfers geven een indicatie van de hoeveelheid alcohol die jaarlijks per hoofd van de bevolking wordt geconsumeerd ([stap.nl](http://stap.nl)).

- De consumptie van alcohol was in Nederland het grootst in het laatste kwart van de twintigste eeuw. Sindsdien is er sprake van een lichte daling en stabilisering sinds 2014 (tabel 11.1).
- In 2016 werd per hoofd van de bevolking (let op: vanaf 0 jaar) 7,0 liter pure alcohol geconsumeerd ([www.stap.nl](http://www.stap.nl)). De meeste alcohol wordt gedronken in de vorm van bier.
- De consumptie van bier en gedistilleerd in Nederland is sinds 1980 afgenomen; de consumptie van wijn nam in dezelfde periode toe.



**Tabel 11.1 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	0,4	1,9	4,2
1970	2,9	0,6	2,0	5,5
1975	4,0	1,2	3,4	8,6
1980	4,8	1,4	2,7	8,9
1985	4,2	1,8	2,2	8,3
1990	4,5	1,7	2,0	8,2
1995	4,3	2,0	1,7	8,0
2000	4,1	2,3	1,9	8,3
2002	4,0	2,3	1,7	7,9
2003	4,0	2,3	1,5	7,8
2004	4,0	2,5	1,4	7,8
2005	3,9	2,6	1,3	7,8
2006	4,0	2,6	1,3	7,8
2007	3,9	2,6	1,3	7,7
2008	3,9	2,6	1,3	7,8
2009	3,6	2,6	1,3	7,5
2010	3,6	2,6	1,3	7,5
2011	3,6	2,6	1,2	7,4
2012	3,6	2,6	1,3	7,5
2013	3,5	2,5	1,3	7,2
2014	3,4	2,3	1,1	7,0
2015	3,4	2,5	1,1	7,0
2016	3,4	2,5	1,1	7,0

In liters pure alcohol. Bronnen: Stap.nl, Centraal Bureau voor de Statistiek, Productschap Dranken, Productschap Wijn, Nederlandse Brouwers, Ministerie van Financiën.

## Speciale groepen in de algemene bevolking

### Zwangeren

Het gebruik van alcohol tijdens de zwangerschap is heel beperkt, al drinkt vlak vóór de zwangerschap iets minder dan de helft nog wel, vooral hoogopgeleiden. Deze conclusies komen uit een onderzoek eind 2016 van het Trimbos-instituut over het middelengebruik voor, tijdens en na de zwangerschap van 1858 moeders die het consultatiebureau bezochten met een kind van 0-4 jaar (Tuithof et al., 2017b). De steekproef was in grote mate representatief voor moeders van jonge kinderen in de algemene bevolking in 2016. Gemiddeld was het jongste kind van de moeders in de steekproef 11 maanden oud.

- In de vier weken vóór de zwangerschap had 43% van de moeders alcohol gedronken. Een klein deel van deze moeders dronk in de vier weken voor de zwangerschap (bijna) dagelijks (3,1%), ruim een derde dronk wekelijks (35%) en 62% dronk enkele keren in de vier weken voorafgaand aan de zwangerschap. Gemiddeld dronken de moeders áls ze in de vier weken voor de zwangerschap dronken, minder dan twee glazen per keer.
- Hoog opgeleiden dronken beduidend vaker (54%) alcohol in de vier weken voor de zwangerschap dan laag opgeleiden (27%) en middelbaar opgeleiden (33%). Ook etniciteit speelt een rol: westerse moeders hebben vaker alcohol gedronken in de vier weken voor de zwangerschap (49%) dan niet-westerse moeders (20%). Het maakte geen verschil uit of iemand in de stad of op het platteland woonde en ook niet of de moeder een partner had of niet. Er waren ook geen verschillen tussen leeftijdsgroepen.
- 4,6% van de moeders heeft ook nog alcohol gedronken toen zij wisten dat ze zwanger waren. In verreweg de meeste gevallen (87%) ging het maar om een paar slokjes. Vooral hoogopgeleide vrouwen dronken tijdens de zwangerschap (6,3%), vergeleken met 2,7% van de middelbaar opgeleide moeders en 3,5% van de laagopgeleide moeders.
- In de eerdere peilingen van TNO in 2015, 2010 en 2007 naar melkvoeding, waarin ook vragen over alcoholgebruik zaten, was ook al gebleken dat laag opgeleide zwangeren minder vaak drinken dan hoog opgeleide zwangeren (Lanting et al., 2016).
- Deze peilingen toonden ook dat het alcoholgebruik van zwangeren in de afgelopen jaren is gedaald. De cijfers hebben een aantal tekortkomingen en moeten daarom wel voorzichtig worden geïnterpreteerd.

### 55-plussers

Een recente overzichtsstudie, gebaseerd op enkele bestaande bronnen en nieuw verzamelde gegevens, concludeert dat het alcoholgebruik in de leeftijdscategorie 55-70 jaar relatief hoog ligt (Veerbeek et al., 2017).

- Bij 21,2% is sprake van matig alcoholgebruik (vergeleken met 13,7% onder 23-54-jarigen) en 6,7% van de 55-70-jarigen drinkt overmatig (vergeleken met 3,8% onder 23-54-jarigen). De verschillen in matig en overmatig alcoholgebruik tussen de leeftijdsgroepen 25-54 jaar en 55-70 zijn statistisch significant. Matig drinken is in deze studie gedefinieerd als het drinken in het afgelopen (half) jaar (afhankelijk van de studie) van gemiddeld 8 tot en met 21 glazen alcohol per week (mannen) of 8 tot en met 14 glazen per week (vrouwen). Overmatig drinken is in het afgelopen (half) jaar (afhankelijk van de studie) gemiddeld meer dan 21 glazen alcohol per week (mannen) of gemiddeld meer dan 14 glazen per week (vrouwen). Maandelijks of vaker binge drinken (meer dan 4 glazen door vrouwen en meer dan 6 glazen door mannen bij een gelegenheid) komt bij 13,1% van de 55-plussers voor.
- Van de 55-plussers die drinken doet een derde dat iedere dag, gemiddeld 2,5 glas. Meestal drinken zij thuis, maar ook in een restaurant of bij vrienden/kennissen wordt regelmatig alcohol gedronken.
- 55-plussers die overmatig drinken zijn vaker alleenstaand, jonger dan 75 jaar, ze roken, hebben een relatief hoog inkomen, zijn minder fysiek actief en hebben vaker een angststoornis vergeleken met 55-plussers die licht drinken.
- 55-plussers die overmatig drinken gaan met het ouder worden nog meer drinken. Daarentegen neemt het alcoholgebruik van ouderen die licht drinken met de jaren juist af ("licht drinken" is in deze studie gedefinieerd als: in het afgelopen (half) jaar (afhankelijk van de studie) drinken van gemiddeld 1 tot 8 glazen alcohol per week). De afname in alcoholgebruik in het algemeen bij 55-plussers hangt samen met hogere leeftijd, mannelijk geslacht, roken (de afname in alcoholgebruik is sterker bij rokers dan bij niet-rokers), een toename van chronische ziekten en een afname van cognitieve functies.



### Scholieren van het regulier voortgezet onderwijs

Verschillende landelijke onderzoeken monitoren het drinkgedrag van jongeren. Het Peilstationsonderzoek scholieren wordt elke vier jaar door het Trimbos-instituut uitgevoerd en verzamelt sinds 1992 cijfers over middelengebruik (o.a. alcoholgebruik) van leerlingen in groep 7/8 van het basisonderwijs en op reguliere middelbare scholen. De laatste meting was in 2015 (Van Dorsselaer et al., 2016). In dit Jaarbericht worden de gegevens gepresenteerd voor de scholieren van 12-16 jaar (zie bijlage D.7) en van de peiling naar opvattingen over middelengebruik en opvoedgedrag onder ouders (Dorsselaer et al., 2016).

### Trends

Het gebruik van alcohol is onder scholieren van 12-16 jaar tussen 2003 en 2015 grofweg gehalveerd (Van Dorsselaer et al., 2016) (figuur 11.3).

- Het percentage scholieren dat ooit alcohol had gedronken daalde in deze periode van 83,7% naar 45,4%. Het percentage dat het afgelopen jaar had gedronken daalde van 76,4% naar 38,5% en het percentage dat in de afgelopen maand nog had gedronken daalde van 56,2% in 2003 naar 25,5% in 2015 (figuur 11.3).
- De dalingen tussen 2011 en 2015 waren groter dan die in voorgaande peilingen.
- Van de basisscholieren in groep 7/8 had in 2015 13,2% al eens alcohol gedronken; jongens (17,8%) vaker dan meisjes (8,4%). Ook dat is een substantiële daling ten opzichte van 2003, toen 50,1% wel eens alcohol had gedronken (56,1% van de jongens en 43,8% van de meisjes). Het percentage leerlingen uit groep 7/8 dat in de afgelopen maand nog had gedronken decimeerde, van 18,9% in 2003 naar 1,8% in 2015.

**Figuur 11.3 Gebruik van alcohol onder scholieren van 12-16 jaar, vanaf 2003**

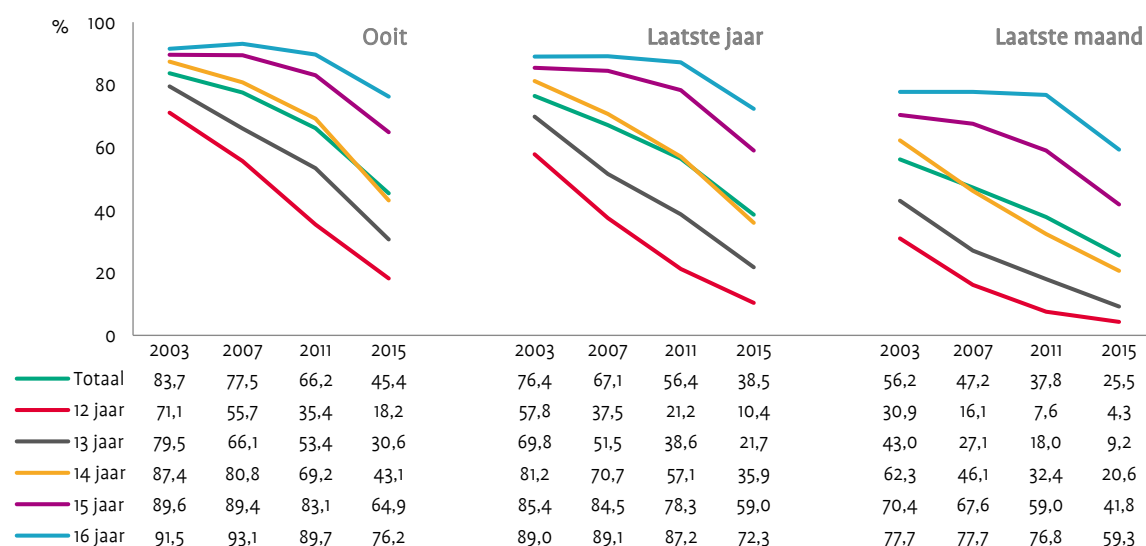


Percentage gebruikers ooit in het leven (links), in het laatste jaar (midden) en in de laatste maand (rechts). Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM, 2015.

## Leeftijd en geslacht

- Het percentage van de scholieren dat ervaring heeft met alcohol stijgt sterk met de leeftijd. In 2015 had 18,2% van de 12-jarigen ervaring met alcohol, bij de 16-jarigen lag dit op 76,2% (figuur 11.4). Het percentage dat in de afgelopen maand dronken was geweest steeg van 1,0% onder de 12-jarigen naar 32,6% onder de 16-jarigen (Van Dorsselaer et al., 2016).
- De eerdergenoemde daling in het ooitgebruik en laatste maand gebruik van alcohol in het voortgezet onderwijs sinds 2003 deed zich voor onder jongeren van alle leeftijden (figuur 11.4). In 2015 had op 12-jarige leeftijd minder dan een vijfde (18,2%) van de scholieren ooit een glas alcohol gedronken. In 2003 lag dat percentage ongeveer vier keer zo hoog (71,1%). Van de 14-jarigen in 2015 had 43,1% ooit alcohol gebruikt en dat is ongeveer de helft van 2003 (87,4%) (figuur 11.4). De daling onder scholieren van 15-16 jaar heeft zich later ingezet en was vooral tussen 2011 en 2015 groot.
- Jongens en meisjes in het voortgezet onderwijs verschillen niet significant in ooitdrinken of drinken in de laatste maand (figuur 11.4) (Van Dorsselaer et al., 2016).

Figuur 11.4 Trends in het gebruik van alcohol naar leeftijd, vanaf 2003



Percentage gebruikers ooit in het leven (links), in het laatste jaar (midden) en in de laatste maand (rechts). Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM, 2015.

## Schoolniveau en etnische afkomst

- Alcoholgebruik neemt toe naarmate het schoolniveau lager is. In 2015 was het verschil in alcoholgebruik in de laatste maand, binge drinken en het drinken van meer dan 10 glazen het grootst tussen VWO-leerlingen en VMBO-b-leerlingen (tabel 11.2).
- Hoewel op alle schoolniveaus het alcoholgebruik ooit in het leven sinds 2003 significant is gedaald, is de absolute daling niet op alle schoolniveaus gelijk. De daling is het grootst op het VWO (van 88% in 2003 naar 34% in 2015) en het kleinst op het VMBO-b (van 80% in 2003 naar 48% in 2015) (Tuithof et al., 2017). Ook in afgelopen maand alcoholgebruik is de daling onder VWO-scholieren (van 57% naar 12%) veel groter dan op het VMBO-b (van 54% naar 31%) (Tuithof et al., 2017).
- Daarbij past dat de VMBO-b-leerlingen de schadelijkheid van alcoholgebruik lager inschatten vergeleken met leerlingen van de andere schoolniveaus (Tuithof et al., 2017).

- Van de autochtone jongeren van 12-16 jaar dronk 28,8% in de afgelopen maand alcohol, tegenover 20,4% van de jongeren van Surinaamse afkomst, 12,4% van de jongeren van Antilliaans/Arubaanse afkomst, 4,1% van de jongeren van Turkse afkomst en 1,5% van de jongeren van Marokkaanse afkomst (Van Dorsselaer et al., 2016). Het lagere percentage drinkers onder jongeren van Turkse en Marokkaanse afkomst kan voor een deel worden verklaard door hun islamitische achtergrond.

**Tabel 11.2 Alcoholgebruik naar schoolniveau onder scholieren van 12-16 jaar van het voortgezet onderwijs. Peiljaar 2015**

	Laatste-maand-gebruik (%)	Binge drinken onder actuele drinkers (%)	> 10 glazen in het weekend onder actuele gebruikers (%)
VMBO-b	31,1	79,1	26,1
VMBO-t	23,1	70,7	22,7
HAVO	27,7	69,5	20,2
VWO	21,7	56,9	12,3

Binge drinken: vijf of meer glazen alcohol drinken bij één gelegenheid in de afgelopen maand. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM, 2015.

## Binge drinken

Binge drinken wordt in het Peilstationsonderzoek 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; Petit et al., 2014).

- Het percentage scholieren van 12-16 jaar dat in de afgelopen maand minimaal één keer was gaan binge drinken daalde van 39% in 2003 naar 16% in 2015 (Tuithof et al., 2017).
- Jongens en meisjes in het voortgezet onderwijs verschillen niet significant in binge drinken. Wel is het percentage binge drinkers hoger onder oudere scholieren. In 2015 had 2,2% van de 12-jarigen en 44,2% van de 16-jarigen meer dan vijf glazen op een gelegenheid gedronken (Van Dorsselaer et al., 2016).
- Het aantal jongeren dat wel eens ging binge drinken daalde op alle schoolniveaus significant, maar de verschillen waren groot. Op het VWO daalde het percentage leerlingen dat afgelopen maand wel eens was gaan binge drinken van 27% in 2003 naar 6% in 2015; op het VMBO-b daalde het percentage binge-drinkers in de afgelopen maand van 49% in 2003 naar 25% in 2015, ongeveer gelijk aan het niveau dat de VWO-scholieren hadden in 2003 (Tuithof et al., 2017).
- Een minderheid (5,4%) van de scholieren van 12-16 jaar die in de afgelopen maand alcohol hadden gedronken nam in 2015 meer dan 10 glazen op een dag in het weekend. Deze hoeveelheid kan als risicovol worden gezien, zeker op deze jonge leeftijd. Er zijn nauwelijks verschillen tussen jongens en meisjes in het gemiddeld aantal glazen dat zij in het weekend drinken (Van Dorsselaer et al., 2016).
- Uit onderzoek van de GGD Amsterdam en Jellinek Preventie, waarbij het alcoholgebruik van Amsterdamse leerlingen van de 5<sup>e</sup> en 6<sup>e</sup> klas van het voortgezet onderwijs in kaart werd gebracht, bleek dat 45% in de afgelopen maand (minimaal) één keer was gaan binge drinken. Dit percentage verschilt niet significant van het landelijk gemiddelde (47%). Ook het landelijke percentage huidige gebruikers is niet significant verschillend van Amsterdam, respectievelijk 65% en 60% (Dijkshoorn et al., 2016).

## Studenten van het MBO en HBO

In 2015 is het gebruik van alcohol ook gemeten onder een representatieve steekproef van 16-18-jarige studenten van het MBO en HBO (Verdurmen et al., 2016).

- Ruim acht op de tien studenten (16-18 jaar op het MBO en HBO) hebben ooit alcohol gedronken en ruim twee derde heeft dit in de afgelopen maand nog gedaan.
- Van de studenten die alcohol drinken, drinkt 14% in het weekend meer dan 20 glazen alcohol, jongens (21%) beduidend vaker dan meisjes (7%).
- Van de 17-jarige HBO-ers heeft 80% de afgelopen maand alcohol gedronken; dit is significant hoger dan op het MBO en VO, waar bijna twee derde van de 17-jarigen de afgelopen maand alcohol heeft gedronken.

De Amsterdamse Antenne Monitor rapporteert trends van drugs- en alcoholgebruik onder groepen jongeren en jongvolwassenen in de hoofdstad. Voor de editie Antenne 2016 is voor het eerst onderzoek gedaan op MBO-instellingen in Amsterdam (Nabben et al., 2017). Deze cijfers zijn niet vergelijkbaar met het bovenstaande onderzoek onder MBO en HBO studenten (Verdurmen et al., 2016): het Antenne-onderzoek gaat ten eerste alleen over het MBO en heeft ten tweede geen leeftijdsrestricties. De MBO-scholieren uit het Antenne-onderzoek zijn tussen 15 en 35 jaar oud (gemiddeld 19 jaar en dus ouder dan het onderzoek onder 16-18-jarigen); driekwart zit in de leeftijdscategorie 17-20 jaar.

- In 2016 had 65% van de MBO-studenten in de afgelopen maand alcohol gebruikt (huidig gebruik). Iets meer dan de helft (51%) dronk wekelijks alcohol, waarbij op een drinkdag gemiddeld 6 glazen alcohol werden gedronken. Dagelijks alcohol drinken deed 3% van de MBO-studenten.
- Gemiddeld werd op 15-jarige leeftijd voor het eerst alcohol gedronken (voor de meesten gold op dat moment nog de leeftijdsgrens van 16 jaar). Bij vergelijking van subgroepen wordt gezien dat het aandeel huidige drinkers stijgt met de leeftijd (15-17 jaar: 61%, 18-20 jaar: 66% en 21 jaar en ouder: 72%).
- Binnen de groep van de 15- tot 17-jarigen heeft zes op de tien studenten afgelopen maand alcohol gebruikt en kan ondanks de leeftijdsgrens aan alcohol komen.
- 21% van de huidige drinkers vindt zelf dat ze te veel of te vaak drinken. Dat is meer dan volgens de definitie van riskante drinker die in de Antenne wordt gehanteerd (dagelijks drinken ongeacht de hoeveelheid; meerdere dagen per week meer dan 3 glazen (tot 19 jaar) of meer dan 4 glazen (vanaf 19 jaar) alcohol), waar 9% van de huidige drinkers aan voldoet.

## Wijze van verkrijgen

Voor minderjarige jongeren is de sociale omgeving de belangrijkste bron om aan alcohol te komen. Dit blijkt uit het Peilstationsonderzoek 2015 onder scholieren van het voortgezet onderwijs (Van Dorsseleer et al., 2016).

- Van de jongeren van 12-16 jaar die in de afgelopen maand alcohol hebben gebruikt, zegt 10% het meestal zelf te kopen (tabel 11.3). Dit percentage stijgt met de leeftijd van 2% onder de 12-13-jarigen naar 11% onder de 15-jarigen en 12% onder de 16-jarigen.
- De meerderheid van de jongeren van 12-16 jaar die in de afgelopen maand alcohol hebben gebruikt koopt het niet zelf, maar krijgt het via anderen. Van de actuele jonge drinkers krijgt 33% de alcohol meestal van vrienden, 26% meestal van de ouders en 17% laat de alcohol door anderen kopen.
- In de studie onder studenten op MBO en HBO geeft bijna vier op de tien 16-jarige en de helft van de 17-jarige studenten aan wel eens zelf alcohol te kopen (Verdurmen et al., 2016).

**Tabel 11.3 Wijze van verkrijgen van alcohol door scholieren van 12-16 jaar die in de afgelopen maand alcohol hebben gebruikt, naar leeftijdsgroep, geslacht en totaal. Peiljaar 2015**

Wijze van verkrijgen van alcohol <sup>1</sup>	Leeftijd (jaar)				Geslacht		Totaal
	12-13 (%)	14 (%)	15 (%)	16 (%)	J (%)	M (%)	12-16 jaar
Koopt het meestal zelf	2	9	11	12	13	7	10
Laat het anderen kopen	6	13	17	22	16	18	17
Meestal van vrienden	30	33	35	32	30	36	33
Meestal van ouders	37	27	24	24	27	26	26
Meestal van broer of zus	5	7	4	2	3	4	4
Meestal van anderen	9	9	7	6	7	7	7

Wijze van verkrijgen van de leerlingen van 12-16 jaar van middelbare scholen die in de afgelopen maand alcohol hadden gebruikt (actuele gebruikers). 1. Een deel van de scholieren die de afgelopen maand alcohol hadden gebruikt, antwoordde op de vraag "Hoe kom je aan je alcohol" dat ze geen alcohol drinken. De percentages tellen daardoor niet op tot 100%. J = jongens, M = meisjes. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM, 2015.

## Opvattingen en rol van ouders

Ouders hebben een belangrijke rol in de ontwikkeling van het alcoholgedrag van hun kinderen, waarbij vooral het hanteren van normen en het stellen van regels (geen alcohol drinken) beginnend alcoholgebruik uit kan stellen en de kans op probleemdrinken verlaagt. Jongeren drinken minder vaak als zij een groter besef hebben van de schadelijkheid van drinken, als ouders strenge regels hanteren over alcoholgebruik en er veel toezicht en veel steun van ouders wordt ervaren (Tuithof et al., 2017).

- Het is met name de alcohol-specifieke opvoeding die effect heeft op het alcoholgebruik van het kind. De algemene opvoedgedragingen steun, kennis en toezicht van de ouders hangen niet samen met alcoholgebruik in de afgelopen maand door het kind (De Looze et al., 2014). Wanneer ouders het drinken van alcohol als schadelijk zien, strenge regels ten aanzien van alcohol hebben en vertrouwen hebben in hun eigen maatregelen om het alcoholgebruik van hun kind te beïnvloeden, hebben hun kinderen minder vaak de afgelopen maand alcohol gedronken.

De laatste gegevens over de opvattingen en het opvoedgedrag van ouders met betrekking tot risicogedrag van jongeren, zijn afkomstig van de oudermodule van het Peilstationsonderzoek 2015 (Van Dorsslaer et al., 2016).

- Sinds 2007 zijn ouders vaker strenge regels gaan stellen met betrekking tot het alcoholgebruik van hun kind. In 2007 was dit nog 50%, in 2015 is dit gestegen naar 77%. Ook ten opzicht van 2013 (69%) is dit een significante stijging.
- 87% van de ouders van jonge scholieren hanteert strenge regels over alcohol terwijl dit bij ouders van 15-16 jarigen iets meer dan de helft is (54%).
- Tussen 2007 en 2015 nam het percentage van ouders dat aangaf dat hun kind niet voor het 16<sup>e</sup> jaar alcohol mocht drinken significant toe van 51% naar 82%. De mening van ouders over alcoholgebruik door jongeren onder de 16 jaar is aanmerkelijk strenger dan voor jongeren onder de 18 jaar. Het percentage van ouders dat vindt dat jongeren onder de 18 jaar geen alcohol zouden mogen drinken is 56%.
- De steun van ouders voor het verhogen van de leeftijdsgrens voor het kopen van alcohol is gestegen van 79% in 2011 naar 86% in 2015, toen de leeftijdsverhoging een feit was. De grootste toename is te zien in de periode van 2011-2013. Hoewel het percentage tussen 2013 (83%) en 2015 nog met drie procent stijgt, is dit verschil niet significant.

- De mening van ouders over schadelijkheid van alcoholgebruik laat een gevarieerd beeld zien. In 2015 vindt 69% van de ouders dat ieder weekend 1-2 drankjes drinken voor jongeren onder 16 jaar schadelijk is. Dit is hoger dan in 2007 (53%), maar ten opzichte van 2013 is er sprake van een daling van 10%.

Andere bronnen tonen ook dat ouders zich bewust zijn van de schadelijkheid van alcohol voor het opgroeiende kind:

- Uit de jaarevaluatie van de NIX18 campagne van de Rijksoverheid blijkt dat 82% van de ouders in 2015 weet dat alcohol schadelijk is voor jongeren (Van den Berg et al., 2016).
- Het Peilstationsonderzoek toont dat 26% van de ouders in 2015 een NIX18 afspraak betreffende het alcoholgebruik had met hun kind. Het drankgebruik van de ouders is van invloed hierop: ouders die overmatig drinken maken minder vaak een NIX18 afspraak met hun kind (14%) dan ouders die niet drinken (27%) of matig drinken (28%) (Van Dorsselaer et al., 2016).
- Uit een beleidsverkenning in 2016 van de Rijksoverheid blijkt dat 80% van de ouders een afspraak over alcoholgebruik heeft gemaakt met hun kinderen en 64% van hen meent dat hun kinderen zich ook aan die afspraak houden als de ouders niet in de buurt zijn (Louwen et al., 2016).

Ook vanuit het perspectief van de jongeren zelf hebben regels van de ouders over alcoholgebruik en hun toezicht daarop een gunstig (beschermend) effect op het alcoholgebruik van de jongeren:

- Het Peilstationsonderzoek vroeg scholieren of zij ervaren dat hun ouders strenge regels hanteren over alcoholgebruik (Tuijthof et al., 2017). In 2015 had 58% van de ondervraagde scholieren dat idee. Leerlingen van wie de ouders strenge regels stelden dronken minder vaak (ooit en in de afgelopen maand), waren minder vaak dronken geweest in de afgelopen maand en hadden minder vaak 5 of meer glazen alcohol op één gelegenheid geconsumeerd dan leerlingen met ouders die geen strenge regels over het alcoholgebruik stellen. De verschillen zijn groot: 46% van de leerlingen die van hun ouders geen strenge regels opgelegd kregen dronk in de afgelopen maand alcohol; van de leerlingen met strenge ouders op het gebied van alcohol was dat 6%.
- Leerlingen op het VWO zeiden vaker dat hun ouders strenge regels stellen (67%) dan leerlingen op het VMBO-b (50%).
- Ook bleek uit dit onderzoek dat leerlingen minder vaak drinken als zij het idee hebben dat hun ouders veel toezicht houden en als zij van hun ouders steun ervaren.

## Speciale groepen jongeren en jongvolwassenen

In bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen komt alcoholgebruik soms vaker voor, zoals onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. De cijfers uit de onderzoeken in deze paragraaf zijn onderling niet goed vergelijkbaar zijn vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. Bovendien zijn de responspercentages in onderzoek onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen vaak laag en zijn zij 'op locatie' of online geworven in plaats van via een representatieve steekproef uit de bevolking, waardoor de vergelijkbaarheid van de resultaten beperkt is. De uitkomsten geven wel een indicatie van verschillen tussen (risico)groepen jongeren en jongvolwassenen.

## Uitgaande jongeren en jongvolwassenen

Vrijwel alle jongeren en jongvolwassenen drinken tijdens het uitgaan (tabel 11.3) (Nabben et al., 2017; Benschop et al., 2015; Goossens et al., 2014; Beurmanjer en de Weert, 2013). Hoewel in bijna elk uitgaansnetwerk alcohol wordt gedronken, hangt de mate van drinken samen met de uitgaanslocatie en soort muziek.



In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2016 is het middelengebruik van 4.905 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 15-35 jaar in kaart gebracht. De frequentie van het clubbezoek lag voor twee vijfde van de deelnemers (39%) op 'maandelijks' en lag voor een vijfde van de deelnemers (18%) op 'wekelijks'. Party's werden minder vaak bezocht; 60% deed dit in het afgelopen jaar minder dan maandelijks (Monshouwer et al., 2016). De resultaten zijn niet rechtstreeks te vergelijken met die van de peiling in 2013. De respondenten van deze onderzoeken vormen geen representatieve steekproef van alle uitgaande jongeren en jongvolwassenen, en er zijn verschillen in de steekproeven van 2013 en 2016, zoals uitgaansfrequentie of muziekvoorkeur (zie bijlage D.3).

- In 2016 had 99% van de uitgaande jongeren en jongvolwassenen in het onderzoek ooit alcohol gebruikt, 98% in het afgelopen jaar en 96% in de afgelopen maand. Dat is meer dan in de algemene bevolking (zie § 11.2). Van degenen die in het afgelopen jaar alcohol hadden gedronken, deed 5% dat (bijna) dagelijks.
- De hoeveelheid alcohol die tijdens het uitgaan werd gebruikt is fors: gemiddeld dronken mannen 8,5 glazen en vrouwen 6,4. Vóór het uitgaan werd nog ingedronken: mannen vooraf 5,4 glazen en vrouwen 4,5 glazen.

De Antenne-monitor onder groepen uitgaande jongeren en jongvolwassenen in Amsterdam laat al jaren zien dat in de meeste netwerken alcohol regelmatig wordt gebruikt (tabel 11.4). Er wordt wel een forse variatie gesignaleerd en het aantal glazen loopt sterk uiteen: "elk uur tenminste twee à drie alcoholconsumpties is geen uitzondering" (Nabben et al., 2017). Vooral mannen drinken vaak, snel en veel. Enkele signalementen uit de Antenne-monitor:

- In de urban scene zijn exclusieve drankjes populair, mannen drinken vaker whisky en vrouwen kiezen zoete mixdrankjes. Doorgaans wordt binnen de urban scene minder gedronken dan in het dancemilieu.
- In 2016 werden door meer mensen dan voorheen gedurende het jaar één of meer alcoholvrije periodes ingelast. Bovendien winnen alcoholvrije sappen, zoals gingerlimonade of kokoswater, langzaam aan populariteit.
- Behalve een doorzettende trend van gin&tonic gebruik en een ruimere keus in alcoholvrije dranken, zijn er op het gebied van alcoholgebruik geen nieuwe duidelijke trends.

**Tabel 11.4 Alcoholgebruik onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen**

Populatie	Locatie	Peiljaar	Leeftijd (jaar)	Maat voor alcoholgebruik <sup>1</sup>	% <sup>1</sup> Aantal glazen
Bezoekers van party's, festivals en clubs <sup>II</sup>	Landelijk	2016	Gemiddeld 22	Afgelopen maand Afgelopen week Aantal glazen tijdens uitgaan	96% 77% 8,5 (man)
Coffeeshopbezoekers	Amsterdam	2015	Gemiddeld 25	Afgelopen maand Riskant drinken <sup>I</sup>	88% 7%
Cafébezoekers	Amsterdam	2014	Gemiddeld 27	Afgelopen jaar Afgelopen maand Riskant drinken <sup>I</sup>	99% 99% 23%
Uitgaande jongeren	Den Haag	2014	19-35	Afgelopen jaar Afgelopen maand	98% 98%
Clubbers en ravers <sup>III</sup>	Amsterdam	2013	Gemiddeld 24	Afgelopen maand Riskant drinken <sup>I</sup>	98% 23%
Uitgaande jongeren en jongvolwassenen	Gelderland (zes steden)	2012	Gemiddeld 20	Afgelopen maand Aantal glazen in het weekend	90% 9

De cijfers in deze tabel zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. De uitgaanders die deelnemen aan onderzoek zijn niet representatief voor alle uitgaanders. I. De volgende definities van binge drinken worden gehanteerd: Definitie voor Amsterdam: Riskant drinken: dagelijks of paar keer per week minstens vier of vijf glazen per keer, onder huidige drinkers. Cafébezoekers Amsterdam 2014: Riskant drinken: Afgelopen maand dagelijks drinken, ongeacht hoeveelheid, of 3-6 dagen per week meer dan 3 (tot 19 jaar) of 4 (vanaf 19 jaar) glazen alcohol, 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. Frequente bezoekers van party's en clubs geworven via facebook, online community's, websites en fora over feesten, party's en festivals. III. Raves zijn "door verschillende organisaties en (vrienden)groepen georganiseerde (quasi-)illegale feesten op alternatieve locaties" (Nabben et al., 2014).

Bronnen: Het Grote Uitgaansonderzoek 2016, Monshouwer et al., 2016; Monitor alcoholverstreking, IntraVal; Antenne, Bonger Instituut voor Criminologie, UvA (Nabben et al., 2017; Nabben et al., 2016; Benschop et al., 2015); Uitgaansonderzoek Den Haag, GGD Den Haag; Tendens, Iriszorg.

### Keten

"Keten" of "hokken" zijn semi-particuliere (niet-commerciële) settings waar jongeren samenkomen voor de gezelligheid en om te drinken. Ze zijn gehuisvest in schuren, (sta)caravans, kassen en op zolders. Hoeveel keten er momenteel in Nederland zijn, is onbekend, maar niet elke gemeente heeft een keet. Een schatting uit 2009 kwam uit op ongeveer 1500 (STAP, 2009). Het alcoholgebruik (vooral bier) kan in de keten zeer hoog zijn (STAP, 2009). Naast gezondheidsrisico's die verbonden zijn aan het overmatig alcoholgebruik, kleven aan keten ook veiligheidsrisico's, zoals brandonveilige situaties, geluids- en afvaloverlast en soms vandalisme en vechtpartijen. In een online onderzoek onder bijna 4.000 jongeren van 13 -23 jaar dat Yongworks in 2016 in opdracht van VWS uitvoerde bleek dat 9% van de jongeren in een keet, hok of schuur wel eens alcohol drinkt (Youngworks, 2016). Bij vrienden thuis (66%), thuis bij mijn ouders (60%), in een kroeg of cafe (45%) en huisfeestjes (42%) scoren veel hoger. De keet, hok of schuur staat op de vijfde plaats in het gemiddeld aantal glazen (9,6 per bezoek) dat wordt gedronken; het meest wordt gedronken in een club of discotheek (11,2 glazen) en op huisfeestjes (10,8 glazen).

In het Peilstationsonderzoek 2015 onder scholieren van 12-16 jaar van het voortgezet onderwijs noemt een kwart (24%) van de actuele drinkers een 'hok, schuur of keet' als locatie waar in de afgelopen maand een of meer keer alcohol is gedronken (Van Dorsselaer et al., 2016). Het meest frequent werd 'bij anderen thuis' genoemd (46%).

## Probleemgroepen

Alcoholgebruik komt veel voor onder bepaalde groepen jongeren. Jongeren met leer- of opvoedingsproblemen en jongeren in de jeugdzorg hebben vaak een combinatie van risicofactoren voor middelengebruik, waaronder ernstige gedragsproblemen, emotionele stoornissen, leerproblemen en een kwetsbare familieachtergrond zoals een gebroken gezin of (een geschiedenis van) huiselijk geweld en misbruik. Recente landelijke cijfers ontbreken. Uit de al wat oudere cijfers onder jongeren in de (residentiële) jeugdzorg en in Justitiële Jeugdinstellingen kan worden geconcludeerd dat het aantal alcoholgebruikers en de hoeveelheid geconsumeerde alcohol veel hoger liggen dan onder leeftijdsgenoten in het reguliere of speciale onderwijs (Kepper et al., 2009a; Kepper et al., 2011, Kepper, 2014). In sommige groepen niet-westerse probleemjongeren is het alcoholgebruik echter minder dan onder leeftijdsgenoten (Benschop et al., 2013). Zie verder § 11.4.



### 11.4 Problematisch gebruik

De omvang van de alcoholproblematiek hangt af van de gehanteerde definitie. In onderzoek wordt onderscheid gemaakt tussen zwaar drinken, overmatig drinken, en afhankelijkheid of misbruik van alcohol. Zwaar en/of overmatig drinken zijn niet vereist voor een diagnose alcoholmisbruik of -afhankelijkheid. Hoewel het logisch lijkt dat excessief drinken een vereiste is voor een diagnose van een stoornis in het gebruik van alcohol, blijkt uit een recente studie op basis van het bevolkingsonderzoek NEMESIS-2 dat er slechts een zwakke samenhang is (Tuithof et al., 2014):

- Slechts 18% van de volwassen Nederlanders met alcoholmisbruik of -afhankelijkheid in dit onderzoek dronk ook zwaar en overmatig. Excessief drinken werd in deze studie vrij streng gedefinieerd als zowel een hoge gemiddelde consumptie als frequent binge drinken (5 of meer drankjes bij één gelegenheid). Maar ook met minder strenge definities was een vergelijkbare beperkte samenhang zichtbaar.
- Andersom had 25% van de zware en overmatige drinkers een alcoholstoornis (misbruik of afhankelijkheid).
- Om deze beperkte samenhang beter te begrijpen, werden in de studie drie groepen problematische drinkers (alléén excessief drinken, alléén alcoholstoornis, beide) vergeleken met niet-problematische drinkers. In alle drie de groepen problematische drinkers werd meer klinisch relevante pathologie (depressie, angst en drugverslaving; ADHD in de kindertijd en een verminderd functioneren) gevonden. Degenen bij wie beide aspecten van problematisch alcoholgebruik aanwezig zijn (excessief drinken en een alcoholstoornis) lijken het meest kwetsbaar en zij hebben het vaakst een angststoornis, suicide gedachten en/of een antisociale persoonlijkheidsstoornis. De resultaten pleiten ervoor om bij het onderzoeken en behandelen van problematisch alcoholgebruik rekening te houden met zowel excessief drinken als de alcoholstoornis.
- Zie voor de percentages zware en overmatige drinkers in de Nederlandse bevolking § 11.2.

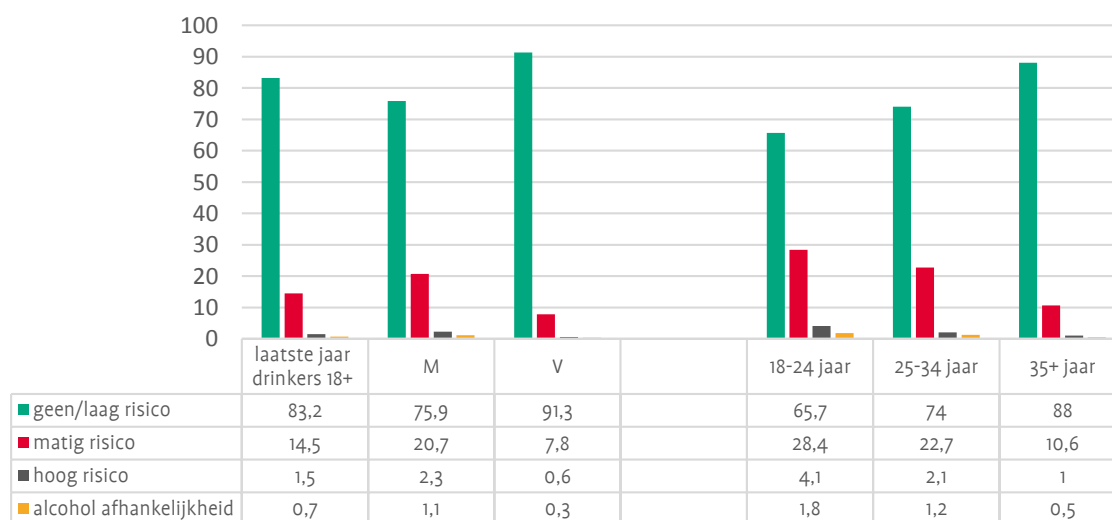
### Risicovol en schadelijk alcoholgebruik

Er zijn geen recente schattingen hoe vaak een stoornis in het gebruik van alcohol in Nederland voorkomt. In de aanvullende LSM-A/Leefstijlmonitor (Trimbos-instituut i.s.m. RIVM en CBS) 2016 zijn wel gegevens verzameld over risicovol en schadelijk alcoholgebruik op basis van een screener (de AUDIT, zie bijlage D.2).

- Volgens deze screener houdt het alcoholgebruik bij 86,5% van alle Nederlanders van 18 jaar en ouder (inclusief de niet-drinkers) géén of een laag risico in, met hogere percentages onder vrouwen (93,4%) dan mannen (79,3%).
- Van de volwassen Nederlanders die afgelopen jaar wel alcohol dronken hield de mate van alcoholgebruik bij 82,8% géén of een laag risico in (figuur 11.5).

- Bij 14,5% van de volwassenen die het laatste jaar alcohol dronken vormt het alcoholgebruik een matig risico; bij 1,5% een hoog risico en bij 0,7% van de drinkende volwassenen zijn er volgens deze screener aanwijzingen voor alcoholafhankelijkheid. De gegevens moeten voorzichtig worden geïnterpreteerd, want het gaat hier niet om een klinische diagnose.
- Figuur 11.5 toont dat mannen vaker risicovol drinken dan vrouwen. Ook is af te lezen dat in de leeftijdscategorie 18-24 jaar de mate van alcoholconsumptie volgens de Auditscore het meest risicovol is van alle volwassenen.

**Figuur 11.5** Mate van alcoholgebruik volgens de Audit-score onder volwassen laatste jaar alcoholgebruikers, naar geslacht



In percentages. M=mannen; V=vrouwen. Bron: LSM-A/Leefstijlmonitor (Trimbos-instituut i.s.m. RIVM en CBS) 2016

## Alcoholmisbruik en –afhankelijkheid

De meest recente gegevens over alcoholmisbruik en –afhankelijkheid onder de volwassen Nederlandse bevolking dateren uit 2007-2009.

- Volgens gegevens van het NEMESIS-2-onderzoek uit 2007-2009 voldeed op jaarbasis naar schatting tussen 0,3 en 1,2% van de bevolking van 18-64 jaar aan de diagnose alcoholafhankelijkheid (DSM 4<sup>e</sup> gewijzigde editie). Naar schatting 2,9% - 4,5% van de respondenten voldeed aan de diagnose alcoholmisbruik.
- Alcoholstoornissen komen vaker voor onder mannen dan vrouwen (tabel 11.5).
- 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.

**Tabel 11.5 Jaarprevalentie en aantallen mensen met een alcoholstoornis, naar geslacht. Peiljaar 2007- 2009**

Stoornis	Mannen (%)	Vrouwen (%)	Totaal (%)	Totaal aantal
Alcoholmisbruik	5,6 (4,2 – 6,9)	1,8 (1,1 – 2,6)	3,7 (2,9 – 4,5)	395.600
Alcoholafhankelijkheid	1,0 (0,3 – 1,7)	0,5 (0,0 – 0,9)	0,7 (0,3 – 1,2)	82.400

Tussen haakjes: 95% betrouwbaarheidsintervallen. Bron: Nemesis-2 2007-2009 (De Graaf et al., 2010).

Bovengenoemde eerste meting van het NEMESIS-2-onderzoek werd uitgevoerd tussen 2007 en 2009. Drie jaar later, tussen 2010 en 2012, werd een tweede meting uitgevoerd (De Graaf et al., 2012). Op deze manier kon worden onderzocht hoeveel mensen die nog nooit een alcoholprobleem hadden gehad, binnen de periode van een jaar alsnog een alcoholprobleem kregen (incidentie).

- Binnen de periode van een jaar kreeg 0,73% voor het eerst te maken met alcoholmisbruik en 0,15% met alcoholafhankelijkheid. Omgerekend naar aantallen gaat het jaarlijks om 66.000 nieuwe gevallen van alcoholmisbruik en 15.300 nieuwe gevallen van alcoholafhankelijkheid.

Alcoholstoornissen hangen samen met andere psychische stoornissen.

- 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 doordat ADHD vaak voorafgaat aan een gedragsstoornis, die vervolgens het risico op een alcoholstoornis vergroot (Tuithof et al., 2012).

Het beloop van alcoholstoornissen blijkt in de algemene bevolking veel gunstiger dan op basis van klinische studies werd verwacht: 70% herstelt binnen 3 jaar, toch drinkt meer dan een derde nog steeds substantieel (meer dan 7 glazen alcohol per week voor vrouwen of meer dan 14 glazen alcohol per week voor mannen) (Tuithof et al., 2013).

- Een chronisch beloop komt vaker voor bij mensen met meer symptomen van misbruik of afhankelijkheid, bij meer alcoholgebruik, meer beperkingen ten gevolge van de stoornis of een gelijktijdige angststoornis.
- Sociaal demografische kenmerken, roken, een gelijktijdige depressie, drugsverslaving en kwetsbaarheidsfactoren (ouderlijke psychopathologie, traumatisering als kind) blijken géén voorspellers te zijn van een chronisch beloop.

Ook terugval blijkt zeldzaam in de algemene bevolking, althans op relatief korte termijn: slechts 12% van de personen die klinisch zijn hersteld ontwikkelt binnen 3 jaar opnieuw een alcoholstoornis (Tuithof et al., 2014).

- De kans op terugval is vooral groot bij personen die veel symptomen van misbruik of afhankelijkheid hadden en die na herstel opnieuw overmatig zijn gaan drinken.
- De onderzoekers concluderen dat aandacht voor drinkpatronen tijdens de periode waarin herstel is opgetreden van belang is voor behandeling en terugvalpreventie. Met name mensen met een geschiedenis van ernstige alcoholproblematiek hebben mogelijk baat bij volledige onthouding van alcohol of een erg laag niveau van alcoholgebruik. Gecontroleerd drinken op een hoger niveau lijkt alleen mogelijk voor personen zonder een geschiedenis van ernstige problematiek.

### *Probleemgebruik onder jongeren*

Een Nederlands onderzoek toonde dat van de psychische stoornissen die in de kindertijd en adolescentie ontstaan, probleemgebruik van alcohol (en drugs) als laatste ontstaan, vanaf ongeveer 14-jarige leeftijd, dat is (ver) na de leeftijd waarop aandachts- en gedragsstoornissen, fobieën, angststoornissen en stemmingsstoornissen zich openbaren (Ormel et al., 2015). De jongeren werden gevolgd tot hun 19<sup>e</sup> jaar. Voor alle middelenafhankelijkheid gecombineerd (alcohol, en van de drugs vooral cannabis) werd gevonden dat de belangrijkste beschermende factor een religieuze ouder was. In tegenstelling tot de andere onderzochte psychische problemen in kinder- en jeugdtijd, bestond er geen verschil in probleemgebruik van alcohol tussen jongens en meisjes.

- Uit hetzelfde onderzoek is gebleken dat zowel de huidige mentale status als de psychiatrische voorgeschiedenis van invloed is op het gezondheidsgedrag van jongeren van 19 jaar (Ormel, et al., 2017). Met name een externaliserende stoornis in de psychiatrische voorgeschiedenis geeft een verhoogd risico op problematisch alcoholgebruik. Daarentegen waren jongeren met een huidige internaliserende stoornis minder vaak een problematisch alcoholgebruiker. Een internaliserende stoornis in het verleden kon niet voorspellen of een jongere problematisch alcohol gebruikte.
- Ook bleek dat op 11-jarige leeftijd de mate van zelfcontrole de beste voorspellende factor is voor risicovol alcoholgebruik op 16-jarige leeftijd, met name onder jongeren die gevoelig zijn voor beloningen (Peeters et al., 2017). Jongeren met een relatief slechte zelfcontrole als 11-jarige gingen in de volgende vijf jaren veel meer alcohol gebruiken dan jongeren met een relatief goede zelfcontrole.
- Al eerder had ook een internationale studie laten zien dat een lage zelfcontrole, voornamelijk gericht zijn op leeftijdsgenoten, minder gehecht zijn aan familie, een slechte relatie hebben met ouders, weinig controle door de ouders, opgroeien in een omgeving met weinig sociale cohesie en veel spijbelen samenhangen met een grotere mate van (problematisch) alcoholgebruik (Steketee et al., 2013).
- Ook zijn er aanwijzingen voor een verband tussen een sociale angststoornis en alcoholmisbruik bij adolescenten (Dias da Cruz, et al., 2017). In een internationale overzichtsstudie werden onder andere het vrouwelijk geslacht, groepsacceptatie en secundaire comorbiditeiten, zoals depressie, geïdentificeerd als belangrijke risicofactoren voor een relatie tussen een sociale angststoornis en alcoholmisbruik.

### *Probleemgebruik onder 55-plussers*

- In de algemene bevolking wordt, volgens de cijfers van het NEMESIS-2-onderzoek, de diagnose alcoholmisbruik of alcoholafhankelijkheid bij 55-plussers minder vaak gesteld (1,3%) dan bij 18-54-jarigen (3,9%) (Veerbeek et al., 2017).
- Daarentegen wordt in de huisartsenpraktijk "problematisch alcoholgebruik" (chronisch alcoholgebruik of acuut alcoholmisbruik/intoxicatie) wel net iets vaker onder 55-plussers (0,85%) dan onder jongere volwassenen (0,67%) gesteld (Veerbeek et al., 2017).
- Alcoholproblematiek bij 55-plussers hangt onder meer samen met eenzaamheid, stressfactoren (ziekte, mantelzorg, overlijden, scheiding), genetische aanleg, beschikbaarheid van alcohol, onvoldoende kennis over alcohol en het ontbreken van een dagstructuur. Ook speelt mee dat ouderen slechts beperkt door hulpverleners en mensen in de omgeving worden aangesproken op hun alcoholgebruik (Veerbeek et al., 2017).



## 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 (EC, 2010).

- In de algemene bevolking van 15 jaar en ouder in de landen van de EU-27 gebruikte in 2009 ongeveer drie kwart (76%) van de inwoners in de afgelopen 12 maanden alcohol, vergelijkbaar met het percentage in 2006 (75%). Er zijn grote verschillen tussen landen. Nederland (88%) behoorde tot de landen met de hoogste percentages inwoners dat het afgelopen jaar dronk.
- De meeste EU-inwoners dronken naar eigen zeggen gematigd (in de afgelopen maand dronk 69% twee glazen of minder op een dag dat zij dronken). Tien procent dronk per keer 5 of meer glazen. Nederland nam een middenpositie in met 13% van de drinkers in de afgelopen maand die per gelegenheid dat ze drinken 5 of meer glazen alcohol gebruiken.

In een recentere vergelijking van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) werd gekeken naar de consumptie per hoofd in de algemene bevolking van 15 jaar en ouder in de 53 Europese landen (WHO, 2017). Deze cijfers zijn niet vergelijkbaar met de verkoopcijfers uit tabel 11.1, die de algehele bevolking vanaf 0 jaar betreffen.

- In 2015 was de geschatte gemiddelde alcoholconsumptie in deze 53 landen 10,3 liter pure alcohol per persoon, met de minste alcoholconsumptie in Turkije (1,9 liter) en de hoogste alcoholconsumptie in Litouwen (18,2 liter). Nederland zat onder het gemiddelde (8,7 liter), net als Italië (7,6 liter), Zweden (8,8 liter) en de in Azië gelegen voormalige Sovjetlanden zoals Tajikistan en Azerbaidzjan. Boven gemiddeld was de alcoholconsumptie in de Midden- en Oost-Europese landen. Van de West-Europese landen werd de meeste alcohol gedronken in België (13,2 liter pure alcohol per persoon vanaf 15 jaar), het Verenigd Koninkrijk (12,3 liter) en Frankrijk (11,7 liter).

## Jongeren

Het ESPAD-onderzoek, het European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, werd in 2003, 2007, 2011 en 2015 uitgevoerd onder 15/16-jarige scholieren van het middelbaar onderwijs (Hibell et al., 2004, 2009, 2012; Kraus et al., 2016). Tabel 11.6 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 2015 lag Nederland met 19% boven het gemiddelde op de maat "veertig keer of meer alcohol gedronken in het hele leven". Het (ongewogen) gemiddelde voor 34 onderling vergelijkbare Europese landen lag op 16%. Wel halveerde in Nederland dit percentage van 45% in 2003 naar 19% in 2015.
- Op de maat "minstens tien keer alcohol drinken in de maand voorafgaand aan de peiling" stond Nederland in 2015 binnen de landen uit tabel 11.6 met 10% op de vierde plaats, voorafgegaan door België (13%), Oostenrijk (12%) en Denemarken (11%). Het (ongewogen) gemiddelde van 34 onderling vergelijkbare Europese landen stond in 2015 op 7%. Met 10% lag Nederland daarmee boven het gemiddelde. Wel halveerde dit percentage voor Nederland van 25% in 2003 naar 10% in 2015.
- Op de maat 'dronkenschap' scoorden Nederlandse scholieren minder hoog in 2015. Slechts 2% gaf aan in het hele leven minstens twintig keer dronken te zijn geweest.

De ESPAD-studie laat verder zien dat 78% van de Nederlandse 15/16-jarigen het redelijk tot zeer gemakkelijk vindt om aan alcohol te komen. Het Europese (ongewogen) gemiddelde van 34 onderling vergelijkbare landen lag eveneens op 78% (Kraus et al., 2016).

**Tabel 11.6 Consumptie van alcohol en dronkenschap bij leerlingen van 15/16 jaar in een aantal lidstaten van de EU, Noorwegen en de Verenigde Staten.<sup>1</sup> Peiljaren 2003, 2007, 2011 en 2015**

Land	Consumptie: 40 keer of meer in het leven (%)				Consumptie: 10 keer of meer in de laatste maand (%)				Dronken: 20 keer of meer in het leven (%) <sup>VI</sup>	
	2003	2007	2011	2015	2003	2007	2011	2015	2011	2015
Denemarken <sup>II</sup>	50	49	37	28	13	12	12	11	11	5
Oostenrijk	48	52	-	27	21	30	-	12	-	3
België <sup>III</sup>	36	34	33	22	20	17	16	13	1	1
Frankrijk	22	30	32	21	7	13	14	8	5	2
Griekenland	35	28	29	21	13	11	12	8	1	1
Nederland	45	40	33	19	25	24	20	10	3	2
Italië	24	23	20	14	12	13	12	9	2	2
Portugal	14	21	14	10	7	13	7	4	2	1
Ierland	39	23	16	9	16	10	6	3	6	3
Finland	20	16	13	7	2	1	2	1	6	3
Zweden	17	14	9	6	1	1	1	1	3	2
Noorwegen	15	11	6	4	3	1	1	1	1	1
Duitsland <sup>IV</sup>	37	41	35	-	11	18	15	-	4	-
Verenigde Staten	12	11	8	-	4	5	3	-	5	-
Verenigd Koninkrijk <sup>V</sup>	43	39	-	-	17	14	-	-	-	-

Percentage van de leerlingen. Tabel is geordend op het percentage '40 keer of meer in het leven' in peiljaar 2015. - = Niet gemeten. I. De Verenigde Staten participeerden niet in de ESPAD, maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit. II. De gegevens voor Denemarken zijn minder vergelijkbaar, Denemarken vanaf 2015 weer representatief. III. België in 2007, 2011 en 2015 alleen voor Vlaanderen. IV. Duitsland in 2007 alleen voor zeven deelstaten en in 2011 alleen voor vijf deelstaten. 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.



## 11.6

## Hulpvraag en incidenten

### Verslavingszorg

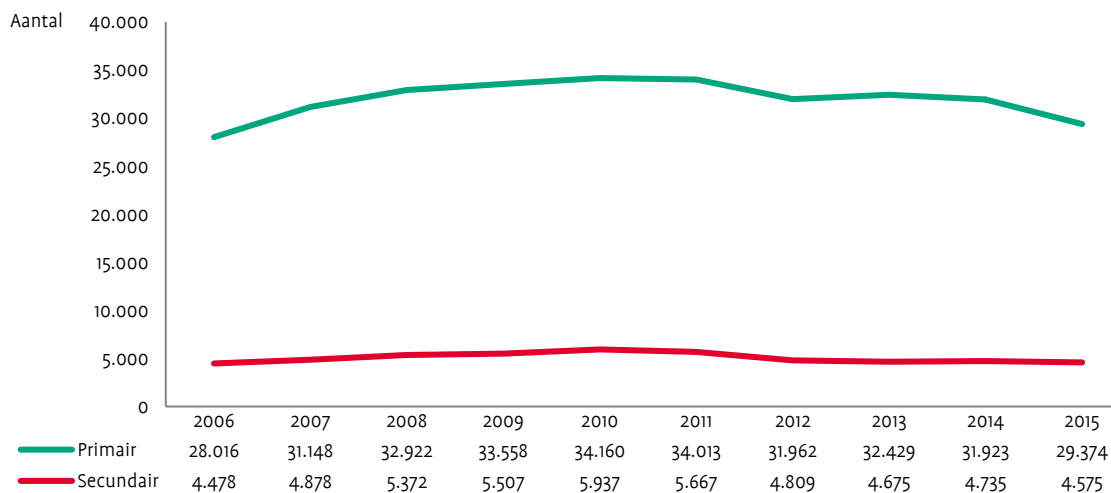
In 2014 toonde een onderzoek van het RIVM dat alle interventies gericht op de behandeling van overmatig alcoholgebruik kosteneffectief zijn (Suijkerbuijk et al., 2014). In een maatschappelijke kostenbatenanalyse (MKBA) uit 2016 (waarin alle relevante kosten en baten voor de samenleving systematisch in kaart zijn gebracht) blijkt dat cognitieve gedragstherapie (CGT) in de gespecialiseerde verslavingszorg per behandelde persoon met alcoholproblematiek over een periode van 10 jaar 10.000-14.000 euro oplevert (Over et al., 2016). CGT is een interventie die al breed wordt toegepast in de verslavingszorg en waarvoor Nederlandse richtlijnen voorhanden zijn. In de berekening is er rekening mee gehouden dat sommige cliënten voortijdig de behandeling stoppen of na succesvolle behandeling weer terugvallen in hun alcoholverslaving. De baten bestaan uit minder ziekte en sterfte, een betere kwaliteit van leven, een hogere arbeidsproductiviteit, minder criminaliteit en minder verkeersongevallen.



In 2015 hebben in totaal 21 gespecialiseerde instellingen voor verslavingszorg geanonimiseerde gegevens over de hulpverlening aangeleverd aan het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS, Wisselink et al., 2016) (Zie in bijlage A: Cliënt LADIS). Dit zijn de meest recente gegevens. De wisselingen die zich in de afgelopen tien jaar hebben voorgedaan in de aanleverende instellingen zijn weergegeven in bijlage D.5. Een nadere analyse wijst uit dat deze wisselingen slechts een beperkte invloed hebben gehad op het landelijk aantal geregistreerde cliënten en de trends niet noemenswaardig hebben beïnvloed.

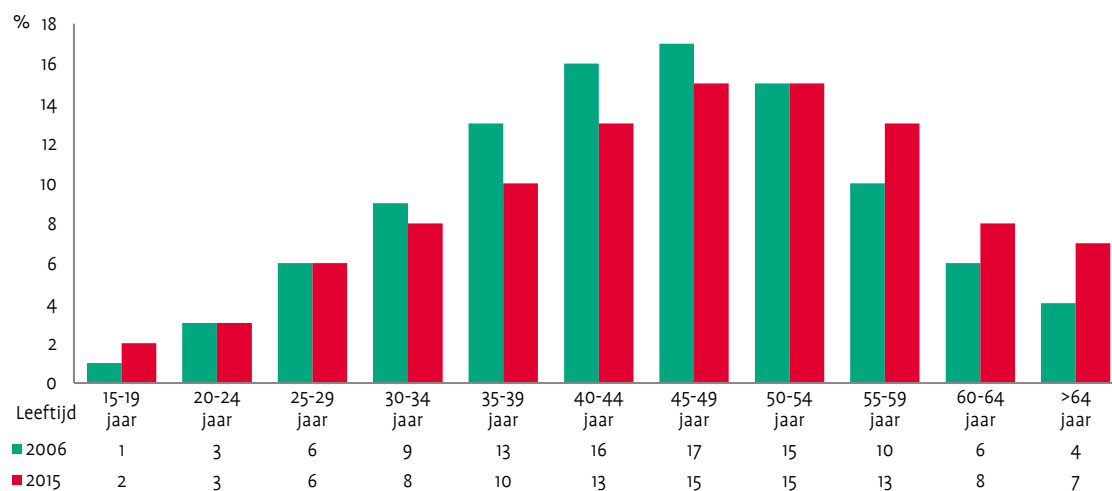
- In Nederland stonden in 2015 in totaal 29.374 personen geregistreerd bij de verslavingszorg met als primaire problematiek alcoholgebruik.
- Na een stijging tot 2010 lijkt zich een geringe daling af te tekenen (figuur 11.6; zie ook Jaarbericht 2013-2014). Komende jaren zullen uitwijzen of deze daling zich voortzet.
- In 2015 waren er per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder 209 primaire alcoholcliënten.
- Het aandeel van alcohol in alle verzoeken om hulp bij de verslavingszorg schommelde tussen 2006 en 2015 rond de 46%.
- In 2015 was 1 van de 5 primaire alcoholcliënten (21%) een nieuwkomer. Zij stonden niet eerder ingeschreven bij de verslavingszorg.
- Van de 29.374 primaire alcoholcliënten uit 2015 stond bij 9.426 cliënten (32%) naast hun primaire alcoholproblematiek ook nog een secundaire problematiek geregistreerd. In deze groep ging het voornamelijk om cannabis (25%), nicotine (21%), cocaïne/crack (23%), of medicijnen (11%).
- Het aantal cliënten van de verslavingszorg dat alcohol als secundair probleem noemde, schommelde tussen 2006 en 2015 rond 5.063 (figuur 11.6). De secundaire alcoholcliënten hebben voornamelijk een primair probleem met cocaïne of crack (33%), cannabis (31%), heroïne (15%), nicotine (5%), gokken (4%) en amfetamine (4%).

**Figuur 11.6** Aantal cliënten bij de verslavingszorg met primaire of secundaire alcoholproblematiek, vanaf 2006



Aantal cliënten. Voor de aanleverende instellingen, zie bijlage D.5. Bron: LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut.

**Figuur 11.7** Leeftijdsverdeling van de primaire alcoholcliënten bij de verslavingszorg. Registratiejaren 2006 en 2015



Percentage cliënten per leeftijdsgroep. Voor de aanleverende instellingen, zie bijlage D.5. Bron: LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut.

### Leeftijd, geslacht en opleiding

- In 2015 was het merendeel van de primaire alcoholcliënten man (72%). Het aandeel vrouwen schommelde tussen 2006 en 2015 tussen 27% en 28%.
- De gemiddelde leeftijd in 2015 was 46 jaar, ongeveer gelijk aan 2006 (45 jaar). De piek lag in 2015 in de leeftijdsgroep 45-54 jaar (figuur 11.7).
- Het aandeel van 55-plussers steeg van 20% in 2006 naar 28% in 2015 (figuur 11.7).
- In 2015 had van de primaire alcoholcliënten 36% geen opleiding afgerond of een lagere opleiding afgerond, 37% een middelbare opleiding en had 27% een hogere opleiding afgerond. (Voor een uitleg van lagere, middelbare en hogere opleiding, zie in bijlage A onder: Cliënt LADIS.)

### Behandelkloof

Lang niet alle mensen in de Nederlandse bevolking die voldoen aan een diagnose alcoholmisbruik of -afhankelijkheid zoeken hulp in de verslavingszorg; dat doet grofweg zo'n 7%-8%. Dit percentage is gebaseerd op het geschatte aantal Nederlanders met een alcoholstoornis (478 duizend, tabel 11.6) gedeeld door het aantal cliënten in de verslavingszorg (tussen 35 en 40 duizend sinds 2007, figuur 11.4). Deze cijfers suggereren het bestaan van een aanzienlijke 'behandelkloof'.

- In het landelijke onderzoek NEMESIS-2 (zie § 11.4) bleek dat slechts 10% van de mensen met een alcoholstoornis in de algemene bevolking binnen een periode van vier jaar hulp had gezocht voor hun alcoholproblemen. Daarnaast zocht 35% hulp voor andere emotionele of drugsproblemen. Meer dan de helft zocht of kreeg dus geen professionele hulp (Tuithof, 2015).

Het onderzoek suggereert echter dat deze 'behandelkloof' minder problematisch is dan vaak wordt verondersteld, en dat mensen die de zorg het meest nodig hebben de weg naar de verslavingszorg redelijk goed vinden (Tuithof, 2015). Degenen die géén zorg krijgen hebben namelijk milde problemen en een gunstig beloop:

- Mensen die geen hulp zochten voor hun alcoholproblemen hadden gemiddeld minder symptomen en minder beperkingen als gevolg van de alcoholstoornis en minder vaak een gelijktijdige stemmings- of angststoornis dan degenen die wel hulp zochten bij de verslavingszorg.

- Daarnaast herstelt 78% van de niet-hulpzoekers en dat is hoog vergeleken met de herstelpercentages van degenen die wel hulp zochten bij de verslavingszorg voor hun alcoholstoornis (slechts 29% herstel).
- Daarbij functioneerden degenen met een alcoholstoornis die helemaal geen zorg hadden ontvangen na drie jaar vergelijkbaar met een gezonde vergelijkingsgroep.

De 'echte behandelkloof', die gedefinieerd wordt als de mensen zonder hulpvraag bij wie sprake is van persisterende alcoholproblematiek, lijkt 24,5% te zijn. Dat is veel kleiner dan de 90% waar vaak over gesproken wordt en die gebaseerd is op de valse aanname dat alle mensen met alcoholproblemen verslavingszorg nodig hebben (Tuithof, 2016). Toch betekenen deze cijfers dat ongeveer een kwart van de mensen met alcoholproblematiek niet de hulp zoeken waarvan zij baat kunnen hebben.

## Algemene ziekenhuizen en incidenten

Er zijn verschillende bronnen beschikbaar voor informatie over gezondheidsverstoringen en behandelingen in ziekenhuizen in verband met alcohol- en drugsgebruik. Vanwege overlap tussen de verschillende registraties kunnen de aantallen opnames en/of incidenten echter niet worden opgeteld. Deze bronnen wijzen op een toename van alcoholgerelateerde behandelingen en opnames.

De Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ; voorheen Landelijke Medische Registratie, LMR) bevat gegevens over de opnames in algemene ziekenhuizen, waarbij middelengebruik als hoofddiagnose of als nevendiagnose kan zijn geregistreerd. In 2013 wijzigde zowel de registratiemethode als de bijschattingmethode voor het bijschatten van ontbrekende gegevens (zie bijlage D.4). Vanwege deze wijzigingen worden hier primair gegevens gerapporteerd over 2014 (de meest recente cijfers) en kunnen geen trends meer worden vastgesteld van na 2012. De afgelopen jaren werden per jaar bijna twee miljoen klinische opnames in algemene ziekenhuizen geregistreerd (DHD, 2015), waarbij in een beperkt aantal gevallen alcohol werd geregistreerd.

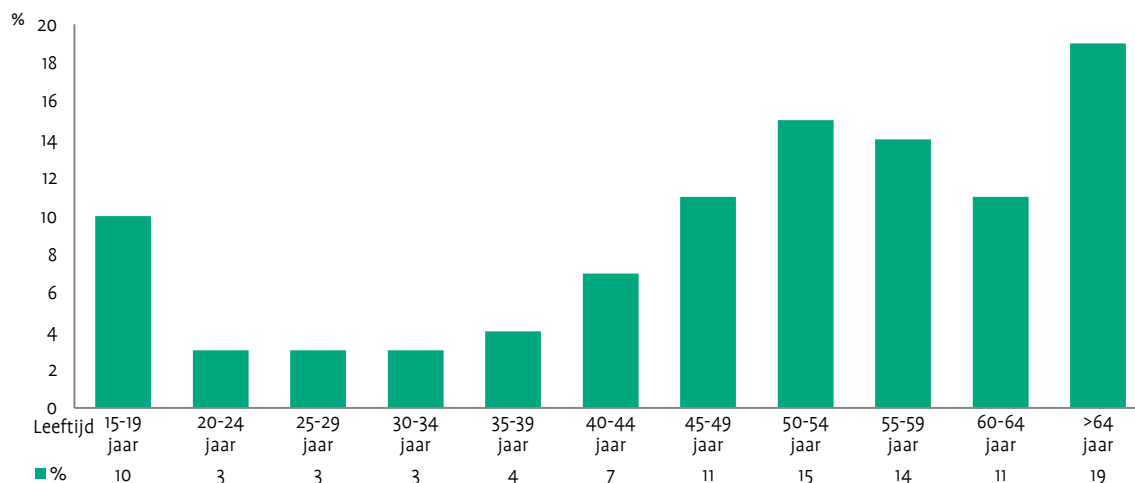
- Tussen 2006 en 2012 steeg het aantal klinische opnames met een hoofddiagnose gerelateerd aan alcohol met 31% van 4.855 opnames naar 6.362 opnames. Het aantal nevendiaagnoses steeg in deze periode met 45% van 11.689 naar 16.899 opnames (Van Laar et al., 2015).
- In 2014 vonden er naar schatting 4.682 opnames plaats met een alcoholaandoening als hoofddiagnose (figuur 11.7). Daarvan is 2% bijgeschat om de ontbrekende gegevens via een schatting aan te vullen (4.602 feitelijk geregistreerde opnames). De meest voorkomende diagnoses betroffen:
  - psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van alcohol (47%);
  - alcoholische leverziekten (36%);
  - alcoholische alvleesklierontsteking (10%);
  - toxisch gevolg van alcohol, ethanol en methanol (4%).
- In 2014 werden er naast de klinische opnames ook nog eens naar schatting 553 dagopnames geregistreerd vanwege een hoofddiagnose voor alcohol.
- Alcoholproblematiek wordt veel vaker als nevendiagnose gesteld. In 2014 waren er naar schatting 17.368 alcoholgerelateerde nevendiaagnoses. Daarvan is eveneens 2% bijgeschat om de ontbrekende gegevens via een schatting aan te vullen (17.027 feitelijk geregistreerde opnames). Hoofddiagnoses bij deze nevendiaagnoses waren in 2014:
  - letsel (20%);
  - ziekten van het spijsverteringsstelsel (16%);
  - ziekten van hart en vaatstelsel (14%);
  - symptomen, afwijkende klinische bevindingen en laboratoriumuitslagen (10%);
  - ziekten van het ademhalingsstelsel (6%);
  - vergiftiging (6%);
  - nieuwvormingen (5%);
  - endocriene ziekten en voedings- en stofwisselingsstoornissen (5%).

- Van de naar schatting 17.368 alcoholgerelateerde nevendiaagnoses in 2014 had 4% van de nevendiaagnoses betrekking op jongeren van 25 jaar of jonger en had 74% van de nevendiaagnoses betrekking op ouderen van 50 jaar of ouder.
- De verdeling van de bijbehorende hoofddiaagnoses verschilt tussen de jongeren en de ouderen. Bij de jongeren gaat het in de helft van de gevallen om letsel (51%), vergeleken met een op de zes bij de ouderen (17%). Ook gaat het bij de jongeren vaker om vergiftiging: 18% bij de jongeren vergeleken met 3% bij de ouderen.
- Ouderen worden vaker geconfronteerd met alcoholgerelateerde chronische ziekten zoals ziekten van het spijsverteringsstelsel (16% bij ouderen versus 4% bij jongeren), ziekten van hart en vaatstelsel (16% versus 1%) en ziekten en symptomen van het ademhalingsstelsel (8% versus 2%).

Dezelfde persoon kan meer dan een keer per jaar worden opgenomen. Bovendien kan er per opname meer dan een nevendiagnose worden gesteld.

- Gecorrigeerd voor dubbeltellingen ging het in 2014 om naar schatting 16.030 personen. Zij werden in dat jaar minstens één keer opgenomen met een alcoholprobleem als hoofd- of nevendiagnose.
- Hun gemiddelde leeftijd was 54 jaar; 71% was man.
- 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 2014 vonden er naar schatting 538 opnames plaats onder jongeren van 16 jaar of jonger vanwege een aan alcohol gerelateerde problematiek. Van deze opnames vonden er naar schatting 267 opnames plaats onder de jongens (50%) en naar schatting 271 opnames onder de meisjes (50%).
- In 2014 lag het aandeel van de ouderen van 55 jaar en ouder onder de primaire alcoholpatiënten op 44% (figuur 11.8).

**Figuur 11.8** Leeftijdsverdeling van de primaire alcoholpatiënten in de klinische ziekenhuiszorg. Registratiejaar 2014



Percentage patiënten per leeftijdsgroep voor de klinische opnames met alcohol als hoofd- of nevendiagnose (unieke patiënten gecorrigeerd voor dubbeltellingen van personen). ICD-10 codes: E24.4, F10, G31.2, G62.1, G72.1, I42.6, K29.2, K70.0, K70.1, K70.2, K70.3, K70.4, K70.9, K86.0, O35.4, P04.3, T51.0, T51.1, Z72.1. Voor een verklaring van de codes: zie Bijlage B. Bron: LBZ (2014), DHD.

Het Nederlands Signaleringscentrum voor Kindergeneeskunde (NSCK) inventariseert onder kinderartsen van Nederlandse ziekenhuizen een variërend aantal aandoeningen, afwijkingen en syndromen, waaronder sinds 2007 alcoholintoxicatie. Na een digitale melding door een van de Nederlandse kinderartsen ontvangt hij/zij een digitale vragenlijst. Daarnaast wordt ook gebruikt gemaakt van papieren vragenlijsten.

In 2016 kwamen uit 79% van de ziekenhuizen meldingen; dat is een afname ten opzichte van voorgaande jaren waarin uit alle ziekenhuizen meldingen werden ontvangen (Nienhuis et al., 2017; Van der Lely et al., 2016). Er is overlap met de hierboven beschreven Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ).

- In 2016 werden 791 jongeren tot 18 jaar na overmatig alcoholgebruik in een ziekenhuis opgenomen. Mogelijk is dit een onderrapportage vanwege de afname van het aantal ziekenhuizen dat meldingen doet. In 2015 werden 931 jongeren gemeld.
- Zowel tussen 2013 en 2014 als tussen 2014 en 2015 steeg het aantal gemelde jongeren dat als gevolg van alcoholgebruik werd opgenomen in een ziekenhuis met 19% respectievelijk 10%. Alleen tussen 2011 en 2012 werd een eerdere daling gemeld (figuur 11.9).
- Aangezien in 2016 minder kinderartsen hebben gemeld ten opzichte van het jaar daarvoor (89% respectievelijk 94%), kan niet met zekerheid worden gezegd dat er een daadwerkelijke daling is ten opzichte van 2015 van het aantal adolescenten dat met een alcoholintoxicatie is opgenomen. Er lijkt in elk geval geen sprake van een opnieuw stijgende trend.
- Het gemelde 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.
- Er zijn in 2016 meer jongens (52%) dan meisjes (48%) opgenomen, zoals ook in de meeste voorgaande jaren. Hun gemiddelde leeftijd was 15,4 jaar (range: 9-17 jaar).
- Het gemiddelde alcoholpromillage (bloedalcoholconcentratie of ethanolspiegel) bij deze jongeren was 1,99 promille. Deze waarde is de afgelopen jaren nagenoeg stabiel gebleven (2015: 1,94 promille en 2014: 1,96 promille), nadat deze de eerste jaren iets is toegenomen (gemiddeld tussen 1,81 en 1,88). Het alcoholpromillage hangt af van de hoeveelheid alcohol, de snelheid van drinken en het lichaamsgewicht.
- De meeste jongeren kwamen in het ziekenhuis met een alcoholcoma (verminderd bewustzijn) of dreigend alcoholcoma en bleven gemiddeld 3 uur en 5 minuten buiten bewustzijn. Het langste verminderde bewustzijn in 2016 had een duur van 15 uur. Andere redenen voor opname zijn (verkeers)ongevallen, agressie of geweld, suicidepogingen, braken en een combinatie van meerdere redenen.
- Ruim twee derde (69%) van de jongeren kwam uit een 'traditioneel' gezin met twee ouders en 88,5% was van Nederlandse komaf. Deze cijfers zijn vergelijkbaar met 2015 (respectievelijk 64% en 88%). Meer dan de helft van de jongeren zat op het VMBO of MBO; 25% op de HAVO en 21% op het VWO. Deze verdeling is over de afgelopen jaren redelijk stabiel.

**Figuur 11.9 Aantal jongeren 10-17 jaar dat door een kinderarts in een ziekenhuis is opgenomen wegens overmatig alcoholgebruik, 2007-2016**



Bron: NSCK, RdGG, STAP, TNO, UT (Nienhuis, K., et al., 2017). Tot en met 2015 werden uit alle ziekenhuizen meldingen ontvangen; in 2016 kwamen meldingen binnen uit 79% van de ziekenhuizen.

## Alcoholgerelateerde ongevallen bij de spoedeisende hulpafdelingen

Het Letsel Informatiesysteem (LIS) van VeiligheidNL houdt in een steekproef van spoedeisende hulpafdelingen (SEHs) van ziekenhuizen het aantal en aard van letsels door ongevallen bij (Nijman en Valkenberg, 2017). Voor alcohol worden gegevens verzameld over behandelingen wegens een alcoholvergiftiging, wegens letsels na een ongeval of geweld bij een patiënt die onder invloed van alcohol verkeert en wegens letsel door zelfbeschadiging waarbij alcohol betrokken is. De cijfers worden geëxtrapoleerd naar heel Nederland. Het aantal is een indicatie.

- Het aantal SEH-behandelingen is in tien jaar tijd flink toegenomen. In 2007 werden naar schatting 3.900 patiënten op een SEH-afdeling gezien wegens een alcoholvergiftiging (marges: 2.900 – 5.100). In 2016 zijn naar schatting 5.600 personen behandeld wegens een alcoholvergiftiging (marges: 4.400 – 7.000).
- Ruim de helft van de patiënten in 2016 was jonger dan 25 jaar (53%). Er waren onder de patiënten meer mannen (63%) dan vrouwen (37%).
- In ruim een kwart van de gevallen (27%) was bekend dat gebruik van alcohol was gecombineerd met drugs. Combinatiegebruik was het hoogst onder 20-44-jarigen, in deze leeftijdsklasse had ruim 40% alcohol en drugs gecombineerd.
- Opname in het ziekenhuis voor verdere behandeling was geïndiceerd bij 40% van de patiënten met een alcoholvergiftiging.
- In 2016 werden naar schatting nog eens 16.300 personen op een SEH behandeld voor een letsel na een ongeval of geweld terwijl zij onder invloed van alcohol verkeerden (marges: 14.100 – 18.600).
- Tussen 2003 en 2012 was er een forse stijging van 8.700 behandelingen naar ongeveer 15.000 behandelingen per jaar. Na een tijdelijk daling tot 13.000, stijgt het aantal ongevallen waarbij alcohol betrokken was de laatste drie jaar weer, tot 16.300 SEH-behandelingen in 2016.
- De genoemde aantallen zullen een onderschatting zijn van het werkelijke aantal ongevallen omdat voor de behandeling van het letsel het alcoholgebruik van de patiënt vaak van ondergeschikt belang is. Ook letsels die zijn veroorzaakt door een derde die onder invloed van alcohol verkeerde, zijn niet meegerekend. Aanvullend onderzoek van VeiligheidNL maakt aannemelijk dat het werkelijk aantal patiënten met een letsel onder invloed van alcohol op de SEH zes keer zo hoog ligt.
- Drie kwart van de patiënten met een aan alcoholgerelateerd letsel in 2016 was man (76%) en 24% was jonger dan 25 jaar.
- In ruim de helft van alle alcoholgerelateerde ongevallen was er sprake van een privé-ongeval (55%), zoals een val van de trap. Bij ruim een derde (36%) betrof het een verkeersongeval (meestal een val van de fiets). Bij 8% van de patiënten was er sprake van geweldpleging (slag, klap of stomp).
- In 2016 werden naar schatting tussen de 1.500 en 3.200 personen behandeld op een SEH wegens letsel door zelfbeschadiging waarbij alcohol betrokken was.



11.7

Ziekte en sterfte

### Ziekte

Alcohol kan schade aan het lichaam veroorzaken via acute vergiftiging, via chronische effecten op organen en weefsels en via het ontstaan van afhankelijkheid. Alcohol heeft ook invloed op het beloop en de uitkomsten van het (ziekte)proces. Volgens de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014 is 2,8% van de totale ziektelast in Nederland toe te schrijven aan overmatig alcoholgebruik en daarmee staat het op de vierde plaats, na leefstijlfactoren als roken (met een bijdrage van 13,1% aan de ziektelast), overgewicht (5,2%) en weinig lichamelijke activiteit (3,5%) (VTV, 2014). De ziektelast door ongevallen waarbij alcohol een rol speelt is daarin niet meegerekend. Nederlanders onderschatten volgens een beleidsverkenning van de Rijksoverheid uit 2016 de schadelijke gevolgen van alcoholgebruik op de gezondheid.

Zij zijn wel redelijk goed op de hoogte van de risico's van alcoholgebruik voor leveraandoeningen en hersenschade, maar weten onvoldoende dat alcoholgebruik ook de risico's verhoogt op hart- en vaatziekten, kanker, Alzheimer en suikerziekte (Louwen et al., 2016).

- De mate waarin alcoholgebruik schade kan berokkenen hangt samen met de hoeveelheid die wordt geconsumeerd, het drinkpatroon en het type alcohol. Overmatig drinken is geassocieerd met het ontwikkelen van afhankelijkheid, terwijl binge drinken de kans op verkeersongelukken en hart- en vaatziekten vergroot (Burton et al., 2016). In niet-westerse landen kan ook de kwaliteit van de alcohol een rol spelen (WHO, 2014).
- Risicofactoren op individueel niveau zijn onder andere leeftijd (jongeren en ouderen zijn extra gevoelig voor de schadelijke effecten van alcohol) en geslacht (vrouwen hebben een hogere bloedalcoholspiegel na het drinken van een zelfde hoeveelheid dan mannen vanwege een lager lichaamsgewicht, een beperktere capaciteit van de lever om alcohol af te breken en een hoger percentage lichaamsvet).
- Ook spelen genetische factoren (verschillende genen beïnvloeden de startleeftijd, de afbraak en de belonende effecten van alcoholgebruik) een rol.
- Tenslotte is de lichamelijke gezondheid medebepalend voor de mate waarin alcohol schade aanricht (WHO, 2014).

In de Richtlijnen goede voeding uit 2015 heeft de Gezondheidsraad de aanbeveling uit 2006 over alcoholgebruik herzien.

- De nieuwe richtlijn adviseert geen alcohol te drinken, of in ieder geval niet meer dan één glas per dag. In de oude richtlijn voor gezonde volwassenen tot 55 jaar gold voor mannen het advies om niet meer dan twee standaard glazen alcohol per dag te drinken en voor vrouwen niet meer dan één standaardglas, op hooguit vijf dagen per week en de andere twee dagen geen alcohol, en uitsluitend in veilige situaties.
- Die nieuwe aanbeveling is gebaseerd op onderzoek naar alcoholgebruik waarbij zowel uitkomsten zijn meegenomen die wijzen op schadelijke effecten van alcoholgebruik als uitkomsten die beschermende effecten van (matig) alcoholgebruik laten zien (Gezondheidsraad 2015). Voor een verdere toelichting zie NDM Jaarbericht 2016.

Een recente systematische overzichtsstudie van 255 reviews en meta-analyses die tussen 2008 en 2016 verschenen bevestigde dat alcohol een belangrijke risicofactor is voor ziekte en letsels (Rehm et al., 2017).

- Meer dan 40 ziekten zijn voor 100% toe te schrijven aan alcoholgebruik, waaronder alcoholmisbruik en -afhankelijkheid, alcohol-onttrekking en alcohol-gerelateerde psychoses, alcohol-gerelateerde schade aan zenuwstelsel en spieren, aan hart, maag, lever en alvleesklier, schade aan de foetus door alcoholgebruik van de moeder (zoals FAS, het foetaal alcoholyndroom, met morfologische veranderingen, functionele uitval en veel voorkomen van bijkomende ziekten) en acute alcoholvergiftigingen.
- Daarnaast kan alcoholgebruik in meer of mindere mate bijdragen aan het ontstaan en het beloop van vele andere ziekten en aandoeningen. Voor de meeste aandoeningen geldt dat het risico toeneemt naarmate men meer alcohol drinkt (Rehm et al., 2017).
- Alcoholgebruik verzwakt het immuunsysteem en vergroot de gevoeligheid voor infectieziekten als tuberculose, hiv/aids, andere seksueel overdraagbare ziekten en lage luchtweginfecties zoals longontsteking. Bij het verhoogde risico op een aantal van deze infectieziekten speelt de invloed die alcohol heeft op het adequaat nemen van beslissingen ook een rol.

- Ethanol in alcoholische dranken en het afbraakproduct acetaldehyde zijn kankerverwekkende stoffen. Het Internationaal Agentschap voor Onderzoek naar Kanker (IARC) heeft alcohol geclassificeerd als een groep 1 kankerverwekkende stof voor mensen, dat wil zeggen dat wetenschappelijk bewijs hiervoor op het hoogste niveau bestaat. Alcoholgebruik speelt een oorzakelijke rol bij het ontstaan van kanker in mond- en keelholte, het strottenhoofd, de slokdarm, lever, dikke darm en endeldarm. Bij vrouwen kan borstkanker ontstaan door alcoholgebruik (Rehm et al., 2017; Connor, 2016). Volgens recente overzichtsstudies is het aannemelijk dat er een verband is met prostaatkanker (Zhao et al., 2016) en maagkanker (Ma et al., 2017). Wereldwijd zou volgens een schatting 5,8% van alle sterfte door kanker te wijten zijn aan alcoholgebruik (Connor, 2016).
- Alcoholgebruik heeft een negatief effect op depressie, epilepsie, hart- en vaatziekten zoals sommige hartritmestoornissen en hartspierzwakte, en ziekten van de spijsverteringsorganen zoals levercirrose, andere chronische leverziekten en alveesklierontsteking (Rehm et al., 2017).
- Alcoholgebruik tijdens de zwangerschap verhoogt de kans op miskramen, foetale sterfte en vroeggeboorte, en een vertraagde psychomotorische ontwikkeling van het kind. De risico's nemen toe naarmate het gemiddelde alcoholgebruik en het aantal glazen per gelegenheid hoger is, maar ook licht alcoholgebruik tijdens de zwangerschap kan al gevolgen hebben voor het ongeboren kind en het verloop van de zwangerschap. Bij hogere consumptie kunnen aangeboren afwijkingen en het foetaal alcoholyndroom (FAS) optreden.

Voor enkele ziekten geldt dat sommige overzichtsstudies een gunstig effect beschrijven van licht alcoholgebruik op het ontstaan of beloop van deze aandoeningen.

- Dat geldt onder andere voor ouderdomsuikerziekte (diabetes mellitus type 2), de ziekte van Alzheimer en andere dementieën, en enkele hart- en vaatziekten (hartfalen, ischemische hartziekte en – beroerte) (Rehm et al., 2017).
- In de wetenschappelijke literatuur is veel discussie over deze zogeheten “J-curve”. Deze zou erop duiden dat licht alcoholgebruik gunstiger voor de gezondheid is dan niet gebruiken van alcohol (abstinentie). Studies die een beschermend effect van licht alcoholgebruik vinden kampen echter met methodologische onvolkomenheden of fouten.
- Een toenemend aantal studies bewijst dat als deze methodologische fouten niet worden gemaakt, het beschermend effect van licht alcoholgebruik niet meer wordt gevonden (Stockwell et al., 2016; Naimi et al., 2016). Een oplossing die nu nader wordt onderzocht is om in plaats van “niet-drinkers” de “gelegenhedsdrinkers” als referentiegroep te gebruiken. Deze laatste groep lijkt een vergelijkbaar risico op overlijden te hebben als lichte en matige alcoholgebruikers (Stockwell et al., 2016).

*Adolescenten* zijn vatbaarder voor de schadelijke effecten van alcoholgebruik dan volwassenen, met name als het zwaar en langdurig alcoholgebruik betreft of als er al sprake is van bestaande kwetsbaarheden zoals een psychiatrische ziekte in de kindertijd (Meruelo et al., 2017; Cservenka et al., 2017; Groenman et al., 2017; Silveri et al., 2016).

- Bij jongeren en jongvolwassenen die binge drinken of overmatig drinken zijn sommige delen van de hersenen (namelijk de prefrontale cortex en de kleine hersenen) dunner dan bij niet of sporadisch drinkende leeftijdgenoten (Cservenka et al., 2017). De resultaten van verschillende studies suggereren dat vanwege de schadelijke effecten van alcohol op zenuwen het excessief drinken van alcohol tijdens deze cruciale fase in de hersenontwikkeling van jongeren kan leiden tot structuurveranderingen in de hersenen, leidend tot een groter risico op het ontwikkelen van stoornissen in het gebruik van alcohol (Cservenka et al., 2017).



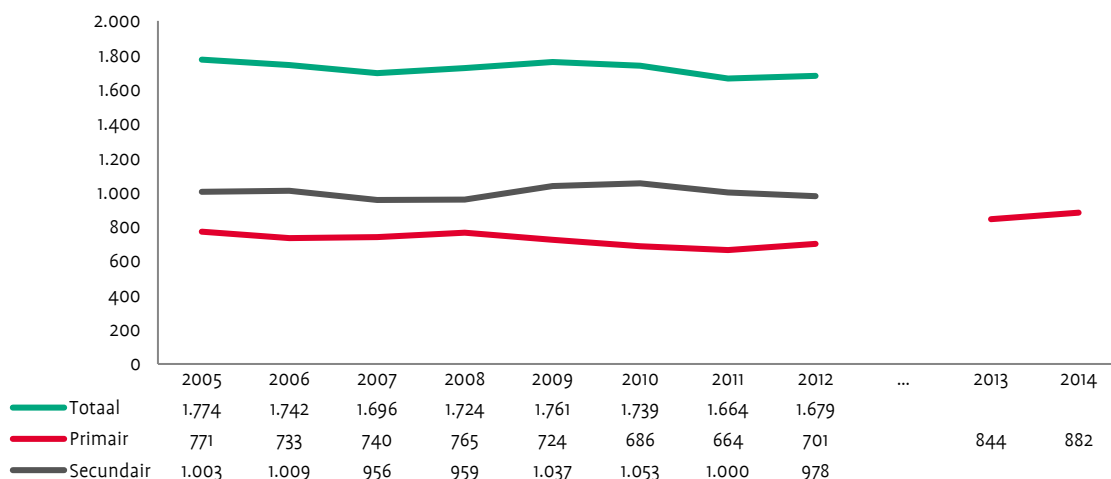
- Cognitieve studies in zwaar drinkende adolescenten tonen met name dat alcoholgebruik leidt tot een vermindering van het geheugen, aandacht, ruimtelijk inzicht en uitvoerende taken, maar de resultaten zijn niet altijd met elkaar in lijn. Meer onderzoek is nodig voordat definitieve conclusies getrokken kunnen worden (Silveri et al., 2016; Meruelo et al., 2017). Het is overigens niet verbazingwekkend dat juist deze functies, die grotendeels zijn geconcentreerd in de frontale gebieden van de hersenschors, zijn aangedaan door alcoholgebruik door jongeren en jongvolwassenen. Deze hersenstructuren zijn namelijk als laatste uitgerijpt.
- Jongeren die in hun kindertijd al een psychiatrische ziekte hadden (zoals ADHD, andere gedragsstoornissen of depressie), hebben een grotere kans om later een stoornis in het gebruik van middelen te ontwikkelen (Groenman et al., 2017). Zo is voor kinderen die ADHD hebben de kans 2,15 keer groter dat zij later een alcoholstoornis krijgen (Groenman et al., 2017).

## Sterfte

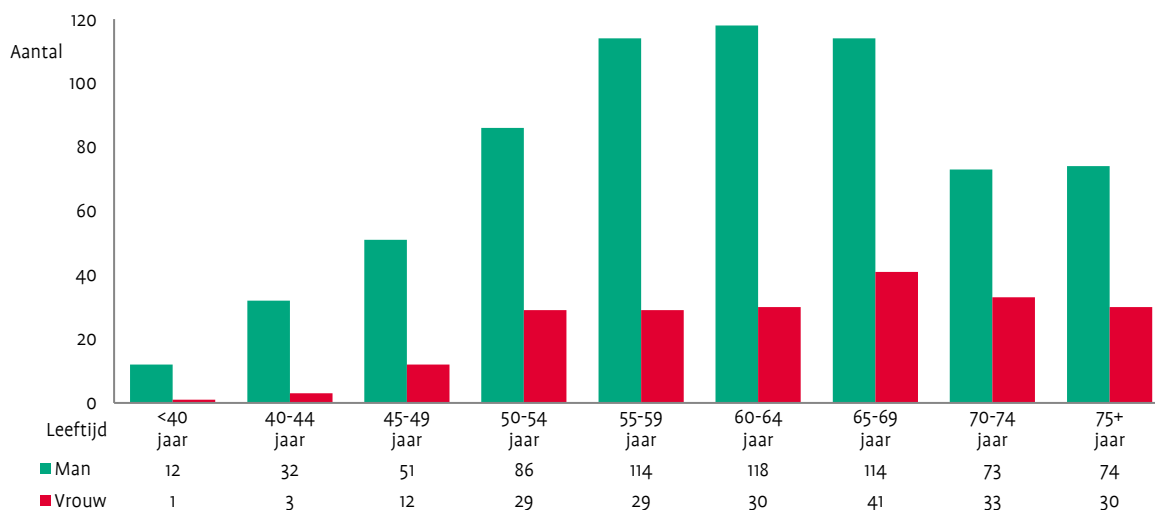
De totale alcoholsterfte is de optelsom van de primaire en de secundaire alcoholsterfte. Bij de primaire sterfte gaat het om een dodelijke overdosis en sterfte aan alcoholgerelateerde ziekten, bij de secundaire sterfte gaat het bijvoorbeeld om dodelijke ongelukken onder invloed van alcohol. Tussen 2005 en 2012 schommelde de totale alcoholsterfte rond een gemiddelde van 1.722 gevallen per jaar (figuur 11.10). In deze periode lag de secundaire sterfte steeds hoger dan de primaire sterfte. In 2013 is de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS overgegaan op automatische codering van de doodsoorzaken, waardoor de primaire alcoholsterfte vanaf 2013 niet rechtstreeks vergeleken kan worden met de primaire alcoholsterfte uit de voorgaande jaren. Door de automatische codering is de alcoholsterfte meer zichtbaar geworden in de primaire alcoholsterfte (Harteloh, 2014; Harteloh et al., 2014). Voor de secundaire alcoholsterfte kunnen vanaf 2013 geen betrouwbare gegevens meer worden gerapporteerd (CBS, persoonlijke communicatie, 26-02-2015; bijlage D.1). In het NDM Jaarbericht van 2018 zullen we daarom overgaan op het rapporteren van de alcoholsterfte op basis van een rekenmodel van het RIVM, zoals nu al wordt toegepast voor de roken-gerelateerde sterfte (zie § 12.7).

- Volgens de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS stierven in 2014 in totaal 882 mensen door alcohol als primaire doodsoorzaak. In 2013 ging het om 844 gevallen met alcohol als primaire doodsoorzaak.
- Bij alcohol als primaire doodsoorzaak in 2014 ging het in 17% van de gevallen om schadelijk gebruik, in 22% van de gevallen om afhankelijkheid en in 46% van de gevallen om leverziekten. In 2013 betrof 20% van de gevallen schadelijk gebruik, 23% afhankelijkheid en 42% leverziekten.
- De primaire alcoholsterfte kwam het meest voor in de leeftijdsgroep van 55 tot en met 69 jaar (figuur 11.11). De meeste overledenen waren man (76%).
- De bijdrage van alcoholgebruik aan de sterfte wordt niet altijd herkend. Bovenstaande cijfers geven daardoor een onderschatting van het werkelijke aantal.

**Figuur 11.10 Sterfte aan alcoholgerelateerde aandoeningen, vanaf 2005**



**Figuur 11.11 Sterfte door alcohol (primair) onder mannen en vrouwen per leeftijdsgroep. Peiljaar 2014**



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 B. Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS.

## Alcoholdoden in het verkeer

Er zijn in Nederland geen betrouwbare gegevens beschikbaar over het aandeel verkeersslachtoffers dat gerelateerd is aan alcohol (SWOV, 2016). Er is in ziekenhuizen en bij de politie een onvolledige registratie van alcoholgebruik onder verkeersslachtoffers, waardoor de officiële gegevens een onderschatting zijn. De Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid (SWOV) heeft een methodiek ontwikkeld, waarbij het werkelijke aandeel (met betrouwbaarheidsintervallen) ernstig gewonde autobestuurders met een bloedalcoholgehalte (BAG) van boven de 0,2 g/l is geschat voor het jaar 2013. Er is gekozen voor twee schattingsvarianten: een voorzichtige schatting die uitgaat van de aanname dat ook bij lagere BAGs het risico op ongevallen is verhoogd en een variant die ervan uitgaat dat bij een lagere BAG het risico op een ernstig auto-ongeval sterk daalt. Deze twee varianten zijn gebaseerd op de wetenschap dat het aandeel ernstig gewonde autobestuurders in grote mate bepaald wordt door de kleine groep zware

alcoholovertreders (BAG 1,3 g/l en hoger). Er is geen schatting van het aantal verkeersdoden dat door een dronken bestuurder is aangereden.

- Volgens deze schattingen was in 2013 11%-24% van de verkeersdoden in Nederland het gevolg van alcohol, dat zijn 60-135 verkeersdoden als gevolg van alcoholgebruik in het verkeer in 2013. Daarnaast waren er volgens deze schattingsmethode in 2013 tussen 2.049 en 4.493 ernstig gewonde verkeersslachtoffers als gevolg van alcoholgebruik.
- De schatting over 2015 komt uit op 75 tot 140 verkeersdoden als gevolg van alcohol (SWOV, 2016). In totaal overleden in dit jaar 621 mensen ten gevolge van een verkeersongeval.



11.8

## 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, 2014).

- Alcohol is in Nederland wijd verkrijgbaar in levensmiddelenzaken, slijterijen en de horeca. Recent zijn in enkele gemeenten proeven gedaan met de verkoop of verstrekking van alcohol in niet-levensmiddelenwinkels ('blurring').
- Op 1 januari 2014 is de leeftijdsgrens voor de verstrekking van alle alcoholhoudende drank verhoogd naar 18 jaar. De verkoper is bij twijfel over de leeftijd verplicht de leeftijd van de aspirant-koper vast te stellen door het controleren van een identiteitsbewijs. Tot 2014 mochten volgens de Drank- en Horecawet aan jongeren van 16 jaar en ouder zwak- alcoholhoudende dranken worden verkocht. Voor sterke drank gold in Nederland al een grens van 18 jaar.

Ondanks de leeftijdsgrens is alcohol in Nederland nog steeds (ruimschoots) beschikbaar voor met name de nog net minderjarige jongeren, al is de naleving in afgelopen jaren verbeterd. De sociale omgeving is voor deze jongeren overigens een belangrijker bron om aan alcohol te komen dan commerciële kanalen (zie § 11.3).

- In 2016 is het tweede nalevingsonderzoek gedaan naar de effecten van de leeftijdsverhoging naar 18 jaar voor de verstrekking van alcohol (Roodbeen en Schelleman-Offermans, 2016). Het is een vervolg op eerder onderzoek uit 2011 en 2013 naar de naleving van de leeftijdsgrens voor alcohol.
- In een a-selecte en representatieve steekproef in de eerste helft van 2016 hebben 17-jarige "mysterykids" 1.389 aankoop pogingen gedaan in cafetaria, horecagelegenheden, slijterijen, sportkantines, supermarkten, thuisbezorgkanalen en overige verkooppunten (zoals avondwinkels) door het land.
- In 2016 was het (gewogen) totale nalevingscijfer (excl. thuisbezorgkanalen) voor de verkoop van alcohol 36%. Tabel 11.7 geeft een overzicht van de naleving van de leeftijdsgrens in verschillende verkoopkanalen van alcohol in 2011, 2013, 2015 en 2016. Merk op dat in 2011 en 2013 voor de aankoop van zwak alcoholhoudende dranken nog een minimumleeftijd van 16 jaar gold en voor sterk alcoholische dranken 18 jaar.
- In vergelijking met het gewogen nalevingspercentage uit 2015 (22%) is het nalevingspercentage in 2016 (36%) significant gestegen. Deze stijging is waarschijnlijk toe te schrijven aan een significante stijging in de naleving bij slijterijen, cafetaria's, ketensupermarkten en horecagelegenheden (Roodbeen en Schelleman-Offermans, 2016).
- De correcte naleving in 2016 was het hoogst in supermarkten en slijterijen (zie tabel 11.7), gevolgd door cafetaria's, horecagelegenheden, alcoholverkoopkanalen uit de categorie overige (zoals zelfstandige supermarkten en avondwinkels) en sportkantines. De slechtste naleving werd geconstateerd bij thuisbezorgkanalen.

- Uit het onderzoek blijkt ook dat (met uitzondering van de supermarktketens en slijterijen) in het merendeel van de aankopen de leeftijd van de aspirant koper niet door de verkoper is vastgesteld door te vragen naar zijn/haar ID. Als de verkoper wel het identiteitsbewijs van de jongere controleert, levert dit volgens het onderzoek een hogere naleving op. Echter, in een deel van de gevallen waar wel adequaat de leeftijd is gecontroleerd, wordt alsnog aan de 17-jarigen de alcohol verstrekt.

**Tabel 11.7 Naleving leeftijdsgrenzen alcohol per verkoopkanaal. Peiljaren 2011, 2013, 2015 en 2016**

Verkooppunt	2011	2013	2015	2016
Cafeteria	15	15	10	29
Horecagelegenheden	11	36	16	27
Slijterij (zwakalcoholhoudend) <sup>i</sup>	40	63	33	62
Slijterij (sterke drank) <sup>ii</sup>	62	73		
Sportkantine	4	15	9	17
Ketensupermarkt	30	55	53	63
Thuisbezorgkanalen	0	0	9	2
Totaal gemiddelde	28	47	30	
Totaal gewogen gemiddelde			22	36

In percentages niet- geslaagde aankoop pogingen. In 2011 en 2013 gold voor de aankoop van zwakalcoholhoudende dranken een minimum leeftijd van 16 jaar en voor sterk alcoholische dranken 18 jaar. Sinds 2015 is voor alle alcoholische dranken de leeftijdsgrens 18 jaar. \* sinds 2015 is "slijterij" één categorie omdat onderscheid in leeftijdsgrens voor zwak alcoholische drank en sterke drank is opgeheven. In 2015 en 2016 zijn de resultaten uit het onderzoek statistisch gecorrigeerd om ervoor te zorgen dat de verkoopkanalen een even groot aandeel in het onderzoek innemen als hun aandeel in de nationale verkoop van alcohol is. Deze statistische correctie levert het "gewogen gemiddelde" op. Bron: Nuchter Kenniscentrum Leeftijdsgrenzen, 2016

## Accijns

Accijns is een verbruiksbelasting die wordt geheven op verschillende goederen, waaronder alcoholhoudende dranken, maar ook tabak en minerale oliën. Accijnsheffing leidt in het algemeen tot een stijging van de prijs en dat zal een effect (namelijk een afname) hebben op de vraag naar dit goed. Een stijging van de prijs gaat meestal niet gepaard met een evenredige afname van de vraag. Dat hangt onder meer samen met het begrip prijselasticiteit. Consumenten van alcohol (en tabak) zijn vaak bereid om meer te gaan betalen voor het (verslavende) product, of ze stappen over op een vergelijkbaar product dat goedkoper is (substitutie-effect). Toch blijkt uit de wetenschappelijke literatuur dat het verhogen van de prijs van alcohol (zoals bij het heffen van accijns) bij mensen die al alcohol drinken, kan resulteren in een daling van de consumptie doordat individuen minderen of geheel stoppen met alcoholgebruik (WHO, 2017). Er is ook een preventief effect bij mensen die nog geen alcohol gebruiken, omdat door de hoge prijzen een deel van hen niet zal beginnen met consumptie. Door het verhogen van de accijns neemt niet alleen de consumptie af, maar ook de alcoholgerelateerde mortaliteit en de kosten voor de gezondheidszorg (Meier et al, 2016). De WHO beschouwt het heffen van accijns als de meest bruikbare beleidsmaatregel om alcoholgerelateerde gezondheidsschade te verminderen (WHO, 2017).

- Een recente overzichtsstudie van "natuurlijke experimenten" in negen landen concludeerde echter dat de effecten van alcoholaccijns soms als te rooskleurig worden gezien (Nelson en McNall, 2016). Niet alle veronderstelde gezondheidseffecten van een accijnsverhoging zijn even groot. Accijnsverhoging heeft wel een positief effect op alcoholgerelateerde sterfte en op leverziekten onder ouderen (beide nemen af), maar niet op alcoholgebruik in het verkeer of geweldsdelicten onder invloed van alcohol.

- Een Nederlandse maatschappelijke kostenbaten analyse concludeerde dat een accijnsverhoging van 50% over een periode van 50 jaar tussen de 14 en 20 miljard euro op zal leveren; een accijnsverhoging van 200% brengt op die termijn 37 tot 47 miljard euro op (de Wit et al., 2016).

De accijnstarieven voor bier, wijn en gedistilleerd verschillen, waarbij uiteenlopende maten voor de bepaling van de hoogte van de accijns worden gebruikt. Bieraccijns wordt in Nederland bepaald aan de hand van het extractgehalte (uitgedrukt in graden Plato); voor wijn wordt het alcoholpercentage genomen en gelden aparte tarieven voor mousserende (bruisende wijn zoals champagne) en "stille" wijn; voor gedistilleerd geldt een vast tarief per hectoliter zuivere alcohol. In sommige landen wordt bieraccijns berekend aan de hand van het alcoholpercentage.

- In Nederland bedraagt de accijns op peildatum 1 januari 2017 voor een liter gedistilleerd (35% alcohol) 5,90 euro, voor een liter "stille" wijn 88 eurocent en voor een liter bier 38 eurocent (11- <15° Plato).
- Voor een glas bier van 25 cl betekent dit 9,5 eurocent accijns, voor een glas wijn van 10 cl 8,8 eurocent en voor een glas gedistilleerd van 3,5 cl 20,6 eurocent.
- Lidstaten van de EU voeren een verschillend accijnsbeleid (tabel 11.8). 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 is het lastig om de landen binnen Europa te vergelijken vanwege verschillende methoden om de heffing te bepalen. In tabel 11.8 zijn alle verschillende methoden omgerekend naar een vergelijkbare maat (12° Plato of 4,8% alcohol). De Nederlandse accijns op bier ligt in deze vergelijking tussen 15 EU-landen in de middenmoot.

**Tabel 11.8 Accijnstarieven op bier, wijn en gedistilleerd in 15 lidstaten van de Europese Unie. Peildatum januari 2017**

Lidstaat	Bier <sup>I</sup>	Wijn <sup>II</sup>	Gedistilleerd <sup>III</sup>
Zweden	101	273	1.900
Finland	154	339	1.594
Ierland	108	425	1.490
Verenigd Koninkrijk	101	371	1.108
België	24	75	1.047
Griekenland	60	20	858
Denemarken	36	156	704
Frankrijk	36	4	608
Nederland	38	88	590
Duitsland	9	0	456
Portugal	38	0	464
Oostenrijk	24	0	420
Luxemburg	10	0	364
Italië	36	0	362
Spanje	36	0	335

Bedragen in euro per hectoliter productie. I. Voor bier wordt de accijns op verschillende wijzen berekend, in graden Plato en in percentage alcohol. De hier genoemde accijnzen zijn alle gerekend naar 12° Plato of 4,8% alcohol. II. niet-mousserende wijn, <15% vol. III. accijns voor gedistilleerd wordt berekend per volume% alcohol; hier zijn de accijnzen voor 35 volume% alcohol opgegeven. Bron: EC (2017).



## 12. Tabak en rookwaren



## 12. Tabak en rookwaren

### Inleiding

Tabak wordt gemaakt uit de gedroogde bladeren van de tabakspant (*Nicotiana tabacum*). Tabak wordt doorgaans gerookt in een sigaret, sigaar, pijp, waterpijp en zelden gesnoven of gepruimd, voornamelijk voor de effecten van nicotine. Nicotine kan ook via vullingen met een elektronische sigaret gedampt worden.

Consumenten ervaren tabak als stimulerend (verbetering concentratievermogen) en rustgevend. Nicotine, het belangrijkste psychoactieve bestanddeel van tabak, is een verslavende stof. Bij het inhaleren van tabaksrook komen ook veel andere stoffen vrij, zoals teer en koolmonoxide en tal van (verbrandings-) producten die schadelijk zijn voor de gezondheid. Additieven in tabaksproducten vergroten de aantrekkelijkheid en sommige maken het product ook verslavender. Van veel additieven is de schadelijkheid wel bekend bij orale inname, maar niet bij verbranding. In 2013 werden in totaal 673 verschillende soorten additieven in Nederlandse tabaksproducten aangetroffen. Uit onderzoek van het RIVM blijkt dat er per productsoort een stijging is te zien in het totaal aantal verschillende additieven; dit geldt vooral voor sigaren en pijptabak (Schenk et al., 2014). De tijd tussen inhalatie van nicotine en het bereiken van de hersenen is circa zeven tot tien seconden. Deze korte tijd tussen absorptie, distributie en het aangrijpen op de receptoren in het brein is medeverantwoordelijk voor de zeer verslavende werking van tabaksrook (Dijkstra et al., 2017).

De afgelopen jaren heeft de elektronische sigaret aan terrein gewonnen, een elektronisch apparaat dat nicotine kan afleveren zonder de schadelijke verbranding van tabak (Buisman en Croes, 2014). Maar ook damp van elektronische sigaretten bevat een aantal ingrediënten en chemische onzuiverheden in hoeveelheden die schadelijk kunnen zijn voor de gezondheid, zoals propyleenglycol en glycerol (Visser et al., 2015). Internationaal is er discussie over de vraag of e-sigaretten effectief zijn als stoppen met roken hulpmiddel en of e-sigaretten voor jongeren en niet-rokers als eventuele opstap naar het gebruik van gewone sigaretten kunnen fungeren (Green et al., 2016).

Wereldwijd en ook in Nederland lijkt het roken van waterpijp (shisha, hookah) steeds meer in zwang te komen (Buisman en Van Laar, 2015). Als rookwaar kunnen in de waterpijp gebruikt worden: tabak(sbladeren), kruiden en vruchtenmengsels. Eén van de risico's van het roken van een waterpijp is het vrijkomen van koolmonoxide (CO). Dat kan alleen gebeuren als voor de verhoging houtskool of natuurkool gebruikt wordt (RIVM, 2016).

Gebruik van tabak leidt vrij snel tot gewenning en lichamelijke en geestelijke afhankelijkheid. Er zijn grote risico's op korte en met name de lange termijn, zowel voor de roker als de meeroker. Over de risico's van 'derdehandsrook' is nog weinig bekend (Bommelé & Van Laar, 2017). Derdehands rook zijn de stoffen die tijdens het roken neerdalen in de omgeving en achterblijven na het roken van een sigaret en andere tabaksproducten.

Voor de verkoop van tabak geldt sinds 1 januari 2014 een leeftijdsgrens van 18 jaar. Voor e-sigaretten met nicotinehoudende vullingen geldt dezelfde leeftijdsgrens vanaf 20 mei 2016 (§ 2.2). Aan de verkoop en het gebruik van tabaksproducten en andere rookwaren zijn ook verschillende andere wettelijke

verplichtingen en beperkingen verbonden, die onder andere betrekking hebben op de producteisen, waarschuwingsteksten op de verpakking, rookverboden en reclame en sponsoring. Vanaf 1 juli 2017 geldt er voor de verstrekking van e-sigaretten zonder nicotine eveneens een leeftijdsgrens van 18 jaar en een reclameverbod. Zie § 2.2 voor meer informatie over ontwikkelingen in het tabaksontmoedigingsbelei



## 12.1 Laatste feiten en trends

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

- Volgens de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut uit 2016 rookt 24,1% van de Nederlanders ouder dan 18 jaar wel eens en 18,6% rookt dagelijks (§ 12.2).
- Het percentage 'wel eens' rokers daalde in 2016 vergeleken met zowel 2014 en 2015; het percentage dagelijkse rokers daarentegen verschilde niet in deze jaren.
- De rookprevalentie neemt af, zowel onder laag- als hoogopgeleide volwassenen. De afname in roken is echter kleiner onder mensen met een lage opleiding dan onder mensen met een middelbaar of hoog opleidingsniveau (§12.2).
- Tussen 2011 en 2015 trad een verdere daling op in het percentage scholieren van 12-16 jaar dat ooit en in de afgelopen maand gerookt heeft. Het percentage dagelijkse rokers halveerde in deze periode (§ 12.3).
- De daling deed zich voor op alle schoolniveaus maar er zijn nog steeds forse verschillen. Scholieren van het VMBO-b (basis- of kaderberoepsgerichte leerweg) roken het meest en scholieren van het VWO het minst (§ 12.3).
- Het percentage rokers onder scholieren van 15-16 jaar in Nederland ligt onder het (ongewogen) gemiddelde van 34 Europese landen (§ 12.4).
- In 2017 ligt het percentage rokers in Nederland ver onder het EU-28-gemiddelde van 26%. Nederland hoort bij de groep landen met de minste rokers (§ 12.4).
- In Nederland is circa een achtste van de totale ziektelast aan roken toe te schrijven (§ 12.6).
- In 2015 overleden in Nederland ongeveer 19.000 mensen van 20 jaar en ouder aan de directe gevolgen van roken (§ 12.6).
- In het najaar van 2016 was de naleving van het rookverbod in discotheken en cafés nog niet optimaal. De aanwezigheid van rookruimtes steeg flink, met name in cafés. Aandacht voor de naleving blijft nodig. (§ 12.7).
- De totale naleving van de leeftijdsgrens voor de verkoop van tabak (18 jaar) door alle typen verstrekkers steeg tussen 2015 en 2016 (§12.7).



## 12.2 Gebruik: algemene bevolking

In de jaren zestig en zeventig van de 20<sup>e</sup> eeuw 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.

De Gezondheidsenquête van het CBS verzamelt jaarlijks kerngegevens onder de bevolking vanaf 12 jaar. Vanaf 2014 is deze peiling onderdeel van de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. het RIVM en het Trimbos-instituut. De Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor wordt vanaf 2015 als primaire bron voor de rookprevalenties in Nederland gehanteerd. Sinds 2005 zijn er in de gegevensverzameling van de Gezondheidsenquête echter twee methodebreuken geweest (in 2010 en in 2014), waardoor het methodologisch niet verantwoord is uitspraken te doen over trends (Morren en Willems, 2015).



In deze paragraaf worden de rookprevalenties voor volwassenen van 18 jaar en ouder van de Gezondheidsenquête gerapporteerd. Cijfers voor het rookgedrag onder jongeren worden in § 12.3 op basis van scholierenonderzoeken gerapporteerd. Regionale cijfers over rookgedrag zijn afkomstig van de Gezondheidsmonitor van de GGD-en, samen met het CBS en RIVM. Deze monitor is in 2012 gestart en wordt vierjaarlijks uitgevoerd in de bevolking vanaf 19 jaar.

## Situatie in 2016

In de Gezondheidsenquête wordt gevraagd naar het rookgedrag. De totale groep rokers omvat mensen die aangeven 'wel eens te roken', ongeacht frequentie. Het gaat hierbij zowel om dagelijkse als niet-dagelijkse rokers. Niet uit te sluiten valt dat een deel van de e-sigaret gebruikers positief heeft geantwoord op de vraag naar roken. In de in 2016 parallel uitgevoerd verdiepend bevolkingsonderzoek (de Leefstijlmonitor-Aanvullend - zie bijlage D.2) wordt ook gevraagd naar rookgedrag, maar wordt expliciet aangegeven dat het hier niet gaat om het gebruik van de e-sigaret. Een vergelijkende analyse van gegevens uit de Gezondheidsenquête 2016 en de LSM-A laat vrijwel geen verschillen zien in rookprevalenties. Vermoedelijk wordt het gebruik van een e-sigaret niet gezien als 'roken' en de meeste (85%) e-sigaret gebruikers zijn ook rokers.

- In 2016 was van de Nederlanders van 18 jaar en ouder 24,1% een roker, 32,3 % een ex-roker en had 43,5 % nog nooit gerookt (Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017).
- Omgerekend naar de bevolking van 18 jaar en ouder komt dit neer op naar schatting 3,2 miljoen rokers (95% betrouwbaarheidsinterval: 3,067 miljoen tot 3,351 miljoen).
- Twee derde van de huidige rokers is begonnen met roken vóór zijn of haar 18de jaar (Hopman en Croes, 2017).

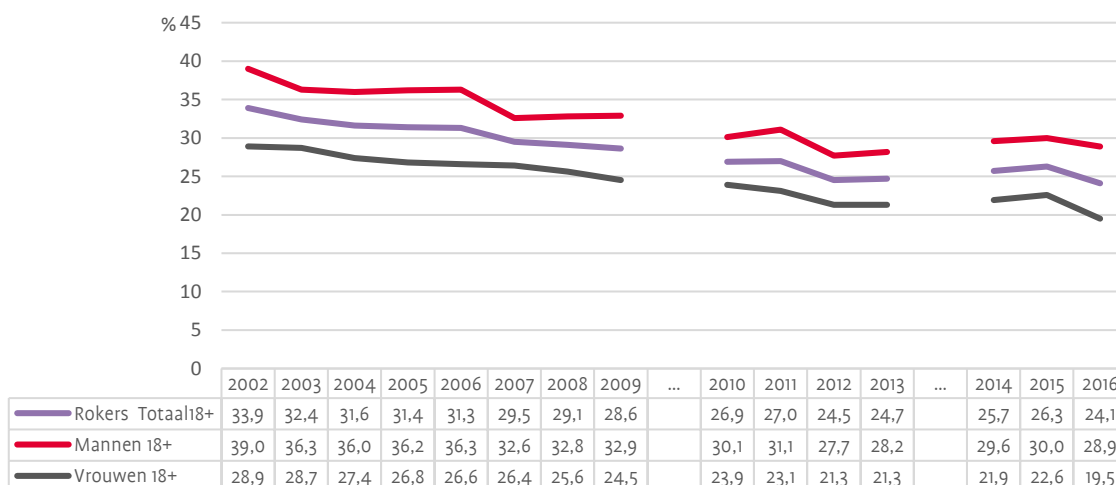
## Trends in roken

- Volgens de Gezondheidsenquête van het CBS daalde het percentage mensen dat wel eens (dagelijkse en niet dagelijks) rookt in de bevolking van 18 jaar en ouder tussen 2001 en 2009 van 34,9% naar 28,6%. Na de methodebreuk van 2009 werd een percentage van 26,9% gevonden. Dat daalde tot 24,7% in 2013.
- Na de tweede methodebreuk werd in de meting van 2014 gevonden dat 25,7% van de Nederlanders boven de 18 jaar wel eens rookt. In 2015 werd een percentage van 26,3% gemeten, maar dit was geen statistisch significante toename. In 2016 rookte 24,1% van de bevolking boven de 18 jaar 'wel eens'. Dat is statistisch significant minder dan in 2015 en ook minder in vergelijking met 2014 (zie figuur 12.1).
- Over het algemeen kan gezegd worden dat er de afgelopen tien jaar, ondanks jaarlijkse fluctuaties, een dalende trend in de prevalentie van roken is waar te nemen.

## Leeftijd en geslacht

- In 2016 rookte 28,9% van de mannen en 19,5% van de vrouwen wel eens. In het afgelopen decennium bleven verschillen tussen mannen en vrouwen vrijwel gelijk.
- In de leeftijdsgroep 30-39 jaar was het percentage rokers het hoogst, gevolgd door de leeftijdsgroep 20-24 jaar en de leeftijdsgroep 25-29 jaar, maar verschillen zijn klein (figuur 12.3). De minste rokers zijn te vinden onder 65-plussers.
- Cijfers over roken onder jongeren tot 18 jaar zijn beschreven in § 12.3.

**Figuur 12.1** Percentage rokers ('rookt wel eens') in Nederland onder mannen en vrouwen van 18 jaar en ouder vanaf 2002, methodebreuken tussen 2009 en 2010 en tussen 2013 en 2014

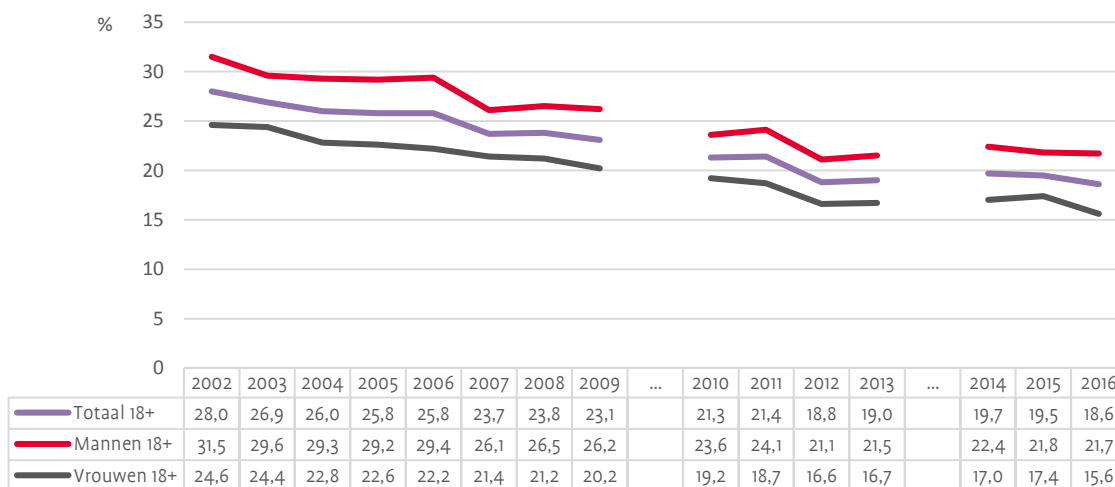


Percentage volwassenen dat 'wel eens rookt'. Bronnen: Gezondheidsenquête CBS (tot en met 2013); Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017.

## Dagelijks roken

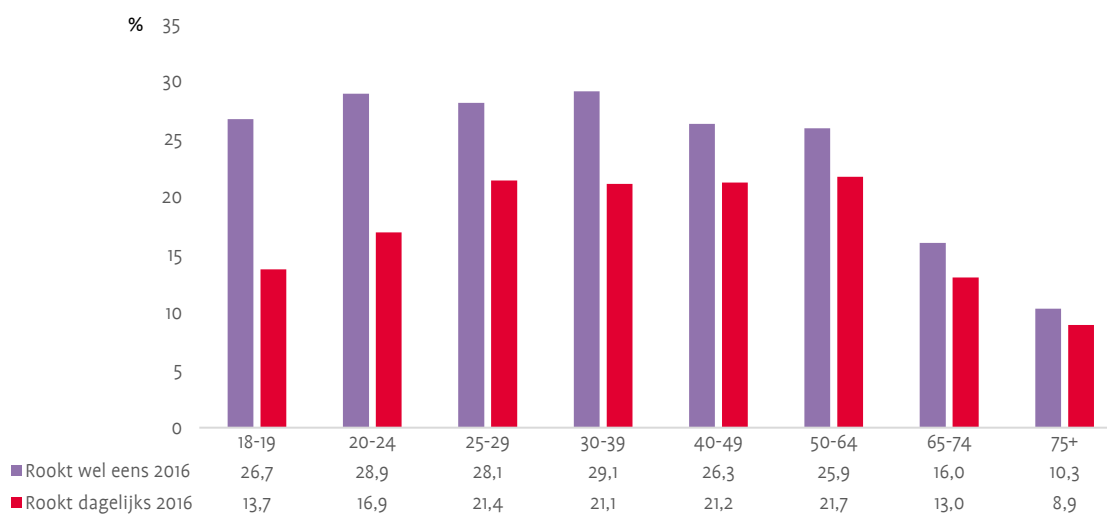
- Vanuit volksgezondheidsperspectief is het aantal dagelijkse rokers van groot belang, omdat dagelijkse rokers veel meer bloot staan aan tabaksrook dan degenen die 'wel eens roken' en meer risico lopen op aan roken gerelateerde ziektes.
- Volgens de Gezondheidsenquête van het CBS in 2016 is ruim drie kwart (77,1%) van de rokers een dagelijkse roker, ofwel 18,6% van alle volwassenen. Meer mannen (21,7%) dan vrouwen (15,6%) zijn dagelijks roker.
- Omgerekend naar de bevolking van 18 jaar en ouder komt dit neer op naar schatting 2,5 miljoen dagelijkse rokers (95% betrouwbaarheidsinterval: 2,344 miljoen tot 2,602 miljoen).
- Tussen 2001 en 2009 daalde het percentage dagelijkse rokers van 29,3% naar 23,1% (zie figuur 12.2). Na de methodebreuk van 2009 werd een percentage van 21,3% gevonden. Dat daalde tot 19,0% in 2013. Na de tweede methodebreuk bleef het percentage dagelijkse rokers tussen 2014 en 2016 op het zelfde niveau (geen statistisch significante verschillen). Ook voor dagelijks roken geldt dat er een dalende trend in de prevalentie is waar te nemen, maar deze daling lijkt af te vlakken.
- In 2016 ligt de piek in het dagelijks roken bij de leeftijdsgroep 50-64-jarigen (21,7%), terwijl in de leeftijdsgroep 30-39-jarigen het meest 'wel eens' (zowel dagelijks en niet-dagelijks) gerookt wordt (29,1%) (zie: figuur 12.3). In de jongere leeftijdsgroepen zijn dus relatief veel niet-dagelijkse rokers. Voor 18-19-jarigen is dit zelfs bijna de helft van alle rokers.
- Uit de Global Burden of Disease Study 2015 blijkt dat in 2015 wereldwijd door 25% van de mannen en 5,4% van de vrouwen dagelijks gerookt wordt (GBD 2015 Tobacco Collaborators, 2017).

**Figuur 12.2** Percentage *dagelijkse* rokers in Nederland onder mannen en vrouwen van 18 jaar en ouder naar 'rookt dagelijks' vanaf 2002, methodebreuken tussen 2009 en 2010 en tussen 2013 en 2014



Bronnen: Gezondheidsenquête CBS (tot en met 2013); Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017.

**Figuur 12.3** Percentage rokers en *dagelijkse* rokers naar leeftijdsgroep, 18+. Peiljaar 2016



Percentage personen dat 'wel eens' (dagelijks en niet-dagelijks) en dagelijks rookt. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017.

## Zwaar roken

Op langere termijn bezien is het percentage zware rokers gedaald (Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017).

Een zware roker is een persoon die twintig of meer sigaretten en/of shagjes per dag rookt.

- In 2016 rookte 4,1% van de bevolking van 18 jaar en ouder 20 of meer sigaretten per dag, 4,7% van de mannen en 3,4% van de vrouwen.
- Omgerekend naar de bevolking van 18 jaar en ouder komt dit neer op naar schatting 539 duizend zware rokers (95% betrouwbaarheidsinterval: 473 tot 604 duizend). Het gaat om naar schatting 306 duizend mannen en 232 duizend vrouwen. In 2001 lag het percentage zware rokers op 9,8%.
- Onder de volwassen rokers lag in 2016 het percentage zware rokers op 16,9%. In dit 2009 was 23% en in 2000 was 35% van de rokers een zware roker. Hoewel de gegevens uit 2016, 2009 en 2001 niet direct met elkaar vergeleken mogen worden vanwege de methodebreuken, lijkt het er wel op dat het fenomeen 'kettingroken' steeds minder voorkomt.
- In 2016 was het aantal zware rokers het hoogst in de leeftijdsgroep van 50–64 jaar: 34% van alle zware rokers valt in deze leeftijdsgroep.

## Verschillen in rookgedrag tussen opleidingsniveaus

Hoog opgeleiden roken minder vaak dan laag- en middelbaar opgeleiden.

- In 2016 had 17,6% van de hoog opgeleide volwassenen wel eens gerookt. Onder laag en middelbaar opgeleiden was dit respectievelijk 29,0% en 26,4% (figuur 12.4).
- Dagelijks roken verschilde tussen de laag (25,1%), middelbaar (21,5) en hoog (9,7%) opgeleiden. Zwaar roken (20 of meer sigaretten of shagjes per dag) komt ook het meest voor onder laag opgeleiden: 21,1% van de laag opgeleide rokers is een zware roker. Onder middelbaar opgeleiden ligt dit op 17,9% en onder hoog opgeleiden op 9,4%.
- In alle peiljaren was het percentage rokers onder laag- en middelbaar opgeleiden beduidend hoger dan onder hoog opgeleide rokers. Tussen middelbaar- en laag opgeleiden waren nauwelijks of geen verschillen in percentage rokers. In 2016 is dat wel het geval. Bij de middelbaar opgeleiden was er een duidelijke afname, maar niet bij laag opgeleiden.
- De rookprevalentie neemt af, zowel onder laag- als hoogopgeleide volwassenen. De afname in roken is echter kleiner onder mensen met een lage opleiding dan onder mensen met een middelbaar of hoog opleidingsniveau. Het percentage (dagelijks) rokers is het sterkst gedaald onder hoogopgeleide volwassenen. Het verschil in (dagelijks) roken tussen de laagst- en hoogstopgeleiden is in Nederland tussen 1990 tot en met 2012 daarom iets toegenomen.
- Verschillen in roken tussen hoog en laag opgeleiden vormen een belangrijke oorzaak van sociaaleconomische gezondheidsverschillen (Springvloet et al., 2017).

**Figuur 12.4** Percentage rokers naar opleidingsniveau in de bevolking van 18 jaar en ouder, naar 'rookt wel eens', vanaf 2005, methodebreuken tussen 2009 en 2010 en tussen 2013 en 2014



Laag opgeleid = basisonderwijs, LBO, MAVO, VMBO; Middelbaar opgeleid = MBO, HAVO, VWO; Hoog opgeleid = HBO of universiteit. Van 18 t/m 24 jaar: gevolgd opleidingsniveau en vanaf 25 jaar: voltooid opleidingsniveau. Bronnen: Gezondheidsenquête CBS (tot en met 2013); Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017.

## Regionale verschillen in roken

In 2012 werd de eerste gezamenlijke Gezondheidsmonitor van de GGD'en, het CBS en het RIVM gehouden onder volwassenen van 19 jaar en ouder (CBS et al., 2013). Gegevens voor 2016 over roken zijn nog niet beschikbaar.

- De GGD-regio's waarin het aandeel volwassenen met een laag inkomen het grootst is, tellen de meeste rokers.
- Dit zijn zowel de meest verstedelijkte gebieden in de Randstad, als de landelijke regio's in het noorden, oosten en zuiden van het land. Ongeveer één op vier volwassenen in deze regio's rookt, terwijl dat in de andere regio's één op vijf is.

## Elektronische sigaretten (e-sigaret) en waterpijp

Een e-sigaret is een apparaat dat werkt via verhitting van een zogenaamde 'e-vloeistof' in plaats van verbranding van tabak (of een andere stof). Het 'roken' van een e-sigaret noemt men *vapen* of *dampen*. In Nederland valt de e-sigaret met nicotine vanaf 20 mei 2016 onder de Tabaks- en rookwarenwet en vanaf 1 juli 2017 geldt ook de leeftijdsgrens van 18 jaar en een reclameverbod voor de elektronische sigaret zonder nicotine (EZN) (zie § 2.2). Gegevens over het gebruik van e-sigaretten zijn voor het eerst in 2016 in de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor opgenomen.

- In de bevolking van 18 jaar en ouder gebruikt 3,5% wel eens een e-sigaret. Van de rokers van conventionele tabaksproducten gebruikt 12,2% wel eens een e-sigaret. De meeste e-sigaret dampers (85%) roken ook conventionele sigaretten (Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017).
- Een groot deel (39,5%) van de dampers gebruikt de e-sigaret dagelijks. Er zijn maar weinig rokers (3%) die voordat ze gingen roken eerst een e-sigaret hadden gebruikt.
- Uit de Leefstijlmonitor- Aanvullend (LSM-A, bijlage D.2) blijkt dat 5,8% van de bevolking van 18 jaar en ouder wel eens een waterpijp gebruikt, terwijl 9,4% dat in het verleden ooit heeft gedaan, maar nu niet meer.

## Verkoop van tabak

De verkoop van tabak geeft ook een indicatie van de mate waarin tabak wordt gebruikt.

- Het Ministerie van Financiën levert gegevens over de tabaksomzet aan de Europese Unie. De zogenaamde 'releases for consumption' zijn de hoeveelheden die zijn uitgeleverd aan de kleinhandel die tabak verkoopt. Op dat moment wordt accijns geheven. Voor sigaretten wordt het aantal stuks geteld, voor shag wordt het aantal kilo's dat voor consumptie is vrijgegeven doorgegeven. In tabel 12.1 is op basis van de uitgiftecijfers van kilo's shag het aantal shagjes geschat.
- Sinds 2002 worden er minder tabaksproducten verkocht, met af en toe moeilijk te duiden fluctuaties.
- In 2002 werden er in totaal 30,1 miljard sigaretten en shagjes verkocht; in 2013 waren dat er 16,2 miljard, terwijl in 2014 dat aantal weer steeg naar 19,2 miljard, om in 2015 te dalen tot 15,8 miljard. In 2016 steeg het aantal wederom, naar 17,3 miljard (tabel 12.1).
- De fluctuaties in afgelopen jaren (sinds 2012) zijn lastig te duiden. De toenames en afnames in verkoopcijfers houden geen gelijke tred met de prevalentiecijfers van roken. Een toename zou kunnen komen omdat er minder in het buitenland en/of minder illegaal gekocht wordt, en/of dat er voor accijnsverhogingen meer zegels door de fabrikanten zijn aangevraagd.

Tabel 12.1 Verbruik van sigaretten en shag in Nederland, vanaf 1967

Jaar	Aantal sigaretten (miljard)	Aantal shagjes (miljard) <sup>1</sup>	Totaal aantal sigaretten en shagjes (miljard)
1967	16,6	9,1	25,7
1970	18,7	9,9	28,6
1975	23,9	13,1	37,0
1980	23,0	13,9	36,9
1985	16,3	17,9	34,1
1990	17,3	16,6	33,9
1995	17,2	14,4	31,6
2000	16,7	13,7	30,4
2001	16,3	12,4	28,7
2002	17,0	13,1	30,1
2003	17,1	12,9	30,0
2004	15,0	12,1	27,1
2005	13,7	11,0	24,7
2006	14,0	10,8	24,8
2007	15,2	10,7	25,9
2008	14,9	10,3	25,2
2009	13,4	9,6	23,0
2010	13,4	9,0	22,4
2011	12,8	8,7	21,5
2012	12,4	8,8	21,2
2013	9,2	7,0	16,2
2014	11,2	8,0	19,2
2015	9,3	6,5	15,8
2016	10,4	6,9	17,3

I. Onder aanname: 1 gram shag per shagje. Bronnen: STIVORO ([www.stivoro.nl](http://www.stivoro.nl)), CBS, Ministerie van Financiën; cijfers vanaf 2002: Europese Unie: Releases for consumption in EU 28 (2017).

## Speciale groepen in de algemene bevolking

### Zwangeren

In de Monitor Zwangerschap en Middelengebruik is het middelengebruik voor, tijdens en na de zwangerschap beschreven. Aan dit onderzoek deden 1858 Nederlandse moeders mee die het consultatiebureau bezochten met een kind van 0-4 jaar (Tuithof et al., 2017).

- In de vier weken voor de zwangerschap rookte 17% van de moeders. Tijdens de zwangerschap daalde het percentage: 9% van de moeders had op enig moment tijdens de zwangerschap gerookt. Na de zwangerschap stijgt de prevalentie van roken weer: 13% van de moeders heeft in de vier weken voor het onderzoek gerookt.
- Met name jongere moeders (18-24 jaar), moeders met een laag of middelbaar opleidingsniveau en moeders die zonder partner wonen hebben vaker op enig moment tijdens de zwangerschap gerookt. Er zijn geen verschillen als het gaat om etnische achtergrond en stedelijkheid.

- Bij alle opleidingsniveaus is hetzelfde patroon zichtbaar: het percentage rokers is het hoogst voor de zwangerschap en het laagst tijdens de zwangerschap. Verder blijkt dat 15% van de laagopgeleide moeders gedurende de gehele zwangerschap is blijven roken, 7% van de middelbaar opgeleide moeders en 0,8% van de hoogopgeleide moeders. Deze drie groepen verschillen significant van elkaar (Tuithof et al., 2017). Zie verder paragraaf 12.5 (stoppen met roken onder rokende zwangere vrouwen).

### *Mensen met psychische stoornissen*

Mensen met psychische stoornissen (inclusief verslaving) roken meer en vaker dan gemiddeld: het percentage rokers ligt naar schatting twee tot vier keer zo hoog als in de algemene bevolking. Roken is een belangrijke oorzaak voor de aanzienlijk kortere levensverwachting in deze groep. Voor mensen met een stemmingsstoornis zijn gegevens uit de studie NEMESIS 2007-2009 in de algemene bevolking van 18-64 jaar beschikbaar (Monshouwer et al., 2017).

- Bijna de helft (46%) van de mensen met een depressie rookt in Nederland. Dat zijn ongeveer 1,5 maal zoveel rokers vergeleken met de algemene bevolking van 18-64 jaar (32%).
- Omgekeerd blijkt ook dat onder rokers een depressieve stoornis vaker voorkomt. Rokers hebben twee keer vaker te kampen hebben met een depressie (in het jaar voorafgaand aan het onderzoek) vergeleken met niet-rokers (8% versus 4%).
- Mensen met een depressie leven gemiddeld 7 tot 11 jaar korter dan de algemene bevolking. Geschat wordt dat de helft van deze verhoogde sterfte is toe te schrijven aan de gevolgen van roken.
- De relatie tussen roken en depressie is complex. Voor een deel wordt deze relatie verklaard door gemeenschappelijke risicofactoren, zoals werkloosheid, stress of bepaalde genen, die onafhankelijk zowel de kans op een depressie als roken vergroten. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat roken de kans vergroot op een latere depressie. Omgekeerd zijn er ook aanwijzingen dat een depressie de kans vergroot om later te gaan roken.
- Een depressie lijkt ook bij te dragen aan het in stand houden van het roken, mensen met een depressie zijn namelijk minder succesvol in het stoppen met roken dan mensen zonder een depressie.

Er zijn géén aanwijzingen dat stoppen of minderen met roken het beloop van een depressie ongunstig beïnvloedt. Integendeel, het risico op een depressie lijkt juist af te nemen.



## 12.3 Gebruik: jongeren

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 Peilstationsonderzoek scholieren. De laatste peiling werd in 2015 verricht (Van Dorsselaer et al., 2016). In dit Jaarbericht worden primair gegevens gepresenteerd voor scholieren van 12-16 jaar (zie bijlage D.7).

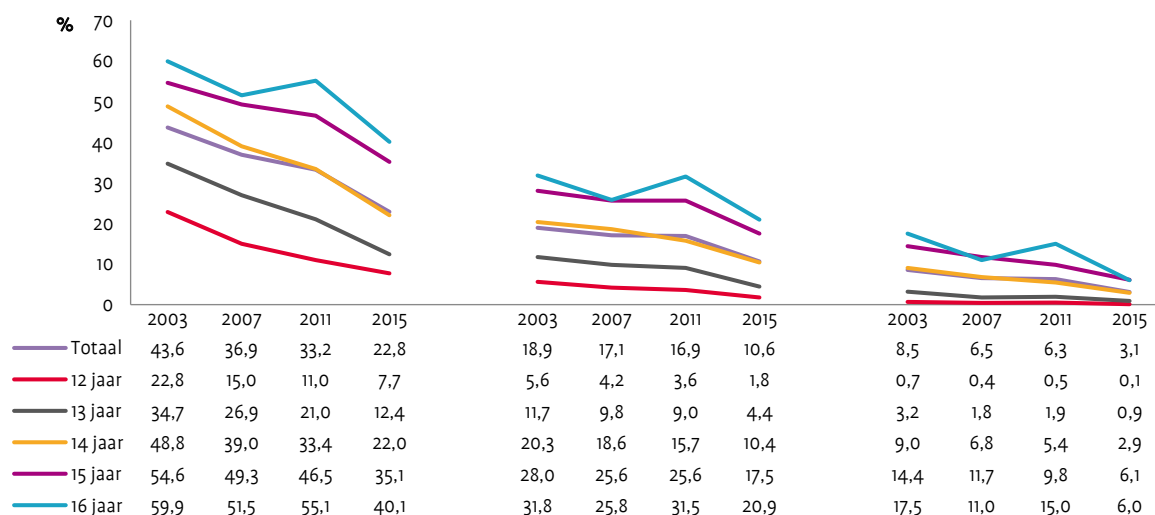
### Trends

- Het (dagelijks) roken onder jongeren steeg sinds eind jaren tachtig tot midden jaren negentig en vertoont sindsdien een dalende trend. Tussen 2007 en 2011 stagneerde echter het percentage actuele en dagelijkse rokers onder de 16-jarigen (figuur 12.5). Figuur 12.5 laat zien dat de dalende trend onder scholieren van 12-16 jaar zich tussen 2011 en 2015 voortzet (Van Dorsselaer et al., 2016). De daling tussen 2011 en 2015 was statistisch significant.
- Het aantal scholieren tussen 12 en 16 jaar dat de afgelopen maand heeft gerookt is tussen 2011 en 2015 verder gedaald van 17% naar 11%.



- Tussen 2003 en 2015 vond er bijna een halvering plaats van het percentage scholieren dat ooit gerookt had: van 44% naar 23%. Het percentage dagelijkse rokers halveerde binnen een kortere periode, namelijk tussen 2011 en 2015.

**Figuur 12.5 Roken onder scholieren van 12-16 jaar, ooit, laatste maand en dagelijks, 2003-2015**



Percentage rokers ooit, laatste maand en dagelijks. Bronnen: Peilstationsonderzoek scholieren (2003, 2007, 2011); Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM, 2015. Voor de trends zijn scholieren van 12-16 jaar in de eerste tot en met vierde klas van het voortgezet onderwijs geselecteerd.

## Leeftijd, geslacht en etniciteit

Met roken wordt al vroeg begonnen.

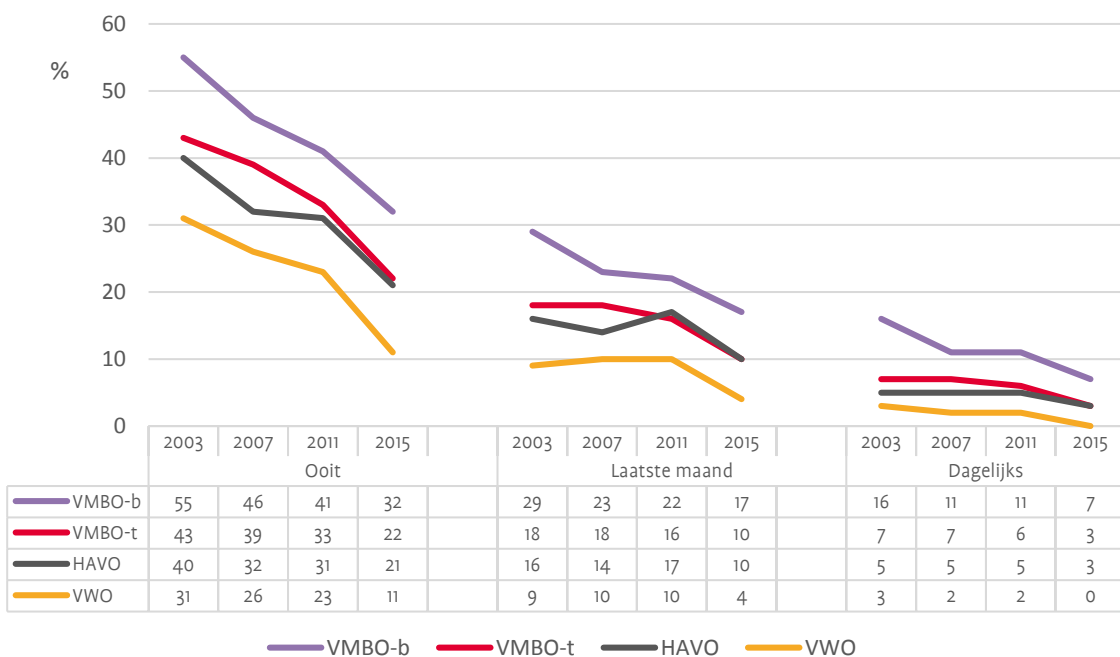
- Tussen het twaalfde en zestiende levensjaar is er een forse toename van het aantal jongeren dat ervaring heeft met roken (figuur 12.5).
- De grootste stijging van jongeren die beginnen met roken, en regelmatig, maar niet dagelijks, roken, lijkt tussen het 14<sup>de</sup> en 16<sup>de</sup> levensjaar te liggen. Het percentage dagelijkse rokers lijkt rond het 16<sup>de</sup> jaar niet veel meer te stijgen (figuur 12.5).
- De daling tussen 2011 en 2015 in het percentage ooit en actuele rokers deed zich in alle leeftijdsgroepen voor<sup>1</sup>. In 2015 rookte nog maar 6% van de 16-jarige scholieren dagelijks. In 2011 rookte nog 15% van de 16-jarigen (figuur 12.5).
- Jongens en meisjes verschillen niet wat betreft dagelijks roken. Dit geldt ook voor roken ooit in het leven of in de laatste maand (Van Dorsselaer et al., 2016).
- Het percentage scholieren dat ooit of in de afgelopen maand heeft gerookt is het laagst onder Marokkaanse scholieren. Verschillen tussen de andere groepen scholieren zijn verder relatief klein.

## Schoolniveau

De daling in roken in het afgelopen decennium deed zich voor op alle schoolniveaus maar er zijn nog steeds forse verschillen.

<sup>1</sup> Verschillen voor 12-jarigen zijn niet statistisch significant hetgeen met de kleine aantallen rokers in deze leeftijdsgroep kan samenhangen

**Figuur 12.6 Trends in roken (ooit in het leven, afgelopen maand en dagelijks roken) naar schoolniveau (in %).**



Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM, 2015. Tuithof et al., 2017

- In 2003 had 43,6% van de leerlingen van 12-16 jaar ooit in het leven gerookt (lifetime prevalentie) en dit percentage was in 2015 significant gedaald naar 22,8% (Tuithof et al., 2017). Na uitsplitsing naar schoolniveau is te zien dat de lifetime prevalentie van roken op alle schoolniveaus ongeveer even sterk is gedaald (figuur 12.6). Zowel in 2003 als in 2015 hebben leerlingen op het VMBO-b het vaakst ooit gerookt en leerlingen op het VWO het minst vaak. De trend van de leerlingen op het VMBO-t (figuur 12.6) ligt dicht op de trend van het totaal aantal leerlingen van 12-16 jaar (figuur 12.5).
- Als gekeken wordt naar roken in de afgelopen maand is een daling zichtbaar van 19 procent in 2003 naar 10 procent in 2015. Op alle schoolniveaus heeft een significante daling plaatsgevonden (figuur 12.6), maar de absolute daling is op het VMBO-b sterker dan op het VWO. Ondanks de sterkere daling roken leerlingen op het VMBO-b in 2015 nog altijd significant vaker in de afgelopen maand dan leerlingen van de andere drie schoolniveaus.
- De prevalentie van dagelijks roken is in de periode 2003 - 2015 afgenomen van 8 naar 3 procent. De daling blijkt op alle schoolniveaus significant (figuur 12.6), maar de absolute daling op het VMBO-b is sterker dan op de andere drie schoolniveaus. Toch roken leerlingen van het VMBO-b in 2015 nog altijd het vaakst dagelijks (Tuithof et al., 2017).

### Elektronische sigaret en waterpijp

- In 2015 gaf in het basisonderwijs al 10% van de leerlingen aan wel eens met de e-sigaret geëxperimenteerd te hebben (Van Dorsselaer et al., 2016).
- Meer jongeren hadden in 2015 ervaring met een e-sigaret dan een gewone sigaret. In 2015 gaf 34% van de 12-16-jarige scholieren aan ooit in het leven een e-sigaret te hebben gebruikt. Meer jongens (40%) dan meisjes (29%) hebben de e-sigaret gebruikt (tabel 12.2).
- Het experimenteren met de e-sigaret stijgt snel met de leeftijd. Van de 15-jarigen had 43% wel eens een e-sigaret gebruikt. Daarna lijkt het gebruik bij meisjes iets af te nemen, maar de verschillen tussen de leeftijdsgroepen zijn niet significant (Van Dorsselaer et al., 2016).

- Maar weinig jongeren gebruiken de e-sigaret met regelmaat. Van de scholieren die wel eens een e-sigaret hebben gebruikt, gebruikt 2% de e-sigaret dagelijks en 3% wekelijks.
- Van de e-sigaret dampende scholieren geeft 24% aan meestal of altijd een e-sigaret met nicotine te gebruiken, 23% doet dat soms.

**Tabel 12.2 Ooitgebruik (%) van elektronische sigaretten door 12-16-jarige scholieren, naar leeftijd en geslacht. Peiljaar 2015**

	Jongens	Meisjes	Totaal
12 jaar	27,3%	15,3%	21,0%
13 jaar	35,7%	23,4%	29,9%
14 jaar	45,4%	31,1%	38,5%
15 jaar	45,4%	40,8%	43,2%
16 jaar	45,0%	32,0%	38,6%
Totaal 12-16 jaar	39,9%	28,5%	34,3%

Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM, 2015.

- Ongeveer evenveel scholieren (23%) hebben ervaring hebben met het roken van een waterpijp als gewoon roken van sigaretten (Van Dorsselaer et al., 2016).
- In de maand voorafgaand aan het onderzoek had 7% van de 12-16-jarige scholieren waterpijp gerookt, meer jongens (9%) dan meisjes (5%) (tabel 12.3).
- Niet gemeten is hoe vaak (en hoeveel per keer) de scholieren waterpijp roken.

**Tabel 12.3 Gebruik van waterpijp in de afgelopen maand door 12-16-jarige scholieren, naar leeftijd en geslacht. Peiljaar 2015**

	Jongens	Meisjes	Totaal
12 jaar	2,0%	0,4%	1,2%
13 jaar	3,4%	3,4%	3,4%
14 jaar	8,7%	6,3%	7,5%
15 jaar	14,2%	8,2%	11,3%
16 jaar	16,0%	7,5%	11,8%
Totaal 12-16 jaar	8,6%	5,1%	6,9%

Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM, 2015.

- Tussen de schoolniveaus zijn er duidelijke verschillen in het waterpijp roken: op het VWO heeft 15% van de 12-16-jarigen ooit de waterpijp geprobeerd, terwijl VMBO-t'ers er meer dan twee keer zoveel ervaring ermee hebben (33%). In het gebruik in de afgelopen maand zijn er vergelijkbare verschillen: VMBO-b scholieren scoren 11% tegenover 3% op het VWO.

### *Opvattingen van ouders over gebruik van tabak en e-sigaret*

Resultaten uit de oudermodule van het Peilstationsonderzoek 2015 laten het volgende beeld zien (Van Dorsselaer et al. 2016):

- Steeds minder ouders van scholieren in het voortgezet onderwijs geven aan te roken in het bijzijn van hun kind, het percentage daalde geleidelijk van 30% in 2009 naar 21% in 2015. Daarnaast steeg het percentage ouders dat aangaf dat roken in huis niet is toegestaan in de periode 2009-2015 van 67% naar 90%. Meer jongeren groeien dus thuis 'rookvrij' op.
- De grote meerderheid van de ouders geeft aan dat zij gemakkelijk met hun kind kunnen praten over roken (96%) en strenge regels stellen met betrekking tot roken door hun kind (81%). Veel minder ouders hebben er vertrouwen in dat zij er voor kunnen zorgen dat hun kind niet gaat roken (59%).
- Bijna driekwart van de ouders geeft aan dat af en toe roken voor jongeren onder de 16 jaar schadelijk is en 69% voor jongeren onder de 18 jaar.
- Bijna alle ouders vinden een rookvrije school belangrijk (97%).
- Er zijn grote verschillen tussen rokende en niet-rokende ouders. Ouders die zelf roken zijn minder positief over de verhoging van de leeftijdsgrens in 2014 voor de verkoop van tabak, hebben minder vaak een niet-roken beleid in hun huis en zijn minder streng wat betreft het roken door hun kind. Ook denken zij minder vaak dat roken en meeroken door jongeren schadelijk is.
- Ruim 80% van de ouders stelt strenge regels met betrekking tot het gebruik van de e-sigaret door hun kind. Er is hierin een groot verschil tussen ouders die zelf een e-sigaret gebruiken (66%) en ouders die dat niet doen (84%).
- Twee derde van de ouders denkt dat af en toe een e-sigaret gebruiken schadelijk is voor jongeren.

### *Rol van risicoperceptie van roken en het stellen van regels door ouders*

In het Peilstationsonderzoek 2015 onder scholieren is ook onderzoek gedaan naar de risicoperceptie van roken en de rol van de ouders volgens de jongeren zelf (Tuithof et al, 2017). Risicoperceptie is gemeten door aan scholieren te vragen of zij denken dat het nogal of erg schadelijk is om af en toe of dagelijks te roken.

- Van de leerlingen die géén schadelijkheid veronderstellen, rookt 14% in de afgelopen maand. Van de leerlingen die wél schadelijkheid veronderstellen rookt 4%.
- In 2015 is de risicoperceptie van dagelijks roken significant lager bij VMBO-b leerlingen (82%) dan bij respectievelijk VMBO-t (91%), HAVO (94%) en VWO (97%) leerlingen.
- Leerlingen waarvan de ouders strenge regels stellen, roken minder vaak dan leerlingen waarvan de ouders geen strenge regels stellen: 33% van de leerlingen die géén strenge regels rapporteerden rookte in de afgelopen maand, tegenover 5% van de leerlingen die wél strenge regels rapporteerden.
- Van de leerlingen van het VWO zegt 89% dat hun ouders strenge regels stellen, bij de leerlingen van het VMBO-b geldt dat voor 77%.

### **Studenten van het MBO en HBO**

In 2015 is het gebruik van tabaksproducten en andere rookwaar ook gemeten onder 16-18-jarige studenten van het MBO en HBO (Verdurmen et al., 2016).

- In 2015 heeft ruim de helft van de 16-18-jarige MBO en HBO studenten ooit gerookt, een derde heeft de afgelopen maand nog gerookt en bijna één op de vijf (18%) rookte dagelijks.
- De studenten die roken (afgelopen maand gerookt), roken gemiddeld zeven sigaretten per dag.
- De helft van de 16- en 17-jarige studenten die roken, geeft aan zelf wel eens sigaretten te kopen.
- MBO-studenten van 17 jaar hebben vaker de afgelopen maand gerookt (33%) dan hun leeftijdsgenoten op VO (25%) en HBO (23%). Dagelijks roken komt onder 17-jarigen op het MBO (20%) ruim twee keer zo veel voor als bij 17-jarigen op het VO (9%) en HBO (8%).
- Vier op de tien 16-18-jarige MBO en HBO studenten hebben ooit een e-sigaret gebruikt, één op de twaalf (8%) gebruikt nog steeds een e-sigaret en 2% gebruikt het (bijna) dagelijks.

- Ruim de helft van de studenten heeft ooit een waterpijp gerookt en één op de acht (12%) heeft dit de afgelopen maand nog gedaan.

## Speciale groepen jongeren en jongvolwassenen

In bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen wordt naar verhouding meer gerookt dan in de gemiddelde bevolking of onder scholieren van het reguliere onderwijs. Het gaat hierbij onder meer om uitgaande jongeren en jongvolwassenen en 'probleemgroepen', zoals jongeren in de jeugdzorg en jongeren in justitiële jeugdinstellingen. De cijfers uit deze (landelijke en lokale) studies zijn onderling niet goed vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. Bovendien zijn de responspercentages in onderzoek onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen vaak laag (tussen 15% en 25%) en zijn zij 'op locatie' of online geworven in plaats van via een representatieve steekproef uit de bevolking, waardoor de vergelijkbaarheid van de resultaten zeer beperkt is. De uitkomsten geven wel een indicatie van het middelengebruik in deze groep.

### *Uitgaande jongeren en jongvolwassenen*

Verschillende uitgaansonderzoeken suggereren dat roken in deze groep veel voorkomt, vaker dan in de algemene bevolking. Wel lijkt er sprake te zijn van een kleiner aandeel *dagelijkse* rokers. In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2016 is via een web-survey het middelengebruik van 4.905 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 15-35 jaar in kaart gebracht. Twee vijfde (39%) van de deelnemers bezocht maandelijks een club en nog eens een vijfde (18%) deed dit wekelijks. Party's werden minder vaak bezocht; 60% deed dit in het afgelopen jaar minder dan maandelijks (Monshouwer et al., 2016). De respondenten van deze onderzoeken vormen geen representatieve steekproef van alle uitgaande jongeren en jongvolwassenen, en er zijn verschillen in de steekproeven van 2013 en 2016 (zoal uitgaansfrequentie of muziekvoorkeur). De resultaten zijn daarom niet rechtstreeks te vergelijken met die van een peiling in 2013 (zie bijlage D.3).

- In 2016 had 80% van de uitgaande jongeren en jongvolwassenen ooit gerookt, 69% rookte nog in het afgelopen jaar en meer dan de helft van de HGU2016 deelnemers (58%) had in de afgelopen maand gerookt.
- Bijna de helft (47%) van de rokers in dit onderzoek had in het afgelopen jaar dagelijks of bijna dagelijks gerookt, 17% rookte (een paar keer) per week; 12% rookte (een paar keer) per maand, 20% rookte een (paar) keer per jaar.
- Op een uitgaansdag wordt meer gerookt (gemiddeld 12 sigaretten) dan op een dag dan men niet uitgaat (gemiddeld 8 sigaretten).
- Drie kwart (76%) van de deelnemers had ervaring met het roken van een waterpijp, een derde rookte in het afgelopen jaar nog waterpijp en 7% in de afgelopen maand. Bijna de helft van de waterpijproker (45%) rookte één keer, 42% rookte enkele keren en 13% rookte maandelijks of vaker waterpijp.
- Ongeveer een kwart (24%) had ooit wel eens een e-sigaret gebruikt; een op de tien (11%) in het afgelopen jaar en 4% in de afgelopen maand.

De Amsterdamse Antenne-monitor peilt (bijna) jaarlijks het rookgedrag onder verschillende groepen uitgaande jongeren en jongvolwassenen.

- Onder jongeren en jongvolwassenen die mainstream-, hippe-, studenten-, en gay cafés bezoeken in Amsterdam had in 2014 60% in de afgelopen maand gerookt (Benschop et al., 2015). De peiling in 2015 liet nog hogere percentages zien onder coffeeshopbezoekers (Nabben et al., 2016). Van deze coffeeshopbezoekers rookte 74% wel eens tabak en van deze groep rookte 60% dagelijks. De e-sigaret werd door 9% van de coffeeshopbezoekers in de afgelopen maand en door 27% in het afgelopen jaar gebruikt.

- In 2014 werd in veel panelnetwerken gesignaleerd dat de populariteit van de e-sigaret over het hoogtepunt heen is, omdat de e-sigaret net zo ongezond wordt gevonden als gewoon roken en geen goed imago heeft (Benschop et al., 2015). Ook het shisha-roken blijkt minder populair te zijn geworden, maar komt nog het meeste voor in de urban netwerken.
- De panelleden uit de Antenne 2016 constateren een opvallende teruggang van het tabaksgebruik in het Amsterdamse uitgaansleven. Het lijkt er volgens de panelleden op of alleen de toeristen e-sigaretten gebruiken (Nabben et al., 2017).

Uit een Haags onderzoek naar het uitgaansgedrag van jongeren tot en met 35 jaar blijkt dat de uitgaande jongeren ongeveer twee zo vaak roken dan de algemene bevolking in dezelfde leeftijdsgroep.

- Drie kwart (75%) van de stappers had in het afgelopen jaar gerookt en 65% in de afgelopen maand. Ruim een derde (35%) rookte dagelijks (Van Dijk en Reinierie, 2015).

### Probleemgroepen

Recente studies ontbreken over roken onder probleemgroepen. Oudere studies laten echter zien dat er onder hangjongeren, jongeren in justitiële jeugdinstellingen en in de jeugdzorg, zwerfjongeren en spijbelaars relatief veel (dagelijkse) rokers zijn (zie ook Kepper et al., 2009b, 2013; en NDM Jaarbericht 2016). In Antenne 2012 is het tabaksgebruik van jongeren in de Amsterdamse jeugdzorg (niet alleen residentieel) onderzocht (Benschop et al., 2013).

- Onder 1617 jarige jongeren in de Amsterdamse jeugdzorg heeft 46% de afgelopen maand gerookt. Dat is meer dan onder 1617 jarige scholieren in Amsterdam (37%), maar het verschil is niet significant.
- Bij de 1415 jarigen scoort de jeugdzorg veel hoger: 55% van de jongeren in de jeugdzorg heeft ooit gerookt, vergeleken met 26% van de scholieren. Bij de actuele gebruikers is het verschil nog groter (respectievelijk 34% en 11%).
- In 2011 heeft het Coda-G4 onderzoek het gebruik van tabak onderzocht onder dakloze jongeren in de vier grote steden (Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht). Het ging om dakloze jongeren van 18 tot 23 jaar met een gemiddelde leeftijd van 20 jaar (Van Straaten et al., 2012). Bijna 80% van de dakloze jongeren bleek te roken. Ter vergelijking: in de algemene bevolking rookte in deze leeftijdsgroep in dezelfde periode 31% van de jongeren (Van Laar et al., 2012).



## 12.4 Gebruik: internationale vergelijking

### Algemene bevolking

In opdracht van de Europese Commissie heeft TNS Opinion & Social in 2017 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 458 (n=27.901). In de bevolking van 15 jaar en ouder werd gekeken naar het percentage dat rookt ('I currently smoke'), het percentage dat gestopt is met roken en het percentage dat nooit gerookt heeft (tabel 12.4). (European Commission, 2017). In 2006, 2009, 2012 en 2014 zijn soortgelijke surveys uitgevoerd. Voordeel van deze peiling is de vergelijkbaarheid van onderzoeksmethode tussen de meetjaren en landen. Per land wordt echter een klein aantal (ongeveer 1.000 personen) ondervraagd. Deze kleine aantallen leiden tot onzuiverder schattingen. Ook zijn er vaak verschillen in de methode van dataverzameling tussen nationale surveys en de Eurobarometer (Bogdanovica et al., 2010).

- Van de EU-15 scoort Griekenland het hoogst met 37% huidige rokers. Zweden scoort het laagst met 7% rokers. Nederland bevindt zich met 19% rokers in de groep landen met de minste rokers.

- Tussen 2014 en 2017 daalde het percentage rokers in negen van de EU-15 landen. De daling was het grootst in België (-6%), het Verenigd Koninkrijk (-5%), Nederland (-5%) en Denemarken (-4%). In Frankrijk (+4%), Italië (+3%), Oostenrijk (+2%), Portugal (+1%) en Finland (+1%) daarentegen steeg het aantal rokers.
- In de EU-15 ligt het percentage ex-rokers het hoogst in Zweden (41%), Denemarken (33%) en Nederland (32%). Ierland (63%), Italië (62%), Portugal (60%) en het Verenigd Koninkrijk (60%) hebben de hoogste percentages nooit-rokers.
- In de EU-28 is het gemiddelde ongewogen percentage rokers tussen 2006 en 2009 gedaald van 32% naar 29%. In 2012 bleef het percentage bijna hetzelfde, namelijk 28%. In 2014 is het percentage verder gedaald naar 26%. In 2017 bleef dat percentage gelijk op 26%.
- Van de Europese rokers die deelnamen aan de Eurobarometer rookt 90% dagelijks. Gemiddeld roken die dagelijkse rokers 14 sigaretten per dag, maar er zijn duidelijk verschillen tussen de landen.

In de Special Eurobarometer 458 is ook naar het gebruik van elektronische sigaretten gevraagd.

- In de EU-28 heeft gemiddeld 84% nog nooit een e-sigaret gebruikt. Nederland zit met 85% vlak bij dat gemiddelde.
- Van de Nederlanders is 2% een regelmatige damper. Tien procent heeft één of twee maal de e-sigaret gebruikt (European Commission, 2017).

**Tabel 12.4 Percentage rokers, ex-rokers en nooit-rokers van 15 jaar en ouder in de EU-15, geordend naar percentage rokers in 2017. Peiljaren 2009, 2012, 2014 en 2017**

Land	Rokers (%) <sup>1</sup>				Ex-rokers (%)				Nooit gerookt (%)			
	2009	2012	2014	2017	2009	2012	2014	2017	2009	2012	2014	2017
Griekenland	42	42	38	37	14	16	18	19	44	44	44	44
Frankrijk	33	28	32	36	26	24	22	22	41	48	46	42
Spanje	35	33	29	28	21	22	19	22	44	45	52	50
Oostenrijk	34	33	26	28	23	20	17	19	43	47	57	53
Portugal	23	23	25	26	13	15	12	14	64	62	63	60
Duitsland	25	26	27	25	26	26	22	21	44	45	52	52
Italië	26	24	21	24	16	13	16	14	57	62	63	62
Luxemburg	25	27	21	21	22	22	22	22	53	50	57	57
Finland	21	25	19	20	27	22	24	29	52	53	57	51
België	30	27	25	19	21	20	19	24	49	52	56	57
Denemarken	29	26	23	19	31	31	30	33	40	43	47	48
Ierland	31	29	21	19	20	19	19	18	49	52	59	63
Nederland	24	24	23	19	33	31	31	32	43	45	46	49
VK	28	27	22	17	25	26	19	22	47	47	59	60
Zweden	16	13	11	7	31	30	35	41	53	57	53	52

1. Percentage respondentent dat positief reageert op het item 'I currently smoke'. Bron: Special Eurobarometer 458, EC, TNS Opinion and Social.

## Jongeren

De European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD)-onderzoeken maken een lange termijn vergelijking mogelijk van het rookgedrag van vijftien- en zestienjarige scholieren in het middelbaar onderwijs in Europa. In 2003, 2007, 2011 en 2015 werden peilingen uitgevoerd onder 15- en 16-jarige scholieren van het middelbaar onderwijs (Hibell et al., 2004, 2009, 2012; Kraus et al., 2016). In 2015 deden 34 landen mee aan het onderzoek. Tabel 12.6 toont het percentage ooit-, laatste maand- en dagelijkse rokers in vijftien landen van de EU, Noorwegen en de Verenigde Staten. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD maar voerden wel vergelijkbaar onderzoek uit.

- Tussen 2003 en 2015 is in alle in tabel 12.5 genoemde Europese landen het percentage scholieren dat ooit heeft gerookt afgenomen. In sommige landen (Zweden, België, Noorwegen) was deze daling veel sterker dan in andere landen (Italië, Frankrijk, Polen).
- In 2015 telt van de vergeleken landen Italië (21%) de meeste en Noorwegen (2%) de minste dagelijkse rokers onder de 15-16-jarige scholieren van het middelbaar onderwijs (tabel 12.5).
- Nederland scoort op het Europese gemiddelde van 11% dagelijkse rokers. In 2011 was in Nederland nog 18% dagelijkse roker. De meeste landen zien, net als Nederland, een flinke daling in het aantal dagelijkse rokers tussen 2011 en 2015.
- Tussen 2011 en 2015 is het percentage scholieren dat wel eens gerookt heeft van gemiddeld 50% tot gemiddeld 40% afgenomen in de 13 Europese landen waarvan gegevens zijn gerapporteerd. Nederland zit op dat gemiddelde (39%). Gemiddeld genomen is, evenals in Nederland, een stagnering in de daling waarneembaar tussen 2007 en 2011.

**Tabel 12.5 Roken door leerlingen van 15 en 16 jaar in een aantal lidstaten van de EU, Noorwegen en de Verenigde Staten, geordend op ooit gerookt in 2015. Peiljaren 2003, 2007, 2011 en 2015**

Land	Ooit gerookt (%)				Roken in de afgelopen maand (%)				Dagelijks roken (%)			
	2003	2007	2011	2015	2003	2007	2011	2015	2003	2007	2011	2015
Italië	64	61	59	58	38	37	36	37	22	24	22	21
Frankrijk	68	60	63	55	33	30	38	26	23	17	23	16
Polen	67	56	56	55	31	21	29	25	21	11	16	13
Oostenrijk	80	75	-	53	49	45	-	28	36	31	-	18
Finland	70	60	60	47	38	30	34	22	25	20	20	11
Denemarken	64	-	51	39	30	-	24	19	19	-	15	9
Griekenland	50	45	45	39	28	22	21	19	19	14	13	11
Nederland	57	46	52	39	31	30	29	21	22	21	18	11
Portugal	62	52	43	37	28	19	29	19	21	8	15	9
Spanje	59	46	35	37	27	26	19	22	26	26	19	8
Zweden	60	51	48	33	23	21	21	13	11	10	12	6
België	61	47	47	31	32	23	26	15	22	14	14	9
Noorwegen	62	46	37	28	28	19	14	10	19	10	5	2
Duitsland	77	69	61	-	45	33	33	-	33	23	19	-
UK	58	52	47	-	29	22	23	-	19	14	13	-
USA	-	35	30	-	-	14	12	-	-	8	6	-
Gemiddeldel	64	51	50	40	33	27	25	21	23	17	16	11

Ongewogen gemiddelde in 34 Europese landen. Bron: ESPAD.





In tegenstelling tot verslaving aan andere middelen, wordt voor tabaksverslaving bijna geen beroep op de verslavingszorg gedaan. De meeste rokers stoppen op eigen kracht of met zelfhulpmaterialen. Daarnaast wordt voor hulpvragen onder meer een beroep gedaan op huisartsen, particuliere aanbieders van stopondersteuning en rookstoppoli's van ziekenhuizen.

- 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 beheert ook een kwaliteitsregister waarin geaccrediteerde stoppen met roken interventies en gekwalificeerde stoppen-met-roken begeleiders staan. Dit zijn professionals (zorgverleners) die speciaal zijn opgeleid en ervaring hebben om mensen intensief te begeleiden bij het stoppen met roken. Het Kwaliteitsregister maakt duidelijk welke professionals intensieve stoppen-met-rokeninterventies aanbieden waarvan bewezen is dat deze effectief zijn. Het aantal in het Kwaliteitsregister opgenomen hulpverleners lag in juli 2017 op 1905 en er zijn 15 interventies geaccrediteerd<sup>2</sup>.
- De Richtlijn Behandeling van Tabaksverslaving uit 2009, voor de behandeling van nicotineverslaving, is herzien en heet nu officieel: Richtlijn Behandeling van Tabaksverslaving en Stoppen met Roken. Op vier onderwerpen is de richtlijn geactualiseerd: gedragsmatige ondersteuning, farmacotherapeutische interventies, e-health ondersteuning en de elektronische sigaret (Trimbos-instituut en NHG, 2016).
- De belangrijkste nieuwe aanbevelingen uit de herziene Richtlijn zijn:
  - Alle zorgverleners zouden op zijn minst stoppen met roken advies op maat moeten geven aan patiënten met aan roken gerelateerde klachten en aandoeningen. Zorgverleners dienen het rookgedrag van een patiënt zo mogelijk systematisch vast te leggen in het dossier.
  - Onderzoek maakt aannemelijk dat het gebruik van motiverende gesprekstechnieken effectief is bij stoppen met roken. De gedragsmatige ondersteuning dient afgestemd te worden op het motivatiestadium van de patiënt.
  - Nicotinevervangende middelen (NVM's), zoals een pleister, kauwgom, inhalator en zuigtabletten, bupropion, nortryptiline en varenicline zijn bewezen effectief. Er is (nog) geen rangorde bij deze middelen aan te brengen. Vanwege het relatief gunstige bijwerkingsprofiel zijn de NVM's als eerste keuze aan te bevelen. De NVM's zijn het meest effectief als ze met begeleiding van een zorgprofessional worden gegeven.
  - Er wordt een zwak positieve aanbeveling gegeven voor mobiele telefooninterventies en internetinterventies die voor patiënten op maat gemaakt kunnen worden, interactief zijn en tekstberichten toevoegen.
  - Er is onvoldoende aanleiding om het gebruik van e-sigaretten actief aan te bevelen in de behandeling van tabaksverslaving.
- In 2007 werd de door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) ontwikkelde Stoppen met Roken standaard in de huisartsenpraktijk ingevoerd. In aanvulling hierop werd in 2017 de NHG-Zorgmodule Leefstijl Roken uitgebracht. De kernboodschap van deze zorgmodule is dat de huisartsenpraktijk bijna altijd patiënten die willen stoppen met roken kan begeleiden.

De verslavingszorg biedt soms (online) stopprogramma's aan, maar (nog) niet op grote schaal.

- In 2015 werden in de reguliere verslavingszorg 809 personen behandeld voor een nicotineverslaving als primair probleem. Dat is 1,25% van het totaal aantal personen dat in 2015 in de verslavingszorg werd behandeld (Wisselink et al., 2016). In 2014 ging het om 478 cliënten.

<sup>2</sup> [www.kwaliteitsregisterstopmetroken.nl/geaccrediteerde-activiteiten/interventies/](http://www.kwaliteitsregisterstopmetroken.nl/geaccrediteerde-activiteiten/interventies/)

- Als secundaire problematiek wordt bij 3.136 (in 2015) cliënten in de verslavingszorg een nicotineverslaving geregistreerd.
- Vanuit de verslavingszorg is er een initiatief gestart om behandellocaties rookvrij te krijgen<sup>3</sup>.
- In de herziene Richtlijn Detoxificatie van Psychoactieve Middelen, die in opdracht van Resultaten Scoren door het Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction (NISPA) is opgesteld, is voor het eerst ook een hoofdstuk aan tabak gewijd (Dijkstra et al., 2017). In deze richtlijn worden wetenschappelijk onderbouwde aanbevelingen gedaan met betrekking tot de detoxificatie van tabak over de onderwerpen screening en diagnostiek, monitoring, farmacologische behandeling en medicatie na detoxificatie.

### *Stoppogingen, stopondersteuning en hulpmiddelen*

- Uit de Gezondheidsenquête 2016 komt naar voren dat van de rokers van 18 jaar en ouder in de afgelopen 12 maanden 38,1% één of meer stoppogingen heeft ondernomen (Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2016).
- Van de stoppers heeft 85,4% het langer dan 24 uur volgehouden om niet te roken (een 'serieuze' stoppoging). Dit betekent dat 3,2,5% van alle rokers boven de 18 jaar in het afgelopen jaar minimaal één keer 24 uur of langer is gestopt met roken.
- Dit percentage is gelijk gebleven ten opzichte van 2014 (32,9%) en 2015 (32,1%).
- Het percentage rokers dat een serieuze stoppoging heeft gedaan verschilde niet naar geslacht, opleiding of leeftijd.
- Uit een Nederlandse studie blijkt dat patiënten die naast begeleiding ook medicijnen kregen voorgeschreven, vaker succesvol stopten met roken dan patiënten die enkel werden begeleid of een aanvulling met nicotinevervangende middelen kregen. Volgens de studie is begeleiding met medicijnen ook de voordeligste optie voor verzekeraars (Oostveen et al., 2014).
- In 2014, 2015 en 2016 is in Nederland de campagne Stoptober, 28 dagen niet roken! georganiseerd, een campagne die zich ten doel stelt om rokers te stimuleren om voor 28 dagen te stoppen met roken en daarvoor massale steun te organiseren. Van de vrijwillige deelnemers in 2016 rookte 98% dagelijks en 42% rookte meer dan 20 sigaretten per dag. In 2016 bleek dat 70% van de 53.303 deelnemers tijdens Stoptober 28 niet had gerookt. Na Stoptober 2016 is 23% van de deelnemers weer gaan roken, 77% was na twee maanden nog steeds gestopt en 99% geeft aan blijvend te willen stoppen. Van deelnemers kijkt 80% positief of zeer positief terug op Stoptober (Van Benthem en Kunst, 2016).
- Uit een Cochrane review van 53 studies met meer dan 25 duizend rokers blijkt dat een combinatie van gedragsondersteuning (30-300 minuten) en farmacotherapie (meestal nicotine vervangende medicatie) een bijna twee keer zo grote kans geeft om na 6 maanden nog steeds gestopt te zijn met roken dan standaardzorg, een kort advies of minder intensieve gedragsondersteuning (Stead et al., 2016).
- In afgelopen jaren is herhaaldelijk het rookgedrag onder zwangere vrouwen gepeild. In de Monitor Zwangerschap en Middelengebruik 2016 is het middelengebruik voor, tijdens en na de zwangerschap beschreven. Aan dit onderzoek deden 1858 Nederlandse moeders mee die het consultatiebureau bezochten met een kind van 0-4 jaar (Tuithof et al., 2017; zie paragraaf 12.2 voor de prevalentiegegevens over roken onder zwangeren).
  - In de vier weken voor de zwangerschap rookte 17% van de moeders. Van deze moeders hebben negen op de tien tijdens de zwangerschap een stoppoging ondernomen. Vier van de vijf 'stoppers' zijn direct of gedurende de loop van de zwangerschap gestopt met roken en hebben dit tot het eind van de zwangerschap volgehouden.
  - Slechts 1 op de 10 rokende moeders heeft een hulpmiddel of stopmethode gebruikt bij de stoppoging.

<sup>3</sup> [www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/verslavingsarts-robort-van-de-graaf-ik-wil-instellingen-rookvrij-maken.html](http://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/verslavingsarts-robort-van-de-graaf-ik-wil-instellingen-rookvrij-maken.html)

### *Het bespreken van (stoppen met) roken door Nederlandse zorgverleners*

Op basis van het in 2014 voor het laatst gehouden Continu Onderzoek Rookgewoonten wordt geconcludeerd dat er nog ruimte is voor verbetering van de rol van zorgverleners bij het stoppen met roken (Kleinjan et al., 2016). Dat komt ook naar voren uit de meest recente cijfers van de LSM-A (Springvloet en Van Laar, 2016). Van de rokers van 18 jaar en ouder die in 2016 aangaven minimaal één zorgverlener te hebben bezocht in de afgelopen 12 maanden, ontving 33,1% een stopadvies.

- Bijna drie kwart (72,2%) van alle rokers kwam in 2016 bij de huisarts, maar slechts met een kwart (23,8%) tot een derde van deze rokers werd (stoppen met) roken besproken.
- De verloskundige gaf aan ruim de helft (57,1%) van de zwangere rokers. Het absolute aantal respondenten was echter laag (in totaal hebben 81 rokers de verloskundige gecontacteerd).
- Medisch specialisten werden bezocht door 43,4% van de rokers, waarvan 22,4% een stopadvies ontving.
- Van de rokers die in de afgelopen 12 maanden een tandarts hebben bezocht (73,7%), ontving 18,0% een stopadvies.

### *Het gebruik van ontwenningmiddelen is in 2016 toegenomen*

- De markt van de nicotinevervangers – pleisters, kauwgum en tabletten – nam in het kalenderjaar 2016 met meer dan 10% toe ten opzichte van 2015 en kwam uit op ongeveer 20,5 miljoen euro. De verkoop van zowel kauwgum, pleisters, tabletten als de overige nicotinevervangers ging omhoog (IMS Health, 2017).
- De meest gebruikte stoppen-met-roken medicijnen zijn bupropion (Zyban) en varenicline. Van bupropion zijn twee verschillende geneesmiddelen geregistreerd, ieder met een aparte indicatie: Zyban en Wellbutrin. Alleen Zyban is geregistreerd voor gebruik bij stoppen met roken en wordt niet vergoed uit het basispakket, terwijl Wellbutrin geregistreerd is als antidepressivum en wel wordt vergoed uit het basispakket. Volgens de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) is het gebruik van beide middelen na 2011 flink afgenomen, al was er het afgelopen jaar een lichte stijging (tabel 12.6). Het hoge aantal in 2011 kan worden verklaard uit het feit dat in 2011 het gebruik van deze middelen voor het eerst werd vergoed door zorgverzekeraars als de gebruiker ervan deelnam aan een erkend integraal stoppen-met-roken-programma. In 2012 bestond die vergoeding niet, maar vanaf 2013 weer wel.

**Tabel 12.6 Gebruik van varenicline en buprion (Zyban) van 2010-2016**

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Varenicline	50.000	112.000	47.000	56.000	40.000	37.000	43.000
Bupropion (ZYBAN)	13.500	17.500	7.000	7.000	5.000	4.200	4.300

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Deze cijfers zijn exclusief de recepten die via de online apotheek 'De Nationale Apotheek' worden geleverd. Die dalingen zouden te maken kunnen hebben met een toename van verstrekkingen door de Nationale Apotheek.



### Ziekte

Blootstelling aan tabaksrook heeft onder andere invloed op het ontstaan van kanker, longziekten en hart- en vaatziekten.

- Volgens de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014 is roken nog steeds de belangrijkste oorzaak van ziekte en sterfte in Nederland: 13,1% van de totale ziektelast komt door roken (RIVM, 2014).
- Van de vele vermijdbare risico's die invloed hebben op de gezondheid, heeft roken de meeste doden tot gevolg (Danaei et al., 2009).
- Roken is de belangrijkste oorzaak voor longkanker, COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease), slokdarmkanker, strottenhoofdkanker en mondholtekanker. In 2014 kon 90% van de sterfte door longkanker bij mannen en 78% van de sterfte door longkanker bij vrouwen worden toegewezen aan roken (tabel 12.7).
- Roken is ook geassocieerd met veel andere aandoeningen, waaronder ademhalings- en luchtwegproblemen, aandoeningen aan hart- en vaatstelsel, suikerziekte en ongunstig beloop van chronische ziekten.
- Er is ook een associatie tussen roken en enkele psychische stoornissen (depressie, schizofrenie en angststoornissen). Uit een systematische review uit 2016 kwam naar voren dat er verbanden bestaan tussen roken enerzijds en depressie en angst anderzijds, maar dat over de causaliteit nog geen duidelijke uitspraken gedaan kunnen worden (Fluharty et al., 2016).

### *Roken en zwangerschap*

Roken tijdens de zwangerschap is geassocieerd met verminderde foetale groei en verhoogt het risico op een laag geboortegewicht, vroeggeboorte, aangeboren afwijkingen en sterfte rond de geboorte.

- De kans dat het kind van een rokende zwangere met een laag geboortegewicht wordt geboren, is bijna drie keer zo hoog in vergelijking met niet-rooksters. Voor vroeggeboorte is dit relatieve risico bijna twee keer zo hoog.
- Op lange termijn is roken geassocieerd met onder andere een verhoogde kans op astma, overgewicht en een verminderde vruchtbaarheid van het kind zelf.
- In een Nederlandse studie werd geconcludeerd dat beleidsmaatregelen, zoals de verplichte rookvrije werkplek en horeca, accijnsverhogingen en mediacampagnes, wel hebben bijgedragen aan minder te kleine baby's, maar niet aan het aantal vroeggeboortes of de perinatale sterfte (Peelen et al., 2016).
- In 2014 overleden naar schatting 60 baby's doordat de moeder gedurende de gehele zwangerschap dagelijks rookte (Hopman en Croes, 2017).

### *Meeroken en derdehands rook*

Omgevingstabaksrook is een mengsel van rook afkomstig van het smeulen van tabak, rook die wordt uitgeblazen door rokers en rook die direct door het omhulsel van de sigaret trekt (Ter Weijde et al., 2015). Meeroken (tweedehands rook) kan diverse ziekten veroorzaken. Met derdehands rook worden de stoffen aangeduid die tijdens het roken neerdalen in de omgeving en achterblijven nadat de roker 'klaar' is met roken (Bommelé en Van Laar, 2017).

Uit de Gezondheidsenquête kwam naar voren dat in 2016 23,3% van alle respondenten (rokers én niet-rokers) elke dag aan tabaksrook van anderen werd blootgesteld (Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017)

- 'Meeroken' is het inademen van tabaksrook uit de omgeving door niet-rokers, ook wel 'passief roken' genoemd. Omgevingstabaksrook is een mengsel van vele verschillende stoffen, waarvan er honderden schadelijk zijn voor de gezondheid (Ter Weijde et al., 2015).
- Mensen die zelf niet roken, maar regelmatig meeroken met een rokende partner of anderszins, hebben een verhoogde kans op longkanker, hart- en vaatziekten, hersenbloedingen en luchtwegklachten (Gezondheidsraad, 2003; CDC, 2014; USDHHS, 2014; Peters, 2007; Leung et al 2016). Meeroken is ook een risicofactor voor het ontwikkelen van dementie (Chen et al., 2013).
- De kans op een acuut hartinfarct neemt met 15% toe door meer dan één uur per week passief mee te roken (Teo et al., 2006). Uit internationaal onderzoek blijkt 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 17% is afgenomen (Meyers et al., 2009; Lightwood en Glantz, 2009).
- Meeroken kan ook ernstige gezondheidsproblemen bij kinderen veroorzaken. Kinderen die meeroken hebben meer kans op wiegendood, luchtwegklachten en verminderde longfunctie, astma en andere lage luchtwegziekten en oorontsteking (Ter Weijde et al., 2015).
- Een grootschalige meta-analyse heeft de relatie aangetoond tussen het instellen van rookverboden en een vermindering van vroeggeboortes én ernstige astmaklachten (Been et al., 2014). Uit een recente overzichtsstudie blijkt dat wereldwijd na de invoering van antirookwetgeving een daling van 4% in het aantal te vroeg geboren baby's, van ziekenhuisopnames voor astma aanvallen (10%), van infecties van het ademhalingsstelsel (3%) en van ziekenhuisopnames voor lage luchtweginfecties (18%) werd gemeten (Faber et al, 2017).
- In een groot Zweeds onderzoek werd aangetoond dat niet-rokende personen die zowel thuis als op het werk aan regelmatig meeroken zijn blootgesteld, drie keer meer kans hebben om COPD te ontwikkelen dan niet-rokende personen die niet hadden meegerookt (Hagstad et al., 2014).
- Een kwart van de gebruikers van e-sigaretten zijn op dit product overgestapt om omstanders te ontzien (meeroken). Toch worden ook bij het gebruik van e-sigaretten schadelijke stoffen uitgedemd, zoals propyleenglycol, nicotine en nitrosamines. De hoeveelheid die wordt uitgedemd is sterk afhankelijk van de samenstelling van de gebruikte vloeistof, de intensiteit van het dampen (frequentie en inhalatie), en de ventilatie en afmetingen van de ruimte waarin wordt gedampd. Dit bepaalt ook in hoeverre gezondheidsrisico's kunnen optreden (Visser et al., 2016).
- Kinderen en baby's lopen een groter risico om derdehands rook binnen te krijgen dan volwassenen. De precieze gezondheidsschade door derdehands rook is nog niet bekend. Onderzoekers schatten dat 5 tot 60% van de gezondheidsschade die wordt toegeschreven aan meeroken, in werkelijkheid wordt veroorzaakt door derdehands rook. Ook als iemand alleen maar buiten rookt, kan er toch derdehands rook mee het huis in komen (Bommelé & Van Laar, 2017).

## Sterfte

Roken is in Nederland de belangrijkste oorzaak van voortijdige sterfte.

- In 2015 overleden in Nederland naar schatting 19.244 mensen van twintig jaar en ouder aan de directe gevolgen van roken (voorlopig cijfer) (zie tabel 12.7). Dit betekent dat in Nederland 13,9% van alle sterfgevallen van 20 jaar of ouder aan roken kan worden toegeschreven. Wereldwijd is 11,5% van alle doden het gevolg van roken (GBD 2015 Tobacco Collaborators, 2017).
- Uit een recente Nederlandse cohortstudie bleek dat levenslange zware rokers een kans van 23% hebben om vóór hun 65ste jaar te overlijden, tegenover 7% van de niet-rokers. De zware rokers verliezen naar schatting 13 levensjaren, matige rokers 9 en lichte rokers 5 jaren (Reep-Van den Bergh, 2017).
- De werkelijke sterfte die gerelateerd is aan roken ligt hoger, omdat het effect van meeroken nog niet is verdisconteerd. Volgens een wat oudere schatting bedraagt de jaarlijkse sterfte door meeroken enkele duizenden gevallen door hartaandoeningen, enkele honderden gevallen door longkanker en een tiental gevallen van wiegendood (Hofhuis en Merkus, 2005).

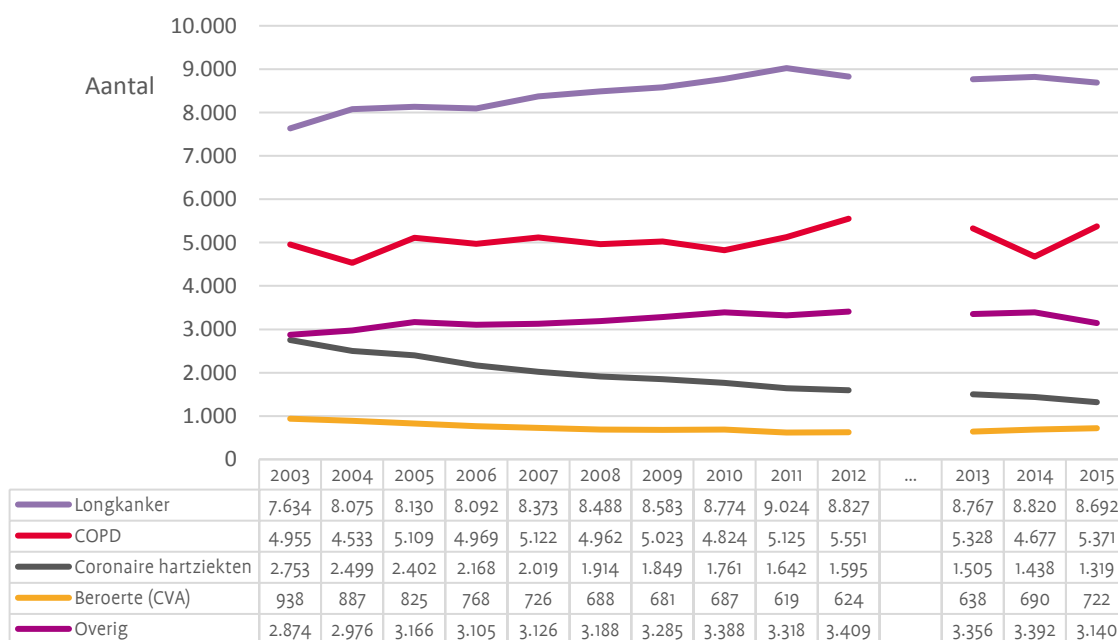
- Wereldwijd is naar schatting één op de honderd sterfgevallen het gevolg van meeroken. Jaarlijks sterven er in totaal naar schatting 600 duizend niet-rokers aan de gevolgen van meeroken (Öberg et al., 2010; WHO, 2013). De sterfte ontstaat vooral door hartziekten, luchtweginfecties, astma en longkanker.
- Door een forse daling van het aantal rokers onder mannen in de periode 1960-1990 is het aantal nieuwe gevallen van longkanker onder mannen vanaf het midden van de jaren tachtig gedaald. Deze daling bij mannen heeft zich in de periode 1990-2015 voortgezet. Bij vrouwen stijgt het aantal nieuwe gevallen van longkanker al sinds 1960. Deze stijging heeft zich in de periode 1990-2014 voortgezet, hoewel deze stijging sinds 2008 is afgezwakt. Vrouwen zijn in tegenstelling tot mannen vanaf de jaren zestig meer gaan roken. Vanaf de jaren tachtig gingen vrouwen geleidelijk minder roken. In absolute getallen is het aantal vrouwen dat jaarlijks longkanker krijgt nog steeds kleiner dan het aantal mannen dat jaarlijks longkanker krijgt. De sterfte aan coronaire hartziekten (vanwege afwijkingen in de kransslagaders) door roken daalt bij mannen en vrouwen (zie figuur 12.7).

**Tabel 12.7 Sterfgevallen onder mannen en vrouwen van 20 jaar en ouder, die toe te wijzen zijn aan roken, uitgaande van dertien 'aan roken gerelateerde aandoeningen' Peiljaar 2015**

Aandoening	Rook-gerelateerde sterfte			% toewijsbaar aan roken		
	Mannen	Vrouwen	Totaal	Mannen	Vrouwen	Totaal
longkanker	5494	3198	8692	89%	75%	83%
COPD	3089	2282	5371	85%	69%	77%
CHZ	981	338	1319	18%	9%	15%
slokdarmkanker	738	201	939	55%	43%	52%
beroerte	415	307	722	13%	7%	9%
hartfalen	392	238	630	10%	4%	7%
alveesklierkanker	249	173	421	18%	13%	16%
blaaskanker	255	75	330	30%	22%	28%
mondholtekanker	129	66	195	64%	48%	58%
nierkanker	119	52	171	20%	14%	17%
strottenhoofdkanker	133	36	170	85%	79%	84%
diabetes	96	64	160	7%	4%	6%
maagkanker	88	35	123	11%	8%	10%
<b>Totaal (13 oorzaken)</b>	<b>12179</b>	<b>7065</b>	<b>19244</b>	<b>42%</b>	<b>27%</b>	<b>35%</b>
Totale sterfte	71029	76105	147134	17.1%	9.3%	13.1%

Percentages geven het aandeel van roken aan de sterfte weer. Op basis van CBS Doodsoorzakenstatistiek en de PAR's voor de verschillende ziektes door het RIVM voor het jaar 2015 berekend.. Bron: RIVM

**Figuur 12.7 Sterfte door roken voor enkele aandoeningen onder mensen van 20 jaar en ouder, vanaf 2005, voor 2015**



Aantal sterfgevallen door roken. Overige aandoeningen zijn onder meer mondholttekanker, strottehoofdtekanker, slokdarmkanker en hartfalen. Voor de gebruikte methode zie <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/roken/cijfers-context/oorzaken-en-gevolgen#methode--node-sterfte-door-roken>. De cijfers voor 2015 zijn op basis van CBS Doodsoorzakenstatistiek 2015 en de PAR's voor de verschillende ziektes door het RIVM voor het jaar 2015 berekend. Bron: RIVM, CBS.

- Uit Britse, Amerikaanse en Japanse grootschalige bevolkingsonderzoeken komt naar voren dat rokers gemiddeld ongeveer tien jaar eerder sterven dan niet-rokers. Het gaat hierbij om jarenlang, onafgebroken roken. Stoppen met roken zorgt voor een geleidelijk herstel in de levensverwachting (USDHHS, 2014; Doll et al., 2004; Jha et al., 2013; Sakata et al., 2012). Soortgelijke onderzoeken zijn er niet voor Nederland.
- In een grootschalige Australische cohortstudie werd bevestigd dat rokers gemiddeld 10 jaar eerder stierven dan niet-rokers. Bij twee derde deel van de rokers die overleden waren kon de doodsoorzaak aan roken worden toegeschreven (Banks et al., 2015).



## 12.7 Aanbod en markt

### Verkrijgbaarheid van tabak

Rookwaren worden verkocht via verschillende kanalen, zoals “tabaks- en gemakszaken”, supermarkten, pompshops en via de horeca. Het marktaandeel van deze verkoopkanalen verschilt voor sigaretten, sigaren en shag en pijptabak (tabel 12.8). In tabel 2.8 staan gegevens vanuit de aanbodkant.

**Tabel 12.8 Marktaandeel in percentages van verschillende verkoopkanalen in de verkoop van sigaretten, sigaren/pijptabak en shag. Peiljaar 2015**

Verkoopkanaal	Sigaretten (%)	Sigaren/Pijptabak (%)	Shag(%)
Supermarkt	48	14	56
Tankstation	23	9	11
Tabakwinkel + Kantoorboekhandel <sup>1</sup> .	20	64	30
Horeca + overig	9	13	3
Totaal	100	100	100

I. Tabak- en gemakzaken + Boekhandel en kantoorboekhandel  
Bron: CBS Budgetonderzoek

- Sigaretten (48%) en shag (56%) worden het meest verkocht via de supermarkten. Sigaren en pijptabak worden voor het grootste deel in tabak- en gemakzaken en de kantoorboekhandels (64%) aangeschaft. De helft van de totale omzet wordt in de supermarkten gemaakt. In de Nederlandse horeca zijn ongeveer 15 duizend sigarettenautomaten (Gerritsen et al., 2014).
- Volgens een schatting in 2014 vindt ruim 95% van de verkoop van tabak plaats bij ruim 23 duizend verkooppunten, in te delen in vier typen verkoopkanalen zoals genoemd in tabel 12.8: supermarkten, bemande tankstations, tabak- en gemakzaken en de horeca (automaten). Daarnaast zijn er nog andere verkooppunten (Gerritsen et al., 2014).
- In 2015 is door de Nederlandse huishoudens € 2.982 miljoen aan sigaretten, € 1.174 miljoen aan shag en € 190 miljoen aan sigaren, pijptabak e.d. besteed (detailhandel.info; Panteia).
- In de Leefstijlmonitor van het CBS is gevraagd waar de respondenten (consumenten) hun tabakswaren kopen. Dit is dus vanuit de vraagkant. Men mocht maximaal 3 locaties aankruisen. Rokers kopen hun rookwaar meestal (ook) in de supermarkt (72,2%), gevolgd door tankstations (38,3%) en tabakspeciaalzaken (31,3%). Rookwaar wordt het minst vaak gekocht via Internet (0,3%) (Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut 2016).

### *Controle en handhaving van de leeftijdsgrens voor de verkoop van tabaksproducten*

Sinds 1 januari 2014 is het verboden tabaksproducten te verkopen aan jongeren onder de 18 jaar. Uit verschillende onderzoeken komt naar voren dat de naleving van het verbod van de verkoop van tabaksproducten aan minderjarigen is toegenomen maar nog voor verbetering vatbaar is.

In 2015 en 2016 heeft NVWA leeftijdsgrenscontroles uitgevoerd bij diverse typen bedrijven, zoals supermarkten, tankstations, tabaksspeciaalzaken, horecabedrijven en evenementen. Bij overtreding van de Tabaks- en rookwarenwet is de NVWA bevoegd een interventie te doen, een maatregel op te leggen. Bij ernstige overtredingen wordt direct een Rapport van Bevindingen (RvB) of een Proces-verbaal (PV) opgemaakt. Geringe overtredingen worden afgehandeld met een Schriftelijke Waarschuwing (SW). De NVWA kan bij overtredingen ook een waarschuwing geven (NVWA, 2016b).

- In 2015 zijn er 3.305 daadwerkelijke leeftijdscontroles (observaties) uitgevoerd. In 2016 heeft de NVWA 4316 van dat soort leeftijdscontroles uitgevoerd (NVWA, 2016; NVWA, 2017).
- In 2015 werd bij 37% van die inspecties een kooppoging van tabak waargenomen van een jongere die niet onmiskenbaar de leeftijd van 18 jaar had bereikt. In gemiddeld 20% van deze kooppogingen werd een maatregel opgelegd aan de verkoper. Dat was bijna even hoog als in 2014 (22%). In 2016 werden minder kooppogingen waargenomen, namelijk bij 23% van de inspecties. Bij 18% van de kooppogingen in 2016 werd een maatregel opgelegd (T.K. 32011-49; T.K. 32011-57).



- Van de verschillende verkoopkanalen wordt in de horeca het vaakst de leeftijdsgrens overtreden. Bij de horeca werd in 2015 bij 38% van de koopopgingen een maatregel opgelegd (vooral bij cafetaria's). In 2016 was dat eveneens bij 38% van de controles in de horeca. In 2015 werden er 61 maatregelen de bij horecabedrijven opgelegd en betrof het 26 maal een verkoop aan iemand jonger dan 18 jaar via een tabaksautomaat. In 2016 werd 59 maal een maatregel in de horeca opgelegd. Van de in totaal 176 opgemaakte maatregelen betrof het in 12,5% een verkoop via een tabaksautomaat. Het grootste deel van de inspecties in de horeca is uitgevoerd bij cafetaria's (NVWA, 2016; NVWA, 2017).

In 2015 en 2016 werden bij landelijke onderzoeken aankoopopgingen voor tabak door 17-jarigen met behulp van de mysteryshop methode gedaan. De naleving blijkt verbeterd.

- In 2015 was de totale naleving van de verkoop van tabak 27,4%. In 2016 was dit gestegen tot 43,1%. Bij de tankstations was de stijging in naleving het grootst (Schelleman-Offermans en Roodbeen, 2015; Roodbeen en Schelleman- Offermans, 2016).
- Gebruik in supermarkten van leeftijdsverificatiesystemen (LVS), die uitrekenen en bevestigen of een klant een legale koopleeftijd (voor tabak) heeft bereikt, vergroten de kans op het correct naleven van de leeftijdsgrens bij tabaksaankopen van 17-jarigen. Caissières die naar legitimatie vragen en gebruik maken van een LVS leven de wet 12 tot 13 keer vaker na dan caissières die geen LVS gebruiken (Roodbeen et al., 2016).

Minderjarige jongeren kopen steeds minder vaak tabaksproducten.

- Onderzoek laat zien dat in 2015 een klein deel (4%) van de 14/15-jarigen wel eens tabaksproducten koopt (Bieleman en Kruize, 2015; zie ook § 12.3). In 2016 was dat gedaald tot 2% (Kruize & Bieleman, 2016).
- In 2015 lag dat bij de 16/17-jarigen hoger (14%), maar was dat tot 9% gedaald in 2016. Omdat bleek dat deze jongeren hun tabaksproducten met name in horecagelegenheden (55%) kopen, werd voor de meting van 2016 deze categorie opgesplitst in cafetaria's en uitgaansgelegenheden. In 2016 bleek dat 16/17-jarigen tabaksproducten met name in cafetaria's kopen (57%). Voor de overige gelegenheden liggen deze percentages lager (Intraval/Nuchter, 2015; Kruize et al., 2017).
- In onderzoeken uit 2015 en 2017 zijn schattingen gemaakt van het aantal geslaagde koopopgingen door de kleine groep 16-17-jarigen, die pogingen doen om tabak te kopen. In 2015 ging het om in totaal meer dan 2,5 miljoen geslaagde koopopgingen. In 2016 was dat gedaald naar ongeveer 1 miljoen geslaagde koopopgingen. De grootste relatieve daling in het geschatte aantal koopopgingen door 16/17-jarigen was te zien bij supermarkten en tankstations (zie tabel 12.9).
- Het merendeel van de rokende jongeren van 16/17 jaar (69%) maakt voor de verwerving van tabaksproducten uitsluitend gebruik van sociale bronnen, met name vrienden (Kruize et al., 2017).
- Volgens de onderzoekers is de meeste gezondheidswinst te behalen door meer (gerichte) handhaving in te zetten bij de verkoopkanalen cafetaria's en uitgaansgelegenheden (Kruize et al., 2017).

**Tabel 12.9 Schattingen van geslaagde koopogingen van tabak door 16-17-jarigen. Afgeronde aantallen en percentages. Peiljaren 2015 en 2016**

	Gemiddeld aantal koopogingen per jongere per jaar		Slaagkans in %		Gemiddeld aantal geslaagde koopogingen per jongere per jaar		Geschatte aantal geslaagde aankoopogingen door 16/17-jarigen in NL <sup>II</sup>		Rangorde	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Horecagelegenheden <sup>I</sup>	18	nvt	84	nvt	15	nvt	842.550	nvt	1	nvt
Cafeteria's	nvt	14	nvt	70	nvt	10	nvt	352.608	nvt	1
Uitgaansgelegenheden	nvt	9	nvt	77	nvt	7	nvt	246.091	nvt	2
Tankstations	18	12	82	47*	14	6	808.848	202.015	2	3
Tabakswinkels	16	11	64	43*	10	5	578.551	172.631	3	4
Supermarkten	15	7*	42	28*	6	2	353.871	77.133	4	5
Totaal							2.583.820	1.050.478		

I. In 2016 zijn de Horecagelegenheden uitgesplitst in Cafeteria's en Uitgaansgelegenheden. In deze categorieën zijn de uitkomsten niet vergelijkbaar tussen 2015 (1e meting) en 2016 (2e meting).

\*Significant verschil tussen 1e en 2e meting,  $p < 0,05$

II. Eerste meting: 14% van N=401.214 (totaal aantal 16/17 jarigen in NL in 2015) =56.170; tweede meting: 9% van N=408.105 (totaal aantal 16/17 jarigen in NL in 2016) = 36.730.

N.B. Totaal aantal 16/17-jarigen gebaseerd op gegevens van CBS ( juli 2015 en juli 2016). 14% slaagkans gebaseerd op onderzoek van Bieleman en Kruize, 2015. Voorbeeld berekening: tankstations: 14,4 (=gemiddeld aantal geslaagde koopogingen per koper) x 56.170 = 808.848. Bronnen: Intraval/Nuchter, 2015; Kruize et al., 2017

### Controle en handhaving van het rookverbod in de horeca

Per 1 juli 2008 werd er binnen de horeca het rookverbod ingevoerd. Van juli 2011 tot januari 2015 was 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; cafeteria's en snackbars; sportkantines; kunst en cultuur (theaters, bioscopen en musea); hotel en recreatie. De naleving van het rookverbod in de horeca wordt sinds 2009 elk najaar geïnventariseerd. In 25 gemeenten worden ruim 600 aselekt gekozen horecagelegenheden geobserveerd. Vanaf 2016 wordt dit onderzoek alleen nog uitgevoerd in de subcategorieën discotheken, eetcafés, cafés.

- In het najaar van 2015 werd in 98% van alle horecagelegenheden niemand rokend aangetroffen (exclusief de rookruimtes). Dit is een stijging van 3% sinds het najaar van 2014 (tabel 12.10), die voornamelijk komt door een afname van het aantal rokers in cafés en discotheken (T.K. 32011-49).
- Daar staat tegenover dat het aantal cafés en discotheken dat speciale rookruimtes heeft ingericht van 19% in 2014 naar 25% in 2015 is toegenomen. Bij de andere horeca- categorieën zijn er geen of weinig rookruimtes.

**Tabel 12.10 Afwezigheid rokers (%) per horecategorie, najaar 2009 najaar 2015**

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	100	97	99	95	91
2012	61	99	100	99	99	97	93
2013	71	99	99	98	100	96	94
2014	74	98	97	97	100	100	95
2015	93	98	100	99	100	99	98

Percentage horecagelegenheden zonder rokers. 1. Inclusief rookcafés; exclusief rookruimtes. Bron: IntraVal/NVWA.

Omdat eigenlijk alleen in de hoofdcategorie cafés en discotheken de naleving van het rookverbod nog onvoldoende is, wordt vanaf 2016 de naleving van het rookverbod alleen nog uitgevoerd in de subcategorieën discotheken, eetcafés, cafés die tot 2015 niet onder de uitzondering vielen en cafés die wel onder de uitzondering vielen (zie tabel 12.11) (IntraVal/NVWA, 2017).

**Tabel 12.11 Afwezigheid rokers (%) per subcategorie discotheken, eetcafés en cafés wel/niet uitzondering, voorjaar 2011- najaar 2016**

	Discotheek	Eetcafé	Café niet onder uitzondering	Café onder uitzondering
Voorjaar 2011	60	90	50	27
Voorjaar 2012	66	84	51	20
Voorjaar 2013	64	89	65	36
Voorjaar 2014	82	97	77	41
Voorjaar 2015	95	98	96	88
Najaar 2015	95	99	94	81
Najaar 2016	88	98	94	88

Bron: IntraVal/NVWA, 2017

- Uit tabel 12.11 blijkt dat bij alle vier de subcategorieën er een significante stijging in de afwezigheid van rokers was tussen de voorjaarsmeting 2011 en de najaarsmeting 2016.
- In discotheken (88%) en cafés (94% en 88%) is de naleving van het rookverbod nog niet optimaal.
- De aanwezigheid van rookruimtes steeg met name bij de cafés die niet onder de uitzondering vielen (tot 40%) en bij de cafés die wel onder de uitzondering vielen (tot 30%).

In de horeca met een café of discotheekfunctie (vallend onder de 'risicogerichte controles horeca') deelt de NVWA nog redelijk vaak boetes uit, terwijl in de bereidende horeca het rookverbod bijna nooit wordt overtreden.

- Inspecties uitgevoerd naar de naleving van het rookverbod in de horeca laten zien dat in 2016, net als in 2014 en 2015, bij een kwart van de inspecties in de "natte horeca" een maatregel opgelegd moest worden (T.K. 32011-57).

- Sinds het Besluit uitvoering rookvrije werkplek, horeca en andere ruimten (2008) van kracht is, zijn alle horecagelegenheden verplicht een zichtbare aanduiding van het rookverbod te hebben voor de ruimtes waarvoor dit geldt. Onderzoek laat zien dat dit in de meerderheid van de gelegenheden nog niet het geval is.
- Tussen het najaar van 2009 en het najaar van 2015 is er sprake van een daling in het percentage horecagelegenheden met verplichte aanduiding van het rookverbod van 57% naar 28%. De daling in het najaar van 2015 ten opzichte van het najaar van 2009 doet zich voor bij alle afzonderlijke categorieën, maar het meest bij de categorie Kunst en Cultuur. Bij de andere categorieën is er sprake van stabilisering (Intraval/ NVWA, 2015).
- In de najaarsmeting van 2016 was de aanduiding van het rookverbod in 22% van de eetcafés, in 33% van de discotheken, in 38% van de cafés die niet onder de uitzondering vielen en 42% van de cafés die onder de uitzondering vielen 42% (Intraval/NVWA, 2017).

### Accijns

De prijs van tabaksproducten is opgebouwd uit productiekosten, accijnzen, andere belastingen (zoals BTW) en winst. In veel landen bestaat de helft tot drie kwart van de verkoopprijs uit belastingen. Door de Nederlandse overheid worden accijnzen primair gezien als een bron van inkomsten. Daarnaast speelt accijnsverhoging een rol in het tabaksontmoedigingsbeleid (Ketelaars en Croes, 2015). Een stapsgewijze verhoging van de prijs van tabaksproducten wordt in de wetenschappelijke literatuur beschouwd als de meest effectieve beleidsmaatregel om het aantal rokers en het aantal gerookte sigaretten (bij rokers die doorgaan met roken) te verlagen (Ketelaars en Croes, 2015; De Kinderen et al., 2016).

- De EU stelt dat de EU-landen de berekening van accijnzen op basis van de gemiddelde kleinhandelsprijs (WAP) in plaats van de meest gevraagde prijsklasse (MPPC) moeten uitvoeren. Het doel van deze verandering was om "een neutraal mededingingsklimaat voor de tabaksfabrikanten te scheppen, de fragmentering van tabaksmarkten terug te dringen en meer gewicht te geven aan gezondheidsdoelen" (Richtlijn 2010/12/EU artikel 3).
- Nederland is in 2011 overgegaan naar de WAP-berekening van de accijnzen (Hamerlijnck, 2013). De trend is dat de gemiddelde belastingdruk op sigaretten toeneemt, hoewel in 2016 en in 2017 de totale belastingdruk iets is afgenomen ten opzichte van 2014 en 2013 (tabel 12.12).
- Naast een bron van inkomsten voor de overheid, kunnen accijnzen ook een rol spelen in het tabaksontmoedigingsbeleid (zie ook § 2.2). Per 1 april 2016 is de minimumaccijns op shag verhoogd van 85,74 euro per kilo naar 99,25 euro per kilo (een verhoging van 15,8%). Per 1 januari 2017 is het *ad valorem* deel en het minimum accijns bedrag op shag geschrapt. Er wordt alleen nog het specifieke tarief van 99,25 euro per kilo geheven (dus geen verhoging in vergelijking met 2016). Ook is de minimumaccijns op sigaretten in 2017 gelijk gebleven aan die van 2016: deze bedraagt 181,59 euro per 1000 sigaretten. Verdere accijnsverhogingen zijn nog niet bekend.
- In Nederland was in januari 2016 de gemiddelde gewogen kleinhandelsprijs van een pakje van 20 sigaretten 6,05 euro, waarvan 3,63 euro accijns en 1,05 euro BTW. Qua verkoopprijzen van sigaretten staat Nederland boven in de lijst, maar qua totale belastingdruk op sigaretten is Nederland in de EU een middenmoter (tabel 12.13). Per 20 mei 2016 moet een pakje sigaretten minimaal 20 sigaretten bevatten (zie ook hoofdstuk 2).

**Tabel 12.12 Prijzen en belastingdruk op sigaretten in Nederland, vanaf 1975. Peildatum januari 2017**

Jaar	Prijs	Belastingdruk	Belastingdruk (%)
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
2012	6,84	4,99	73
2013	6,29	5,48	87
2014	6,62	5,55	84
2016	7,43	5,83	79
2017	7,56	5,85	77

Prijs en belastingdruk in euro per pakje van (omgerekend) 25 stuks. Belastingdruk bevat accijnsdruk en BTW. Tot 2013 alleen de prijzen van de meest populaire prijscategorie (Engelse afkorting: MPPC). Vanaf 2013 alleen de Gewogen Gemiddelde Prijs (Engelse afkorting: WAP). Bron: EC.

**Tabel 12.13 Gemiddelde prijzen en belastingdruk op sigaretten in 15 lidstaten van de Europese Unie.**  
Peildatum januari 2017, gesorteerd op prijs

Land	Gemiddelde prijs per 20 sigaretten	Accijns	BTW	Accijns+ BTW	Belastingdruk (%)	Minimum accijns per 1.000 sigaretten
Ierland	9,68	6,68	1,81	8,49	87,70%	307,61
Verenigd Koninkrijk	8,86	5,96	1,48	7,44	83,97%	n/a
Frankrijk	6,76	4,33	1,13	5,46	80,77%	210
Nederland	6,05	3,63	1,05	4,68	77,35%	181,59
Zweden	5,89	3,23	1,18	4,41	74,87%	n/a
België	5,73	3,48	0,99	4,47	78,01%	168,46
Finland	5,68	3,86	1,10	4,96	87,32%	211,50
Denemarken	5,41	3,23	1,08	4,31	79,67%	n/a
Duitsland	5,34	3,12	0,85	3,97	74,34%	156,11
Italië	4,66	2,74	0,84	3,58	76,82%	n/a
Luxemburg	4,52	2,47	0,66	3,13	69,25%	113,95
Oostenrijk	4,48	2,75	0,75	3,50	78,12%	134,69
Spanje	4,44	2,76	0,77	3,53	79,50%	131,50
Portugal	4,13	2,47	0,65	3,12	75,54%	127,97
Griekenland	3,75	2,63	0,73	3,36	89,60%	117,50

Gemiddelde prijs, accijns en BTW in euro per pakje van 20 sigaretten (op basis van gewogen gemiddelde kleinhandelsprijzen over de periode 1 januari 2016 - 31 december 2015). N/a=niet beschikbaar. Bron: European Commission, 2017.

### Kosten-batenanalyse

In opdracht van de Alliantie Nederland Rookvrij is een scenariostudie uitgevoerd naar de maatschappelijke kosten en baten van aan roken gerelateerde interventies (De Kinderen et al., 2016). Op macro-economisch niveau werden alle relevante kosten en baten van roken in beeld gebracht en uitgedrukt in geld. De volgende beleidsscenario's werden met elkaar vergeleken:

1. Continuering van het beleid in 2015 zonder veranderingen in de toekomst;
- 2.&3. Jaarlijkse accijnsverhoging van respectievelijk 5% óf 10%;
4. Jaarlijkse massa mediale campagne;
- 5.&6. Invoering pakket maatregelen zoals door WHO gedefinieerd in de MPOWER-maatregelen, inclusief jaarlijkse accijnsverhoging van respectievelijk 5% óf 10%;
7. Situatie waarin Nederland over 35 jaar rookvrij is;
8. Situatie waarin niemand meer begint met roken in 2017.

Alle scenario's leiden tot een daling in de prevalentie.

- Bij gelijkblijvend overheidsbeleid (scenario 1) daalt de prevalentie van roken met 2,3 procentpunt tot 17,5% in 2050. Uitgangspunt was een prevalentie van 19,8% gerekend over de gehele bevolking.
- Scenario's 2 en 3 hebben de potentie om de prevalentie met respectievelijk 4,7 en 7,1 procentpunt te laten dalen, waardoor de uiteindelijke prevalentie daalt naar 15,1% en 12,7% in 2050.
- Bij scenario 4 kunnen massamediacampagnes leiden tot een daling van 7,3 procentpunt tot een percentage rokers van 12,5% in 2050.

- Voor scenario 5 en 6 worden naar schatting de grootste prevalentiedalingen bereikt, van respectievelijk 12,1 procentpunt (bij 5% accijnsverhoging) en 14,2 procentpunt (10% accijnsverhoging) tot een prevalentie van 7,7% en 5,6% in 2050.
- Bij scenario 7 is alleen gekeken naar de kosten en baten. De prevalentie van roken daalt in scenario 8 tot 4,8% in 2050.
- De interventiekosten zijn in alle scenario's gering als over de hele tijdshorizon wordt gekeken.
- In alle scenario's wordt een positief saldo behaald, ook op de lange termijn, al worden de baten bij verschillende stakeholders behaald, afhankelijk van het scenario.
  - Bij scenario's waarin de prevalentie vooral daalt als gevolg van campagnes, zijn de baten het grootst voor de consumenten en de werkgevers.
  - In de scenario's waarin de nadruk op stijging van de accijnzen ligt, zijn de baten het grootst voor de overheid.
  - Bij gemengde maatregelenpakketten worden de baten meer gelijk verdeeld over consumenten, werkgevers en overheid.

### *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 het Verenigd Koninkrijk en het laagst in Luxemburg (tabel 12.13). In Nederland ligt de tabaksaccijns boven het gemiddelde.

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 gebruikgemaakt van objectieve indicatoren en inschattingen van experts. De indicatoren zijn:

1. de prijs van tabaksartikelen;
2. rookverboden in openbare ruimten en werkplekken;
3. hoogte van landelijke budgetten voor tabaksontmoedigingsbeleid;
4. verbod op rookreclame;
5. waarschuwingen op rookwaren;
6. toegankelijkheid van stoppen-met-roken programma's.

- In 2007 stond Nederland van de dertig Europese landen die op de TCS werden gescoord op de gedeelde veertiende plaats, in 2010 op een gedeelde dertiende plaats van de 31 landen, in 2013 wederom op de dertiende plaats van 34 landen (Joossens en Raw, 2013). Nederland scoorde ten opzichte van de andere Europese landen op alle zes indicatoren van de TCS 'gemiddeld', behalve op de indicator 'waarschuwingen op rookwaren' waarop Nederland onder het Europese gemiddelde scoorde.
- In 2016 steeg Nederland van de dertiende naar een gedeelde negende plaats, terwijl er toen 35 landen werden beoordeeld (Joossens en Raw, 2017). In vergelijking met 2013 scoorde Nederland met name hoger voor de indicatoren 'waarschuwingen op rookwaren', 'openbare rookverboden' en 'budgetten voor tabaksontmoediging'. Voor de indicator 'prijs' scoorde Nederland lager.
- Een studie uit 2015 laat zien dat hogere scores op de TCS samen hangen met een lagere prevalentie van dagelijks roken onder jongeren in 13 Europese landen (Kuipers et al., 2015).



## 13. Illegale handel, productie en bezit van drugs





## 13. Illegale handel, productie en bezit van drugs

### Inleiding

In dit hoofdstuk staan overtredingen van de Opiumwet centraal. Het gaat om illegale handel, smokkel, productie en bezit van drugs die op de bij de Opiumwet behorende lijst I (harddrugs) of lijst II (softdrugs) zijn geplaatst. Bij harddrugs gaat het om heroïne, cocaïne, GHB, amfetamine, ecstasy, en andere drugs. Bij softdrugs gaat het overwegend om cannabis, maar soms ook om qat en hallucinogene paddenstoelen (zie ook hoofdstuk 1). Delicten tegen de Wet voorkoming misbruik chemicaliën worden hier als 'Opiumwetdelict' geteld. Deze wet gaat over chemicaliën die gebruikt worden bij de productie van drugs.

In § 13.1 worden de belangrijkste feiten en trends beschreven als het gaat om gepleegde Opiumwetdelicten. § 13.2 gaat over (de opsporing van) georganiseerde misdaad die gerelateerd is aan drugshandel. Daar komt dit jaar ook het onderwerp liquidaties aan de orde. In 13.3 wordt gerapporteerd wat bekend is over inbeslagnames van drugs, ruimingen van hennepkwekerijen en ontmantelingen van productielocaties van synthetische drugs. § 13.4 beschrijft de Opiumwetdelicten in de strafrechtsketen en § 13.5 laat zien hoe vaak daders van Opiumwetdelicten opnieuw met justitie in aanraking komen.

De informatie komt uit landelijke registraties van politie en Openbaar Ministerie (OM), jaarverslagen van instanties die betrokken zijn bij de opsporing en tenuitvoerlegging van sancties, de Recidivemonitor van het WODC en onderzoek zoals de Veiligheidsmonitor. Bij de interpretatie van de gegevens is voorzichtigheid geboden. De registratiecijfers geven geen zicht op de totale drugscriminaliteit, omdat de criminaliteit die niet bekend wordt bij justitiële instanties en die (dus) niet geregistreerd wordt, buiten beeld blijft. Bovendien zijn de registratiecijfers tegelijkertijd een weerspiegeling van de opsporingsprioriteiten en de capaciteit van opsporingsdiensten. De cijfers van politie en OM worden daarnaast ook beïnvloed door de introductie van nieuwe registratiesystemen, maar lang niet altijd is duidelijk in welke mate en op welke wijze dit van invloed is.

Cijfers uit de registratiesystemen van politie (HKS tot 2015), OM (OMDATA) en de justitiële documentatie worden door het WODC verzameld en opgeslagen in een 'Datamart Drugs'. Voor de NDM worden deze gegevens bewerkt en geanalyseerd. Delicten waarin harddrugs voorkomen tellen als harddrugsdelict; delicten waarin softdrugs voorkomen als softdrugsdelict en delicten waarin beide voorkomen tellen als hard- én softdrugsdelict.<sup>1</sup>

Registratiesystemen worden regelmatig aangepast en verbeterd. We rapporteren hier uit de meest recente updates. Door de aanpassingen kunnen de cijfers verschillen van eerder gerapporteerde cijfers. De meest recente cijfers hebben altijd een voorlopig karakter. De cijfers bestrijken in principe een periode van tien jaar, dit jaar gaat het om de periode 2007-2016. Het komt echter voor dat er nog geen cijfers over 2016 beschikbaar zijn, of dat cijfers over eerdere jaren ontbreken. In dat geval volstaan we met de beschikbare cijfers.

<sup>1</sup> Voor deze wijze van telling is gekozen om ook de softdrugsdelicten goed zichtbaar te maken. Indien geteld zou worden op basis van het zwaarste delict zouden softdrugsdelicten vaak 'ondersneeuwen' onder de harddrugsdelicten.

Opiumwettelijke delicten worden voor een deel opgespoord en aangepakt op lokaal en regionaal niveau (zie hoofdstuk 2). Daarbij wordt gewerkt met een combinatie van strafrechtelijke, bestuursrechtelijke en andersoortige maatregelen. Voor zover het om strafrechtelijke opsporing en handhaving gaat (opsporingsonderzoeken, arrestaties, vervolgingen, afdoeningen) komt de informatie in landelijke databases van politie en OM terecht en daarmee in de cijfers van dit hoofdstuk. Dit hoofdstuk richt zich primair op de strafrechtelijke aanpak, en niet op bestuursrechtelijke en andere maatregelen.



## 13.1 Laatste feiten en trends

- Liquidaties in Nederland zijn meestal het gevolg van conflicten gerelateerd aan de handel in drugs. Vanaf het jaar 2000 vinden gemiddeld twintig tot dertig liquidaties per jaar plaats. Het gemiddeld aantal liquidaties is vanaf het jaar 2000 niet toegenomen (§ 13.2).
- Er zijn in 2015 veel verschillende chemicaliën voor de productie van synthetische drugs in beslag genomen. De Landelijke Faciliteit Ondersteuning Ontmantelen signaleert sinds 2012 de (her) introductie van (nieuwe) productieprocessen, (pre-)precursoren en de productie en bewerking van nieuwe psychoactieve stoffen (§ 13.3).
- Het aantal gemelde ontmantelde productielocaties, opslagplaatsen en afvaldumpingen van de productie van synthetische drugs neemt toe. Vooral het aantal productielocaties en afvaldumplocaties is substantieel gestegen (§ 13.3).
- Er zijn in 2016 ruim 5.500 hennepkwekerijen geruimd, minder dan in 2014 en 2015 (§ 13.3).
- De handel in drugs via het 'dark net' op internet neemt toe, maar is beperkt vergeleken met de traditionele offline handel. Vooral cannabis, stimulantia en ecstasy worden er verhandeld. Nederlandse aanbieders bieden relatief vaak ecstasy aan (§ 13.3).
- Het aandeel Opiumwettelijke delicten bij het Openbaar Ministerie is weer toegenomen, het aandeel bij de rechter is constant gebleven. Het aandeel Opiumwettelijke delicten in het gevangeniswezen is in 2016 gedaald in vergelijking tot 2015. De totale instroom van Opiumwettelijke zaken bij het Openbaar Ministerie stijgt in 2016 weer na een daling in het jaar ervoor (§ 13.4).
- De verdeling van harddrugs- en softdrugsdelicten bij het Openbaar Ministerie is 41% tegen 55%. Softdrugsdelicten hebben ook in 2016 de overhand (§ 13.4).
- Bij de harddrugsdelicten gaat het meestal om het aanwezig hebben (bezit) van een harddrug, bij de softdrugs gaat het meestal om vervaardiging (lees: cannabisteelt) (§ 13.4).
- De meeste Opiumwettelijke zaken brengt het Openbaar Ministerie voor de rechter. Daar eindigt 12% in een vrijspraak, vooral en in toenemende mate bij softdrugszaken (§ 13.4).
- De taakstraf en de (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraf zijn de meest voorkomende sancties in Opiumwettelijke zaken (§ 13.4).
- Taakstraffen worden vooral opgelegd in softdrugszaken, onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen vooral in harddrugszaken; dit patroon verandert niet in 2016 (§ 13.4).



### Opsporingsonderzoeken naar georganiseerde drugscriminaliteit

In 2015 zijn 341 opsporingsonderzoeken uitgevoerd naar georganiseerde ondermijnende criminaliteit waarbij drugs het eerste aandachtsgebied vormden (Rapportage aanpak, 2016).

- In 125 gevallen (37%) ging het om georganiseerde criminaliteit in relatie tot cocaïne en heroïne. In 115 gevallen (34%) betrof het een onderzoek naar grootschalige hennepcultuur en 101 keer (30%) waren synthetische drugs in het spel.
- 119 keer werd in 2015 aan verdachten van ondermijningsonderzoeken door de rechter een vrijheidsstraf opgelegd en 69 keer een geldboete, terwijl voor in totaal € 143,5 miljoen aan crimineel vermogen is afgepakt.
- De Nationale Politie en het Openbaar Ministerie signaleren een trend dat de drugscriminaliteit regelmatig gecombineerd wordt met witwassen en wapenhandel. Ook worden vaker verschillende soorten verdovende middelen tegelijk verhandeld.

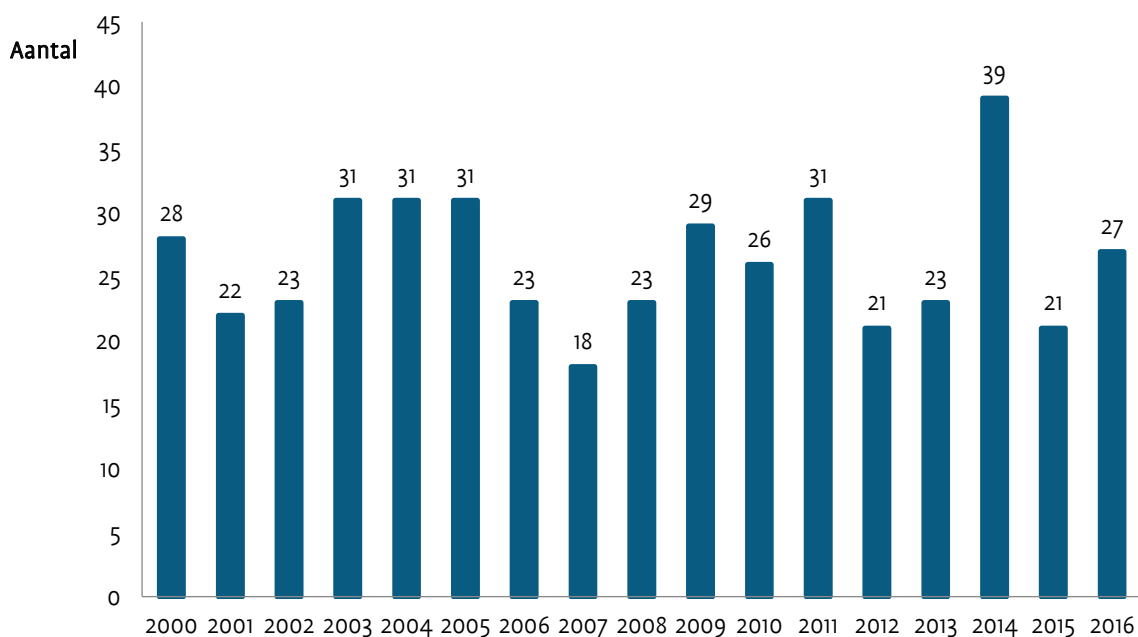
### Liquidaties

Recent is een verkennende studie verricht naar liquidaties in Nederland (Van Gestel, 2017). Voor die studie zijn gesprekken gevoerd met twaalf politie- en justitiefunctionarissen die goed zijn ingevoerd in de opsporing van zware georganiseerde misdaad en vanuit die hoedanigheid kennis hebben over de aard en achtergronden van liquidatiezaken. Aanvullend zijn voor deze studie drie interne politiedocumenten bestudeerd, die gebaseerd waren op informatie uit opsporingsdossiers.

- Liquidaties zijn volgens geïnterviewden meestal het gevolg van conflicten gerelateerd aan de handel in drugs. Het gaat bijna altijd om geld en om de verdeling van de drugsmarkt. Liquidaties zijn een uiterst middel om een conflict op de drugsmarkt te beslechten. De achterliggende motieven zijn volgens geïnterviewden door de tijd heen niet of nauwelijks veranderd.
- Nederland kende in de jaren zeventig gemiddeld een of twee liquidaties per jaar. Parallel aan de snelle groei van de internationaal georganiseerde smokkel van soft- en harddrugs in Nederland, stijgt het aantal liquidaties vanaf de jaren tachtig. Tussen 1980 en 1987 vinden gemiddeld vijf liquidaties per jaar plaats, tussen 1988 en 1990 gemiddeld tien per jaar, tussen 1991 en 2000 per jaar 15 tot twintig en vanaf het jaar 2000 gemiddeld twintig tot dertig per jaar. Het gemiddeld aantal liquidaties in Nederland is vanaf het jaar 2000 niet toegenomen, zoals valt af te lezen uit figuur 13.1 (Van Gestel, 2017).<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Het totaal aantal gevallen van moord- en doodslag in Nederland is sinds 1996 sterk gedaald, van 237 gevallen in 1997 naar 120 gevallen in 2016 (CBS, 2017).

**Figuur 13.1 Aantal liquidaties in Nederland**



### *Liquidaties, marktontwikkelingen en conflicten*

Er is volgens geïnterviewde experts een aantal recente marktontwikkelingen die de achtergrond vormen van hedendaagse conflicten in de drugswereld. Het gaat dan om de prijs van cocaïne en heroïne die in de afgelopen tien jaar op de internationale markt is verlaagd en om de omvang van drugshandel die volgens hen is toegenomen. Het aantal spelers op de drugsmarkt is volgens experts eveneens toegenomen; er zijn meer mensen in Nederland die in de drugshandel werkzaam zijn. Geïnterviewde sleutelinformanten hebben de indruk dat deze ontwikkelingen leiden tot onrust en verschuivingen in machtsposities en daarmee gepaard gaande conflicten. Anno 2016 kunnen verschillende conflicten worden onderscheiden die de achtergrond vormen van liquidaties (Van Gestel, 2017):

- *Conflicten in Hollandse criminele netwerken.* De 'traditionele' Hollandse netwerken - een term die bij de recherche gangbaar is als het gaat om deze groepen - spelen vanaf opkomst van de internationale drugsmokkel in de jaren '70 een belangrijke rol in de georganiseerde misdaad in Nederland, met een primaire focus op de internationale handel in hasj en later ook in cocaïne. Ze hebben hun basis in en rond Amsterdam. Het grootschalige en langlopende opsporingsonderzoek 'Passage' is gericht op leden uit deze Hollandse netwerken. Dat geldt ook voor het lopende onderzoek Vandros, waarin het opdrachtgeverschap van Willem Holleeder bij een groot aantal liquidaties strafrechtelijk wordt onderzocht. In ander lopend opsporingsonderzoek komt naar voren dat Hollandse netwerken nog steeds een invloedrijke rol vervullen binnen de internationale georganiseerde criminaliteit.
- *Cocaïneconflict Amsterdam-Antwerpen.* Een crimineel netwerk uit Amsterdam dat zich al decennia bezighoudt met de internationale handel in cocaïne, is in 2007 na onenigheid in tweeën gesplitst. De verschillende groepen blijven daarna actief op dezelfde markt en maken gebruik van drugstransport dat vanuit Zuid-Amerika via Antwerpen naar Nederland loopt. De concrete aanleiding van het conflict, dat in 2016 nog steeds voortduurt, is het verdwijnen van een partij cocaïne in de havens van Antwerpen begin 2012. Op die verdwijning volgde een ontvoering en marteling van een lid van de concurrerende groepering in Antwerpen, waarna in het najaar een liquidatie volgde in Antwerpen. Daarop werd weer gereageerd door de dubbele liquidatie in Amsterdam eind 2012. Dit conflict is onder de naam 'Mocro maffia' bekend geworden. Personen met een Marokkaanse afkomst zijn oververtegenwoordigd in deze groepen, maar ze bestaan voor een aanzienlijk deel ook en uit mensen met een andere afkomst, met name personen van Nederlandse en Antilliaanse komaf.

- *Heroïneconflicten / Turkse onderwereld.* Op de heroïne markt zijn meerdere conflicten gaande. Deze conflicten hebben onder andere van doen met openstaande rekeningen en met het onder de marktprijs leveren van heroïne vanuit Turkije, van waaruit een serie liquidaties volgde in 2014 en 2015. Een aantal vond in Turkije plaats. De aandacht voor deze moorden uit de Turkse heroïne wereld is in 2015 echter overschaduwd door liquidaties die gerelateerd konden worden aan de zogenaamde 'Mocro maffia'. Er is volgens verschillende politiefunctionarissen niet veel informatie over de achtergrond van de liquidaties uit deze Turkse onderwereld, mede omdat het ophelderingspercentage van deze moorden heel laag is. Slachtoffers zijn mensen met Turkse komaf die actief waren op de internationale heroïne markt. Het vermoeden is dat mensen vanuit Turkije zijn ingevlogen om de moorden in opdracht te plegen.

Daarnaast worden nog andere conflicten genoemd, die deels aan andere regio's zijn gebonden, zoals een conflict in de haven Rotterdam, conflicten in relatie tot de Albanese maffia (met name Amsterdam), conflicten gerelateerd aan synthetische drugs en hennep in Zuid-Nederland (woonwagenbewoners & Outlaw Motor Gangs) en conflicten gerelateerd aan No Limit Soldiers (NLS) en Buena Vista City (BVC) die zich mede op de Nederlandse Antillen afspelen.



13.3

## Inbeslagnames van drugs en ontmantelingen van productielocaties

### In beslag genomen drugs

Politie-eenheden, Douane en KMar houden registraties bij over in beslag genomen drugs, maar het blijkt arbeidsintensief en lastig om die gegevens op landelijk niveau eenduidig bijeen te brengen. Omdat voor het jaar 2016 het merendeel van de politie-eenheden geen gegevens heeft aangeleverd bij de Dienst Landelijke Informatie organisatie van de politie (DLIO), is op dit moment niet te zeggen hoeveel drugs in totaal in 2016 in Nederland in beslag zijn genomen. Wel is bekend hoeveel drugs door de landelijke diensten KMAR en Douane in beslag zijn genomen en door drie eenheden die wel gegevens hebben aangeleverd, te weten de Landelijke eenheid, de eenheid Den Haag en de eenheid Zeeland-West Brabant.

- In 2016 zijn minimaal 13 verschillende soorten drugs in beslag genomen. Op de lijst staan opium, heroïne, cocaïne, GHB, amfetamine, methamfetamine, ecstasy, Ketamine, LSD, methadon, qat, hasjesj en marihuana.

De gegevens die wel bekend zijn over in beslag genomen drugs in 2016, hebben betrekking op de drugs heroïne, cocaïne, amfetamine, XTC, LSD, hasjesj, GHB en Qat. Nogmaals: de aantallen geven niet het totale aantal in beslag genomen drugs in Nederland weer, omdat het merendeel van de regionale eenheden geen gegevens hieromtrent heeft aangeleverd.

- Heroïne: door de douane is 530 kilo heroïne in beslag genomen, door de KMAR 12 kilo en door de eenheden Den Haag en Zeeland-West Brabant tezamen 9 kilo.
- Cocaïne: door de douane is 13.204 kilo in beslag genomen, door de KMAR 245 kilo, door de Landelijke Eenheid 1.008 kilo en door de regionale eenheden Den Haag en Zeeland-West Brabant gezamenlijk 159 kilo en 2.284 bolletjes.
- Amfetamine: door de douane is 22 kilo in beslag genomen, door de KMAR 2 kilo en door de eenheden Den Haag en Zeeland-West Brabant tezamen 176 kilo.
- XTC: door de douane is 159 kilo in beslag genomen, door de KMAR 32 kilo en 2.410 pillen, door de Landelijke eenheid 8 kilo en door de eenheden Den Haag en Zeeland-West Brabant 76 kilo en 105.543 pillen.
- LSD: door de douane zijn 50.200 vellen in beslag genomen, door de KMAR 111.000 vellen en 863 zegels (=trips), door de eenheden Den Haag en Zeeland-West Brabant 229.053 vellen en 469 zegels (=trips).

- Hasjesj: door de douane is 1.241 kilo in beslag genomen, door de KMAR 256 kilo en door de landelijke eenheid 52 kilo, door de eenheden Den Haag en Zeeland-Noord Brabant is tezamen 1.682 kilo hasjesj in beslag genomen.
- Marihuana: door de douane is 1.241 kilo in beslag genomen, door de KMAR 256 kilo en daarnaast 3.300 joints, door de landelijke eenheid 52 kilo en door de twee regionale eenheden tezamen 1.682 kilo en 250 joints.
- GHB: door de eenheden Den Haag en Zeeland-Noord Brabant is tezamen 60 liter GHB in beslag genomen.
- Qat: door de douane is 3.738 kilo in beslag genomen, door de KMAR 2.200 kilo en 197 bundels en door de regionale eenheden Den Haag en Zeeland-West Brabant tezamen 7 kilo.
- Methadon: door de KMAR zijn 863 tabletten in beslag genomen en door de regionale eenheden Den Haag en Zeeland-West Brabant tezamen 469 tabletten.
- Methamfetamine: door de douane is 8 kilo in beslag genomen en door de KMAR is 27 kilo in beslag genomen.
- Opium: door de KMAR is 3 kilo in beslag genomen.
- Ketamine: door de KMAR is 3 kilo in beslag genomen.

### In beslag genomen chemicaliën voor drugsproductie

Voor de productie van (synthetische) drugs zijn verschillende chemicaliën nodig. Er kan een onderscheid gemaakt worden tussen (pre-)precursoren en andere chemicaliën. Precursoren zijn stoffen die in een chemische reactie kunnen worden omgezet in een drugssoort. BMK en PMK zijn bijvoorbeeld de belangrijkste precursoren voor amfetamine en MDMA/ecstasy. Pre-precursoren kunnen omgezet worden in een precursor. Daarnaast zijn andere chemicaliën nodig, om de synthese aan te gaan met de precursor of als hulpstof.

De chemicaliën kennen in het algemeen ook legale toepassingen, bijvoorbeeld voor het maken van medicijnen, cosmetica of plastics. Vanwege dit gevarieerde (en soms grootschalige) legaal gebruik kan de handel in deze stoffen niet helemaal verboden worden en is een controle- en opsporingsmechanisme van kracht om misbruik te bestrijden. Hiertoe dient de Wet voorkoming misbruik chemicaliën (Wvmc). Deze wet verplicht marktdeelnemers om de bevoegde instanties onverwijld in kennis te stellen van elk voorval dat wijst op mogelijk misbruik van geregistreerde stoffen voor de illegale vervaardiging van verdovende middelen of psychotrope stoffen. Bij de FIOD bevindt zich het 'Meldpunt Verdachte Transacties Chemicaliën', waar de meldingen binnenkomen, worden beoordeeld en vastgelegd.

Voor chemicaliën die niet geregistreerd zijn, geldt een meldingsregeling op basis van vrijwilligheid. Sommige van deze stoffen staan op de 'EU Voluntary Monitoring List', een lijst met stoffen die internationaal bekend staan omdat ze veelvuldig worden misbruikt bij de productie van synthetische drugs.

- Volgens informatie van de FIOD is in Nederland in 2016 door politie, FIOD en Douane 335 maal een inbeslagname geweest van 72 verschillende stoffen. Dit is een toename ten opzichte van 2015. Cijfers zijn gebaseerd op informatie die de FIOD bereikt heeft en zijn dus niet compleet. Ook dient te worden opgemerkt dat niet alle postpakketten die de douane in beslag genomen heeft, zijn opgenomen in de aantallen.
- Opnieuw behoren veel van de in beslag genomen chemicaliën tot niet-geregistreerde stoffen, waarbij een onderscheid dient te worden gemaakt in zogenaamde pre-precursoren (geen legale toepassingen en makkelijk om te zetten in een precursor) en overige chemicaliën die gebruikt kunnen worden bij de productie van synthetische drugs (en welke ook vele legale toepassingen kennen).
- Ook in 2016 zijn er op productielocaties kleine hoeveelheden PMK (precursor voor MDMA) en BMK (precursor voor amfetamine) in beslag genomen. Deze in beslag genomen PMK en BMK werd vermoedelijk in Nederland geproduceerd uit pre-precursoren welke vanuit China werden ingevoerd.

- In vergelijking met 2015 is er in 2016 wederom een toename van inbeslagnames van pre-precursoren, zoals natriumzout van PMK glycidezuur en PMK glycidaat (niet-geregistreerde precursoren voor PMK) en APAA, natriumzout van BMK glycidezuur (niet-geregistreerde precursoren voor BMK).
- APAA lijkt de opvolger van APAAN en is wederom een niet-geregistreerde stof die in 2016 voor de productie van BMK werd gebruikt (in plaats van het inmiddels geregistreerde APAAN dat in 2015 veel werd gebruikt).
- Zoals elk jaar werden er in 2016 ook veel andere stoffen in beslag genomen die gebruikt worden in het productieproces, zoals cafeïne, dat als tabletteerhulpstof wordt gebruikt (niet-geregistreerd) en citroenzuur (niet-geregistreerd), dat gebruikt worden bij de omzetting van pre-precursoren in PMK of BMK.
- Wederom werden er veel post- en koerierszendingen in beslag genomen met pre-precursoren voor amfetamine en MDMA/ecstasy, in hoeveelheden variërend van een halve kilo tot enkele honderden kilo's. Ook zijn er enkele maritieme zendingen van enkele duizenden kilo's in beslag genomen.

**Tabel 13.1 In beslag genomen (pre-)precursoren voor de productie van synthetische drugs, 2016**

	Aantal inbeslagnames	Totale hoeveelheid
Natriumzout van PMK glycidezuur	3	2.000 kilo
APAA	9	4.206 kilo
natriumzout van BMK glycidezuur	13	3.180 kilo
PMK glycidaat	6	1.228 kilo

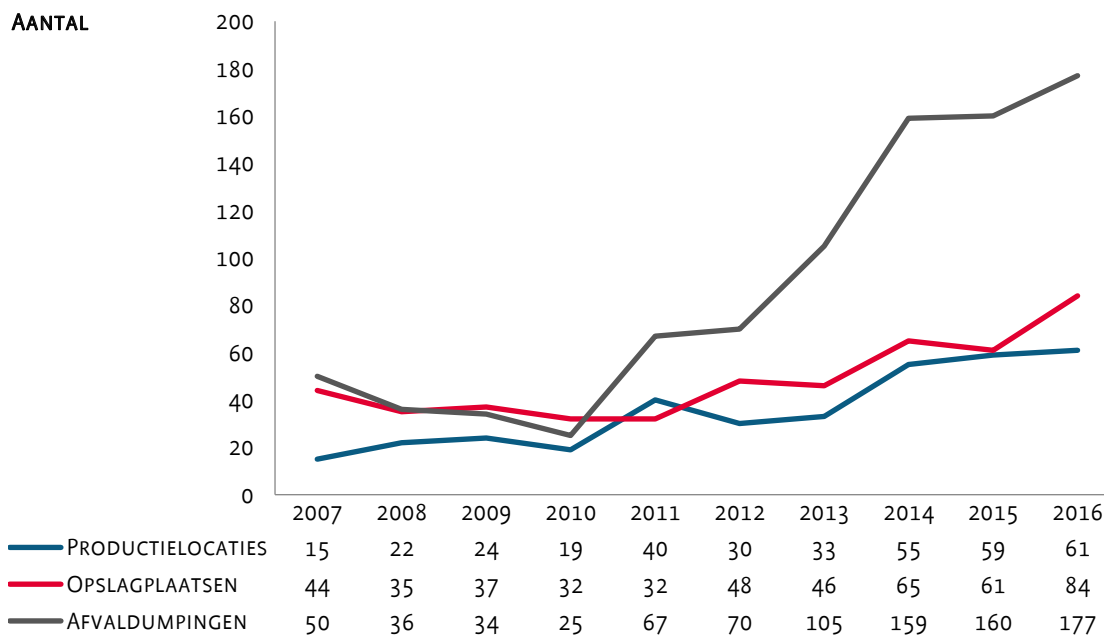
Bron: FIOD, Eindhoven, 2017.

## Ontmantelde productielocaties van synthetische drugs en drugsdumpingen

De afdeling Specialistische Ondersteuning van de Dienst Landelijke Recherche van de Landelijke Eenheid van de politie houdt meldingen bij over productielocaties, opslagplaatsen en dumplocaties van synthetische drugs. Dit doet deze afdeling in het kader van het European Reporting on Illicit Synthetic Substance Production sites (ERISSP). Het eerste volledig ingevulde jaar was 2014. De cijfers zijn gebaseerd op die van de LFO, de Dienst Informatieknoppunt van de Landelijke Recherche, de eenheid Limburg en door de afdeling zelf vergaarde informatie. Deze cijfers worden (ook) doorgegeven aan Europol en het EMCDDA. Ze zijn mogelijk incompleet omdat niet alles wordt gemeld bij de politie en de politie niet alles meldt aan landelijke instanties. De afdeling stelt met nadruk dat het cijfers zijn van "dat wat zij weet". In een aantal gevallen heeft de afdeling Specialistische Ondersteuning aannames gedaan voor wat betreft dumpingen.

- Het aantal aangetroffen productieplaatsen, opslagplaatsen en dumplocaties vertoont sinds 2011 een stijgende lijn. Vanaf 2014 zijn de aantallen relatief hoog en die stijging zet door in 2016 (figuur 13.2). Vooral het aantal opslaglocaties en dumplocaties laat in 2016 een sterke toename zien.
- De LFO ziet een trend dat als gevolg van geoptimaliseerde processen en productieapparatuur hogere opbrengsten worden gerealiseerd. De zuiverheid van de thans geproduceerde MDMA-tabletten is hoog. Daarnaast neemt de LFO in 2015 en 2016 een toename waar van wereldwijde inbeslagnames van aan Nederland gerelateerde postpakketten.

**Figuur 13.2** Aantal aan de Landelijke Eenheid gemelde ontmantelde productie- en opslaglocaties en afvaldumplocaties van de productie van synthetische drugs, 2007-2016



Bronnen: Jaarverslagen synthetische drugs en precursoren, 2010; 2012; voor 2010-2015: ERISSP meldingen 2014-2015 en eerste helft 2016, afdeling Specialistische Ondersteuning, Dienst Landelijke Recherche, 2017.

### Productielocaties

- Er zijn 61 meldingen van ontmantelde productielocaties in Nederland in 2016. In 2014 waren het er 55 en in 2015 waren het er 59. Het gaat met name om amfetaminelaboratoria en om MDMA-gerelateerde productieplaatsen.
- De meeste meldingen komen in 2016 uit de provincie Noord-Brabant, Limburg en Zuid-Holland.

### Opslagplaatsen

- In 2016 zijn 84 opslagplaatsen gemeld. Dit zijn er 23 meer dan in 2015.
- In de provincie Noord-Brabant zijn in 2016 verreweg de meeste opslagplaatsen geregistreerd (ruim 40), daarna volgt Limburg (16). In de andere provincies zijn het er aanzienlijk minder maar in Zuid-Holland is wel een toename te zien van vijf naar elf opslaglocaties. In Noord-Brabant is ook een toename te zien ten opzichte van 2015 (van 30 naar 41).

### Dumplocaties

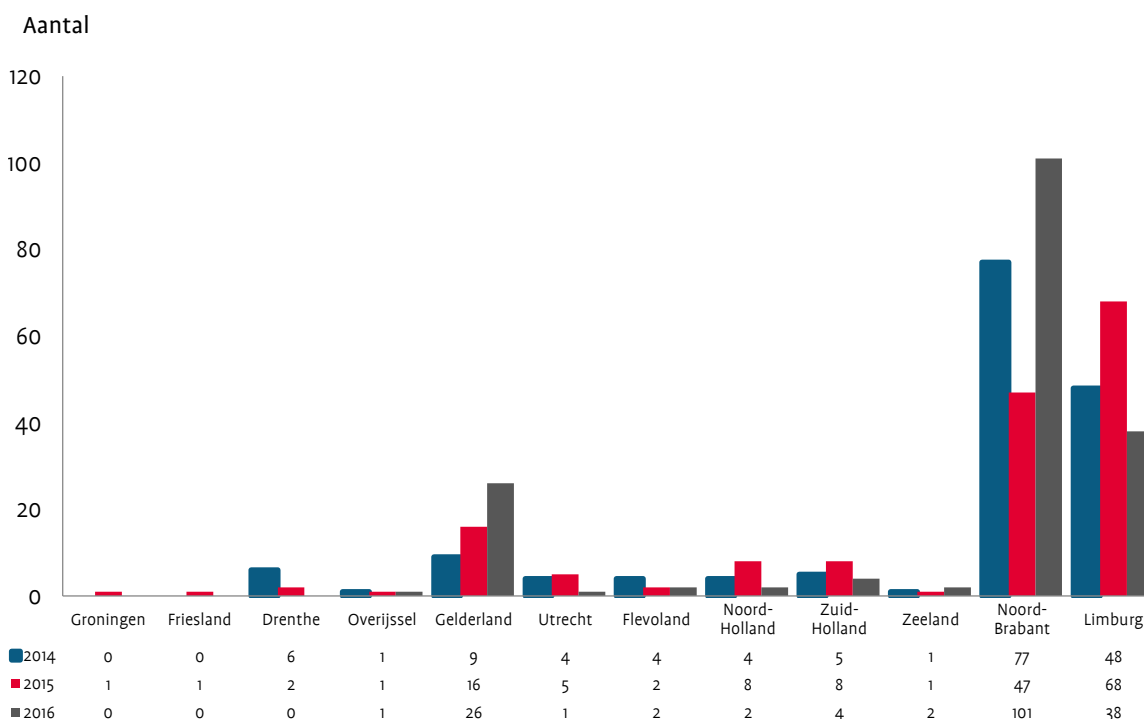
- Het aantal geregistreerde dumplocaties is in 2016 gestegen ten opzichte van 2015 (van 160 naar 177) (figuur 13.3).
- Dumpingen zijn in 2016 het vaakst gemeld in Noord-Brabant, daarna volgt Limburg (figuur 13.3). In Limburg is het aantal dumplocaties in 2016 gedaald, in Noord-Brabant juist sterk gestegen. In de andere provincies is het aantal dumpingen aanzienlijk lager, wel is het aantal dumplocaties in Gelderland opnieuw iets gestegen.
- De dumpingen in Gelderland vonden plaats in het aan Noord-Brabant grenzende deel van de provincie (T.K. Aanhangel-2481, 2016). De toename in Gelderland zou kunnen wijzen op een verplaatsing van dumplocaties als gevolg van de geïntensiverde aanpak in het zuiden van het land (T.K. Aanhangel-2481, 2016).



Bij de cijfers moet aangetekend worden dat niet alle dumpingen bij de LFO gemeld worden. De provincies Limburg en Noord-Brabant melden zelf grotere aantallen: 106 en 63 respectievelijk in 2015 (T.K. Aanhangsel-2481, 2016; zie ook Schoenmakers et al. uit 2016, die andere aantallen noemen).

- MDMA-resten van ecstasy-productie zijn ook aangetroffen in maïsplanten. De aangetroffen gehalten vormen naar het oordeel van bureau risicobeoordeling van de Nederlandse Voedsel- en Waren Autoriteit geen gevaar voor de dier- en volksgezondheid (T.K. Aanhangsel 1762, 2016).

**Figuur 13.3 Aantal aan de Landelijke Eenheid gemelde dumplocaties in 2014 - 2016, per provincie**



Bron: ERISSP meldingen, afdeling Specialistische Ondersteuning, Dienst Landelijke Recherche, 2017.

### GHB

- Uit recent onderzoek is gebleken dat de GHB-markt een sterk lokaal karakter heeft. Het onderzoek is uitgevoerd in vier plattelandsgebieden waar de meest opvallende 'brandhaarden' van GHB worden waargenomen (Nabben en Korf, 2016). GHB kwam daar rond het jaar 2000 op de markt. De onderzoekers rapporteren dat de sociale afstand tussen dealers en gebruikers klein is; ze kennen elkaar soms al lang en/of zijn familie van elkaar. De grondstof voor GHB is GBL. Toen er in de loop van de tijd (2006-2010) behalve GHB ook steeds meer GBL in omloop kwam via (bovenlokale) GBL-producenten, zijn meer gebruikers zelf thuis GHB gaan bereiden. Sommigen zijn zelf ook GHB gaan dealen. GHB werd ook goedkoper: de prijs daalde van € 200 naar € 100 per liter.

- Sinds GHB in 2012 op lijst I van de Opiumwet is geplaatst (en politie en justitie hun aanpak daardoor kunnen verstevigen), is de aanpak van producenten en dealers door de politie geïntensiveerd. Ook is bestuursrechtelijk opgetreden. Dit leidt soms tot kortstondige schaarste in het aanbod en paniek bij verslaafde gebruikers. In 2013 heeft het Openbaar Ministerie GBL-leveranciers per brief verzocht om de verkoop te staken. Hierna is GHB moeilijker verkrijgbaar geworden en de prijs weer gestegen naar circa € 200 per liter (zie ook § 9.8). In 2014 lijkt de markt zich volgens de onderzoekers weer te herstellen. GBL wordt onder andere vanuit Duitsland aangevoerd en sommige leveranciers zijn weer actief via internet. Internet speelt voor de aanschaf van GBL een grotere rol dan bij GHB (Nabben en Korf, 2016).
- De GHB-markt op het niveau van ervaren gebruikers wordt beschreven als een mix van zelf maken, kopen, (door)verkopen, weggeven en gratis krijgen. Zelf bestellen via internet komt zelden voor (Nabben en Korf, 2016).

## Geruimde hennepkwekerijen

De cijfers over aantallen geruimde kwekerijen zijn sinds 2012 completer dan die van de jaren daarvoor, al is niet zeker dat ze sindsdien geheel compleet zijn. De verbetering komt met name door een betere registratie en doordat er nu 'eenheidscoördinatoren' van de politie sturen op dit proces. De cijfers over 2016 komen van de 10 regionale politie-eenheden en de Landelijke Eenheid.

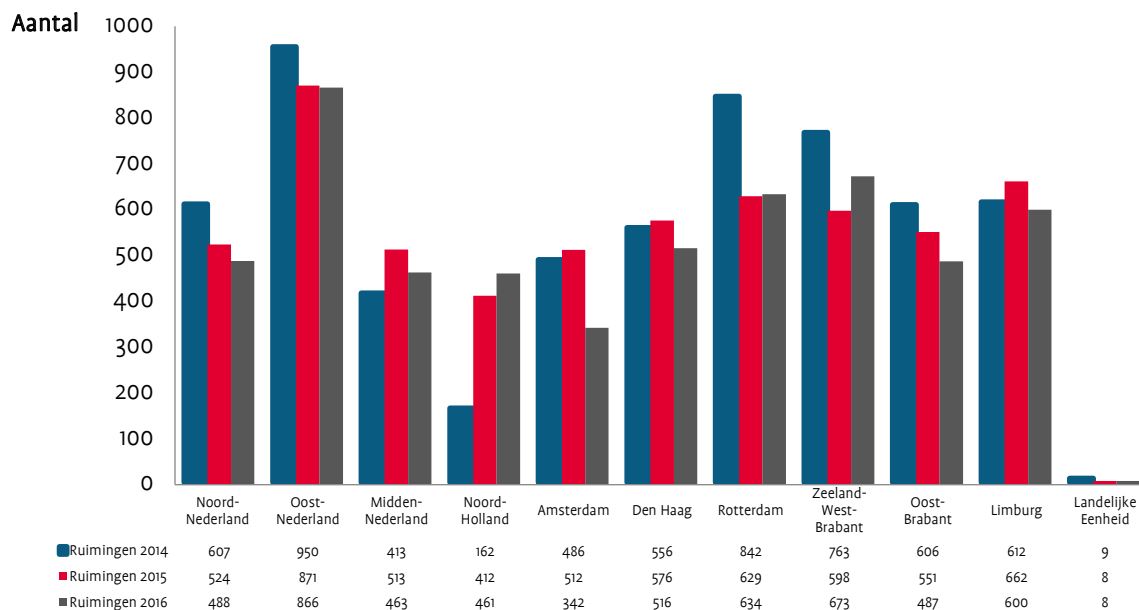
- In 2016 zijn volgens de registratie ruim 5.500 kwekerijen geruimd, minder dan in 2015 en 2014 (tabel 13.2).
- Bij de politie-eenheden Oost-Nederland, Zeeland-West Brabant, Rotterdam en Limburg vinden in 2016 de meeste ruiming plaats (respectievelijk 866, 673, 634 en 600, zie figuur 13.4). Hierbij moet aangetekend worden dat Oost-Nederland de grootste regionale eenheid van de politie is en bestaat uit 5 voormalige regio's.

**Tabel 13.2 Aantal geruimde hennepkwekerijen, 2007-2016**

	2007	2008 <sup>I</sup>	2009 <sup>I</sup>	2010	2011 <sup>II</sup>	2012 <sup>II</sup>	2013	2014	2015	2016
Aantal	5.242	4.731	4.727	5.620	5.435	5.773	5.962	6.006	5.856	5.538

I. Meerdere (districten van) regio's leverden geen informatie aan. II. Een regio leverde geen informatie aan; het aantal is door de landelijke eenheid geschat. Bron: Politie, Landelijke Eenheid, Dienst Landelijke Informatieorganisatie, 2016.

**Figuur 13.4 Aantal geruimde hennepkwekerijen in 2014 - 2016, naar politie-eenheid**



Bron: Politie, Landelijke Eenheid, Dienst Landelijke Informatieorganisatie, 2016.

- Het overgrote deel betreft binnenkwekerijen (5.283), slechts een fractie betreft buitenteelt (255; dit is 5%). Buitenkwekerijen worden vooral in Limburg gerapporteerd (105 maal). De binnenkwekerijen worden aangetroffen in huurpanden, kooppanden en bedrijfspanden.
- In totaal zijn bij de ruimingen in 2016 ruim 883 duizend planten in beslag genomen, minder dan in 2015, toen het ruim 994 duizend planten waren. Verder zijn in 2016 ruim 14.330 moederplanten in beslag genomen (in 2015: 12.500 moederplanten), 486.776 stekken (in 2015: 495.500 stekken) en ruim 2.800 kilo hennep toppen (in 2015: 1.900 kilo). De meeste moederplanten zijn in Oost-Nederland geregistreerd, de meeste stekken in Oost-Nederland en Zeeland-West Brabant en de meeste hennep toppen in Limburg.
- Alle ontmantelingen vinden op strafrechtelijke basis plaats. In een aantal gevallen is de ruiming gedaan door de gemeente, na constatering van een gevaarlijke situatie in een kwekerij (met name brandgevaar). Nadat strafrechtelijk is binnengetrepen op grond van de Opiumwet wordt het ruimen van de kwekerij overgedragen aan de gemeente. De gemeente gaat dan "bestuurlijk ruimen".
- Het Openbaar Ministerie en de Nationale Politie rapporteren een trend dat het aantal grammen per plant behoorlijk is gestegen (omdat de toppen vele malen groter zijn dan voorheen) (Rapportage aanpak, 2016).

## Drugshandel via internet

Tussen december 2015 en mei 2016 is onderzoek gedaan naar het internet als verkoopkanaal van drugs (Kruithof et al., 2016). Het onderzoek bestaat uit een literatuurstudie, interviews met experts, gegevensverzameling op de acht meest prominente marktplaatsen op het 'dark net' (het deel van het internet dat opzettelijk verborgen is voor zoekmachines en alleen met speciale software te benaderen is), en bestudering van justitiële dossiers van personen die zijn vervolgd voor online drugshandel.

- Zowel op het voor iedereen toegankelijke deel van het internet (het 'clear net') als op het 'dark net' worden drugs aangeboden. De handel in drugs via het internet neemt toe. Sinds 2013 is de omzet van drugshandel op de cryptomarkets van het 'dark net' verdubbeld en het aantal verkopers verzesvoudigd.
- De mondiale omzet van de drugshandel op het dark net is beperkt vergeleken met schattingen van de traditionele offline drugshandel (12,6 miljoen euro tegen twee miljard euro per maand). De volumes waarin wordt gehandeld zijn meestal klein. Bijna 95% van de transacties heeft een handelswaarde van onder de 500 euro. Toch zorgen bestellingen met een waarde van duizend euro of meer voor een fors deel van de omzet.
- Mondiaal wordt de meeste omzet gegenereerd door handel in cannabis (31%), ecstasy (16%) en andere stimulantia (24%).
- Ongeveer 8% van de totale maandelijkse omzet is te herleiden naar Nederlandse aanbieders. Nederland komt hiermee op de vijfde plaats (na de VS, het VK, Australië en Duitsland). Ecstasy wordt relatief vaak aangeboden door Nederlandse verkopers, in de cannabishandel spelen ze een enigszins beperkte rol.
- In 2014 waren er 19 Nederlandse websites op het 'clear net' waarop NPS te koop zijn en die zich op de Nederlandse markt richten. Dit is een relatief laag aantal. Maar er zijn aanwijzingen dat vanuit Nederland tientallen NPS webshops gehost worden die zich richten op het buitenland.
- Het vertrouwen tussen kopers en verkopers is gedaald sinds 2013. Dit komt door het oprollen van cryptomarkets door de overheid en door oplichtingspraktijken van verkopers, kopers en beheerders van cryptomarkets. Er zijn wel technologische innovaties die oplichting zouden kunnen voorkomen, maar mogelijk maken cryptomarkets die op een centrale server draaien ook plaats voor een peer-to-peer systeem dat stabiel is en waarop ingrijpen door de overheid lastiger wordt.



13.4

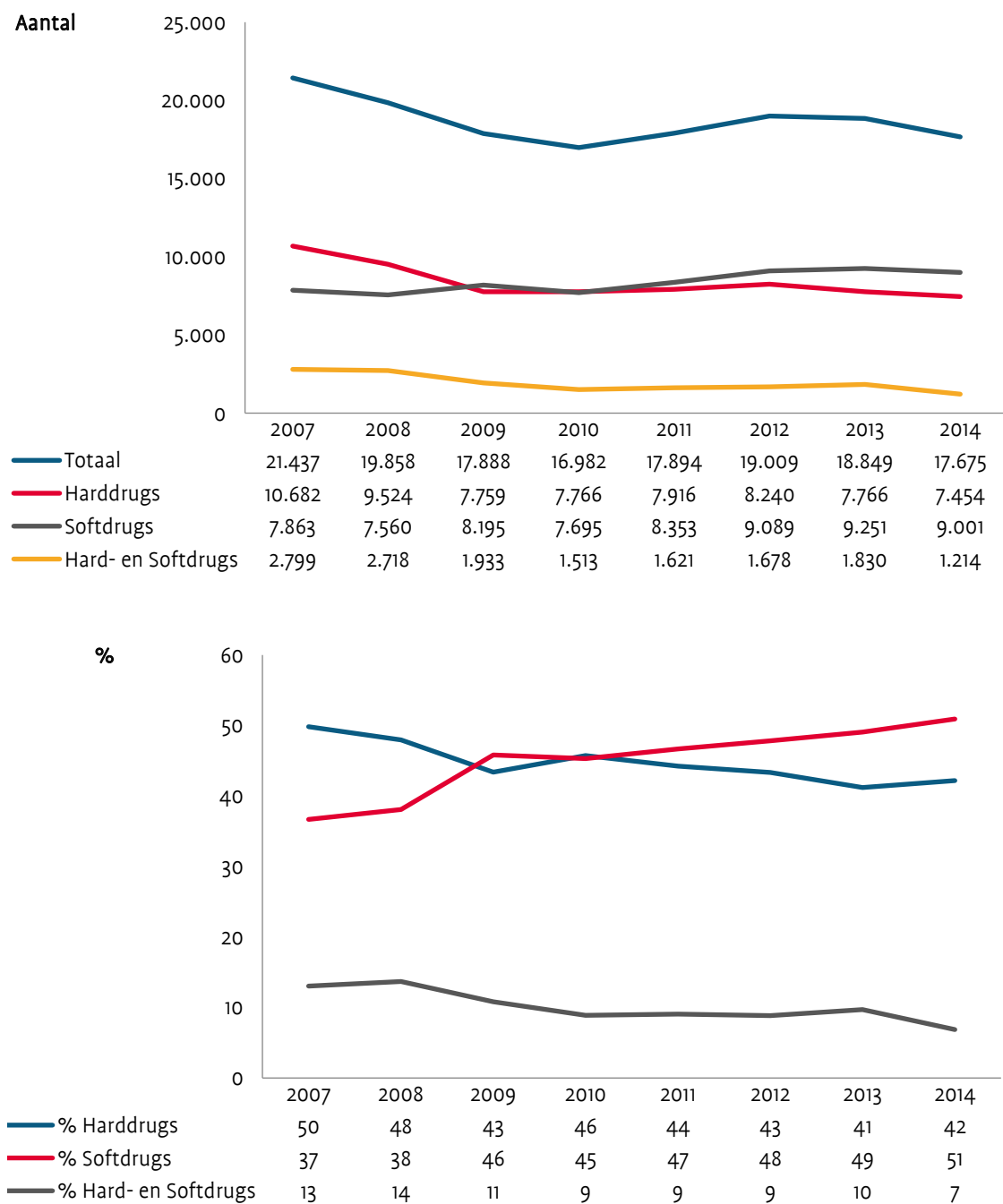
## Opiumwettdelicten in de strafrechtsheten

### Verdachten van Opiumwettdelicten bij de politie

In alle voorgaande edities van het Jaarbericht van de Nationale Drug Monitor (NDM) is informatie over verdachten gehaald uit het HKS-systeem. Dit systeem wordt echter sinds 2015 niet meer gebruikt door de politie. De laatste data betreffen 2014. In het andere politiesysteem, BVI, zijn vergelijkbare gegevens opgeslagen als in HKS. De actualisering van de benodigde data voor onder meer het onderhavige jaarbericht, conform het oorspronkelijke HKS-informatiemodel, is echter nog niet op tijd afgerond om in deze editie te kunnen worden meegenomen. Om inzicht te kunnen geven in de ontwikkelingen van de aantallen verdachten van Opiumwettdelicten in 2015 en 2016 gebruiken wij voor dit onderzoek aanvullend recente CBS-informatie over geregistreerde verdachten bij de politie. Door definitieverschillen zijn de aantallen verdachten op basis van het HKS echter niet zonder meer vergelijkbaar met die van het CBS.

- Het aantal verdachten van een Opiumwetdelict bij politie of Koninklijke Marechaussee bedroeg in 2014, volgens voorlopige HKS-cijfers, ruwweg 18 duizend en dat was minder dan in 2013 (figuur 13.5). De daling betrof vooral verdachten van gecombineerde hard- en softdrugsdelicten. Het aantal verdachten van harddrugsdelicten en van softdrugsdelicten daalde ook, maar minder. Gezien de CBS-informatie over geregistreerde verdachten lijkt ook na 2014, met name in 2015 en 2016 een dalende tendens aanwezig van het aantal geregistreerde verdachten.
- In 2014 werd 42% van de verdachten ge verbaliseerd wegens een harddrugsdelict en 51% vanwege een softdrugsdelict. Het aandeel softdrugsverdachten was in 2014 al een aantal jaren hoger dan dat van harddrugsverdachten. Deze verdeling lijkt constant in 2015 en 2016.
- Het aandeel verdachten van Opiumwetdelicten op alle verdachten nam in 2014 verder toe tot ruim 8,7%. De stijging (die er is sinds 2009) komt voornamelijk voor rekening van softdrugsverdachten. In 2015 en 2016 lijkt het aandeel constant.
- Verdachten van Opiumwetdelicten uit 2014 waren vooral mannen (tabel 13.3). Vrouwelijke verdachten worden vaker opgepakt voor softdrugsdelicten dan voor delicten met (ook) harddrugs. De meeste verdachten zijn tussen de 18 en 44 jaar.
- Voor 42% van de verdachten was het Opiumwetdelict uit 2014 het eerste geregistreerde delict. De rest is al eerder met de politie in aanraking geweest. Een derde heeft 5 of meer criminele antecedenten, 16% heeft er meer dan 10.

**Figuur 13.5 Verdachten<sup>I</sup> Opiumwettdelicten bij politie en Koninklijke Marechaussee naar hard- en softdrugs, 2007-2014, in absolute aantallen en %<sup>II</sup>**



I. Teleenheid is het aantal maal dat in het HKS een verdachte met een proces-verbaal Opiumwet is aangetroffen. II. Voorlopige cijfers over 2014. Bron: HKS, Landelijke Eenheid Politie, Dienst Landelijke Informatieorganisatie, 2015. Een zeer beperkte groep delicten waarvan niet kan worden vastgesteld of het om hard- of softdrugs gaat is niet in de figuur weergegeven, zodat de percentages niet steeds tot 100 optellen.

Tabel 13.3 Kenmerken van verdachten Opiumwettdelicten, naar hard- en softdrugs, 2014, in %<sup>I</sup>

		Harddrugs	Softdrugs	Beide	Totaal <sup>II</sup>
Totaal aantal		7.026	8.760	1.204	16.996
Geslacht	Man	89	83	88	86
	Vrouw	11	17	12	14
Aantal criminele antecedenten <sup>III</sup>	1	39	45	36	42
	2	11	13	12	12
	3-4	11	13	15	12
	5-10	18	16	20	17
	11-20	12	9	12	10
	21-50	7	4	5	5
	≥ 51	2	0	1	1
Leeftijd bij registratie laatste delict					
	12-17 jaar	2	2	3	3
	18-24 jaar	32	16	21	23
	25-34 jaar	33	33	32	33
	35-44 jaar	19	23	23	21
	45-54 jaar	10	18	15	15
	55-64 jaar	3	6	6	5
	≥ 65 jaar	0	2	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 Opiumwettdelict geverbaliseerd. II. In 23 gevallen is de soort drug onbekend. Deze categorie is hier niet opgenomen. III. Een antecedent is een politiecontact waarbij een proces-verbaal is opgemaakt; het betreft antecedenten uit de totale criminele geschiedenis *inclusief* het huidige politiecontact. Bron: HKS, Landelijke Eenheid Politie, Dienst Landelijke Informatieorganisatie, 2015.

### Instream van Opiumwetzaken en -delicten bij het Openbaar Ministerie (OM)

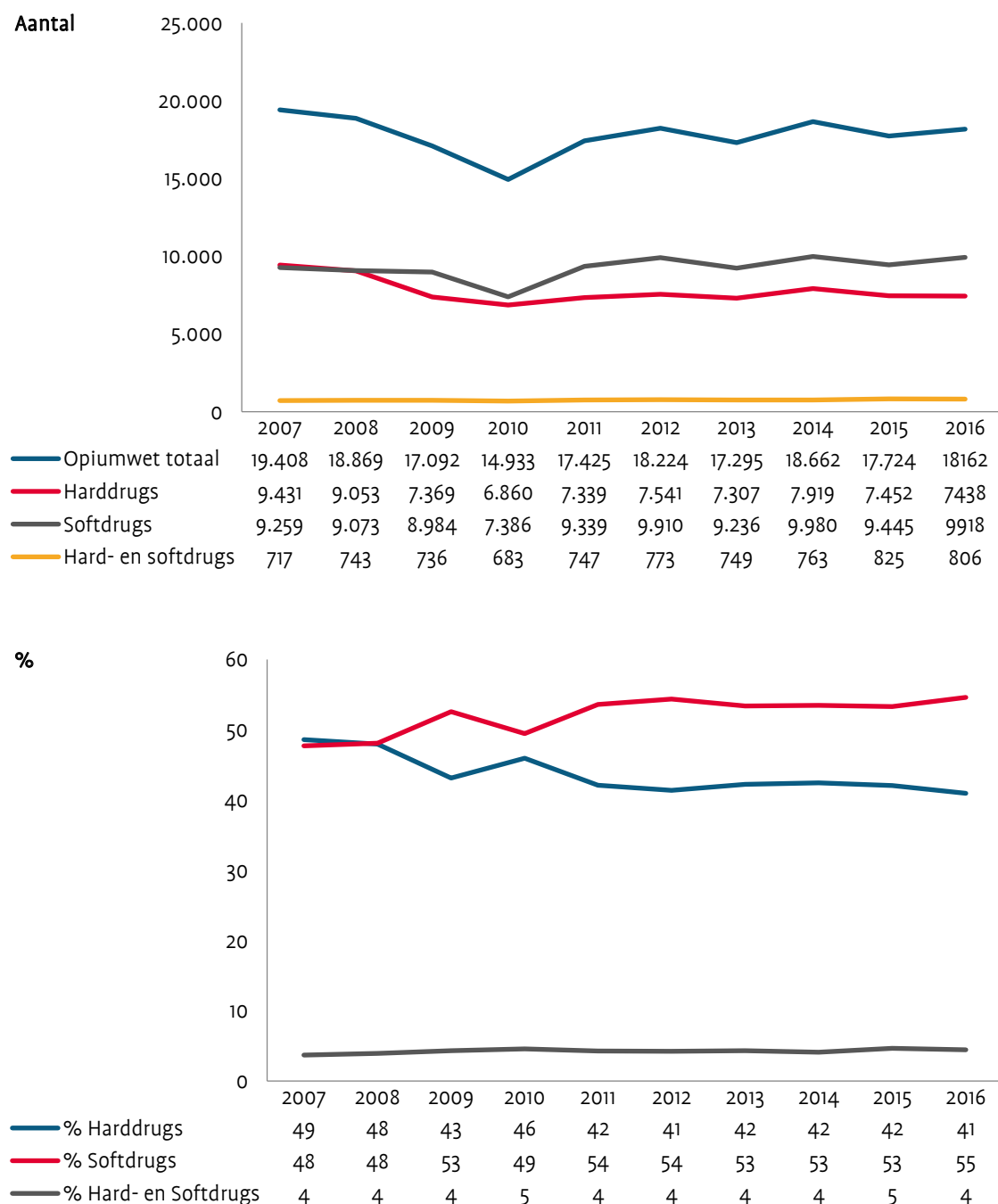
Opiumwettdelicten worden conform de beleidsregels in de Aanwijzing Opiumwet van het Openbaar Ministerie vervolgd (zie [www.om.nl](http://www.om.nl)). Niet alle delicten worden door de politie doorgestuurd naar het OM. Zo heeft de politie de bevoegdheid om voor bepaalde delicten een transactie aan te bieden. Door betaling van de transactie wordt het proces-verbaal niet doorgestuurd naar het OM. Ook kan de politie bij gering drugsbezit - bij het aantreffen van een hoeveelheid hard- of softdrugs voor eigen gebruik - de zaak seponeren.

Figuur 13.6 laat zien hoeveel Opiumwetzaken in 2016 en in de periode 2007-2016 zijn ingestroomd bij het OM. De laatste cijfers wijzen op een stijging van de totale instroom en een stabilisatie van de verhouding harddrugs- en softdrugszaken.

- In 2016 neemt de instroom met 2% toe naar 18.100. In 2015 was er een daling met 5% ten opzichte van 2014; die is nu weer omgebogen. Met name de softdrugszaken stijgen in 2016 met 5%. Harddrugszaken blijven constant en het aantal van gecombineerde hard- en softdrugszaken daalt met 2%.
- De zaken bij het OM betreffen vaker softdrugs (55%) dan harddrugs (41%; figuur 13.6). Deze verhouding bestaat ruwweg sinds 2009, daarvóór waren er nagenoeg evenveel (2007 en 2008) harddrugszaken.

- Het aandeel Opiumwetzaken bij het OM op de totale instroom is in 2016 wederom gegroeid: tot 9,6% (was 9,3% in 2015; tabel 13.4). De stijging van dit aandeel door de jaren heen komt voornamelijk voor rekening van softdrugszaken.

**Figuur 13.6 Opiumwetzaken<sup>I</sup> ingestroomd bij het Openbaar Ministerie, naar hard- en softdrugs<sup>II</sup>, 2007- 2016, in absolute aantallen en %**



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/RACmin, WODC.



**Tabel 13.4 Aandeel Opiumwetzaken op totale instroom OM, 2007-2016, in %<sup>1</sup>**

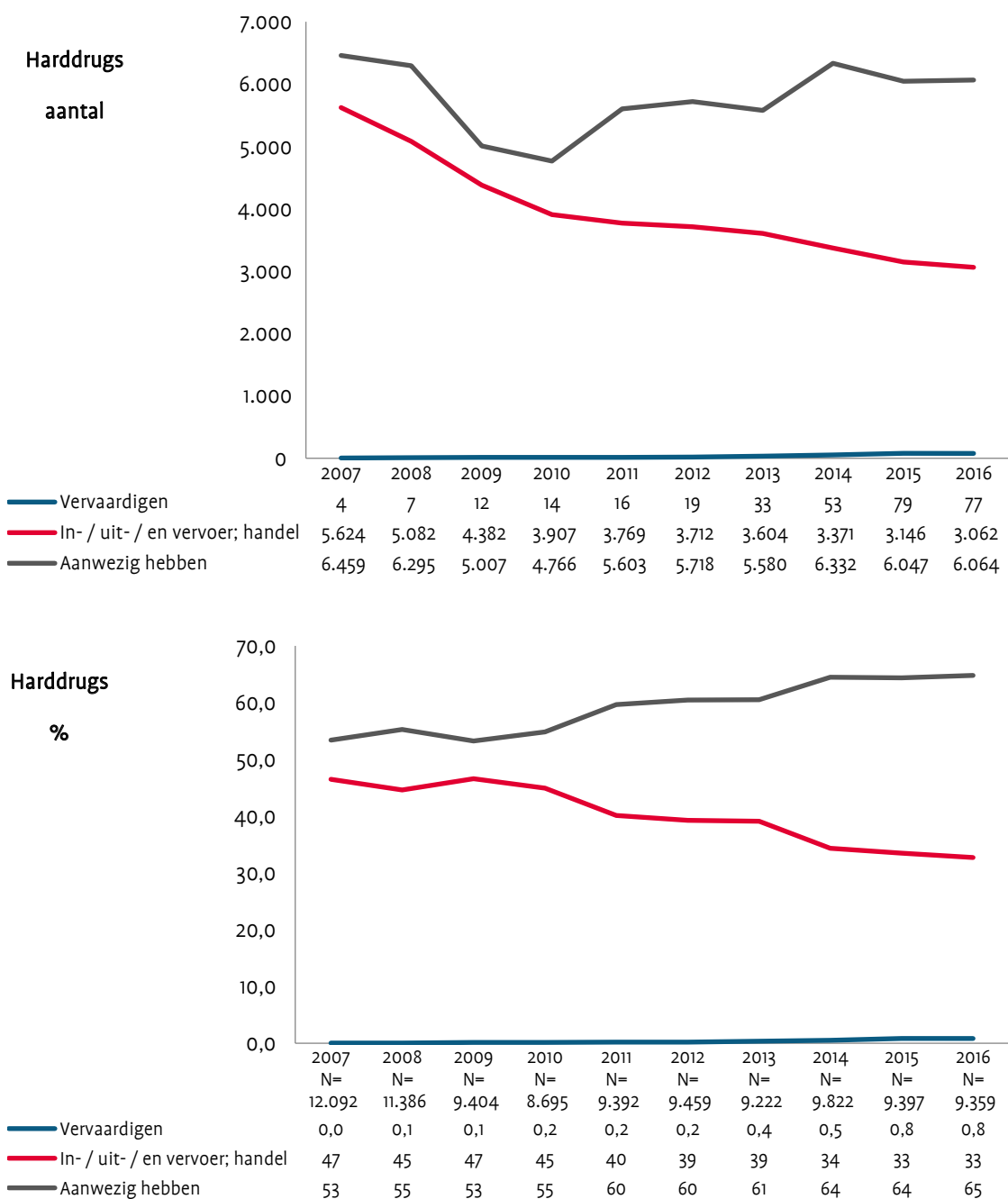
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
% Opiumwet	7,1%	7,1%	7,3%	7,0%	7,5%	8,0%	8,2%	8,8%	9,3%	9,6%
Zaken totaal (afgerond, *1.000)	275	264	234	214	233	227	210	212	191	190

I. Zaken totaal in duizendtallen. Bron: OMDATA/RACmin, WODC.

Figuur 13.7 laat de instroom van Opiumwetdelicten bij het OM zien voor harddrugs, onderverdeeld naar vervaardigen, in-, uit- en vervoer en handel, en aanwezig hebben, in de periode 2007-2016.

- Bij de harddrugsdelicten gaat het meestal – in 2016 in 65% van de gevallen – om het 'aanwezig hebben' (vrij vertaald: bezit) van harddrugs. Eerder onderzoek naar Opiumwetdelicten in de strafrechtsketen in 2012 liet zien dat het toen vooral ging om cocaïne en ecstasy/amfetamine (Kruize en Gruter, 2014; zie ook NDM Jaarbericht 2015). Het aantal 'bezitsdelicten' is in 2016 nagenoeg constant gebleven ten opzichte van 2015.
- In 33% van de gevallen gaat het om 'in-, uit- en vervoer en handel'. Het aantal harddrugsdelicten voor 'in- en uitvoer, vervoer en handel' laat een continue daling zien naar rond 3.100 in 2015. In 2016 daalt het aantal niet veel verder en komt het afgerond ook uit op 3.100. Het betreft een brede categorie die op basis van het registratiesysteem van het OM niet verder te specificeren valt. In het eerdere onderzoek naar Opiumwetdelicten werd gevonden dat smokkel van harddrugs voor 95% betrekking had op cocaïne (Kruize en Gruter, 2014). Bij de overige typen handelsdelicten ging het ook meestal om cocaïne, met heroïne/opium op de tweede en synthetische drugs op de derde plaats. In 2016, evenals in 2015, betreft minder dan 1% het 'vervaardigen' (produceren) van harddrugs.
- Er worden weinig gevallen van 'vervaardigen' van harddrugs geregistreerd, maar het aantal neemt wel toe. Het aantal steeg steeds, naar 79 in 2015 (figuur 13.7). In 2016 komt dit aantal iets lager uit: op 76. Afgaande op andere cijfers in dit hoofdstuk (§ 13.2) en eerder onderzoek (Kruize en Gruter, 2014) gaat het hier om productie van synthetische drugs. Kruize en Gruter (2014) melden dat bij een ontmanteling van een productieplaats meestal geen drugs in beslag worden genomen, maar hardware of chemicaliën.

**Figuur 13.7 Instroom van harddrugsdelicten bij het Openbaar Ministerie, naar vervaardigen, in-/uit- / vervoer en handel, aanwezig hebben, 2007-2016, in absolute aantallen en %**

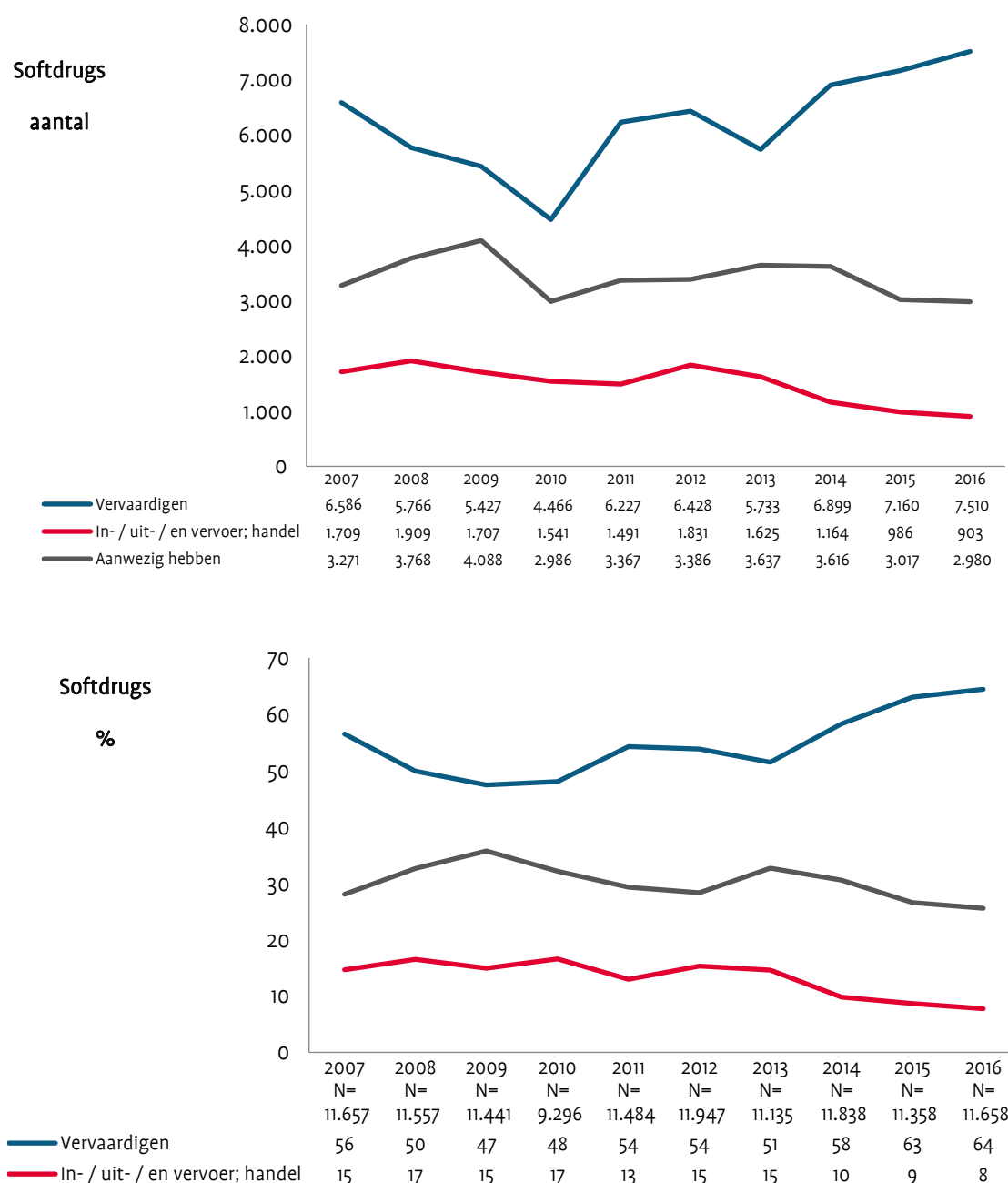


Figuur 13.8 laat de instroom van Opiumwetdelicten bij het OM zien voor softdrugs, onderverdeeld naar vervaardigen, in-, uit- en vervoer en handel, en aanwezig hebben, in de periode 2007-2016. Kruize en Gruter (2014) lieten zien dat het bij de softdrugs in 2012 voor 97% ging om hasj of wiet. Andere softdrugstypen komen weinig voor bij het OM.

- Bij de softdrugsdelicten gaat het in 2016 in een kwart (26%) van de gevallen om het 'aanwezig hebben' (bezit) van softdrugs. In 8% gaat het om 'in- en uitvoer, vervoer, handel'. In de meeste gevallen (64%) gaat het om het 'vervaardigen' van softdrugs – lees: het telen van nederwiet (figuur 13.8).
- In 2016 vallen rond 7.500 delicten in de categorie 'vervaardigen van softdrugs', meer dan in 2014 en 2015 (+5%). De delicten daalden na 2007, tot 2010. Daarna klimt het aantal omhoog naar ruim 7.500 in het recentste jaar, met een dip in 2013.

- Het aantal softdrugsdelicten in de categorie 'in- en uitvoer, vervoer en handel' was in 2016 wederom lager: -8% in vergelijking met 2015. Dit aantal vertoont door de jaren heen een dalende trend. Het aandeel van deze categorie softdrugsdelicten daalt van 17% in 2007 naar 8% in 2016.
- Het absolute aantal delicten in de categorie 'aanwezig hebben' blijft in 2016 nagenoeg constant. In 2015 daalde dit nog ten opzichte van 2014 met 17%. Het aandeel van het delict 'aanwezig hebben van softdrugs' vertoont een dalende trend sinds 2013: van 33% naar 26%. Het aandeel 'vervaardigen van softdrugs', tenslotte, stijgt – na een initiële daling van 2007 naar minder dan 50% in 2009-2010, naar ruim 50% in 2011-2013, tot rond de 60% in 2014-2016.

**Figuur 13.8 Instream van softdrugsdelicten bij het Openbaar Ministerie, naar vervaardigen, in-/uit- / vervoer en handel, aanwezig hebben, 2007-2016, in absolute aantallen en %**

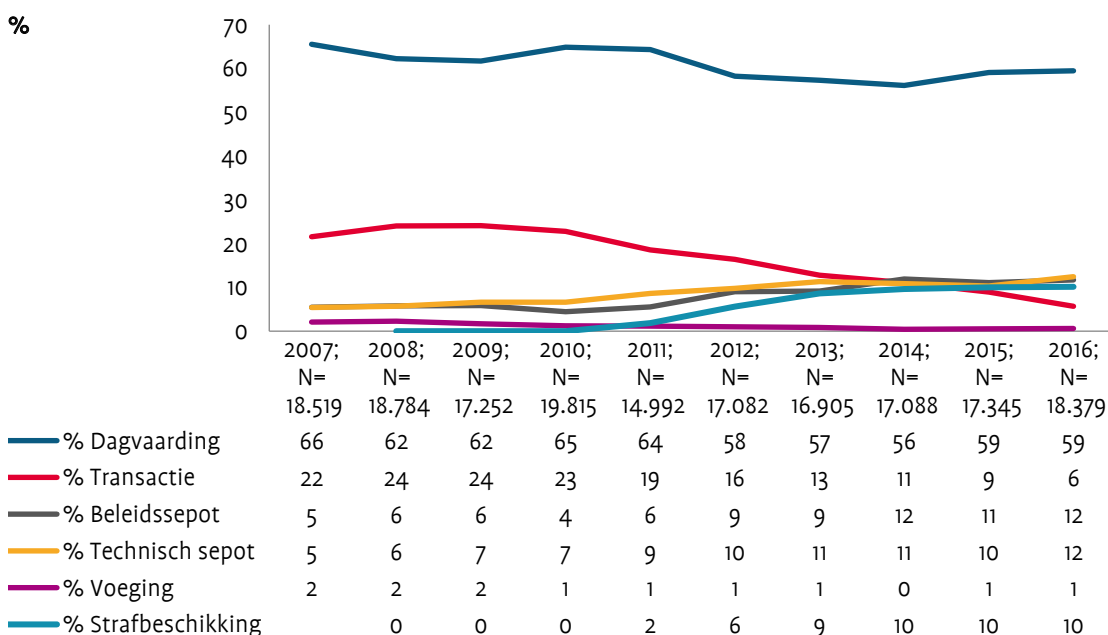


## Beslissingen door het Openbaar Ministerie in Opiumwetzaken

De meeste verdachten van een Opiumwetdelict worden door het OM voor de rechter gebracht, ofwel: gedagvaard (figuur 13.9).

- In 2016 geldt dit voor 59% van het totaal aantal afgedane zaken. Dit is 3 procentpunten meer dan in 2014, toen het 56% was. Het aandeel daalde tussen 2010 en 2014, hetgeen mogelijk te maken heeft met het gegeven dat het OM meer zaken zelf sanctioneerde met een strafbeschikking.
- Het aandeel transacties bedraagt 6% in 2016, waar dit nog 9% in 2015 was. Dit aandeel daalt dan ook sinds jaren. Meestal gaat het hierbij om financiële transacties (ofwel "geldsom transacties"), maar ook vergoeding van schade en taakstraffen vallen hieronder. In 2016 waren er 450 financiële transacties in Opiumwetzaken, in 2014 waren het er nog ruim 800.
- In 2016 stijgt het aandeel beleidssepots naar 12%, even hoog als in 2014. In 2015 kwam dit uit op 10%. Sinds 2010 steeg het aandeel beleidssepots (was 4% in 2010). De afgelopen drie jaren schommelt dit rond de 11%.
- Het aandeel technische sepots stijgt in 2016: naar 12%, tegen 10% het jaar ervoor. Dit aandeel steeg van 5% in 2007 naar 11% in 2013 en schommelt sinds 2010 rond de 11%.
- Voegingen komen weinig voor.
- In 2016 komt het aandeel van strafbeschikkingen wederom uit op 10% van de zaken, net als in de twee jaren ervoor. In 2011 kwamen de eerste strafbeschikkingen bij Opiumwetdelicten in beeld. Het aandeel van de strafbeschikkingen was bij de start 2%.

Figuur 13.9 Afdoening Openbaar Ministerie in Opiumwetzaken, 2007-2016<sup>1</sup>, in %

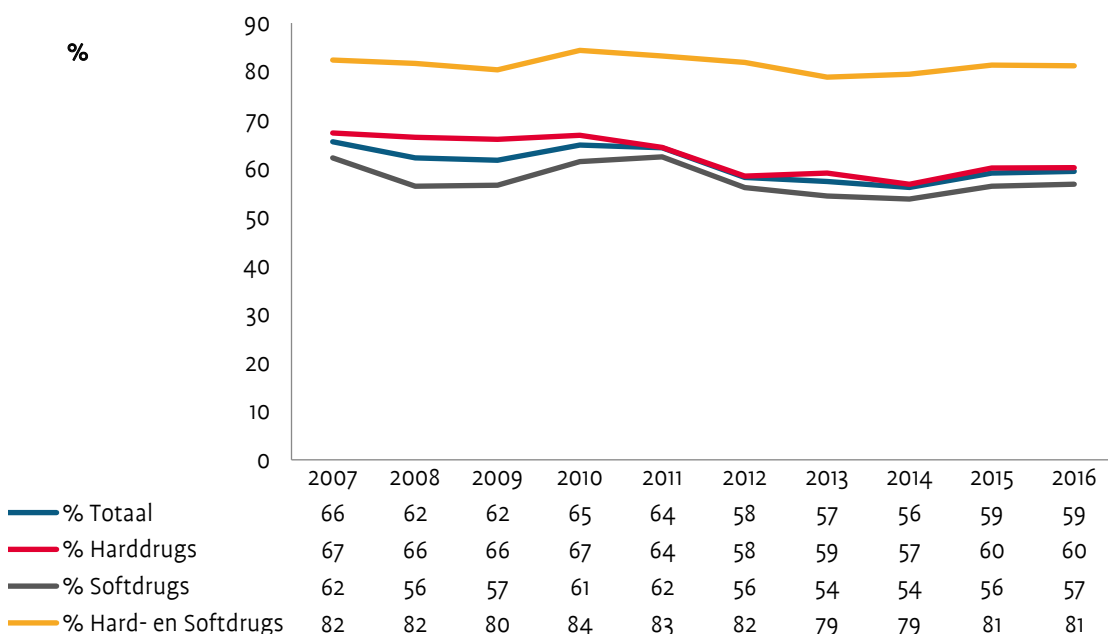


I. De totale aantallen (N) zijn exclusief administratieve sepots en overdrachten. Bron: OMDATA/RACmin, WODC.

Er zijn verschillen in afdoening door het OM tussen harddrugzaken, softdrugzaken en zaken met zowel hard- als softdrugs (figuur 13.10).

- Harddrugzaken worden in 2016 vaker gedagvaard dan softdrugzaken (60% tegen 57%). Het aandeel dagvaardingen is echter het hoogst als het gaat om zaken met een combinatie van hard- én softdrugs (81%).
- In 2016 is het aandeel strafbeschikkingen het hoogst bij harddrugzaken (13%). Bij softdrugzaken is dit 8% en bij gecombineerde drugzaken 5% (niet in figuur).
- Het aandeel beleidssepots is in 2016 even hoog bij softdrugzaken als harddrugzaken (12%), direct gevolgd door harddrugzaken. Bij gecombineerde drugzaken is dit 5%. Technische sepots komen in recente jaren het meest voor in softdrugzaken. In 2015 is dit aandeel 15% (14% in 2015), waar het bij harddrugzaken 10% is (tegen 7% in 2014) en bij zaken met hard- en softdrugs 6% (was eveneens 6% in 2015; niet in figuur).

**Figuur 13.10 Aandeel dagvaardingen in Opiumwetzaken Openbaar Ministerie, naar harddrugs, softdrugs en hard- en softdrugs<sup>1</sup>, 2007-2016, in %**



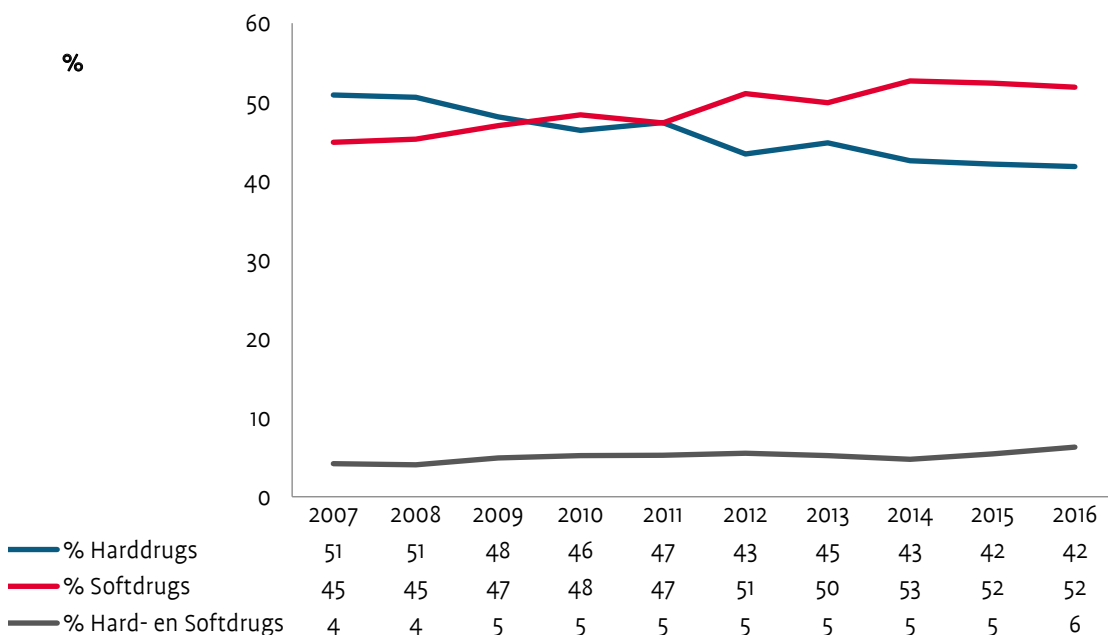
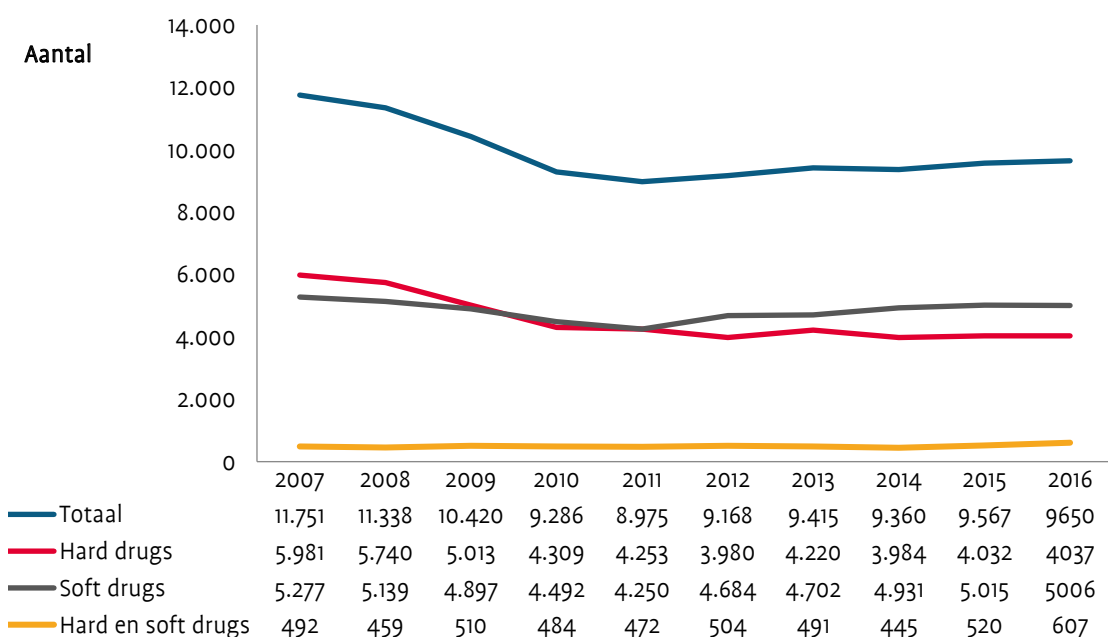
I. De totale aantallen (N) zijn exclusief administratieve sepots en overdrachten. Bron: OMDATA/RACmin, WODC.

### Afdoening door de rechter in eerste aanleg

- Het totaal aantal afdoeningen van Opiumwetzaken door de rechter stijgt in 2016 met 1% ten opzichte van 2015 (figuur 13.11).
- De stijging komt voor rekening van de combinatiezaken: deze stijgen met 17%. In 2016 blijft het aantal harddrugzaken en softdrugzaken constant in vergelijking met het voorgaande jaar. De toename bij de softdrugzaken van de afgelopen jaren wordt in 2016 niet voortgezet (figuur 13.11). Sinds 2014 schommelt dit aantal rond de 5.000. Het aantal harddrugzaken schommelt, na een daling tussen 2007 en 2012, rond de 4.000 in de jaren erna.

- In 2016 is – evenals in 2015 – 52% een softdrugszaak en 42% een harddrugszaak (eveneens identiek aan dat in 2015; figuur 13.11). Een betrekkelijk klein deel – 6% in 2016, was 5% in 2015 – betreft de gecombineerde hard- en softdrugszaken. Op langere termijn laat het aandeel softdrugszaken een stijgende lijn zien, dat van harddrugszaken een dalende. De gecombineerde zaken blijven op een niveau van 5% à 6%.

**Figuur 13.11 Door de rechter afgedane Opiumwetzaken in eerste aanleg, naar hard- en softdrugs, 2007- 2016<sup>1</sup>, aantallen en %**



I. Per verdachte kan meer dan een zaak geregistreerd zijn. Bron: OMDATA/RACmin, WODC.

- In 2016 vormen Opiumwetzaken bijna 10% van het totale aantal door de rechter in eerste aanleg afgedane zaken (niet alleen Opiumwet maar alle zaken), waar dit in 2015 9% was (tabel 13.5). Vanaf 2009 tot en met 2014 steeg het aandeel, na een daling in de voorafgaande jaren. De stijging komt voornamelijk voor rekening van softdrugzaken.

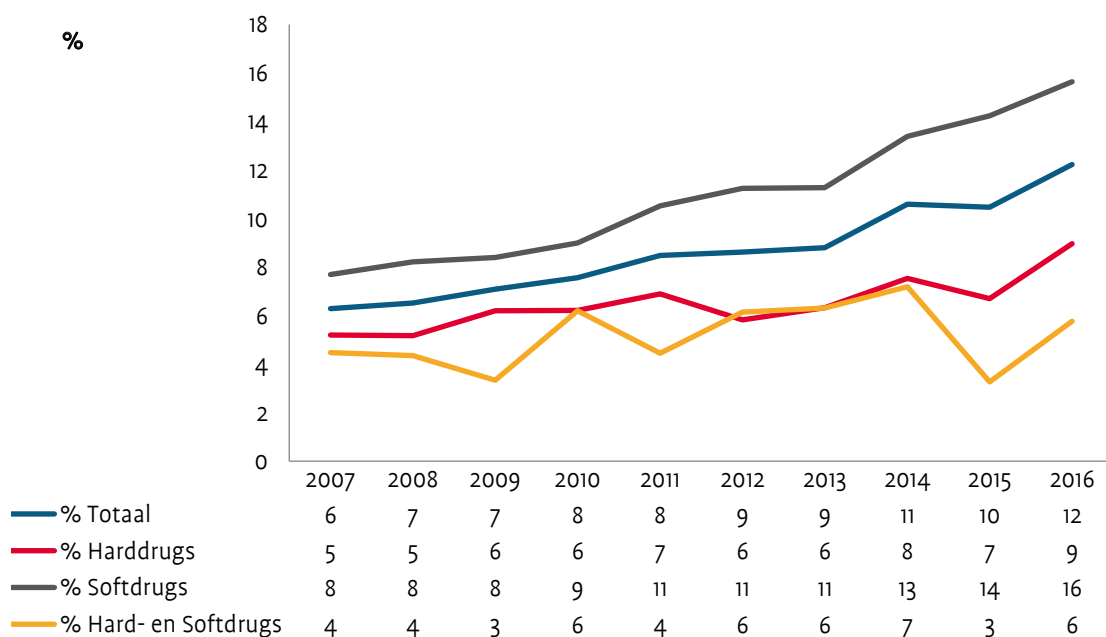
**Tabel 13.5 Aandeel (%) van door de rechter afgedane Opiumwetzaken<sup>I,II</sup> 2007-2016**

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
% Opiumwet	8,5%	8,1%	7,6%	7,8%	7,8%	8,5%	8,8%	8,9%	8,9%	9,8%
Zaken totaal (afgerond, *1.000)	139	140	139	119	116	109	108	107	109	100

I. Zaken totaal in duizendtallen. II. Per verdachte kan meer dan een zaak geregistreerd zijn. Bron: OMDATA/RACmin, WODC.

- Het aandeel vrijspraken in Opiumwetzaken door de rechter in eerste aanleg stijgt in 2016 verder naar 12%, na een daling in 2015 (figuur 13.12). Het nam aanvankelijk tot en met 2014 toe tot 11%. Het aandeel vrijspraken voor Opiumwetzaken was in 2015 één procentpunt lager dan bij alle misdrijfzaken (10%). Ook het aandeel vrijspraken bij alle misdrijfzaken stijgt, analoog aan de Opiumwetzaken, maar komt in de beschouwde periode steeds iets hoger uit, met uitzondering van 2014, toen het aandeel vrijspraken in Opiumwetzaken wat hoger uitkwam (hier gehanteerde bron voor vrijspraak alle misdrijfzaken: Kalidien en De Heer – de Lange, 2015). In 2016 is het aandeel vrijspraken bij Opiumwetzaken één procentpunt hoger dan dat bij alle misdrijfzaken.
- Het aandeel vrijspraken stijgt vooral bij softdrugzaken: in 2016 beslist de rechter in eerste aanleg in 16% van de gevallen tot een vrijspraak. In 2007 was dit nog 8%. Maar ook bij harddrugzaken is een stijging waarneembaar. Het aandeel vrijspraken in harddrugzaken was 5% in 2007 en stijgt naar 9% in 2016. Het aandeel vrijspraken is gemiddeld het laagst bij de gecombineerde hard- en softdrugzaken. Dit aandeel stijgt van 4% naar 7% in 2014, daalt scherp in 2015, naar 3%, om in 2016 weer te stijgen: naar 6%.

Figuur 13.12 Aandeel vrijspraak in eerste aanleg naar soort Opiumwettelijk, 2007-2016<sup>I</sup>



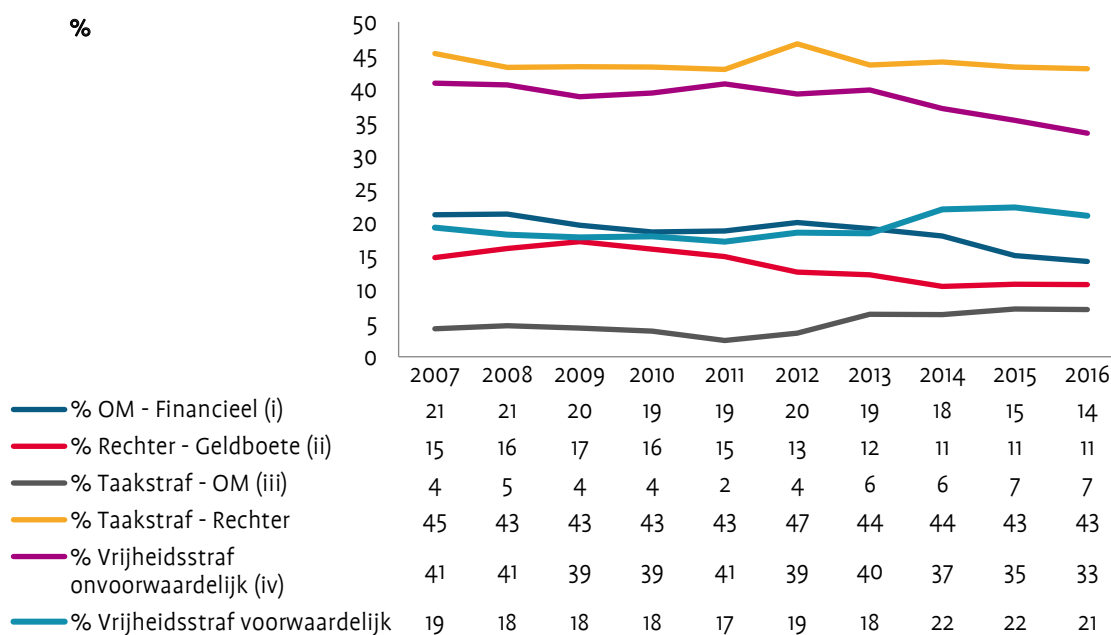
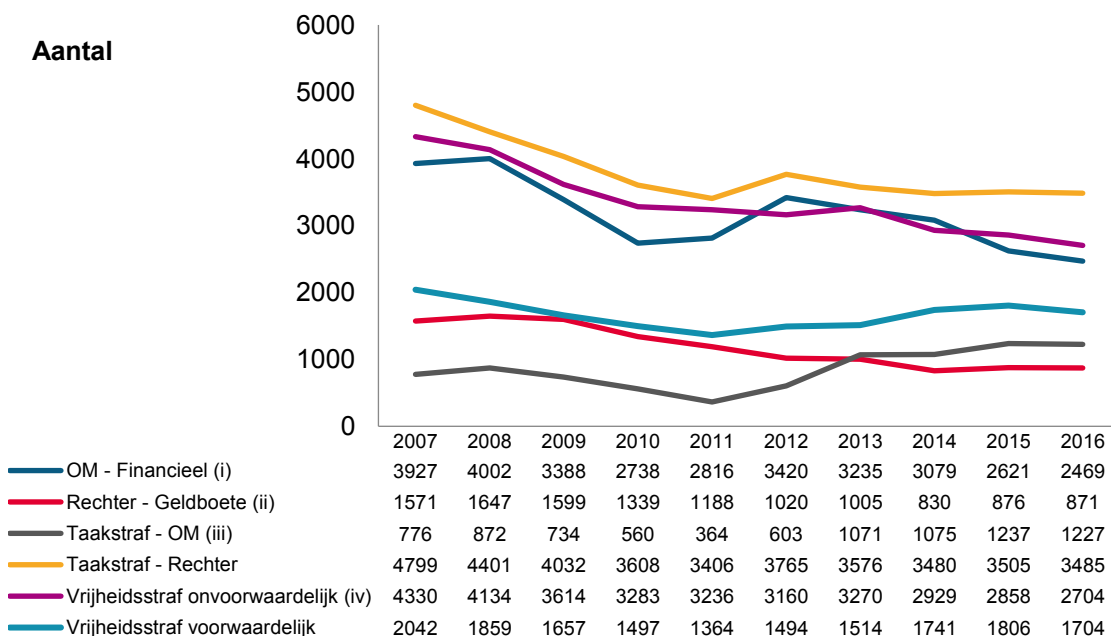
I. Inclusief een aantal van totaal 100 ontslagen van rechtsvervolgving over de gehele periode 2005-2015.

## Sancties OM en rechter

Figuur 13.13 laat zien in hoeveel Opiumwettelijke zaken een bepaald type sanctie is opgelegd en figuur 13.14 in hoeveel zaken die sancties zijn opgelegd voor hard- en softdrugszaken afzonderlijk. Zowel de zaken met sancties door het OM als de zaken met sancties die de rechter oplegt, zijn weergegeven. Een onderscheid wordt gemaakt in de sanctiecategorieën "OM Financieel" (bestaande uit de zaken met aangeboden financiële transacties en opgelegde financiële strafbeschikkingen); "Rechter – Geldboete" (waarin de zaken met (deels) onvoorwaardelijke geldboetes zijn geteld); verder de zaken met een "Taakstraf – OM" en "Taakstraf – Rechter". Ten slotte worden de zaken getoond met vrijheidsstraffen, verdeeld over de categorie "Vrijheidsstraf – onvoorwaardelijk" – inclusief de deels onvoorwaardelijke straffen – en de categorie "Vrijheidsstraf – voorwaardelijk". Het is van belang om hier te melden dat in één zaak meerdere typen sancties kunnen voorkomen.



Figuur 13.13 Opiumwetzaken naar sanctietype OM of rechter in eerste aanleg, 2007-2016, in aantal en %<sup>1</sup>



I. Percentage op afdoeningen OM voor zaken met OM-sanctie en op schuldigverklaringen voor zaken met sanctie rechter. i. OM: Financieel (transactie en strafbeschikking). ii. Rechter: Geldboete (deels) onvoorwaardelijk; iii. Taakstraf - OM (transactie en -strafbeschikking); iv. Vrijheidsstraf (deels) onvoorwaardelijk. Bron: OMDATA/RACmin, bewerking WODC.

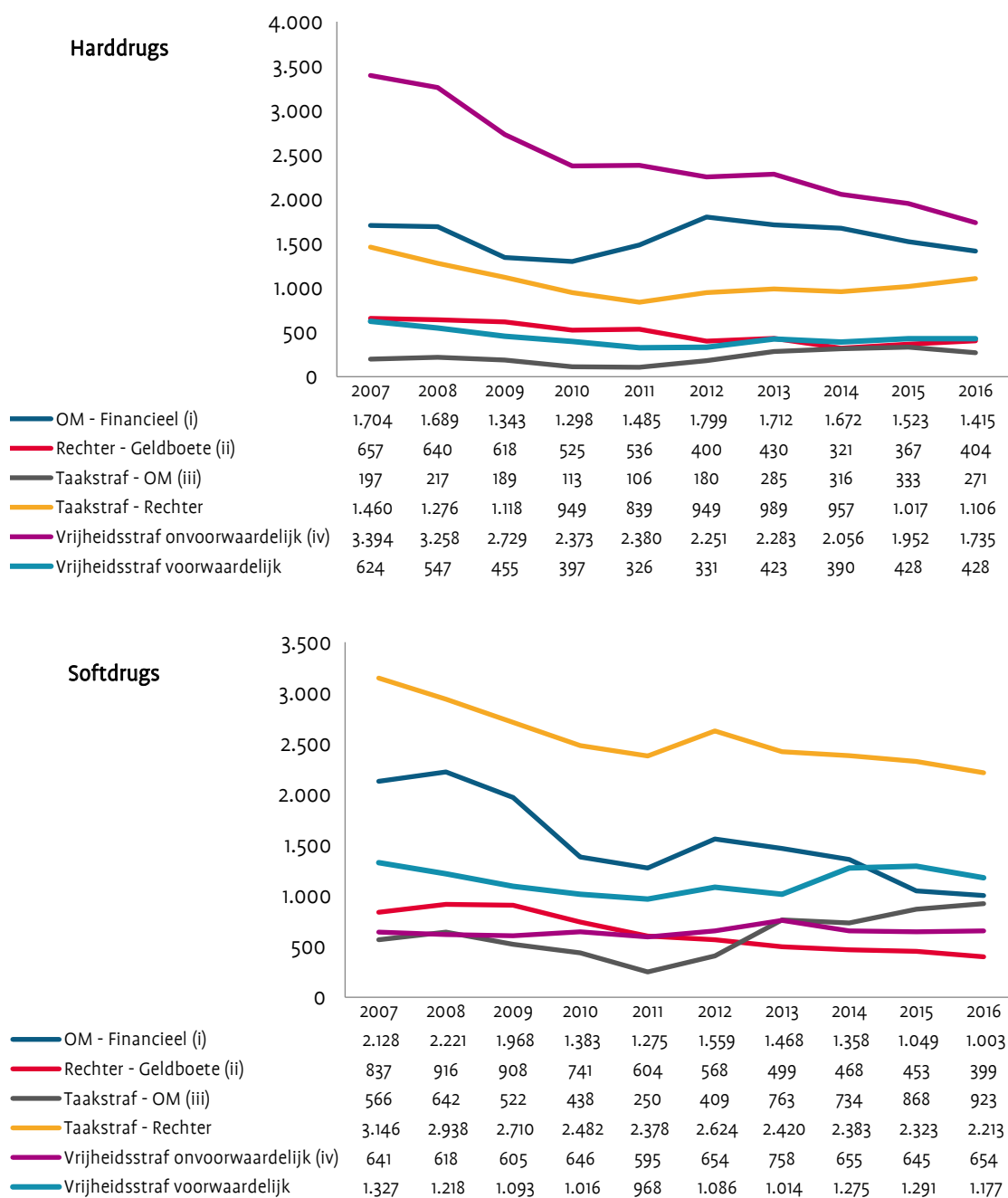
Taakstraffen worden het vaakst opgelegd in Opiumwetzaken. Daarna volgen (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen (opgelegd door de rechter) en financiële sancties door het Openbaar Ministerie.

- Het aantal zaken waarin een taakstraf is opgelegd door de rechter stabiliseert de laatste jaren min of meer. Vanaf 2010 schommelt het aantal zaken waarin een taakstraf is opgelegd rond de 3.500. In 2016 legt de rechter iets minder dan 3.500 taakstraffen op.
- In 2016 beslist het OM in 2.500 zaken tot een financiële sanctie. In 2007 en 2008 lag het aantal zaken met een financiële sanctie op een niveau van 4.000. In 2009 daalde dit naar ruim 3.400. Daarna schommelt het ruwweg rond de 3.000 tot en met 2012. Vanaf dit jaar tot en met 2016 daalt het aantal.
- Het aantal zaken waarin het OM tot een taakstraf beslist neemt de afgelopen jaren tot en met 2015 toe. In 2016 is het aantal echter constant in vergelijking tot het jaar ervoor: ruim 1.200. In 2014 was dit bijna 1.000. De stijging van de afgelopen jaren komt voornamelijk voor rekening van de strafbeschikking, maar ook de zaken met een als transactie aangeboden taakstraf nemen enigszins toe.
- In 2016 zijn in 2.700 Opiumwetzaken (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen opgelegd, lager dan het jaar ervoor met ruim 2.800. Sinds 2007 is dit aantal in grote lijn afgenomen. Het aantal zaken waarin (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen opgelegd zijn daalt in de laatste drie jaren onder het niveau van 3.000.
- In 2016 komt het aantal door de rechter opgelegde geldboetes uit op minder dan 900, nagenoeg gelijk aan het jaar ervoor. Dit aantal was de afgelopen jaren steeds gedaald, vanaf bijna 1.600 in 2007. Die daling wordt vanaf 2015 niet voortgezet.

Wanneer gekeken wordt naar het aandeel (in %, zie figuur 13.13), dan geven de cijfers het volgende beeld:

- Het aandeel zaken waarin het OM besluit tot een financiële sanctie in 2016 is 14%, was 15% in 2015, minder dan in voorgaande jaren. Het aandeel zaken waarin de rechter een geldboete oplegt is in 2016 11%, even hoog als in 2014 en 2015.
- Het aandeel zaken waarin het OM besluit tot een taakstraf is 7% in 2016 even hoog als in 2015.
- Dit aandeel stijgt gestaag vanaf 2011.
- Het aandeel zaken waarin de rechter een taakstraf oplegt, ligt tussen de 43% en 47%. In 2016 is dit 43%, even hoog als in 2015.
- Het aandeel zaken waarin de rechter een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf oplegt schommelt in de hele periode tot en met 2013 ruwweg rond de 40%, maar daalt in de recentste drie jaren naar 33% in 2016.
- Taakstraffen worden vooral opgelegd in softdrugzaken, onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen vooral in harddrugzaken (figuur 13.14). Voorwaardelijke vrijheidsstraffen worden voornamelijk aangetroffen bij softdrugzaken en in mindere mate bij harddrugzaken. In 2016 zijn minder voorwaardelijke vrijheidsstraffen opgelegd in softdrugzaken dan in 2015. De laatste jaren, met name vanaf 2011 tot en met 2015, was hier een toename in te zien.

**Figuur 13.14 Type sanctie in eerste aanleg in harddrugs- en softdrugszaken, 2007-2016, absolute aantallen**

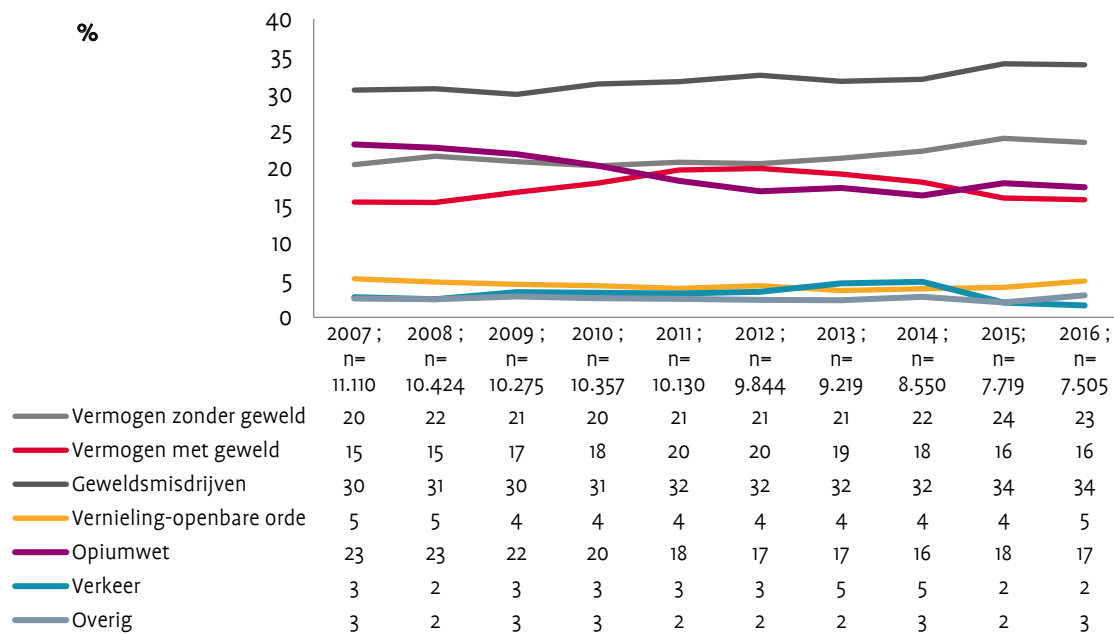


I. OM: Financieel (transactie en strafbeschikking). II. Rechter: Geldboete (deels) onvoorwaardelijk. III. Taakstraf - OM (transactie en strafbeschikking). IV. Vrijheidsstraf (deels) onvoorwaardelijk. Bron: OMDATA/RACmin, bewerking WODC.

## Opiumwetdelinquenten in de Nederlandse gevangenissen

- Van de 7.500 personen die op 30 september 2016 in het gevangeniswezen verbleven, zat 17% daar vanwege een Opiumwetdelict (figuur 13.15). In 2015 was dit 18%. Tussen 2011 en 2015 was het 16%-18%, daarvóór lag het percentage hoger.
- Het absolute aantal personen dat gedetineerd is vanwege een Opiumwetdelict daalt in de periode 2006 tot en met 2016 aanzienlijk. In 2006 bedroeg dit aantal nog 2.600, in 2016 komt het uit op 1.300 (niet in figuur; Van Rosmalen et al., 2011; Linckens et al., 2016).
- Oudere gedetineerden (50 plus) zitten relatief vaak vast voor een Opiumwetdelict. Ook bij vrouwelijke gedetineerden komen Opiumwetdelicten relatief vaak voor (Linckens et al., 2016).

**Figuur 13.15 Aandeel<sup>1</sup> Opiumwetdelinquenten onder populatie in het gevangeniswezen (in %) vergeleken met vijf andere delictgroepen, peildatum 30 september, 2007 – 2016**



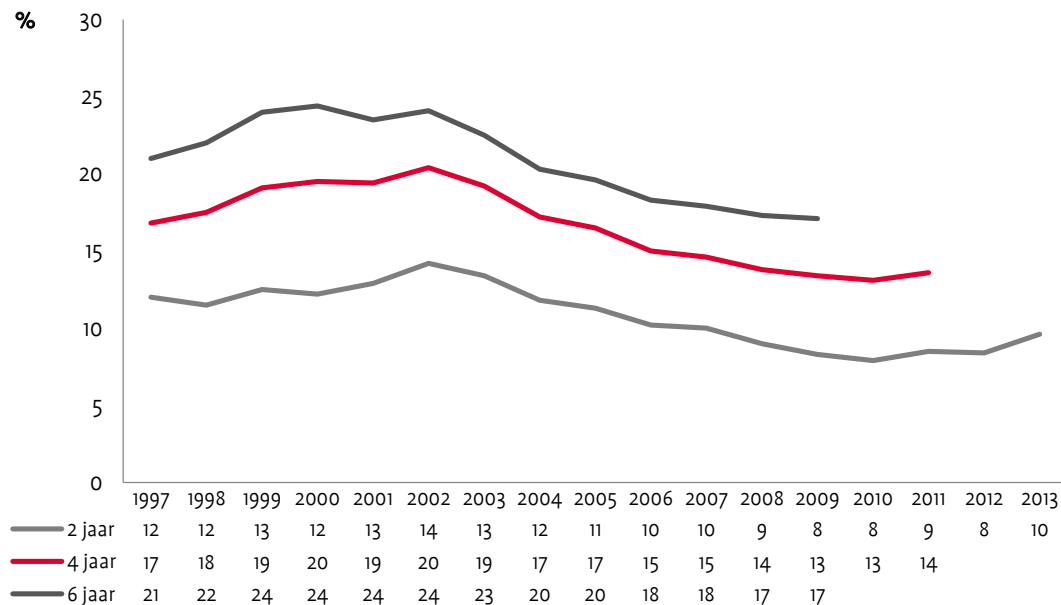
I. Berekening percentages zonder de categorie 'onbekend'. Geweldsmisdrijven is inclusief seksuele misdrijven. Verkeer is inclusief gijzelingen voor niet betaalde verkeersovertredingen. Indeling is gemaakt op basis van zwaarste delict. Bronnen: Van Rosmalen, Kalidien en De Heer – de Lange, 2011; Linckens, Valstar en Van Gemmert, 2016.



In deze slotparagraaf wordt de recidive besproken van daders die voor een opiumwetdelict zijn vervolgd. De gegevens zijn afkomstig van de WODC-Recidivemonitor. Het tijdstip van de recidive is bepaald aan de hand van de pleegdatum van het nieuwe delict. De meest recente recidivecijfers hebben betrekking op daders die in 2013 zijn vervolgd voor een opiumwetdelict en toen het 'uitgangsdelict' hebben gepleegd. Cijfers over eerdere jaren die in deze paragraaf worden gepresenteerd, hebben betrekking op uitgangsdelicten in eerdere jaren.

- In tabel 13.16 staat de recidive van mensen van wie in 2013 of eerder een strafzaak is afgedaan wegens een opiumwetdelict en in de jaren daarna opnieuw wordt vervolgd voor overtreding van de Opiumwet. Een kleine groep opiumwetovertridders komt relatief snel opnieuw in aanraking met de justitie vanwege een drugsdelict: van de daders uit 2013 heeft bijna 10% binnen twee jaar opnieuw een opiumwetdelict gepleegd waarvoor men vervolgd wordt. Na vier jaar is dat 14% en na zes jaar 17% (6-jarige recidive is alleen bekend voor de groep die in 2009 het uitgangsdelict pleegde, 4-jarige recidive voor de groep die in 2011 het uitgangsdelict pleegde).
- Als we de cohorten (de verschillende jaren waarin de het uitgangsdelict strafrechtelijk is afgedaan) vergelijken, wordt duidelijk dat de 2-jarige recidive tussen 1997 en 2002 eerst steeg (van 12% in 1997 naar 14,2% in 2002) en vanaf 2003 gestaag daalt naar 8,4% in 2012. In 2013 laat de recidive weer een lichte stijging zien naar 9,4%. In de vierjarige - en zesjarige recidive is een vergelijkbare trend waar te nemen.

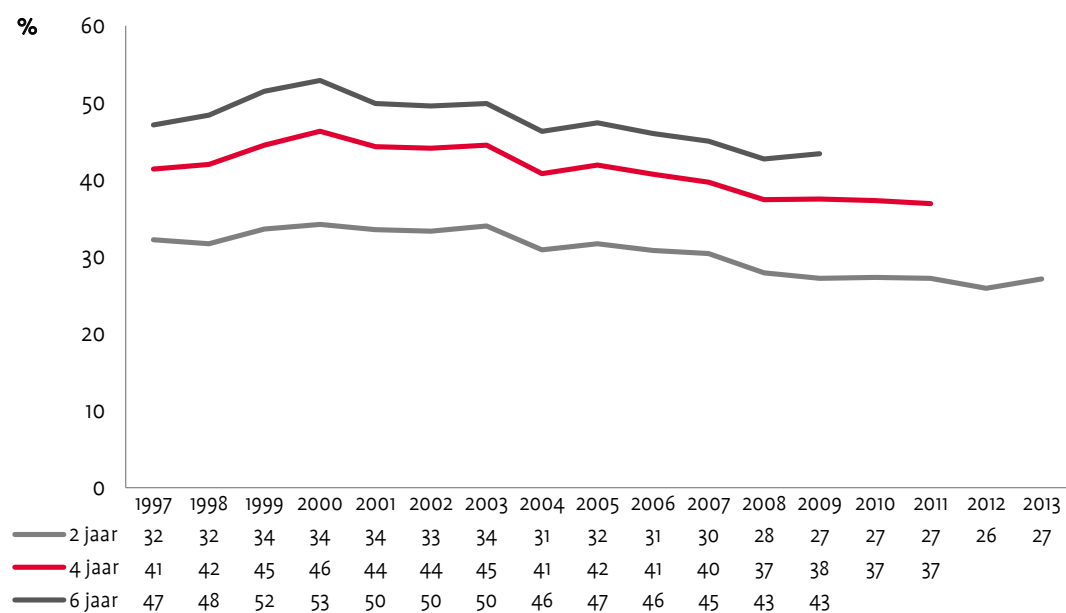
**Tabel 13.16** Percentage 2-, 4- en 6-jarige speciale recidive daders van opiumwetdelicten (speciale recidive = opnieuw een opiumwetdelict)



Noot: Daders van softdrugsdelicten en harddrugsdelicten zijn bij elkaar opgeteld.

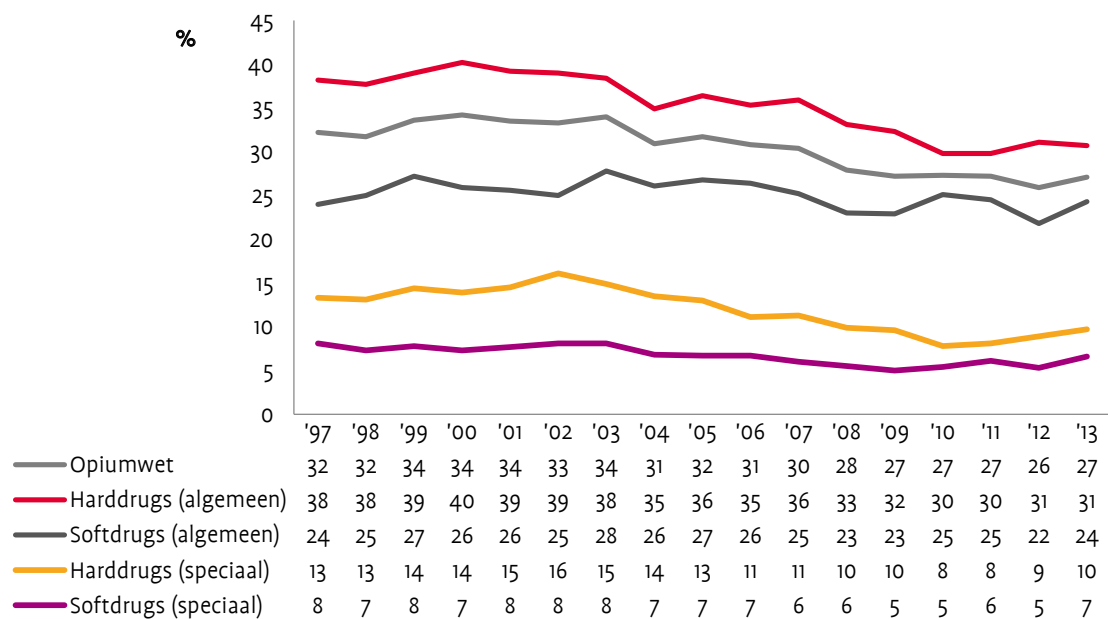
- In figuur 13.17 is de algemene recidive weergegeven van daders van een opiumwetdelict in 2013 en in de jaren daarvoor. Het gaat bij algemene recidive om alle misdrijven die zijn gepleegd na het uitgangsdelict, dus niet alleen om opiumwetdelicten. Ruim een kwart (27,1%) van de opiumwetovertridders uit 2013 komt binnen twee jaar opnieuw in aanraking met de politie vanwege een misdrijf. Na vier jaar is dat 36,9% en na zes jaar 43,4% (6-jarige recidive is alleen bekend voor de groep die in 2009 het uitgangsdelict pleegde, 4-jarige recidive voor de groep die in 2011 het uitgangsdelict pleegde).
- De algemene recidive van de opiumwetdelinquenten is in de periode 1997-2013 gedaald, na eerst een aantal jaar te zijn gestegen: in 1997 pleegde een derde (32,2%) van de overtridders binnen twee jaar opnieuw een ander delict, in 2003 was dat 34% en daarna daalde het tot een kwart (25,9%) in 2012. In 2013 is de 2-jarige recidive licht gestegen naar 27,1%.
- Voor de recidive over een langere periode, laat de grafiek zien dat in 1997 bijna de helft van het aantal opiumwetdelinquenten (47,1%) binnen zes jaar na het uitgangsdelict opnieuw een delict pleegde. Dat percentage stijgt de jaren daarna licht tot 49,9% in 2003 en daalt daarna tot 42,7% in 2008. In 2009 stijgt de recidive licht naar 43,4%.
- Kortom, als de cohorten globaal met elkaar worden vergeleken, is vanaf 1997 eerst een stijging te zien en daarna, vanaf 2003, een daling. In 2013 stijgt de recidive weer licht.

**Figuur 13.17 Percentage 2-, 4- en 6-jarige algemene recidive van daders van opiumwetdelicten (algemene recidive = alle misdrijven).**

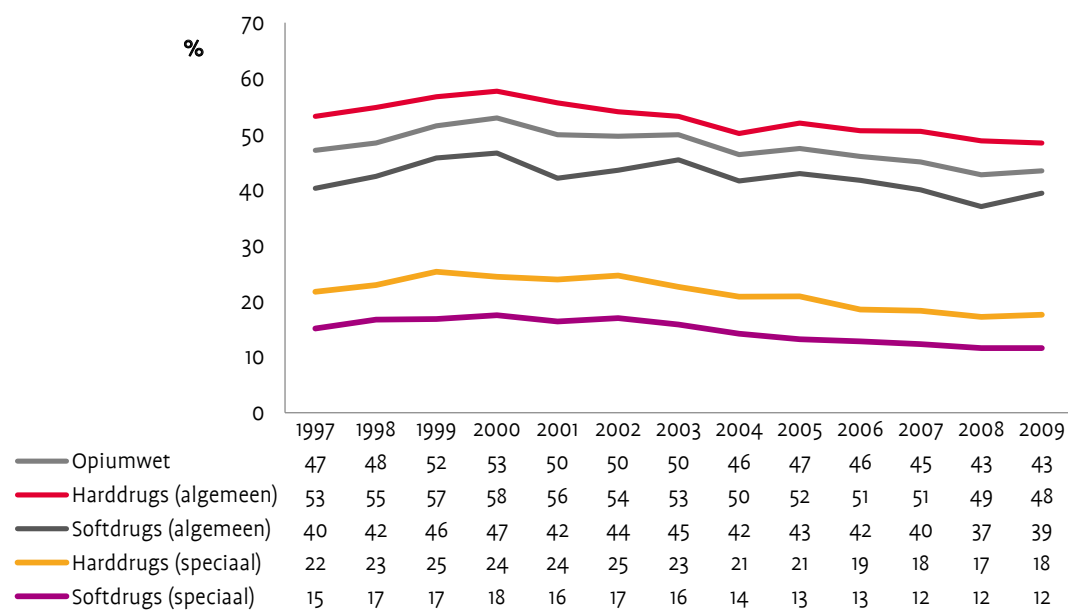


- Splitsing van de recidivecijfers van de gehele groep drugsdelinquenten maakt inzichtelijk dat daders van een harddrugsdelict vaker opnieuw een delict plegen dan daders van een softdrugsdelict. Dat geldt zowel voor recidive binnen twee jaar, binnen vier jaar als binnen zes jaar. Ook geldt het zowel voor speciale recidive (na het uitgangsdelict opnieuw een opiumwetdelict plegen) als voor algemene recidive (opnieuw een willekeurig misdrijf plegen, ook niet-opiumdelicten). In de volgende figuren kan dat worden afgelezen. In de eerste figuur is de recidive voor verschillende groepen binnen twee jaar weergegeven, in de tweede figuur de recidive binnen zes jaar.
- Door de jaren heen daalt de 2-jarige recidive van harddrugsdelinquenten aanzienlijk tussen 1997 en 2013. De 2-jarige algemene recidive van softdrugsdelinquenten schommelt maar blijft door de tijd heen nagenoeg gelijk. De 6-jarige recidive daalt licht tussen 1997 en 2009 voor beide groepen.

**Figuur 13.18 2 jarige recidive (algemene en speciale), van daders die een harddrugsdelict hebben gepleegd en daders die een softdrugsdelict hebben gepleegd.**



**Figuur 13.19 6-jarige recidive (algemene en speciale recidive), van harddrugs en softdrugsdelinquenten**





## 14. Criminaliteit en overlast door alcohol- en drugsgebruikers





## 14. Criminaliteit en overlast door alcohol- en drugsgebruikers

### Inleiding

Dit hoofdstuk gaat over de criminaliteit die gepleegd wordt door alcohol- en drugsgebruikers. Hiertoe behoren strafbare feiten die worden gepleegd onder invloed van alcohol of drugs (de 'psychofarmacologische criminaliteit') en die worden begaan om geld (of drugs) te bemachtigen om het gebruik voort te kunnen zetten (de 'economisch-dwangmatige criminaliteit')(zie EMCDDA, 2007). Daarnaast komt in dit hoofdstuk ook overlast van alcohol- en drugsgebruikers aan de orde.

Het Nederlandse beleid is erop gericht om criminele problematische gebruikers niet alleen te straffen, maar ook – als er geen contra-indicaties zijn – door te leiden naar (gedrags)interventies en zorgtrajecten buiten detentie, met het doel de re-integratie in de maatschappij te bevorderen en de criminele recidive tegen te gaan (zie hoofdstuk 2).

De gegevens in dit hoofdstuk zijn afkomstig uit registratiesystemen van politie, verslavingsreclassering en de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI). Verder wordt geput uit de Veiligheidsmonitor, onderzoek en jaarverslagen. Het beeld is fragmentarisch omdat de informatie belangrijke lacunes kent:

- De politie screent verdachten niet systematisch op middelengebruik. We weten dus niet hoeveel (problematische) gebruikers in totaal bij justitie binnenkomen en welke delicten ze plegen.
- In het datasysteem van het Openbaar Ministerie is geen informatie te vinden over middelengebruik bij justitiabelen.
- Alle gedetineerden worden bij binnenkomst in een penitentiaire inrichting door de medische dienst bevraagd over middelenmisbruik, zodat de zorgbehoefte van deze gedetineerden kan worden vastgesteld en kan worden bepaald welke zorg noodzakelijk is. De landelijke registratie hiervan laat echter te wensen over.
- Voor het bijhouden van gegevens over de instroom, doorstroom en uitstroom in de forensische zorg bestaat het IFZO (applicatie Informatievoorziening Forensische Zorg). Hierin worden echter (nog) niet alle gegevens goed bijgehouden (Nederlandse Zorgautoriteit, 2016).
- Het Herkenningsdienstsysteem (HKS) van de politie, waarin kon worden aangegeven of een verdachte 'alcoholgebruiker' of 'drugsgebruiker' was, wordt sinds 2015 niet meer gebruikt door de politie. Het is nog niet mogelijk geweest om voor dit onderzoek tijdig de overgang te maken naar het systeem dat thans door de politie wordt gebruikt (BVI).
- Er wordt geen periodiek onderzoek gedaan naar (problematisch) middelengebruik in het strafrechtelijk systeem.

Paragraaf 14.1 geeft een overzicht van de laatste feiten en trends. Paragraaf 14.2 beschrijft wat bekend is over drugsgebruikers in het strafrechtelijk systeem en over de interventies. Paragraaf 14.3 gaat in op overlast.



## 14.1 Laatste feiten en trends

### *Criminaliteit*

- De alcohol- en drugsgebruikers die als zodanig in het politiesysteem staan, plegen voornamelijk vermogensdelicten. Ook geweldsdelicten (tegen personen), openbare orde delicten en Opiumwetdelicten komen regelmatig voor (§ 14.2).
- Rijden onder invloed van alcohol is een veel voorkomend strafbaar feit. In 2016 werden er ruim 26.000 personen voor geverbaliseerd. Het aantal vertoont een dalende trend (§ 14.2).
- Jaarlijks verwijst justitie 20.000 personen naar de verslavingsreclassering. In de periode juni 2014 t/m maart 2017 gebruikte het grootste deel van de cliënten met drugsproblematiek cannabis (62%). Daarna volgen cocaïne (44%) en amfetamines (18%). Van deze cliënten gebruikt 44% meerdere soorten drugs. (§ 14.2).

### *Overlast*

- Ongeveer een kwart van de Nederlandse bevolking heeft in 2016 wel eens overlast ervaren van drugshandel of drugsgebruik in de eigen buurt. Een minderheid (4%) ervaart hier veel overlast van. Deze cijfers verschillen nauwelijks van 2014 (§ 14.3).
- Rond 26% van de Nederlandse bevolking heeft in 2016 wel eens overlast ervaren van dronken mensen op straat; 3% heeft hier veel overlast van. Dit is niet veranderd ten opzichte van 2014 (§ 14.3).
- Coffeeshopoverlast (door klanten of niet-klanten) komt in 2015 in de meeste gemeenten niet of nauwelijks voor en is minder geworden vergeleken met 2014. Gemeenten met veel tot ernstige overlast van coffeeshops zijn er in 2015 niet (§ 14.3).



## 14.2 Alcohol- en drugserelateerde criminaliteit

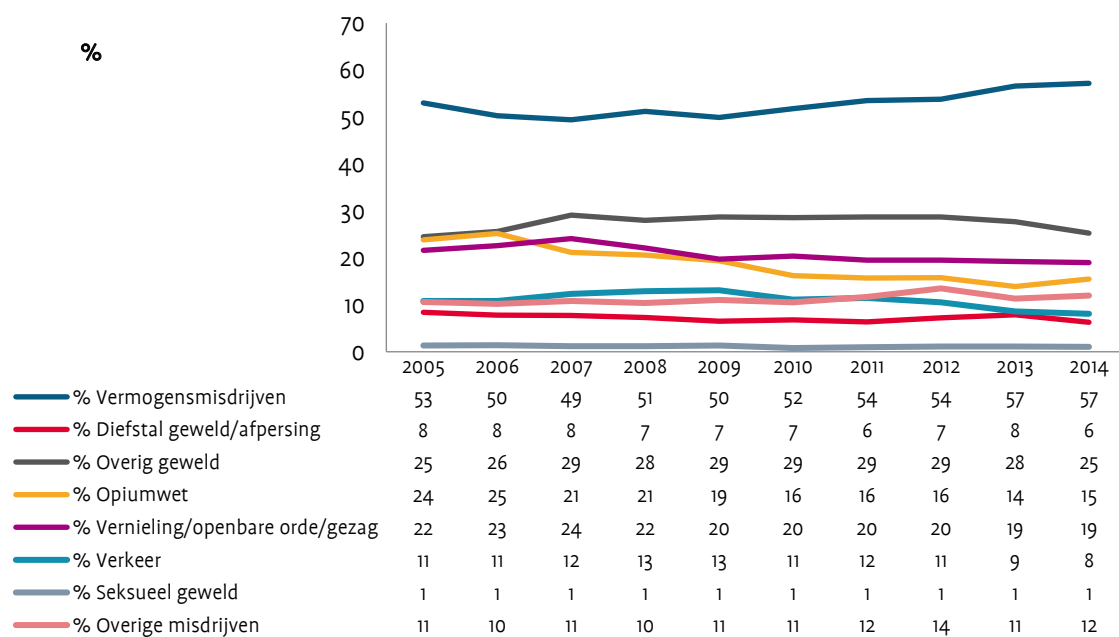
### **Alcohol- en drugsgebruikers bij de politie**

In het Herkenningsdienstsysteem (HKS) van de politie kon tot 2015 worden aangegeven of een verdachte 'alcoholgebruiker' of 'drugsgebruiker' was. Deze classificatie – het gaat om een gevarenclassificatie – werd gebruikt als er aanwijzingen waren dat een verdachte door zijn alcohol- of drugsgebruik een gevaar kon opleveren voor de verbalisant. Ook kon dit gebeuren op aangeven van de verdachte zelf, bijvoorbeeld als hij/zij zelf aangaf problemen te hebben met het gebruik van alcohol of drugs, of als hij/zij om methadon vroeg. De kans bestond dat een verdachte wel (problematisch) alcohol- of drugsgebruiker was, maar niet als zodanig werd herkend door de politie en dus niet als gebruiker in het HKS werd geregistreerd. Dit leidt tot een onderschatting (zie Bruinsma et al., 2008) van onbekende omvang. De gegevens waren wel bruikbaar als indicatie voor kenmerken van de meer ernstige en herkenbare gebruikers die bij de politie binnenkomen.

In de edities van het Jaarbericht van de Nationale Drug Monitor (NDM) tot 2015 is informatie over verdachten gehaald uit het HKS-systeem. Dit systeem wordt echter, zoals hiervoor al aangehaald, sinds 2015 niet meer gebruikt door de politie. In het andere politiesysteem, BVI, zijn vergelijkbare gegevens opgeslagen als in HKS. Het is voornamelijk echter niet haalbaar gebleken om voor dit onderzoek tijdig de overgang te maken naar BVI. Er is daarom geen nieuwe informatie gebruikt over verdachten bij de politie. Het meest recente beeld is dat van 2014 (zie ook NDM Jaarbericht 2016, Van Laar en Ooyen-Houben, 2016).

- Ruim 1.500 verdachten stonden in 2014 geassocieerd als 'alcoholgebruiker'. Het waren vooral mannen van gemiddeld 45 jaar met vaak meerdere criminele antecedenten. Ze werden vooral verdacht van vermogensmisdriften (56%), geweld tegen personen (anders dan diefstal met geweld of afpersing, 30%) en vernieling of delicten tegen de openbare orde (26%). Dit verschilde in 2014 niet van voorgaande jaren.
- De groep verdachten met de classificatie 'drugsgebruiker' bestond in 2014 uit ruim 5.000 personen, eveneens merendeels mannen, van wie de meesten tien of meer criminele antecedenten hadden. De gemiddelde leeftijd was 43 jaar. Het totale aantal 'drugsgebruikende verdachten' daalde tussen 2005 en 2014.
- Veruit de meeste drugsgebruikende verdachten (63%) werden in 2014 geassocieerd voor vermogensmisdriften, inclusief diefstal met geweld en afpersing. Verder maakten 25% van de verdachte drugsgebruikers zich schuldig aan 'overig geweld', 19% aan vernieling of openbare orde delicten en 15% aan overtreding van de Opiumwet (figuur 14.1).
- Tussen 2005 en 2014 daalde het aandeel 'drugsgebruikers' dat van een Opiumwetdelict werd verdacht.

**Figuur 14.1 Type delict waarvan als 'drugsgebruiker' geassocieerde personen bij de politie worden verdacht, 2005-2014'**



I. Meer dan een type delict mogelijk. Bron: HKS, Nationale Politie, extractie uit de WODC-datamart drugs WODC, 2015.

## GHB-gebruikers bij de politie

Onder de groep 'drugsgebruikers' bevinden zich ook GHB-gebruikers (zie ook hoofdstuk 9). Nabben en Korf (2016) deden onderzoek naar de GHB-problematiek waar de politie mee te maken krijgt. Ze onderzochten dit in vier plattelandsgebieden, waar frequent GHB-gebruik en verslaving vaker lijken voor te komen.

- De politie ziet zich daar geconfronteerd met gezondheidsproblemen, zoals bewustzijnsverlies bij gebruikers die een te hoge dosering genomen hebben en/of er andere drugs bij gebruikt hebben, en met gedragsproblemen zoals agressie en verwardheid bij onthouding. Ook veroorzaakt deze groep gebruikers problemen met de openbare orde en veiligheid, zoals overlast, verloedering, agressief gedrag, dealen en vermogenscriminaliteit.
- Aanhouding door de politie is tamelijk gebruikelijk onder de GHB-gebruikers en een deel komt veelvuldig in aanraking met de politie. Niet alle aanhoudingen hebben echter (direct) te maken met GHB of GBL.
- Aanhouding gebeurt het vaakst in verband met de Opiumwet (bezit of kopen van GHB en/of andere drugs). Daarna volgen verkeersovertredingen en verkeersmisdrijven, openbare orde delicten en vandalisme, en ten slotte vermogensdelicten, geweldsdelicten en wapenbezit. Hierbij hoeft overigens geen direct verband te bestaan met de effecten van GHB.
- De groep bestaat uit 'klassieke verslaafden' (vaak polydrugsgebruikers met meervoudige problematiek), straatjongeren, uitgaanders en thuisgebruikers. De politie heeft vaak te maken met gebruikers die het stadium van recreatief gebruik gepasseerd zijn.
- Er is blijkens het onderzoek van Nabben en Korf (2016) sterke regionale variatie in omvang en aard van de problematiek.

## Verslavingsproblematiek onder gedetineerden

- De Loeff et al. (2017) rapporteren diagnoses van justitiabelen die in 2016 in aanmerking komen voor forensische zorg. Daarbij wordt 4.400 keer (circa 25%) 'aan een middel gebonden stoornissen' genoemd. Dit is de meest voorkomende problematiek. Dit aandeel is sinds 2012 vrij stabiel.
  - In onderzoek is van 50 gedetineerden in zes penitentiaire inrichtingen, bij wie een vermoeden was van problematiek, nagegaan wat de diagnose is. In 15 gevallen (30%) blijkt de dominante zorgvraag verslavingsproblematiek. Co-morbiditeit van persoonlijkheidsstoornissen, verslaving (alle middelen) en verstandelijke beperking komt vaak voor (Roorda en Buysse, 2016). De omvang van de steekproef in dit onderzoek is evenwel klein, waardoor het cijfer van 30% niet meer dan een indicatie kan zijn.

## Geweld en het gebruik van alcohol en drugs

Alcoholgebruik verhoogt de kans op agressief gedrag: na het drinken van vijf glazen alcoholische drank is de kans verhoogd dat de drinker als dader of slachtoffer betrokken raakt bij een gewelddadig incident, zo komt naar voren in een overzichtstudie van Van Amsterdam & Niesink, 2017 (refererend aan o.a. Hasselt 2010). Fors alcoholgebruik (intoxicatie) speelt een cruciale rol bij circa de helft van alle geweldsdelicten en speelt een rol bij veel gevallen van seksueel geweld. Anderzijds is het van belang te realiseren dat slechts een klein deel van de mensen die alcohol drinken, agressief worden (Van Amsterdam & Niesink, 2017). Het gebruik van drugs kan de kans op agressief gedrag eveneens vergroten, zo blijkt uit een recente literatuurstudie van Ramaekers et al., 2016 (zie o.a. ook Van Amsterdam & Niesink 2017). Uit de literatuurstudie van Ramaekers (2016) komen de volgende bevindingen naar voren:

- Gewelddadig of agressief gedrag kan optreden als effect van het gebruik, als onderdeel van onthoudingsverschijnselen na gebruik, door verhoogde impulsiviteit als gevolg van zwaar gebruik of doordat de gebruikte middelen een psychose of manie veroorzaken, die dan weer kunnen leiden tot agressiever gedrag. De effecten kunnen ook in verband worden gebracht met afgenomen gevoeligheid voor sociale signalen.
- Een causaal verband is gevonden voor alcohol, opiaten en bepaalde synthetische stimulerende middelen, maar voor elk middel werkt het anders.
- Het aandeel van alcoholgerelateerd geweld in al het geweld in Nederland wordt geschat op 26%- 43%. Gewelddaders hebben vaak alcohol gedronken (37%-78%).
- Bij opiaten maken vijandigheid en agressie onderdeel uit van de onthoudingsverschijnselen. Bepaalde NPS (synthetische stimulerende middelen) hebben een effect op agressief gedrag, maar het lijkt dan vaak te gaan om hogere doses van gebruik.
- Het verband met geweld is minder duidelijk voor hallucinogenen, (meth)amfetamine en cocaïne. Voor MDMA, cannabis en GHB is geen verband gevonden (zie ook Van Amsterdam & Niesink, 2017)
- De specifieke effecten zijn verschillend per individu en afhankelijk van de interactie tussen biologische en persoonlijke kenmerken van een individu en de omgeving.
- Op grenswaarden bestaat nog weinig empirisch gefundeerd zicht. Alleen bij alcohol kon een significante toename van agressie worden gemeten bij een dosering van 0,75 g/kg en hoger.

## Rijden onder invloed

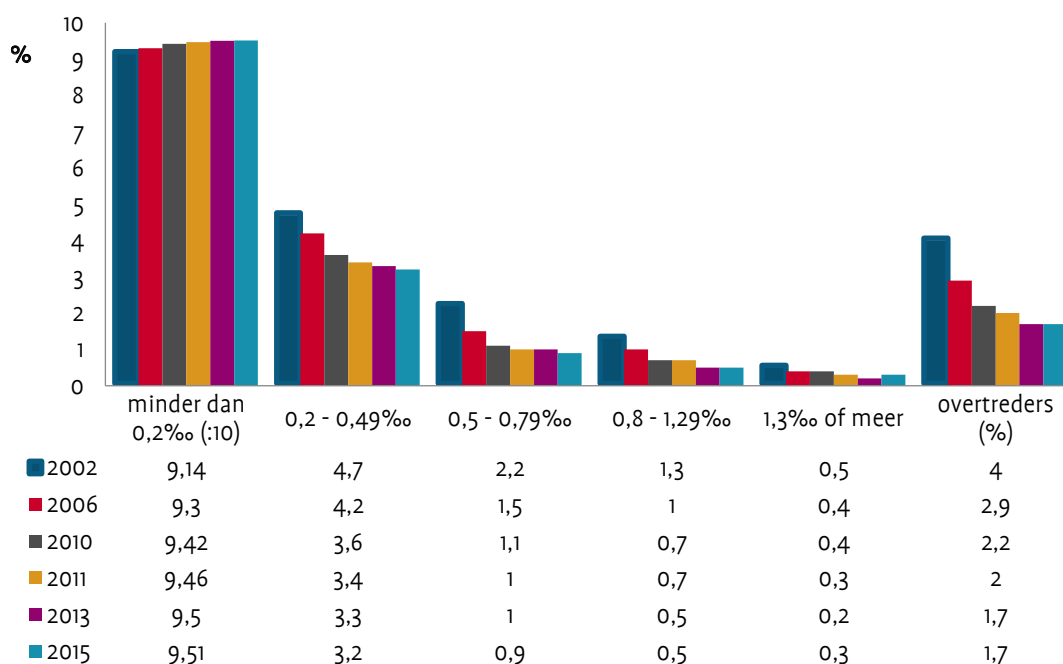
Alcohol beïnvloedt het rijgedrag negatief. Het besturen van een voertuig gaat minder goed, doordat de bestuurder meer gaat slingeren en de reactietijd toeneemt. Al vanaf 1 à 2 glazen alcohol is er een grotere kans op ongevallen (Hels et al., 2011, resultaten DRUID-project). In Nederland is het rijden met een alcoholconcentratie in het bloed van 0,5‰ of hoger strafbaar (voor beginnende bestuurders geldt 0,2‰). In 2014 is rijden onder invloed van drugs in een apart artikel van de wet strafbaar gesteld, met grenswaarden voor een aantal drugs; dit is in 2017 geïmplementeerd.

### *Rijden onder invloed van alcohol*

Rijkswaterstaat Water, Verkeer en Leefomgeving (van het Ministerie van Infrastructuur en Milieu) laat periodiek (nu: tweejaarlijks) onderzoek uitvoeren naar rijden onder invloed van alcohol in Nederland. Het meest recente onderzoek betreft de periode 2002-2015 (I&O Research, 2016). In samenwerking met de politie zijn alcoholcontroles uitgevoerd in een aselechte steekproef van ruim 15.000 staande houdingen van automobilisten die op vrijdagavond of zaterdagavond tussen 22.00 en 4.00 uur in alle politieregio's aan het verkeer deelnamen (in 2013 waren het er ruim 25.000). Bij iedere automobilist is een ademtest afgenomen en wanneer daarbij de alcohollimiet was overschreden, volgde een ademanalyse.

- Tussen 2002 en 2015 daalde het percentage bestuurders dat te veel heeft gedronken (0,5‰ of meer) van 4,1% naar 1,7% (figuur 14.2). Het bleef in 2015 gelijk aan 2013. Dit betekent dat na een jarenlange periode van daling in 2015 sprake is van een stabilisatie.
- Het percentage nuchtere bestuurders of bestuurders met zeer weinig alcohol op nam toe van 91% in 2002 naar 95% in 2013 (figuur 14.2).
- Het aandeel zware alcoholovertreders (1,3‰ of meer) nam toe in 2015, na een jarenlange dalende trend (figuur 14.2).
- Het percentage overtreeders is het hoogst in de provincies Noord-Holland (3%) en Zeeland (2,8%) en het laagst in Drenthe (1%) (I&O Research, 2016).
- Mannen rijden vaker met te veel alcohol op dan vrouwen en overtreeders vallen meestal in de leeftijdsgroep 25-34 jaar (I&O Research, 2016).
- De Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid schat dat in 2015 nog 12%-23% van het aantal doden in het verkeer het gevolg is van alcoholgebruik, terwijl dat aandeel in 2009 nog tussen de 20%-30% lag (door SWOV gebaseerd op Rijden onder invloed, I&O Research, 2016).

Figuur 14.2 Percentage bestuurders naar promillage bloed alcohol gehalte, 2002-2015<sup>1</sup>



I. Het percentage bestuurders met minder dan 0,2‰ is om visuele redenen in de figuur door 10 gedeeld; 9,51% (in 2015) staat voor 95,1%. De overige percentages zijn conform bron. Bron: I&O Research, 2016.

### Rijden onder invloed van drugs

Er zijn geen recente cijfers over de omvang van rijden onder invloed van drugs. Het meest recente onderzoek betreft de periode 2007-2009 (Houwing en Hagenzieker, 2013; zie NDM Jaarbericht 2015, Van Laar en Ooyen-Houben, 2015).

- Van de automobilisten in het Nederlandse verkeer testte 2,2% positief op drugs. De meesten (1,7%) hadden cannabis gebruikt, 0,3% cocaïne, 0,2% amfetamine en ecstasy, en 0,01% opiaten (hieronder wordt met name heroïne verstaan).
- Rijgevaarlijke geneesmiddelen werden aangetroffen bij 1,2% van de bestuurders, waarvan 0,4% benzodiazepinen betrof.
- Rijden onder invloed van GHB is een van de ernstige problemen rond GHB-gebruik die genoemd worden in het onderzoek naar GHB op het platteland (Nabben en Korf, 2016).
- De prevalentie van GHB onder 180 onderzochte ernstig gewonde autobestuurders in drie Nederlandse ziekenhuizen bleek in eerder onderzoek relatief hoog, 5 van de 180, 2,8% (Houwing, 2011).

### Maatregelen en straffen bij rijden onder invloed

Bij rijden onder invloed volgt doorgaans zowel een strafrechtelijke als een bestuursrechtelijke reactie. De reactie is afhankelijk van het promillage in het bloed van de bestuurder. Bestuurlijke maatregelen worden opgelegd door het Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen (CBR). Strafrechtelijke afhandeling gebeurt door het OM of de rechter. Wanneer tevens sprake is van een verkeersongeval met letsel door schuld, liggen de straffen aanmerkelijk hoger.

- In 2016 registreert de politie 26.075 verdachten van rijden onder invloed. Het aantal neemt af: In 2015 waren het er nog 26.800, in 2014 waren het er 31.000 en in 2011 nog veel meer, rond 45.000 (statline.cbs.nl). Het gaat hierbij (nog) voornamelijk om rijden onder invloed van alcohol.

- In 2015 legde de rechter ruim 17.000 sancties op voor rijden onder invloed. Die straf bestond in de meeste gevallen uit een geldboete (47%). In 10% van de gevallen - de zwaardere gevallen - is (ook) een werkstraf opgelegd. In 2015 werd in 4% van de gevallen een gevangenisstraf opgelegd. In ongeveer de helft van de gevallen is die (gedeeltelijk) onvoorwaardelijk, in de andere helft van de gevallen voorwaardelijk. Als bijkomende straf is in 38% van de gevallen een ontzegging van de rijbevoegdheid opgelegd, iets vaker onvoorwaardelijk dan (gedeeltelijk) voorwaardelijk.

Het CBR, dat de bestuursrechtelijke reactie uitvoert, kreeg in 2015 ruim 22.000 'mededelingen' (meldingen) van de politie inzake alcohol en verkeer; dit is meer dan in 2014.

- Ruim 10.000 overtreders kregen in 2015 een (Lichte) Educatieve Maatregel Alcohol en verkeer (LEMA en EMA) opgelegd door het CBR.
- De EMA is in 2015 vaker opgelegd dan in 2014. Ook het aantal onderzoeken van de rijgeschiktheid vanwege alcoholmisbruik was hoger. Beide stijgingen zijn een rechtstreeks gevolg van het verbod op het alcoholslotprogramma (CBR Jaarverslag 2015; 2016). Overtreders die geen alcoholslotprogramma meer krijgen, komen namelijk wél nog in aanmerking voor een EMA of onderzoek alcohol.

De wet heeft de aanpak van het rijden onder invloed van drugs verbeterd, door in de Wegenverkeerswet 1994 een bepaling op te nemen die de politie de bevoegdheid geeft de speekseltest te gebruiken (Wegenverkeerswet art. 160 lid 5, onder c, ). Deze speekseltest wordt gebruikt als voorselectiemiddel. Zie paragraaf 2.1.5. voor een uitvoerige beschrijving.

### **Activiteiten van de (verslavings-)reclassering**

Voor problematische middelengebruikers in het strafrechtelijk systeem bestaan, naast straffen en maatregelen, verschillende interventies, zie § 2.4.2. In deze paragraaf wordt in gegaan op de (verslavings-)reclassering. Die voert door de hele strafrechtelijke keten heen activiteiten uit voor justitiabelen.

Er zijn in Nederland drie organisaties verantwoordelijk voor het uitvoeren van reclasseringsactiviteiten, dit zijn Reclassering Nederland (RN), Stichting Verslavingsreclassering GGZ (SVG) en het Leger des Heils Jeugdbescherming & Reclassering (LJ&R). De Verslavingsreclassering is gespecialiseerd in cliënten met middelenproblematiek, verslaving en psychische problematiek. Om een brug te slaan tussen justitie en zorg, is de Verslavingsreclassering ingebed in de tien grote regionale GGZ-instellingen met een reclasseringserkenning.

De activiteiten van de reclassering zijn gericht op de afbouw van criminele carrières en re-integratie. De reclassering adviseert het Openbaar Ministerie, de rechtbank en de Dienst Justitiële Inrichtingen over welke straffen, maatregelen, bijzondere voorwaarden en interventies er nodig zijn om dit doel te bereiken. Daarnaast houdt de reclassering toezicht op de naleving van de (bijzondere) voorwaarden die in het vonnis zijn opgenomen en begeleidt cliënten bij de re-integratie. Verder begeleidt de reclassering cliënten bij het uitvoeren van een werkstraf en houdt toezicht op het verloop ervan.

Om tijdens een reclasseringstoezicht te werken aan psychische- en middelengerelateerde problematiek leidt de reclassering cliënten toe naar de forensische zorg. Forensische zorg is geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg, welke onderdeel is van een (voorwaardelijke) straf of maatregel. Het gaat om personen waarbij verondersteld wordt dat er een verband bestaat tussen hun psychische problemen en/ of middelengebruik en het delictgedrag.

- In 2016 werden door de reclassering 17.750 toeleidingen naar de forensische zorg gedaan. Dit betreffen toeleidingen naar klinische zorg, ambulante zorg en begeleid wonen. Welk percentage cliënten specifiek voor middelenproblematiek wordt behandeld, is door het diverse behandelaanbod van de instellingen niet te zeggen.

### *Gedraginterventies van de reclassering*

De reclasseringswerkers zetten hun kennis en kunde van de effecten van middelengebruik in om een gedragsverandering te realiseren. De Verslavingsreclassering biedt erkende justitiële gedragsinterventies op het gebied van middelengebruik aan.

- De training *Alcohol en Geweld* is gericht op de wisselwerking tussen agressie en alcohol en is in 2016 182 keer uitgevoerd.
- Daarnaast wordt de *Leefstijltraining 24/7* aangeboden. Deze training helpt om meer grip op middelengebruik te krijgen door het doorbreken van bestaande denkpatronen en het aanleren van nieuwe, om zo een meer sociale leefstijl te bereiken, zonder justitie contacten. De *Leefstijltraining 24/7* is in 2016 984 keer uitgevoerd.

### *Cliëntpopulatie verslavingsreclassering*

Jaarlijks verwijst justitie 20.000 personen naar een van de 10 instellingen voor verslavingsreclassering (SVG).

- Uit cijfers over de cliëntpopulatie van de verslavingsreclassering blijkt dat bij 84% van de cliënten middelenproblematiek aanwezig is (de overige 16% van de cliënten van de verslavingsreclassering heeft psychische problematiek die niet gepaard gaat met verslaving). Van de cliënten met middelenproblematiek kampt 44% met ernstige drugs- en/of alcoholproblematiek.
- In de periode juni 2014 t/m maart 2017 gebruikte het grootste deel van de cliënten met drugsproblematiek cannabis (62%). Daarna volgen cocaïne (44%) en amfetamines (18%). Van deze cliënten gebruikt 44% meerdere soorten drugs.
- Andere bekende criminogene factoren die we zien bij cliënten van de verslavingsreclassering zijn schuldenproblematiek en huisvestingsproblemen. Ongeveer de helft van de cliënten van de Verslavingsreclassering heeft grote schulden. Een schuldenlast van 20.000 euro is eerder regel dan uitzondering. Uit data-analyses is gebleken dat 35,2% van de SVG-cliënten met matige tot ernstige huisvestingsproblematiek kampt.

Uit de beschikbare cijfers van het gevangeniswezen is op te maken dat in 2015 gemiddeld 192 bedden bezet waren in de Forensische Verslavingskliniek, de Forensische Verslavingsafdeling en de verslavingszorg. Dit zijn klinische plaatsingen. Hoeveel doorplaatsingen naar de ambulante verslavingszorg en naar voorzieningen voor beschermd wonen er waren voor de verslaafde doelgroep is niet uit de cijfers af te leiden.

### **Inrichting voor Stelselmatige daders (ISD)**

In 2016 hadden er gemiddeld 528 justitiabelen de verblijfstitel 'Inrichting stelselmatige daders' (ISD), waaronder zich veel verslaafden bevinden. Van deze groep nemen gemiddeld 211 mensen (40%) deel aan zorgtrajecten buiten de penitentiaire inrichting. (De gemiddeldes betreffen het gemiddelde van 12 ultimo maandstanden, informatie verstrekt door DJI, 2017.) Het komt echter vaak voor dat zorgtrajecten worden afgebroken en ISD'ers tijdelijk of definitief worden teruggeplaatst in een penitentiaire inrichting (o.a. Roorda en Buysse, 2016). Van de mensen die aan het einde van de ISD-maatregel in 2016 uitstroomden, is nog 50% in de zorg te vinden (informatie DJI, 2017).





Overlast is een subjectief begrip en kan uiteenlopende vormen aannemen, zoals het roken van cannabis in het openbaar (waarbij bijvoorbeeld de geur van cannabis door anderen als stank wordt ervaren), lawaai makende gebruikers, gebruik van drugs in portieken en daarmee gepaard gaande vervuiling, openbare dronkenschap, of druk verkeer en foutparkeren bij coffeeshops. De overlast kan ook te maken hebben met drugsrunners en drugsdealers, wier aanwezigheid als hinderlijk of onveilig wordt ervaren.

### Overlast gerelateerd aan alcohol en drugs

Alcohol- en drugsgerelateerde overlast wordt elk jaar gemeten in de Veiligheidsmonitor. Dit is een bevolkingsenquête waarin aan een omvangrijke groep respondenten (ingezetenen van Nederland van 15 jaar en ouder die in een privé-huishouden leven) onder andere wordt gevraagd of zij in hun buurt overlast ervaren van drugsgebruik of drugshandel of van dronken mensen op straat. In 2016 zijn gegevens afkomstig van bijna 81.000 personen (38,7% respons). Zij vulden de vragenlijst in hetzij via internet, hetzij schriftelijk. Sinds 2012 vallen drugsoverlast en openbare dronkenschap in de Veiligheidsmonitor onder de rubriek "sociale overlast". Die omvat vijf vormen van overlast: "dronken mensen op straat", "drugsgebruik of drugshandel, bijvoorbeeld op straat of in coffeeshops", "overlast door buurtbewoners", "mensen die op straat worden lastiggevallen" en "rondhangende jongeren". In 2012 zijn de opzet en de vragenlijst van de Veiligheidsmonitor herzien (CBS, 2013). De cijfers vanaf 2012 zijn door de veranderingen in meetmethode niet vergelijkbaar met eerdere cijfers. Tabel 14.1 geeft de landelijke cijfers voor de periode 2012-2016 (CBS, Veiligheidsmonitor, 2017).

- Van drugshandel of drugsgebruik en dronken mensen op straat geeft 23,8% en 26,0% van de respondenten aan dat dit wel eens voorkomt in de eigen buurt. Dit 'wel eens overlast ervaren' is in geringe mate gedaald ten opzichte van 2015.
- In 2016 heeft 3,5% en 2,7% veel overlast ervaren van drugsgebruik of drugshandel of dronken mensen op straat. Er zijn geen significante veranderingen ten opzichte van 2015. Wel is het percentage mensen dat veel overlast heeft van dronken mensen op straat in 2015 significant gedaald ten opzichte van 2012.
- Het grootste overlastprobleem in de sociale sfeer in 2016 (en ook in de jaren daarvoor) zijn rondhangende jongeren. Rond 37% geeft aan dat dit wel eens voorkomt in de buurt; 5% ervaart hier veel overlast van. Daarna volgt overlast door buurtbewoners, die door 29% van de respondenten wel eens wordt ervaren. Alcohol- en drugsgerelateerde overlast volgen daarna.

**Tabel 14.1** Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat 'wel eens' of 'veel' alcohol- of drugsgerelateerde overlast in de eigen buurt ervaart. Peiljaren 2012-2016

	2012 (%)	2013 (%)	2014 (%)	2015 (%)	2016 (%)
Overlast van drugsgebruik of drugshandel komt wel eens voor	24,1	24,0	24,4	24,5	23,8
Veel overlast van drugsgebruik of drugshandel	3,7	3,8	3,5	3,6	3,5
Overlast van dronken mensen op straat komt wel eens voor	27,2	26,9	26,6	26,5	26,0
Veel overlast van dronken mensen op straat	3,1	3,1	2,7	2,7	2,7

Bron: Veiligheidsmonitor, CBS, 2017.

Alcohol- en drugsgerelateerde overlast is ook onderzocht in 31 coffeeshopgemeenten (Benschop et al., 2015; Mennes et al., 2016). Er zijn over 2014 en 2015 cijfers verzameld uit de registraties van de politie.

- Er zijn in 2015 ruim 25.000 overlastincidenten geregistreerd die te maken hebben met alcohol of drugs. Dat zijn er rond 1.300 meer dan in 2014. Het aantal incidenten per 10.000 inwoners voor heel Nederland is in 2015 nagenoeg gelijk gebleven aan dat van 2014.
- Limburg is de regio met de meeste aan alcohol en/of drugs gerelateerde overlastincidenten, net als in 2014. De tweede regio is Noord-Nederland, zowel in 2014 als in 2015. Amsterdam scoort beide jaren het laagste aantal geregistreerde incidenten.

Nabben en Korf (2016) deden onderzoek naar GHB-gebruikers en hun contacten met de politie in vier plattelandsgebieden. De gebruikers hebben niet alleen gezondheidsproblemen, maar veroorzaken ook problemen op het terrein van de openbare orde en veiligheid (zie ook § 14.2).

- De politie krijgt meldingen over GHB-gebruikers die verdwaasd over straat lopen en geluidsoverlast veroorzaken of delicten plegen. Het gebruik van GHB heeft zich in het afgelopen decennium vanuit de Randstad verspreid naar het platteland, waar frequent gebruik en verslaving vaker lijken voor te komen (zie § 14.2 en § 9.4).

### Hard- en softdrugsoverlast en overlast rond coffeeshops

In het hierboven genoemde onderzoek is ook de specifieke overlast in relatie tot drugs en coffeeshops in kaart gebracht (Benschop et al., 2015; Mennes et al., 2016). Er zijn cijfers verzameld uit de registraties van de politie en bij lokale experts in 31 coffeeshopgemeenten. Verder is in 2015 aanvullend veldwerk verricht in 5 van de 31 gemeenten (Nabben et al., 2015; Mennes, 2016b). De onderzoeken maken deel uit van een driejarige monitor. Hieronder staan de belangrijkste bevindingen uit het onderzoek naar 31 coffeeshopgemeenten (Mennes et al., 2016).

- De overlast is in 2015 afgenomen in vergelijking met 2014. De politie registreerde in 2015 in totaal ruim 4.700 softdrugsincidenten, terwijl dit er in 2014 ruim 5.600 waren. In 2015 ligt het aantal softdrugsincidenten per 10.000 inwoners voor heel Nederland op 2,8. Dat is lager dan in 2014, toen dit 3,4 bedroeg. De afname geldt voor alle regio's.
- Het aantal harddrugsincidenten is tussen 2014 en 2015 licht gedaald. In totaal zijn er in 2015 bij de politie ruim 8.400 geregistreerd, terwijl het in 2014 om circa 8.600 ging. In heel Nederland zijn per 10.000 inwoners respectievelijk 5 en 5,1 harddrugsincidenten geregistreerd in 2015 en 2014.
- Het Openbaar Ministerie registreerde in 2015 ruim 4.000 feiten die te relateren zijn aan softdrugs (exclusief hennepsteelt). Het aantal is lager dan in 2014, toen het er ruim 4.700 waren.
- In 21 (van de 31) gemeenten is in 2015 geen of weinig overlast van coffeeshops. De mate van overlast lijkt in vergelijking met 2014 iets te zijn verminderd. Gemeenten met veel tot ernstige overlast van coffeeshops zijn er in 2015 niet. In tien gemeenten beoordelen experts de overlast als 'matig'.
- Als er coffeeshopoverlast is, is dit in de meeste gemeenten verkeer- en parkeeroverlast, vaak in combinatie met andere vormen van coffeeshopoverlast, zoals rondhangende gebruikers, het lastig vallen van voorbijgangers, (pogingen tot) verkoop van drugs en geluidsoverlast. Veroorzakers zijn klanten, niet-klanten (personen die niet tot de coffeeshop worden toegelaten zoals toeristen of minderjarigen), dealers en drugsrunners.

Uit verdiepende veldonderzoeken die in het kader van de driejarige monitor zijn verricht, komen de volgende bevindingen over softdrugsoverlast nog naar voren (Nabben et al., 2015, Mennes et al., 2016b)

- De aard en de omvang van de overlast in de buurt van coffeeshops verschilt in 2015 in sterke mate tussen gemeenten en tussen 'hotspots' van overlast (in het algemeen) in gemeenten. Op de meeste hotspots is er geen of nauwelijks overlast van coffeeshops, niet-ingezetenen of illegale verkoop van softdrugs.

- In vrijwel alle gemeenten komt illegale verkoop van softdrugs voor en worden verschillende vormen gemeld, zoals overlast van drugsrunners, straatdealers, 06-dealers, thuisdealers, en winkel- en horecadealers. Er kunnen twee vormen van softdrugsgelateerde overlast worden onderscheiden: enerzijds overlast door straatdealers en drugsrunners, anderzijds overlast door hangjongeren die in de openbare ruimte blowen.
- De softdrugsgelateerde overlast concentreert zich vaak rond pleinen en doorgangsstraten die tegen het centrum aan liggen. Meestal zijn er een of meer coffeeshops gevestigd tussen woningen, winkels en andere horeca.

In de monitorstudie naar 31 coffeeshopgemeenten (Mennes et al, 2016) is ook de toestroom van toerisme onderzocht die gerelateerd is aan coffeeshops en softdrugs. Er is gekeken naar 'coffeeshoptoerisme', dat wil zeggen het kopen van softdrugs *in* coffeeshops door niet-ingezetenen van Nederland en naar 'softdrugstoerisme', dat wil zeggen het kopen van softdrugs *buiten* de coffeeshops door niet-ingezetenen van Nederland.

- In meer dan de helft van de steekproefgemeenten (18 van de 31) is sprake van coffeeshoptoerisme. De experts geven aan dat het hierbij gaat om "een aantal tot (zeer) veel" coffeeshoptoeristen. Deze toeristen komen vooral naar gemeenten in het oosten en zuiden van het land die langs de grens liggen.
- Ten opzichte van 2014 is de omvang van het coffeeshoptoerisme enigszins toegenomen. In 8 van de 31 gemeenten rapporteren de experts een toename van coffeeshoptoerisme, terwijl in één gemeente sprake zou zijn van een afname. Sinds de invoering van het Ingezetenen criterium en de handhaving ervan vanaf 1 mei 2012 (zie ook paragraaf 2.1.3), is in één gemeente in de regio Zeeland-West-Brabant een daling van het coffeeshoptoerisme ingezet die zich in 2015 verder heeft doorgezet.
- Softdrugstoerisme komt volgens experts in minder gemeenten voor dan het coffeeshoptoerisme. In meer dan de helft van de gemeenten (17 van de 31) is niet of nauwelijks sprake van softdrugstoerisme. In de 14 gemeenten waar dit wel voorkomt, zijn het voornamelijk Belgen en Duitsers die softdrugs buiten de coffeeshop kopen.



## 15. Bijlagen



# 15. Bijlagen

A

15.1

## 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

#### *Afhankelijkheid*

Zie: verslaving.

#### *Ambulante verslavingszorg*

Verslavingszorg waarbij de cliënt niet wordt opgenomen in een instelling. Bij intramurale verslavingszorg wordt de cliënt wel opgenomen in een instelling. Zie ook: intramurale verslavingszorg.

#### *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. Zie ook: migratieachtergrond.

#### *95% Betrouwbaarheidsinterval*

Een betrouwbaarheidsinterval geeft een ondergrens en een bovengrens waartussen de werkelijke waarde met een zeer grote waarschijnlijkheid zal liggen. Vaak wordt 95% gekozen als waarde voor die waarschijnlijkheid. Het 95% betrouwbaarheidsinterval zegt dus iets over de precisie van de schatting. Hoe kleiner hoe zuiverder.

#### *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 aluminiumfolie.

### *Cliënt LADIS*

Cliënt van de 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, methadonbehandeling, reclassering, of gecontroleerde toegang tot een gebruikersruimte. Cliënten die na enige tijd geen gebruik meer maken van de hulpverlening 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.

Het opleidingsniveau dat in het LADIS staat geregistreerd verwijst naar de hoogste opleiding die een cliënt heeft afgerond. Onder een lagere opleiding vallen het Speciaal Basis Onderwijs (SBO), het Buitengewoon Onderwijs (BUO), het Basis Onderwijs (BO), het Lager Onderwijs (LO), het Lager Voortgezet Onderwijs (LVO), het Lager Beroeps Onderwijs (LBO) en het Voorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs – praktijkgerichte leerweg (VMBO-p). Onder een middelbare opleiding vallen het Middelbaar Voortgezet Onderwijs (MVO), het Middelbaar Beroeps Onderwijs (MBO) en het Voorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs – theoretische leerweg (VMBO-t). Onder een hogere opleiding vallen het Hoger Voortgezet Onderwijs (HVO), het Hoger Beroeps Onderwijs (HBO), het Voorbereidend Wetenschappelijk Onderwijs (VWO) en het Wetenschappelijk Onderwijs (WO).

### *Dagopname*

Opname in een ziekenhuis voor maximaal één dag waarbij de patiënt niet overnacht in het ziekenhuis. Zie ook: klinische opname.

### *Designerdrugs*

De term 'designerdrugs' stamt uit de jaren tachtig om gesynthetiseerde stoffen aan te duiden die de effecten van gecontroleerde drugs nabootsten. De chemische structuur was een beetje veranderd om (internationale) wetgeving te omzeilen. De bredere term 'legal high' wordt op eenzelfde manier gebruikt, maar kan ook op plantaardige stoffen duiden. 'Legal' is daarbij misleidend omdat het een vorm van schijnveiligheid suggereert en deze producten daarnaast soms toch stoffen bevatten die onder de drugs- of andere wetgeving vallen. Andere termen worden gebruikt om regels voor etikettering te omzeilen. De geneesmiddelen-, voedsel- en warenwetgeving vereist namelijk dat producten zijn voorzien van een etiket waarop de gebruikswijze en (gezondheids)risico's staan. Om voor te wenden dat stoffen niet voor consumptie bedoeld zijn worden namen gebruikt als 'research chemical', 'room odorizer', 'car perfume', 'badzout' of 'plantenvoeding'. In plaats van 'designerdrugs' wordt tegenwoordig doorgaans gesproken van 'Nieuwe Psychoactieve Stoffen (NPS)'. Zie ook: Meldpunt Nieuwe Drugs.

### *Drugserelateerde sterfte*

Bij de sterfte gerelateerd aan drugsgebruik wordt doorgaans een onderscheid gemaakt tussen de 'directe sterfte' en de 'indirecte sterfte'. De directe sterfte is de sterfte door het binnen krijgen van een dodelijke hoeveelheid drugs, ook wel 'acute sterfte', 'overdosis', of 'vergiftiging' genoemd. Een fatale vergiftiging kan per ongeluk zijn ontstaan (accidenteel), of met opzet (intentioneel). Daarnaast is er de sterfte die indirect samenhangt met het drugsgebruik. Het gaat daarbij om een risicovolle leefstijl die kan leiden tot uitputting, geweld, of suïcide; een extra risicovolle wijze van drugsgebruik zoals injecteren, en om ongevallen onder invloed van drugs. De drugs zijn dan een 'contributieve factor' bij het overlijden. De 'directe sterfte' wordt ook wel de 'primaire sterfte' genoemd en de 'indirecte sterfte' wordt ook wel de 'secondaire sterfte' genoemd.

## *DSM*

DSM staat voor Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. De DSM is een handleiding om te bepalen welke psychische stoornis iemand heeft. Een stoornis in het gebruik van een middel is volgens de DSM één van de psychische stoornissen. De DSM-III-r is de derde gewijzigde (revised) versie, DSM-IV is de vierde versie, en DSM-5 is de vijfde versie. In de DSM-5 zijn middelenafhankelijkheid (verslaving) en middelenmisbruik samengevoegd tot één nieuwe "stoornis in het gebruik van een middel" (Sigling, 2016). Zie ook: ICD, misbruik, verslaving, en problematisch gebruik.

## *Gebruik*

Het gebruik van een middel ooit in het leven (ooitgebruik), in het afgelopen jaar (laatste-jaar-gebruik), of in de afgelopen maand (laatste-maand-gebruik). Laatste-maand-gebruikers tellen automatisch mee met de laatste-jaar-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. Zie ook: hallucinogenen, psychose.

## *Hallucinogenen*

Middelen die hallucinaties oproepen zoals paddo's en LSD. Ook wel psychodysleptica genoemd. Ook cannabis kan soms hallucinaties veroorzaken. Zie ook: hallucinatie.

## *Harddrugs*

Drugs op lijst I van de Opiumwet. Deze drugs vormen een onaanvaardbaar risico voor de volksgezondheid. Tot de harddrugs horen bijvoorbeeld ecstasy, heroïne, cocaïne, crack, amfetamine, en GHB. Zie ook: middel, softdrugs.

## *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 het ziekenhuis wordt opgenomen. Zie ook: nevendiagnose.

## *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: DSM, bijlage B.

### *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, suicides 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. Zie ook: ambulante verslavingszorg.

### *Klinische opname*

Opname in een ziekenhuis waarbij de patiënt één of meer nachten in het ziekenhuis verblijft. Zie ook: dagopname.

### *Laatste-jaar-gebruik*

Het gebruik van een middel in het afgelopen jaar, ongeacht de frequentie. Laatste-jaar-gebruikers tellen automatisch mee met de ooitgebruikers (gebruik ooit in het leven). Zie ook: laatste-maand-gebruik, ooitgebruik.

### *Laatste-maand-gebruik*

Het gebruik van een middel in de afgelopen maand, ongeacht de frequentie (van eenmalig tot dagelijks). Laatste-maand-gebruikers tellen automatisch mee met de laatste-jaar-gebruikers (gebruik in het afgelopen jaar), die weer automatisch meetellen met de ooitgebruikers (gebruik ooit in het leven). Zie ook: laatste-jaar-gebruik, ooitgebruik.

### *Meldpunt Nieuwe Drugs (MND)*

Het Meldpunt Nieuwe Drugs (MND) combineert gegevens over Nieuwe Psychoactieve Stoffen (NPS) uit het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) met gegevens van het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) en het Douane Laboratorium, om het voorkomen van NPS in Nederland in kaart te brengen. Het MND rapporteert direct aan het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Zie ook: designerdrugs.

### *Middel*

Een stof met een psychoactieve werking, dat wil zeggen een stof die de gemoedstoestand verandert, de mate van actief of ontspannen zijn verandert, of een stof die de manier van denken, waarnemen en beleven verandert. Het effect dat een middel in de praktijk heeft, wordt niet alleen bepaald door de chemische samenstelling van dat middel, maar wordt ook in sterke mate bepaald door de gemoedstoestand en de persoonlijkheid van de gebruiker en door de situatie waarin het gebruik plaatsvindt. Middelen die een onaanvaardbaar risico voor de volksgezondheid met zich meebrengen worden aangeduid als 'harddrugs' en staan op lijst I van de Opiumwet. Harddrugs zijn bijvoorbeeld 'ecstasy', 'cocaine', GHB, en 'heroïne'. De andere illegale middelen, naast de harddrugs, staan op lijst II van de Opiumwet. Dit zijn middelen als 'cannabis', 'paddo's', 'qat' en 'slaap- en kalmeringsmiddelen'. De import, export, productie, teelt, het aanwezig hebben van en de handel in middelen op de Opiumwet is strafbaar, indien niet voldaan is aan strikte voorwaarden. Los van hun feitelijke risico voor de volksgezondheid, worden de middelen 'alcohol' en 'tabak' geregeld in aparte wetgevingen. Het middel 'alcohol' wordt geregeld in de Drank- en Horecawet en het middel 'tabak' wordt geregeld in de Tabakswet. Naast alcohol, tabak en illegale drugs, bestaan er tal van andere middelen die (nog) niet bij wet zijn geregeld. Dit zijn de zogenaamde 'designerdrugs' of 'Nieuwe Psychoactieve Stoffen (NPS)'. Zie ook: harddrugs, softdrugs.



### *Migratieachtergrond, allochtoon, buitenlands, etnisch*

Door verschillen in definities zijn cijfers over inwoners met een migratieachtergrond 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): een inwoner met een "migratieachtergrond" 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: een inwoner met een "migratieachtergrond" 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 Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) was een "migratieachtergrond" oorspronkelijk gespecificeerd als een cliënt in de verslavingszorg die volgens de eigen beleving een culturele herkomst heeft van buiten Nederland. Sinds 2007 volgt LADIS de hierboven genoemde definitie van het Ministerie van Binnenlandse zaken.

### *Misbruik*

Misbruik was oorspronkelijk een vorm van problematisch gebruik van een middel waarbij (nog) geen sprake was van verslaving. Misbruik werd vastgesteld via diagnostische classificatiesystemen zoals oudere versies van de DSM en de ICD. Kenmerken van misbruik waren: 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. In de nieuwe versie van de DSM, de DSM-5, zijn misbruik en verslaving samengevoegd tot één nieuwe "stoornis in het gebruik van een middel" (Sigling, 2016). Zie ook: DSM, problematisch gebruik, verslaving.

### *Nederwiet*

Wiet (een cannabisproduct) die in Nederland wordt geproduceerd.

### *Nevendiagnose*

Een aanvullende of onderliggende ziekte waarvoor iemand, naast de belangrijkste ziekte (de hoofd-diagnose), in het ziekenhuis wordt opgenomen. Zie ook: hoofddiagnose.

### *Nieuwe Psychoactieve Stoffen (NPS)*

Zie: designerdrugs.

### *Ooitgebruik*

Het gebruik van een middel ooit in het leven, ongeacht de frequentie (van éénmalig tot binnen een bepaalde periode dagelijks). Het ooitgebruik zegt nog niets over het gebruik in het afgelopen jaar of in de afgelopen maand. 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. Zie ook: laatste-jaar-gebruik, laatste-maand-gebruik.

### *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. Zie ook: secundair 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. Zie ook: drugsgerelateerde sterfte, 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 nog geen sprake is van verslaving. Zie ook: DSM, misbruik, verslaving.

### *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. Zie ook: hallucinatie, schizofrenie.

### *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). Zie ook: DSM, misbruik, problematisch gebruik, 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 functioneert men slechter op school, werk en in het gezin. Men spreekt pas van schizofrenie als de stoornis minimaal zes maanden duurt. Zie ook: psychose.

### *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. In dit Jaarbericht van de Nationale Drug Monitor (NDM) worden bij de gegevens uit de verslavingszorg, naast de gegevens over het primaire probleem, alleen gegevens vermeld over het eerste secundaire probleem. Het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) bevat bovendien gegevens over de tweede secundaire problemen. Zie ook: primair 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. Zie ook: drugsgerelateerde sterfte, primaire doodsoorzaak.

### *Softdrugs*

Drugs op lijst II van de Opiumwet, met name cannabis. Zie ook: harddrugs, middel.

### *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 laatste-jaar-gebruikers (gebruik in het afgelopen jaar), en de laatste-maand-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 2016 voor de ooitgebruikers van cannabis de startleeftijd in de leeftijdsgroep van 18-24 jaar op gemiddeld 16,7 jaar en in de leeftijdsgroep van 18+ op gemiddeld 18,6 jaar (LSM-A). 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.

### *Stoornis in het gebruik van een middel*

Zie: DSM.

### *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 oorspronkelijke 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'. De oorspronkelijke klinische diagnose van afhankelijkheid werd vastgesteld via classificatiesystemen als de DSM en de ICD. Kenmerken van afhankelijkheid waren: 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. In de nieuwe versie van de DSM, de DSM-5, zijn verslaving en misbruik samengevoegd tot één nieuwe "stoornis in het gebruik van een middel" (Sigling, 2016). Zie ook: DSM, ICD, misbruik, problematisch gebruik.

Naast de verslaving aan een psychoactief middel komt het ook voor dat iemand verslaafd raakt aan bepaalde gedragingen waarbij geen psychoactief middel wordt gebruikt. Dit zijn de zogenaamde 'gedragsverslavingen' of 'niet-middel-gebonden verslavingen'. Voorbeelden van gedragsverslavingen zijn 'gokverslaving', 'internetverslaving', 'gameverslaving', 'eetverslaving', en 'seksverslaving'. Bij het gebruik van internet kan er sprake zijn van gokverslaving, gameverslaving, en seksverslaving, waarbij deze gedragsverslavingen de achterliggende oorzaak kunnen zijn van een internetverslaving.

## II. Drugscriminaliteit<sup>1</sup>

### *Afdoening door de rechter*

Eindbeslissing, door schuldigverklaring, vrijspraak, ontslag van alle rechtsvervolging 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.

### *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 de vervolging van een aan de opgeroepene ten laste gelegd strafbaar feit (strafprocesrecht).

### *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.

---

<sup>1</sup> Bron van begrippenlijst: Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg/Heerlen, 2003; Bewerking WODC.

### *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*

Rechtcollege dat in eerste aanleg kennis neemt van alle zaken waarvoor niet een andere rechter is aangewezen. Er zijn 10 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 Ministerie ten 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 ook: 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 ook: 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.

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
E24.4	Pseudosyndroom van Cushing door alcohol
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
F16	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van hallucinogenen
F17	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van tabak
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
G72.1	Alcoholische myopathie
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
O35.4	(Vermoede) schade aan foetus door alcohol als indicatie voor zorg bij moeder
P04.3	Gevolgen voor foetus en pasgeborene door gebruik van alcohol door moeder
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)
T42.3	Vergiftiging door barbituraten
T42.4	Vergiftiging door benzodiazepinen

## Verklaring van ICD-10 codes (vervolg)

ICD-10 code	Verklaring
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
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
X44	Onopzettelijke vergiftiging door en blootstelling aan overige en niet-gespecificeerde geneesmiddelen en biologische stoffen
X45 + T51.0-1	Onopzettelijke vergiftiging door en blootstelling aan alcohol
X61 + T43.6	Suïcide door psychostimulantia
X64	Opzettelijke auto-intoxicatie door en opzettelijke blootstelling aan overige en niet-gespecificeerde geneesmiddelen en biologische stoffen
X65 + T51.0-1	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
Y14	Vergiftiging door en blootstelling aan overige en niet-gespecificeerde geneesmiddelen en biologische stoffen - opzet niet bepaald
Y15 + T51.0-1	Vergiftiging door en blootstelling aan alcohol, opzet niet bepaald
Z72.1	Problemen verband houdend met levensstijl, alcoholgebruik

**Consumptie van cannabis, cocaïne, ecstasy en amfetamine onder de algemene bevolking<sup>1</sup> van enkele 'nieuwe' lidstaten van de Europese Unie**

Lidstaat	Jaar	Leeftijd (jaar) <sup>1</sup>	Cannabis		Cocaïne		Ecstasy		Amfetamine	
			Ooit	Laatste jaar	Ooit	Laatste jaar	Ooit	Laatste jaar	Ooit	Laatste jaar
Tsjechië	2015	15 - 64	29,5%	9,4%	1,8%	0,1%	6,3%	1,3%	4,4%	0,8%
Kroatië	2015	15 - 64	19,4%	7,9%	2,7%	0,8%	3,0%	0,6%	3,5%	1,0%
Estland	2008	15 - 64	-	6,0%	-	0,7%	-	1,2%	-	1,1%
Polen	2014	15 - 64	16,2%	4,6%	1,3%	0,2%	1,6%	0,4%	1,7%	0,2%
Slovenië	2012	15 - 64	15,8%	4,4%	2,1%	0,5%	2,1%	0,3%	0,9%	0,3%
Slowakije	2015	15 - 64	15,8%	4,3%	0,7%	0,1%	3,1%	0,6%	1,4%	0,4%
Cyprus	2016	15 - 64	12,1%	2,2%	1,4%	0,2%	1,1%	0,1%	0,5%	0,1%
Litouwen	2012	15 - 64	10,5%	2,3%	0,9%	0,2%	1,3%	0,2%	1,2%	0,2%
Letland	2015	15 - 64	9,8%	4,2%	1,5%	0,5%	2,4%	0,3%	1,9%	0,3%
Hongarije	2015	18 - 54	8,5%	2,3%	0,9%	0,2%	2,4%	0,5%	1,8%	0,5%
Bulgarije	2012	15 - 64	7,5%	3,5%	0,9%	0,2%	2,0%	1,2%	1,2%	0,6%
Roemenië	2013	15 - 64	4,6%	2,0%	0,8%	0,2%	0,9%	0,2%	0,3%	0,1%
Malta	2013	18 - 65	4,3%	0,9%	0,5%	-	0,7%	-	0,3%	-

Percentage gebruikers ooit in het leven en in het laatste jaar. - = niet gemeten. 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. Bron: EMCDDA.

## D.1 Doodsoorzakenstatistiek

In het NDM Jaarbericht worden gegevens van de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS gebruikt om een indicatie te krijgen van de sterfte gerelateerd aan het middelengebruik. Voor drugs, alcohol en tabak gaat het om verschillende definities en schattingsmethoden van de sterfte. De definitie voor drugs omvat primair directe sterfgevallen ('overdosis'). Voor alcohol gaat het niet alleen om intoxicaties (en verslaving) maar alle expliciet aan alcohol gerelateerde ziekten die tot sterfte kunnen leiden. Voor tabak wordt de sterfte het meest volledig in kaart gebracht via een methode die een schatting maakt van alle (voor zover bekend) aan tabak *gerelateerde ziekten en sterfgevallen*.

### *Drugs*

In veel landen vormt de algemene doodsoorzakenstatistiek de bron voor acute drugssterfte ('overdosis'). Volgens het protocol voor de 'Key Indicator Drug-related deaths' van het EMCDDA (2009) 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. Alle gevallen worden meegeteld van niet-opzettelijke vergiftiging, opzettelijke vergiftiging (suïcide) en vergiftiging waarvan niet is vastgesteld of deze al dan niet met opzet heeft plaatsgevonden (EMCDDA, 2015a). De Doodsoorzakenstatistiek in Nederland geeft vermoedelijk een onderrapportage van de drugsgelateerde sterfte (Van Laar et al., 2006). Er wordt niet standaard post-mortem (toxicologisch, sectie) onderzoek uitgevoerd bij (vermoeden van) een onnatuurlijke doodsoorzaak en indien dit wel gebeurt dan wordt deze informatie doorgaans niet gebruikt voor het coderen van de sterfte in de Doodsoorzakenstatistiek. Bovendien zijn de ICD codes vaak niet specifiek genoeg om uiteenlopende soorten drugs te kunnen registreren en identificeren. Zo is er geen specifieke code voor GHB en vallen ecstasy en amfetamine, samen met middelen zoals cafeïne en efedrine, onder dezelfde code voor psychostimulantia.

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 kan in kaart worden gebracht in cohortonderzoek waarin drugsgebruikers over de jaren heen worden 'gevolgd'.

### *Alcohol*

Voor de alcoholgerelateerde sterfte is geen standaardprotocol 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). In dit Jaarbericht worden codes gebruikt waarbij alcoholgebruik expliciet als doodsoorzaak 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. Bovendien is het sinds de introductie van het automatisch coderen in 2013 niet meer mogelijk om de secundaire alcoholsterfte in kaart te brengen. Bij deze secundaire sterfte gaat het om gevallen waarbij alcoholgerelateerde ziekten een bijdrage hebben geleverd aan het overlijden, maar niet de primaire doodsoorzaak vormen (bijvoorbeeld een verkeersongeval waarbij alcoholmisbruik in het spel is) (zie onder Trends). In komende jaren zal daarom een schatting worden gemaakt van de totale alcoholgerelateerde sterfte op basis van 'populatie attributieve risico's'; net zoals dit ook voor tabak gebeurt (zie hieronder).

## Tabak

Roken is een risicofactor waarvoor de aanwezige ICD-10 codes, zoals F17 (zie bijlage B), niet structureel worden toegepast. De bijdrage van roken aan het ontstaan van ziekten en sterfte wordt daarom geschat op basis van epidemiologisch onderzoek in combinatie met registratiegegevens. Daarvoor wordt als maat het 'populatie attributief risico'(PAR) gebruikt, dat de proportie van de sterfte aangeeft, die toegewezen kan worden aan roken. Een PAR van 0,9 voor longkanker (ICD-10 code C34) bij mannen in 2012 houdt bijvoorbeeld in dat 90% van de sterfte aan longkanker bij mannen in 2012 toe te wijzen is aan roken. Deze PARs worden voor 12 aan roken gerelateerde (klassen van) ziektes berekend op basis van rookprevalentiecijfers, sterftecijfers en bevolkingsaantallen voor datzelfde jaar en met Relatieve Risico's (RR's) voor aan roken gerelateerde ziektes.

## Trends

Cijfers over de aan middelengebruik gerelateerde sterfte, zoals geregistreerd in de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS, kunnen vanaf 2013 niet meer worden vergeleken met die van vóór 2013. Dit komt vanwege een overgang van het handmatig coderen van natuurlijke doodsoorzaken naar automatisch coderen. Hierbij kunnen verschillende verklaringen een rol spelen, waaronder het consistentere toepassen van internationale (WHO) regels, en de talloze updates hiervan, voor het coderen van doodsoorzaken. Een nadere analyse waarbij de informatie van dezelfde doodsoorzakenformulieren zowel handmatig als automatisch werd gecodeerd (bridge-coding study), liet een toename zien van de sterfte aan alcoholgebruik of drugsverslaving (ICD 10 codes F10-19), het meest groot voor alcohol (Harteloh et al., 2014). Dit komt onder meer door verschuivingen in het selectieproces van de onderliggende doodsoorzaak, indien meerdere doodsoorzaken op het formulier worden genoemd. Zo wordt in 2013 ten gevolge van internationale regels, alcoholgebruik vaker de onderliggende doodsoorzaak, ten gunste van bijvoorbeeld een hartinfarct of maligniteiten.

Bovendien is er in 2013 gestart met het elektronisch aanleveren van de doodsoorzakenformulieren aan het CBS, hebben sommige forensische artsen meer toxicologisch onderzoek verricht, en hebben de forensische artsen een nieuw registratiesysteem ingevoerd. Door al deze ontwikkelingen kan het aantal registraties van een drugsgerelateerde sterfte zijn gestegen, maar de mate waarin dit een rol kan hebben gespeeld is onbekend.

## D.2 Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor

Na een landelijk afstemmingstraject van leefstijlmonitoren (Kramers et al., 2012) zijn sinds 2014 jaarlijks cijfers over middelengebruik in de algemene bevolking beschikbaar. Een consortium aan gezondheidsinstituten verzorgt in 'De Leefstijlmonitor' de gegevensverzameling op het gebied van leefstijl-gerelateerde thema's, zoals roken, alcohol- en drugsgebruik, bewegen en voeding. Wat betreft middelengebruik onder de volwassen bevolking bestaat de Leefstijlmonitor uit twee delen (zie ook D.7).

- De Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor uitgevoerd door het CBS i.s.m. het RIVM en het Trimbos-instituut levert jaarlijkse kernprevalenties over middelengebruik, zoals het percentage gebruikers ooit in het leven, het afgelopen jaar of de afgelopen maand.
- De aanvullende module Roken, Alcohol en Drugsgebruik van de Leefstijlmonitor 'Leefstijlmonitor-aanvullend (LSM-A)' is een afzonderlijke tweejaarlijkse dieptestudie waarin, onder andere, de frequentie van gebruik en probleemgebruik, bronnen van aanschaf, middelen gerelateerde gezondheidsproblemen en hulpzoekgedrag worden gemeten (LSM-A/Leefstijlmonitor, Trimbos i.s.m. RIVM en CBS). In tussenliggende jaren worden andere leefstijlonderwerpen, zoals sport en beweging, uitgediept.

- Hoewel er enige overlap is in de gegevens die in beide delen worden verzameld, zullen voor het NDM Jaarbericht de gegevens van de Gezondheidsenquête als primaire bron worden gebruikt voor 'de' cijfers over het gebruik. Alleen die gegevens die niet beschikbaar zijn op basis van de Gezondheidsenquête (GE), zullen ter aanvulling in de hoofdstukken worden beschreven.

In deze bijlage beschrijven wij de methodologische kenmerken van de Gezondheidsenquête en LSM-A, de vergelijkbaarheid van beide peilingen, trends in de Gezondheidsenquête, aanvullende gegevens voor middelen die niet in de Jaarbericht hoofdstukken aan de orde komen en de wijze waarop gegevens voor problematisch gebruik van cannabis en alcohol zijn verzameld.

### *Gezondheidsenquête*

Het gebruik van drugs, alcohol en tabak wordt onderzocht in een representatieve aselechte steekproef van de bevolking van 12 jaar en ouder. In dit Jaarbericht wordt primair over volwassenen (18+) gerapporteerd (zie volgende paragraaf). De vragenlijst wordt via internet of een persoonlijk interview afgenomen. In het geval van een persoonlijk interview kunnen respondenten de vragen over drugs zelf invullen. Subgroepen worden beschreven op basis van geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en stedelijkheid (gecategoriseerd naar aantal adressen per vierkante kilometer in de woongemeente van de respondent). Opleidingsniveau is gedefinieerd als het hoogst gevolgd niveau bij personen van 18-24 jaar, en het hoogst behaald niveau bij personen van 25 jaar en ouder (Laag opgeleid = basisonderwijs, LBO, MAVO, VMBO; Middelbaar opgeleid = MBO, HAVO, VWO; Hoog opgeleid = HBO of universiteit). Om ook het middelengebruik van personen jonger dan 25 jaar naar opleiding te kunnen rapporteren kijkt het Jaarbericht NDM hierin af van de CBS-definitie, die alleen gebaseerd is op het hoogst behaalde opleidingsniveau waarbij personen onder 25 jaar worden uitgesloten. Schattingen van het absolute aantal gebruikers van alcohol, drugs en tabak in Nederland zijn afgerond op tienduizendtallen.

### *Trends in middelengebruik*

De methode van gegevensverzameling, de vragenlijst en de wegingsmethode voor de peiling vanaf 2014 verschillen van die van eerdere metingen (Morren en Willems, 2015). Dit herontwerp van de Gezondheidsenquête betrof onder andere wijzigingen in de methode van ondervragen: van een gemengde benadering via een internetvragenlijst, een persoonlijk interview of een telefonisch interview naar alleen een internetvragenlijst of persoonlijk interview. Tussen 2010 en 2013 werd de Gezondheidsenquête in twee delen afgenomen. Roken werd in het eerste deel uitgevraagd, maar alcoholgebruik was onderdeel van de vervolgmethode waardoor de respons in die jaren mogelijk lager en selectiever was. Daarnaast zijn vanaf 2014 de variabelen inkomen en vermogen aan het weegmodel toegevoegd om een zo representatief mogelijk beeld van de bevolking te krijgen. Ook de vragenlijst zelf (aard en plaats van de vragen) is aangepast (Morren en Willems, 2015). Daarom moeten de prevalentieschattingen van 2014 gezien worden als een nieuwe nulmeting en kunnen geen vergelijkingen met voorgaande jaren worden gemaakt (Van Laar en Van Ooyen-Houben, 2014). Het is dus niet mogelijk om vast te stellen of het gebruik van drugs vergeleken met de voorgaande peiling in 2009 (het Nationaal Prevalentie Onderzoek (NPO) 2009) is toegenomen of afgenomen. Het NPO uit 2009 verschilde qua methode ook weer met de eerdere NPO peiling uit 2005 (Rodenburg et al., 2007; Van Rooij et al., 2011).

Vanaf 2015 is de leeftijdsrange van respondenten aan wie vragen over drugsgebruik zijn gesteld verbreed van aanvankelijk 15-64 jaar naar 12 jaar en ouder. In het consortium van de Leefstijlmonitor is echter afgesproken dat de kerncijfers voor beleid voor volwassenen van 18 jaar en ouder afkomstig zullen zijn uit de Gezondheidsenquête en de cijfers voor jongeren van 12 tot en met 16 jaar uit de scholierenstudies Peilstationsonderzoek en HBSC. Deze kerncijfers voor het beleid staan ook gepresenteerd in de Staat van Volksgezondheid en Zorg ([www.staatvenz.nl](http://www.staatvenz.nl)). Het Jaarbericht 2017 beschrijft daarom primair gegevens

voor de leeftijdsgroep 18 jaar en ouder en voor deze leeftijdsgroep worden drugsprevalenties tussen 2015 en 2016 vergeleken. Aanvullend worden in de hoofdstukken de trends in drugsgebruik voor 15-64-jarigen in de peiljaren 2014, 2015 en 2016 beschreven.

Voor de volledigheid geeft Figuur 15.1 ook gegevens uit voorgaande peilingen (vóór 2014) over het gebruik van cannabis, cocaïne, ecstasy en amfetamine door 15-64-jarigen weer (de internationale standaard leeftijdsgroep van het EMCDDA, zie paragraaf 5 van de middelenhoofdstukken), zoals deze in voorgaande Jaarberichten zijn gerapporteerd. Vanwege bovengenoemde methodologische veranderingen, is het echter niet mogelijk veranderingen in het gebruik in de studies van vóór en na 2014 te interpreteren. Zoals in het Jaarbericht 2016 reeds is gemeld was het percentage ecstasygebruikers in 2014 echter zodanig hoog vergeleken met 2009, dat een toename van het gebruik aannemelijk is. Hoe groot deze toename in werkelijkheid is kan niet precies worden vastgesteld.

Over 2014, 2015, 2016 zijn de volgende verschillen statistisch significant:

- Laatste-maand-gebruik van cannabis 2014 vergeleken met 2015.
- Laatste-jaar- en laatste-maand-gebruik van cocaïne 2014 vergeleken met 2016.
- Ooit- laatste-jaar- en laatste-maand-gebruik van ecstasy 2014 vergeleken met 2015.
- Laatste-jaar-gebruik van amfetamine 2014 vergeleken met 2016.

**Figuur 15.1 Gebruik van cannabis, cocaïne, ecstasy en amfetamine onder mensen van 15-64 jaar.**  
 Door methodologische veranderingen zijn alleen peiljaren 2014-2015-2016 onderling vergelijkbaar.



Het percentage ooit, laatste-jaar- en laatste-maand-gebruik van drugs onder de Nederlandse bevolking van 15-64 jaar volgens NPO 2005 en 2009 en de Gezondheidsenquête 2014, 2015 en 2016. Aantal respondenten van 15 tot en met 64 jaar: 4.516 (2005), 5.769 (2009), 5.867 (2014), 5.852 (2015), 5.687 (2016). Alleen de gegevens in peiljaren 2014, 2015 en 2016 zijn vergelijkbaar. Bron: NPO, IVO/CBS 2005-2009 en Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2014, 2015, 2016.



### *Overig middelengebruik: paddo's en LSD*

Naast de middelen die in de hoofdstukken van dit Jaarbericht worden gerapporteerd, is ook het gebruik van paddo's en LSD uitgevraagd in de Gezondheidsenquête (tabel 15.2).

- Omgerekend naar de bevolking (afgerond op tienduizendtallen) bedroeg het aantal ooitgebruikers van LSD ongeveer 140 duizend (95% betrouwbaarheidsinterval 110-180 duizend); het aantal laatste-jaar-gebruikers 30 duizend (95% betrouwbaarheidsinterval 10-40 duizend); en het aantal laatste-maand-gebruikers 10 duizend (95% betrouwbaarheidsinterval <10-20 duizend).
- Voor paddo's bedroeg het aantal ooitgebruikers van omgerekend naar de bevolking (afgerond op tienduizendtallen) ongeveer 480 duizend (95% betrouwbaarheidsinterval 410-540 duizend); het aantal laatste-jaar-gebruikers 80 duizend (95% betrouwbaarheidsinterval 50-110 duizend); en het aantal laatste-maand-gebruikers 10 duizend (95% betrouwbaarheidsinterval <10-20 duizend).

### *Leefstijlmonitor-aanvullend (LSM-A)*

Gegevens uit de Gezondheidsenquête worden gezien als de kerncijfers over middelengebruik. In 2016 werd voor het eerst de aanvullende module Roken, Alcohol en Druggebruik van de Leefstijlmonitor uitgevoerd. Hierin worden meer middelen uitgevraagd en wordt nader ingegaan op de aard en frequentie van middelengebruik (zoals de frequentie van gebruik en probleemgebruik, bronnen van aanschaf, middelen gerelateerde gezondheidsproblemen en hulpzoekgedrag). Aangezien het hier om een verdiepende module gaat, is er een overlap in gestelde vragen, maar wijkt de volgorde van vragen en de exacte formulering soms af van de Gezondheidsenquête. Zie daarvoor [rivm.nl/Onderwerpen/L/Leefstijlmonitor/Onderzoeksbeschrijvingen\\_LSM/A\\_Middelen](http://rivm.nl/Onderwerpen/L/Leefstijlmonitor/Onderzoeksbeschrijvingen_LSM/A_Middelen).

Net als in de Gezondheidsenquête is de doelpopulatie van de LSM-A in Nederland woonachtige personen die deel uitmaken van particuliere huishoudens. Dus de institutionele bevolking (personen in inrichtingen, instellingen of tehuizen) en personen die niet zijn geregistreerd als ingezetene in de Basisregistratie Personen worden niet in dit onderzoek benaderd.

Voor de LSM-A is een aparte steekproef samengesteld van personen van 15 jaar en ouder. Zij werden eerst uitgenodigd via internet deel te nemen en daarna telefonisch, en indien nodig aan-huis herbenaderd (de Gezondheidsenquête past geen telefonische herbenadering toe). In totaal was in 2016 de volledige respons 57% (10.664 deelnemers). Er zijn relatief meer jongeren en jongvolwassenen tussen 15-34 jaar gerekruteerd, de leeftijdsgroep waarin drugsgebruik doorgaans het meest voorkomt. Hierdoor zijn er meer respondenten die ook de vervolgvragen over drugsgebruik beantwoorden, zodat dit gedrag in meer detail onderzocht kan worden. Door weging is vervolgens voor deze 'oversampling' gecorrigeerd. Naast deze extra correctie is de weging van de LSM-A hetzelfde als die voor de Gezondheidsenquête.

### *Vergelijking resultaten LSM-A en Gezondheidsenquête 2016*

In zowel de Gezondheidsenquête en de LSM-A worden gegevens verzameld over het percentage gebruikers van alcohol, drugs en tabak. Vanwege verschillen in steekproeven en wijze van dataverzameling kan variatie in de resultaten optreden. Op basis van een uitgebreide vergelijking tussen de resultaten van de Gezondheidsenquête en de LSM-A kan geconcludeerd worden dat er ondanks de verschillen in de steekproeftrekking, de waarnemingsmode en de vragenlijst nauwelijks verschillen bestaan tussen de onderzochte resultaten over roken, het gebruik van alcohol en drugs. Alleen de cijfers over meerroken zijn niet goed vergelijkbaar ([http://rivm.nl/Onderwerpen/L/Leefstijlmonitor/Onderzoeksbeschrijvingen\\_LSM/A\\_Middelen](http://rivm.nl/Onderwerpen/L/Leefstijlmonitor/Onderzoeksbeschrijvingen_LSM/A_Middelen)). De kerncijfers uit de Gezondheidsenquête zijn leidend.

Tabellen 15.1 en 15.2 laten zien dat de resultaten van beide bevolkingsstudies over het algemeen vergelijkbaar zijn. Hoewel de schattingen uit de LSM-A iets lager uitvallen, zijn de verschillen klein en veelal niet statistisch significant, dat wil zeggen, te verwachten op basis van kans.

Daarnaast zijn er kleine methodologische verschillen (in de vragenlijst en interviewmethode) die zouden kunnen bijdragen aan verschillen in resultaten.

- Tabel 15.1 laat zien dat het percentage dagelijks rokers iets lager is in de LSM-A dan in de Gezondheidsenquête. De overige prevalentieschattingen zijn vergelijkbaar.
- Ook het percentage zware drinkers is lager in de LSM-A dan in de Gezondheidsenquête en de overige prevalentieschattingen zijn vergelijkbaar.
- Tabel 15.2 laat zien dat alleen het geschatte percentage oitgebruikers van cannabis statistisch significant hoger is in de LSM-A dan in de Gezondheidsenquête.
- In de LSM is specifiek gevraagd naar het gebruik van truffels en vervolgens in een aparte vraag naar het gebruik van paddo's. In de Gezondheidsenquête is alleen naar paddo's gevraagd, zonder truffels te noemen. Dit heeft duidelijk effect op het percentage mensen dat aangeeft paddo's te gebruiken: wanneer truffels en paddo's in de LSM-A bij elkaar worden opgeteld is het percentage vergelijkbaar met de Gezondheidsenquête. Blijkbaar hebben respondenten in de Gezondheidsenquête bij de vraag naar paddo's, ook het gebruik van truffels gerekend.
- Een ander verschil is dat de LSM-A specifiek naar het gebruik van snuifcocaïne en base-cocaïne en specifiek naar GHB en GBL vraagt, waar de Gezondheidsenquête naar 'GHB en/of GBL' en naar 'snuif- en/of base-cocaïne' vraagt, zoals gerapporteerd in respectievelijk hoofdstuk 4 en 9.

#### Overig middelengebruik: lachgas en ketamine

Naast de middelen die in dit Jaarbericht worden gerapporteerd, is ook het gebruik van lachgas en ketamine uitgevraagd in de LSM-A (zie tabel 15.3).

**Tabel 15.1 Gebruik van tabak en alcohol in de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder volgens de Gezondheidsenquête en LSM-A. Peiljaar 2016<sup>I</sup>**

	Gezondheidsenquête			LSM-A			p
	%	95% BI <sup>V</sup>		%	95% BI <sup>V</sup>		
<b>Tabak</b>							
Roker in totale populatie <sup>II</sup>	24,1	23,1	25,2	23,2	22,3	24,1	,13
Ex-roker in totale populatie	32,3	31,2	33,4	31,8	30,8	32,7	,41
Dagelijks rokers in totale populatie	18,6	17,7	19,6	17,3	16,6	18,1	<b>,03</b>
Dagelijks rokers onder de rokers	77,1	74,9	79,1	74,8	73,0	76,6	,10
Stoppoging <sup>III</sup>	32,5	30,2	34,9	32,1	30,1	34,1	,75
E-sigaret gebruiker in totale populatie <sup>IV</sup>	3,5	3,0	3,9	3,2	2,8	3,6	,33
<b>Alcohol</b>							
Drinkers laatste jaar	80,4	79,4	81,4	80,7	79,8	81,5	,69
Drinkers ooit maar niet laatste jaar	11,3	10,5	12,0	10,8	10,1	11,5	,37
Nooit drinkers	8,3	7,6	9,0	8,5	7,9	9,1	,66
Zware drinkers	8,5	7,9	9,2	7,4	6,8	7,9	<b>,01</b>
Zware drinkers onder drinkers	10,6	9,8	11,5	9,3	8,6	10,0	<b>,01</b>

I. Roken en drinken onder de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder volgens de Leefstijlmonitor 2016 (Bron: LSM-A/Leefstijlmonitor, Trimbos i.s.m. RIVM en CBS) vergeleken met de kernprevalenties uit de Gezondheidsenquête 2016 (Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2016). Aantal respondenten van 18 jaar en ouder: 10.290 (LSM-A 2016), 7.099 (Gezondheidsenquête 2016). II. Percentage volwassenen dat 'wel eens rookt'. III. Stoppoging van ten minste 24 uur gedaan in afgelopen 12 maanden. IV. Percentage volwassenen dat 'wel eens een e-sigaret gebruikt'. V. 95%BI = 95% betrouwbaarheidsinterval, zie Bijlage 15.1

**Tabel 15.2 Gebruik van drugs in de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder volgens de Gezondheids-enquête en LSM-A. Peiljaar 2016<sup>I</sup>**

		Gezondheidsenquête			LSM-A			p
		%	95% BI <sup>III</sup>		%	95% BI <sup>III</sup>		
Cannabis	Ooit	20,9	19,9	21,9	22,3	21,5	23,2	<b>,03</b>
	Jaar	6,6	6,0	7,3	6,2	5,7	6,7	,30
	Maand	4,1	3,6	4,7	3,6	3,3	4,0	,12
Cocaïne <sup>II</sup>	Ooit	4,9	4,4	5,5	4,8	4,4	5,3	,79
	Jaar	1,7	1,4	2,1	1,6	1,3	1,8	,47
	Maand	0,8	0,6	1,1	0,6	0,5	0,8	,15
Ecstasy	Ooit	7,6	6,9	8,3	7,0	6,5	7,5	,15
	Jaar	2,9	2,5	3,4	2,6	2,3	2,9	,19
	Maand	1,0	0,8	1,3	0,9	0,8	1,1	,59
Amfetamine	Ooit	4,4	3,9	5,0	4,0	3,6	4,4	,15
	Jaar	1,4	1,1	1,7	1,1	0,9	1,3	,14
	Maand	0,6	0,4	0,8	0,5	0,4	0,6	,46
Paddo's <sup>IV</sup>	Ooit	3,6	3,1	4,1	3,0	2,6	3,3	<b>,03</b>
	Jaar	0,6	0,4	0,9	0,1	0,1	0,2	<b>&lt;,001</b>
	Maand	0,1	<0,1	0,2	<0,1	<0,1	0,1	<b>,05</b>
Truffels	Ooit	-	-	-	1,8	1,6	2,1	
	Jaar	-	-	-	0,5	0,3	0,6	
	Maand	-	-	-	<0,1	<0,1	0,2	
Paddo's en/of truffels <sup>V</sup>	Ooit	-	-	-	3,9	3,5	4,3	,35 <sup>V</sup>
	Jaar	-	-	-	0,6	0,4	0,7	,72 <sup>V</sup>
	Maand	-	-	-	0,1	<0,1	0,2	,61 <sup>V</sup>
GHB	Ooit	1,3	1,1	1,7	1,5	1,3	1,8	,34
	Jaar	0,3	0,2	0,5	0,4	0,3	0,6	,36
	Maand	0,1	<0,1	0,2	0,2	0,1	0,3	,37
LSD	Ooit	1,1	0,9	1,4	1,3	1,0	1,5	,32
	Jaar	0,2	0,1	0,3	0,1	0,1	0,2	,20
	Maand	0,1	<0,1	0,2	<0,1	<,1	0,1	,17
Heroïne	Ooit	0,4	0,3	0,6	0,4	0,2	0,5	,67
	Jaar	0,1	<0,1	0,2	<0,1	<0,1	0,1	,18
	Maand	<0,1	<0,1	0,1	<0,1	<0,1	0,1	,29

I. Het percentage ooit, laatste jaar en laatste maand gebruik van drugs onder de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder volgens de Leefstijlmonitor 2016 vergeleken met de kernprevalenties uit de Gezondheidsenquête 2016 II. Cocaïne: snuifcocaïne en/of basecocaïne. III. 95%BI = 95% betrouwbaarheidsinterval, zie Bijlage 15.1. IV. In de Gezondheidsenquête is het gebruik van 'Paddo's (hallucinogene paddestoeltjes of magic mushrooms)' uitgevraagd, en niet specifiek naar truffels. In de LSM-A is eerst naar gebruik van 'Truffels (sclerotia, tripknollen)' gevraagd, alvorens op het gebruik van 'Paddo's (hallucinogene paddestoeltjes of magic mushrooms)' uit te vragen. V. De resultaten van het gecombineerde antwoord van 'paddo's en/of truffels' uit de LSM-A komt overeen met het antwoord op 'paddo's' in de Gezondheidsenquête. Daarom lijken respondenten van de Gezondheidsenquête de vraag over paddo's als inclusief truffels te interpreteren. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2016. LSM-A/Leefstijlmonitor, Trimbos i.s.m. RIVM en CBS.

**Tabel 15.3 Overig middelengebruik in de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder volgens de LSM-A. Peiljaar 2016<sup>I</sup>**

Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder (LSM-A)		%	95% BI <sup>II</sup>		Aantal Nederlanders <sup>III</sup> x 1.000	95% BI <sup>II</sup> x 1.000	
Lachgas	Ooit	4,9	4,5	5,3	650	600	700
	Jaar	2,0	1,7	2,2	260	230	290
	Maand	0,5	0,4	0,7	70	50	85
Ketamine	Ooit	1,1	0,9	1,4	150	120	180
	Jaar	0,5	0,4	0,6	60	50	80
	Maand	0,2	0,1	0,3	20	10	30

I. Het percentage ooit, laatste-jaar- en laatste-maand-gebruik van drugs volgens de LSM-A 2016. II. 95%BI = 95% betrouwbaarheidsinterval, zie Bijlage 15.1. III. Absolute aantal Nederlanders omgerekend naar de bevolking van 18 jaar en ouder (afgerond op tienduizendtallen). Bron: LSM-A/Leefstijlmonitor, Trimbos i.s.m. RIVM en CBS.

### *Problematisch middelengebruik*

In de LSM-A is onder laatste-jaar-gebruikers van cannabis een vragenlijst afgenomen voor problematisch cannabisgebruik (Cannabis Abuse Screening Test; CAST). Bij gebrek aan onderzoek met een uitgebreid diagnostisch instrument (zoals in NEMESIS-2), geeft deze screener een indicatie van problematisch cannabisgebruik in de bevolking. De CAST bestaat uit 6 vragen over de afgelopen 12 maanden, met de antwoord opties nooit, zelden, af en toe, best vaak, of heel vaak:

Wilt u bij de volgende voorvallen aangeven hoe vaak u hiermee te maken heeft gehad in de afgelopen 12 maanden? Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden...

1. ...heeft u cannabis gebruikt voor de middag?
2. ... heeft u cannabis gebruikt terwijl u alleen was?
3. ... heeft u geheugenproblemen gehad als u cannabis gebruikt?
4. ... hebben uw vrienden of familie u verteld dat u minder cannabis zou moeten gebruiken of dat u zou moeten stoppen?
5. ... heeft u geprobeerd om te stoppen met cannabis zonder dat het lukte?
6. ... heeft u problemen gehad door uw cannabisgebruik?

De totale score op de CAST (binair) kan variëren van 0-6 en wordt berekend door bij vraag 1 en 2 het antwoord 'best vaak' en 'heel vaak' 1 punt te scoren, en bij de rest van de vragen alle antwoorden behalve 'nooit'. Bij een totaal score van 2 of hoger spreken we van een positieve score op de CAST, hetgeen een indicator is van een stoornis in het gebruik van cannabis.

Ook is in de LSM-A is onder laatste-jaar-gebruikers van alcohol een vragenlijst afgenomen om personen met riskante en schadelijke patronen van alcoholgebruik te identificeren (Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT). Deze screener is ontworpen door de World Health Organization (WHO) om een indicatie te geven van problematisch alcoholgebruik in de bevolking. De AUDIT bestaat uit 10 vragen over de afgelopen 12 maanden.

Een totaalscore van de AUDIT kan variëren tussen 0-40 en een score van 8 of meer is in de klinische praktijk een indicatie voor verder diagnostisch onderzoek. Daarnaast worden op basis van de totaalscore ook 4 ernstcategorieën gedefinieerd: geen/laag risico (0-7); matig risico (8-16); hoog risico (17-19); alcohol afhankelijkheid ( $\geq 20$ ).

### D.3 Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU)

In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2013 is voor het eerst op landelijke schaal het gebruik van middelen onder een specifieke groep van 3.335 (frequente) bezoekers van party's, festivals en clubs van 15 tot en met 35 jaar bestudeerd via een online survey (Goossens et al., 2014). In HGU2016 is opnieuw het uitgaansleven van 4.905 frequent uitgaanders in kaart gebracht (Monshouwer et al., 2016).

Online surveys kunnen in korte tijd veel mensen uit moeilijk bereikbare groepen includeren. HGU onder uitgaande jongeren levert zo inzicht in middelengebruikspatronen, signaleert nieuwe trends en nieuwe drugs, en brengt belangrijke onderwerpen in een specifieke populatie in kaart. Echter, online surveys resulteren niet in een representatieve steekproef van alle uitgaande jongeren en jongvolwassenen. De resultaten kunnen dus indicatief zijn, maar de gevonden prevalenties van middelengebruik zijn niet representatief voor uitgaande jongeren in Nederland.

Vanwege de online onderzoeksmethode, moeten verschillen tussen HGU2013 en HGU2016 zeer voorzichtig geïnterpreteerd worden. Er zijn verschillen tussen respondentkenmerken in beide onderzoeken populaties: op groepsniveau waren deelnemers aan HGU2016 jonger en hoger opgeleid, er waren minder frequent party/festival bezoekers en HGU2016 deelnemers hebben een meer mainstream muziekvoorkeur (zie tabel D.1). Deze verschillen worden vermoedelijk (deels) veroorzaakt door andere wervingsbronnen. In HGU2013 hing frequent party/festivalbezoek sterk samen met drugsgebruik onder jongeren en jongvolwassenen met een voorkeur voor techno en hardhouse was het actueel ecstasy, amfetamine en cocaïnegebruik het hoogst. Daarom valt het te verwachten dat in HGU2016 het middelengebruik lager ligt. Gezien de voorzichtigheid die geboden is bij het interpreteren van de resultaten van beide metingen, presenteert het Jaarbericht NDM alleen voorlopige cijfers uit het HGU2016, en rapporteren we in hoofdstuk 8 Nieuwe Psychoactieve Stoffen, waarvoor geen nationale cijfers beschikbaar zijn, alleen grote verschillen tussen HGU2013 en HGU2016.

Tabel D.1 Vergelijking deelnemers Het Grote Uitgaansonderzoek, peiljaar 2013 en 2016

	HGU2013	HGU2016
Werving	63% Partyflock	72% Facebook
Gemiddelde leeftijd	22,9 jaar	21,7 jaar
Hoog opgeleid	44%	54%
Bij ouders wonend	40%	54%
Ten minste maandelijks party/festival	45%	35%
Top 40 muziek 'heel slecht'	24%	13%
Techno 'heel goed'	65%	45%

### D.4 Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ)

De algemene ziekenhuizen stuurden tot en met het registratiejaar 2012 geanonimiseerde gegevens over de opnames naar de Landelijke Medische Registratie (LMR). Vanaf 2013 werd de LMR voortgezet in de vorm van de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ). Ook Universitair Medische Centra (UMCs) leveren gegevens aan de LBZ ([www.dhd.nl](http://www.dhd.nl)). In de LMR werden de opnames anoniem geregistreerd in ICD-9 codes. In de LBZ worden vanaf 2013 de opnames anoniem geregistreerd in ICD-10 codes (zie bijlage B). In zoverre ziekenhuisgegevens ontbraken, werden de ontbrekende gegevens bijgeschat

om tot een schatting te komen van het totaal aantal ziekenhuisopnames. Voor het registratiejaar 2013 ontbraken echter teveel gegevens om tot een betrouwbare bijinschatting te komen. Voor de hoofddiagnoses moest in 2013 per middel tussen de 17% en 25% worden bijgeschat en voor de nevendiaagnoses moest per middel tussen de 18% en 28% worden bijgeschat. Voor 2014 waren er voldoende gegevens voorhanden en kon een nieuwe bijinschattingmethode worden toegepast. Voor het registratiejaar 2014 hebben 88 van de 94 ziekenhuizen data aangeleverd en waren over het algemeen genomen de data voor de klinische opnames voor 94% compleet en waren de data voor de dagopnames voor 76% compleet (DHD, 2016). Vanwege de overgang van ICD-9 codering naar ICD-10 codering en het ontbreken van voldoende gegevens voor het registratiejaar 2013, worden in dit Jaarbericht geen nieuwe trendgegevens gerapporteerd. Dit Jaarbericht beperkt zich tot de gegevens voor het registratiejaar 2014.

## D.5 Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS)

Een deel van de probleemgebruikers van alcohol of drugs zoekt hulp bij een instelling voor verslavingszorg. Gegevens over de aantallen cliënten en cliëntprofielen geven informatie over (trends) in de hulpvraag en kunnen een indirecte indicator zijn van trends in het probleemgebruik. Daarbij moet worden bedacht dat mensen die bij de hulpverlening komen in zekere zin 'atypisch' zijn voor de totale groep mensen met een verslavingsprobleem. 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.

Factoren die, naast het voorkomen van probleemgebruik, evenzeer van invloed kunnen zijn op het aantal geregistreerde cliënten zijn bijvoorbeeld veranderingen in het hulpverleningsaanbod (zoals anonieme, en dus niet geregistreerde e-health interventies) of veranderingen in financieringsstromen; een toe- of afname in de bereidheid hulp te zoeken of in het doorverwijzen (bijv. meer hulp via de eerstelijnszorg).

Ook veranderingen in de registratie zouden een rol kunnen spelen. Zo veranderde het aantal instellingen voor verslavingszorg dat geanonimiseerde gegevens aanleverde aan het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) tussen 2006 tot en met 2015 (zie onderstaande tabel D.2). Een nadere analyse wijst echter uit dat deze wisselingen in de instellingen slechts een beperkte invloed hebben gehad op het landelijk aantal geregistreerde cliënten en de trends niet noemenswaardig hebben beïnvloed.

**Tabel D.2 Instellingen voor verslavingszorg die deelnemen aan het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS), registratiejaren 2006-2015**

Instelling voor verslavingszorg	Registratiejaar									
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Jellinek (Arkin)										
IrisZorg										
Emergis										
Bouman GGZ (Antes)										
Victas										
Brijder (Parnassia Groep)										
GGD Amsterdam										
Tactus										
Vincent van Gogh										
Mondriaan										
Verslavingzorg Noord Nederland										
Novadic-Kentron										
De Hoop GGZ										
De Regenboog										
De Wit Consultancy										
Arta Lievegoed Zorggroep										
De Brug										
Reclassering algemeen										
Trubendorffer										
Momentum GGZ										
Amethyst										
Dimence										
Castle Craig										

I. GGD Amsterdam biedt hulpverlening voor opiaatverslaafden. Bron: LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut.

## D.6 Monitor Drugsincidenten (MDI)

De belangrijkste bron voor informatie over gezondheidsverstoringen in verband met drugsgebruik is de Monitor Drugsincidenten (MDI) van het Trimbos-instituut. De MDI werkt nauw samen met het DIMS, dat de samenstelling van de drugs op de Nederlandse markt monitort. Sinds 2015 worden ook de gegevens gerapporteerd die sinds 2009 zijn verzameld in het Letsel Informatiesysteem (LIS) van VeiligheidNL. Aan de dataverzameling van het LIS dragen 14 spoedeisendehulpafdelingen van ziekenhuizen bij. De wijze van dataverzameling in de ziekenhuizen van de MDI en het LIS zijn niet hetzelfde en daarom worden de gegevens apart gerapporteerd. Ook is in het LIS geen informatie beschikbaar over de mate van intoxicatie.

In 2016 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. De MDI geeft geen totaaloverzicht over Nederland, maar is wel goed in staat gebleken om grote veranderingen in drugsincidenten te signaleren.

Over de jaren wisselt de samenstelling van de deelnemers: enerzijds is in de loop der jaren het aantal deelnemers gegroeid, anderzijds zijn enkele deelnemers (tijdelijk) niet in staat om gegevens aan te leveren wegens veranderingen in hun eigen registratiesysteem of personele onderbezetting. Deze verschuivingen maken de interpretatie van trendgegevens lastig, mede omdat de gemelde gevallen verschillen tussen de regio's en tussen de deelnemende diensten. In 2016 waren 21 deelnemers actief in de MDI-registratie.

## **D.7 Peilstationsonderzoek scholieren, Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), European School Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD)**

Sinds 1984 meet het Trimbos-instituut via het Peilstationsonderzoek scholieren om de vier jaar het gebruik van alcohol, drugs en tabak onder scholieren (Van Dorsselaer et al., 2016). Het Peilstationsonderzoek wordt sinds 2003 afgenomen op een *representatieve* steekproef van scholieren in groep 7 en 8 van de basisschool en scholieren van alle klassen van het regulier voortgezet onderwijs bestaande uit VMBO, HAVO en VWO. De representatieve steekproef wordt samengesteld via een random selectie van scholen (fase 1), gevolgd door een random selectie van klassen binnen die scholen (fase 2). Vanwege verschillen in het aantal klassen tussen het VMBO, de HAVO en het VWO, levert dit weliswaar geen representatieve steekproef op van 17-18-jarigen, maar wel een representatieve steekproef van 12-16-jarigen die regulier onderwijs volgen. De leeftijdsgroep van 12-16 jaar is tevens de leeftijdsgroep waar het volksgezondheidsbeleid zich op richt via de Staat van Volksgezondheid en Zorg ([www.staatvenz.nl](http://www.staatvenz.nl)).

Via het Peilstationsonderzoek scholieren kunnen goede vergelijkingen worden gemaakt over de jaren heen, zodat de trends in het middelengebruik onder scholieren goed in kaart kunnen worden gebracht. Zodra nieuwe middelen in opkomst zijn, worden deze meegenomen. Vanaf 1992 werden gokken en ecstasy meegenomen, vanaf 1996 werden paddo's meegenomen, vanaf 2011 internet en energiedrankjes en vanaf 2015 worden voor het eerst de elektronische sigaret, de waterpijp en lachgas meegenomen. Ook worden vanaf 2015 voor het eerst in het voortgezet onderwijs de gegevens digitaal verzameld via internet.

Eveneens om de vier jaar wordt de Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) studie uitgevoerd door de Universiteit Utrecht, het Trimbos-instituut en het Sociaal en Cultureel Planbureau. De HBSC studie ondervraagt scholieren van 11-16 jaar naar uiteenlopende leefstijlgedragingen. De HBSC-studie biedt internationale vergelijkingen voor jongeren van 11,13 en 15 jaar. Ook doet Nederland sinds 1999 mee aan het European School Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD) onder scholieren van 15 en 16 jaar. De verschillende monitors worden op elkaar afgestemd binnen het kader van de landelijke Leefstijlmonitor (LSM) gecoördineerd door het RIVM. In dit kader vindt er ook afstemming plaats met de Gezondheidsmonitor Jeugd van de GGD'en. Binnen de structuur van de Leefstijlmonitor geldt de HBSC-studie als basisstudie en het Peilstationsonderzoek als verdiepingsstudie.



1,4-BD	1,4-butaandiol
2C-B	4-bromo-2,5-dimethoxyphenethylamine
4,4o-DMAR	4-methyl-5-(4-methylphenyl)-4,5-dihydrooxazol-2-amine
4-FA	4-fluor(amfetamine)
4-MA	4-methylamfetamine
MTA	4-methylthioamfetamine
APB	Benzo Fury
IT	5-(2-aminopropyl)indool
APB	Benzo Fury
25B-NBOM	2-(4-bromo-2,5-dimethoxyphenyl)-N-[(2-methoxyphenyl)methyl]ethanamine
25C-NBOMe	2-(4-chloro-2,5-dimethoxyphenyl)-N-[(2-methoxyphenyl)methyl]ethanamine
25I-NBOMe	4-jood-2,5-dimethoxy-N-(2-methoxybenzyl)fenethylamine
ACT	Assertive Community Treatment
AH-7921	3,4-dichloor-N-[[1-(dimethylamino)cyclohexyl)methyl]benzamide
Aids	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AiG	Alles is Gezondheid
AIHW	Australian Institute of Health and Welfare
AM-2201	1-[(5-Fluoropentyl)-1H-indol-3-yl]-(naphthalen-1-yl)methanone
AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
ANR	Alliantie Nederland Rookvrij
APAAN	Alfa-fenylacetoacetonitil
APV	Algemene Plaatselijke Verordening
Asp	Alcoholslotprogramma
ATC	Anatomical Therapeutic Chemical
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BAG	Bloedalcoholgehalte
BCD	Bond van Cannabis Detaillisten
BEGJ	Bureau Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie
Bibob	Wet bevordering integriteitsbeoordelingen door het openbaar bestuur
BIG	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
BMK	Benzyl-methyl-keton
BO	Basis Onderwijs
BOA	Buitengewoon Opsporingsambtenaar
BPS	Bedrijfsprocessensysteem
BUO	Buitengewoon Onderwijs
BVH	Basis Voorziening Handhaving
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
CAST	Cannabis Abuse Screening Test
CATCH	Cocaine Addiction Treatments to improve Control and reduce Harm
CBD	Cannabidiol
CBO	Centraal Begeleidings Orgaan
CBR	Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek

CCV	Centrum voor Criminaliteitspreventie en Veiligheid
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CGL	RIVM Centrum Gezond Leven
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
CJIB	Centraal Justitieel Incasso Bureau
CMR	Centrale Methadon Registratie
Coda-G4	Cohortstudie naar Daklozen in de vier grote steden
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
COR	Continu Onderzoek Rookgewoonten
CPA	Centrale Post Ambulancevervoer
CQI	Consumer Quality Index
CSEW	Crime Survey for England and Wales
CSV	Crimineel Samenwerkings Verband
CTADS	Canadian Tobacco, Alcohol and Drugs Survey
CVA	Cerebraal Vasculaire Aandoening (beroerte)
CVS	Cliënt Volg Systeem
CVZ	College voor zorgverzekeringen
DAAs	Direct Acting Antivirals
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DDD	Doorsnee Dag Dosis, standaarddagdosering
DEA	Drug Enforcement Administration
DHD	Dutch Hospital Data
DHW	Drank- en Horecawet
DIMS	Drugs Informatie en Monitoring Systeem
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
DNRI	Dienst Nationale Recherche Informatie
DOB	2,5-dimethoxy-4-bromoamfetamine
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EC	Europese Commissie/European Commission
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
ECDD	Expert Committee on Drug Dependence
EHBO	Eerste Hulp bij Ongelukken
EK	Eerste Kamer
EMA	Educatieve Maatregel Alcohol en verkeer
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (in het Nederlands: EWDD)
EPZ	Eerstelijns Psychologische Zorg
ERISSP	European Reporting on Illicit Synthetic Substance Production sites
ESPAD	European School Project on Alcohol and other Drugs
EU	Europese Unie/European Union
Euro-DEN	European drug emergencies network
EWDD	Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving (in het Engels: EMCDDA)
EWS	Early Warning System
EZ	Ministerie van Economische Zaken
EZN	Elektronische sigaret zonder nicotine
FCTC	Framework Convention on Tobacco Control
FinEC	Financieel Economisch Opsporen Politie
FIOD	Fiscale Inlichtingen en Opsporings Dienst
FPD	Forensisch Psychiatrische Dienst
GB-GGZ	Generalistische Basis GGZ
GBA	Gemeentelijke Basisadministratie

GBL	Gamma-butyrolacton
GDS	Global Drug Survey
GE	Gezondheidsenquête CBS
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GG&GD	Gemeentelijke Geneeskundige & Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GHB	Gammahydroxyboterzuur
GIDS	Gezond in de stad
GIP	Genees- en hulpmiddelen Informatie Project
GW	Geneesmiddelenwet
HAART	Highly Active Anti-Retroviral Treatment
HARC-team	Hit and Run Container team
HAVO	Hoger Algemeen Voortgezet Onderwijs
HBO	Hoger Beroeps Onderwijs
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children (studie)
HBV	Hepatitis B virus
HCV	Hepatitis C virus
HDL-C	High density lipoprotein cholesterol
HGU	Het Grote Uitgaansonderzoek
Hiv	Humaan Immunodeficiëntie Virus
HKS	Herkenningsdienstsysteem
HUO	Haags Uitgaans Onderzoek
HVO	Hoger Voortgezet Onderwijs
ICD	International Classification of Diseases
ICPC	International Classification for Primary Care
IDG	Intraveneuze Drugsgebruiker
IFZO	Informatievoorziening Forensische Zorg
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IPOL	Dienst van het Korps Landelijke Politie Diensten (KLPD), coördineert onder andere politie- en rechtshulpinformatie
ISD	Inrichting voor Stelselmatige Daders
ITC	International Tobacco Control
IVM	Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik
IVO	Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving
IVRK	Internationaal Verdrag van de Rechten van het Kind
IVZ	Stichting Informatievoorziening Zorg
JJI	Justitiële Jeugdinstelling
JOGG	Jongeren Op Gezond Gewicht
JWH-018	1-pentyl-3-(1-naphthoyl)indole
KMar	Koninklijke Marechaussee
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
KWF	Koningin Wilhelmina Fonds Kankerbestrijding
LADIS	Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem
LASA	Longitudinal Aging Study Amsterdam
LBO	Lager Beroeps Onderwijs
LBZ	Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg
LEMA	Lichte Educatieve Maatregel Alcohol en verkeer
LFO	Landelijke Faciliteit Ondersteuning Ontmantelen
LIEC	Landelijk Informatie en Expertise Centrum
LINH	Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg

LIS	Letsel Informatie Systeem
LIV	Levamisolgeïnduceerde vasculopathie
LMIG	Landelijke Monitor Intramurale GGZ
LMR	Landelijke Medische Registratie
LO	Lager Onderwijs
LPGGz	Landelijk Platform GGz
LSD	d-Lysergzuur-diethylamide
LSM	Leefstijlmonitor
LSM-A	Leefstijlmonitor-Aanvullend
LUMC	Leids Universitair Medisch Centrum
LVO	Lager Voortgezet Onderwijs
Iwoo	Leerwegondersteunend onderwijs
MATE	Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie
MBDB	N-methyl-1-(3,4-methyleen-dioxyphenyl)-2-butanamine
MBO	Middelbaar Beroeps Onderwijs
mCPP	Meta-Chloor-Phenyl-Piperazine (metachloorpiperazine)
MDA	Methyleen-dioxyamfetamine
MDEA	Methyleen-dioxyethylamfetamine
MDI	Monitor Drugsincidenten
MDMA	3,4-methyleen-dioxymethamfetamine
MDPV	3,4-methyleendioxyprovaleron
MGC	Monitor Georganiseerde Criminaliteit
MKBA	Maatschappelijke Kosten en Baten Analyse
MMO	Monitor Maatschappelijke Opvang
MND	Meldpunt Nieuwe Drugs
MO/VB-regio	Regio voor de Maatschappelijke Opvang en het Verslavingsbeleid
MPPC	Most Popular Price Category (meest populaire prijsklasse)
MSM	Mannen die sex hebben met mannen
MT-45	1-cyclohexyl-4-(1,2-diphenylethyl)piperazine
MVO	Middelbaar Voortgezet Onderwijs
MXE	Methoxetamine
NCV	Nederlands Centrum Verslavingskunde
NDM	Nationale Drug Monitor
NEMESIS	Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study
NFI	Nederlands Forensisch Instituut
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NICE	National Intensive Care Evaluation
NIFP	Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie
NIGZ	Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
NIP	Nederlands Instituut van Psychologen
NISPA	Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NMG	Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid
NOC*NSF	Nederlands Olympisch Comité*Nederlandse Sport Federatie
NP	Nationale Politie
NPO	Nationaal Prevalentie Onderzoek
NPP	Nationaal Programma Preventie
NPS	Nieuwe Psychoactieve Stoffen
NSCK	Nederlands Signaleringscentrum voor Kindergeneeskunde
NSWO	Nederlandse Vereniging voor Slaap- en Waak Onderzoek

NVIC	Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum
NVvP	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
NVWA	Nederlandse Voedsel en Warenautoriteit
NWO	Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek
OBJD	Onderzoeks- en Beleidsdatabase Justitiële Documentatie
OGGZ	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
OM	Openbaar Ministerie
OPS	Opsporingsregister
PAAZ	Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis
PBW	Penitentiaire Beginselenwet
PenH-plan	Preventie- en Handhavingsplan
PGB	Persoonsgebonden budget
PICS	Precursor Incidents Communication System
PIT	Post/Pakket Interventieteam
PMA	Paramethoxyamfetamine
PMK	Piperonyl-methyl-keton
PMMA	Paramethoxymethylamfetamine
POH-GGZ	Praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg bij de huisarts
POLS	Permanent Onderzoek Leefsituatie
PPC	Penitentiair Psychiatrisch Centrum
pro	Praktijkonderwijs
pSID	Platform Strategisch Inhoudelijk Deskundigen
PY	Persoonsjaren
RARHA	Reducing Alcohol Related Harm
RdGG	Reinier de Graaf Groep
REC-4	Regionaal Expertise Centrum, school voor speciaal onderwijs
RIAGG	Regionaal Instituut voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermende Woonvormen
RIEC	Regionaal Informatie- en Expertisecentrum
RIOB	Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling
RISc	Recidive Inschattings Schalen
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RJM	Roken Jeugd Monitor
ROC	Regionaal opleidingscentrum
ROI	Rijden Onder Invloed
ROM	Routine Outcome Monitoring
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration
SAR	Stichting Alcohol Research
SBG	Stichting Benchmark GGZ
SBO	Speciaal Basis Onderwijs
SCORE	Sewage analysis CORE group — Europe
SEH	Spoedeisende Eerste Hulp(afdeling)
SFK	Stichting Farmaceutische Kengetallen
SHM	Stichting HIV Monitoring
SIVZ	zie: IVZ
SOA	Seksueel Overdraagbare Aandoening
SOCTA	European Serious and Organised Crime Threat Assessment
Sr	Wetboek van Strafrecht
STAD	STockholm prevents Alcohol and other Drugs
STAP	Nederlands Instituut voor Alcoholbeleid

STIVA	Stichting Verantwoord Alcoholgebruik
Sv	Wetboek van Strafvordering
SVG	Stichting Verslavingsreclassering van de Geestelijke Gezondheidszorg Nederland
SSI	Stichting Sigarettenindustrie
STAD	STockholm prevents Alcohol and other Drugs
SWOV	Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid
TBS	Terbeschikkingstelling
TCS	Tobacco Control Scale
TDP	Tabaksproductenrichtlijn EU
THC	Tetrahydrocannabinol
TK	Tweede Kamer
TNCO waarde	Teer, nicotine en koolmonoxide waarde
TNS NIPO	Nederlands Instituut voor de Publieke Opinie en het Marktonderzoek
TPD	Tabaksproductenrichtlijn
TULP	TenUitvoerLegging van vrijheidsbenemende maatregelen in Penitentiaire inrichtingen
UMC	Universitair Medisch Centrum
UT	Universiteit Twente
UvA	Universiteit van Amsterdam
VMBO	Vorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs
VMBO-b	Vorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs – basisberoepsgerichte leerweg
VMBO-p	Vorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs – praktijkgerichte leerweg
VMBO-t	Vorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs – theoretische leerweg
VN	Verenigde Naties
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VPN	Verslavingspreventie Nederland
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenningen
VWO	Vorbereidend Wetenschappelijk Onderwijs
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WAP	Weighted Average Price (gewogen gemiddelde prijs)
WEF	Wereld Economisch Forum
WHO	World Health Organisation (Wereld Gezondheidsorganisatie)
Wlz	Wet langdurige zorg
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
WO	Wetenschappelijk Onderwijs
WODC	Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum
WPG	Wet Publieke Gezondheid
WVL	Rijkswaterstaat Water, Verkeer en Leefomgeving
Wvmc	Wet voorkoming misbruik chemicaliën
WvS	Wetboek van Strafrecht
ZonMw	Zorgonderzoek Nederland Medische Wetenschappen
Zvw	Zorgverzekeringswet

- tot en met, bijvoorbeeld "15-64 jaar" betekent "15 tot en met 64 jaar"
- (in tabellen) gegevens niet beschikbaar, gegevens ontbreken, niet gemeten
- ... wijziging in de methode, bijvoorbeeld "2005 ... 2009" betekent dat door een wijziging in de methode de gegevens voor 2009 niet vergeleken kunnen worden met de gegevens uit 2005
- < minder dan, bijvoorbeeld "<1%" betekent "minder dan 1%"
- ≤ minder dan of gelijk aan, bijvoorbeeld "≤15%" betekent "minder dan of gelijk aan 15%"
- > meer dan, bijvoorbeeld ">1%" betekent "meer dan 1%"
- ≥ meer dan of gelijk aan, bijvoorbeeld "≥15%" betekent "meer dan of gelijk aan 15%"



## 16. Referenties





## 16. Referenties

Aanjaagteam Verwarde Personen (2016). *Samen verder doorpakken: tweede tussenrapportage Aanjaagteam Verwarde Personen*. Aanjaagteam Verwarde Personen: Den Haag.

Achterbergh, R. (2015). *A case-holding initiative for the early detection of HIV and sexual transmitted infections in high risk MSM*. [Oral poster *Aids Impact*; 28-31 juli 2015].

Alderliefste, G. (2016). DPS en HPPD: signalering, diagnostiek en behandeling van persistente waarnemingsstoornissen na partydrugs. *Verslaving: tijdschrift over verslavingsproblematiek* 12 (3): 172-184.

Alles is gezondheid (2017). *3 jaar Alles is gezondheid (AiG)*. AiG: Amersfoort.

Alles is Gezondheid (AiG) (2016). *2 jaar Alles is gezondheid...resultaten tot en met 2015*. AiG: Amersfoort.

Amarasuriya, U.K., Myles, P.R., Sanders, R.D. (2012). Long-term benzodiazepine use and mortality: are we doing the right studies? *Curr Drug Saf* 7 (5): 367-371.

Australian Institute of Health and Welfare (2014). *Australia's Health 2014: The 14th biennial health report of the Australian Institute of Health and Welfare*. AIHW: Canberra.

Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) (2017). *National Drug Strategy Household Survey (NDSHS) 2016: key findings*. AIHW: Canberra.

Baggio, S., Deline, S., Studer, J., N'Goran, A., Mohler-Kuo, M., Daepfen, J.B. et al. (2014). Concurrent versus simultaneous use of alcohol and non-medical use of prescription drugs: is simultaneous use worse for mental, social, and health issues? *J Psychoactive Drugs* 46 (4): 334-339.

Bakker, B. (2015). *Geluk uit een potje: waarom we te veel slikken*. Podium: Amsterdam.

Banks, E., Joshy, G., Weber, M.F., Liu, B., Grenfell, R., Egger, S. et al. (2015). Tobacco smoking and all-cause mortality in a large Australian cohort study: findings from a mature epidemic with current low smoking prevalence. *BMC Med* 13 : 38.

Barendregt, C., De Wit, N., Van Straaten, B., Rodenburg, G. (2017). *Motiverend aan de slag met benzoreductie: een pilotstudie naar de toepasbaarheid van een samengestelde interventie ter vermindering van chronisch benzodiazepinegebruik in de huisartsenpraktijk*. IVO: Rotterdam.

Barrios, L., Grison-Hernando, H., Boels, D., Bouquie, R., Monteil-Ganiere, C., Clement, R. (2016). Death following ingestion of methyline. *Int J Legal Med* 130 (2): 381-385.

Bassir, N.A., Medrano, B., Perkel, C., Galynker, I., Hurd, Y.L. (2016). Psychiatric comorbidity associated with synthetic cannabinoid use compared to cannabis. *J Psychopharmacol* 30 (12): 1321-1330.

Been, F., Bijlsma, L., Benaglia, L., Berset, J.D., Botero-Coy, A.M., Castiglioni, S. et al. (2016). Assessing geographical differences in illicit drug consumption--A comparison of results from epidemiological and wastewater data in Germany and Switzerland. *Drug Alcohol Depend* 161 : 189-199.

Been, J.V., Szatkowski, L., van Staa, T.P., Leufkens, H.G., Van Schayck, O.C., Sheikh, A. et al. (2015). Smoke-free legislation and the incidence of paediatric respiratory infections and wheezing/asthma: interrupted time series analyses in the four UK nations. *Sci Rep* 5 : 15246.

Benschop, A., Nabben, T., Korf, D.J. (2011). *Antenne 2010: trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*. Rozenberg Publishers: Amsterdam.

Benschop, A., Nabben, T., Korf, D.J. (2013). *Antenne 2012: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*. Rozenberg Publishers: Amsterdam.

Benschop, A., Nabben, T., Korf, D.J. (2015). *Antenne 2014: trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*. Rozenberg Publishers: Amsterdam.

Beurmanjer, H., Asperslag, E.M., Verbrugge, C.A.G., Oliemeulen, L.E.A.P., Schellekens, A.F.A., De Jong, C.A.J. et al. (2016). *GHB afhankelijkheid: ziektepercepties en behandelingsbehoefes*. NISPA: Nijmegen.

Beurmanjer, H., De Weert, G. (2013). *Tendens: Trends in Wonen, Werken en Middelengebruik 2012-2013: een update*. IrisZorg: Arnhem.

Beurmanjer, H., Verbrugge, C.A.G., Schellekens, A.F.A., De Jong, C.A.J., Dijkstra, B.A.G. (2016). *Behandeling van GHB afhankelijkheid na detoxificatie: eindrapportage NISPA GHB monitor 2.0*. NISPA: Nijmegen.

Bieleman, B., Mennes, R., Sijstra, M. (2017). *Coffeeshops in Nederland 2016: aantallen coffeeshops en gemeentelijk beleid 1999-2016*. Intraval: Groningen-Rotterdam.

Bjarnadottir, G.D., Magnusson, A., Rafnar, B.O., Sigurdsson, E., Steingrimsson, S., Johannsson, M. et al. (2016). Intravenous Use of Prescription Psychostimulants; A Comparison of the Pattern and Subjective Experience between Different Methylphenidate Preparations, Amphetamine and Cocaine. *Eur Addict Res* 22 (5): 259-267.

Blankers, M., Buisman, R., Ter Weijde, W., Van Laar, M. (2015). *Rookbeleid in de GGZ: een verkenning van beleid en praktijk tijdens verblijf in geïntegreerde GGZinstellingen, verslavingszorginstellingen en RIBW's*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Blankers, M., Ketelaars, T., Uitterhaegen, B., Van Laar, M. (2017). *Cannabisregulering in de Verenigde Staten: modellen en effecten op het terrein van de volksgezondheid*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Blankers, M., Van Laar, M. (2013). *Interventies stoppen met roken voor jongeren [fact sheet]*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Blokker, B.M., Wagenveld, I.M., Weustink, A.C., Oosterhuis, J.W., Hunink, M.G. (2016). Non-invasive or minimally invasive autopsy compared to conventional autopsy of suspected natural deaths in adults: a systematic review. *Eur Radiol* 26 (4): 1159-1179.

Blokker, B.M., Weustink, A.C., Hunink, M.G., Oosterhuis, J.W. (2016). Autopsy of Adult Patients Deceased in an Academic Hospital: Considerations of Doctors and Next-of-Kin in the Consent Process. *PLoS ONE* 11 (10): e0163811.

Boerman, F., Grapendaal, M., Nieuwenhuis, F., Stoffers, E. (2017). *Nationaal dreigingsbeeld 2017: georganiseerde criminaliteit*. Politie;Dienst Landelijke informatieorganisatie: Driebergen.

Bogdanovica, I., Godfrey, F., McNeill, A., Britton, J. (2011). Smoking prevalence in the European Union: a comparison of national and transnational prevalence survey methods and results. *Tob Control* 20 (1): e4.

Bommelé, J., Van Laar, M. (2017). *Notitie Derdehands Rook*. Trimbos-instituut: Utrecht.

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.

Bransen, E. (2016). *Psychische klachten en alcohol: Handreiking voor huisarts en POH-GGZ*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Bransen, E., Collard, P., Van der Poel, A., Boon, B. (2016). *Sociale wijkteams en verslavingspreventie: tijdige signalering en interventie bij problematisch gebruik van alcohol en drugs: strategische verkenning*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Breedveld, K., Lammertink, N. (2016). *Rookvrije schoolterreinen 2016*. Mulier Instituut: Utrecht.

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.

Brunt, T.M., Atkinson, A.M., Nefau, T., Martinez, M., Lahaie, E., Malzcewski, A. et al. (2017). Online test purchased new psychoactive substances in 5 different European countries: A snapshot study of chemical composition and price. *Int J Drug Policy* 44 : 105-114.

Brunt, T.M., Koeter, M.W., Niesink, R.J., Van den Brink, W. (2012). Linking the pharmacological content of ecstasy tablets to the subjective experiences of drug users. *Psychopharmacology (Berl)* 220 (4): 751-762.

Brunt, T.M., Nagy, C., Bucheli, A., Martins, D., Ugarte, M., Beduwe, C. et al. (2017). Drug testing in Europe: monitoring results of the Trans European Drug Information (TEDI) project. *Drug Test Anal* 9 (2): 188-198.

Brunt, T.M., Poortman, A., Niesink, R.J., Van den Brink, W. (2011). Instability of the ecstasy market and a new kid on the block: mephedrone. *J Psychopharmacol* 25 (11): 1543-1547.

Brunt, T.M., van Amsterdam, J.G., Van den Brink, W. (2014). GHB, GBL and 1,4-BD addiction. *Curr Pharm Des* 20 (25): 4076-4085.

Brunt, T.M., van den Berg, J., Pennings, E., Venhuis, B. (2017). Adverse effects of levamisole in cocaine users: a review and risk assessment. *Arch Toxicol*. 91 (6): 2303-2313.

Buisman, R., Croes, E. (2014). *Factsheet Elektronische Sigaretten (E-sigaretten)*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Buisman, R., Van Laar, M. (2015). *Waterpijp: factsheet*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Burgemeester van Amsterdam (2015). *Brief aan de gemeenteraad over de evaluatie van het afstands-criterium voor coffeeshops, 29 oktober 2015*. Gemeente Amsterdam: Amsterdam.

Burton, R., Henn, C., Lavoie, D., O'Conner, R., Perkins, C., Sweeney, K. et al. (2016). *The Public Health Burden of Alcohol and the Effectiveness and Cost-Effectiveness of Alcohol Control Policies: An evidence review*. Public Health England: London.

Busardo, F.P., Kyriakou, C., Napoletano, S., Marinelli, E., Zaami, S. (2015). Mephedrone related fatalities: a review. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 19 (19): 3777-3790.

Buster, M., Oosterveer, T., De Wit, M. (2016). *Onderzoek Winteropvang 2015 / 2016*. GGD Amsterdam: Amsterdam.

Caiata-Zufferey, M. (2012). From danger to risk: Categorising and valuing recreational heroin and cocaine use. *Health, Risk & Society* 14 (5): 427-443.

Cao, D.N., Shi, J.J., Hao, W., Wu, N., Li, J. (2016). Advances and challenges in pharmacotherapeutics for amphetamine-type stimulants addiction. *Eur J Pharmacol* 780 : 129-135.

Carvalho, M., Carmo, H., Costa, V.M., Capela, J.P., Pontes, H., Remião, F. et al. (2012). Toxicity of amphetamines: an update. *Archives of Toxicology* 86 (8): 1167-1231.

Casajuana, C., Lopez-Pelayo, H., Balcells, M.M., Miquel, L., Colom, J., Gual, A. (2016). Definitions of Risky and Problematic Cannabis Use: A Systematic Review. *Subst Use Misuse* 51 (13): 1760-1770.

Castaneto, M.S., Gorelick, D.A., Desrosiers, N.A., Hartman, R.L., Pirard, S., Huestis, M.A. (2014). Synthetic cannabinoids: epidemiology, pharmacodynamics, and clinical implications. *Drug Alcohol Depend* 144 : 12-41.

CBS (2017). *Veiligheidsmonitor 2016*. CBS: Den Haag/Heerlen.

CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut (2017). *Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor*. CBS: Den Haag/Bilthoven/Utrecht.

CBS, GGD Nederland, RIVM (2013). *Gezondheidsmonitor 2012*. CBS/GGD Nederland/RIVM: Den Haag.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2014). *Secondhand Smoke Facts*. CDC: Atlanta.

Chadwick, B., Miller, M.L., Hurd, Y.L. (2013). Cannabis Use during Adolescent Development: Susceptibility to Psychiatric Illness. *Front Psychiatry* 4 : 129.

Chen, R., Wilson, K., Chen, Y., Zhang, D., Qin, X., He, M. et al. (2013). Association between environmental tobacco smoke exposure and dementia syndromes. *Occup Environ Med* 70 (1): 63-69.

Choenni, V., Hammink, A., Van de Mheen, D. (2015). Association Between Substance Use and the Perpetration of Family Violence in Industrialized Countries: A Systematic Review. *Trauma Violence Abuse*

Claussen, M.C., Hassanpour, K., Jenewein, J., Boettger, S. (2014). Catatonic stupor secondary to gamma-hydroxy-butyric acid (GHB)-dependence and -withdrawal syndrome. *Psychiatr Danub* 26 (4): 358-359.

- Connor, J. (2017). Alcohol consumption as a cause of cancer. *Addiction* 112 (2): 222-228.
- Cooper, Z.D. (2016). Adverse Effects of Synthetic Cannabinoids: Management of Acute Toxicity and Withdrawal. *Curr Psychiatry Rep* 18 (5): 52.
- Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs (CAM) (2008). *Risicoschatting cannabis 2008*. RIVM: Bilthoven.
- Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs (CAM) (2015). *CAM Quick Scan rapportage van 4-fluoramfetamine (4-FA)*. RIVM: Bilthoven.
- Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs (CAM) (2015). *CAM Quick Scan rapportage van levamisol: 2014 Update*. RIVM: Bilthoven.
- Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs (CAM) (2016). *Risicobeoordeling 4-fluoramfetamine (4-FA)*. CAM: Bilthoven.
- Corkery, J.M., Claridge, H., Goodair, C., Schifano, F. (2017). An exploratory study of information sources and key findings on UK cocaine-related deaths. *J Psychopharmacol* 31 (8): 996-1014.
- Corkery, J.M., Loi, B., Claridge, H., Goodair, C., Corazza, O., Elliott, S. et al. (2015). Gamma hydroxybutyrate (GHB), gamma butyrolactone (GBL) and 1,4-butanediol (1,4-BD; BDO): A literature review with a focus on UK fatalities related to non-medical use. *Neurosci Biobehav.Rev* 53 : 52-78.
- Cressman, A.M., Natekar, A., Kim, E., Koren, G., Bozzo, P. (2014). Cocaine abuse during pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can* 36 (7): 628-631.
- Croes, E., Wijers, L. (2017). *Ernstige intoxicaties na ecstasygebruik: Gegevens uit de Monitor Drugsincidenten: Factsheet*. Trimbos-instituut: Utrecht.
- Crul, B.V.M. (2006). Dokter als drugspusher: ontwenningcampagne voor benzodiazepinen gewenst. *Medisch Contact* 61 (35): 1374-1375.
- Cruts, A.A.N., Van Laar, M., Buster, M. (2013). *Aantal en kenmerken van problematische opiatengebruikers in Nederland*. Trimbos-instituut: Utrecht.
- Cruz, E.L.D.D., Martins, P.D.C., Diniz, P.R.B. (2017). Factors related to the association of social anxiety disorder and alcohol use among adolescents: a systematic review. *J Pediatr (Rio J)* 93 (5): 442-451.
- Cservenka, A., Brumback, T. (2017). The Burden of Binge and Heavy Drinking on the Brain: Effects on Adolescent and Young Adult Neural Structure and Function. *Front Psychol* 8 : 1111.
- Danaei, G., Ding, E.L., Mozaffarian, D., Taylor, B., Rehm, 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.
- Das, C.K., Ceelen, M., Dorn, T., de Jong, J.T. (2009). Cocainegebruik en plotseling overlijden: het geagiteerd-deliriumsyndroom. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 153 : B299.

De Graaf, R., Ten Have, M., Tuithof, M., Van Dorsselaer, S. (2012). *Incidentie van psychische aandoeningen: Opzet en eerste resultaten van de tweede meting van de studie NEMESIS-2*. Trimbos-instituut: Utrecht.

De Graaf, R., Ten Have, M., Van Dorsselaer, S. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking: NEMESIS-2: opzet en eerste resultaten*. Trimbos-instituut: Utrecht.

De Greeff, J., Goossens, F.X., Sannen, A.M.L., Kooke, H., Van Hasselt, N.E. (2017). *Alcohol en drugs bij evenementen: Leidraad voor gemeenten 2.0*. Trimbos-instituut: Utrecht.

De Jong, B., Van Vuren, A.J., Niesink, R.J.M., Brunt, T.M. (2014). Dissociatieve psychose door methoxetamine. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 158 : A7358.

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., Ernst, M., Timmermans, P. (2011). *Tendens 2010: alcohol- en druggebruik bij jongeren en jongvolwassenen in Gelderland*. IrisZorg: Arnhem.

De Jonge, M., Sannen, A., Goossens, F., Monshouwer, K., Van Goor, M. (2016). *Heeft de verhoging van de leeftijdsgrens voor alcohol geleid tot een stijging van drugsgebruik onder 16- en 17-jarigen?* Trimbos-instituut: Utrecht.

De Kinderen, R.J.A., Wijnen, B.F.M., Evers, S.M.A.A., Hiligsmann, M., Paulus, A.T.G., De Wit, G.A. et al. (2016). *Social cost-benefit analysis of tobacco control policies in the Netherlands [Maatschappelijke kosten baten analyse van tabaksontmoediging]*. Maastricht University/RIVM/Trimbos-instituut: Maastricht/Bilthoven/Utrecht.

De Looze, M., Van Dorsselaer, S., De Roos, S., Verdurmen, J., Stevens, G., Gommans, R. et al. (2014). *HBSC 2013: gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland*. Universiteit Utrecht: Utrecht.

De Weert-Van Oene, G.H., Schellekens, A.F., Dijkstra, B.A., Kamal, R., De Jong, C.A. (2013). Detoxificatie van patienten met GHB-afhankelijkheid. *Tijdschr Psychiatr* 55 (11): 885-890.

De Win, M.M. (2007). *Neurotoxicity of ecstasy: causality, course, and clinical relevance*. Universiteit van Amsterdam: Amsterdam.

De Wit, G.A., Van Gils, P.F., Over, E.A.B., Suijkerbuijk, A.W.M., Lokkerbol, J., Smit, F. et al. (2016). *Maatschappelijke kosten-baten analyse van beleidsmaatregelen om alcoholgebruik te verminderen*. RIVM: Bilthoven.

Defrancesco, M., Marksteiner, J., Fleischhacker, W.W., Blasko, I. (2015). Use of Benzodiazepines in Alzheimer's Disease: A Systematic Review of Literature. *Int J Neuropsychopharmacol* 18 (10)

Degenhardt, L., Bruno, R., Topp, L. (2010). Is ecstasy a drug of dependence? *Drug and Alcohol Dependence* 107 (1): 1-10.

Delespaul, P., Milo, M., Schalken, F., Boevink, W., Van Os, J. (2016). *Goede GGZ! Nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie*. Diagnosis Uitgevers: Leusden.

Delforterie, M.J., Creemers, H.E., Huizink, A.C. (2014). Recent cannabis use among adolescent and young adult immigrants in the Netherlands--the roles of acculturation strategy and linguistic acculturation. *Drug Alcohol Depend* 136 : 79-84.

Dick, D., Turrance, C. (2010). MixMag Drugs Survey. *MixMag* 225 : 44-53.

Dijkshoorn, H., Schilthuis, W., Van Bakkum, F. (2016). *Jeugd en genotmiddelen 2016: Onderzoek naar alcohol- en druggebruik in klas 5 en 6 van havo & vwo in Amsterdam*. GGD Amsterdam: Amsterdam.

Dijkstra, B., Van Oort, M., Schellekens, A., De Haan, H., De Jong, C. (2017). *Richtlijn Detoxificatie van psychoactieve middelen Verantwoord ambulant of intramuraal detoxificeren*. Resultaten Scoren: Amersfoort.

Dijkstra, B.A., Kamal, R., Van Noorden, M.S., de, H.H., Loonen, A.J., De Jong, C.A. (2017). Detoxification with titration and tapering in gamma-hydroxybutyrate (GHB) dependent patients: The Dutch GHB monitor project. *Drug Alcohol Depend* 170 : 164-173.

DIMS (2016). *Jaarrapportage 2016*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Dines, A.M., Wood, D.M., Galicia, M., Yates, C.M., Heyerdahl, F., Hovda, K.E. et al. (2015). Presentations to the Emergency Department Following Cannabis use--a Multi-Centre Case Series from Ten European Countries. *J Med Toxicol*. 11 (4): 415-421.

Dines, A.M., Wood, D.M., Yates, C., Heyerdahl, F., Hovda, K.E., Giraudon, I. et al. (2015). Acute recreational drug and new psychoactive substance toxicity in Europe: 12 months data collection from the European Drug Emergencies Network (Euro-DEN). *Clin Toxicol.(Phila)* 53 (9): 893-900.

Doll, R., Peto, R., Boreham, J., Sutherland, I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 328 (7455): 1519.

Drazdowski, T.K. (2016). A systematic review of the motivations for the non-medical use of prescription drugs in young adults. *Drug Alcohol Depend* 162 : 3-25.

Drouven, L., Van der Lugt, J., Van Vliet, N. (2017). *Inventarisatie Oggz-aanpak bij een tiental centrumgemeenten*. Bureau HHM: Enschede.

D'Souza, D.C., Ranganathan, M. (2015). Medical Marijuana: Is the Cart Before the Horse? *JAMA* 313 (24): 2431-2432.

Dutch Hospital Data (DHD) (2015). *Kengetallen Nederlandse Ziekenhuizen 2013*. DHD: Utrecht.

Dutch Hospital Data (DHD) (2016). *DHD Jaarbeeld 2015*. DHD: Utrecht.

EMCDDA (2017). *Changes in Europe's cannabis resin market: perspectives on drugs*. EMCDDA: Lisbon.  
England, K. (2016). *Codification practices of drug related deaths following the WHO revision of ICD coding guidelines related to DRDs*. EMCDDA: Lisbon.

Erasmus MC (2017). *Vervolgonderzoek medicatieveiligheid: eindrapport*. Erasmus MC: Rotterdam.

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.

European Commission (2010). *EU citizens' attitudes towards alcohol: special Eurobarometer 331*. European Commission: Brussel.

European Commission (2017). *Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes: special eurobarometer 458*. European Commission: Brussel.

European Commission Directorate General Taxation and Custom Union Tax Policy (2017). *Releases for consumption of cigarettes 2002-2016*. EC: Brussel.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2011). *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) (2014). *European Drug Report 2014: trends and developments*. EMCDDA: Lisbon.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2016). *European Drug Report 2016: trends and developments*. EMCDDA: Lisbon.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2017). *European Drug Report 2017: trends and developments*. EMCDDA: Lisbon.

European Union (2017). *I-TREND project: internet tools for research in Europe on new drugs* [<http://www.i-trend.eu/>]. European Union: [s.l.].

Falkstedt, D., Wolff, V., Allebeck, P., Hemmingsson, T., Danielsson, A.K. (2017). Cannabis, Tobacco, Alcohol Use, and the Risk of Early Stroke: A Population-Based Cohort Study of 45 000 Swedish Men. *Stroke* 48 (2): 265-270.

Ferwerda, H., Van Hasselt, N., Van Ham, T., Voorham, L. (2012). *De juiste snaar? Professionals met een publieke taak en de omgang met overlast, agressie en geweld als gevolg van alcohol- en/of drugsgebruik*. WODC: Den Haag.

Fischer, B., Kuganesan, S., Gallassi, A., Malcher-Lopes, R., Van den Brink, W., Wood, E. (2015). Addressing the stimulant treatment gap: A call to investigate the therapeutic benefits potential of cannabinoids for crack-cocaine use. *Int J Drug Policy* 26 (12): 1177-1182.

Fluharty, M., Taylor, A.E., Grabski, M., Munafo, M.R. (2016). The Association of Cigarette Smoking With Depression and Anxiety: A Systematic Review. *Nicotine Tob Res*

Freeman, T.P., Winstock, A.R. (2015). Examining the profile of high-potency cannabis and its association with severity of cannabis dependence. *Psychol Med* 45 (15): 3181-3189.

Gallup Organization (2011). *Youth attitudes on drugs: Analytical report*. European Commission: Brussel.

GBD 2015 Tobacco Collaborators (2017). Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990-2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 389 (10082): 1885-1906.



Gemeente Amsterdam (2015). *Tabaksontmoedigingsbeleid 2016-2019*. Gemeente Amsterdam: Amsterdam.

Gemeente Heerlen, Gemeente Utrecht, Gemeente Eindhoven (2014). *Manifest Joint Regulation*. Gemeente Heerlen/Gemeente Utrecht/Gemeente Eindhoven: Utrecht.

Gerritsen, M., Van der Voort, J., Rougoor, W., Smits, T., Huizer, S. (2015). *Economische effecten beperken verkooppunten tabak: omzet- en werkgelegenheidseffecten verkooppunten als gevolg van verbod tabaksverkoop*. SEO Economisch Onderzoek: Amsterdam.

Gezondheidsraad (2003). *Volksgezondheidsschade door passief roken*. Gezondheidsraad: Den Haag.

GGD Amsterdam (2017). *Jaarverslag GGD Amsterdam 2016*. GGD Amsterdam: Amsterdam.

GGD Haaglanden (2015). *Winterkoudeonderzoek 2014/2015: rapportage Den Haag*. GGD Haaglanden: Den Haag.

GGD-GHOR Nederland (2017). *GGD'en op weg naar een rookvrije generatie: GGD-Actieplan 2017-2020*. GGD-GHOR Nederland: Utrecht.

Goosens, F.X., Van Hasselt, N.E. (2015). *Strategische Verkenning Uitgaansdrugs 2015: Denkrichtingen voor de preventie van (gezondheidsschade door) het gebruik van uitgaansdrugs onder jongeren en jongvolwassenen*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Gowing, L.R., Henry-Edwards, S.M., Irvine, R.J., Ali, R.L. (2002). The health effects of ecstasy: a literature review. *Drug Alcohol Rev* 21 (1): 53-63.

Green, S.H., Bayer, R., Fairchild, A.L. (2016). Evidence, Policy, and E-Cigarettes--Will England Reframe the Debate? *N Engl J Med* 374 (14): 1301-1303.

Groenman, A.P., Janssen, T.W.P., Oosterlaan, J. (2017). Childhood Psychiatric Disorders as Risk Factor for Subsequent Substance Abuse: A Meta-Analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 56 (7): 556-569.

Gunn, J.K., Rosales, C.B., Center, K.E., Nunez, A., Gibson, S.J., Christ, C. et al. (2016). Prenatal exposure to cannabis and maternal and child health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 6 (4): e009986.

Hagemann, C.T., Helland, A., Spigset, O., Espnes, K.A., Ormstad, K., Schei, B. (2013). Ethanol and drug findings in women consulting a Sexual Assault Center--associations with clinical characteristics and suspicions of drug-facilitated sexual assault. *J Forensic Leg. Med* 20 (6): 777-784.

Hagstad, S., Bjerg, A., Ekerljung, L., Backman, H., Lindberg, A., Ronmark, E. et al. (2014). Passive smoking exposure is associated with increased Risk of COPD in never smokers. *Chest* 145 (6): 1298-1304.

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.

Halpin, L.E., Collins, S.A., Yamamoto, B.K. (2014). Neurotoxicity of methamphetamine and 3,4-methylenedioxymethamphetamine. *Life Sci* 97 (1): 37-44.

Harteloh, P. (2014). *Verschuivingen in de doodsoorzakenstatistiek bij de introductie van het automatisch coderen*. CBS: Den Haag/Heerlen.

Harteloh, P., Van Hilten, O., Kardaun, J. (2014). *Het automatisch coderen van doodsoorzaken: een nieuwe werkwijze bij de doodsoorzakenstatistiek*. CBS: Den Haag/Heerlen.

Haufroid, V., Hantson, P. (2015). CYP2D6 genetic polymorphisms and their relevance for poisoning due to amfetamines, opioid analgesics and antidepressants. *Clin Toxicol.(Phila)* 53 (6): 501-510.

Haverkate, M. (2010). *Hepatitis B vaccinatie bij druggebruikers: adviesrapport*. RIVM: Bilthoven.

Health Canada (2017). *Canadian Tobacco Alcohol and Drugs (CTADS): 2015 summary*. Health Canada: Ottawa.

Hels, T., Bernhoft, I.M., Lyckegaard, L., Houwing, S., Hagenzieker, M., Legrand, S. et al. (2011). *Risk of injury by driving with alcohol and other drugs. [DRUID: Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines; 6th Framework programme. Deliverable 2.3.5.]*. European Commission: Brussel.

Hibell, B. (2015). *Overview of the ESPAD Project: Background, Methodology and Organisation: The ESPAD Handbook: Section 2*. 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. et al. (2012). *The 2011 ESPAD report: substance use among students in 36 European countries*. CAN: Stockholm.

Hibell, B., Molinaro, S., Siciliano, V., Kraus, L. (2015). *The ESPAD validity study in four countries in 2013*. EMCDDA: Lisbon.

Hoebert, J.M., Souverein, P.C., Mantel-Teeuwisse, A.K., Leufkens, H.G.M., Van Dijk, L. (2012). Benzodiazepinegebruik daalt als de gebruiker zelf betaalt. *Huisarts & Wetenschap* 55 (7): 286-288.

Hondebrink, L., Nugteren-van Lonkhuyzen, J.J., Van der Gouwe, D., Brunt, T.M. (2015). Monitoring new psychoactive substances (NPS) in The Netherlands: data from the drug market and the Poisons Information Centre. *Drug Alcohol Depend* 147 : 109-115.

Hopman, P., Croes, E. (2017). *Kinderen en roken: een aantal feiten op een rij*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Hopman, P., Croes, E., Croes, M. (2017). *Minderen met roken: factsheet*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Horjus, S., Van Goor, M. (2011). *Preventieve aanpakken rond GHB-gebruik: Do's en don'ts bij preventie*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Houwing, S., Twisk, D., De Waard, D. (2015). *Alcoholgebruik van jongeren in het verkeer op stapavonden*. SWOV: Den Haag.

- IMS Health (2017). *Antirook-Trimbos 09-06-2017 [spreadsheet]*. IMS Health: Den Haag.
- Indorato, F., Romano, G., Barbera, N. (2016). Levamisole-adulterated cocaine: Two fatal case reports and evaluation of possible cocaine toxicity potentiation. *Forensic Sci Int* 265 : 103-106.
- Intraval/Nuchter (2015). *Kopen en verkrijgen van tabak door jongeren: implicaties voor preventie, handhaving en naleving*. Intraval & Nuchter: Groningen/Nijmegen.
- Intraval/nVWA (2017). *Inventarisatie naleefniveau rookvrij horeca najaar 2016*. Intraval/nVWA: Groningen/Utrecht.
- Iversen, L. (2008). *Speed, Ecstasy, Ritalin: The Science of Amphetamines*. Oxford University Press: Oxford.
- Jager, G. (2006). *Functional MRI studies in human ecstasy and cannabis users*. Universiteit Utrecht: Utrecht.
- Jha, P., Peto, R. (2014). Global effects of smoking, of quitting, and of taxing tobacco. *N Engl J Med* 370 (1): 60-68.
- 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. (2013). *The Tobacco Control Scale 2013 in Europe*. Association of European Cancer Leagues: Brussels.
- Joossens, L., Raw, M. (2017). *The Tobacco Control Scale 2016 in Europe*. Association of European Cancer Leagues: Brussels.
- Jouanous, E., Raymond, V., Lapeyre-Mestre, M., Wolff, V. (2017). What is the Current Knowledge About the Cardiovascular Risk for Users of Cannabis-Based Products? A Systematic Review. *Curr Atheroscler Rep* 19 (6): 26.
- Kalant, H. (2001). The pharmacology and toxicology of "ecstasy" (MDMA) and related drugs. *CMAJ*. 165 (7): 917-928.
- 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.
- Kamal, R.M., Dijkstra, B.A., de Weert-van Oene GH, van Duren, J.A., De Jong, C.A. (2017). Psychiatric comorbidity, psychological distress, and quality of life in gamma-hydroxybutyrate-dependent patients. *J Addict Dis* 36 (1): 72-79.
- Kamal, R.M., Loonen, A.J., Dijkstra, B.A., De Jong, C.A. (2015). Baclofen as relapse prevention in the treatment of gamma-hydroxybutyrate dependence: a case series. *J Clin Psychopharmacol* 35 (3): 313-318.
- Kamal, R.M., Qurishi, R., De Jong, C.A. (2015). Baclofen and gamma-hydroxybutyrate (GHB), a dangerous combination. *J Addict Med* 9 (1): 75-77.
- Kamal, R.M., Schellekens, A., De Jong, C.A., Dijkstra, B.A. (2015). Baclofen as relapse prevention in the treatment of Gamma- Hydroxybutyrate (GHB) dependence: an open label study. *BMC Psychiatry* 15 : 91.

Kantar Public (2017). *NIX<18 2016: Eindrapportage campagne-effectonderzoek*. Kantar Public: Den Haag.

Kantar TNS (2017). *NIX18 Deelcampagne Jongeren en roken*. Kantar TNS: Amsterdam.

Kantar TNS (2017). *NIX18 Legitimatieplicht Eindrapportage campagne*. Kantar TNS: Amsterdam.

Karila, L., Megarbane, B., Cottencin, O., Lejoyeux, M. (2015). Synthetic cathinones: a new public health problem. *Curr Neuropharmacol*. 13 (1): 12-20.

Kepper, A., Van Dorselaer, S., Monshouwer, K., Vollebergh, W. (2009). *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. (2009). *Middelen-gebruik bij jongens in Justitiële Jeugdinrichtingen: het gebruik van tabak, alcohol, cannabis en harddrugs bij jongens met en zonder PIJ-maatregel*. Universiteit Utrecht: Utrecht.

Ketelaars, T., Croes, E. (2015). *Effecten van accijns en prijs op het gebruik van tabaksproducten [fact sheet]*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Ketelaars, T., Croes, E. (2015). *Effecten van accijns en prijs op het gebruik van tabaksproducten [fact sheet]*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Khelemsky, Y., Goldberg, A.T., Hurd, Y.L., Winkel, G., Ninh, A., Qian, L. et al. (2017). Perioperative Patient Beliefs Regarding Potential Effectiveness of Marijuana (Cannabinoids) for Treatment of Pain: A Prospective Population Survey. *Reg Anesth Pain Med* 42 (5): 652-659.

Kleinjan, M., Bommelé, J., Verdurmen, J., Van Laar, M. (2017). *Het bespreken van (stoppen met) roken door de huisartsen en andere zorgverleners (tandartsen, medisch specialisten en verloskundigen): factsheet*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Knoops, L., Bakker, I., Van Bodegom, R., Zantkuijl, P. (2015). *Tina & slammen: MSM, crystal meth-gebruik en het injecteren van drugs in een seksuele setting*. Mainline/Soa Aids Nederland: Amsterdam.

Koekkoek, B. (2017). *Verward in Nederland: Hoe we omgaan met mensen met psychische stoornissen*. Houten: LannooCampus.

Korf, D.J., Liebrechts, N., Nabben, T. (2017). *Waterbed, drukte en overlast: Effecten sluitingsbeleid coffeeshops in Amsterdam-Centrum*. Rozenberg Publishers: Amsterdam.

Korf, D.J., Nabben, T., Pronk, A. (2012). *Insluiten of heenzenden: problematische GHB-gebruikers op politiebureaus, in bewaring en in verzekering*. Rozenberg Publishers: Amsterdam.

Korf, D.J., Van Ginkel, P., Benschop, A. (2010). How to find non-dependent opiate users: a comparison of sampling methods in a field study of opium and heroin users. *Int J Drug Policy* 21 (3): 215-221.

KPMG (2017). *Monitor Generalistische Basis GGZ: verslagperiode 2011-2015*. KPMG: Amstelveen.

Kraus, L., Guttormsson, U., Arpa, S., Molinaro, S., Monshouwer, K., Espad Group (2017). *ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. EMCDDA/ESPAD: Lisbon.

Kraus, L., Guttormsson, U., Leifman, H., Arpa, S., Molinaro, S., Monshouwer, K. et al. (2016). *The 2015 ESPAD Report: results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. IFT: Munich.

Kruithof, K., Aldridge, J., Décarry-Héту, D., Sim, M., Dusjo, E., Hoorens, S. (2016). *Internet-facilitated drugs trade: an analysis of the size, scope and the role of the Netherlands*. RAND Corporation: Santa Monica.

Kruize, A., Bieleman, B. (2015). *Onderzoek kopen tabak door jongeren: meting 2014*. IntraVal: Groningen-Rotterdam.

Kruize, A., Bieleman, B. (2016). *Monitor kopen tabak door jongeren: meting 2016*. IntraVal: Groningen-Rotterdam.

Kruize, A., Schelleman-Offermans, K., Bieleman, B. (2017). *Kopen en verkrijgen van tabak door jongeren 2014-15 en 2016*. IntraVal/Nuchter: Groningen/Nijmegen.

Krul, J., Sannen, A. (2016). *Opwindingsdelier: informatie voor politie, beveiliging en hulpverlening*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Kudlacek, O., Hofmaier, T., Luf, A., Mayer, F.P., Stockner, T., Nagy, C. et al. (2017). Cocaine adulteration. *J Chem. Neuroanat.* 83-84 : 75-81.

Kuipers, M.A., Monshouwer, K., van, L.M., Kunst, A.E. (2015). Tobacco Control and Socioeconomic Inequalities in Adolescent Smoking in Europe. *Am J Prev Med* 49 (5): e64-e72.

Kuypers, K.P., Theunissen, E.L., van Wel, J.H., de Sousa Fernandes Perna EB, Linssen, A., Sambeth, A. et al. (2016). Verbal Memory Impairment in Polydrug Ecstasy Users: A Clinical Perspective. *PLoS ONE* 11 (2): e0149438.

Lader, M. (2014). Benzodiazepine harm: how can it be reduced? *Br J Clin Pharmacol* 77 (2): 295-301.

Landelijk Bureau BIBOB (2017). *Jaarverslag 2016*. Ministerie van Veiligheid en Justitie: Den Haag.

Lee, N.K., Rawson, R.A. (2008). A systematic review of cognitive and behavioural therapies for methamphetamine dependence. *Drug Alcohol Rev* 27 (3): 309-317.

Leemrijse, C.J., Bongers, M., Nielen, M., Devillé, W. (2010). *Hepatitis C in penitentiaire inrichtingen: een onderzoek naar prevalentie*. NIVEL: Utrecht.

Leufkens, T.R., Ramaekers, J.G., de Weerd, A.W., Riedel, W.J., Vermeeren, A. (2014). Residual effects of zopiclone 7.5 mg on highway driving performance in insomnia patients and healthy controls: a placebo controlled crossover study. *Psychopharmacology (Berl)* 231 (14): 2785-2798.

Leung, K.S., Cottler, L.B. (2008). Ecstasy and other club drugs: a review of recent epidemiologic studies. *Curr Opin Psychiatry* 21 (3): 234-241.

- 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., 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.
- Linsen, F., Koning, R.P., van, L.M., Niesink, R.J., Koeter, M.W., Brunt, T.M. (2015). 4-Fluoroamphetamine in the Netherlands: more than a one-night stand. *Addiction* 110 (7): 1138-1143.
- Litjens, R.P., Brunt, T.M., Alderliefste, G.J., Westerink, R.H. (2014). Hallucinogen persisting perception disorder and the serotonergic system: a comprehensive review including new MDMA-related clinical cases. *Eur Neuropsychopharmacol* 24 (8): 1309-1323.
- Liu, J., Wang, L.N. (2013). Baclofen for alcohol withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev* 2 : CD008502.
- Loi, B., Corkery, J.M., Claridge, H., Goodair, C., Chiappini, S., Gimeno, C.C. et al. (2015). Deaths of individuals aged 16-24 years in the UK after using mephedrone. *Hum Psychopharmacol* 30 (4): 225-232.
- Louwen, F., Van Veen, M., Versluys, K. (2016). *Beleidsverkenning Kennisniveau schadelijkheid van alcohol*. GfK/Rijksoverheid: Dongen/Den Haag.
- Lusthof, K.J., Oosting, R., Maes, A., Verschraagen, M., Dijkhuizen, A., Sprong, A.G. (2011). A case of extreme agitation and death after the use of mephedrone in The Netherlands. *Forensic Sci Int* 206 (1-3): e93-e95.
- Ma, K., Baloch, Z., He, T.T., Xia, X. (2017). Alcohol Consumption and Gastric Cancer Risk: A Meta-Analysis. *Med Sci Monit*. 23 : 238-246.
- Macfarlane, V., Christie, G. (2015). Synthetic cannabinoid withdrawal: a new demand on detoxification services. *Drug Alcohol Rev* 34 (2): 147-153.
- Manthey, L., Lohbeck, M., Giltay, E.J., Van Veen, T., Zitman, F.G., Penninx, B.W.J.H. (2012). Correlates of benzodiazepine dependence in the Netherlands Study of Depression and Anxiety. *Addiction* 107 (12): 2173-2182.
- Manthey, L., Van Veen, 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.
- Marin, A.C., Kelly, B.C., Parsons, J.T. (2017). The Other Side of the Story: Knowledge Transfer and Advice-Giving in a Drug Subculture. *Deviant Behavior* 38 (5): 514-532.
- 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.
- Marquez, J., Aguirre, L., Munoz, C., Echeverri, A., Restrepo, M., Pinto, L.F. (2017). Cocaine-Levamisole-Induced Vasculitis/Vasculopathy Syndrome. *Curr Rheumatol Rep* 19 (6): 36.

McCabe, S.E., West, B.T., Teter, C.J., Boyd, C.J. (2014). Trends in medical use, diversion, and nonmedical use of prescription medications among college students from 2003 to 2013: Connecting the dots. *Addict Behav* 39 (7): 1176-1182.

McKetin, R., Copeland, J., Norberg, M.M., Bruno, R., Hides, L., Khawar, L. (2014). The effect of the ecstasy 'come-down' on the diagnosis of ecstasy dependence. *Drug Alcohol Depend* 139 : 26-32.

Meesters, M. (2016). *Het failliet van het gedogen. Op weg naar de cannabiswet*. VNG: Den Haag.

Meier, M.H., Caspi, A., Danese, A., Fisher, H.L., Houts, R., Arseneault, L. et al. (2017). Associations between adolescent cannabis use and neuropsychological decline: a longitudinal co-twin control study. *Addiction*

Meier, P.S., Holmes, J., Angus, C., Ally, A.K., Meng, Y., Brennan, A. (2016). Estimated Effects of Different Alcohol Taxation and Price Policies on Health Inequalities: A Mathematical Modelling Study. *PLoS Med* 13 (2): e1001963.

Mennes, R., Sijstra, M., Cankor, E., Bieleman, B. (2017). *Onderzoek ingezetenen criterium coffeeshops Sittard-Geleen en Roermond 2016*. IntraVal: Groningen-Rotterdam.

Mennes, R., Snippe, J., Sijstra, M., Bieleman, B. (2016). *Monitor ontwikkelingen coffeeshopbeleid*. IntraVal: Groningen-Rotterdam.

Mennes, R., Snippe, J., Sijstra, M., Bieleman, B. (2017). *Lokaal gezien: verdiepingsstudie monitor ontwikkelingen coffeeshopbeleid meting 2015/16*. IntraVal: Groningen-Rotterdam.

Mennes, R., Snippe, J., Sijstra, M., Bieleman, B. (2017). *Monitor ontwikkelingen coffeeshopbeleid: meting 2016*. IntraVal: Groningen-Rotterdam.

Meruelo, A.D., Castro, N., Cota, C.I., Tapert, S.F. (2017). Cannabis and alcohol use, and the developing brain. *Behav Brain Res* 325 (Pt A): 44-50.

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.

Mills, B., Yepes, A., Nugent, K. (2015). Synthetic Cannabinoids. *Am J Med Sci* 350 (1): 59-62.

Ministerie van Veiligheid en Justitie (2014). *Veiligheidsagenda 2015-2018*. Ministerie van Veiligheid en Justitie: Den Haag.

Monshouwer, K., Blankers, M., Van der Meer, R., Van Laar, M. (2017). *Rroken en depressie: fact sheet*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Monshouwer, K., Van der Pol, P., Van Laar, M. (2016). *Het Grote Uitgaansonderzoek 2016*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Monshouwer, K., Van Dorsselaer, S., Schulten, I. (2016). *Niet roken & niet drinken onder de achttien: wat doen de ouders? Peilstationsonderzoek Ouders 2015*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Montanari, L., Guarita, B., Mounteney, J., Zipfel, N., Simon, R. (2017). Cannabis Use among People Entering Drug Treatment in Europe: A Growing Phenomenon? *Eur Addict Res* 23 (3): 113-121.

Montanari, L., Guarita, B., Mounteney, J., Zipfel, N., Simon, R. (2017). Cannabis Use among People Entering Drug Treatment in Europe: A Growing Phenomenon? *Eur Addict Res* 23 (3): 113-121.

Monwell, B., Bulow, P., Gerdner, A. (2016). Type of opioid dependence among patients seeking opioid substitution treatment: are there differences in background and severity of problems? *Subst Abuse Treat Prev Policy* 11 (1): 23.

Moolenaar, D.E.G., Vlemmings, M., Van Tulder, F.P., De Winter, J. (2016). Kosten van criminaliteit, In *Criminaliteit en Rechtshandhaving 2015*. S.N. Kalidien and N E De Heer-De Lange, (eds.), pp. 71-78. Boom, Den Haag

Morgan, P.T., Angarita, G.A., Canavan, S., Pittman, B., Oberleitner, L., Malison, R.T. et al. (2016). Modafinil and sleep architecture in an inpatient-outpatient treatment study of cocaine dependence. *Drug Alcohol Depend* 160 : 49-56.

Morren, M., Willems, R. (2015). *Gezondheidsenquête 2014: een analyse van de methodebreuk*. CBS: Heerlen.

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.

Mulder-Spijkerboer, H.N., Kan, A.A., Van Velzen, A.G., Van Riel, A.J.H.P., De Vries, I. (2016). *Acute vergiftigingen bij mens en dier: NVIC Jaaroverzicht 2015*. UMC Utrecht: Utrecht.

Mulder-Spijkerboer, H.N., Van Velzen, A.G., Kan, A.A., Van Riel, A.J.H.P., De Vries, I. (2017). *Acute vergiftigingen bij mens en dier: NVIC Jaaroverzicht 2016*. UMC Utrecht: Utrecht.

Nabben, T., Benschop, A., Korf, D. (2014). *Antenne 2013: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*. Rozenberg Publishers: Amsterdam.

Nabben, T., Benschop, A., Korf, D.J. (2012). *Antenne 2011: trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*. Rozenberg Publishers: Amsterdam.

Nabben, T., Benschop, A., Korf, D.J. (2016). *Antenne 2015: trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*. Rozenberg Publishers: Amsterdam.

Nabben, T., Korf, D.J. (2016). *Politie en GHB-problematiek op het platteland*. Politie & Wetenschap: Apeldoorn.

Nabben, T., Luijk, S.J., Benschop, A., Korf, D.J. (2017). *Antenne 2016: trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*. Rozenberg Publishers: Amsterdam.

National Academies of Sciences, E.a.M. (2017). *The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids: The Current State of Evidence and Recommendations for Research*. National Academy of Sciences: Washington.

Nederlandse Vereniging voor Slaap/Waak Onderzoek (NSWO) (2014). *Wat zijn de Slaapgewoontes van de Nederlanders?* NSWO: Amsterdam.



Nederlandse Vereniging voor Slaap/Waak Onderzoek (NSWO) (2015). *Kwart van de Nederlandse automobilisten zit slaperig achter het stuur [persbericht]*. NSWO: Leiden.

Nederlandse Zorgautoriteit (2017). *Marktscan forensische zorg 2016*. Nederlandse Zorgautoriteit: Utrecht.

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.

Németh, Z., Kun, B., Demetrovics, Z. (2010). The involvement of gamma-hydroxybutyrate in reported sexual assaults: a systematic review. *J Psychopharmacol* 24 (9): 1281-1287.

Nienhuis, K., Van der Lely, N., Van Hoof, J.J. (2017). *Factsheet alcoholintoxicaties 2007 tot en met 2016*. Reinier de Graaf Gasthuis/Universiteit Twente: Delft/Enschede.

Niesink, R., Van Amsterdam, J. (2017). Geweld door alcohol en drugs (I): de neurobiologie van agressie. *Verslaving: tijdschrift over verslavingsproblematiek* 13 (3): 178-188.

Niesink, R., Van Laar, M. (2010). Cannabis en verslaving: feiten en misverstanden. *Verslaving: tijdschrift over verslavingsproblematiek* 6 (4): 84-96.

Niesink, R.J.M. (2016). *Acute effecten van ecstasy: een overzicht van de literatuur*. 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.

Nugent, S.M., Morasco, B.J., O'Neil, M.E., Freeman, M., Low, A., Kondo, K. et al. (2017). The Effects of Cannabis Among Adults With Chronic Pain and an Overview of General Harms: A Systematic Review. *Ann Intern Med* 167 (5): 319-331.

Nugteren-van Lonkhuyzen, J.J., van Riel, A.J., Brunt, T.M., Hondebrink, L. (2015). Pharmacokinetics, pharmacodynamics and toxicology of new psychoactive substances (NPS): 2C-B, 4-fluoroamphetamine and benzofurans. *Drug Alcohol Depend* 157 : 18-27.

Nuijten, M., Blanken, P., van de Wetering, B., Nuijen, B., Van den Brink, W., Hendriks, V.M. (2016). Sustained-release dexamfetamine in the treatment of chronic cocaine-dependent patients on heroin-assisted treatment: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet* 387 (10034): 2226-2234.

Nuijten, M., Blanken, P., Van den Brink, W., Goudriaan, A.E., Hendriks, V.M. (2016). Impulsivity and attentional bias as predictors of modafinil treatment outcome for retention and drug use in crack-cocaine dependent patients: Results of a randomised controlled trial. *J Psychopharmacol* 30 (7): 616-626.

Nuijten, M., Blanken, P., Van den Brink, W., Hendriks, V. (2011). Cocaine Addiction Treatments to improve Control and reduce Harm (CATCH): new pharmacological treatment options for crack-cocaine dependence in the Netherlands. *BMC Psychiatry* 11 : 135.

Nuijten, M., Blanken, P., Van den Brink, W., Hendriks, V. (2014). Treatment of crack-cocaine dependence with topiramate: a randomized controlled feasibility trial in The Netherlands. *Drug Alcohol Depend* 138 : 177-184.

NVWA (2016). *Factsheet: Leeftijdsgrens tabak 2015*. NVWA: Utrecht.

NVWA (2017). *Leeftijdsgrens tabak: Inspectieresultaten 2016*. NVWA: Utrecht.

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.

Oostveen, R., van der Galien, O.P., Smeets, H.M., Hollinga, A.P., Bosmans, J.E. (2015). Effectiveness of pharmacotherapy in behavioural therapeutic smoking cessation programmes. *Eur J Public Health* 25 (2): 204-209.

Openbaar Ministerie, Politie (2016). *Rapportage aanpak georganiseerde ondermijnende criminaliteit 2015*. Openbaar Ministerie: Den Haag.

Ormel, J., Oerlemans, A.M., Raven, D., Laceulle, O.M., Hartman, C.A., Veenstra, R. et al. (2017). Functional outcomes of child and adolescent mental disorders. Current disorder most important but psychiatric history matters as well. *Psychol Med* 47 (7): 1271-1282.

Ormel, J., Raven, D., van, O.F., Hartman, C.A., Reijneveld, S.A., Veenstra, R. et al. (2015). Mental health in Dutch adolescents: a TRAILS report on prevalence, severity, age of onset, continuity and co-morbidity of DSM disorders. *Psychol Med* 45 (2): 345-360.

Oteo Pérez, A., Cruyff, M.J.L.F., Benschop, A., Korf, D.J. (2013). Estimating the prevalence of crack dependence using capture-recapture with institutional and field data: A three-city study in the Netherlands. *Substance Use & Misuse* 48 (1-2): 173-180.

Otte, R.A., Verbrugge, C.A.G., Dijkstra, B.A.G. (2016). *Aanbevelingen voor ketenzorg bij GHB-gerelateerde problemen*. NISPA: Nijmegen.

Oudejans, S., Spits, M. (2013). *Investeren in verslavingspreventie: beschrijving van Nederlandse programma's voor jeugd en jongeren*. Stichting Resultaten Scoren/Mark Bench: Amersfoort.

Over, E.A.B., Van Gils, P.F., Suijkerbuijk, A.W.M., Lokkerbol, J., De Wit, G.A. (2016). *Maatschappelijke kosten-baten analyse van cognitieve gedragstherapie voor alcohol- en cannabisverslaving*. RIVM: Bilthoven.

Papanti, D., Schifano, F., Botteon, G., Bertossi, F., Mannix, J., Vidoni, D. et al. (2013). "Spicephrenia": a systematic overview of "spice"-related psychopathological issues and a case report. *Hum Psychopharmacol* 28 (4): 379-389.

Parrott, A.C. (2013). Human psychobiology of MDMA or 'Ecstasy': an overview of 25 years of empirical research. *Hum Psychopharmacol* 28 (4): 289-307.

Patel, M.M., Belson, M.G., Longwater, A.B., Olson, K.R., Miller, M.A. (2005). Methylene-dioxymethamphetamine (ecstasy)-related hyperthermia. *J Emerg Med* 29 (4): 451-454.

Peeters, M., Oldehinkel, T., Vollebergh, W. (2017). Behavioral Control and Reward Sensitivity in Adolescents' Risk Taking Behavior: A Longitudinal TRAILS Study. *Front Psychol* 8 : 231.

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.

Petit, G., Kornreich, C., Dan, B., Verbanck, P., Campanella, S. (2014). Electrophysiological correlates of alcohol- and non-alcohol-related stimuli processing in binge drinkers: a follow-up study. *J Psychopharmacol* 28 (11): 1041-1052.

Pince van Leeuwen, A., Creemers, H.E., Verhulst, F.C., Vollebergh, W.A., Ormel, J., van, O.F. et al. (2014). Legal substance use and the development of a DSM-IV cannabis use disorder during adolescence: the TRAILS study. *Addiction* 109 (2): 303-311.

Pleumeekers, B. (2015). Benzodiazepinen geven meer kans op Alzheimer. *Huisarts en wetenschap* 58 (1): 4.

Plush, T., Shakespeare, W., Jacobs, D., Ladi, L., Sethi, S., Gasperino, J. (2015). Cocaine-induced agitated delirium: a case report and review. *J Intensive Care Med* 30 (1): 49-57.

Ramaekers, J.G., Verkes, R.J., Van Amsterdam, J.C.G., Van den Brink, W., Goudriaan, A.E., Kuypers, K.P.C. et al. (2016). *Middelengebruik en geweld: een literatuurstudie naar de relatie tussen alcohol, drugs en geweld*. Universiteit Maastricht/Radboud UMC/Universiteit van Amsterdam: Maastricht/Nijmegen/Amsterdam.

Ramaekers, J.G., Verkes, R.J., Van Amsterdam, J.G.C., Van den Brink, W., Goudriaan, A.E., Kuypers, K.P.C. et al. (2016). *Middelengebruik en geweld. Een literatuurstudie naar de relatie tussen alcohol, drugs en geweld*. UM/RadboudUMC/AMC: Maastricht/NijmegenAmsterdam.

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.

Reeve, E., Shakib, S., Hendrix, I., Roberts, M.S., Wiese, M.D. (2014). Review of deprescribing processes and development of an evidence-based, patient-centred deprescribing process. *Br J Clin Pharmacol* 78 (4): 738-747.

Rehm, J., Gmel, G.E., Sr., Gmel, G., Hasan, O.S.M., Imtiaz, S., Popova, S. et al. (2017). The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease-an update. *Addiction* 112 (6): 968-1001.

Richards, J.R., Albertson, T.E., Derlet, R.W., Lange, R.A., Olson, K.R., Horowitz, B.Z. (2015). Treatment of toxicity from amphetamines, related derivatives, and analogues: a systematic clinical review. *Drug Alcohol Depend* 150 : 1-13.

RIEC-LIEC (2017). *Jaarverslag 2016: Resultaten en inzichten op aanpak ondermijning*. LIEC: Den Haag.

Rietjens, S.J., Hondebrink, L., Westerink, R.H., Meulenbelt, J. (2012). Pharmacokinetics and pharmacodynamics of 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA): interindividual differences due to polymorphisms and drug-drug interactions. *Crit Rev Toxicol.* 42 (10): 854-876.

Rigter, S., Niesink, R. (2017). *THC-concentraties in wiet, nederwiet en hasj in Nederlandse coffeeshops (2016-2017)*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) (2016). *Waterpijp: Risico op koolmonoxidevergiftiging bij gebruik*. RIVM: Bilthoven.

Rijksoverheid (2015). *Jaarevaluatie campagnes Rijksoverheid 2014*. Rijksoverheid: Den Haag.

Rijksoverheid (2016). *Jaarevaluatie campagnes Rijksoverheid 2015*. Rijksoverheid: Den Haag.

Rijksoverheid (2017). *Jaarevaluatie campagnes Rijksoverheid 2016*. Rijksoverheid: Den Haag.

RIVM (2014). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014*. RIVM: Bilthoven.

Roberts, E., Eden, E.A., McNeill, A., Robson, D. (2016). Efficacy and tolerability of pharmacotherapy for smoking cessation in adults with serious mental illness: a systematic review and network meta-analysis. *Addiction* 111 (4): 599-612.

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.

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.

Roncero, C., Rodriguez-Cintas, L., Daigre, C., Alvarez, J., Barral, C., Abad, A. et al. (2016). Risk factors for accidents among cocaine-dependent patient seeking treatment. *European Psychiatry* 33 : s352-s353.

Roodbeen, R., Schelleman-Offermans, K. (2016). *Alcohol- en tabaksverkoop aan jongeren 2016: landelijke naleving van de leeftijdsgrens van 18 jaar voor de Drank- en Horecawet en Tabakswet*. Nuchter, Kenniscentrum Leeftijdsgrenzen: Nijmegen.

Roodbeen, R.T., Schelleman-Offermans, K., Lemmens, P.H. (2016). Alcohol and Tobacco Sales to Underage Buyers in Dutch Supermarkets: Can the Use of Age Verification Systems Increase Seller's Compliance? *J Adolesc Health* 58 (6): 672-678.

Roozen, H.G., de Waart R., van der Windt, D.A., Van den Brink, W., De Jong, C.A., Kerkhof, A.J. (2006). A systematic review of the effectiveness of naltrexone in the maintenance treatment of opioid and alcohol dependence. *Eur.Neuropsychopharmacol.* 16 (5): 311-323.

Ruiter, M., Bransen, E., Van der Poel, A., Boon, B. (2014). *GGZ- en verslavingspreventie in het nieuwe zorglandschap*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Sakata, R., McGale, P., Grant, E.J., Ozasa, K., Peto, R., Darby, S.C. (2012). Impact of smoking on mortality and life expectancy in Japanese smokers: a prospective cohort study. *BMJ* 345 : e7093.

Schakelteam voor personen met verward gedrag (2016). *Niemand tussen wal en schip: Schakelprogramma*. Schakelteam voor personen met verward gedrag: Den Haag.

Schelleman-Offermans, K., Roodbeen, R. (2015). *Alcohol- en tabaksverkoop aan jongeren 2015: landelijke naleving van de leeftijdsgrens van 18 jaar voor de Drank- en Horecawet en Tabakswet*. Nuchter, Kenniscentrum Leeftijdsgrenzen: Nijmegen.

Schenk, E., Van de Nobelen, S., Pennings, J., Kienhuis, A., Talhout, R. (2015). *Additieven in Nederlandse tabaksproducten: trendanalyse gegevens 2010-2013*. RIVM: Bilthoven.

Scherphof, C.S., Van den Eijnden, R.J., Engels, R.C., Vollebergh, W.A. (2014). Long-term efficacy of nicotine replacement therapy for smoking cessation in adolescents: a randomized controlled trial. *Drug Alcohol Depend* 140 : 217-220.

Schierenberg, A., van, A.J., Van den Brink, W., Goudriaan, A.E. (2012). Efficacy of contingency management for cocaine dependence treatment: a review of the evidence. *Curr Drug Abuse Rev* 5 (4): 320-331.

Schilt, T. (2009). *Thinking of ecstasy. Neuropsychological aspects of ecstasy use*. University of Amsterdam: Amsterdam.

Schmidt, A.J. (2015). *Use of drugs associated with chemsex among gay and bisexual men across 44 cities: results from the European MSM Internet Survey (EMIS)*. [Oral presentation at the 9th International Conference on Nightlife, Substance Use and Related Health Issues. Lisbon 17-19 June 2015].

Schoenmakers, Y., Mehlbaum, S., Everartz, M., Poelarends, C. (2016). *Elke dump is een plaats delict: Dumping en lozing van synthetisch drugsafval: verschijningsvormen en politieaanpak*. Politie en wetenschap/Reed Business: Apeldoorn/Amsterdam.

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.

Sigling, H. (2016). Van DSM IV-TR naar DSM-5: middelengebruik en gedragsverslavingen. *Verslaving: tijdschrift over verslavingsproblematiek* 12 (4): 228-239.

Silveri, M.M., Dager, A.D., Cohen-Gilbert, J.E., Sneider, J.T. (2016). Neurobiological signatures associated with alcohol and drug use in the human adolescent brain. *Neurosci Biobehav.Rev* 70 : 244-259.

Silvestri, M.M., Correia, C.J. (2016). Normative influences on the nonmedical use of prescription stimulants among college students. *Psychol Addict Behav* 30 (4): 516-521.

Smink, B.E., Egberts, A.C., Lusthof, K.J., Uges, D.R., De Gier, J.J. (2010). The relationship between benzodiazepine use and traffic accidents: A systematic literature review. *CNS Drugs* 24 (8): 639-653.

Smits, J., Struiksmā, N. (2016). *Bestuurlijke aanpak georganiseerde criminaliteit: onderzoek naar de stand van zaken in 2016*. Arena Consulting group/Pro Facto: Deventer/Groningen.

Soska, K., Christin, N. (2015). *Measuring the longitudinal evolution of the online anonymous marketplace ecosystem: presentatie op het 24th USENIX security symposium (USENIX Security 15)*.

Springvloet, L., Hopman, P., Kleinjan, M., De Josselin de Jong, S., Van Laar, M. (2016). *Effectiviteit van stoppen-met-roken interventies bij zwangere vrouwen: Een literatuuroverzicht*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Springvloet, L., Kuipers, M.A.G., Van Laar, M. (2017). *Effecten van tabaksonthoudende beleidsmaatregelen onder rokers met een lage sociaaleconomische status*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Springvloet, L., Kuipers, M.A.G., Van Laar, M. (2017). *Effecten van stoppen-met-roken ondersteuning onder rokers met een lage sociaaleconomische status*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Srivastava, R., Rizwan, M., Jamil, M.O., Kogulan, P., Salzman, D. (2017). Agranulocytosis - Sequelae of Chronic Cocaine Use: Case Series and Literature Review. *Cureus*. 9 (5): e1221.

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.

Stb.2014-489. Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden jaargang 2014, nr.4. (2014). *Besluit van 4 december 2014 tot vaststelling van het tijdstip van inwerkingtreding van de wet van 12 november 2014 tot wijziging van de Opiumwet in verband met de strafbaarstelling van handelingen ter voorbereiding of vergemakkelijking van illegale hennepcultuur (Stb. 2014, 444)*. Rijksoverheid: Den Haag.

Stb.2015-429. Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden jaargang 2015 nr.429 (2015). *Besluit van 9 november 2015, houdende wijziging van lijst I, behorende bij de Opiumwet, in verband met plaatsing op deze lijst van de middelen 25B-NBOMe, 25C-NBOMe, JWH-018, AM-2201 en methylon*. Rijksoverheid: Den Haag.

Stb.2016-175. Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden jaargang 2016 nr.175 (2016). *Wet van 26 april 2016 tot wijziging van de Tabakswet ter implementatie van Richtlijn 2014/40/EU, inzake de productie, de presentatie en de verkoop van tabaks- en aanverwante producten*. Rijksoverheid: Den Haag.

Stb.2016-176. Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden jaargang 2016 nr.176 (2016). *Besluit van 4 mei 2016, houdende wijziging van het Besluit uitvoering Tabakswet en de bijlage bij de Tabaks- en rookwarenwet in verband met de implementatie van Richtlijn 2014/40/EU, inzake de productie, de presentatie en de verkoop van tabaks- en aanverwante producten*. Rijksoverheid: Den Haag.

Stb.2016-450. Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden jaargang 2016 nr.450 (2016). *Besluit middelenonderzoek bij geweldplegers*. Rijksoverheid: Den Haag.

Stb.2016-529. Staatsblad van her Koninkrijk der Nederlanden jaargang 2016 nr.529 (2016). *Besluit van 14 december 2016, houdende regels over de voorlopige onderzoeken en de vervolgonderzoeken die ter vaststelling van het gebruik van alcohol, drugs en geneesmiddelen in het verkeer kunnen worden ingezet en aanwijzing van de drugs waarvoor grenswaarden gelden en aanwijzing van de grenswaarden voor enkelvoudig en gecombineerd gebruik van drugs en van drugs en alcohol of geneesmiddelen (Besluit alcohol, drugs en geneesmiddelen in het verkeer)*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

Stb.2017-206.Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden jaargang 2017 nr.206 (2017). *Besluit van 11 mei 2017, houdende wijziging van lijst I en II, behorende bij de Opiumwet, in verband met plaatsing op lijst I van de middelen a-PVP, acetylfentanyl en 4-FA en plaatsing op lijst II van het middel fenazepam*. Rijksoverheid: Den Haag.

Stb.2017-72.Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden jaargang 2017 nr.72 (2017). *Wet 10 februari 2017 tot wijziging van de Tabaks- en rookwarenwet ter regeling van de elektronische sigaret zonder nicotine en nadere regeling van voor roken bestemde kruidenproducten*. Rijksoverheid: Den Haag.

Stc 2011-12328.Staatscourant 11 juli 2011 nr.12328 (2011). *Stoppen-met-Rokenprogramma, nadere regel NR/CU-706*. Sdu Uitgevers: Den Haag.

Stc 2015-5391.Staatscourant van 27 februari 2015 nr.5391 (2015). *Aanwijzing Opiumwet [2015A003]*. Rijksoverheid: Den Haag.

Stead, L.F., Koilpillai, P., Fanshawe, T.R., Lancaster, T. (2016). Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 3 : CD008286.

Steketee, M., Jonkman, H., Berten, H., Vettenburg, N. (2013). *Alcohol use among adolescents in Europe. Environmental Research and Preventive Actions*. Verwey Jonker instituut: Utrecht.

Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) (2012). *Data en feiten 2012: het jaar 2011 in cijfers*. SFK: Den Haag.

Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) (2016). *Data en feiten 2016: het jaar 2015 in cijfers*. SFK: Den Haag.

Stichting Resultaten Scoren, NISPA (2013). *Practice-based aanbevelingen voor GHB detoxificatie voor mensen met een stoornis in het gebruik van GHB*. Stichting Resultaten Scoren: Amersfoort.

Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid (SWOV) (2011). *SWOV Factsheet: rijden onder invloed van drugs en geneesmiddelen*. SWOV: Leidschendam.

Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid (SWOV) (2015). *SWOV Factsheet: drugs- en geneesmiddelengebruik in het verkeer*. SWOV: Den Haag.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2017). *Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health*. SAMSHA: Rockville, MD.

Suijkerbuijk, A., Van Gils, P., De Wit, A. (2014). *De kosteneffectiviteit van interventies gericht op verslaving aan alcohol en middelen: een review van de literatuur*. RIVM: Bilthoven.

SWOV (2016). *Rijden onder invloed van alcohol [factsheet]*. SWOV: Den Haag.

T.K.24077-344.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2014-2015 publicatienummer 24077 nr.344 (2015). *Drugbeleid; Brief regering; Reactie op twee rapporten van het Zorginstituut Nederland over verslavingszorg en over de DSM-5*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.24077-357. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 publicatienummer 24077 nr.357 (2016). *Drugbeleid; Brief regering; Beleidsvisie drugspreventie*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.24077-361. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 publicatienummer 24077 nr.361 (2016). *Drugbeleid; Brief regering; Onderzoek GHB-gebruik op het platteland en forensisch medische (arrestanten) zorg*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.24077-375. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 publicatienummer 24077 nr.375 (2016). *Drugbeleid; Brief regering; Onderzoek 'Internet Facilitated Drugs Trade'*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.24077-384. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2016-2017 publicatienummer 24077 nr.384 (2017). *Drugbeleid; Brief regering; Jaarbericht 2016 van de Nationale Drug Monitor (NDM) en reactie toezeggingen*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.24077-388. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 publicatienummer 24077 nr.388 (2017). *Drugbeleid; Brief regering; Risicobeoordeling 4-Fluoramfetamine (4-FA)*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.24077-394. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2016-2017 publicatienummer 24077 nr.394 (2017). *Drugbeleid; Brief regering; scenario's toekomst cannabisbeleid*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.24587-607. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2014-2015 publicatienummer 24587 nr.607 (2014). *Justitiële Inrichtingen; Brief regering; Beklagrecht van gedetineerden, het aantal isolatieplaatsingen in verband met het weigeren van plaatsing in een meerpersoonscel (MPC) en de verslavingszorg binnen het gevangeniswezen*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.24587-688. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2016-2017 publicatienummer 24587 nr.688 (2017). *Justitiële Inrichtingen; Brief regering; Gebundelde beleidsreactie doorlichting justitiële jeugdinstellingen (JJI's)*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.24587-691. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2016-2017 publicatienummer 24587 nr.691 (2017). *Justitiële inrichtingen; Brief regering; Beleidsreactie op het rapport van de Inspectie Veiligheid en Justitie 'Binnen de muren niet toegestaan'*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.25424-309. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 publicatienummer 25424 nr.309 (2016). *Geestelijke gezondheidszorg; Brief regering; Toepassing DSM-5 voor het pakket en de bekostiging ggz*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.25424-338. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2016-2017 publicatienummer 25424 nr.338 (2017). *Geestelijke gezondheidszorg; Brief regering; Schakelprogramma personen met verward gedrag*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.25424-358. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2016-2017 publicatienummer 25424 nr.358 (2017). *Geestelijke gezondheidszorg; Brief regering; Monitor Generalistische Basis GGZ versie juni 2017*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.



T.K.25424-368.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2016-2017 publicatienummer 25424 nr.368 (2017). *Geestelijke gezondheidszorg; Brief regering; Informatie over verschillende onderwerpen gerelateerd aan de ondersteuning van personen met verward gedrag*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.27565-149.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2016-2017 publicatienummer 27565 nr.149 (2016). *Alcoholbeleid; Brief regering; Evaluatie Drank- en Horecawet*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.27565-159.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2016-2017 publicatienummer 27565 nr.159 (2017). *Alcoholbeleid; Verslag van een algemeen overleg; Verslag van een algemeen overleg, gehouden op 15 februari 2017, over Alcohol- en Tabaksbeleid*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.29452-211.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2016-2017 publicatienummer 29452 nr.211 (2017). *Tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel; Brief regering ; Tussentijds toezicht onderzoek Contrabande in forensische psychiatrische centra (FPC's)*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.29911-140.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2016-2017 publicatienummer 29911 nr.140 (2017). *Bestrijding georganiseerde criminaliteit; Brief regering ; Afpakfonds en het idee van het Openbaar Ministerie tot het oprichten van een fonds drugsdumping en/of productie van (synthetische) drugs*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.29911-156.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 publicatienummer 29911, nr.1. (2017). *Bestrijding georganiseerde criminaliteit; Brief regering; Reactie op verzoek commissie over het vervolgplan en de samenwerkingsovereenkomst van de ketenpartners Taskforce Brabant Zeeland en Intensivering Zuid Nederland*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.29911-167.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2016-2017 publicatienummer 29911 nr.167 (2017). *Bestrijding georganiseerde criminaliteit; Brief regering ; Toekomstagenda Ondernijning*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.29911-79.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2012-2013 publicatienummer 29911 nr.79 (2013). *Bestrijding georganiseerde criminaliteit; Brief regering; Nationaal Dreigingsbeeld Georganiseerde Criminaliteit 2012 en Vierde rapportage op basis van de Monitor Georganiseerde Criminaliteit*. Sdu Uitgevers: Den Haag.

T.K.32011-28.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2013-2014 publicatienummer 32011 nr.28 (2015). *Tabaksbeleid; Brief regering; Nalevings- en handhavingscijfers rookverbod horeca*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.32011-48.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 publicatienummer 32011 nr.48 (2015). *Tabaksbeleid; Brief regering; Moties en toezeggingen tabaksontmoediging*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.32011-49.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 publicatienummer 32011 nr.49 (2016). *Tabaksbeleid; Brief regering; Nalevings- en handhavingscijfers rookverbod en leeftijdsgrens 2015*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.32011-49. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 publicatienummer 32011 nr.49 (2016). *Tabaksbeleid; Brief regering; Nalevings- en handhavingscijfers rookverbod en leeftijdsgrens 2015*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.32011-52. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2016-2017 publicatienummer 32011 nr.52 (2017). *Tabaksbeleid; Brief regering; Ontwerpbesluit houdende wijziging Tabaks- en rookwarenbesluit*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.32011-55. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2016-2017 publicatienummer 32011 nr.55 (2017). *Tabaksbeleid; Brief regering; Convenant displayban tabaksproducten*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.32011-57. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2016-2017 publicatienummer 32011 nr.57 (2017). *Tabaksbeleid; Brief regering; Voortgangsrapportage handhavingscijfers NVWA 2016 inzake naleving van de regels in de Tabaks- en rookwarenwet*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.32011-58. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2016-2017 publicatienummer 32011 nr.58 (2017). *Tabaksbeleid; Brief regering; Ontwerpbesluit houdende wijziging van het Tabaks- en rookwarenbesluit ter regeling van de elektronische sigaret zonder nicotine en nadere regeling van voor roken bestemde kruidenproducten*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.32011-59. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2016-2017 publicatienummer 32011 nr.59 (2017). *Tabaksbeleid; Brief regering; Tabak- en rookwaren*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.32399-87. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2016-2017 publicatienummer 32399 nr.87 (2017). *Regels voor het kunnen verlenen van verplichte zorg aan een persoon met een psychische stoornis (Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg); Brief regering; Uitvoering van drie moties ingediend bij de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvvggz) - Rol OM, uitvoeringskosten, onmiddelijkheidsbeginsel*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.32793-164. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2014-2015 publicatienummer 32793 nr.164 (2015). *Preventief gezondheidsbeleid; Brief regering; Voortgang Nationaal Programma Preventie Alles is gezondheid...*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.32793-204. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 publicatienummer 32793 nr.204 (2016). *Preventief gezondheidsbeleid; Brief regering; Landelijke nota gezondheidsbeleid 2016-2019*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.32793-210. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 publicatienummer 32793 nr.210 (2016). *Preventief gezondheidsbeleid; Brief regering; Voortgang Nationaal Programma Preventie 2015*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.32793-213. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 publicatienummer 32793 nr.213 (2016). *Preventief gezondheidsbeleid; Brief regering; Preventie in het zorgstelsel: van goede bedoelingen naar het in de praktijk ontwikkelen van resultaten*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.32793-269.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2016-2017 publicatienummer 32793 nr.269 (2017). *Preventief gezondheidsbeleid; Brief regering; Voortgang Nationaal Programma Preventie 2016*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.33628-19.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2016-2017 publicatienummer 33628 nr.19 (2017). *Forensische zorg; Brief regering; Eindrapportage van het programma Continuïteit van zorg*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.34007-9.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 publicatienummer 34007 nr.9 (2017). *Voorstel van wet van het lid Tellegen tot wijziging van de Gemeentewet in verband met de aanpak van woonoverlast (Wet aanpak woonoverlast); Nota naar aanleiding van het verslag*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.34104-184.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2016-2017 publicatienummer 34104 nr.184 (2017). *Langdurige zorg; Brief regering; Toegang tot de Wlz voor ggz-cliënten*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.34165-1.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2014-2015 publicatienummer 34165-nr.1 (2015). *Voorstel van wet van de leden Berndsens-Jansen en Bergkamp tot wijziging van de Opiumwet in verband met de regulering van de teelt en verkoop van hennep en hasjiesj via een gesloten coffeeshopketen (Wet regulering voor- en achterdeur van coffeeshops); Geleidende brief*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.34165-2.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2014-2015 publicatienummer 34165 nr.2 (2015). *Voorstel van wet van de leden Berndsens-Jansen en Bergkamp tot wijziging van de Opiumwet in verband met de regulering van de teelt en verkoop van hennep en hasjiesj via een gesloten coffeeshopketen (Wet regulering voor- en achterdeur van coffeeshops); Voorstel van wet (initiatiefvoorstel); Voorstel van wet*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.34165-3.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2014-2015 publicatienummer 34165 nr.3 (2015). *Voorstel van wet van de leden Berndsens-Jansen en Bergkamp tot wijziging van de Opiumwet in verband met de regulering van de teelt en verkoop van hennep en hasjiesj via een gesloten coffeeshopketen (Wet regulering voor- en achterdeur van coffeeshops); Memorie van toelichting (initiatiefvoorstel); Memorie van Toelichting*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.34165-8.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2016-2017 publicatienummer 34165 nr.8 (2017). *Voorstel van wet van het lid Bergkamp tot wijziging van de Opiumwet teneinde de teelt en verkoop van hennep en hasjiesj via een gesloten coffeeshopketen te gedogen (Wet gesloten coffeeshopketen). Verslag (nader, tweede nader etc)*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.34234-3.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 publicatienummer 34234 nr.3 (2015). *Wijziging van de Tabakswet ter implementatie van Richtlijn 2014/40/EU, inzake de productie, de presentatie en de verkoop van tabaks- en aanverwante producten; Memorie van toelichting; Memorie van toelichting*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.34234-30.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 publicatienummer 34234 nr.30 (2016). *Wijziging van de Tabakswet ter implementatie van Richtlijn 2014/40/EU, inzake de productie, de presentatie en de verkoop van tabaks- en aanverwante producten; Amendement; Gewijzigd amendement van het lid Dik-Faber ter vervanging van nr. 9 dat regelt dat schoolpleinen rookvrij worden gemaakt*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.34234-6.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 publicatienummer 34234 nr.6 (2015). *Wijziging van de Tabakswet ter implementatie van Richtlijn 2014/40/EU, inzake de productie, de presentatie en de verkoop van tabaks- en aanverwante producten; Nota n.a.v. het (nader, tweede nader, enz.) verslag; Nota naar aanleiding van het verslag.* Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.34470-3.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 publicatienummer 34470 nr.3 (2017). *Wijziging van de Tabaks- en rookwarenwet ter regeling van de elektronische sigaret zonder nicotine en nadere regeling van voor roken bestemde kruidenproducten; Memorie van toelichting; Memorie van toelichting.* Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.34550 VI -40.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2016-2017 publicatienummer 34550 VI nr.40 (2016). *Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Veiligheid en justitie(VI) voor het jaar 2017. Motie van de leden van Nispen en Kooiman over het slimmer reguleren van het landelijk beleid rond softdrugs.* Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.34550 VI- 68.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2016-2017 publicatienummer 34550-VI nr.68 (2016). *Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Veiligheid en justitie(VI) voor het jaar 2017. Motie van het lid van Tongeren over scenario's voor de regulering van cannabis.* Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.34763-1.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2016-2017 publicatienummer 34763 nr.1 (2017). *Wijziging van de Opiumwet (verruiming sluitingsbevoegdheid); Koninklijke boodschap.* Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.34763-2.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2016-2017 publicatienummer 34763 nr.2 (2017). *Wijziging van de Opiumwet (verruiming sluitingsbevoegdheid); Voorstel van wet.* Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.34763-3.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2016-2017 publicatienummer 34763 nr.3 (2017). *Wijziging van de Opiumwet (verruiming sluitingsbevoegdheid); Memorie van toelichting.* Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.Aanhangsel 2015-2016/2252.Tweede Kamer der Staten-Generaal, v.v.A.v.d.H.nr.2. (2016). *Antwoord op vragen van de leden Kooiman en Leijten over het bericht dat de overlast van verwarde personen de pan uit rijst.* Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.Aanhangsel-1023.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2016-2017 Aanhangsel van de Handelingen nr.1023 (2017). *Antwoord op vragen van de leden Bergkamp, Volp, Kooiman en Van Tongeren over het bericht dat burgemeester Van der Laan vasthoudt aan de sluiting van acht coffeeshops.* Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.Aanhangsel-1762.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 Aanhangsel van de Handelingen nr 1762 (2016). *Antwoord op vragen van de leden Segers en Dik-Faber over drugsafval in landbouwakkers .* Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.Aanhangsel-1903.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2016-2017 Aanhangsel van de Handelingen nr.1903 (2017). *Antwoord op vragen van het lid Markuszower over het bericht «Druggebruik tbs-kliniek niet meer toegestaan».* Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.Aanhangsel-2277.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2016-2017 Aanhangsel van de Handelingen nr.2277 (2017). *Antwoorden op vragen van de leden Geurts en Van Toorenborg over drugsdumpingen en waterkwaliteit*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.Aanhangsel-2302.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2016-2017 Aanhangsel van de Handelingen nr.575 (2017). *Antwoord op vragen van de leden Van Oosten en Remco Dijkstra over het bericht «Oostenrijk hekelt Nederlandse aanpak drugsproducenten»*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.Aanhangsel-2750.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 Aanhangsel van de Handelingen nr 2750 (2016). *Antwoord op vragen van de leden Kooiman, Smaling en Van Toorenborg over het bericht dat er door een drugs-lab giftige stoffen zijn vrij gekomen in een woonwijk in Tilburg*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.Aanhangsel-575.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2016-2017 Aanhangsel van de Handelingen nr. 575 (2016). *Antwoord op vragen van de leden Belhaj, Bergkamp, Koşer Kaya en Van Veldhoven over het bericht «Politie heeft geen zicht op dumpingen drugsafval»*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.Aanhangsel-653.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 Aanhangsel van de Handelingen nr. 653 (2015). *Antwoord op vragen van de leden Bergkamp, Sjoerdsma, Volp en Servaes over de inzet van Nederland tijdens de United Nations General Assembly Special Session (UNGASS) on the World Drug Problem die in 2016 zal plaatsvinden*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.Handelingen 2015-2016, 31-5.Tweede Kamer der Staten.-Generaal vergaderjaar 2015-2016 vergadernummer 31-5,1 december 2015 (2015). *Vragenuur: Vragen van het lid Volp aan de minister van Veiligheid en Justitie over het bericht "Advies aan VNG: vergunningssysteem voor wietteelt"*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.Handelingen 2015-2016, 95-17. Tweede Kamer der Staten.-Generaal vergaderjaar 2015-2016 vergadernummer 95-17, 11 juni 2015. (2015). *Gereguleerde wietteelt in steden*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

Taylor, G., McNeill, A., Girling, A., Farley, A., Lindson-Hawley, N., Aveyard, P. (2014). Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 348 : g1151.

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 Weijde, W., Croes, E., Verdurmen, J., Monshouwer, K. (2015). *Factsheet meeroken*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Tjaderborn, M., Jonsson, A.K., Sandstrom, T.Z., Ahlner, J., Hagg, S. (2016). Non-prescribed use of psychoactive prescription drugs among drug-impaired drivers in Sweden. *Drug Alcohol Depend* 161 : 77-85.

Trimbos-instituut, Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG) (2016). *Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning: Herziening 2016*. Trimbos-instituut/NHG: Utrecht.

Trimbos-instituut, Verslavingspreventie Nederland (VPN) (2017). *Richtlijnen Verslavingspreventie binnen het onderwijs*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Tuithof, M. (2015). *Drinking Distilled: onset, course and treatment of alcohol use disorders in the general population*. Universiteit van Amsterdam: Amsterdam.

Tuithof, M., Siauw, R., Van Dorsselaer, S., Monshouwer, K. (2017). *Factsheet Monitor Zwangerschap en Middelengebruik: het middelengebruik van moeders en hun partner voor, tijdens en na de zwangerschap*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Tuithof, M., Ten Have, M., Van den Brink, W., Vollebergh, W., De Graaf, R. (2012). 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*

Tuithof, M., Ten Have, M., Van den Brink, W., Vollebergh, W., De Graaf, R. (2016). Treatment Seeking for Alcohol Use Disorders: Treatment Gap or Adequate Self-Selection? *Eur Addict Res* 22 (5): 277-285

Tuithof, M., Ten, H.M., Van den Brink, W., Vollebergh, W., De Graaf, R. (2013). Predicting persistency of DSM-5 alcohol use disorder and examining drinking patterns of recently remitted individuals: a prospective general population study. *Addiction* 108 (12): 2091-2099.

Tuithof, M., Ten, H.M., Van den Brink, W., Vollebergh, W., De Graaf, R. (2014). Alcohol consumption and symptoms as predictors for relapse of DSM-5 alcohol use disorder. *Drug Alcohol Depend* 140 : 85-91.

Tuithof, M., Van Dorsselaer, S., Monshouwer, K. (2017). *Het beleid van scholen rond tabak, alcohol en cannabis*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Tuithof, M., Van Dorsselaer, S., Monshouwer, K. (2017). *Veranderingen in middelengebruik onder Nederlandse scholieren: samenhang met schoolniveau*. Trimbos-instituut: Utrecht.

U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS) (2015). *The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General*.: Atlanta USDHHS.

United Nations Commission on Narcotic Drugs (2015). *Report on the fifty-eighth session (5 December 2014 and 9-17 March 2015)*. UN: New York.

United Nations Commission on Narcotic Drugs (2016). *Report on the fifty-ninth session (11 December 2015 and 14-22 March 2016): Official Records, 2016 Supplement No. 8*. UN: New York.

Van Amsterdam, J., Brunt, T., Van den Brink, W. (2015). The adverse health effects of synthetic cannabinoids with emphasis on psychosis-like effects. *J Psychopharmacol* 29 (3): 254-263.

Van Amsterdam, J., Niesink, R. (2017). Geweld door alcohol en drugs (II) Alcohol, cocaïne, amfetamine en agressie. *Verslaving: tijdschrift over verslavingsproblematiek* 13 (3): 189-197.

Van Amsterdam, J.C.G., Wartenberg, H.H.C., Van den Brink W. (2015). Forse toename voorgeschreven opioïden in Nederland: dreigen hier Amerikaanse toestanden? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 159 : A9245.

Van Amsterdam, J.G., Nabben, T., Keiman, D., Haanschoten, G., Korf, D. (2015). Exploring the Attractiveness of New Psychoactive Substances (NPS) among Experienced Drug Users. *J Psychoactive Drugs* 47 (3): 177-181.

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 Arum, S., Schoorl, R. (2016). *Sociale (wijk)teams in beeld: stand van zaken na de decentralisaties (najaar 2015)*. Movisie: Utrecht.

Van Benthem, D.J.T., Kunst, A.E. (2016). *The impact of a temporary smoking abstinence campaign on smoking and its socio-cognitive determinants: a retrospective study*. AMC/UvA: Amsterdam.

Van der Giessen, M., Moolenaar, D.E.G., Van Ooyen-Houben, M. (2014). *De export van in Nederland geteelde cannabis: een schatting van de omvang en een bespreking van de mogelijkheden en beperkingen van het onderzoek*. WODC/Ministerie van Veiligheid en Justitie: Den Haag.

Van der Gouwe, D., Rigter, S. (2017). *Jaarbericht 2016 DIMS*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Van der Laak, L. (2012). Dement door benzodiazepines? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 156 (43): C1509.

Van der Lely, N., Schreurs, C., Van Hoof, J.J., Van Dalen, W.E. (2016). *Factsheet Alcoholopnames en alcoholintoxicaties van minderjarigen van 2007 tot en met 2015*. NSCK/ Reinier de Graaf Groep/ Universiteit Twente/ Nederlands Instituut voor Alcoholbeleid STAP: Delft/Enschede/Utrecht.

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 [Party Monitor 2008-2009: going out and substances use among visitors of parties and clubs]*. Trimbos-instituut/Bonger Instituut: Utrecht/ Amsterdam.

Van der Pol, P., Liebregts, N., De Graaf, R., Korf, D., Van den Brink, W., Van Laar, M. (2013). Validation of self-reported cannabis dose and potency: an ecological study. *Addiction [Epub ahead of print]*

Van Dijk, A., Reinerie, P. (2015). *HUO 2014: een onderzoek naar uitgaansgedrag van jongeren uit Den Haag en omstreken*. GGD Haaglanden: Den Haag.

Van Dijken, G.D., Blom, R.E., Hene, R.J., Boer, W.H., NIGRAM Consortium (2013). High incidence of mild hyponatraemia in females using ecstasy at a rave party. *Nephrol Dial. Transplant* 28 (9): 2277-2283.

Van Dorselaer, S., Tuithof, M., Monshouwer, K. (2017). *Factsheet Peilstationsonderzoek 2015: ouders over het gebruik van tabak, alcohol, cannabis en internet door jongeren*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Van Dorselaer, S., Tuithof, M., Verdurmen, J., Spit, M., Van Laar, M., Monshouwer, K. (2016). *Jeugd en riskant gedrag 2015: kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek Scholieren*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Van Gestel, B., Verhoeven, M.A. (2017). *Verkenkende voorstudie liquidaties*. WODC: Den Haag.

Van Hoof, F., Knispel, A., Hulsbosch, L., Van Rooijen, S., Place, C., Michon, H. et al. (2016). *Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ 2015*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Van Kempen, P.H.P.H.M.C., Fedorova, M.I. (2014). *Internationaal recht en cannabis: een beoordeling op basis van VN-drugsverdragen en EU-drugsregelgeving van gemeentelijke en buitenlandse opvattingen pro regulering van cannabisteelt voor recreatief gebruik*. WODC: Den Haag.

Van Kempen, P.H.P.H.M.C., Fedorova, M.I. (2016). *Internationaal recht en cannabis II. Regulering van cannabisteelt en -handel voor recreatief gebruik: positieve mensenrechtenverplichtingen versus VN-drugsverdragen*. Wolters Kluwer: Deventer.

Van Laar, M., Frijns, T., Trautmann, F., Lombi, L. (2013). Cannabis market: User types, availability and consumption estimates, In *Further insights into aspects of the EU illicit drugs market*. F. Trautmann, B Kilmer, and P Turnbull, (eds.), pp. 73-182. Publications Office of the European Union, Luxembourg

Van Laar, M.W., Van Ooyen-Houben, M.M.J., Cruts, A.A.N., Meijer, R.F., Croes, E.A., Ketelaars, A.P.M. et al. (2015). *Nationale Drug Monitor: jaarbericht 2015*. Trimbos-instituut/WODC: Utrecht/Den Haag.

Van Laar, M.W., Van Ooyen-Houben, M.M.J., Cruts, A.A.N., Meijer, R.F., Croes, E.A., Ketelaars, A.P.M. et al. (2015). *Nationale Drug Monitor: jaarbericht 2015*. Trimbos-instituut/WODC: Utrecht/Den Haag.

Van Noorden, M., Van Dijken, T. (2014). GHB-intoxicaties en -onthouding in het algemeen ziekenhuis: diagnostiek en behandeling. *Verslaving: tijdschrift over verslavingsproblematiek* 10 (3): 33-44.

Van Noorden, M.S., Kamal, R., De Jong, C.A., Vergouwen, A.C., Zitman, F.G. (2010). GHB-afhankelijkheid en -onthoudingssyndroom: diagnostiek en behandeling. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 154 : A1286.

Van Noorden, M.S., Kamal, R.M., Dijkstra, B.A., Mauritz, R., De Jong, C.A. (2015). A case series of pharmaceutical gamma-hydroxybutyrate in 3 patients with severe benzodiazepine-resistant gamma-hydroxybutyrate withdrawal in the hospital. *Psychosomatics* 56 (4): 404-409.

Van Noorden, M.S., Mol, T., Wisselink, J., Kuijpers, W., Dijkstra, B.A.G. (2017). Treatment consumption and treatment re-enrollment in GHB-dependent patients in The Netherlands. *Drug Alcohol Depend* 176 : 96-101.

Van Santen, D.K., de Vos, A.S., Matser, A., Willemse, S.B., Lindenburg, K., Kretzschmar, M.E. et al. (2016). Cost-Effectiveness of Hepatitis C Treatment for People Who Inject Drugs and the Impact of the Type of Epidemic; Extrapolating from Amsterdam, the Netherlands. *PLoS ONE* 11 (10): e0163488.

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 Straaten, B., Van der Laan, J., Rodenburg, G., Boersma, S., Wolf, J., Van de Mheen, D. (2014). *Dakloze mensen in de vier grote steden: veranderingen in leefsituatie, zorggebruik en kwaliteit van leven: resultaten uit de derde meting van Coda-G4: 1,5 jaar na instroom in de maatschappelijke opvang*. IVO/ Impuls: Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg: Rotterdam/Nijmegen.

Van Straaten, B., Van der Laan, J., Schrijvers, C., Boersma, S., Maas, M., Wolf, J. et al. (2012). *Profiel van daklozen in de vier grote steden: resultaten uit de eerste meting van de Cohortstudie naar daklozen in de vier grote steden (Coda-G4)*. IVO/UMC St Radboud: Rotterdam-Nijmegen.



Van Straaten, B., Van Gelder, N., Rodenburg, G., Van de Mheen, D. (2016). *Dakloze mensen in Den Haag: veranderingen in leefsituatie over 5,5 jaar: resultaten van een vervolgmeting in Den Haag van Coda-G4*. IVO: Rotterdam.

Van Wilgenburg, H. (2016). Farmacologie en neurotoxicologie van cocaïne. *Verslaving: tijdschrift over verslavingsproblematiek* 2 (1): 34-37.

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., Liefing-Kluft, I. (2010). Levensbedreigende onthoudingsverschijnselen door gammahydroxyboterzuur. *Tijdschr Psychiatr* 52 (6): 411-416.

Vektis (2017). *Zorgprisma Publiek: feiten en cijfers over de zorg en zorgverzekeringsmarkt*. Vektis: Zeist.  
Verbeek, M., Heijkants, C., Willemse, B. (2017). *Alcoholgebruik onder 55-plussers*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Verdurmen, J., Monshouwer, K., Van Dorsselaer, S., Vermeulen, E., Lokman, S., Vollebergh, W. (2012). *Jeugd en riskant gedrag 2011: kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek scholieren: roken, drinken, drugsgebruik en gokken onder scholieren vanaf tien jaar*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Verdurmen, J., Van Dorsselaer, S., Monshouwer, K. (2016). *Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2015 [factsheet]*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Vereniging voor Nederlandse Gemeenten (VNG) (2017). *Evaluatie van de Drank- en Horecawet [brief 10 juni 2017]*. VNG: Den Haag.

Vergara, D., Bidwell, L.C., Gaudino, R., Torres, A., Du, G., Ruthenburg, T.C. et al. (2017). Compromised External Validity: Federally Produced Cannabis Does Not Reflect Legal Markets. *Sci Rep* 7 : 46528.

Verschraagen, M., Maes, A., Ruiten, B., Bosman, I.J., Sminck, B.E., Lusthof, K.J. (2007). Post-mortem cases involving amphetamine-based drugs in The Netherlands. Comparison with driving under the influence cases. *Forensic Sci Int* 170 (2-3): 163-170.

Verslavingspreventie Nederland (VPN), Trimbos-instituut (2016). *Werkconferentie 'Verslavingspreventie en de sociale wijkteams' [20 september 2016]: verslag*. 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.

Verstraete, A.G., Legrand, S. (2014). *Drug use, impaired driving and traffic accidents. Second edition*. EMCDDA: Lisbon.

Vidhate, S., Pathak, H., Kamble, R. (2017). Rupture of Heart in a Cannabis Addict: an Autopsy Case Report. *International Journal of Medical Toxicology and Forensic Medicine* 7 (1): 77-80.

Visser, M., Van Aar, F., Van Oeffelen, A.A.M., Van den Broek, I.V.F., Op de Coul, E.L.M., Hofstraat, S.H.I. et al. (2017). *Sexually transmitted infections: including HIV, in the Netherlands in 2016*. RIVM: Bilthoven.

Visser, W., Geraets, L., Bos, P., Ramlal, R., Fokkens, P., Klerx, W. et al. (2016). *De gezondheidsrisico's van e-sigaretten voor omstanders*. RIVM: Bilthoven.

Voorham, L., Buitenhuis, S. (2012). *GHB-gebruik(ers) in beeld: een typering van de GHB-gebruiker en hun bereikbaarheid*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Vreeker, A., Croes, E., Brunt, T., Niesink, R., Van Laar, M., Schmink, B. et al. (2016). *MDMA-gerelateerde sterfgevallen en verkeerszaken onderzocht door het Nederlands Forensisch Instituut*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Vreeker, A., Croes, E., De Ruiter, N., Gresnigt, F., Van Litsenburg, R., Wijers, L. et al. (2017). *Ecstasygebruik en acute medische hulp: Verkenning van de achtergronden van ecstasygebruikers en omstandigheden rond het gebruik*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Vreeker, A., Van der Burg, B.G., van, L.M., Brunt, T.M. (2017). Characterizing users of new psychoactive substances using psychometric scales for risk-related behavior. *Addict Behav* 70 : 72-78.

Wang, G., Zhang, Y., Zhang, S., Chen, H., Xu, Z., Schottenfeld, R.S. et al. (2016). Aripiprazole and Risperidone for Treatment of Methamphetamine-Associated Psychosis in Chinese Patients. *J Subst Abuse Treat* 62 : 84-88.

Watkins, W.C. (2016). Prescription Drug Misuse Among College Students A Comparison of Motivational Typologies. *Journal of Drug Issues* 46 (3): 216-233.

WHO (2016). *Harmful use of alcohol: World Health Statistics data visualizations dashboard*. WHO: Geneva.

WHO Expert Committee on Drug Dependence, WHO (2014). *Mephedrone: Critical Review Report*. WHO: Geneva.

WHO Regional Office for Europe (2012). *European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020*. WHO: Copenhagen.

WHO Regional Office for Europe (2017). *Alcohol labelling: A discussion document on policy options*. WHO: Geneva.

Wijers, L., Croes, E., De Ruiter, N., Valkenberg, H. (2017). *Monitor drugsincidenten: factsheet 2016*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Wijers, L., Croes, E., Gresnigt, F., Vreeker, A., Van Litsenburg, R., Brunt, T. et al. (2016). *Kenmerken en klinische gegevens van patiënten met ernstige ecstasyintoxicaties: Analyse van registratiegegevens van de Monitor Drugsincidenten*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Wijers, L., Croes, E., Valkenberg, H. (2016). *Monitor drugsincidenten: factsheet 2015*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Wisselink, D.J., Kuijpers, W.G.T., Mol, A. (2016). *Kerncijfers Verslavingszorg 2015: Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS)*. Stichting IVZ: Houten.

World Health Organization (WHO) (2013). *Report on the global tobacco epidemic*. WHO: Geneva.

World Health Organization (WHO) (2014). *Global status report on alcohol and health 2014*. WHO: Geneva.

World Health Organization (WHO) (2016). *The health and social effects of nonmedical cannabis use*. WHO: Geneva.

Zhao, J., Stockwell, T., Roemer, A., Chikritzhs, T. (2016). Is alcohol consumption a risk factor for prostate cancer? A systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer* 16 (1): 845.

Zuccato, E., Castiglioni, S., Senta, I., Borsotti, A., Genetti, B., Andreotti, A. et al. (2016). Population surveys compared with wastewater analysis for monitoring illicit drug consumption in Italy in 2010-2014. *Drug Alcohol Depend* 161 : 178-188.