Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum
Ministerie van Veiligheid en Justitie

Trimbos instituut

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Nationale Drug Monitor

Jaarbericht 2015

2015

Nationale Drug Monitor

Voorwoord

De vele informatie die we in Nederland hebben rond middelengebruik en de alcohol- en drugsgerelateerde criminaliteit wordt jaarlijks gebundeld in het Jaarbericht van de Nationale Drug Monitor (NDM). De Jaarberichten rapporteren niet alleen over ontwikkelingen in het gebruik van middelen, en de gevolgen daarvan, maar ook over wetgeving en beleid.

Zo liet de voorgaande jaargang van het NDM Jaarbericht al zien dat het gebruik van ecstasy in specifieke groepen uitgaanders fors is. Langverwachte nationale prevalentiecijfers over drugsgebruik in 2014 laten nu ook zien dat het ecstasygebruik in Nederland hoger is dan in andere landen van de Europese Unie. Tegelijk zien we dat de toename van het aandeel hoog gedoseerde ecstasypillen zich voortzet, met extra gezondheidsrisico's van dien.

Roken blijft echter veruit de belangrijkste oorzaak van ziekte en sterfte in Nederland. Gunstig is de geleidelijke daling in alcoholconsumptie onder adolescenten. Deze trend deed zich echter niet voor in het aantal jongeren dat vanwege overmatig alcoholgebruik in het ziekenhuis werd opgenomen, en mogelijk is er hierin (weer) een geringe toename.

Ook laat het NDM Jaarbericht 2015 zien dat het aandeel van drugsdelinquenten onder alle verdachten in het strafrechtelijk systeem (van politie tot en met rechter) in 2014 hoger is dan in 2013. In 2014 werd in totaal 355,6 miljoen euro uitgegeven aan de bestrijding van drugsmisdrijven, grotendeels aan (gevangenis) straffen voor harddrugsmisdrijven.

Het NDM Jaarbericht 2015 is als altijd vervaardigd door medewerkers van het Bureau van de Nationale Drug Monitor (NDM) van het Trimbos-instituut en het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum van het Ministerie van Veiligheid en Justitie. De Wetenschappelijke Raad van de NDM is bijzonder onder de indruk van de inzet en expertise van deze medewerkers.

Prof. dr. Henk Garretsen
Voorzitter Wetenschappelijke Raad van de Nationale Drug Monitor

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[1]
Mw. dr. M.M.J. van Ooyen-Houben[2]

Co-auteurs
Dhr. dr. A.A.N. Cruts[1]
Dhr. drs. R.F. Meijer[2]
Mw. dr. E.A. Croes[1]
Dhr. drs. A.P.M. Ketelaars[1]
Mw. dr. P.M. van der Pol[1]

Met medewerking van
Dhr. ir. J.J. van Dijk[2]
Drs. ing. S. Kalidien[2]

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

Engelse vertaling Summary
Tulip Translations, Charlotte Harkema

Productiebegeleiding
Joris Staal

Ontwerp
Canon Nederland N.V.

Productie
Trimbos-instituut

ISBN/EAN 978-90-5253-763-4
- *Tweede herziene druk, januari 2016*
- *Deze uitgave is te downloaden via trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer* **AF1412**
- *Of surf naar 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. prof. dr. H.F.L. Garretsen, Universiteit van Tilburg (voorzitter)
Dhr. dr. P.G.J. Greeven, GGZ Nederland, Novadic-Kentron
Dhr. drs. A.W.M van der Heijden, Openbaar Ministerie
Mw. dr. ir. N. Hoeymans, RIVM
Dhr. prof. dr. R.A. Knibbe, Universiteit Maastricht
Dhr. dr. M.W.J. Koeter, AIAR, Universiteit van Amsterdam
Dhr. prof. dr. D.J. Korf, Bonger Instituut voor Criminologie, Universiteit van Amsterdam (vice-voorzitter)
Dhr. drs. W.G.T. Kuijpers MSc, Stg IVZ.
Mw. prof. dr. H. van de Mheen, IVO, Erasmus Universiteit Rotterdam, Universiteit Maastricht
Dhr. prof. dr. A.C.M. Spapens, Universiteit van Tilburg

Waarnemers

Dhr. V. van Beest MA, Ministerie van Veiligheid en Justitie
Mw. drs. W.M. de Zwart, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

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.

© 2015, Trimbos-instituut/WODC, Utrecht, 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

0. Samenvatting/Summary ▶ pagina 005

1. Inleiding ▶ pagina 039

2. Wetgeving en beleid: Ontwikkelingen ▶ pagina 046

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

3. Cannabis ▶ pagina 073

4. Cocaïne ▶ pagina 108

5. Opiaten ▶ pagina 130

6. Ecstasy en amfetamine ▶ pagina 152

7. Nieuwe psychoactieve- en andere stoffen ▶ pagina 184

8. GHB ▶ pagina 199

9. Slaap- en kalmeringsmiddelen en andere psychoactieve medicijnen ▶ pagina 216

10. Alcohol ▶ pagina 233

11. Tabak ▶ pagina 267

Alcohol- en drugsgerelateerde criminaliteit

12. Illegale handel, productie en bezit van drugs ▶ pagina 295

13. Delicten gepleegd door alcohol- en drugsgebruikers ▶ pagina 323

14. Bijlagen ▶ pagina 338

15. Referenties ▶ pagina 363

0. Samenvatting/Summary

0.1 Ontwikkelingen in wetgeving en beleid ▶ pagina 006

0.2 Opiumwetmiddelen ▶ pagina 009

0.3 Alcohol en tabak ▶ pagina 016

0.4 Alcohol- en drugsgerelateerde criminaliteit ▶ pagina 018

0.5 Tabel 1a, deel 1 Kerncijfers middelengebruik: Opiumwetmiddelen ▶ pagina 020

0.6 Tabel 1a, deel 2 Kerncijfers middelengebruik: Alcohol en tabak ▶ pagina 021

0.7 Tabel 1b Kerncijfers drugscriminaliteit: Opiumwetdelicten in de strafrechtsketen ▶ pagina 022

Summary 2013/2014 Annual Report of the Netherlands National Drug Monitor (NDM)

0.1 Developments in legislation and policy ▶ pagina 023

0.2 Opium Act substances ▶ pagina 026

0.3 Alcohol and tobacco ▶ pagina 032

0.4 Alcohol and drug-related crime ▶ pagina 034

0.5 Table 1a, part 1 Key figures substance use: Opium Act substances ▶ pagina 036

0.6 Table 1a, part 2 Key figures substance use: Alcohol and tobacco ▶ pagina 037

0.7 Table 1b, Key figures drug crimes: Opium Act offences in the criminal justice system ▶ pagina 038

0. Samenvatting/Summary

Hieronder volgt een beschrijving van de laatste ontwikkelingen uit het Jaarbericht 2015. De tabellen 1a en 1b geven een overzicht van de laatste cijfers over het middelengebruik en de drugscriminaliteit. Recente gebruikers hebben het afgelopen jaar een middel gebruikt en actuele gebruikers deden dat in de afgelopen maand.

0.1 Ontwikkelingen in wetgeving en beleid

Ontwikkelingen in de Opiumwet en de Aanwijzing Opiumwet
In 2015 is een aantal middelen op lijst I (harddrugs) van de Opiumwet geplaatst.
Sinds 1 maart 2015 zijn handelingen ter voorbereiding of vergemakkelijking van illegale hennepteelt strafbaar ingevolge een nieuw artikel (11a) in de Opiumwet. Onder andere moeten growshops als gevolg hiervan hun deuren sluiten. De strafbaar gestelde handelingen worden gericht opgespoord door de politie als het gaat om beroeps- of bedrijfsmatige teelt en om teelt door minderjarigen. Als een verdachte is opgespoord volgt een inverzekeringstelling en een vordering van voorlopige hechtenis.

Ontwikkelingen in het coffeeshopbeleid
Sinds 2013 geldt het ingezetenencriterium voor coffeeshops landelijk. Een groot deel van de 103 gemeenten met coffeeshops (70-78%) heeft dit criterium sindsdien in het lokale coffeeshopbeleid vastgelegd. In een minderheid van de coffeeshopgemeenten (rond 30%) werden niet-ingezetenen in 2014 ook daadwerkelijk geweerd uit de coffeeshops.

Veel coffeeshopgemeenten (76%) stellen als voorwaarde aan coffeeshops dat ze een minimale afstand, meestal 250 meter of minder, verwijderd zijn van onderwijsinstellingen.

Gemeenten worden gestimuleerd om bij een aanvraag voor (verlenging van) een vergunning voor een coffeeshop een screening op het risico van aanwending van crimineel vermogen of andere strafbare feiten te laten doen door het Landelijk Bureau voor integriteitsbeoordelingen door het openbaar bestuur, om te voorkomen dat de overheid eventuele criminele activiteiten faciliteert.

Illegale hennepteelt
Volgens onderzoek is legalisering of decriminalisering van teelt van cannabis voor recreatief gebruik onder het geldende internationale recht geen optie. De Minister zoekt de oplossing voor veiligheidsproblemen en de (georganiseerde) criminaliteit rond de illegale teelt in de aanpak van die teelt. In 2015 hebben twee Kamerleden een wetsvoorstel ingediend om de teelt ten behoeve van coffeeshops te reguleren. Er zijn op dit punt geen aanpassingen in de Opiumwet of de Aanwijzing Opiumwet geweest.

Betere aanpak van rijden onder invloed van drugs

In de Wegenverkeerswet 1994 is een nieuwe bepaling (artikel 8 lid 5) opgenomen met een verbod op het gebruik van een aantal drugs en daarvoor gestelde grenswaarden. Met een speekseltest of een onderzoek van de psychomotorische en oog- en spraakfuncties kan bij wijze van voorselectie worden vastgesteld of een bestuurder mogelijk te veel drugs heeft gebruikt. Als bewijsmiddel blijft het bloedonderzoek gelden. Voor drugs waarvoor geen grenswaarden zijn vastgesteld blijft het in artikel 8 lid 1 opgenomen verbod van toepassing.

De aanpak van Opiumwetdelicten

De in- en uitvoer, bedrijfsmatige productie en de grootschalige handel van met name heroïne, cocaïne, synthetische drugs en cannabis (hennepteelt) hebben prioriteit in de opsporing en vervolging. Er wordt een integrale aanpak gevolgd met een combinatie van strafrechtelijke, bestuursrechtelijke, fiscale en privaatrechtelijke maatregelen. Regionale Informatie- en Expertisecentra spelen een ondersteunende rol. In Zuid-Nederland is het ontmantelen van productieplaatsen van synthetische drugs, het opruimen van drugsafval (dumpingen) en het ruimen van hennepkwekerijen geïntensiveerd. De 'ondermijnende criminaliteit' krijgt meer aandacht.

In 2014 is in totaal 355,6 miljoen euro uitgegeven aan de bestrijding van drugsmisdrijven (nominaal bedrag, afgemeten aan veiligheidszorgrekeningen). Het meeste geld is uitgegeven aan de tenuitvoerlegging van straffen voor harddrugsdelicten.

Drugsontmoedigingsbeleid en verslavingszorg in penitentiaire inrichtingen

Het gevangeniswezen gaat de aanwezigheid van drugs op verschillende manieren tegen, onder andere met toegangscontroles, drugshonden en urinecontroles. Dit beleid is bijgesteld. Er is onder meer een handelingskader voor sanctionering en een speekseltest op recent gebruik van drugs ingevoerd.

De penitentiaire inrichtingen moeten ook, meer dan nu, verslavingsproblematiek bij gedetineerden opmerken en behandeling stimuleren. Ze moeten samenwerken met de verslavingszorg en deze faciliteren. De samenwerking tussen de verslavingsreclassering en het gevangeniswezen is geïntensiveerd.

De maatregel Inrichting voor Stelselmatige Daders (ISD)

De toepassing van de maatregel Inrichting voor Stelselmatige Daders wordt bevorderd. De doelgroep is verbreed en de oplegging bij jongvolwassen zeer actieve veelplegers wordt gestimuleerd. De juridische mogelijkheden van een verlenging van de maatregel worden verkend.

Ontwikkelingen in het tabaksbeleid

Tabaksontmoediging is een van de speerpunten van het volksgezondheidsbeleid. De hoofdpunten van het Nederlandse tabaksontmoedigingsbeleid werden in een brief aan de Tweede Kamer in april 2015 door de regering verwoord. De regering spreekt de ambitie uit dat ze eraan wil bijdragen dat jongeren in Nederland niet meer gaan roken.

Om dit beleid vorm te geven zijn er de afgelopen jaren enkele belangrijke maatregelen genomen en initiatieven ontplooid. Per 1 januari 2014 mag alleen aan personen van 18 jaar of ouder tabaksproducten verkocht worden. Het rookverbod voor alle horeca is per 1 januari 2015 ingevoerd en deze is gepaard gegaan met een voorlichtingscampagne om het rookverbod aan het brede publiek en de horeca bekend te maken.
Daarnaast is er de NIX18 campagne met als doel om eraan bij te dragen dat de nieuwe sociale norm wordt dat jongeren onder de 18 jaar niet roken en niet drinken. Het initiatief om naar rookvrije schoolterreinen te streven in het primair, voortgezet en middelbaar onderwijs wordt door de rijksoverheid ondersteund.

Daarnaast moet de door de EU voorgeschreven Tabaksproductenrichtlijn (TPD) uiterlijk 20 mei 2016 geïmplementeerd zijn. Dit zal samengaan met de invoering van een leeftijdsgrens van 18 jaar voor de e-sigaret met nicotine. Het Tijdelijk Warenwetbesluit elektronische sigaret van 24 november 2014 dat al voorwaarden stelt aan de veiligheid en de kwaliteit van de elektronische sigaret met nicotine wordt meegenomen met de implementatie van de TPD. De regering streeft ernaar om de leeftijdsgrens van 18 jaar ook toe te gaan passen op de e-sigaret zonder nicotine.

Ontwikkelingen in het alcoholbeleid

Per 1 januari 2014 is de minimumleeftijd voor de verkoop van alcoholische drank naar 18 jaar gegaan. Ook mogen jongeren onder de 18 sinds die datum geen alcohol bij zich hebben op voor het publiek toegankelijke plaatsen.

Alle gemeenten moesten vóór 1 juli 2014 een Preventie- en Handhavingsplan voor de regelingen van de Drank- en Horecawet hebben opgesteld. In maart 2015 had 80% van de gemeentes zo'n plan vastgesteld. Over het algemeen waren de plannen van matige kwaliteit.

Uit een landelijk representatief onderzoek uit 2015 bleek dat de naleving voor de verkoop van alcohol gemiddeld slechts 22% bedraagt. De naleving is gedaald sinds de vorige meting uit 2013.

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, in het tweede jaar staat innovatie centraal en in het derde jaar (2016) moet een verdiepingsslag gemaakt worden.

Verslavingspreventie Nederland heeft een preventiemodel ontwikkeld dat een overzicht geeft van verschillende vormen van preventie. Het model loopt van universele preventie (voor de gehele bevolking) naar geïndiceerde preventie (voor mensen met klachten en symptomen).

In de Interventiedatabase van het RIVM Centrum Gezond Leven kregen 23 leefstijlinterventies ter preventie van middelengebruik het predikaat een 'goede theoretische onderbouwing' en bij 7 is er sprake van 'goede aanwijzingen van effectiviteit'.

De regering ontwikkelt in 2015 een nieuwe beleidsvisie voor drugspreventie, waarin ook wordt ingezet om de trend dat drugsgebruik tijdens het uitgaan door de jongvolwassenen als normaal wordt gezien tegen te gaan.

De meerjarige massamediale campagne NIX18, om de norm dat je onder de 18 jaar niet rookt en niet drinkt in de samenleving te verankeren, is gestart in november 2013. Uit de effectmeting over 2014 kwam een positieve trend naar voren: al na een jaar campagne voeren is de acceptatie van de sociale norm 'niet roken en niet drinken onder de achttien' toegenomen.

Beleidsontwikkelingen op het gebied van verslavingszorg

Van belang voor de GGZ, inclusief de verslavingszorg, is dat sinds 1 januari 2015 zowel de AWBZ als de oude WMO zijn ingetrokken en voor een deel zijn vervangen door de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (WMO 2015).

Per 1 januari 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. Vanaf 2013 nam de intramurale capaciteit inderdaad af.

Uit een effectiviteitsonderzoek naar de Nederlandse verslavingszorg blijkt dat de sector professionele en kwalitatief goede zorg biedt, dat de kosten van de verslavingszorg licht dalen en dat er nog veel onduidelijk is rond de verschillen in de uitvoeringspraktijk.

0.2 Opiumwetmiddelen

Cannabis

Half miljoen actuele cannabisgebruikers

Volgens de laatste peiling in 2014 onder de algemene bevolking van 15 tot en met 64 jaar heeft een kwart van de Nederlanders (24%) ooit in het leven cannabis gebruikt, 8% gebruikte nog in het afgelopen jaar. Een op de twintig Nederlanders (5%) gebruikte cannabis in de afgelopen maand, dat zijn omgerekend naar de bevolking 510 duizend Nederlanders. Het grootste deel van hen (40%) had de afgelopen maand minder dan wekelijks gebruikt (op 1–3 dagen), 28% gebruikte (bijna) dagelijks (omgerekend 140 duizend Nederlanders).

Hoogopgeleiden hebben vaker ervaring met cannabisgebruik, maar frequent gebruik komt vaker voor onder laagopgeleiden. Van de actuele gebruikers is het percentage dagelijkse blowers 44% onder laagopgeleiden versus 24% onder zowel middelbaar- en hoogopgeleiden.

Wiet is veruit de meest favoriete cannabisvariant. Ruim twee derde (69%) van de actuele gebruikers rookt meestal wiet, 17% meestal hasj en 14% gebruikt beide even vaak.

Het cannabisgebruik onder scholieren van het voortgezet onderwijs daalde tussen 2003 en 2013, met een stabilisering tussen 2007 en 2011. In 2013 had 9% van de 12-16-jarige scholieren ervaring met cannabis en was 5% een actuele gebruiker.

In 2007-2009 voldeden bijna 30 duizend mensen van 18-64 jaar aan de diagnose cannabisafhankelijkheid. Zij hebben vaker dan de algemene bevolking ook te kampen met andere psychische stoornissen, zoals angst, depressie, ADHD en gedragsstoornissen. Nog eens 40 duizend mensen voldeden aan de diagnose cannabismisbruik.

Stabilisering hulpvraag cannabis

Na een gestage toename sinds eind jaren negentig, is vanaf 2010 het aantal cannabiscliënten bij de verslavingszorg gestabiliseerd. In 2014 stonden 10.965 mensen met een primair cannabisprobleem geregistreerd.

Het aantal mensen dat wordt opgenomen in algemene ziekenhuizen vanwege cannabisproblematiek als hoofddiagnose is al jaren laag: 74 van de bijna 2 miljoen klinische opnames in 2012. Als nevendiagnose komt cannabisproblematiek met 735 opnames in 2012 vaker voor. Trendgegevens voor 2013 zijn vanwege wijzigingen in de registratie en rapportage niet beschikbaar.

THC-gehalte: nederwiet stabiel, hasj stijgt

Het gemiddelde THC-gehalte (het belangrijkste werkzame bestanddeel van cannabis) in nederwiet, de meest populaire cannabisvariant, is de laatste jaren redelijk stabiel. Het gemiddelde THC-gehalte van nederwiet was 15% in 2015 en schommelde de afgelopen 10 jaar tussen 14% (2013) en 18% (2010). Het gemiddelde THC-gehalte van geïmporteerde hasj was met 18% in 2015 iets hoger dan in 2014 (15%), en varieerde in de afgelopen tien jaar tussen 13% (2007) en 19% (2010). Geïmporteerde wiet bevat al jaren gemiddeld de minste THC (5% in 2015). In 2015 werd een THC-gehalte van 15% of meer gevonden in 58% van de (meest populaire variant) nederwietmonsters en 79% van de geïmporteerde hasjmonsters, maar in geen van de geïmporteerde wietmonsters.

Ook de concentratie van cannabidiol (CBD), een ander bestanddeel van cannabis dat mogelijk sommige effecten van THC tegen gaat, wordt gemonitord. De CBD-gehaltes zijn al jaren stabiel. In 2015 lag de mediaan van het CBD-gehalte in de nederwiet en in de geïmporteerde wiet op 0,3% en in de geïmporteerde hasj op 8%.

Na een geleidelijke prijsstijging sinds 2006 was de prijs voor een gram nederwiet en geïmporteerde hasj sinds 2013 stabiel. In 2015 kost een gram nederwiet gemiddeld 9,81 euro en geïmporteerde hasj 8,91 euro.

Cocaïne

Cocaïne in het uitgaansleven minder populair dan amfetamine en ecstasy

In 2014 had naar schatting één op de twintig Nederlanders (5,3%) onder de algemene bevolking van 15 tot en met 64 jaar ooit cocaïne gebruikt en had 1,6% in het afgelopen jaar nog cocaïne gebruikt. Omgerekend naar de hele bevolking ging het om ongeveer 580 duizend ooitgebruikers en 170 duizend gebruikers in het afgelopen jaar. Met een percentage ooitgebruik van 5,3% lag Nederland in de buurt van het Europese gemiddelde van 4,6%.

Minder dan 2% van de scholieren (12-18 jaar) van 2011 had ervaring met cocaïne en minder dan 1% was een actuele gebruiker, ongeveer even veel als in 2007.

Cocaïnegebruik, vooral in de snuifbare poedervorm, komt nog steeds relatief veel voor onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen, maar is qua populariteit inmiddels ingehaald door amfetamine, terwijl ecstasy de meest populaire uitgaansdrug is gebleven. Er zijn signalen dat cocaïne vanwege de relatief hoge prijs en de economische situatie, en de opmars van amfetamine minder populair wordt. In een landelijke survey uit 2013 onder frequente party-, festival- en clubbezoekers van gemiddeld 23 jaar en met een voorkeur voor techno/house muziek, lag het recent en actueel gebruik van cocaïne op respectievelijk 27% en 13%. Voor tweederde van de recente cocaïnegebruikers bleef het gebruik, zowel thuis als tijdens het uitgaan, beperkt tot een paar keer per jaar.

De rookbare variant van cocaïne ('crack') komt veel voor onder opiaatverslaafden, maar de harddrugsscene kent ook crackgebruikers die geen opiaten consumeren. In de drie grootste steden werd het totaal aantal crackverslaafden (inclusief degenen die opiaten gebruiken) geschat op ongeveer 6.660, ofwel 0,5% van de bevolking van 15-64 jaar. Daarvan verbleven er in 2009/2010 ongeveer 2.520 in Amsterdam, ongeveer 2.360 in Rotterdam en ongeveer 1.770 in Den Haag.

Geleidelijke daling cocaïnehulpvraag bij de verslavingszorg

De verslavingszorg registreerde tot 2008 een groei van het aantal primaire cocaïnecliënten. Vanaf 2008 deed zich een gestage daling voor naar 7.519 primaire cocaïnecliënten in 2014. Ook het aantal cliënten voor wie cocaïne het secundaire probleem was daalde, van 7.737 in 2008 naar 6.478 in 2014. 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 (53%) snuiven. Slechts 1% injecteerde de cocaïne.

Ook het aantal klinische opnames in de algemene ziekenhuizen waarbij cocaïnemisbruik en cocaïneafhankelijkheid een rol speelde, was in 2012 niet verder gestegen. Trendgegevens voor 2013 zijn vanwege wijzigingen in de registratie en rapportage niet beschikbaar.

Een op de vijf geregistreerde sterfgevallen na een drugsintoxicatie in 2014 was primair toe te schrijven aan cocaïne (24 gevallen in 2014).

Cocaïne nog vaak vermengd met geneesmiddelen

De meeste cocaïnepoeders zijn versneden met andere stoffen. In 2014 bevatte 71% van de cocaïnepoeders van consumenten levamisol (een antiwormenmiddel voor dieren), waarbij het gemiddelde percentage levamisol is toegenomen van 7% in 2012 naar 11% in 2014. Gebruik van levamisol door mensen is in de Verenigde Staten in verband gebracht met gevallen van ernstige bloed- en huidziekten. In Nederland zijn twee gevallen gerapporteerd.

Desondanks is de zuiverheid (concentratie cocaïne) hoog. Het gemiddelde gehalte cocaïne steeg van 49% in 2009 naar ongeveer 60% in 2013 en 2014 en was daarmee zeer zuiver in vergelijking met eerdere jaren en ook vergeleken met andere Europese landen. De prijs bleef echter op hetzelfde niveau. Cocaïne kostte in 2014 gemiddeld 53 euro per gram. De mediaan lag van 2008 tot en met 2014 op 50 euro per gram.

Opiaten

Daling aantal problematische opiaatgebruikers

In de algemene bevolking komt heroïnegebruik weinig voor. In 2014 rapporteerde 0,4% van de bevolking van 15 tot en met 64 jaar ooit in hun 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 groep werd in 2012 via andere methoden geschat op circa 14.000. Dat is minder dan de schatting van ongeveer 18.000 problematische opiaatgebruikers in 2008.

Gestage daling aantal opiaatgebruikers in de verslavingszorg; toenemende veroudering

Het aantal opiaatcliënten bij de verslavingszorg is het afgelopen decennium eveneens gedaald. Tussen 2005 en 2014 daalde het aantal cliënten met een primair opiaatprobleem met 33% naar 9.606 cliënten. De groep opiaatcliënten veroudert: de gemiddelde leeftijd steeg tussen 2005 en 2014 van 42 naar 48 jaar. In 2014 was nog maar 4% van de opiaatcliënten jonger dan 30 jaar.

Het aantal klinische opnames in algemene ziekenhuizen waarbij opiaatmisbruik en -afhankelijkheid een rol speelde, steeg tussen 2006 en 2010, en bleef tot 2012 stabiel. Trendgegevens voor 2013 zijn vanwege wijzigingen in de registratie en rapportage niet beschikbaar.

Relatief veel injecterende drugsgebruikers besmet met hepatitis C; aanwas nieuwe gevallen gering
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 (0,4 in 2013) behoort samen met België tot de laagste in de EU-15. Het aantal bestaande besmettingen met hepatitis C, in steden die daar gegevens over hebben, is echter hoog. Landelijk zouden naar schatting 7.752 ooit-injecterende drugsgebruikers met hepatitis C besmet zijn.

Veel minder mensen overlijden aan de gevolgen van (hard)drugs vergeleken met de sterfte aan alcoholgerelateerde aandoeningen en tabak. In 2014 overlijden 123 drugsgebruikers aan de gevolgen van een overdosis, waarbij ongeveer een op de drie overdosisgevallen primair aan opiaten is toe te schrijven (40 gevallen).

De leeftijd bij overlijden neemt toe. Begin jaren negentig was nog 60% van de overleden opiaatgebruikers jonger dan 35 jaar, vergeleken met nog maar 12% in de periode van 2013 tot en met 2014.

Ecstasy en amfetamine

Percentage ecstasygebruikers relatief hoog
Ongeveer 830 duizend Nederlanders van 15 tot en met 64 jaar (8%) hebben ervaring met ecstasy en 270 duizend mensen gebruikten het nog in het afgelopen jaar (3%). Deze percentages zijn in 2014 zodanig hoger dan in 2009 dat een toename van het gebruik aannemelijk is, hoewel niet met zekerheid vastgesteld kan worden hoe groot deze toename werkelijk is vanwege veranderingen in de onderzoeksmethode.

Amfetamine wordt minder vaak gebruikt dan ecstasy. Respectievelijk 500 duizend en 140 duizend Nederlanders (15-64 jaar) hebben ooit (5%) of recent (1%) amfetamine gebruikt.

Het ecstasygebruik ligt in Nederland hoger dan in alle andere EU landen, hoewel de verschillen tussen de landen voorzichtig moeten worden geïnterpreteerd door verschillen tussen de nationale onderzoeken. Van de jongeren en jongvolwassenen van 15-34 jaar had in Nederland 5,6% in het afgelopen jaar een of meer keer ecstasy gebruikt, vergeleken met 1,4% voor het gemiddelde in de EU. Ook het recente amfetaminegebruik in Nederland ligt met 2,9% onder 15-34-jarigen boven het EU-gemiddelde van 1%.

Er waren al eerder signalen uit het uitgaansleven over een toename in het ecstasygebruik. In een landelijke survey in 2013 was 61% van de frequente bezoekers van party's, festivals en clubs (met een voorkeur voor techno en housemuziek) een recente ecstasygebruiker. Voor ruim de helft (58%) van deze recente gebruikers bleef het gebruik beperkt tot een paar keer per jaar. Ruim een kwart (28%) gebruikte maandelijks, 12% gebruikte een paar keer per maand en slechts 2% van de recente gebruikers nam het middel frequenter. Minder vaak werd amfetaminegebruik gerapporteerd: een op de drie (33%) frequente bezoekers van party's, festivals en clubs had in 2013 dit middel in het afgelopen jaar gebruikt.

Sterke ecstasypillen en ernstige en fatale ecstasyincidenten
In 2014 is de gemiddelde concentratie MDMA in ecstasypillen verder gestegen tot 138 mg MDMA en het aandeel hooggedoseerde ecstasypillen (met meer dan 105 mg MDMA) is gestegen tot 59%. Soms worden ook schadelijke stoffen aangetroffen in ecstasypillen, zoals PMMA, dat in de afgelopen jaren in verband is gebracht met enkele sterfgevallen in Nederland. In 2014 bevat 1,9% van de als ecstasy verkochte pillen PMMA, iets minder dan vorig jaar (2,5%).

Niet alleen de dosering MDMA in ecstasypillen, maar ook de prevalentie van ecstasygebruik is toegenomen. Dit kan, mede vanwege een onderschatting van de gezondheidsrisico's, hebben bijgedragen aan de toename in de ernst van de intoxicatie van ecstasygerelateerde gezondheidsincidenten op grote evenementen. Werd in 2009 nog 7% van de ecstasyincidenten als matig tot ernstig gekwalificeerd, in 2014 was dit aandeel gestegen naar 28%. Het aandeel incidenten met ecstasy op het totaal aantal drugsincidenten gemeld door EHBO-posten is na een stijging van 39% in 2009 tot 62% in 2013, niet verder toegenomen en licht gedaald naar 56% in 2014. Met 3% van alle meldingen draagt amfetamine beperkt bij aan het totaal aantal drugsincidenten.

Speedpoeders zijn in 2014 met een gemiddelde concentratie van 49% amfetamine zuiver, net als in 2013 (47%). In de periode vóór 2013 fluctueerde de amfetamineconcentratie sterk.

Ecstasy en amfetamine spelen een ondergeschikte rol in de drugsgerelateerde sterfte, hoewel het precieze aantal sterfgevallen dat door deze middelen wordt veroorzaakt onbekend is. Volgens gegevens van het NFI over sterfgevallen in 2014 waarbij gerechtelijke sectie en toxicologisch onderzoek heeft plaatsgevonden, werd MDMA in 7 gevallen aangetroffen en in geen enkel geval amfetamine. Het CBS registreerde dat jaar 14 accidentele sterfgevallen door 'psychostimulantia' waaronder ecstasy, amfetamine en andere stoffen, zoals cafeïne, efedrine en khat. In 2013 ging het om 4 gevallen. Hier lijkt sprake te zijn van een toename.

Hulpvraag ecstasy- en amfetaminegebruikers bij verslavingszorg blijft beperkt, maar stijging voor amfetamine

Ecstasygebruikers zoeken niet vaak hulp bij de verslavingszorg. Het aandeel ecstasycliënten van alle drugscliënten in de verslavingszorg is al jaren gering (minder dan 1%) en daalt sinds 2005. In 2014 staan 105 mensen met een primair ecstasyprobleem geregistreerd en 331 mensen met een secundair ecstasyprobleem. Meer mensen zoeken hulp vanwege een amfetamineprobleem (1.671 primair en 888 secundair). Tussen 2005 en 2014 deed zich een stijging voor, met name tussen 2005 en 2007. Het aandeel van amfetamine in alle hulpvragen voor drugsproblematiek blijft relatief beperkt, maar steeg eveneens van 3% in 2005 naar 5% in 2014.

Nieuwe Psychoactieve Stoffen (NPS)

Nieuwe markt voor NPS

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. Soms worden deze stoffen toegevoegd aan andere drugs (vooral ecstasy of amfetamine), zonder dat de gebruiker hier van af weet. Voor zover bekend blijft het gebruik van NPS in Nederland beperkt en is het vaak een tijdelijk fenomeen. Sinds 2012 is er echter een toename in het bewust gebruik van een aantal NPS (met name 4-fluoramfetamine of 4-FA).

Hoe vaak NPS-gebruik in de Nederlandse bevolking voorkomt is onbekend. Twee studies onder frequent uitgaande jongeren en jongvolwassenen, een hoogrisicogroep wat betreft middelengebruik, suggereren dat ook in deze groep het gebruik van de meeste NPS laag is. Uitzonderingen zijn 2C-B (valt onder Opiumwet, zie § 7.0) en 4-FA, die met 9% tot 14% recente gebruikers in deze groep jongeren en jongvolwassenen in de buurt komen van sommige 'traditionele' middelen zoals paddo's, GHB en ketamine.

Gezondheidsincidenten beperkt, maar stijgen

Er is doorgaans weinig bekend over de risico's van NPS. Het gebruik is de afgelopen jaren echter toegenomen (in bepaalde groepen) en daarmee het risico op (soms fatale) gevolgen voor de volksgezondheid.

Het aantal informatieverzoeken bij het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) over NPS is in 2014 meer dan verdubbeld, van 36 in 2013 naar 77 in 2014. De meeste vragen betroffen het gebruik van 4-FA of 2C-B. Ook bij de Monitor Drugsincidenten (MDI) nam in een aantal peilstationsregio's het aantal meldingen van 4-FA gerelateerde incidenten toe: tot en met 2014 zijn in totaal 75 patiënten met een acute medische hulpvraag na (vermoeden van) 4-FA-gebruik geregistreerd, met een toename over de afgelopen jaren. De meeste patiënten met een vermoedelijke 4-FA-intoxicatie zochten hulp op de EHBO-post van een feest.

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 2014 had 1,5% van de bevolking van 15 tot en met 64 jaar ooit GHB gebruikt. In 2011 had 0,5% van de scholieren van 12 tot en met 18 jaar wel eens GHB gebruikt. GHB wordt relatief vaak door uitgaande jongeren en jongvolwassenen gebruikt. 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. Ook wordt GHB gebruikt door 'thuisgebruikers' die het middel samen met vrienden en kennissen in de context van 'huisfeesten' nemen. Daarnaast zijn er thuisgebruikers die GHB alleen gebruiken, zodra het gebruik niet (langer) een sociale aangelegenheid is. Binnen Nederland bestaan er regionale verschillen in prevalentie van (problematisch) gebruik, hulpvraag en gezondheidsincidenten. 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 hoog. Opvallend is ook het relatief grote aandeel patiënten met een ernstige intoxicatie na GHB gebruik.

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 was in 2014 met 779 ongeveer gelijk aan 2013, na een stijging vanaf 60 cliënten in 2007. De meeste cliënten (82%) 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.

De Monitor Drugsincidenten, waaraan verschillende medische diensten en een aantal regio's van Nederland deelnemen, registreerde in 2014 in totaal 3.797 meldingen van drugsincidenten, waarbij in 834 gevallen (22%) GHB betrokken was. Vergeleken met andere drugs is het aandeel GHB intoxicaties dat als ernstig kan worden gekwalificeerd hoog.

Er is geen goed zicht op het aantal sterfgevallen waarbij GHB betrokken is. In 2014 stond GHB 4 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 2014 registreerde het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) eveneens 4 gevallen waarin GHB mogelijk een rol had gespeeld bij het overlijden. De gevallen bij het CBS en bij het NFI overlappen met elkaar en mogen dus niet bij elkaar worden opgeteld.

GHB is relatief goedkoop. Consumenten betaalden in 2013 circa 30-40 euro voor een kwart liter GHB. Voor zelfgemaakte GHB betaalt een gebruiker naar schatting niet meer dan 10 euro per kwart liter.

GBL (gammabutyrolacton) is een van de ingrediënten van GHB, dat in pure vorm nog sterker is dan GHB. De risico's van GBL worden vergelijkbaar geacht met de risico's van GHB, maar het gebruik van GBL lijkt vooralsnog op beperktere schaal voor te komen.

Slaap- en kalmeringsmiddelen en andere psychoactieve medicijnen

Gebruik benzodiazepinen relatief hoog onder vrouwen en ouderen

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. Recente cijfers over het aantal gebruikers ontbreken. In 2009 had 10% procent van de algemene Nederlandse bevolking van 15 tot en met 64 jaar in het afgelopen jaar slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt; 6% was een actuele (laatste maand) gebruiker van deze middelen. Omgerekend naar de hele bevolking ging het toen om ongeveer 1,1 miljoen recente en ongeveer 650 duizend actuele gebruikers. Onder de vrouwen lag het gebruik ongeveer twee keer zo hoog als onder de mannen. Ongeveer een kwart van alle gebruikers van benzodiazepinen was ouder dan 65 jaar. Daarmee is deze leeftijdsgroep oververtegenwoordigd.

In 2007-2009 voldeed 0,3% van de bevolking van 18 tot en met 64 jaar aan de diagnose misbruik en voldeed 0,2% aan de diagnose afhankelijkheid van slaap- of kalmeringsmiddelen. Deze stoornissen komen meer voor onder vrouwen dan mannen. Omgerekend naar de bevolking ging het om ongeveer 35 duizend mensen met misbruik en ongeveer 22 duizend mensen met afhankelijkheid van slaap- of kalmeringsmiddelen.

Hulpvraag voor slaap- en kalmeringsmiddelen blijft beperkt en stijgt niet verder

In de verslavingszorg bleef het aantal cliënten dat ingeschreven stond wegens een primair probleem met benzodiazepinen, barbituraten, of overige psychofarmaca tussen 2005 en 2014 beperkt (tussen 1% en 2% van alle drugscliënten). Wel steeg hun aantal in deze periode van 459 in 2005 naar 697 in 2010, om vervolgens weer te dalen naar 602 in 2014. Meer cliënten noemen psychofarmaca als secundaire problematiek (1.086 in 2014). Hun aantal daalde vanaf 2009.

In de algemene ziekenhuizen steeg tussen 2004 en 2012 het aantal opnames voor slaap- en kalmeringsmiddelen van 46 naar 90 opnames met een hoofddiagnose en van 119 naar 203 opnames met een nevendiagnose. Trendgegevens voor 2013 zijn vanwege wijzigingen in de registratie en rapportage niet beschikbaar.

In 2014 werden 79 sterfgevallen door overdosering van dergelijke medicijnen geregistreerd, waarvan 20 gevallen door benzodiazepinen, 8 gevallen door (andere) sedativa en 51 gevallen door barbituraten. Meestal ging het in deze gevallen om suïcide. Het verloop over de tijd (van 2005 tot en met 2012) was grillig en zonder duidelijke trend. Tussen 2013 en 2014 steeg het aantal barbituratengevallen van 31 naar 51.

0.3 Alcohol en tabak

Alcohol

Actueel alcoholgebruik onder jongeren verder gedaald

Het percentage ooit en actuele alcoholgebruikers onder scholieren van het voortgezet onderwijs (12-18 jaar) is tussen 2003 en 2011 afgenomen, maar alleen onder de jongere leeftijdsgroepen van 12 tot 14/15-jarigen. In 2013 zet de daling in actueel gebruik voort. Onder 12-16-jarigen is ruim een kwart (27%) een actuele drinker versus 35% van de leerlingen in deze leeftijdsgroep in 2011.

Een op de vijf (20%) 12-16-jarige scholieren is in 2013 een 'binge drinker' (drinken van vijf of meer glazen bij één gelegenheid). Dat verschilt niet van 2011. Het percentage binge drinkers onder scholieren die de afgelopen maand dronken is tussen 2011 en 2013 echter toegenomen van 64% naar 75%.

Sinds de ophoging van de minimum leeftijd voor de verkoop van zwak-alcoholische dranken naar 18 jaar wordt het wettelijk verbod om jongeren alcoholhoudende dranken te verkopen slechter nageleefd dan in voorgaande jaren. Meer dan driekwart van de aankooppogingen slaagt nog steeds.

Alcoholgebruik onder volwassenen

In 2014 heeft 77% van de Nederlandse bevolking van 12 jaar en ouder het afgelopen jaar wel eens alcohol gedronken. Vanwege een methodebreuk in de cijfers van het CBS zijn geen gegevens beschikbaar over een eventuele toe- of afname van alcoholgebruik onder de volwassen populatie. De helft van de niet-drinkers heeft vroeger wel alcohol gedronken, de andere helft heeft dat nog nooit gedaan.

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 minimaal 4 glazen op een dag drinken (definitie vanaf 2012). In 2014 voldoet 11,5% van de bevolking van twaalf jaar en ouder aan deze definitie, 13,2% van de mannen en 9,7% van de vrouwen. Jongeren tussen 20 en 30 jaar scoren het hoogst op deze maat. In 2014 lag het percentage zware drinkers in deze leeftijdsgroep op 18,6%. Ook hier zijn vanwege de methodebreuk geen vergelijkingen met eerdere jaren mogelijk.

Aantal ziekenhuisopnames door overmatig alcoholgebruik onder jongeren blijft stijgen

Het aantal cliënten in de verslavingszorg met een primair alcoholprobleem schommelt tussen 2005 en 2014 rond ongeveer 31.300 cliënten. Alcoholverslaafden blijven nog steeds de grootste groep binnen de verslavingszorg. In 2014 is 46% van alle verzoeken om hulp bij de verslavingszorg gerelateerd aan alcoholproblematiek. Het aandeel van ouderen is gestegen. Het aandeel van de 60 plussers steeg van 11% in 2005 naar 15% in 2014.

Volgens het Nederlands Signaleringscentrum voor Kindergeneeskunde (NSCK) werden in 2014 783 jongeren tot 18 jaar na overmatig alcoholgebruik in een ziekenhuis opgenomen, iets meer dan in voorgaande jaren. Ook het gemiddelde alcoholpromillage was in 2014 hoger dan in voorgaande jaren.

Op de spoedeisende hulp van ziekenhuizen zijn in 2013 naar schatting 5.200 personen behandeld wegens een alcoholvergiftiging, van wie 43% in het ziekenhuis werd opgenomen voor verdere behandeling. Daarnaast zijn naar schatting nog eens 12.000 personen behandeld voor een letsel na een ongeval of geweld terwijl zij onder invloed van alcohol verkeren. Beide cijfers tonen een forse stijging in de afgelopen 10 jaar.

De toename in de totale sterfte door alcoholgerelateerde aandoeningen (primaire en secundaire doodsoorzaken samen) vanaf begin jaren 90 tot circa 2004 heeft zich in de jaren erna niet doorgezet en is tot en met 2012 op hetzelfde niveau gebleven. De cijfers over 2013 zijn wegens een methodebreuk echter niet vergelijkbaar met de voorgaande jaren. In 2013 zijn alcoholgerelateerde aandoeningen de directe aanleiding voor 844 sterfgevallen en in 2014 voor 882 gevallen. Voor de secundaire alcoholsterfte kunnen vanaf 2013 geen betrouwbare gegevens meer worden gerapporteerd. Volgens een schatting lag in 2013 het aantal verkeersdoden als gevolg van alcoholgebruik in het verkeer tussen 60 en 135.

Tabak

Een kwart van de Nederlanders rookt (wel eens)

Het Continu Onderzoek Rookgewoonten (COR) onder de bevolking van 15 jaar en ouder is in 2014 voor het laatst uitgevoerd. Dit onderzoek liet tussen 2013 en 2014 een daling zien in het percentage rokers van 25% naar 23%. Met ingang van 2015 wordt de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut (dataverzameling bij respondenten van 12 jaar en ouder) als primaire bron voor rookprevalenties in Nederland gehanteerd. In 2014 rookte een kwart van de Nederlanders van 12 jaar en ouder wel eens en 19% dagelijks. In de gegevensverzameling zijn in 2010 en in 2014 methodebreuken geweest. Daarom is het niet verantwoord uitspraken over trends te doen. Over het algemeen kan gezegd worden dat er de afgelopen 10 jaar een dalende trend in de prevalentie van roken is waar te nemen, maar dat de daling wel afvlakt.

Het percentage rokers onder jongeren daalt gestaag. In 2013 heeft 22% van de scholieren van 12-16 jaar ooit gerookt tegenover 46% in 2001. Ook het percentage dagelijkse rokers onder 12-16-jarige scholieren is gedaald, van 13% in 2001 naar 4% in 2013. Toch is nog steeds één op de zeven 16-jarigen (14%) een dagelijkse roker. Scholieren van het VMBO roken het meest, en scholieren van het VWO het minst. Ten opzichte van 2012 daalde in 2013 de omzet van zowel sigaretten (-25%) als shag (-20%). In 2014 was er weer een stijging in de omzet van sigaretten en shag (totaal +18%). Over de langere termijn bezien doet zich een daling voor in de omzet van zowel sigaretten als shag.

Veel rokers zijn van plan om te stoppen, maar slechts een minderheid doet een poging

Volgens het Continu Onderzoek Rookgewoonten (COR) in 2014 heeft 65% van de huidige Nederlandse rokers van 15 jaar en ouder ooit een serieuze stoppoging ondernomen. In 2014 doet 29% van de rokers daadwerkelijk een poging om te stoppen met roken. In 2014 heeft 40% van de rokers die een stoppoging deden in het afgelopen jaar een hulpmiddel of hulpmethode gebruikt. Dat is beduidend meer dan in de voorgaande periode.

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

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. Roken is in Nederland de belangrijkste oorzaak van voortijdige sterfte. In 2013 overleden in Nederland 19.594 mensen van 20 jaar en ouder aan de directe gevolgen van roken, ongeveer evenveel als in 2012. De sterfte aan longkanker is de belangrijkste direct aan roken gerelateerde doodsoorzaak. De werkelijke sterfte die gerelateerd is aan roken ligt hoger, omdat het effect van passief roken nog niet is verdisconteerd.

0.4 Alcohol- en drugsgerelateerde criminaliteit

Delicten tegen de Opiumwet

Hoog aandeel drugsgerelateerde opsporingsonderzoeken van georganiseerde criminaliteit
Bijna driekwart van de opsporingsonderzoeken naar meer ernstige vormen van georganiseerde criminaliteit heeft te maken met drugs. Meestal (in drie kwart van de gevallen) zijn (ook) harddrugs in het spel. In tweederde van de onderzoeken gaat het (ook) om softdrugs en dan vooral om nederwiet.

Signalen van toename productie van synthetische drugs
Er lijkt sinds 2010 sprake van een toename van het aantal ontmantelde laboratoria, opslagplaatsen en afvaldumpingen. Er zijn meer pre-precursoren (in plaats van precursoren) in beslag genomen. De Landelijke Faciliteit Ondersteuning Ontmantelen (LFO), die in de meeste gevallen wordt geraadpleegd en/of ingezet als productieplaatsen, grondstoffen, dumpingen of opslagplaatsen worden aangetroffen, signaleert de (her)introductie van (nieuwe) productieprocessen, pre-precursoren en productie en bewerking van nieuwe psychoactieve stoffen.

Meer hennepkwekerijen geruimd
In 2014 zijn ruim zes duizend kwekerijen geruimd, meer dan in 2013.

Instroom en afdoening van Opiumwetdelicten bij politie, Openbaar Ministerie en Rechter
Het aandeel van Opiumwetdelicten in de strafrechtsketen groeit: bijna 9% van alle verdachten bij de politie, ingestroomde zaken bij het Openbaar Ministerie en door de rechter afgedane zaken betreft een Opiumwetdelict, en dat is niet alleen meer dan in 2013, maar ook een toename ten opzichte van de jaren daarvoor. Het aandeel softdrugsdelicten is in 2014 nog toegenomen en overstijgt dat van harddrugsdelicten, net als in de recente voorgaande jaren.

Harddrugsdelicten die in 2014 zijn ingestroomd bij het Openbaar Ministerie betreffen meestal het 'aanwezig hebben' (bezit) van een harddrug. Bij slechts een heel klein deel gaat het om het vervaardigen van een harddrug (lees: productie van synthetische drugs). De rest betreft in- en uitvoer, vervoer of handel. Bij softdrugsdelicten (meestal cannabis) ligt dit heel anders: daar gaat het meestal om vervaardiging (lees: cannabisteelt). Het 'aanwezig hebben' van softdrugs komt op de tweede plaats en in slechts een tiende van de gevallen heeft de verdachte softdrugs in- of uitgevoerd, vervoerd of verhandeld.

Sancties voor Opiumwetdelicten
De meeste Opiumwetzaken worden door het Openbaar Ministerie voor de rechter gebracht. Dit aandeel daalt de laatste jaren doordat het Openbaar Ministerie meer zaken zelf afdoet met een strafbeschikking. Een toenemend aandeel Opiumwetzaken eindigt bij de rechter in een vrijspraak, vooral softdrugszaken. Als er een sanctie wordt opgelegd is dat meestal een taakstraf. Daarna volgen financiële sancties door het OM en (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen. Taakstraffen worden vooral opgelegd in softdrugszaken, onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen vooral in harddrugszaken. 16% van de gedetineerden in 2014 zit voor een Opiumwetdelict. Ruim een kwart van de Opiumwetovertreders komt in de tien jaar na de eerste vervolging of veroordeling opnieuw voor een drugsdelict in aanraking met politie en justitie. Dat is laag in verhouding tot andere delictplegers.

Delicten gepleegd door alcohol- en drugsgebruikers

Rijden onder invloed daalt

Het aantal bestuurders dat met een alcoholconcentratie van 0,5 promille of meer wordt aangehouden daalt. Het aandeel nuchtere bestuurders of bestuurders met zeer weinig alcohol op neemt tegelijkertijd toe. De Educatieve Maatregel Alcohol en verkeer (de EMA) is de maatregel die het meest is opgelegd aan bestuurders met een te hoge concentratie alcohol in het bloed. Ongeveer 2% van de bestuurders in Nederlands onderzoek test positief op drugsgebruik, vooral op cannabis en cocaïne. Ontwikkelingen hierin zijn niet bekend, maar met het verbeteren van de opsporing (met de speekseltester; zie § 0.1) kan meer zicht hierop ontstaan.

Drugsgerelateerde overlast

Een kwart van de ingezetenen van Nederland geeft aan dat drugsoverlast in 2014 wel eens is voorgekomen in hun buurt. Een klein deel (4%) heeft hier veel overlast van gehad. Dit verschilt niet van 2013. Ook de overlast van dronken mensen op straat, die volgens ruim een kwart wel eens is voorgekomen in 2014 en volgens 3% vaak, is niet significant veranderd.

In ruim de helft van de coffeeshopgemeenten is in 2014 geen overlast in relatie tot coffeeshops. Waar die er wel is gaat het meestal om verkeers- en parkeerproblemen en rondhangende jongeren in toch al drukke buurten. Deze overlast is het grootst in de zuidelijke provincies. Een derde van de omwonenden van coffeeshops in de zuidelijke provincies ervoer eind 2013 ook overlast van dealactiviteiten op straat.

Verslavingsreclassering

De verslavingsreclassering heeft eind 2014 minder cliënten dan in 2013. Zij houdt vooral toezicht op justitiabelen en adviseert justitiële instanties over cliënten.

De Inrichting voor Stelselmatige Daders

In 2014 heeft 4% van de gedetineerdenpopulatie de maatregel Inrichting voor Stelselmatige Daders (ISD). Dit aandeel is sinds 2007 min of meer stabiel. De bezetting van de ISD is in 2014 lager dan in 2013, maar er is in 2014 wel meer instroom geweest. 95% van de ISD'ers heeft verslavingsproblemen. De meeste ISD'ers volgen in de loop van de maatregel gedragsinterventies in detentie of stromen in de laatste fase van de ISD door naar zorg buiten detentie. Dit laatste is in 2014 echter minder gebeurd dan in 2013. De ISD is (licht) effectief in het terugdringen van criminele recidive.

0.5 Tabel 1a, deel 1 Kerncijfers middelengebruik: Opiumwetmiddelen

	Cannabis	Cocaïne	Opiaten[I]	Ecstasy	Amfetamine	GHB	Slaap- en kalmerings-middelen
GEBRUIK ALGEMENE BEVOLKING (2014)							
- Percentage recente gebruikers, 15-64 jaar[II]	8,0%	1,6%	<0,1%	2,5%	1,3%	0,4%	10,1% (2009)
- Percentage actuele gebruikers,15-64 jaar[II]	4,6%	0,6%	<0,1%	0,7%	0,5%	0,1%	5,9% (2009)
- Trend recent gebruik[III]	onbekend	onbekend	onbekend	onbekend	onbekend	onbekend	onbekend
- Internationale vergelijking[IV]	Boven gemiddelde	Boven gemiddelde	Laag	Boven gemiddelde	Boven gemiddelde	onbekend	onbekend
GEBRUIK JONGEREN, SCHOLIEREN (2011)							
- Percentage actuele gebruikers, 12-18 jaar	7,7%	0,8%	0,2%	0,9%	0,6%	0,1%	onbekend
- Trend	Daling (2003-2013)[V]	Stabiel (2003-2011)	Daling (2003-2011)	Stabiel (2003-2011)	Stabiel (2003-2011)	onbekend	onbekend
- Internationale vergelijking, 15/16 jaar (2011)[VI]	Boven gemiddelde	Gemiddeld	Gemiddeld	Boven gemiddelde	Onder gemiddelde	Gemiddeld	Boven gemiddelde
AANTAL PROBLEEMGEBRUIKERS	**2007-2009**	**2009/2010**	**2012**				**2007-2009**
	29.300 (afhankelijk-heid) 40.200 (misbruik)	onbekend[VII]	± 14.000	onbekend	onbekend	onbekend	22.000 (afhankelijk-heid) 35.000 (misbruik)
AANTAL CLIËNTEN VERSLAVINGSZORG (2014)[VIII]							
- Middel als primair probleem	10.965	7.519	9.606	105	1.671	779	602
- Middel als secundair probleem	4.880	6.478	2.167	331	888	217	1.086
- Trend (2005-2014)	Stijging tot 2011	Daling vanaf 2008	Daling	Daling	Stijging	Stijging 2007 tot 2013	Stijging tot 2010
AANTAL ZIEKENHUISOPNAMES (2012)							
- Misbruik/afhankelijkheid als hoofddiagnose	74	88	47	67		onbekend	90
- Misbruik/afhankelijkheid als nevendiagnose	735	774	663	196		onbekend	203
- Trend (2004-2012)	Stijging tot 2011	Stijging tot 2011	Stijging tot 2010	Stijging tot 2010		onbekend	Stijging tot 2011
GEREGISTREERDE STERFTE (2014)[IX]							
	Vrijwel geen primaire sterfte	24 (primair)	40 (primair)	14		4	79

I. Voornamelijk heroïne (en methadon). II. Recent gebruik is gebruik in het afgelopen jaar, actueel gebruik is gebruik in de laatste maand. III. Geen cijfers beschikbaar voor 2010-2013 en methoden in de peiling van 2014 zijn niet vergelijkbaar met die in 2009, waardoor geen recente trends kunnen worden vastgesteld. IV. Ten opzichte van het gewogen gemiddelde recent gebruik in lidstaten van de Europese Unie (EMCDDA). V. Percentage actueel cannabisgebruik onder scholieren van 12-16 jaar 4,6% in 2013. VI. Ten opzichte van het ongewogen gemiddelde in 36 Europese landen (ESPAD). VII. 0,5% in de 3 grootste steden is crackverslaafd. VIII. Verslavingszorg zoals anoniem geregistreerd in het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS). Voor de deelnemende instellingen aan het LADIS, zie bijlage G. IX. Primaire sterfte: middel als primaire (onderliggende) doodsoorzaak. Secundaire sterfte: middel als secundaire doodsoorzaak (bijdragende factor of complicatie).

0.6 Tabel 1a, deel 2 Kerncijfers middelengebruik: Alcohol en tabak

	Alcohol	Tabak
GEBRUIK ALGEMENE BEVOLKING (2014)		
- Percentage recente gebruikers 12 jaar en ouder	77%	25%[I]
- Trend in gebruik	Geringe stijging (2010-2013)	Bepaling recente trend niet mogelijk
- Internationale vergelijking	Boven gemiddelde	Beneden gemiddelde
GEBRUIK JONGEREN, SCHOLIEREN (2013)		
- Percentage actuele gebruikers, 12-16 jaar[II]	27%	4% (dagelijks)
- Trend (2001-2013)	Daling	Daling
- Internationale vergelijking, 15/16 jaar (2011)[III]	Boven gemiddelde	Boven gemiddelde
AANTAL PROBLEEMGEBRUIKERS	**2007-2009**	**2014**
	82.400 (afhankelijkheid) 395.600 (misbruik)	±627.000[IV]
AANTAL CLIËNTEN VERSLAVINGSZORG (2014)		
- Middel als primair probleem - Middel als secundair probleem	30.764 4.721	449 3.579
- Trend (2005-2014)	Stabiel	Stijging
AANTAL ZIEKENHUISOPNAMES (2012)		
- Misbruik/afhankelijkheid als hoofddiagnose - Misbruik/afhankelijkheid als nevendiagnose	6.362 16.899	onbekend
- Trend (2004-2012)	Stijging	onbekend
GEREGISTREERDE STERFTE (2014)[V]		
	882 (primair)[VI]	19.594 (2013) (primair)

I. Weergegeven is het percentage rokers volgens de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor van het CBS. II. Niet vergelijkbaar met gebruik scholieren in tabel 1a deel 1, waarin drugsgebruik onder 12-18-jarigen in 2011 wordt gerapporteerd. Er zijn geen gegevens over actueel roken onder scholieren in 2013 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 12 jaar en ouder. V. Primaire sterfte: middel als primaire (onderliggende) doodsoorzaak. Secundaire sterfte: middel als secundaire doodsoorzaak (bijdragende factor of complicatie). VI. Hierbij is de sterfte aan verkeersongevallen en sterfte geassocieerd met kanker niet meegerekend.

0.7 Tabel 1b Kerncijfers drugscriminaliteit: Opiumwetdelicten in de strafrechtsketen

Fase in keten	Opsporingsonder-zoeken meer ernstige vormen georganiseerde drugscriminaliteit[I]	Aantal verdachten politie/KMar[II]	Aantal zaken OM instroom	Afdoeningen rechter 1e aanleg	Gedetineerden[III]
Aantal Opiumwet					
- Totaal	193 (2012: 222)	17.675 (2013: 18.849)	18.506 (2013: 17.265)	9.501 (2013: 931)	1.397 (2013: 1.600)
- Harddrugs	34% (alleen harddrugs)	7.454 (2013: 7.766)	7.886 (2013: 7.301)	4.021 (2013: 4.256)	Onbekend
- Softdrugs	24% (alleen softdrugs)	9.001 (2013: 9.251)	9.872 (2013: 9.213)	4.987 (2013: 4.735)	Onbekend
- Beide	42% (hard+soft)	1.214 (2013: 1.830)	748 (2013: 748)	493 (2013: 538)	Onbekend
- Ontwikkeling 2013-2014 absoluut	2013-2014: onbekend 2012-2013: daling	Daling (waarschijnlijk als gevolg van voorlopig karakter data)	Stijging	Constant	Daling
- Globale trend 2005-2014	2006-2008 hoger in aantallen dan daarna, dalende trend in 2011-2013	Daling tot 2011, daarna stijgend/ stabiel, daling in 2014	Daling tot 2011, daarna stijging, m.u.v. dip in 2013	Daling tot 2012, daarna stijging, constant in twee meest recente jaren	Daling[IV]
% Opiumwet op totaal	72%	8,7%	8,8%	8,89%	16%
- Ontwikkeling 2013-2014 % Opiumwet	2013-2014 onbekend 2012-2013: stijging (69%→72%)	Stijging (8,2%→8,7 %)	Stijging (8,2%→8,8 %)	Stijging (8,8%→8,9%)	Daling (17%→16%)

I. Cijfers tot en met 2013, 2014 niet beschikbaar. II. Cijfers 2014 zijn voorlopig. III. Peildatum 30 september 2014. IV. Periode 2006-2014. Bronnen: Landelijke Eenheid Politie, Dienst Landelijke Informatieorganisatie, HKS, OMDATA/RACmin WODC, Kalidien en De Heer-De Lange, 2015.

0. Summary

Below follows a report of the latest developments from the 2015 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. Recent users consumed a substance in the past year and current users did so in the past month.

0.1 Developments in legislation and policy

Developments in the Opium Act and the Opium Act Directive

In 2015 a number of substances were put on List I (hard drugs) of the Opium Act. As of 1 March 2015, acts in preparation of or facilitating illegal cannabis cultivation have been made punishable in pursuance of a new section (11a) of the Opium Act. As a result of this growshops a.o. are forced to close down. The police targets the punishable acts where professional cultivation is concerned and farming by minors. If suspects are apprehended, detention follows and a claim of preventive custody is made.

Developments in coffee shop policy

Since 2013 the resident requirement applies to coffee shops in the whole country. A major part of the 103 municipalities with coffee shops (70-78%) have included this criterion in their local coffee shop policy. In a minority of the coffee shop municipalities (around 30%) non-Dutch-residents were actively barred from coffee shops.

Many coffee shop municipalities (76%) stipulate that coffee shops maintain a minimum distance of 250 meters or less to schools.

To prevent the government from possibly facilitating criminal activities, municipalities are encouraged to have the National Bureau for Integrity Assessment conduct a screening of the risk of use of criminal proceeds or other criminal offences with every application for (an extension of) a coffee shop license.

Illegal cannabis cultivation

Legalizing or decriminalizing cannabis farming for recreational purposes is not an option under current international law according to research. The Minister thinks the solution for the safety problems and (organized) crime surrounding illegal cultivation is counteracting the cultivation of cannabis. In 2015 two members of Parliament moved a motion to regulate cultivation for the benefit of coffee shops, but neither the Opium Act, nor the Opium Act Directive have been amended on this.

Better approach to driving under the influence of drugs

A new section (section 8 paragraph 5) was inserted in the 1994 Road Traffic Act, banning the use of a number of drugs and including the limit values. Saliva testing or an examination of the psychomotor, sight and speech functions can indicate whether a driver may have used drugs. The blood test remains the only valid evidence. For drugs without limiting values the already existing article 8 paragraph 1 will stay in force.

Dealing with Opium Act offences

Import and export, professional production and large-scale drug trafficking in especially heroin, cocaine, synthetic drugs and cannabis (hemp farming) take up priority in criminal investigation and prosecution. An integrated approach is used, combining measures pertaining to criminal law, administrative law, fiscal and private law. The Regional Information and Expertise Centres play a supporting role. In the south of the Netherlands, dismantling of synthetic drugs production sites, and clearing of drugs waste dumping grounds and hemp nurseries are intensified. 'Subversive criminality' is especially targeted.

In 2014 a total of 355.6 million euros was spent on fighting drug offences (nominal amount, as measured against security accounts). Most of the money was spent on the execution of hard drug offence sentences.

Drugs discouragement policy and addiction care in penal institutions

The prison system fights the availability of drugs in different ways, for instance by entrance checks, drug dogs and urine testing. This policy has been adjusted. A framework for sanctioning and saliva testing on recent use of drugs has been introduced.

Penal institutions should -more than is now the case- identify addiction problems among detainees and promote treatment. They need to cooperate with and facilitate the addiction care services.

Cooperation between the addiction probation services and the prison system has been intensified.

Institution for Prolific offenders measure (ISD)

Application of the ISD measure is encouraged. The target group has been broadened and imposing the measure on young adult prolific offenders is promoted. The legal possibilities of an extension of the ISD-measure are investigated by the Government.

Developments in tobacco control policy

Discouraging smoking is one of the spearheads of Dutch healthcare policy. The two key points of the Dutch smoking-discouragement policy were stated in a government letter to Parliament in April 2015. In the letter, the government express their ambition to prevent young Dutch people from smoking.

In order to achieve this goal a number of important measures and initiatives have been taken and developed in the past few years. As of 1 January 2014 tobacco products may only be sold to people of 18 years and older. The ban on smoking in all bars, restaurants and other catering establishments has been effective as of 1 January 2015 and has been accompanied by a campaign to inform both the public and the catering industry of this smoking ban. Besides, there is the NIX18 campaign which has the goal to further the new social norm that smoking and drinking under the age of 18 is unacceptable. In addition, the government support the ambition to create smoke-free school grounds for primary and secondary education.

Furthermore, the Tobacco Products Directive (TPD) as required by the EU must be effective not later than 20 May 2016. This will coincide with the introduction of the age limit of 18 years for the e-cigarette containing nicotine. The temporary legislative decree of 24 November 2014 on the electronic cigarette in the Food and Drugs Act, which already imposes conditions on the safety and quality of the electronic cigarette with nicotine, will be included in the implementation of the TPD. The government intend to apply the age limit of 18 years to the e-cigarette without nicotine as well.

Developments in alcohol policy

As of 1 January 2014 the minimum age for selling alcohol beverages to young people has been raised to 18 years and young people under the age of 18 are not allowed to carry alcohol at public places.

All municipalities had to draw up a Prevention and Enforcement Plan for the regulations of the Licensing and Catering Act before 14 July 2014. In March 2015, 80% of all municipalities had drawn up such a P&E Plan. However, most of these plans were poor in quality.

A national representative survey in 2015 showed that compliance had gone down since the former 2013 survey.

Policy developments in the field of prevention

The National Prevention Programme (2014-2016), All is Health, contains six spearheads: diabetes, obesity, smoking, excessive use of alcohol, depression and lack of exercise. In the first year the emphasis was on connection, on innovation in the second year and the third year (2016) is dedicated to deepening. Addiction Prevention Netherlands has developed a prevention model that provides an overview of various forms of prevention. The model ranges from universal prevention (for the whole population) to indicated prevention (for individuals with symptoms).

In the intervention database of the Centre for Healthy Living 24 addiction prevention products received the qualification 'first indications for effectiveness'.

In 2015, the government have formulated a new policy view on drug prevention, intending among others to break the trend that young adults consider the use of drugs in nightlife as normal.

The long-term mass media campaign NIX18, aimed at socially embedding the norm that smoking and drinking under the age of 18 is not normal, was launched in November 2013. The impact assessment of 2014 showed a positive trend: even after one year of campaigning the acceptance of the social norm that it is not normal to some and drink under the age of 18, has already increased.

Policy developments in the field of addiction care

An important development concerning the Mental Health Care sector is that as of 1 January 2015 both the Exceptional Medical Expenses Act (AWBZ) and the old Community Support Act (WMO) are repealed and – to some extent – replaced by the Chronic Care Act (Wlz) and the Community Support Act 2015 (WMO 2015).

As of 1 January Dutch Mental Health Care, which includes Addiction Care, has three new echelons: the General Practice Mental Health Workers (POH-GGZ) the Primary Mental Health Care (GB-GGZ) and the Secondary Mental Health Care (Gespecialiseerde GGZ).

One of the aims of the new legislation and the new division of the Mental Health Care sector is to reduce inpatient capacity. As of 2013 inpatient capacity has indeed been decreasing.

An effectiveness survey of Dutch addiction care shows that the sector provides professional and high quality care, that the costs of addiction care have gone down slightly and that there is still a lack of clarity as to the differences in actual practice.

0.2 Opium Act substances

Cannabis

Half a million current cannabis users

According to the latest 2014 survey among the general population from 15 to 65 years old, a quarter of all Dutch (24%) have used cannabis once in their lives, 8% did so in the past year. One in twenty Dutch (5%) has used cannabis in the past month, constituting 510,000 Dutch, converted to the total population. A major part of those who use cannabis (40%) used less than weekly (on 1-3 days), 28% used (almost) daily constituting 140,000 Dutch, converted to the total population.

Highly educated people have used cannabis more often in their lives, but frequent use is more often found with lower educated people. 44% of current daily users is lower educated, compared to 24% of intermediate and higher educated users.

Dutch-grown weed is the favourite type of cannabis. Over two thirds (69%) of current users mostly smoke Dutch-grown weed, 17% mostly hashish and 14% use both types equally often.

The use of cannabis among secondary school pupils went down between 2003 and 2013, but remained stable between 2007 and 2011. In 2013, 9% of the 12-16 year old pupils had ever used cannabis and 5% were current users.

In 2007-2009, almost 30,000 people from 18-54 years old fulfilled criteria for cannabis dependency. More often than the general population they suffer from other psychological disorders, such as anxiety, depression, ADHD and behavioural disturbances. Another 40,000 people complied to the diagnosis cannabis abuse.

Stabilization of cannabis-related demand for help

After a steady increase since the nineties, the number of cannabis clients in addiction care has stabilized as of 2010. In 2014, 10,965 people were registered with a primary cannabis problem.

The number of people admitted to general hospitals because of cannabis-related problems as primary diagnosis has been low for years: 74 of almost 2 million clinical admissions in 2012. However, cannabis problems as secondary diagnosis was more common with 735 admissions in 2012. Trend data on 2013 are not available because of changes in registration and reporting.

THC levels: Dutch-grown weed stable, hashish increasing

The average THC level (the major active ingredient of cannabis) of Dutch-grown weed, the most popular type of cannabis, has been relatively stable in the past few years. The average THC level of Dutch-grown weed was 15% in 2015 and fluctuated in the past ten years between 14% (2013) and 18% (2010). The average THC level of imported hashish of 18% in 2015 was slightly higher than in 2014 (15%) and fluctuated in the past ten years between 13% (2007) and 19% (2010). Imported weed contained the lowest THC level for years (5% in 2015).

In 2015 THC levels of 15% or more were found in 58% of the (most popular type of) Dutch-grown weed samples and 79% of the imported hashish samples, but in none of the imported weed samples.

The concentration of cannabidiol (CBD), another constituent of cannabis that possibly counteracts the effects of THC, is also monitored. The CBD levels were stable during the past years. In 2015 the median of the levels of CBD in Dutch-grown weed and in imported weed was 0.3% and in imported hashish it was 8%.

After a gradual price increase since 2006, the price of one gram of Dutch-grown weed and of imported hashish have been stable since 2013. In 2015 the price of one gram of Dutch-grown weed was 9.81 euros on average and of imported hashish 8.91 euros.

Cocaine

Cocaine in nightlife less popular than amphetamine and ecstasy

In 2014 an estimated one in twenty Dutch (5.3%) among the general population of 15 to 65 years old had ever used cocaine, while 1.6% had used cocaine in the past year. Compared to the total population there were approximately 580 thousand ever users and 170 thousand users in the past year. The Dutch percentage of 5.3% ever use came close to the European average of 4.6%.

Less than 2% of pupils (12-18 years) in 2011 has ever used cocaine and less than 1% was a current user, more or less the same number as in 2007.

Cocaine, especially in powder form for snorting, is still a relatively common nightlife drug among young people and adolescents, but it has been gained up in popularity by amphetamine; ecstasy remained the most popular nightlife drug. There are signs that the popularity of cocaine has declined because of the relatively high price and the economic situation, and the advance of amphetamine. A national survey in 2013 among frequent partygoers, festivalgoers and clubbers of 23 years on average with a predilection for techno/house music, showed that recent use and current use of cocaine amounted to 27%, 13% respectively. For two thirds of recent cocaine users, the use of cocaine, both at home and when going out, was limited to a few times per year.

The smokeable variety of cocaine (crack) is most commonly used by opiate addicts, but there are also crack users in the hard drugs scene who do not use opiates. In the three biggest cities the total number of crack addicts (including opiate users) was estimated to amount to approximately 6,600, constituting 0.5% of the population of 15-64 years old. In 2009/2010 about 2,520 lived in Amsterdam, about 2,360 in Rotterdam and about 1,770 in The Hague.

Gradual decrease of demand for cocaine-related addiction care

Up to 2008 the addiction care services registered an increase in the number of primary cocaine clients. As of 2008 there was a steady decrease to 7,519 primary cocaine clients in 2014. The number of secondary cocaine clients went down as well, from 7,737 in 2008 to 6,478 in 2014. For almost half (45%) of the clients with primary cocaine problems, smoking (crack) was the preferred method of use and snorting for slightly more than half (53%). Only 1% injected cocaine.

Also the number of clinical admissions to general hospitals involving cocaine abuse and cocaine dependency, did not rise any further in 2012. Trend data on 2013 are not available because of changes in registration and reporting.

One in five registered deaths after drug intoxication in 2014 was primarily attributed to cocaine (24 cases in 2014).

Cocaine still often adulterated with pharmaceuticals

Most cocaine powders are adulterated with other substances. In 2014, 71% of cocaine powders of consumers contained levamisole (a dewormer for animals), while the average percentage of levimasole increased from 7% in 2012 to 11% in 2014. In the United States, human consumption of levimasole was linked to severe cases of hematologic and skin disorders. Two cases have been reported in the Netherlands.

Nevertheless, its purity (cocaine level) is high. The average level of cocaine increased from 49% in 2009 to approximately 60% in 2013 and in 2014 and is very pure compared to previous years and to other European countries. However, the price remained on the same level. In 2014 cocaine cost an average of 53 euros per gram. The median was 50 euros per gram from 2008 up to and including 2014.

Opiates

Decrease of number of problem opiate users

Heroin use is uncommon with the general population. In 2014, 0.4% of the population of 15 to 65 years old stated that they had ever used heroin. Heroin is unpopular with young people.

However, problem users of heroin are underrepresented in population studies. In 2012, this group was an estimated 14,000, based on other research methods. Fewer than the estimated 18,000 problem opiate users in 2008.

Steady decrease of the number of opiate users in addiction care; increased ageing

The number of opiate clients in addiction care has gone down in the past decade as well. Between 2005 and 2014 the number of clients with a primary opiate problem decreased by 33% to 9,606 clients. The group of opiate users is ageing: the average age rose from 42 to 48 years old between 2005 and 2014. In 2014 only 4% of the opiate users was under 30 years.

The number of clinical admissions to general hospitals involving opiate abuse and opiate dependency increased between 2006 and 2010 and remained stable up to 2012. Trend data are not available because of the changes in registration and reporting.

Relatively many injecting drug users are infected with hepatitis C; increase in new cases is small

The number of new and reported cases of HIV and hepatitis B and C among injecting drug users has been small for years. The number of newly diagnosed HIV cases among injecting drugs users per million inhabitants (0.4 in 2013) is –as in Belgium- one of the lowest in the EU-15. However, the number of existing hepatitis C infections is high in cities that keep records on this. On a national level an estimated 7,752 of ever injecting drugs users would be infected with hepatitis C.

The mortality rate of people dying of (hard) drugs is low, compared to deaths by alcohol and tobacco related disorders. In 2014, 123 drug users died of an overdose, where one in three overdoses could primarily be attributed to opiates (40 cases). The age at death is rising. In the early nineties 60% of deceased opiate users was under 35 years, compared to a mere 12% in the period from 2013 to 2014.

Ecstasy and amphetamine

Percentage of ecstasy users relatively high

Approximately 830 thousand Dutch from 15 to 65 (8%) have used ecstasy and 270 thousand people have used it in the past year (3%). In 2014 these percentages were so much higher than in 2009 that it is likely that use has increased, although it cannot be determined exactly how great the increase is, because the research methods have been changed.

Amphetamine is used less often than ecstasy. 500 thousand Dutch (15-64) have ever used amphetamine (5%) and 140 thousand have used it recently (1%).

Ecstasy use in the Netherlands is greater than in all other EU countries, although the differences between the countries need to be interpreted with caution because of differences in national research methods. 5.6% of young people and adolescents of 15-34 years old in the Netherlands, have used ecstasy once or more often, compared to 1.4% of the EU average. Recent amphetamine use in the Netherlands among 15-34 year old is 2.9%, also well over the EU average of 1%.

There have been earlier indications of an increase in the use of ecstasy in nightlife. A national survey in 2013 showed that 61% of frequent visitors of parties, festivals and clubs (with a predilection for techno/house music) were recent ecstasy users. Over half of these recent users (58%) used a few times per year. Over one quarter (28%) used on a monthly basis, 12% used a few times per month and only 2% of the recent users more frequently than that. Amphetamine use was recorded less often: one in three (33%) of frequent partygoers, festivalgoers and clubbers had used the substance in the past year.

Potent ecstasy pills and serious and fatal ecstasy incidents

In 2014 the average level of MDMA in ecstasy pills has risen further to 138 mg MDMA and the proportion of highly dosed ecstasy pills (containing over 105 mg MDMA) has gone up to 59%. In some cases harmful substances were found in ecstasy pills, such as PMMA, which has been linked to a number of fatalities in the Netherlands in the past few years. In 2014, 1.9% of the pills sold as ecstasy contained PMMA, slightly less than last year (2.5%).

Not only the dosage of MDMA in ecstasy pills, but also the prevalence of ecstasy use has increased. Together with an underestimation of the health risks involved, this may have contributed to the increase in the severity of intoxication of ecstasy-related health incidents at big events. While in 2009 only 7% of ecstasy incidents were considered moderate to severe, in 2014 the percentage rose to 28%. The proportion of ecstasy incidents of the total number of drug incidents reported by first aid posts -after an increase from 39% in 2009 to 62% in 2013- did not rise any further and slightly went down to 56% in 2014. Drug incidents involving amphetamine only constitute 3% of the total number.

In 2014, speed powders were pure with an average 49% content level of amphetamine, the same as in 2013 (47%). Before 2013, the amphetamine levels fluctuated considerably.

Ecstasy and amphetamine use play a minor role in drug-related deaths, although the exact number of deaths that were caused by these substances is unknown. According to data of the Netherlands Forensic Institute (NFI) on deaths in 2014 which involved forensic autopsy and toxicological research, MDMA was found in 7 cases; amphetamine was not detected in any case. In 2014, Statistics Netherlands (CBS) registered 14 accidental overdose deaths by psychotropic stimulants, for instance ecstasy, amphetamine and other substances such as caffeine, ephedrine and khat. In 2013 there were 4 cases. It appears to increase.

Demand for addiction care of ecstasy and amphetamine users remains limited, but increase for amphetamine users

Ecstasy users do not often turn to the addiction care services for help. The proportion of ecstasy clients of all drug clients in addiction care has been low for years (under 1%) and has gone down since 2005. In 2014, 105 individuals were registered with primary ecstasy problems and 331 individuals with secondary ecstasy problems. More people seek help on account of amphetamine problems (1,671 primary and 888 secondary). Between 2005 and 2014 there was an increase, most sharply between 2005 and 2007. The proportion of amphetamine in the total demand for help with drug problems remains relatively low, but also rose from 3% in 2005 to 5% in 2014.

New Psychoactive Substances (NPS)

New market for NPS

New Psychoactive Substances (NPS) is a collective term for substances which in their effect can be compared to 'traditional' illegal drugs, but are not (yet) included in drug legislation and are often produced for the purpose of circumventing legislation. Sometimes these drugs are mixed with other drugs (especially with ecstasy and amphetamine), without the user being aware. As far as we know, NPS use is not widespread in the Netherlands and is often temporary. However, since 2012 there has been an increase in intentional use of a number of such NPS (4-fluoramphetamine or 4-FA, in particular).

Data on Dutch NPS use are not available. Two studies among young people and adolescents who go out frequently, a high-risk group where substance use is concerned, suggest that also in this group NPS use is low. Exceptions concern 2C-B and 4-FA, which have recently been used by about 9% to 14% of young people and adolescents, similar to 'traditional' substances such as mushrooms, GHB and ketamine.

Few health incidents, but rising numbers

Little is known about the risks of NPS. However, its use has gone up in the past few years (among certain groups) increasing the risk of (sometimes fatal) public health consequences. In 2014, the number of requests for information on NPS with the National Poisons Information Centre (NVIC) more than doubled, from 36 in 2013 to 77 in 2014. Most queries concerned the use of 4-FA and 2C-B. Also with the Monitor Drug-related Emergencies (MDI) the number of reports on 4-FA-related incidents increased: up to and including 2014 a total number of 75 patients with an acute request for medical assistance after (a suspicion of) use of 4-FA were registered, with an increase in the last few years. Most patients with a suspected 4-FA intoxication requested help at the first-aid stations at parties.

GHB

GHB has various user groups

The use of gamma hydroxybutyrate (GHB) is relatively uncommon among the general population and among secondary school pupils. In 2014, 1.5% of the population of 15 to 65 years old had ever used GHB. In 2011, 0.5% of pupils from 12 to 19 had ever used GHB. It is used relatively often by young people and adolescents who go out. In Amsterdam the image of GHB seems to deteriorate, because of the negative connotation of 'swooning' and a growing awareness of the addiction risks, although the substance appears to remain rooted in nightlife.

GHB is also used outside nightlife. For instance by marginalised groups, such as teenage loiterers. In addition, GHB is used by 'home users' who use the substance with friends at 'home parties'. And there are home users who use GHB on their own, when it has stopped to be a social thing. Within the Netherlands there are regional differences in the prevalence of (problem) use, demand for help and health incidents. Dosing GHB is difficult and there is a great risk of overdose. Taking into account that the use of GHB among the population is small, the number of GHB incidents is high. Notably, there is a relatively large number of patients with severe intoxication after GHB use.

Demand for help with GHB is small and stable, but many users relapse

Frequent, especially daily use of GHB can lead to dependency and with abrupt discontinuation to violent and even life-threatening withdrawal symptoms. The number of clients in addiction care with primary GHB problems was 779 in 2014, about the same as in 2013, after an increase from 60 clients in 2007. Most clients (82%) were already known with the addiction care services and had been registered before. The risk of relapse after treatment is great. Within three months after detoxification, 70% is already being treated again.

The Monitor drug-related emergencies (MDI), in which several medical services and a number of Dutch regions participate, registered a total of 3,797 reports of drug incidents in 2014, in 834 cases (22%) involving GHB. Compared to other drugs the proportion of GHB intoxications that can be classified as severe is high.

The number of GHB-related deaths is not clear. In 2014 GHB was mentioned 4 times on a cause of death certificate with Statistics Netherlands (CBS). It remains unknown whether GHB was the cause of death or a contributing factor. In 2014 the Netherlands Forensic Institute (NFI) also registered 4 mortality cases in which GHB may have been involved. The cases with CBS and NFI overlap and may therefore not be added up.

GHB is relatively cheap. Consumers paid approximately a maximum of 10 euros per quarter of a litre in 2013.

GBL (gamma butyrolactone) is one of the ingredients of GHB, which in its pure form is even more potent than GHB. The risks of GBL are considered to be comparable to the risks of GHB, but the use of GBL appears to be not as widespread, as yet.

Sedatives and tranquillizers and other psychoactive pharmaceuticals

Benzodiazepine use relatively high among women and elderly

Not only alcohol and drugs may lead to addiction, but the prolonged use of sedatives and tranquillizers also involves this risk. Most of the sedatives and tranquillizers are of the benzodiazepine variety. Recent figures on the number of users are not available. In 2009, 10% of the Dutch population of 15 to 65 years old had used sedatives or tranquillizers in the past year; 6% were current users (last month). Converted to the total population at the time that meant 1.1 million recent users and approximately 650 thousand current users. Use among women was about twice as high as among men. Approximately one quarter of all benzodiazepine users was over 65, which implies that this group is overrepresented.

In 2007-2009, 0.3% of the population of 18 to 65 years were diagnosed with abuse of and 0.2% were diagnosed with dependency of sedatives and tranquillizers. These disorders are more common among women than among men. Converted to the total population, approximately 35 thousand people abused sedatives and tranquillizers and approximately 22 thousand people were dependent.

Limited and stable demand for help for problems related to sedatives and tranquillizers
The number of clients registered with the addiction care services with primary problems involving benzodiazepines, barbiturates or other psychotropic drugs between 2005 and 2014 is small (between 1% and 2% of all drug clients). However, their number increased in this period from 459 in 2005 to 697 in 2010, and went down again to 602 in 2014. More clients reported psychotropic drugs as secondary problem (1,086 in 2014). Their number decreased as of 2009.

Between 2004 and 2012, the number of admissions in general hospitals with sedatives and tranquillizers as primary diagnosis increased from 46 to 90 and from 119 to 203 as secondary diagnosis. Trend data on 2013 are not available because of changes in registration and reporting.

In 2014, 79 deaths by overdose of these substances were registered, 20 of which by benzodiazepines, 8 of which by (other) sedatives and 51 by barbiturates. Most of these cases were suicides. The developments in time (from 2005 to 2013) are erratic and do not show a clear trend. Between 2013 and 2014 the number of barbiturate cases increased from 31 to 51.

0.3 Alcohol and Tobacco

Alcohol

Current alcohol use among young people declined further
The percentage of ever and current alcohol users among secondary school pupils (12-18 years) dropped between 2003 and 2011, but only among the younger age group of 12 to 14/15 year olds. In 2013 the decrease in current use continued. Among 12 to 16 year olds, over a quarter (27%) were current drinkers, compared to 35% of pupils in this age group in 2011.

In 2013, one in five (20%) of 12-16 year old pupils were binge drinkers (drinking five or more glasses on one occasion). This does not differ from 2011. However, between 2011 and 2013 the number of binge drinkers among pupils who drank in the past month increased from 64% to 75%.

Since the minimum age for purchasing low-alcohol beverages was raised to 18 years, the legal ban on selling alcoholic beverages to young people has not been complied as strictly as it was before. More than three quarters of purchase attempt was successful.

Alcohol use among adults
In 2014, 77% of the Dutch population of 12 years and older sometimes drank alcohol in the past year. Because of a breach of method by Statistics Netherlands (CBS) there are no figures available on a possible increase or decrease of alcohol use among the adult population. Half of the non-drinkers have consumed alcohol at some time in their lives, the other half never have.

According to Statistics Netherlands (CBS) 'heavy drinkers' are men who at least once a week drink 6 glasses of alcohol or more, and women who at least drink 4 glasses a day (definition as of 2012). In 2014, 13.2% of men and 9.7% of women complied with this definition. Young people between 20 and 30 years scored the highest. In 2014 the percentage of heavy drinkers in this age group was 18.6%. Comparing these figures to those of previous years is not possible because of the breach in method.

The number of alcohol-related hospital admissions keeps rising

The number of clients in addiction care with a primary alcohol problem fluctuated between 2005 and 2014 around 31,300 clients. Alcohol addicts still constitute the biggest group of addicts in addiction care. In 2014, 46% of all requests for help within the addiction care services was related to alcohol. The proportion of elderly increased. The proportion of 60 years old and older increased from 11% in 2005 to 15% in 2014.

According to the Netherlands Research Centre for Paediatrics (NSCK) in 2014, 783 young people up to 18 years old were admitted to hospital on account of excessive use of alcohol, slightly more than in previous years. In 2014, the average blood alcohol levels were also higher than in previous years.

In 2013, an estimated 5,200 people were treated for alcohol intoxication in hospital emergency rooms, 43% of which were admitted for further treatment. In addition, an estimated 12,000 individuals were treated for injuries on account of accidents or violence while under the influence of alcohol. Both figures have shown a strong upward trend in the past 10 years.

The increase in the total number of deaths by alcohol-related disorders (primary and secondary cases of death combined) from the early nineties to around 2004, did not continue in the following years and have remained stable up to and including 2012. However, the 2013 figures cannot be compared to previous years because of a breach in method. In 2013, 844 deaths were directly attributed to alcohol-related disorders and in 2014 there were 882 deaths. With respect to secondary alcohol-related causes of deaths, no reliable figures can be reported as of 2013. In 2013, according to an estimation, the number of traffic deaths caused by alcohol was somewhere between 60 and 135.

Tobacco

A quarter of the Dutch (population smokes sometimes)

The Dutch Continuous Survey on Smoking Habits (COR) among the population of 15 years and older was carried out for the last time in 2014. The results showed that the percentage of smokers decreased between 2013 and 2014. From 2015 onwards, the Health Survey/Lifestyle Monitor CBS, in cooperation with Trimbos Institute, will serve as primary source for the prevalence of smoking in the Netherlands. In 2014, a quarter of Dutch of 12 years and older (sometimes) smoked, and 19% daily. In 2010 and 2014, data aggregation was affected by breaches in method, so pronouncements on trends cannot be made. A general conclusion is that the prevalence of smoking has decreased in the past 10 years, but that the decline is levelling out.
The percentage of smokers among young people has been declining steadily. In 2013, 22% of the pupils of 12-16 years had ever smoked, compared to 46% in 2001. The percentage of daily smokers among 12-16 year old pupils went down as well, from 13% in 2001 to 4% in 2013. Yet, one in seven 16 year olds (14%) is a daily smoker. Pupils of lower secondary education (VMBO) smoke the most and pupils of pre-university education smoke the least.

Compared to 2012, the sales of both cigarettes (-25%) and of rolling tobacco (-20%) dropped in 2013. In 2014 the sales of cigarettes and rolling tobacco increased (+18%). In the long term, a decrease in both the sales of cigarettes and of rolling tobacco occurs.

Many smokers intend to quit, but only a minority attempt to quit

According to the Dutch Continuous Survey on Smoking Habits (COR), 65% of the current Dutch smokers of 15 years and older have ever made a serious attempt to quit smoking. In 2014, 29% of the smokers made an actual attempt to quit smoking. In 2014, 40% of the smokers who made an attempt to quit in the past year used some sort of aid. That is significantly more than in the previous period.

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

According to the 2014 Public Health Status and Forecasts (PHSF) smoking still is the most important cause of illness and death in the Netherlands: 13.1% of the total burden of disease is caused by smoking. Smoking is the major cause of premature death in the Netherlands. In 2013, 19,594 people of 20 years and older died of the immediate effects of smoking, approximately the same as in 2012. Lung cancer is the major smoking-related cause of death. Actual smoking-related mortality is higher, because the effects of passive smoking have not been discounted yet.

0.4 Alcohol- and drug-related crime

Opium Act Offences

Considerable proportion of drug-related criminal investigations of organised crime

Almost three quarters of the criminal investigations into the more serious forms of organised crime involve drugs. In the majority of cases (three quarters of the cases), this (also) concerns hard drugs. Two thirds of the investigations (also) concern soft drugs, mostly Dutch-grown weed.

Indications of increased production of synthetic drugs

Since 2010, there seems to have been an increase in the number of dismantled laboratories, storage facilities and waste dumps. More pre-precursors (instead of precursors) have been seized. Furthermore, new psychoactive substances have been produced. The National Facility for the Support of Dismantlements (LFO), which is involved in most cases of dismantlements of laboratories, dumpings and storage locations, signals the (re)introduction of (new) production processes, pre-precursors and production and processing of new psychoactive substances.

More hemp nurseries cleared out

In 2014 over six thousand nurseries were cleared, more than in 2013.

Intake and settlement of Opium Act offences by the police, Public Prosecution and the courts

The proportion of Opium Act offences in the criminal justice chain has increased: almost 9% of all suspects with the police, intakes with the Public Prosecution and cases settled by the judge concern Opium Act offences, which is not only more than in 2013, but is also higher compared to previous years. In 2014, the proportion of soft drug cases increased and exceeded that of hard drug offences, just as in recent previous years.

Hard drug offences in the registration of the Public Prosecutor mostly concern possession of a hard drug. With only a very small proportion the manufacture of hard drugs is concerned (i.e. production of synthetic drugs). The remainder concerns import and export, transport or trafficking. With soft drug offences (usually cannabis) this is quite different: this mainly concerns production (cannabis cultivation). Possession of soft drugs is second and only in one tenth of all cases the suspect has imported or exported, transported or trafficked.

Sanctions for Opium Act offences

Most Opium Act cases are brought before the judge by the Public Prosecution. The proportion of this number has declined the last few years, because the Public Prosecution have been settling more cases by means of penal orders. An increasing number of Opium Act cases ends in acquittal in court, especially where soft drugs are concerned. If a sanction is imposed, it usually is a community service order. Secondly there are the financial sanctions by the Public Prosecution and (partly) unconditional imprisonment.

Community service orders are mainly imposed with soft drug cases, unconditional imprisonment especially with hard drug cases. In 2014, 16% of all inmates were imprisoned on account of Opium Act offences. Over one quarter of the Opium Act offenders again come into contact with the police and the justice system within ten years after the first prosecution or sentence. This is low compared to other offenders.

Offences by alcohol and drug users

Driving under the influence decreases

The number of drivers apprehended by the police with blood alcohol permillage of 0.5 or more is dropping. The number of sober drivers or drivers who have consumed very little alcohol is increasing. The Educational Measure Alcohol and Traffic (EMA) is imposed most often in cases of driving with too high blood alcohol concentrations. Approximately 2% of the drivers in a Dutch study test positive for drug use, especially cannabis and cocaine. Developments are unknown, but improved investigation (using the saliva tester; see § 0.1) may shed some light on this in future.

Drug-related nuisance

One quarter of Dutch inhabitants indicated that they experienced some form of drug nuisance in their neighbourhood at some point in 2014. A small proportion (4%) experienced serious nuisance, the same as in 2013. Nuisance caused by drunk people in the streets, which occurred at some point according to one quarter in 2014 and a lot according to 3%, has not changed significantly.

In 2014, over half of the coffee shop municipalities did not report any coffee shop related nuisance. Where nuisance was reported it usually concerned traffic and parking problems and loitering youths in busy neighbourhoods. The nuisance was most considerable in the southern provinces. One third of the neighbours of coffee shops in the southern provinces also experienced nuisance caused by dealing in the streets at the end of 2013.

Addiction Probation Services

The addiction probation services had fewer clients at the end of 2014 than in 2013. These services mainly monitor justiciables and advise judicial authorities on their clients.

The Institution for Prolific Offenders (ISD)

In 2014, 4% of all prisoners have the ISD-measure. This number has remained more or less stable since 2007. In 2014 the occupation of ISD was lower than in 2013, although there was more inflow in 2014. 95% of ISD inmates have addiction problems. Most ISD inmates had behavioural interventions in the course of their detention or received therapy outside detention in the final stages of ISD. The latter was less often the case in 2014, compared to 2013. ISD is (slightly) effective in reducing criminal recidivism.

0.5 Table 1a, part 1 Key figures substance use: Opium Act substances

	Cannabis	Cocaine	Opiates[I]	Ecstasy	Amfetamine	GHB	Sedatives and tranquillizers
USE GENERAL POPULATION (2014)							
- Percentage of recent users, 15-64 years[II]	8.0%	1.6%	<0.1%	2.5%	1.3%	0.4%	10.1% (2009)
- Percentage of current users, 15-64 years[II]	4.6%	0.6%	<0.1%	0.7%	0.5%	0.1%	5.9% (2009)
- Trend recent use[III]	Unknown	Unknown	Unknown	Unknown	Unknown	Unknown	Unknown
- International comparison[IV]	Above average	Above average	Low	Above average	Above average	Unknown	Unknown
USE YOUNG PEOPLE, PUPILS (2011)							
- Percentage of current users, 12-18 years	7.7%	0.8%	0.2%	0.9%	0.6%	0.1%	Unknown
- Trend	Decrease (2003-2013)[V]	Stable (2003-2011)	Decrease (2003-2011)	Stable (2003-2011)	Stable (2003-2011)	Unknown	Unknown
- International comparison, 15/16 years (2011)[VI]	Above avarage	Avarage	Avarage	Above avarage	Below avarage	Avarage	Above avarage
NUMBER OF PROBLEM USERS	**2007-2009**	**2009/2010**	**2012**				**2007-2009**
	29,300 (dependancy) 40.200 (abuse)	Unknown[VII]	± 14,000	Unknown	Unknown	Unknown	22,000 (dependancy) 35,000 (abuse)
NUMBER OF ADDICTION CARE CLIENTS (2014)[VIII]							
- Substance as primary problem	10,965	7,519	9,606	105	1,671	779	602
- Substance as secondary problem	4,880	6,478	2,167	331	888	217	1,086
- Trend (2005-2014)	Increase up to 2011	Decrease from 2008	Decrease	Decrease	Increase	Increase 2007 to 2013	Increase up to 2010
NUMBER OF HOSPITAL ADMISSIONS (2012)							
- Abuse/dependency as primary diagnosis	74	88	47	67		Unknown	90
- Abuse/dependency as secondary diagnosis	735	774	663	196		Unknown	203
- Trend (2004-2012)	Increase up to 2011	Increase up to 2011	Increase up to 2010	Increase up to 2010		Unknown	Increase up to 2011
REGISTERED DEATHS (2014)[IX]							
	Virtually no primary cause of death	24 (primary)	40 (primary)	14		4	79

I. Mainly heroin (and methadone). II. Recent use indicates use in the last year, current use indicates use in the last month. III. No figures available for 2010-2013, the research methods of collecting data in 2014 cannot be compared to methods used in 2009, as a result of which no recent trends can be determined. IV. Compared to the weighted average of recent use in European Union member states (EMCDDA). V. Percentage of current cannabis use among pupils of 12-16 years 4.6% in 2013. VI. Compared to the unweighted average in 36 European countries (ESPAD). VII. 0.5% in the three major cities is addicted to crack. VIII. Addiction care anomymously registered in the National Alcohol and Drugs Information System (LADIS). For all institution that participate in LADIS, see appendix G. IX. 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).

0.6 Table 1a, part 2 Key Figures Substance Use: Alcohol and Tobacco

	Alcohol	Tobacco
USE GENERAL POPULATION (2014)		
- Percentage of recent users of 12 years and older	77%	25%[I]
- Trend in use	Minor increase (2010-2013)	Determination of recent trend not possible; decreasing trend in past ten years
- International comparison	Above average	Below average
USE YOUNG PEOPLE, PUPILS (2013)		
- Percentage of current users, 12-16 years[II]	27%	4% (daily)
- Trend (2001-2013)	Decrease	Decrease
- International comparison, 15/16 years (2011)[III]	Above average	Above average
NUMBER OF PROBLEM USERS	**2007-2009**	**2014**
	82,400 (dependency) 395,600 (abuse)	±627.000[IV]
NUMBER OF CLIENTS IN ADDICTION CARE (2014)		
- Substance as primary problem - Substance as secondary problem	30.764 4.721	449 3.579
- Trend (2005-2014)	Stable	Increase
NUMBER POF HOSPITAL ADMISSIONS (2012)		
- Abuse/dependency as primary diagnosis - Abuse/dependency as secondary diagnosis	6.362 16.899	Unknown
- Trend (2004-2012)	Stijging	Unknown
REGISTERED DEATHS (2014)[V]		
	882 (primary)[VI]	19,594 (2013) (direct result of smoking)[VII]

I. This is the percentage of smokers according to the Statistics Netherlands (CBS) Health/Lifestyle Monitor. II. Cannot be compared to use by pupils in table 1a part 1, which reports the use of drugs among 12-18 in 2011. No data are available on current smoking among pupils in 2013. This table reports on the percentage of daily smokers among pupils. 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 or more cigarettes per day) of the population of 12 years and older. V. 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). VI. Not included here are deaths caused by traffic accidents and cancer. Figures about the number of deaths for which alcohol-related diseases were registered as a secondary cause of death are not available for 2014. VII. See attachment D for the method to estimate the tobacco-related mortality.

0.7 Table 1b, Key figures drug crimes: Opium Act offences in the criminal justice system

Stage	Criminal investigation of the more serious forms of organised drug crimes[I]	Number of suspects police/ RNLM[II]	Number of cases Public Prosecution Intake	Settelements by judge in the 1st instance	Detainees[III]
Number Opium Act					
- Total	193 (2012: 222)	17,675 (2013: 18,849)	18,506 (2013: 17,265)	9,501 (2013: 931)	1,397 (2013: 1,600)
- Hard drugs	34% (only hard drugs)	7,454 (2013: 7,766)	7,886 (2013: 7,301)	4,021 (2013: 4,256)	Unknown
- Soft drugs	24% (only soft drugs)	9,001 (2013: 9,251)	9,872 (2013: 9,213)	4,987 (2013: 4,735)	Unknown
- Both	42% (hard+soft)	1,214 (2013: 1,830)	748 (2013: 748)	493 (2013: 538)	Unknown
- **Development 2013-2014 absolute**	2013-2014 unknown 2012-2013: decrease	Decrease (probably due to the provisional nature of the data)	Increase	Constant	Decrease
- **Global trend 2005-2014**	2006-2008 higher numbers than in period afterwards, downward trend in 2011-2013	Decrease up to 2011, then increase/stable, decreae in 2014	Decrease up to 2011, then increase, with the exception of the drop in 2013	Decrease up to 2012, then increase, constant in two most recent years	Decrease[IV]
% Opium Act on total	72%	8.7%	8.8%	8.9%	16%
Development 2013-2014 % Opium Act	2013-2014 unknown 2012-2013: increase (69%→72%)	Increase (8.2%→8.7%)	Increase (8.2%→8.8%)	Increase (8.8%→8.9%)	Decrease (17%→16%)

I. Figures up to and including 2013, 2014 not available. II. 2014 figures are preliminary. III. Reference date 30 September 2014. IV. Period 2006-2014. Sources: National Police Unit, National Information Service Organisation, HKS, OMDATA/RACmin WODC, Kalidien en De Heer-De Lange, 2015.

1. Inleiding

1.1 Nationale Drug Monitor ▶ pagina 040

1.2 Samenwerkingsverband ▶ pagina 041

1.3 Jaarbericht 2013/2015 ▶ pagina 041

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 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, 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 WHO (Wereld Gezondheidsorganisatie), de Verenigde Naties en het EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction).

In de NDM staan het verzamelen en integreren van cijfers centraal. Dit gebeurt 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 drugssituatie in een land ernstiger is naarmate er méér drugsgebruik voorkomt in de algemene bevolking, er méér problematische drugsgebruikers en verslaafden zijn, er méér een beroep wordt gedaan op de hulpverlening en er méér ziekte en sterfte voorkomt in relatie tot drugsgebruik. Trends in deze indicatoren kunnen echter door meer factoren worden beïnvloed dan alleen de drugsproblematiek. Voor een nadere toelichting verwijzen we naar Bijlage 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 en organisaties. Uitvoerders van tal van lokale en nationale monitoringprojecten, opsporingsinstanties, 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 Drugsgerelateerde 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 drugsgerelateerde criminaliteit: het Jaarbericht. Dit rapport maakt deel uit van de documentatie die het parlement jaarlijks krijgt aangeboden.

1.3 Jaarbericht 2015

Het Jaarbericht 2015 van de Nationale Drug Monitor (NDM) geeft een overzicht van de ontwikkelingen rondom drugs, alcohol, tabak, slaap- en kalmeringsmiddelen en de drugsgerelateerde 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. Nieuw in het Jaarbericht 2015 is een hoofdstuk over Nieuwe Pyschoactieve Stoffen (NPS). Dat zijn stoffen met vergelijkbare effecten en risico's als bestaande illegale drugs, maar niet onder het regiem van de Opiumwet vallen[1].

1 De meeste NPS werden gereguleerd onder de Geneesmiddelenwet. Na een arrest van het Europese Hof van Justitie in juli 2014 vallen deze middelen in beginsel echter niet meer onder de Geneesmiddelenwet, maar onder de Warenwet. Middelen die een werkzame stof van een geneesmiddel zijn (zoals ketamine) vormen hier op een uitzondering.

Vaak worden zij geproduceerd om de drugswetgeving te omzeilen. In voorgaande jaren beschreven wij deze middelen in het hoofdstuk voor 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, reden voor een apart hoofdstuk NPS.

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 2015.

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 en amfetamine (hoofdstuk 6), Nieuwe Psychoactieve Stoffen (hoofdstuk 7), GHB (hoofdstuk 8) en de slaap- en kalmeringsmiddelen (en oneigenlijk gebruik van psychoactieve medicijnen; hoofdstuk 9). Hoofdstuk 10 behandelt het gebruik van alcohol en hoofdstuk 11 het gebruik van tabak. Bij het gebruik van de middelen gaat het om cijfers over gebruik in de algemene bevolking, onder jongeren en speciale groepen, problematisch gebruik, hulpvraag, incidenten, ziekte, sterfte en aanbod en markt.

Ten slotte behandelt dit NDM Jaarbericht de aan alcohol en drugs gerelateerde criminaliteit. Hoofdstuk 12 beschrijft cijfermatige ontwikkelingen in de handel, de productie en het bezit van illegale drugs voor zover deze zijn gerapporteerd in landelijke registratiesystemen van justitiële instanties, jaarverslagen of wetenschappelijk onderzoek. Hoofdstuk 13 geeft een overzicht van bekend geworden delicten gepleegd door alcohol- en drugsgebruikers en de interventies die daarbij zijn toegepast.

Cijfers over middelengebruik en drugscriminaliteit kunnen op verschillende manieren worden verzameld en weergegeven. Bijlage A geeft informatie over de terminologie.

Monitoringperikelen

In 2013 en 2014 heeft zich voor een aantal registratie- en monitoringsystemen wijzigingen voorgedaan in de methoden van gegevensverzameling- en/of verwerking, waardoor het niet mogelijk is recente ontwikkelingen in de tijd betrouwbaar in kaart te brengen. 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. Wij zullen dit expliciet benoemen in de betreffende paragrafen.

Zo vond in 2014 en herontwerp plaats van de Gezondheidsenquête van het Centraal Bureau voor de Statistiek, waarin onder meer het gebruik van alcohol, drugs en tabak wordt gepeild.

Er zijn wijzigingen doorgevoerd 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. Daarnaast zijn aan het weegmodel de variabelen inkomen en vermogen toegevoegd om een zo representatief mogelijk beeld van de bevolking te krijgen.

Ook de vragenlijst zelf (aard en plaats van de vragen) zijn aangepast. Dit gebeurde in het kader van de ontwikkeling van de nieuwe landelijke Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor Leefstijlmonitor uitgevoerd door het CBS i.s.m. RIVM en voor de modules over het middelengebruik, het Trimbos-instituut.

Voor de wijze waarop het drugsgebruik in de algemene bevolking in de Gezondheidsenquête werd gepeild deed zich al eerder methodenbreuken voor, en was 2009 het laatste jaar waarvoor over dit onderwerp betrouwbaar cijfers konden worden gepresenteerd. Een analyse van de mogelijke gevolgen van het herontwerp van de Gezondheidsenquête in 2014 suggereert dat voor verschillende indicatoren van zowel alcoholgebruik als roken een trendbreuk heeft voorgedaan (Morren en Willems, 2015). Mogelijk heeft de methodenwijziging geleid tot een daling in het geschatte percentage zware drinkers, een hoger aantal glazen per drinker per dag, en een hoger percentage rokers in 2014. Daadwerkelijke veranderingen in consumptiepatronen zijn echter niet uit te sluiten. In het algemeen kunnen we echter stellen dat de cijfers van 2014 voor middelengebruik in de bevolking een nieuwe baseline vormen, en dat deze niet vergelijkbaar zijn met die uit voorgaande jaren.

Ter aanvulling vermelden wij dat in het kader van de landelijke Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor de kerncijfers voor het middelengebruik voor volwassenen vanaf komend jaar standaard weergegeven zullen worden voor leeftijdsgroep 17 jaar en ouder. Voor jongeren zullen kerncijfers voor leeftijdsgroep 12 tot en met 16 jaar worden gepresenteerd.

Een tweede bron waarvoor een trendbreuk is geconstateerd, betreft de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ; voorheen Landelijke Medische Registratie, LMR) met gegevens over de opnames in algemene ziekenhuizen waarbij middelengebruik de hoofddiagnose of de nevendiagnose vormt. In 2013 is de LBZ overgegaan van de 9e editie van de International Classification of Diseases (ICD-9), naar de 10e editie (ICD-10). Daardoor worden opnames op een andere manier geclassificeerd en gecodeerd, en mogelijk matchen de diagnoses van vóór 2013 niet met die vanaf 2013. In het algemeen wordt de ICD-10 wel als een verbetering gezien, vanwege de grotere mate van specificiteit van de aard van de betrokken middelen en consumptiepatronen. Een tweede wijziging is dat voor 2013 geen standaard bijschattingen zijn gemaakt voor ontbrekende gegevens, zoals wel is gedaan in de voorafgaande jaren. In afwachting van een nieuwe methode voor het bijschatten, lopen de ziekenhuisgegevens in dit Jaarbericht 2015 tot en met 2012 en zijn nog geen cijfers voor 2013 en 2014 opgenomen.

Ook 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 doodsoorzaken naar automatisch coderen. Hierbij kunnen verschillende verklaringen een rol spelen, waaronder het consistenter 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.

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 hieraan gerelateerde problematiek.

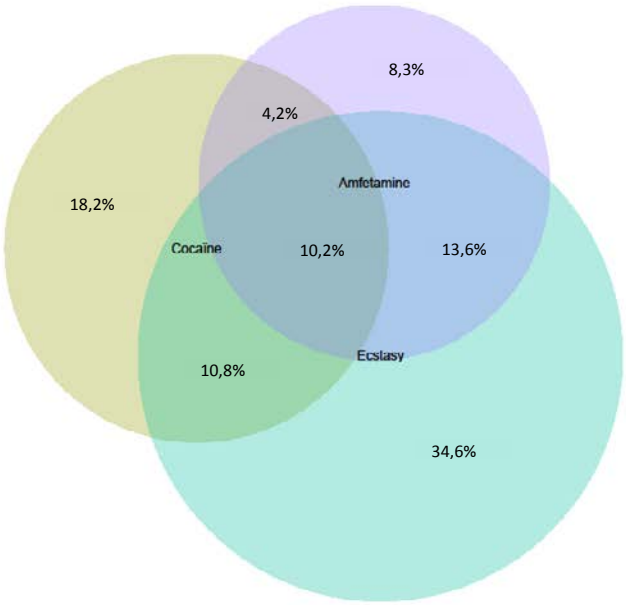
Middelgebonden indeling

Tot slot nog een kanttekening bij de indeling. De hoofdstukken 3 tot en met 11 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, in 2014 had 8% van de Nederlandse bevolking van 15-64 jaar in het afgelopen jaar cannabis gebruikt (zie hoofdstuk 3). Van hen gebruikte bijna een derde (29%) ook cocaïne, amfetamine of ecstasy. Figuur 1.1 laat de overlap zien in het percentage recente gebruikers van cocaïne, ecstasy en amfetamine (4% in totaal). Van deze groep had 10% alle drie de middelen gebruikt; 14% zowel amfetamine als ecstasy, 11% gebruikte zowel cocaïne als ecstasy en 4% had zowel cocaïne als amfetamine gebruikt. Circa zes op tien was een mono-gebruiker van deze middelen.

Figuur 1.1 Overlap in recent gebruik van cocaïne, amfetamine en ecstasy in de bevolking van 15-64 jaar. Peiljaar 2014.



Van de Nederlandse bevolking van 15-64 jaar gebruikte 96,4% geen cocaïne, amfetamine of ecstasy in het afgelopen jaar. De weergegeven percentages zijn het aandeel per middel of combinatie van middelen van de 3,6% van de Nederlanders die één of meerdere van deze middelen gebruikten. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2014 (Van der Pol en Van Laar, 2015).

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.

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

2. Wetgeving en beleid: Ontwikkelingen

2.1 Wettelijke kaders: Opiumwetmiddelen ▶ pagina 047

2.2 Wettelijke kaders voor het reguleren van alcohol en tabak ▶ pagina 053

2.3 Beleidsontwikkelingen in preventie en de hulpverlening ▶ pagina 059

2.4 Beleid ter bestrijding van alcohol- en drugsgerelateerde criminaliteit ▶ pagina 065

2. Wetgeving en beleid: Ontwikkelingen

De hoofdlijnen van wetgeving en beleid ten aanzien van alcohol, drugs en tabak zijn uitgebreid beschreven in het NDM Jaarbericht 2012. In het onderhavige Jaarbericht wordt primair informatie gerapporteerd die beschikbaar is gekomen tussen medio 2014 en medio 2015.

2.1 Wettelijke kaders: Opiumwetmiddelen

Het Nederlandse drugsbeleid streeft naar bescherming van de volksgezondheid en wil de risico's van het gebruik van drugs zo klein mogelijk houden. Daarnaast wordt ingezet op bestrijding van met drugs samenhangende criminaliteit en overlast.

2.1.1 De Opiumwet

De Opiumwet stelt de import en export, productie, teelt, het aanwezig hebben van en de handel in middelen die worden beschouwd als een risico voor de volksgezondheid strafbaar indien niet voldaan is aan strikte voorwaarden. De middelen waar het om gaat staan opgesomd in lijsten bij de Opiumwet. Nederland hanteert twee lijsten. Op lijst I staan de middelen die een onaanvaardbaar risico voor de volksgezondheid met zich meebrengen. Deze middelen worden aangeduid als 'harddrugs'. Het gaat bijvoorbeeld om heroïne, cocaïne, amfetamine, LSD, ecstasy en GHB. Op lijst II staan cannabis, paddo's en qat en slaap- en kalmeringsmiddelen. De risico's van het gebruik van deze middelen worden als minder groot ingeschat dan bij de middelen op lijst I. De middelen op lijst II worden aangeduid als 'softdrugs'.

- Het Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving (EMCDDA) heeft ten aanzien van zeven Nieuwe Psychoactieve Stoffen (NPS) een risicobeoordeling uitgevoerd. Bij alle stoffen hebben zich in lidstaten fatale incidenten voorgedaan en zijn er serieuze risico's voor de volksgezondheid. Om uitvoering te geven aan de besluiten van de Europese Raad van 25 september 2014 en 7 oktober 2013, om deze middelen aan controlemaatregelen te onderwerpen, zijn de volgende middelen per 1 juli 2015 op lijst I van de Opiumwet geplaatst (Stb 2015-237):
  - 4-jood-2,5-dimethoxy-N-(2-methoxybenzyl)fenethylamine (25I-NBOMe)
  - 3,4-dichloor-N-[[1-(dimethylamino)cyclohexyl]methyl]benzamide (AH-7921)
  - 3,4-methyleendioxypyrovaleron (MDPV)
  - 2-(3-methoxyfenyl)-2-(ethylamino)cyclohexanon (methoxetamine)
  - 4-methyl-5-(4-methylphenyl)-4,5-dihydrooxazol-2-amine (4,4′-dimethylaminorex, 4,4′-DMAR)
  - 1-cyclohexyl-4-(1,2-diphenylethyl)piperazine (MT-45)
  - 5-(2-aminopropyl)indool (5-IT).
- Op 12 november 2014 zijn handelingen ter voorbereiding of vergemakkelijking van (grootschalige en beroeps- of bedrijfsmatige) illegale hennepteelt strafbaar gesteld in een nieuw artikel 11a in de Opiumwet (Stb. 2014, 444; zie § 2.1.4). De aangepaste wet is op 1 maart 2015 in werking getreden (Stb. 2014, 489).

2.1.2 De Aanwijzing Opiumwet van het Openbaar Ministerie

Bij de strafrechtelijke opsporing en vervolging van Opiumwetdelicten wordt door het Openbaar Ministerie een expliciet beleid gevolgd. Dit is vastgelegd in de Aanwijzing Opiumwet. De Aanwijzing wordt vastgesteld door het College van procureurs-generaal van het Openbaar Ministerie. Alle Parketten van het Openbaar Ministerie in het hele land moeten de Aanwijzing volgen. Aanwijzingen hebben rechtskracht.

- Per 1 maart 2015 is de herziene Aanwijzing Opiumwet in werking getreden (Aanwijzing 2015A003; Stcrt-5391, 2015).
- De Aanwijzing is (onder andere) aangepast aan het nieuwe artikel 11a Opiumwet, dat handelingen ter voorbereiding of vergemakkelijking van de illegale hennepteelt strafbaar stelt. Deze handelingen worden gericht opgespoord als het gaat om beroeps- of bedrijfsmatige teelt en teelt door minderjarigen. Na opsporing volgt inverzekeringstelling en er zal een voorlopige hechtenis worden gevorderd. De Opiumwet zegt dat degene strafbaar is die "ernstige reden heeft om te vermoeden" dat de voorbereidingsmiddelen, waar hij/zij aan meewerkt, bestemd zijn voor de illegale hennepteelt. Bij de interpretatie van deze "ernstige reden om te vermoeden" dient de officier van justitie volgens de Aanwijzing in overweging te nemen dat het gaat om situaties waarin het niet anders kan zijn dan dat de strafbare gedragingen van artikel 11a zijn begaan terwijl betrokkene zich bewust is geweest van de criminele bestemming van de genoemde voorbereidingsmiddelen. Het moet dus minimaal gaan om grove nalatigheid.
- Tegelijk met de inwerkingtreding van de herziene Aanwijzing Opiumwet is een nieuwe strafvorderingsrichtlijn van kracht geworden (Stc-4953 en 4954, 2015). Daarin staat welke straf gevorderd kan worden bij welk Opiumwetdelict. Het bezit van een geringe hoeveelheid drugs voor eigen gebruik - bij harddrugs een hoeveelheid tot 0,5 gram, 1 pil, 1 ampul of 5 milliliter (bij GHB); bij softdrugs tot 5 gram - wordt niet vervolgd; wel moet afstand gedaan worden van de drug en wordt de drug aan het verkeer onttrokken. Bij de andere delicten (bezit van grotere hoeveelheden, handel, smokkel, productie) kunnen geldboetes, taakstraffen en gevangenisstraffen gevorderd worden.

2.1.3 Coffeeshopbeleid

Coffeeshops zijn alcoholvrije horecagelegenheden waar verkoop en gebruik van cannabis plaatsvindt. De verkoop wordt 'gedoogd': politie en justitie laten coffeeshops ongemoeid mits ze zich houden aan bepaalde criteria. Deze 'gedoogcriteria' zijn beschreven in de Aanwijzing Opiumwet: coffeeshops mogen geen reclame maken, 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 vijf gram verkopen per transactie en niet meer dan 500 gram handelsvoorraad hebben. In 2012 is hier het ingezetenencriterium aan toegevoegd: coffeeshops mogen niet toegankelijk zijn voor en niet verkopen aan anderen dan ingezetenen van Nederland. De handhaving is sinds 2013 lokaal maatwerk en kan zo nodig gefaseerd plaatsvinden.

- In 2013 en 2014 had rond 70 procent van de coffeeshopgemeenten blijkens verschillende onderzoeken het ingezetenencriterium in het coffeeshopbeleid vastgelegd (Van Ooyen-Houben & Van der Giessen, 2014; Bieleman, Mennes en Sijtstra, 2015; Benschop, Wouters & Korf, 2015). In rond 30 procent worden niet-ingezetenen ook daadwerkelijk geweerd uit de coffeeshops in de 15 resp. 31 steekproefgemeenten in twee landelijke onderzoeken (Van Ooyen-Houben & Van der Giessen, 2014; Benschop et al., 2015). Deze gemeenten liggen vooral in de zuidelijke grensregio's. In een brief aan de Kamer van 1 juli 2015 schrijft de Minister van Veiligheid en Justitie dat op dat moment 78 procent van de gemeenten het nieuwe criterium in het beleid heeft vastgelegd (T.K. 24077-355, 2015).

- De Tweede Kamer heeft de regering in 2014 verzocht te bevorderen dat coffeeshopgemeenten het ingezetenencriterium in hun lokale coffeeshopbeleid opnemen en de naleving hiervan handhaven (T.K. 24077-331, 2014; T.K. Handelingen-15-39, 2014). De Minister van Veiligheid en Justitie heeft bij de burgemeesters van de 103 coffeeshopgemeenten in een brief het belang benadrukt van opname van het criterium in het lokale coffeeshopbeleid en het handhavingsarrangement, conform de Opiumwet en de Aanwijzing Opiumwet (T.K. 24077-355, 2015).

De handhaving van de gedoogcriteria ligt primair bij de burgemeester in de uitoefening van zijn sluitingsbevoegdheid ex artikel 13b van de Opiumwet. Coffeeshops moeten ook een vergunning hebben van de burgemeester. De strafrechtelijke handhaving door het Openbaar Ministerie is het sluitstuk op de bestuurlijke handhaving door de gemeente. Hoe de verschillende criteria gehandhaafd worden is vastgelegd in het lokale coffeeshopbeleid, waar ook een handhavingsplan bij hoort.

- Het strengst wordt opgetreden bij overtredingen van het harddrugs- en het jeugdcriterium (Bieleman et al., 2015).
- Van de 103 coffeeshopgemeenten hebben er 95 (92%) in 2014 ten minste één vestigingscriterium in hun coffeeshopbeleid opgenomen. De meesten hanteren een minimale afstand tussen een coffeeshop en een onderwijsinstelling, die meestal 250 meter of minder moet zijn (Bieleman et al., 2015).

2.1.4 Hennepteelt

Medicinale cannabis

In Nederland bestaat de (legale) mogelijkheid om op doktersrecept medicinale cannabis te verkrijgen via de apotheek. In maart 2015 maken ongeveer 1.200 patiënten hier gebruik van (T.K. Aanhangsel-1635, 2015). 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.

Hennepzaadindustrie

Op grond van artikel 12 van de Opiumwet geldt het verbod op teelt niet voor hennep die kennelijk bestemd is voor de winning van vezel of de vermeerdering van zaad voor de productie van vezelhennep. Die teelt moet dan wel plaatsvinden in de volle grond en in de open lucht. Het voor deze doeleinden gebruikte hennepzaad geldt als industrieel landbouwgewas. Het moet aan bepaalde eisen voldoen om toegestaan te worden en heeft een verwaarloosbaar THC-gehalte. Verder kan hennep legaal voor olie geteeld worden, inclusief het gebruik als vogelvoer, visvoer of als humaan levensmiddel.

De illegale hennepteelt

Buiten deze uitzonderingen is alle teelt van cannabis strafbaar volgens artikel 3 onder B van de Opiumwet. De opsporing en vervolging van beroeps- of bedrijfsmatige teelt heeft hoge prioriteit, de niet beroeps- of bedrijfsmatige teelt van een geringe hoeveelheid voor eigen gebruik heeft, indien de verdachte volwassen is, geen prioriteit in de opsporing en vervolging (Aanwijzing Opiumwet 2015A003).

Strafbaarstelling van voorbereidingshandelingen voor illegale hennepteelt

Sinds 1 maart 2015 zijn handelingen ter voorbereiding of vergemakkelijking van illegale hennepteelt strafbaar ingevolge artikel 11a in de Opiumwet (Stb. 2014, 444; Stcrt 5391, 2015). Het gaat om teelt in grote hoeveelheden en beroeps- of bedrijfsmatige teelt. Onder andere growshops moeten als gevolg hiervan hun deuren sluiten, maar ook andere facilitatoren, zoals elektriciens, kunnen op basis van het nieuwe artikel 11a opgespoord en vervolgd worden. Inmiddels zijn er politie-acties geweest tegen growshops. De meeste vonden plaats in de regio's Zeeland-West-Brabant (43 invallen, 14 inbeslagnames) en Den Haag (30 invallen, twee inbeslagnames). In Noord-Nederland, Amsterdam, Rotterdam, Noord-Holland en Oost-Nederland vond in de eerste weken na invoering nog geen controle plaats (ANP, 15 april 2015; T.K. Aanhangsel Handelingen-2300, 2015).

Debat rond regulering illegale hennepteelt

De illegale hennepteelt is reeds langere tijd onderwerp van publiek debat, dat focust op het reguleren van de hennepteelt ten behoeve van coffeeshops (de 'achterdeurproblematiek'). Het is in 2014 en 2015 opnieuw opgelaaid, maar heeft niet geleid tot aanpassingen in de Opiumwet of de Aanwijzing Opiumwet.

- Begin 2014 presenteerde een aantal burgemeesters het manifest "Joint Regulation" (T.K. 24077-315, 2014). Ze hielden hierin een pleidooi voor de regulering van de cannabisteelt. Volgens het manifest zou regulering een oplossing bieden voor veiligheidsproblemen in woonwijken en voor de (georganiseerde) criminaliteit gerelateerd aan softdrugs. Ook zou de kwaliteit van de cannabis bewaakt kunnen worden.
- In 2014 hebben onderzoekers de gemeentelijke en buitenlandse opvattingen pro regulering van cannabisteelt voor recreatief gebruik beoordeeld op basis van VN-drugsverdragen en EU-drugsregelgeving (Van Kempen & Fedorova, 2014).
    - De onderzoekers concluderen op basis van hun analyse dat de aangevoerde argumenten vóór regulering van cannabisteelt juridisch niet houdbaar zijn.
    - Volgens de onderzoekers is het moeilijk verdedigbaar dat beleidsmatig niet-vervolgen (strafrechtelijk gedogen) van cannabisteelt voor aanvoer naar coffeeshops via het opportuniteitsbeginsel toelaatbaar is. Het voorbehoud dat Nederland formuleerde inzake artikel 3 lid 6 Sluikhandel Verdrag biedt voor Nederland onvoldoende ruimte om cannabisteelt ten behoeve van recreatief gebruik door derden te gedogen.
    - Er is juridisch evenmin ruimte om cannabisteelt ten behoeve van recreatief gebruik onder de algemene exceptie van 'geneeskundige en wetenschappelijke doeleinden' te brengen.
    - De slotconclusie van de onderzoekers is dat het legaliseren, decriminaliseren, beleidsmatig gedogen en/of anderszins reguleren van cannabisteelt voor de recreatieve gebruikersmarkt niet toelaatbaar is onder de VN-drugsverdragen en onder het Europees recht. Dit betekent aldus ook dat er gelet op de internationale verplichtingen inzake drugsbestrijding, geen ruimte is voor regulering van cannabisteelt ter bevoorrading van coffeeshops, in het verband van Cannabis Social Clubs of via andere modaliteiten die strekken tot recreatief gebruik door derden.
- De Minister van Veiligheid en Justitie heeft hieruit geconcludeerd dat de bevindingen overeenkomen met de lijn die hij, conform het standpunt van eerdere kabinetten, consistent heeft uitgedragen: er is juridisch geen ruimte voor het reguleren van cannabisteelt ter bevoorrading van coffeeshops of in het kader van cannabis social clubs (T.K. 24077316, 2014).
- De Minister zoekt de oplossing van de problemen rond de illegale teelt in aanpak van die teelt. In dit kader is er 'dedicated capacity' bij de politie voor ondermijnende drugscriminaliteit in het zuiden van het land, die bestaat uit 125 personen recherchecapaciteit, 25 personen uit de eigen regionale eenheden en 50 personen uit de landelijke eenheid (T.K. 24077-336, 2014; T.K. 58-3, 2015). Dit is sinds november 2014 operationeel (T.K. Aanhangsel-1060, 2015). Zie ook § 2.4.1.
- In februari 2015 hebben de Tweede Kamerleden Berndsen-Jansen en Bergkamp een wetsvoorstel aan de Kamer doen toekomen: de 'Wet regulering voor- en achterdeur van coffeeshops' (T.K. 34165, 1-2-3, 2015). Hierin wordt voorgesteld om:

- Een ministeriële ontheffing te verlenen aan uitsluitend beroeps- en bedrijfsmatige telers, die verplicht zijn om zorg te dragen voor een goede kwaliteit van het product en de verpakking.
- Van gemeenteraden te vragen een beleid en een verordening inzake coffeeshops vast te stellen, die dan richtinggevend zijn voor de beslissingen van de burgemeester over de coffeeshops (hiermee krijgen de gemeenteraden een uitdrukkelijke rol).
- Telers te verplichten voldoende maatregelen te nemen ter waarborging van de algemene veiligheid en in strafverzwaring te voorzien bij illegale teelt met een gevaarzettend karakter.
- De hele keten rond de coffeeshops transparant te regelen.
- Met het nieuwe systeem zou 200 miljoen euro bespaard worden op criminaliteitsbestrijding door politie en justitie en 300 miljoen euro verdiend worden voor de staatskas door het heffen van accijnzen op softdrugs. Er zijn ook kosten aan verbonden; die worden geschat op 15 miljoen euro (T.K. 34165, 1-2-3, 2015).

- In een motie, die is aangenomen, heeft de Tweede Kamer het kabinet in mei 2015 verzocht om geen ruimte te bieden voor gereguleerde wietteelt (T.K. 29911-104, 2015; T.K. Handelingen-84-9, 2015). In zijn reactie geeft de Minister onder andere aan dat het gemeenten niet is toegestaan over te gaan tot het experimenteren met gereguleerde hennepteelt (T.K.24 077-346, 2015). De Minister gaat ervan uit dat, indien er sprake is van strafbare feiten, het Openbaar Ministerie in voorkomende gevallen tot vervolging overgaat. De Minister zegt in zijn brief aan de Kamer ook dat gemeenten aangeven slechts tot uitvoering van hun plannen over te gaan als daar landelijk ruimte voor wordt geboden.

In juni 2015 zijn opnieuw moties ingediend die de regulering van de wietteelt betreffen, maar deze zijn geen van alle aangenomen (T.K. 24077-347-350; 352; 353, 2015).

Een schatting van de export van cannabis

In 2014 is de export van in Nederland geteelde cannabis in onderzoek geschat. Er zijn verschillende rekenmodellen voor productie en consumptie gebruikt (Van der Giessen, Moolenaar & Van Ooyen-Houben, 2014).

- Wanneer het gebruik van cannabis door niet-ingezetenen als 'binnenlandse consumptie' wordt gedefinieerd, wordt naar schatting 78% tot 91% van de totale nederwietproductie in Nederland geëxporteerd. Wanneer het gebruik door niet-ingezetenen als 'export' wordt gedefinieerd, komt de export uit op naar schatting 86% tot 95% van de productie (na een Monte Carlo-simulatie; zie ook § 3.8).
- De Minister van Veiligheid en Justitie heeft hieruit geconcludeerd dat het onderzoek de overtuiging van het kabinet bevestigt dat het grootste deel van de hennepteelt voor de export is bedoeld en daarmee de richting van het huidige beleid ondersteunt (T.K. 24077-339, 2014).

2.1.5 De wet Bibob (Wet bevordering integriteitsbeoordelingen door het openbaar bestuur)

Overheidsorganen kunnen de achtergrond van een persoon of bedrijf bij het Landelijk Bureau Bibob laten screenen in het kader van vergunning- en subsidieverlening, bij het gunnen van een overheidsopdracht of het aangaan van een vastgoedtransactie. Als het gevaar bestaat dat de aanvrager (of zijn zakelijke omgeving) crimineel vermogen aanwendt of andere strafbare feiten gaat plegen in het licht van zijn bedrijfsvoering, kan de overheidsinstantie weigeren om met hem in zee te gaan.

- In 2014 bracht Bureau Bibob in totaal 221 adviezen en 49 aanvullende adviezen uit (Landelijk Bureau Bibob, 2015). De meeste adviezen hadden betrekking op de horecabranche (144). Daarna volgen de coffeeshopbranche, de seksbranche, de milieusector en overige sectoren. In 2014 zijn 27 adviezen gegeven over coffeeshops.

- Het aantal adviezen over coffeeshops neemt af. In 2012 waren het er 71 en in 2013 39. In 2014 is het langzaam aan teruggegaan naar het normale jaargemiddelde (Landelijk Bureau Bibob, 2015). Het Project Landelijke Screening Coffeeshops, dat screenings van de coffeeshopbranche stimuleerde, liep in 2014 ten einde.
- In de toekomst zal via de Regionale Informatie en Expertisecentra (RIEC's; zie § 2.1.4) worden bevorderd dat gemeenten adviezen aanvragen als een vergunning wordt aangevraagd of verlengd voor een coffeeshop (T.K. 24077-355, 2015). Aan de RIEC's is gevraagd het belang hiervan te blijven benadrukken bij gemeenten.

2.1.6 Wegenverkeerswet

In de Wegenverkeerswet 1994, artikel 8 lid 1, staat dat het een ieder verboden is een voertuig te besturen of als bestuurder te doen besturen, terwijl hij verkeert onder zodanige invloed van een stof, waarvan hij weet of redelijkerwijs moet weten, dat het gebruik ervan – al dan niet in combinatie met een andere stof – de rijvaardigheid kan verminderen, dat hij niet tot behoorlijk besturen in staat moet worden geacht. De wet was voor drugs of geneesmiddelen echter moeilijk toepasbaar omdat geen wettelijke grenswaarden waren vastgesteld boven welke een bestuurder aangehouden of gesanctioneerd diende te worden. Ook bestond er – buiten bloedafname - geen instrument waarmee opsporingsambtenaren eenvoudig en betrouwbaar (bijvoorbeeld bij controles langs de weg) konden vaststellen in welke mate een bestuurder onder invloed van geneesmiddelen of drugs verkeerde.

- In 2014 is de wet gewijzigd (Stb. 2014, 353). In artikel 8 van de Wegenverkeerswet 1994 is een nieuw lid 5 toegevoegd met daarin een verbod op het gebruik van een aantal drugs en daarvoor gestelde grenswaarden.
- Bovendien is in artikel 160 lid 5 vastgelegd dat opsporingsambtenaren de bevoegdheid krijgen om een persoon, die ze ervan verdenken dat hij onder invloed van drugs een voertuig bestuurt of doet besturen dan wel aanstalten maakt een voertuig te besturen, te bevelen speeksel af te staan door middel van een speekseltester. In geval een speekseltest niet uitvoerbaar[1] is krijgen opsporingsambtenaren ook de bevoegdheid om bij verdenking een persoon het bevel te geven mee te werken aan een onderzoek van de psychomotorische functies en oog- en spraakfuncties. Deze test wordt evenals de speekseltest gebruikt als voorselectiemiddel. Als bewijsmiddel blijft het bloedonderzoek gelden.
- Als het resultaat van het bloedonderzoek boven de grenswaarde ligt of – bij gecombineerd gebruik van meerdere drugs of van één of meer drugs en alcohol – boven de daarvoor vastgestelde nullimiet uitkomt, is sprake van een strafbaar feit (T.K. 32859- 16, 2014; Advies Analytische grenswaarden, 2014).
- Er zijn grenswaarden bepaald voor amfetamine, methamfetamine, cocaïne, MDMA, MDEA, MDA, cannabis, heroïne, morfine, GHB, gamma butyrolacton en 1,4 butaandiol (Besluit alcohol, drugs en geneesmiddelen in het verkeer, 2015; zie ook NDM Jaarbericht 2013/2014). Voor alcohol bestonden al grenswaarden. Op gecombineerd gebruik van middelen staat een zwaardere straf dan op enkelvoudig gebruik (Stcrt. 8472, 2015). Voor het rijden onder invloed van geneesmiddelen is geen afzonderlijk verbod ingesteld, maar blijft artikel 8 lid 1 van de Wegenverkeerswet 1994 gelden.
- De wet zal naar verwachting per 1 juli 2016 geïmplementeerd worden (T.K. 32859-17, 2015).

1 Omdat de speekseltesters niet alle drugs kunnen meten (GHB kan bijvoorbeeld niet gemeten worden, alsook nieuwe psychoactieve drugs die de rijvaardigheid kunnen beïnvloeden) en men soms geen speekseltester heeft of kan gebruiken.

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 Tabakswet en de Drank- en Horecawet (voor meer informatie zie NDM Jaarbericht 2012: 46-50).

2.2.1 Ontwikkelingen in het tabaksbeleid

Tabaksontmoediging is een van de speerpunten van het volksgezondheidsbeleid. De Tabakswet is de afgelopen jaren vaak gewijzigd. Een belangrijke wijziging is de verhoging per 1 januari 2014 van de leeftijd waarop tabak mag worden verstrekt. In de periode juli 2014 tot juli 2015 zijn in het kader van het tabaksbeleid opnieuw enkele wijzingen in de wet- en regelgeving ingezet of doorgevoerd en zijn er diverse beleidslijnen versterkt of nieuw ingezet.

Verhoging strafmaxima overtreding leeftijdsgrens

Per 1 januari 2014 werd de leeftijd waarop aan jongeren tabak mag worden verstrekt verhoogd van 16 naar 18 jaar (Stb 2013473; Stb. 2013526). Per 11 februari 2015 zijn de strafmaxima voor de overtreding van het rookverbod en die voor het verkopen van tabaksproducten aan personen jonger dan 18 jaar verhoogd (T.K. 32011-34; Stb. 2015-91). Bij een eerste overtreding bedraagt de boete € 1.360; deze loopt op tot € 4.500 bij de tweede herhaling binnen 12 maanden. Bij bedrijven van 50 werknemers of meer worden de boetes verdubbeld.

Verder is het principe *three-strikes-out* in de Tabakswet opgenomen. Dat betekent dat als een verkoper van tabaksproducten in de periode van een jaar drie maal bekeurd is wegens het verkopen van deze producten aan personen jonger dan 18 jaar, deze verkoper bestraft kan worden met een verkoopverbod van tabaksproducten voor de duur van minimaal één tot maximaal 12 weken (Tabakswet, art 8a).

Invoering rookverbod voor alle horeca

Om het toezicht op de naleving van het rookverbod op te voeren is er per 1 januari 2014 een extra toegevoegd flexibel handhavingsteam bij de NVWA ingesteld, bestaande uit 17fte voornamelijk jonge toezichthouders (ongeveer 45 personen). Zij worden ingezet op de handhaving van de rookvrije horeca en het toezicht op de naleving van de leeftijdsgrens die geldt voor de verkoop van tabaksproducten (T.K. 337913). Het rookverbod zal primair bestuurlijk worden gehandhaafd door het opleggen van bestuurlijke boetes. Het is voor het opmaken van een proces-verbaal niet noodzakelijk dat een roker op heterdaad wordt betrapt. De zintuigelijke waarneming van een inspecteur dat het om een ruimte gaat waar gerookt wordt of kort daarvoor gerookt werd volstaat (T.K. 337915).

Door een arrest van de Hoge Raad (10 oktober 2014) is duidelijk geworden dat ook in kleine cafés niet meer mag worden gerookt (T.K. 32011-34). Volgens de Hoge Raad heeft het WHO Kaderverdrag (FCTC) art. 8 lid 2, waarin de overheden worden opgeroepen iedereen te beschermen tegen de blootstelling aan tabaksrook, rechtstreekse werking en was de uitzondering voor kleine cafés in strijd met deze verdragsverplichting vastgesteld (ECLI:NL:HR:2014:2928). Daardoor kon het algemene rookverbod in de horeca per 1 januari 2015 in werking treden en hoefde de procedure van lopende wetswijzing niet te worden afgewacht.

Om het rookverbod in de gehele horeca, inclusief kleine cafés, meer bekendheid te geven lanceerde het Ministerie van VWS op 5 februari 2015 de campagne 'Alle Horeca Rookvrij' (rijksoverheid.nl; januari 2015).

Accijns

Daarnaast kan accijnsheffing gezien worden als een tabaksontmoedigingsmaatregel. In januari 2013 vond een verhoging plaats van € 0,35 voor een pakje sigaretten (19 stuks) en € 0,60 voor een pakje shag (40 gram) en op 1 januari 2015 werd voor beide nogmaals de accijns verhoogd met € 0,09 (Ketelaars en Croes, 2015).

Tabaksproductenrichtlijn (TPD)

De door de EU voorgeschreven Tabaksproductenrichtlijn (TPD) moet uiterlijk 20 mei 2016 geïmplementeerd zijn. Om de TPD in het nationale recht te implementeren heeft de regering een wetsvoorstel opgesteld dat, nadat de Raad van State advies had uitgebracht, aan de Tweede Kamer is voorgelegd. Tot de nieuwe maatregelen horen onder meer: er komen gezondheidswaarschuwingen bestaande uit afschrikwekkende foto's op de tabaksproducten; waarschuwende teksten en informatie over stoppen met roken worden verplicht op de verpakkingen; kenmerkende aroma's zoals fruitsmaakjes zullen straks verboden zijn en een pakje sigaretten moet ten minste 20 sigaretten gaan bevatten. In het wetsvoorstel is ook opgenomen dat de leeftijdgrens voor de verkoop van de e-sigaret eveneens 18 jaar wordt en dat er voor de e-sigaret reclameregels als voor tabaksproducten zal gaan gelden (T.K. 32011-34).

Regulering e-sigaret

Anticiperend op de invoering van de Tabaksproductenrichtlijn, is een aantal aspecten van de elektronische sigaret met nicotine geregeld in het Tijdelijk Warenwetbesluit elektronische sigaret, dat op 1 februari 2015 in werking is getreden (Stb. 2014-456). E-sigaretten in de vorm van een wegwerpproduct waarin vloeistof zit zonder nicotine (zoals diverse shisha-pennen) worden hiermee niet gereguleerd. In het besluit is onder andere opgenomen dat het navulreservoir van een navulbare e-sigaret een volume van ten hoogste 2 ml mag hebben; dat een navulverpakking niet meer dan 10 milliliter nicotinehoudende vloeistof mag bevatten; en dat op de verpakking van de e-sigaret de volgende waarschuwingstekst moet staan: 'Dit product bevat de zeer verslavende stof nicotine. Het gebruik ervan wordt afgeraden voor niet-rokers' (Stb. 2014-456).

Naar aanleiding van een onderzoek naar de gezondheidsrisico's van e-sigaretten door het RIVM en de NVWA, heeft de Staatssecretaris aangekondigd dat hij er naar streeft om, waar mogelijk, de al genomen maatregelen voor e-sigaretten met nicotine óók toe te gaan passen op e-sigaretten zonder nicotine. Dat betekent onder andere dat hij voornemens is, om te voorkomen dat jongeren in aanraking komen met e-sigaretten, de leeftijdsgrens van 18 jaar voor de verkoop van e-sigaretten zonder nicotine in de Tabakswet in te voeren (T.K. 32793-169).

Handhavings- en nalevingscijfers

Of het rookverbod in de horeca en de leeftijdsgrens van 18 jaar voor de verkoop van tabak (en alcohol) op de verschillende locaties wordt nageleefd, wordt op verschillende wijzen gecontroleerd of onderzocht (zie § 11.7). Alleen de NVWA kan bij een geconstateerde overtreding boetes opleggen of waarschuwingen afgeven (T.K. 32011-28). Daarnaast onderzoekt onderzoeksbureau Intraval twee maal per jaar de naleving van het rookverbod in de horeca (Intraval/NVWA, 2014) en doet Nuchter Kenniscentrum Leeftijdsgrenzen elk jaar een landelijk representatief onderzoek naar de naleving van de leeftijdsgrens voor de Drank- en Horecawet en de Tabakswet (Schelleman-Offermans en Roodbeen, 2015). Uit deze onderzoeken komt naar voren dat het rookverbod alleen in cafés en bars wordt overtreden, maar dat het aantal afneemt en dat de leeftijdsgrens voor de verkoop van tabaksproducten nog vaak niet wordt nageleefd (voor meer informatie zie § 11.7).

Nieuwe impulsen voor het nationaal tabaksontmoedigingsbeleid

De hoofdpunten van het Nederlandse tabaksontmoedigingsbeleid werden in een brief aan de Tweede Kamer in april 2015 door de regering verwoord (T.K. 32011-34). De regering spreekt de ambitie uit dat ze eraan wil bijdragen dat jongeren in Nederland niet meer gaan roken en wil op dit gebied met andere partijen, zoals de Alliantie Nederland Rookvrij (ANR), samenwerken. De belangrijkste maatregelen om ervoor te zorgen dat minder jongeren gaan roken zijn:

- De verhoging van de leeftijdsgrens tot 18 jaar voor de verkoop van tabak, ingevoerd op 1 januari 2014. Zoals vermeld is, om deze maatregel te controleren, een team van de NVWA constant bezig om bij allerlei verkooppunten na te gaan of de verstrekkers van tabaksproducten (en alcohol) de leeftijd van jongeren verifiëren. Ook zijn de strafmaxima voor overtreding van dit verbod flink verhoogd.
- De massamediale NIX18 campagne: doel van deze meerjarige door VWS gefinancierde campagne is om eraan bij te dragen dat de nieuwe sociale norm wordt dat jongeren onder de 18 jaar niet roken en niet drinken. Uit de effectmeting over 2014 kwam een positieve trend naar voren: 71% van de ouders en 56% van de jongeren vond het normaal dat je onder de 18 jaar niet rookt. Dat was in 2013 nog respectievelijk 64% en 54%. Om het bewustzijn onder jongeren ten aanzien van de schadelijke gevolgen van roken (en drinken) te vergroten is in november 2014 gestart met een nieuwe jongerenaanpak via de sociale media onder de naam "Doe mij maar een gevolg". Hierbij wordt in onder andere verschillende Youtube filmpjes en door verschillende vloggers duidelijk gemaakt wat de schadelijke gevolgen kunnen zijn van roken en drinken.
- Gezonde school en rookvrije schoolterreinen: de regering ondersteunt een initiatief van de Onderwijsraden, het Longfonds, GGD-en, het Trimbos-instituut en het RIVM/CGL om alle schoolterreinen in het primair, voortgezet en middelbaar onderwijs rookvrij te krijgen. In 2014 was het percentage scholen in het voortgezet onderwijs met een rookvrij schoolterrein gestegen van 26% in 2012 tot 48%.
- Rookvrij opgroeien: de regering financiert het door het Trimbos-instituut gecoördineerde programma Rookvrij Opgroeien, waarbij trainingen aan onder andere verloskundigen en gynaecologen worden gegeven over het begeleiden van zwangere vrouwen bij het stoppen met roken. In die trainingen is er ook aandacht voor de preventie van meeroken door kinderen en het voorkomen dat kinderen beginnen met roken. Het percentage vrouwen dat gedurende de hele zwangerschap rookt is tussen 2001 en 2010 gehalveerd tot 6,3% (T.K. 32011-34).
- De kans om definitief te stoppen neemt toe als gebruik wordt gemaakt van (effectieve) stoppen met roken ondersteuning. Het Ministerie van VWS geeft ondersteuning aan het Trimbos-instituut dat samen met het Partnership Stoppen met Roken vorm geeft aan een effectief en toegankelijk aanbod. Om de drempel tot stoppen met roken te verlagen is in 2014 Stoptober georganiseerd. Rokers zijn opgeroepen om in oktober 28 dagen te stoppen met roken, waarbij zij gesteund werden via social media om dit vol te houden. Stoptober is een gezamenlijk initiatief van het Trimbos-instituut, GGD-GHOR, de Alliantie Nederland Rookvrij, KWF Kankerbestrijding, het Longfonds, de Hartstichting en het Ministerie van VWS. De aanpak is succesvol gebleken. Er deden ruim 38.000 deelnemers mee. Van de 4.000 respondenten die een enquête hebben ingevuld, geeft 74% aan dat het hen gelukt is om 28 dagen te stoppen met roken (T.K. 32011-34).

Of er ook draagvlak is voor de tabaksmaatregelen van de overheid heeft het CBS onderzocht in het onderzoek Belevingen.

- Daaruit blijkt dat 80% van de volwassen Nederlanders vindt dat het een taak van de overheid is om voorlichting te geven over de schadelijke effecten van roken.
- Ook steunt een meerderheid accijnsheffing (60%) en het rookverbod in de horeca (67%).
- Slechts 29% vindt dat de overheid moet (mee)betalen aan hulpmiddelen en begeleiding bij stoppen met roken (Knoop en Moonen, 2015).

Internationale ontwikkelingen

Het Framework Convention on Tobacco Control (FCTC)-verdrag van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) was op 27 februari 2015 tien jaar van kracht. In die tien jaar zijn 180 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 2015 vroeg de WHO extra aandacht voor het aanpakken van illegale handel in tabaksproducten (who.int).

Tevens werd de boodschap uitgedragen dat accijnsverhoging de meest effectieve maatregel is om tabaksgebruik te doen verminderen (euro.who.int). Het recente tweejaarlijkse WHO Report on the Global Tobacco Epidemic had als motto: "raising taxes on tobacco is the most effective way to reduce tobacco use" (WHO, 2015).

Landen zijn verplicht om periodiek verslag uit te brengen over de vooruitgang die is geboekt ten aanzien van de implementatie van de maatregelen in het kader van het FCTC-kaderverdrag. In april 2014 heeft de Nederlandse regering haar vierde voortgangsrapport ingediend. Als tegenhanger van deze overheidsrapportages, zetten non-gouvernementele organisaties schaduwrapporten in om te evalueren of overheden voldoen aan hun FCTC-verplichtingen. De Alliantie Nederland Rookvrij beschrijft in het tweede FCTC-Schaduwrapport de ontwikkelingen in de implementatie van de tabaksontmoedigingsmaatregelen in Nederland (Heijndijk en Willemsen, 2015). Volgens het schaduwrapport is het beleid in Nederland op een aantal onderdelen niet of niet helemaal in overeenstemming met de FCTC verplichtingen, richtlijnen en aanbevelingen. Met de implementatie van de TPD worden echter nieuwe maatregelen getroffen in lijn met het FCTC Verdrag.

2.2.2 Ontwikkelingen in het alcoholbeleid

Preventie van schadelijk alcoholgebruik vormt een van de speerpunten van het volksgezondheidsbeleid. De Drank- en Horecawet, die al bijna 50 jaar oud is, werd in 2013 en 2014 gewijzigd.

- In 2013 was een belangrijke wijziging de grotere rol voor de gemeenten. Het toezicht op de handhaving van de Drank- en Horecawet is overgedragen van de Nederlandse Voedsel en Warenautoriteit (NVWA) naar de gemeenten. Tevens startte de overheid de 'NIX18 campagne', een meerjarige massamediale campagne om het drinken van alcohol en roken onder 18 jaar te ontmoedigen.
- Een belangrijke wijziging 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. Zij moeten periodiek een preventie- en handhavingsplan vaststellen.
- Een ander beleidsinstrument is het heffen van accijnzen op alcoholische dranken. Na een tariefverhoging van 5,75% voor de accijnzen op alle alcoholhoudende dranken per 1 januari 2014, bedraagt in Nederland de accijns 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) (zie verder § 10.8).

Implementatie en naleving van de nieuwe Drank- en Horecawet door gemeenten (tot juli 2015)
Vanaf 1 januari 2014 is de Drank- en Horecawet (DHW) gewijzigd: vanaf die datum is 18 jaar de leeftijd waarop aan jongeren alcoholhoudende drank verstrekt mag worden, zowel in de horeca, als in de detailhandel, als tijdens evenementen, zowel voor directe als voor indirecte verstrekking. Ook is per 1 januari 2014 een jongere onder de 18 jaar strafbaar als hij op voor het publiek toegankelijke plaatsen (behalve winkels) alcohol aanwezig heeft. Jongeren van 16 en 17 jaar die in de horeca werken vormen een uitzondering op deze laatste bepaling, zij mogen wel alcohol serveren en schenken (Stb. 2013380; Stb. 2013457; Stb. 201415). In de wet werd geen overgangsregeling opgenomen voor jongeren die bij inwerkingtreding van de nieuwe regels 16 en 17 jaar zijn. Alle gemeenten moesten vóór 1 juli 2014 een Preventie en Handhavingsplan (PenH-plan) voor de regelingen van de Drank- en Horecawet opstellen.
In de gewijzigde DHW is géén identificatieleeftijd opgenomen. Wel hebben de sectoren afgesproken dat caissières van supermarkten en barpersoneel van horecabedrijven aan klanten die zij er jonger vinden uitzien dan 25 jaar naar hun ID zullen vragen (De Greeff et al., 2014).

In opdracht van het Ministerie van VWS heeft Intraval in maart 2015 gerapporteerd over hoeveel gemeentes hun Preventie- en Handhavingsplan (PenH-plan) hebben vastgesteld, of de verplichte onderdelen in het plan zijn opgenomen (art. 43a lid 2 en 3), wat de kwaliteit van de plannen is, en in hoeverre gemeentes beleid op het gebied van hokken en keten en dergelijke voeren (Bieleman et al., 2015). Die verplichte onderdelen schrijven onder andere voor dat het plan de hoofdzaken van het preventiebeleid ten aanzien van alcohol bevat, met name voor jongeren, en de wijze waarop de handhaving wordt uitgevoerd. De gemeenten worden geacht hun plan te baseren op een integrale beleidsvisie.

- Van alle 393 Nederlandse gemeenten hebben er 316 (80%) een PenH-plan vastgesteld.
- Van die 316 gemeenten hebben 193 gemeenten (61%) alle vier de wettelijk verplichte onderdelen (doelstellingen, uitgangspunten en onderbouwing van beleid, handhavingsbeleid en -acties en te behalen resultaten) in hun plan vermeld.
- De kwaliteit is slechts in één geval (2%) als goed beoordeeld, terwijl 20% tot de categorie voldoende behoort. De rest van de plannen is matig (64%) of slecht (14%) van kwaliteit (Bieleman et al., 2015).

In zijn reactie op dit rapport zegt de Staatssecretaris van VWS dat er contact zal worden opgenomen met de VNG om gerichte actie te ondernemen ter verhoging van het aantal gemeenten met een PenH-plan. Er komt ook overleg met een aantal bestuurders van gemeenten om te horen wat hun ervaringen met het alcoholbeleid en de decentralisatie van de DHW zijn. De gemeenten die nog geen PenH-plan hebben, of een PenH-plan van mindere kwaliteit hebben, krijgen een brief namens de regering waarin ze worden gewezen op hun wettelijke verplichtingen en de mogelijkheden om ondersteuning te krijgen bij het opstellen van een PenH-plan (T.K. 27565-133). Het Trimbos-instituut heeft een nieuwe versie van het Model Preventie- en Handhavingsplan voor de uitvoering van de DHW samengesteld om de gemeenten te ondersteunen in de ontwikkeling van effectief lokaal alcoholbeleid (Mulder, 2015).

Naleving van de Drank- en Horecawet door verstrekkers (tot juli 2015)
Landelijk representatief onderzoek van Nuchter Kenniscentrum Leeftijdsgrenzen in opdracht van het Ministerie van VWS (zie § 10.8) laat zien dat 17-jarige jongeren nog gemakkelijk aan alcohol kunnen komen. De totale naleving voor de verkoop van alcohol bedroeg in 2015 slechts 22%, variërend van 10% of minder voor sportkantines, cafetaria's en thuiszorgkanalen tot 33% voor slijterijen en 58% voor supermarkten (Schelleman-Offermans, 2015). De naleving is ook gedaald sinds de vorige meting in 2013. De conclusie wordt getrokken dat zelfregulering tot nu toe niet het gewenste resultaat heeft opgeleverd. De Staatssecretaris van VWS is in gesprek met diverse verstrekkers van alcohol en hij gaat een aantal extra maatregelen om de naleving te verbeteren serieus verkennen (T.K. 27565-135).

Verder is een onderzoek uitgezet naar de maatschappelijke impact van effectieve maatregelen, zoals het beperken van beschikbaarheid, reclame en prijsbeleid. Pas na de evaluatie van de DHW in 2016 zal een besluit genomen worden over welke aanvullende maatregelen vanuit het Rijk nodig zijn. Daarbij worden alle nu lopende onderzoeken betrokken (T.K. 27565-135).

Kleinschaliger onderzoek van de Universiteit Twente ondersteunt de bevinding van Nuchter Kenniscentrum Leeftijdsgrenzen. In het voorjaar van 2015 probeerden acht minderjarige mysteryshoppers om in vier dagen zoveel mogelijk alcohol te kopen in supermarkten. Uiteindelijk zijn de jongeren erin geslaagd in totaal 850 liter alcoholhoudende drank aan te schaffen. Het onderzoek laat zien dat jongeren nog steeds eenvoudig alcohol kunnen kopen in de supermarkt, door zich specifiek te richten op kassa's waarvan zij weten dat het kassapersoneel daar niet of slecht op leeftijd controleert. Hierbij lijkt zich ook een leereffect voor te doen: naarmate jongeren meer relevante kennis opdoen over de aankooppogingen, slagen zij erin meer alcohol te kopen (Van Hoof et al., 2015a). Ook suggereerde een tweede onderzoek in supermarkten dat verkopers een cruciale rol spelen bij de verkoop van leeftijdsgebonden producten aan jongeren, ook als ID-scanners aanwezig zijn (Van Hoof et al., 2015b).

Overige beleidsontwikkelingen

In het Algemeen Overleg van 4 december 2014 werd aan de Tweede Kamer toegezegd dat er een onderzoek wordt uitgezet naar de maatschappelijke kosten van alcoholgebruik (T.K. 27565-131). De Staatssecretaris heeft ZonMW gevraagd om een Maatschappelijke Kosten en Baten Analyse (MKBA) van alcoholgebruik te laten uitvoeren. Deze zal einde 2015 worden opgeleverd (T.K. 27565-135).

- Veel gemeenten zoeken naar mogelijkheden om ondernemers meer ruimte te bieden, onder andere om de leegstand in winkelgebieden tegen te gaan. Hierbij wordt ook gezocht naar mogelijkheden om retail- en horecafuncties te vermengen (ook wel 'blurring' genoemd). De huidige DHW bevat meerdere verboden om vermenging van functies tegen te gaan. De verboden in de DHW zijn onder andere in het leven geroepen ter bescherming van de openbare orde en om het aantal verkooppunten van alcohol te beperken en de consument (onder andere jongeren en verslavingsgevoelige mensen) te beschermen voor de schadelijke gevolgen van alcoholgebruik. Het Ministerie van VWS is samen met het Ministerie van EZ aan het inventariseren welke problemen er concreet ervaren worden door gemeenten, de retail en horeca in Nederland. Daarbij is oog voor leefbare stadscentra en innovatief ondernemerschap. De mogelijke knelpunten van de DHW worden in beeld gebracht en meegenomen bij de evaluatie van de DHW in 2016 (T.K. 27565-135).

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 aanname ervan er mee aan de slag gaan (WHO, 2012; STAP: stap.nl).
In april 2015 heeft het Europese Parlement een resolutie aangenomen over het Europese alcoholbeleid: de resolutie van 29 april 2015 over alcoholstrategie (2015/2543 RSP).

- Het Parlement roept de Commissie op uiterlijk 2016 te komen met een voorstel om vermelding van de calorische waarde op het etiket te verplichten.
- De Commissie moet van het Europese Parlement gaan werken aan een nieuwe EU-alcoholstrategie (2016-2022) ter ondersteuning van de nationale regeringen bij het tegengaan van alcoholgerelateerde schade en aan regulering van grensoverschrijdende verkoop van alcohol via het internet.

- Ook wordt de Commissie gevraagd toezicht te houden op de uitvoering van het actieplan inzake drankgebruik onder jongeren en bingedrinken (2014-2016), dat in september 2014 is aangenomen.
- De Europarlementsleden roepen de Commissie tevens op te onderzoeken of het zinvol is de producenten te verplichten de ingrediënten op etiketten te vermelden en/of waarschuwingsteksten tegen rijden onder invloed en alcoholgebruik tijdens de zwangerschap (European Parliament, 2015).

2.3 Beleidsontwikkelingen in preventie en de hulpverlening

2.3.1 Preventie

Inleiding

Het doel van preventie is ervoor 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. Er worden 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); zorggerelateerde preventie (richt zich op individuen die reeds een ziekte hebben).

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 2014-2016 (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:

- De gezondheid van de mensen bevorderen en chronische ziekten voorkomen, door een integrale aanpak in de omgeving waarin zij wonen, werken en leren.
- Preventie een prominente plek geven in de gezondheidszorg.
- Gezondheidsbescherming op peil houden en nieuwe bedreigingen het hoofd bieden (Poortvliet et al., 2014).

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). Rijk, gemeenten, scholen, zorgpartijen, bedrijven, sportverenigingen en tal van maatschappelijke organisaties spannen zich reeds in voor gezondheidsprogramma's.

In het Nationaal Programma wordt door alle partijen geïnvesteerd, vanuit de eigen middelen en binnen de eigen missie, taakopdracht en verantwoordingssystematiek. Met de betrokken partijen zijn afspraken gemaakt over de outputdoelstellingen voor de periode 2014-2016. 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. Daarvan waren er 7 specifiek op roken en 13 specifiek op alcohol gericht (AiG, 2015).

In het eerste jaar van het NPP lag de nadruk op verbinding, om zo veel mogelijk maatschappelijke partijen aan het programma te verbinden. In het tweede jaar (2015) staat innovatie centraal. De integrale aanpak moet dan handen en voeten krijgen. In het derde jaar (2016) moet een verdiepingsslag gemaakt worden en gaan de partijen kijken welke activiteiten concreet bijdragen aan de gezondheidsdoelen van het NPP. Dan wordt erop ingezet dat de echt effectieve initiatieven breed worden ingevoerd en structureel worden verankerd (T.K. 32793-171/172).

Verslavingspreventie

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 het voorkomen 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 GGZinstellingen, 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).

Veel expertise over verslavingspreventie bevindt zich nog steeds bij de regionale verslavingszorginstellingen 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) is het samenwerkingsverband van alle afdelingen verslavingspreventie van de instellingen voor verslavingszorg in Nederland die zijn aangesloten bij de koepelorganisatie GGZ Nederland.
- Binnen VPN wordt samen een visie ontwikkeld, wordt kennis uitgewisseld en worden producten ontwikkeld en onderzocht. Er wordt gestreefd naar één basisaanbod van verslavingspreventieproducten door de verslavingszorg in Nederland. VPN maakt zich verder sterk voor vroege opsporing van kwetsbare personen door screening, vroegsignalering en case-finding.
- 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. Door in te zetten op alle niveaus wordt er gewerkt aan een samenhangende ketenaanpak. Het model loopt van universele preventie (voor de gehele bevolking) naar geïndiceerde preventie (voor mensen met klachten of symptomen) (Oudejans en Spits, 2013).

- In de Interventiedatabank van het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL) staan actuele leefstijlinterventies die grotendeels door een erkenningscommissie zijn beoordeeld op theoretische onderbouwing en/of effectiviteit. Er worden drie niveaus van effectiviteit onderscheiden: eerste aanwijzingen van effectiviteit, goede aanwijzingen van effectiviteit en sterke aanwijzingen van effectiviteit. Medio september 2015 zijn er 40 interventies op het thema preventie van middelengebruik in de Interventiedatabank opgenomen. Daarvan zijn er 10 'goed beschreven', 23 hebben 'een goede theoretische onderbouwing' en bij 7 is er sprake van 'goede aanwijzingen van effectiviteit'. Bijna alle in de database geregistreerde interventies zijn gericht op alcohol, roken of algemeen middelengebruik. Er zijn twee interventies specifiek gericht op cannabisgebruik (loketgezondleven.nl).

Nieuw 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). Aanleiding voor de verkenning waren de volgende ontwikkelingen:

- De hoge en toegenomen concentratie MDMA (werkzame stof) in ecstasytabletten, met alle gezondheidsrisico's van dien (zie § 6.8).
- "Festivalisering": het aantal grootschalige (dance-)festivals en party's groeide de afgelopen jaren sterk. Het aantal festivals (met minimaal 3.000 bezoekers) is in Nederland in ruim dertig jaar tijd vervijfvoudigd. In 2013 trokken de 774 festivals in totaal 21,5 miljoen bezoekers. Hierdoor komen meer mensen in aanraking met uitgaansdrugs, doordat deze doorgaans vaak worden gebruikt op dit soort feesten.
- Piek in het gebruik en normalisering: het gebruik van uitgaansdrugs onder (uitgaande) jongeren lijkt de laatste jaren te zijn gestegen. Er zou sprake ook zijn van "normalisering" van uitgaansdrugs onder bepaalde groepen, en van ecstasy in het bijzonder. Er wordt openlijker over gesproken en er zijn meer gelegenheden waar gebruikt wordt.

Naast belangrijke ontwikkelingen in het gebruik van uitgaansdrugs onder de huidige generatie jongeren, schetst de strategische verkenning (de geschiedenis van) het huidige preventiebeleid ten aanzien van uitgaansdrugs en denkrichtingen voor aanscherping van het preventiebeleid. Naar aanleiding van deze verkenning kondigde de Staatssecretaris aan dat er in de loop van 2015 een nieuwe beleidsvisie voor drugspreventie en verslavingszorg zal worden geformuleerd. Twee uitganspunten staan al vast. De trend dat drugsgebruik tijdens het uitgaan door jongeren als vanzelfsprekend wordt gezien, moet worden doorbroken. Belangrijk is dat jongeren die nog niet gebruiken er ook niet mee gaan beginnen. Daarnaast moet de inhoud van de voorlichting aan gebruikers over gebruik verbeteren. Er zal veel nadrukkelijker gewezen moeten worden op de risico's van gebruik van uitgaansdrugs, met name van ecstasy (van hoge dosering, oververhitting, te weinig water drinken, depressieve gevoelens). Er komt ook een nieuwe aanpak om met de jongeren te communiceren, zodat de preventieboodschap beter aansluit bij de belevingswereld van jongeren (T.K. 24077-343).

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 NIX18campagne is een initiatief van het Ministerie van VWS en een groot aantal partners, waar onder Koninklijke Horeca Nederland, KWF, Longfonds, Trimbos-instituut, NOC*NSF, supermarkten en GGD-en. De campagne is gestart in 2013 en heeft als kernboodschap dat het belangrijk is om de afspraak 'we roken en drinken niks onder de achttien jaar' te maken. In 2013 lag de focus van de campagne op communicatie over de wetswijziging en de (nieuwe) sociale norm. De campagne is in 2014 voortgezet. De nadruk lag daarbij op het versterken van de sociale norm en het ondersteunen van het NIX18-merk.

Daarnaast is er speciale aandacht gegeven aan de legitimatieplicht: jongeren onder de 25 jaar moeten zich legitimeren als ze alcohol of tabak willen kopen.
Al na twee 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), ook al waren effecten pas op langere termijn beoogd.

- Steeds meer ouders vinden het normaal dat jongeren onder de achttien jaar niet roken en niet drinken: dit aandeel steeg van 64% in 2013 naar 71% in 2014 (Rijksoverheid, 2015). Onder jongeren ligt dit percentage lager (56%) en stijgt dit niet.
- Daarnaast vinden steeds meer ouders en jongeren het onacceptabel om voor je achttiende te drinken en vinden steeds meer jongeren roken onder de achttien onacceptabel.
- Een toenemend aandeel onder alle doelgroepen staat positief tegenover het maken van de afspraak om niet te roken en te drinken onder de achttien jaar.
- De gewijzigde houding onder ouders uit zich ook in steeds meer ouders die daadwerkelijk afspraken maken met hun kinderen: het aandeel dat afspraken maakt over drinken is gestegen van 21% in 2013 naar 31% in 2014 en voor roken steeg dit van 43% naar 52%.
- Ook zijn jongeren naar eigen zeggen minder gaan drinken.
- Op (waargenomen) rookgedrag zijn geen veranderingen te zien van 2013 naar 2014: van de ouders geeft 86% aan dat hun kind niet rookt en van de jongeren onder de 18 jaar geeft 89% aan dat ze niet roken.
- Niet roken en drinken onder de 18 jaar is bij een meerderheid een gespreksonderwerp: 63% van de jongeren en 77% van de ouders praten er over. Ten opzichte van 2013 is dit gedaald, maar het is nog steeds bovengemiddeld in vergelijking met andere overheidscampagnes (Rijksoverheid, 2015).

2.3.2 Verslavingszorg

Wetgeving
Voor de GGZ, inclusief de verslavingszorg, zijn sinds 1 januari 2015 enkele nieuwe wetten van belang. Zowel de AWBZ als de oude 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.

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

1. De Wlz: voor intensieve 24-uurs zorg (zorg met verblijf). Dit werd voorheen de 'kern-AWBZ' genoemd. Voor de personen die in een psychiatrisch ziekenhuis of instelling voor verslavingszorg zijn opgenomen, gaat deze zorg echter pas na drie jaar Zorgverzekeringswet (Zvw) over naar de Wlz.
2. De Zvw: voor persoonlijke verzorging en verpleging (zorg zonder verblijf). Verpleging en verzorging thuis vielen voorheen grotendeels onder de AWBZ. Vanaf 2015 krijgen deze cliënten zorg vanuit de Zvw. Voorwaarde is dat cliënten geneeskundige zorg nodig hebben of een groot risico lopen dat zij deze zorg in de toekomst nodig hebben. Dit betekent dat hun gezondheid snel kan veranderen of verslechteren. Het gaat vooral om kwetsbare ouderen.
3. De WMO 2015: ondersteunende zorg, zoals begeleiding of beschermd wonen. In de nieuwe WMO staan eigen regie, eigen kracht en participatie centraal. Het is de taak van gemeenten om burgers daarbij maatschappelijk te ondersteunen. In de WMO 2015 zijn de 7 prestatievelden vervangen door 3 maatschappelijke doelen: a. het bevorderen van sociale samenhang in de gemeente; b. het ondersteunen van de zelfredzaamheid en de participatie van personen met een beperking of met chronische, psychische, of psychosociale problemen; c. het bieden van opvang (maatschappelijke opvang, vrouwenopvang, beschermd wonen en verslavingszorg). De WMO 2015 geeft AWBZ-cliënten uit 2014 met een extramurale indicatie van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) een overgangstermijn van maximaal één jaar. Voor beschermd wonen geldt een overgangstermijn van vijf jaar, met uitzondering van PGB-houders.

4. De Jeugdwet: langdurige zorg voor jeugdigen is naar de gemeenten gegaan. Maar ook kinderen en jongeren tot 18 jaar die begeleiding, persoonlijke verzorging, of kortdurend verblijf kregen uit de AWBZ, moeten sinds 1 januari 2015 een beroep doen op de Jeugdwet.

Cliënten van wie de indicatie voor AWBZ-zorg doorloopt in 2015, houden recht op die zorg. Voor de zorg die vanuit de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet gaat, geldt een overgangsregeling. De decentralisatie van een deel van de AWBZ naar de gemeenten, gaat samen met een forse bezuiniging van zo'n 25%.

Nieuwe GGZ echelons

Met de introductie van 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 2e lijnszorg. 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 dichter bij huis. Dit moet bijdragen aan een betaalbare, voor iedereen toegankelijke en kwalitatief hoogwaardige GGZ.
- In de GB-GGZ komen een deel van de patiënten die tot 2014 binnen de EPZ werden gezien en (een deel van) de lichte en milde problematiek van de 2e lijns GGZ samen. Hierbij geldt de eis dat er sprake moet zijn van een Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) diagnose voor behandeling in de GB-GGZ. 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.
- 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 2e lijn naar de GB-GGZ of naar de huisarts (POH-GGZ) moeten substitueren.

Op verzoek van het Ministerie van VWS worden deze ontwikkelingen door KPMG Plexus gemonitord. Uit de rapportage van juni 2015 komt het volgende beeld naar voren: het totaal aantal patiënten in de GB-GGZ én de gespecialiseerde GGZ ligt in 2014 lager dan in de EPZ én 2e lijn samen in 2012 en in 2013. De afname in de gespecialiseerde GGZ en de toename in de GB-GGZ sluiten aan bij substitutiedoelstellingen en de bredere doelgroep die de GB-GGZ bedient. Uit de enquête onder vrijgevestigde behandelaren komt een vergelijkbaar beeld naar voren (KPMG, 2015).

Een van de doelen van de nieuwe wetgeving en de nieuwe indeling van de GGZ-sector is het afbouwen van de intramurale capaciteit. Die afbouw wordt sinds 2012 gevolgd door middel van de Landelijke Monitor Intramurale GGZ (LMIG). In 2013 waren er twee hoofdtrends te onderscheiden:

- Over de gehele linie (voor alle typen intramurale GGZ-voorzieningen) geldt dat de intramurale capaciteit afneemt, dan wel dat verdere groei stagneert.
- De afname is het grootst bij de Zvw-gefinancierde intramurale capaciteit, gevolgd door het AWBZ-gefinancierde voortgezet verblijf. De omvang van het beschermd wonen is in 2013 praktisch gelijk aan de omvang in 2012 (Knispel et al., 2014).

Effectiviteit van verslavingszorg

In opdracht van het Ministerie van VWS heeft Zorginstituut Nederland in 2014 in kaart gebracht in hoeverre de verslavingszorg effectieve en efficiënte zorg voor verslavingsproblematiek levert en of de ontwikkelingen in de stand van de wetenschap en praktijk een onderbouwing vormen voor de kostenstijging sinds 2008 (T.K. 24077-344). Het Zorginstituut concludeert dat de verslavingszorg een gemengd beeld laat zien (Polman et al., 2014).

- Enerzijds worden de professionalisering en de ontwikkelingen op het gebied van kwaliteit die zijn en worden gemaakt door de sector geprezen, met name via "Resultaten Scoren Kenniscentrum Verslaving". De kosten van de verslavingszorg lijken volgens het Zorginstituut van 2009 tot en met 2011 niet toe te nemen, en zelfs licht te dalen (T.K. 24077-344; zie volgende paragraaf).
- Anderzijds is er veel onduidelijk rond de (verschillen in de) uitvoeringspraktijk van de verslavingszorg. Vermoedelijk heeft de introductie van de functiegerichte aanspraken in de AWBZ in 2003 en de overgang van de GGZ naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2008, niet alleen de gewenste innovaties gebracht, maar ook (bestaande en nieuwe) zorgaanbieders die niet (altijd) conform de richtlijnen zorg leveren en declareren. Door de hele sector wordt onvoldoende scherp toegezien op de juiste zorgtoewijzing en naleving van richtlijnen. De indruk bestaat dat cliënten vaker worden opgenomen dan op basis van de richtlijnen medisch gezien noodzakelijk is, zowel bij reguliere als nieuwe aanbieders.

In haar reactie op de aanbevelingen van het Zorginstituut, wijst de Minister van VWS erop dat de aanbieders van verslavingszorg er werk van moeten maken dat te verzekeren verslavingszorg moet voldoen aan een bepaalde kwaliteit en doelmatigheid. Er wordt verwezen naar een lijst met effectief bevonden interventies van het Trimbos-instituut, die als de bijlage bij het rapport is gevoegd. Volgens de Minister staat daarin welke behandelingen in het kader van verslavingszorg tot het basispakket van de Zorgverzekeringswet zouden moeten behoren en welke randvoorwaarden daarbij in acht moeten worden genomen (T.K. 24077-344; Van Rooijen et al., 2014). De Minister ondersteunt ook de verdere ontwikkeling van richtlijnen en zorgstandaarden. Omdat uit deze evaluatie het beeld naar voren komt dat de nieuwe aanbieders zich niet altijd aan de regels houden, heeft de IGZ de opdracht gekregen deze instellingen te gaan toetsen op de aanwezigheid van de randvoorwaarden voor verantwoorde zorg.

In een ander rapport van het Zorginstituut wordt geadviseerd om de DSM 5 leidend te maken bij het duiden van de verzekerde aanspraken en in de bekostiging van de GGZ. Volgens de Minister van VWS is de beschikbare informatie echter onvoldoende om er zeker van te zijn dat de toepassing van de DSM 5 niet tot onvoorziene kostenstijgingen zal leiden. De DSM-IV blijft daarom in 2016 leidend voor de aanspraken op verzekerde GGZ (T.K. 24077-344).

Kosten van verslavingszorg

Het Zorginstituut heeft de kosten van verslavingszorg van 2008 tot en met 2011 door Vektis laten berekenen (zie tabel 2.1). Het betreft alleen gedeclareerde DBC's verslavingszorg (tweedelijns verslavingszorg gefinancierd uit de Zvw). Er wordt een onderscheid gemaakt tussen instellingen die bij GGZ Nederland zijn aangesloten en de nieuwe instellingen.

- Er blijkt sprake van een licht dalende trend in de kosten sinds 2009. In 2011 is er € 480,2 miljoen aan verslavingszorg (exclusief kosten die onder de WMO, AWBZ, forensische psychiatrie of eerstelijns psychologische zorg vielen) uitgegeven.
- De totale omzet daalt vanaf 2009 licht met 1,4%. Het aandeel van de gebudgetteerde instellingen daalde tussen 2009 en 2011 van 95,3% naar 92,2%. Het aandeel van de nieuwe aanbieders steeg tussen 2009 en 2011 van 4,2% naar 7,3%.
- De zorg lijkt, zoals beoogd, te verschuiven van de klinische setting naar de ambulante zorg (Polman et al., 2014).

Tabel 2.1 Gedeclareerde DBC's Verslavingszorg, alcohol en overige middelen, vanaf 2009

Soort instelling	Zorgsoort	2009	2010	2011
Gebudgetteerde instellingen	Ambulant	100,4	104,3	103,0
Gebudgetteerde instellingen	Klinisch	364,1	355,0	339,9
Gebudgetteerde instellingen		**464,5**	**459,2**	**442,9**
Nieuwe instellingen	Ambulant	2,7	3,3	10,3
Nieuwe instellingen	Klinisch	17,9	23,0	24,7
Nieuwe instellingen		**20,6**	**26,3**	**35,0**
Vrijgevestigde en onbekend	Ambulant	1,2	3,5	2,2
Vrijgevestigde en onbekend	Klinisch	0,9	0,6	0,2
Vrijgevestigde en onbekend		**2,1**	**4,1**	**2,4**
Totaal		**487,2**	**489,7**	**480,2**

Gedeclareerde DBC's Verslavingszorg in miljoen euro. Bron: Zorgprisma, Vektis.

2.4 Beleid ter bestrijding van alcohol- en drugsgerelateerde criminaliteit

In § 2.4.1 worden recente ontwikkelingen beschreven in de aanpak van delicten tegen de Opiumwet en aanverwante wetten. Het gaat om illegale productie, smokkel, handel en bezit van stoffen die op lijst I of lijst II van de Opiumwet of onder (internationaal) toezicht staan.

Paragraaf 2.4.2 beschrijft recente ontwikkelingen in het beleid ten aanzien van delicten die gepleegd worden door alcohol- en drugsgebruikers, hetzij onder invloed van een stof, hetzij omdat zij met delicten geld of drugs willen bemachtigen.

2.4.1 Het beleid bij de bestrijding van delicten tegen de Opiumwet

Integrale aanpak

Politie en justitie richten zich bij de opsporing en vervolging van Opiumwetdelicten primair op de in- en uitvoer, de bedrijfsmatige productie en de grootschalige handel. Toenemende aandacht is er in 2014 en 2015 voor de 'ondermijnende criminaliteit', die bestaat uit alle vormen van misdaad die een bedreiging vormen voor de integriteit van onze samenleving en waarbij vaak verwevenheid is van de onderwereld met de bovenwereld.

- De georganiseerde criminaliteit in relatie tot heroïne, cocaïne, synthetische drugs en de cannabis/hennepteelt gelden in 2014 en 2015 nog steeds als prioriteit in de opsporing en vervolging (T.K. 2991179, 2013).
- Bij de bestrijding wordt een geïntegreerde aanpak gevolgd. Er wordt breed ingezet op zowel strafrechtelijke opsporing en vervolging als op bestuurlijke sancties en fiscale en privaatrechtelijke maatregelen. Naast straffen worden door justitie ook steeds meer ontnemingsmaatregelen opgelegd (T.K. 29911-97, 2014). In de aanpak probeert men barrières op te werpen om het criminelen moeilijk of onmogelijk te maken hun werkwijze voort te zetten.

- De bestrijding vindt primair op regionaal niveau plaats. Het Openbaar Ministerie, de politie, de douane, de Fiscale Inlichtingen en Opsporingsdienst, de Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Provincies, de Koninklijke Marechaussee, de Immigratie- en Naturalisatiedienst, gemeenten en de Belastingdienst moeten samenwerken. Ze worden ondersteund door de Regionale Informatie en Expertisecentra (RIECs), die op hun beurt ondersteund worden door het LIEC, het Landelijk Informatie en Expertise Centrum. De meeste gemeenten participeren inmiddels in een RIEC (98% in 2013; Jaarverslag RIEC-LIEC, 2014), maar de bestuurlijke aanpak is vrij pril en nog volop in ontwikkeling (hetccv.nl).
- In de periode 2015-2018 wordt ingezet op een kwalitatieve (geen kwantitatieve) intensivering van de aanpak (T.K. 29911-97, 2014; T.K. 29911-99, 2015).
- In Zuid-Nederland is de aanpak van de georganiseerde criminaliteit rond synthetische drugs en hennepteelt – en van de ondermijning die daarvan uitgaat - geïntensiveerd. Bij de politie is 'dedicated capacity' aan de aanpak van ondermijnende en georganiseerde criminaliteit toegewezen. De capaciteit komt deels uit de eigen zuidelijke regio's, deels van de Landelijke Eenheid (T.K. 29911-93, 2014; T.K. Aanhangsel 1060, 2015). De 125 toegewezen medewerkers gaan vanuit vaste ondermijningsteams opereren. Deze specifieke politiecapaciteit wordt met name ingezet op 'korte klappen': direct en zichtbaar reageren op signalen van georganiseerde misdaad. Focus is wat betreft drugs (in Brabant en Zeeland) op de thema's hennep en synthetische drugs (inclusief dumpingen van drugsafval). In Limburg vindt de intensivering plaats via het RIEC (T.K. 29911-93;97, 2014).
- De bestrijding van de hennepteelt is, naast de inzet op ondermijnende criminaliteit waar soms langdurig onderzoek voor nodig is, ook nog steeds gericht op het ontmantelen van hennepplantages (T.K. 24077-321, 2014; T.K. 29911-97, 2014). In plaats van het ruimen op strafrechtelijke titel kan ook het college van burgemeesters en wethouders opdracht geven tot het ruimen van een kwekerij ('bestuurlijke ruimingen'). In dat geval past het college (spoedeisende) bestuursdwang toe wegens gevaarzetting. Over de inzet van personele capaciteit voor ontmantelingen worden afspraken gemaakt in de lokale driehoek. De aanpak van hennepplantages is hier in het beleid een prioriteit, maar de concrete inzet is een afweging van het lokale gezag.
- In juni 2015 heeft de Minister van Veiligheid en Justitie overleg gevoerd met zijn collega's uit Frankrijk, België en Luxemburg om onder meer de internationale drugscriminaliteit tegen te gaan. Hieruit is een Actieprogramma voortgekomen. Ook met Duitsland wordt een nauwere samenwerking opgezet (T.K. 24077-353, 2015).

De aanpak van drugsdumpingen

Het aantal aan de Landelijke Eenheid van de politie gemelde dumpingen van drugsafval neemt toe (zie § 12.3). Voor het opruimen van drugsafval is in 2014 en 2015 speciale aandacht in het beleid.

- Onder andere is de capaciteit bij de Landelijke Faciliteit Ondersteuning Ontmantelen (LFO), die vrijwel bij elke ruiming van afval betrokken is, sinds januari 2015 verdubbeld (T.K. Aanhangsel Handelingen-2627, 2015).
- Primair wil de Minister van Veiligheid en Justitie het aantal drugsdumpingen terugdringen via het aanpakken van de productie van synthetische drugs (T.K. Aanhangsel Handelingen-1267; 343, 2014). De aanpak van de productie heeft daarom onverminderd prioriteit, ook in 2014 en 2015. Een belangrijke focus ligt op het verstoren van het productieproces. Het wordt criminelen moeilijk gemaakt om aan het benodigde gereedschap, hardware en chemische grondstoffen te komen, bijvoorbeeld door internationale samenwerking met de bronlanden van deze grondstoffen (T.K. 29911-97, 2014).
- Naast deze aanpak aan de 'voorkant' wordt ook ingezet op het ontmantelen van productieplaatsen, in combinatie met het in kaart brengen van de georganiseerde criminaliteit achter deze productie (T.K. 29911-97, 2014).

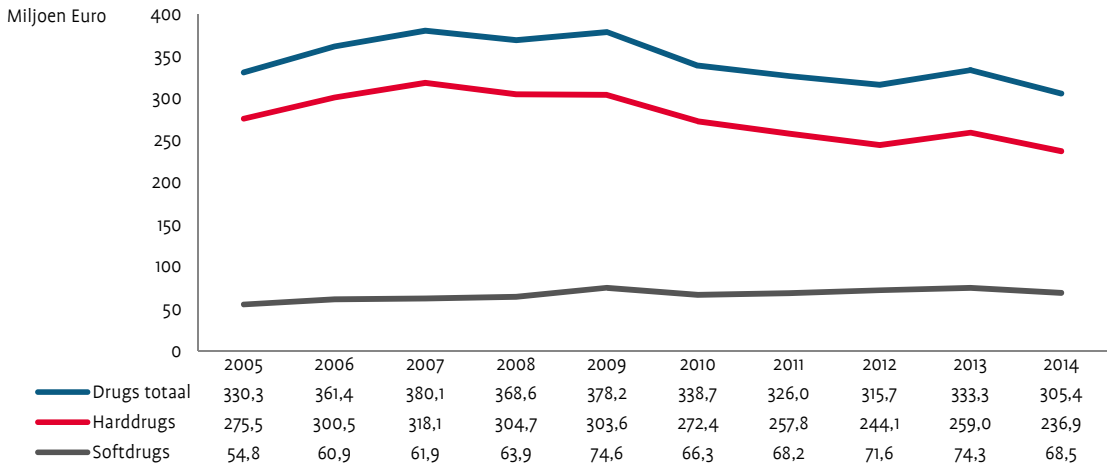
- Het opruimen van drugsafval hoort tot de reguliere taken van provincies, gemeenten en waterschappen. De provincie Noord-Brabant heeft in een project met onder meer politie, Openbaar Ministerie, gemeenten, waterschappen en afvalverwerkers afspraken gemaakt over de aanpak van drugsdumpingen. In Limburg wordt een soortgelijke aanpak ontwikkeld (T.K. Aanhangsel Handelingen-2627, 2015). Ook wordt bij drugsdumpingen onderzocht of de dader kan worden achterhaald om zo, naast een mogelijk strafrechtelijk vervolg, de opruimkosten te kunnen verhalen. Dit lukt niet altijd (T.K. Aanhangsel Handelingen-540, 2014). De grondeigenaar draait dan op voor de kosten (T.K. 29911-97, 2014). De Afdeling Bestuursrechtspraak van de Raad van State oordeelde in 2014 in een dumpingzaak dat de gemeente de kosten van het opruimen niet op de grondeigenaar mocht verhalen (ABRvS, 6 augustus 2014, ECLI:NL:RVS:2014:2978). In 2015 is door het ministerie van Infrastructuur en Milieu (waar dit onderwerp thuis hoort) 1 miljoen euro beschikbaar gesteld als bijdrage aan de opruimkosten.

Uitgaven aan drugscriminaliteit

In 2014 is in totaal 355,6 miljoen euro uitgegeven aan de bestrijding van drugsmisdrijven (Opiumwetdelicten; nominaal bedrag, afgemeten aan veiligheidszorgrekeningen; Moolenaar, Vlemmings, Van Tulder & De Winter 2015). Het gaat om uitgaven voor alle activiteiten die tot doel hebben criminaliteit, verloedering en overlast te voorkomen of te bestraffen en onveiligheidsgevoelens weg te nemen, zowel die van de overheid (rijk, provincies, gemeenten, douane) als die van de particuliere sector (particulieren en bedrijven, ook de speciale beveiligings- en opsporingsbedrijven). Aan preventie wordt door verschillende partijen geld uitgegeven. Bij opsporing gaat het vooral om uitgaven aan de politie. Bij vervolging is het OM de belangrijkste speler en bij berechting de rechtbanken en gerechtshoven. De tenuitvoerlegging van diverse straffen en maatregelen is verspreid over een groot aantal uitvoeringsorganisaties, waarbij de Dienst Justitiële Inrichtingen verantwoordelijk is voor het grootste deel van de tenuitvoerlegging van vrijheidsstraffen, die een flink deel van de uitgaven opslokken.

- De uitgaven aan drugsmisdrijven vormen 2,8% van de totale uitgaven aan veiligheid in 2014. Drugsmisdrijven zijn hiermee een kleine kostenpost in vergelijking met vermogensmisdrijven (48,7%), vernieling en misdrijven tegen de openbare orde (15,9%), gewelds- en seksuele misdrijven (14,8%). De bestrijding van verkeersmisdrijven kostte iets meer dan die van drugsmisdrijven (3,3%).
- Het meeste geld is uitgegeven aan de bestrijding van harddrugsmisdrijven (76% van het totaal).
- De totale uitgaven voor drugsmisdrijven en die voor harddrugsmisdrijven laten globaal een dalende lijn zien sinds 2009 (figuur 2.1). De uitgaven voor softdrugsmisdrijven zijn gestegen, maar vormen steeds slechts een fractie van de uitgaven voor harddrugsmisdrijven.

Figuur 2.1 Uitgaven aan drugsmisdrijven gecorrigeerd voor loon- en prijsstijgingen, prijzen 2005

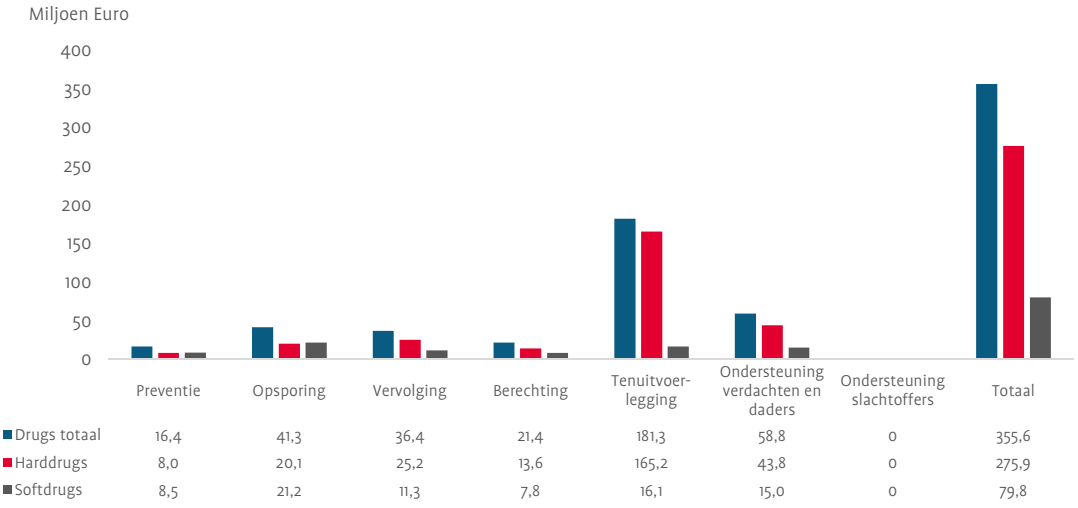


	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Drugs totaal	330,3	361,4	380,1	368,6	378,2	338,7	326,0	315,7	333,3	305,4
Harddrugs	275,5	300,5	318,1	304,7	303,6	272,4	257,8	244,1	259,0	236,9
Softdrugs	54,8	60,9	61,9	63,9	74,6	66,3	68,2	71,6	74,3	68,5

Bron: Moolenaar, Vlemmings, Van Tulder en De Winter 2015.

- Bij de drugsmisdrijven is het meeste geld uitgegeven aan de tenuitvoerlegging van straffen voor harddrugsmisdrijven (figuur 2.2). Aan preventie is weinig uitgegeven. Drugsmisdrijven zijn meestal slachtofferloze delicten; er zijn dan ook zo goed als geen kosten geweest voor ondersteuning van slachtoffers.
- Drugsmisdrijven maken 7,7 procent van de totale kosten van tenuitvoerlegging uit en staan daar op de derde plaats. Bij andere misdrijven wordt meer uitgegeven aan preventie, opsporing, vervolging en berechting en aan ondersteuning van slachtoffers dan bij drugsmisdrijven.
- Tegenover de uitgaven staan overigens ook ontvangsten uit de veiligheidszorg. Het gaat daarbij om boetes, transacties, strafbeschikkingen, ontnemingsmaatregelen en overige ontvangsten, zoals aan de burger doorberekende kosten voor aanvragen bij JUSTIS, buitenlandse boetes en bestuurlijke boetes.

Figuur 2.2 Uitgaven voor drugsmisdrijven, naar activiteit, mln euro, nominaal, 2014



	Preventie	Opsporing	Vervolging	Berechting	Tenuitvoer-legging	Ondersteuning verdachten en daders	Ondersteuning slachtoffers	Totaal
Drugs totaal	16,4	41,3	36,4	21,4	181,3	58,8	0	355,6
Harddrugs	8,0	20,1	25,2	13,6	165,2	43,8	0	275,9
Softdrugs	8,5	21,2	11,3	7,8	16,1	15,0	0	79,8

Bron: Moolenaar et al., 2015.

2.4.2 Beleid voor de aanpak van overlast en criminaliteit gepleegd door middelengebruikers

Maatregelen en straffen bij rijden onder invloed

Rijden onder invloed wordt strafrechtelijk en bestuurlijk aangepakt. Strafrechtelijk kunnen (tijdelijke) intrekkingen van het rijbewijs, geldboetes, taakstraffen, voorwaardelijke en onvoorwaardelijke gevangenisstraffen worden opgelegd. Er geldt een recidiveregeling bij rijden onder invloed van alcohol: bestuurders die in een periode van vijf jaar tweemaal worden aangehouden met teveel drank op, waarbij de tweede keer sprake is van een promillage van 1,3 of hoger (of wie een alcoholtest weigert), verliezen hun rijbewijs. Bestuurlijke maatregelen hebben een educatief karakter en worden opgelegd door het Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen (CBR). Het CBR kan op basis van een medeling van de politie verplichten:

- Een cursus te volgen: de tweedaagse Lichte Educatieve Maatregel Alcohol en Verkeer (LEMA) en de driedaagse Educatieve Maatregel Alcohol en Verkeer (EMA).
- Een medisch/psychiatrisch onderzoek van de rijgeschiktheid te ondergaan. Dit gebeurt sinds eind 2011 bij bestuurders met een bloedalcoholgehalte boven de 1,8 promille en bij bestuurders van wie met grote zekerheid is vast te stellen dat ze alcoholafhankelijk zijn (Evaluatie alcoholslotprogramma, 2014; SWOV-Factsheet, 2015).
- Er is op dit moment geen aanbod specifiek voor rijden onder invloed van drugs.

Het alcoholslotprogramma

Tot maart 2015 kon het CBR een bestuurder ook verplichten om de auto te voorzien van een alcoholslot. Met het alcoholslot, dat werkt als een startonderbreker, en het bijbehorende begeleidingsprogramma wilde de overheid het gedrag van deelnemers verbeteren en daardoor de verkeersveiligheid vergroten. Het was bedoeld voor bestuurders die met 1,3 tot 1,8 promille alcohol in hun bloed betrapt werden (bij beginnende bestuurders vanaf 1,0 en recidivisten tenminste eenmaal boven de 0,8 promille).

- De Afdeling Bestuursrechtspraak van de Raad van State oordeelde echter dat de regeling waarin het alcoholslotprogramma is opgenomen onverbindend is, omdat die in een substantieel aantal gevallen onevenredig kan uitwerken (ABRvS, 4 maart 2015, ECLI:NL:RVS:2015:622).
- Het alcoholslotprogramma mag nu niet meer worden opgelegd.
- In een brief aan de Tweede Kamer geeft de minster van Infrastructuur en Milieu aan dat samen met de Minister van Veiligheid en Justitie onderzocht wordt hoe de vormgeving voor een nieuwe regeling voor het alcoholslotprogramma er uit moet zien (T.K. 29398--459, 2015). In de tussentijd zal in plaats van het alcoholslotprogramma een EMA of – in het geval van recidivisten – een geschiktheidsonderzoek worden opgelegd.

Wetsvoorstel Middelentesten bij geweld

In de Tweede Kamer ligt een voorstel voor om in het Wetboek van Strafvordering twee nieuwe artikelen toe te voegen die opsporingsambtenaren de bevoegdheid geven om aangehouden verdachten van geweldsdelicten tegen personen, goederen (vandalisme) en dieren te bevelen mee te werken aan een test naar middelengebruik bij het plegen van het delict. Deze test bestaat uit een voorlopig onderzoek (een ademtest ter vaststelling van het gebruik van alcohol en/of een speekseltest ter vaststelling van gebruik van drugs - met in geval van twijfel een aanvullend onderzoek naar de psychomotorische functies en de oog- en spraakfuncties ter controle of correctie van de resultaten van de speekseltest) en, als de voorlopige middelentesten de aanwijzing van middelengebruik bevestigen, een vervolgonderzoek van adem door de politie of bloed door het Nederlands Forensisch Instituut. Dan wordt nauwkeurig vastgesteld of er daadwerkelijk sprake is van middelengebruik en in welke mate dat het geval is. (T.K. 337991; 2; 3; 5, 2013; T.K. 33799, 6-7, 2015).

- Als de middelentesten uitwijzen dat een verdachte het geweldsdelict onder invloed van drank of drugs heeft gepleegd dan kan dat nadrukkelijker en systematischer dan nu meegewogen worden in de door het Openbaar Ministerie te vorderen straf en de door de rechter op te leggen straf. Het objectief vastgestelde middelengebruik kan als strafverzwarende factor fungeren (dit is een afweging van de officier van justitie en de rechter) en leiden tot hogere straffen, maar ook tot krachtiger op te leggen voorwaardelijke sancties die ingrijpen 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). Op dit moment wordt middelengebruik ook wel meegewogen, maar ontbreekt in veel gevallen informatie hierover omdat het niet wordt gemeten en vastgelegd. Voorlichtingscampagnes zullen aan het wetsvoorstel worden gekoppeld.
- Het doel van de wetswijziging is om de aanpak van geweld onder invloed van alcohol of drugs te verbeteren en middelengerelateerd geweld terug te dringen, zodat de veiligheid in het openbare leven en in de huiselijke kring wordt vergroot.
- Bij algemene maatregel van bestuur worden naast alcohol drie typen drugs aangewezen die nu onder de wet gaan vallen: amfetamine, methamfetamine en cocaïne. Een expertgroep onder leiding van het NFI heeft in 2012 grenswaarden aanbevolen: 1,0 mg alcohol per ml bloed en 0,05 mg per ml bloed voor cocaïne, amfetamine en methamfetamine (Advies expertgroep 'Nederlands Forensisch Instituut', 2012).
- De Kamer zal dit voorstel in het najaar van 2015 in behandeling nemen.

Veiligheidshuizen

In Veiligheidshuizen worden justitiabelen met complexe problematiek - vaak (ook) verslavingsproblematiek - in multidisciplinair verband besproken en worden passende trajecten uitgezet.

- In mei 2014 waren er 33 Veiligheidshuizen, minder dan in februari 2013, toen het er 38 waren en ook minder dan in 2012, toen het er nog 40 waren (hetccv.nl). Het aantal wordt teruggebracht. De bedoeling is dat in elk van de 25 veiligheidsregio's uiteindelijk minimaal een Veiligheidshuis zal zijn.

De Wet forensische zorg

De Minister van Veiligheid en Justitie is verantwoordelijk voor alle zorg in strafrechtelijk kader. Deze 'forensische zorg' is bedoeld voor personen die met politie en justitie in aanraking zijn gekomen en die met problemen kampen: verslavingsproblemen, psychische problemen of een licht verstandelijke handicap. Een nieuwe wet is hiervoor in de maak: de Wet forensische zorg. De bedoeling is dat justitiabelen met een bijzondere zorgbehoefte zoveel mogelijk naar zorg buiten detentie worden toegeleid, om hun herstel en hun re-integratie te stimuleren en hun criminele recidive terug te dringen (T.K. 323983, 2010). Er zijn in totaal 25 formele titels voor forensische zorg. De forensische behandeling wordt onder beveiligde omstandigheden geboden en de focus ligt op het tegengaan van recidive (Nederlandse Zorgautoriteit, 2015). De zorg buiten de penitentiaire inrichting wordt ingekocht door het gevangeniswezen. Problematische justitiabelen die (nog) niet buiten detentie geplaatst kunnen worden verblijven in een van de vier Penitentiaire Psychiatrische Centra (PPC's).

- De wet is in december 2012 aangenomen door de Tweede Kamer en sinds februari 2013 in behandeling bij de Eerste Kamer (E.K. 32398-E tot en met M, 2013; 2014). De Eerste Kamer signaleerde in april 2014 enkele knelpunten, onder andere met betrekking tot de veiligheid in instellingen en verschillende rechtsposities van patiënten binnen een instelling.
- De stand van zaken is dat de vaste commissie voor Veiligheid en Justitie van de Eerste Kamer voornemens is om de behandeling van de wet verder aan te houden, teneinde een aantal voorliggende wetsvoorstellen voor onvrijwillige zorg gezamenlijk te behandelen. Zij acht de harmonisatie van de rechtsposities van groter belang dan een snelle inwerkingtreding van de Wet forensische zorg (E.K. 32398-L-M, 2015).
- ZonMw heeft in oktober 2014 de 'thematische wetsevaluatie gedwongen zorg' gepubliceerd (Legemaate, Ploem, Uit Beijerse et al., 2014). De voornaamste conclusie is dat de verschillende wettelijke regelingen onvoldoende op elkaar zijn afgestemd. De aanbevelingen uit het rapport leiden tot aanscherping van de wetteksten. Hierover wordt het veld in 2015 geconsulteerd en de Raad van State om advies gevraagd (E.K. 32398-L, 2015).

- De forensische zorg is intussen in 2015 sterk in beweging (Nederlandse Zorgautoriteit, 2015). Onderdelen van de wet zijn al in uitvoering. In 2015 zijn in totaal ongeveer 300 bedden ingekocht bij verschillende instellingen (dji.nl). In 2014-2017 wil men meer ambulante, laag beveiligde en minder hoog beveiligde klinische zorg realiseren, inkopen en differentiëren op kwaliteit en de continuïteit van zorg verbeteren. De nadruk ligt op efficiency en financiële besparingen (Nederlandse Zorgautoriteit, 2015).

Drugsontmoedigingsbeleid in penitentiaire inrichtingen

Er geldt sinds 2009 een drugsontmoedigingsbeleid in het gevangeniswezen, waarin wordt gestreefd naar een drugsvrije omgeving voor justitiabelen (dji.nl; T.K. 24587-607, 2014).

- Het streven is de aanwezigheid van drugs tegen te gaan met:
  - Toegangscontrole bij iedereen die een inrichting binnenkomt.
  - Controle op de invoer en aanwezigheid van drugs door celinspecties, fouillering en de inzet van drugshonden.
  - Bij alle gedetineerden worden steekproefsgewijs en in bepaalde gevallen urinecontroles uitgevoerd.
  - Bezoekersruimten van gesloten inrichtingen moeten zo zijn ingericht dat er goed toezicht is op de justitiabele en het bezoek.
  - Bij een geconstateerde regelovertreding moet altijd een sanctie volgen (er zijn standaardsancties maar er is ruimte voor individueel maatwerk).
- Het drugsontmoedigingsbeleid is in 2014 geëvalueerd. Dit heeft geleid tot de conclusie dat het beleid zal worden voortgezet, maar met bijstellingen (T.K. 24587-607, 2014):
  - De interpretatie van de uitslagen van de urinecontroles is veranderd (een andere systematiek, minder vals positieve uitslagen).
  - Er is een handelingskader bij gekomen voor de sanctionering.
  - De speekseltest op recent gebruik van drugs is ingevoerd - die dient echter alleen als voorselectiemiddel voor een urinecontrole.
  - Er is een beleidslijn gekomen voor maatwerk in de sanctionering (bijvoorbeeld in geval van incidentele terugval bij verslavingsproblematiek; hier werd verschillend mee omgegaan).
- Van de penitentiaire inrichtingen wordt verwacht dat zij uiterlijk medio 2015 een plan van aanpak opstellen voor de implementatie van het bijgestelde drugsontmoedigingsbeleid en de nieuwe beleidslijn voor sancties per 1 februari 2015 toepassen.

Beleid voor verslavingszorg in penitentiaire inrichtingen

Naast de bestrijding van de aanwezigheid van drugs gaat het drugsbeleid voor de penitentiaire inrichtingen er van uit dat de inrichting bijdraagt aan de bereidheid en de motivatie van gedetineerden om hulp te gaan zoeken bij hun problemen en toegeleid te worden naar zorgtrajecten en zorginstellingen. Wat betreft verslaafde gedetineerden betekent dit dat, waar dit haalbaar is, de detentieperiode optimaal wordt benut om ze naar zorg toe te leiden en zorg op maat te leveren. Ook op dit punt zijn verbeteringen voorgenomen (T.K. 24587-607, 2014).

- De in penitentiaire inrichtingen voorkomende verslavingsproblematiek, die nu vaak ongezien en onbehandeld blijft, moet vaker opgemerkt worden. De inrichting dient behandeling te stimuleren, samen te werken met de verslavingszorg en deze zorg te faciliteren. Penitentiaire inrichtingen moeten daarom afspraken maken met de verslavingszorginstellingen in hun regio (T.K. 24587-607, 2014). Daarbij staat voorop dat de gedetineerde zelf verantwoordelijk is voor zijn leefstijl en het al dan niet aanpakken van zijn verslavingsproblematiek. Van het personeel in de inrichtingen wordt een positieve en ondersteunende houding verwacht.
- Van de penitentiaire inrichtingen wordt verwacht dat ze medio 2015 een plan opstellen voor verbetering van de verslavingszorg in de inrichting.

- In 2015 zijn regionale kennisdagen over deze veranderingen georganiseerd door de Dienst Justitiële Inrichtingen. Elke inrichting heeft een contactpersoon 'middelen en verslaving' moeten aanwijzen en moet in 2014 geformuleerde eindtermen behalen op het punt van het drugsontmoedigingsbeleid en verslavingszorg.

De maatregel Inrichting voor Stelselmatige Daders (ISD)

De maatregel ISD kan door de rechter worden opgelegd aan daders van 18 jaar en ouder die een misdrijf hebben begaan waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten, in de vijf jaren daarvoor ten minste driemaal wegens een misdrijf onherroepelijk zijn veroordeeld[2], het nieuwe feit hebben begaan na tenuitvoerlegging van deze straffen of maatregelen en bij wie ernstig rekening moet worden gehouden met een nieuw misdrijf. De veiligheid van personen of goederen moet het opleggen van de maatregel eisen (zie art. 38m Sr). De maatregel duurt maximaal twee jaar.

- De Richtlijn voor strafvordering van de ISD is in 2014 aangepast. Bij de definitie van (zeer actieve) veelpleger en stelselmatige dader wordt nu uitgegaan van misdrijffeiten in plaats van processen-verbaal. De doelgroep is hiermee verbreed, waardoor meer 'zeer actieve veelplegers' in aanmerking komen voor de ISD (T.K. 31110-15, 2014).
- Onderzoek laat zien dat de ISD-maatregel (licht) effectief is in het terugdringen van criminele recidive (Tollenaar en Van der Laan, 2013; 2014, zie §12.3).
- De maatregel wordt niet optimaal benut (Kans, 2015). Slechts 8% van de zeer actieve veelplegers van 25 jaar en ouder en 2% van de jongvolwassen zeer actieve veelplegers (18-24 jaar) krijgt deze maatregel opgelegd (Pröpper et al., 2014).
- In 2014 is onderzocht waarom de maatregel ISD zo weinig wordt opgelegd bij de jongvolwassenen en hoe dit veranderd kan worden (Pröpper et al., 2014; zie ook §13.3). De onderzoekers wijzen verschillende oorzaken aan, zoals de beeldvorming over de ISD als laatste redmiddel, een onnodig stringente interpretatie van de wet, en de moeizame ketenbrede informatie-uitwisseling en samenwerking van voorfase tot en met nazorg.
- Op basis van dit onderzoek heeft de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie geconcludeerd dat de ISD voor de doelgroep de juiste sanctie zou zijn, niet als 'ultimum remedium' maar direct, als 'optimum remedium' (T.K. 31110-17, 2014). Omdat dit een nieuwe 'mindset' vraagt van de betrokken instanties én om onjuiste beeldvorming tegen te gaan is in 2015 voorlichting gegeven over de mogelijkheden van de ISD. Ook zijn pilots voorgenomen met vaste casusregisseurs die de jongvolwassene gedurende het hele ISD-traject volgen (Kans, 2015).
- Uit onderzoek in 2014 is gebleken dat verlenging van de ISD-maatregel in termen van kosten en baten gunstig zou kunnen uitpakken (aannemende dat er een effect zal zijn op recidive) (Van Zutphen, Goderie & Janssen, 2014; zie ook §12.3). Naar aanleiding hier van heeft de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie zich voorgenomen om de juridische mogelijkheden van een verlenging te verkennen (T.K. 31110-16, 2014).

Verslavingsreclassering

De verslavingsreclassering begeleidt gedetineerden die verslaafd zijn, tijdens en na hun straf.

- De samenwerking tussen de reclassering en het gevangeniswezen is recent geïntensiveerd.
- De reclassering levert haar producten nu ook in de penitentiaire inrichting en werkt samen met het gevangeniswezen bij de terugkeer van de gedetineerden in de samenleving (svg.nl).

2 Tot een vrijheidsbenemende straf of maatregel, een vrijheidsbeperkende maatregel of een taakstraf dan wel dat bij onherroepelijke strafbeschikking een taakstraf is opgelegd. Deze straf moet ten uitvoer zijn gelegd.

3. Cannabis

3.1	Laatste feiten en trends	▶ pagina 074
3.2	Gebruik: algemene bevolking	▶ pagina 075
3.3	Gebruik: jongeren	▶ pagina 079
3.4	Problematisch gebruik	▶ pagina 087
3.5	Gebruik: internationale vergelijking	▶ pagina 089
3.6	Hulpvraag en incidenten	▶ pagina 094
3.7	Ziekte en sterfte	▶ pagina 100
3.8	Aanbod en markt	▶ pagina 102

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 verkruimelde cannabis. Het kan ook zonder tabak of via een verdamper gerookt worden en gegeten in de vorm van spacecake, maar dat komt minder voor. Consumenten ervaren cannabis meestal als rustgevend, ontspannend en geestverruimend. In 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) (§ 3.7 en § 3.8). Nederwiet bevat nauwelijks CBD, hasj uit het buitenland meer.

Dit hoofdstuk gaat over hasj en wiet samen (tenzij anders aangegeven) en over het gebruik van cannabis als illegale drug. Naast dit illegaal gebruik is cannabis in Nederland erkend als medicijn voor een beperkt aantal ziektes. In maart 2015 maken ongeveer 1.200 patiënten hier gebruik van (zie § 2.1.4; Brunt et al., 2014). Naast hasj en wiet zijn in de afgelopen jaren ook synthetische cannabinoïden (zoals 'Spice') op de markt gekomen, stoffen die de werking van cannabis nabootsen (zie Hoofdstuk 7).

Cannabis staat op lijst II van de Opiumwet. Op 26 maart 2013 heeft het kabinet een ontwerp wetswijziging naar de Raad van State gestuurd voor plaatsing van 'hennep en hasjiesj' met 15% of meer THC op lijst I van de Opiumwet. Deze beoogde wijziging vindt plaats vanuit het oogpunt van de volksgezondheid, vooral van jonge mensen (Van Laar et al., 2015). Ook verwacht het kabinet dat deze maatregel een generaal preventief effect zal hebben op de productie en export van cannabis, vanwege de hogere strafbedreiging die voor lijst I middelen geldt waarmee de criminele ondernemer een wezenlijk hoger risico gaat lopen (StatenGeneraal 33593 A1;). Het wetsvoorstel is nog in behandeling. Per 1 januari 2013 is het gedoogbeleid voor coffeeshops landelijk aangescherpt door de toegang tot coffeeshops te beperken tot ingezetenen van Nederland (zie § 2.1.3). Daarnaast zijn op 12 november 2014 handelingen ter voorbereiding of vergemakkelijking van illegale hennepteelt strafbaar gesteld in een nieuw artikel 11a in de Opiumwet. De aangepaste wet is op 1 maart 2015 in werking getreden (Stb. 2014, 444; zie § 2.1.2).

3.1 Laatste feiten en trends

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

- In 2014 had een kwart van de algemene bevolking van 15-64 jaar ooit in het leven cannabis gebruikt en een op de twintig inwoners was een actuele cannabisgebruiker (§ 3.2).
- Vergeleken met het Europese gemiddelde, ligt het percentage recente cannabisgebruikers in Nederland iets hoger. Van de EU-15 ligt alleen in Spanje en Frankrijk het gebruik hoger (§ 3.5).
- Het cannabisgebruik onder scholieren van het reguliere voortgezet onderwijs daalde tussen 2003 en 2013, met een stabilisering tussen 2007 en 2011 (§ 3.3).

- Het aantal primaire cannabiscliënten in de verslavingszorg steeg tot 2011 en is tot 2014 gestabiliseerd (§ 3.6).
- Algemene ziekenhuizen registreerden van 2011 naar 2012 eveneens geen verdere toename van het aantal opnames waarbij cannabismisbruik of afhankelijkheid een rol speelt (§ 3.6). Trendgegevens voor 2013 zijn vanwege wijzigingen in de registratie en rapportage niet beschikbaar.
- Cannabis-gerelateeerde gezondheidsincidenten zijn meestal van lichte aard en 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 meerderheid van de in Nederland geteelde cannabis (nederwiet) wordt volgens een schatting in 2014 geëxporteerd naar het buitenland (§ 3.8)
- Na aanscherping van de coffeeshopcriteria in 2012 wordt cannabis vaker via illegale verkooppunten aangeschaft (§ 3.8).
- Het gemiddelde THC-gehalte in de nederwiet die als meest populair wordt verkocht bleef in 2015 op het zelfde niveau als in 2014. De gemiddelde concentratie THC in de als meest sterk verkochte nederwiet nam in 2015 toe (§ 3.8).
- Na een geleidelijke prijsstijging tussen 2006 en 20013 bleef de prijs voor een gram nederwiet in 2014 en 2015 op het zelfde niveau (§ 3.8).

3.2 Gebruik: algemene bevolking

Na een landelijk afstemmingstraject van leefstijlmonitoren (Kramers et al., 2012), komen vanaf 2014 jaarlijks cijfers over drugsgebruik in de algemene bevolking beschikbaar uit de Gezondheidsenquête/ Leefstijlmonitor uitgevoerd door het CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut. De methode van gegevensverzameling in de peiling van 2014 verschilt echter van de voorgaande peiling, het Nationaal Prevalentie Onderzoek (NPO) 2009, dat qua methode ook weer verschilde met eerdere NPO peilingen in 1997, 2001 en 2005 (Rodenburg et al., 2007; Van Rooij et al., 2011; Morren en Willems, 2015). Daarom moeten de gegevens uit de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor 2014 gezien worden als een nieuwe nulmeting en het is niet mogelijk om met zekerheid vast te stellen of het gebruik van drugs vergeleken met de laatste peiling in 2009 is toegenomen of afgenomen.

Van alle drugs wordt cannabis het meest gebruikt

- Ongeveer een kwart (24,3%) van de bevolking van 15 tot en met 64 jaar rapporteerde in 2014 ooit in het leven wel eens cannabis (hasj en wiet) te hebben gebruikt. Omgerekend naar de bevolking bedroeg het aantal ooitgebruikers van cannabis ongeveer 2,7 miljoen ooitgebruikers (95% betrouwbaarheidsinterval 2,5-2,8 miljoen).
- De meeste mensen zijn hier blijkbaar ook weer mee gestopt, want het recent en actueel gebruik liggen beduidend lager:
  - Van de respondenten heeft 8% in het jaar voor de peiling cannabis geconsumeerd (recent gebruik). Omgerekend naar de bevolking bedroeg het aantal recente gebruikers ongeveer 870 duizend recente gebruikers (95% betrouwbaarheidsinterval 790-960 duizend).
  - Een op de twintig (4,6%) heeft in de afgelopen maand (actueel) gebruikt. Omgerekend naar de bevolking bedroeg het aantal actuele gebruikers van cannabis in 2014 510 duizend gebruikers (95% betrouwbaarheidsinterval 450-580 duizend).

Tabel 3.1 Gebruik van cannabis in Nederland onder mensen van 15-64 jaar. Peiljaren 1997, 2001, 2005, 2009[I] en 2014[I]

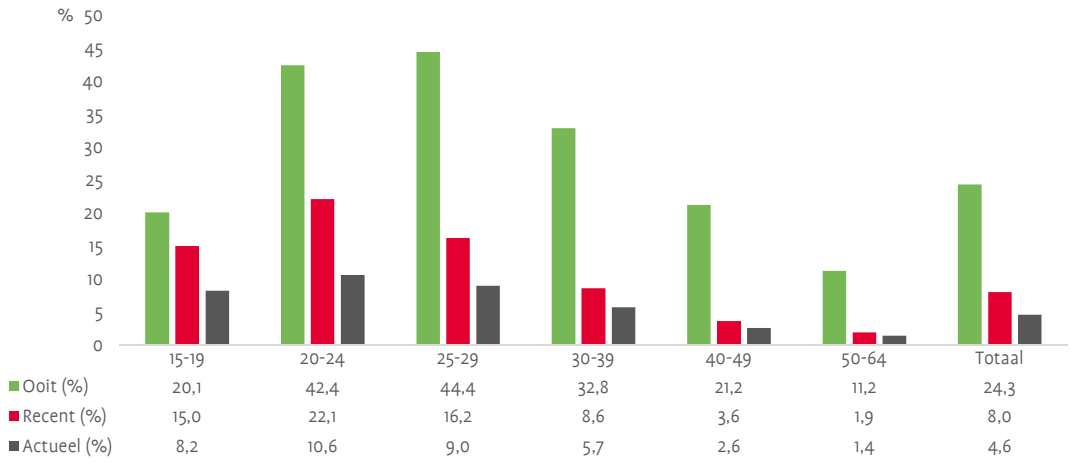
	1997 (%)	2001 (%)	2005 (%)	Wijziging methode[I]	2009[I] (%)	Wijziging methode[I]	2014[I] (%)
Ooitgebruik	19,1	19,5	22,6	…	25,7	…	24,3
• Mannen	24,5	23,6	29,1		32,9		29,6
• Vrouwen	13,6	15,3	16,1		18,4		19,0
Recent gebruik[II]	5,5	5,5	5,4	…	7,0	…	8,0
• Mannen	7,1	7,2	7,8		9,8		10,5
• Vrouwen	3,8	3,8	3,1		4,2		5,4
Actueel gebruik[III]	3,0	3,4	3,3	…	4,2	…	4,6
• Mannen	4,2	4,8	5,2		6,3		7,1
• Vrouwen	1,8	1,9	1,5		2,0		2,1
Heeft voor het eerst in het afgelopen jaar gebruikt	1,4	1,1	1,3	…	1,2	…	-
Gemiddelde leeftijd van de recente gebruikers[II]	27,3 jaar	28,3 jaar	30,5 jaar	…	-	…	29,3 jaar

Aantal respondenten: 17.590 (1997), 2.312 (2001), 4.516 (2005), 5.769 (2009), 5.867 (2014). … = Wijziging methode. - = Gegevens niet beschikbaar. I. In 2009 en 2014 is de onderzoeksmethode gewijzigd hetgeen waarschijnlijk van invloed is geweest op de uitkomsten (zie tekst). II. In het afgelopen jaar. III. In de afgelopen maand. Bron: NPO, IVO/CBS, Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2014 (Van der Pol en Van Laar, 2015).

Leeftijd en geslacht

- Meer mannen dan vrouwen gebruiken cannabis (tabel 3.1). Dit verschil komt vooral tot uiting in regelmatigere gebruikspatronen. Het verschil tussen mannen en vrouwen is bijvoorbeeld groter voor actueel gebruik (7% versus 2%, factor 3,4) dan voor ooitgebruik (30% versus 19%, factor 1,6).
- Consumptie van cannabis komt het meest voor onder jongeren en jongvolwassenen (figuur 3.1).
  - Twintigers hebben het vaakst ervaring met cannabis (42% onder 20-24-jarigen en 44% onder 25-29-jarigen), gevolgd door dertigers (33%). Het ooitgebruik is met 20% onder 15-19-jarigen aanzienlijk lager (figuur 3.1).
  - Dit verschil is kleiner wanneer gekeken wordt naar recent gebruik, dat het hoogst is onder 20-24 jarigen (22%), gevolgd door de leeftijdsgroep 15-19 (15%) en 25-29 jaar (16%) (figuur 3.1). Het percentage actuele gebruikers ontloopt elkaar in deze leeftijdsgroepen nog minder, met 8% onder de 15-19-jarigen, 11% onder de 20-24-jarigen en 9% onder de 25-29-jarigen.
  - Onder de hogere leeftijdsgroepen gebruiken naar verhouding nog maar weinig mensen cannabis. Van de 50-64-jarigen is minder dan 2% een recente- of actuele gebruiker.

Figuur 3.1 Cannabisgebruikers in Nederland per leeftijdsgroep, peiljaar 2014



	15-19	20-24	25-29	30-39	40-49	50-64	Totaal
Ooit (%)	20,1	42,4	44,4	32,8	21,2	11,2	24,3
Recent (%)	15,0	22,1	16,2	8,6	3,6	1,9	8,0
Actueel (%)	8,2	10,6	9,0	5,7	2,6	1,4	4,6

Percentage gebruikers ooit, recent (laatste jaar) en actueel (laatste maand) per leeftijdsgroep. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2014 (Van der Pol en Van Laar, 2015).

Opleidingsniveau

Hoogopgeleide personen (32%) hebben twee keer zo vaak ervaring met cannabisgebruik dan laagopgeleiden (17%). Middelbaaropgeleiden zitten daar met 23% tussenin (tabel 3.2).

- Verschillen tussen opleidingsniveaus zijn klein voor recent gebruik en er is geen (significant) verschil in actueel cannabisgebruik (tabel 3.2).
- Frequent gebruik komt echter vaker voor onder laagopgeleiden. Van de actuele gebruikers is het percentage dagelijkse blowers 44% onder laagopgeleiden versus 24% onder zowel middelbaar- en hoogopgeleiden.

Stedelijkheid

- Consumptie van cannabis komt meer voor in grote steden dan elders (tabel 3.2). In zeer stedelijke gebieden ligt het percentage ooit-, recente- en actuele gebruikers ongeveer 2 tot 3 keer hoger dan in de rest van Nederland.
- Op het platteland is het percentage cannabisgebruikers het laagst. Zo heeft in (zeer) stedelijke gebieden bijna een derde (30%) van alle inwoners ervaring met cannabisgebruik, tegenover 17% in de weinig tot niet-stedelijke gebieden.
- Het percentage actuele gebruikers in (zeer) stedelijke gebieden (6%) ligt 1,5 keer hoger dan in matig stedelijke gebieden (4%) en 2,5 keer hoger dan op het platteland (2,5%).

Tabel 3.2 Gebruik van cannabis naar opleidingsniveau en stedelijkheid, peiljaar 2014

(15-64 jaar)	Ooit (%)	Recent (%)	Actueel (%)
Opleidingsniveau[I]			
Laagopgeleid	16,7	6,7	4,7
Middelbaaropgeleid	23,3	7,8	5,0
Hoogopgeleid	32,0	9,4	4,3
Stedelijkheid[II]			
(Zeer) sterk stedelijk	30,3	10,7	6,3
Matig stedelijk	21,8	6,3	4,0
Weinig/niet stedelijk	16,6	4,9	2,5

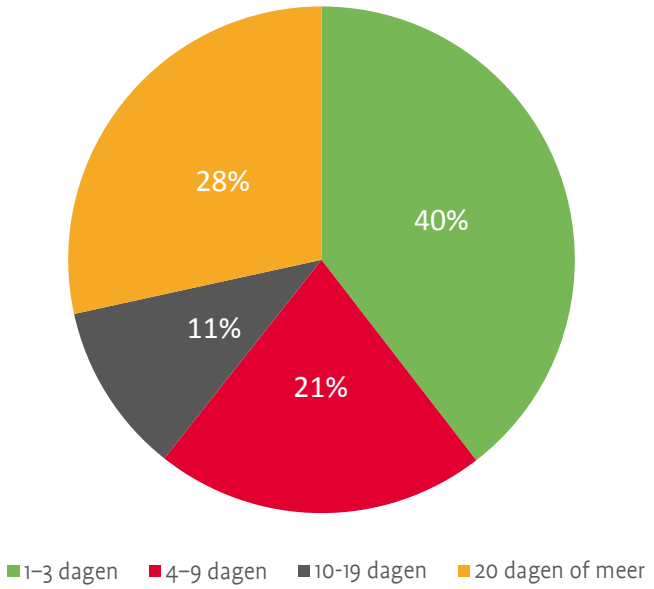
Percentage gebruikers ooit in het leven, recent (laatste jaar) en actueel (laatste maand). I. Opleidingsniveau: 15-24 jaar hoogst gevolgd niveau, 25 en ouder hoogst behaald niveau: Laagopgeleid = basisonderwijs, LBO, MAVO,VMBO; Middelbaaropgeleid = MBO, HAVO, VWO; Hoogopgeleid = HBO of universiteit. 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, 2014 (Van der Pol en Van Laar, 2015).

Mate van consumptie

- (Bijna) dagelijks gebruik kwam voor onder 28% van de actuele gebruikers. Dat zijn omgerekend 140.000 mensen (afgerond op tienduizendtallen). Dagelijks gebruik is een risicofactor voor problematisch cannabisgebruik, zoals cannabisverslaving.
- Cannabis wordt doorgaans met tabak gerookt in joints (blowen). Ruim de helft (53%) van de actuele gebruikers nam niet meer dan 1 joint op een 'typische blowdag', 18% rookte 2 joints, 10% rookte 3 joints en 15% gebruikte meer dan 3 joints.
- Wiet is veruit de meest favoriete cannabisvariant. Ruim twee derde (69%) van de actuele gebruikers rookt meestal wiet, 17% meestal hasj en 14% geeft aan beide even vaak te gebruiken.
- Uit eerder Europees onderzoek, waaraan ook Nederlandse cannabisgebruikers mee deden, kwam naar voren dat met de frequentie van gebruik, het aantal joints per 'typische blowdag' en de hoeveelheid cannabis die gebruikers in een joint[1] 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 blowen. 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).

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

Figuur 3.2 Frequentie cannabisgebruik in de afgelopen maand



Percentage actuele gebruikers naar frequentie van gebruik (dagen in afgelopen maand). Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2014 (Van der Pol en Van Laar, 2015).

3.3 Gebruik: jongeren

Scholieren van het regulier onderwijs

Het gebruik van cannabis onder scholieren wordt in verschillende studies gemonitord. 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 2011 verricht (Verdurmen et al., 2012). De Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-studie, uitgevoerd door de Universiteit Utrecht, het Trimbos-instituut en het Sociaal en Cultureel Planbureau, verzamelt onder auspiciën van de WHO gegevens over gezondheidsgedrag, waaronder cannabisgebruik, onder schoolgaande jongeren van 11-16 jaar. Nederland heeft in 2001, 2005, 2009 en 2013 deelgenomen (De Looze et al., 2014). De onderwerpen en vraagstellingen in beide studies overlappen deels. Zo meet de HBSC-studie in tegenstelling tot de Peilstationsonderzoeken alleen het gebruik van cannabis en niet van andere drugs (cocaïne, ecstasy, amfetamine, heroïne). In komende jaren zullen in het kader van de integratie van leefstijlmonitoren de verschillende jeugdmonitors op elkaar worden afgestemd (Kramers et al., 2012).

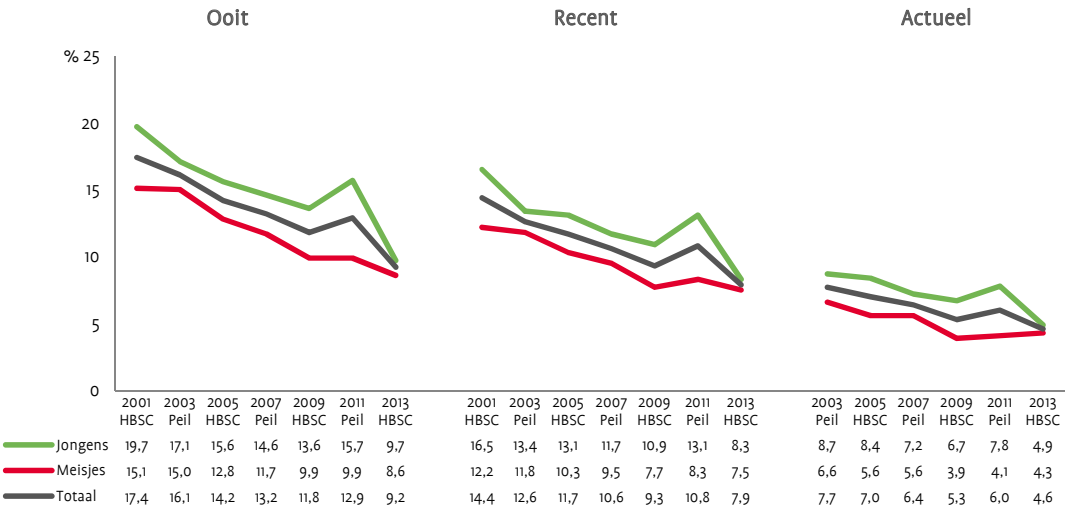
Voor het beschrijven van recente trends tot en met 2013 zijn gegevens van beide onderzoeken gecombineerd, die via een vergelijkbare vraagstelling zijn verkregen. Voor de vergelijkbaarheid tussen beide onderzoeken zijn voor deze trends alleen de scholieren van 12-16 jaar in de eerste tot en met vierde klas van het voortgezet onderwijs geselecteerd. Voor gegevens over leeftijd, geslacht, mate van gebruik, plaats van aankoop en rol van de ouders, worden de meest recente gegevens gepresenteerd uit één of beide bronnen.

Trends

Het cannabisgebruik onder scholieren van 12-18 jaar vertoont sinds eind jaren tachtig een forse stijging tot midden jaren negentig. Sindsdien is er met enige fluctuaties een globaal dalende trend waarneembaar.

- Volgens de Peilstationsonderzoeken steeg het percentage leerlingen van het voortgezet onderwijs van 12-18 jaar dat ervaring had met cannabis van 9% in 1988 naar 22% in 1996 en daalde vervolgens naar 17% in 2007. In 2011 bleef het ooitgebruik op dit niveau.
- Het percentage actuele gebruikers vertoonde min of meer dezelfde trend: een toename van 4% in 1988 naar 11% in 1996, met een geleidelijke daling naar 8% in 2011 (Verdurmen et al., 2012).
- Trends van 2001-2013 zijn gebaseerd op de gecombineerde gegevens van de HBSC studie en het Peilstationsonderzoeken, voor scholieren van 12-16 jaar in de eerste tot en met vierde klas van het voortgezet onderwijs.
- Figuur 3.3 laat zien dat de dalende trend onder scholieren van 12-16 jaar zich in 2013 voortzet. Verschillen tussen 2003 en 2013 zijn statistisch significant. Had in 2003 nog 16% van de scholieren van 12-16 jaar ervaring met cannabis, in 2013 was dit afgenomen naar 9%. Voor het actuele gebruik werd een daling van 8% naar 5% gevonden.
- Tussen 2011 en 2013 was de daling in het ooitgebruik, recent en actueel gebruik statistisch significant voor de totale groep scholieren en voor de jongens, maar niet voor de meisjes.
- Het verschil tussen jongens en meisjes in cannabisgebruik is variabel over de verschillende meetmomenten. In 2013 verschilde het gebruik tussen jongens en meisjes niet (meer).

Figuur 3.3 Gebruik van cannabis onder scholieren van het voortgezet onderwijs van 12-16 jaar, HBSC (2001, 2005, 2009, 2013) en Peilstationsonderzoek (2003, 2007, 2011)



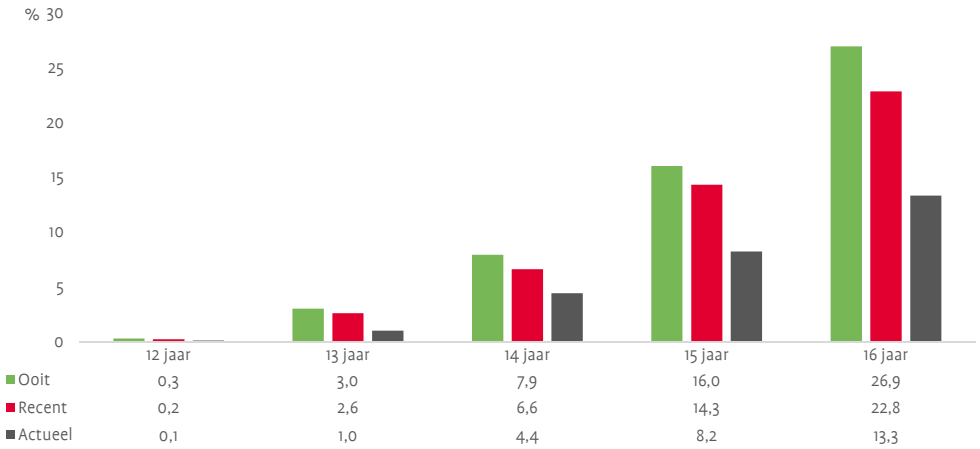
	2001 HBSC	2003 Peil	2005 HBSC	2007 Peil	2009 HBSC	2011 Peil	2013 HBSC	2001 HBSC	2003 Peil	2005 HBSC	2007 Peil	2009 HBSC	2011 Peil	2013 HBSC	2003 Peil	2005 HBSC	2007 Peil	2009 HBSC	2011 Peil	2013 HBSC
Jongens	19,7	17,1	15,6	14,6	13,6	15,7	9,7	16,5	13,4	13,1	11,7	10,9	13,1	8,3	8,7	8,4	7,2	6,7	7,8	4,9
Meisjes	15,1	15,0	12,8	11,7	9,9	9,9	8,6	12,2	11,8	10,3	9,5	7,7	8,3	7,5	6,6	5,6	5,6	3,9	4,1	4,3
Totaal	17,4	16,1	14,2	13,2	11,8	12,9	9,2	14,4	12,6	11,7	10,6	9,3	10,8	7,9	7,7	7,0	6,4	5,3	6,0	4,6

Percentage gebruikers ooit in het leven (links), in het laatste jaar (recent) en in de laatste maand (rechts). Gegevens over actueel gebruik (in de laatste maand) zijn niet beschikbaar voor 2001. Bronnen: HBSC (2001, 2005, 2009, 2013), Peilstationsonderzoek scholieren (2003, 2007, 2011), (De Looze et al., 2014).

Leeftijd

- Bij scholieren neemt het gebruik van cannabis toe met de leeftijd (figuur 3.4). Maar weinig leerlingen van twaalf jaar hadden in 2013 ervaring met cannabis (0,3%). Op zestienjarige leeftijd had ruim een op de vier scholieren wel eens cannabis gebruikt (27%). Een op de acht zestienjarigen was een actuele gebruiker (13%).
- Vergeleken met 2003 is het percentage scholieren dat ervaring heeft met cannabisgebruik in alle leeftijdsgroepen tussen 12 en 16 jaar gedaald.
- Het percentage scholieren dat op zeer jonge leeftijd (14 jaar) al ervaring heeft met cannabis daalde met meer dan de helft van 19% in 2003 naar 8% in 2013.
- 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 3.4 Gebruik van cannabis onder scholieren (12-16 jaar) van het voortgezet onderwijs naar leeftijd. Peiljaar 2013



Percentage gebruikers ooit in het leven, in het laatste jaar (recent) en in de laatste maand (actueel). Bron: HBSC 2013 (De Looze et al., 2014)

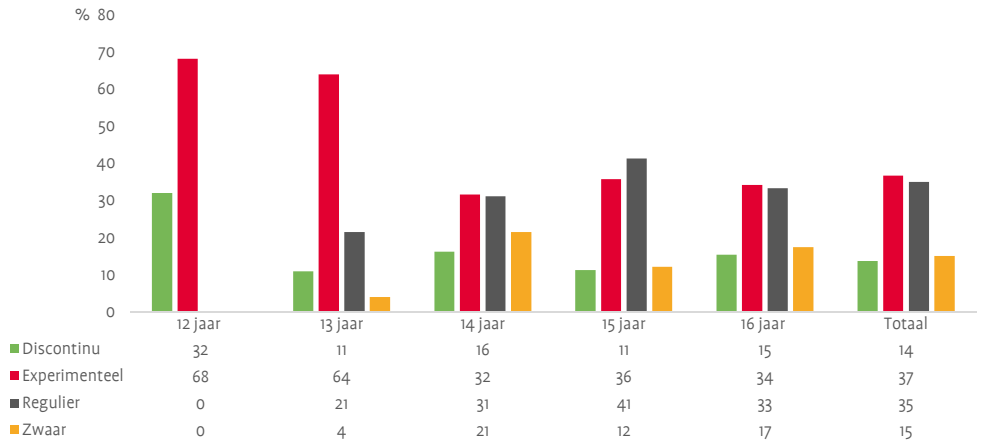
Blowen onder schooltijd

- In het Peilstationsonderzoek in 2011 is gevraagd of jongeren wel eens blowen onder schooltijd. Bijna een op de drie scholieren (31%) die in de afgelopen maand cannabis hadden gebruikt, blowde wel eens onder schooltijd (tussenuren of pauze) (Verdurmen et al., 2012). Dit is 3% van alle scholieren.
- Jongens en meisjes verschilden hierin weinig (respectievelijk 32% en 29% van de actuele gebruikers).
- Onderzoek onder Amsterdamse scholieren bevestigt dit beeld (Nabben et al., 2012). Van de oudere scholieren (gemiddeld 15 jaar) in de voorlaatste klassen van het voortgezet onderwijs, blowde 43% van de actuele cannabisgebruikers wel eens onder schooltijd. Onder derdeklassers (gemiddeld 14 jaar) is dat lager: 19% van de actueel cannabis gebruikende derdeklassers blowde wel eens onder schooltijd.

Frequentie van gebruik

- In de HBSC studie van 2013 was 14% van de scholieren van 12-16 jaar die ooit cannabis hadden gebruikt daar al weer mee gestopt, althans, zij hadden niet in het afgelopen jaar of maand geblowd (discontinue gebruikers) (figuur 3.5).
- Ruim een op de drie (37%) ooitgebruikers had een of twee keer geblowd in het afgelopen jaar (experimenteerder) en eveneens een op de drie (35%) werd gedefinieerd als regulier gebruiker (3-29 keer blowen in afgelopen jaar); 15% was een zware gebruiker (30 keer of meer blowen in het afgelopen jaar) (De Looze et al., 2014).
- Jongens waren vaker een zware gebruiker van cannabis dan meisjes (respectievelijk 21% en 8% van de ooitgebruikers).
- Onder 12- en 13-jarigen zijn relatief meer experimenteerders en minder reguliere- en zware gebruikers vergeleken met de hogere leeftijdsgroepen.

Figuur 3.5 Frequentie van cannabisgebruik onder ooitgebruikers naar leeftijdsgroep. Peiljaar 2013



	12 jaar	13 jaar	14 jaar	15 jaar	16 jaar	Totaal
Discontinu	32	11	16	11	15	14
Experimenteel	68	64	32	36	34	37
Regulier	0	21	31	41	33	35
Zwaar	0	4	21	12	17	15

Percentage van de leerlingen van 12-16 jaar dat ooit cannabis had gebruikt. Discontinue gebruiker: ooit in het leven, maar niet in afgelopen jaar. Experimenteerder: afgelopen jaar één of twee keer gebruikt. Reguliere gebruiker: afgelopen jaar 3-29 keer gebruikt. Zware gebruiker: afgelopen jaar 30 keer of meer gebruikt. Bron: Peilstationsonderzoek scholieren, Trimbos-instituut.

Schoolniveau en etnische afkomst

- Het gebruik van cannabis neemt toe naarmate het schoolniveau afneemt. In de HBSC studie van 2013 werden de grootste verschillen gevonden tussen VWO-leerlingen (1,8% actuele gebruikers) en VMBO leerlingen (5,7% en 6,6%, voor respectievelijk VMBO-b en VMBO-t). HAVO-scholieren namen met 4,1% actueel gebruikers een tussenpositie in tussen VWO-ers en VMBO-ers.
- In het algemeen is er geen sterke samenhang tussen etnische afkomst en het ooitgebruik van cannabis.[2] De HBSC studie in 2013 vond geen significante verschillen tussen allochtone en autochtone jongeren in het percentage recente en actuele cannabisgebruikers.
- Wel liet het Peilstationsonderzoek in 2011 zien dat Marokkaanse leerlingen vergeleken met de andere groepen statistisch significant minder ervaring hadden met het gebruik van cannabis (4%, versus 14% voor autochtoon Nederlandse, 22% voor Surinaamse en Antilliaanse en 8% voor Turkse leerlingen). Dit geldt ook voor het actuele gebruik (bijv. 1,4% onder Marokkaanse scholieren versus 7,3% onder autochtoon Nederlandse scholieren). Alleen de Marokkaanse leerlingen verschillen statistisch significant van de autochtone leerlingen, de andere etnische groepen laten geen statistisch significant verschil zien.

2 Voor de definitie van autochtoon en allochtoon: zie bijlage A.

- 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 cannabis gebruikende vrienden hebben.

Opvattingen van ouders

- In de HBSC-studie van 2013 zijn ook de opvattingen van ouders onderzocht (De Looze et al., 2014).
- Net als in 2011 vinden nagenoeg alle ouders dagelijks blowen onder de 16 jaar schadelijk. In 2013 vinden ook veel ouders, ruim negen op de tien (93%), af en toe cannabis gebruiken onder de 16 jaar schadelijk. Dat percentage is toegenomen ten opzichte van 2011 (84%).
- Ouders van jongere kinderen (12 jaar) vinden af en toe blowen vaker schadelijk voor het kind (96%) dan ouders van oudere kinderen (14-15 jaar; 92%).
- De meeste ouders (96%) vinden dat jongeren onder de 16 helemaal geen cannabis mogen gebruiken. Toch is 11% van de ouders het tegelijkertijd (helemaal) eens een tegengestelde stelling dat jongeren onder de 16 af en toe cannabis mogen gebruiken.
- Drie kwart (75%) van de ouders denkt dat hun maatregelen om te voorkomen dat hun kind cannabis gaat gebruiken effectief zijn. Dat is meer dan in 2007 (64%).

Cannabis en probleemgedrag

Cannabisgebruik komt vaker voor bij scholieren en adolescenten die problemen hebben, zoals agressief en delinquent gedrag, schoolproblemen zoals spijbelen, schoolmotivatie en/of lage prestatie, ander drugsgebruik en psychosociale problemen (Monshouwer et al., 2006; Verdurmen et al., 2005; Ter Bogt et al., 2009; Van Gastel et al., 2012; Van Gastel et al., 2012). Cannabisgebruik is een indicator voor slechter psychosociaal functioneren, maar het verband wordt medebepaald door andere factoren zoals roken, het gebruik van alcohol of harddrugs, spijbelen, slechte schoolprestaties en schoolverzuim door ziekte (Van Gastel et al., 2012).
Cannabisgebruik lijkt zowel een rol te spelen als oorzaak en als gevolg van problemen (hoewel een gezamenlijke andere oorzaak niet kan worden uitgesloten (zie § 3.4).

- Cohortonderzoek laat zien dat regelmatig cannabisgebruik en gebruik op jonge leeftijd slechtere schoolprestaties en werkloosheid in de toekomst voorspelt (Fergusson et al., 2015; Danielsson et al., 2015).
- Andersom voorspellen gedragsproblemen op jonge leeftijd cannabisgebruik in de adolescentie. Dit suggereert dat deze groep eerder geneigd is te gebruiken, bijvoorbeeld doordat zij ook impulsiever zijn en de gevolgen van hun gedrag niet goed overzien ('sensation seeking'), of jongeren cannabis gebruiken om rustiger te worden en storende gedachten te bannen (zelfmedicatie) (Griffith Lendering, 2015).
- Psychische problemen, zoals teruggetrokken gedrag, angstklachten en depressie voorspellen cannabisgebruik echter niet (Griffith Lendering, 2015), hoewel in eerder cross-sectionele studies jongeren die ooit (en op jongere leeftijd) cannabis gebruikten wel vaker gevoelens van hopeloosheid rapporteerden (Malmberg et al., 2010).
    - Dat angsten en depressies cannabisgebruik niet voorspelden kan te maken hebben met de jonge leeftijd van de onderzochte groep. Misschien dat dit pas later in de adolescentie een rol gaat spelen (Griffith Lendering, 2015).
- Een andere studie laat zelfs zien dan jongeren met sociale angst juist minder kans hebben cannabis te gaan gebruiken, omdat ze minder omgang met leeftijdsgenoten hebben (Nelemans et al., 2015).

Plaats van aankoop

In het Peilstationsonderzoek van 2011 is gevraagd waar jongeren hun cannabis verkrijgen (Verdurmen et al., 2012).

- Bijna vier op de tien (37%) actuele gebruikers gaf aan de cannabis van vrienden te krijgen zonder het zelf te hoeven kopen (tabel 3.3). Een vergelijkbaar percentage (39%) kocht de cannabis (ook) wel eens in een coffeeshop, of liet de cannabis daar kopen, 18% kocht de cannabis wel eens bij een (huis) dealer. Tussen de 7% en 13% van de actuele gebruikers kocht de cannabis bij iemand anders thuis, op straat, in het park, of rond school.
- Meer meisjes dan jongens verkregen cannabis via vrienden zonder het zelf te hoeven kopen; jongens kochten vaker in coffeeshops dan meisjes.
- Een aanzienlijk deel (38%) van de blowende scholieren tot en met 17 jaar zei in 2011 de cannabis te hebben gekocht in een coffeeshop, meer jongens dan meisjes (42% versus 27%). Dit is opmerkelijk omdat de leeftijdsgrens voor toegang tot een coffeeshop 18 jaar is. Onbekend is in hoeverre deze jongeren zelf de cannabis hebben aangekocht in een coffeeshop of dit door anderen hebben laten doen. Van de scholieren van 14-18 jaar die het afgelopen jaar cannabis hadden gebruikt, was bekend dat 17% wel eens zelf de cannabis in een coffeeshop heeft gekocht.
- Het percentage dat wel eens cannabis kocht in een coffeeshop lag het hoogst onder scholieren van 18 jaar en ouder. Bijna driekwart van de actuele gebruikers in deze groep (75%) maakte gebruik van een coffeeshop.
- De wijze waarop jongeren in 2011 aan hun cannabis kwamen verschilt niet veel van die in de peiling van 2007 (Monshouwer et al., 2008).

Tabel 3.3 Wijze van verkrijgen van cannabis door scholieren van 12-18 jaar die de afgelopen maand cannabis hebben gebruikt, naar leeftijdsgroep en geslacht. Peiljaar 2011

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

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

Speciale groepen jongeren en jongvolwassenen

In bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen is het gebruik van cannabis eerder regel dan uitzondering. Tabel 3.4 vat de resultaten samen van uiteenlopende onderzoeken, zowel lokale als landelijke 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.

Uitgaande jongeren en jongvolwassenen

De Antenne-monitor volgt het middelengebruik in verschillende groepen jongeren en jongvolwassenen in het Amsterdamse uitgaansleven, zoals coffeeshops, cafés, trendy clubs en raves. Raves zijn "door verschillende organisaties en (vrienden)groepen georganiseerde (quasi)illegale feesten op alternatieve locaties" (Nabben et al., 2014).

- In 2013 signaleerden sleutelfiguren dat blowen in het Amsterdamse uitgaansleven op zijn retour is, met name in clubs. Het animo is minder vanwege een strenger rookbeleid en het imago lijkt tanende, behalve op urban feesten. Verder signaleren sommigen, zoals bij de e-sigaret voor tabak, een overstap van jointrokers op geavanceerde pijpjes en vaporizers, waarmee cannabis zonder tabak wordt gebruikt. Op raves en buitenfestivals gaan (net als in de populaire parken en stadstranden) meer joints rond dan in clubs en cafés (Nabben et al., 2014). In 2014 werd door de sleutelfiguren de dalende populariteit van cannabis nog eens bevestigd (Benschop et al., 2015).
- Deze observaties komen overeen met de Antenne 2013 survey onder clubbers en ravers: hoewel het percentage actuele blowers vrij stabiel is op 48% (40% van de clubbers en bijna 60% van de ravers), halveerde zowel het percentage dat gebruikte tijdens het uitgaan (van 31% naar 16%) als het aandeel riskante gebruikers (dagelijks gebruik of een paar keer per week meer dan één joint) dat daalde van 18% naar 8%.
- Onder de Amsterdamse cafébezoekers steeg het percentage dat in de afgelopen maand cannabis had gebruikt van 23% in 2010 naar 30% in 2014 (Benschop et al., 2015). Het percentage dat tijdens het cafébezoek cannabis had gebruikt daalde in deze periode echter van 6% in 2010 naar 1% in 2014.

Ook het uitgaansonderzoek van GGD Haaglanden combineert panelinterviews met een survey onder jongeren (van Dijk en Reinerie, 2015). Ook in dit panel worden Shisha en verdampers om cannabis te roken genoemd als nieuwe ontwikkeling en er wordt gesteld dat cannabis zowel hoort bij het uitgaan als bij het dagelijkse leven daarbuiten. Redenen om te blowen variëren van verveling, het lekkere gevoel, vluchten voor de werkelijkheid of onderdrukken of bevorderen van stimulerende drugs.

- In de survey met 1.309 deelnemers tussen 12-35 jaar op vier Haagse locaties heeft 83% ooit hasj of wiet gebruikt. Dat is vier op de tien (42%) in afgelopen maand; 50% onder mannen, 30% vrouwen.
- De gemiddelde leeftijd waarop jongeren voor het eerst hasj of wiet gebruiken is 17 jaar. Bij mannen is de mediane leeftijd met 14 jaar lager dan bij vrouwen (16 jaar).
- Actuele gebruikers roken gemiddeld 1,5-2 joints op een 'blowdag', de mediaan is 1.

Het Grote Uitgaansonderzoek 2013 was een online survey naar middelengebruik en risicogedrag onder 3.335 (frequente) bezoekers van party's, festivals en clubs van 15 tot en 35 jaar met een gemiddelde leeftijd van 23 jaar (Goossens et al., 2013). De respondenten vormen geen representatieve steekproef van alle uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Bijna de helft van de deelnemers (45%) bezocht maandelijks of vaker een party of festival, en tweederde had een voorkeur voor techno/hardhouse muziek.

- Een op de drie (33%) had in de afgelopen maand geblowd. Van degenen die in het afgelopen jaar cannabis had gebruikt, deed 54% dat minimaal eens per maand, ongeveer de helft daarvan gebruikte eens per week of vaker.

- 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.
- Cannabisgebruik kwam vaker voor naarmate mensen vaker party's bezochten, jonger waren, uit meer stedelijk gebied kwamen, lageropgeleid waren, en bij mannen. Daarnaast rapporteerden party/clubbezoekers en lageropgeleiden een hogere frequentie en hoeveelheid van cannabisgebruik dan frequente kroegbezoekers en HBO/WO geschoolden.

Tabel 3.4 Actueel gebruik van cannabis in speciale groepen

	Locatie	Peiljaar	Leeftijd (jaar)	Actueel gebruik (%)
Uitgaande jongeren en jongvolwassenen				
Bezoekers van party's, festivals en clubs[I]	Landelijk	2013	Gemiddeld 23	33
Bezoekers van trendy clubs	Amsterdam	2008	Gemiddeld 25	39
Cafébezoekers[II]	Amsterdam	2010	Gemiddeld 27	23
		2014	Gemiddeld 27	30
Bezoekers van clubs en raves[III]	Amsterdam	2013	Gemiddeld 24	48
Uitgaanders	Den Haag	2014	Gemiddeld 24	42
Probleemgroepen				
Jongeren in de residentiële jeugdzorg	Landelijk	2008	Gemiddeld 15	34%
Jongeren (alleen jongens) in justitiële jeugdinrichtingen[IV]	Landelijk	2009	Gemiddeld 16	65%
Dakloze jongeren	G4	2011	Gemiddeld 20	63%
(Voormalig) dakloze jongeren	G4	2013	Gemiddeld 22	54%
Jongeren in de jeugdzorg	Amsterdam	2012	Gemiddeld 16,3	29%
Kwetsbare jongeren[V]	Rotterdam	2009	14 - 17	29%

Percentage actuele gebruikers (laatste maand) per groep. De cijfers in deze tabel zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. 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 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). IV. Gebruik in de maand voorafgaand aan het verblijf in een justitiële jeugdinrichting (JJI). Gegevens zijn verzameld in tien van de twaalf JJI's. V. Niet-schoolgaande jongeren (zwerfjongeren, frequente spijbelaars, vroegtijdige schoolverlaters) die zijn geworven via verschillende (maatschappelijke en hulpverlenings) instanties, politie en schoolopvangvoorzieningen.
Bronnen: Het Grote Uitgaansonderzoek 2013 (Goossens et al., 2013), Bonger Instituut voor Criminologie, UvA: Antenne 2008 (Benschop et al., 2009); 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, Kepper et al., 2009b); Intraval (Bieleman et al., 2010b); Coda-G4 (Van Straaten et al., 2012; Van Straaten et al., 2014), IVO, UMC St Radboud.

Probleemgroepen

Onder hangjongeren, jongeren in justitiële jeugdinrichtingen en in de jeugdzorg, zwerfjongeren en spijbelaars zijn er relatief veel actuele cannabisgebruikers (3 tot 6 op de 10).

- In de jeugdzorg in Amsterdam daalde het percentage actuele blowers van 45% in 2006 naar 29% in 2012 (Benschop et al., 2013). Het percentage riskante blowers veranderde niet zo veel (22% in 2006 en 17% in 2012). Riskant blowen was hier gedefinieerd als dagelijks blowen of een paar dagen per week minstens twee joints roken.
- In een al wat ouder landelijk onderzoek in 2008 varieerde het percentage actuele blowers onder jongeren in de residentiële jeugdzorg van 18% bij de 12- en 13-jarigen tot 36% bij de 14- en 15-jarigen en 37% bij de 16-jarigen (Kepper et al., 2009a). Gemiddeld was 1 op de 3 jongeren een actuele cannabisgebruiker (34%). Bij de meisjes lag dit percentage hoger (36%) dan bij de jongens (33%).
- Jongens (13-18 jaar) in justitiële jeugdinrichtingen hebben in de maand voorafgaand aan hun verblijf in de inrichting relatief nog vaker cannabis gebruikt (65%) (Kepper et al., 2009b). Verschillen in actueel cannabisgebruik tussen deze jongens en hun leeftijdgenoten (jongens) in het reguliere voortgezet onderwijs zijn groot: 54% versus 5% onder de 13- en 14-jarigen, 62% versus 14% onder de 15- en 16-jarigen en 70% versus 29% onder de 17- en 18-jarigen. Ongeveer twee derde (64%) van de jongens gaf aan (ook) cannabis te hebben gebruikt tijdens hun verblijf in de justitiële jeugdinrichting. Omgang met 'deviante jongeren' blijkt het belangrijkst voor de hogere prevalentie van drugsgebruik, maar ook de residentiële setting speelt mogelijk een rol (Kepper et al. 2013).
- Uit een onderzoek onder daklozen in de vier grote steden blijkt dat er vijf soorten daklozen zijn (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 gebruikt 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 de G4 gebruikt ongeveer één op de 10 feitelijk daklozen (bijna) dagelijks cannabis, volgens enquêtes onder daklozen in de opvang tijdens de winterkouderegeling 2011/2012 (Buster et al., 2012)
- In Amsterdam is gebleken dat van de jongvolwassen gewelddadige veelplegers 13% problematisch blowt. 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.

3.4 Problematisch gebruik

Probleemgebruik omvat een diagnose van cannabismisbruik en afhankelijkheid zoals vastgesteld volgens het internationaal psychiatrisch classificatiesysteem DSM. Cannabis is een minder verslavende stof dan heroïne, cocaïne en nicotine (Van Amsterdam et al., 2010). Het risico van afhankelijkheid neemt echter toe bij langdurig frequent gebruik en gaat vaak samen met afhankelijkheid van andere middelen (Hall en Degenhardt, 2014). Jongeren zijn waarschijnlijk kwetsbaarder dan ouderen (CAM, 2008; Chadwick et al., 2013).

Vóórkomen afhankelijkheid en misbruik

- 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 tot en met 64 jaar aan de diagnose cannabisafhankelijkheid (DSM 4e gewijzigde editie). Naar schatting 0,2% tot 0,6% van de respondenten voldeed aan een diagnose cannabismisbruik.

- Van degenen die in het jaar voorafgaand aan het interview cannabis hadden gebruikt (6,5% van alle respondenten) voldeed 1 op de 9 aan de criteria voor een cannabisstoornis.
- Cannabisstoornissen 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.
- Bovengenoemde eerste meting van het NEMESIS-2-onderzoek werd uitgevoerd van november 2007 tot en met juli 2009. Drie jaar later, van november 2010 tot en met juni 2012, 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 voldeed 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).

Samenhang cannabisstoornissen met andere problemen

Zoals genoemd in § 3.3 hangt (frequent) cannabisgebruik onder jongeren samen met probleemgedrag, zoals agressief en crimineel gedrag, gebruik van andere drugs en schoolproblemen. Vaak gaan gedragsproblemen vooraf aan het cannabisgebruik, of zijn beide onderdeel van een breder patroon van afwijkend gedrag (Lee et al., 2011; Pingault et al., 2012). Een andere mogelijkheid is een overlap van risicofactoren, die zowel cannabisgebruik als probleemgedrag veroorzaken (CAM, 2008; Verweij et al., 2013).

Cannabisafhankelijkheid gaat vaak samen met andere psychische stoornissen (Van Laar et al., 2007; Van der Pol et al., 2013).

- Onderzoek laat zien dat vergeleken met leeftijdgenoten uit de algemene bevolking die niet (frequent) blowen, frequente cannabisgebruikers van 18 tot en met 30 jaar die op minstens 3 dagen per week blowden (met name degene die cannabisafhankelijk zijn), vaker een gedragsstoornis en ADHD ('externaliserende stoornissen') hebben.
- Maar angststoornissen en depressie ('internaliserende stoornissen') kwamen alleen vaker voor bij degenen die ook voldeden aan een diagnose cannabisafhankelijkheid. Frequente blowers zonder diagnose afhankelijkheid verschilden wat betreft deze stoornissen niet van de gemiddelde Nederlander. Of dat oorzaak of gevolg van de afhankelijkheid is, is hier niet duidelijk.
- Uit een recente studie die 816 personen van hun 16e tot 30e volgde, bleek ook dat adolescenten die in hun jonge jaren een 'externaliserende' stoornis hadden meer kans te hebben op een cannabisstoornis. Dit was voor 'internaliserende' stoornissen niet het geval (Farmer et al., 2015).

Beloop van cannabisafhankelijkheid

De hiervoor genoemde studie naar frequent cannabisgebruik volgde de deelnemers gedurende drie jaar om voorspellers van het ontstaan en persisteren van afhankelijkheid te onderzoeken.

- Bij 37% van de frequent cannabisgebruikers die aan het begin van de studie nooit afhankelijk waren geweest, ontwikkelde cannabisafhankelijkheid gedurende het onderzoek (Van der Pol et al., 2013b).
- Van degenen die bij de start afhankelijk waren, bleef 28% dat gedurende drie jaar (Van der Pol et al., 2015). Er werd bij deze groep geen duidelijk verband gevonden tussen de mate (aantal dagen, aantal joints, dosis, sterkte) van frequent cannabisgebruik en verslaving. Huidige problemen, cannabisgebruik om problemen te vergeten (coping motieven) en eerdere symptomen van verslaving kwamen wel vaker voor bij mensen die verslaafd raakten of bleven.
- Bij het merendeel van de afhankelijke gebruikers in dit onderzoek ging de afhankelijkheid voorbij zonder professionele hulp. Meest genoemde redenen om geen hulp te zoeken waren: "het is niet nodig", "wil het zelf oplossen", of "wil het met hulp van naasten oplossen". De afhankelijke gebruikers die geen hulp zochten functioneerden beter en hadden minder psychische problemen dan patiënten in verslavingszorg (Van der Pol et al., 2013c).

Ook uit een aanverwante kwalitatieve studie blijken meer factoren dan frequent cannabisgebruik alleen een rol te spelen bij het afhankelijk raken aan cannabis (Liebregts, 2015). Deze verdiepende studie beschrijft de ontwikkelingen in cannabisgebruik en -afhankelijkheid van 48 jongvolwassen frequente blowers in meer detail, en de wisselwerking met tal van levensgebeurtenissen.

- 'Agency' (zelfredzaamheid, vermogen tot reflectie, gevoel van controle over het eigen leven) blijkt essentieel voor het veranderen/verminderen van gebruik en voor herstel van afhankelijkheid (Liebregts at al., 2015). Gebruikers die stopten met blowen gedurende het onderzoek lieten een toenemende mate zien in agency, waardoor zij levensgebeurtenissen wisten om te zetten in keerpunten in hun cannabisgebruik. Dit in tegenstelling tot deelnemers die gedurende het gehele onderzoek aangaven te willen stoppen met gebruiken, maar dat niet lukte. Zij hielden externe factoren verantwoordelijk voor hun levensloop, evenals voor hun mislukte stoppogingen.
- Zowel het cannabisgebruik en -afhankelijkheid, als de levens van frequent blowende jongvolwassenen zijn erg dynamisch: cannabisafhankelijkheid blijkt vaak een tijdelijke fase in het natuurlijke beloop van cannabisgebruik, en frequente gebruikers hebben vaak in grote mate controle over hun gebruik. Hoewel levensgebeurtenissen op verschillende gebieden zoals sociale relaties, werk en studie een rol kunnen spelen in gebruik en afhankelijkheid, is de manier waarop iemand omgaat met gebeurtenissen, en de betekenis die iemand eraan geeft hetgeen dat uiteindelijk leidt tot verandering (Liebregts et al., 2013; Liebregts et al., 2013a; Liebregts et al., 2015).

3.5 Gebruik: internationale vergelijking

Algemene bevolking

Gegevens over het drugsgebruik in de lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen en de kandidaat lidstaten worden verzameld door het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA (2015). 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 (2014), de Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey, CADUMS (2012) en het Australian Institute of Health and Welfare, AIHW (2014).

- 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 tot en met 64 jaar en 15 tot en met 34 jaar). Voor Europa zijn alleen landen uit de EU-15 en Noorwegen opgenomen in tabel 3.6a en 3.6b. Voor zover beschikbaar zijn gegevens voor andere EU-lidstaten in Bijlage C vermeld.
- Schattingen van het percentage van de mensen in de algemene westerse bevolking (15-64 jaar) dat ooit in het leven cannabis gebruikt heeft loopt in de verschillende landen uiteen van 9% tot 41% (tabellen 3.6a en 3.6b). Het laagste percentage werd gevonden in Portugal.
- In Canada en de Verenigde Staten hebben ongeveer 4 van de 10 mensen ooit cannabis geprobeerd. In de Europese Unie was dit naar schatting 23%, waarbij Frankrijk met 41% aan kop gaat.
- In het jaar voorafgaand aan de peiling had naar schatting 6% van de volwassenen in de Europese Unie cannabis gebruikt, ofwel 19 miljoen mensen[3]. In Nederland was dat in 2014 hoger, namelijk 8%. Dit percentage recente gebruikers loopt echter sterk uiteen tussen de EU-28 landen waarvoor gegevens beschikbaar zijn, variërend van <1% in Roemenië en Turkije tot 11% in Frankrijk.
- De hoogste percentages actuele gebruikers van cannabis zijn gevonden in Frankrijk (7%) Spanje (7%) en de Verenigde Staten (8%), de laagste percentages (<1%) in Litouwen en Zweden, Turkije en Roemenië.
- Minder dan 1% van alle Europese volwassenen gebruikt cannabis (bijna) dagelijks (ten minste 20 dagen in de afgelopen maand). Twee derde van hen is tussen 15-34 jaar. In de landen waarvoor data beschikbaar zijn, varieert het (bijna) dagelijks cannabisgebruik bij jongvolwassenen (15–34) van 0,3% in Oostenrijk tot 4,7% in Spanje (tabel 3.6a).
- Van de 3% actuele cannabisgebruikers, die in de afgelopen maand cannabis hadden gebruikt, was circa een kwart een (bijna) dagelijks gebruiker. Dit aandeel varieert echter sterk tussen de landen, van 2,6% in Cyprus tot 28,9% in Tsjechië. In de Verenigde Staten gebruikte 41,1% van de actuele cannabisgebruikers van 12 jaar en ouder (bijna) dagelijks (SAMHSA, 2014).

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 daarom zwaarder mee. In deze schatting zijn de nieuwe cijfers voor Nederland uit 2014 nog niet meegenomen.

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

		15-64 jaar				15-34 jaar			
Land	Jaar	Ooit-gebruik (%)	Recent gebruik (%)	Actueel gebruik (%)	(Bijna) dagelijks gebruik (%)	Ooit-gebruik (%)	Recent gebruik (%)	Actueel gebruik (%)	(Bijna) dagelijks gebruik (%)
Frankrijk	2014	40,9	11,1	6,6	1,5[II]	53,0	22,1	13,5	3,3[I]
Spanje	2013	30,4	9,2	6,6	2,6	40,2	17,0	12,2	4,7
Ierland	2011	25,3	6,0	2,8	0,4	33,4	10,3	4,5	0,4
Nederland	2014	24,3	8,0	4,6	1,3	35,5	15,9	8,5	2,2
Noorwegen	2013	23,3	5,1	1,7	0,3	31,7	12,0	3,3	-
Finland	2010	18,3	4,6	1,4	0,2	29,0	11,2	3,3	0,5
Zweden	2014	14,4	2,9	0,7	-	21,4	6,3	1,4	-
België	2008	14,3	5,1	3,1	0,9	26,0	11,2	6,9	2,2
Oostenrijk	2008	14,2	3,5	1,7	0,2	19,2	6,6	3,4	0,3
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. Percentage gebruikers ooit in het leven, recent (laatste jaar), actueel (laatste maand), (bijna) dagelijks actueel (ten minste 20 dagen van afgelopen maand). - = Niet gemeten. I. Peiljaar 2010. Bron: EMCDDA.

Tabel 3.6b Consumptie van cannabis onder de algemene bevolking van enkele lidstaten van de EU-15, de Verenigde Staten, Canada en Australië: overige leeftijdsgroepen[I]

Land	Jaar	Leeftijd (jaar)	Ooitgebruik (%)	Recent gebruik (%)	Actueel gebruik (%)
Verenigde Staten	2010 2011 2012 2013	12 en ouder	42,0 41,9 42,8 43,7	11,6 11,5 12,1 12,6	6,9 7,0 7,3 7,5
Canada	2011 2012	15 en ouder	39,4 41,5	9,1 10,2	- -
Australië	2010 2013	14 en ouder	35,4 34,8	10,3 10,2	- -
Denemarken	2013	16 - 64	35,6	6,9	2,7
Verenigd Koninkrijk[II]	2013	16 - 59	29,9	6,6	-
Duitsland	2012	18 - 64	23,1	4,5	2,3
Italië	2012	18 - 64	21,7	3,5	1,5

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen. Percentage gebruikers ooit in het leven, recent (laatste jaar) en actueel (laatste maand). - = 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 Koningrijk: Engeland en Wales. Bronnen: SAMHSA, CADUMS, AIHW.

Trends

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

- De trends in recent cannabisgebruik in de bevolking tussen 15 en 34 jaar van EU landen met nieuwe gegevens sinds 2011 divergeren. In het afgelopen decennium is in Duitsland, Spanje en het Verenigd Koninkrijk het percentage recente cannabisgebruikers (15-34 jaar) gedaald, terwijl het steeg in Bulgarije, Frankrijk, Denemarken, Finland en Zweden (EMCDDA, 2015).
- In de Verenigde Staten nam het cannabisgebruik toe in de algemene bevolking van twaalf jaar en ouder. Tussen 2007 en 2013 steeg het percentage actuele gebruikers van cannabis van 5,8% naar 7,5% (SAMHSA, 2014).
- Het recent gebruik van cannabis in de Australische algemene bevolking van 14 jaar en ouder bleef tussen 2010 (10,3%) en 2013 (10,2%) stabiel, na een stijging sinds 2007 (9,1%) (AIHW, 2014).
- In Canada daalde het percentage recente cannabisgebruikers in de bevolking van 15 jaar en ouder van 14% in 2004 naar 9% in 2011 en bleef op dit niveau (10%) in 2012 (CADUMS, 2013).

Jongeren

Beter vergelijkbaar zijn de cijfers van de ESPAD, het European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. In 1999, 2003, 2007 en 2011 werden peilingen uitgevoerd onder 15- en 16-jarige scholieren van het middelbaar onderwijs (Hibell et al., 2000, 2004, 2009, 2012). 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 2011 ooit cannabis had gebruikt was het hoogst in Frankrijk, gevolgd door de Verenigde Staten. Nederlandse scholieren staan op de derde positie.
- Bij het actueel gebruik ging Frankrijk eveneens aan kop, ook nu gevolgd door de Verenigde Staten. Nederlandse scholieren staan in het actueel gebruik op de vierde positie van de in tabel 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 Noorwegen, Zweden en Finland en was het hoogst in Frankrijk en de Verenigde Staten, gevolgd door Italië, Nederland en Spanje.
- Het percentage actuele cannabisgebruikers lag in Nederland twee keer hoger dan het (ongewogen) gemiddelde voor 36 deelnemende Europese landen (14% versus 7%). Nederland stond in de rangorde van alle landen op de vijfde plaats.
- Analyses op de Amerikaanse data van 1991-2014 liet zien dat in de staten waar in deze periode medicinaal cannabisgebruik gelegaliseerd werd, het cannabisgebruik onder jongeren relatief hoog, maar onveranderd is (Hasin, 2015).

Het percentage 15-jarigen dat frequent (tenminste 40 keer in het leven) cannabis heeft gebruikt, is de laatste jaren afgenomen in Europa en Noord-Amerika.

- Dit blijkt uit gegevens uit 30 landen die deelnamen aan de Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) studie van de WHO, in 2002, 2006, en 2010.
- Echter, deze daling is vooral te zien in de ontwikkelde landen. Ontwikkelingslanden laten juist een stabilisering of toename zien, naar het niveau dat eerder werd gezien in ontwikkelde landen (Ter Bogt et al., 2014).

In het voorjaar van 2016 komen internationale gegevens voor de peiling in 2013 beschikbaar.

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[I]. Peiljaren 1999, 2003, 2007 en 2011**

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

Percentage gebruikers ooit in het leven, actueel (laatste maand) en zes maal of meer in de laatste maand. - = 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. III. België in 2007 en 2011 alleen voor Vlaanderen. IV. Duitsland in 2007 voor zes en in 2011 voor vijf van de zestien deelstaten. V. Verenigd Koninkrijk niet voor 2011 vanwege te lage respons (slechts 6% van de scholen). Bron: ESPAD.

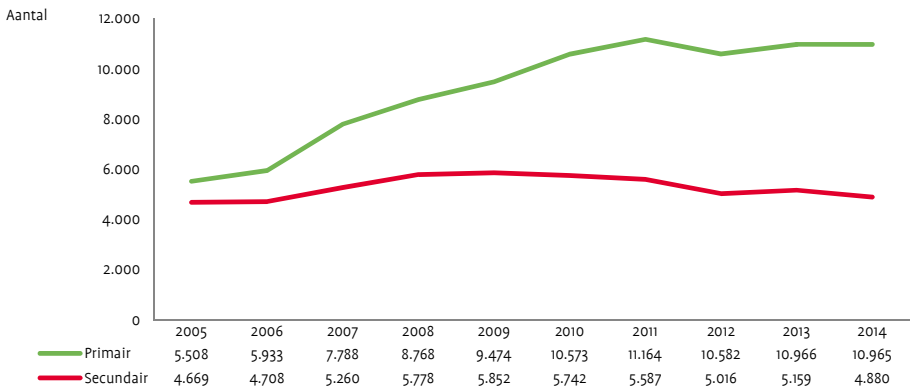
3.6 Hulpvraag en incidenten

Verslavingszorg

De verslavingszorg is het onderdeel van de gezondheidszorg dat hulp biedt aan mensen die verslaafd zijn geraakt aan drugs, alcohol, medicijnen, gokken, of andere gedragsverslavingen. In 2014 hebben in totaal twintig gespecialiseerde instellingen voor verslavingszorg geanonimiseerde gegevens over de hulpverlening aangeleverd aan het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS, Wisselink et al., 2015) (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 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 cannabisprobleem is tussen 2005 en 2014 twee keer zo groot geworden (figuur 3.6). Sinds 2011 is het aantal primaire cannabiscliënten gestabiliseerd op ongeveer 11.000 cannabiscliënten.
- Per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder steeg het aantal primaire cannabiscliënten van 41 in 2005 naar 81 in 2011 en is sindsdien vrij stabiel (78 in 2014).
- Het aandeel van cannabis in alle verzoeken om hulp vanwege drugs nam eveneens toe, van 17% in 2005 naar 33% in 2011 en ook dit is sindsdien vrij stabiel (34% in 2013 en 2014).
- In 2014 was 30% van de primaire cannabiscliënten een nieuwkomer. Deze nieuwkomers werden ingeschreven in 2014 en stonden niet eerder ingeschreven bij de verslavingszorg. Vergeleken met andere middelen is dit aandeel nieuwkomers vrij hoog.
- Voor ongeveer 3 van de 10 primaire cannabiscliënten (28%) was cannabis het enige probleem. De rest (72%) rapporteerde ook problemen met een andere verslaving. Voor deze groep was het andere middel alcohol (37%), cocaïne of crack (15%), nicotine (18%), amfetamine of een ander stimulerend middel (9%), gokken (3%), ecstasy (3%), of medicijnen (2%).
- Het aantal cliënten van de verslavingszorg dat cannabis als secundair probleem noemt schommelt tussen 2005 en 2014 rond de 5.300 cliënten. Voor de secundaire cannabiscliënten was in 2014 het primaire probleem alcohol (54%), cocaïne of crack (20%), heroïne (10%), amfetamine (7%), of gokken (2%).

Figuur 3.6 Aantal cliënten bij de verslavingszorg met primaire of secundaire cannabisproblematiek, vanaf 2005



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Primair	5.508	5.933	7.788	8.768	9.474	10.573	11.164	10.582	10.966	10.965
Secundair	4.669	4.708	5.260	5.778	5.852	5.742	5.587	5.016	5.159	4.880

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

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

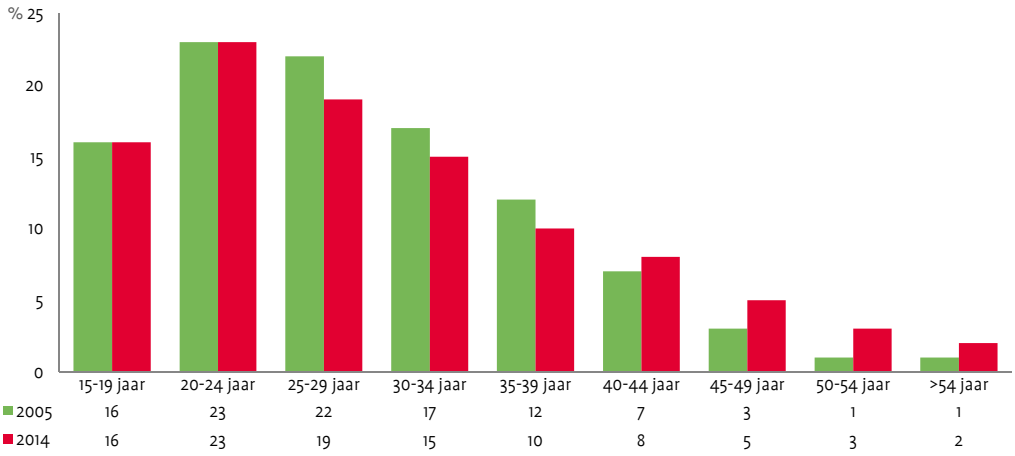
- Zoals eerder aangegeven is de stijging tot en met 2011 slechts zeer ten dele het gevolg geweest van een toename van het aantal aanleverende instellingen. Andere mogelijke factoren zijn een verbetering van het hulpverleningsaanbod voor cannabisproblematiek, of een toenemende bewustwording van de verslavende eigenschappen van cannabis, waardoor gebruikers wellicht sneller hulp waren gaan zoeken.
- Ook kan deze stijging tot en met 2011 een toename van het aantal probleemgebruikers van cannabis reflecteren, hetgeen op zijn beurt weer het gevolg kan zijn geweest van het relatief hoge THC-gehalte in nederwiet.
- Er moet hierbij rekening worden gehouden met een "vertragingseffect": het kan jaren duren voordat probleemgebruikers eventueel hulp zoeken. Het is dus mogelijk dat een stijging in de hulpvraag is te herleiden tot een veel eerder gestarte toename van probleemgebruik in de bevolking.
- Een recente studie onder jongvolwassen frequente cannabisgebruikers (18-30 jaar) vond echter geen verband vond 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 hadden verslaafde gebruikers bij de verslavingszorg vaker last van psychische problematiek, waren ze ernstiger verslaafd en consumeerden zij meer dan degenen die verslaafd waren maar geen hulp zochten (Van der Pol et al., 2013c). Het lijkt hier dus om een bepaalde kwetsbare groep gebruikers te gaan.
- Hoewel het behandelaanbod binnen Europa sterk verschilt tussen landen, is ook in Europa een toename in cannabis hulpvraag waarneembaar: tussen 2006 en 2013 is het aantal nieuwe aanmeldingen bij de verslavingszorg gestegen van 45.000 tot 61.000 (EMCDDA, 2015).

De stabilisering in de hulpvraag bij de reguliere verslavingszorg, die waarneembaar is voor alle drugs (behalve opiaten) kan een stabilisering in problematisch gebruik reflecteren, maar kan ook samenhangen met de (tijdelijke) invoering van een eigen bijdrage voor verslavingszorg, bezuinigingen, of een toename van anonieme ehealth interventies, behandelingen in de eerste lijn of in de particuliere verslavingszorg. Laatstgenoemde vormen van hulp zijn nog niet volledig in het registratiesysteem van de verslavingszorg opgenomen.

Leeftijd, geslacht en opleidingsniveau

- In 2014 was het merendeel van de primaire cannabiscliënten man (79%). Het aandeel vrouwen schommelde in de periode van 2005 tot en met 2014 tussen 20% en 22%.
- In 2014 waren ongeveer 6 van de 10 cannabiscliënten 25 jaar of ouder (62%). De gemiddelde leeftijd in 2014 was 29 jaar, net als in 2005. De piek lag in de leeftijdsgroep van 20 tot en met 24 jaar (figuur 3.7).
- Tussen 2005 en 2014 daalde het aandeel van de 25-39-jarigen van 50% naar 45% en steeg het aandeel van de 40-plussers van 12% naar 17%.
- In 2014 had van de primaire cannabiscliënten 40% geen opleiding afgerond of een lagere opleiding afgerond, had 44% een middelbare opleiding afgerond en had 16% een hogere opleiding afgerond. (Voor de verklaring van lagere-, middelbare- en hogere opleiding, zie in bijlage A onder: Cliënt LADIS.)
- Onder cannabiscliënten zijn hoogopgeleiden dus ondervertegenwoordigd, terwijl in de algemene bevolking het (ooit en recent) cannabisgebruik juist hoger is onder hoogopgeleiden (frequent cannabisgebruik komt wel vaker voor onder laagopgeleiden, zie paragraaf 3.2).

Figuur 3.7 Leeftijdsverdeling van de primaire cannabiscliënten bij de verslavingszorg, in 2005 en 2014

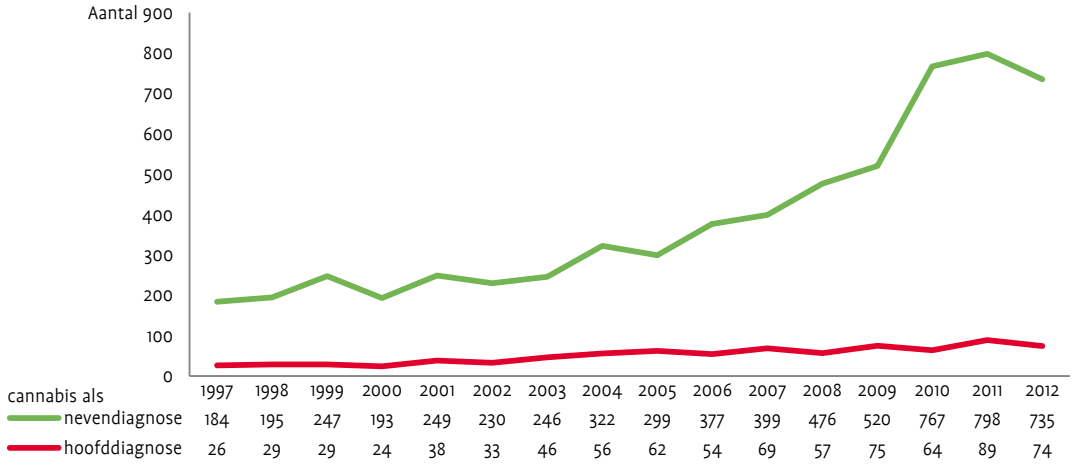


Percentage cliënten per leeftijdsgroep. Voor de aanleverende instellingen, zie bijlage G. Bron: LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut.

Algemene ziekenhuizen

De algemene ziekenhuizen sturen gegevens over hun opnames anoniem naar de Landelijke Medische Registratie (LMR). Voor 2013 zijn nog geen trendgegevens beschikbaar, zodat alleen gegevens worden gerapporteerd tot en met 2012. De LMR registreerde in 2012 bijna twee miljoen klinische opnames in algemene ziekenhuizen (DHD, 2013). Drugsproblemen spelen nauwelijks een rol. In 2012 werden drugsmisbruik en drugsverslaving 538 maal als hoofddiagnose en 2.938 maal als nevendiagnose gesteld. In 2011 was dat iets meer: respectievelijk 706 en 2.973 maal.

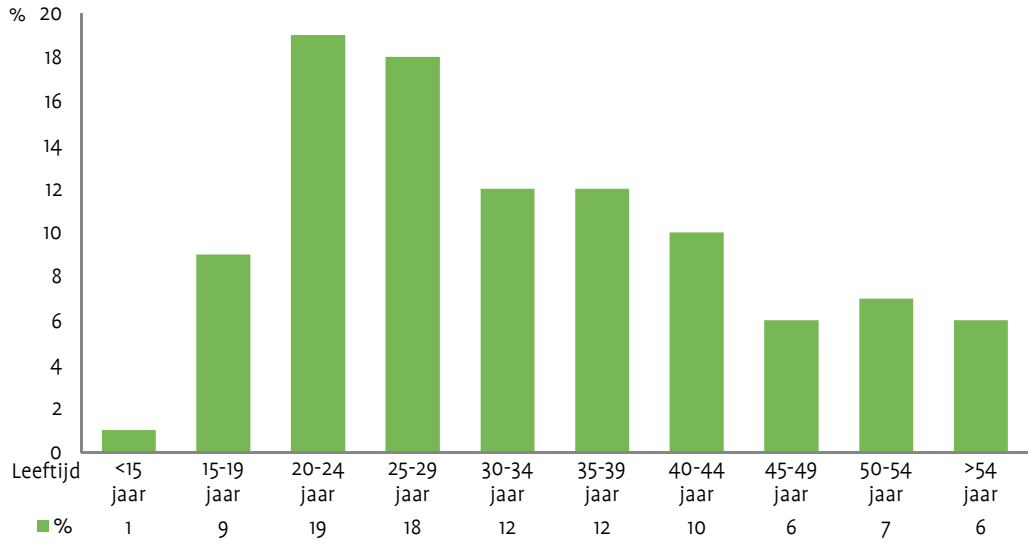
Figuur 3.8 Klinische opnames in algemene ziekenhuizen gerelateerd aan cannabismisbruik en afhankelijkheid



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

- Van de hoofddiagnoses voor drugs ging het in 2012 in 14% van de gevallen om cannabis (figuur 3.8). Afhankelijkheid van cannabis (51%) speelde bij deze hoofddiagnoses ongeveer even vaak een rol als misbruik van cannabis (49%). Onbekend is wat de klachten waren (psychisch of lichamelijk) die tot opname hebben geleid. Het aantal hoofddiagnoses gerelateerd aan cannabismisbruik of afhankelijkheid is al jaren gering, al lijkt zich na 2000 een stijging af te tekenen. Tussen 2011 en 2012 is het aantal hoofddiagnoses gedaald met 17%.
- Vaker speelt cannabisproblematiek een rol als nevendiagnose. In 2012 ging het om 735 nevendiagnoses. In de afgelopen jaren deed zich een stijging voor, maar tussen 2011 en 2012 vond er een daling plaats met 8%.
- In 2012 waren de meest voorkomende hoofddiagnoses bij deze nevendiagnoses:
  - psychosen (17%);
  - misbruik of afhankelijkheid van alcohol en drugs (13%, vooral alcohol: 10%);
  - letsel door ongevallen (10%, zoals breuken, wonden, hersenschudding);
  - ziekten van hart en vaatstelsel (10%);
  - ziekten en symptomen van de ademhalingswegen (7%);
  - spijsverteringsstoornissen (7%);
  - vergiftigingen (5%, door drugs, alcohol, medicijnen).
- In 2012 speelde cannabisproblematiek ook een rol als hoofd- of nevendiagnose bij 87 dagbehandelingen, ongeveer vergelijkbaar met 72 dagbehandelingen in 2011.
- Daarnaast telde de LMR in 2012 in totaal 160 klinische opnames waarin "onopzettelijke vergiftiging met hallucinogenen" als nevendiagnose werd gesteld (ICD-9 code: E854.1). Het kan hierbij gaan om cannabis, maar ook om LSD of paddo's. Dit aantal is hoger dan 2011 met 89 van zulke klinische opnames.
- 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 2012 om 733 personen. Zij werden in dat jaar minstens één keer opgenomen met cannabismisbruik of –afhankelijkheid als hoofd- of nevendiagnose. Hun gemiddelde leeftijd was 33 jaar; 73% was man. Het percentage cannabispatiënten was het hoogst in de leeftijdsgroepen 20-24 en 25-29 jaar (figuur 3.9).

Figuur 3.9 Leeftijdsverdeling van cannabispatiënten (hoofd en nevendiagnoses samengenomen) in algemene ziekenhuizen. Peiljaar 2012



Percentage patiënten per leeftijdsgroep. Bron: LMR, DHD.

Incidenten

De belangrijkste bron voor informatie over gezondheidsverstoringen in verband met drugsgebruik (zie ook Bijlage A onder 'Incidenten') is de Monitor Drugs Incidenten (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 2009 houdt de MDI actuele gegevens bij over de aard en omvang van drugsgerelateerde gezondheidsincidenten in Nederland (Croes et al., 2015).

- In 2014 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 2014 werden in totaal 3.797 drugsincidenten gemeld. Bij 708 meldingen (19%) was cannabis betrokken; hiervan was in 533 gevallen cannabis als enige drug gemeld (met of zonder alcohol). De gegevens over de gebruikte drugs zijn grotendeels afkomstig van zelfrapportage.

In tabel 3.8 worden de incidenten na gebruik van cannabis als enige drug samengevat over de periode 2009-2014. Vanwege verschillen tussen de medische diensten worden gegevens uitgesplitst naar type dienst. In deze periode werden in totaal 19.380 unieke drugsincidenten gemeld, waarvan 4.016 incidenten (21%) met cannabis als enige drug. Cannabis wordt relatief weinig gecombineerd met andere drugs; in 845 gevallen (4%). Deze gevallen worden hier niet verder beschreven (tenzij anders aangegeven). Anders dan in de voorgaande Jaarberichten worden in deze editie ook de incidenten beschreven die in voorgaande jaren zijn gerapporteerd door deelnemers die recent (tijdelijk) geen nieuwe incidenten hebben doorgegeven. Daardoor vallen de hier beschreven aantallen hoger uit dan in de voorgaande jaren.

- In de deelnemende instellingen is met name bij de ambulances en de spoedeisende hulp in ziekenhuizen de bijdrage van cannabis op het geheel aan drugsgerelateerde incidenten groot; ongeveer 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.
- Tussen 2009 en 2014 hebben de Amsterdamse ambulance, spoedeisende hulp en politieartsen meer dan 5.500 incidenten (29% van het totaal) aangeleverd.
- In de regio Amsterdam hangt 47% van de gemelde drugsincidenten in deze periode samen met het gebruik van cannabis (nog zonder combinatiegebruik met andere drugs) en dat is twee of meer keer hoger dan in de andere deelnemende regio's. In Amsterdam is na een aanvankelijke daling tussen 2009 (toen meer dan de helft van de incidenten samenhing met cannabisgebruik) en 2012 (een derde van de incidenten na uitsluitend gebruik van cannabis) weer een geleidelijke stijging waar te nemen. In 2014 werd bij vier op elke tien drugsincidenten een verband met gebruik van cannabis als enige drug beschreven. Binnen de andere regio's zijn geen opvallende verschuivingen opgetreden in de incidenten door cannabisgebruik.
- Cannabisgebruik leidt ook tot relatief weinig incidenten bij de EHBO's op feesten, die door het hele land gegevens verzamelen. Hier speelt cannabis bij 7% van de incidenten als enige drug een rol.

Kenmerken patiënten en incidenten gerelateerd aan cannabis

- Grofweg driekwart van de cannabis-incidenten vindt plaats onder mannen. Dat aandeel is tijdens de registratieperiode 2009-2014 niet veranderd.
- Van alle geregistreerde incidenten behoren de patiënten met een cannabisvergiftiging qua leeftijd tot de middenmoot; 44% van de geregistreerde patiënten is jonger dan 25 jaar (vergeleken met 66% van de geregistreerde ecstasypatiënten en 38% van de GHB-patiënten, zie respectievelijk § 6.6 en § 8.6). Dit patroon is te zien bij alle diensten (ambulances, ziekenhuizen, politieartsen en EHBO's).
- De mate van intoxicatie na gebruik van cannabis als enige drug is overwegend van lichte of matige aard.
- Bij 14 van de 63 acute drugsgerelateerde sterfgevallen die in de periode 2009-2014 vanuit de peilstationsregio's werden gemeld was cannabis gebruikt. In 11 van deze 14 gevallen was cannabis onderdeel van een cocktail aan drugs, alcohol en soms medicijnen. In de andere drie gevallen was cannabis de enige gebruikte drug en was een ernstig lichamelijk letsel de reden van overlijden.

Tabel 3.8 Incidenten met cannabis als enige drug geregistreerd door de Monitor Drugs Incidenten (MDI). Peiljaren 2009-2014

	Ambulances	Ziekenhuizen	Politieartsen	EHBO
Aantal incidenten (% van het totaal binnen de dienst)	2.047 (31%)	1.102 (36%)	303 (19%)	565 (7%)
Man	70%	74%	87%	64%
Leeftijd: <25 jaar	41%	41%	42%	61%
Mate van intoxicatie*				
Licht[I]	65%	68%	44%	85%
Matig[II]	30%	24%	44%	13%
Ernstig[III]	5%	8%	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 (Croes et al., 2015).

3.7 Ziekte en sterfte

Ziekte

Cannabisgebruik wordt in verband gebracht met psychische en cognitieve problemen.

- Er is toenemend bewijs dat cannabisgebruik het risico van een latere psychotische stoornis vergroot (Niesink en Van Laar, 2012; Radhakrishnan et al., 2014; Van Gastel et al., 2014; Di Forti et al., 2015).
- Het risico neemt toe met de frequentie van het cannabisgebruik en is vermoedelijk groter naarmate er op jongere leeftijd wordt gestart met gebruik.
- Een bidirectioneel causaal verband is gesuggereerd: cannabisgebruik bij adolescenten voorspelt kwetsbaarheidsfactoren voor psychose (sociale problemen, denkproblemen, aandachtsproblemen), en deze kwetsbaarheidsfactoren voorspellen cannabisgebruik (Griffith-Lendering et al., 2013, zie § 3.3).
- Personen met een voorgeschiedenis van psychotische symptomen lopen een groter risico op het krijgen van een psychose na cannabisgebruik dan mensen zonder deze voorgeschiedenis. Mogelijk spelen genetische factoren hierbij een rol (Caspi et al., 2005; Estrada et al., 2011; Kuepper et al., 2013; Power et al., 2014). Van alle nieuwe jaarlijkse gevallen van psychotische stoornissen is tussen 6% en 10% toe te schrijven aan cannabisgebruik. Om één geval van een psychotische stoornis te voorkomen zouden duizenden mensen moeten worden weerhouden van cannabisgebruik (Hickman et al., 2009).
- Cannabisgebruik is ook in verband gebracht met het ontstaan van andere psychische problemen, zoals angststoornissen en depressie, maar de resultaten uit onderzoek geven een minder consistent beeld (Moore et al., 2007; Niesink en Van Laar, 2012; zie ook § 3.4). Ook dit risico lijkt groter bij frequent gebruik en vroege startleeftijd. Inconsistente bevindingen kunnen mogelijk samenhangen met het feit dat in veel studies geen onderscheid is gemaakt tussen frequent cannabisgebruik met en zonder verslavingsproblematiek. In Nederlands onderzoek bleken angst- en stemmingsstoornissen onder frequent cannabisgebruikers zonder diagnose van afhankelijkheid even vaak voor te komen als in de algemene bevolking. Frequent gebruikers die ook afhankelijk waren van cannabis hadden wel vaker met deze stoornissen te kampen (Van der Pol et al., 2013a).
- Of door frequent gebruik van cannabis ook het IQ kan dalen, is nog steeds wetenschappelijk omstreden (Meier et al., 2012; Rogeberg, 2013; Battistella et al., 2014; Hooper et al., 2014).
- Gebruikers kunnen afhankelijk worden van cannabis, vooral bij frequent gebruik en een vroege startleeftijd. Vaak zijn ook andere persoons- en omgevingsfactoren in het spel, zoals huidige problemen en cannabisgebruik om problemen te vergeten (Van der Pol et al., 2013a; zie ook § 3.4).
- In nederwiet zit in tegenstelling tot geïmporteerde hasj vrijwel geen cannabidiol (CBD). Deze stof gaat sommige ongewenste psychische effecten van THC, zoals psychotische symptomen, paranoia en angst, tegen (Englund et al., 2013; Niesink en Van Laar, 2013; Hindocha et al., 2015). Dat betekent mogelijk dat gebruik van hasj minder schadelijk is dan gebruik van nederwiet, maar nader onderzoek zal moeten uitwijzen of dat in de praktijk van het cannabisgebruik ook werkelijk het geval is (zie ook § 3.8). Onderzoek is gaande naar therapeutische toepassing van CBD (bijv. Chagas et al., 2014; De Mello Schier et al., 2014; Devinsky et al., 2014; Iseger en Bossong, 2015).

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

- Zwaar chronisch cannabisgebruik verhoogt waarschijnlijk het risico op luchtwegklachten en longkanker. Dit komt omdat in cannabisrook schadelijke ontledings- en verbrandingsproducten voorkomen. Bovendien leidt de wijze van roken van een joint (diep inhaleren, lang vasthouden) tot een grotere opname van deze stoffen in de luchtwegen dan bij het roken van een sigaret (Gates et al., 2014).
- Een verhoogde infectiekans lijkt echter alleen aan de orde te zijn bij blowers met een al slecht functionerend immuunsysteem.

- In Nederland wordt cannabis doorgaans vermengd met tabak gebruikt. Tabaksrook veroorzaakt dezelfde klachten van de luchtwegen. Aangezien de meeste cannabisrokers hun gebruik na verloop van tijd echter staken en daardoor de hoeveelheid schadelijke stof die zij binnen krijgen beperken, vergeleken met het vaak langdurige tabaksgebruik, zal naar verwachting de bijdrage van het roken van cannabis op de incidentie van kanker beperkt blijven.
- Tot nu toe is niet aangetoond dat cannabisgebruik tijdens de zwangerschap ernstige aangeboren afwijkingen veroorzaakt. Voor zover er afwijkingen gevonden zijn gaat het om subtiele effecten op de cognitieve ontwikkeling van het kind op latere leeftijd (Huizink, 2014).
- Epidemiologische studies hebben tot nu toe geen aanwijzing gegeven voor een blijvend verhoogd risico van cannabisgebruik op hart- en vaatziekten. Kort na het roken van cannabis wordt een verhoogd risico op een hartinfarct gevonden, maar daarbij kunnen ook andere factoren een rol spelen, zoals tabaksgebruik en vetzucht. Mensen met een bestaande hart- en vaatziekte behoren wel tot een risicogroep (CAM, 2008. Thomas et al., 2014).
- Aanwijzingen voor nadelige effecten op de hersenen worden alleen gevonden in associatie met extreem zwaar en langdurig cannabisgebruik, maar onduidelijk is in hoeverre deze na verloop van tijd weer 'herstellen' (Rocchetti et al., 2013; Batalla et al., 2013). Mogelijk zijn jongeren gevoeliger voor deze effecten dan volwassenen.

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

- Het RIVM verrichtte in 2005 onderzoek naar de acute effecten van sterke cannabis (joints met 33 mg, 51 mg en 70 mg THC). De resultaten lieten een toename van de hartslag, daling van de bloeddruk en afname van cognitieve functies en motoriek zien. De effecten waren sterker naarmate de dosis THC hoger was (Mensinga et al., 2006; 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.
- Cannabisgebruik heeft ook een dosisafhankelijk negatief effect op de rijvaardigheid en het verhoogt de kans op ongevallen, met name dodelijke aanrijdingen (Asbridge et al., 2012).
- Mogelijk zijn de risico's op een psychose groter bij gebruik van cannabis met een hoog THC-gehalte en laag cannabidiol gehalte, maar het onderzoek hiernaar is nog beperkt (Di Forti et al., 2009; Niesink en Van Laar, 2012). Dagelijks gebruik van sterke cannabis vervroegt mogelijk ook het ontstaan van een eerste psychose (Di Forti et al., 2014).
- 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 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. Ernstig verlopende intoxicaties treden soms op na inname van grote hoeveelheden cannabis (CAM, 2008).

- De afgelopen twintig jaar stond directe sterfte door inname van cannabis vrijwel niet genoteerd op de doodsoorzakenformulieren bij het CBS.
- Alleen wanneer er een strafrechtelijk onderzoek plaatsvindt, onderzoekt het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) een overlijdensgeval op drugs. In de overlijdensgevallen die sinds 2012 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 cases gerapporteerd van jonge, verder gezonde mannen met fatale cardiovasculaire complicaties na cannabisgebruik, waarbij geen alternatieve doodsoorzaak is gevonden (Hartung et al., 2014).
- Het aantal indirect met cannabisgebruik samenhangende sterfgevallen, bijvoorbeeld 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). Daarnaast is cannabis beschikbaar via illegale verkooppunten, die in de afgelopen jaren na de aanscherping van de coffeeshopcriteria in belang zijn toegenomen.

Coffeeshops en overige verkooppunten

- In maart 2015 telde Nederland 582 officieel gedoogde coffeeshops. Eind 2014 waren dat er 591, waarvan de helft (50%) in steden met meer dan 200.000 inwoners (Bieleman et al., 2015).
- Vanaf 2002 daalt het aantal coffeeshops in Nederland gestaag. Tussen 2002 en 2012 daalde het aantal coffeeshops met 21%. Tussen 2012 en 2014 vond er nog een daling plaats met 4% (tabel 3.9).
- Vanaf 2014 was er géén coffeeshop in 300 van de 403 gemeenten (74%) (Bieleman et al., 2015).
- Binnen de landelijke kaders kunnen gemeenten zelf hun beleid bepalen rondom de vestiging van coffeeshops. Eind 2014 voerde 70% van de gemeenten een 'nulbeleid', een kwart voerde een maximumbeleid (26%) en 5% gaf aan geen formeel beleid te voeren.
- De belangrijkste redenen van deze daling zijn de handhaving van een afstandscriterium door gemeenten, sluiting als gevolg van een negatief BIBOB-advies en overtreding van de van toepassing zijnde gedoogcriteria door coffeeshops waarop zij definitief gesloten zijn (Bieleman et al., 2015).

Tabel 3.9 Aantal coffeeshops in Nederland, vanaf 2005

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015 Maart
Totaal	**729**	**719**	**702**	**700**	**666**	**660**	**651**	**617**	**606**	**591**	**582**
Naar inwoneraantal in gemeente											
< 20.000	10	10	10	8	8	-	8	7	7	7	-
20 - 50.000	75	71	71	72	68	-	68	64	65	65	-
50 - 100.000	103	105	105	100	91	-	95	88	65	65	-
100 - 200.000	161	148	143	148	148	-	136	137	157	157	-
> 200.000	380	385	373	372	351	-	344	321	312	297	-
Gemeenten met > 200.000											
Amsterdam	246	238	229	228	225	-	222	208	200	187	-
Rotterdam	62	62	62	62	44	-	43	41	41	40	-
Den Haag	40	40	40	40	40	-	40	37	36	36	-
Utrecht	17	17	14	14	14	-	14	11	11	10	-
Eindhoven	15	15	15	15	15	-	15	13	13	13	-
Tilburg[I]		13	13	13	13	-	10	11	11	11	-

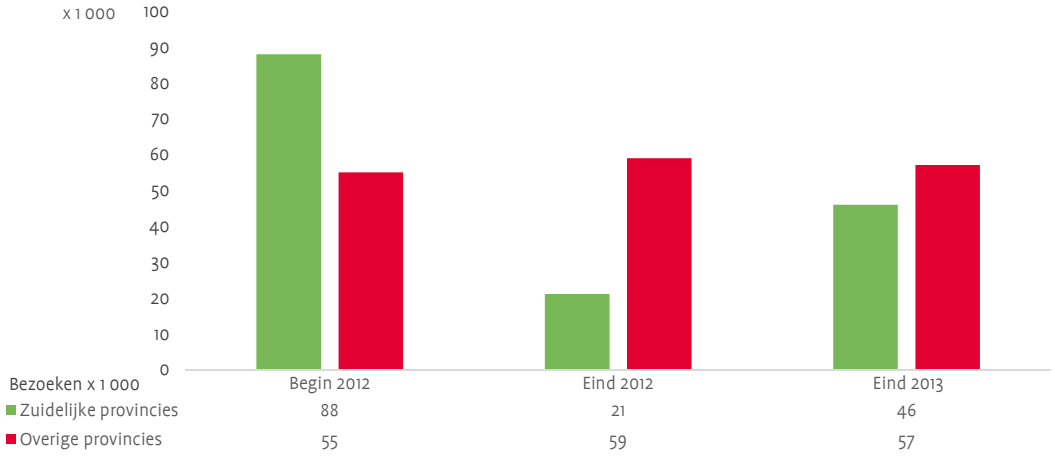
Aantal coffeeshops naar inwonertal. - = Gegevens onbekend. I. Tussen 2005 en 2006 is het aantal inwoners van Tilburg gegroeid tot boven de 200.000, waardoor Tilburg pas vanaf 2006 tot de gemeenten behoort met meer dan 200.000 inwoners. Bron: Monitor coffeeshops en gemeentelijk coffeeshopbeleid, Intraval (Bieleman et al., 2015).

Cannabis is ook beschikbaar via illegale verkooppunten, zoals thuisdealers, straatdealers, 'onder de toonbank' dealers in horecagelegenheden, en via thuisbezorging na telefonische bestellingen (06-dealers).

In mei 2012 zijn het besloten club- en het ingezetenencriterium ingevoerd in de drie zuidelijke provincies. In 2013 is het ingezetenencriterium landelijk van kracht (zie § 2.1.3). Het besloten clubcriterium is vervallen. Verschillende bronnen laten zien dat de illegale markt aan belang won na invoering van de beide criteria. Ook na het vervallen van het besloten club criterium bleef het belang van de illegale markt nog steeds groter is dan voorheen. Dit blijkt uit herhaalde enquêtes onder coffeeshopbezoekers en onder actuele cannabisgebruikers op straat, cohortonderzoek onder coffeeshopbezoekers en actuele cannabisgebruikers op straat, en waarnemingen van lokale experts (Nijkamp, Mennes & Bieleman, 2014; Korf, Benschop, Nabben & Wouters, 2014; Van Ooyen-Houben & Van der Giessen, 2014). Tegelijkertijd daalden de aankopen van cannabis in coffeeshops, vooral door jongere gebruikers. Ook het aandeel aankopen in coffeeshops is eind 2013 nog niet terug op het oude niveau (figuur 3.10).

- Het geschat gemiddeld aantal bezoekers per week, gemeten in zeven coffeeshopgebieden in het zuiden, daalde tussen begin 2012 en eind 2012 van rond 45 duizend naar rond 21 duizend (figuur 3.10). Eind 2013 was het toegenomen naar 46 duizend (Nijkamp, Mennes & Bieleman, 2014).
- In de overige provincies veranderde het aantal coffeeshopbezoeken, eveneens gemeten in zeven coffeeshopgebieden, niet significant: 55 duizend begin 2012, 59 duizend eind 2012 en 57 duizend eind 2013 (figuur 3.10).

Figuur 3.10 Geschat gemiddeld aantal coffeeshopbezoeken per week in 14 coffeeshopgebieden (zeven zuid en zeven overig), aantallen figuur x1.000



Bron: Nijkamp, Mennes & Bieleman, 2014

- Het aandeel actuele cannabisgebruikers dat in een straatenquête aangaf wel eens in een coffeeshop te kopen nam eveneens af (Korf, Benschop, Nabben & Wouters, 2014).
- Het aandeel dat wel eens cannabis aanschaft buiten de coffeeshop nam eerst toe en daarna weer af, met name in de zuidelijke provincies. Begin 2012 kocht 25% van de actuele gebruikers wel eens bij een dealer of teler buiten de coffeeshop en 10% kocht wel eens van vrienden die in Nederland wonen. Eind 2012 kocht 44% wel eens bij een dealer of teler en 20% wel eens van vrienden in Nederland. Eind 2013 kocht 25% wel eens bij een dealer of teler en 12% bij vrienden in Nederland.
- De toenames in 2012 betroffen vooral 06-dealers en straatdealers. Ook werd meer zelf gekweekt en kreeg men vaker cannabis (in plaats van te kopen).
- In 2014 is in 31 coffeeshopgemeenten onderzoek gedaan onder lokale experts (Benschop, Wouters & Korf, 2015). De mate van verkoop van softdrugs buiten de coffeeshops lijkt min of meer vergelijkbaar met 2013.
- Van de verschillende typen illegale softdrugsverkoop worden straatdealers door de lokale experts in 2014 verreweg het vaakst gerapporteerd. Daarna volgen drugsrunners en 06-dealers. Thuisdealers en winkel- en horecadealers zijn minder actief. In geen enkele gemeente hebben lokale experts signalen ontvangen van verkoop van softdrugs via internet.
- Vooral in zuidelijke steekproefgemeenten worden een groter aantal en meerdere typen illegale verkopers gerapporteerd.

Tabel 3.10 Plaats van cannabisaankoop door actuele cannabisgebruikers, afgelopen 3 maanden (% kopers)

	Eind 2013 (%)
Wel eens gekocht in coffeeshop[I]	86,5
Wel eens gekocht buiten coffeeshop (totaal)	17,2
Bij 06-dealer	8,0
Bij thuisdealer	6,4
Bij thuisteler	3,4
Bij straatdealer	3,0
Bij onder-de-toonbank dealer	0,2
In uitgaansgelegenheid	0,0
Van vrienden wonend in Nl	8,0
Zelf gekweekt	12,5
(Ook) gekregen	20,0

Percentage kopers. I Coffeeshop in gemeente van enquête. Respondenten konden meerdere antwoorden geven. De percentages tellen daarom niet op tot 100%. Bron: Korf, Benschop, Nabben en Wouters, 2014.

Productie, consumptie en export van in Nederland geteelde cannabis

In 2014 is onderzoek gedaan naar de export van in Nederland geteelde cannabis (Van der Giessen, Moolenaar en Van Ooyen-Houben, 2014; zie ook § 2.1.4). De schatting is gemaakt vanuit meerdere rekenmodellen voor productie en consumptie van in Nederland geteelde cannabis. Het baseert zich op de meest recente 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'.

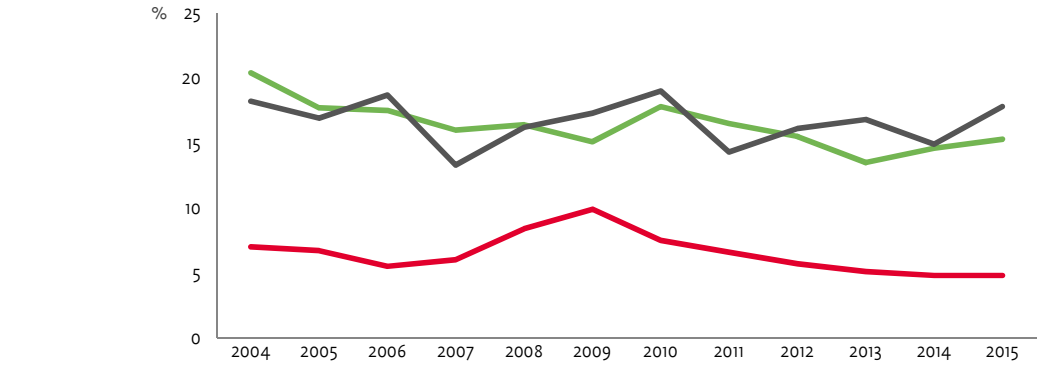
- De export wordt geschat op tussen de 53 en 937 ton (31%-97% van de productie).
- De productie van nederwiet wordt geschat op 171 tot 965 ton.
- De gemiddelde opbrengst per m^2 wordt geschat op 455 gram (range 344-566), wanneer wordt uitgegaan van 14 tot 16 planten per m^2 die per plant gemiddelde 30 gram (26-36 gram) opleveren. Bij kleinschalige teelt (een tot tien planten per oogst, twee tot drie oogsten per jaar) wordt de opbrengt per plant hoger ingeschat (40 tot 57 gram).
- De consumptie van in Nederland geteelde cannabis wordt geschat op tussen de 28 en 119 ton, afhankelijk van het feit of consumptie door niet-ingezetenen al dan niet als 'binnenlandse consumptie' of als 'export' wordt gerekend.
- De gemiddelde consumptie per cannabisgebruiker per jaar wordt geschat op 69-93 gram.
- Tussen de 80% en 95% van de consumptie zou nederwiet (dit is het leeuwendeel van de in Nederland geteelde cannabis) betreffen.
- Een Monte Carlo-simulatie op de data resulteerde in een smaller, maar nog steeds breed bereik. De geschatte export komt dan op 206-549 ton (78%-91% van de Nederlandse cannabisproductie) wanneer gebruik door niet-ingezetenen als binnenlandse consumptie wordt gedefinieerd komt en op 231-573 ton (86%-95%) als dit gebruik als export wordt gedefinieerd.

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, 2015). In 2015 werden in 50 van de 519 coffeeshops cannabismonsters verzameld.

- In alle peilingen bevatte de Nederlandse wiet gemiddeld meer THC dan de wiet die werd geïmporteerd uit het buitenland. Door de jaren heen was de nederwiet ongeveer even sterk als de geïmporteerde hasj (figuur 3.11).
- Het percentage THC in geïmporteerde hasj schommelde sinds 2006 tussen 13% en 19% (figuur 3.11). Tussen 2014 en 2015 steeg het van 15% naar 18%.
- Het gemiddelde THC-gehalte in nederwietmonsters die als 'meest populair' werden aangekocht, verdubbelde tussen 2000 en 2004 van 9% naar 20%. Figuur 3.11 laat zien dat tussen 2010 en 2014 het gemiddelde THC-gehalte weer daalde van 18% naar 15%. In 2015 bleef dit met 15% op hetzelfde niveau als 2014.
- Daarnaast worden jaarlijks wietmonsters getest die als het "sterkste" worden beschouwd. Vaak komt dit overeen met de meest populaire wiet. In tegenstelling tot de populairste wiet, steeg het gemiddelde THC-gehalte in nederwiet-samples die als sterkst waren aangekocht van 15% in 2014 tot 18% in 2015. Het is niet bekend wat de oorzaak van dit verschil is.
- In de geïmporteerde wiet halveerde het gemiddelde THC-gehalte van 10% in 2009 naar 5% in 2013 en bleef daarna stabiel (figuur 3.11).
- Een THC-gehalte van 15% of meer werd gevonden in 58% van de (meest populaire variant) nederwietmonsters en 79% van de geïmporteerde hasjmonsters. In 2014 lagen deze waarden op respectievelijk 58% en 52%. De hoogst gemeten waarde in geïmporteerde wietmonsters was in 2015 9% THC.

Figuur 3.11 Gemiddeld percentage THC in cannabisproducten, vanaf 2006



	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nederwiet	20,4	17,7	17,5	16,0	16,4	15,1	17,8	16,5	15,5	13,5	14,6	15,3
Geïmporteerde wiet	7,0	6,7	5,5	6,0	8,4	9,9	7,5	6,6	5,7	5,1	4,8	4,8
Geïmporteerde hasj	18,2	16,9	18,7	13,3	16,2	17,3	19,0	14,3	16,1	16,8	14,9	17,8

Gemiddeld percentage THC. De percentages hebben betrekking op monsters die in december/januari zijn verzameld. De jaartallen verwijzen naar het jaar waarin de maand januari monsters werden verzameld. Voor nederwiet zijn de gemiddelde percentages weergeven 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, 2015).

Ook de concentratie van een ander bestanddeel van cannabis, cannabidiol (CBD), wordt gemeten (Rigter en Niesink, 2015). Het percentage CBD wordt uitgedrukt in de mediaan (vanwege de niet normale verdeling), de middelste waarde van alle gemeten percentages in de cannabismonsters.

- In 2015 lag de mediaan van het CBD-gehalte in de nederwiet en in geïmporteerde wiet op 0,3%, in de nederhasj op 1,5% en in de geïmporteerde hasj op 7,7%. De CBD gehaltes zijn al jaren stabiel.
- 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, 2012).
- Vooral de verhouding tussen THC en CBD lijkt belangrijk te zijn. De nederwiet bevat relatief veel THC en weinig CBD. Voor buitenlandse hasj is deze verhouding 'gunstiger'.
- Er is echter nog onvoldoende epidemiologisch onderzoek waarin is nagegaan of de consumptie van cannabis met hoge of lage CBD-gehaltes is geassocieerd met verschillen in gezondheidsrisico's (zie ook § 3.7). Uit de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor 2014 blijkt dat het merendeel (69%) van de actuele Nederlandse gebruikers (15-64 jaar) een voorkeur heeft voor wiet, waarin doorgaans nauwelijks CBD zit (zie ook § 3.2).

Er zijn geen recente gegevens over de kwaliteit van nederwiet.

- Onderzoek uit 2007 suggereerde dat nederwiet verkocht in coffeeshops vrijwel geen versnijdingen met zand of glaspareltjes bevatte (Niesink et al., 2007; Van Amsterdam et al., 2007). Over cannabis die buiten de coffeeshop wordt gekocht is geen informatie beschikbaar.
- Over de aanwezigheid van andere stoffen in nederwiet, zoals pesticiden en groei en bloeistimulatoren, en de mate waarin deze schadelijk zijn voor de gezondheid van de cannabisgebruiker, is weinig bekend.
- De politie treft wel geregeld pesticiden aan bij opgerolde cannabiskwekerijen. In 2011 zijn monsters van illegale cannabiskwekerijen en een beperkt aantal monsters uit coffeeshops onderzocht. De resultaten van chemische analyses suggereren dat pesticiden desondanks niet op grote schaal worden gebruikt bij de productie van cannabis (Van Amsterdam et al., 2012). In dit onderzoek was het echter niet mogelijk de monsters te analyseren op alle relevante pesticiden.

Tabel 3.11 geeft de gemiddelde prijzen van een gram cannabis aangeschaft in coffeeshops.

- Sinds 2006 stijgt de gemiddelde prijs van een gram nederwiet (meest populaire variant) geleidelijk van 6,20 euro in 2006 naar 9,81 euro in 2015. De prijs in 2015 was ongeveer gelijk aan 2014 (9,53 euro).
- Ook de gemiddelde prijs van een gram geïmporteerde hasj steeg tussen 2006 en 2013 van 7,30 euro naar 9,86 euro. In 2015 was de prijs met 8,91 euro niet statistisch significant verschillend ten opzichte van 2014 (tabel 3.11).
- De gemiddelde prijs van een gram geïmporteerde wiet schommelde tussen 2004 en 2015 rond 4,70 euro.
- Prijs en sterkte hangen samen: hoe meer THC een cannabismonster bevat, hoe hoger de prijs.

Tabel 3.11 Gemiddelde prijs (€) per gram cannabisproduct in coffeeshops, vanaf 2005

Cannabis product	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nederwiet[1]	6,22	6,20	7,30	7,67	8,12	8,13	8,30	9,28	9,59	9,53	9,81
Geïmporteerde wiet	4,11	4,40	4,30	5,16	4,88	4,57	4,24	5,88	5,29	4,51	4,67
Geïmporteerde hasj	6,78	7,30	7,70	8,09	8,70	9,07	7,79	9,71	9,86	9,72	8,91

I. Meest populaire variant. De prijzen hebben betrekking op monsters die in december/januari zijn verzameld. De jaartallen verwijzen naar het jaar waarin de maand januari valt. Bron: DIMS, Trimbos-instituut (Rigter en Niesink, 2015).

4. Cocaïne

4.1	Laatste feiten en trends	▶ pagina 110
4.2	Gebruik: algemene bevolking	▶ pagina 110
4.3	Gebruik: jongeren	▶ pagina 113
4.4	Problematisch gebruik	▶ pagina 117
4.5	Gebruik: internationale vergelijking	▶ pagina 118
4.6	Hulpvraag en incidenten	▶ pagina 120
4.7	Ziekte en sterfte	▶ pagina 125
4.8	Aanbod en markt	▶ pagina 128

4. Cocaïne

Inleiding

Cocaïne werkt stimulerend. Sommige gebruikers van cocaïne weten deze drug in hun leven in te passen zonder in problemen te komen (Cruz, 2015). Zij consumeren cocaïne voor recreatieve doeleinden. Toch kan de drug leiden tot verslaving, vooral als cocaïne wordt gebruikt in de vorm van crack, de rookbare vorm van cocaïne.

Cocaïne kan in verschillende vormen worden toegediend. De zoutvorm van cocaïne (cocaïnehydrochloride; poeder) wordt in Nederland meestal gesnoven, zelden geïnjecteerd. Een enkele keer wordt cocaïnepoeder in een sigaret gerookt. De afgelopen jaren bevat het merendeel van de cocaïnepoeders 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) (§ 4.8).

Op gebruikersniveau overlappen de (snuif)cocaïne-, ecstasy- en amfetaminemarkt. 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., 2014).

Onder probleemgebruikers van harddrugs is vooral de basevorm van cocaïne populair. Deze vorm van cocaïne wordt 'basecoke', 'freebase', of 'gekookte coke' genoemd. Basecoke wordt verkregen na het verhitten ('koken') van een oplossing van cocaïnepoeder en een basisch middel, zoals natriumbicarbonaat of ammonia. Basecoke wordt gerookt in een pijpje of geïnhaleerd 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.

Behandeling van cocaïneverslaving is lastig. Ondanks decennialang onderzoek is effectieve farmacotherapie, zoals voor opiaten of alcohol, nog niet beschikbaar gekomen. In de afgelopen jaren liet het Nederlandse CATCH onderzoek onder crackverslaafden bijvoorbeeld zien dat het toevoegen van de stoffen modafinil (geneesmiddel tegen narcolepsie) en topiramaat (geneesmiddel tegen epilepsie) aan cognitieve gedragstherapie, teleurstellend weinig meerwaarde had en niet tot gunstiger uitkomsten leidde, zoals het volhouden van de behandeling en minder gebruik van cocaïne en andere drugs (Nuijten et al., 2011, 2014, 2015). Bij cocaïneverslaving is 'contingency management', ofwel het geven van beloningen (zoals tegoedbonnen) voor het niet meer gebruiken van cocaïne, effectief gebleken (Schierenberg et al., 2012). Er is 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).

De gegevens in dit Jaarbericht gelden voor alle vormen van cocaïne samen, tenzij anders aangegeven.

4.1 Laatste feiten en trends

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

- Naar schatting hebben één op de twintig Nederlanders (5,3%) tussen 15-64 jaar ooit wel eens cocaïne gebruikt en heeft 1,6% in het afgelopen jaar nog cocaïne gebruikt (§ 4.2).
- Vergeleken met het Europese gemiddelde, ligt het percentage recente cocaïnegebruikers in Nederland iets hoger. Het gebruik wordt alleen in het Verenigd Koninkrijk en Spanje hoger geschat (§ 4.5).
- Onder de schoolgaande jongeren van 12 tot en met 18 jaar in het regulier onderwijs bleef het gebruik van cocaïne tussen 2007 en 2011 stabiel (§ 4.3).
- In bepaalde groepen uitgaande jongeren en jongvolwassenen wordt cocaïne relatief vaak gebruikt, maar is het middel qua populariteit ingehaald door amfetamine (§ 4.3).
- Een op de 200 inwoners van de drie grootste steden van Nederland is verslaafd aan crack (§ 4.4).
- Het aantal cliënten in de verslavingszorg met cocaïne als primair probleem daalt sinds 2008 (§ 4.6).
- Ook het aantal klinische opnames in de algemene ziekenhuizen waarbij cocaïnemisbruik en cocaïneafhankelijkheid een rol speelt, is in 2012 niet verder gestegen (§ 4.6). Trendgegevens voor 2013 zijn vanwege wijzigingen in de registratie en rapportage niet beschikbaar.
- 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).
- Volgens de Nederlandse Doodsoorzakenstatistiek is een op de vijf acute drugsgerelateerde sterfgevallen primair toe te schrijven aan cocaïnegebruik (§ 4.7).
- De meeste cocaïnepoeders zijn versneden met andere stoffen. Sinds 2009 bevat (meer dan) tweederde van de cocaïnepoeders van consumenten levamisol, dit geldt ook voor 2014. Desondanks is de concentratie cocaïne (zuiverheid) hoog (§ 4.8).
- Het gemiddelde gehalte cocaïne in cocaïnepoeders is sinds 2011 gestegen en was in 2014 vergelijkbaar met 2013. De prijs is in de afgelopen jaren desondanks weinig veranderd (§ 4.8).

4.2 Gebruik: algemene bevolking

De Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor (CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2014) inventariseert het gebruik van verschillende drugs in een representatieve aselecte steekproef van de bevolking van 15 tot en met 64 jaar. Vanwege verandering in de methode van gegevensverzameling, de vragenlijst en de wegingsmethode vergeleken met voorgaande peilingen in 1997, 2001, 2005, 2009 (Rodenburg et al., 2007; Van Rooij et al., 2011), moeten de schattingen uit 2014 gezien worden als een nieuwe nulmeting en kunnen geen vergelijkingen met voorgaande jaren worden gemaakt. Het is niet mogelijk om met zekerheid vast te stellen of het gebruik van drugs vergeleken met de laatste peiling in 2009 is toegenomen of afgenomen.

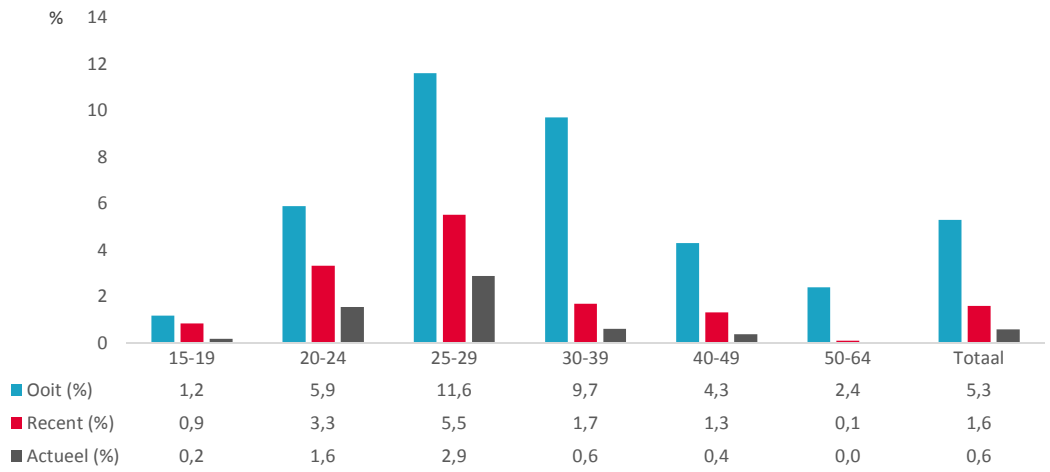
- In 2014 had naar schatting één op de twintig Nederlanders van 15 tot en met 64 jaar ooit cocaïne gebruikt (5,3%, tabel 4.1). Omgerekend naar de hele bevolking ging het om ongeveer 580 duizend personen (95% betrouwbaarheidsinterval 510-650 duizend).
- Recent gebruik (in het afgelopen jaar) lag op 1,6%. Omgerekend naar de hele bevolking ging het om ongeveer 170 duizend personen (95% betrouwbaarheidsinterval 130-220 duizend). Van deze recente cocaïnegebruikers had meer dan de helft in het afgelopen jaar ook ecstasy en/of amfetamine gebruikt. Van de hele bevolking had 0,9% in het afgelopen jaar zowel cocaïne als ecstasy en/of amfetamine gebruikt.
- Actueel gebruik (in de afgelopen maand) lag op 0,6%. Omgerekend naar de hele bevolking ging het om ongeveer 70 duizend personen (95% betrouwbaarheidsinterval 40-100 duizend).

Tabel 4.1 **Gebruik van cocaïne in Nederland onder mensen van 15 tot en met 64 jaar. Peiljaren 1997, 2001, 2005, 2009[I] en 2014[I]**

	1997 (%)	2001 (%)	2005 (%)	Wijziging methode[I]	2009[I] (%)	Wijziging methode[I]	2014[I] (%)
Ooitgebruik (%)	2,6	2,1	3,4	…	5,2	…	5,3
Recent gebruik (%)[II]	0,7	0,7	0,6	…	1,2	…	1,6
Actueel gebruik (%)[III]	0,3	0,1	0,3	…	0,5	…	0,6
Heeft voor het eerst in het afgelopen jaar gebruikt (%)	0,3	0,4	0,1	…	0,4	…	-
Gemiddelde leeftijd van de recente[I] gebruikers	27,7 jaar	26,7 jaar	31,9 jaar	…	-	…	30,6 jaar

Aantal respondenten: 17.590 (1997), 2.312 (2001), 4.516 (2005), 5.769 (2009), 5.867 (2014). … = Wijziging methode. - = Gegevens ontbreken. I. In 2009 en 2014 is de onderzoeksmethode gewijzigd hetgeen waarschijnlijk van invloed is geweest op de uitkomsten (zie tekst). II. In het afgelopen jaar. III. in de afgelopen maand. Bron: NPO, CBS/IVO (Van Rooij et al., 2011), Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2014 (Van der Pol en Van Laar, 2015).

Figuur 4.1 **Cocaïnegebruikers in Nederland per leeftijdsgroep, peiljaar 2014**



Percentages per leeftijdsgroep. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2014 (Van der Pol en Van Laar, 2015).

Leeftijd en geslacht

- Cocaïnegebruik komt twee tot drie keer vaker voor onder mannen dan vrouwen: het ooitgebruik van cocaïne lag in 2014 op 7,5% onder de mannen vergeleken met 3,0% onder de vrouwen. Voor recent gebruik was dit respectievelijk 2,2% onder de mannen versus 1,0% onder de vrouwen en voor actueel gebruik was dit 1,0% onder de mannen versus 0,3% onder de vrouwen.
- De piek van het recent cocaïnegebruik ligt in de leeftijdsgroep 25-29 jaar (5,5%), een oudere leeftijdsgroep dan bij cannabis. Daarna volgt de leeftijdsgroep 20-24 jaar (3,3%) (figuur 4.1).
- Tussen 2001 en 2005 steeg de gemiddelde leeftijd van de recente gebruikers. In 2014 was de gemiddelde leeftijd van recente cocaïnegebruikers 31 jaar.

Opleidingsniveau

- Hoogopgeleiden gebruiken vaker cocaïne dan lageropgeleiden (tabel 4.2). Voor recent en actueel gebruik gaat het om een factor twee: 2,2% van hbo- en wo opgeleiden hebben recent gebruikt versus 1,1% van de laagopgeleiden (basisonderwijs, LBO, MAVO, VMBO). Dit is voor actueel gebruik 1,0% versus 0,5%.

Grote steden

- Mensen die in (zeer) stedelijke gebieden wonen hebben vaker ervaring met cocaïnegebruik dan mensen in minder stedelijke gebieden (tabel 4.2). Dit verschil is kleiner voor recent gebruik en is niet aanwezig bij actueel gebruik.

Tabel 4.2 Gebruik van cocaïne naar opleidingsniveau en stedelijkheid, peiljaar 2014

(15-64 jr.)	Ooit (%)	Recent (%)	Actueel (%)
Opleidingsniveau[I]			
Laagopgeleid	4,5	1,1	0,5
Middelbaaropgeleid	5,0	1,3	0,5
Hoogopgeleid	6,4	2,2	1,0
Stedelijkheid[II]			
(Zeer) sterk stedelijk	7,4	2,1	0,7
Matig stedelijk	3,7	1,3	0,7
Weinig/niet stedelijk	3,0	0,9	0,5

Percentage gebruikers ooit in het leven, recent (laatste jaar) en actueel (laatste maand). I. Opleidingsniveau: 15-24 jaar hoogst gevolgd niveau, 25 en ouder hoogst behaald niveau: Laagopgeleid = basisonderwijs, LBO, MAVO,VMBO; Middelbaaropgeleid = MBO, HAVO, VWO; Hoogopgeleid = 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, 2014 (Van der Pol en Van Laar, 2015).

Speciale groepen

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

- In 2000 werden in Utrecht de eerste hostels geopend voor verslaafde daklozen en in 2009 werd het middelengebruik onder de Utrechtse hostelbewoners onderzocht. Hun gemiddelde leeftijd was toen 45 jaar (Wolf et al., 2010). Een ruime meerderheid van de bewoners gebruikte (bijna) dagelijks harddrugs (84%). Ruim de helft (51%) gebruikte cocaïne (bijna) dagelijks.
- Tijdens de winterkouderegeling wordt in Amsterdam, voor alle daklozen die zich aanmelden, een gratis plek gecreëerd in de nachtopvang. In de winter van 2009-2010 werd het middelengebruik onderzocht onder 105 daklozen (gemiddelde leeftijd 39 jaar) die gebruik hadden gemaakt van de winterkoudelocaties (Buster en De Wit, 2010). Cocaïne was in de afgelopen maand gebruikt door 21% van de daklozen.

- 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., 2014). De groep van 513 daklozen bestond voor 80% uit volwassenen van 23 jaar en ouder en bestond voor 20% uit jongeren van 18 tot en met 22 jaar. Van de volwassen deelnemers was 80% man en 60% allochtoon. Van de jongeren was 60% man en 63% allochtoon. Van de volwassen daklozen had in de afgelopen maand 7% crackcocaïne gebruikt en had 3% snuifcocaïne gebruikt. Van de jongeren onder de daklozen had 1% crackcocaïne gebruikt en had 6% snuifcocaïne gebruikt.
- 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 had in de afgelopen maand 29% geen alcohol of drugs gebruikt, had 29% weinig alcohol of drugs gebruikt en was voor 4% cocaïne het zwaarste middel dat zij hadden gebruikt.

4.3 Gebruik: Jongeren

Scholieren

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

- In het cocaïnegebruik onder de scholieren van het voortgezet onderwijs deed zich van 1988 tot 1996 wel een stijging voor in de percentages ooitgebruik en actueel gebruik (figuur 4.2).
- In de metingen tussen 1996 en 2007 daalde het percentage leerlingen dat ervaring had met cocaïne en bleef het stabiel in 2011.
- Het percentage actuele cocaïnegebruikers blijft in de afgelopen 15 jaar (1996-2011) op hetzelfde niveau. De kleine afname tussen 1999 en 2003 is niet statistisch significant (figuur 4.2).

Leeftijd en geslacht

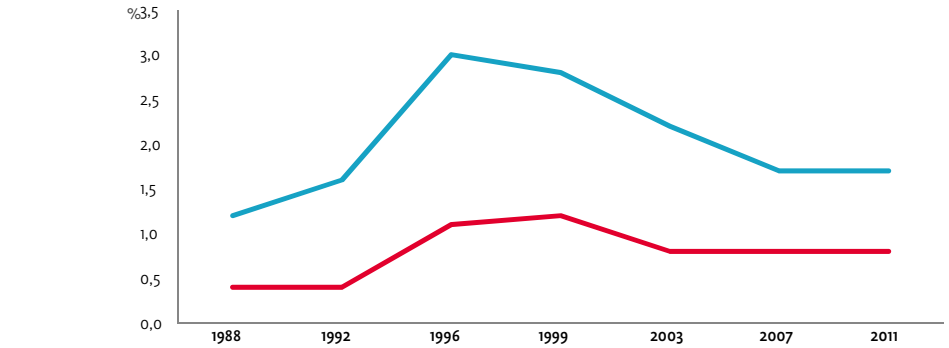
- Het gebruik van cocaïne neemt toe met de leeftijd. In 2011 had 0,6% van de 12-jarigen ervaring met cocaïne; op 16-jarige leeftijd was dat 2,4%. Voor actueel gebruik waren deze getallen respectievelijk 0,3% (12 jaar) en 0,6% (16 jaar).
- Meer jongens dan meisjes hebben ooit (2,2% versus 1,2%) of nog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

Schoolniveau en etnische afkomst

- Schoolniveaus kunnen alleen voor 12 tot en met 16-jarige leerlingen worden vergeleken, doordat niet elk schoolniveau hetzelfde aantal leerjaren heeft. Leerlingen van het VMBO-p/t hebben iets meer ervaring met cocaïne dan leerlingen van het VWO (respectievelijk 2,0% versus 0,8%), maar verschillen tussen andere schoolniveaus zijn niet statistisch significant. Het actuele gebruik verschilt niet tussen schoolniveaus.
- Er is geen sterke samenhang tussen etnische afkomst en het ooitgebruik van cocaïne.[1] Alleen Surinaamse leerlingen hebben iets vaker ervaring met cocaïne (4,5%) dan leerlingen van autochtoon Nederlandse afkomst (1,5%).

1 Voor de definitie van etnische afkomst, c.q. autochtoon en allochtoon: zie bijlage A.

Figuur 4.2 Gebruik van cocaïne onder scholieren van 12 tot en met 18 jaar, vanaf 1988



	1988	1992	1996	1999	2003	2007	2011
Ooitgebruik	1,2	1,6	3,0	2,8	2,2	1,7	1,7
Actueel gebruik	0,4	0,4	1,1	1,2	0,8	0,8	0,8

	1988	1992	1996	1999	2003	2007	2011
Ooitgebruik	1,2	1,6	3,0	2,8	2,2	1,7	1,7
Actueel gebruik	0,4	0,4	1,1	1,2	0,8	0,8	0,8

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

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.

Uitgaande jongeren en jongvolwassenen

Cocaïne is relatief populair in het uitgaansleven, maar het gebruik van het middel vindt ook vaak in privésettingen plaats. Het gaat daarbij vooral om het snuiven van cocaïne. Sleutelfiguren in het uitgaansleven signaleerden al in 2008/2009 dat het gebruik van cocaïne tegenwoordig in alle regio's van Nederland voorkomt (Doekhie et al., 2010). In de afgelopen jaren is cocaïne wat populariteit betreft in bepaalde groepen uitgaanders ingehaald door amfetamine, maar gaat ecstasy nog steeds onverminderd aan kop. Zo tussen de 10% en 20% van de uitgaanders is een actuele gebruiker.

- Sleutelfiguren in het Amsterdamse uitgaansleven signaleerden dat cocaïne onder trendsetters wat op de achtergrond is geraakt, onder andere door de verjonging van deze groep, de economische crisis en de opmars van amfetamine. Onder 25-plussers bleef cocaïne echter onverminderd populair (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 werd door de sleutelfiguren bevestigd dat in slechts één panelnetwerk niemand regelmatig cocaïne gebruikte (Benschop et al., 2015).
- In 2010 had 12% van de Amsterdamse cafébezoekers in de afgelopen maand cocaïne gebruikt en in 2014 lag dit percentage op 15%. Het verschil tussen 2010 en 2014 was niet statistisch significant (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 actuele gebruikers van crack van 0,3% naar 1,7%.

- Uit een survey in Amsterdam 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 actuele gebruik stabiel tussen 2008 en 2013 (14% in beide jaren).
    - Actueel cocaïnegebruik lag hoger onder werkenden dan onder studenten (24% versus 17%), hoger onder mannen dan vrouwen (24% versus 14%), onder twintigers en dertigers vergeleken met clubbers en ravers onder de twintig jaar (22% versus 8%) en hoger 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 tot en met 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 achttienjarige leeftijd had ruim 16% al een keer cocaïne gebruikt. Cocaïne wordt gebruikt om zo lang mogelijk te kunnen doorgaan met feesten.

In het landelijke Grote Uitgaansonderzoek 2013 is via een online survey middelengebruik en risicogedrag in kaart gebracht onder 3.335 (frequente) bezoekers van 15 tot en met 35 jaar van party's, festivals en clubs (Goossens et al., 2013). De respondenten vormden geen representatieve steekproef van alle uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Bijna de helft van de deelnemers (45%) bezocht maandelijks of vaker een party of festival, en tweederde had een voorkeur voor techno/hardhouse muziek.

- Vier op de tien respondenten (41%) had ooit cocaïne gebruikt. Ruim een kwart had in het afgelopen jaar gebruikt (27%) en 13% deed dit nog in de afgelopen maand. Het merendeel is een 'incidentele snuiver'.
- Tweederde (68%) van de recente gebruikers had in het afgelopen jaar een paar keer cocaïne gebruikt; 16% deed dat eens per maand, 11% een paar keer per maand, 3% eens per week, 2% een paar keer per week. (Bijna) dagelijks gebruik kwam zelden voor (0,1%).
- De voorkeurslocaties voor gebruik varieerden van party's/festivals (59% van de respondenten), feestjes thuis (51%), clubs/discotheken (45%), tot café/kroeg (34%). Cocaïne is daarmee een minder typische 'partydrug' dan amfetamine en ecstasy (zie § 6.3).
- Hoe vaker de respondenten in het afgelopen jaar een party hadden bezocht, hoe groter de kans op recent en actueel cocaïnegebruik. Dit verband werd ook gevonden voor de frequentie van kroegbezoek.
- Lageropgeleiden waren ook vaker een recente of actuele cocaïnegebruiker en zij gebruikten grotere hoeveelheden dan hogeropgeleiden.

Probleemjongeren

Jongeren in justitiële jeugdinrichtingen en de jeugdzorg en dakloze jongeren hebben vaker ervaring met het gebruik van cocaïne dan hun leeftijdgenoten in de algemene bevolking.

- Volgens wat ouder landelijk onderzoek uit 2008 varieert het percentage jongeren in de jeugdzorg dat ooit cocaïne heeft gebruikt van 6% onder de 12- en 13-jarigen tot 17% onder de 14- en 15-jarigen en 18% onder de 16-jarigen. In het reguliere onderwijs lagen deze percentages beduidend lager op respectievelijk 1%, 2% en 3% (Kepper et al., 2009a). Gemiddeld had 18% van de jongeren in de jeugdzorg ooit cocaïne gebruikt, 17% van de jongens en 19% van de meisjes. 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).
- Onder jongens (13-18 jaar) in justitiële jeugdinrichtingen heeft 18%, voorafgaand aan hun detentie, ooit cocaïne gebruikt (Kepper et al., 2009b). Er zijn grote verschillen in het ooitgebruik van cocaïne tussen deze jongens en de jongens in het reguliere voortgezet onderwijs: 13% versus 1% onder de 13- en 14-jarigen, 17% versus 3% onder de 15- en 16-jarigen en 21% versus 6% onder de 17- en 18-jarigen. Van de jongens gaf 4% aan cocaïne te hebben gebruikt tijdens hun verblijf in de justitiële jeugdinrichting.
- In de vier grote steden in 2011 had 6% van de dakloze jongeren (18-23 jaar) in de afgelopen maand snuifcocaïne gebruikt en had 1% in de afgelopen maand crack gebruikt (Van Straaten et al., 2012).

- 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., 2014). De groep van 513 daklozen bestond voor 20% uit jongeren van 18 tot en met 22 jaar. Van deze jongeren was 60% man en 63% allochtoon; de gemiddelde leeftijd was 22 jaar. In deze groep had 2% in de afgelopen maand snuifcocaïne gebruikt.
- Voor zover cijfers beschikbaar zijn en vergelijkingen kunnen worden gemaakt, lijkt het gebruik van crack onder probleemjongeren wat vaker voor te komen dan onder hun leeftijdgenoten in de algemene bevolking. De percentages actueel gebruik zijn niettemin laag (tabel 4.3).

Tabel 4.3 Gebruik van cocaïne[I] naar opleidingsniveau en stedelijkheid, peiljaar 2014[I]

	Locatie	Peiljaar	Leeftijd (jaar)	Ooit-gebruik (%)	Actueel gebruik (%)
Uitgaande jongeren en jongvolwassenen					
Bezoekers van party's, festivals en clubs[II]	Landelijk	2013	Gemiddeld 23	41	13
Bezoekers van trendy clubs	Amsterdam	2008	Gemiddeld 25	33	14
Coffeeshopbezoekers	Amsterdam	2009	Gemiddeld 28	34	5
Cafébezoekers	Amsterdam[III]	2010	Gemiddeld 27	34	12
				3[IV]	0,3[IV]
		2014	Gemiddeld 27	42	15
				7[IV]	1,7[IV]
Bezoekers van clubs en raves[V]	Amsterdam	2013	Gemiddeld 24	47	19
Uitgaande jongeren en jongvolwassenen	Den Haag	2014	Gemiddeld 24	35	11
Probleemjongeren					
Jongeren in de residentiële jeugdzorg	Landelijk	2008	Gemiddeld 15	18	34%
				5[IV]	1[IV]
Jongeren (alleen jongens) in justitiële jeugdinrichtingen[VI]	Landelijk	2009	Gemiddeld 16	18	6
				2[IV]	1[IV]
Dakloze jongeren	G4	2012/2013	Gemiddeld 22	-	2
Jongeren in de jeugdzorg[VII]	Amsterdam	2012	Gemiddeld 16	5	1
Jongeren in de jeugdzorg	Amsterdam	2012	Gemiddeld 16,3	29%	29%

Percentage ooitgebruikers en actuele gebruikers (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 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). VI. Gebruik in de maand voorafgaand aan het verblijf in een justitiële jeugdinrichting (JJI). Gegevens zijn verzameld in tien van de twaalf JJI's. VII. Jongeren met opvoedproblemen, delinquente jongeren, dak- en thuisloze jongeren en jongeren in overige hulpverleningstrajecten.
Bronnen: Het Grote Uitgaansonderzoek 2013 (Goossens et al., 2013); Bonger Instituut voor Criminologie, UvA: Antenne 2008 (Benschop et al., 2009); Antenne 2010 (Benschop et al., 2011); Antenne 2012 (Benschop et al., 2013), Antenne 2013 (Nabben et al., 2014), Antenne 2014 (Benschop et al., 2015); Tendens 2008, IrisZorg (De Jong et al., 2008); Haags Uitgaans Onderzoek, GGD Haaglanden (Van Dijk en Reinerie, 2015); EXPLORE, Trimbos-instituut (Kepper et al., 2009a); (Van Straaten et al., 2014), IVO, UMC St Radboud.

4.4 Problematisch gebruik

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

- De eerste groep bestaat uit de probleemgebruikers van opiaten (zie § 5.4), waarvan een groot deel óók cocaïne gebruikt, veelal de kantenklare 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). 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 harddrugsscene die frequent cocaïne, vooral crack, consumeren, zonder daarnaast heroïne te nemen.
- De derde groep bestaat uit gebruikers bij wie het aanvankelijk 'recreatief' gebruik van snuifcocaïne is overgegaan in problematisch gebruik ('de ontspoorde cocaïnesnuivers'). In vergelijking met crackgebruikers zijn zij doorgaans begonnen met het gebruik van snuifcoke vanuit een meer maatschappelijk geïntegreerde positie. Er is een indicatie van de mate van probleemgebruik van cocaïne onder bezoekers van party's en festivals en van clubs en discotheken in 2008/2009 (Van der Poel et al., 2010; zie ook § 4.3).
  - Van de party- en festivalbezoekers van 15 tot en met 35 jaar had 19% het afgelopen jaar (recent) cocaïne gebruikt. Van deze recente gebruikers was 13% een probleemgebruiker.[2]
  - Van de uitgaanders in clubs en discotheken had 10% het afgelopen jaar (recent) cocaïne gebruikt. Van deze recente gebruikers was 13% een probleemgebruiker (Van der Poel et al., 2010).

Van de drie groepen die hierboven werden genoemd, komt crackverslaving vooral voor in de eerste twee groepen. Maar ook in de derde groep kan crackverslaving ontstaan.

- Van het totaal aantal crackverslaafden (zowel degenen die alleen crack als ook degenen die opiaten gebruiken) zijn er recent 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 tot en met 64 jaar. 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.
  - Een groot deel (42%) koopt de crack in een openbare gelegenheid, 40% via levering aan huis en 14% koopt de crack bij een dealer thuis. Bijna een derde van de crackverslaafden (31%) is ook zelf actief in de verkoop van crack (Oteo Pérez et al., 2014).
- Er is geen schatting van het aantal problematische gebruikers van snuifcocaïne.

Algemene bevolking

2 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.

4.5 Gebruik: internationale vergelijking

In de algemene bevolking van westerse landen is het aantal mensen dat harddrugs zoals cocaïne gebruikt, aanzienlijk lager dan het aantal mensen dat cannabis gebruikt (EMCDDA, 2015a).

- Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking. Van invloed is vooral de leeftijdsgroep. 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. Voor zover beschikbaar zijn gegevens voor andere EU-lidstaten in Bijlage C vermeld.
- Het percentage mensen tot de leeftijd van 60 of 70 jaar dat ervaring heeft met cocaïne is veruit het grootst in de Verenigde Staten.
- In de EU-15 en Noorwegen varieert het percentage ooitgebruikers onder 15-64-jarigen van 1,2% in Portugal tot 10,3% in Spanje. Van alle EU-lidstaten ligt het percentage ooitgebruikers het laagst in Roemenië (0,3%). In 2014 had in Nederland 5,3% van de bevolking van 15 tot en met 64 jaar ervaring met cocaïne (zie § 4.2). Dat ligt in de buurt van het Europese gemiddelde van 4,6%, volgens de meest recente surveys (EMCDDA, 2015a).[3]
- Het Europese gemiddelde voor het recent gebruik lag op 1% (EMCDDA, 2015a). In 2014 had in Nederland 1,6% van de bevolking van 15 tot en met 64 jaar in het afgelopen jaar nog cocaïne gebruikt (zie § 4.2). Slechts in drie andere landen van de EU-28 landen en Noorwegen heeft meer dan 1% van de inwoners in het afgelopen jaar nog cocaïne gebruikt. Deze drie andere landen zijn Ierland (1,5%), Spanje (2,2%) en het Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales, 2,4%). Het percentage recente gebruikers ligt ook hoger dan 1% in Australië (2,1%) en de Verenigde Staten (1,6%).

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 (%)	Recent gebruik (%)	Ooitgebruik (%)	Recent gebruik (%)
Spanje	2013	10,3	2,2	11,7	3,3
Ierland	2011	6,8	1,5	9,4	2,8
Frankrijk	2014	5,4	1,1	7,7	2,4
Nederland	2014	5,3	1,6	7,2	3,0
Noorwegen	2013	4,2	0,9	7,2	2,2
Zweden	2008	3,3	0,5	-	-
Oostenrijk	2008	2,2	0,9	2,8	1,2
Finland	2010	1,7	0,2	2,6	0,6
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 recent (laatste jaar). - = Geen cijfers voor deze leeftijdsgroepen beschikbaar. Bronnen: EMCDDA; Gezondheidsenquête/ Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2014 (Van der Pol en Van Laar, 2015).

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. In deze schatting zijn de nieuwe cijfers voor Nederland uit 2014 nog niet meegenomen.

Tabel 4.4b Consumptie van cocaïne onder de algemene bevolking van enkele EU-15 lidstaten, de Verenigde Staten, Canada en Australië: overige leeftijdsgroepen[I]

Land	Jaar	Leeftijd (jaar)	Ooitgebruik (%)	Recent gebruik (%)
Verenigde Staten	2013	12 en ouder	14,3	1,6
Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales)	2013	16 - 59	9,5	2,4
Australië	2013	14 en ouder	8,1	2,1
Canada	2012	15 en ouder	7,3	1,1
Denemarken	2013	16 en ouder	5,2	0,9
Italië	2012	18 - 64	4,2	0,6
Duitsland	2012	18 - 64	3,3	0,8

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

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[I]. Peiljaren 1999, 2003, 2007 en 2011

	1999	2003		2007	2011
Land	Ooit gebruik (%)	Ooit gebruik (%)	Recent gebruik (%)	Ooit gebruik (%)	Ooit gebruik (%)
Frankrijk	2	3	-	5	4
België[II]	-	3	1	4	4
Italië	2	4	3	5	3
Verenigde Staten[I]	8	5	3	5	3
Ierland	2	3	1	4	3
Duitsland[III]	-	2	2	3	3
Portugal	1	3	2	2	3
Spanje[IV]	-	6	5	4	2
Nederland	3	3	1	3	2
Denemarken[IV]	1	2	2	3	2
Zweden	1	1	0	2	1
Griekenland	1	1	1	1	1
Noorwegen	1	1	1	1	1
Finland	1	0	0	1	1
Verenigd Koninkrijk[V]	3	4	3	5	-
Zwitserland	-	1	0	3	-

Percentage gebruikers ooit in het leven en, voor 2003, in het laatste jaar (recent). - = Niet gemeten. I. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD, maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit. II. België in 2011 alleen voor Vlaanderen. III. Duitsland in 2007 voor 6 en in 2011 voor 5 van de 16 deelstaten. IV. De gegevens voor Spanje en Denemarken zijn minder representatief. V. Verenigd Koninkrijk niet voor 2011 vanwege te lage respons (slechts 6% van de scholen).

Jongeren

In de ESPAD-peilingen onder 15- en 16-jarige scholieren in Europa werd in 1999, 2003, 2007 en 2011 gevraagd naar het ooitgebruik van cocaïne (Hibell et al., 2000, 2004, 2009, 2012). In 2003 is ook gevraagd naar het recent gebruik. De cijfers uit dit onderzoek zijn beter vergelijkbaar dan de cijfers uit onderzoeken onder de algemene bevolking.

- Tabel 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 cocaïne (4%) werd gevonden in Frankrijk en België.
- Nederland neemt met 2% een middenpositie in, maar de verschillen met de andere landen zijn klein.
- Het gemiddelde van alle 36 deelnemende Europese landen lag eveneens op 2%.

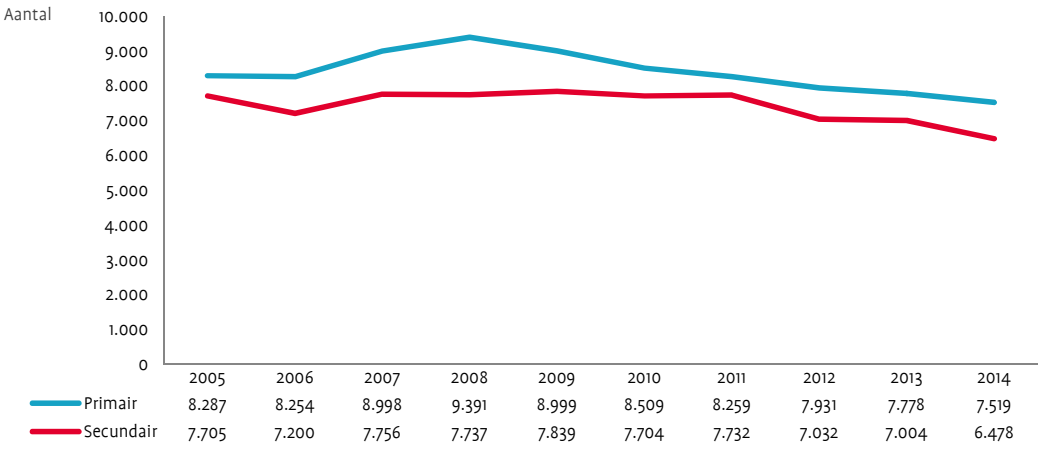
4.6 Hulpvraag en incidenten

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. In 2014 hebben in totaal twintig gespecialiseerde instellingen voor verslavingszorg geanonimiseerde gegevens over de hulpverlening aangeleverd aan het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS, Wisselink et al., 2015) (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 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 met cocaïne als primair probleem steeg tussen 2005 en 2008 met 13%, maar daalde tussen 2008 en 2014 weer met 20% (figuur 4.3).
- Per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder daalde het aantal primaire cocaïnecliënten van 62 in 2005 naar 54 in 2014.
- Het aandeel van de primaire cocaïnecliënten in alle cliënten met een drugsprobleem lag in 2005 op 26% en in 2014 op 24%.
- Voor bijna de helft van de primaire cocaïnecliënten (45%) was in 2014 roken (crack) de belangrijkste wijze van gebruik en voor iets meer dan de helft (53%) snuiven. Slechts 1% injecteerde de cocaïne. In 2005 lag het percentage rokers (crackgebruikers) op 59%.
- In 2014 was 15% van de primaire cocaïnecliënten een nieuwkomer. Deze nieuwkomers werden ingeschreven in 2014 en stonden niet eerder ingeschreven bij de verslavingszorg.
- Bij bijna 9 van de 10 primaire cocaïnecliënten (86%) stond in 2014 ook nog een ander verslavingsprobleem geregistreerd. Voor deze groep was het secundaire probleem vooral alcohol (34%), gevolgd door cannabis (21%), heroïne (22%), methadon (5%) en stimulerende middelen (3%). Voor de overige cocaïnecliënten (14%) stond cocaïne als het enige probleem geregistreerd.
- Cocaïne werd ook vaak als secundair probleem genoemd (figuur 4.2). Voor deze groep was in 2014 het primaire probleem vooral heroïne (48%), gevolgd door alcohol (34%) en cannabis (10%).

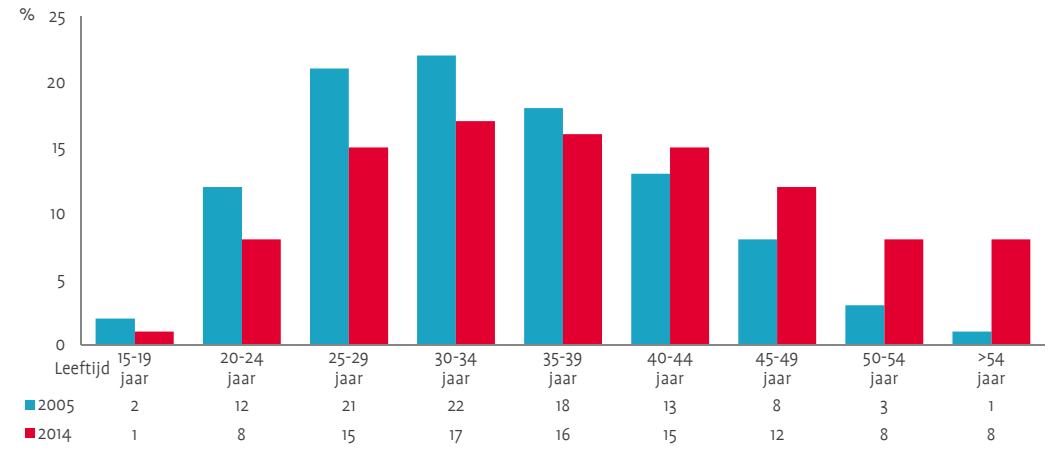
Figuur 4.3 **Aantal cliënten bij de verslavingszorg met primaire of secundaire cocaïneproblematiek, vanaf 2005**



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Primair	8.287	8.254	8.998	9.391	8.999	8.509	8.259	7.931	7.778	7.519
Secundair	7.705	7.200	7.756	7.737	7.839	7.704	7.732	7.032	7.004	6.478

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

Figuur 4.4 **Leeftijdsverdeling van primaire cocaïnecliënten bij de verslavingszorg. Peiljaren 2005 en 2014**



Leeftijd	15-19 jaar	20-24 jaar	25-29 jaar	30-34 jaar	35-39 jaar	40-44 jaar	45-49 jaar	50-54 jaar	>54 jaar
2005	2	12	21	22	18	13	8	3	1
2014	1	8	15	17	16	15	12	8	8

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

Leeftijd, geslacht en opleiding

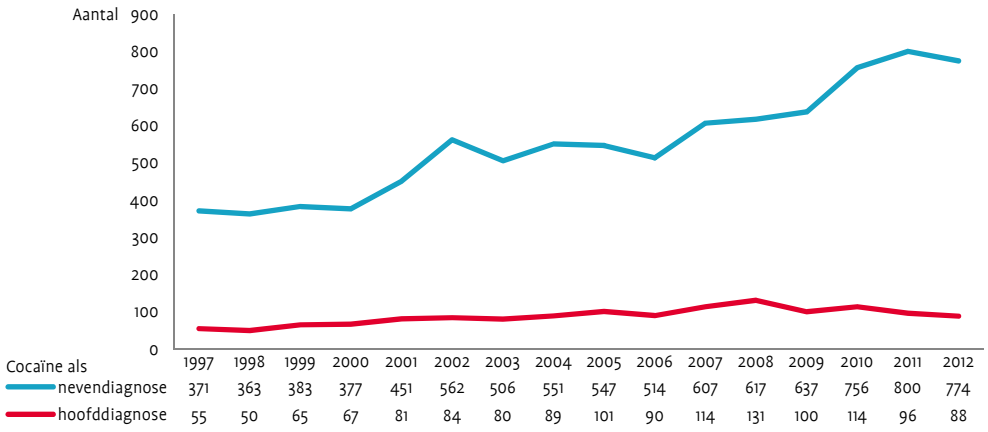
- In 2014 waren 8 van de 10 primaire cocaïnecliënten man (81%).
- De gemiddelde leeftijd in 2014 was 38 jaar, vergeleken met 33 jaar in 2005. Daarmee zijn de primaire cocaïnecliënten jonger dan de opiaat- en alcoholcliënten maar ouder dan de cannabis-, ecstasy-, amfetamine- en GHB-cliënten.
- Figuur 4.4 laat zien dat 63% van de primaire cocaïnecliënten in 2014 tussen de 25 en 44 jaar was. Het aandeel jonge cocaïnecliënten van 15 tot en met 29 jaar is gedaald van 35% in 2005 naar 24% in 2014.
- Deze veroudering komt grotendeels op conto van de crackverslaafden, waarvan een deel ook problemen met opiaten heeft (zie § 5.6).
- In 2014 had van de primaire cocaïnecliënten 43% geen opleiding afgerond of een lagere opleiding afgerond, had 44% een middelbare opleiding afgerond en had 12% een hogere opleiding afgerond. (Voor de verklaring van lagere-, middelbare- en hogere opleiding, zie bijlage A onder: Cliënt LADIS.)
- Hierboven (§ 4.2) werd er op gewezen dat in de algemene bevolking hogeropgeleiden meer ervaring hebben met cocaïne dan lageropgeleiden. Dit in tegenstelling tot het gegeven dat onder de cocaïnecliënten in de verslavingszorg slechts 12% hoger is opgeleid en 43% lager is opgeleid.

Algemene ziekenhuizen

De algemene ziekenhuizen sturen gegevens over hun opnames anoniem naar de Landelijke Medische Registratie (LMR). Voor 2013 zijn nog geen trendgegevens beschikbaar, zodat alleen gegevens worden gerapporteerd tot en met 2012. Cocaïnemisbruik en –afhankelijkheid worden niet vaak als hoofddiagnose geregistreerd bij klinische opnames in de algemene ziekenhuizen.

- In 2012 ging het om 88 gevallen, waarvan 64% vanwege cocaïnemisbruik en 36% vanwege cocaïneafhankelijkheid (figuur 4.5).
- Cocaïneproblemen spelen vaker een rol als nevendiagnose. In het afgelopen decennium is ondanks jaarlijkse fluctuaties een globale stijging te zien in het aantal opnames met cocaïnemisbruik of -afhankelijkheid als nevendiagnose. Tussen 2011 en 2012 vond er een daling plaats met 3%.
- De meest voorkomende categorieën hoofddiagnoses die in 2012 stonden geregistreerd bij cocaïne misbruik of –afhankelijkheid als nevendiagnose, waren:
  - ziekten en symptomen van de ademhalingswegen (18%)
  - ziekten van hart en vaatstelsel (17%)
  - letsel door ongevallen (15%, zoals breuken, wonden, hersenschudding)
  - vergiftigingen (9%)
  - misbruik of afhankelijkheid van alcohol en drugs (8%)
  - psychosen (5%).
- De LMR registreerde in 2012 in totaal 51 gevallen van onopzettelijke vergiftiging met cocaïne als nevendiagnose (ICD-9 code E855.2).
- Dezelfde persoon kan meer dan één keer per jaar worden opgenomen. Bovendien kan er per opname meer dan één nevendiagnose worden gesteld. Gecorrigeerd voor dubbeltellingen ging het in 2012 om 777 personen. Zij werden in dat jaar minstens één keer opgenomen met cocaïnemisbruik of –afhankelijkheid als hoofd- of nevendiagnose. Hun gemiddelde leeftijd was 40 jaar; 80% was man.

Figuur 4.5 **Klinische opnames in algemene ziekenhuizen gerelateerd aan cocaïnemisbruik en -afhankelijkheid**



Cocaïne als	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
nevendiagnose	371	363	383	377	451	562	506	551	547	514	607	617	637	756	800	774
hoofddiagnose	55	50	65	67	81	84	80	89	101	90	114	131	100	114	96	88

Aantal diagnoses, niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen van personen. ICD-9 codes: 304.2, 305.6 (bijlage B). Bron: LMR, DHD.

Incidenten

De belangrijkste bron voor informatie over gezondheidsverstoringen in verband met drugsgebruik (zie ook Bijlage A onder 'Incidenten') is de Monitor Drugs Incidenten (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 2009 houdt de MDI actuele gegevens bij over de aard en omvang van drugsgerelateerde gezondheidsincidenten in Nederland (Croes et al., 2015).

- In 2014 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.

Het aantal incidenten met cocaïnebase (basecoke, crack) was te klein om als aparte groep te bespreken. Tussen 2009 en 2014 werden (slechts) 88 incidenten gemeld, waarin cocaïnebase als enige drug was gebruikt en in 153 gevallen was cocaïnebase met een of meer andere drugs gebruikt. De gegevens hieronder hebben daarom uitsluitend betrekking op incidenten waarbij cocaïne-HCL (cocaïnepoeder of snuifcoke) was gebruikt (tenzij anders aangegeven).

- In 2014 werden in totaal 3.797 drugsincidenten gemeld. Bij 419 meldingen was cocaïne-HCL betrokken; hiervan was in 183 gevallen cocaïne-HCL als enige drug gemeld (met of zonder alcohol). De gegevens over de gebruikte drugs zijn grotendeels afkomstig van zelfrapportage.

In tabel 4.6 worden de cocaïne-HCL incidenten samengevat over de periode 2009-2014. Vanwege verschillen tussen de medische diensten worden gegevens uitgesplitst naar type dienst.

- In deze periode werden in totaal 19.380 unieke drugsincidenten gemeld, waarvan 1.282 incidenten met cocaïne-HCL als enige drug. Daarnaast was er in 1.062 gevallen sprake van combinatiegebruik van cocaïne met een andere drug. Anders dan in de voorgaande Jaarberichten worden in deze editie ook de incidenten beschreven die in voorgaande jaren zijn gerapporteerd door deelnemers die recent (tijdelijk) geen nieuwe incidenten hebben doorgegeven. Daardoor vallen de hier beschreven aantallen hoger uit dan in de voorgaande jaren.
- Rotterdam en Purmerend zijn regio's waar de afgelopen jaren het aandeel van cocaïne-incidenten op het totaal aantal gemelde incidenten het hoogst was. Daarin is in de gevolgde jaren geen verandering opgetreden. In 2014 was in beide regio's ongeveer 1 op de 5 gemelde incidenten een incident met (snuif)cocaïne als enige drug. In de regio Ede/Arnhem neemt snuifcoke een relatief beperkte plaats in in het geheel: 7% van de gemelde incidenten betreft uitsluitend het gebruik van snuifcoke.
- Politieartsen zien vaak acute gezondheidsincidenten met snuifcoke: één op de vijf incidenten is bij hen gerelateerd aan het gebruik van cocaïne als enige drug. Cocaïnegebruik leidt bij de grootschalige evenementen zelden (1%-2%) tot een gezondheidsverstoring.

Kenmerken patiënten en incidenten gerelateerd aan cocaïne

- Vergeleken met de andere drugs zijn patiënten met een gezondheidsincident na cocaïnegebruik ouder (bijna 80% van de populatie bij de ambulance, de spoedeisende hulp en de politieartsen is 25 jaar of ouder) en vaak man.
- Alle incidenten zijn ingedeeld in een lichte, matige of ernstige mate van intoxicatie. Behalve bij de EHBO-posten op evenementen, is de mate van 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 (57%) ook alcohol heeft gedronken en dat is meer dan bij andere drugs (amfetamine 43%, ecstasy 45%, GHB 38%). Ook patiënten die op de EHBO-post hulp nodig hebben na cocaïne-gebruik hebben in 63% van de gevallen alcohol gedronken.
- Bij de incidenten met cocaïne zijn vaak ook andere drugs gebruikt. Een veel gemelde combinatie is die met ecstasy, maar ook de combinatie met GHB of cannabis is regelmatig onder de incidenten te vinden.
- In de periode 2009-2014 werden vanuit de peilstationsregio's 13 fatale incidenten gemeld na gebruik van alleen de drug snuifcocaïne, al dan niet in combinatie met alcohol. Daarnaast zijn nog 10 patiënten overleden die een combinatie van drugs gebruikten waar snuifcocaïne onderdeel van uitmaakte.
- Eén patiënt is gemeld uit de peilstationsregio's die is overleden na (uitsluitend) basecoke en alcoholgebruik. Vijf patiënten overleden in deze periode binnen de peilstationsregio's na een cocktail van drugs (en alcohol) waarin ook basecoke zat.

Tabel 4.6 Incidenten met cocaïne-HCl als enige drug geregistreerd door de Monitor Drugs Incidenten (MDI). Peiljaren 2009-2014

	Ambulances	Ziekenhuizen	Politieartsen	EHBO
Aantal incidenten (% van het totaal binnen de dienst)	587 (9)	227 (7)	332 (21)	136 (2)
Man (%)	78	82	90	73
Leeftijd: <25 jaar	18	23	20	54
Mate van intoxicatie*				
Licht[I]	36	49	39	86
Matig[II]	50	37	49	12
Ernstig[III]	15	14	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 (Croes et al., 2015).

4.7 Ziekte en sterft

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.
- Zware cokegebruikers hebben ook meer moeite hun agressie onder controle te houden (Ernst et al., 2008; Ferwerda et al., 2012). Met name een cocaïnepsychose kan leiden tot agressief gedrag (Tang et al., 2009). Ontstaat er een 'excited delirium', dan kan dat zelfs tot de dood leiden, met name als iemand in een dergelijke opwindingstoestand de confrontatie aangaat met de politie (Das et al., 2009; Plush et al., 2015). Dat crackgebruikers meer agressie vertonen dan snuifcokegebruikers, ligt niet zozeer aan het middel, maar ligt meer aan de gebruikers (Vaughn et al., 2010).
- Bij jongeren en jongvolwassenen in het uitgaansleven die excessief en langdurig cocaïne gebruiken, wordt opgefokt, paranoïde en egoïstisch gedrag gesignaleerd en een in zichzelf gekeerd zijn (Nabben et al., 2010). 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).
- 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).

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). LIV zorgt voor het afsterven van bloedvaten in de huid, in week weefsel (neus, wangen, oorschelp) en in boteinden.
- Van 2009 tot en met 2014 zijn in de Verenigde Staten en Europa ongeveer 210 casussen van cytopenie en LIV bij cocaïnegebruikers gemeld, waarvan drie fataal. In Nederland zijn tot op heden twee casussen bekend. Verder ontving het NVIC (Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum) tot op heden drie meldingen van een vermoedelijke levamisol intoxicatie bij cocaïnegebruikers.

Sterfte

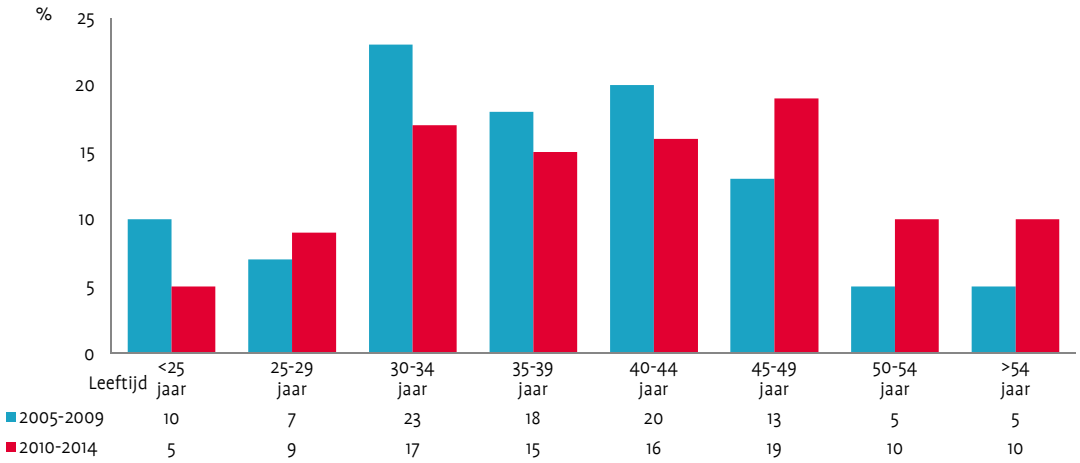
In de Nederlandse Doodsoorzakenstatistiek van het CBS komen nog steeds weinig (acute) sterfgevallen voor die primair te wijten zijn aan cocaïne. Vanwege de overgang van handmatige naar automatische codering van de doodsoorzaken vanaf 2013, kunnen de aantallen vanaf 2013 niet rechtstreeks vergeleken worden met de aantallen uit de voorafgaande jaren.

- Tussen 2005 en 2012 schommelde het aantal rond de 22 per jaar. In 2013 ging het om 24 gevallen, 17% van het totaal. Ook in 2014 ging het om 24 gevallen, 20% van het totaal (zie figuur 5.8 in hoofdstuk 5).
- Figuur 4.6 geeft de verdeling naar leeftijdsgroep van de sterfgevallen vanwege cocaïne in de periodes van 2005 tot en met 2009 en van 2010 tot en met 2014. Het aandeel van de leeftijdsgroep van 45 jaar en ouder is gestegen van 23% in de periode 2005-2009 naar 39% in de periode 2010-2014. Ongeveer acht van de tien cocaïneslachtoffers (84%) waren 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 drie tot acht gevallen (zeven in 2006). In 2007 werd slechts één geval geregistreerd, in 2008 vijf gevallen en in 2009 één (vermoedelijk) geval. In 2010 waren er drie gevallen en in 2011 waren er vier 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 2014 door het NFI werden onderzocht op drugsgebruik, werd in tien gevallen cocaïne aangewezen als (een) oorzaak van het overlijden. In sommige van deze gevallen speelden naast cocaïne ook andere drugs 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 opgeteld.
- Daarnaast moet worden opgemerkt dat het aantal door het NFI uitgevoerde gerechtelijke secties is afgenomen, van ongeveer 600 secties in 2000 tot naar verwachting ongeveer 300 in 2015.

Figuur 4.6 Leeftijdsverdeling van cocaïnesterfgevallen van 2005 tot en met 2009 en van 2010 tot en met 2014



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

Internationale vergelijking

Volgens het EMCDDA (2012) lijkt acute sterfte door cocaïne maar weinig voor te komen. Sterfte door cocaïne is echter moeilijker te herkennen dan sterfte door opiaten. 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 2010 rapporteerden 16 landen minstens 640 aan cocaïne gerelateerde sterfgevallen. Er zijn signalen die wijzen op een dalende trend vanaf 2008 in de landen waar cocaïne het meest wordt gebruikt (Spanje, Verenigd Koninkrijk).
- In Denemarken is gevonden dat de kans op sterfte onder problematische cocaïnegebruikers ongeveer zes keer zo groot is, vergeleken met hun leeftijdsgenoten in de algemene bevolking. In Spanje werd een vijf keer zo grote sterftekans gevonden (EMCDDA, 2015b). Een vijf keer zo grote sterftekans betekent dat, van de problematische cocaïnegebruikers die kwamen te overlijden, vier van de vijf (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. 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.

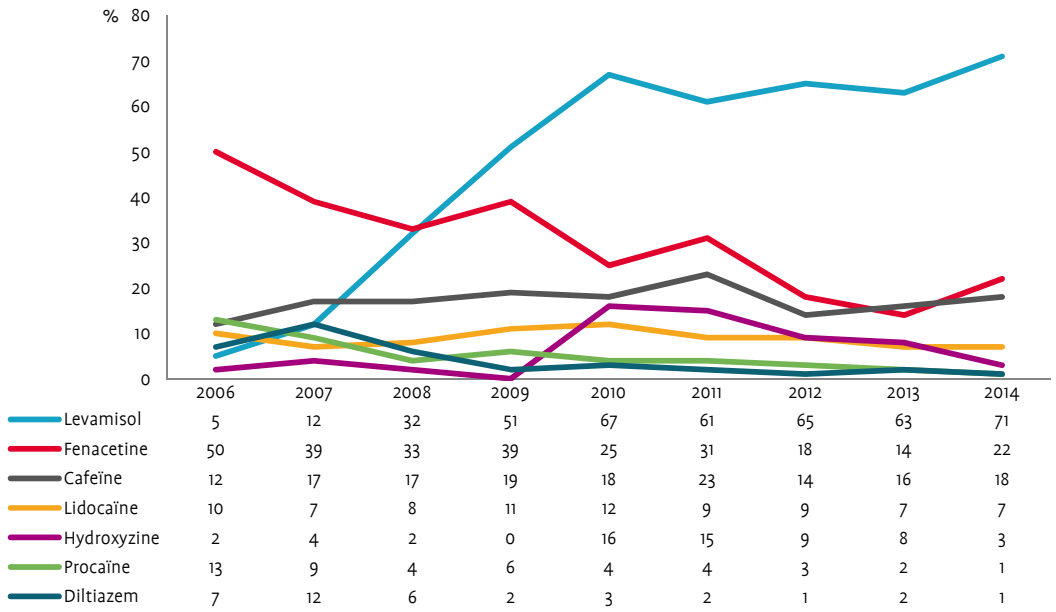
In 2014 werden 1.170 poeders aangeleverd die door de consument als cocaïne waren aangekocht (Van der Gouwe, 2015).

- Het merendeel (96%) van deze poeders bevatte daadwerkelijk cocaïne (overwegend hydrochloride). Van de poeders die werden verkocht als cocaïne, bevatte 4% geen cocaïne maar wel één of meerdere andere psychoactieve stoffen, terwijl 0,3% geen enkel psychoactief bestanddeel bevatte.
- Het gemiddelde gehalte cocaïne vertoont de laatste jaren een opvallende stijging van 49% in 2009 naar 61% (gewichtsprocenten) in 2013 en 59% in 2014. Het is daarmee zeer zuiver, ook vergeleken met andere Europese landen (EMCDDA, 2015a).

De afgelopen jaren bevatten poeders die als cocaïne zijn verkocht relatief vaak (ook) geneesmiddelen (figuur 4.7).

- Vooral het versnijdingsmiddel levamisol laat tussen 2007 en 2010 een sterk stijgende trend zien, en het aandeel cocaïnemonsters waarin dit middel zat bleef sindsdien stabiel hoog. 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 anti-wormenmiddel. Onbekend is waarom dit middel aan cocaïne wordt toegevoegd.
- In 2014 bevatte 71% van de cocaïnepoeders levamisol, tegenover 12% in 2007. Het gemiddelde percentage levamisol in deze cocaïnepoeders is toegenomen van 7% in 2012 naar 10% in 2013 en 11% in 2014.
- Frequente gebruikers van cocaïne lopen het risico op ernstige bloed- en huidziekten (zie § 4.7).
- In 2014 bevatte 3% van de cocaïnemonsters hydroxyzine, een middel dat tot 2010 amper werd aangetroffen en sinds 2010 steeds minder wordt gezien. Hydroxyzine wordt onder andere toegepast bij spanningen en (jeukende) huidaandoeningen.
- Hoewel in voorgaande jaren steeds minder cocaïnepoeders de stof fenacetine bevatten, was dit percentage met 22% in 2014 hoger dan voorgaande jaren. In 2006 bevatte echter nog de helft van het aantal poeders fenacetine, in 2013 was dat gedaald tot 14%. 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 4.7 Percentage cocaïnepoeders met versnijdingsmiddelen, vanaf 2006



Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

Prijzen

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

- Consumenten die in 2014 hun cocaïnemonster hebben aangeleverd bij het DIMS-project betaalden voor een gram cocaïnepoeder tussen 20 en 100 euro (gemiddeld 53 euro) (tabel 4.7, DIMS, 2014).
- Ondanks de toegenomen zuiverheid, schommelt de gemiddelde prijs van cocaïnepoeders al sinds 2008 rond de 50 euro per gram, zoals ook blijkt uit de mediaan die elk jaar op 50 euro lag (tabel 4.7).
- In 2014 kostte in Amsterdam volgens de Antenne-monitor 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). Dit was gelijk aan de prijs in 2013 (Nabben et al., 2014) en 2012 (Benschop et al., 2013).

Tabel 4.7 Prijs per gram cocaïne op consumentenniveau, 2008-2014[1]

	2008	2009	2010	2011	2012	2013[1]	2014
Aantal monsters (n)	637	780	979	679	401	1.178	1.204
Gemiddelde (€)	50	50	45	52	53	52	53
Mediaan (€)	50	50	50	50	50	50	50
Minimum – maximum (€)	25-70	20-80	30-75	25-80	18-80	10-120	20-100

1. In 2013 hanteerde DIMS een nieuwe rapportagemethode waarbij non-respons is gereduceerd. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

5. Opiaten

5.1	Laatste feiten en trends	▶ pagina 131
5.2	Gebruik: algemene bevolking	▶ pagina 132
5.3	Gebruik: jongeren	▶ pagina 132
5.4	Problematisch gebruik	▶ pagina 135
5.5	Gebruik: internationale vergelijking	▶ pagina 136
5.6	Hulpvraag en incidenten	▶ pagina 137
5.7	Ziekte en sterfte	▶ pagina 141
5.8	Aanbod markt	▶ pagina 151

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. Het gaat in dit hoofdstuk vooral om heroïne en methadon.

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

De afgelopen jaren is er veel geïnvesteerd in de behandeling en zorg van problematische opiaatgebruikers. Voorbeelden hiervan zijn de reguliere behandeling met methadon, de medische heroïnebehandeling, harm reduction via gebruikersruimten en spuitomruil en dagopvang, nachtopvang, hostels, beschermd wonen en Assertive Community Treatment (ACT) binnen het kader van het Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang. Speciaal voor justitiabele opiaatgebruikers is de forensische zorg uitgebreid (zie ook § 2.4).

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 heeft Nederland een laag aantal probleemgebruikers van opiaten (§ 5.5).
- Het aantal cliënten in de verslavingszorg met een primaire opiaatproblematiek daalde gestaag tussen 2005 en 2014. Nog maar weinig opiaatcliënten zijn jonger dan 30 jaar (§ 5.6).
- Het aantal klinische opnames in algemene ziekenhuizen waarbij opiaatmisbruik en -afhankelijkheid een rol speelde, steeg tussen 2006 en 2010, en bleef tot 2012 stabiel (§ 5.6). Trendgegevens voor 2013 zijn vanwege wijzigingen in de registratie en rapportage niet beschikbaar.
- Acute gezondheidsincidenten met 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).
- Tussen 2005 en 2014 schommelde het aantal sterfgevallen door opiaten rond gemiddeld 42 gevallen per jaar. De gemiddelde leeftijd van overlijden bleef stijgen (§ 5.7).

5.2 Gebruik: algemene bevolking

De Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor (CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2014) inventariseert het gebruik van verschillende drugs in een representatieve aselecte steekproef van de bevolking van 15 tot en met 64 jaar. Vanwege verandering in de methode van gegevensverzameling, de vragenlijst en de wegingsmethode vergeleken met voorgaande peilingen in 1997, 2001, 2005, 2009 (Rodenburg et al., 2007; Van Rooij et al., 2011), moeten de schattingen uit 2014 gezien worden als een nieuwe nulmeting en kunnen geen vergelijkingen met voorgaande jaren worden gemaakt. Het is niet mogelijk om met zekerheid vast te stellen of het gebruik van drugs vergeleken met de laatste peiling in 2009 is toegenomen of afgenomen.

- In 2014 rapporteerde 0,4% van de bevolking van 15 tot en met 64 jaar ooit heroïne te hebben gebruikt. Omgerekend naar de hele bevolking ging het om ongeveer 50 duizend personen (95% betrouwbaarheidsinterval 30 duizend - 80 duizend ooitgebruikers van heroïne). Er waren vrijwel geen recente en actuele gebruikers van heroïne.
- Dit cijfer is vermoedelijk een onderschatting, omdat probleemgebruikers 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

Onder scholieren op middelbare scholen van het regulier onderwijs is heroïne niet populair (tabel 5.1). Maar ook bij deze lage prevalenties kan de vraag worden gesteld naar de betrouwbaarheid waarmee jongeren rapporteren ervaring te hebben met heroïne. Er zijn namelijk geen signalen dat heroïnegebruik voorkomt in zulke jonge leeftijdsgroepen. Onder scholieren van het voortgezet onderwijs in Amsterdam in 2011 rapporteerde niemand ooit heroïne te hebben gebruikt (0%; Nabben et al., 2012).

- Op landelijk niveau in 2011 rapporteerde minder dan 1% van de leerlingen ervaring te hebben met heroïne. De afgelopen maand had 0,2% nog heroïne gebruikt. Verschillen tussen jongens en meisjes waren niet statistisch significant (Verdurmen et al., 2012).
- Het percentage scholieren dat heroïnegebruik rapporteert is in alle peiljaren gering en vertoont een licht dalende trend sinds 2003.

Tabel 5.1 Gebruik van heroïne onder scholieren van het regulier voortgezet onderwijs van 12-18 jaar, vanaf 1988

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

Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand). Bron: Peilstationsonderzoek scholieren, Trimbos-instituut (Verdurmen et al., 2012).

Speciale groepen jongeren en jongvolwassenen

Bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen hebben iets vaker ervaring met heroïne dan hun 'doorsnee' leeftijdgenoten, maar actueel gebruik is in vrijwel alle groepen beperkt. Tabel 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

Heroïne wordt sporadisch gebruikt onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen.
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.

- Actueel gebruik van heroïne komt in het uitgaanscircuit vrijwel niet voor (Nabben et al., 2010).
- 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). Onder bezoekers van trendy clubs in Amsterdam lag in 2008 het percentage ooitgebruikers op 1% (Benschop et al., 2009).
- Van de cafébezoekers in Amsterdam had 1,2% in 2010 ooit heroïne gebruikt en 0,8% in 2014 (geen statistisch significant verschil, Benschop et al., 2015).
- Onder coffeeshopbezoekers in Amsterdam lag het percentage ooitgebruikers in 2009 op 3%.

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

- Ruim 1% van de bezoekers had ervaring met heroïne en slechts 0,1% was een actuele heroïnegebruiker. Vergelijkbare percentages werden gevonden voor bezoekers van clubs en discotheken.

Probleemgroepen

Jongeren in bepaalde hoogrisico settingen hebben wat vaker ervaring met heroïne dan hun leeftijdgenoten, maar recente landelijke gegevens zijn niet beschikbaar.

- Volgens wat ouder onderzoek in 2008 onder 14- en 15-jarige jongeren in de residentiële jeugdzorg had 5% ervaring met heroïne. In de totale leeftijdsgroep van 12 tot en met 18 jaar had 4% ervaring met heroïne (Kepper et al., 2009a).
- Onder jongens (13-18 jaar) in justitiële jeugdinrichtingen in 2009 had 3%, voorafgaand aan hun detentie, ooit heroïne gebruikt (Kepper et al., 2009b).
- Een verschil in het ooitgebruik tussen deze jongens en de jongens in het reguliere voortgezet onderwijs is alleen gevonden voor de 17- en 18-jarigen.

- In deze leeftijdsgroep had van de jongens in de justitiële jeugdinrichting 7% ooit heroïne gebruikt en had van de jongens in het reguliere voortgezet onderwijs 2% ooit heroïne gebruikt.
- Heroïne werd niet gebruikt tijdens het verblijf in de justitiële jeugdinrichting.

In Amsterdam speelt het gebruik van heroïne nauwelijks een rol onder jongeren in de jeugdzorg, school 'dropouts' en de meest deviante groep van gedetineerde jongeren (Nabben et al., 2007; Benschop et al., 2013). Sleutelfiguren in Amsterdam signaleren dat heroïnegebruik vrijwel niet voorkomt onder de veelal allochtone buurtjongeren en verschillende groepen probleemjongeren, zoals jongensprostituees en dak- en thuisloze jongeren (Nabben et al., 2007; Benschop et al., 2009).

In Gelderland hebben sleutelfiguren in 2009 alleen heroïnegebruik gesignaleerd onder jongeren in de jeugdhulpverlening. Deze jongeren gebruiken heroïne, maar ook slaap- en kalmeringsmiddelen, om te kalmeren na het gebruik van stimulerende middelen. Het komt voor dat heroïne een paar keer in de week wordt gebruikt als kalmeringsmiddel (De Jong et al., 2009).

Tabel 5.2 Gebruik van heroïne in speciale groepen

	Locatie	Peiljaar	Leeftijd (jaar)	Ooitgebruik (%)	Actueel gebruik (%)
Uitgaande jongeren en jongvolwassenen					
Bezoekers van party's en festivals	Landelijk	2008/2009	Gemiddeld 24	1	0,1
Bezoekers van clubs en discotheken	Landelijk	2008/2009	Gemiddeld 22	1	0,1
Bezoekers van trendy clubs	Amsterdam	2008	Gemiddeld 25	1	<0,1
Coffeeshopbezoekers	Amsterdam	2009	Gemiddeld 28	3	<0,1
Cafébezoekers[I]	Amsterdam	2010	Gemiddeld 27	1,2	<0,1
		2014	Gemiddeld 27	0,8	0,2
Bezoekers van clubs en raves[II]	Amsterdam	2013	Gemiddeld 24	<0,1	0
Probleemgroepen					
Jongeren in de residentiële jeugdzorg	Landelijk	2008	Gemiddeld 15	4	2
Jongeren in de jeugdzorg[III]	Amsterdam	2012	Gemiddeld 16	1	-
Jongeren (alleen jongens) in justitiële jeugdinrichtingen[IV]	Landelijk	2009	Gemiddeld 16	3	1

Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand) per groep. De cijfers in deze tabel zijn niet onderling vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. 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. IV. Gebruik in de maand voorafgaand aan het verblijf in een justitiële jeugdinrichting (JJI). Gegevens zijn verzameld in 10 van de 12 JJI's.

Bronnen: Bonger 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); Uitgaansonderzoek, Trimbos-instituut/ UvA (Van der Poel et al., 2010); EXPLORE, Trimbos-instituut (Kepper et al., 2009a).

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 voor 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 tot en met 64 jaar waren er in 2012 in Nederland ongeveer dertien 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 wordt gesignaleerd dat de 'overblijvende' groep opiaatgebruikers maatschappelijk gezien minder problematisch is dan een decennium geleden, zoals blijkt 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., 2014).
- Daar staat tegenover dat de veroudering van de groep heroïnegebruikers 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 tot en met 64 jaar[I]

Bereik	Jaar	Aantal	Aantal per 10.000 inwoners van 15-64 jaar
Landelijk	2012	14.000	13
Amsterdam	2009	3.023	55
Enschede	2012	286	26
Hengelo	2012	59	11
Almelo	2012	98	21
Oost-Veluwe[II]	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).

5.5 Gebruik: internationale vergelijking

Gebruik scholieren

- Volgens de ESPAD-peiling van 2011 lag in Nederland het percentage ooitgebruikers van heroïne onder 15- en 16-jarige scholieren op het Europese gemiddelde van 1% (Hibell et al., 2012).

Probleemgebruik

De Europese Unie en Noorwegen samengenomen telden in 2013 naar schatting een miljoen probleemgebruikers van opiaten (EMCDDA, 2015a). Dat zijn er circa 40 per 10.000 inwoners van 15 tot en met 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 tien 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 tot en met 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[1]
Verenigd Koninkrijk	2010/2011	81	79 - 84
Luxemburg	2007	59	50 - 76
Oostenrijk	2013	50	49 - 51
Italië	2013	44	38 - 49
Finland	2012	41	38 - 45
Duitsland	2012	-	28 - 34
Noorwegen	2012	23	19 - 31
Griekenland	2013	22	20 - 26
Spanje	2012	22	18 - 26
Nederland	2012	13	12 - 15

Vanwege verschillen in methodes dienen de gegevens voorzichtig te worden geïnterpreteerd. - = Gegevens ontbreken. 1. Uiterste waarden op basis van 95% betrouwbaarheidsintervallen of sensitiviteitsanalyse. Bronnen: EMCDDA, Trimbos-instituut (Cruts et al., 2013).

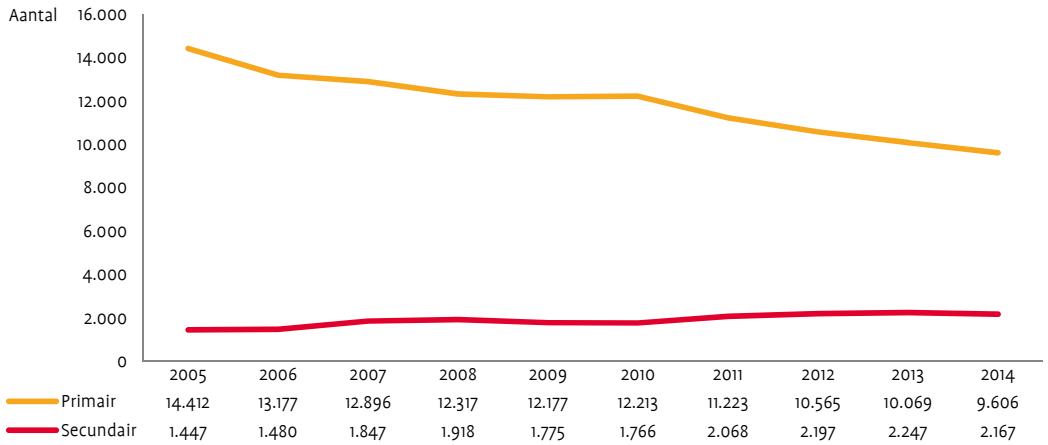
5.6 Hulpvraag en incidenten

Verslavingszorg

De verslavingszorg is het onderdeel van de gezondheidszorg dat hulp biedt aan mensen die verslaafd zijn geraakt aan drugs, alcohol, medicijnen, gokken-, of andere gedragsverslavingen. In 2014 hebben in totaal twintig gespecialiseerde instellingen voor verslavingszorg geanonimiseerde gegevens over de hulpverlening aangeleverd aan het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS, Wisselink et al., 2015) (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.

- Er is een gestage daling waarneembaar van het aantal primaire opiaatcliënten. Hun aantal daalde tussen 2005 en 2014 met 33% (figuur 5.1).
- Het aandeel van opiaten in alle verzoeken om hulp vanwege drugs daalde van 44% in 2005 naar 30% in 2014. 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% werd ingeschreven in 2014 en stond niet eerder ingeschreven. In 2005 was nog 6% een nieuwkomer.
- Ongeveer acht van de tien primaire opiaatcliënten rapporteerden in 2014 ook problemen met nog een andere verslaving (82%). Deze groep had voornamelijk een secundair probleem met cocaïne of crack (52%), gevolgd door alcohol (14%) en cannabis (10%). Van de primaire opiaatcliënten rapporteerde 18% geen bijmiddel.
- Opiaten worden minder vaak als secundair probleem genoemd (figuur 5.1). Voor deze groep was in 2014 het primaire probleem voornamelijk cocaïne of crack (60%), alcohol (29%), of cannabis (4%).
- Bij elkaar opgeteld daalt het totaal aantal primaire en secundaire opiaatcliënten met 26% van 15.859 opiaatcliënten in 2005 naar 11.773 opiaatcliënten in 2014.

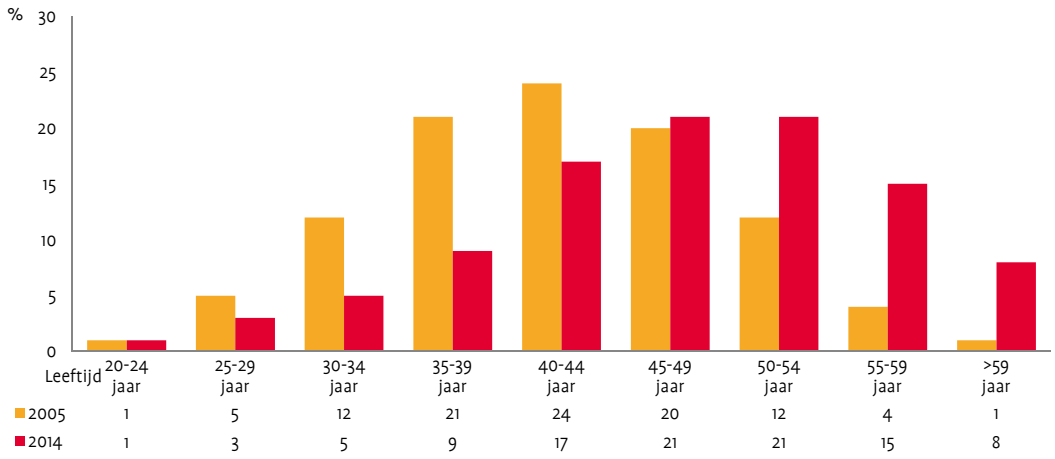
Figuur 5.1 Aantal cliënten bij de verslavingszorg met primaire of secundaire opiaatproblematiek, vanaf 2005



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Primair	14.412	13.177	12.896	12.317	12.177	12.213	11.223	10.565	10.069	9.606
Secundair	1.447	1.480	1.847	1.918	1.775	1.766	2.068	2.197	2.247	2.167

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

Figuur 5.2 Leeftijdsverdeling van primaire opiaatcliënten bij de verslavingszorg. Peiljaren 2005 en 2014



Leeftijd	20-24 jaar	25-29 jaar	30-34 jaar	35-39 jaar	40-44 jaar	45-49 jaar	50-54 jaar	55-59 jaar	>59 jaar
2005	1	5	12	21	24	20	12	4	1
2014	1	3	5	9	17	21	21	15	8

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

Leeftijd, geslacht en opleiding

- In 2014 was 80% van de primaire opiaatcliënten man.
- De gemiddelde leeftijd van de opiaatcliënten steeg van 42 jaar in 2005 naar 48 jaar in 2014. In 2014 was 65% van de opiaatcliënten ouder dan 44 jaar. In 2005 was dit nog maar 37% (figuur 5.2).
- Het aandeel van de jonge opiaatcliënten (20-34 jaar) daalde van 18% in 2005 naar 9% in 2014 (figuur 5.2). Nog maar 4% van de opiaatcliënten was in 2014 jonger dan 30 jaar.
- In 2014 had van de primaire opiaatcliënten 53% geen opleiding afgerond of een lagere opleiding afgerond, had 36% een middelbare opleiding afgerond en had 11% een hogere opleiding afgerond. (Voor de verklaring van lagere-, middelbare- en hogere opleiding, zie in bijlage A onder: Cliënt LADIS.)

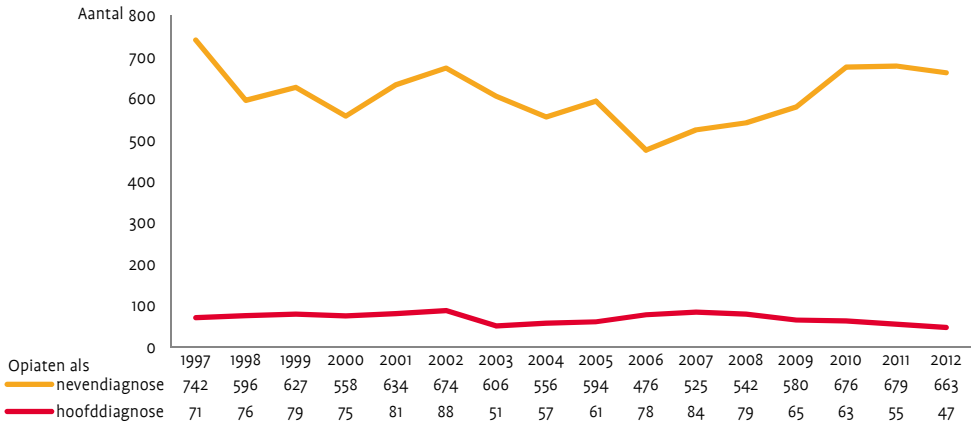
Algemene ziekenhuizen

Minder vaak komen opiaatgebruikers in het ziekenhuis terecht, en dan gaat het vaak om somatische complicaties van het middelengebruik. Misbruik en afhankelijkheid van opiaten worden in algemene ziekenhuizen zelden als hoofddiagnose gesteld. Voor 2013 zijn nog geen trendgegevens beschikbaar, zodat alleen gegevens worden gerapporteerd tot en met 2012.

- In 2012 telde de Landelijke Medische Registratie (LMR) 47 opnames voor de hoofddiagnose opiaten (79% afhankelijkheid en 21% misbruik, figuur 5.3).
- Vaker komen opiaatmisbruik en afhankelijkheid als nevendiagnose voor (663 in 2012). Tussen 1997 en 2012 schommelt dit aantal rond gemiddeld 608 nevendiagnoses (figuur 5.3).
- De hoofddiagnoses bij deze nevendiagnoses lopen sterk uiteen. Het meest vielen in 2012 op:
  - ziekten en symptomen van de ademhalingswegen (27%);
  - ziekten van het spijsverteringsstelsel (12%);
  - letsel door ongevallen (10%; breuken, wonden, hersenschudding);
  - vergiftiging (6%);
  - misbruik of afhankelijkheid van alcohol of drugs (3%);
  - huidaandoeningen (3%).
- In 2012 registreerde de LMR bovendien 92 klinische opnames door onopzettelijke vergiftiging met opiaten als nevendiagnose (ICD-9 codes E850.0 t/m E850.2).

- Dezelfde persoon kan meer dan één keer per jaar worden opgenomen. Bovendien kan er per opname meer dan één nevendiagnose worden gesteld. Gecorrigeerd voor dubbeltellingen ging het in 2012 om 609 personen. Zij werden in dat jaar minstens één keer opgenomen met opiatenmisbruik of –afhankelijkheid als hoofd- of nevendiagnose.
- Ook hier tekent zich een veroudering af. In 2012 was hun gemiddelde leeftijd 48 jaar. In 2005 was de gemiddelde leeftijd nog 41 jaar. Bijna driekwart (72%) was in 2012 man.

Figuur 5.3 Klinische opnames in algemene ziekenhuizen gerelateerd aan opiaatmisbruik en -afhankelijkheid



Opiaten als	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
nevendiagnose	742	596	627	558	634	674	606	556	594	476	525	542	580	676	679	663
hoofddiagnose	71	76	79	75	81	88	51	57	61	78	84	79	65	63	55	47

Aantal diagnoses, niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen van personen. ICD-9 codes: 304.0, 304.7, 305.5 (zie bijlage B). Bron: LMR, DHD.

Incidenten

De belangrijkste bron voor informatie over gezondheidsverstoringen in verband met drugsgebruik (zie ook bijlage A onder 'Incidenten') is de Monitor Drugs Incidenten (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 2009 houdt de MDI actuele gegevens bij over de aard en omvang van drugsgerelateerde gezondheidsincidenten in Nederland (Croes et al., 2015).

- In 2014 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.

Het aantal meldingen van incidenten met heroïne of methadon is relatief klein. In 2014 werden in totaal 3.797 drugsincidenten gemeld, waarbij in 108 gevallen heroïne of methadon betrokken betrokken waren. Hiervan was in 65 gevallen heroïne of methadon als enige drug gemeld (met of zonder alcohol). De gegevens over de gebruikte drugs zijn grotendeels afkomstig van zelfrapportage.

In tabel 5.5 worden de heroïne en methadonincidenten samengevat over de periode 2009-2014. Vanwege verschillen tussen de medische diensten worden gegevens uitgesplitst naar type dienst.

- In deze periode werden in totaal 19.380 unieke drugsincidenten gemeld, waarvan 504 incidenten met heroïne of methadon (of de combinatie) als enige drug(s). Daarnaast was er in 303 gevallen sprake van combinatiegebruik van heroïne of methadon met een andere drug.
- Anders dan in de voorgaande Jaarberichten worden in deze editie ook de incidenten beschreven die in voorgaande jaren zijn gerapporteerd door deelnemers die recent (tijdelijk) geen nieuwe incidenten hebben doorgegeven. Daardoor vallen de hier beschreven aantallen hoger uit dan in de voorgaande jaren.

Tabel 5.5 Incidenten met heroïne of methadon als enige drug geregistreerd door de Monitor Drugs Incidenten (MDI). Peiljaren 2009-2014

	Ambulances	Ziekenhuizen	Politieartsen	EHBO
Aantal incidenten (% van het totaal binnen de dienst)	319 (5)	82 (3)	102 (6)	1 (<1)
Man (%)	74	88	88	
Leeftijd: >25 jaar (%)	3	9	3	
Mate van intoxicatie*				
Licht[I]	24	44	44	
Matig[II]	50	19	41	
Ernstig[III]	26	37	15	

* 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 (Croes et al., 2015).

Kenmerken patiënten en incidenten gerelateerd aan heroïne en methadon

- Acute gezondheidsincidenten met heroïne of methadon worden door ambulances, ziekenhuizen en politieartsen gemeld, maar nagenoeg niet op grootschalige evenementen.
- In de regio's Rotterdam en Enschede leveren heroïne en methadon volgens de geregistreerde gegevens de grootste bijdrage, rond 10% van het totaal aantal gemelde acute gezondheidsincidenten na drugsgebruik.
- In meer dan de helft van de incidenten is de mate van intoxicatie matig of ernstig. Daarin zijn de afgelopen jaren geen veranderingen opgetreden.
- Vergeleken met de andere drugs is het aandeel jonge patiënten met een gezondheidsincident na gebruik van heroïne of methadon klein.
- Bij combinatiegebruik is met name de combinatie met cocaïne (basecoke en cocaïne-HCL) het meest frequent.
- Zeven patiënten overleden in de periode 2009-2014 binnen de peilstationsregio's aan een overdosering opiaten (heroïne en/of methadon), al dan niet gecombineerd met alcohol. Dertien anderen overleden aan een combinatie van drugs, waar methadon en of heroïne onderdeel van waren.

5.7 Ziekte en sterfte

Drugsgebruik kan een risicofactor zijn voor verschillende infectieziekten, waaronder hepatitis B en C, hiv, (andere) seksueel overdraagbare ziekten, tuberculose, tetanus en (wond)botulisme. Vanwege een aantal sporadische gevallen van wondbotulisme onder injecterende drugsgebruikers in Europa staat deze infectieziekte recent weer in de aandacht. In Noorwegen zijn tussen september en november 2013 zes bevestigde gevallen gemeld en in december 2014 zijn in Noorwegen en Schotland twee nieuwe clusters van wondbotulisme onder heroïnegebruikers ontdekt (EMCDDA, 2015b). In Nederland zijn echter hiv, aids, en hepatitis B en C nog steeds de belangrijkste drugsgerelateerde infectieziekten en daarom beperken wij ons in de volgende paragrafen tot deze infectieziekten.

Hiv

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

De Stichting HIV Monitoring verzamelt longitudinale gegevens van alle met hiv geïnfecteerde personen die worden aangemeld in de hiv behandelcentra. Uit gegevens van de Stichting HIV Monitoring blijkt dat van alle geregistreerde nieuwe hiv-infecties in Nederland nog maar minder dan 1% jaarlijks is toe te schrijven aan injecterend drugsgebruik.

Tabel 5.6 Aantal geregistreerde hiv-infecties uitgesplitst naar belangrijkste wijze van overdracht

Transmissiegroep	Hiv gevallen gediagnosticeerd in 2014	Aandeel in totaal aantal geregistreerde hiv gevallen
Totaal (aantal)	719	22.797
Injecterende drugsgebruikers	0	752
Mannen die seks hebben met mannen	492	13.194
Heteroseksueel contact	177	7.009
Overige categorieën[1]	50	1.842

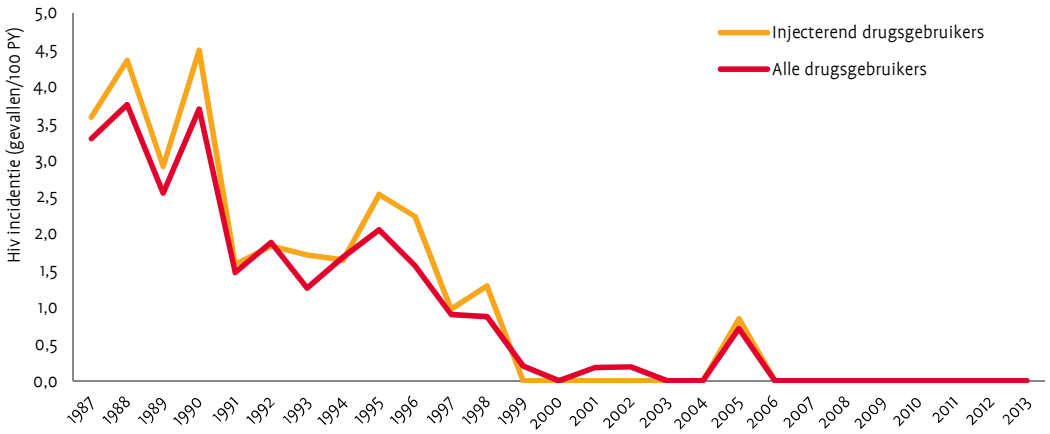
1. Inclusief ontvangers van bloedproducten, prikaccidenten, moeder-kind overdracht en overige/onbekende oorzaken. De aantallen worden voortdurend aangepast wegens vertraagde meldingen. Bron: RIVM (Van Oeffelen et al., 2015).

- In 2014 was injecterend drugsgebruik bij 0 van de 719 nieuw aangemelde personen met een hivinfectie de meest waarschijnlijke oorzaak van besmetting (tabel 5.6) (Van Oeffelen et al., 2015).
- Tot en met 2014 was van de totale groep van 22.797 geregistreerde hivgeïnfecteerde personen bij 752 personen (3%) injecterend drugsgebruik de meest waarschijnlijke transmissieroute.
- Zowel het absolute als het relatieve aantal nieuwe hiv-infecties onder injecterende drugsgebruikers in de hiv behandelcentra is sinds een aantal jaar aan het dalen. Van alle tot en met 2000 nieuw aangemelde hivgeïnfecteerden was 8% geassocieerd met injecterend drugsgebruik.
- De laatste jaren is de bijdrage van injecterend drugsgebruik onder de nieuwe meldingen minder dan 2%. In absolute aantallen ging het de afgelopen vijf jaar om minder dan tien gevallen per jaar.

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

- Het aantal nieuwe hiv-diagnoses onder ooit-injecteerders daalde van 9 per 100 persoonsjaren in 1986 naar ongeveer 0 sinds 2000. Tussen 2000 en 2014 werden alleen twee gevallen vastgesteld in 2005 (Van Oeffelen et al., 2015) (figuur 5.4).
- Onder alle 1.298 deelnemers aan de Amsterdamse Cohort Studies voor drugsgebruikers, ook niet injecteerders, daalde het aantal nieuwe besmettingen van 6 per 100 persoonsjaren in 1986 naar minder dan 1 per 100 persoonsjaren in 2011 (Van der Knaap et al., 2013).
- Bij de start van de studie waren al 261 deelnemers besmet met hiv; gedurende het onderzoek raakten 97 anderen besmet. De deelnemers werden in totaal 12.921 persoonsjaren gevolgd. Ook het aantal patiënten bij wie een seksueel overdraagbare aandoening werd gediagnosticeerd was in 2010-2011 laag (5 van de 197 geteste personen).
- Uit de analyses bleek dat sinds de start van de studie in 1985, zowel het injecteren, het delen van spuiten en naalden, als seksueel risicogedrag daalde. Onbeschermd seksueel contact vond vooral plaats bij deelnemers met een vaste partner. Deelnemers met een hiv-besmetting rapporteerden minder vaak onbeschermde seks (Van der Knaap et al., 2013). Al deze bevindingen duiden op een beperkte overdracht van hiv en suggereren dat drugsgebruikers geen bron van betekenis zijn in de huidige verspreiding van hiv in Amsterdam (Van der Knaap et al., 2013).

Figuur 5.4 Jaarlijkse hivincidentie onder injecterende drugsgebruikers en alle drugsgebruikers in de Amsterdamse Cohort Studies, 1986-2014



PY= persoonsjaren. Bron: Amsterdamse Cohort Studies (Van Oeffelen et al., 2015).

Overige (lokale) bronnen

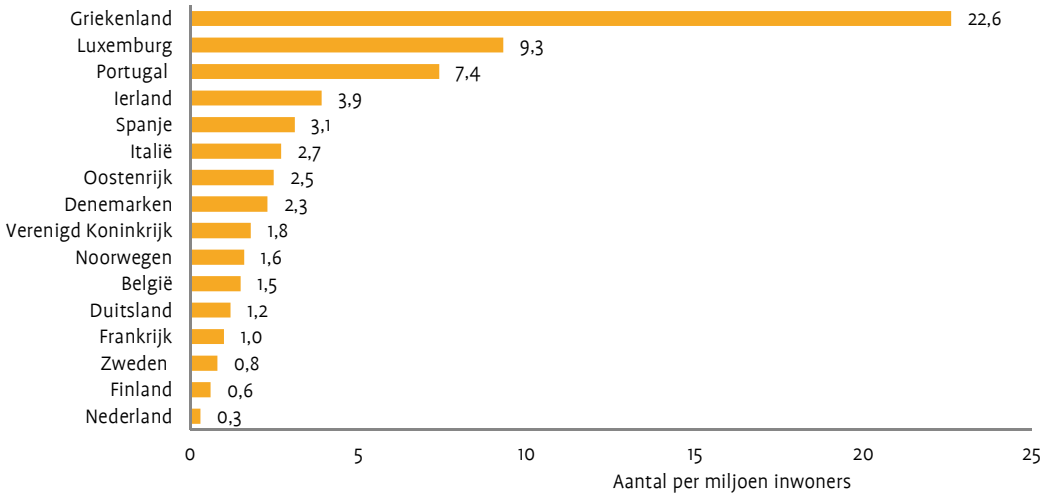
- In Amsterdam worden de meeste methadonbehandelcentra gecoördineerd door de GGD. Als onderdeel van de methadonbehandeling worden patiënten regelmatig getest op drugsgerelateerde infectieziekten. In 2013 werden 31 ooit-injecterende drugsgebruikers onderzocht op de aanwezigheid van hiv antistoffen; en géén van hen had een positieve testuitslag (0%) (bron: M. de Wit, GGD Amsterdam).

Internationale vergelijking

Het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction rapporteert over het vóórkomen van besmetting met hiv onder injecterende drugsgebruikers in lidstaten van de Europese Unie (EMCDDA, 2015a). De gegevens, verzameld door het European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), stammen uit uiteenlopende bronnen en verschillen in dekkingsgraad. De situatie op lokaal niveau kan sterk verschillen van het algemene landelijke beeld. De cijfers zijn daarom niet goed vergelijkbaar en geven slechts een indicatie van de besmettingsgraad.

- Sinds een aantal jaar blijft in de meeste landen van de Europese Unie het aantal nieuwe hiv-infecties gerelateerd aan injecterend drugsgebruik laag. Het beperkte aantal gemelde nieuwe hiv-infecties kan voor een deel verklaard worden door de toegenomen beschikbaarheid van preventie, behandeling en schadebeperkende maatregelen. Ook speelt de dalende populariteit van het injecteren van drugs een rol.
- Enkele Zuid- en Oost-Europese landen zagen de afgelopen jaren echter wel een toename van hiv onder injecterend drugsgebruikers. In Griekenland en Roemenië hebben in 2011 en 2012 hiv-uitbraken onder injecterende drugsgebruikers plaatsgevonden. Ook in Estland, Letland en Litouwen is de hiv-besmettingsgraad hoger dan in de rest van Europa (EMCDDA, 2015a). In 2013 is echter in Griekenland het aantal gevallen van 2012 tot 2013 meer dan gehalveerd, en ook in Roemeniën doet zich een daling voor, zij het in mindere mate dan in Griekenland. In beide landen blijft echter het aantal nieuwe diagnoses in 2013 nog steeds minstens tien keer zo hoog als het niveau van vóór de uitbraken in 2010.
- In landen zoals Spanje en Portugal, die in het verleden te kampen hebben gehad met periodes met hoge infectiepercentages, blijven de trends met betrekking tot het aantal nieuw gemelde diagnoses dalen (EMCDDA, 2015a).
- In de EU-15 behoort Nederland samen met Finland en Zweden tot de landen met het laagste aantal nieuw gediagnosticeerde hiv-infecties onder injecterende drugsgebruikers per miljoen inwoners (figuur 5.5).

Figuur 5.5 Aantal nieuw gediagnosticeerde hiv gevallen onder injecterende drugsgebruikers per miljoen inwoners in landen van de EU-15, peiljaar 2013



Bronnen: EMCDDA/ECDC Statistical bulletin 2015, Eurostat, bewerking Trimbos-instituut.

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 en deze gevallen worden vaak nog verergerd door zwaar alcoholgebruik. Het hepatitis B virus wordt overgedragen door bloed-bloed contact of door onveilig seksueel contact. Hepatitis C kan vrijwel alleen worden overgedragen door direct bloed-bloed contact. Hepatitis C is veel besmettelijker dan hiv en kan ook worden overgedragen door het delen van besmette (spuit)attributen anders dan naalden. 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.

- Hepatitis B en C komen in de algemene Nederlandse bevolking niet veel voor: naar schatting onder 0,22% van de bevolking (minimaal 0,07% en maximaal 0,37%) is besmet (Vriend et al., 2013).
- Van de naar schatting 28.100 hepatitis C patiënten in Nederland (minimaal 9.600 en maximaal 48.000), zouden 7.752 mensen met hepatitis C besmet zijn geraakt via ooit-injecterend drugsgebruik (Vriend et al., 2013).
- Van de ooit injecterende drugsgebruikers met hepatitis C zijn naar schatting 759 (range: 603 – 1.017) mensen ook besmet met hiv en 6.993 (range 7.009 – 15.263) hebben geen co-infectie met hiv (Vriend et al., 2013).
- 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 het drugsgebruikverleden hebben afgesloten. Hun aantal is onbekend. Zij zitten “verstopt” in de categorie “overig” waar ongeveer 7.000 personen onder zouden vallen (Vriend et al., 2013).

Schattingen naar de prevalentie van hepatitis C 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.

- Personen die ooit zijn besmet met het hepatitis C virus kunnen dat in ongeveer 20% van de gevallen ook spontaan weer kwijtraken ("klaren"). Zij hebben geen behandeling nodig, maar kunnen wel weer opnieuw besmet raken.

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 en ook meldingen van chronische hepatitis B infecties en van acute of recente hepatitis C infecties onder injecterend drugsgebruikers blijven al jaren beperkt tot één of enkele gevallen (Van Oeffelen et al., 2015). Daarmee vormen drugsgebruikers al jaren hooguit één tot enkele procenten van deze meldingen.
- Sinds 1 januari 2012 worden drugsgebruikers niet meer aangemerkt als een hoog/risicogroep 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 vaccinatiereeks aan te bieden. De vaccinatie valt onder de individuele zorg en is niet meer gratis.

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, 2015a). De HCV-antilichaamspiegels in nationale steekproeven onder injecterende drugsgebruikers in 2012-2013 variëren van 14% tot 84%, waarbij vijf van de tien landen die over nationale gegevens beschikken melden dat meer dan 50% van de onderzochte drugsgebruikers is besmet (EMCDDA, 2015a). Van de landen met landelijke trendgegevens voor de periode 2006-2013 wordt alleen in Noorwegen een dalende HCV-prevalentie bij injecterende drugsgebruikers gemeld, terwijl in zes andere landen een stijging wordt gerapporteerd.

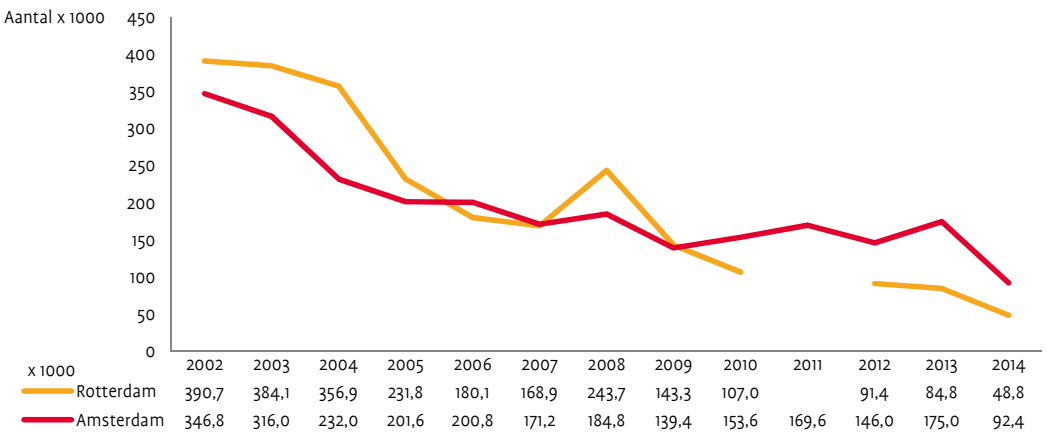
Risicogedrag

Zowel het lenen van gebruikte spuiten door injecterende drugsgebruikers als het injecteren zelf zijn in de jaren negentig sterk afgenomen (zie ook § 5.4).

- In 2014 was injecteren voor 8% van de opiaatcliënten in de verslavingszorg de gangbare wijze van gebruik (LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut).
- Ook een recente veldstudie die als basis dient voor een schatting van het aantal problematisch opiaatverslaafden vindt vergelijkbare cijfers (Cruts et al., 2013). In de vijf steden waar het veldwerk werd gedaan onder 401 opiaatgebruikers meldde 10% in de afgelopen vier weken te hebben geïnjecteerd, 13% in de afgelopen zes maanden en 40% in het afgelopen jaar.
- In het totale cohort van de Amsterdamse Cohort Studies (1985-2011) rapporteerde 52% het afgelopen half jaar te hebben gespoten. In 2010-2011 werd door 12% van de 197 deelnemers aan een onderzoek naar seksueel overdraagbare aandoeningen gemeld dat zij de afgelopen zes maanden drugs hadden geïnjecteerd. Dit onderstreept de daling in het aantal injecteerders (Knaap et al., 2013).

- Recente cijfers over het delen van gebruikte spuiten op landelijk niveau ontbreken. Gebruik makend van een rekenmodel werd in de Amsterdamse Cohort Studies becijferd dat in 2011 vrijwel niemand meer naalden deelde, terwijl dat in 1985 nog door een kwart van de bezoekers werd gemeld (Van der Knaap et al., 2013). Uit de data van de Amsterdamse Cohort Studies blijkt ook dat de meeste injecteerders gebruikmaken van spuitomruilprogramma's (Van der Knaap et al., 2013).
- Het is daarom niet verwonderlijk dat het aantal omgeruilde naalden en spuiten in spuitomruilprogramma's in Amsterdam en Rotterdam de afgelopen jaren fors is gedaald. De jarenlange daling van het aantal omgeruilde spuiten kan worden verklaard door een daling van het aantal heroïnegebruikers, een afname van de populariteit van het injecteren, de toename van het gebruik van cocaïne in de vorm van crack en de hogere sterfte onder injecterende drugsgebruikers.
- Begin jaren negentig werden in Amsterdam jaarlijks rond een miljoen naalden omgeruild. In 2013 waren dat er nog 175.000, en dat duidt op een zekere stabiliteit sinds 2007 (bron: GGD Amsterdam). In Rotterdam is het aantal omgeruilde spuiten tussen 2000 en 2013 verminderd van 422.000 naar 84.800 (figuur 5.6) (bron: GGD Rotterdam-Rijnmond). In 2014 heeft zich echter een (onverwacht) zeer forse daling voorgedaan van het aantal omgeruilde spuiten: in Amsterdam van 175.000 naar 92.400 en in Rotterdam van 84.800 naar 48.800. Een verklaring hiervoor is niet direct voorhanden. Opvallend is wel dat de forse daling zich in beide steden heeft voorgedaan.

Figuur 5.6 Aantal omgeruilde spuiten in Amsterdam en Rotterdam 2002-2014



x 1000	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Rotterdam	390,7	384,1	356,9	231,8	180,1	168,9	243,7	143,3	107,0		91,4	84,8	48,8
Amsterdam	346,8	316,0	232,0	201,6	200,8	171,2	184,8	139,4	153,6	169,6	146,0	175,0	92,4

I. Voor Rotterdam ontbreken cijfers van 2011 vanwege een verandering in het registratiesysteem. Bronnen: GGD Amsterdam, GGD Rotterdam-Rijnmond.

Aids

Het jaarlijks aantal meldingen van aids (alle transmissieroutes) bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (tot en met 1999) en de Stichting HIV Monitoring (vanaf 2000) steeg van 325 in 1988 tot 533 in 1995 en daalde sindsdien tot 216 gevallen in 2013 (Van Oeffelen et al., 2015). De cijfers over 2014 zijn nog niet compleet (tot verschijnen van het meest recente RIVM overzicht: 134 gevallen) (Van Oeffelen et al., 2015). Deze daling komt onder meer door het op de markt komen van effectieve antiretrovirale geneesmiddelen (HAART). Door gebruik daarvan leidt besmetting met hiv minder of later tot aids.

- De bijdrage van injecterend drugsgebruik aan het aantal gevallen van aids in Nederland is in al die jaren beperkt gebleven. In 2013 werd aids bij vier injecterende drugsgebruikers geregistreerd en in 2014 bij 0 (Van Oeffelen et al., 2015). De data over 2014 zijn nog niet compleet.
- Onder de 9.377 aids patiënten die tot en met 2014 zijn geregistreerd, zijn 732 injecterende drugsgebruikers (9%). Dat betekent dat de bijdrage van injecterend drugsgebruik aan het ontwikkelen van aids gemiddeld hoger is dan bij het oplopen van hiv.
- Na een piek in 1995 van 14% is het aandeel van injecterende drugsgebruikers onder de patiënten bij wie hiv zich heeft ontwikkeld tot aids weer afgenomen.
- Relatief veel drugsgebruikers met aids sterven. In 2013 overleden 147 geregistreerde aids patiënten, en 16 van hen (11%) waren besmet geraakt door injecterend drugsgebruik. Voor de nog incomplete data over 2014 geldt dat van de 121 overleden aids patiënten, 7 (6%) waren besmet geraakt door injecterend drugsgebruik (van Oeffelen et al., 2015).

Internationale vergelijking

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

- In 2013 zijn er in Europa 769 nieuwe aidsgevallen als gevolg van injecterend drugsgebruik gerapporteerd. De aantallen nieuwe diagnoses zijn relatief hoog in Bulgarije, Letland, Griekenland en Roemenië, waar aidspreventie en hiv-behandelingen onvoldoende lijken te zijn.
- In Europa stierven volgens de meest recente schatting (uit 2010) ongeveer 1.700 personen aan hiv/aids door injecterend drugsgebruik. Er is hier sprake van een neerwaartse trend (EMCDDA, 2015a).

Sterfte

Bij cijfers over de sterfte gerelateerd aan drugsgebruik wordt doorgaans 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’ of ‘overdosis’ genoemd. Daarnaast is er de sterfte die indirect samenhangt met het drugsgebruik, zoals de leefstijl (uitputting, geweld, suïcide), of wijze van gebruik (injecteren) en ongevallen onder invloed van drugs. Voor de directe sterfte wordt in de meeste landen gebruik gemaakt van algemene doodsoorzakenstatistieken. In deze paragraaf gaat het vooral over cijfers over de directe sterfte.

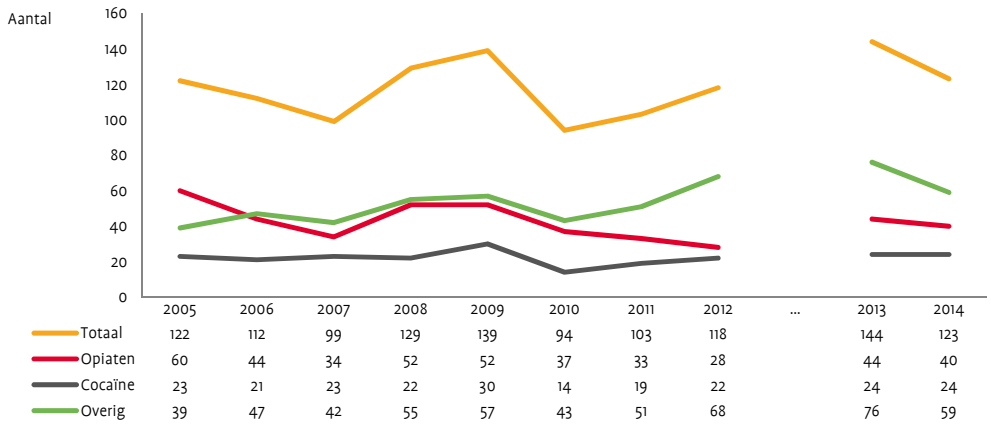
Directe sterfte

Volgens de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS sterven er in Nederland maar weinig mensen aan de directe gevolgen van opiaatgebruik. Bij de directe sterfte gaat het om een overdosering, dat wil zeggen een vergiftiging door een dodelijke hoeveelheid drugs. Volgens de standaard van het EMCDDA voor het berekenen van de directe 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 is de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS overgegaan op automatische codering van de 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 hoger is komen te liggen (Harteloh, 2014; Harteloh et al., 2014).

- In 2013 werden in totaal 144 sterfgevallen geregistreerd, waaronder 44 sterfgevallen door opiaten en 24 sterfgevallen door cocaïne. In 2014 werden in totaal 123 sterfgevallen geregistreerd, waaronder 40 sterfgevallen door opiaten en 24 sterfgevallen door cocaïne (figuur 5.7). Tussen 2005 en 2014 schommelt het aantal sterfgevallen door opiaten rond de 42 gevallen.

Figuur 5.7 Sterfgevallen door overdosering van drugs in Nederland, vanaf 2005



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	...	2013	2014
Totaal	122	112	99	129	139	94	103	118		144	123
Opiaten	60	44	34	52	52	37	33	28		44	40
Cocaïne	23	21	23	22	30	14	19	22		24	24
Overig	39	47	42	55	57	43	51	68		76	59

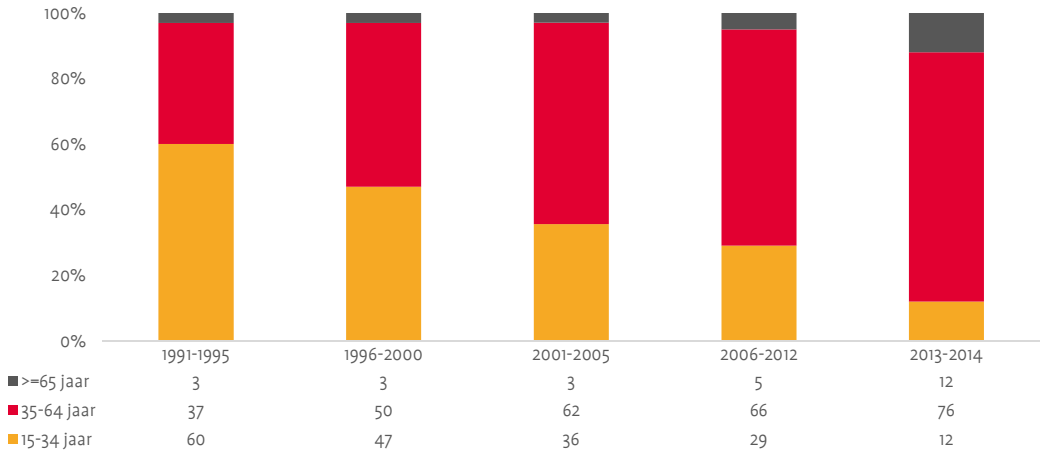
Aantal sterfgevallen. Volgens ICD-10 codes: F11-F12, F14-F16, F19, X42**, X41**, X62**, X61**, Y12**, Y11** (**In combinatie met de T-codes T40.0-9, T43.6). Voor een verklaring van de codes: zie bijlage B. Vanaf 2013 is de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS overgegaan op automatische codering van de doodsoorzaken, waardoor de gegevens vanaf 2013 niet rechtstreeks vergeleken kunnen worden met de voorafgaande jaren. Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS.

- In 2013 werd methadon acht keer als primaire doodsoorzaak geregistreerd en in 2014 waren er tien methadongevallen. Tussen 2005 en 2014 waren er gemiddeld zeven gevallen per jaar, variërend van vier gevallen in 2005 en 2007 tot tien gevallen in 2014. 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 2013 waren bij het CBS nog eens 19 gevallen bekend van drugssterfte onder mensen die wel in Nederland verbleven, maar niet als inwoner stonden geregistreerd in het bevolkingsregister. In 2014 ging het om nog eens 28 gevallen.

Leeftijd en geslacht

- Net als de gebruikers van opiaten worden ook de slachtoffers van een dodelijke overdosis opiaten 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 12% in de periode van 2013 tot en met 2014 (figuur 5.8).
- In 2013 was 70% van de opiaatslachtoffers man en was 30% vrouw. In 2014 was 68% man en was 33% vrouw. Tussen 2005 en 2014 schommelde het percentage mannen tussen 59% en 82% en schommelde het percentage vrouwen tussen 18% en 41%.

Figuur 5.8 Leeftijdsverdeling van de sterfgevallen door overdosering van opiaten in de periodes 1991-1995, 1996-2000, 2001-2005, 2006-2012 en 2013-2014



Percentage sterfgevallen per leeftijdsgroep. Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS.

Amsterdam

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

- In 2010 en 2011 overleden achtereenvolgens 27 en 18 drugsgebruikers in Amsterdam na een 'overdosering' van drugs, vaak opiaten al dan niet in combinatie met andere middelen.
- Tussen 2001 en 2011 schommelde het aantal sterfgevallen rond een gemiddelde van 25 gevallen per jaar. Het aantal van 18 gevallen in 2011 is het laagste aantal sinds 1978.
- Bij één sterfgeval kunnen meerdere middelen worden aangetroffen. Al met al werden bij de 18 gevallen uit 2011 de volgende middelen gevonden: cocaïne (tien keer), opiaten (tien keer), amfetaminen/ecstasy (acht keer), GHB/GBL (vijf keer) en medicijnen (tien keer).
- In negen van de 18 gevallen was er een indicatie dat er suïcide was gepleegd. In twee gevallen van suïcide was, naast andere middelen, GHB/GBL gebruikt.

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 2014 door het NFI werden onderzocht op drugs, werden in acht gevallen opiaten aangewezen als één van de doodsoorzaken. Het ging daarbij om morfine, methadon, of oxycodon. In de meeste van deze gevallen speelden naast opiaten 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 opgeteld. Daarnaast moet worden opgemerkt dat het aantal door het NFI uitgevoerde gerechtelijke secties is afgenomen, van ongeveer 600 secties in 2000 tot naar verwachting ongeveer 300 in 2015.

Internationale vergelijking

Europa

Volgens het EMCDDA (2015a, 2015b) laten gegevens uit negen Europese landen zien dat over het algemeen genomen ongeveer 1% van de problematische drugsgebruikers jaarlijks sterft. Dat is ongeveer tien keer hoger dan de verwachte basissterfte in de algemene bevolking. Dit betekent dat, van de problematische drugsgebruikers die kwamen te overlijden, ongeveer negen van de tien (90%) kwamen te overlijden door oorzaken gerelateerd aan het problematische drugsgebruik (Lam et al., 2015).

- Jaarlijks gaat het in Europa om tussen circa 10.000 en 20.000 opiaatgebruikers.
- Het gaat hier niet alleen om fatale overdoseringen maar ook om de indirecte aan drugsgebruik gerelateerde doodsoorzaken, zoals ongevallen, infectieziekten, geweld en suïcide.

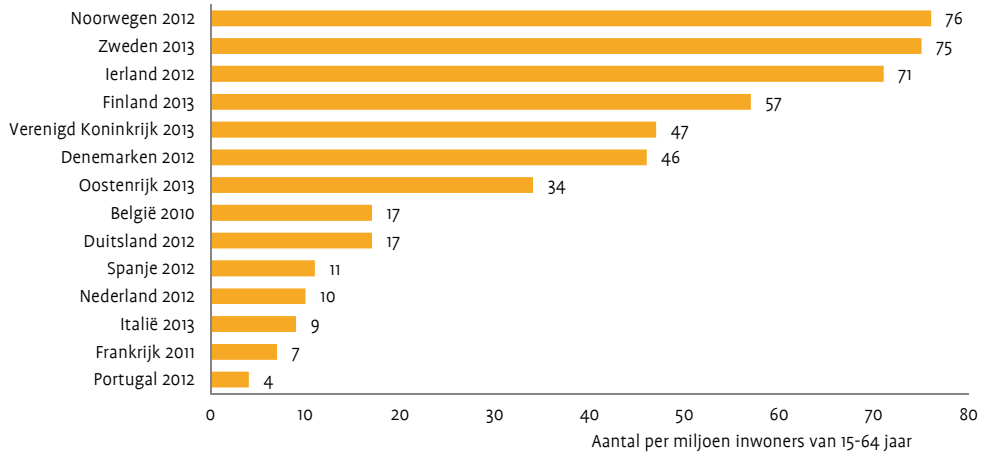
De meeste landenspecifieke gegevens over de drugssterfte zijn beschikbaar voor overdoseringen (acute drugssterfte). Een internationale vergelijking van de drugssterfte wordt bemoeilijkt door verschillen in de definitie van dit begrip. Wel is er een standaard van het EMCDDA voor drugssterfte (voor alle drugs samengenomen), gebaseerd op een specifieke selectie van ICD-9 of ICD-10 codes uit de doodsoorzakenstatistieken.

- In 2013 ging het in de Europese Unie om minimaal 6.100 gevallen van acute drugssterfte, een lichte stijging ten opzichte van 2012 (EMCDDA, 2015a). Dit aantal is een ondergrens omdat niet alle gevallen van drugssterfte worden geregistreerd. De stijging tussen 2012 en 2013 heeft zich met name voorgedaan in Duitsland, Zweden en het Verenigd Koninkrijk.

Figuur 5.9 toont voor deze landen het aantal door drugs geïnduceerde sterfgevallen per miljoen inwoners van 15 tot en met 64 jaar voor het meest recente jaar. Het gaat hier om opiaten en andere drugs.

- Voor de Europese Unie als geheel wordt het aantal voor 2013 geschat op 16 sterfgevallen per miljoen inwoners van 15 tot en met 64 jaar.
- In Noorwegen, Zweden en Ierland ligt de drugssterfte relatief hoog. In Portugal, Frankrijk, Italië en Nederland ligt de drugssterfte relatief laag.
- In 2013 was de gemiddelde leeftijd ten tijde van het overlijden 37 jaar, 78% was man en in 79% van de gevallen waren opiaten aanwezig (EMCDDA, 2015a).
- De meeste landen rapporteerden een stijgende trend in sterfgevallen door een overdosis vanaf 2003 tot 2008/2009, waarna zich een stabilisering en later een daling begon af te tekenen. De situatie varieert niettemin per land en een aantal landen rapporteert nog steeds een stijging, zoals bijvoorbeeld Estland, waar de hoogste drugssterfte wordt gerapporteerd. In dit land nam het aantal overdosisgevallen per miljoen inwoners van 15 tot en met 64 jaar in de afgelopen jaren sterk toe tot 191 in 2012 en 127 in 2013. De drugssterfte is in Estland niet het gevolg van heroïne maar vooral van fentanyl, een sterk werkend opiaat dat vaak wordt toegepast bij de behandeling van post-operatieve pijn (EMCDDA, 2015a).

Figuur 5.10 Aantal door opiaten en andere drugs geïnduceerde sterfgevallen per miljoen inwoners van 15 tot en met 64 jaar in een aantal landen van de EU-15 en Noorwegen voor het meest recente jaar[1]



Aantal sterfgevallen per miljoen inwoners van 15-64 jaar. I. Volgens het EMCDDA protocol voor drugssterfte (selectie B of selectie D). Bronnen: EMCDDA, Eurostat.

Verenigde Staten

In de Verenigde Staten is tussen 2002 en 2013 het aantal sterfgevallen door een overdosis gerelateerd aan heroïne bijna verviervoudigd (CDC, 2015). In 2013 waren er voor heroïne 8.257 gevallen, 27 gevallen per miljoen inwoners (Hedegaard et al., 2015). Voor alle drugs waren er 43.982 gevallen. De stijging in de sterfte gerelateerd aan heroïne hangt samen met een stijging van het heroïnegebruik onder zowel mannen als vrouwen, in de meeste leeftijdsgroepen en in alle inkomensgroepen (CDC, 2015). De grootste risicofactor voor het ontstaan van een heroïneverslaving is een al bestaande verslaving aan medicinale opioïde pijnstillers. Het nationale beleid is om de sterfte te gaan terugdringen door een combinatie van volksgezondheidsbeleid en veiligheidsbeleid (www.whitehouse.gov, 17-08-2015).

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 en amfetamine

6.1	Laatste feiten en trends	▶ pagina 153
6.2	Gebruik: algemene bevolking	▶ pagina 154
6.3	Gebruik: jongeren	▶ pagina 157
6.4	Problematisch gebruik	▶ pagina 163
6.5	Gebruik: internationale vergelijking	▶ pagina 163
6.6	Hulpvraag en incidenten	▶ pagina 168
6.7	Ziekte en sterfte	▶ pagina 175
6.8	Aanbod en markt	▶ pagina 178

6. Ecstasy en amfetamine

Inleiding

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

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

Amfetamine werkt stimulerend, sterker dan ecstasy, en heeft geen entactogene werking. Amfetamine wordt in het uitgaansleven gebruikt, maar ook door opiaat- of polydrugsverslaafden. Bij frequent gebruik kan afhankelijkheid optreden en dit risico is groter voor methamfetamine, een sterkere variant van 'gewone' amfetamine. De gebruikersnaam voor amfetamine is 'speed'. Amfetamine wordt in Nederland meestal geslikt of gesnoven en soms geïnjecteerd. Methamfetamine wordt soms gerookt. In dit hoofdstuk bedoelen we met amfetamine zowel 'gewone' amfetamine als methamfetamine, tenzij anders aangegeven.
De toegenomen concentratie van MDMA in ecstasypillen en de aanwezigheid van andere riskante stoffen, zoals 4-methylamfetamine (4-MA) en paramethoxymethylamfetamine (PMMA), in ecstasy en/of amfetamine zijn in de afgelopen jaren in verband gebracht met (fatale) gezondheidsincidenten. Er zijn diverse waarschuwingsacties geweest via het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) en instellingen voor verslavingszorg.

6.1 Laatste feiten en trends

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

Ecstasy

- In 2014 waren er in de algemene bevolking anderhalf keer zo veel ecstasy- als amfetaminegebruikers (§ 6.2).
- Het percentage ecstasygebruikers is het hoogst onder inwoners van (zeer) stedelijke gebieden en hoogopgeleiden, en lijkt te zijn toegenomen ten opzichte van 2009 (§ 6.2).
- Het gebruik van ecstasy onder scholieren van het voortgezet onderwijs van 12-16 jaar is tussen 2003 en 2011 gestabiliseerd (§ 6.3).
- Nederland is met het recent gebruik van ecstasy koploper in de EU. Op de tweede plaats staat het Verenigd Koninkrijk (§ 6.5).
- 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).

- Desondanks melden maar weinig mensen zich bij de verslavingszorg vanwege hun ecstasygebruik. Hun aantal is sinds 2005 gedaald en bleef in de afgelopen jaren stabiel laag. Minder dan 1% van de drugscliënten had in 2014 een primair ecstasyprobleem (§ 6.6).
- Het aandeel ecstasygerelateerde gezondheidsincidenten van de door peilstations geregistreerde drugsincidenten stijgt sinds 2012 niet verder, maar de ernst van ecstasy-incidenten gemeld door EHBO-posten op grote evenementen neemt in 2014 nog steeds toe (§ 6.6).
- Er is geen goed zicht op het aantal sterfgevallen waarbij ecstasy een rol speelt. De Doodsoorzakenstatistiek registreerde van 2013 naar 2014 een toename van acute sterfgevallen door "psychostimulantia, waaronder ecstasy" (§ 6.7).
- De toename in het gemiddelde gehalte MDMA in ecstasypillen sinds 2009 zette zich in 2014 voort (§ 6.8).

Amfetamine

- Vergeleken met ecstasy hebben veel minder mensen ervaring met amfetamine. Bijna een op de twintig Nederlanders gebruikte ooit amfetamine, minder dan een derde van hen gebruikte het in het afgelopen jaar.
- Daarmee is het amfetaminegebruik in de algemene bevolking bijna net zo hoog als het cocaïnegebruik. Voor het uitgaansleven zijn er signalen dat amfetamine populairder is geworden dan cocaïne.
- Het gebruik van ecstasy en amfetamine onder scholieren van het voortgezet onderwijs is tussen 2003 en 2011 gestabiliseerd (§ 6.3).
- Het aantal amfetaminecliënten in de verslavingszorg is tussen 2005 en 2014 gestegen (§ 6.6), maar hun aandeel van alle drugscliënten blijft relatief beperkt.
- Het aantal opnames in algemene ziekenhuizen vanwege een hoofddiagnose misbruik of afhankelijkheid van amfetamine-achtigen is beperkt. De stijging die het afgelopen decennium waarneembaar was zette zich niet voort in 2012 (§ 6.6). Trendgegevens voor 2013 zijn niet beschikbaar.
- Gezondheidsincidenten na (alleen) amfetaminegebruik worden relatief weinig gemeld (§ 6.6).
- Het gehalte amfetamine in poeders aangekocht als amfetamine steeg van 2012 naar 2013 en bleef in 2014 stabiel hoog (§ 6.8).

6.2 Gebruik: algemene bevolking

De Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor (CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2014) inventariseert het gebruik van verschillende drugs in een representatieve aselecte steekproef van de bevolking van 15 tot en met 64 jaar. Vanwege verandering in de methode van gegevensverzameling, de vragenlijst en de wegingsmethode vergeleken met voorgaande peilingen in 1997, 2001, 2005, 2009 (Rodenburg et al., 2007; Van Rooij et al., 2011), moeten de schattingen uit 2014 gezien worden als een nieuwe nulmeting en kunnen geen vergelijkingen met voorgaande jaren worden gemaakt. Het is niet mogelijk om met zekerheid vast te stellen of het gebruik van drugs vergeleken met de laatste peiling in 2009 is toegenomen of afgenomen.

Na cannabis is ecstasy de meest gebruikte drug in Nederland.

- Volgens de meest recente peiling in 2014 heeft 8% van de Nederlandse bevolking van 15-64 jaar ooit wel eens ecstasy gebruikt (tabel 6.1). Eén op de drie ooitgebruikers gebruikte ecstasy nog in het afgelopen jaar. Dat is ongeveer 3% van de gehele bevolking. Minder dan 1% (0,7%) is een actuele gebruiker. Omgerekend naar de bevolking van 15-64 jaar zijn er:
  - 830 duizend ooitgebruikers van ecstasy (95% betrouwbaarheidsinterval 750 duizend – 920 duizend).
  - 270 duizend recente ecstasygebruikers (95% betrouwbaarheidsinterval 230 duizend – 330 duizend).
  - 80 duizend actuele ecstasygebruikers (95% betrouwbaarheidsinterval 50 duizend – 120 duizend).

- Hoewel vanwege de veranderde onderzoeksmethode niet met zekerheid vastgesteld kan worden hoe het gebruik van drugs in 2014 zich verhoudt tot de laatste peiling in 2009, zijn de percentages ecstasygebruikers in 2014 zodanig hoger vergeleken met 2009 (tabel 6.1), dat een toename van het gebruik aannemelijk is. Hoe groot deze toename in werkelijkheid is kan niet precies worden vastgesteld.
- Vergeleken met ecstasy hebben veel minder mensen ooit of recent amfetamine gebruikt. Het percentage gebruikers ligt net onder dat van cocaïne (zie § 4.2).
- Een op de twintig (4,6%) heeft ooit wel eens amfetamine gebruikt, 1,3% deed dit nog in het afgelopen jaar, 0,5% is actueel gebruiker. Dat komt neer op respectievelijk:
  - 500 duizend ooitgebruikers (95% betrouwbaarheidsinterval 440 duizend – 570 duizend)
  - 140 duizend recente amfetaminegebruikers (95% betrouwbaarheidsinterval 110 duizend – 190 duizend), en
  - 60 duizend actuele gebruikers (95% betrouwbaarheidsinterval 40 duizend – 90 duizend).
  - Gebruikersgroepen van ecstasy en amfetamine overlappen deels (zie ook § 1.3).
  - In totaal heeft 0,9% van de volwassen Nederlandse bevolking in het laatste jaar zowel ecstasy als amfetamine gebruikt.
  - Dat betekent dat een op de drie recente ecstasygebruikers in het afgelopen jaar ook amfetamine had gebruikt. Omgekeerd had twee derde van degenen die amfetamine gebruikten ook ecstasy gebruikt.

Leeftijd en geslacht

Tabel 6.1 Gebruik van ecstasy en amfetamine in Nederland onder mensen van 15 tot en met 64 jaar. Peiljaren 1997, 2001, 2005, 2009[I] en 2014[I]

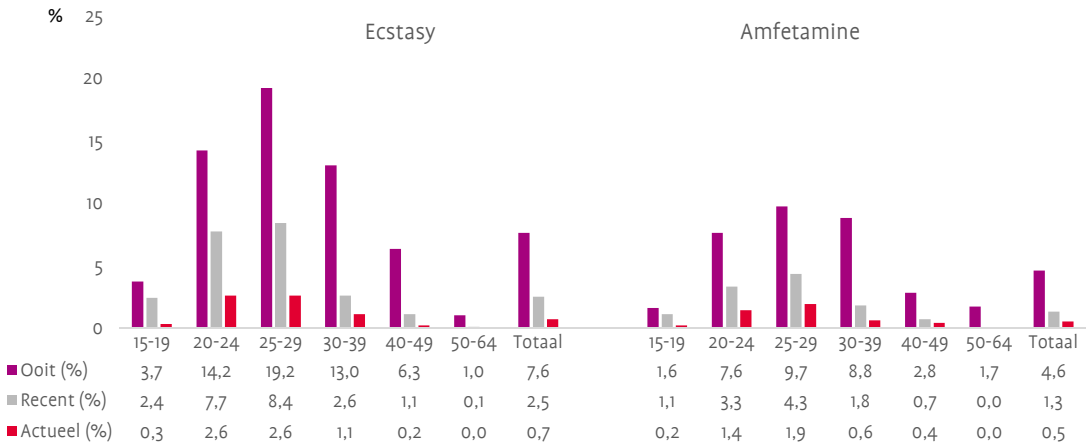
	Ecstasy						
	1997 (%)	2001 (%)	2005 (%)	Wijziging methode[I]	2009[I] (%)	Wijziging methode[I]	2014[I] (%)
Ooitgebruik	2,3	3,2	4,3	…	6,2	…	7,6
Recent gebruik[II]	0,8	1,1	1,2	…	1,4	…	2,5
Actueel gebruik[III]	0,3	0,3	0,4	…	0,4	…	0,7
Heeft voor het eerst in het afgelopen jaar gebruikt	0,5	0,5	0,3	…	0,5	…	-
Gemiddelde leeftijd van recente ecstasygebruikers[II]	25,1 jaar	26,6 jaar	28,1 jaar	…	-	…	27,8 jaar

	Amfetamine						
	1997 (%)	2001 (%)	2005 (%)	Wijziging methode[I]	2009[I] (%)	Wijziging methode[I]	2014[I] (%)
Ooitgebruik	2,2	2,0	2,1	…	3,1	…	4,6
Recent gebruik[II]	0,4	0,4	0,3	…	0,4	…	1,3
Actueel gebruik[III]	0,1	0,0	0,2	…	0,2	…	0,5
Heeft voor het eerst in het afgelopen jaar gebruikt	0,2	0,2	0,1	…	0,2	…	-
Gemiddelde leeftijd van recente amfetaminegebruikers[II]	25,8 jaar	27,0 jaar	25,9 jaar	…	-	…	28,5 jaar

Aantal respondenten: 17.590 (1997), 2.312 (2001), 4.516 (2005), 5.769 (2009), 5.867 (2014). … = Wijziging methode. - = Gegevens ontbreken. I. In 2009 en 2014 is de onderzoeksmethode gewijzigd (zie tekst). Deze wijzigingen kunnen van invloed zijn geweest op de uitkomsten. II. In het afgelopen jaar. III. In de afgelopen maand. Bron: NPO, CBS/IVO, Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2014 (Van der Pol en Van Laar, 2015).

- Voor zowel ecstasy als amfetamine is het percentage gebruikers hoger onder mannen dan vrouwen. Voor ecstasy is het ooitgebruik onder mannen 10% versus 5% onder vrouwen, voor recent gebruik 3% versus 2% en voor actueel gebruik 1% versus 0,5%. Voor amfetamine is ooitgebruik 6% onder mannen en 3% onder vrouwen, recent gebruik ligt op 2% versus 0,8%, en actueel gebruik op 0,7% versus 0,3%.
- Figuur 6.1 laat zien dat personen van 25-29 jaar het vaakst ervaring hebben met ecstasy. Een op de vijf (19%) heeft het middel ooit gebruikt. De recente en actuele gebruikers ecstasy komen echter even vaak voor onder 20-24-jarigen als 25-29-jarigen. Voor amfetamine ligt zowel het ooit-, recent- als actueel gebruik het hoogst onder 25-29-jarigen.
- Gemiddeld zijn recente ecstasygebruikers 28 jaar oud, en recente amfetaminegebruikers 29 jaar.

Figuur 6.1 Ecstasy- en amfetaminegebruikers in Nederland per leeftijdsgroep. Peiljaar 2014



Bron: Gezondheidsenquête 2014 van het Centraal Bureau voor Statistiek (CBS) i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut (Van der Pol en Van Laar, 2015).

Opleidingsniveau

- Hoogopgeleiden hebben meer ervaring met ecstasy- en amfetaminegebruik dan lageropgeleiden (tabel 6.2). In 2014 had 11% van de hoogopgeleiden ooit ecstasy gebruikt versus 7% van de middelbaar en 5% van de laagopgeleiden. Het verschil in recent gebruik is het grootst tussen hoog- en laagopgeleiden (met 5% versus 1%).
- Voor amfetamine zijn verschillen het grootst tussen de hoog- en laagopgeleiden in recent gebruik (2% versus 0,4%) en actueel gebruik (0,8% versus 0,2%).

Grote steden

- In (zeer) stedelijke gebieden ligt het percentage ecstasygebruikers (ruim) twee keer hoger dan in minder stedelijke gebieden (tabel 6.2). Dat geldt zowel voor zowel ooit-, recent, als actueel gebruik.
- Mensen die in (zeer) stedelijke gebieden wonen hebben ongeveer 1,5 keer vaker ervaring met amfetaminegebruik (5,8%) dan mensen in minder stedelijke gebieden (3,4-3,5%). Het verschil in stedelijkheid dat bij recent- en actueel gebruik van ecstasy wordt gezien, is bij amfetamine minder prominent (zie tabel 6.2).

Tabel 6.2 Ecstasy- en amfetaminegebruik in de bevolking van 15-64 jaar naar opleidingsniveau en stedelijkheid. Peiljaar 2014

	Ecstasy			Amfetamine		
	Ooit (%)	Recent[III] (%)	Actueel[IV] (%)	Ooit (%)	Recent[III] (%)	Actueel[IV] (%)
Totaal	7,6	2,5	0,7	4,6	1,3	0,5
Opleidingsniveau[I]						
Laagopgeleid	4,8	1,1	0,5	3,4	0,4	0,2
Middelbaaropgeleid	6,5	1,8	0,6	4,6	1,5	0,5
Hoogopgeleid	11,4	4,5	1,3	5,6	1,7	0,8
Stedelijkheid[II]						
(Zeer) sterk stedelijk	10,2	3,6	1,1	5,8	1,6	0,7
Matig stedelijk	5,5	1,4	0,5	3,4	0,6	0,4
Weinig/niet stedelijk	4,8	1,4	0,4	3,5	1,2	0,4

I. Opleidingsniveau: 15-24 jaar hoogst gevolgd niveau, 25 en ouder hoogst behaald niveau: Laagopgeleid = basisonderwijs, LBO, MAVO, VMBO; Middelbaaropgeleid = MBO, HAVO, VWO; Hoogopgeleid = 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 1000 adressen. III. In het afgelopen jaar. IV. In de afgelopen maand. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2014.

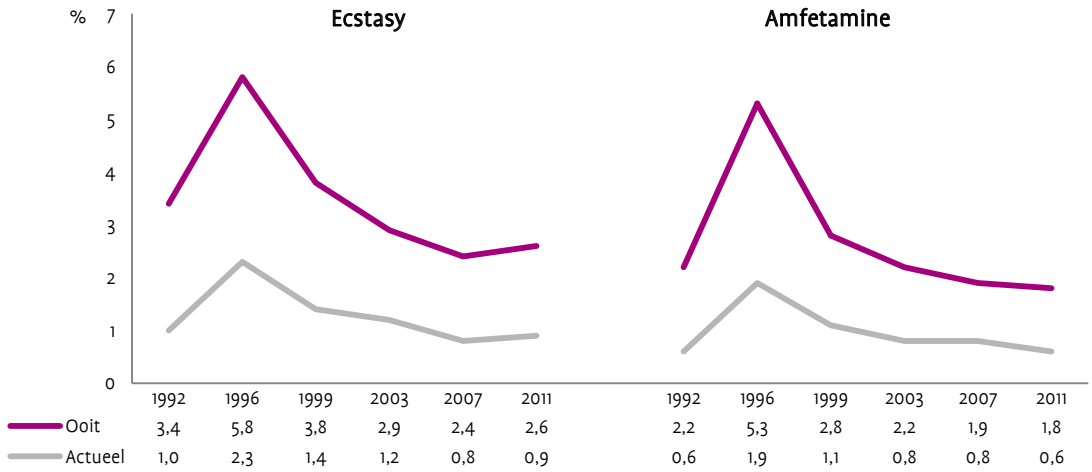
6.3 Gebruik: Jongeren

Scholieren

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

- Van 1992 tot 1996 steeg het percentage gebruikers van ecstasy en amfetamine onder leerlingen van het regulier middelbaar onderwijs (figuur 6.2) (Verdurmen et al., 2012).
- Voor beide drugs daalde het percentage ooitgebruikers statistisch significant tussen 1996 en 1999. Verschillen tussen 1999 en 2011 waren niet statistisch significant (figuur 6.2).
- Het percentage actuele gebruikers van ecstasy en amfetamine daalde statistisch significant tussen 1996 en 1999 en stabiliseerde vervolgens (figuur 6.2).

Figuur 6.2 Gebruik van ecstasy en amfetamine onder scholieren van 12 tot en met 18 jaar, vanaf 1992



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

Leeftijd en geslacht

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

Speciale groepen jongeren en jongvolwassenen

In bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen bevinden zich naar verhouding meer gebruikers van ecstasy en amfetamine. Tabel 6.3 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.

Ecstasy

Uitgaande jongeren en jongvolwassenen

Uit diverse, zowel landelijke als lokale onderzoeken, blijkt dat ecstasy veruit de belangrijkste drug blijft in het uitgaanscircuit, vooral de dance scenes, ook al heeft het middel de laatste jaren concurrentie gekregen van cocaïne, amfetamine en GHB.

In 2013 signaleerden sleutelfiguren in het Amsterdamse uitgaansleven dat ecstasy nog steeds het meest favoriete middel is (Nabben et al., 2014). Er hebben zich in dat jaar weliswaar gezondheidsincidenten voorgedaan, maar die hebben weinig afbreuk gedaan aan het positieve imago van ecstasy in het uitgaansleven. Daarbij weten lang niet alle gebruikers hoe sterk een pil is. De sleutelfiguren constateerden effecten van hoger gedoseerde pillen in de vorm van "wegdraaiende ogen, vertrokken gezichten en dolende zielen, zwabberend over het feestterrein" (Nabben et al., 2014).

Gebruikers zelf klagen over "zware katers, uitputting, chagrijnig gedrag, schokken in het hoofd, lichtflitsen, paranoia of een irritante piep in de oren" (Nabben et al., 2014). In 2014 werd bevestigd dat er in geen enkel netwerk van het panel of scene nog iemand werd aangetroffen die niet regelmatig ecstasy gebruikte (Benschop et al., 2015).

- De Antenne survey in 2013 onder clubbers en ravers laat een forse toename zien van het percentage gebruikers van ecstasy vergeleken met 2008. Deze stijging komt niet alleen op conto van de ravers. In 2008 lag het actuele gebruik op 21%, in 2013 was dat 55% (43% voor clubbers en 69% voor ravers).
- Het gemiddeld aantal pillen per uitgaansavond is iets gedaald: 1,3 in 2013 versus 1,6 in 2008, maar gezien de (bijna) verdubbeling van de gemiddelde hoeveelheid MDMA in een pil krijgen gebruikers anno 2013 toch meer 'actieve stof' binnen dan in 2008 (naar schatting 192 mg versus 148 mg).
- Onder Amsterdamse cafébezoekers steeg tussen 2010 en 2014 het percentage ooitgebruikers van ecstasy van 46% naar 63% en steeg het percentage actuele gebruikers van 13% naar 25% (Benschop et al., 2015).

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 tussen 12-35 jaar op vier Haagse locaties is lager dan onder de party- en clubbezoekers van de Antennesurvey en Het Grote Uitgaansonderzoek (zie verderop). In Den Haag zijn echter geen (dance) party's en clubs, waar over het algemeen vaker ecstasy en amfetamine worden gebruikt. Uitgaanders van het Haagse panel gaan wel regelmatig naar party's en clubs buiten Den Haag en gebruiken daar regelmatig ecstasy (en cocaïne).

- Ooitgebruik van ecstasy ligt in de Haagse survey op 48%. Dat is 16% in afgelopen maand (mannen 20% mannen, vrouwen 12%). De gemiddelde leeftijd waarop voor het eerst ecstasy is gebruikt is 19 jaar.
- De uitgaanders denken heel verschillend over wat een 'goede' dosering is. Aan 84 actuele ecstasygebruikers is gevraagd of ze 130 mg MDMA in één pil veel vinden (zie ook § 6.7 en § 6.8). Een kwart (26%) heeft geen idee of 130 mg MDMA veel is, 35% vindt die hoeveelheid goed, 24% vindt het te weinig. Slechts 16% vindt 130 mg MDMA te veel. Informatie over de sterkte van de pillen komt vaak van de dealer, en men vertrouwt erop als deze zegt de pillen te hebben laten testen (NB: Het is 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 komt naar voren dat voor sommigen ecstasy onlosmakelijk verbonden is met uitgaan en dat ook 'brave mainstream alto's' met een verder gezonde leefstijl hoge doseringen MDMA (500 mg) innemen.

Ook uit een landelijk online onderzoek uit 2013 komt het beeld naar voren van de relatief grote populariteit van ecstasy in bepaalde segmenten van het uitgaansleven. Aan het Grote Uitgaansonderzoek 2013 naar middelengebruik en risicogedrag deden 3.335 (frequente) bezoekers van party's, festivals en clubs mee van 15 tot en met 35 jaar (Goossens et al., 2013). De respondenten vormen geen representatieve steekproef van alle uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Bijna de helft van de deelnemers (45%) bezocht maandelijks of vaker een party of festival, en twee derde had een voorkeur voor techno/hardhouse muziek.

- Zes op de tien uitgaanders (61%) hadden ecstasy in het afgelopen jaar gebruikt en een op de drie deed dit nog in de afgelopen maand (35%).
- Van degenen die ecstasy in het afgelopen jaar hadden gebruikt, nam 58% het middel een paar keer per jaar en 28% eens per maand. Twaalf procent nam ecstasy een paar keer per maand, 1,6% eens per week en 0,2% een paar keer per week. Dagelijks of bijna dagelijks gebruik van ecstasy kwam niet voor.
- Voorkeurslocaties van ecstasygebruik tijdens het uitgaan laten zien dat ecstasy een typische partydrug is: 93% van de recente gebruikers noemt party's en festivals als voorkeurslocatie, op afstand gevolgd door clubs/discotheken (35%), feestjes thuis (27%) en café/kroeg (2%).

- De kans op recent en actueel ecstasygebruik neemt toe naarmate iemand vaker party's en festivals bezoekt. Ook ligt het gebruik hoger onder mannen. Lageropgeleiden en frequente partygangers gebruiken vaker ecstasy dan hogeropgeleiden en minder frequente stappers. De hoeveelheid ecstasy die gemiddeld wordt genomen is hoger onder mannen, frequente stappers en lageropgeleiden, vergeleken met vrouwen, minder frequente stappers en hogeropgeleiden.

Probleemjongeren

Er zijn geen recente landelijke gegevens over het gebruik van ecstasy onder jongeren in 'risicosettingen'.

- Uit wat ouder onderzoek uit 2009 onder jongens (13-18 jaar) in justitiële jeugdinrichtingen bleek dat 15% van de jongens, voorafgaand aan hun detentie, ooit ecstasy had gebruikt (Kepper et al., 2009b). Er waren grote verschillen in het ooitgebruik van ecstasy tussen deze jongens en de jongens in het reguliere voortgezet onderwijs: 17% versus 1% onder de 13- en 14-jarigen, 12% versus 3% onder de 15- en 16-jarigen en 16% versus 9% onder de 17- en 18-jarigen. Van de jongens gaf 5% aan ecstasy te hebben gebruikt tijdens hun verblijf in de justitiële jeugdinrichting.
- Het percentage jongeren in de residentiële jeugdzorg dat ooit ecstasy heeft gebruikt varieerde in 2008 van 7% onder de 12- en 13-jarigen tot 15% onder de 14- en 15-jarigen en 25% onder de 16-jarigen. In het reguliere onderwijs lagen deze percentages beduidend lager op respectievelijk 1%, 2% en 3% (Kepper et al., 2009a). Gemiddeld had 21% van de jongeren in de jeugdzorg ooit ecstasy gebruikt, 18% van de jongens en 23% van de meisjes.
- 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).

Amfetamine

Uitgaande jongeren en jongvolwassenen

Amfetamine is bijna net zo populair onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen als ecstasy, en lijkt cocaïne te zijn voorbijgestreefd in de afgelopen jaren (Nabben et al., 2014).

- In het Amsterdamse uitgaansleven zit amfetamine de afgelopen jaren in de lift, na een flinke dip in 2006. Volgens observaties van sleutelfiguren in het uitgaanscircuit in Amsterdam werd amfetamine tussen 2006 en 2012 steeds populairder en heeft deze trend zich in 2013 gestabiliseerd (Nabben et al., 2014). Amfetamine is bijna net zo populair als cocaïne. Gebruikers noemen als negatieve effecten van amfetamine "slaapproblemen, uitputting, paniekaanvallen, hyperventilatie en een slechte huid (vooral bij vrouwen)" (Nabben et al., 2014). In 2014 werd in de panelnetwerken bevestigd dat het regelmatig gebruik van amfetamine was teruggekeerd op het piekniveau van midden jaren negentig (Benschop et al., 2015). Er waren nog maar twee panelnetwerken waarin geen amfetamine werd gebruikt.
- De Antenne survey onder clubbers en ravers in 2013 bevestigt de observaties. Het actuele amfetaminegebruik steeg van 6% onder clubbers in 2008 naar 23% in 2013 (14% onder de clubbers en 34% onder de ravers). Van de actuele gebruikers geeft ruim een kwart (27%) aan amfetamine sporadisch te gebruiken. De helft (51%) neemt amfetamine af en toe of alleen bij gelegenheden, 18% alleen in het weekend. Drie procent gebruikt amfetamine een paar dagen per week en bijna 1% bijna dagelijks.
- 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).
- In het Haagse Uitgaansonderzoek heeft een kwart (26%) ooit amfetamine gebruikt, het recente gebruik is 15%. Het actueel gebruik is 9%, waarbij er in tegenstelling tot ooit- en recent gebruik geen verschil is tussen mannen en vrouwen. De gemiddelde leeftijd waarop voor het eerst amfetamine is gebruikt is 19. Uit het panel komt naar voren dat de groep die amfetamine gebruikt klein is, met uitzondering van de 'Tekno scene', waar het gebruik fors is.

In het hiervoor (bij ecstasy) beschreven online Groot Uitgaansonderzoek uit 2013 komt het beeld naar voren van de relatief grote populariteit van amfetamine onder frequente bezoekers van party's, festivals en clubs (Goossens et al., 2013).

- Een op de drie uitgaanders (33%) had amfetamine in het afgelopen jaar gebruikt en een op de vijf deed dit in de afgelopen maand (19%).
- Voor een ruime helft (56%) van de recente gebruikers bleef het amfetaminegebruik beperkt tot een paar keer per jaar. Ongeveer evenveel gebruikers namen amfetamine eens per maand of een paar keer per maand (respectievelijk 17% en 18%). Zes procent rapporteerde eens per week te gebruiken, 3% een paar keer per week en minder dan 1% (bijna) dagelijks.
- De kans op actueel amfetaminegebruik nam toe naarmate iemand vaker party's en festivals bezoekt en lageropgeleid is. De gebruiksfrequentie en hoeveelheid amfetamine die tijdens het uitgaan wordt genomen, zijn hoger onder lageropgeleiden en nemen toe met de frequentie van partybezoek.
- Evenals voor ecstasy zijn voor veel uitgaanders party's en festivals een voorkeurslocatie om amfetamine te gebruiken (91%). Op afstand volgen clubs/discotheken (37%), feestjes thuis (35%) en café/kroegen (12%).

Methamfetamine

Cijfers van het DIMS (zie § 6.8) en gegevens van de Antenne panel studie en survey 2013 suggereren dat methamfetamine in Nederland sporadisch wordt gebruikt (Nabben et al., 2014).

- De survey onder clubbers en ravers laat zien dat 1,4% ooit met dit middel heeft geëxperimenteerd. Het recent en actueel gebruik lagen op respectievelijk 0,5% en 0,2%.

Probleemjongeren

Er zijn geen recente landelijke gegevens over het gebruik van amfetamine onder jongeren in 'risicosettingen'.

- Volgens wat oudere cijfers uit 2009 gebruiken jongens in justitiële jeugdinrichtingen beduidend vaker amfetamine, voorafgaand aan hun detentie, dan hun leeftijdgenoten in het reguliere voortgezet onderwijs: 9% versus 1% onder de 13- en 14-jarigen, 5% versus 3% onder de 15- en 16-jarigen en 14% versus 4% onder de 17- en 18-jarigen (Kepper et al., 2009b). Van de jongens gaf 3% aan amfetamine te hebben gebruikt tijdens hun verblijf in de justitiële jeugdinrichting.
- Onder jongeren in de residentiële jeugdzorg (12-18 jaar) had in 2008 16% ooit amfetamine gebruikt, 15% van de jongens en 18% van de meisjes (Kepper et al., 2009a). In de jeugdzorg in Amsterdam in 2012 had 4% van de jongeren ooit amfetamine gebruikt en had minder dan 1% in de afgelopen maand nog amfetamine gebruikt (Benschop et al., 2013).
- In de vier grote steden in 2011 had 5% van de dakloze jongeren (18-23 jaar) in de afgelopen maand ecstasy gebruikt en had 3% 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: 7% gebruikte ecstasy bij de eerste meting en 8% bij de follow up. 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 6.3 Gebruik van ecstasy en amfetamine in speciale groepen

	Locatie	Peiljaar	Leeftijd (jaar)	Ecstasy		Amfetamine	
				Ooit (%)	Actueel (%)	Ooit (%)	Actueel (%)
Uitgaande jongeren en jongvolwassenen							
Bezoekers van party's, festivals en clubs[I]	Landelijk	2013	Gem. 23	70	35	45	19
Bezoekers van trendy clubs	Amsterdam	2008	Gem. 25	48	21	24	6
Coffeeshopbezoekers	Amsterdam	2009	Gem. 28	41	6	20	2
Bezoekers van cafés	Amsterdam	2010	Gem. 27	46	13	18	2
		2014	Gem. 27	63	25	34	9
Bezoekers van clubs en raves[II]	Amsterdam	2013	Gem. 24	79	55	43	23
Uitgaanders	Den Haag	2014	Gem. 24	48	16	26	9
Probleemjongeren							
Jongeren in de residentiële jeugdzorg	Landelijk	2008	Gem. 15	21	4	16	3
Jongeren (alleen jongens) in justitiële jeugdinrichtingen[III]	Landelijk	2009	Gem. 16	15	7	9	5
Dakloze jongeren	G4	2011	Gem. 20	-	5	-	3
(Voormalig) dakloze jongeren[IV]	G4	2013	Gem. 22	-	8	-	5
Jongeren in de jeugdzorg	Amsterdam	2012	Gem. 16	12	4	4	<1

Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand) per groep. De cijfers in deze tabel zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. 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. Gebruik in de maand voorafgaand aan het verblijf in een justitiële jeugdinrichting (JJI). Gegevens zijn verzameld in tien van de twaalf JJI's. IV 70% respons rate; onder respondenten van de follow-up meting gebruikte 7% ecstasy en 5% amfetamine in 2011.
Bronnen: Het Grote Uitgaansonderzoek 2013 (Goossens et al., 2013); Bonger 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.

6.4 Problematisch gebruik

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

- Zowel ecstasy als amfetamine kunnen bij chronisch gebruik leiden tot afhankelijkheid. Wél staat het optreden van een onttrekkingssyndroom bij ecstasy ter discussie (Degenhardt et al., 2010; Leung en Cottler, 2008). De na-effecten van ecstasy na een weekend fors gebruik worden soms ten onrechte aangezien voor onttrekkingsverschijnselen (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.
- Ecstasygebruikers hebben vanaf 2008 de mogelijkheid hulp te zoeken bij een speciaal medisch spreekuur in het westen van het land. Tot en met oktober 2012 vonden er in totaal 104 intakes plaats. De hulpvragers voor problemen met ecstasy blijken vooral klachten te rapporteren zoals depressiviteit, gevoelens van derealisatie, angst, verminderde concentratie, vermoeidheid, gevoel van schokken in het hoofd, tintelingen, spiertrekkingen, zichtproblemen en duizelingen (Litjens et al., 2014).
- In een onderzoek uit 2008/2009 naar het middelengebruik op party's en festivals en in clubs en discotheken (Van der Poel et al., 2010) is ook gekeken naar het probleemgebruik van ecstasy en amfetamine.
    - Probleemgebruik werd gedefinieerd als het voldoen aan drie of meer van de volgende zeven criteria: gebruiken ondanks problemen, veel tijd besteden aan gebruik, veel meer nodig hebben van het middel voor hetzelfde effect, meer gebruiken dan men van plan was, zonder succes proberen te minderen of te stoppen, belangrijke activiteiten opgeven, of zich ziek voelen bij minderen of stoppen.
    - Van de partybezoekers bleek dat van de recente gebruikers van ecstasy 11% een probleemgebruiker was. Van de recente gebruikers van amfetamine was 19% een probleemgebruiker.
    - Van de clubbezoekers die het afgelopen jaar ecstasy hadden gebruikt was 13% een probleemgebruiker. Van de clubbezoekers die het afgelopen jaar amfetamine hadden gebruikt was 21% een probleemgebruiker.
    - Of deze gegevens nog 'geldig' zijn gezien de ontwikkelingen in het gebruik en op de ecstasymarkt (toegenomen doseringen) is niet bekend.

6.5 Gebruik: internationale vergelijking

Algemene bevolking

Tabel 6.4a en 6.4b presenteren gegevens over het gebruik van ecstasy en amfetamine in een aantal EU-lidstaten, Noorwegen, Australië, Canada en de Verenigde Staten.

Ecstasy

- 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). Gegevens voor de overige landen staan in tabel 6.4b. Voor Europa zijn alleen landen uit de EU-15 en Noorwegen opgenomen. Voor zover beschikbaar zijn gegevens voor andere EU-lidstaten in Bijlage C vermeld.

- Wat betreft het ooitgebruik van ecstasy spannen Australië (10,9%) en het Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales, 9,3%) de kroon. Daarna volgt Nederland (7,6%), Ierland (6,9%) en de Verenigde Staten (6,8%). In Finland, Portugal en Italië komt het percentage ooitgebruikers niet boven 2% uit.
- Het percentage recente consumenten van ecstasy is het hoogst in Australië en Nederland (2,5%). In de andere landen varieert het recent gebruik van ecstasy van minder dan 0,1% tot 1,6%.
- Het ecstasygebruik ligt in Nederland boven het Europees gemiddelde, dat wordt geschat op 3,6% ooit in het leven en 0,6% recent gebruik. In de leeftijdsgroep 15-34 jaar wordt het Europese gemiddelde van het recent gebruik geschat op 1,4% (EMCDDA, 2015), versus 5,6% voor Nederland.

Amfetamine

In de meeste landen wordt geen onderscheid gemaakt tussen amfetamine en methamfetamine. In de EU speelde methamfetamine vooral een rol in Tsjechië en Slowakije, maar volgens het EMCDDA lijkt het gebruik ook in aangrenzend Duitsland en Oostenrijk, in het zuiden (Griekenland, Turkije en Cyprus) en in het noorden (Noorwegen, Letland) toe te nemen (EMCDDA, 2015).

- In Nederland heeft 4,6% ervaring met amfetamine. Het percentage mensen dat ooit amfetamine heeft gebruikt loopt uiteen van minder dan 1% in Portugal tot 11% in het Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales). De schatting van 8% in de Verenigde Staten includeert ook het oneigenlijk gebruik van medicinale amfetaminen.
- Het percentage recente amfetaminegebruikers varieert van 0,1% in Italië tot 2,1% in Australië.
- Net als het ecstasygebruik ligt ook het ooitgebruik van amfetamine in Nederland onder 15-64-jarigen (4,6%) boven het Europees gemiddelde, dat wordt geschat op 3,5%. Voor recent gebruik gaat het om 1,3% in Nederland versus 0,5% voor het Europees gemiddelde. In de leeftijdsgroep 15-34 jaar ligt het EU gemiddelde op 1,0% recente gebruikers versus 2,9% in Nederland (EMCDDA, 2015).

Tabel 6.4a Consumptie van ecstasy en amfetamine onder de algemene bevolking van enkele lidstaten van de EU-15 en Noorwegen: leeftijdsgroepen 15-64 jaar en 15-34 jaar

		15-64 jaar				15-34 jaar			
		Ecstasy		Amfetamine		Ecstasy		Amfetamine	
Land	Jaar	Ooit (%)	Recent (%)	Ooit (%)	Recent (%)	Ooit (%)	Recent (%)	Ooit (%)	Recent (%)
Nederland	2014	7,6	2,5	4,6	1,3	12,5	5,6	7,0	2,9
Ierland	2011	6,9	0,5	4,5	0,4	10,9	0,9	6,4	0,8
Spanje	2013	4,3	0,7	3,8	0,6	6,2	1,5	4,9	1,2
Frankrijk	2014	4,2	0,9	2,2	0,3	6,9	2,3	2,9	0,7
Noorwegen	2013	2,3	0,4	3,7	0,6	4,6	1,0	6,4	1,1
Oostenrijk	2008	2,3	0,5	2,5	0,5	3,3	1,0	3,1	0,9
Zweden	2008	2,1	0,1	5,0	0,8	-	-	-	-
Finland	2010	1,8	0,4	2,3	0,8	3,9	1,1	4,3	1,6
Portugal	2012	1,3	0,3	0,5	<0,1	2,3	0,6	0,5	0,1

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen. Percentage gebruikers ooit in het leven en recent (laatste jaar). - = Gegevens ontbreken. I. Verenigd Koningrijk: Engeland en Wales. Bron: EMCDDA.

Tabel 6.4b Consumptie van ecstasy en amfetamine onder de algemene bevolking van enkele lidstaten van de EU-15, de Verenigde Staten, Canada en Australië: overige leeftijdsgroepen[1]

Land	Jaar	Leeftijd	Ecstasy		Amfetamine	
			Ooit (%)	Recent (%)	Ooit (%)	Recent (%)
Australië	2010 2013	14 en ouder	10,3 10,9	3,0 2,5	7,0 7,0	2,1 2,1
Verenigde Staten	2010 2011 2012 2013	12 en ouder	6,3 5,7 6,2 6,8	1,0 0,9 1,0 1,0	8,5 7,9 8,3 8,3	1,1 1,0 1,3 1,3
Canada	2011 2012	15 en ouder	3,8 4,4	0,7 0,6	3,4 4,1	0,5 -
Verenigd Koninkrijk[1]	2013	16 - 59	9,3	1,6	11,1	0,8
Italië	2012	18 - 64	1,8	<0,1	1,8	0,1
Duitsland	2012	18 - 64	2,7	0,4	3,1	0,7
Denemarken	2013	16 - 64	2,3	0,2	6,6	0,6

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

Jongeren

Beter vergelijkbaar zijn de gegevens van het ESPAD-onderzoek onder scholieren van 15 en 16 jaar in Europese landen. Tabel 6.5a toont het gebruik van ecstasy en tabel 6.5b toont het gebruik van amfetamine in een aantal landen van de EU, Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde Staten. Dit laatste land deed niet mee aan de ESPAD maar voerde vergelijkbaar onderzoek uit (Hibell et al., 2000, 2004, 2009, 2012).

- Het percentage leerlingen dat in 2011 wel eens ecstasy heeft geprobeerd was het laagst in Denemarken, Finland en Noorwegen (1%). De Verenigde Staten gingen aan kop met 7%, gevolgd door België en Nederland met 4%.
- Het percentage recente gebruikers van ecstasy varieerde van 1% in Duitsland, Griekenland, Zweden, Spanje, Denemarken, Finland en Noorwegen tot 5% in de Verenigde Staten. Het (ongewogen) gemiddelde voor 36 deelnemende Europese landen kwam uit op 2%, een procent lager dan in Nederland.
- Van de in tabel 6.5b genoemde landen scoorden in 2011 de Verenigde Staten op de maat ooitgebruik van amfetamine het hoogst (9%), gevolgd door België (5%). Nederland nam met 1% een relatief lage positie in.
- In de andere landen in tabel 6.5b had tussen 0% en 4% van de scholieren ooit in het leven amfetamine gebruikt. Voor 36 deelnemende Europese landen kwam het percentage ooitgebruikers gemiddeld op 3%.

Tabel 6.5a **Consumptie van ecstasy onder scholieren van 15 en 16 jaar in een aantal lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde Staten[I]. Peiljaren 1999, 2003, 2007 en 2011**

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

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

Tabel 6.5b Consumptie van amfetamine onder scholieren van 15 en 16 jaar in een aantal lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde StatenI. Peiljaren 1999, 2003, 2007 en 2011

Land	1999	2003		2007		2011	
	Ooit (%)	Ooit (%)	Recent (%)	Ooit (%)	Recent (%)	Ooit (%)	Recent (%)
Verenigde Staten[I]	16	13	9	11	9	7	5
België[II]	-	2	1	5	5	4	3
Frankrijk	2	3	-	4	4	4	3
Duitsland[III]	-	5	3	5	4	3	3
Portugal	3	3	2	2	3	3	2
Italië	2	3	2	4	2	2	2
Ierland	3	1	0	3	2	2	2
Griekenland	1	0	0	3	2	2	1
Denemarken[IV]	4	4	3	5	2	2	1
Zweden	1	1	1	2	1	2	1
Spanje[IV]	-	4	3	3	1	2	1
Noorwegen	3	2	1	1	1	1	1
Nederland	2	1	1	2	1	1	1
Finland	1	1	0	1	1	1	1
Verenigd Koninkrijk[V]	8	3	2	2	-	-	-
Zwitserland	-	3	2	3	-	-	-
Oostenrijk	-	4	4	8	-	-	-

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

6.6 Hulpvraag en incidenten

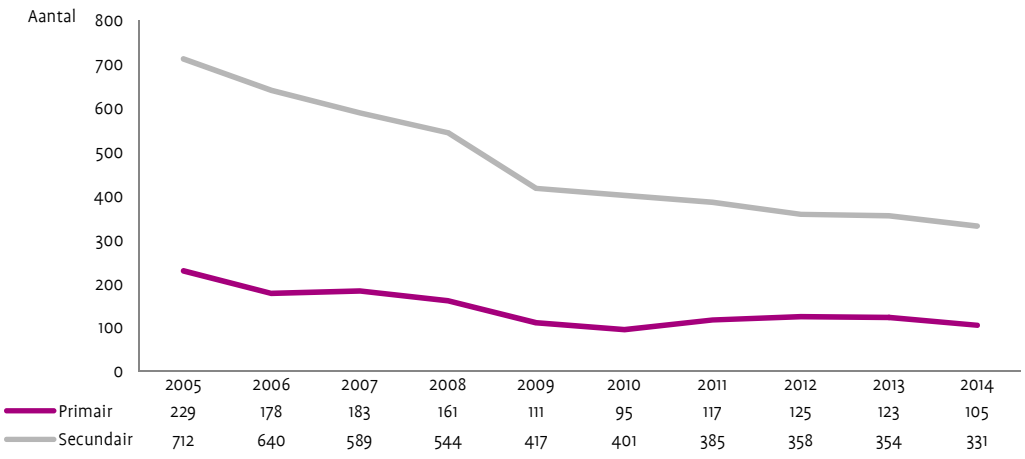
Verslavingszorg

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. In 2014 hebben in totaal twintig gespecialiseerde instellingen voor verslavingszorg geanonimiseerde gegevens over de hulpverlening aangeleverd aan het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS, Wisselink et al., 2015) (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 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.

Ecstasy

- Het aantal cliënten in de verslavingszorg met ecstasy als primair probleem halveerde tussen 2005 en 2010 en bleef daarna ongeveer stabiel op ongeveer 100 cliënten per jaar (figuur 6.3).
- Per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder registreerde het LADIS in 2014 slechts één primaire ecstasycliënt, aanzienlijk minder dan voor de meeste andere drugs (78 voor cannabis, 54 voor cocaïne en 69 voor opiaten).
- Het aandeel van ecstasy in alle hulpvragen voor drugsproblematiek bleef in de afgelopen jaren gering: minder dan 1%.
- In 2014 waren bijna 4 van de 10 primaire ecstasycliënten een nieuwkomer (35%). Deze nieuwkomers werden ingeschreven in 2014 en stonden niet eerder ingeschreven bij de verslavingszorg.
- Een meerderheid van de primaire ecstasycliënten (92%) rapporteerde ook problemen met een ander middel.
- Er zijn meer cliënten die ecstasy als secundair dan als primair probleem noemen (figuur 6.3).
- Ook het aantal secundaire ecstasycliënten halveerde bijna tussen 2005 en 2010. Daarna zette de daling minder sterk voort. Voor de secundaire ecstasycliënten in 2014 was het primaire probleem cannabis (35%), amfetamine (26%), cocaïne of crack (17%), alcohol (15%), of GHB (4%).

Figuur 6.3 Aantal cliënten bij de verslavingszorg met primaire of secundaire ecstasyproblematiek, vanaf 2005.



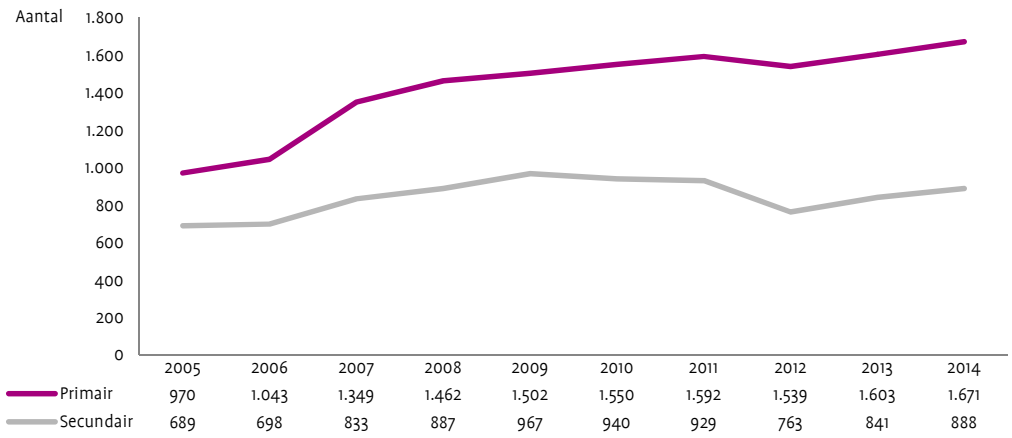
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Primair	229	178	183	161	111	95	117	125	123	105
Secundair	712	640	589	544	417	401	385	358	354	331

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

Amfetamine

- Het aantal cliënten met amfetamine als primair probleem steeg tussen 2005 en 2014 met 72% (figuur 6.4). De sterkste stijging deed zich voor tussen 2005 en 2007, met een afvlakking in 2011 en 2012. Tussen 2012 tot 2014 is echter weer een lichte groei waarneembaar.
- Het aandeel van amfetamine in alle hulpvragen voor drugsproblematiek steeg tussen 2005 en 2014 van 3% naar 5%.
- Per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder registreerde het LADIS in 2014 twaalf primaire amfetaminecliënten.
- In 2014 was ongeveer 1 van de 5 primaire amfetaminecliënten een nieuwkomer (19%). Deze nieuwkomers werden ingeschreven in 2014 en stonden niet eerder ingeschreven bij de verslavingszorg.
- Bijna negen van de tien cliënten met een primair amfetamineprobleem (89%) rapporteerden ook problemen met een andere verslaving. Bij een andere verslaving ging het om cannabis (34%), alcohol (22%), cocaïne of crack (12%), ecstasy (9%), GHB (5%), of nicotine (5%).
- Voor 888 cliënten was amfetamine in 2014 een secundair probleem. Voor deze groep was het primaire probleem cannabis (34%), alcohol (27%), cocaïne of crack (14%), GHB (11%), of heroïne (8%).

Figuur 6.4 Aantal cliënten bij de verslavingszorg met primaire of secundaire amfetamineproblematiek, vanaf 2005



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Primair	970	1.043	1.349	1.462	1.502	1.550	1.592	1.539	1.603	1.671
Secundair	689	698	833	887	967	940	929	763	841	888

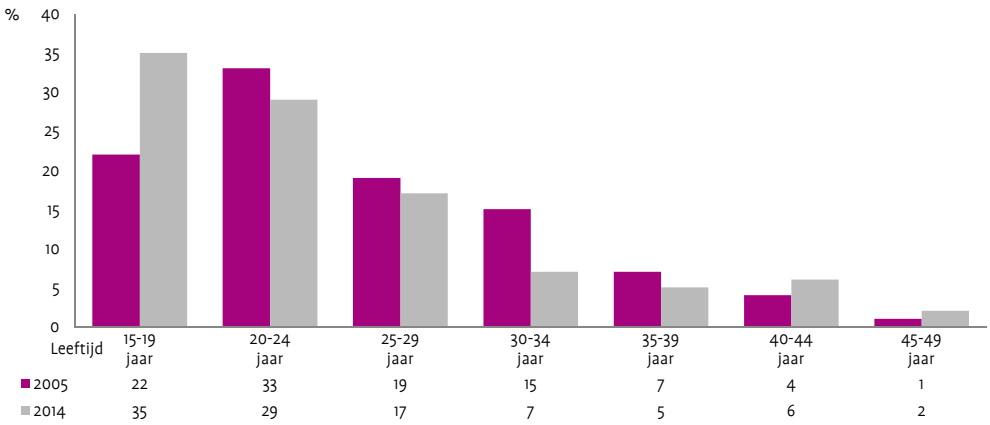
Aantal cliënten. Voor de aanleverende instellingen, zie bijlage G. Bron: LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut.

Leeftijd, geslacht en opleiding

Ecstasy

- In 2014 waren 6 van de 10 primaire ecstasycliënten man (61%).
- De gemiddelde leeftijd van de primaire ecstasycliënten was 24 jaar. Daarmee zijn zij gemiddeld het jongst van alle drugscliënten. De piek ligt in de leeftijdsgroep 15 tot en met 19 jaar (figuur 6.5).
- In 2014 had van de primaire ecstasycliënten 35% geen opleiding afgerond of een lagere opleiding afgerond, had 56% een middelbare opleiding afgerond en had 9% een hogere opleiding afgerond. (Voor de verklaring van lagere-, middelbare- en hogere opleiding, zie in bijlage A onder: Cliënt LADIS.)

Figuur 6.5 Leeftijdsverdeling van primaire ecstasycliënten bij de verslavingszorg. Peiljaren 2005 en 2014

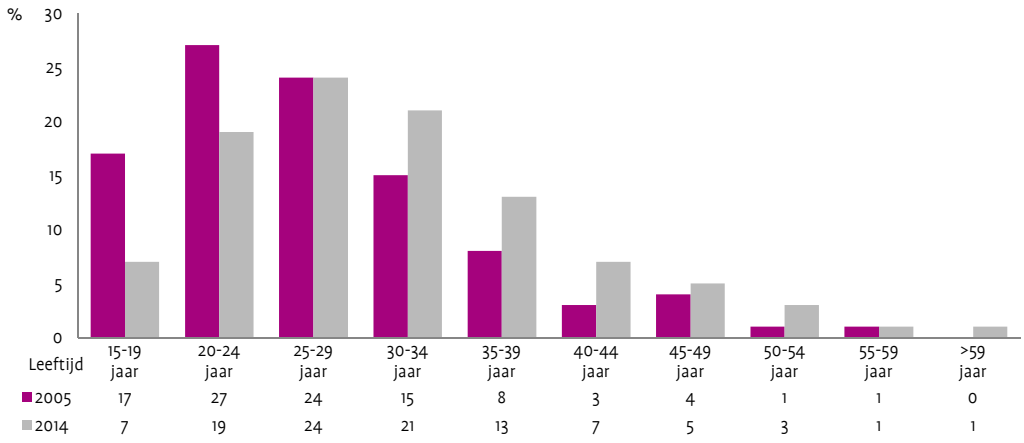


Percentage cliënten per leeftijdsgroep. Voor de aanleverende instellingen, zie bijlage G. Bron: LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut.

Amfetamine

- In 2014 waren bijna 8 van de 10 primaire amfetaminecliënten man (76%).
- De gemiddelde leeftijd was 31 jaar, hoger dan bij de ecstasycliënten en iets hoger dan in 2005 (27 jaar). Bij de amfetaminecliënten lag in 2014 de piek in de leeftijdsgroep 25 tot en met 29 jaar, maar in 2005 lag de piek in de leeftijdsgroep 20 tot en met 24 jaar (figuur 6.6).
- In 2014 had van de primaire amfetaminecliënten 41% geen opleiding afgerond of een lagere opleiding afgerond, had 49% een middelbare opleiding afgerond en had 10% een hogere opleiding afgerond. (Voor de verklaring van lagere-, middelbare- en hogere opleiding, zie in bijlage A onder: Cliënt LADIS.)

Figuur 6.6 Leeftijdsverdeling van primaire amfetaminecliënten bij de verslavingszorg. Peiljaren 2005 en 2014



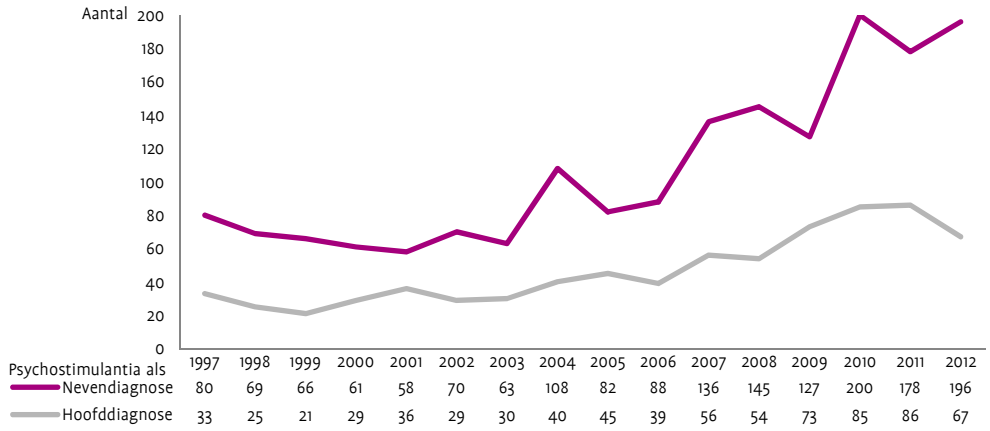
Percentage cliënten per leeftijdsgroep. Voor de aanleverende instellingen, zie bijlage G. Bron: LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut.

Algemene ziekenhuizen

De Landelijke Medische Registratie (LMR) registreert jaarlijks weinig opnames in algemene ziekenhuizen met psychostimulantia als hoofddiagnose. Het gaat hier om amfetaminen, maar ook om andere psychostimulantia zoals ecstasy (figuur 6.7). Voor 2013 zijn nog geen trendgegevens beschikbaar, zodat alleen gegevens worden gerapporteerd tot en met 2012.

- In 2012 ging het om 67 opnames ofwel 12% van alle hoofddiagnoses voor drugs. In 81% van de gevallen ging het om misbruik, in 19% van de gevallen ging het om afhankelijkheid van psychostimulantia. De afgelopen jaren steeg het aantal hoofddiagnoses, maar tussen 2011 en 2012 daalde dit aantal met 22% (figuur 6.7).

Figuur 6.7 Klinische opnames in algemene ziekenhuizen met misbruik en afhankelijkheid van psychostimulantia (ecstasy en amfetamine) als hoofddiagnose en als nevendiagnose



Psychostimulantia als	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nevendiagnose	80	69	66	61	58	70	63	108	82	88	136	145	127	200	178	196
Hoofddiagnose	33	25	21	29	36	29	30	40	45	39	56	54	73	85	86	67

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

- Vaker werden deze aandoeningen als nevendiagnose gesteld, 196 maal in 2012, een stijging van 10% ten opzichte van 2011. Vergeleken met 2001 is het aantal nevendiagnoses in 2012 drie maal zo groot geworden. De hoofdziektes of hoofdstoornissen die bij de nevendiagnoses amfetaminemisbruik en afhankelijkheid werden gesteld liepen sterk uiteen. De meest voorkomende hoofddiagnoses bij deze nevendiagnoses waren:
  - ongevallen (16%);
  - vergiftiging (13%);
  - hart- en vaatziekten (13%);
  - misbruik of afhankelijkheid van alcohol (12%);
  - ziekten van de ademhalingswegen (8%);
  - misbruik of afhankelijkheid van drugs (7%);
  - psychose (7%).
- De LMR registreerde in 2012 in totaal 66 gevallen van onopzettelijke vergiftiging met amfetaminen als nevendiagnose (ICD-9 code E854.2).
- Dezelfde persoon kan meer dan één keer per jaar worden opgenomen. Bovendien kan er per opname meer dan één nevendiagnose worden gesteld. Gecorrigeerd voor dubbeltellingen ging het in 2012 om 253 personen. Zij werden in dat jaar minstens één keer opgenomen met misbruik of afhanke lijkheid van psychostimulantia als hoofd- of nevendiagnose. Hun gemiddelde leeftijd was 33 jaar; 73% was man.

Incidenten

De belangrijkste bron voor informatie over gezondheidsverstoringen in verband met drugsgebruik (zie ook Bijlage A onder 'Incidenten') is de Monitor Drugs Incidenten (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 2009 houdt de MDI actuele gegevens bij over de aard en omvang van drugsgerelateerde gezondheidsincidenten in Nederland (Croes et al., 2015).

- In 2014 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 2014 werden in totaal 3.797 drugsincidenten gemeld. Bij 1.803 meldingen was ecstasy betrokken; hiervan was in 1.375 gevallen ecstasy als enige drug gemeld (met of zonder alcohol). De gegevens over de gebruikte drugs zijn grotendeels afkomstig van zelfrapportage.

In tabel 6.6 worden de ecstasyincidenten samengevat over de periode 2009-2014. Vanwege verschillen tussen de medische diensten worden gegevens uitgesplitst naar type dienst.

- In deze periode werden in totaal 19.380 unieke drugsincidenten gemeld, waarvan 5.059 incidenten met ecstasy als enige drug. Daarnaast was er in 1.543 gevallen sprake van combinatiegebruik van ecstasy en een andere drug. Negentig procent van de gemelde incidenten met ecstasy als enige drug in de MDI is afkomstig van de EHBO's op grootschalige evenementen. Anders dan in de voorgaande Jaarberichten worden in deze editie ook de incidenten beschreven die in voorgaande jaren zijn gerapporteerd door deelnemers die recent (tijdelijk) geen nieuwe incidenten hebben doorgegeven. Daardoor vallen de hier beschreven aantallen hoger uit dan in de voorgaande jaren.
- Op de EHBO-posten hing in de periode 2009-2014 meer dan de helft van alle gemelde incidenten samen met het gebruik van ecstasy als enige drug. Na een stijging van het aandeel van incidenten na ecstasy als enige gebruikte drug tussen 2009 (39%) en 2012 (61%), lijkt er in 2013 (62%) en 2014 (56%) sprak van een stabilisatie en mogelijk daling. In 2014 was bij 70% van alle drugsgerelateerde incidenten ecstasy betrokken, een daling ten opzichte van 2013 (74%).
- Binnen de SEH-afdelingen van ziekenhuizen, de ambulancediensten en politieartsen is het aantal incidenten na gebruik van ecstasy relatief beperkt en zijn er fluctuaties over de jaren. Het aandeel van ecstasyincidenten is de laatste jaren in de ziekenhuizen iets hoger (7% in 2011, 11% in 2012, 7% in 2013 en 2014) dan in de twee jaar ervoor (3%).

Kenmerken patiënten en incidenten gerelateerd aan ecstasy

- Opvallend is het aandeel van vrouwen en jongeren met een incident onder invloed van ecstasy. Van alle incidenten met andere middelen dan ecstasy is meer dan driekwart man; bij incidenten onder invloed van ecstasy is minder dan tweederde man. Ook het aandeel jongeren is relatief hoog.

- 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 bijna driekwart 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 mate van ecstasyintoxicatie van patiënten op de EHBO-posten is daarentegen bij het merendeel van lichte aard, maar de ernst van de intoxicatie neemt hier nog steeds toe. In de zes jaar van de monitor heeft zich een duidelijke verschuiving voorgedaan naar meer ernstige vormen van intoxicatie. Bij de EHBO-posten viel in 2009 7% onder de definitie matige of ernstige intoxicatie. In 2013 was dat toegenomen tot 22%, 2% meer dan in 2012, en in 2014 was dit nog verder gestegen tot 28%. Het aandeel van patiënten met een ernstige intoxicatie nam tussen 2013 en 2014 toe van 2,4% naar 4,5%. De cijfers over ecstasyintoxicatie bij de EHBO-posten in 2014 zijn gebaseerd op meer dan 1.100 patiënten.
- Bij de incidenten met ecstasy werd combinatiegebruik met een andere drug slechts beperkt gemeld. Van alle incidenten waarbij ecstasy betrokken is, is in minder dan een kwart van de gevallen nog een andere drug genomen.
- Negen patiënten werden in de periode 2009-2014 vanuit de peilstationsregio's gemeld die zijn overleden na gebruik van ecstasy. Bij zes speelde ook het gebruik van andere drugs en alcohol mee. De andere drie hadden uitsluitend ecstasy gebruikt.

Tabel 6.6 Incidenten met ecstasy als enige drug geregistreerd door de Monitor Drugs Incidenten (MDI). Peiljaren 2009-2014

	Ambulances	Ziekenhuizen	Politieartsen	EHBO
Aantal incidenten (% van het totaal binnen de dienst)	310 (5)	193 (6)	95 (6)	4.461 (56)
Man	62	68	87	58
Leeftijd: <25 jaar	62	63	47	66
Mate van intoxicatie*				
Licht[I]	26	30	52	81
Matig[II]	51	48	40	17
Ernstig[III]	24	22	8	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 (Croes et al., 2015).

Amfetamine

- In 2014 werden in totaal 3.797 drugsincidenten gemeld. Bij 305 meldingen was amfetamine betrokken; hiervan was in 80 gevallen amfetamine als enige drug gemeld (met of zonder alcohol).
- In tabel 6.7 worden de amfetamine-incidenten samengevat over de periode 2009-2014. In deze periode werden in totaal 19.380 unieke drugsincidenten gemeld, waarvan 546 incidenten met amfetamine als enige drug. Daarnaast was er in 798 gevallen sprake van combinatiegebruik van amfetamine en een andere drug. Anders dan in de voorgaande Jaarberichten worden in deze editie ook de incidenten beschreven die in voorgaande jaren zijn gerapporteerd door deelnemers die recent (tijdelijk) geen nieuwe incidenten hebben doorgegeven. Daardoor vallen de hier beschreven aantallen hoger uit dan in de voorgaande jaren.

Kenmerken patiënten en incidenten gerelateerd aan amfetamine

- 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. Met het voorbehoud dat zekere uitspraken moeilijk te doen zijn vanwege de kleine aantallen, lijkt het aandeel van patiënten die slechts licht onder invloed zijn van amfetamine af te nemen, van 96% in 2009 tot 81% in 2014. Bij de ambulances, de SEH-afdelingen van ziekenhuizen en bij de politieartsen is de mate van intoxicatie bij twee derde tot de helft van de patiënten matig of ernstig; vanwege de kleine aantallen is geen duidelijke trend te zien.
- Tussen 2009 en 2014 werden 12 incidenten uit de peilstationregio's gemeld waarin de patiënt was overleden na gebruik van amfetamine. Acht van deze patiënten hadden ook andere drugs gebruikt. In 2014 werden vanuit de peilstationregio's geen overledenen gemeld na amfetaminegebruik.

Tabel 6.7 Incidenten met amfetamine als enige drug geregistreerd door de Monitor Drugs Incidenten (MDI). Peiljaren 2009-2014

	Ambulances	Ziekenhuizen	Politieartsen	EHBO
Aantal incidenten (% van het totaal binnen de dienst)	135 (2)	83 (3)	92 (6)	236 (3)
Man	76	71	86	64
Leeftijd: <25 jaar	36	40	24	72
Mate van intoxicatie*				
Licht[I]	29	45	50	88
Matig[II]	60	35	36	10
Ernstig[III]	10	21	14	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 (Croes et al., 2015).

6.7 Ziekte en sterfte

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 (zie later deze paragraaf).

- De lichamelijke effecten zijn: verhoogde hartslag, verhoogde bloeddruk, spierspanning, knarsetanden, verhoogde lichaamstemperatuur, zweten, droge mond, dorst, misselijkheid, hoofdpijn, duizeligheid, slapeloosheid, verminderde eetlust, vergrote pupillen, nystagmus (snel heen en weer draaien van de ogen) en tremor (trillen) (Niesink et al., 2015).
- Psychische complicaties zijn flashbacks, angst, slaapstoornissen, paniekaanvallen, psychosen slaperigheid, depressie en prikkelbaarheid (Ricaurte en McCann, 2005; Parrott, 2013). Deze klachten kunnen langere tijd aanhouden (zie 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 ten gevolge van 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.
- Begin jaren negentig werd geadviseerd oververhitting te voorkomen door veel koud water te drinken, om zo af te koelen en uitdroging te voorkomen. Hoewel dit inderdaad kan helpen af te koelen, kan te veel water drinken onder invloed van MDMA leiden tot hyponatriëmie (Traub et al., 2002; Gowing et al., 2002), dat dodelijk kan zijn wanneer het niet tijdig wordt behandeld. Mogelijk lopen vrouwen een verhoogd risico (Van Dijken et al., 2013).
- Leverschade door ecstasy kan ernstige gevolgen hebben en zelfs levertransplantatie noodzakelijk maken. Ook nierfalen komt voor door ecstasygebruik, veelal als gevolg van afbraak van spierweefsel. De afbraak van spierweefsel kan ook oververhitting veroorzaken.
- Door het effect van MDMA op hartslag en bloeddruk verhoogt het risico op hersenbloedingen en infarcten, hartritmestoornissen, hartfalen en longoedeem. Het meeste risico lopen daarbij mensen die al hart- en vaatproblemen hebben (Gowing et al., 2002).

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 2015 bevatte 59% van de door het DIMS geteste ecstasytabletten 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) (Haufroid et al., 2015). Effecten kunnen ook van keer tot keer verschillen, mogelijk spelen het gebruikspatroon en omgeving een rol (Rietjens et al., 2012; Ferré et al., 2015).
- Hoewel de kans op bijwerkingen toeneemt met hogere doseringen, kunnen zich ook ernstige incidenten voordoen die niet te koppelen zijn aan een hoge dosering. Het ontstaan van ernstige bijwerkingen na ecstasygebruik is daardoor onvoorspelbaar (Kalant, 2001; Patel et al., 2005).

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

- De effecten van MDMA en THC tellen op bij gelijktijdig gebruik, als het gaat om toenemende hartslag, langere verhoging van de lichaamstemperatuur, en hersenactiviteit (Dumont, 2009; Lansbergen et al., 2011).
- Celbiologisch onderzoek suggereert dat de schadelijke effecten van MDMA sterk toenemen in combinatie met andere amfetamines, vooral bij hogere (lichaams)temperatuur (Da Silva et al., 2014).
- Consumptie van een lage dosis alcohol (2-3 glazen) blijkt echter bepaalde fysiologische effecten van MDMA, zoals vochtretentie en een toename in lichaamstemperatuur, enigszins af te zwakken (Dumont, 2009). Of deze uitkomsten ook praktische relevantie hebben is niet bekend.
- Een omvangrijke overzichtsstudie van humaan onderzoek suggereert wel een zeker beschermend effect van alcohol op de schadelijke gevolgen van ecstasygebruik en voert hiervoor twee verklaringen aan. Mogelijk onderdrukt alcohol inderdaad de schadelijke gevolgen voor het brein door oververhitting na ecstasygebruik. Anderzijds behoren ecstasygebruikers die ook (gelijktijdig) alcohol consumeren wellicht tot een meer gematigde gebruikersgroep van ecstasy (Rogers et al., 2009).

Lange termijn risico's

- De laatste stand van wetenschap wijst op een (langdurige) verstoring van hersenfuncties, met name het geheugen, het concentratievermogen en de stemming in zowel gebruikers als exgebruikers van ecstasy (Kalechstein et al., 2007; Rogers et al., 2009; Schilt, 2009; De Win, 2007; Jager, 2006; Parrott, 2013; Halpin et al., 2014).
- Deze verstoring kan langer dan een jaar aanhouden na stopzetting van het gebruik. Onbekend is of volledig herstel optreedt.
- Er zijn gevallen beschreven van blijvende klachten na MDMA gebruik, 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 (Litjens et al., 2014).
- Ondanks ruim twintig jaar onderzoek is nog steeds niet duidelijk hoe schadelijk ecstasy precies is. De gerapporteerde effecten zijn doorgaans klein, met uitzondering van de afname van het (verbale en werk) geheugen, en vallen binnen de 'normale marge'. Ook 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).
- De veranderingen hangen waarschijnlijk samen met afwijkingen aan serotonerge zenuwen in de hersenen. Bij proefdieren neemt de kans op hersenschade toe met een stijging van de lichaamstempe ratuur na gebruik van MDMA. Bij de mens werkt dit waarschijnlijk ook zo. De kans op oververhitting en daardoor (langdurige) hersenschade neemt toe als een consument grotere hoeveelheden MDMA slikt in een warme omgeving (boven 18-20 graden). De precieze dosering die tot schade leidt is niet bekend.

- Resultaten van onderzoeken uitgevoerd door de Universiteit van Amsterdam en de Universiteit van Utrecht laten niet zien dat kortdurend of incidenteel gebruik van ecstasy (gemiddeld 1,8 tot 6 ecstasy pillen) aanleiding geeft tot ernstige hersenschade en vermindering van hersenfuncties op langere termijn (De Win, 2007; Jager, 2006; Schilt, 2009). Toch kan niet zonder meer worden geconcludeerd dat een lage dosis ecstasy veilig is.
- Onderzoek onder wat oudere ecstasygebruikers (40-55 jaar) laat zien dat de negatieve effecten van ecstasy op het verbale geheugen 'optellen' bij de normale leeftijdsgerelateerde achteruitgang van het geheugen (Schilt, 2009). Of ecstasygebruik op nog latere leeftijd (65+) het cognitieve verouderings proces versnelt, is niet bekend. Jonge gebruikers met nog zich ontwikkelende hersenen zijn mogelijk kwetsbaarder dan volwassenen (Klomp et al., 2012).
- Misschien is er ook sprake van een genetische kwetsbaarheid voor de effecten van ecstasy op het verbale geheugen (Schilt, 2009).

Sterfte

Het precieze aantal sterfgevallen door het gebruik van amfetamine en ecstasy is niet bekend. Er bestaat namelijk 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 van de onderrapportage niet bekend is. 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 catgeorie voor polydrugsgebruik. Bovendien vallen sterfgevallen na ecstasy en amfetaminegebruik in de Doodsoorzakenstatistiek onder dezelfde code als andere stimulerende stoffen, zoals cafeïne, efedrine en khat.

- Het totaal aantal geregistreerde sterfgevallen in deze categorie varieerde tussen 2004 en 2012 van 1 tot 5 per jaar. Vanwege de overgang in 2013 naar automatische codering, kan het aantal van 2013 niet rechtstreeks vergeleken worden met de aantallen uit de voorafgaande jaren.
- In 2013 registreerde het CBS 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 suïcide of het was niet vastgesteld of de vergiftiging met opzet of niet met opzet heeft plaatsgevonden). Hier lijkt wel sprake te zijn van een toename.

Alleen wanneer er een strafrechtelijk onderzoek plaatsvindt, onderzoekt het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) een overlijdensgeval op alcohol, drugs, geneesmiddelen en bestrijdingsmiddelen.

- In de overlijdensgevallen waarbij gerechtelijke sectie en toxicologisch onderzoek heeft plaatsgevonden waren er tussen 2009-2012 jaarlijks een of twee MDMA gevallen. In 2013 waren 9 gevallen waarbij MDMA is aangewezen als middel dat een rol kan hebben gespeeld bij het overlijden; amfetamine is zowel in 2012 en 2013 in 3 gevallen aangewezen.
- In 2014 was MDMA in 7 gevallen betrokken, PMMA in 1 geval en in geen enkel geval werd amfetamine aangewezen als middel dat een rol kan hebben gespeeld bij het overlijden.
- In sommige van deze gevallen spelen ook andere drugs een rol bij 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 aantal door het NFI uitgevoerde gerechtelijke secties is afgenomen, van ongeveer 600 secties in 2000 tot naar verwachting ongeveer 300 in 2015.

Ecstasy en amfetamine spelen ook in andere Europese landen een ondergeschikte rol in de drugssterfte, althans voor zover hierover gegevens beschikbaar zijn (EMCDDA, 2015).

6.8 Aanbod en markt

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

Samenstelling ecstasypillen

In 2014 boden consumenten in totaal 6.459 pillen aan bij het DIMS. Dat is iets meer dan in 2013 (6.069 pillen). Het aantal lag tussen 2010-2012 rond de vijf- á vijfeneenhalf duizend, met in 2009 een piek van 8.746 pillen. Het hoge aantal in 2009 hangt waarschijnlijk samen met de verstoring van de ecstasymarkt, die in de tweede helft van 2008 startte, terwijl in de loop van 2009 de ecstasymarkt weer 'herstelde'. Waarschuwingsacties over hoog gedoseerde pillen en PMMA dragen mogelijk bij aan het hogere aantal in 2013 en 2014. Van de in 2014 aangeboden pillen werd ruim de helft (3.580 of 55%) herkend door de instelling. Het merendeel (96%) van deze herkende pillen bevatte MDMA. Van de 2.178 naar het laboratorium doorgestuurde pillen waren er 2.055 (94%) door de consument gekocht als 'ecstasy'.

Tabel 6.8 geeft het percentage van de in het laboratorium geanalyseerde 'ecstasypillen' die MDMA en/of een andere stof bevatten. Weergegeven zijn alleen die pillen die door de consument gekocht zijn als ecstasypil, ongeacht de daadwerkelijke samenstelling.

- In 2014 bevatte 86% van de pillen alleen een MDMA-achtige stof (MDMA, MDA, of MDEA). Na een piek van 92% in 2012 is dit vergelijkbaar met 2013 (85%). In 2009 bevatte 58% van de in het laboratorium geanalyseerde pillen alleen een MDMA-achtige stof.
- 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 metaChloorPhenylPiperazine (mCPP), maar ook werden voor het eerst 'nieuwe' stoffen, zoals 4-fluoramfetamine en mefedron, aangetroffen (zie hoofdstuk 7).
- 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 2013 en 2014 was dit percentage circa 5%. Onder deze stoffen bevonden zich PMMA en enkele 'nieuwe psychoactieve stoffen', zoals 4-fluoramfetamine, mefedron, 5-APB en 6-APB (zie ook hoofdstuk 7).
- Nadat de ecstasymarkt herstelde ontstond er zowel in Nederland als in andere delen van Europa een (bescheiden) markt specifiek voor een aantal van deze stoffen hetgeen wordt aangeduid als 'Nieuwe Psychoactieve Stoffen' (zie hoofdstuk 7).
- 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. In 2013 ging het om 2,6% van als ecstasy verkochte pillen en in 2014 2,2%.
- 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 7). In 2014 is 1 sterfgeval na PMMA gebruik door het NFI gerapporteerd (paragraaf 6.7)

- PMMA werd in 2014 in 1,9% (40 pillen) van de als ecstasy gekochte tabletten aangetroffen. Dit was met 2,5% van de geanalyseerde ecstasypillen vorig jaar wat hoger (47 pillen in 2013) en wat lager in de jaren daarvoor 1,3% (28 pillen) in 2011 en 1,4% (26 pillen) in 2012.
- De gemiddelde hoeveelheid PMMA van deze tabletten was in 2014 31 mg. In 36 tabletten zat een combinatie van PMMA en MDMA, maar in 10 tabletten was PMMA de hoofdstof met een uitschieter van 173 mg PMMA. In 2013 waren er 14 tabletten met PMMA als hoofdstof variërend tussen 18-160 mg PMMA.
- 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 6.8 Aantal en samenstelling (%) van bij het DIMS aangeleverde 'ecstasy'pillen die in het laboratorium zijn geanalyseerd, vanaf 2005

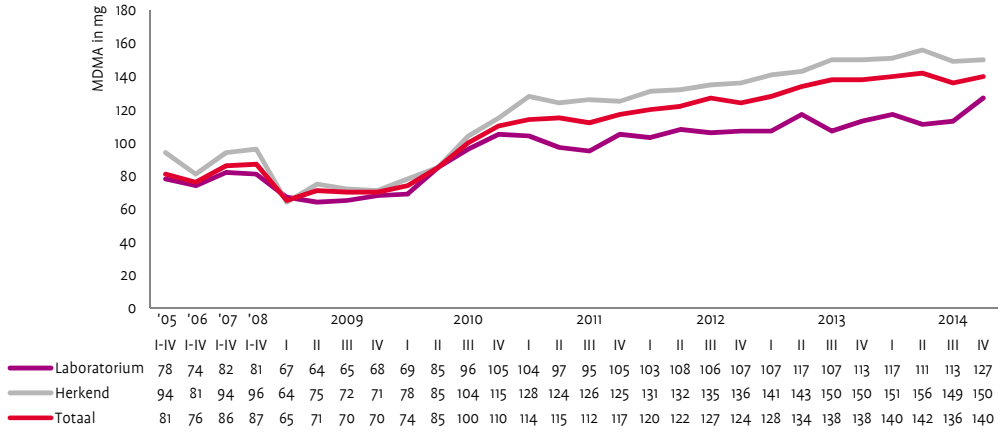
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Aantal geanalyseerde pillen	2.134	2.523	2.319	2.185	2.182	2.359	2.183	1.848	1.833	2.055
Alleen MDMA-achtigen[I] (%)	84,4	76,8	80,1	70,6	58,0	82,4	83,9	91,9	84,6	86,0
Combinatie MDMA-achtigen + andere actieve stof[II] (%)	7,8	13,0	11,0	9,4	13,9	2,4	10,4	1,7	6,7	4,9
(Meth)amphetamine (%)	3,9	0,9	0,4	0,5	4,9	2,6	0,6	0,4	2,1	1,9
(Meth)amfetamine+ overige stof (%)	0,1	0,9	0,3	0,9	0,2	0,3	1,3	1,4	0,8	1,1
Andere farmacologisch actieve stof (%)	3,2	7,1	7,3	15,3	20,5	10,9	2,7	3,2	4,9	4,7
Geen farmacologisch actieve stof (%)	0,7	1,2	0,8	3,3	2,5	1,4	1,1	1,4	0,9	1,4

Percentage pillen die een bepaalde stof of combinatie van stoffen bevatten. 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 methylone en mCPP. Cafeïne en paracetamol zijn niet meegeteld. Bron: DIMS, Trimbos- instituut.

De stijging in de gemiddelde hoeveelheid MDMA in ecstasypillen sinds 2009 zette zich in 2014 voort (figuur 6.8).

- In 2014 bevatte een in het laboratorium geanalyseerde MDMA pil gemiddeld 118 mg. De hoogst gemeten dosering was met 295 mg wel lager dan vorig jaar (366 mg).
- De gemiddelde hoeveelheid MDMA van alle aangeleverde pillen is nog hoger (138 mg), aangezien de gemiddelde dosering in de bij de testservices herkende (en niet in het laboratorium geanalyseerde) pillen in 2014 152 mg is (figuur 6.8).
- Sinds een dip in 2009 is het aandeel hoog gedoseerde ecstasypillen (met meer dan 105 mg MDMA) gestegen tot 59% in 2015 (figuur 6.9).
- Deze trends suggereren dat, na een tijdelijk tekort in 2009, MDMA en 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 matig tot ernstige acute gezondheidsverstoringen, vooral op grootschalige evenementen (§ 6.6). De hogere 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, hartritmestoornissen en leverfalen kunnen optreden (§ 6.7).

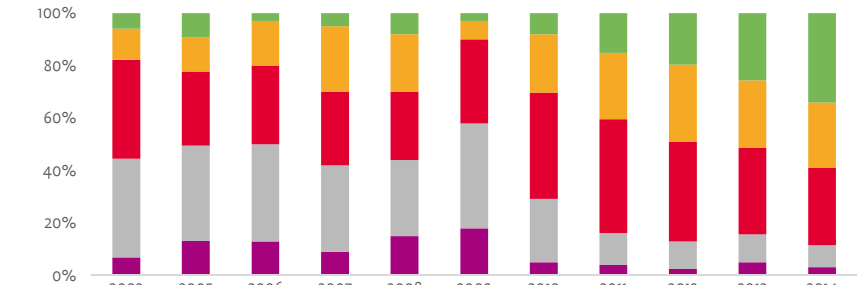
Figuur 6.8 **Trend in het gemiddelde gehalte (mg) MDMA in ecstasypillen die in het laboratorium zijn geanalyseerd of werden herkend via de herkenningslijsten, en het totaal**



	I-IV	I-IV	I-IV	I-IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Laboratorium	78	74	82	81	67	64	65	68	69	85	96	105	104	97	95	105	103	108	106	107	107	117	107	113	117	111	113	127				
Herkend	94	81	94	96	64	75	72	71	78	85	104	115	128	124	126	125	131	132	135	136	141	143	150	150	151	156	149	150				
Totaal	81	76	86	87	65	71	70	70	74	85	100	110	114	115	112	117	120	122	127	124	128	134	138	138	140	142	136	140				

Gehalte in pillen die in het laboratorium werden getest en minstens 1 mg MDMA bevatten; tabletten herkend via de herkenningslijsten en het totaal. Data zijn weergegeven per jaar van 2005-2008 en per kwartaal vanaf 2009. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

Figuur 6.9 **Concentratie (mg) van MDMA in ecstasypillen aangeleverd bij DIMS, vanaf 2005**



	2003	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
>140 mg	6	9	3	5	8	3	8	15	20	26	34
106-140	12	13	17	25	22	7	22	25	29	26	25
71-105 mg	38	28	30	28	26	32	40	43	38	33	29
36-70 mg	38	36	37	33	29	40	24	12	11	11	8
1-35 mg	7	13	13	9	15	18	5	4	3	5	3

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 herkend via de herkenningslijsten. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

Samenstelling amfetaminepoeders

'Speed' is de straatnaam voor amfetamine. Evenals voor ecstasy zijn er tussen medio 2008 en medio 2009 ook duidelijke veranderingen waargenomen in de samenstelling van monsters die als amfetamine zijn gekocht (Van der Gouwe, 2015). Sindsdien is er sprake van een wisselend verloop, met in 2013 een sterke toename in zuiverheid. In 2014 werden 974 poeders die als amfetamine zijn gekocht in het laboratorium geanalyseerd.

- Het overgrote deel (96%) bevatte in 2014 amfetamine (zonder methamfetamine), ongeveer net zo veel als de afgelopen drie jaar.
- Methamfetamine, een extra sterke variant van amfetamine, is nog steeds weinig populair in Nederland, in tegenstelling tot bijvoorbeeld de Verenigde Staten en Australië. In totaal bevatte negen als 'amfetamine' gekochte poeders (ook) metamfetamine (drie in 2013), waarvan vijf uitsluitend methamfetamine bevatte.

- Cafeïne wordt vaak als versnijdingsmiddel aan de amfetamine toegevoegd om het te verzwaren, de effecten van amfetamine te simuleren, en versnijding met dit middel is vanwege de veel lagere prijs dan van amfetamine veel lucratiever. In 2014 bevatte 39% van de amfetaminepoeders (ook) het versnijdingsmiddel cafeïne, ongeveer even veel als in 2013 (42%), maar veel minder dan 2011 (74%) en 2012 (77%). Dit is een indicatie dat de markt zuiverder is en de grondstoffen mogelijk makkelijker toegankelijk.
- Opvallend zijn de tegengestelde trends in het gehalte amfetamine en cafeïne in de jaren 2008 tot en met 2013 (figuur 6.10).
- Na een daling van het gehalte amfetamine in de loop van 2011 steeg dit weer in 2012 en 2013, terwijl het gehalte cafeïne eerst toenam en vanaf 2012 weer afnam.
- Gemeten over heel 2014 bedroeg de concentratie amfetamine gemiddeld 49%. Dit komt overeen met de 47% in 2013, maar is een stuk hoger dan in 2010 (39%), 2011 (30%) en 2012 (27%). In figuur 6.10 is duidelijk te zien dat de amfetaminemarkt aan fluctuaties onderhevig was en de laatste jaren stabiel hoog is.
- Sinds 2009 wordt er geregeld 4-fluoramfetamine gevonden in monsters verkocht als amfetamine. In 2012 was dat nog 46 keer, maar in 2013 slechts 8 keer en 6 keer in 2014 (zie ook onder 'Overige stoffen'). Echter, in 2014 werden 190 poeders bij het DIMS ter analyse aangeboden die specifiek verkocht zijn als 4-fluoramfetamine, en niet als 'vervuiling' van amfetamine of een andere drug (zie ook Linsen et al., 2015). Er lijkt een toename in het gebruik en gezondheidsincidenten te zijn vanwege dit middel (zie hoofdstuk 7).
- 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. Dit middel werd in België en het Verenigd Koninkrijk in 8 gevallen en in Nederland in 5 gevallen geassocieerd met een fatale intoxicatie. Na een quick scan van het Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs (CAM) werd 4-MA vanwege gezondheidsincidenten via een spoedprocedure op lijst I van de Opiumwet geplaatst in 2012 (Staten-Generaal 33564 A1; Staten-Generaal 335641). Sindsdien is ook het aantal keer dat deze stof werd aangetroffen gedaald (zie ook hoofdstuk 7). In 2014 werd het in totaal 48 keer aangetroffen, waarvan 43 keer in monsters aangekocht als amfetaminepoeder, maar altijd in geringe hoeveelheden.

Figuur 6.10 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 2008-2014. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

Prijzen

De Amsterdamse Antenne-monitor en het DIMS-project geven een indicatie van de prijs die een consument betaalt voor een ecstasypil of een gram amfetamine. De aankoopprijzen van beide middelen zijn de afgelopen jaren gestegen. Vaak zijn drugs in Amsterdam en andere grootstedelijke gebieden duurder dan in andere delen van Nederland.

Ecstasy

- Consumenten die ecstasypillen bij DIMS lieten testen betaalden in 2014 gemiddeld 4 euro per ecstasypil (uiteenlopend van 0,5-15 euro). Dat is ongeveer vergelijkbaar met voorgaande jaren, hoewel in 2012 en 2013 maximaal 20 euro gerapporteerd werd. Net als in 2013 ligt de mediaan op 4 euro in 2014 tegenover 2 euro in 2012 en 3 euro in de jaren ervoor.
- De Antenne-monitor in Amsterdam constateerde in 2013 een prijs van tussen de 5 en 6 euro voor een ecstasypil die wordt gekocht bij een dealer en 10 euro voor een ecstasypil die wordt gekocht op een feest (Nabben et al., 2014). Per pil varieert de prijs van gemiddeld 3,5 euro bij een dealer thuis tot 4,8 euro in het uitgaansleven. Dat is significant meer dan in 2008 (respectievelijk 2,7 euro en 3,6 euro). Hoog gedoseerde pillen zijn duurder dan laag gedoseerde pillen. Er wordt een toename van het aantal aanbieders van ecstasy gesignaleerd. In 2014 lag de prijs van een ecstasypil tussen de 4 en 10 euro en tussen de 5 en 6 euro in de meest gangbare prijsklasse (Benschop et al., 2015).

Amfetamine

- Consumenten die bij DIMS hun drugsmonster lieten testen betaalden in 2014 tussen 1 en 30 euro (gemiddeld 7 euro) per gram amfetamine (DIMS, 2015). De gemiddelde prijs steeg van 6 euro in 2010 naar 9 euro per gram amfetamine in 2012, toen het gehalte amfetamine laag en -cafeïne hoog was (figuur 6.11 en DIMS, 2013). Hoewel veranderde rapportagemethode in 2013 een vergelijking bemoeilijkt, is er sindsdien mogelijk een prijsdaling van amfetaminemonsters per gram (tabel 6.9).
- Volgens sleutelfiguren in het Amsterdamse uitgaansleven is in 2013 de prijs van amfetamine stabiel gebleven tussen de 10 en 15 euro (Nabben et al., 2014). In 2014 lag de prijs van een gram amfetamine tussen de 5 en 20 euro en was de meest gangbare prijs 10 euro (Benschop et al., 2015).
- Volgens de Antenne-monitor was methamfetamine in Amsterdam 'stabiel duur', met prijzen in 2013 oplopend tot 100 euro per gram. Methamfetamine komt nog maar sporadisch voor in het Amsterdamse uitgaansleven (Nabben et al., 2014).

Tabel 6.9 Prijzen[I] op consumentenniveau van ecstasy en amfetamine van 2008 tot 2014[II]

	2008	2009	2010	2011	2012	Wijziging methode[II]	2013[II]	2014
Ecstasy								
Aantal monsters (n)	1.766	1.561	1.994	1.855	1.611	…	3.872	4.368
Gemiddelde (€)	2	3	4	4	4	…	4	4
Mediaan (€)	2	3	3	3	2	…	4	4
Minimum - maximum (€)	1-10	1-10	1-10	1-16	0,50-20	…	0,50-20	0,50-15
Amfetamine								
Aantal monsters (n)	843	973	969	843	650	…	1.077[I]	904
Gemiddelde (€)	6	8	6	8	9	…	8	7
Mediaan (€)	5	6	6	5	11	…	8	6
Minimum - maximum (€)	5-15	1-25	2-15	3-17	3-30	…	1-35	1-30

… = Wijziging methode. I. Prijs per ecstasypil en 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 prijs range wijder maakt en non-respons reduceert. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

7. Nieuwe psychoactieve- en andere stoffen

7.1	Laatste feiten en trends	▶ pagina 187
7.2	Gebruik: algemene bevolking	▶ pagina 187
7.3	Gebruik: jongeren	▶ pagina 187
7.4	Problematisch gebruik	▶ pagina 190
7.5	Gebruik: internationale vergelijking	▶ pagina 190
7.6	Hulpvraag en incidenten	▶ pagina 191
7.7	Ziekte en sterfte	▶ pagina 192
7.8	Aanbod en markt	▶ pagina 194

7. 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). Voorheen werden deze stoffen aangeduid als 'legal highs', 'research chemicals' of 'designer drugs', en tegenwoordig met de term Nieuwe Psychoactieve Stoffen (NPS, zie § 14.1). In dit hoofdstuk wordt de NPS definitie van het Meldpunt Nieuwe Drugs gehanteerd: synthetische stoffen bedoeld met een psychoactieve werking die pas sinds kort op de drugsmarkt worden aangetroffen en nog niet onder de Opiumwet vallen (zoals 4-fluoramfetamine; 4-FA) (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-MA en mefedron) worden beschreven (zie ook tabel 7.1).

In het algemeen blijft het gebruik van NPS tot een kleine gebruikersgroep beperkt en is vaak 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. Er is doorgaans weinig bekend over de risico's van NPS. Soms worden deze stoffen bewust gebruikt en soms worden zij toegevoegd aan andere drugs (vooral ecstasy of amfetamine), zonder dat de gebruiker hier van af weet.

Vanwege de continue aanwas van nieuwe stoffen, veranderingen in nationale wetgeving en het verdwijnen van stoffen van markt is NPS een fluïde begrip. Zo registreerde het Europese Early Warning System van het EMCDDA in de afgelopen jaren 450 meldingen van NPS in de EU, waarvan er 101 nieuw zijn bijgekomen in 2014. Naar aanleiding van Europese risicobeoordelingen zijn per 1 juli 2015 de volgende middelen op lijst I van de Nederlandse Opiumwet geplaatst: 25I- NBOMe, 4,4'-DMAR, 5-IT, AH-7921, MDPV, methoxetamine en MT-45 (Hoofdstuk 2, § 2.1), waarvan 25I-NBOMe en methoxetamine in 2014 met enige regelmaat op de Nederlandse gebruikersmarkt worden aangetroffen. Ook in VN verband wordt beslist over regulering van NPS (zie hoofdstuk 2 en § 7.8).

Dit hoofdstuk vat gegevens samen voor een aantal (relatief) veel in Nederland voorkomende NPS (tabel 7.1). Internationaal (EMCDDA, UNODC) worden NPS meestal ingedeeld op grond van hun chemische structuur of farmacologische werking zoals weergegeven in tabel 7.1 (Koning en Niesink, 2013).

Aangezien NPS een scala aan middelen aanduidt, loopt ook de werking uiteen. Relatief veelvoorkomende NPS zijn 4-FA en 2C-B. Zo lijkt 4-FA qua werking op MDMA, maar heeft sterkere stimulerende- en minder entactogene / euforigene effecten. 2C-B is een hallucinogene stof. Bij lage doseringen versterkt 2C-B de zintuigen en in hogere doseringen is het een sterk hallucinogeen met vooral visuele hallucinaties. 2C-B wordt ook gebruikt om seksuele ervaring en -prestatie te verhogen (WHO, 2001).

Tabel 7.1 NPS indeling met in Nederland voorkomende voorbeelden

NPS soort	Kenmerk	Voorbeelden[I]	Op lijst I NL Opiumwet
Fenylethylaminen	Lijken wat betreft structuur en werking op MDMA (ecstasy) en amfetamine.	2C-B 4-Fluoramfetamine (4-FA) 6-APB 25I-NBOMe 4-methylamfetamine (4-MA)	Sinds 1997 Nee, wel in andere EU-landen Nee[II] Sinds 1 juli 2015 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
Synthetische cathinonen	Zijn wat betreft werking vergelijkbaar met amfetamine (naam komt van 'cathinon', bestanddeel van de khatplant).	Mefedron (4-MMC/ meow meow) Methylon	Sinds 9 mei 2012 Nee[II]
Synthetische cannabinoïden	Simuleren de werking van THC (het belangrijkste psychoactieve bestanddeel in cannabis) maar hebben een andere chemische structuur.	Toegevoegd aan 'kruidenmengsels', aangeduid als 'Spice"	JWH-018 en AM-2201 worden op lijst I geplaatst na WHO-risicoschatting
Piperazinen	Vormen een groep psychoactieve stoffen die voor het eerst werden aangetroffen op de ecstasymarkt en als zodanig werden verkocht.	mCPP MT-45	Nee 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

I. Onderstreepte middelen worden in dit hoofdstuk in meer detail besproken II. 6-APB en methylon vallen in Nederland op moment van het drukken van deze publicatie niet onder de Opiumwet. Deze stoffen werden gereguleerd onder de Geneesmiddelenwet, maar het Europese Hooggerechtshof heeft bepaald dat NPS niet onder deze wet vallen en daarmee vallen deze middelen nu onder de Warenwet. Bonger Instituut voor Criminologie, UvA (Nabben et al., 2014); Antenne 2009, Bonger Instituut voor Criminologie, UvA (Nabben et al., 2010); EXPLORE, Trimbos-instituut (Kepper et al., 2009a); Antenne 2012, Bonger Instituut voor Criminologie, UvA (Benschop et al., 2013); Coda-G4 (Van Straaten et al., 2012), IVO, UMC St Radboud

7.1 Laatste feiten en trends

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

- Het is onbekend hoeveel mensen in de algemene bevolking in Nederland NPS gebruiken (§ 7.2).
- Onder uitgaanders is het gebruik van NPS over het algemeen laag, behalve het gebruik van 2C-B en 4-fluoramfetamine (4-FA) waarmee een op de vijf tot tien frequente partygangers ervaring heeft (§ 7.3).
- De wettelijke status lijkt weinig bepalend te zijn voor het gebruik van NPS (§ 7.3).
- Voor zover er gegevens zijn over specifiek NPS, lijken gezondheidsincidenten met 4-FA en 2C-B toe te nemen. De meeste 4-FA meldingen in de Monitor Drugsincidenten komen van EHBO-posten op grote evenementen (§ 7.6).
- Op gebruikersniveau is het aandeel NPS van alle drugsmonsters in de afgelopen jaren toegenomen (§ 7.7).
- Van deze NPS wordt 4-fluoramfetamine (4-FA) het meest aangetroffen op de Nederlandse drugsmarkt (§ 7.7). Inmiddels lijkt 4-FA een 'drug of choice', terwijl het tussen 2007 en 2009 meestal een surrogaat van ecstasy en amfetamine was (zie § 7.3 en 7.8).

7.2 Gebruik: algemene bevolking

Er zijn nog geen bevolkingscijfers beschikbaar over het gebruik van NPS in Nederland. Deze zullen in de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor die uitgevoerd wordt in 2016 worden meegenomen, dus in 2017 zullen hierover voor het eerst prevalentiecijfers beschikbaar zijn.

7.3 Gebruik: jongeren

In landelijke onderzoeken naar middelengebruik onder scholieren zijn geen vragen over het gebruik van NPS meegenomen. In het Europese ESPAD onderzoek onder 15- en 16-jarige scholieren, dat eind 2015 uitgevoerd wordt, zijn wel vragen over NPS opgenomen. Naar verwachting komen deze medio 2016 beschikbaar.

Speciale groepen jongeren en jongvolwassenen

In de afgelopen zijn zowel kwantitatieve als kwalitatieve gegevens over het gebruik van NPS beschikbaar gekomen uit onderzoeken onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen, of gericht onderzoek onder gebruikers via web-surveys of persoonlijke interviews.

In het Grote Uitgaansonderzoek 2013 is voor het eerst op landelijke schaal de prevalentie van het gebruik van NPS onder een specifieke groep van (frequente) uitgaanders bestudeerd (Goossens et al., 2014). Dit gebeurde via een online survey onder 3.335 (frequente) bezoekers van party's, festivals en clubs van 15 tot en met 35 jaar. De respondenten vormden geen representatieve steekproef van alle uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Bijna de helft van de deelnemers (45%) bezocht maandelijks of vaker een party of festival, en tweederde had een voorkeur voor techno/hardhouse muziek.

- Het percentage uitgaanders dat ooit, recent of actueel NPS heeft gebruikt is over het algemeen laag. Uitzonderingen zijn 2C-B en 4-FA (tabel 7.2).

- Een op de 6 uitgaanders had in 2013 ervaring met 2C-B en en een op de tien met 4-FA. Het percentage recente gebruikers van 2C-B (10%) en 4-FA (9%) komt in de buurt van de percentages recente gebruikers van meer 'reguliere' middelen zoals paddo's/truffels (11%), GHB/GBL (12%) en ketamine (13%).

Uit de Antenne survey onder 633 clubbers en ravers in Amsterdam van gemiddeld 24 jaar (16 tot en met 55 jaar) was het gebruik van NPS redelijk overeenkomstig met de schattingen uit het Grote Uitgaansonderzoek (Nabben et al., 2014).

- Ook in dit onderzoek gingen 4-FA en 2C-B aan kop. Voor de meeste NPS in tabel 7.1 werd gevonden dat mannen en ravers vaker ervaring hadden met deze middelen dan vrouwen en clubbezoekers clubbers (geen statistisch significant verschil voor 6-APB en methylon).
- Ooitgebruik van 4-FA kwam vaker voor onder studenten, nauwelijks onder 30 plussers en minder vaak onder niet-westerse personen.

In de Antenne rapportage komen ook sleutelfiguren in het Amsterdamse uitgaansleven aan het woord. Zij signaleerden in 2013 een bescheiden toename in de belangstelling voor NPS, met name voor synthetische cathinonen en (nieuwe) fenethylamines. Het gebruik bleef vooralsnog op een lager niveau dan de klassieke middelen, mogelijk omdat de ecstasymarkt (weer) goed is (Nabben et al., 2014). Binnen de panelnetwerken zitten kleine gebruikerskernen met interesse voor NPS. Deze subgroepen zijn doorgaans hoogopgeleid, autochtoon en trendsettend. Zodra een middel positief scoort (o.a. tijdsduur, effecten, kosten) lijkt het zijn weg te vinden naar een grotere cirkel van gebruikers. Voor NPS zijn de volgende observaties gesignaleerd:

- Voor het 'oudere' middel 2C-B (of 'lsd light') blijft een markt bestaan. Sommigen combineren 2C-B en 4-FA voor een ecstasy-achtig effect.
- Over 4-FA zijn veel gebruikers enthousiast, het wordt gezien als een 'MDMA light', maar dan zonder de intense rush. Gebruikers zeggen dat ze sneller herstellen na het gebruik.
- De middelen 5-APB en 6-APB zijn minder bekend. De één voelt zich op de 6-APB drie uur supertof in zijn 'ego-benzobubbel' en de ander zegt dat bij een hogere dosering (125 mg) de roes meer trippend dan ecstasy wordt.
- Mefedron is het meest bekende synthetische cathinon dat in 2008-2009 op de markt kwam toen de ecstasymarkt onstabiel was. In 2013 werd het in nog maar enkele netwerken gesignaleerd, na een piek in 2011[1]. De bijeffecten van mefedron hebben het gebruik afgeremd en ecstasy heeft weer de voorkeur; de innovators zijn overgegaan naar andere middelen, maar er zijn nog steeds mefedron-liefhebbers.
- Methylon, dat in het panel een korte periode voor mefedron populair was, is in 2013 nagenoeg verdwenen.
- Methoxetamine, werkt langer en is meer trippend dan ketamine, maar wordt door sommigen ermee verward. Een ongeschikte uitgaansdrug, vinden gebruikers. Bij methoxetamine is een grotere kans op paniekaanvallen en 'Alles wat niet chill is aan ketamine wordt met methox uitvergroot'.

1 Mefedron werd op 9 mei 2012 op lijst 1 van de Opiumwet geplaatst.

Tabel 7.2 Gebruik van NPS in Nederland (frequente) uitgaanders. Peiljaar 2013

	Landelijk[I]			Amsterdam[II]		
	Ooit gebruik (%)	Recent gebruik (%)	Actueel gebruik (%)	Ooit gebruik (%)	Recent gebruik (%)	Actueel gebruik (%)
2C-B	15,8	9,4	2,4	18,6	13,6	6,0
4-Fluoramfetamine	9,9	8,5	3,8	15,2	8,8	1,4
Mefedron	5,2	2,5	0,7	9,3	2,4	0,6
Methylon	4,2	2,2	0,5	4,4	1,7	0,6
Methoxetamine	3,0	2,3	0,3	3,2	1,9	0,3
6-APB	2,9	2,1	0,6	5,1	3,8	0,6
Spice	2,3	1,3	0,6	-	-	-

I. (frequente) bezoekers van party's, festivals en clubs (15 tot en met 35 jaar), primair geworven via websites voor uitgaanders en social media. II. clubbers en ravers van gemiddeld 24 jaar (16 tot en met 55 jaar) Bron: Het Grote Uitgaansonderzoek 2013 (Goossens et al., 2013); Antenne 2013, Bonger Instituut voor Criminologie, UvA (Nabben et al., 2014);

In een studie uit 2012 onder 25 ervaren Amsterdamse drugsgebruikers met interesse voor NPS werden met name stimulerende (52%) en psychedelische (39%) NPS gebruikt en nauwelijks synthetische cannabinoïden (Van Amsterdam et al., 2015).

- Bij de voorkeur van specifieke NPS waren de effecten, prijs, duur van het effect, en setting belangrijk. Grofweg waren er NPS gebruikers met voorkeur voor stimulerende effecten, en voor psychedelische effecten. Stimulerende effecten gingen samen met een sociale component (verbonden voelen, communicatief, niet individueel) en moest beheersbaar zijn en niet 'te hard gaan, terwijl er een minder sociale component was bij psychedelische middelen, met visuele hallucinogene en dissociatieve effecten. Hoewel meer gebruikers ervaring hadden met stimulerende NPS, wilde men in de toekomst juist psychedelische NPS proberen.
- Geen enkele deelnemer had ervaring met synthetische cannabinoïden, en slechts één persoon wilde dit in de toekomst proberen. De gedoogde verkoop van cannabis in coffeeshops is een mogelijke verklaring waarom specifiek synthetische cannabis niet zo populair lijkt in Nederland.
- De wettelijke status was niet relevant in de beslissing om NPS te gebruiken. Deelnemers hadden al ruime ervaring met het gebruik van illegale drugs.
- Hoewel internet vaak wel geraadpleegd werd alvorens een NPS te gebruiken, gebeurde zowel informatieoverdracht over NPS als aan/verkoop vooral binnen vriendenkringen, en speelde het internet een ondergeschikte rol. Vanwege privacy zijn ervaren gebruikers voorzichtig in het posten van hun ervaring op het internet, en delen hun ervaringen vooral face-to-face met vrienden.
- Van Amsterdam et al. (2015) concludeert dat de meeste NPS snel weer van de markt verdwijnen omdat ze niet superieur zijn aan traditionele middelen; het zijn eerder een toevoeging dan vervanging van de traditionele middelen (Moore et al., 2013). De ervaren NPS-gebruikers zijn actief op zoek naar nieuwe psychedelische NPS, maar vanwege de introverte en soms dissociatieve werking zullen deze middelen waarschijnlijk niet populair worden onder een breed publiek. Aangezien de wettelijke status geen relevante factor was in de beslissing om psychedelische NPS te gebruiken, vragen zij zich af of het verbieden ervan de vraag zal doen afnemen (Van Amsterdam, 2015).

In een websurvey onder 249 Nederlandse gebruikers van 4-FA (66% man; gemiddeld 25 jaar) bleken 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). Ook in deze studie vonden gebruikers het effect van 4-FA belangrijker dan de legale status. Dierexperimenteel onderzoek suggereert dat 4-FA minder stimulerend en verslavend is in vergelijking met amfetamine (Marona-Lewicka et al., 1995; Negus et al., 2007).

- 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 op festivals (33%), dance party's (28%), clubs (16%) of afterparty's (11%).
- De meerderheid verkreeg 4-FA via vrienden (45%), 28% kocht online, de rest via een andere weg.

7.4 Problematisch gebruik

Net als het totaal aantal gebruikers van NPS in Nederland, is het onbekend hoeveel probleemgebruikers van NPS en 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 § 7.6.

- Beperkte (maar gestegen) aantal incidenten met 4-FA in de Monitor Drugs incidenten (MDI).
- Beperkte (maar gestegen) aantal informatie verzoeken over 4-FA en 2C-B intoxicaties bij het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC).

7.5 Gebruik: internationale vergelijking

Algemene bevolking

Aangezien in Nederland het gebruik van NPS tot op heden niet in algemeen bevolkingsonderzoek is uitgevraagd, is geen internationale vergelijking te maken met bijvoorbeeld een Australische bevolkingsstudie (AIHW, 2014) of de Crime Survey for England and Wales (CSEW) (Stephenson en Richardson, 2014).

Jongeren en jongvolwassenen

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 0-22%. In Nederland lag het ooitgebruik van NPS met 6% onder het Europese gemiddelde.
- Actueel gebruik (in de laatste maand werd geschat op 1% (variërend tussen landen van 0-5%) (Eurobarometer 2011, 2014). In Nederland was dit eveneens 1%.

Speciale groepen

Naast de beperkte informatie over NPS gebruik in de algemene bevolking, is een aantal studies naar NPS gebruik in specifieke groepen beschikbaar, veelal onder frequent uitgaande jongvolwassenen.
Onder jongeren en jongvolwassenen die Amsterdamse mainstream-, hippe-, studenten-, en gaycafés bezoeken, steeg tussen 2010 en 2014 het ooitgebruik van ketamine van 8% naar 20%. Het ooitgebruik van 2-CB steeg van 5% naar 10% en het ooitgebruik van mefedron steeg van 2% naar 5% (Benschop et al., 2015).

De Global Drug Survey 2015 (GDS2015) is een internationale online survey waar relatief veel uitgaanders aan deelnamen. De GDS2015 werd afgenomen in november en december 2014 (globaldrugsurvey.com). In tegenstelling tot de Eurobarometer survey, suggereren de resultaten van de GDS2015 dat 'research chemicals/NPS' in Nederland vaker worden gebruikt dan in ander landen. Hierbij moet worden opgemerkt dat het definiëren van NPS erg lastig is in surveys en dat de methode van de GDS2015 een precieze vergelijking tussen landen niet toelaat. 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 in hun twintiger of dertiger jaren. In het afgelopen jaar had 60% een illegale drug gebruikt en de helft was ten minste vier keer in een club geweest.
- Nederland scoorde met een recent (laatste jaar) gebruik van 'Research Chemicals/NPS' van 9% samen met Zweden en het Verenigd Koninkrijk hoger dan de meeste andere deelnemende landen (Australië, België, Brazilië, Canada, Denemarken, Duitsland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Nieuw Zeeland, Oostenrijk, Portugal, Schotland, Spanje, Verenigde Staten, Zwitserland). Alleen Polen scoorde met 31% hoger.

7.6 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 gezondheidsincidenten in relatie tot NPS gebruik. De eerste is de Monitor Drugsincidenten (MDI, zie ook 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 van het NVIC en MDI worden niet analytisch/toxicologisch geverifieerd, maar beide monitoren geven een beeld van de door NPS veroorzaakte gezondheidsincidenten.

Het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) voorziet artsen en andere hulpverleners van informatie over de mogelijke gezondheidseffecten en behandeling van acute vergiftigingen. Een studie uit 2014 beschrijft ontwikkelingen op de Nederlandse drugsmarkt tussen 2007-2013 op basis van drugsmonsters die bij het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) door gebruikers zijn aangeleverd en NVIC informatieverzoeken over NPS in 2013 (Hondebrink et al., 2014). Uit de studie blijkt dat sommige NPS in Nederland inmiddels een 'drug of choice' zijn geworden, en dat de beschikbaarheid toeneemt (zie § 7.8). Tussen 2013 en 2014 is het aantal informatieverzoeken over NPS meer dan verdubbeld.

- Het aantal informatieverzoeken van medische professionals over NPS bij het NVIC is in 2014 meer dan verdubbeld, van 36 in 2013 naar 77 in 2014 (Mulder-Spijkerboer et al., 2015). De meeste verzoeken betreffen het gebruik van 4-FA of 2C-B, meestal in combinatie met andere middelen.
  - Voor 4-FA steeg het aantal raadplegingen bij het NVIC van 8 in 2013 naar 24 in 2014.
  - Voor 2C-B steeg het aantal raadplegingen van 3 in 2013 naar 22 in 2014.
  - Daarnaast zijn in 2014 bij de NVIC ook onder andere informatieverzoeken binnengekomen over: 5/6-APB (3), NBOMe's (2), PMA (1), mefedron (3), methylon (1), synthetische cannabinoïden (1) en methoxetamine (9).
- Neurologische en psychologische symptomen (agitatie en hallucinaties) komen het vaakst voor, als ook cardiovasculaire symptomen zoals hoge bloeddruk en te snelle hartslag (Hondebrink et al., 2014).

De Monitor Drugsincidenten monitort "klassieke" en veel voorkomende drugs, dus in principe geen NPS. Aangezien 4-FA inmiddels is een drug of choice is geworden waarnaar gebruikers specifiek op zoek gaan en het meest wordt aangetroffen (zie hierboven en § 7.8), wordt 4-FA met ingang van 2015 structureel opgenomen in de MDI, in voorgaande jaren kon het als "overige drugs" nader gespecificeerd worden.

Sinds 2009 houdt de MDI actuele gegevens bij over de aard en omvang van drugsgerelateerde gezondheidsincidenten in Nederland (Croes et al., 2015). In 2014 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. 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, niet in het minst omdat de gemelde gevallen verschillen tussen de regio's en tussen de deelnemende diensten.

- Tot en met 2014 werd 4-FA niet als een aparte categorie opgenomen in de MDI, maar viel in de categorie "overige drugs" die nader gespecificeerd konden worden in een vrij veld. De gegevens over 4-FA zijn daarom beperkt. Tot en met 2014 zijn in totaal 75 patiënten met een acute medische hulpvraag na 4-FA gebruik in de monitor geregistreerd, van wie 29 alleen 4-FA en geen andere drug hadden genomen. De overige 46 patiënten hadden meerdere drugs gebruikt.
- Van de 29 patiënten die uitsluitend 4-FA als drug hadden gebruikt, meldden zich er 2 in 2012, 10 in 2013 en 17 in 2014. De patiënten die alleen 4-FA hadden gebruikt waren vaker vrouw (48%), dan de patiënten die naast 4-FA ook een andere drug hadden gebruikt (39% vrouw). 79% van de alleen 4-FA-gebruikers was jonger dan 25 jaar en de meesten (88%) zochten hulp op de EHBO-post van een feest. Van één patiënt was bekend dat het een buitenlandse toerist betrof. Bijna een derde (31%) van degenen die alleen 4-FA hadden gebruikt had ook alcohol gedronken; van de patiënten die naast 4-FA ook een andere drug hadden gebruikt was dat 24%.
- Driekwart van 4-FA-gebruikers die geen andere drug hadden gebruikt was licht onder invloed van het middel (17% matig en 3% ernstig). De mate van intoxicatie was zwaarder bij patiënten die naast 4-FA ook een andere drug hadden gebruikt: 60% lichte intoxicatie, 31% matige intoxicatie en 7% een ernstige intoxicatie (zie tabel 6.6 voor een toelichting van de ernst van de intoxicatie).
- Er zijn in de MDI geen patiënten gemeld die zijn overleden na gebruik van 4-FA.

Naast 4-FA zijn in 2014 bij de MDI ook onder andere meldingen binnengekomen over: 5/6-APB (1), NBOMe's (4), mefedron (3) en methoxetamine (2).

7.7 Ziekte en sterfte

In een aantal landen hebben zich de afgelopen jaren enkele (fatale) incidenten voorgedaan die worden toegeschreven aan het gebruik van deze stoffen (EMCDDA, 2015). Over lange termijn effecten van NPS is nagenoeg niks bekend.

Het precieze aantal sterfgevallen door het gebruik van NPS 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 2014 was PMMA in 1 geval aangewezen als middel dat een rol kan hebben gespeeld bij het overlijden, daarbij kunnen ook andere drugs een rol bij het overlijden (zie Hoofdstuk 6).

Fenylethylamine: 2C-B, 4-Fluoramfetamine, 6-APB

- Over de toxiciteit van 2C-B is weinig bekend. Het risico op verslaving is zoals bij andere hallucinogenen matig, de veranderde gemoedstoestand vormen voor de gebruiker zelf en anderen eromheen een gezondheidsrisico (WHO, 2001).
- De schadelijke effecten van 4-FA zijn, voor zover bekend, vergelijkbaar met die van amfetamine (overstimulatie) en MDMA (hyperthermie). Het aantal incidenten met 4-FA lijkt toe te nemen (§ 7.6). Sinds 2009 zijn er in Nederland geen fatale incidenten na 4-FA gebruik gerapporteerd, maar mogelijk is er sprake van onderrapportage. Symptomen die bij het NVIC zijn gemeld na inname van 4-FA zijn onder andere: hoofdpijn, braken, snelle hartslag, hoge bloeddruk, misselijkheid, mydriasis, agitatie en hyperventilatie.
- Er zijn nog geen risicoschattingen 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.

Cathinonen: Mefedron & Methylon

- 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, zoals: hartkloppingen en -ritmestoornis, hoge bloeddruk, hoofdpijn, duizeligheid, stuipen, agitatie, paranoia, hallucinaties, angst, afwijkende lichaamstemperatuur, verwijde pupillen, wazig zien, misselijkheid, braken, tandenknarsen, pijnlijke gewrichten, pijn op de borst, ademhalingsproblemen, uitslag, zweten. Daarnaast zijn er ook symptomen gerapporteerd die atypisch zijn voor stimulantia (WHO, 2014).
- In Nederland rapporteerde het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) 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 enkele sterfgevallen na mefedrongebruik beschreven en in de Britse registratie voor drugsgerelateerde sterfgevallen 'National Programme on Substance Abuse Deaths' kwamen tussen 2009 en 2011 128 mogelijke mefedron-sterfgevallen voor, waarvan mefedron in 90 postmortem onderzoek werd aangetoond (UNODC, 2013).

Het aantal fatale incidenten na methylongebruik is beperkt (de meeste waren in de Verenigde Staten) en er is een aantal gevallen van ernstige complicaties beschreven (UNODC, 2013). Symptomen van intoxicatie zijn onder andere: hartkloppingen, hoge bloeddruk, duizeligheid, paranoia, verwardheid, angst, hoge lichaamstemperatuur, vermoeidheid, geen eetlust, misselijkheid, braken, tandenknarsen, spierspanning, zweten (UNODC, 2013).

Synthetische cannabinoïden

- Synthetische cannabinoïden kunnen vaker en ernstiger bijwerkingen veroorzaken dan natuurlijke cannabis, en het gebruik lijkt vaker tot ziekenhuisopnames te leiden. Daarnaast kunnen de verschillende synthetische cannabinoïden op onvoorspelbare manier met elkaar interacteren en versnijdingsproducten bevatten (Mills et al., 2015).
- De meest voorkomende bijwerkingen zijn: snelle hartslag, agitatie, sufheid, hallucinaties, wanen, hoge bloeddruk, misselijkheid, verwardheid, duizeligheid, pijn op de borst en acute nierschade (Mills et al., 2015). Psychose en psychose-achtige symptomen lijken ook vaker voor te komen na gebruik van synthetische cannabinoïden, mogelijk omdat deze sterker zijn dan natuurlijke cannabis en geen CBD bevatten (Van Amsterdam et al., 2015a, zie ook Hoofstuk 3).

- Verondersteld wordt dat syntethische cannabinoïden in Nederland weinig voorkomen in de traditionele harddrugsscene of onder het uitgaanspubliek, vanwege de goede kwaliteit en ruime beschikbaarheid van cannabis, en omdat cannabisgebruik niet strafbaar is (Van Amsterdam et al., 2015). Cijfers over het gebruik zijn echter schaars (zie § 7.8).

Overig: Methoxetamine

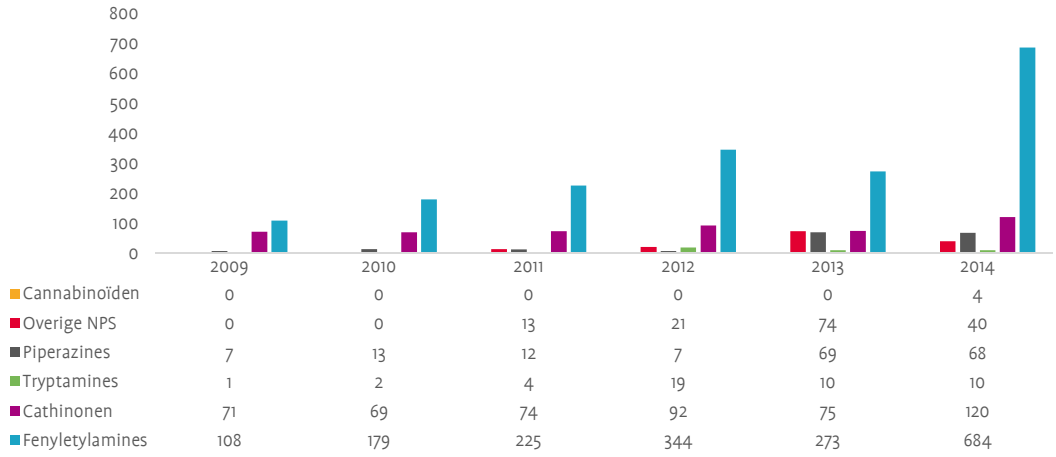
- In Nederland is één ernstige intoxicatie na methoxetaminegebruik gerapporteerd in 2014. Deze patiënt ontwikkelde een dissociatieve psychose en misselijkheid (De Jong et al., 2014). In de risicoschatting van het EMCDDA worden 20 fatale incidenten genoemd (waarvan 15 in het Verenigd Koninkrijk) en 120 niet-fatale incidenten (waarvan 90 in Zweden).
- De symptomen van methoxetamine-intoxicatie lijken op die van ketamine-intoxicatie, zoals misselijkheid, braken, diarree, bewustzijnsverlies, vervormd zicht, oorsuizen, ademhalingsproblemen, angst, moeite met spreken of bewegen, verwardheid, agitatie, agressie, hallucinaties, paranoia en psychose. Daarbij komen "stimulerende effecten" die niet bij ketamine-intoxicatie passen, zoals snelle hartslag en hoge bloeddruk en cerebellaire symptomen zoals coördinatieproblemen en nystagmus (EMCDDA).

7.8 Aanbod en markt

Veel NPS worden geproduceerd in China en (in mindere mate in) India en in bulk ingevlogen naar Europa. Daar wordt het vermengd, in kleine hoeveelheden verpakt en doorverkocht aan consumenten (EMCDDA, 2015). De NPS markt lijkt te worden geleid door opportunistische ondernemers die profiteren van het internet voor het aanbieden en verkopen van hun (nog niet gereguleerde) producten (Koning et al., 2013). Al sinds het begin van het DIMS worden er stoffen aangeleverd die daarvoor nog niet als drug werden gebruikt. Met de opkomst van het fenomeen NPS in Europa worden ook bij het DIMS geregeld nieuwe stoffen aangeleverd. Deze NPS worden door het DIMS actief gemonitord (zie de inleidng van dit hoofdstuk van de definitie van NPS in de DIMS monitor).

- Figuur 7.1 laat een toename in het aantal NPS-en zien die de afgelopen jaren zijn aangetroffen door het DIMS van 187 in 2009 tot 926 in 2014. De NPS zijn soms aangetroffen in klassieke drugs, zoals speed en ecstasy, maar kunnen ook als zodanig bij het DIMS ter test zijn aangeboden. De toename van het aantal monsters die NPS bevatten werd met name veroorzaakt door een toename in 4-FA monsters.
- In de periode vanaf 2008/2009, tijdens de dip in de ecstasymarkt, 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).

Figuur 7.1 Aantal door het DIMS aangetroffen NPS, vanaf 2009



	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Cannabinoïden	0	0	0	0	0	4
Overige NPS	0	0	13	21	74	40
Piperazines	7	13	12	7	69	68
Tryptamines	1	2	4	19	10	10
Cathinonen	71	69	74	92	75	120
Fenyletylamines	108	179	225	344	273	684

Bron: DIMS 2015

Tabel 7.3 geeft een overzicht van alle samples 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.

- Van de 'anderszins' aangekochte monsters waren in 2014 110 monsters aangeleverd als 2C-B, 303 als 4-FA, 37 als 6-APB (inclusief 'Benzofury'), 15 als methylon, 18 als methoxetamine, 5 als 25I- NBOMe, 1 als 4-MA en 232 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.
- Er zijn geen monsters aangeleverd die waren gekocht als mefedron, synthetische cannabinoïden, PMA/(PMMA), mCPP. Hoe drugsmonsters zijn aangekocht geeft een indicatie van de vraag op de drugsmarkt.

Fenylethylamine: 2C-B, 4-Fluoramfetamine, 6-APB

- 2C-B, dat medio jaren negentig veel werd aangetroffen in ecstasypillen, wordt sinds 2008 ook geregeld aangetroffen in aangeboden drugsmonsters. Het DIMS kreeg in 2014 110 monsters aangeboden die waren gekocht als 2C-B. In totaal trof het DIMS in 170 drugsmonsters 2C-B aan, vergeleken met in totaal 76 keer in 2013.
- Van alle op de Nederlandse drugsmarkt aanwezige NPS is 4-FA de meest populaire (Linsen e.a., 2015). 4-FA wordt sinds 2009 aangetroffen door het DIMS en de omvang van het gebruik lijkt toe te nemen: in 2014 trof het DIMS bijna 4 keer zo vaak 4-FA aan als in 2013 (tabel 7.3). Aangezien 303 monsters waren aangekocht als 4-FA, is er in Nederland duidelijk sprake van een groep gebruikers met interesse voor 4-FA (Linsen et al., 2015).
- 6-APB wordt met enige regelmaat bij het DIMS wordt aangeleverd. Er zijn in 2014 37 monsters aangeleverd die waren aangekocht als 6-APB; in totaal waren er 42 monsters, in verschillende verschijningsvormen, die 6-APB bevatten.

Cathinonen: Mefedron & Methylon

- Mefedron wordt sinds 2009 door het DIMS aangetroffen. Het werd vooral aangeboden in pillen verkocht als ecstasy; in 2009 (46), 2010 (32), 2011 (15). Gelijktijdig met het herstel van de ecstasymarkt verdween mefedron uit de als ecstasy verkochte tabletten 2012 (1), 2013 (0), 2014 (1). In 2014 werd geen enkel monster aangeleverd dat was aangekocht als mefedron, maar het kwam nog wel 10 keer in een poeder voor.
- Methylon werd in 2014 wel als dusdanig gekocht en ingeleverd bij het DIMS (15 monsters). In totaal trof het DIMS in 23 drugsmonsters methylon aan, in 2013 was dat 26 keer. In sommige gevallen betrof het combinaties van synthetische cathinonen met andere stoffen.

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 2014 werden bij het DIMS 4 synthetische cannabinoïden aangeleverd, dat was in 2013 1 en in 2012 geen enkel monster.

Overig: Methoxetamine en andere NPS

- In 2014 werden 36 monsters met methoxetamine bij het DIMS aangeleverd, waarvan de helft als zodanig was aangekocht.
- Van de recentelijk op lijst I geplaatste middelen (zie § 7.3), wordt met name de fenylethylamine 25I-NBOMe door het DIMS gezien (15 keer in 2014, tabel 7.4). Deze en soortgelijke fenylethylaminen, de zogeheten NBOMe's, lijken in opkomst te zijn op de Europese drugsmarkt en worden met enige regelmaat aangetroffen in drugmonsters die zijn aangekocht als LSD.
- Zoals beschreven in hoofdstuk 6 komt PMMA vooral voor als versnijdingmiddel in ecstasy, al doken de laatste jaren ook tabletten op met hoge concentraties PMMA. In Nederland voerde het CAM in 2003 een risicoschatting uit voor PMMA en de WHO bereidt een risicoschatting voor PMMA voor (november 2015).
- Sinds in 2012 4-methylamfetamine (4-MA) vanwege gezondheidsincidenten via een spoedprocedure op lijst I van de Opiumwet geplaatst werd, is ook het aantal keer dat deze stof werd aangetroffen gedaald van 199 in 2012 naar 48 keer in 2014 (zie ook hoofdstuk 6).
- Ketamine komt veelvuldig voor hetgeen erop duidt dat er in Nederland een aanzienlijke groep gebruikers bestaat voor dit middel, iets wat door ander bronnen wordt bevestigd (Nabben e.a., 2014). 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 jarenlange stijging werd ketamine in 2014 minder vaak aangetroffen dan in 2013.
  - Van de 230 als ketamine gekochte poeders bevatten er 137 daadwerkelijk ketamine, met een gemiddeld gehalte van 77,9%. De overige poeders bevatten vaak methoxetamine, 4-MEC, maar ook zijn er veel ketaminepoeders die lidocaïne bevatten.
- De stof meta-chloorfenylpiperazine (mCPP) werd in Nederland voor het eerst aangetroffen in 2004 (Bossong e.a., 2005). Gelijktijdig met het herstel van de ecstasymarkt verdween mCPP weer snel uit beeld (Bossong e.a., 2010). In 2014 werd mCPP 53 keer aangeboden bij het DIMS, voornamelijk in tabletten die verkocht werden als ecstasy of MDMA.

Tabel 7.3 Aantal in het laboratorium geanalyseerde monsters met een NPS, vanaf 2005

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Totaal aantal geanalyseerde monsters	**4.095**	**4.580**	**4.727**	**4.671**	**5.086**	**5.735**	**5.783**	**5.985**	**5.705**	**5.906**
2C-B	9	18	21	75	81	79	61	78	76	170
4-FA	-	-	-	6	89	50	74	95	105	406
6-APB	-	-	-	-	-	-	8	10	18	43
Mefedron	-	-	-	-	63	62	42	14	9	15
Methylon	3	5	2	4	6	5	16	22	26	23
Synthetische cannabinoïden	-	-	-	-	-	-	-	0	1	4
Methoxetamine	-	-	-	-	-	-	13	21	64	36
25I- NBOMe	-	-	-	-	-	-	-	1	12	15
PMA/(PMMA)[I]	0	0	0	0	0	40	46	37	66	47
4-MA	-	-	-	-	4	109	117	199	87	48
Ketamine	17	50	80	65	66	126	96	147	166	149
mCPP	92	256	323	331	423	209	114	115	63	53

Gegevens over 2005-2014 betreffen alleen monsters (pillen, poeders, vloeistoffen e.d.) die in het laboratorium zijn geanalyseerd I. Pillen met meer dan 1 mg. - = Niet gemeten. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

Internationale markt

Het Early Warning Systeem van de Europese Unie monitort NPS in Europa. Een nieuwe psychoactieve stof (NPS) wordt hier in 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 stijgt het aantal nieuwe middelen dat aan het Early Warning Systeem wordt gerapporteerd. In 2005 werden 14 nieuwe psychoactieve stoffen gerapporteerd, in 2014 101 nieuwe stoffen, waarmee het totaal aantal gemonitorde stoffen op 450 uitkomt. In 2014 vormden cathinonen (31%) en synthetische cannabinoïden (30%) de grootste groep.
- 4-FA is in een aantal Europese landen verboden, maar in Nederland valt het niet onder de Opiumwet. Het CAM adviseerde recentelijk het 4-FA gebruik te blijven monitoren (CAM, 2015).

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 2014 6 risicobeoordelingen uit (EMCDDA 2015):

- 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 ecstasytabletten voorkwam.
- MT-45 is een opioïde verkocht als 'research chemical'.

Ook mefedron, (maart 2010), 4-MA (juli 2012) en 5-IT (december 2013) werden beoordeeld op het risico op basis van de monitoring van handel, productie, gebruik en (fatale) incidenten van NPS door het Europese Early Warning System (emcdda.europa.eu/themes/new-drugs/early-warning).

Al deze stoffen vallen inmiddels onder de nationale drugswetgeving (lijst I van de Opiumwet in Nederland).

De WHO heeft ook 'critical reviews' over 24 NPS uitgebracht (WHO, 2015). In november 2015 wordt door de WHO een wetenschappelijke risicobeoordeling gedaan van 9 NPS. Op grond hiervan worden aanbevelingen gedaan, waarna de United Nations Commission on Narcotic Drugs (CND) in 2016 tot regulatie kan besluiten.

Prijs

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 2014 gemiddeld:

- 2C-B pil: € 4 (N =94)
- 4-FA: € 15 per gram poeder (N=177); € 7 per capsule (N=57); € 4 per pil (N=54)
- 6-APB: € 27 per gram (N=25)
- Mefedron: € 17 per gram (N=19)
- Methylon: € 17 per gram (N=10)
- Methoxetamine: € 21 per gram (N=16)

Er zijn bij het DIMS te weinig synthetische cannabinoïde samples aangeleverd om een gemiddelde prijs te rapporteren.

Slechts een paar panelleden van het Antenne onderzoek 2013 kennen de prijzen van NPS, genoemde prijzen komen redelijk met elkaar overeen. Het aanbod gaat via internet, vrienden, dealers en smartshops (Nabben et al., 2014).

- 2C-B pil of capsule van 7 mg kost € 2,50-5,00.
- 4-FA (dosisrange 50-150 mg) kost € 10-15 per gram op internet en € 20-25 bij de dealer.
- 6-APB kost € 10 voor een pil en € 60-70 per gram.
- Mefedron kost € 8-20 per gram op internet en ook bij dealers.
- Methoxetamine kost € 15 per gram op internet en € 20- 25 bij een dealer.
- Sommigen bestellen een grotere hoeveelheid online om het in kleinere porties (dubbele bedrag) door te verkopen.

In het Antenne-onderzoek 2014 (Benschop et al., 2015) werden de volgende prijzen gevonden:

- 2C-B kost per pil of capsule € 2,50-5,00.
- 3-MeO-PCP en 4-HO-MiPT kosten € 50-60 per gram.
- 4-FA kost € 10-15 per gram en per pil € 4-5.
- 6-APB kost € 10 per pil en € 60-70 per gram.
- Ketamine kost € 10-40 per gram, meest gangbare prijsklasse € 25-30.
- Methoxetamine kost € 15 per gram op internet en € 20-25 bij de dealer.

8. GHB

8.1	Laatste feiten en trends	▶ pagina 201
8.2	Gebruik: algemene bevolking	▶ pagina 201
8.3	Gebruik: jongeren	▶ pagina 202
8.4	Problematisch gebruik	▶ pagina 205
8.5	Gebruik: internationale vergelijking	▶ pagina 206
8.6	Hulpvraag en incidenten	▶ pagina 207
8.7	Ziekte en sterfte	▶ pagina 213
8.8	Aanbod en markt	▶ pagina 214

8. GHB

Inleiding

GHB staat voor gammahydroxyboterzuur en is een middel dat doorgaans wordt 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 stuiptrekkingen. Bij een hogere dosering (overdosering) kan de gebruiker in coma raken. Het verschil tussen de 'recreatieve' dosering en overdosering is vaak klein. Los van de dosering kan ook de samenstelling van GHB riskant zijn. 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 'rapedrug', maar de link tussen het gebruik van GHB en seksueel misbruik is niet sterk onderbouwd (§ 8.6). GHB gebruik komt voor in verschillende groepen mensen zoals uitgaanders, gemarginaliseerde groepen en thuisgebruikers.

GHB is een middel dat al na enkele weken dagelijks gebruik tot verslaving kan leiden. Acute onthouding kan riskant zijn. 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 recidive (terugval naar GHB gebruik) na detoxificatie is echter groot (§ 8.6). Onderzoek is gaande naar de effectiviteit van baclofen (een spierverslapper voor behandeling van spierspasmen) bij de preventie van terugval (Kamal et al., 2015a; Kamal et al., 2015b; Kamal et al., 2015c). De ingrediënten voor GHB, zoals GBL (gamma-butyrolacton) en natronloog (gootsteenontstopper), zijn eenvoudig te krijgen. GBL is een schoonmaakmiddel dat via internet kan worden besteld. In pure vorm is dit middel nog sterker dan GHB en gebruik is gevaarlijk: in onverdunde vorm kan GBL irritatie en ernstige beschadiging van slokdarm en maag veroorzaken. Het aantal gebruikers van GBL is vermoedelijk klein, maar betrouwbare cijfers over aard en omvang van het GBL gebruik ontbreken (CAM, 2013).

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., 2012a). Het risico van GBL wordt even groot geacht als dat van GHB, maar gezien 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 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 afhankelijheidsrisico 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 1,4BD, gericht op de productie van GHB, als voorbereidingshandeling strafbaar geworden

8.1 Laatste feiten en trends

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

- In de algemene bevolking was in 2014 het percentage actuele GHB gebruikers lager dan dat van ecstasy, cocaïne en amfetamine (§ 8.2).
- Vergeleken met andere drugs kwam in 2011 het gebruik van GHB onder scholieren van het regulier onderwijs relatief weinig voor (§ 8.3).
- GHB kent een uiteenlopend gebruikerspubliek, variërend van uitgaande jongeren en jongvolwassenen tot thuisgebruikers en gemarginaliseerde groepen (§ 8.3 en § 8.4).
- Binnen Nederland bestaan regionale verschillen in prevalentie van gebruik (§ 8.3), problematisch gebruik (§ 8.4), hulpvraag en incidenten (§ 8.6).
- De hulpvraag vanwege GHB verslaving bij instellingen voor verslavingszorg nam toe tussen 2007 en 2013 en bleef in 2014 op hetzelfde niveau (§ 8.6).
- GHB verslaving gaat vaak samen met andere psychische stoornissen en de terugval na klinische detoxificatie is aanzienlijk (§ 8.6).
- Gezien de beperkte omvang van GHB gebruik in de bevolking, is het aantal incidenten met GHB hoog. Opvallend is ook het relatief grote aandeel patiënten met een ernstige intoxicatie na GHB gebruik (§ 8.6).
- Er is geen goed zicht op het aantal sterfgevallen waarbij GHB betrokken is (§ 8.7).
- GHB blijft een relatief goedkope drug (§ 8.8).

8.2 Gebruik: algemene bevolking

De Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor (CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2014) inventariseert het gebruik van verschillende drugs in een representatieve aselecte steekproef van de bevolking van 15 tot en met 64 jaar. Vanwege verandering in de methode van gegevensverzameling, de vragenlijst en de wegingsmethode vergeleken met voorgaande peilingen in 1997, 2001, 2005, 2009 (Rodenburg et al., 2007; Van Rooij et al., 2011), moeten de schattingen uit 2014 gezien worden als een nieuwe nulmeting en kunnen geen vergelijkingen met voorgaande jaren worden gemaakt. Het is niet mogelijk om vast te stellen of het gebruik van drugs vergeleken met de laatste peiling in 2009 is toegenomen of afgenomen.

- In 2014 had 1,5% van de bevolking van 15 tot en met 64 jaar ooit GHB gebruikt.
- Meer mannen (2,4%) dan vrouwen (0,7%) hadden ervaring met GHB.
- Recent (in het afgelopen jaar) had 0,4% GHB gebruikt en actueel (in de afgelopen maand) had 0,1% GHB gebruikt.
- Omgerekend naar absolute aantallen hebben naar schatting 170 duizend mensen ervaring met GHB; zij hebben het middel tenminste een keer in hun leven gebruikt (95% betrouwbaarheidsinterval 140 duizend – 220 duizend).
- Het aantal recente GHB gebruikers (in het afgelopen jaar) is naar schatting 50 duizend mensen (95% betrouwbaarheidsinterval 30 duizend – 80 duizend).
- Het aantal actuele GHB gebruikers (in de afgelopen maand) is naar schatting 10 duizend mensen (95% betrouwbaarheidsinterval maximaal 20 duizend).

8.3 Gebruik: jongeren

Scholieren

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

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

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. Een volledig beeld van (risico)groepen van GHB gebruikers ontbreekt.

Verschillende, overwegend kwalitatieve, onderzoeken suggereren dat er grofweg drie gebruikersgroepen van GHB te onderscheiden zijn (Horjus en Van Goor, 2011; Voorham en Buitenhuis, 2012; Korf et al., 2012):

- Gebruikers die GHB nemen voorafgaand, tijdens of na het uitgaan;
- Gemarginaliseerde groepen, waaronder zowel probleemjongeren of hangjongeren als de meer 'klassieke' verslaafden;
- 'Thuisgebruikers', die om verschillende redenen samen met vrienden en kennissen in de context van 'huisfeesten' (in plaats van of na afloop van reguliere feesten) GHB gebruiken. Deze groep omvat ook afhankelijke gebruikers, voor wie het gebruik niet (langer) een sociale aangelegenheid is.

Tabel 8.1 geeft een indruk van de omvang van het gebruik van GHB in uiteenlopende groepen, zowel lokale als landelijke 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.

Uitgaanders

Kwalitatief onderzoek suggereert dat GHB gebruik na een toename in populariteit tussen 2006 en 2010 over het hoogtepunt heen is onder trendy uitgaanders in Amsterdam. Vanaf 2010 lijkt 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).

- Als mogelijke verklaringen voor deze daling in het Amsterdamse uitgaansleven worden genoemd: strengere controles in het uitgaansleven, onderlinge kritiek op "out gaan" en bewustwording over het verslavingsrisico, niet alleen door reportages over problematische GHB gebruikers, maar ook door het ontdekken van GHB verslaafden in het eigen netwerk (Nabben et al., 2014; Benschop et al., 2015).

- De Amsterdamse Antenne survey onder clubbers en ravers laat (nog) wel een stijging in het gebruik zien (Nabben et al., 2014):
  - Het percentage actuele 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 (80%) gebruikte GHB nooit of slechts af en toe, 20% gebruikte wekelijks of alleen in het weekend en niemand rapporteerde dagelijks gebruik.
  - Met 33% was het actuele gebruik van lachgas, een ander narcosemiddel, veel hoger.
  - Een op de vijf gebruikers was 'out' gegaan op GHB in het jaar voor de survey (22 personen).
- 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 actuele gebruikers van 2% naar 4% (Benschop et al., 2015).
- In 2010 constateerde de Antenne-monitor al dat het brouwen van GHB bij sommigen een "doe-het-zelf project" is geworden (Benschop et al., 2011). Het recept om thuis GHB te maken staat op internet. GHB is een product dat in gebruikersnetwerken veel wordt weggegeven en gedeeld (Nabben et al., 2014).
- In 2014 is in Den Haag een survey gehouden onder 1.317 uitgaanders in de leeftijd van 12 tot en met 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 wordt gebruikt voor "de dronkenschap zonder alcohol".

Het Grote Uitgaansonderzoek 2013 is een online survey naar het middelengebruik en risicogedrag onder 3.335 (frequente) bezoekers van party's, festivals en clubs van 15 tot en 35 jaar met een gemiddelde leeftijd van 23 jaar (Goossens et al., 2013). De respondenten vormen geen representatieve steekproef van alle uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Bijna de helft van de deelnemers (45%) bezocht maandelijks of vaker een party of festival, en twee derde had een voorkeur voor techno/hardhouse muziek.

- Voor GHB werden percentages gevonden van 22% ooitgebruik, 12% recent gebruik en 5% actueel gebruik.
- Anders dan bij de meeste middelen was er geen verschil in gebruik tussen mannen en vrouwen.
- Er waren wel regionale verschillen: met respectievelijk 8% en 3% lag het recent en actueel GHB gebruik onder respondenten in de regio's Noord (Friesland, Groningen en Drenthe) en Midden (Flevoland en Utrecht) Nederland lager dan de ongeveer 13% en 6% in de regio's Oost (Overijssel en Gelderland), West (Noord en Zuid-Holland) en Zuid (Zeeland, Noord-Brabant en Limburg).
- De recente gebruikers is ook gevraagd of ze vooral GHB of vooral GBL gebruikten: 91% gaf aan alléén GHB te gebruiken en geen enkele respondent gebruikte meestal of alléén GBL.
- Het percentage recente GHB gebruikers was het hoogst in de groep 30-35-jarigen en de gemiddelde startleeftijd van GHB gebruik lag met 21 jaar hoger dan dat van andere middelen.
- De meest populaire locatie voor gebruik was thuis na het uitgaan (51%), op een party/festival (45%), club/disco (26%), of een feestje thuis (37%). GHB gebruik thuis vóór het uitgaan (14%) of in café/kroeg (3%) kwam minder voor.
- Van degenen die in het afgelopen jaar GHB hadden gebruikt, gebruikten de meesten (69%) een (paar) keer per jaar, (13%) eens per maand, (8%) een paar keer per maand, (9%) een (paar) keer per week. Bijna niemand gebruikte (bijna) elke dag.
- Één buisje bevat ongeveer 5 ml GHB. Gemiddeld werd op uitgaansdagen wat minder gebruikt (6 ml) dan op dagen dat men niet uitging (7 ml). Op een niet-uitgaansdag waren er iets meer gebruikers in de relatief grote groep die 2, 3, of zelfs 4 buisjes (20 ml) per gelegenheid namen.

Probleemjongeren

Het gebruik van GHB komt vaker voor onder jongeren in de residentiële jeugdzorg en in justitiële jeugdinrichtingen en onder dakloze jongeren (tabel 8.1), vergeleken met scholieren van het reguliere onderwijs (Kepper et al., 2009b).

- Volgens 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 leeftijdgenoten uit 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 (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).

Tabel 8.1 Gebruik van GHB in speciale groepen

	Locatie	Peiljaar	Leeftijd (jaar)	Ooit-gebruik (%)	Actueel gebruik (%)
Uitgaande jongeren en jongvolwassenen					
Bezoekers van clubs en discotheken	Landelijk[I]	2008/2009	Gem. 21	6	2
Bezoekers van party's en festivals	Landelijk[I]	2008/2009	Gem. 23	14	5
Uitgaande jongeren en jongvolwassenen[II]	Landelijk[II]	2013	Gem. 23	22	5
Bezoekers van trendy clubs	Amsterdam	2008	Gem. 25	16	5
Bezoekers van coffeeshops	Amsterdam	2009	Gem. 28	13	2
Cafébezoekers	Amsterdam[III]	2010 2014	Gem. 27 Gem. 27	11 19	2 4
Bezoekers van clubs	Amsterdam	2013	Gem. 24	19	8
Bezoekers van raves	Amsterdam	2013	Gem. 25	32	12
Uitgaande jongeren en jongvolwassenen	Den Haag	2014	Gem. 24	10	1
Probleemjongeren					
Jongeren in de residentiële jeugdzorg	Landelijk	2008	Gemiddeld 15	8	1
Jongeren (alleen jongens) in justitiële jeugdinrichtingen[IV]	Landelijk	2009	Gemiddeld 16	5	3
Dakloze jongeren	G4	2011	Gemiddeld 20	-	2
Jongeren in de jeugdzorg	Amsterdam	2012	Gemiddeld 16	3	1

Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (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. Geringe respons (19%). II. 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. III. Jongeren en jongvolwassenen uit mainstream-, hippe-, studenten-, en gay cafés. Dus niet representatief voor alle cafébezoekers. IV. Gebruik in de maand voorafgaand aan het verblijf in een justitiële jeugdinrichting (JJI). Gegevens zijn verzameld in tien van de twaalf JJI's.

Bronnen: Uitgaansonderzoek, Trimbos-instituut/UvA (Van der Poel et al., 2010); Het Grote Uitgaansonderzoek 2013 (Goossens et al., 2013); Bonger 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); Haags Uitgaans Onderzoek, GGD Haaglanden (Van Dijk en Reinerie, 2015); EXPLORE, Trimbos- instituut (Kepper et al., 2009a); Coda-G4 (Van Straaten et al., 2012), IVO, UMC St Radboud.

8.4 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 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). De symptomen beginnen doorgaans binnen een aantal uren na de laatste inname.
- Bij de behandeling van dit onthoudingssyndroom is toediening van medicijnen vaak noodzakelijk. Het gaat daarbij meestal om hoge doseringen benzodiazepinen. In Nederland is ook klinische ervaring opgedaan met het gecontroleerd afbouwen van GHB gebruik door toediening van medicinale GHB (Van Noorden et al., 2010). In 2010 is onderzoek gestart om de veiligheid en doeltreffendheid van deze methode in kaart te brengen (NISPA, 2013). Daartoe zijn 229 GHB cliënten van zes instellingen voor verslavingszorg behandeld en gedurende een langere periode gevolgd (zie § 8.6). 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., 2015a; Kamal et al., 2015b; Kamal et al., 2015c).

Cijfers over het aantal probleemgebruikers van GHB in Nederland ontbreken. Wel suggereren meerdere bronnen dat dit aantal in de afgelopen jaren is gestegen. Het gaat dan zowel om acute problemen als verslavingsproblematiek (zie § 8.6).

- Diverse organisaties op het gebied van uitgaan en verslaving signaleerden in de afgelopen jaren een verandering in houding van bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen ten opzichte van GHB gebruik. Het gebruik leek normaler te worden gevonden (zie § 8.3), al lijkt in het Amsterdamse uitgaansleven hierin een kentering te komen (Nabben et al., 2014).
- 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 over het verslavingsrisico (zie § 8.3) (Nabben et al., 2014).
- 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., 2012a). Het AMC en RIVM doen hiernaar onderzoek dat medio 2016 gereed zal zijn.
- 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).

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, al lijkt er een toename in de verspreiding te zijn.

- Volgens cijfers van de verslavingszorg (LADIS) deed de GHB hulpvraag zich in 2007 vooral voor in delen van Noord-Brabant en Friesland. In 2014 heeft de hulpvraag zich verspreid naar regio's in bijna alle provincies. Wel lijken er binnen de provincies typische 'hotspots' te zijn (§ 8.6).

- Onderzoek in 2012 onder problematische GHB gebruikers die in aanraking zijn gekomen met de politie, suggereerde een specifieke regionale spreiding (Korf et al., 2012).
  - Zo lijkt de jongste groep (straatjongeren) de meerderheid te vormen in plattelandsdorpen in delen van sommige provincies (Overijssel, Gelderland, Brabant, Zuid-Holland en Zeeland).
  - De uitgaanders vormen naar inschatting van deskundigen een meerderheid in – vooral, maar niet uitsluitend, stedelijke – delen van de provincies Overijssel, Gelderland, Noord-Holland en Limburg.
  - Thuisgebruikers lijken buiten (delen van) de noordelijke en oostelijke provincies, nauwelijks of niet voor te komen onder de problematische GHB gebruikers die in aanraking komen met de politie.
  - Niettemin worden meerdere typen gebruikers binnen dezelfde provincie gesignaleerd en is er ook binnen een provincie soms sterke variatie, zelfs tussen dorpen en steden die dicht bij elkaar liggen.
  - Onbekend is hoe de situatie anno 2015 is.

8.5 Gebruik: internationale vergelijking

Algemene bevolking

Er zijn weinig monitoringgegevens beschikbaar over het gebruik van GHB onder de algemene bevolking of scholieren in andere landen. Voor enkele landen zijn gegevens beschikbaar.

- In Noorwegen had 0,1% van de bevolking van 15-64 jaar in het afgelopen jaar GHB gebruikt (EMCDDA, 2015a). In het Verenigd Koninkrijk was het recente GHB gebruik in de algemene bevolking van 16-59 jaar 0,0% in 2010/2011 en lag het op 0,1% in 2011/2012 (CSEW, 2012).
- In Australië lag in 2013 het recent gebruik van GHB in de bevolking van 14 jaar en ouder met minder dan 0,1% lager dan in 2004 en 2007, toen het recent 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).
- Behandelingen in de verslavingszorg voor problemen met GHB werden gerapporteerd door België, Nederland en het Verenigd Koninkrijk (EMCDDA, 2015a).

Jongeren en jongvolwassenen

In de ESPAD peilingen onder 15- en 16-jarige scholieren in Europa werd in 2011 gevraagd naar het ooitgebruik van GHB. De cijfers uit dit onderzoek zijn internationaal beter vergelijkbaar dan de cijfers uit onderzoeken onder de algemene bevolking (Hibell et al., 2012).

- Het gebruik van GHB onder scholieren is laag. In de meeste Europese landen, inclusief Nederland, heeft niet meer dan 1% van de scholieren van 15-16 jaar ervaring met GHB, met uitzondering van Hongarije (2%), Letland (2%), Liechtenstein (2%) en Cyprus (3%).

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

- Overwegend lokale enquêtes zijn 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 Global Drug Survey 2015 (GDS2015) is een internationale online survey waar relatief veel uitgaanders aan deelnamen. De GDS2015 werd afgenomen in november en december 2014 (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 in hun twintiger of dertiger jaren. In het afgelopen jaar had 60% een drug gebruikt en de helft was ten minste vier keer in een club geweest.
- Alleen in Nederland stond GHB in de top 20 van de meest gebruikte drugs (7% actueel gebruik), niet in de andere participerende landen: de Verenigde Staten, Verenigd Koninkrijk, Australië, Duitsland, Frankrijk, Ierland, Schotland, België, Denemarken, Nieuw Zeeland, Hongarije, Spanje, Portugal, Zwitserland, Mexico, Slovenië en Brazilië.

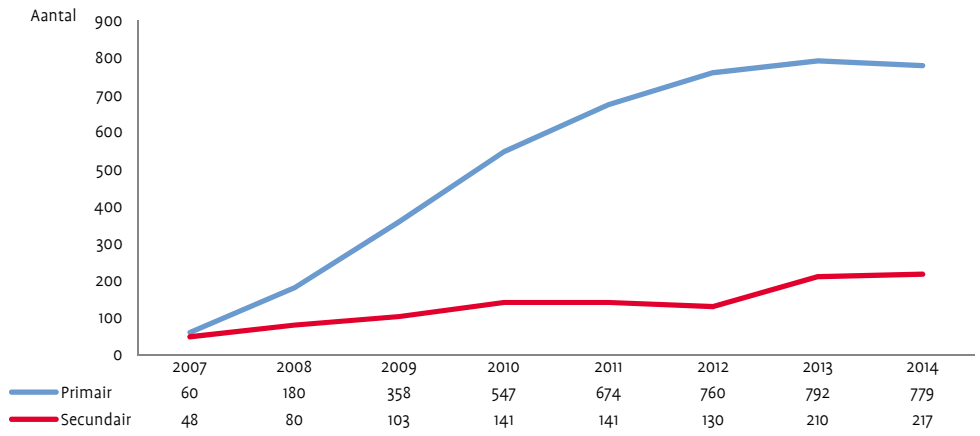
8.6 Hulpvraag en incidenten

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 2014 hebben in totaal twintig gespecialiseerde instellingen voor verslavingszorg geanonimiseerde gegevens over de hulpverlening aangeleverd aan het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS, Wisselink et al., 2015) (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 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. GHB wordt pas vanaf 2007 als apart middel geregistreerd in het LADIS.

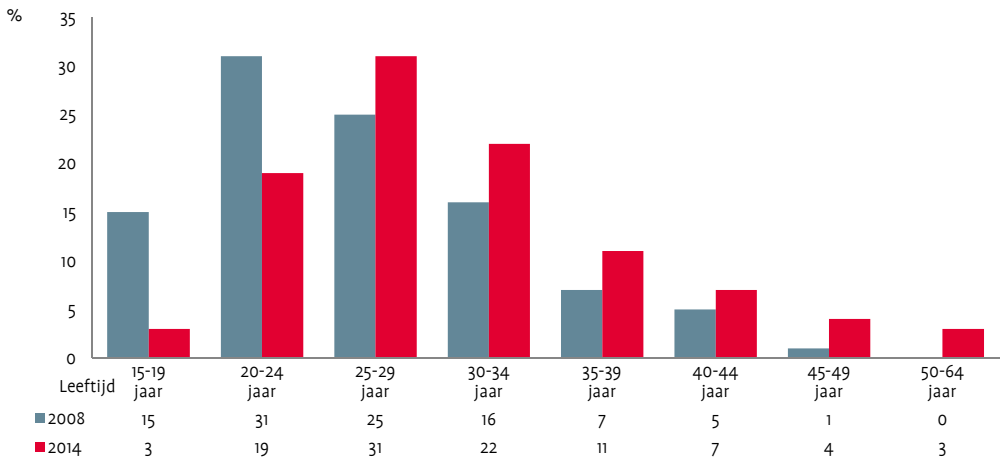
- In 2014 werden 779 personen behandeld voor een primaire GHB problematiek, ongeveer evenveel als in 2013. Daarnaast waren er nog 11 primaire GBL cliënten. De eerder gesignaleerde sterke groei van het aantal hulpvragers tussen 2007 en 2013 zette zich in 2014 niet voort. Per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder steeg het aantal primaire GHB cliënten van 0,4 in 2007 naar 6 in 2014. Het aandeel van GHB in de verslavingszorg is tussen 2007 en 2014 gestegen van 0,1% naar 1% (figuur 8.1).
- GHB wordt minder vaak als secundaire problematiek genoemd (figuur 8.1). Het aantal secundaire GHB cliënten werd 5 maal zo groot tussen 2007 en 2014. Tussen 2013 en 2014 bleef dit aantal stabiel.
- Voor bijna negen van de tien hulpvragers in 2014 met een primaire GHB problematiek (89%) stond ook nog een secundaire problematiek geregistreerd. De secundaire problematiek was er vooral met amfetamine en overige opwekkende middelen (31%), cocaïne of crack (21%), cannabis (16%), alcohol (15%), benzodiazepinen (4%), ecstasy (3%) en nicotine (3%).
- In 2014 was bijna 1 van de 5 primaire GHB cliënten (18%) een nieuwkomer. De overige 4 van de 5 primaire GHB cliënten (82%) stonden al een keer eerder ingeschreven bij de verslavingszorg.

Figuur 8.1 Aantal cliënten bij de verslavingszorg met primaire of secundaire GHB problematiek, vanaf 2007



Aantal GHB cliënten (exclusief GBL cliënten). Voor de aanleverende instellingen, zie bijlage G. Bron: LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut.

Figuur 8.2 Leeftijdsverdeling van primaire GHB cliënten. Peiljaren 2008 en 2014



Percentage GHB cliënten per leeftijdsgroep (exclusief GBL cliënten). Voor de aanleverende instellingen, zie bijlage G. Bron: LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut.

Leeftijd, geslacht en opleiding

- Van de primaire GHB cliënten in 2014 was een meerderheid van 63% man. Hoewel vrouwen in de minderheid waren, is 37% vrouwen een hoog aandeel in vergelijking met andere middelen.
- De gemiddelde leeftijd van de primaire GHB cliënten is gestegen van 26 jaar in 2007 naar 31 jaar in 2014 (figuur 8.2).
- De gemiddelde leeftijd waarop de GHB cliënten voor het eerst GHB gingen gebruiken was 23 jaar in 2012. De gemiddelde leeftijd 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). Er kan dus niet gesproken worden over een typisch "jongerenprobleem" in het geval van GHB.
- In 2007 was de GHB hulpvraag geconcentreerd in delen van Noord-Brabant en Friesland. In 2014 is de hulpvraag in deze regio's toegenomen en uitgespreid 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 2014 had van de primaire GHB cliënten 36% geen opleiding afgerond of een lagere opleiding afgerond, had 49% een middelbare opleiding afgerond en had 15% een hogere opleiding afgerond. Het percentage met geen opleiding of een lagere opleiding lag lager bij de alcoholcliënten (32%), lag ongeveer gelijk bij de ecstasycliënten (35%) en lag hoger bij de cannabiscliënten (40%), de amfetaminecliënten (41%), de cocaïnecliënten (43%) en de opiatencliënten (53%). (Voor de verklaring van lagere-, middelbare- en hogere opleiding, zie in 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). 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 zijn 229 patiënten behandeld en gevolgd in het kader van dit onderzoek (NISPA, 2013).
- 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 begon: 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 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.
- Uiteindelijk is 90% van alle patiënten succesvol gedetoxificeerd 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.
- Vanwege deze grote terugval na detoxificatie is NISPA in 2014 een vervolgstudie gestart naar terugvalpreventie met baclofen. Baclofen is een spierverslapper 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 behandelpilot met baclofenondersteuning na gecontroleerde afbouw met medicinale GHB bij 11 cliënten suggereert een mogelijke effect op craving (Kamal et al., 2015a; Kamal et al., 2015b; Kamal et al., 2015c).

Incidenten

De belangrijkste bron voor informatie over gezondheidsverstoringen in verband met drugsgebruik (zie ook Bijlage A onder 'Incidenten') is de Monitor Drugs Incidenten (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 2009 houdt de MDI actuele gegevens bij over de aard en omvang van drugsgerelateerde gezondheidsincidenten in Nederland (Croes et al., 2015).

- In 2014 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 2014 werden in totaal 3.797 drugsincidenten gemeld. Bij 834 meldingen was GHB betrokken; hiervan was in 529 gevallen GHB als enige drug gemeld (met of zonder alcohol). De gegevens over de gebruikte drugs zijn grotendeels afkomstig van zelfrapportage.

In tabel 8.2 worden de incidenten na gebruik van GHB als enige drug samengevat over de periode 2009-2014. Vanwege verschillen tussen de medische diensten worden gegevens uitgesplitst naar type dienst.

Tabel 8.2 Incidenten met GHB als enige drug geregistreerd door de Monitor Drugs Incidenten (MDI). Peiljaren 2009-2014

	Ambulances	Ziekenhuizen	Politieartsen	EHBO
Aantal incidenten (% van het totaal binnen de dienst)	1.226 (18)	408 (13)	179 (11)	974 (12)
Man	72	76	87	72
Leeftijd: <25 jaar	35	31	25	46
Mate van intoxicatie*				
Licht[I]	12	15	58	42
Matig[II]	49	31	29	39
Ernstig[III]	39	53	13	19

*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 (Croes et al., 2015).

- In deze periode werden in totaal 19.380 unieke drugsincidenten gemeld, waarvan 2.787 incidenten met GHB als enige drug (14%). In bijna de helft (1.352) van de gevallen was er sprake van combinatiegebruik van GHB met een andere drug. Deze gevallen worden hier niet verder beschreven (tenzij anders aangegeven). Anders dan in de voorgaande Jaarberichten worden in deze editie ook de incidenten beschreven die in voorgaande jaren zijn gerapporteerd door deelnemers die recent (tijdelijk) geen nieuwe incidenten hebben doorgegeven. Daardoor vallen de hier beschreven aantallen hoger uit dan in de voorgaande jaren.
- Gezien de beperkte omvang van GHB gebruik in de bevolking, is het aantal incidenten met GHB hoog. GHB gebruik is regionaal verschillend en ook in de incidenten die vanuit de peilstationregio's gemeld worden vallen de regionale verschillen op.
    - Het aandeel is met name hoog in de regio's buiten de Randstad. In de regio's Eindhoven (39%) en Ede/Arnhem (31%) is de bijdrage van GHB (combinatiegebruik niet meegerekend) op het totaal het grootst.
    - In Amsterdam, Purmerend en Rotterdam draagt GHB (exclusief combinatiegebruik) maar voor ongeveer 10% bij aan het totaal aantal incidenten.
    - In Eindhoven is het aandeel GHB incidenten over de jaren redelijk constant.
    - In Enschede is na een eerdere toename weer sprake van een daling. Gemiddeld over de jaren is het aandeel van GHB (combinatiegebruik niet meegerekend) in Enschede 23%.
- Vanwege deze regionale verschillen en de veranderingen in regionale bijdragen door aanwas van deelnemers enerzijds en tijdelijke uitval anderzijds, is het niet goed mogelijk trends te identificeren binnen de deelnemende diensten. Dit probleem doet zich echter niet voor bij de landelijk opererende EHBO-diensten. Daar is de relatieve bijdrage van GHB aan het totaal aan incidenten in zes jaar tijd afgenomen; van 21% naar 10%. Dit kan voor een belangrijk deel verklaard worden door de toename aan ecstasy-incidenten.

Kenmerken patiënten en incidenten gerelateerd aan GHB

- De GHB gebruikers in deze monitor (die medische hulp zochten voor een acuut gezondheidsprobleem na het GHB gebruik) vormen een relatief wat oudere groep. Een ruime meerderheid is 25 jaar of ouder.
- Opvallend is het relatief grote aandeel patiënten met een ernstige intoxicatie na GHB gebruik (zie tabel 8.2).
- Omdat patiënten met een overdosis GHB meestal slecht of niet aanspreekbaar zijn, ontbreken veel (zelf-rapportage) gegevens over alcoholgebruik; bij alle geregistreerde patiënten met een GHB overdosis is dat in 12% het geval. Bij 38% van de patiënten rapporteert de hulpverlener tekenen van alcoholgebruik en 50% heeft vermoedelijk geen alcohol gedronken. GHB wordt relatief vaak gecombineerd met andere drugs.
- Er zijn zes sterfgevallen vanuit de peilstationsregio's gemeld in de periode 2009-2014 waarbij GHB een rol heeft gespeeld. In drie gevallen was de doodsoorzaak een overdosis met enkel GHB.

In een studie naar risicofactoren van overdosering onder 45 ervaren GHB gebruikers, werden gebruiksgerelateerde factoren (grotere dosis dan normaal of doses te kort na elkaar) het vaakst genoemd (Korf et al., 2014). Personen die herhaaldelijk "out" waren gegaan, hadden die keren meer GHB gebruikt 'dan gewoonlijk'. Er werden geen verschillen gevonden in combinatiegebruik met andere middelen tussen de groep die nooit, wel eens, en herhaaldelijk "out" was gegaan (Korf et al., 2014).

Rijden onder invloed

Het rijden onder invloed van GHB is zeer riskant (CAM, 2011). Recente cijfers over rijden onder invloed van GHB ontbreken (EMCDDA, 2014).

- In 2013 gaf 27% van de party en clubgangers uit het Grote Uitgaansonderzoek aan (zie § 8.3) in de afgelopen 12 maanden wel eens onder invloed van drugs een auto te hebben bestuurd. Van deze groep gaf 1% aan dit onder invloed van GHB te hebben gedaan (Goossens et al., 2013).
- Het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) voert analyses uit van bloedmonsters die door de politie zijn afgenomen van verkeersdeelnemers die van drugsgebruik worden verdacht. Het NFI let daarbij ook op GHB.
  - In 2009 werden in 750 bloedmonsters drugs aangetoond. In 172 gevallen (23%) werd GHB aangetroffen (Kuiken, 2010).
  - Van januari tot november 2010 heeft de politie 131 mensen van de weg gehaald die onder invloed waren van GHB. Dit was ruim 20% van het totaal aantal gevallen waarbij drugs in het spel waren.
- De Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid (SWOV) heeft het gebruik van GHB onderzocht onder ernstig gewonde autobestuurders die werden opgenomen in het ziekenhuis (Houwing, 2011). Het onderzoek werd uitgevoerd onder 180 ernstig gewonden die tussen 2007 en 2009 werden opgenomen in een ziekenhuis in Enschede, Tilburg en Nijmegen.
  - Vijf van de 180 ernstig gewonde bestuurders (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 gevangenisstraffen tegen twee mannen die ervan werden verdacht een 14-jarig meisje een glas drinken met daarin GHB te hebben gegeven (om.nl, 02-11-2009). In 2012 eiste het Openbaar Ministerie gevangenisstraf tegen een man die ervan werd verdacht een meisje dat nog geen 12 jaar was te hebben gedrogeerd met GHB (om.nl, 07-03-2012).

- Een internationale overzichtsstudie heeft geprobeerd te achterhalen van 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 recenter 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.
- 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 GHB gebruik in verkrachtingszaken een rol heeft gespeeld.

8.7 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 klein.

- De kans op overdosering is daardoor groot. Een overdosis GHB is gevaarlijk, omdat de mogelijkheid bestaat dat de ademhaling wordt onderdrukt en de gebruiker bewusteloos of zelfs in coma kan raken (Moser en Purssell, 2000). De gevolgen van deze toestand kunnen variëren van een milde ademhalingsverstoring tot ademstilstand. De risico's hierop zijn groter als GHB wordt gebruikt in combinatie met alcohol of andere dempende stoffen zoals benzodiazepines. 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, agressief gedrag, 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 § 8.4).

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.

- 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. 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, onderzoekt het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) een overlijdensgeval op alcohol, drugs, geneesmiddelen en bestrijdingsmiddelen. Van de overlijdensgevallen waarbij gerechtelijke sectie en toxicologisch onderzoek heeft plaatsgevonden in 2014, waren er 4 gevallen waarin GHB mogelijk een rol had gespeeld bij het overlijden. In de meeste van 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 opgeteld. Daarnaast moet worden opgemerkt dat het aantal door het NFI uitgevoerde gerechtelijke secties is afgenomen, van ongeveer 600 secties in 2000 tot naar verwachting ongeveer 300 in 2015.

- 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 vice versa.
- In 2010 waren er wereldwijd ongeveer 400 sterfgevallen gerelateerd aan GHB in de klinische literatuur beschreven (Zvosec et al., 2010).

8.8 Aanbod en markt

Samenstelling van GHB

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) monitort de markt van illegale drugs (DIMS, 2014; Van der Gouwe, 2015). Daarvoor wordt gebruik gemaakt van de analyse van stoffen die aanwezig zijn in drugsmonsters die consumenten bij instellingen voor verslavingszorg inleveren. Een deel van deze monsters (pillen) wordt herkend bij de instelling zelf. De meeste overige pillen en alle poeders en vloeistoffen worden doorgaans doorgestuurd naar het laboratorium voor chemische analyse. Tabel 8.3 toont het aantal monsters met GHB/GBL vanaf 2005.

Tabel 8.3 Aantal monsters met GHB/GBL, vanaf 2005

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Totaal aantal geanalyseerde monsters	4.095	4.580	4.727	4.671	5.086	5.735	5.783	5.985	5.705	5.895
GHB/GBL	114	142	203	234	61	139	141	148	19[1]	36[1]

1. DIMS heeft vanaf 2013 minder GHB/GBL monsters geanalyseerd vanwege stabiele uitkomsten en capaciteitslimiet. Bron: DIMS, Trimbos-instituut (Van der Gouwe, 2015).

- In 2014 werden bij het DIMS in totaal 72 vloeistoffen aangeboden, waarvan 1 vloeistof werd herkend en niet werd doorgestuurd naar het laboratorium en 7 vloeistoffen niet werden herkend, maar ook niet werden doorgestuurd naar het laboratorium. De overige 64 vloeistoffen die niet werden herkend werden wel doorgestuurd naar het laboratorium (DIMS, 2014).
- Van de 64 in het laboratorium geanalyseerde vloeistoffen waren er 37 gekocht als GHB en daarvan bleken 35 vloeistoffen inderdaad GHB te bevatten. Nog een andere vloeistof, die niet als GHB was gekocht, bleek ook GHB te bevatten. Het aantal vloeistoffen met GHB kwam daarmee op 36 (DIMS, 2014).
- De 36 vloeistoffen met GHB bevatten gemiddeld 384,7 milligram GHB per milliliter vloeistof (DIMS, 2014).

Prijzen

De Amsterdamse Antenne-monitor en het landelijke DIMS geven een indicatie van de prijs die een consument betaalt voor een enkele dosis GHB, dan wel een kwart of hele liter van dit middel.

- Volgens de Antenne-monitor was in 2014 de prijs van een kwart liter GHB gestegen naar tussen de 35 en 60 euro en tussen de 45 en 50 euro in de meest gangbare prijsklasse (Benschop et al., 2015). In 2013 werd voor een kwart liter GHB tussen de 25-45 euro betaald; het meest gangbaar was 30-40 euro (Nabben et al., 2014). Ook in 2011 werd voor een kwart liter 25-45 euro betaald (Nabben et al., 2012). Tussen 2011 en 2014 is de literprijs van GHB bijna verdubbeld naar ongeveer 200 euro (Benschop et al., 2015).
- In 2012 betaalden consumenten die bij het DIMS hun GHB lieten testen ongeveer 4 euro per 5 milliliter, minder dan in 2011 (6 euro). De prijs voor een liter in 2012 varieerde van 50 tot 180 euro en de mediaan (het midden van de verdeling) was 120 euro (DIMS, 2013). Gegevens voor 2013 en 2014 zijn niet meer beschikbaar vanwege het kleine aantal GHB monsters.
- Iemand die GHB zelf bereidt, is per kwart liter ongeveer 10 euro kwijt.
- Omstreeks november 2013 kregen ruim 20 handelaren die via internet de drugsgrondstof GBL aanboden, een brief van het Openbaar Ministerie met het verzoek de verkoop te staken (Nabben et al., 2014). In december 2013 constateerde het Openbaar Ministerie dat vrijwel alle grote handelaren die via internet de drugsgrondstof GBL hadden aangeboden, daarmee waren gestopt (om.nl; 09-12-2013). Het Openbaar Ministerie constateerde bovendien dat hierdoor de prijs van een liter GHB met tientallen procenten was gestegen.

9. Slaap- en kalmeringsmiddelen en andere psychoactieve medicijnen

9.1	Laatste feiten en trends	▶ pagina 218
9.2	Gebruik: algemene bevolking	▶ pagina 218
9.3	Gebruik: jongeren	▶ pagina 221
9.4	Problematisch gebruik	▶ pagina 224
9.5	Gebruik: internationale vergelijking	▶ pagina 226
9.6	Hulpvraag en incidenten	▶ pagina 227
9.7	Ziekte en sterfte	▶ pagina 230
9.8	Aanbod en markt	▶ pagina 231

9. Slaap- en kalmeringsmiddelen en andere psychoactieve medicijnen

Inleiding

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. In dit hoofdstuk ligt de nadruk op de slaap- en kalmeringsmiddelen. Het merendeel daarvan behoort tot de groep van de benzodiazepinen.[1] Zij hebben in de jaren zeventig en tachtig de barbituraten grotendeels vervangen. Vanwege ernstige bijwerkingen worden barbituraten nauwelijks meer voorgeschreven. Sommige benzodiazepinen worden vanwege hun breed spectrum aan effecten niet alleen als slaap- of kalmeringsmiddel voorgeschreven. Ze worden ook gebruikt voor de behandeling van epilepsie, paniekstoornis en onthoudingsverschijnselen na het stoppen met alcohol. 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). 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. Voor zover over deze risico's gegevens beschikbaar zijn, zullen deze in dit hoofdstuk worden gerapporteerd.

1 Andere, minder vaak voorgeschreven middelen zijn de slaapmiddelen zopiclon en zolpidem en het kalmeringsmiddel buspiron.

9.1 Laatste feiten en trends

De belangrijkste feiten en cijfers over slaap- en kalmeringsmiddelen in dit hoofdstuk zijn:

- In 2009 had één op de tien mensen in de algemene Nederlandse bevolking van 15 tot en met 64 jaar in het afgelopen jaar slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt. Het aandeel recente gebruikers is twee keer hoger onder vrouwen dan mannen (§ 9.2).
- Ouderen van boven de 65 jaar zijn oververtegenwoordigd onder de gebruikers van benzodiazepinen (§ 9.2).
- In 2011 had één op de elf scholieren van het voortgezet onderwijs van 15 en 16 jaar ooit slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt op voorschrift van een arts. Ongeveer even veel scholieren gaven aan ervaring te hebben met het gebruik van deze middelen zonder deze op recept van een arts te hebben gekregen (§ 9.3).
- Er zijn indicaties dat van de gebruikers van slaapmedicatie 62% langer dan twee jaar gebruikt (§ 9.4).
- Vergeleken met enkele andere lidstaten van de Europese Unie en Noorwegen, lag in 2011 het percentage 15-16-jarige scholieren in Nederland dat ooit slaap- en kalmeringsmiddelen heeft gebruikt zonder recept van een arts, boven het gemiddelde (§ 9.5).
- In de verslavingszorg is tussen 2005 en 2014 het aantal cliënten dat ingeschreven stond wegens een primair probleem met benzodiazepinen, barbituraten of overige psychofarmaca gestegen, maar is het aantal met een secundair probleem met deze middelen gedaald (§ 9.6).
- In de algemene ziekenhuizen stijgt vanaf 2004 het aantal patiënten dat wordt opgenomen voor misbruik van of verslaving aan slaap- en kalmeringsmiddelen (§ 9.6).
- Tussen 2005 en 2012 schommelt het totaal aantal geregistreerde sterfgevallen door overdosering van medicijnen (in meerderheid benzodiazepinen) zonder duidelijk trend. In 2013 en 2014 ging het in meerderheid om suïcide door barbituraten (§ 9.7).
- De vergoeding van benzodiazepinen via de basisverzekering is per 1 januari 2009 sterk ingeperkt. Vermoedelijk is in samenhang hiermee het gebruik van benzodiazepinen gedaald (§ 9.2, § 9.8).

9.2 Gebruik: algemene bevolking

Gegevens over het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen zijn afkomstig van verschillende bronnen: vragenlijstonderzoek onder respondenten uit de algemene bevolking (Van Rooij et al., 2011) en gegevens over het aantal verstrekkingen van deze middelen door openbare apothekers (Griens et al., 2014).
In 2005 en 2009 vonden peilingen plaats van het Nationaal Prevalentie Onderzoek (NPO) (Rodenburg et al., 2007; Van Rooij et al., 2011). De methode van gegevensverzameling verschilde in 2009 van die in 2005. In 2005 werden gegevens over drugsgebruik, inclusief slaap- en kalmeringsmiddelen, verzameld in een persoonlijk interview. Hierbij voerde de onderzoeker de antwoorden in op een laptop. In 2009 vulde de respondent zelf direct de antwoorden op de vragen in, zonder dat de interviewer meekeek. Er zijn aanwijzingen dat meer anonieme en privacybeschermende methoden, zoals toegepast in 2009, leiden tot hogere prevalenties van gebruik. In 2016 zullen vragen over slaap- en kalmeringsmiddelen worden opgenomen in de aanvullende module middelengebruik van de Leefstijlmonitor van het CBS in samenwerking met het RIVM en Trimbos-instituut. Cijfers zullen in 2017 beschikbaar komen.

- In 2009 had 10% van de algemene Nederlandse bevolking van 15 tot en met 64 jaar in het afgelopen jaar slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt (Van Rooij et al., 2011).

Tabel 9.1 Gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen in Nederland onder mensen van 15-64 jaar. Peiljaren 1997, 2001, 2005 en 2009[I]

	1997 (%)	2001 (%)	2005 (%)	Wijziging methode[I]	2009[I] (%)
Ooitgebruik	27,9	26,6	-	…	-
Recent gebruik[II]	11,9	11,1	9,3	…	10,1
Actueel gebruik[III]	6,6	6,3	5,0	…	5,9
Heeft voor het eerst in het afgelopen jaar gebruikt	2,9 (S) 3,1 (K)	2,7 (S) 2,5 (K)	2,8	…	2,9
Gemiddelde leeftijd van de recente[I] gebruikers	44,4 jaar (S) 40,7 jaar (K)	44,3 jaar (S) 40,7 jaar (K)	43,1 jaar	…	-

Aantal respondenten: 17.590 (1997), 2.312 (2001), 4.516 (2005), 5.769 (2009). - = Niet gemeten. … = Wijziging methode. S = Slaapmiddelen, K = Kalmeringsmiddelen. I. In 2009 is de onderzoeksmethode gewijzigd (zie tekst). Deze wijziging kan van invloed zijn geweest op de uitkomsten. II. In het afgelopen jaar. III. in de afgelopen maand. Bron: NPO, CBS/IVO (Rodenburg et al., 2007; Van Rooij et al., 2011).

In de afgelopen maand had 6% van de bevolking deze middelen gebruikt. Omgerekend naar de hele bevolking (15-64 jaar) ging het toen om ongeveer een miljoen gebruikers in het afgelopen jaar en ongeveer 650 duizend gebruikers in de afgelopen maand.

- Deze cijfers bevatten alle vormen van gebruik, zowel het gebruik volgens de medische voorschriften als het gebruik voor andere doeleinden. Ook bij gebruikers die de slaap- en kalmeringsmiddelen krijgen via een (herhalings)recept van een arts kan sprake zijn van misbruik of verslaving (Crul, 2006).
- Tussen 2001 en 2005 daalde het percentage recente en actuele gebruikers (tabel 9.1). Zoals hiervoor is aangegeven kunnen, door een verschil in de ondervragingsmethode, de gegevens van 2009 niet vergeleken worden met de gegevens van voorgaande jaren. Een andere bron suggereert dat in de eerste helft van 2009 het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen is gedaald met 18% (sfk.nl, 17-09-2013).

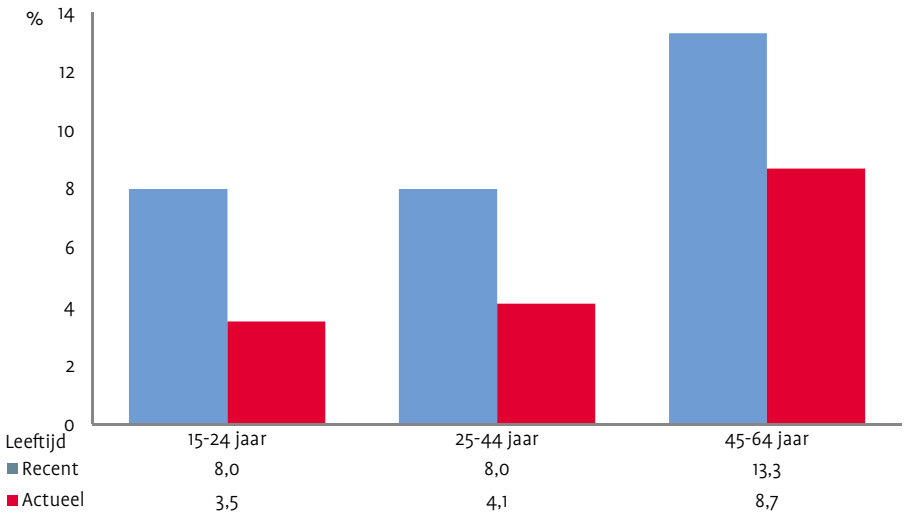
Leeftijd en geslacht

- Volgens het NPO gebruikten in 2009 ongeveer twee keer meer vrouwen dan mannen slaap- en kalmeringsmiddelen (Van Rooij et al., 2011). Onder de mannen lag het percentage actuele gebruikers op 7% en onder de vrouwen op 13%. Actueel gebruik kwam voor onder 4% van de mannen en 8% van de vrouwen.
- Het gebruik stijgt met de leeftijd (figuur 9.1). In 2009 had in het afgelopen jaar 8% van de 15-24 en 25-44-jarigen slaap- en kalmeringsmiddelen gebruikt, tegenover 13% van de 45-64-jarigen. Helaas zijn er geen gegevens beschikbaar over de 65-plussers.
- De 15-34-jarigen die in het afgelopen jaar slaap- of kalmeringsmiddelen hadden gebruikt, waren gemiddeld 21 jaar oud toen zij daar mee begonnen. De leeftijd van het eerste gebruik varieerde daarbij van 10 tot 33 jaar.

Frequentie van het gebruik

- Van de 15-64-jarigen die de afgelopen maand slaap- of kalmeringsmiddelen hadden gebruikt, had 41% deze middelen dagelijks of bijna dagelijks gebruikt en had 12% ze meerdere malen per week gebruikt.

Figuur 9.1 Gebruikers van slaap- en kalmeringsmiddelen per leeftijdsgroep. Peiljaar 2009



Percentage gebruikers recent (in het laatste jaar) en actueel (laatste maand) per leeftijdsgroep. Bron: NPO, CBS/IVO (Van Rooij et al., 2011).

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 blijkt dat 9% vaak of altijd slaaptabletten gebruikt om in slaap te vallen. Nog eens 27% doet dit soms of zelden (NSWO, 2014). Helaas is niet duidelijk hoe deze gegevens gerelateerd kunnen worden aan een percentage recente of actuele gebruikers.

De Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) verzamelt en analyseert de verkoop van geneesmiddelen van 95% van de openbare apotheken in Nederland (Griens et al., 2014). Op grond van deze gegevens wordt de totale verkoop voor heel Nederland geschat.

- Volgens de SFK was het gebruik van benzodiazepines in de periode 1997-2008 vrij stabiel, afgemeten aan het aantal verstrekte standaarddagdoseringen (tussen 209 en 220 miljoen jaarlijks, sfk.nl, 06-09--2012). Tussen 2008 en 2009 daalde het aantal verstrekte standaarddagdoseringen met 15% van 209 miljoen naar 177 miljoen, en bleef het op dit niveau in 2010. De afname was het grootst voor chronische gebruikers, die in een half jaar meer dan drie voorschriften voor een benzodiazepine kregen.
- In heel 2011 registreerde de SFK met 179 miljoen iets meer verstrekte standaarddagdoseringen dan in 2010. Het aantal mensen aan wie tenminste een maal een benzodiazepine werd verstrekt, lag daarmee op 2 miljoen. Per duizend inwoners betekende dit een daling ten opzichte van 2009. Deze daling was het grootst onder de ouderen. Tussen 2009 en 2011 daalde in de leeftijdsgroep van 71 tot en met 80 jaar het aantal gebruikers van benzodiazepinen van 187 per duizend naar 182 per duizend ouderen (sfk.nl, 06-09-2012).

Deze daling hangt vermoedelijk samen met de inperking van de vergoeding van benzodiazepinen binnen de basisverzekering per 1 januari 2009 (Hoebert et al., 2012a; zie ook § 8.8). Na de daling heeft een stabilisering plaatsgevonden.

- Vóór de inperking werden per kwartaal gemiddeld 52 miljoen standaarddagdoseringen verstrekt. In het derde kwartaal van 2014 daalde het aantal verstrekte standaarddagdoseringen naar 42 miljoen (sfk.nl, 11-12-2014). Wel werd tussen 2010 en 2014 een relatieve daling geregistreerd van het aantal dagdoseringen die patiënten zelf betaalden en een relatieve toename van het aantal dagdoseringen die ten laste van de basisverzekering kwamen.

- Ook in de regio Groningen is geconstateerd dat na de inperking van de vergoeding het gebruik van benzodiazepinen is gedaald. Tussen 2007/2008 en 2009/2010 daalde het gemiddeld aantal dagen waarvoor benzodiazepinen werden voorgeschreven door de huisarts van 16 naar 13 dagen (Kollen et al., 2012).

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 (gipdatabank.nl, 26-05-2015). In 2014 werden in totaal 399.155 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 wel nog kunnen krijgen door daar zelf voor te betalen.

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. In juli 2010 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.
- Patiënteneducatie 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 patiënteneducatie (Tannenbaum et al., 2014).

9.3 Gebruik: jongeren

De laatste landelijke cijfers over het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen onder jongeren zijn afkomstig uit de ESPAD survey in 2011 onder 15-16-jarigen (zie ook § 9.5).

- In 2011 had 9% van de scholieren van het voortgezet onderwijs van 15 en 16 jaar ooit slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt op voorschrift van een arts (10% van de meisjes en 7% van de jongens).
- Even veel scholieren (9%) gaven aan ervaring te hebben met het gebruik van deze middelen zonder deze op recept van een arts te hebben gekregen. De percentages ooitgebruik waren ook hoger onder meisjes dan onder jongens (respectievelijk 11% en 6%).
- Welke middelen jongeren precies tot de slaap- en kalmeringsmiddelen rekenen is niet bekend.

Het Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving (IVO) heeft in 2009 via een online vragenlijst onderzoek gedaan naar het oneigenlijk gebruik van medicijnen door Nederlandse jongeren van 14 tot en met 17 jaar (Ganpat et al., 2009). Het ging hierbij niet alleen om de receptgeneesmiddelen waarvoor een recept van een arts nodig is. Ook geneesmiddelen die zonder recept verkrijgbaar zijn werden onderzocht. Dit zijn de zogenaamde zelfzorgmedicijnen zoals paracetamol, ibuprofen, aspirine en hoestmiddelen. Bij oneigenlijk gebruik kan het gaan om medicinaal gebruik door iemand die geen recept heeft voor het medicijn, maar ook om niet-medicinaal gebruik om high te worden, of om de effecten van andere middelen te dempen of te versterken.

- Van de jongeren had 7% ooit oneigenlijk gebruik gemaakt van receptgeneesmiddelen. Inclusief de zelfzorgmedicijnen lag het percentage oneigenlijk gebruik van medicijnen op 13%.
- Het oneigenlijk gebruik kwam het meeste voor bij zelfzorgmedicijnen (10%), gevolgd door recept pijnstillers (3%), ADHD-medicatie (2%), slaapmiddelen (1%), angstmedicatie (1%) en astmamedicatie (1%).

Tabel 9.2 Oneigenlijk gebruik van medicijnen door jongeren van 14 tot en met 17 jaar. Peiljaar 2009

Medicijn	Ooit (%)	Recent (%)	Actueel (%)
Zelfzorgmedicijnen	10	7	3
Receptpijnstillers[1]	3	1	0,3
ADHD-medicatie	2	1	0,1
Slaapmiddelen	1	1	0,4
Angstmedicatie	1	1	0,1
Astmamedicatie	1	1	0,2

Percentage jongeren dat een medicijn oneigenlijk heeft gebruikt, ooit in het leven, recent (laatste jaar) en actueel (laatste maand). 1. Bij de pijnstillers op recept gaat het om middelen zoals codeïne, methadon, morfine, diclofenac, tramadol, oxycodon en fentanyl. Bron: IVO (Ganpat et al., 2009).

- Er is ook onderzocht hoe de jongeren bij het oneigenlijk gebruik aan de medicijnen zijn gekomen. Slaapmiddelen kregen de jongeren vooral van vrienden (28%), van ouders (22%), of via de huisarts (19%).

Het Bonger Instituut voor Criminologie van de Universiteit van Amsterdam monitort via de Antenne het gebruik van alcohol en drugs onder middelbare scholieren in Amsterdam. De Antenne volgt daarbij ook het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen (Nabben et al., 2012). In 2011 is de Antenne uitgevoerd onder brugklassers, derdeklassers en oudere leerlingen.

- Van de brugklassers had 4% in het afgelopen jaar en had 2% in de afgelopen maand slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt.
- 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.
- 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.

In het Antenne onderzoek in Amsterdam zijn hogere prevalenties gevonden dan in het landelijke onderzoek door het IVO. Dit kan erop duiden dat in de grotere steden de prevalenties hoger liggen.

Speciale groepen jongeren en jongvolwassenen

In de Antenne monitor is het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen, behalve onder scholieren, ook gepeild onder groepen jongeren en jongvolwassenen in het Amsterdamse uitgaansleven (tabel 9.3). Voor zover vergelijkbaar lijkt het gebruik niet zo veel af te wijken van dat in de algemene bevolking. Gebruik van een slaapmiddel op kleine schaal wordt vooral genoemd om 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 tot en met 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%).
- Van de onderzochte groepen was het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen het laagst onder Amsterdamse coffeeshopbezoekers (tabel 9.3).

Tabel 9.3 Gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen in Amsterdam

	Locatie	Peiljaar	Leeftijd (jaar)	Ooit (%)	Actueel (%)
Bezoekers van trendy clubs	Amsterdam	2008	Gem. 25	17	3
Coffeeshopbezoekers	Amsterdam	2009	Gem. 28	12	1
Bezoekers van cafés	Amsterdam	2010	Gem. 27	19	4

Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand) per groep. De uitgaanders die deelnemen aan onderzoek zijn niet representatief voor alle uitgaanders. Bron: Antenne (Benschop et al., 2011).

In 2012 heeft de Antenne monitor bovendien 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 Tendens monitort het gebruik van alcohol en drugs onder jongeren en jongvolwassenen in Gelderland. Net als in de voorafgaande jaren bleek in 2010 dat slaap- en kalmeringsmiddelen slechts een marginale rol speelden in het middelengebruik van de Gelderse jongeren die door de Tendens worden gemonitord (De Jong et al., 2011). Wel 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.

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 jongeren in deze vier grote steden. Het ging om dakloze jongeren van 18 tot en met 22 jaar met een gemiddelde leeftijd van 20 jaar. Het bleek dat 3% van deze dakloze jongeren in 2011 in de afgelopen maand slaap- of kalmeringsmiddelen had 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 jongeren in de afgelopen maand slaap- of kalmeringsmiddelen had gebruikt.

9.4 Problematisch gebruik

Problematisch gebruik omvat, naast acute problemen zoals verkeersongevallen, valincidenten en verslechtering van geheugen en concentratievermogen (zie § 9.7), 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). Verslaving kan al optreden na drie tot zes weken gebruik.

Tabel 9.4 Jaarprevalentie van misbruik en afhankelijkheid van slaap- en kalmeringsmiddelen, naar stoornis en geslacht in de bevolking van 18-64 jaar. Peiljaar 2007-2009

	Jaarprevalentie in %
Stoornis	
Misbruik	0,3
Afhankelijkheid	0,2
Geslacht	
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).

De richtlijn 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). De richtlijn voor angststoornissen adviseert om eerst cognitieve gedragstherapie en/of andere medicijnen te proberen en pas als dit niet aanslaat benzodiazepinen voor te schrijven.
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 langer dan twee jaar te slikken en bij 80% had de huisarts of apotheker nooit voorgesteld om er mee te stoppen (trosradar.nl, 14-04-2014).

Algemene bevolking

In het NEMESIS-onderzoek uit 2007-2009 is onder andere onderzocht hoeveel procent van de Nederlandse bevolking van 18 tot en met 64 jaar, op jaarbasis, voldeed aan de diagnose voor misbruik of afhankelijkheid van slaap- en kalmeringsmiddelen (DSM 4e gewijzigde editie) (De Graaf et al., 2010).

- In het afgelopen jaar voldeed 0,3% 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 9.4).
- 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 duizend mensen met 'misbruik' en om ongeveer 22 duizend mensen met 'afhankelijkheid' van slaap- of kalmeringsmiddelen.

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 (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 '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 verslaafd te raken als zij leden aan slapeloosheid, antidepressiva gebruikten, of al leden aan een alcoholverslaving (Manthey et al., 2012).

Problematische drugsgebruikers

Sommige veldstudies onder problematische drugsgebruikers suggereren dat in deze groep ook geregeld slaap- en kalmeringsmiddelen worden gebruikt.

- In 2012 is het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen nagevraagd onder een veldsteekproef van 401 problematische opiatengebruikers (Cruts et al., 2013). Het bleek dat 26% in het afgelopen jaar deze middelen had gebruikt en 23% in de afgelopen maand. De groep die de afgelopen maand had gebruikt, had gemiddeld op tien dagen in de afgelopen maand slaap- en kalmeringsmiddelen gebruikt.

Daklozen

- 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., 2014).
- De groep van 513 daklozen bestond voor 80% uit volwassenen van 23 jaar en ouder en bestond voor 20% uit jongeren van 18 tot en met 22 jaar. Van de jongeren was 60% man en 63% allochtoon. Van de volwassen daklozen had in de afgelopen maand 10% slaap- en kalmeringsmiddelen gebruikt.
- Van de jongeren onder de daklozen had 3% slaap- en kalmeringsmiddelen gebruikt in de afgelopen maand. 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 10% van de dakloze volwassenen en 8% van de dakloze jongeren in de afgelopen maand slaap- of kalmeringsmiddelen had gebruikt.

9.5 Gebruik: internationale vergelijking

Algemene bevolking

Cijfers over het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen zijn lastig te vergelijken. Het EMCDDA monitort deze middelen nog niet systematisch in de lidstaten van de EU (Casati 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

ESPAD, het European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, maakt het mogelijk om voor scholieren van 15 en 16 jaar vergelijkingen te maken tussen, onder andere, enkele landen van de Europese Unie en Noorwegen (Hibell et al., 2012).

Tabel 9.5 Niet-medisch gebruik van receptmedicijnen onder de algemene bevolking van de Verenigde Staten, Australië en Canada[1]

Land Receptmedicijn	Jaar	Leeftijd (jaar)	Ooit gebruik (%)	Recent gebruik (%)	Actueel gebruik (%)
Verenigde Staten	2013	12 en ouder			
Pijnstillers (opiaten)			13,5	4,2	1,7
Tranquillizers			9,0	2,0	0,6
Sedativa			2,9	0,2	0,1
Australië	2013	14 en ouder			
Pijnstillers (opiaten)				3,3	-
Slaap- en kalmeringsmiddelen				1,6	-
Canada	2012	15 en ouder			
Pijnstillers (opiaten)			-	0,6	-
Slaap- en kalmeringsmiddelen			-	0,1	-
Ontario, Canada					
Opiaten	2010-2011	18 en ouder	-	5,9%	-

I. Verschillen in meetmethoden, vraagstelling en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen. Percentage gebruikers ooit in het leven, recent (laatste jaar) en actueel (laatste maand). - = Gegevens niet beschikbaar. Bronnen: SAMHSA, AIHW, CADUMS.

In het ESPAD onderzoek is in 2003, 2007 en 2011 nagevraagd of de scholieren ooit in hun leven slaap- of kalmeringsmiddelen hebben gebruikt zonder een recept van een arts (tabel 9.5).

- In 2011 gingen Frankrijk (11%), Italië (10%), Nederland (9%) en Griekenland (9%) aan kop. De laagste percentages werden gevonden in Ierland (3%) en Duitsland (2%).
- Nederland scoorde met 9% boven het (ongewogen) gemiddelde van 6% van alle 36 landen die in 2011 aan de ESPAD deelnamen.
- Doorgaans hebben meisjes meer ervaring met het gebruik van deze middelen dan jongens.

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).

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”.

9.6 Hulpvraag en incidenten

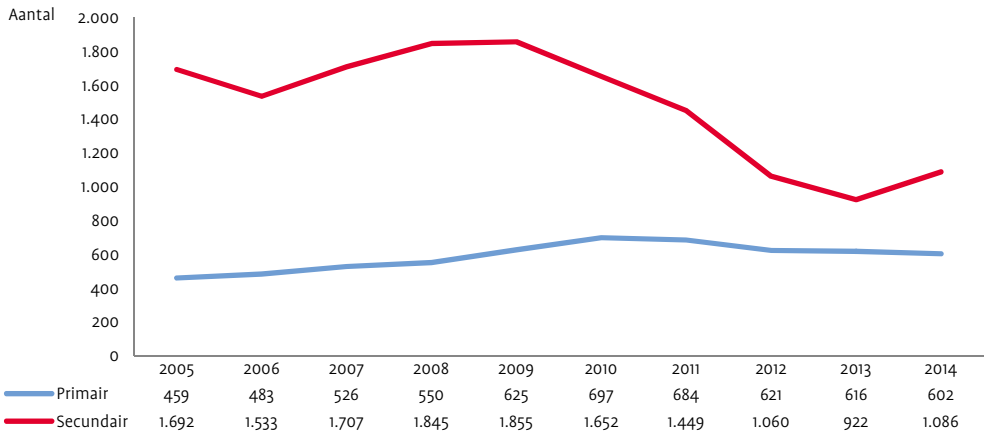
Verslavingszorg

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 2014 hebben in totaal twintig gespecialiseerde instellingen voor verslavingszorg geanonimiseerde gegevens over de hulpverlening aangeleverd aan het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS, Wisselink et al., 2015) (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 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 9.2).
- Per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder steeg het aantal primaire cliënten van 3 in 2005 naar 4 in 2014. Het aandeel van deze primaire cliënten in het totaal aantal primaire drugscliënten steeg van 1% in 2005 naar 2% in 2014.

- 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 9.2). Tussen 2009 en 2013 daalde het aantal secundaire cliënten met 50%. Tussen 2013 en 2014 zette deze daling zich niet voort en lijkt sprake te zijn van een toename (+18%). Voor deze groep was in 2014 het primaire probleem alcohol (55%), heroïne (20%), cocaïne of crack (7%), methadon (6%), of cannabis (4%).

Figuur 9.2 Aantal cliënten bij de verslavingszorg met primaire of secundaire problematiek voor benzodiazepinen, barbituraten, of overige psychofarmaca[1], vanaf 2005



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Primair	459	483	526	550	625	697	684	621	616	602
Secundair	1.692	1.533	1.707	1.845	1.855	1.652	1.449	1.060	922	1.086

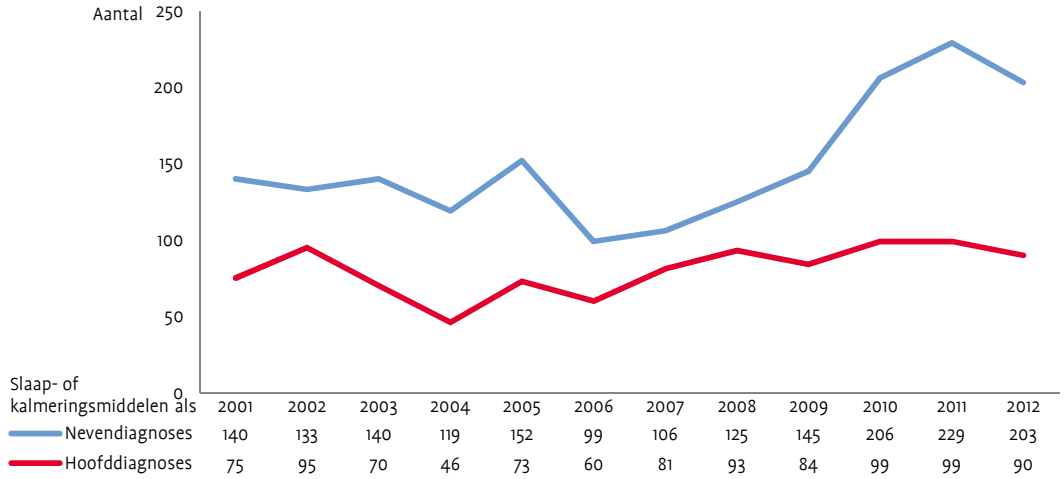
Aantal cliënten. 1. Het betreft hier gemiddeld per jaar voor 88% benzodiazepineproblematiek. Voor de aanleverende instellingen, zie bijlage G. Bron: LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut.

Algemene ziekenhuizen

De algemene ziekenhuizen sturen gegevens over hun opnames anoniem naar de Landelijke Medische Registratie (LMR). Sommige patiënten worden in het ziekenhuis opgenomen vanwege verslaving aan of misbruik van slaap- en kalmeringsmiddelen. Onder de opnames voor verslaving aan en misbruik van drugs maakten de slaap- en kalmeringsmiddelen in 2012 in totaal 17% uit van de hoofddiagnoses en 7% van de nevendiagnoses. Voor 2013 zijn nog geen trendgegevens beschikbaar, zodat alleen gegevens worden gerapporteerd tot en met 2012. Figuur 9.3 toont voor de periode van 2001 tot en met 2012 het aantal klinische opnames met als hoofddiagnose "misbruik van barbituraten of van sedativa en hypnotica met verwante werking" (ICD-9 code 305.4), of "verslaving aan barbituraten of aan sedativa en hypnotica met verwante werking" (ICD-9 code 304.1). De oorspronkelijke barbituraten worden tegenwoordig nog maar weinig voorgeschreven. In de praktijk zal het bij deze middelen vooral gaan om benzodiazepinen.

- Het aantal opnames met slaap- en kalmeringsmiddelenproblematiek als hoofddiagnose vertoont een grillig verloop. Na een daling tussen 2002 en 2004 lijkt er weer een toename waarneembaar tot 2010 die zich daarna heeft gestabiliseerd (figuur 9.3).
- Het aantal opnames met slaap- en kalmeringsmiddelenproblematiek als secundaire diagnose is ongeveer twee keer zo groot. Ook hier lijkt zich een stijgende trend af te tekenen van 2006 tot en met 2011. Tussen 2011 en 2012 vond er een daling plaats met 11% (figuur 9.3).
- 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 2012 om 274 personen. Zij werden in dat jaar minstens één keer opgenomen met misbruik of afhankelijkheid van slaap- en kalmeringsmiddelen als hoofd- of nevendiagnose. Hun gemiddelde leeftijd was 50 jaar; 51% was man.

Figuur 9.3 Klinische opnames in algemene ziekenhuizen met als hoofd- of nevendiagnose misbruik van of verslaving aan slaap- en kalmeringsmiddelen



Slaap- of kalmeringsmiddelen als	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nevendiagnoses	140	133	140	119	152	99	106	125	145	206	229	203
Hoofddiagnoses	75	95	70	46	73	60	81	93	84	99	99	90

Aantal klinische opnames. Hoofddiagnoses en nevendiagnoses volgens ICD-9 codes: 305.4 (misbruik van barbituraten of van sedativa en hypnotica met verwante werking) en 304.1 (verslaving aan barbituraten of aan sedativa en hypnotica met verwante werking). Bron: LMR, 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 benzodiazepinen werden 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 pijnstiller 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 rijveiligmetmedicijnen.nl ontwikkeld. Het doel van deze website is om de bewustwording te vergroten over de risico's van medicijnen in het verkeer.

9.7 Ziekte en sterfte

Ziekte

Niet alleen bij nietmedisch 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.

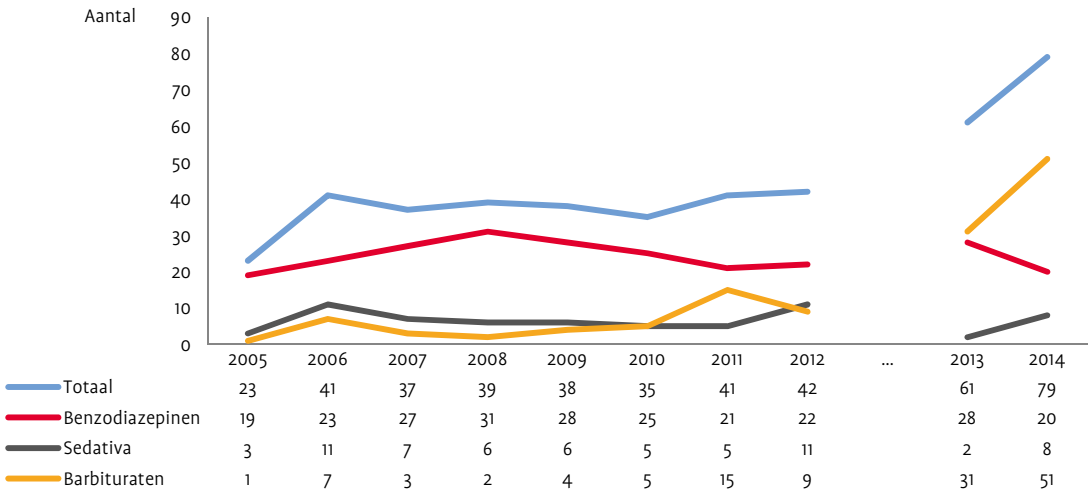
- De bijwerkingen zijn onder andere "sedatie met een zwaar gevoel", evenwichtsstoornissen, trage spraak, desoriëntatie en geheugenstoornissen, het verlies van initiatief, trager reageren, geheugen- en concentratieproblemen, emotionele en relationele vervlakking, het niet verwerken van pijnlijke ervaringen en verminderde kwaliteit van de slaap, waardoor men overdag suf of moe is (Lader, 2014; farmacotherapeutischkompas.nl).
- De risico's zijn onder andere valincidenten, met name bij ouderen (Broekhuizen, 2014), verkeersongelukken (Amarasuriya et al., 2012; Lader, 2014; Leufkens et al., 2014; zie ook § 8.6) 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 benzodiazepines door ouderen de kans op dementie verhoogt (Van der Laak, 2012) 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 benzodiazepinen, sedativa en barbituraten (figuur 9.4). 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. Vanwege de overgang naar automatische codering in 2013, kunnen de gegevens vanaf 2013 niet rechtstreeks vergeleken worden met de gegevens van de voorafgaande jaren.

- Tussen 2005 en 2012 schommelde het aantal gevallen rond gemiddeld 37 gevallen per jaar.
- In 2013 werden 61 gevallen geregistreerd, waarvan 28 voor benzodiazepinen, 2 voor sedativa en 31 voor barbituraten. In 2014 werden 79 gevallen geregistreerd, waarvan 20 voor benzodiazepinen, 8 voor sedativa en 51 voor barbituraten. Meestal ging het hierbij om suïcide. In de 20 gevallen van benzodiazepinen ging het in alle gevallen om suïcide. Naar alle waarschijnlijkheid hebben in deze gevallen naast de benzodiazepinen ook andere middelen nog een rol gespeeld. In de 8 gevallen voor sedativa ging het in 7 gevallen om suïcide. In de 51 gevallen voor barbituraten ging het in alle gevallen om suïcide.

Figuur 9.4 Sterfgevallen door overdosering van slaap- en kalmeringsmiddelen in Nederland, vanaf 2005



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	...	2013	2014
Totaal	23	41	37	39	38	35	41	42		61	79
Benzodiazepinen	19	23	27	31	28	25	21	22		28	20
Sedativa	3	11	7	6	6	5	5	11		2	8
Barbituraten	1	7	3	2	4	5	15	9		31	51

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.

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 heeft plaatsgevonden in 2014, waren er 6 gevallen waarin benzodiazepinen mogelijk een rol hadden gespeeld bij het overlijden. 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 opgeteld. Daarnaast moet worden opgemerkt dat het aantal door het NFI uitgevoerde gerechtelijke secties is afgenomen, van ongeveer 600 secties in 2000 tot naar verwachting ongeveer 300 in 2015.

9.8 Aanbod en markt

Benzodiazepines zijn op voorschrift van een arts voor bepaalde indicaties verkrijgbaar.

- De vergoeding van benzodiazepinen via de basisverzekering is per 1 januari 2009 sterk ingeperkt en geldt alleen nog voor een kleine groep patiënten voor enkele specifieke indicaties. Deze indicaties zijn epilepsie, angststoornissen indien therapie met antidepressiva heeft gefaald, multipele psychiatrische problematiek en palliatieve sedatie bij terminale zorg; ook wordt diazepam vergoed bij spierspasmen door neurologische aandoeningen (sfk.nl, 06092012).
- Deze maatregel is ingevoerd om het chronisch gebruik terug te dringen en te voorkómen; vanwege de verslavende werking van deze medicijnen; en om kosten te beperken die het ongewenst chronisch gebruik met zich meebrengt (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2009). Na ingang van de maatregel daalde het totaal aantal verstrekte benzodiazepinen met 15%; van 209 miljoen in 2008 naar 177 miljoen in 2009 (sfk.nl, 06092012, zie ook § 9.4).

- 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 weer met 1% van 177 naar 179 miljoen (sfk.nl, 06-09-2012).
- In 2010 betaalden de gebruikers zelf per kwartaal 28 miljoen standaarddagdoseringen benzodiazepinen. In het derde kwartaal van 2014 was dit gedaald naar 23 miljoen standaarddagdoseringen benzodiazepinen die door de gebruikers zelf werden betaald (sfk.nl, 11-12-2014).
- Volgens gegevens uit het Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP) werd door zorgverzekeraars in 2010 voor ongeveer 31 miljoen euro aan slaap- en kalmeringsmiddelen vergoed. In 2014 lag dit bedrag op ongeveer 33 miljoen euro (gipdatabank.nl, 26-05-2015).

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, igz.nl). De Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) heeft de afgelopen jaren gewaarschuwd voor vervalste recepten voor het slaapmiddel zolpidem (knmp.nl, 24-04-2013); methylfenidaat, een middel voor de behandeling van aandachtstekort met hyperactiviteit (knmp.nl, 14-03-2014); alprazolam, een benzodiazepine (knmp.nl, 14-04-2014); tramadol, een morfineachtige pijnstiller (knmp.nl, 19-05-2014, 07-05-2015) en oxycodon, een sterke opiaatachtige pijnstiller (knmp.nl, 26-01-2015, 17-03-2015).

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 (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 het CIBG (T.K. 29477-314).
- 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 (igz.nl, 18-06-2015). Het ging vooral om erectiepillen, afslankmiddelen en slaapmiddelen.

10. Alcohol

10.1	Laatste feiten en trends	▶ pagina 234
10.2	Gebruik: algemene bevolking	▶ pagina 235
10.3	Gebruik: jongeren	▶ pagina 240
10.4	Problematisch gebruik	▶ pagina 249
10.5	Gebruik: internationale vergelijking	▶ pagina 251
10.6	Hulpvraag en incidenten	▶ pagina 252
10.7	Ziekte en sterfte	▶ pagina 260
10.8	Aanbod en markt	▶ pagina 264

10. Alcohol

Inleiding

Alcohol ontstaat uit het vergisten van granen en vruchten. Alcohol wordt gedronken in de vorm van bier, wijn, of gedistilleerd. Een glas bier (25 cl), een glas wijn (10 cl) en een borrel sterke gedistilleerde drank (3,5 cl) bevatten allemaal ongeveer 10 gram alcohol.

Alcohol werkt ontremmend en veroorzaakt een lichte roes. In sociale situaties ervaren consumenten alcohol als ontspannend en bevorderlijk voor een goede stemming. In andere situaties kan alcohol een agressieve stemming versterken. Alcohol is een verslavende stof. Bij regelmatig gebruik treden gewenning en tolerantie op.

Alcoholgebruik behoort wereldwijd tot de belangrijkste risicofactoren voor ziekte en sterfte. Ook de maatschappelijke en sociale schade door alcoholgebruik is groot. Alcoholgebruik kostte de Nederlandse samenleving in 2001 naar schatting 2,6 miljard euro. Kosten hebben betrekking op werk (productiviteitsverlies door werkverzuim, ziekte, slechtere prestaties), misdrijven en overtredingen (vernielingen, verkeersongevallen en justitiële kosten van politie, rechtspraak), verslavingszorg en gezondheidszorg. Gecorrigeerd voor inflatie betekent dit dat deze kosten in 2011 gestegen zijn tot zo'n 3,7 miljard euro (KPMG, 2001; STAP, 2010; www.alcoholinfo.nl).

Preventie van schadelijk alcoholgebruik vormt een van de speerpunten van het beleid van het Ministerie van VWS. De Drank- en Horecawet, die bijna 50 jaar oud is, werd in 2013 en 2014 fors gewijzigd. In 2013 was een belangrijke wijziging de grotere rol voor de gemeenten. Het toezicht op de handhaving van de Drank- en Horecawet werd overgedragen van de Nederlandse Voedsel en Warenautoriteit naar de gemeenten. Tevens startte de overheid de 'NIX18 campagne', een meerjarige massamediale campagne om het drinken van alcohol en roken onder 18 jaar te ontmoedigen. De belangrijkste wijziging 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. Zij moeten periodiek een preventie en handhavingsplan vaststellen (zie voor meer informatie over het beleid hoofdstuk 2).

10.1 Laatste feiten en trends

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

- Acht op de tien Nederlanders drinken. Alcohol wordt door volwassenen van alle leeftijden gebruikt. Vanaf 75 jaar neemt het aantal drinkers af. Volgens verkoopcijfers is er de afgelopen jaren een daling zichtbaar in de consumptie van alcohol per hoofd van de bevolking. Per persoon (vanaf 0 jaar) wordt gemiddeld 7 liter pure alcohol per jaar gedronken (§ 10.2).

- Iets meer dan één op de negen Nederlanders van 12 jaar en ouder voldeed in 2014 aan de definitie 'zware drinker' (minstens één keer per week drinken van zes of meer glazen alcohol op één dag voor mannen of vier glazen voor vrouwen) (§ 10.4).
- Tussen 2011 en 2013 is het actueel alcoholgebruik onder 12-16-jarige scholieren van het reguliere voortgezet onderwijs verder afgenomen (§ 10.3).
- Het percentage 'binge drinkers' (drinken van vijf of meer glazen bij één gelegenheid) onder de scholieren die de afgelopen maand dronken is tussen 2011 en 2013 toegenomen (§ 10.3).
- De naleving van de leeftijdsgrens voor de verkoop van alcoholhoudende dranken is sinds de ophoging van de leeftijdsgrens naar 18 jaar verslechterd. In 2015 werd op landelijk niveau de leeftijdsgrens van 18 jaar in 22% van de aankooppogingen nageleefd (§ 10.8).
- Het aantal cliënten bij de verslavingszorg met een primair alcoholprobleem schommelt de afgelopen tien jaar rond hetzelfde niveau. Het aandeel van personen van 60 jaar of ouder stijgt (§ 10.6).
- In 2013 werden ongeveer 15 duizend personen opgenomen in algemene ziekenhuizen met als hoofd- of nevendiagnose een alcoholprobleem (§ 10.6). Vanwege de overgang naar een nieuw classificatiesysteem zijn geen vergelijkingen met voorgaande jaren te maken.
- Het aantal jongeren dat wegens overmatig alcoholgebruik door een kinderarts in een ziekenhuis werd behandeld is in 2014 licht gestegen (§ 10.6).
- Volgens een schatting waren er in 2013 tussen 60 en 135 verkeersdoden als gevolg van alcoholgebruik in het verkeer. Er zijn geen eerdere schattingen.

10.2 Gebruik: algemene bevolking

Alcoholgebruik is wijd verbreid 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 worden de jaarlijkse gegevens verzameld in het kader van de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. het RIVM en het Trimbos-instituut.

In een andere monitor worden sinds 2012 eens per vier jaar gegevens in de bevolking van 19 jaar en ouder verzameld door de 28 GGD-en, in samenwerking met het CBS en het RIVM. Dit is de Gezondheidsmonitor. In de eerste en nu nog enige Gezondheidsmonitor (van 2012) zijn gegevens gerapporteerd voor ruim 387 duizend mensen. De Gezondheidsenquête wordt in dit Jaarbericht gebruikt voor het rapporteren van trends over de tijd (tot en met 2013) en de Gezondheidsmonitor voor verdiepende informatie.

Door een methodebreuk in de Gezondheidsenquête in 2014 zijn de alcoholvariabelen ongeschikt om trends vast te stellen tussen de eerdere jaren en 2014. Bij het herontwerp van 2014 zijn er wijzigingen doorgevoerd in het design (de wijze van ondervragen, de vragenlijsten zelf) en het weegmodel[1] (zie Morren en Willems (2015) voor een gedetailleerde beschrijving van de wijzingen en een analyse van de mogelijke invloed van de methodebreuk op de trends). Door deze methodebreuk zijn er voor alcohol wijzigingen in de uitkomsten alcoholgebruikers in de algemene bevolking, zware drinker (lager dan verwacht) en alcoholconsumptie (aantal glazen; hoger dan verwacht). De resultaten in 2014 kunnen daarom niet worden vergeleken met die uit voorgaande jaren.

1 Aan het weegmodel zijn de variabelen inkomen en vermogen toegevoegd, waarmee kan worden gecorrigeerd voor de overwegend lagere respons in groepen met een lager inkomen en vermogen. Groepen met een slechtere gezondheid en een minder gezonde leefstijl krijgen daardoor meer gewicht.

- De meest recente trend die kan worden gerapporteerd beschrijft de periode 2010-2013, omdat ook de jaren daarvoor wegens een eerdere methodebreuk in 2010 niet vergelijkbaar zijn. Het percentage alcoholgebruikers in deze periode schommelde rond de 80%: 78% van de Nederlandse bevolking van 12 jaar en ouder in 2010 en 81% in 2012 en 2013 (zie Jaarbericht 2013/2014).
- Volgens de meting van 2014 van de Gezondheidsenquête van het CBS heeft 77% van de Nederlandse bevolking van 12 jaar en ouder het afgelopen jaar wel eens alcohol gedronken (tabel 10.1). Van de 23% die het afgelopen jaar geen alcohol dronk, had de helft nog nooit alcohol gedronken en de andere helft was ex-drinker.

Leeftijd en geslacht

- Meer mannen dan vrouwen drinken alcohol (tabel 10.1). In 2014 dronk 82% van de mannen van 12 jaar en ouder wel eens alcohol en 72% van de vrouwen.
- Ook zijn er verschillen tussen leeftijdsgroepen. Van de 12-16-jarigen heeft 14% wel eens alcohol gedronken, van de 16-20-jarigen is dat driekwart. Tussen 20 en 65 jaar ligt het percentage drinkers boven de 80%. Van de 75 plussers drinkt 71% alcohol.

Tabel 10.1 Alcoholgebruik[1], ex-drinkers en nooit-drinkers in de Nederlandse bevolking van 12 jaar en ouder naar geslacht en leeftijd. Peiljaar 2014

	Alcoholgebruik (%)	Ex-drinkers (%)	Nooit-drinkers (%)
Totaal	76,7	11,6	11,7
Mannen	82,0	9,2	8,7
Vrouwen	71,5	14,0	14,6
12 tot 16 jaar	14,3	14,2	71,5
16 tot 20 jaar	74,6	7,6	17,8
20 tot 30 jaar	87,2	7,9	4,9
30 tot 40 jaar	80,5	10,8	8,7
40 tot 50 jaar	81,5	10,7	7,8
50 tot 55 jaar	80,9	11,3	7,7
55 tot 65 jaar	80,7	13,7	5,6
65 tot 75 jaar	78,6	13,0	8,4
75 jaar of ouder	70,9	17,5	11,6

I. Percentage dat het afgelopen jaar alcohol heeft gedronken. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2014.

Opleidingsniveau

De Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor 2014 toont dat alcoholgebruik vaker voorkomt onder hoogopgeleiden dan onder laagopgeleiden.

- Bijna 90% van de HBO of universitair afgestudeerden gebruikt wel eens alcohol, tegen 62% met als hoogste onderwijsniveau basisonderwijs.
- Vergeleken met hoogopgeleiden zijn laagopgeleiden zowel vaker ex-drinker (19% van de personen met uitsluitend basisonderwijs tegenover 7% van de personen met een HBO- of universitaire opleiding) als nooit-drinker (20% basisonderwijs tegenover 4% van de HBO- of universitair opgeleiden). Het CBS heeft in de cijfers naar onderwijsniveau alleen personen van 25 jaar of ouder meegenomen. Bij jongeren is het moeilijk om een voltooid onderwijsniveau vast te stellen, omdat zij vaak nog naar school gaan of studeren.

Herkomst

Autochtonen drinken vaker wel eens alcohol (81%) dan niet-westerse allochtonen (47%).

- Van de niet-westerse allochtonen drinkt de eerste generatie vaker (51%) wel eens alcohol dan de tweede generatie (40%).
- Westerse allochtonen nemen een middenpositie in: 76% van hen drinkt wel eens; de tweede generatie (79%) verschilt niet statistisch significant van de eerste generatie (71%).

Mate van consumptie

Het gemiddeld aantal glazen alcohol per dag per drinker van 12 jaar of ouder is 1,4. Dit gemiddelde is berekend door het aantal doordeweekse drinkdagen te vermenigvuldigen met het aantal glazen op een doordeweekse dag op te tellen bij het aantal weekend drinkdagen maal glazen op een weekenddag, en die som te delen door zeven.

- Mannen drinken meer glazen per dag (1,7) dan vrouwen (1,0).
- Ouderen tussen 65 en 75 jaar drinken gemiddeld het meest (1,7 glazen per dag); jongeren tussen 16 en 20 jaar drinken net als 30-40-jarigen gemiddeld het minst aantal glazen per dag (1,1).
- Autochtonen (1,4 glazen per dag) en westerse allochtonen (1,5 glazen per dag) drinken gemiddeld meer per dag dan niet-westerse allochtonen (1,0 glazen per dag).

Zwaar drinken

Volgens het CBS zijn "zware drinkers" mannen die minstens één keer per week zes of meer glazen alcohol op één dag drinken, of vrouwen die minimaal vier glazen op één dag drinken (CBS, 2012). Deze definitie wordt sinds 2012 gehanteerd (daarvoor golden voor mannen en vrouwen dezelfde hoeveelheid). Vanwege de eerder beschreven methodebreuk in de dataverzameling en –verwerking kan voor het percentage zware drinkers geen vergelijking tussen 2014 en voorgaande jaren worden gemaakt.

- In 2014 was 11,5% van de drinkers in de bevolking van twaalf jaar en ouder een zware drinker, 13,2% van de drinkende mannen en 9,7% van de drinkende vrouwen.
- Jongvolwassenen tussen 20 en 30 jaar scoren het hoogst op deze maat. In 2014 lag het percentage zware drinkers in deze leeftijdsgroep op 18,6% (figuur 10.1).
- Niet-westerse allochtonen zijn minder vaak een zware drinker (7,8%) dan autochtonen (12,0%).
- Universitair opgeleiden zijn minder vaak een zware drinker (7,6%) dan personen met uitsluitend basisonderwijs (12,5%), maar de verschillen zijn niet statistisch significant.

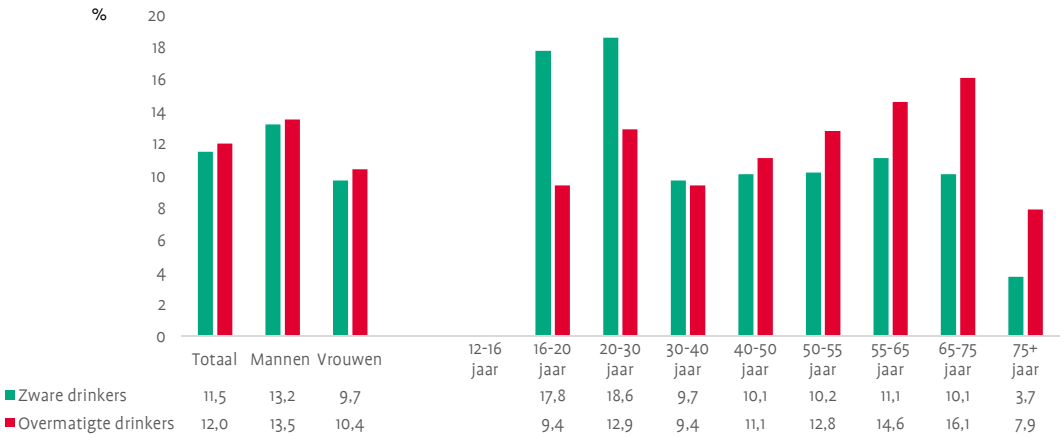
Overmatig drinken

Naast zwaar drinken is ook overmatig drinken risicovol (meer dan 21 glazen per week voor mannen en meer dan 14 glazen per week voor vrouwen). Een drinker kan aan beide definities tegelijk voldoen. Op jonge leeftijd (tot 30 jaar) overheerst een patroon van zwaar drinken (minimaal één dag in de week veel drinken). Naarmate de leeftijd stijgt neemt het percentage overmatige drinkers toe (figuur 10.1).

- Niet-westerse allochtonen zijn minder vaak een overmatige drinker (7,1% van de drinkers) dan autochtonen (12,2%) en westerse allochtonen (13,6%).
- Universitair opgeleiden zijn minder vaak een overmatige drinker (10,2% van de drinkers) dan personen met uitsluitend basisonderwijs (16,3%); de verschillen zijn marginaal statistisch significant.

Volgens de Gezondheidsmonitor uit 2012 hebben de GGD-regio's Amsterdam en Gooi en Vechtstreek de hoogste percentages overmatige drinkers en heeft regio Flevoland het laagste percentage.

Figuur 10.1 Zware drinkers en overmatige drinkers van alcohol naar geslacht en leeftijd onder mensen van 12 jaar en ouder. Peiljaar 2014



Percentages zware drinkers en overmatige drinkers onder de drinkers van 12 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, 2014. Let op dat vanwege een nieuwe definitie van zwaar drinken deze cijfers niet te vergelijken zijn met 2013 en eerder.

Verkoopcijfers

Verkoopcijfers geven een indicatie van de hoeveelheid alcohol die jaarlijks per hoofd van de bevolking wordt geconsumeerd (Productschap Wijn, 2014; Productschap Dranken, 2014; stiva.nl; nederlandsebrouwers.nl, stap.nl).

- De consumptie van alcohol was in Nederland het grootst in de tweede helft van de jaren zeventig en in de jaren tachtig. Daarna volgde een lichte daling, die zich vanaf het begin van de jaren negentig licht heeft doorgezet (tabel 10.2).
- Per hoofd van de bevolking (let op: vanaf 0 jaar) werd in 2014 68 liter bier, 20 liter wijn en 3,3 liter gedistilleerd geconsumeerd. Dat is bij elkaar 7,0 liter pure alcohol (stap.nl).
- De consumptie van bier in Nederland is sinds 1990 afgenomen, van ongeveer 90 liter (consumptiesterkte) per hoofd van de bevolking in de jaren negentig naar iets onder de 70 liter nu. De consumptie van wijn is in dezelfde periode langzaam toegenomen, en lijkt in recente jaren weer licht te dalen naar 20 liter. Na een sterke daling vanaf 1975 is ook de consumptie van gedistilleerde dranken de laatste jaren stabiel.

Tabel 10.2 Bier, wijn en gedistilleerd per hoofd van de hele bevolking (in liters pure alcohol), vanaf 1960

Jaar	Bier	Wijn	Gedistilleerd	Totaal
1960	1,2	0,2	1,1	2,6
1965	1,9	0,5	1,9	4,2
1970	2,9	0,8	2,0	5,7
1975	4,0	1,5	3,4	8,9
1980	4,8	1,4	2,7	8,9
1985	4,2	2,0	2,2	8,5
1990	4,1	1,9	2,0	8,1
1995	4,1	2,2	1,7	8,0
2000	4,1	2,3	1,7	8,2
2002	4,0	2,3	1,7	8,0
2003	4,0	2,5	1,5	7,9
2004	3,9	2,6	1,4	7,9
2005	3,9	2,7	1,3	7,9
2006	3,9	2,8	1,3	7,9
2007	3,9	2,6	1,3	7,7
2008	3,9	2,7	1,3	7,9
2009	3,6	2,7	1,3	7,6
2010	3,6	2,8	1,3	7,6
2011	3.6	2.8	1,2	7,4
2012	3,6	2,8	1,3	7,7
2013	3,5	2,5	1,2	7,2
2014	3,4	2,5	1,1	7,0

In liters pure alcohol. Omrekenfactor percentage alcohol per liter: bier: 5%; wijn: 12,5%; gedistilleerd: 35%. Bronnen: Productschap Dranken, Productschap Wijn, STIVA, STAP.

10.3 Gebruik: jongeren

Scholieren van het regulier onderwijs

Verschillende landelijke onderzoeken monitoren het drinkgedrag van jongeren. Het Peilstationsonderzoek scholieren wordt elke vier jaar door het Trimbos-instituut uitgevoerd en verzamelt cijfers over middelengebruik (o.a. alcoholgebruik) van scholieren van 10-18 jaar. De laatste meting was in 2011 (Verdurmen et al., 2012). De Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-studie, uitgevoerd door de Universiteit Utrecht, het Trimbos-instituut en het Sociaal en Cultureel Planbureau, verzamelt onder auspiciën van de WHO gegevens over gezondheidsgedrag, waaronder alcoholgebruik, onder schoolgaande jongeren van 11-16 jaar. Nederland heeft in 2001, 2005, 2009 en 2013 deelgenomen (De Looze et al., 2014). De onderwerpen en vraagstellingen in beide studies overlappen deels. In de komende jaren zullen in het kader van de integratie van leefstijlmonitors de verschillende jeugdmonitors op elkaar worden afgestemd (Kramers et al., 2012).

Trends

De Peilstationsonderzoeken laten zien dat het gebruik van alcohol onder scholieren van 12-18 jaar tussen begin jaren negentig en 2003 toenam (Verdurmen et al., 2012; zie ook NDM Jaarbericht 2012). Vanaf 2003 was weer een daling waarneembaar, vooral in de jongere leeftijdsgroepen. In 2003 had 58% van de scholieren van 12-18 jaar alcohol gedronken, versus 43% in 2011.

Voor het beschrijven van trends van 2003 tot en met 2013[2] zijn gegevens van de Peilstationsonderzoeken en HBSC-studies gecombineerd, die via een vergelijkbare vraagstelling zijn verkregen. Voor de vergelijkbaarheid tussen beide onderzoeken zijn voor deze trends alleen de scholieren van 12-16 jaar in de eerste tot en met vierde klas van het voortgezet onderwijs geselecteerd.

Vanwege een veranderde vraagstelling in de HBSC-studie uit 2013 (hoeveel *dagen* heb je in je hele leven alcohol gedronken) ten opzichte van de formulering in 2009 (hoeveel *keer* heb je in je hele leven alcohol gedronken) is er onderzoek gedaan of dit de uitkomsten kan beïnvloeden. Er is een klein verschil gevonden in het ooitgebruik van alcohol, waarbij de formulering uit 2013 leidt tot lagere uitkomsten dan de formulering uit 2009. De gewijzigde formulering van de vraag naar alcoholgebruik in de laatste maand heeft niet tot significant andere uitkomsten geleid voor de totale groep jongeren, maar wel voor de (oudere) jongeren van 15 en 16 jaar, die met de nieuwe formulering significant hoger op laatste maand gebruik uitkomen.

- In 2013 had 46% van de leerlingen van 12-16 jaar op 'reguliere' middelbare scholen ervaring met alcohol. Dat was minder dan in alle voorgaande peilingen (figuur 10.2), al zullen de uitkomsten ook iets lager zijn vanwege de veranderde vraagstelling (zie hierboven). Deze kan echter slechts een klein deel van het verschil verklaren. Het grootste deel van de daling in het gemeten ooitgebruik van alcohol zal berusten op een werkelijk afname.
- In 2013 had 27% van de ondervraagde leerlingen in de maand voor de peiling alcohol gedronken. Dit is eveneens minder dan in alle voorgaande peilingen sinds 2003. Het is onaannemelijk dat deze daling berust op de veranderde formulering van de vraag.

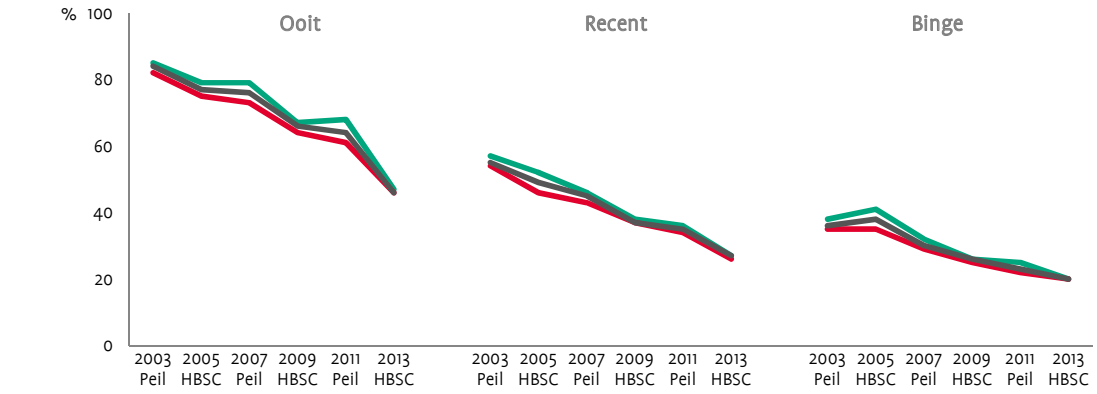
2 De trend loopt vanaf 2003, omdat in de HBSC-studie van 2001 de vragen over alcoholgebruik sterk afweken van die van latere studies, en de resultaten daardoor onvergelijkbaar waren.

Binge drinken

Binge drinken wordt gedefinieerd als het drinken van vijf of meer glazen alcohol bij één gelegenheid. Binge drinken is geassocieerd met tal van medische aandoeningen en vergroot het risico op ongevallen, onafhankelijk van de totale dagelijkse alcoholconsumptie (Roerecke en Rehm, 2010; Petit et al., 2014).

- Hoewel het ooit en actuele alcoholgebruik daalde, bleef het percentage bingedrinkers in de totale groep 12-16-jarige scholieren (scholieren die alcohol drinken en scholieren die geen alcohol drinken) tussen 2011 en 2013 stabiel. In 2013 had 20% van alle 12-16-jarige scholieren in de afgelopen maand wel eens vijf glazen of meer alcohol bij één gelegenheid gedronken. Dat verschilt niet van 2011, maar is wel statistisch significant minder dan in 2009 en de jaren ervoor (figuur 10.2).
- Wanneer echter uitsluitend wordt gekeken naar scholieren die in de afgelopen maand hebben gedronken, is een statistisch significante toename van het aandeel binge drinkers waarneembaar, van 64% in 2011 naar 72% in 2013 (niet afgebeeld in de figuur). Ook de toename tussen 2003 en 2013 is statistisch significant. In de meetjaren 2003, 2007 en 2009 schommelde het aandeel bingedrinkers onder de scholieren die de afgelopen maand dronken rond 65%. In 2005 was het aandeel nog hoger (75%) (De Looze et al., 2014).
- Een minderheid (5%) van de scholieren die in de afgelopen maand alcohol hadden gedronken nam meer dan 10 glazen op een dag in het weekend. Deze hoeveelheid kan als zeer risicovol worden gezien, zeker op deze jonge leeftijd. Meisjes verschilden hierin niet van jongens.

Figuur 10.2 Gebruik van alcohol onder scholieren van 12-16 jaar, vanaf 2003



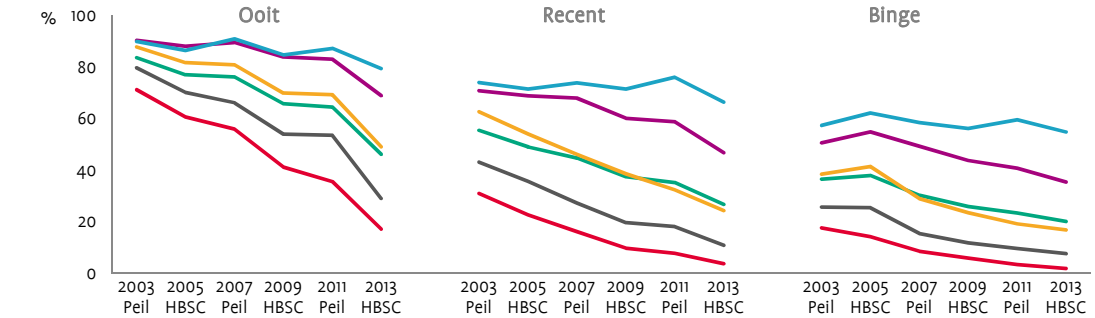
	Ooit						Recent						Binge					
	2003 Peil	2005 HBSC	2007 Peil	2009 HBSC	2011 Peil	2013 HBSC	2003 Peil	2005 HBSC	2007 Peil	2009 HBSC	2011 Peil	2013 HBSC	2003 Peil	2005 HBSC	2007 Peil	2009 HBSC	2011 Peil	2013 HBSC
Jongens	85	79	79	67	68	47	57	52	46	38	36	27	38	41	32	26	25	20
Meisjes	82	75	73	64	61	46	54	46	43	37	34	26	35	35	29	25	22	20
Totaal	84	77	76	66	64	46	55	49	45	37	35	27	36	38	30	26	23	20

Percentage drinkers ooit in het leven, in de laatste maand (actueel), en binge drinken (afgelopen maand één keer of vaker vijf glazen of meer op één gelegenheid gedronken). De meting in 2013 kan licht zijn beïnvloed door een veranderde vraagstelling. Zie toelichting in tekst. De daling in ooit-alcoholgebruik en in actueel alcoholgebruik is statistisch significant (gedefinieerd als niet-overlappende betrouwbaarheidsintervallen) tussen 2003 en 2013 en ook tussen 2011 en 2013. Bingedrinken is niet statistisch significant veranderd tussen 2011 en 2013. Zie ook de tekst. Bron: Peilstationsonderzoek scholieren en Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), Trimbos-instituut.

Leeftijd en geslacht

- Scholieren hebben al op jonge leeftijd hun eerste ervaring met alcoholgebruik. In groep 8 van het basisonderwijs (de gemiddelde leeftijd van basisscholieren in de steekproef van 2013 was 11,2 jaar) heeft ongeveer één op de tien scholieren al ooit alcohol gedronken. Dat percentage loopt snel op tussen het twaalfde en het zestiende levensjaar (figuur 10.3). Van de zestienjarigen heeft bijna 80% wel eens alcohol gedronken. Twee derde van de zestienjarigen dronk in de laatste maand en bijna de helft (45%) is tenminste één keer in hun leven dronken geweest. Ook binge drinken neemt toe met het ouder worden. Het aantal bingedrinkers op 12-jarige leeftijd (2%) was veel lager dan op 16-jarige leeftijd (55%) (De Looze et al., 2014).
- De eerder genoemde daling in het ooitgebruik en actueel gebruik van alcohol in het voortgezet onderwijs sinds 2003 deed zich vooral voor onder jongeren van 12 tot en met 15 jaar (figuur 10.3). In 2013 had op twaalfjarige leeftijd minder dan een vijfde (17%) van de scholieren al eens een glas alcohol gedronken. In 2007 was dat ruim drie keer meer (56%). Van de vijftienjarigen in 2013 had 69% ooit alcohol gebruikt en ook dat was een beduidend lager dan in 2007 (89%) en 2011 (83%).
- Het aantal binge drinkers onder alle 12 tot en met 15-jarige scholieren nam tussen 2003 en 2013 statistisch significant af (figuur 10.3). Tussen 2011 en 2013 werden in deze groepen geen verschillen gevonden. Onder alle 16-jarige scholieren bleef het aandeel binge drinkers stabiel.
- Daarentegen is in de subgroep scholieren die de afgelopen maand alcohol dronk in geen enkele specifieke leeftijdscategorie de afgelopen jaren sprake geweest van een afname in binge drinken (niet afgebeeld in figuur).
- Jongens en meisjes in het voortgezet onderwijs verschillen niet significant in ooit, actueel of binge drinken (figuur 10.2). In groep 8 drinken jongens (15%) wel vaker dan meisjes (7%) (De Looze et al., 2014).

Figuur 10.3 Trends in het gebruik van alcohol naar leeftijd, vanaf 2003



	Ooit						Recent						Binge					
	2003 Peil	2005 HBSC	2007 Peil	2009 HBSC	2011 Peil	2013 HBSC	2003 Peil	2005 HBSC	2007 Peil	2009 HBSC	2011 Peil	2013 HBSC	2003 Peil	2005 HBSC	2007 Peil	2009 HBSC	2011 Peil	2013 HBSC
Totaal	84	77	76	66	64	46	55	49	45	37	35	27	36	38	30	26	23	20
12	71	61	56	41	35	17	31	23	16	10	8	4	18	14	9	6	3	2
13	80	70	66	54	53	29	43	36	27	20	18	11	26	25	15	12	10	8
14	88	82	81	70	69	49	63	54	46	39	32	24	38	41	29	23	19	17
15	90	88	89	84	83	69	71	69	68	60	59	47	51	55	49	44	41	35
16	90	86	91	85	87	79	74	71	74	71	76	66	57	62	58	56	59	55

Percentage drinkers ooit in het leven, in de laatste maand en binge drinken (afgelopen maand één keer of vaker vijf glazen of meer op één gelegenheid gedronken). Bron: Peilstationsonderzoek scholieren en Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), Trimbos-instituut.

Schoolniveau en etnische afkomst

- Alcoholgebruik neemt toe naarmate het schoolniveau afneemt. In 2013 was het verschil het grootst tussen VWO-leerlingen en VMBO-leerlingen (tabel 10.3). HAVO-leerlingen lagen qua actueel alcoholgebruik dicht bij VWO-leerlingen, en qua binge drinken tussen VWO-ers en VMBO-ers in. De helft (52%) van de VWO-leerlingen dronk wel eens meer dan vijf glazen, maar zij dronken zelden tien glazen of meer (<1%); beide kwam vaker voor bij VMBO-leerlingen.
- Van de autochtone jongeren dronk 28% in de afgelopen maand alcohol, tegenover 18% van de allochtone jongeren. Dit verschil kan voor een deel worden verklaard door de islamitische achtergrond van de allochtone leerlingen: de helft van de allochtone leerlingen in het voortgezet onderwijs gaf aan islamitisch te zijn.
- Echter, àls jongeren zeiden te drinken, was er geen verschil tussen autochtone of allochtone scholieren in binge drinken of het drinken van grote hoeveelheden drank in het weekend.

Tabel 10.3 Alcoholgebruik naar schoolniveau onder scholieren van 12-16 jaar van het voortgezet onderwijs. Peiljaar 2013

	Actueel gebruik (%)	Binge drinken onder actuele drinkers (%)	> 10 keer alcoholgebruik in de afgelopen maand onder actuele drinkers (%)
VMBO-b	30	81	9
VMBO-t	35	77	6
HAVO	22	70	3
VWO	21	52	<1

Binge drinken: vijf glazen of meer alcohol drinken bij één gelegenheid in de afgelopen maand. Actueel gebruik = in de laatste maand. Bron: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), Trimbos-instituut.

Alcohol en probleemgedrag

- Uit eerdere studies blijkt dat leerlingen van 12-16 jaar die wekelijks drinken meer delinquent en agressief gedrag vertonen dan jongeren die niet wekelijks drinken. Jongens en meisjes verschillen hierin niet. Verbanden zijn sterker bij de jongere leeftijdsgroepen (Verdurmen et al., 2005a; Schrijvers en Schoemakers, 2008).
- Onder plattelandsjongeren (13-18 jaar) bestaat een duidelijke relatie tussen omvang van het alcoholgebruik en frequentie van cafébezoek enerzijds en delinquent gedrag anderzijds (Weenink, 2011). Plattelandsjongeren zijn jongeren die wonen in niet-stedelijke gebieden (<500 adressen per km^2) en weinig stedelijke gebieden (500 – 1.000 adressen per km^2).
- Onder jongeren van 12 en 13 jaar hangt wekelijks alcoholgebruik ook samen met somatische klachten en angst en depressieve klachten. Ook is bekend dat enkele persoonlijkheidsprofielen gerelateerd zijn aan alcoholgebruik op jonge leeftijd (Malmberg et al., 2010). De kans om op jonge leeftijd met alcoholgebruik te beginnen is groter onder 11-15-jarigen met persoonlijkheidskenmerken als hopeloosheid en sensatiezoekgedrag (Malmberg et al., 2010).
- Een recente internationale studie (Steketee et al., 2013) laat zien dat meerdere risicofactoren in verschillende domeinen het alcoholgebruik van jongeren beïnvloeden. 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 hangen samen met een grotere mate van (problematisch) alcoholgebruik.

- Ook bestaat er een relatie tussen ADHD of een gedragsstoornis in de kindertijd en een alcoholstoornis als volwassene. Recent onderzoek laat zien dat volwassenen die ADHD in de kindertijd hebben gehad, vaker als kind waren begonnen met drinken en met regelmatig drinken, en zij ontwikkelden vaker een alcoholstoornis (Tuithof, 2015). De aanwezigheid van een gedragsstoornis in de kindertijd was een sterke voorspeller van een alcoholstoornis, maar hing niet samen met de eerdere stadia van alcoholgebruik (Tuithof, 2015). Aandacht voor alcoholgebruik bij de behandeling van kinderen met ADHD of een gedragsstoornis zou de kans op alcoholstoornissen wellicht verder kunnen verkleinen.

Ouders

Ouders hebben een belangrijke rol in de ontwikkeling van het alcoholgedrag van hun kinderen, maar zij onderschatten het gebruik van alcohol door hun kinderen chronisch. Ze weten niet altijd dat hun kind alcohol drinkt, en miskennen de hoeveelheid.

- Diverse studies hebben uitgewezen dat vooral het hanteren van normen en het stellen van regels (geen alcohol drinken) beginnend alcoholgebruik uit kan stellen en de kans op probleemdrinken verlaagt (Van den Eijnden et al., 2011; Schelleman-Offermans et al., 2011). Het succesvol uitstellen van drinken werkt alleen als zowel de ouders als de kinderen worden geïnformeerd over de nadelen van alcoholgebruik op jonge leeftijd (Van der Vorst et al., 2010; Koning, 2011).
- Het is met name de alcoholspecifieke 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.

Het percentage ouders dat strenge regels stelt ten aanzien van alcoholgebruik door jongeren onder de 16 jaar is de afgelopen jaren sterk gestegen.

- Tussen 2007 en 2013 nam het percentage van ouders dat aangaf dat hun kind niet voor het 16e jaar alcohol mocht drinken significant toe van 51% naar 76%. Het verschil tussen 2011 (72%) en 2013 (76%) was niet statistisch significant. De stijging was het sterkst bij ouders van kinderen in de leeftijd van 14-15 jaar: van 43% in 2007 naar 68% in 2011, en 73% in 2013 (De Looze et al., 2014).
- Er is een groot verschil tussen het percentage ouders van jonge en van oudere tieners dat strenge regels stelt. Vier van de vijf ouders van 12-jarigen uit de meting in 2013 zegt bijvoorbeeld dat een glas alcohol drinken wanneer de ouders thuis zijn zeker niet mag (86%). Bij de 15-jarigen is dit 51% en bij de 16-jarigen geldt dit nog maar voor één op de vijf ouders (22%) (De Looze et al., 2014). In 2011 vond echter nog maar één op de acht ouders van 16-jarigen (13%) dat een glas alcohol drinken wanneer de ouders thuis zijn zeker niet mag (Verdurmen et al., 2012a).
- In 2013 ondersteunden ruim vier van de vijf ouders (83%) het verhogen van de leeftijdsgrens voor het kopen van alcohol naar 18 jaar (75% van de ouders van 16-jarigen), dit was voor de invoering van deze hogere leeftijdsgrens 79% (2011) (Verdurmen et al., 2012a).

Ouders zijn vaak niet goed op de hoogte of hun kind ooit alcohol heeft gedronken.

- In 2013 dacht 24% van de ouders van scholieren onder 16 jaar dat hun kind ooit alcohol had gedronken, terwijl dat volgens de kinderen zelf voor 44% gold (De Looze et al., 2014). In 2011 leken ouders met 54% (alcoholdrinkende kinderen volgens de ouders) versus 60% (volgens opgave van het kind) beter op de hoogte of hun kind dronk.

- Ook de hoeveelheid alcohol die door scholieren gedronken wordt, wordt door hun ouders aanzienlijk onderschat. Ouders van scholieren onder de 16 jaar in 2013 dachten dat hun kind gemiddeld in het weekend een glas alcohol dronk, terwijl kinderen zelf bijna drie glazen rapporteerden. Echter, in 2011 was de onderschatting groter: toen rapporteerden ouders nog een half glas, terwijl de scholieren zelf zes glazen aangaven (Verdurmen et al., 2012a).

Speciale groepen jongeren en jongvolwassenen

In bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen komt alcoholgebruik soms vaker voor, zoals onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Let op dat de cijfers uit de onderzoeken in deze paragraaf 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 (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

Vrijwel alle jongeren en jongvolwassenen drinken tijdens het uitgaan (tabel 10.4) (Nabben et al., 2014; 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.

- Recente trends zijn dat de speciale biersoorten toenemen in populariteit.
- Bij de sterke dranken zijn wodka en whisky in opmars.
- Er wordt weinig dure drank besteld en er zijn al enige jaren signalen dat de baromzetten dalen, wat het gevolg lijkt te zijn van een krapper budget (Nabben et al., 2014).
- Vooral in het weekend is de alcoholinname fors en tien tot twintig glazen op een uitgaansavond is eerder norm dan uitzondering.

In het Grote Uitgaansonderzoek 2013 is via een online survey onderzoek gedaan naar middelengebruik en risicogedrag onder 3.335 (frequente) bezoekers van party's, festivals en clubs van 15 tot en 35 jaar met een gemiddelde leeftijd van 23 jaar (Goossens et al., 2013). De respondenten vormden geen representatieve steekproef van alle uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Bijna de helft van de deelnemers (45%) bezocht maandelijks of vaker een party of festival, en tweederde had een voorkeur voor techno/hardhouse muziek.

- Alcohol werd "het laatste jaar" door 98% van de respondenten gebruikt en dat is meer dan de 84% uit de algemene bevolking in deze leeftijdscategorie die volgens de Gezondheidsenquête 2012 van het CBS (de meting die het dichtst in de buurt van de dataverzameling van het Grote Uitgaansonderzoek ligt) het afgelopen jaar alcohol dronk. "Afgelopen maand" alcoholgebruik lag op 93%.
- Toch was alcoholgebruik niet de belangrijkste reden voor deze groep om uit te gaan; dat waren muziek, ontspanning en dansen. Jongeren die wat vaker uitgingen in kroegen en clubs of discotheken vonden, in tegenstelling tot jongeren die vaker festivals en party's bezochten, de mogelijkheid om alcohol te drinken wel meer van belang.
- Er werden verschillen gevonden in het afgelopen jaar alcoholgebruik tussen mannen (98%) en vrouwen (97%) en naar opleiding (laagopgeleiden 93%; midden 97%; hoog: 99%). De verschillen zijn weliswaar statistisch significant, maar te klein om betekenisvol te zijn.
- Twee derde van de respondenten die in het afgelopen jaar alcohol dronken deed dat minimaal eens per week.
- De hoeveelheid alcohol die tijdens het uitgaan werd gebruikt is fors: gemiddeld dronken mannen negen glazen en vrouwen zes. Vóór het uitgaan werd nog ingedronken: mannen vooraf zes glazen en vrouwen vier.

- Het zware drinken is waarschijnlijk de belangrijkste reden dat ruim vier op de tien uitgaanders in het voorafgaande jaar een keer of vaker een blackout of geheugenverlies had op de uitgaansavond. Ook andere vormen van risicogedrag (onveilige seks, agressie en geweld, rijden onder invloed) kwamen regelmatig voor en hangen voor een belangrijk deel samen met het overvloedig alcoholgebruik, al dan niet in combinatie met gebruik van drugs.

De Amsterdamse Antenne-monitor 2013 toont dat van de "clubbers" (uitgaanders die naar uitgaansgelegenheden gaan waar gedanst kan worden) en "ravers" (feestgangers die op alternatieve locaties of in de buitenlucht feesten bezoeken met vaak elektronische muziek) nagenoeg iedereen tijdens het uitgaan drinkt (Nabben et al., 2014). De Antenne-monitor 2014 bevestigt dat in een ruime meerderheid van de panelnetwerken tenminste driekwart van de bezoekers regelmatig alcohol gebruikt (Benschop et al., 2015). Vergeleken met urbanfestivals wordt op dancefestivals minder alcohol gedronken. Op dancefestivals wordt meer ecstasy gebruikt, hetgeen de behoefte aan alcohol zou temperen.

- Vrijwel iedere cafébezoeker in Amsterdam, zowel in 2010 als in 2014, had ooit alcohol gedronken en was nog steeds een huidige drinker (Benschop et al., 2015). Het percentage cafébezoekers dat tijdens het uitgaan alcohol gebruikte, daalde echter van 94% in 2010 naar 86% in 2014. Het aantal glazen dat tijdens een uitgaansavond werd gedronken daalde eveneens in deze periode: van gemiddeld 6 glazen in 2010 naar gemiddeld 5 glazen in 2014 (Benschop et al., 2015).
- Aan het onderzoek onder clubbers en ravers in 2013 hebben 633 uitgaanders deelgenomen, 24% van het aantal dat was uitgenodigd. Analyses laten zien dat een eventuele vertekening door selectieve deelname nauwelijks effect heeft op de uitkomsten, zodat de gegevens ongewogen zijn gepresenteerd. In 2013 dronk 98% van de uitgaanders in de afgelopen maand alcohol, een stijging ten opzichte van 1995 (90%). Slechts één van de onderzochte uitgaanders uit de meting in 2013 had in zijn leven nog nooit alcohol gedronken; de rest dronk gemiddeld op 14-jarige leeftijd het eerste glas.
- Van de uitgaanders uit 2013 die de laatste maand nog alcohol dronken, gebruikte 2% dagelijks alcohol, 14% bijna dagelijks, 38% wekelijks en 31% alleen in het weekend. De resterende 15% dronk minder vaak.
- Het gemiddeld aantal glazen tijdens het uitgaan daalde tussen 1995 en 2008 van 5,7 naar 4,2 maar steeg significant tot 5,3 glazen in 2013. Slechts 13% van de huidige drinkers (= drinker in de laatste maand) dronk maximaal twee glazen op een drinkdag; 37% dronk drie of vier glazen en 25% dronk er vijf of zes.
- Verschillen tussen mannen en vrouwen bestaan niet in het aantal dat ooit, afgelopen jaar of afgelopen maand dronk. Wel dronken mannen gemiddeld per drinkdag meer (6 glazen) dan vrouwen (4 glazen). Mannen zijn ook vaker riskante drinker (30%) dan vrouwen (16%) (Nabben et al., 2014).
- Ook uit het uitgaansonderzoek van GGD Haaglanden onder jongeren in Den Haag blijkt alcohol uitgaansdrug nummer één te zijn (van Dijk en Reinerie, 2015). Van de uitgaande jongeren en jongvolwassenen (19-35 jaar) in dit onderzoek heeft 98% het afgelopen jaar alcohol gedronken. Dat is veel in vergelijking met een steekproef uit de Haagse bevolking in dezelfde leeftijdscategorie (75%). Het percentage zware drinkers (41%) en binge drinken (88%) is ook hoog vergeleken met de algemene bevolking in Den Haag, waar 13% zware drinker is. De helft van de uitgaande jongeren in deze survey heeft op 14-jarige leeftijd al een keer alcohol gedronken.

Tabel 10.4 Alcoholgebruik onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen

Populatie	Locatie	Peiljaar	Leeftijd (jaar)	Maat voor alcoholgebruik[I]	%[I] Aantal glazen
Bezoekers van party's, festivals en clubs[II]	Landelijk	2013	15-35 jaar; de meesten 20-24 jaar	Ooit Afgelopen jaar Afgelopen maand Afgelopen week Aantal glazen tijdens uitgaan (excl indrinken)	99% 98% 93% 77% 9 (man) 6 (vrouw)
Uitgaande jongeren	Landelijk	2009	13-17 jaar	Aantal glazen tijdens uitgaan	5
Uitgaande jongeren	Den Haag	2014	19-35 jaar	Afgelopen jaar Afgelopen maand	98% 98%
Clubbers en ravers	Amsterdam	2013	Gemiddeld 24 jaar	Ooit Afgelopen jaar Afgelopen maand Riskant drinken[I] Aantal glazen per drinkdag	100% 99% 98% 23% 5
Uitgaande jongeren en jongvolwassenen	Gelderland (zes steden)	2012	Gemiddeld 20 jaar	Afgelopen maand Aantal glazen in het weekend	90% 9
Cafébezoekers	Amsterdam	2010	Gemiddeld 27 jaar	Ooit Afgelopen jaar Afgelopen maand Riskant drinken[I] Binge drinken[I]	100% 100% 99% 27% 65%
		2014	Gemiddeld 27 jaar	Ooit Afgelopen jaar Afgelopen maand Riskant drinken[I]	100% 100% 99% 23%
Coffeeshopbezoekers	Amsterdam	2009	Gemiddeld 28 jaar	Ooit Afgelopen jaar Afgelopen maand Riskant drinken[I] Binge drinken[I]	91% 82% 71% 7% 82%
Bezoekers van trendy clubs	Amsterdam	2008	Gemiddeld 25 jaar	Ooit Afgelopen jaar Afgelopen maand Riskant drinken[I] Binge drinken[I]	99% 98% 96% 31% 86%

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 drinken worden gehanteerd: Definities 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 de afgelopen maand, onder de huidige drinkers. II. (Frequente) bezoekers van party's en clubs geworven via online community's, websites en fora over feesten, party's en festivals. Bronnen: Het Grote Uitgaansonderzoek 2013 (Goossens et al., 2013); Feestmeter, Trimbos-instituut/UvA; Monitor alcoholverstrekking, Intraval; Antenne, Bonger Instituut voor Criminologie, UvA (Nabben et al., 2014; Benschop et al., 2015); Uitgaansonderzoek Den Haag, GGD Den Haag; Tendens, Iriszorg.

Indrinken

Volgens observaties van sleutelfiguren in het uitgaansleven blijft het "indrinken" – ofwel alcohol consumeren vóór het 'echte' uitgaan zowel in de steden als op het platteland een wijd verbreid fenomeen (Doekhie et al., 2010). Indrinken kan thuis, op straat, in een keet of bij vrienden gebeuren, en is een reactie op de prijzen in de horeca en een manier om kosten te besparen. Met happy hours en andere prijsacties probeert de horeca uitgaanders ook eerder op de avond aan te trekken. Gemeenten hebben overigens sinds 2013 de mogelijkheid om dit soort prijsacties te verbieden.

- Van de respondenten in de Antenne monitor uit Amsterdam onder clubbers en ravers dronk twee derde voor het uitgaan, gemiddeld vier glazen (Nabben et al., 2014). Clubbers dronken vaker in (74%) en meer (4 glazen) dan ravers (60%, 3 glazen).
- Na het uitgaan dronk een op de zes clubbers en ravers nog alcohol, gemiddeld drie glazen.
- In het landelijk uitgaansonderzoek in 2008/2009 onder bezoekers van party's en feesten had 30% van degenen die tijdens de uitgaansavond hadden gedronken van te voren thuis of bij vrienden al alcohol gedronken. Het gemiddeld aantal glazen alcohol dat tijdens het indrinken werd geconsumeerd was 4½ (variërend van 1 tot 20) (Van der Poel et al., 2010).
- Ook uit de HBSC-studie in 2009 onder scholieren blijkt dat indrinken voor het uitgaan geregeld voorkomt. Bijna vier op de tien scholieren die recent hebben gedronken drinken voor het uitgaan thuis of op straat alvast alcohol (Van Dorsselaer et al., 2010).
- Onderzoek onder Amsterdamse scholieren van 13-18 jaar (gemiddeld 15 jaar) in de voorlaatste klassen van het voortgezet onderwijs liet zien dat de helft van de actuele drinkers in de afgelopen maand voor het uitgaan alcohol had geconsumeerd, de meesten bij vrienden thuis (40%), op afstand gevolgd door thuis (16%) en een hangplek of op straat (14%) (Nabben et al., 2012).

Keten

Enkele jaren geleden was er veel aandacht voor alcoholgebruik door jongeren in keten. "Keten" of "hokken" zijn semiparticuliere (niet-commerciële) settingen waar jongeren samenkomen voor de gezelligheid en om te drinken (Intraval, 2010). Er worden drie typen keten onderscheiden: de huiskamerkeet (of zolder of garage waar een kleine groep vrienden incidenteel bij elkaar komt en zelf drank meeneemt), de buurtkeet (waaronder de meeste Nederlandse keten vallen, hier komt een grotere groep vrienden meer structureel bij elkaar, buitenshuis en meestal op een privéterrein; consumpties worden afgerekend in een "pot", met bonnen of muntjes) en de semicommerciële keet (grote groepen jongeren; alcohol wordt verkocht tegen een winstgevend tarief). Het verschil tussen deze typen is van belang in het kader van de handhaving. Huiskamerketen zijn niet strijdig met de Drank en Horeca Wet (DHW) en daarom is het voor de gemeente niet mogelijk om daar tegen op te treden. In buurtketen leggen jongeren gezamenlijk geld in om alcohol in te kopen en daarmee zijn deze wel strijdig met de DHW. Dat geldt ook voor semi-commerciële keten.

Er is de afgelopen jaren weinig nieuw onderzoek in Nederland verschenen over hokken en keten. Zie het NDM Jaarbericht 2013/2014 voor de al wat oudere informatie over aanwezigheid van keten in de Nederlandse gemeenten en het percentage jongeren dat wel een een keet bezoekt.

Probleemjongeren

Alcoholgebruik komt ook veel voor onder bepaalde groepen probleemjongeren. Jongeren met leer- of opvoedingproblemen 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 en (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 Jeugdinrichtingen 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 ook het NDM Jaarbericht 2013/2014.

10.4 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 zwaar 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 drugsverslaving; 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, suïcide 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 § 10.2.

Alcoholmisbruik en –afhankelijkheid

- 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 tot en met 64 jaar aan de diagnose alcoholafhankelijkheid (DSM 4e gewijzigde editie). Naar schatting 2,9 tot 4,5% van de respondenten voldeed aan de diagnose alcoholmisbruik.
- Alcoholstoornissen komen vaker voor onder mannen dan vrouwen (tabel 10.5).
- 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 10.5 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 een kortere periode 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.

10.5 Gebruik: internationale vergelijking

Algemene bevolking

In opdracht van de Europese Commissie heeft de Eurobarometer in 2006 en 2009 (de houding tegenover) alcoholgebruik onderzocht in de lidstaten van de Europese Unie (EC, 2010). Een recentere meting is niet beschikbaar.

- In de algemene bevolking van vijftien jaar en ouder in de landen van de EU-27 gebruikte in 2009 ongeveer driekwart (76%) van de inwoners in de afgelopen 12 maanden alcohol, vergelijkbaar met het percentage in 2006 (75%). Er zijn grote verschillen tussen landen. Nederland (88%) behoort tot de landen met de hoogste percentages inwoners dat het afgelopen jaar dronk.
- De meeste EU inwoners drinken naar eigen zeggen gematigd (in de afgelopen maand dronk 69% twee glazen of minder op een dag dat zij dronken). 10% drinkt per keer vijf of meer glazen. Nederland neemt een middenpositie in met 13% van de drinkers in de afgelopen maand die per gelegenheid dat ze drinken vijf of meer glazen alcohol gebruiken.

Jongeren

Het ESPAD-onderzoek, het European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, werd in 2003, 2007 en 2011 uitgevoerd onder 15/16-jarige scholieren van het middelbaar onderwijs (Hibell et al., 2004, 2009, 2012). Tabel 10.6 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 2011 stond Nederland met 33% in de hoogste regionen wat betreft de maat "veertig keer of meer alcohol gedronken in het hele leven". Het (ongewogen) gemiddelde voor 36 deelnemende Europese landen ligt op 24%.
- Op de maat "minstens tien keer alcohol drinken in de maand voorafgaand aan de peiling" stond Nederland bovenaan in 2011. Met 20% scoorden Nederlandse scholieren ver boven het (ongewogen) gemiddelde voor 36 deelnemende Europese landen (9%).
- Op de maat "dronkenschap" scoorden Nederlandse scholieren beduidend minder hoog. Slechts 3% gaf aan in het hele levens minstens twintig keer dronken te zijn geweest.
- Tussen 2003 en 2011 daalde in Nederland het percentage scholieren dat 40 keer of meer in het leven had gedronken. Een dergelijke daling deed zich in deze periode ook voor in Denemarken, Finland, Ierland, Noorwegen en Zweden.

De ESPAD studie laat verder zien dat Nederlandse 15/16-jarigen het redelijk tot zeer makkelijk vinden om aan alcohol te komen (84%). Dit ligt net iets boven het Europees gemiddelde (80%). Ook het percentage 15/16-jarigen dat de afgelopen maand in een uitgaansgelegenheid alcohol heeft gedronken ligt in Nederland (52%) iets hoger dan het Europees gemiddelde (45%) (Hibell et al., 2012).

Tabel 10.6 Consumptie van alcohol en dronkenschap bij leerlingen van 15 en 16 jaar in een aantal lidstaten van de EU, Noorwegen en de Verenigde Staten.[I] Peiljaren 2003, 2007 en 2011

Land	Consumptie: 40 keer of meer in het leven (%)			Consumptie: 10 keer of meer in de laatste maand (%)			Dronken: 20 keer of meer in het leven (%) [VI]
	2003	2007	2011	2003	2007	2011	2011
Denemarken[II]	50	49	37	13	12	12	11
Duitsland[III]	37	41	35	11	18	15	4
Nederland	45	40	33	25	24	20	3
België[IV]	36	34	33	20	17	16	1
Frankrijk	22	30	32	7	13	14	5
Griekenland	35	28	29	13	11	12	1
Italië	24	23	20	12	13	12	2
Ierland	39	23	16	16	10	6	6
Portugal	14	21	14	7	13	7	2
Finland	20	16	13	2	1	2	6
Zweden	17	14	9	1	1	1	3
Verenigde Staten	12	11	8	4	5	3	5
Noorwegen	15	11	6	3	1	1	1
Oostenrijk	48	52	-	21	30	-	-
Verenigd Koninkrijk[V]	43	39	-	17	14	-	-

Percentage van de leerlingen. - = Niet gemeten. I. De Verenigde Staten participeerden niet in de ESPAD, maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit. II. De gegevens voor Denemarken zijn minder vergelijkbaar. III. Duitsland in 2007 alleen voor zeven deelstaten en in 2011 alleen voor vijf deelstaten. IV. België in 2007 en 2011 alleen voor Vlaanderen. V. Verenigd Koninkrijk niet voor 2011 vanwege te lage respons (slechts 6% van de scholen). VI. Vanwege een wijziging in vraagstelling zijn er geen vergelijkbare cijfers voor 2003 en 2007 voor dronkenschap. Bron: ESPAD.

10.6 Hulpvraag en incidenten

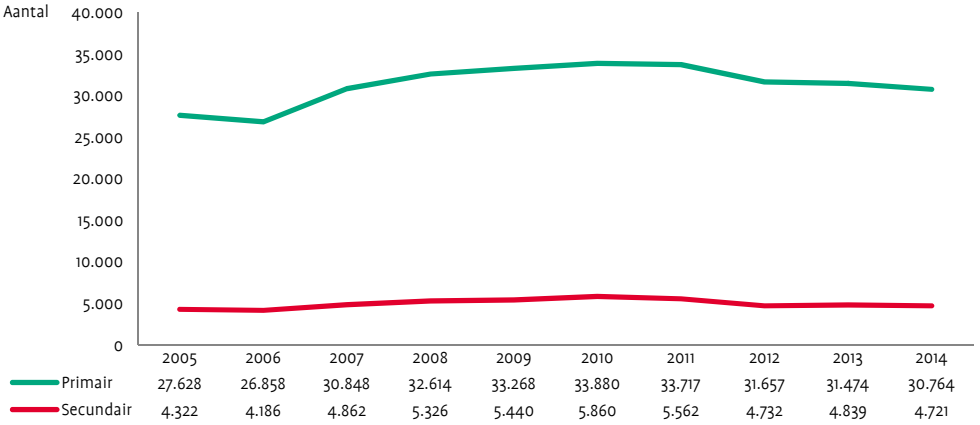
Verslavingszorg

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 2014 hebben in totaal twintig gespecialiseerde instellingen voor verslavingszorg geanonimiseerde gegevens over de hulpverlening aangeleverd aan het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS, Wisselink et al., 2015) (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 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.

- In Nederland stonden in 2014 in totaal 30.764 personen geregistreerd bij de verslavingszorg met als primaire problematiek alcoholgebruik.
- Het aantal cliënten in de verslavingszorg met een primair alcoholprobleem lag tussen 2005 en 2014 rond 31.300 primaire alcoholcliënten (figuur 10.4).

- In 2014 waren er per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder 220 primaire alcoholcliënten.
- Het aandeel van alcohol in alle verzoeken om hulp bij de verslavingszorg schommelde tussen 2005 en 2014 rond de 46%.
- In 2014 was 1 van de 5 primaire alcoholcliënten (20%) een nieuwkomer. Zij stonden niet eerder ingeschreven bij de verslavingszorg.
- Voor bijna 4 van de 10 primaire alcoholcliënten was alcohol het enige probleemmiddel (37%). De overige primaire alcoholcliënten rapporteerden wel (problematisch) gebruik van een bijmiddel (63%). In deze groep ging het voornamelijk om cannabis (26%), nicotine (23%), cocaïne/crack (22%), of medicijnen (10%).
- Het aantal cliënten van de verslavingszorg dat alcohol als secundair probleem noemde, schommelde tussen 2005 en 2014 rond 4.770 (figuur 10.4). De secundaire alcoholcliënten hebben voornamelijk een primair probleem met cocaïne of crack (34%), cannabis (32%), heroïne (16%), gokken (4%) en amfetamine (4%).

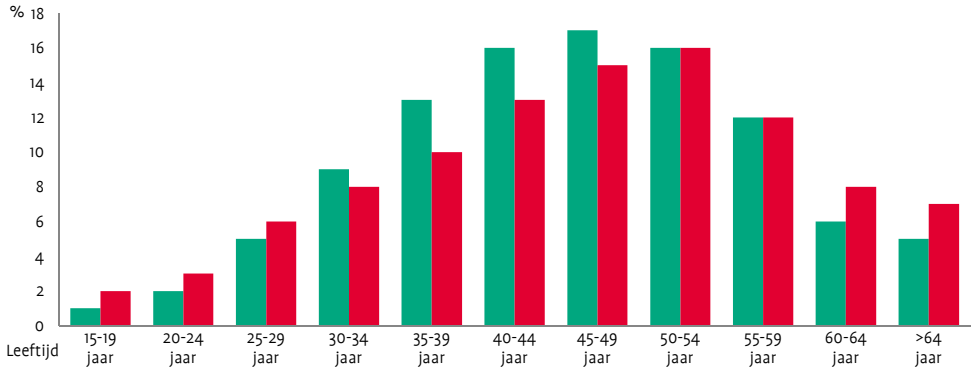
Figuur 10.4 Aantal cliënten bij de verslavingszorg met primaire of secundaire alcoholproblematiek, vanaf 2005



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Primair	27.628	26.858	30.848	32.614	33.268	33.880	33.717	31.657	31.474	30.764
Secundair	4.322	4.186	4.862	5.326	5.440	5.860	5.562	4.732	4.839	4.721

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

Figuur 10.5 Leeftijdsverdeling van de primaire alcoholcliënten bij de verslavingszorg. Peiljaren 2005 en 2014



Leeftijd	15-19 jaar	20-24 jaar	25-29 jaar	30-34 jaar	35-39 jaar	40-44 jaar	45-49 jaar	50-54 jaar	55-59 jaar	60-64 jaar	>64 jaar
2005	1	2	5	9	13	16	17	16	12	6	5
2014	2	3	6	8	10	13	15	16	12	8	7

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

Leeftijd, geslacht en opleiding

- In 2014 was het merendeel van de primaire alcoholcliënten man (72%). Het aandeel vrouwen schommelde tussen 2005 en 2014 tussen 27% en 29%.
- De gemiddelde leeftijd in 2014 was 46 jaar, net als in 2005. De piek lag in 2014 in de leeftijdsgroep 50-54 jaar (figuur 10.5).
- Het aandeel van 60-plussers steeg van 11% in 2005 naar 15% in 2014 (figuur 10.5).
- In 2014 had van de primaire alcoholcliënten 32% geen opleiding of een lagere opleiding afgerond, 42% een middelbare opleiding en 27% had een hogere opleiding afgerond. (Voor een uitleg van lagere, middelbare en hogere opleiding, zie 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. Grofweg 7-8% zoekt hulp bij de verslavingszorg. Dit percentage is gebaseerd op het geschatte aantal Nederlanders met een alcoholstoornis (478 duizend, tabel 10.5) gedeeld door het aantal cliënten in de verslavingszorg (tussen 35 en 40 duizend sinds 2007, figuur 10.4). Deze cijfers suggereren het bestaan van een aanzienlijke 'behandelkloof'.

- In het landelijke onderzoek NEMESIS-2 (zie § 9.4) 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 'behandelkloof', of onvervulde zorgbehoefte, beperkt zich dus waarschijnlijk tot de groep mensen zonder zorg met een persistente stoornis en dat betreft 22% van de mensen die geen hulp ontvangen.

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.

De Landelijke Medische Registratie (LMR) registreerde in 2012 bijna twee miljoen klinische opnames in algemene ziekenhuizen (kiwacarity.nl). Voor 2013 zijn nog geen trendgegevens beschikbaar, zodat alleen gegevens worden gerapporteerd tot en met 2012.

- In 2012 vonden er 6.362 opnames plaats met een alcoholaandoening als hoofddiagnose. De meest voorkomende diagnoses betroffen:
  - alcoholafhankelijkheid (30%);
  - alcoholmisbruik (24%);
  - alcoholische leverziekte (24%);
  - intoxicatie en toxische gevolgen van alcohol (13%);
  - alcoholpsychosen (7%).
- Alcoholproblematiek wordt veel vaker als nevendiagnose gesteld. In 2012 stonden er 16.899 alcohol gerelateerde nevendiagnoses geregistreerd. Hoofddiagnoses bij deze nevendiagnoses waren:
  - ongevallen, anders dan vergiftigingen (30%);
  - spijsverteringsstoornissen (13%);
  - ziekten van hart en vaatstelsel (10%);
  - vergiftiging (9%);
  - ziekten en symptomen van de ademhalingswegen (7%);
  - psychosen (3%).
- Van de 16.899 alcoholgerelateerde nevendiagnoses in 2012 hadden 1.316 nevendiagnoses (8%) betrekking op jongeren van 25 jaar of jonger en hadden 10.443 nevendiagnoses (62%) betrekking op ouderen van 50 jaar of ouder.
  - De verdeling van de bijbehorende hoofddiagnoses verschilt tussen de jongeren en de ouderen. Bij de jongeren gaat het in meer dan de helft van de gevallen om ongevallen (66%), vergeleken met een kwart bij de ouderen (23%). Ook gaat het bij de jongeren vaker om vergiftiging, 12% bij de jongeren vergeleken met 5% bij de ouderen.
  - Bij de ouderen gaat het vergeleken met de jongeren vaker om meer chronische ziekten zoals spijsverteringsstoornissen (14% versus 3%), ziekten van hart en vaatstelsel (14% versus 1%) en ziekten en symptomen van de ademhalingswegen (9% versus 2%). Zowel bij de jongeren als bij de ouderen gaat het bij 3% van de hoofddiagnoses om een psychose.

Het aantal klinische opnames in algemene ziekenhuizen met als hoofddiagnose een aan alcohol gerelateerde aandoening werd 1,6 maal zo groot tussen 2000 en 2012 (figuur 10.6). Tussen 2011 en 2012 steeg het aantal nevendiagnoses nog met 3%.

- 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 2012 om 19.867 personen. Zij werden in dat jaar minstens één keer opgenomen met misbruik of afhankelijkheid van alcohol als hoofd- of nevendiagnose. Hun gemiddelde leeftijd was 49 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.

Figuur 10.6 Klinische opnames in algemene ziekenhuizen met een aan alcohol gerelateerde problematiek

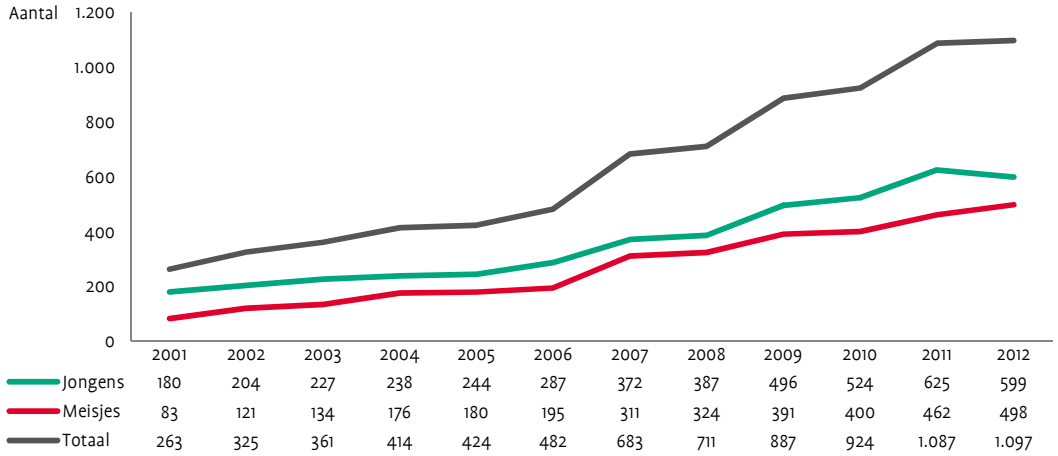
Alcohol als	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
hoofddiagnose	3.923	3.880	4.254	4.239	4.501	4.553	4.855	5.634	5.983	5.908	6.145	6.473	6.362
nevendiagnose	10.116	9.949	10.291	10.899	11.991	11.546	11.689	11.975	13.717	12.459	14.785	16.389	16.899

Aantal opnames, niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen van personen. ICD-9 codes: 291, 303, 305.0, 357.5, 425.5, 535.3, 571.0-3, 980.0-1, E860.0-2, E950.0*, E980.9* (*alleen opgenomen indien als complicatie 980.0-1 vermeld is). Voor een verklaring van de codes: zie Bijlage C. Bron: LMR, DHD.

- In 2012 werden er naast de klinische opnames ook nog eens 972 dagopnames geregistreerd vanwege een hoofddiagnose voor alcohol. In 2011 waren er 668 dagopnames.
- In 2012 vonden er 1.097 opnames plaats onder jongeren van 16 jaar of jonger vanwege aan alcohol gerelateerde problematiek (figuur 10.7). Van deze opnames vonden er 599 plaats onder de jongens (55%) en 498 onder de meisjes (45%).
- Tussen 2001 en 2012 werd het aantal geregistreerde opnames vier maal zo groot (figuur 10.7). De stijging in het aantal geregistreerde opnames is behalve een reële stijging ook het gevolg van het gegeven dat meer ziekenhuizen en kinderartsen zich gingen richten op deze problematiek en een grotere oplettendheid van de betreffende kinderartsen.
- De stijging is groter onder de meisjes dan onder de jongens. Onder de meisjes werd het aantal opnames tussen 2001 en 2012 zes maal zo groot, onder de jongens drie maal zo groot (figuur 10.7).

Tussen 2002 en 2012 is het aandeel van de 15- tot en met 19-jarigen in de primaire alcoholcliënten gestegen van 7% naar 20%. Het aandeel van de 20- tot en met 24-jarigen steeg in deze periode van 3% naar 8% (figuur 10.8). Tussen 2011 en 2012 daalde het aantal opnames voor de 15- tot en met 19-jarigen van 1.288 naar 1.201 opnames en steeg het aantal opnames voor de 20- tot en met 24-jarigen van 430 naar 464.

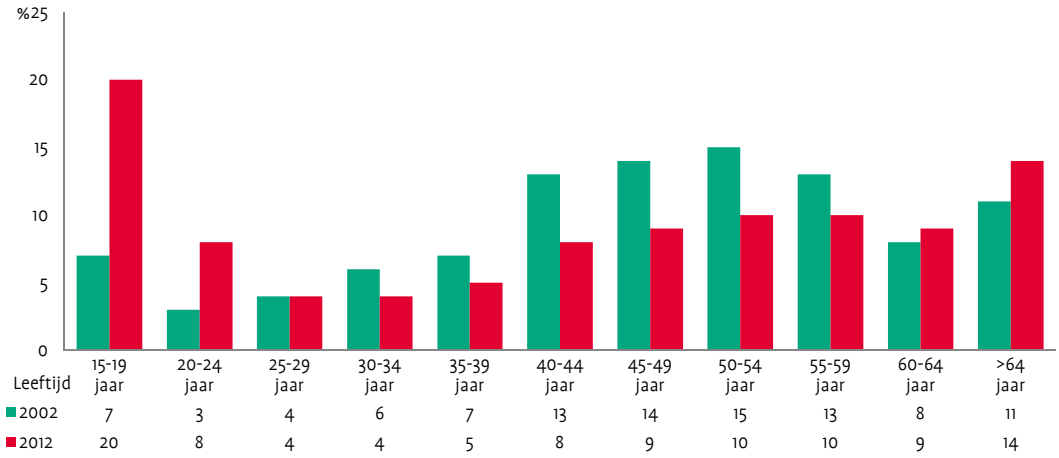
Figuur 10.7 Klinische opnames en dagopnames (hoofd- of nevendiagnose) van jongeren van 16 jaar of jonger met een aan alcohol gerelateerde problematiek



	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Jongens	180	204	227	238	244	287	372	387	496	524	625	599
Meisjes	83	121	134	176	180	195	311	324	391	400	462	498
Totaal	263	325	361	414	424	482	683	711	887	924	1.087	1.097

Aantal opnames, niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen van personen. Het betreft zowel klinische opnames als dagopnames. ICD-9 codes: 291, 303, 305.0, 357.5, 425.5, 535.3, 571.0-3, 980.0-1, E860.0-2, E950.0*, E980.9* (*alleen opgenomen indien als complicatie 980.0-1 vermeld is). Voor een verklaring van de codes: zie bijlage B. Bron: LMR, DHD.

Figuur 10.8 Leeftijdsverdeling van de primaire alcoholpatiënten in de klinische ziekenhuiszorg. Peiljaren 2002 en 2012



Leeftijd	15-19 jaar	20-24 jaar	25-29 jaar	30-34 jaar	35-39 jaar	40-44 jaar	45-49 jaar	50-54 jaar	55-59 jaar	60-64 jaar	>64 jaar
2002	7	3	4	6	7	13	14	15	13	8	11
2012	20	8	4	4	5	8	9	10	10	9	14

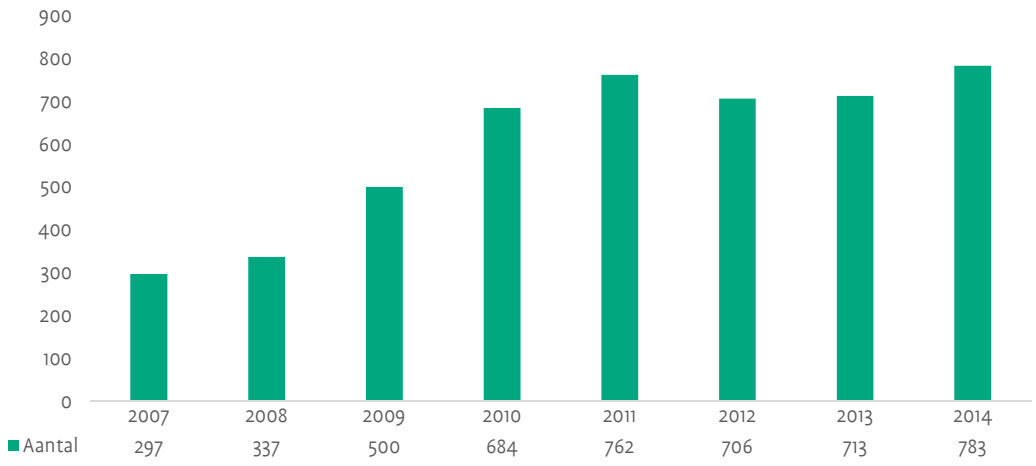
Percentage patiënten per leeftijdsgroep voor de klinische opnames met alcohol als hoofddiagnose. ICD-9 codes: 291, 303, 305.0, 357.5, 425.5, 535.3, 571.0-3, 980.0-1, E860.0-2, E950.0*, E980.9* (*alleen opgenomen indien als complicatie 980.0-1 vermeld is). Voor een verklaring van de codes: zie bijlage B. Bron: LMR, DHD.

Het Nederlands Signaleringscentrum voor Kindergeneeskunde (NSCK) inventariseert onder kinderartsen van Nederlandse ziekenhuizen een variërend aantal aandoeningen, afwijkingen en syndromen, waaronder sinds 2007 alcoholintoxicatie. Alle Nederlandse kinderartsen en academische centra ontvangen daartoe maandelijks een vragenlijst (Van der Lely et al., 2015). Er is overlap met de hierboven beschreven Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ).

- In 2014 werden volgens dit onderzoek 783 jongeren tot 18 jaar na overmatig alcoholgebruik in een ziekenhuis opgenomen.
- De lichte daling tussen 2011 (762 jongeren) en 2012 (706) en stabilisatie in 2013 (713) heeft zich niet voortgezet in 2014 (figuur 10.9).

- 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. Bij de meeste gevallen is de reden van opname een alcoholvergiftiging. Andere redenen voor opname zijn (verkeers)ongevallen, agressie of geweld, suïcidepogingen, braken en een combinatie van meerdere redenen.
- De gemiddelde leeftijd was 15,4 jaar (range: 10-17 jaar). Vergeleken met 2013 zijn er voornamelijk meer kinderen van 13 en 14 jaar opgenomen. Het aandeel van jongeren van 16 en 17 jaar is juist gedaald.
- Het alcoholpromillage (bloedalcoholconcentratie of ethanolspiegel) bij deze jongeren was gemiddeld hoger in 2014 dan in voorgaande jaren: 1,96 promille in 2014 en tussen 2007 en 2013 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 14 minuten buiten bewustzijn (jongens 3½ uur en meisjes iets meer dan 2½ uur).
- Opvallend is dat het niet zozeer 'probleemjongeren' zijn die een alcoholintoxicatie oplopen, maar dat 65% van de jongeren uit een traditioneel gezin met twee ouders komt en 88% van Nederlandse komaf is. De helft van de jongeren zat op het vmbo of mbo; 25% op de havo en 18% op het vwo.
- Er zijn in 2014 voor het eerst sinds de registratie startte meer meisjes (52%) dan jongens (48%) opgenomen, al zijn de verschillen met 2007 niet heel groot (48% meisjes en 52% jongens).
- De regio's met de meeste opnames zijn Noord- en Zuid-Holland en Noord-Brabant.

Figuur 10.9 Aantal jongeren tot 18 jaar dat door een kinderarts in een ziekenhuis is behandeld wegens overmatig alcoholgebruik, 2007-2014



Bron: NSCK, RdGG, STAP, TNO, UT (Van der Lely et al., 2015).

Alcoholgerelateerde ongevallen bij de spoedeisende hulpafdelingen

Het Letsel Informatiesysteem (LIS) van VeiligheidNL houdt in een steekproef van spoedeisende hulpafdelingen (SEHs) van ziekenhuizen in Nederland aantal en aard van letsels door ongevallen bij (VeiligheidNL, 2014). 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.

- In 2013 zijn naar schatting 5.200 personen behandeld wegens een alcoholvergiftiging (marges: 4.400 – 6.100).
- Het aantal SEH-behandelingen is in tien jaar tijd meer dan verdrievoudigd. In 2003 werden naar schatting 1.500 patiënten op een SEH gezien wegens een alcoholvergiftiging.
- Zes op de tien de patiënten in 2013 waren jonger dan 25 jaar. Er waren onder de patiënten meer mannen (64%) dan vrouwen (36%).
- In bijna een kwart van de gevallen was bekend dat gebruik van alcohol was gecombineerd met drugs. Combinatiegebruik was het hoogst onder 25- 44-jarigen, die in 39% van de gevallen onder invloed waren van zowel alcohol als drugs. Een klein percentage van de patiënten met een alcoholintoxicatie had tevens geneesmiddelen gebruikt.
- Opname in het ziekenhuis voor verdere behandeling was geïndiceerd bij 43% van de patiënten met een alcoholvergiftiging.
- In 2013 werden naar schatting nog eens 12.000 personen op een SEH behandeld voor een letsel na een ongeval of geweld terwijl zij onder invloed van alcohol verkeerden (marges: 9.400 – 15.000).
- Tussen 2003 en 2011 was een forse stijging van 8.700 behandelingen naar ongeveer 15.000 behandelingen per jaar. In 2012 lijkt zich een daling voor te doen (tot 13.000).
- 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.
- Driekwart van de patiënten met een aan alcoholgerelateerd letsel in 2013 was man en 40% was jonger dan 30 jaar.
- In ruim de helft van alle alcoholgerelateerde ongevallen was er sprake van een persoonlijk ongeval, zoals een val van de trap. Bij een derde betrof het een verkeersongeval (meestal een val van de fiets). Bij 12% van de patiënten was er sprake van geweldpleging (slag, klap of stomp).
- Tussen 2009 en 2013 werden jaarlijks gemiddeld 2.800 (marges: 2.500-3.200) personen behandeld op een SEH wegens letsel door zelfbeschadiging waarbij alcohol betrokken was. In 89% van deze gevallen was er sprake van een vergiftiging, in twee derde van de gevallen door een combinatie van alcohol en medicijnen.

10.7 Ziekte en sterfte

Ziekte

Matig alcoholgebruik

Matig alcoholgebruik is in de westerse samenleving geaccepteerd. De Gezondheidsraad adviseert in de 'Richtlijnen gezonde voeding' (2006) niet meer dan twee standaard glazen alcohol per dag voor mannen en niet meer dan één standaardglas alcohol per dag voor vrouwen, op hooguit vijf dagen per week en de andere twee dagen geen alcohol. Dat geldt echter alleen in veilige situaties en voor gezonde volwassenen tot 55 jaar. Het advies aan ouderen is maximaal één standaardglas te drinken. Jongeren beneden de achttien jaar en vrouwen die zwanger kunnen worden of borstvoeding geven, wordt ontraden alcohol te gebruiken. Ook ziekte, gebruik van bepaalde medicijnen, slaapgebrek en situaties die alerte reacties vragen kunnen beter niet met alcohol worden gecombineerd.

- Lange tijd leek het er op dat matig alcoholgebruik voor de meeste mensen niet schadelijk zou zijn. Licht alcoholgebruik kan zelfs enige bescherming bieden tegen hart- en vaatziekten en suikerziekte, maar uitsluitend als er geen episodes zijn van zwaar alcoholgebruik (Rehm et al., 2010). Alcoholconsumptie zou ook het risico op nierkanker verminderen (Lew et al., 2011).
- Onderzoek heeft echter aannemelijk gemaakt dat ook matig alcoholgebruik niet veilig is (Lauer en Sorlie, 2009). Matig alcoholgebruik kan de kans verhogen op diverse vormen van kanker. Waarschijnlijk weegt het voordeel van een verlaagd risico op hart- en vaatziekten niet op tegen dit nadeel van een verhoogd risico op kanker. Er is geen veilige ondergrens in alcoholconsumptie waarbij een verhoogd risico op kanker kan worden uitgesloten (SAR, 2010).
- In een recente Europese drugs ranking study kwam alcohol opnieuw naar voren als het meest schadelijke middel, naast heroïne en crack cocaïne. De hoge score van alcohol hangt samen met het omvangrijke gebruik in de samenleving (Van Amsterdam et al., 2015).

Overmatig alcoholgebruik

Onder overmatig alcoholgebruik wordt elke vorm van gebruik verstaan die hoger is dan de norm die de Gezondheidsraad hanteert: niet meer dan twee standaardglazen alcohol per dag voor gezonde volwassen mannen, niet meer dan één standaardglas alcohol per dag voor gezonde volwassen (niet-zwangere) vrouwen en twee dagen per week geen alcohol drinken. Overmatig alcoholgebruik heeft effecten op de gezondheid en sociale en economische consequenties. De lichamelijk schade van alcohol kan via drie mechanismen ontstaan: via (acute) intoxicatie, via (chronisch) toxische effecten op organen en weefsels en via het ontstaan van afhankelijkheid. Alcohol heeft niet alleen een effect op het ontstaan van schade en ziekten, maar heeft ook invloed op het verloop en de uitkomsten van het (ziekte)proces.

- De mate waarin alcoholgebruik schade kan berokkenen hangt samen met de hoeveelheid die wordt geconsumeerd en het drinkpatroon. Verspreid over de week 10 glazen alcohol drinken geeft een ander risico dan één avond per week bingedrinken. 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) en familiaire kwetsbaarheidsfactoren (zwaar drinkende ouders hebben een grotere kans dat hun kinderen ook een risicovol drinkpatroon ontwikkelen) een rol.

- Tenslotte is de lichamelijke gezondheid medebepalend voor de mate waarin alcohol schade aanricht (WHO, 2014).

De schadelijke gevolgen van overmatig alcoholgebruik zijn talrijk.

- Wereldwijd staat alcohol in de top van risicofactoren voor ziekte, invaliditeit en sterfte. Voor de meeste aandoeningen geldt dat het risico toeneemt naarmate men meer alcohol drinkt (Shield et al., 2013). Alcoholgebruik is een oorzakelijke factor in meer dan tweehonderd ziekten en soorten letsels (WHO, 2014). De bijdrage van alcohol in deze aandoeningen varieert van 100% (bijvoorbeeld bij alcoholafhankelijkheid en foetaal alcoholsyndroom) tot minder dan 10% (zoals bij borstkanker en lage luchtweginfecties). Van de wereldwijde ziektelast is 5,1% toe te wijzen aan alcoholgebruik, waarbij de ziektelast door alcohol met name in Europa hoog is (WHO, 2014).
- Daarnaast heeft alcoholgebruik grote sociale en economische consequenties, waaronder geweld, kinderverwaarlozing en werkverzuim (WHO, 2014).
- Ook uit Nederlandse cijfers blijkt dat alcoholgebruik een belangrijke bijdrage levert aan ziekte (RIVM, 2014). Overmatig alcoholgebruik draagt voor 2,8% bij aan de totale ziektelast, en staat daarmee 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%).

Overmatig alcoholgebruik verhoogt het risico op verschillende vormen van kanker (Rehm en Shield, 2013).

- Met name het risico op kanker van de mond- en keelholte, slokdarm, dikke darm, lever, het strottehoofd en bij vrouwen in de borst, is verhoogd door alcoholconsumptie (Bagnardi et al., 2015). In 1988 is alcohol al officieel geclassificeerd als "carcinogeen (kankerverwekkend) voor mensen" door het Internationaal Agentschap voor Onderzoek naar Kanker (IARC) van de WHO.
- Bij sommige vormen van kanker is het risico al verhoogd bij het drinken van twee glazen alcohol per dag, maar hoe hoger de consumptie, des te groter de kans op kanker (Bagnardi et al., 2015). Ook bij licht alcoholgebruik (minder dan 1 glas/ dag) is het risico op mond- en keelkanker, slokdarmkanker en borstkanker (bij vrouwen) al verhoogd (Bagnardi et al., 2013). Een veilige ondergrens aan het gebruik is daarom niet te stellen.
- In een grote Europese studie onder meer dan 350.000 personen werd gevonden dat onder mannen 10% van alle gevallen van kanker kan worden toegeschreven aan ooit of huidig alcoholgebruik, en onder vrouwen 3% van alle kankers (Schütze et al., 2011).
- In het oorzakelijk mechanisme lijkt een afbraakproduct van alcohol, acetaldehyde, een rol te spelen (Parry et al., 2011). Deze stof beschadigt het DNA waardoor cellen ongebreideld kunnen gaan groeien. Ook andere mechanismen spelen een rol, zoals het foliumzuurmetabolisme en bij vrouwen de hormoonhuishouding. De rol van deze mechanismen is echter nog niet helemaal duidelijk (Oyesanmi et al., 2010).
- Wel staat vast dat de combinatie van verschillende risicofactoren, zoals alcoholgebruik, roken en overgewicht, een groter risico op kanker geeft dan het optellen van de losse risico's. Dat wil zeggen dat deze factoren elkaar versterken (Grewal en Viswanathen, 2012; Maasland et al, 2014).

Overmatig alcoholgebruik verhoogt eveneens het risico op hart- en vaatziekten en beschadiging van hersenen en zenuwen (Rehm et al., 2010; Fernández-Solà, 2015).

- Alcohol heeft vele effecten op het hart en vaatstelsel. Alcoholgebruik kan leiden tot ritmestoornissen en verminderde pompfunctie, en uiteindelijk tot progressieve hart- en vaatziekten. Binge drinken en een hoge lifetime alcoholconsumptie kunnen leiden tot perifere vaatziekten en coronaire hartziekten, hartfalen, beroerte, hoge bloeddruk, een verstoord vetspectrum en suikerziekte (Fernández-Solà, 2015).
- Het in korte tijd innemen van een grote hoeveelheid alcohol of een langdurige en excessieve alcoholconsumptie kan zenuwbanen en zenuwtakken aantasten (polyneuropathie) en de hersenen schaden. Een bekend voorbeeld hiervan is de alcohol-gerelateerde dementie (Ridley et al, 2013).

Alcoholgebruik is ook oorzakelijk geassocieerd met tal van andere ziekten (Roerecke en Rehm, 2014; Shield et al., 2013):

- Alcoholconsumptie tast het immuunsysteem aan en speelt een oorzakelijke rol in het ontstaan van infectieziekten zoals tuberculose en lage luchtweginfecties (longontsteking). Ook bestaat er een hoger risico op hiv-infecties bij alcoholgebruik (Baliunas et al., 2009). De behandeling van deze infecties is minder succesvol wanneer de patiënt alcohol gebruikt (WHO, 2014).
- Gebruik van alcohol draagt bij aan het ontstaan van levercirrose, ontsteking van de alvleesklier en van de lever (Alsamarrai et a.l, 2014; Herreros-Villanueva et al., 2013).
- Er bestaat een dubbele relatie tussen alcoholgebruik en suikerziekte: lichte tot matige consumptie is beschermend, terwijl zwaar drinken de kans op suikerziekte vergroot (Schrieks et al., 2015; Baliunas et al., 2009).
- Alcoholgebruik tijdens de zwangerschap verhoogt het risico's op miskramen, foetale sterfte en vroeggeboorte, heeft een negatieve invloed op de psychomotorische ontwikkeling van het kind na de geboorte, en geeft een verhoogd risico bij het kind op aangeboren afwijkingen en de specifieke gelaatskenmerken van het foetaal alcoholsyndroom (Lucas et al., 2014; Flak et al., 2014).

Adolescenten zijn vatbaarder voor de schadelijke effecten van alcoholgebruik dan volwassenen, met name als het zwaar en langdurig alcoholgebruik betreft (Elofson et al., 2013; Hermens et al, 2013). Het ontwikkelend brein zou extra kwetsbaar zijn voor de effecten van alcohol (Theunissen et al., 2011), waarbij van belang is dat de ontwikkeling van de hersenen doorgaat tot ongeveer het 24e levensjaar, en waarschijnlijk zelfs tot het 30e. Naar aanleiding van een recent proefschrift is de discussie over de functionele consequenties van alcoholgebruik door jongeren in Nederland echter weer opgelaaid (Boelema, 2015).

- Op basis van de TRAILS studie, een prospectief cohortonderzoek onder 2.230 Nederlandse (pre)adolescenten, is het effect van alcoholgebruik in de adolescentie op het cognitief functioneren onderzocht. De deelnemers voerden zowel op 11-jarige als 19-jarige leeftijd tal van neuropsychologische taken uit. Een opvallende conclusie was dat zelfs het wekelijks drinken van gemiddeld 15 glazen alcohol tussen het 16e en 19e jaar geen invloed had op de rijping van cognitieve controlefuncties (zoals inhibitie, werkgeheugen en volgehouden en verdeelde aandacht). Mogelijk zijn de effecten van alcohol op het zich ontwikkelende brein dus subtieler dan tot dusver is aangenomen.
- Er werden wel significant meer aandachtproblemen gerapporteerd door meisjes die zwaar dronken en jongeren met alcoholmisbruik vertoonden meer probleemgedrag, zoals vandalisme en agressie (Boelema, 2015).
- Er zijn echter verschillende kanttekeningen bij dit onderzoek te plaatsen (Wiers, 2015). De hersenfuncties zijn indirect gemeten met de uitvoering van taken en het is aannemelijk dat de gebruikte testen niet gevoelig genoeg waren om afwijkingen in de zelfregulerende hersenfuncties te vinden. Ook is er wetenschappelijk bewijs dat alcohol een effect heeft op motivationele hersenprocessen, waarbij de hersenen overgevoelig raken voor alcohol en dat kan bij sommige jongeren leiden tot overmatig gebruik en verslaving. Niet onbelangrijk tenslotte is dat er ook andere negatieve effecten van alcoholgebruik zijn, zoals agressie en het op langere termijn ontwikkelen van lichamelijke aandoeningen, zoals kanker.
- De discussie maakt duidelijk dat meer onderzoek nodig is om de effecten van alcoholgebruik op de rijpende hersenen en het dagelijks functioneren vast te stellen.

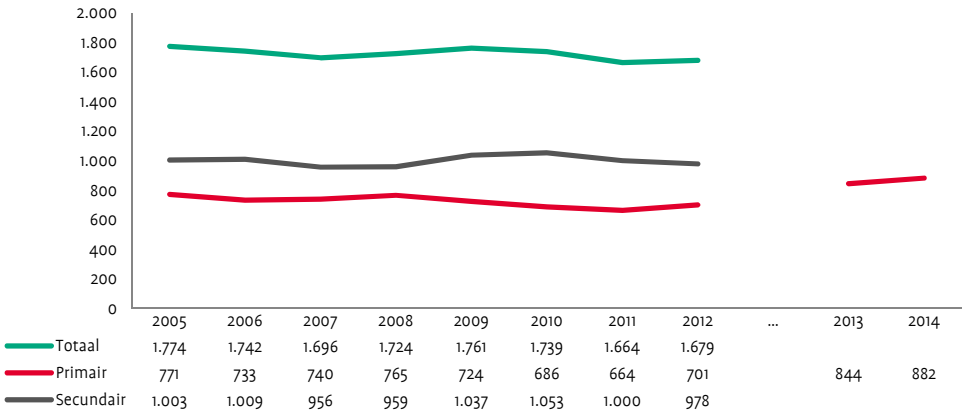
Sterfte

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 10.10). 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 voorafgaande 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).

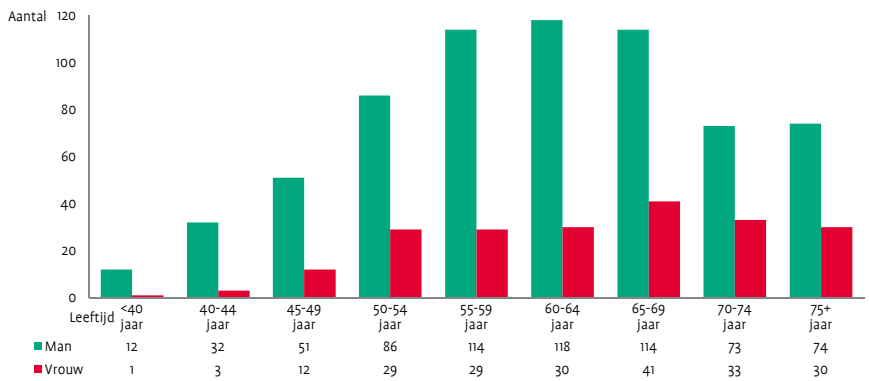
- Volgens de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS stierven in 2013 in totaal 844 mensen door alcohol als primaire doodsoorzaak. In 2014 ging het om 882 gevallen met alcohol als primaire doodsoorzaak.
- Bij alcohol als primaire doodsoorzaak ging het in 2013 in 20% van de gevallen om schadelijk gebruik, in 23% van de gevallen om afhankelijkheid en in 42% van de gevallen ging het om leverziekten. In 2014 ging het in 17% van de gevallen om schadelijk gebruik, in 22% van de gevallen om afhankelijkheid en ging het in 46% van de gevallen om leverziekten.
- De primaire alcoholsterfte kwam het meest voor in de leeftijdsgroep van 55 tot en met 69 jaar (figuur 10.11). De meeste overledenen waren man (76%).
- De bijdrage van alcoholgebruik aan de sterfte wordt niet altijd herkend. Bovenstaande cijfers weerspiegelen daarom niet de hele werkelijkheid.

Figuur 10.10 Sterfte aan alcoholgerelateerde aandoeningen, vanaf 2005



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	...	2013	2014
Totaal	1.774	1.742	1.696	1.724	1.761	1.739	1.664	1.679			
Primair	771	733	740	765	724	686	664	701		844	882
Secundair	1.003	1.009	956	959	1.037	1.053	1.000	978			

Figuur 10.11 Sterfte door alcohol (primair) onder mannen en vrouwen per leeftijdsgroep. Peiljaar 2014



Leeftijd	<40 jaar	40-44 jaar	45-49 jaar	50-54 jaar	55-59 jaar	60-64 jaar	65-69 jaar	70-74 jaar	75+ jaar
Man	12	32	51	86	114	118	114	73	74
Vrouw	1	3	12	29	29	30	41	33	30

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 (Houwing et al., 2014). 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 wordt geschat. 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).

- Volgens de voorzichtige schatting was het aandeel alcoholdoden onder alle verkeersdeelnemers ongeveer 16-24%, en dat zijn 90 tot 135 verkeersdoden als gevolg van alcoholgebruik in het verkeer in 2013.
- De tweede variant geeft een uitkomst van 11-18%, ongeveer 60 tot 100 verkeersdoden. Het totaal aantal verkeersdoden in 2013 (ongeacht alcoholgebruik) was 570. Daarnaast waren er volgens deze schattingsmethode in 2013 tussen 2.049 en 4.493 ernstig gewonde verkeersslachtoffers als gevolg van alcoholgebruik.

10.8 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.
- 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 aspirantkoper vast te stellen door het controleren van een identiteitsbewijs.
- Tot 2014 mochten volgens de Drank- en Horecawet aan jongeren van zestien jaar en ouder zwakalcoholhoudende dranken worden verkocht. Voor sterke drank gold in Nederland al een grens van achttien jaar.
- Met de ophoging van de leeftijdsgrens loopt Nederland weer in de pas met de rest van Europa. Een invenstarisatie naar de leeftijdsgrenzen voor alcoholverkoop in de 28 EU-lidstaten in juli 2015 door STAP toonde dat de leeftijdsgrens van 18 jaar geldt voor de verkoop van zwakalcoholhoudende dranken in 21 van de 28 EU landen en voor sterke drank geldt deze minimumleeftijd in 24 landen (stap.nl).

Uit onderzoek naar de handhaving van de leeftijdsgrens blijkt desondanks dat alcohol in Nederland al jaren in ruime mate beschikbaar is voor jongeren één jaar onder de minimumleeftijd.

- In 2015 is een eerste nalevingsonderzoek gedaan naar de effecten van de recente leeftijdsverhoging voor de verstrekking van alcohol (Schelleman-Offermans en Roodbeen, 2015). Het is een vervolgonderzoek op eerder onderzoek uit 2011 en 2013 naar de naleving van de leeftijdsgrens voor alcohol.

- In een a-selecte en representatieve steekproef hebben 17-jarige "mysterykids" 2.643 aankooppogingen gedaan in cafetaria, horecagelegenheden, slijterijen, sportkantines, supermarkten, thuisbezorgkanalen en overige verkooppunten (zoals avondwinkels) door het land.
- Tabel 10.7 geeft een overzicht van de naleving van de leeftijdsgrens in verschillende verkoopkanalen van alcohol in 2011, 2013 en 2015. Merk op dat in 2011 en 2013 voor de aankoop van zwakalcoholhoudende dranken nog een minimum leeftijd van 16 jaar gold en voor sterkalcoholische dranken 18 jaar (Roodbeen et al., 2014). In 2015 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 in tabel 10.7.
- In 2015 werden de leeftijdsgrenzen uit de Drank- en Horecawet significant slechter nageleefd dan in 2013 (Schellemand-Offermans en Roodbeen, 2015). Mogelijk speelt hier de leeftijdsverhoging in mee.
- Daarentegen was er tussen 2011 (correcte naleving in 28% van de aankooppogingen) en 2013 (correcte naleving in 47%) een significante verbetering (Roodbeen et al., 2014).
- De correcte naleving was het hoogst in supermarkten en slijterijen (zie tabel 10.7) en het laagst in sportkantines, thuisbezorgkanalen en cafetaria.
- Uit het onderzoek blijkt ook dat (met uitzondering van de supermarktketens) de verkoper in het merendeel van de aankooppogingen niet adequaat de leeftijd verifieert (door te vragen naar een identiteitsbewijs). 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.
- In een reactie op de resultaten uit het rapport heeft de Staatssecretaris van VWS verschillende maatregelen aangekondigd om het inzicht in de schade door alcohol te vergroten, een effectieve preventiestrategie te ontwikkelen, en de genomen beleidsmaatregelen te blijven monitoren met vervolgonderzoek (TK 27565-135).

Tabel 10.7 Naleving leeftijdsgrenzen alcohol per verkoopkanaal. Peiljaren 2011, 2013 en 2015

Verkooppunt	2011	2013	2015
Cafetaria	15	15	10
Horecagelegenheden	11	36	16
Slijterij (zwakalcoholhoudend)	40	63	33*
Slijterij (sterke drank)	62	73	
Sportkantine	4	15	9
Supermarkt	30	55	53
Thuisbezorgkanalen	0	0	9
Totaal	**28**	**47**	**30**
Totaal gewogen gemiddelde			**22**

In percentages niet- geslaagde aankooppogingen. In 2011 en 2013 gold voor de aankoop van zwakalcoholhoudende dranken een minimum leeftijd van 16 jaar en voor sterkalcoholische dranken 18 jaar. In 2015 was voor alle alcoholische dranken de leeftijdsgrens 18 jaar. * in 2015 is "slijterij" één categorie omdat onderscheid in leeftijdsgrens voor zwakalcoholische drank en sterke drank is opgeheven. Bron: Nuchter Kenniscentrum Leeftijdsgrenzen, 2015

Accijns

Voor bier, wijn en gedistilleerd verschillen de accijnstarieven 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.

- Na een tariefsverhoging van 5,75% voor de accijnzen op alle alcoholhoudende dranken per 1 januari 2014, bedraagt in Nederland de accijns 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 sinds 1 januari 2014 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.
- In 2014 bedroeg de accijnsopbrengst voor bier in Nederland 423 miljoen euro, de opbrengst van wijnaccijns en tussenproducten was 330 miljoen euro en de accijsopbrengst van gedistilleerd bedroeg 311 miljoen euro (bron: CBS). De opbrengsten stijgen al jaren. In 2000 was de totale opbrengst aan alcoholaccijnzen 799 miljoen euro, in 2014 was deze 1.064 miljoen euro.
- Lidstaten van de EU voeren een verschillend accijnsbeleid (tabel 10.8). 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 10.8 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 10.8 Accijnstarieven op bier, wijn en gedistilleerd in 15 lidstaten van de Europese Unie. Peildatum januari 2015

Lidstaat	Bier (2012)[I]	Wijn[II]	Gedistilleerd[III]
Zweden	102	277	1.969
Finland	154	339	1.594
Ierland	108	425	1.490
Verenigd Koninkrijk	116	351	1.269
Griekenland	31	0	858
België	22	57	744
Denemarken	36	156	705
Frankrijk	35	4	606
Nederland	**38**	**88**	**590**
Duitsland	9	0	456
Portugal	19	0	451
Oostenrijk	24	0	420
Luxemburg	10	0	364
Italië	36	0	362
Spanje	10	0	320

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 (2015).

11. Tabak

11.1	Laatste feiten en trends	▶ pagina 268
11.2	Gebruik: algemene bevolking	▶ pagina 269
11.3	Gebruik: jongeren	▶ pagina 275
11.4	Gebruik: internationale vergelijking	▶ pagina 279
11.5	Hulpvraag en incidenten	▶ pagina 282
11.6	Ziekte en sterfte	▶ pagina 284
11.7	Aanbod en markt	▶ pagina 288

11. Tabak

Inleiding

Tabak wordt gemaakt uit de gedroogde bladeren van de tabaksplant (Nicotiana tabacum). Tabak wordt doorgaans gerookt in een sigaret, sigaar of pijp en zelden gesnoven of gepruimd.

Consumenten ervaren tabak als stimulerend (verbetering concentratievermogen) en rustgevend. Nicotine, het belangrijkste psychoactieve bestanddeel van tabak, is een verslavende stof. Bij 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. Tabaksfabrikanten gebruiken in totaal 673 verschillende soorten additieven in tabaksproducten. 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 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 (Visser et al., 2015).

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. Voor de verkoop van tabak geldt sinds 1 januari 2014 een leeftijdsondergrens van 18 jaar (§ 2.2). Aan de verkoop en het gebruik van tabaksproducten 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.

11.1 Laatste feiten en trends

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

- Volgens de Gezondheidsenquête van het CBS uit 2014 rookt 25% van de Nederlanders ouder dan 12 jaar wel eens (§ 11.2).
- Ten opzichte van 2012 daalde in 2013 de omzet van sigaretten met een kwart en werd er een vijfde minder shag verkocht. In 2014 steeg de omzet van sigaretten weer met meer dan een vijfde en die van shag met een zevende (§ 11.2).
- Onder hoogopgeleiden is het percentage rokers lager dan onder laag- en middelbaaropgeleiden. Sinds 2001 is de afname in het aantal rokers het kleinst bij middelbaaropgeleiden (§ 11.2).
- De daling in het percentage jongeren van 12-16 jaar dat ooit heeft gerookt zette zich tussen 2011 en 2013 voort (§ 11.3).

- Scholieren van het VMBO roken het meest, en scholieren van het VWO het minst (§ 11.3).
- Met het roken onder scholieren scoort Nederland binnen de EU boven het gemiddelde (§ 11.4).
- Onder de algemene bevolking ligt het aantal rokers in Nederland onder het EU-28-gemiddelde (§ 11.4).
- In Nederland is circa een achtste van de totale ziektelast aan roken toe te schrijven (§ 11.6).
- Het aantal mensen dat overlijdt aan een direct aan roken gerelateerde aandoening blijft al jaren constant (§ 11.6).
- Rookverboden werden in 2014 in de meeste horecagelegenheden goed nageleefd, behalve in cafés en discotheken. In het voorjaar van 2015 was er echter een stijging van het aantal rookvrije cafés (§ 11.7).
- Per 1 januari 2014 mag tabak alleen verkocht worden aan personen van 18 jaar en ouder. Uit verschillende onderzoeken komt naar voren dat de naleving van het verkoopverbod voor personen jonger dan 18 jaar nog te wensen over laat.

11.2 Gebruik: algemene bevolking

In de jaren zestig en zeventig van de 20ste 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 belangrijkste zijn:

- Het Continu Onderzoek Rookgewoonten (COR), waarbij het rookgedrag van personen van 15 jaar en ouder jaarlijks (tot en met 2014) in detail in kaart wordt gebracht. Vanwege de integratie van landelijke leefstijlmonitoren is het COR in 2014 voor het laatst uitgevoerd.
- De Gezondheidsenquête (GE) van het CBS, met een jaarlijkse kerngegevensverzameling in 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.
- Daarnaast is in 2012 de Gezondheidsmonitor gestart van de GGD-en, samen met het CBS en RIVM. Dit is een vierjaarlijkse gegevensverzameling in de bevolking vanaf 19 jaar.

De Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor wordt vanaf 2015 als primaire bron voor de rookprevalenties in Nederland gehanteerd. Sinds 2001 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). De peiling van het Continu Onderzoek Rookgewoonten (COR), die in 2014 voor het laatst is uitgevoerd, wordt als secundaire bron voor de prevalenties en voor de laatste keer als primaire bron voor enkele andere onderwerpen gebruikt, die niet of niet gedetailleerd zijn uitgevraagd in de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor. Door verschillen in onderzoeksmethoden en onderzochte leeftijdsgroepen kunnen de uitkomsten van deze peilingen verschillen. De lange termijn trends in de COR en de Gezondheidsenquête vertonen wel hetzelfde (dalende) beeld (zie ook § 11.3).

In genoemde onderzoeken wordt gevraagd naar het rookgedrag. Niet uit te sluiten valt echter dat een deel van de e-sigaret gebruikers positief heeft geantwoord op de vraag naar roken. In hoeverre dit de rookprevalentie heeft beinvloed is niet bekend. Het merendeel van de e-sigaretten gebruikers rookt ook tabaksproducten.

Trends in roken

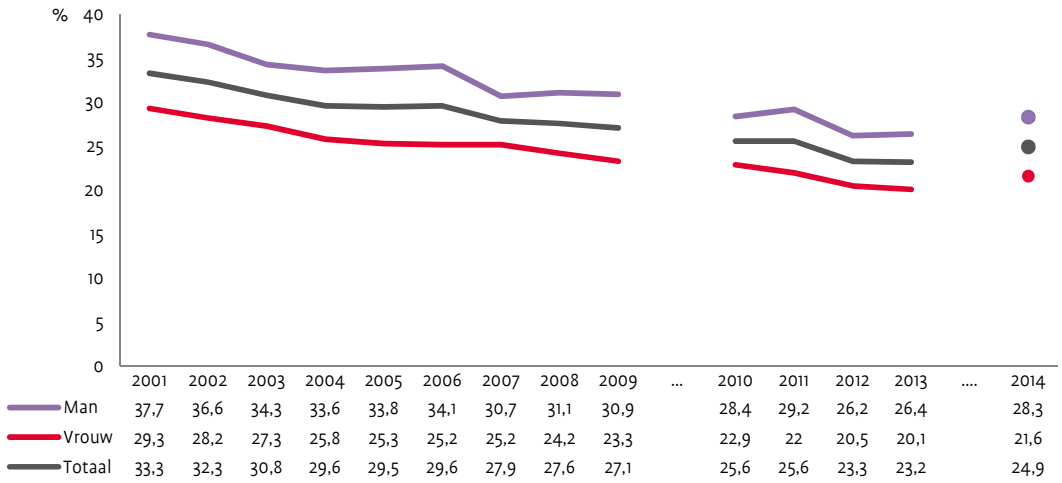
- Volgens de Gezondheidsenquête van het CBS (ongeveer 10.000 respondenten) daalde het percentage mensen dat wel eens rookt in de bevolking van twaalf jaar en ouder tussen 2001 en 2009 van 33% naar 27%. Na de methodebreuk van 2009 werd een percentage van 25,6% gevonden. Dat daalde tot 23% in 2013. Na de tweede methodebreuk werd in de meting van 2014 gevonden dat 25% van de Nederlanders boven de 12 jaar wel eens rookt (zie figuur 11.1).

- Uit de peiling van de COR in 2014 (meer dan 18.000 respondenten) kwam naar voren dat 23% van de Nederlanders ouder dan 15 jaar wel eens rookte (Verdurmen et al., 2015). Dat is een daling vergeleken met de COR-peiling van 2013 (25%).
- Over het algemeen kan gezegd worden dat er de afgelopen tien jaar een dalende trend in de prevalentie van roken is waar te nemen, maar dat de daling wel afvlakt.
- In 2014 was van de Nederlanders van twaalf jaar en ouder 30% een ex-roker en had 46% nog nooit gerookt (Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2014). Deze cijfers komen overeen met die van de Europese peiling, waarbij 31% van de respondenten aangaf een ex-roker te zijn en 46% nog nooit had gerookt (European Commission, 2015).
- Omgerekend naar de bevolking van twaalf jaar en ouder waren er in 2014 in totaal 3,6 miljoen mensen die rookten.

Leeftijd en geslacht

- In 2014 rookte 28% van de mannen en 22% van de vrouwen wel eens. Het totale percentage dagelijkse rokers lag op 19%. Van de mannen rookte 22% dagelijks en bij de vrouwen lag dat percentage op 17%.
- In de leeftijdsgroep 20-30 jaar is het percentage rokers het hoogst, gevolgd door de leeftijdsgroep 50-55 jaar (figuur 11.2). Ouderen vanaf 65 jaar zullen vaker vanwege ziekte worden aangespoord te stoppen met roken (Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2014).

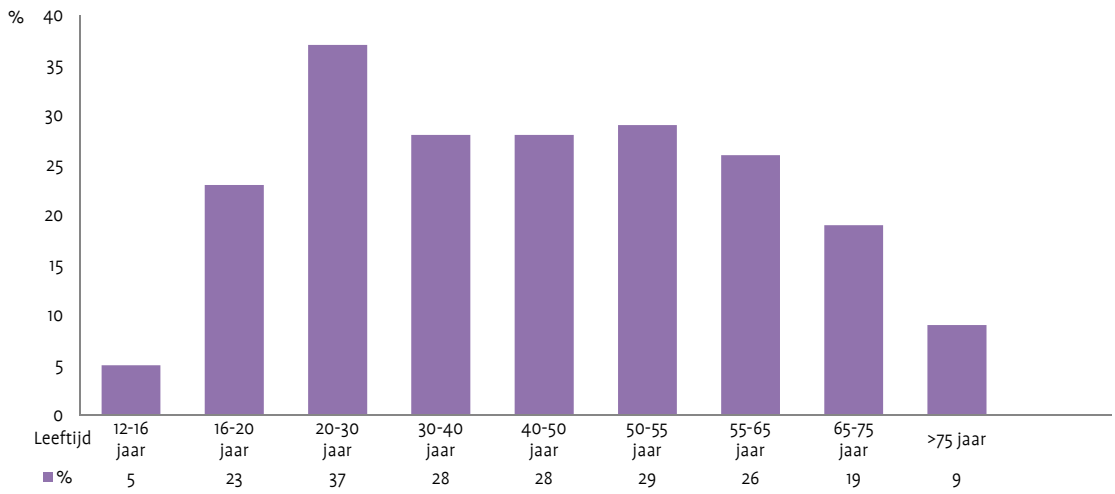
Figuur 11.1 Percentage rokers in Nederland onder mannen en vrouwen van 12 jaar en ouder naar 'rookt wel eens', vanaf 2001; methodebreuken tussen 2009 en 2010 en tussen 2013 en 2014



	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	...	2010	2011	2012	2013	....	2014
Man	37,7	36,6	34,3	33,6	33,8	34,1	30,7	31,1	30,9		28,4	29,2	26,2	26,4		28,3
Vrouw	29,3	28,2	27,3	25,8	25,3	25,2	25,2	24,2	23,3		22,9	22	20,5	20,1		21,6
Totaal	33,3	32,3	30,8	29,6	29,5	29,6	27,9	27,6	27,1		25,6	25,6	23,3	23,2		24,9

Percentage rokers. Bronnen: Gezondheidsenquête CBS (tot en met 2013); Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2014.

Figuur 11.2 Percentage rokers in Nederland naar leeftijdsgroep. Peiljaar 2014



Percentage personen dat 'wel eens' rookt. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2014.

Type rookproduct

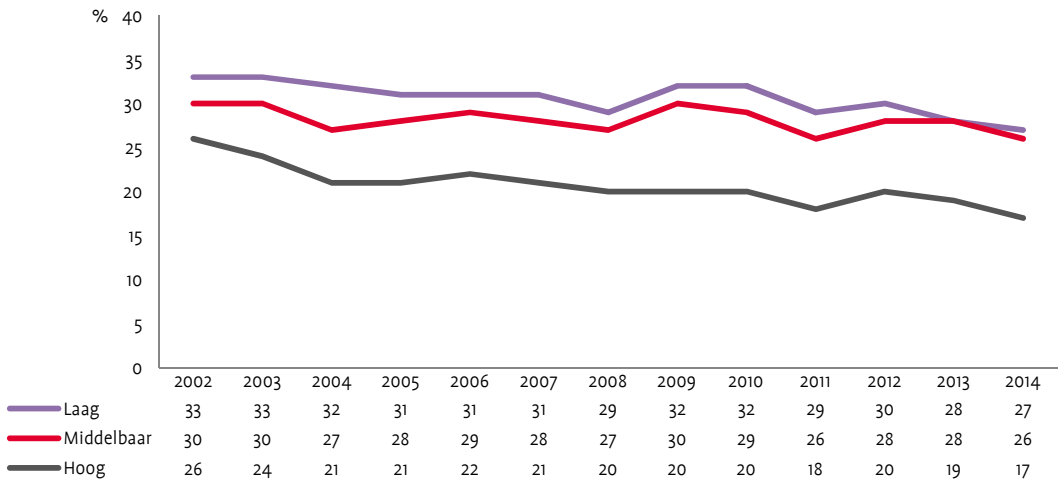
- Het gebruik van verschillende tabaksproducten is alleen in detail uitgevraagd in het COR. Van de Nederlandse bevolking van 15 jaar en ouder rookte 15% in 2013 wel eens sigaretten, 10% shag, 7% zelfgemaakte sigaretten met filterhulzen, 4,7% elektronische sigaretten, 4% sigaren of cigarillo's en minder dan 1% rookte pijp of gebruikte pruimtabak. Rokers kunnen meerdere producten gebruiken (Verdurmen et al., 2015).

Verschillen in rookgedrag tussen opleidingsniveau's

Hoogopgeleiden roken minder vaak dan laag- en middelbaaropgeleiden.

- Volgens gegevens van het COR in 2014 was 17% van de hoogopgeleiden een roker tegenover 26% van de middelbaar- en 27% van de laagopgeleiden (Verdurmen et al., 2015).
- De daling in het percentage rokers tussen 2001 en 2014 is het grootst bij de hoogopgeleiden (8%) én de laagopgeleiden (6%). Er is slechts een gering verschil in het percentage rokers bij de middelbaar- en laagopgeleiden. Er is nauwelijks sprake van een toename van het verschil in rookgedrag tussen laag- en hoogopgeleiden (figuur 11.3).
- Het verschil in roken vormt een belangrijke oorzaak van sociaaleconomische gezondheidsverschillen (Verdurmen et al., 2015).

Figuur 11.3 Percentage rokers naar opleidingsniveau in de bevolking van 15 jaar en ouder, vanaf 2001



	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Laag	33	33	32	31	31	31	29	32	32	29	30	28	27
Middelbaar	30	30	27	28	29	28	27	30	29	26	28	28	26
Hoog	26	24	21	21	22	21	20	20	20	18	20	19	17

Percentage rokers. Laagopgeleid = basisonderwijs, LBO, MAVO, VMBO; Middelbaaropgeleid = MBO, HAVO, VWO; Hoogopgeleid = HBO of universiteit. Bron: Continu Onderzoek Rookgewoonten 2014 (Verdurmen et al., 2015).

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).

- 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.

Zwaar roken

Volgens het CBS is de lange termijn trend dat het percentage zware rokers minder is geworden. Een zware roker is een persoon die twintig of meer sigaretten en/of shagjes per dag rookt.

- In 2014 rookte 4,3% van de bevolking van twaalf jaar en ouder twintig of meer sigaretten per dag, 5,4% van de mannen en 3,3% van de vrouwen. Omgerekend naar de bevolking van twaalf jaar en ouder komt dit neer op meer dan 627.000 zware rokers (zie tabel 11.1). In 2001 lag het percentage zware rokers nog op 9,8% (CBS Statline, 2015).
- Binnen de tijdreeksen met vergelijkbare peilingen (2001-2009 en 2010-2013) tekent zich een daling af. De hogere waarde in 2014 vergeleken met 2013 kan vanwege de methodenbreuk niet worden geïnterpreteerd als een stijging.
- In 2014 was het percentage zware rokers het hoogst in de leeftijdsgroep van 50–54 jaar (7,2%).
- Onder de rokers lag in 2014 het percentage zware rokers op 17,4%. In 2009 was dit nog 23% en in 2000 was nog 35% van de rokers een zware roker (Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2014).

Tabel 11.1 Percentage zware rokers[1] in de bevolking van 12 jaar en ouder, vanaf 2001

Jaar	Mannen (%)	Vrouwen (%)	Totaal (%)
2001	11,2	8,4	9,8
2002	9,5	7,7	8,6
2003	9,6	6,9	8,2
2004	8,6	6,2	7,4
2005	9,5	6,0	7,7
2006	8,5	6,0	7,2
2007	7,9	5,6	6,7
2008	8,3	5,4	6,8
2009	7,9	4,7	6,3
…			
2010	6,0	3,9	4,9
2011	5,9	4,2	5,1
2012	5,0	3,1	4,0
2013	4,4	3,3	3,8
…			
2014	5,4	3,3	4,3

1. 20 sigaretten per dag of meer. … = methodebreuk. Bronnen: Gezondheidsenquête CBS (tot en met 2013); Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2014.

Elektronische sigaretten (e-sigaret)

Een e-sigaret lijkt enigszins op een conventionele sigaret, maar werkt door verhitting van een e-vloeistof in plaats van verbranding van tabak. Het 'roken' van een e-sigaret noemt men vapen of dampen.

- In Nederland is de e-sigaret met nicotine sinds 1 februari 2015 geregeld onder het Tijdelijk Warenwetbesluit elektronische sigaret en zal in 2016 de e-sigaret geregeld worden onder de nieuwe Tabaksproductenrichtlijn (zie hoofdstuk 2, § 2.2).
- In 2014 gebruikte 4,1% van de Nederlandse bevolking van 15 jaar en ouder (wel eens) e-sigaretten. Dit is een stijging in vergelijking met 2013 (2,5%). Het aandeel e-sigaret gebruikers dat dagelijks gebruikt is gestegen van 29% in 2013 naar 44% in 2014.

Verkoop van tabak

De verkoop van tabak geeft 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 vrij gegeven doorgegeven. In tabel 11.2 is het aantal shagjes geschat.
- Sinds 2002 is de trend dat er minder tabaksproducten verkocht worden, maar deze trend werd in 2014 niet voortgezet.
- In 2002 werden er nog 30,1 miljard sigaretten en shagjes verkocht; in 2013 waren dat er nog maar 16,2 miljard, terwijl in 2014 dat aantal weer steeg naar 19,2 miljard (tabel 11.2).

- Ten opzichte van 2012 daalde in 2013 de omzet van sigaretten met een kwart en werd er een vijfde minder shag verkocht. Dit was de sterkste daling van het afgelopen decennium (tabel 11.2).
- Enkele mogelijke verklaringen voor deze scherpe daling van de officiële tabaksverkoop waren: a. er werd meer in het buitenland gekocht (Nagelhout et al., 2014); b. er werden meer illegaal geproduceerde of gesmokkelde tabaksproducten door rokers gekocht.
- In 2014 was er echter een sterke stijging in de omzet van zowel sigaretten als van shag. Deze stijging kan er mee te maken hebben dat er in 2014 meer gerookt werd, wat niet door de laatste peiling van de COR wordt bevestigd. Het kan er ook op duiden dat er minder in het buitenland en/of minder illegaal gekocht werd. Een andere mogelijke duiding is dat de scherpe daling van 2013 a-typisch was, waardoor er in feite geen sprake is van een toename maar over langere termijn een zich voortzettende daling.

Voor shag was er van 2002 tot en met 2011 een dalende trend. In 2012 was er voor het eerst weer een lichte stijging. In 2013 zette de dalende trend zich voort. In 2014 daarentegen was er een stijging van 14%.

Tabel 11.2 Verbruik van sigaretten en shag in Nederland, vanaf 1967

Jaar	Aantal sigaretten (miljard)	Aantal shagjes (miljard)[1]	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

1. Onder aanname: 1 gram shag per shagje. Bronnen: STIVORO (stivoro.nl), CBS, Ministerie van Financiën; cijfers vanaf 2002: Europese Unie: Release for consumption in EU 28 (2015).

11.3 Gebruik: jongeren

Verschillende landelijke onderzoeken monitoren het rookgedrag van jongeren. Het Peilstationsonderzoek scholieren wordt elke vier jaar door het Trimbos-instituut uitgevoerd en verzamelt cijfers over middelengebruik (o.a. roken) van scholieren van 10-18 jaar. De laatste meting was in 2011 (Verdurmen et al., 2012). De Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-studie, uitgevoerd door de Universiteit Utrecht, het Trimbos-instituut en het Sociaal en Cultureel Planbureau, verzamelt onder auspiciën van de WHO gegevens over gezondheidsgedrag, waaronder rookgedrag, onder schoolgaande jongeren van 11-16 jaar. Nederland heeft in 2001, 2005, 2009 en 2013 deelgenomen (De Looze et al., 2014). De onderwerpen en vraagstellingen in beide studies overlappen deels. De Roken Jeugd Monitor (RJM) verzamelde jaarlijks gegevens over rookgedrag onder jongeren van 10-19 jaar (Verdurmen et al., 2014a). In 2013 is de RJM voor het laatst uitgevoerd. In de komende jaren zullen in het kader van de integratie van leefstijlmonitoren de verschillende jeugdmonitors op elkaar worden afgestemd (Kramers et al., 2012).

Trends

Het (dagelijks) roken onder jongeren steeg sinds eind jaren tachtig tot midden jaren negentig en vertoont sindsdien een dalende trend (figuur 11.4).

- Volgens het Peilstationsonderzoek onder scholieren van 12-18 jaar van het voortgezet onderwijs steeg het percentage scholieren dat ooit had gerookt tussen 1988 en 1996 van 55% naar 59%, om vervolgens te dalen naar 36% in 2011. Het percentage dagelijkse rokers vertoonde dezelfde trend: een toename van 12% in 1988 naar 17% in 1996, gevolgd door een geleidelijke afname naar 7% in 2011 (Verdurmen et al., 2012; zie ook NDM Jaarbericht 2012).

Figuur 11.4 Roken onder scholieren van 12-16 jaar, 2001-2013

	Ooit							Dagelijks						
	2001 HBSC	2003 Peil	2005 HBSC	2007 Peil	2009 HBSC	2011 Peil	2013 HBSC	2001 HBSC	2003 Peil	2005 HBSC	2007 Peil	2009 HBSC	2011 Peil	2013 HBSC
Totaal	46,1	43,3	33,0	36,2	30,6	32,4	22,3	13,1	8,3	8,4	6,6	6,8	6,1	4,4
12	20,4	22,9	11,6	15,0	9,4	11,0	5,3	0,9	0,7	0,7	0,4	0,1	0,5	0,0
13	39,3	34,7	20,6	26,9	17,7	20,9	12,9	5,0	3,1	2,0	1,8	2,6	1,9	1,1
14	52,6	48,1	37,4	38,9	34,0	33,4	23,7	14,7	8,5	9,1	6,8	5,2	5,4	4,1
15	58,0	53,8	48,6	49,6	46,4	46,7	34,1	21,0	13,7	14,5	11,7	12,2	9,8	7,3
16	66,6	64,7	54,9	54,6	53,8	60,9	44,8	34,2	21,6	21,4	15,9	19,2	19,1	14,3

Percentage rokers ooit en dagelijks. Bronnen: HBSC (2001, 2005, 2009, 2013, De Looze et al., 2014); Peilstationsonderzoek scholieren (2003, 2007, 2011). Voor het beschrijven van trends van 2001 tot en met 2013 zijn de gegevens van het Peilstationsonderzoek en de HBSC-studie gecombineerd. Voor de vergelijkbaarheid tussen beide onderzoeken zijn voor deze trends alleen scholieren van 12-16 jaar in de eerste tot en met vierde klas van het voortgezet onderwijs geselecteerd.

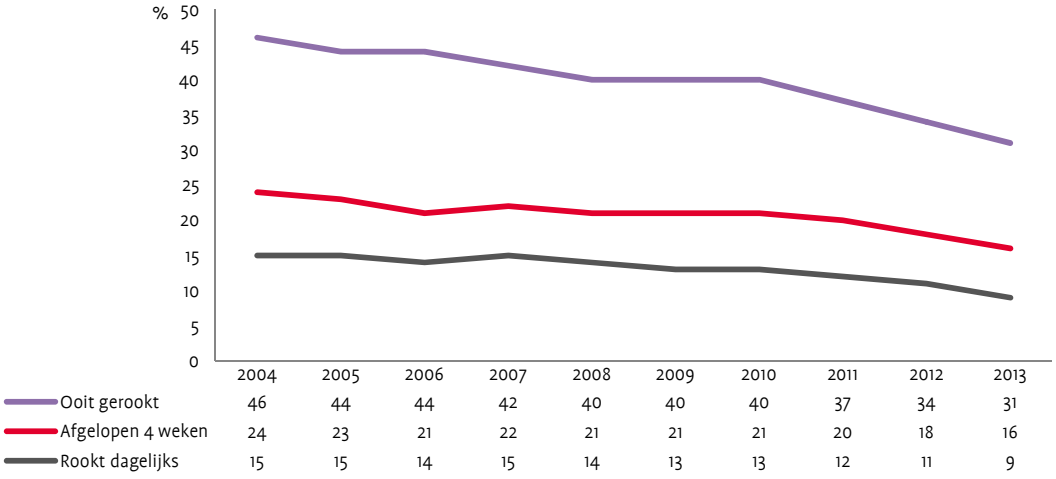
- Figuur 11.4 laat zien dat de dalende trend zich onder scholieren van 12-16 jaar zich in 2013 voortzet (De Looze et al., 2014). Tussen 2001 en in 2013 halveerde het percentage scholieren dat ooit gerookt had van 46% naar 22%. De daling tussen 2011 en 2013 was significant. De daling over de hele periode tussen 2001 en 2013 was ook significant.
- Het percentage dagelijkse rokers is met twee derde afgenomen van 13% in 2001 naar 4% 2013. Verschillen tussen 2001 en 2013 zijn significant; verschillen tussen 2011 en 2013 niet.

Leeftijd, geslacht, etniciteit en schoolniveau

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 11.4).
- Ondanks de hiervoor genoemde dalende trend, die zich in alle leeftijdsgroepen voordeed, rookte in 2013 toch nog één op de zeven 16-jarigen dagelijks (figuur 11.4).
- Er zijn praktisch geen verschillen tussen jongens en meisjes wat betreft dagelijks roken (respectievelijk 4,4% en 4,5%). Dit geldt ook voor de aantallen die ooit in hun leven gerookt hebben (De Looze et al., 2014).
- Allochtone jongeren roken iets minder vaak dan autochtone jongeren, maar dit verschil is niet significant.
- Er zijn verschillen in rookgedrag tussen jongeren van de verschillende schoolniveaus. In de HBSC-studie van 2013 werden de grootste verschillen gevonden tussen VWO-leerlingen (0,7% dagelijkse rokers) en VMBO-leerlingen (7,4% dagelijkse rokers). HAVO-scholieren zitten hier met 2,1% tussen in (De Looze et al., 2014).

Figuur 11.5 Percentage rokers: ooit, actueel en dagelijks, onder jongeren van 10-19 jaar, vanaf 2004



	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ooit gerookt	46	44	44	42	40	40	40	37	34	31
Afgelopen 4 weken	24	23	21	22	21	21	21	20	18	16
Rookt dagelijks	15	15	14	15	14	13	13	12	11	9

Percentage rokers, ooit, afgelopen 4 weken (=actueel) en dagelijks. Tot en met 2012 werden gegevens door TNS-NIPO verzameld in opdracht van Stivoro, en in 2013 in opdracht van het Trimbos-instituut. Bron: Roken Jeugd Monitor 2013, Trimbos-instituut.

Shisha-pen

- In 2013 gaf 5% van de scholieren (11 jaar en ouder) op de basisschool aan ooit een shisha-pen te hebben gebruikt, een elektronische sigaret (met of zonder nicotine) (De Looze et al., 2014).
- Van de 12-16-jarigen in het voortgezet onderwijs was dit al 22%. Meer jongens (25%) dan meisjes (19%) hebben ervaring met een shisha-pen.
- Het gebruik van de shisha-pen stijgt snel met de leeftijd. Ruim een derde van de jongeren heeft op 16-jarige leeftijd een shisha-pen gerookt.

De gegevens van de Roken Jeugd Monitor (RJM) onder jongeren van 10-19 jaar laten een zelfde dalende trend zien (figuur 11.5).

- In de RJM van het Trimbos-instituut liggen de percentages dagelijkse rokers hoger. Dit kan komen doordat aan deze monitor ook jongeren deelnemen op ROC's, HBO en WO. Hierdoor is de gemiddelde leeftijd in de RJM hoger dan in het Peilstationsonderzoek en de HBSC-studie.
- Er is sprake van een gestage daling van het aantal rokers onder jongeren. Volgens de RJM had in 2004 nog 46% van de jongeren ooit gerookt tegenover 31% in 2013. Van de jongeren van 10-19 jaar is 9% een dagelijkse roker (Verdurmen et al., 2014a).
- De verschillende monitors laten in het afgelopen decennium een afname van het aantal rokende jongeren zien.

Opvattingen van ouders

In de HBSC-studie van 2013 zijn ook de opvattingen van ouders onderzocht (De Looze et al., 2014).

- Bijna alle ouders (99,7%) vinden dagelijks roken onder de 16 jaar schadelijk. Dat wijkt niet af van de gegevens uit 2011. In 2013 vinden beduidend meer ouders dan in 2011 dat ook af en toe roken onder de 16 jaar schadelijk is (respectievelijk 89,1% versus 77,7%).
- De verhoging van de leeftijdsgrens voor het kopen van tabak naar 18 jaar wordt door 88.9% van de ouders ondersteund.
- Ruim een kwart van alle ouders (26,8%) rookt in het bijzijn van hun kind. Van de rokende ouders rookt zelfs 91,7% in het bijzijn van hun kind.
- Er zijn grote verschillen tussen rokende en niet-rokende ouders. Rokende ouders hebben minder strenge opvattingen over het roken van jongeren onder de 16 jaar en het roken van hun eigen kind. Daarnaast hanteren ze minder strenge regels, hebben ze een slechtere communicatie met hun kind over roken en verwachten ze minder effectiviteit van hun opvoedgedrag met betrekking tot roken.

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. Behalve om jongeren in het speciaal onderwijs (zie hierboven) gaat het om speciale groepen zoals uitgaande jongeren, jongeren in de jeugdzorg en jongeren in justitiële inrichtingen.

Uitgaande jongeren en jongvolwassenen

Het Grote Uitgaansonderzoek 2013 was een online survey naar middelengebruik en risicogedrag onder 3.335 (frequente) bezoekers van party's, festivals en clubs van 15 tot en 35 jaar met een gemiddelde leeftijd van 23 jaar (Goossens et al., 2013). De respondenten vormen geen representatieve steekproef van alle uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Bijna de helft van de deelnemers (45%) bezocht maandelijks of vaker een party of festival, en twee derde had een voorkeur voor techno/hardhouse muziek.

- Van deze uitgaanders was 68% een recente (laatste jaar) roker. Dat is meer dan het dubbele dan gemiddeld voor deze leeftijdsgroep (30%).
- De gemiddelde startleeftijd van tabaksgebruik was in deze groep 14,7 jaar.

- Op uitgaansdagen wordt flink meer gerookt dan op dagen dat men niet uitgaat. Op uitgaansdagen rookt men gemiddeld bijna 15 sigaretten en op dagen dat men niet uitgaat gemiddeld bijna 10 sigaretten. Er is hierbij geen verschil tussen mannen en vrouwen.
- Van de rokende uitgaanders rookt 27% (vrijwel) alleen op uitgaansavonden. Uitgaanders die zowel op uitgaansavonden roken als op andere momenten, roken op uitgaansdagen bijna twee keer zoveel sigaretten als op normale dagen (respectievelijk bijna 10 sigaretten op normale dagen en bijna 18 sigaretten op uitgaansdagen). Uitgaanders die (vrijwel) alleen op uitgaansavonden roken, roken dan gemiddeld bijna 6 sigaretten.
- Lager opgeleide uitgaanders gebruiken per keer dat ze uitgaan meer tabak dan uitgaanders die hoger zijn opgeleid.
- Ruim acht op de tien uitgaanders geeft aan dat ze, ondanks het rookverbod, in de afgelopen maand wel eens in een horecagelegenheid zijn geweest waar binnen werd gerookt.

De Amsterdamse Antenne-monitor 2013 laat zien dat van de 'clubbers' (uitgaanders die naar uitgaansgelegenheden gaan waar gedanst kan worden) en 'ravers' (feestgangers die op alternatieve locaties of in de buitenlucht feesten bezoeken met vaak elektronische muziek) ongeveer de helft (46%) tijdens het uitgaan rookt (Nabben et al., 2014).

- De meerderheid van de clubbers en ravers (86%) heeft ooit gerookt. Gemiddeld deden ze dat voor het eerst op hun 16e jaar. Bijna driekwart is een actuele roker (d.w.z. heeft in de afgelopen maand gerookt) (72%), ravers (71%) vaker dan clubbers (59%).
- Ongeveer een kwart van de huidige rokers (27%) zegt zelden, af en toe, of alleen in het weekend te roken. Van de huidige rokers is 38% dagelijkse roker, van de totale groep rookt 24% dagelijks. Dat is een stuk boven het landelijk gemiddelde (zie tabel 11.1), maar minder dan in 2008 (30%).
- Bijna de helft van de uitgaanders die in het afgelopen jaar hebben gerookt, heeft in het afgelopen jaar (ook) tabak of kruiden via een waterpijp (shisha) gerookt.

De Amsterdamse Antenne-monitor 2014 constateert dat in veel van de panelnetwerken 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 urbannetwerken.

- Onder jongeren en jongvolwassenen die mainstream-, hippe-, studenten-, en gay cafés bezoeken in Amsterdam, steeg het percentage dat ooit had gerookt van 82% in 2010 naar 87% in 2014 (Benschop et al., 2015). Het percentage dat in het afgelopen jaar had gerookt steeg in deze periode van 63% naar 69%. Het percentage huidige rokers onder deze cafébezoekers lag in 2010 op 54% en lag in 2014 op 60% (geen statistisch significant verschil).

Ook uit het Haagse onderzoek naar het uitgaansgedrag van jongeren tot en met 35 jaar blijkt dat roken geen uitzondering is, en ongeveer twee keer vaker voorkomt dan in 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).

Jeugdzorg en justitiële jeugdinrichtingen

In de Antenne 2012 is het tabaksgebruik van jongeren in de Amsterdamse jeugdzorg (niet alleen residentieel) onderzocht (Benschop et al., 2013).

- Onder 16-17-jarige jongeren in de Amsterdamse jeugdzorg heeft 46% de afgelopen maand gerookt. Dat is meer dan onder 16-17-jarige scholieren in Amsterdam (37%), maar het verschil is niet significant.
- Bij de 14-15-jarigen scoort de jeugdzorg veel hoger: 55% van de jongeren in de jeugdzorg heeft ooit gerookt, vergeleken met 26% van de scholieren. Dit verschil is significant. Bij de actuele gebruikers is het verschil nog groter (respectievelijk 34% en 11%).

In 2008 is op landelijk niveau het roken onder 12-16-jarige jongeren in de residentiële jeugdzorg onderzocht (Kepper et al., 2009a).

- Het percentage actuele rokers lag onder de 12-13-jarigen, de 14-15-jarigen en de 16-jarigen op respectievelijk 42%, 70% en 75%. Ter vergelijking: in het regulier onderwijs zijn de percentages voor deze drie leeftijdsgroepen respectievelijk: 8%, 22% en 26%. In deze leeftijdsgroepen rookten de actuele rokers in de residentiële jeugdzorg gemiddeld 8, 11 en 14 sigaretten per dag.
- Gemiddeld had 82% van de jongens (13-18 jaar) in justitiële jeugdinrichtingen in de maand voorafgaand aan hun verblijf in de Justitiële Jeugd Inrichting (JJI) gerookt (Kepper et al., 2009b). Gemiddeld rookten deze jongeren elf sigaretten per dag. Verschillen in dagelijks roken tussen deze jongens en hun leeftijdsgenoten (jongens) in het reguliere voortgezet onderwijs zijn groot: 46% versus 4% onder 13-14-jarigen, 76% versus 12% onder 15-16 jarigen en 82% versus 21% onder 17-18-jarigen.

Dakloze jongeren en jongvolwassenen

In 2011 heeft de Coda-G4 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).

11.4 Gebruik: internationale vergelijking

Algemene bevolking

In opdracht van de Europese Commissie heeft TNS Opinion & Social in 2014 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 429. 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. Per land werden ongeveer 1.000 personen ondervraagd. In 2006, 2009 en 2012 zijn soortgelijke surveys uitgevoerd. Er zijn grote verschillen tussen de lidstaten (tabel 11.3) (European Commission, 2015). De cijfers wijken geregeld af van nationale surveys. De kleine aantallen waarmee de Eurobarometer werkt 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 38% huidige rokers. Zweden scoort het laagst met 11% rokers. Nederland bevindt zich met 23% rokers in de groep landen met het minste aantal rokers.
- Tussen 2012 en 2014 steeg het aantal rokers in drie landen: in Frankrijk met 5%, in Portugal met 2% en in Duitsland met 1%. De grootste afname in het aantal rokers was te zien in Ierland (8%), Oostenrijk (7%), Luxemburg (6%) en Finland (6%). In Nederland was de afname met 1% bescheiden.
- In de EU-15 ligt het percentage ex-rokers het hoogst in Zweden (35%) en Nederland (31%). Italië en Portugal hebben het hoogste percentage nooit-rokers (63%).
- 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%.

Tabel 11.3 Percentage rokers, ex-rokers, nooit-rokers van 15 jaar en ouder in de EU-15, geordend op rookprevalentie in 2009. Peiljaren: 2009, 2012 en 2014

Land	Rokers (%)[1]			Ex-rokers (%)			Nooit gerookt (%)		
	2009	2012	2014	2009	2012	2014	2009	2012	2014
Griekenland	42	42	38	14	16	18	44	44	44
Spanje	35	33	29	21	22	19	44	45	52
Oostenrijk	34	33	26	23	20	17	43	47	57
Frankrijk	33	28	32	26	24	22	41	48	46
Ierland	31	29	21	20	19	19	49	52	59
België	30	27	25	21	20	19	49	52	56
Denemarken	29	26	23	31	31	30	40	43	47
Verenigd Koninkrijk	28	27	22	25	26	19	47	47	59
Italië	26	24	21	16	13	16	57	62	63
Duitsland	25	26	27	26	26	22	49	48	50
Luxemburg	25	27	21	22	22	22	53	50	57
Nederland	24	24	23	33	31	31	43	45	46
Portugal	23	23	25	13	15	12	64	62	63
Finland	21	25	19	27	22	24	52	53	57
Zweden	16	13	11	31	30	35	53	57	53

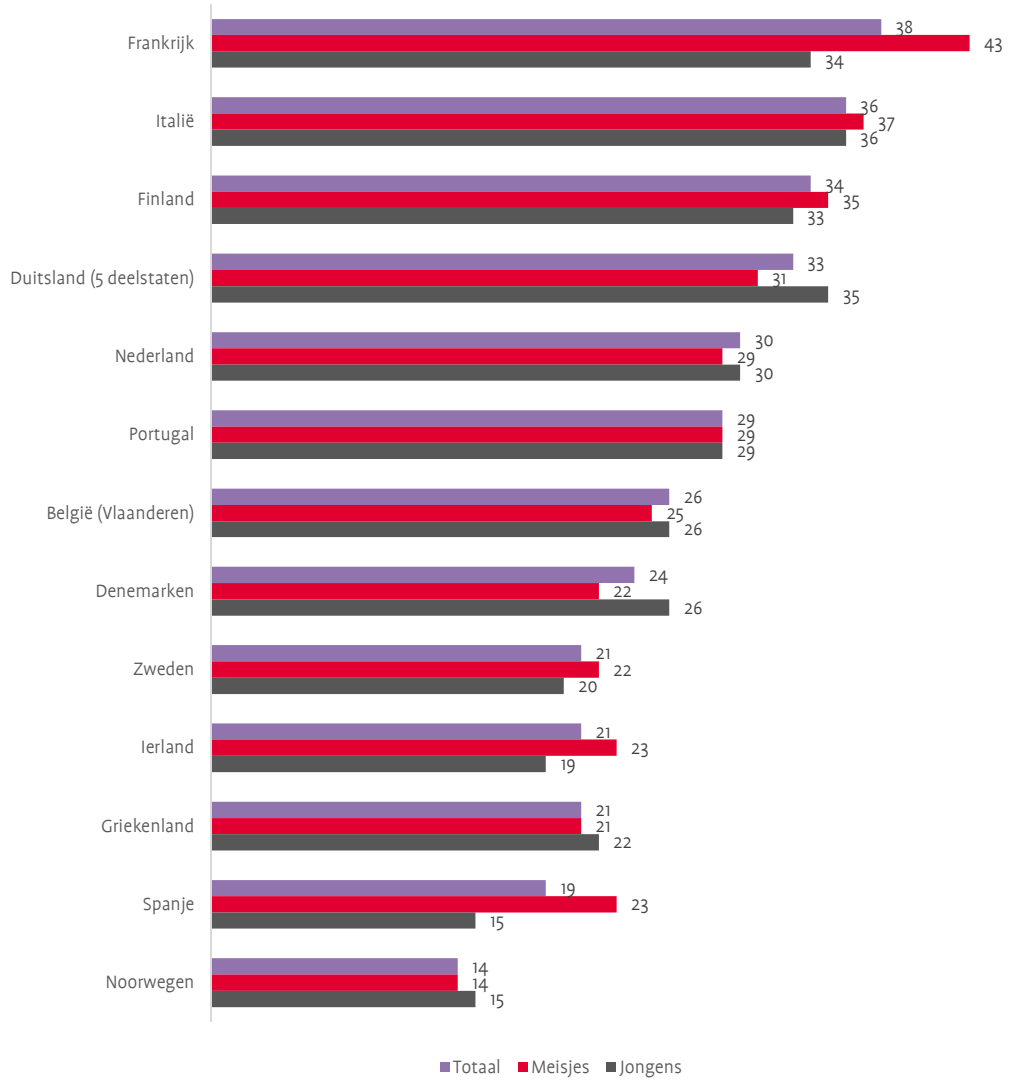
I. Percentage respondenten dat positief reageert op het item 'I currently smoke'. Bron: Special Eurobarometer 429, EC, TNS Opinion and Social.

Jongeren

Het ESPAD onderzoek in 2011 maakt een vergelijking mogelijk van het rookgedrag van 15- en 16-jarige scholieren in het middelbaar onderwijs in Europa. Figuur 11.6 geeft voor 12 EU-lidstaten en Noorwegen gegevens over het percentage actuele rokers in 2011 (Hibell et al., 2012). In het voorjaar van 2016 komen internationale cijfers van de HBSC studie in 2013 beschikbaar.

- Van de vergeleken landen telt Frankrijk de meeste en telt Noorwegen de minste rokers onder scholieren van het middelbaar onderwijs.

Figuur 11.6 Rokers onder leerlingen van 15 en 16 jaar van het voortgezet onderwijs in enkele lidstaten van de Europese Unie en Noorwegen. Peiljaar 2011



Percentage dat de afgelopen maand heeft gerookt. Bron: ESPAD.

- Nederland scoort net boven het gemiddelde van 28%.
- In zes van de dertien landen roken meer meisjes dan jongens. De verschillen zijn het grootst in Frankrijk (meisjes 43%, jongens 34%) en Spanje (meisjes 23%, jongens 15%). In zes van de dertien landen, waaronder Nederland, is er tussen de jongens en de meisjes geen groter verschil gevonden dan een procent.
- Bijna een kwart van de Nederlandse scholieren (23%) zegt veertig keer of meer in het leven te hebben gerookt. Dit percentage varieert van 10% in Noorwegen tot 27% in Finland en Frankrijk. Het gemiddelde voor 36 deelnemende Europese landen ligt op 21%.
- De rangorde van landen kan sterk verschillen tussen de algemene bevolking en scholieren. Ter illustratie, het percentage (actuele) rokers onder Griekse scholieren lijkt in de lagere regionen te vallen (figuur 11.6), terwijl het percentage (dagelijkse) rokers in de Griekse algemene bevolking het hoogst is van alle EU-15 landen (tabel 11.3).

11.5 Hulpvraag en incidenten

In tegenstelling tot verslaving aan andere middelen, wordt voor tabaksverslaving bijna geen beroep op de verslavingszorg gedaan. De meeste hulp wordt door rokers bij zelfzorg gezocht. Daarnaast wordt voor hulpvragen onder meer een beroep gedaan op huisartsen, telefonische coaching en rookpoli's van ziekenhuizen.

- De CBO-richtlijn Behandeling van Tabaksverslaving uit 2009 dient als basis voor de behandeling van nicotineverslaving (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg, 2009). Deze richtlijn geeft een actueel overzicht van bewezen effectieve stopondersteuning. In 2016 zal een update van deze richtlijn verschijnen.
- Richtinggevend voor de zorginhoudelijke en organisatorische uitwerking van de Stoppen-met-rokenprogramma's is de zorgmodule 'Stoppen met roken' van het 'Partnership stop met roken' (Stc. 2011-12328). Dit Partnership heeft een kwaliteitsregister geopend waarin geaccrediteerde stoppen met roken interventies zijn opgenomen. Het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken is nodig om onderscheid te maken in zorg waarvan is aangetoond dat deze werkt en zorg waarvan dat niet bekend is. Daarnaast waarborgt het kwaliteitsregister de kwaliteit van stoppen-met-rokenbegeleiding en maakt het inzichtelijk welke zorgverleners bewezen effectieve begeleiding aanbieden. Het aantal in het kwaliteitsregister opgenomen hulpverleners lag in de eerste helft van 2013 boven de duizend.
- In 2007 werd de door het Nederlands Huisartsen Genootschap ontwikkelde Stoppen met Roken standaard in de huisartsenpraktijk ingevoerd.
- Mensen met een nicotineverslaving doen niet snel een beroep op de verslavingszorg.
- In 2014 werden in de reguliere verslavingszorg 449 personen behandeld voor een nicotineverslaving als primair probleem. Dat is 0,7% van het totaal aantal personen dat in 2014 in de verslavingszorg werd behandeld (Wisselink et al., 2015). In 2013 ging het om 318 cliënten. Als secundaire problematiek wordt bij 3.579 cliënten in de verslavingszorg een nicotineverslaving geregistreerd.
- De verslavingszorg biedt soms (online) stopprogramma's aan, maar niet op grote schaal.

Stoppogingen en hulpmiddelen

Een meerderheid van de rokers die willen stoppen (60%) gebruikt geen hulpmiddel of –methode (zie tabel 11.4). Ongeveer een op de twintig Nederlanders wint advies of begeleiding in van een deskundige bij een stoppoging, meestal de huisarts. Naast hulp via de huisarts is ook begeleiding mogelijk door gespecialiseerde coaches, in de vorm van onder meer telefonische gesprekken, persoonlijke gesprekken of groepsinterventies. Daarnaast kent een aantal ziekenhuizen rookstoppoli's, waar patiënten die willen stoppen met roken terecht kunnen.

Volgens het Continu Onderzoek Rookgewoonten (COR) in 2014 heeft 65% van de huidige Nederlandse rokers van 15 jaar en ouder ooit een serieuze stoppoging ondernomen.

- In 2014 ondernam 29% van de (ex-)rokers een serieuze stoppoging.
- Bij hun laatste stoppoging gebruikte 40% van de (ex-)rokers een hulpmiddel of hulpmethode; dat is meer dan in de voorgaande periode (tussen 2001 en 2013 was dit 33 à 34%). Deze toename wordt grotendeels verklaard door een sterke toename in het gebruik van e-sigaretten als hulpmiddel (Verdurmen et al., 2015).
- In 2014 was 81% van de huidige rokers van plan om in de toekomst te stoppen. Dat is vergelijkbaar met 2013.
- Nicotinevervangende middelen en geneesmiddelen werden het meest gebruikt als hulpmiddel bij stoppogingen (zie tabel 11.4). De meerderheid gebruikt echter geen enkel hulpmiddel.

Tabel 11.4 Gebruik van hulpmiddelen of hulpmethode bij laatste stoppoging voor (ex-)rokers met serieuze stoppoging in het laatste jaar (%). Meerdere keuzen mogelijk. Peiljaar 2014

Soort hulpmiddel/hulpmethode	Totaal
Geen hulpmiddel/hulpmethode	60
Nicotinevervangende middelen en/of geneesmiddelen	22
Schriftelijke hulpmiddelen	5
Advies en/of begeleiding	5
Cursus en/of training	0,2
Online hulpmiddelen	1
Overige hulpmiddelen	19

Bron: Continu Onderzoek Rookgewoonten (Verdurmen et al., 2015).

In 2011 werden van de Stoppen-met-rokenprogramma's zowel gedragsmatige ondersteuning (persoonlijke coaching; groepstrainingen of telefonische coaching) als de toevoeging van farmacologische ondersteuning (nicotinevervangers of medicijnen) vergoed vanuit het basis verzekeringspakket. Dat resulteerde in een verdubbeling van het aantal mensen dat receptplichtige Stoppen-met-rokengeneesmiddelen heeft gebruikt. Vanaf 2012 werd alleen nog de gedragsmatige ondersteuning vergoed. Vanaf 2013 is de vergoeding voor de medicatie weer teruggekomen in het basispakket, maar alleen in combinatie met een werkzame vorm van gedragsmatige begeleiding.

- Uit een Nederlandse studie blijkt dat patiënten die naast begeleiding ook medicatie kregen, vaker succesvol stopten met roken dan patiënten die enkel werden begeleid of een aanvulling met nicotinevervangende middelen kregen. Volgens de studie is begeleiding met medicatie ook de voordeligste optie voor verzekeraars (Oostveen et al., 2014).
- Nederlandse huisartsen die een korte training hadden gevolgd in het begeleiden van patiënten bij het stoppen met roken, blijken een betere stoppen met roken begeleiding te leveren. Zij zijn eerder geneigd om routinematig naar rookgedrag bij de patiënten te vragen en hen door te verwijzen (Verbiest, 2014).
- De Europese Commissie heeft in april 2015 de vernieuwde iCoach gelanceerd. De iCoach is een digitale hulp bij stoppen met roken, en is vertaald in alle EU-talen en gratis te gebruiken. De stophulp is onderdeel van de campagne 'Ex-Smokers are Unstoppable' (exsmokers.eu/nl-nl/icoach).

Het gebruik van ontwenningsmiddelen is in 2014 afgenomen.

- De markt van de nicotinevervangers – pleisters, kauwgom en tabletten – nam in het kalenderjaar 2014 met bijna 8% af ten opzichte van 2013 en kwam uit op ongeveer 17,5 miljoen euro. De verkoop van kauwgum bleef bijna gelijk, terwijl de omzet van pleisters en tabletten afnam. De verkoop van de categorie Overige Produktvormen nam flink toe (IMS Health, 2015).
- Het aantal gebruikers van bupropion (Zyban®) nam in voorgaande jaren af, van 24.000 gebruikers in 2007 naar 13.500 gebruikers in 2010, bijna een halvering. In 2011 steeg het aantal gebruikers weer naar 18.000.
- Het gebruik van de antirookpil varenicline (Champix®), die in maart 2007 op de Nederlandse markt kwam, steeg van 12.000 gebruikers in 2007 naar 51.000 gebruikers in 2010 en 113.000 in 2011.
- De meest gebruikte stoppen-met-roken medicaties zijn bupropion en varenicline. Het gebruik van bupropion is de afgelopen jaren stabiel gebleven, dat van varenicline is duidelijk afgenomen (zie tabel 11.5).

Tabel 11.5 Aantal gebruikers van Bupropion (Zyban®) en Varenicline (Champix®), 2011- 2014, exclusief recepten via de online apotheek 'De Nationale Apotheek'

Jaar	Bupropion	Varenicline
2011	32.000	263.000
2012	23.500	101.000
2013	27.000	129.000
2014	28.000	92.000

Bron: SFK, 2015 (persoonlijke communicatie).

Risicogroepen

- De helft van de huidige rokende jongeren heeft in het verleden een niet geslaagde stoppoging gedaan (Blankers en Van Laar, 2013).
- Het percentage jongeren dat succesvol stopt door deel te nemen aan een interventie stijgt gemiddeld van 6% zonder interventie naar 9% met interventie.
- Er is nog te weinig wetenschappelijk bewijs om één of meerdere typen interventies op grote schaal te implementeren.
- Uit een Nederlands onderzoek bleek dat nicotinepleisters niet effectief zijn voor jongeren tussen de 12 en 18 jaar die willen stoppen met roken. Deze doelgroep heeft een intensievere benadering nodig (Scherphof et al., 2014).

Mensen met psychische stoornissen 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. Desondanks zijn er relatief weinig interventies beschikbaar om roken onder mensen met psychische stoornissen terug te dringen. Uit een onderzoek onder Nederlandse GGZ-instellingen blijkt dat daar lang niet altijd aandacht is voor stoppen met roken. Er zijn grote verschillen in het gevoerde rookbeleid (Blankers et al., 2015).
- Uit een grote Engelse meta-analyse komt naar voren dat mensen die gestopt zijn met roken zich psychisch significant beter voelen, dan degenen die door zijn gegaan met roken. Er is een afname van depressie, angst en stress en een verbetering van de kwaliteit van leven (Taylor et al., 2014).

11.6 Ziekte en sterfte

Ziekte

Blootstelling aan tabaksrook heeft 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 (tabel 11.6). In 2013 kon 90% van de sterfte door longkanker bij mannen en 78% van de sterfte door longkanker bij vrouwen worden toegewezen aan roken.

- 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) maar een oorzakelijk verband is nog niet duidelijk.

Roken en zwangerschap

Roken tijdens de zwangerschap is geassocieerd met verminderde foetale groei en verhoogt het risico op 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. Uit een recent onderzoek bleek dat één op de 12 zwangeren tijdens de hele zwangerschap rookte. Uit dit onderzoek bleek ook dat laagopgeleide vrouwen vaker dagelijks roken tijdens de zwangerschap dan hoogopgeleide vrouwen (Lanting et al., 2015).
- Roken tijdens de zwangerschap komt het meest voor onder laagopgeleide vrouwen, vrouwen met een Turkse etniciteit, vrouwen zonder partner of met een rokende partner en niet-religieuze vrouwen (Croes en Josselin-de Jong, 2014).
- Op lange termijn is roken geassocieerd met onder andere een verhoogde kans op astma, overgewicht en een verminderde vruchtbaarheid van het kind zelf (Croes en Josselin-de Jong, 2014).
- Het roken door de partner speelt een belangrijke rol voor het doorgaan met roken tijdens de zwangerschap en terugval na de bevalling. Het merendeel van de vrouwen die tijdens de zwangerschap stoppen met roken, begint binnen 6-12 maanden na de bevalling weer met roken (Croes en Josselin-de Jong, 2014).

Meeroken

Ook meeroken kan diverse ziekten veroorzaken.

- '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 stoffen schadelijk zijn voor de gezondheid. Van ongeveer 70 stoffen is een kankerverwekkende werking aangetoond (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). 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 Nederlandse meta-analyse heeft de relatie aangetoond tussen het instellen van rookverboden en een vermindering van vroeggeboortes én ernstige astmaklachten onder 2,5 miljoen baby's (Been et al., 2014). Voor Engeland is aangetoond dat de invoering en handhaving van openbare rookverboden (in 2007) tot gevolg had dat er per jaar ongeveer 11.000 minder kinderen met luchtweginfecties in het ziekenhuis hoefden te worden opgenomen (Been et al., 2015).
- 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).

Roken en genetica

Er zijn verschillende genetische varianten geïdentificeerd die het risico van rokers op bepaalde aandoeningen verhogen (Smerecnik et al., 2012):

- Bij aan roken gerelateerde ziekten is over het algemeen sprake van complexe gen-omgevingsinteracties (waaronder ook gedrag valt).
- Bepaalde genotypen (bijvoorbeeld in de L-myc, GSTM1, GSTT1, NQO1 en CYP1A1 genen) verhogen alleen het risico op longkanker, hart- en vaatziekten of slokdarmkanker in dragers van deze genotypen die ook roken.

Ziekenhuisopnames

Roken verhoogt de kans op ziekenhuisopname.

- Voor het jaar 2005 wordt geschat dat er ongeveer 90.000 klinische ziekenhuisopnamen plaatsvonden onder mensen van 35 jaar en ouder vanwege aan rokengerelateerde ziektes (Cruts et al., 2008a).
- Dit is ongeveer 7,5% van het totale aantal ziekenhuisopnames in deze leeftijdsgroep.
- Kanker van de luchtwegen, hartziekten en chronische luchtwegobstructie kwamen het meest voor als reden voor opname.
- Zware rokers van boven de 25 jaar, zowel mannen als vrouwen, hebben ongeveer 25% meer kans op een ziekenhuisopname dan niet-rokers. Ook ex-rokers hebben een relatief grote kans op ziekenhuisopname: de kans is 16% hoger bij ex-rokende mannen en 9% hoger bij vrouwen (CBS, 2011).

Sterfte

Roken is in Nederland de belangrijkste oorzaak van voortijdige sterfte.

- In 2013 overleden in Nederland 19.594 mensen van twintig jaar en ouder aan de directe gevolgen van roken (zie figuur 11.7).
- De werkelijke sterfte die gerelateerd is aan roken ligt hoger, omdat het effect van meeroken nog niet is verdisconteerd. De jaarlijkse sterfte door meeroken wordt geschat op enkele duizenden gevallen door hartaandoeningen, enkele honderden gevallen door longkanker en een tiental gevallen van wiegendood (Hofhuis en Merkus, 2005).
- Wereldwijd is naar schatting één op de honderd sterfgevallen het gevolg van meeroken. Jaarlijks sterven er in totaal naar schatting 600.000 niet-rokers aan de gevolgen van meeroken (Öberg et al., 2010; WHO, 2013). De sterfte ontstaat vooral door hartziekten, luchtweginfecties, astma en longkanker.
- 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.
- Ruim de helft van de mensen die blijven roken, sterft aan de gevolgen hiervan (Doll et al., 2004; Jha et al., 2013; Klijs et al., 2011; Banks et al., 2015).
- In een Nederlands cohort van 55-plussers is de invloed van verschillende leefstijlfactoren (overgewicht, roken, overmatig drinken) op vroegtijdige sterfte onderzocht. Met een relatief risico van 1,62 blijken rokers 62% meer kans op vroegtijdige sterfte te hebben dan niet-rokers. Ze leven gemiddeld vier jaar korter (Klijs et al., 2011).
- Door een forse daling van het aantal rokers onder mannen in de periode 1960-1990 is het aantal nieuwe gevallen van longkanker vanaf het midden van de jaren tachtig gedaald. Deze daling heeft zich in de periode 1990-2014 voortgezet.

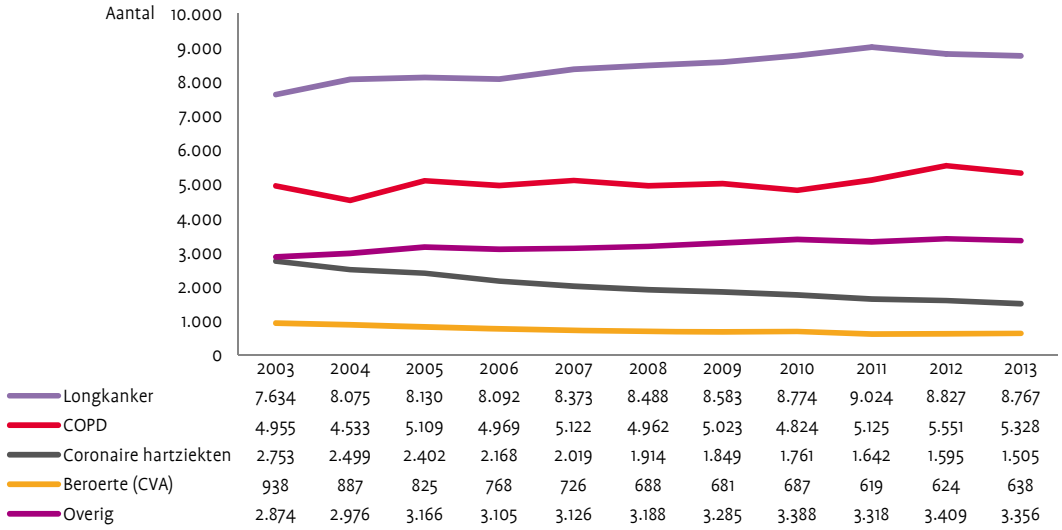
Bij vrouwen stijgt het aantal nieuwe gevallen van longkanker al sinds 1960. Deze stijging heeft zich in de periode 1990-2014 voortgezet, hoewel deze stijging sinds 2008 is afgezwakt. Vrouwen zijn in tegenstelling tot mannen vanaf de jaren zestig meer gaan roken. Vanaf de jaren tachtig gingen vrouwen 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 door roken daalt (zie figuur 11.7).

Tabel 11.6 Sterfgevallen onder mannen en vrouwen van 20 jaar en ouder, die toe te wijzen zijn aan roken, uitgaande van twaalf 'aan roken gerelateerde aandoeningen'. Peiljaar 2013[I]

Aandoening	Totale sterfte		Sterfte door roken	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
Longkanker	6.207	4.055	5.594 (90%)	3.172 (78%)
Strottehoofdkanker	175	34	150 (86%)	28 (82%)
COPD	3.623	2.960	3.105 (86%)	2.223 (75%)
Mondholtekanker	188	132	122 (65%)	72 (55%)
Slokdarmkanker	1.238	429	701 (57%)	207 (48%)
Blaaskanker	847	330	273 (32%)	86 (26%)
Nierkanker	584	320	122 (21%)	53 (17%)
Coronaire hartziekten	5.354	3.912	1.082 (20%)	422 (11%)
Alvleesklierkanker	1.221	1.233	235 (19%)	175 (14%)
Hartfalen	2.350	4.234	405 (17%	400 (9%)
Beroerte (CVA)	3.399	5.292	382 (11%)	256 (5%)
Diabetes	1.312	1.585	104 (8%)	92 (6%)

I. Percentages geven het aandeel van roken aan de sterfte weer. N.B. Waardes verschillen van vorige Jaarberichten door andere berekenigswijze door RIVM.
Bron: RIVM.

Figuur 11.7 Sterfte door roken voor enkele aandoeningen onder mensen van 20 jaar en ouder, vanaf 2003



	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Longkanker	7.634	8.075	8.130	8.092	8.373	8.488	8.583	8.774	9.024	8.827	8.767
COPD	4.955	4.533	5.109	4.969	5.122	4.962	5.023	4.824	5.125	5.551	5.328
Coronaire hartziekten	2.753	2.499	2.402	2.168	2.019	1.914	1.849	1.761	1.642	1.595	1.505
Beroerte (CVA)	938	887	825	768	726	688	681	687	619	624	638
Overig	2.874	2.976	3.166	3.105	3.126	3.188	3.285	3.388	3.318	3.409	3.356

Aantal sterfgevallen door roken. Overige aandoeningen zijn onder meer mondholtekanker, strottehoofdkanker, slokdarmkanker en hartfalen. Voor de gebruikte methode zie nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/leefstijl/roken/achtergrondinformatie-berekening-sterfte-door-roken. Bron: RIVM, CBS.

11.7 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 11.7).

Tabel 11.7 Marktaandeel (omzet in euro's) van verschillende verkoopkanalen in de verkoop van sigaretten, sigaren en shag en pijptabak. Peiljaar 2014

Verkoopkanaal	Sigaretten (%)	Sigaren (%)	Shag en pijptabak (%)	Totaal (%)
Supermarkt	51	36	62	50
Pompshop	26	33[1]	15	
Tabaks- en gemakszaak	18	31	20	23
Horeca + Overig	5	--	3	8
Totaal	100	100	100	

Marktaandeel in percentage. 1. Voor sigaren alleen cijfers over pompshop en overig samen; daarom geen totaalcijfers voor pompshop en horeca en overig. Bron: NSO, tabaksdetailhandel.nl.

- Alle soorten rookwaren worden het meest gekocht in de supermarkt. De helft van de totale omzet wordt in de supermarkten gemaakt. In de Nederlandse horeca zijn ongeveer 15.000 sigarettenautomaten (Gerritsen et al., 2014).
- Ruim 95% van de verkoop van tabak vindt plaats bij ruim 23.000 verkooppunten, in te delen in vier typen verkoopkanalen zoals genoemd in tabel 11.7: supermarkten, bemande pompshops, tabaks- en gemakszaken en de horeca (automaten). Daarnaast zijn er nog andere verkooppunten (Gerritsen et al., 2014).
- Voor sigaren (31%) én shag en pijptabak (20%) komen de tabaks- en gemakszaken op de tweede plaats. Voor sigaretten komen de pompshops op de tweede plaats (26%).

Leeftijdsgrens voor verkoop tabaksproducten

Sinds 1 januari 2003 is het volgens de gewijzigde Tabakswet verboden tabaksproducten te verkopen aan jongeren onder de 16 jaar. Per 1 januari 2014 is dat 18 jaar geworden. Uit verschillende onderzoeken komt naar voren dat de naleving van het verbod van de verkoop van tabaksproducten aan personen jonger dan 18 jaar nog te wensen over laat.

In 2014 hebben de jonge toezichthouders van het flexteam van de NVWA leeftijdsgrenscontroles uitgevoerd bij diverse typen bedrijven zoals supermarkten, tankstations, tabaksspeciaalzaken, horecabedrijven en evenementen. Deze controles zijn uitgevoerd aan de hand van een vooraf vastgestelde methodiek.

- In 2014 zijn er 6.280 locaties meegenomen in de controle op de leeftijdsgrens met behulp van de methode surveilleren en observeren. Bij 2.512 van deze locaties is daadwerkelijk een observatie uitgevoerd, bij de overige locaties is gesurveilleerd.
- Bij 45% van de observaties werd een kooppoging van tabak waargenomen van een jongere die niet onmiskenbaar de leeftijd van 18 jaar had bereikt (zie tabel 11.8). Het gemiddelde maatregelpercentage bleek 22% te zijn (NVWA, 2015).

Tabel 11.8 Leeftijdsgrenscontroles tabaksverstrekking door NVWA, 2014

Verkooplocatie	Surveillances	Observaties	Kooppoging	Maatregelen	
	n	n	n	n	%
Horeca	683	465	119	48	40
Levensmiddelenzaak	1.132	938	299	27	9
Evenement	6	21	12	2	17
Tabaksspeciaalzaak	612	361	167	44	26
Tankstation	734	483	223	50	22
Overig	601	254	86	14	16
Totaal	3.768	2.512	906	185	22

Bron: NVWA, 2015.

In 2015 werden bij het landelijk onderzoek van Nuchter Kenniscentrum Leeftijdsgrenzen 1.270 aankooppogingen voor tabak door 17-jarigen met behulp van de mysteryshop methode gedaan (zie tabel 11.9).

- Na weging blijkt de totale naleving van de verkoop van tabak slechts 27,4% te zijn (Schelleman-Offermans en Roodbeen, 2015).

Tabel 11.9 Aankooppogingen tabak door mysteryshoppers en gemiddelde naleving leeftijdsgrens, 2015

Verkoopkanaal	Totaal aantal	Gemiddelde naleving	
	n	Aantal	%
Cafetaria	103	19	18,4
Horeca	309	43	13,9
Supermarkten	401	233	58,1
Tabaksspeciaalzaken	204	74	36,3
Tankstations	101	18	17,8
Thuisbezorgkanalen	52	5	9,6
Overige	100	19	19,0
Totale naleving na weging	-	-	27,4

Bron: Schelleman-Offermans en Roodbeen, 2015.

In opdracht van de NVWA heeft Intraval onderzoek gedaan naar het kopen en verkopen van tabaksproducten door en aan jongeren (Kruize en Bieleman, 2015).

- Uit dit onderzoek blijkt dat slechts een klein deel (4%) van de 14/15-jarigen wel eens tabaksproducten koopt. Bij de 16/17-jarigen ligt dit met 14% significant hoger. Deze jongeren kopen hun tabaksproducten met name in horecagelegenheden (55%). Voor de overige gelegenheden liggen deze percentages significant lager.

Rookverbod horeca

Per 1 juli 2008 werd er binnen de horeca het rookverbod ingevoerd. Vanaf juli 2011 tot januari 2015 is er een uitzondering op dit rookverbod voor kleine cafés (< 70 m^2) zonder personeel geweest (Stb. 2011-337). Binnen de horeca worden zes categorieën onderscheiden: cafés en discotheken; restaurants; cafetaria's en snackbars; sportkantines; kunst en cultuur (theaters, bioscopen en musea); hotel en recreatie.

- De naleving van het rookverbod in de horeca wordt sinds 2009 elk najaar geïnventariseerd. In 25 gemeenten worden circa 600 horecagelegenheden bezocht, inclusief cafés waar gerookt mag worden.
- In het najaar van 2014 werd in 95% van alle horecagelegenheden niemand rokend aangetroffen. Dit is een stijging van 1% sinds het najaar van 2013 (tabel 11.10). Deze stijging in het percentage horecagelegenheden zonder rokers komt voornamelijk door een afname van het aantal rokers in cafés en discotheken (Intraval/NVWA, 2014).
- Omdat de naleving van het rookverbod in de categorie cafés en discotheken jarenlang onvoldoende was, wordt in deze categorie zowel in het voorjaar als in het najaar gemeten. Het bleek dat in het voorjaar van 2015, dus na de wetswijzing van 1 januari 2015, het aantal rookvrije cafés en discotheken significant is gestegen. Dat geldt ook voor de cafés die eerst onder de uitzondering vielen: in het voorjaar van 2015 is bijna 90% van deze cafés rookvrij (Intraval/NVWA, 2015).

Tabel 11.10 Afwezigheid rokers (%) per horecacategorie, najaar 2009- najaar 2014

Jaar	Café & discotheek[I]	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

Percentage horecagelegenheden zonder rokers. I. Inclusief rookcafés. Bron: Intraval/NVWA.

- Ook in 2014 heeft de NVWA inspecties uitgevoerd naar de naleving van het rookverbod in de horeca (tabel 11.11). In de "natte horeca" moeten nog redelijk vaak boetes worden uitgedeeld, terwijl in de bereidende horeca het rookverbod bijna nooit wordt overtreden. Er zijn 98 horecabedrijven waarbij in 2013 en 2014 meer dan drie keer een boeterapport is opgemaakt.

Tabel 11.11 Inspecties rookverbod door NVWA, 2014

	"Natte horeca" (o.a. cafés, bars)	Bereidende horeca (o.a. restaurants)
Aantal inspecties	6.464	16.398
Aantal boeterapporten (%)	1.321 (20%)	257 (1,6%)
Aantal schriftelijke waarschuwingen (%)	389 (6%)	230 (1,4%)

Bron: T.K. 32011-32.

- 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 het geldt. Gemiddeld heeft in het najaar van 2014 bijna een derde (31%) van alle horecagelegenheden een verplichte aanduiding van het rookverbod. Tussen het najaar van 2009 en het najaar van 2014 is er sprake van een daling in het percentage horecagelegenheden met een aanduiding van 57% naar 31%. De daling in het najaar van 2014 ten opzichte van het najaar van 2009 doet zich voor bij alle afzonderlijke categorieën, behalve bij de cafés en discotheken (Intraval/NVWA, 2014).

Accijns

De prijs van tabaksproducten is opgebouwd uit productiekosten, accijnzen, andere belastingen (zoals BTW) en winst. In veel ontwikkelde 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 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 gemiddelde belastingdruk op sigaretten is de laatste jaren toegenomen (tabel 11.12). De laatste accijnsverhoging was op 1 januari 2015, toen de accijns op een pakje sigaretten én een pakje shag met € 0,09 euro werd verhoogd (zie voor meer informatie: § 2.2). In januari 2015 was de gemiddelde gewogen kleinhandelsprijs van een pakje van 19 sigaretten € 5,55 euro, waarvan € 3,45 euro accijns en € 0,97 euro BTW (tabel 11.13).

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 11.13). 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 gebruik gemaakt 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 stoppen-met-rokenprogramma's.

- In 2007 stond Nederland van de dertig Europese landen die op de TCS werden gescoord op de gedeelde veertiende plaats.
- In 2010 steeg Nederland één plaats naar de gedeelde dertiende plaats van de 31 landen die beoordeeld werden (Joossens en Raw, 2011).
- In 2013 bleef Nederland op de dertiende plaats staan, terwijl er toen 34 landen werden beoordeeld (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.
- Een recente studie laat zien dat hogere scores op de TCS samenhangen met een lagere prevalentie van dagelijks roken onder jongeren in 13 Europese landen (Kuipers et al., 2015).

Tabel 11.12 Prijzen en belastingdruk op sigaretten, vanaf 1970. Peildatum januari 2014

Jaar	Prijs	Belastingdruk	Belastingdruk (%)
1970	0,86	0,60	69
1975	1,02	0,68	67
1980	1,36	0,98	72
1985	1,88	1,35	72
1990	1,97	1,37	70
1995	2,56	1,84	72
1996	2,61	1,87	72
1997	2,79	2,01	72
1998	2,93	2,11	72
1999	3,04	2,19	72
2000	3,15	2,27	72
2001	3,43	2,50	73
2002	3,54	2,58	73
2003	3,54	2,63	74
2004	4,60	3,36	73
2005	4,60	3,36	73
2006	5,00	3,65	73
2007	5,00	3,65	73
2009	6,05	4,42	73
2010	6,32	4,62	73
2011	6,84	4,99	73
2012	6,84	4,99	73
2013	6,29	5,48	87
2014	6,62	5,55	84

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 afkoring: MPPC). Vanaf 2013 alleen de Gewogen Gemiddelde Prijs (Engelse afkorting: WAP). Bron: EC.

Tabel 11.13 Gemiddelde prijzen en belastingdruk op sigaretten in 15 lidstaten van de Europese Unie. Peildatum januari 2015; gesorteerd op prijs

Land	Gemiddelde Prijs	Accijns	BTW	Accijns+BTW	Belastingdruk (%)
Ierland	8,64	5,62	1,62	7,24	84
Verenigd Koninkrijk	8,56	5,91	1,43	7,34	86
Frankrijk	6,39	4,10	1,06	5,16	81
Denemarken	5,68	3,08	1,14	4,22	74
Nederland	5,55	3,45	0,97	4,42	80
Zweden	5,18	3,21	1,03	4,24	82
Duitsland	4,88	2,89	0,78	3,67	75
Finland	4,76	3,11	0,92	4,03	85
België	4.64	3,01	0,85	3,86	82
Italië	4,35	2,53	0,78	3,31	76
Spanje	4,14	2,58	0,71	3,29	79
Luxemburg	4,14	2,28	0,62	2,90	70
Oostenrijk	3,97	2,39	0,66	3,05	77
Portugal	3,93	2,34	0,74	3,08	78
Griekenland	3,33	2,23	0,62	2,85	86

Gemiddelde prijs, accijns en BTW in euro per pakje van 19 sigaretten (op basis van gewogen gemiddelde kleinhandelsprijzen over de periode 1 januari 2014 - 31 december 2014). Bron: European Commission, 2015.

12. Illegale handel, productie en bezit van drugs

12.1	Laatste feiten en trends	▶ pagina 297
12.2	Opsporingsonderzoeken naar georganiseerde drugscriminaliteit	▶ pagina 298
12.3	Inbeslagnames van drugs en ontmantelingen van productielocaties	▶ pagina 301
12.4	Opiumwetdelicten in de strafrechtsketen	▶ pagina 306
12.5	Strafrechtelijke recidive van Opiumwetdelinquenten	▶ pagina 321

12. Illegale handel, productie en bezit van drugs

Dit hoofdstuk laat zien hoeveel delicten tegen de Opiumwet - illegale handel, smokkel, productie en bezit van drugs die op de bij de Opiumwet behorende lijst I (harddrugs) of lijst II (softdrugs) zijn geplaatst - zijn geboekstaafd door politie en justitie of in wetenschappelijk onderzoek. 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.

In § 12.1 worden de belangrijkste feiten en trends beschreven. In § 12.2 wordt gerapporteerd over opsporingsonderzoeken naar georganiseerde drugscriminaliteit. § 12.3 gaat in op inbeslagnames van drugs, ruimingen van hennepkwekerijen en ontmantelingen van productielocaties van synthetische drugs. § 12.4 beschrijft de Opiumwetdelicten in de strafrechtsketen aan de hand van:

- door politie en Koninklijke Marechaussee (KMar) tegen verdachten van Opiumwetdelicten opgemaakte processen verbaal;
- de instroom van Opiumwetzaken en -delicten bij het Openbaar Ministerie (OM);
- de afdoening van Opiumwetzaken door OM en Rechter in eerste aanleg;
- het aandeel van de gedetineerden in 2014 dat wegens een Opiumwetdelict tot gevangenisstraf is veroordeeld.

De laatste paragraaf, § 12.5, geeft cijfers over de strafrechtelijke recidive van daders van drugsdelicten.

De informatie komt uit registraties van politie en Openbaar Ministerie, jaarverslagen van instanties die betrokken zijn bij de opsporing en tenuitvoerlegging van sancties alsmede de Recidivemonitor van het WODC en voorhanden wetenschappelijk onderzoek.

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 weerspiegelen de registratiecijfers altijd ook de opsporingsprioriteiten en de capaciteit van opsporingsdiensten. De registraties zijn niet altijd compleet of niet vergelijkbaar over de jaren heen. De cijfers van politie en OM zijn sinds 2008 mogelijk beïnvloed door de introductie van nieuwe registratiesystemen (de Basisvoorziening Handhaving bij de politie en het Geïntegreerd Processysteem Strafrecht bij het OM).[1] In welke mate de invoer van de nieuwe registratiesystemen van invloed is op de cijfers is niet bekend. De cijfers uit de registratiesystemen van politie (HKS), 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. Daarbij worden delicten tegen de Opiumwet en de Wet Voorkoming Misbruik Chemicaliën (WVMC) als 'Opiumwetdelict' geteld. Delicten waarin harddrugs voorkomen tellen als harddrugsdelict, delicten waarin softdrugs voorkomen als softdrugsdelict, en delicten waarin beide voorkomen tellen als hard én softdrugsdelict.

1 De Algemene Rekenkamer heeft in 2011 geconcludeerd dat het nieuwe systeem bij de politie niet consistent werd geïmplementeerd en gepaard ging met problemen (T.K. 29350-10). De cijfers zouden volgens de Algemene Rekenkamer incompleet kunnen zijn. Zie ook: De Heer-de Lange en Kalidien (2014).

Registratiesystemen worden regelmatig aangepast en verbeterd. We rapporteren hier uit de meest recente updates. Door de aanpassingen kunnen de cijfers (in lichte mate) verschillen van eerder gerapporteerde cijfers. De meest recente cijfers (2014) hebben altijd een voorlopig karakter. De cijfers bestrijken in principe een periode van tien jaar, als dat kan de periode 2005-2014. Het komt echter voor dat nog geen cijfers over 2014 beschikbaar zijn, of dat cijfers over eerdere jaren ontbreken. In dat geval worden alleen de beschikbare cijfers gerapporteerd.

Als achtergrond bij de cijfers is het relevant te melden dat de georganiseerde criminaliteit in relatie tot heroïne en cocaïne, synthetische drugs en cannabis/hennepteelt vanaf 2008 is gekwalificeerd als dreiging voor de Nederlandse samenleving en prioriteit krijgt in de opsporing en vervolging (zie § 2.4.1). Ook de bestrijding van de hennepteelt (die boven de vijf planten voor persoonlijk gebruik uitgaat) hoort tot de prioriteiten van opsporingsinstanties.

De aanpak van Opiumwetdelicten speelt zich voor een deel af op lokaal en regionaal niveau (zie § 2.4.1). 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. Het gaat in dit hoofdstuk om de strafrechtelijke aanpak, niet om bestuursrechtelijke en andere maatregelen.

12.1 Laatste feiten en trends

- De meeste opsporingsonderzoeken naar meer ernstige vormen van georganiseerde criminaliteit zijn in 2013 (het meest recente jaar waarover cijfers beschikbaar zijn) gericht op drugs (§ 12.2).
- Als er harddrugs in het spel zijn gaat het meestal om cocaïne. Daarna volgen synthetische drugs en dan (op enige afstand) heroïne. Het aandeel cocaïne nam af in 2013 ten opzichte van 2012, het aandeel synthetische drugs en heroïne nam toe (§ 12.2).
- In twee derde van de onderzoeken zijn (ook) softdrugs in het spel, meestal nederwiet (§ 12.2).
- Er zijn minder precursoren voor de productie van synthetische drugs in beslag genomen en meer pre-precursoren (chemicaliën die omgezet kunnen worden in precursoren). De Landelijke Faciliteit Ondersteuning Ontmantelen signaleert in 2012-2014 de (her)introductie van (nieuwe) productieprocessen, pre-precursoren en de productie en bewerking van nieuwe psychoactieve stoffen (§ 12.3).
- Er lijkt sinds 2010 sprake van een toename van het aantal ontmantelde productielocaties, opslagplaatsen en afvaldumpingen van de productie van synthetische drugs (§ 12.3).
- Er zijn in 2014 ruim zes duizend hennepkwekerijen geruimd, meer dan in 2013 (§ 12.3).
- Het aandeel van Opiumwetdelicten in de strafrechtsketen groeit: bijna 9% van zowel alle verdachten bij de politie en ingestroomde zaken bij het Openbaar Ministerie als door de rechter afgedane zaken betreft een Opiumwetdelict, en dat is niet alleen meer dan in 2013, maar ook een toename ten opzichte van de jaren daarvoor (§ 12.4).
- Binnen de Opiumwetdelicten is het aandeel softdrugsdelicten in 2014 weer iets verder omhoog gegaan, terwijl het aandeel harddrugsdelicten min of meer stabiel is gebleven. De softdrugsdelicten overstijgen in 2014 de harddrugsdelicten, net als in de recente voorgaande jaren (§ 12.4).
- Van de harddrugsdelicten die in 2014 zijn ingestroomd bij het Openbaar Ministerie hebben de meeste betrekking op het aanwezig hebben (bezit) van een harddrug. Bij slechts een heel klein deel gaat het om het vervaardigen van een harddrug (synthetische drugs). De rest betreft in- en uitvoer, vervoer of handel (§ 12.4).

- Bij de softdrugs (meestal cannabis) ligt dit heel anders: daar gaat het net meestal om vervaardiging (lees: cannabisteelt). Het aanwezig hebben van softdrugs komt op de tweede plaats. In slechts een tiende van de gevallen heeft de verdachte softdrugs in- of uitgevoerd, vervoerd of verhandeld (§ 12.4).
- De meeste Opiumwetzaken worden door het Openbaar Ministerie gedagvaard. Ze worden dus voor de rechter gebracht (§ 12.4). Dit aandeel daalt de laatste jaren doordat het Openbaar Ministerie meer zaken zelf afdoet met een strafbeschikking.
- Een toenemend aandeel Opiumwetzaken eindigt bij de rechter in een vrijspraak, vooral softdrugszaken (§ 12.4).
- De taakstraf is in 2014 de meest voorkomende sanctie bij Opiumwetzaken. Daarna volgen de financiële sancties door het OM en op nagenoeg gelijke voet de (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen (§ 12.4).
- Taakstraffen worden vooral opgelegd in softdrugszaken, onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen vooral in harddrugszaken. In softdrugszaken zijn in 2014 meer voorwaardelijke vrijheidsstraffen opgelegd dan in 2013 (§ 12.4).
- In 2014 zat 16% van de gedetineerden in de gevangenis vanwege een Opiumwetdelict, 1% minder dan in 2013 (§ 12.4).
- Een deel van de Opiumwetovertreders komt na de eerste vervolging of veroordeling weer opnieuw voor een drugsdelict in aanraking met politie en justitie. Na tien jaar geldt dit voor ruim een kwart. In vergelijking met andere delicten is dit relatief laag. Harddrugsdaders recidiveren vaker voor enig delict en ook voor ernstige delicten dan softdrugsdaders (§ 12.5).

12.2 Opsporingsonderzoeken naar georganiseerde drugscriminaliteit

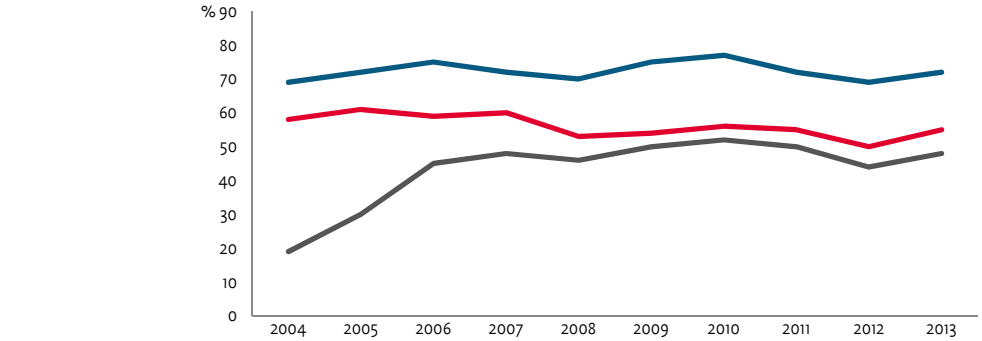
De Dienst Landelijke Informatieorganisatie van de Landelijke Eenheid van de Nationale Politie inventariseert het aantal opsporingsonderzoeken naar meer ernstige vormen van georganiseerde criminaliteit, onder meer ten behoeve van het Europese dreigingsbeeld Serious and Organised Crime Threat Assessment (SOCTA) van Europol[2]. Voor deze inventarisatie worden de tien politie-eenheden, de Landelijke Recherche en de bijzondere opsporingsdiensten gevraagd beschrijvingen van hun lopende en afgesloten opsporingsonderzoeken over een kalenderjaar aan te leveren.[3] Het gaat om onderzoeken die voldoen aan EU-criteria voor georganiseerde criminaliteit, de SOCTA-criteria. De aantallen in figuur 12.1 en tabel 12.1 hebben betrekking op onderzoeken die aan deze criteria voldoen. Door veranderingen in de registratiemethoden zijn de cijfers door de jaren heen niet vergelijkbaar. Er zijn daarnaast jaarlijkse verschuivingen in de aanlevering van de verschillende regio's en diensten, waardoor de vergelijkbaarheid over de jaren heen bemoeilijkt wordt en de interpretatie met terughoudendheid dient te gebeuren. Over 2014 zijn nog geen cijfers beschikbaar.

2 Een onderzoek heeft betrekking op een georganiseerde criminele groep die voldoet aan de SOCTA-criteria - het gaat om een samenwerkingsverband van meer dan twee personen - voor langere of onbepaalde tijd - dat verdacht wordt van of veroordeeld is voor het plegen van ernstige strafrechtelijke feiten (met een strafdreiging van gevangenisstraf van minimaal vier jaar of een ernstiger straf – voor georganiseerde criminaliteit) - dat een winstoogmerk heeft of ander materieel gewin beoogt - dat op internationaal niveau opereert in en/of buiten de EU-lidstaten. SOCTA-rapportages verschijnen sinds 2011 een keer in de vier jaar.

3 Incidenteel kunnen beschrijvingen gerapporteerd zijn over actieve groepen waarop nog geen opsporingsonderzoek is gestart.

- In totaal werden over 2013 322 opsporingsonderzoeken ingestuurd. Bij 65% van deze 322 opsporingsonderzoeken ging het om criminele groepen die zich bezighouden met drugs.
- 269 van de 322 onderzoeken voldeden aan de SOCTA-criteria, dat wil zeggen dat het gaat om meer ernstige vormen van georganiseerde criminaliteit, en 72% van deze 269 betroffen in 2013 de productie van of de handel in drugs. Dit is 3% meer dan in 2012, maar wijkt niet af van de globale trend in de jaren ervoor (figuur 12.1 en tabel 12.1). Drugsgerelateerde onderzoeken vormen ook in 2013 de meerderheid van alle onderzoeken.
- Bij de meeste aan productie van of handel in drugs gerelateerde opsporingsonderzoeken zijn (ook) harddrugs in het spel (76% in 2013). Dit aandeel is iets hoger dan in 2012, maar min of meer in lijn met het aandeel in 2008-2011.
- Bij de onderzoeken waar harddrugs in het spel zijn, kan het gaan om meerdere soorten harddrugs. Meestal gaat het om cocaïne. Dat is in 2013 niet anders dan in de jaren ervoor. In 2013 is het percentage (67%) wel relatief laag.
- Op de tweede plaats komen de synthetische drugs. In vergelijking met 2012 is het aandeel synthetische drugs hoger (44% tegen 38%), maar de 44% is niet opmerkelijk hoog of laag in vergelijking met eerdere jaren.
- Op de derde plaats komt heroïne. Het aandeel van 27% is hoger dan in 2012. In vergelijking met eerdere jaren wijkt het niet opvallend af, al ligt het in het hogere eind van het spectrum, dat zich tussen de 20% en 29% beweegt.
- In 66% van de opsporingsonderzoeken zijn (ook) softdrugs in het spel. Dit wijkt niet af van de trend van de laatste jaren.
- In 83% van de softdrugsgevallen betreft het nederwiet. In 21% gaat het om hashish (die deels ook uit het buitenland geïmporteerd kan zijn). (Buitenlandse) marihuana is in geen enkel onderzoek in het spel.
- Bij 34% van de onderzoeken ging het alléén om harddrugs. Ook dit wijkt niet veel af van de voorgaande recente periode.
- In 24% van de onderzoeken gaat het alléén om softdrugs. Dit wijkt evenmin af van eerdere jaren.
- 42% van de onderzoeken betreft zowel hard- als softdrugs. Ook dit aandeel wijkt in 2013 niet opvallend af van voorgaande jaren.

Figuur 12.1 Aandeel opsporingsonderzoeken naar meer ernstige vormen van op productie van en handel in drugs gerichte georganiseerde criminaliteit (SOCTA-selectie), totaal en hard- en softdrugs, 2004-2013[1], in %



	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
% Totaal gericht op drugs	69	72	75	72	70	75	77	72	69	72
% met harddrugs	58	61	59	60	53	54	56	55	50	55
% met softdrugs	19	30	45	48	46	50	52	50	44	48

I. Cijfers 2005 betreffen de periode januari-november. Tussen 2005 en 2006-2013 is er een breuk in vergelijkbaarheid van cijfers als gevolg van veranderde registratiemethode: vanaf 2006 is een bredere selectie toegepast, waardoor de aantallen, met name met betrekking tot handel/smokkel softdrugs, substantieel hoger zijn. Cijfers 2010 zijn incompleet, absolute aantallen zijn niet vergelijkbaar met andere jaren. Binnen een onderzoek kan sprake zijn van meerdere soorten drugs. Bron: Landelijke Eenheid Politie, Dienst Landelijke Informatieorganisatie, 2015.

Tabel 12.1 Opsporingsonderzoeken naar meer ernstige vormen van georganiseerde criminaliteit (SOCTA-selectie), naar drugsonderzoeken, hard- en softdrugs, en type drug, 2004-2013

	2004	...[I]	2005[II]	...[I]	2006	2007	2008	2009	2010[III]	2011	...[I]	2012	2013
Totaal aantal onderzoeken	289	.	(176)	...	333	328	352	272	(123)	318	...	323	269
- gericht op drugs	200	.	(127)	...	250	235	247	203	(95)	230	...	222	193
- % gericht op drugs	69	.	72	...	75	72	70	75	77	72	...	69	72
Hard/softdrugs[IV]													
- % met harddrugs	84	.	85	...	79	83	76	72	73	76	...	73	76
- % met softdrugs	27	.	41	...	60	67	65	67	68	69	...	64	66
- % met alleen harddrugs	69	.	59	...	40	36	35	33	32	31	...	36	34
- % met alleen softdrugs	11	.	15	...	21	20	24	28	27	24	...	27	24
- % met hard- en softdrugs	16	.	26	...	39	47	41	40	41	45	...	37	42
Aantal onderzoeken met harddrugs	168	.	108	...	198	194	188	147	(69)	175	...	162	147
Type harddrug													
- % cocaïne	57	.	54	...	68	77	76	78	70	73	...	79	67
- % synthetische drugs	39	.	44	...	43	40	46	41	51	41	...	38	44
- % heroïne	18	.	29	...	29	20	22	25	20	27	...	24	27

I. ...= Breuk in vergelijkbaarheid van cijfers als gevolg van veranderde registratiemethode. Vanaf 2006 is een bredere selectie toegepast, waardoor de aantallen, met name met betrekking tot handel/smokkel softdrugs, substantieel hoger zijn. II. Cijfers 2005 betreffen de periode januari-november. III. Cijfers 2010 zijn incompleet, absolute aantallen zijn niet vergelijkbaar met andere jaren. IV. Binnen een onderzoek kan sprake zijn van meerdere soorten drugs. Percentages tellen daarom niet op tot 100%. Bron: Landelijke Eenheid Politie, Dienst Landelijke Informatieorganisatie, 2015.

12.3 Inbeslagnames van drugs en ontmantelingen van productielocaties

In beslag genomen drugs

Er zijn over 2012, 2013 en 2014 geen valide landelijke registratiecijfers van de totale hoeveelheden van alle in beslag genomen drugs beschikbaar.

Wel is in 2014 onderzoek gepubliceerd naar inbeslagnames die in de politiesystemen (BVH) en systemen van de KMar (BPS) geregistreerd werden in het jaar 2012 (Kruize en Gruter, 2014). Hieruit blijkt het volgende:

- Bijna een op de vijf inbeslagnames van harddrugs betreft hoeveelheden die volgens de Aanwijzing Opiumwet beschouwd kunnen worden als 'geringe hoeveelheid voor eigen gebruik'.
- Bij softdrugs (vooral cannabis) heeft een veel groter aandeel, ruim de helft van de inbeslagnames, betrekking op zulke 'geringe hoeveelheden'.
- Bij de smokkel door bolletjesslikkers wordt door de KMar gemiddeld driekwart kilo cocaïne in beslag genomen. Bij andere smokkelwijzen (via bodypackers of in de bagage) wordt gemiddeld 2,5 kilo cocaïne in beslag genomen.
- Bij de productie van harddrugs (synthetische drugs) worden vaak geen drugs in beslag genomen, maar wel hardware en/of grondstoffen.

In beslag genomen (pre-)precursoren voor drugsproductie

Drugsprecursoren zijn chemische stoffen die worden gebruikt bij de illegale vervaardiging van onder andere amfetamine en ecstasy. De belangrijkste precursoren voor amfetamine en ecstasy zijn BMK en PMK. Naast precursoren worden ook (en in toenemende mate) pre-precursoren gebruikt voor de productie. Deze stoffen moeten eerst worden omgezet in precursoren. Daarnaast zijn diverse andere chemicaliën nodig voor de productie van synthetische drugs, zoals monomethylamine voor MDMA/ecstasy en formamide en mierenzuur voor amfetamine en overige, meer algemene chemicaliën, zoals natronloog, aceton, methanol en zoutzuur.

De chemicaliën die gebruikt worden voor de productie van drugs kennen in het algemeen ook legale toepassingen, bijvoorbeeld in de productie van medicijnen, cosmetica, parfum of plastics. Vanwege dit gevarieerd (en soms grootschalig) legaal gebruik kan de handel in deze stoffen niet verboden worden en is een controle- en opsporingsmechanisme van kracht om misbruik te bestrijden. Hiertoe dient de Wet voorkoming misbruik chemicaliën (Wvmc). Deze wet verwijst rechtstreeks naar vigerende Europese verordeningen en verplicht marktdeelnemers om de bevoegde instanties onverwijld in kennis te stellen van elk voorval dat erop kan wijzen dat stoffen die in de bijlage van de Verordening genoemd worden (de zogenaamde geregistreerde stoffen) worden misbruikt voor de illegale vervaardiging van verdovende middelen of psychotrope stoffen. Het kan dan gaan om ongewone orders voor of transacties met zulke stoffen. De Fiscale Opsporings- en Inlichtingendienst (FIOD) is belast met de handhaving van de Wvmc. Hier bevindt zich het 'Meldpunt Verdachte Transacties Chemicaliën', waar de meldingen binnenkomen, worden beoordeeld en vastgelegd. De meldplicht geldt niet voor niet-geregistreerde chemicaliën. Verdachte of ongebruikelijke transacties met deze stoffen worden op basis van vrijwilligheid regelmatig bij de FIOD gemeld, als gevolg van voorlichting over mogelijk misbruik. Sommige van deze stoffen staan op de EU-monitoring lijst.

De FIOD rapporteert ook inbeslagnames en tegengehouden zendingen van precursoren, pre-precursoren en andere voor de productie belangrijke chemicaliën aan de Europese Commissie en de International Narcotics Control Board van de VN. Dit gebeurt via een EU-database en het Precursor Incidents Communication System (PICS). Volgens de informatie die de FIOD heeft bereikt (en die mogelijk niet compleet is) is in Nederland in 2014 door politie, FIOD of Douane 109 maal een inbeslagneming of tegenhouding geweest van 30 verschillende stoffen.

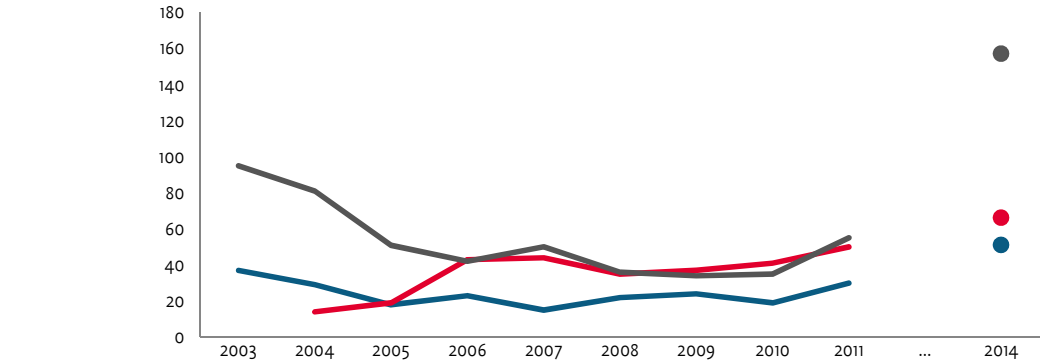
- Bij 23 van de 30 gerapporteerde stoffen gaat het om niet-geregistreerde stoffen. Een minderheid (7) behoort tot de geregistreerde stoffen.
- Drie maal betreft het een precursor: BMK (428 liter, geregistreerde precursor voor amfetamine), 4-methoxy-BMK (0,05 liter; niet-geregistreerde precursor voor PMMA), en pseudoefedrine (2 kilo, geregistreerde precursor voor methamfetamine). Van GBL (nodig voor de productie van GHB) is 1.080 liter in beslag genomen.
- Vijf maal betreft het een pre-precursor: natriumzout van PMK glycidezuur (1.500 kilo, niet-geregistreerde pre-precursor voor PMK, de precursor voor ecstasy), PMK glycidaat (1.320 kilo, niet-geregistreerde pre-precursor voor PMK), APAAN (3.090 kilo, geregistreerde pre-precursor voor BMK), BMK glycidezuur (15 kilo, niet-geregistreerde pre-precursor voor BMK) en piperonal (4,8 kilo, geregistreerde pre-precursor voor PMK).
- De overige keren gaat het om andere stoffen die gebruikt worden in het productieproces, zoals cellulose of cafeïne, die als tabletteerhulpstof worden gebruikt, en citroenzuur, zoutzuur en zwavelzuur, die gebruikt worden bij de omzetting van pre-precursoren in BMK of PMK. Van deze andere hulpstoffen zijn grote hoeveelheden in beslag genomen. Over 2012 en 2013 en de eerste helft van 2014 is ook informatie beschikbaar uit de Voortgangsrapportage van de Landelijke Faciliteit Ondersteuning Ontmantelen (LFO) (Van Rijn, 2014). De primaire taak van de LFO is het ontmantelen van productieplaatsen, dumpingen en opslagplaatsen van (synthetische) drugs en precursoren. Hoewel de cijfers mogelijk niet compleet zijn doordat de LFO niet bij alle ontmantelingen wordt ingezet, is de LFO volgens de politie (KLPD/DNR, 2012) zeer goed geïnformeerd als het gaat om synthetische drugsonderzoeken in Nederland, aangezien zij in de meeste gevallen wordt geraadpleegd en/of ingezet bij het aantreffen van productieplaatsen, grondstoffen, dumpingen en opslagplaatsen.
- De Landelijke Faciliteit Ondersteuning Ontmantelen (LFO) rapporteert dat sinds 2011 APAAN omzettingslaboratoria worden aangetroffen. Volgens de LFO vindt steeds vaker import van pre-precursoren voor PMK plaats, zoals PMK glycidaat en –glycidezuur. In 2013 meldde het LFO overigens ook inbeslagnames van PMK.
- De LFO signaleert de (her)introductie van (nieuwe) productieprocessen, pre-precursoren en productie en bewerking van nieuwe psychoactieve stoffen.

Ontmantelde productielocaties van synthetische drugs

De afdeling Specialistische Ondersteuning van de Dienst Landelijke Recherche van de Landelijke Eenheid van de politie houdt meldingen bij over productielocaties, opslagplaatsen en dumpingen van synthetische drugs, (pre-)precursoren en nieuwe psychoactieve stoffen. Dit doet ze in het kader van het European Reporting on Illicit Synthetic Substance Production sites (ERISSP). Het jaar 2014 is het eerste volledig ingevulde jaar. De cijfers zijn gebaseerd op de bruto geregistreerde cijfers van de LFO, de lijst met dumpingen van het dumpingenteam, cijfers van de Dienst Informatieknooppunt van de Landelijke Recherche, en door de afdeling zelf vergaarde cijfers. De cijfers worden 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.

- Wanneer we de aantallen gemelde aangetroffen productieplaatsen, opslagplaatsen en dumpingen over 2014 vergelijken met 2011 (het laatste jaar waarover een Jaarverslag Synthetische Drugs en Precursoren verscheen) dan lijkt er een toename te zijn (figuur 12.2). Over de langere termijn is een daling in geregistreerde ontmantelingen en afvaldumpingen waarneembaar in de periode 2001-2006 en weer een stijging vanaf 2010.
- Van de meldingen die over 2014 zijn binnengekomen hebben de meeste betrekking op synthetische drugs. Een kleiner deel betreft precursoren (als eindproduct) en een enkele keer gaat het om nieuwe psychoactieve stoffen.
- Er zijn 55 meldingen van ontmantelde productielocaties van synthetische drugs in 2014. In de eerste helft van 2015 zijn het er 28. De meeste meldingen komen in 2014 uit Noord-Brabant, Limburg en Gelderland. In de eerste helft van 2015 zijn er ook relatief veel meldingen uit de provincie Zuid-Holland.
- De meeste productielocaties waren operationeel, maar sommige stonden op standby/standstill of waren in opbouw/afbouw. Daarnaast zijn nog enkele verlaten locaties gevonden die niet meer in bedrijf waren.
- In 2014 zijn 66 opslagplaatsen gemeld. Meestal (31 keer) gaat het om een opslagplaats van chemicaliën voor de productie van synthetische drugs en een kleiner aantal keren om opslag van chemicaliën voor precursoren. Zes keer was er equipment voor de productie van synthetische drugs opgeslagen. 19 keer zijn zowel chemicaliën als equipment aangetroffen voor de productie van synthetische drugs, vier keer gaat het om chemicaliën en equipment voor het maken van precursoren.
- In de provincie Noord-Brabant zijn in 2014 verreweg de meeste opslagplaatsen gemeld (40), daarna volgen Limburg (11) en Noord-Holland (7). In de eerste helft van 2015 zijn 32 opslagplaatsen geregistreerd, ook nu weer de meeste in Noord-Brabant en Limburg.
- In 2014 zijn 157 dumpingen gemeld. Dit is een zeer grote toename ten opzichte van 2011, toen het er 55 waren. Van deze dumpingen betreffen er 133 chemicaliën voor de productie van synthetische drugs, 16 betreffen chemicaliën voor de productie van precursoren en bij één gaat het om chemisch afval van de productie van nieuwe psychoactieve stoffen. In zeven gevallen gaat het om een dumping van zowel chemisch afval als equipment, zes keer afkomstig van de productie van synthetische drugs en één keer afkomstig van de productie van precursoren. In de eerste helft van 2015 zijn 76 dumpingen gemeld.
- Dumpingen zijn het vaakst gemeld in Noord-Brabant (76 maal). Daarna volgt Limburg (47 maal). In de andere provincies is het aantal vele malen lager. Derde is bijvoorbeeld Gelderland met negen meldingen. In de eerste helft van 2015 is dit patroon niet anders.

Figuur 12.2 Aantal aan de Landelijke Eenheid gemelde ontmantelde productielocaties, opslagplaatsen en afvaldumpingen van de productie van synthetische drugs, 2003-2014[1].



	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	...	2014
Productielocaties	37	29	18	23	15	22	24	19	30		51
Opslagplaatsen		14	19	43	44	35	37	41	50		66
Afvaldumpingen	95	81	51	42	50	36	34	35	55		157

I. Geen cijfers over 2012 en 2013. Bron: Jaarverslagen synthetische drugs en precursoren, 2010; 2012; voor 2014 en 2015: meldingen verzameld door de afdeling Specialistische Ondersteuning, Dienst Landelijke Recherche, in het kader van ERISSP.

Over de jaren 2012 en 2013 en over de eerste helft van 2014 zijn cijfers bekend uit de Voortgangsrapportage van de Landelijke Faciliteit Ondersteuning Ontmantelen (LFO). Deze cijfers betreffen alleen de operationele inzet van de LFO bij ontmantelingen en zijn niet direct vergelijkbaar met die uit figuur 12.2. Uit de LFO-cijfers ontstaat het volgende beeld:

- De LFO is in 2012 en 2013 respectievelijk 42 en 57 maal ingezet bij het ontmantelen van productielocaties (laboratoria). De LFO is in 2012 en 2013 vaker ingezet dan in 2011. In de eerste helft van 2014 is de LFO 33 maal ingezet. Het merendeel van de ontmantelingen betreft in 2014 amfetaminelaboratoria en APAAN omzettingslaboratoria of combinaties daarvan. De LFO rapporteert ook een toename van het aantal MDMA-gerelateerde productieplaatsen (waar gesynthetiseerd en/of getabletteerd wordt). De LFO is in de eerste helft van 2014 tweemaal ingezet bij de ontmanteling van cocaïne extractielaboratoria en eenmaal bij een productielocatie voor het versnijden van heroïne.
- De LFO is in 2013 minder vaak ingezet bij het ontmantelen van opslagplaatsen van chemicaliën en/of hardware dan in 2011 en 2012. In 2011 gebeurde dit nog 88 maal, in 2012 66 maal en in 2013 38 maal. In de eerste helft van 2014 telt de LFO er 33.
- De LFO is in 2013 vaker ingezet bij dumpingen die gerelateerd zijn aan synthetische drugs dan in 2012 en 2011. In 2011 werden er 61 geteld, in 2012 68 en in 2013 120. In de eerste helft van 2014 rapporteert de LFO er 114. Er worden vaker grote hoeveelheden gedumpt.
- In brieven van de Minister van Veiligheid en Justitie aan de Tweede Kamer is te lezen dat de gemiddelde opruimkosten per dumping 20.000 euro bedragen (T.K. Aanhangsel-343; T.K. Aanhangsel-2941, 2014). Het lukt niet altijd om de schade op de dader te verhalen (T.K. Aanhangsel-2627, 2015).
- De LFO rapporteerde een trend dat als gevolg van geoptimaliseerde processen en productieapparatuur hogere opbrengsten worden gerealiseerd.

Geruimde hennepkwekerijen

De cijfers over aantallen geruimde kwekerijen zijn sinds 2012 completer dan die van de jaren daarvoor (al is niet zeker dat ze geheel compleet zijn). Eerder waren de cijfers minder valide omdat er steeds politieregio's waren die geen cijfers aan het KLPD aanleverden. De verbetering komt met name door een betere registratie en doordat er nu 'eenheidscoördinatoren' van de politie sturen op dit proces. De cijfers over 2014 komen van de tien regionale politie-eenheden en de Landelijke Eenheid. In het onderstaande wordt ingegaan op het jaar 2014.

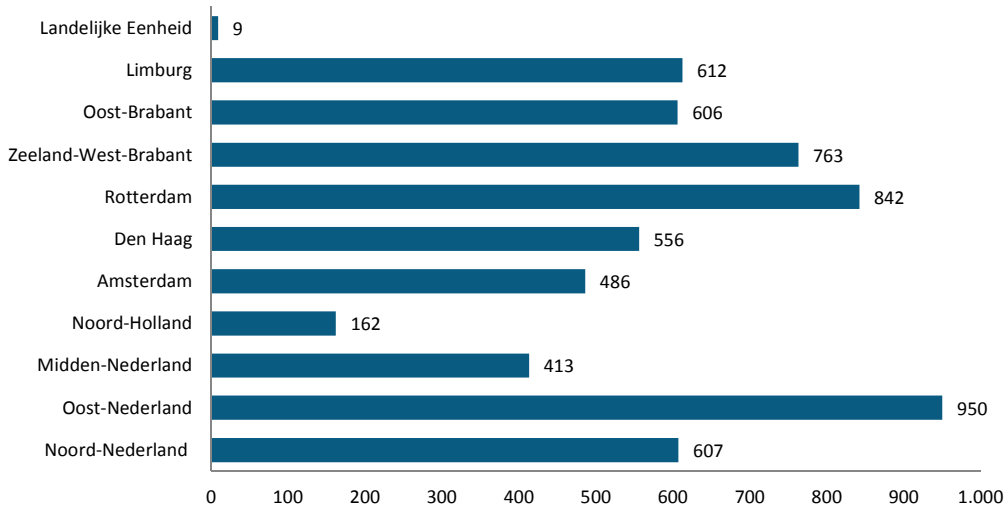
- In 2014 zijn 6.006 kwekerijen geruimd, 44 meer dan in 2013 (tabel 12.2).
- Bij de politie-eenheden Oost-Nederland en Rotterdam vinden in 2014 de meeste ruimingen plaats (respectievelijk 950 en 842; figuur 12.3).

Tabel 12.2 Aantal geruimde hennepkwekerijen, 2005-2014

	2005[I,II]	2006[I,II]	2007	2008[II]	2009[II]	2010	2011[III]	2012[III]	2013	2014
Aantal	5.610	6.516	5.242	4.731	4.727	5.620	5.435	5.773	5.962	6.006

I. 2005 en 2006: Wouters, Korf en Kroeske (2007) spreken over 'om en nabij de 6.000' (p. 126). II. Meerdere (districten van) regio's leverden geen informatie aan. III. Een regio leverde geen informatie aan; het aantal is door de landelijke eenheid geschat. Bron: Landelijke Eenheid Politie, Dienst Landelijke Informatieorganisatie, 2015

Figuur 12.3 Aantal geruimde hennepkwekerijen in 2014, naar politie-eenheid



Bron: Landelijke Eenheid Politie, Dienst Landelijke Informatieorganisatie, 2015.

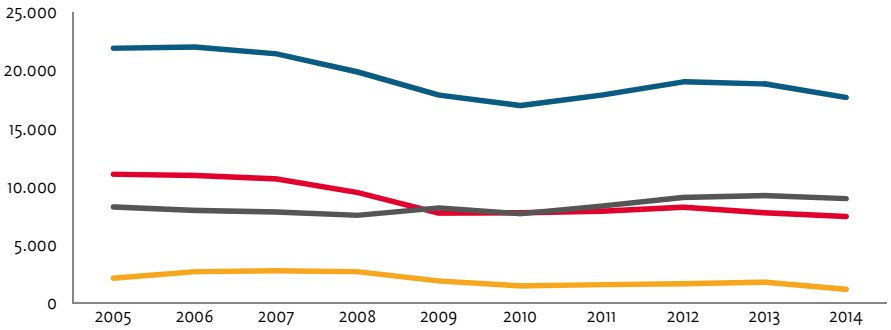
- Het overgrote deel betreft binnenkwekerijen (5.722), slechts een fractie betreft buitenteelt (284). Buitenkwekerijen worden vooral in Zeeland-West-Brabant en Noord-Nederland gerapporteerd (respectievelijk 102 en 75). De kwekerijen worden aangetroffen in huurpanden, kooppanden en bedrijfspanden.
- De ontmanteling begint veelal met een (al dan niet anonieme) melding (T.K. 24077-321, 2014). Naar aanleiding hiervan verzamelt de politie dan zoveel mogelijk informatie om uiteindelijk een binnentreding te rechtvaardigen. Indien wordt geconstateerd dat de melding grond heeft, kan een ontmanteling worden gestart.
- In totaal zijn bij de ruimingen ruim 1.600.000 planten in beslag genomen (gemiddeld rond 268 planten per kwekerij), ruim 10.500 moederplanten, 228.000 stekken en 2.000 kilo henneptoppen. De meeste planten zijn in Oost-Brabant en Limburg geregistreerd. Deze cijfers zijn niet geheel betrouwbaar, doordat ze mogelijk niet door alle politie-eenheden landelijk zijn gerapporteerd.
- Alle ontmantelingen vinden op strafrechtelijke basis plaats. In 660 gevallen is de ruiming gedaan door de gemeente, na constatering van een gevaarlijke situatie in een kwekerij. Er is bijvoorbeeld water- en stankoverlast of brandgevaar. Dit vereist spoed, waarbij dan het bestuursrecht wordt ingezet ('bestuursrechtelijke ruimingen'). Het binnentreden gebeurt echter altijd op strafrechtelijke grond (Opiumwet). De politie is altijd bij een ruiming betrokken.

12.4 Opiumwetdelicten in de strafrechtsketen

Verdachten van Opiumwetdelicten bij de politie

- Het aantal verdachten tegen wie een proces-verbaal is opgemaakt wegens een Opiumwetdelict door politie of Koninklijke Marechaussee (KMar) bedraagt in 2014, volgens voorlopige cijfers, ruwweg 18.000. Het aantal is gedaald ten opzichte van 2012 en 2013 (figuur 12.4; was ruwweg 19.000).
- De daling in de instroom bij de politie en KMAR betreft vooral verdachten van gecombineerde hard- en softdrugsdelicten. Dit aantal daalt sterk (met een derde). In mindere mate is ook het aantal verdachten van harddrugsdelicten en van softdrugsdelicten gedaald (figuur 12.4). De harddrugsverdachten laten een gestaag dalende lijn zien. Het aantal softdrugsverdachten, dat tussen 2010 en 2013 toenam, neemt in 2014 af.
- Het aandeel harddrugsverdachten (in %) is in 2014 nagenoeg constant gebleven in vergelijking met 2012 en 2013, na een gestage daling in eerdere jaren. In 2014 is 42% van de verdachten geverbaliseerd wegens een harddrugsdelict. Dit was 41% in 2013 (figuur 12.4).
- Het aandeel softdrugsverdachten is sinds 2006 onafgebroken gestegen - met uitzondering van 2010 - en stijgt ook in 2014 nog enigszins. In 2014 is 51% van de verdachten geverbaliseerd wegens een softdrugsdelict. Dit was 49% in 2013. Het aandeel softdrugsverdachten is al een aantal jaren hoger dan dat van de harddrugsverdachten. Tot het keerpunt 2009/2010 was de verhouding omgekeerd.
- Het aandeel verdachten van gecombineerde hard- en softdrugsdelicten daalt in 2014 tot 7%. In 2013 was dit 10%.
- Het aandeel verdachten van Opiumwetdelicten op alle verdachten neemt in 2014 toe tot ruim 8,7% (tabel 12.3). Deze stijging komt door de jaren heen voornamelijk voor rekening van softdrugsverdachten (figuur 12.4).

Figuur 12.4 Verdachten[I] Opiumwetdelicten bij politie en Koninklijke Marechaussee naar hard- en softdrugs, 2005-2014, in absolute aantallen en %[II]



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Totaal	21.895	22.008	21.437	19.858	17.888	16.982	17.894	19.009	18.849	17.675
Harddrugs	11.084	10.978	10.682	9.524	7.759	7.766	7.916	8.240	7.766	7.454
Softdrugs	8.273	7.973	7.863	7.560	8.195	7.695	8.353	9.089	9.251	9.001
Hard- en Softdrugs	2.158	2.708	2.799	2.718	1.933	1.513	1.621	1.678	1.830	1.214
% Harddrugs	51	50	50	48	43	46	44	43	41	42
% Softdrugs	38	36	37	38	46	45	47	48	49	51
% Hard- en Softdrugs	10	12	13	14	11	9	9	9	10	7

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 12.3 Aandeel verdachten van Opiumwetdelicten van het totaal aantal verdachten[I], 2005-2014, in %[I]

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
% Opiumwet	7,3%	7,3%	6,9%	6,8%	6,6%	6,7%	7,0%	7,7%	8,2%	8,7%
Verdachten totaal (afgerond, *1.000)	299	303	310	290	270	252	256	248	230	203

I. Totaal van alle verdachten, niet alleen Opiumwet, verdachten totaal in duizendtallen. Het jaar 2014 betreft voorlopige cijfers.

Kenmerken van Opiumwetdelicten bij de politie

Het WODC heeft in 2014 nader onderzoek laten verrichten naar drugsdelicten in de registratiesystemen van de politie en de KMar in het jaar 2012 (Kruize en Gruter, 2014). De onderzoekers hebben BVH- en BPS-bestanden opgevraagd bij de politie en de KMar. Deze bestanden geven een landelijk overzicht van alle soorten geregistreerde drugsdelicten. Vervolgens hebben de onderzoekers de delicten eruit gelicht waarbij een of meerdere personen als verdachte zijn aangemerkt en deze geanalyseerd. De onderzoekers hebben bovendien in totaal ruim duizend dossiers van drugsdelicten onderzocht. In tabel 12.4, 12.5 en 12.6 gaat het om Opiumwetdelicten met een of meer verdachten. Een beperking bij de cijfers is dat grootschalige opsporingsonderzoeken niet in BVH worden geregistreerd en dat het aandeel productie en handel daardoor lager kan uitkomen dan het in werkelijkheid is.

- Bij de door politie en KMar geregistreerde harddrugsdelicten ging het in 62% van de gevallen om het bezit van een harddrug. Het betrof verschillende harddrugs. Van de harddrugsdelicten betrof 22% handel, 14% smokkel en 1% productie.
- Bijna de helft van de softdrugsdelicten (47%) had in 2012 betrekking op de teelt van cannabis. Van de softdrugsdelicten betrof 38% bezit, 10% handel en 6% smokkel.
- Bij bezit van harddrugs ging het in 19% van de gevallen om hoeveelheden die aangemerkt kunnen worden als 'geringe hoeveelheid voor eigen gebruik'.

Tabel 12.4 Type Opiumwetdelict, delicten met verdachten, politie en KMar, 2012, aantal en %

	Aantal feiten	Percentage
Harddrugs		
Bezit	5.952	62
Handel[I]	2.139	22
Smokkel[II]	1.371	14
Productie	114	1
Totaal	9.576	100
Softdrugs		
Bezit	4.594	38
Handel[I]	1.163	10
Smokkel[II]	712	6
Productie	5.651	47
Totaal	12.120	100

I. In BVH wordt een onderscheid gemaakt tussen 'bezit', 'handel en dergelijke' en 'vervaardigen'. 'Handel en dergelijke' bevat inderdaad voor meer dan 90% handelsdelicten. II. De KMar-delicten zijn geteld als 'smokkel'. Bron: BVH- en BPS-dossiers (Kruize en Gruter, 2014).

Tabel 12.5 **Aandeel van verschillende soorten drugs die in beslag zijn genomen bij Opiumwetdelicten met verdachten, politie en KMar, 2012, in %**

	Politie	KMar	Totaal
Harddrugs			
Cocaïne	39	95	47
Heroïne/opium	18	2	16
Ecstasy/amfetamine	30	2	26
GHB	6	-	5
Overig	7	1	6
Softdrugs			
Nederwiet/hennep	78	69	77
Buitenlandse wiet	8	-	8
Hasj	11	26	12
Overig	3	5	3

Bron: BVH- en BPS-registraties (Kruize en Gruter, 2014).

Tabel 12.6 **Aandeel van verschillende soorten hard- en softdrugs per type delict (met verdachte), politie en KMar, 2012, in %**

	Bezit	Handel	Smokkel	Productie	Totaal
Harddrugs					
Cocaïne	36	50	95		47
Heroïne/opium	17	24	2		16
Ecstasy/amfetamine	33	18	2		26
GHB	8	1	-		5
Overig	6	7	1		6
Softdrugs					
Nederwiet/hennep	63	69	69	94	77
Buitenlandse wiet	14	12	-	2	8
Hasj	19	17	26	2	12
Overig	4	2	5	2	3

Bron: BVH- en BPS-registraties en dossiers (Kruize en Gruter, 2014).

- Bij bezit van softdrugs ging het volgens dit onderzoek vaak (in 71% van de bezitsdelicten) om 5 gram of minder en in 9% om 30 gram of minder.
- In gevallen van handel in drugs (hard- of softdrugs) betrof dit vrijwel uitsluitend detailhandel (de directe verkoop aan gebruikers; niet in tabel). Meestal was het straathandel, met name bij softdrugs. Harddrugshandel vond vaker plaats vanuit dealpanden dan softdrugshandel.
- Bij de harddrugsdelicten werd in ongeveer de helft van de gevallen (47%) cocaïne in beslag genomen.
- Synthetische drugs als ecstasy en amfetamine tekenden voor 26% van de inbeslagnames bij de harddrugsdelicten.
- Opiaten (heroïne), GHB en overige harddrugs hadden een aandeel van respectievelijk 16%, 5% en 6%.
- Bij de geregistreerde softdrugsdelicten ging het vrijwel uitsluitend om cannabisproducten. Nederwiet en hennepplanten voerden de boventoon (77%). Van het totaal betrof 20% buitenlandse wiet en hasj. De andere softdrugs (paddo´s, qat) vormden slechts een klein aandeel (3%).
- Smokkel van harddrugs had voor 95% betrekking op cocaïne.
- Bij de overige typen handelsdelicten ging het ook meestal om cocaïne, met heroïne/opium op de tweede plaats.
- Bezit van harddrugs betrof vooral cocaïne en ecstasy/amfetamine.
- Productie van harddrugs betrof louter synthetische drugs, maar meestal werden bij een ontmanteling van een productieplaats geen drugs in beslag genomen, maar hardware of chemicaliën (niet in tabel).
- Bij de verschillende typen softdrugsdelicten ging het meestal om nederwiet/hennep en op de tweede plaats om hasj. Daarnaast is in 2012 ook buitenlandse wiet aangetroffen.
- Bijna de helft van de softdrugsdelicten had betrekking op hennepteelt (47%). Deze vond meestal plaats in woningen en dan ging het om nederwiet.
- Ruim een kwart van de smokkel van softdrugs betrof hasj, ruim twee derde nederwiet/hennep.
- Bij bezit van softdrugs ging het in 63% van de gevallen om nederwiet/hennep en in de overige gevallen om buitenlandse wiet of hasj.

Er is in het onderzoek van Kruize en Gruter (2014) ook gekeken naar de opsporing van drugsdelicten in 2012. Hieruit bleek het volgende:

- Opsporing van bezit van drugs was vaker het gevolg van niet-gerichte opsporing dan van gerichte opsporing, terwijl alle andere drugsdelicten (handel, smokkel en productie) voornamelijk door gerichte opsporing aan het licht kwamen.
- Bij smokkel speelden de controles van de Douane een cruciale rol, terwijl bij de ontdekking van drugsproductie of cannabisteelt tips van burgers de belangrijkste factor vormden.
- De politie registreerde verhoudingsgewijs de meeste drugsdelicten in de provincies Limburg en Noord-Brabant.

Kenmerken van verdachten van Opiumwetdelicten

Verdachten van Opiumwetdelicten uit 2014 kunnen als volgt gekenmerkt worden:

- De meeste verdachten zijn man (tabel 12.7). Vrouwelijke verdachten lijken vaker opgepakt te zijn voor softdrugsdelicten dan voor delicten met harddrugs of gecombineerde delicten.
- Voor 42% van de verdachten is het delict uit 2014 het eerste geregistreerde delict. Zij zijn 'first offender' van een misdrijf (ongeacht welk type, dus niet enkel van een Opiumwetmisdrijf). Dit verschilt niet van 2013. De overige verdachten zijn al eerder met de politie in aanraking geweest. Een derde heeft vijf of meer criminele antecedenten, 16% heeft er meer dan tien.
- De verdachten van Opiumwetdelicten zijn meestal tussen de 18 en 44 jaar. Verdachten onder de 18 en boven de 55 jaar vormen een minderheid.

- Softdrugsverdachten zijn over het geheel genomen ouder dan harddrugsverdachten, met de kanttekening dat bij bezit van cannabis (en smokkel van gebruikershoeveelheden) vooral jongvolwassenen betrokken zijn (Kruize en Gruter, 2014). De (detail)handelaren van cannabis zijn achter in de twintig, terwijl telers meestal achter in de dertig zijn (Kruize en Gruter, 2014).
- Bij bezit en handel van harddrugs zijn voornamelijk jongvolwassenen betrokken. Bij smokkel van cocaïne gaat het meestal om personen tussen de twintig en de dertig, en bij de productie van harddrugs (synthetische drugs) zijn relatief veel begin dertigers betrokken (Kruize en Gruter, 2014).

Tabel 12.7 Kenmerken van verdachten Opiumwetdelicten, naar hard- en softdrugs, 2014, in %[I]

		Harddrugs	Softdrugs	Beide	Totaal[II]
Totaal aantal		7.026	8.760	1.204	16.996
Geslacht	Man	89	83	88	86
	Vrouw	11	17	12	14
Aantal antecedenten[III]	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 Opiumwetdelict geverbaliseerd. II. In 23 gevallen is de soort drug onbekend. Deze categorie is hier niet opgenomen. III. Een antecedent is een politiecontact waarbij proces-verbaal is opgemaakt; het betreft antecedenten uit de totale criminele geschiedenis inclusief het huidige politiecontact. Bron: HKS, Landelijke Eenheid Politie, Dienst Landelijke Informatieorganisatie, 2015.

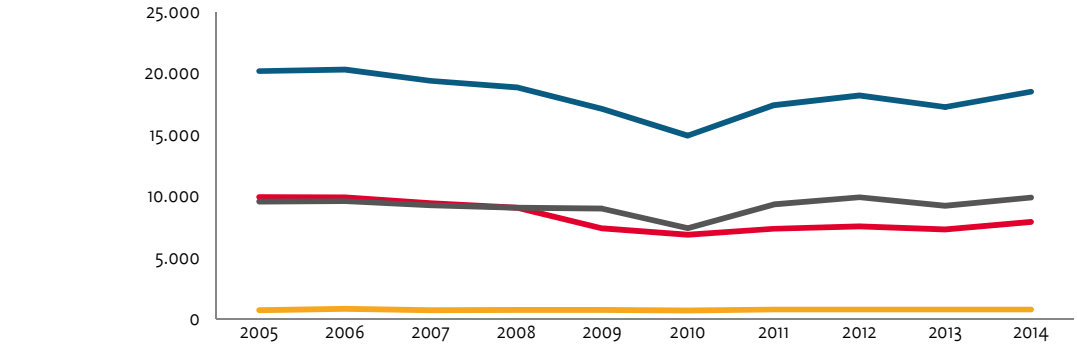
Instroom van Opiumwetzaken en -delicten bij het Openbaar Ministerie

Opiumwetdelicten worden conform de beleidsregels in de Aanwijzing Opiumwet van het Openbaar Ministerie (OM) vervolgd (zie 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.

Figuur 12.5 laat zien hoeveel Opiumwetzaken in 2014 en in de periode 2005-2014 zijn ingestroomd bij het OM.

- In 2014 stijgt het totaal aantal Opiumwetzaken. Dit wijkt af van de voorlopige politiecijfers over 2014, die een daling laten zien. Waarschijnlijk wordt dit veroorzaakt doordat nog niet alle data in de onderliggende bron (HKS) zijn ingevoerd. Als dit zo is, zal het aantal verdachten in de definitieve politiecijfers over 2014 uiteindelijk hoger uitkomen. In de afgelopen jaren bleek steeds dat de definitieve cijfers hoger uitkwamen.
- In 2014 stijgt de instroom van Opiumwetzaken bij het Openbaar Ministerie met 7% naar ruim 18.500. In 2013 was er een daling ten opzichte van 2012; die is nu weer omgebogen. Soft- en harddrugszaken stijgen even hard, het aantal van gecombineerde hard- en softdrugszaken blijft constant.
- De zaken bij het OM betreffen vaker softdrugs (53%) dan harddrugs (43%; figuur 12.5). Deze verhouding bestaat sinds 2009, daarvóór waren er meer harddrugszaken.
- Het aandeel Opiumwetzaken bij het OM op de totale instroom is in 2014 verder gegroeid tot bijna 9% (tabel 12.8). De stijging komt voornamelijk voor rekening van softdrugszaken.

Figuur 12.5 Opiumwetzaken[I] ingestroomd bij het Openbaar Ministerie, naar hard- en softdrugs[II], 2005-2014, in absolute aantallen en %



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Opiumwet totaal	20.200	20.313	19.408	18.867	17.091	14.931	17.424	18.218	17.265	18.506
Harddrugs	9.925	9.909	9.431	9.051	7.368	6.858	7.339	7.540	7.301	7.886
Softdrugs	9.558	9.579	9.259	9.073	8.984	7.386	9.338	9.908	9.213	9.872
Hard- en softdrugs	716	824	717	743	736	683	747	770	748	748
% Harddrugs	49	49	49	48	43	46	42	41	42	43
% Softdrugs	47	47	48	48	53	49	54	54	53	53
% Hard- en Softdrugs	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4

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 12.8 Aandeel Opiumwetzaken op totale instroom OM, 2005-2014[1], in %

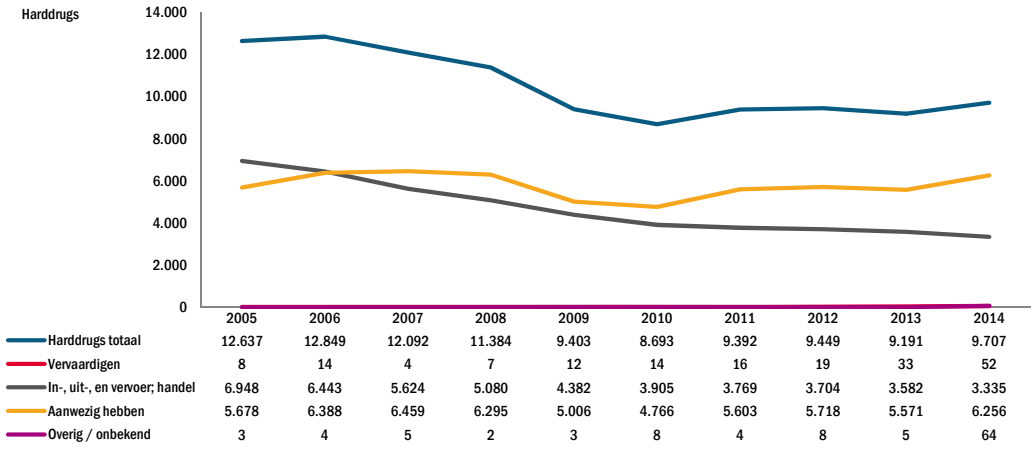
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
% Opiumwet	7,5	7,5	7,1	7,1	7,3	7,0	7,5	8,0	8,2	8,8
Zaken totaal (afgerond, *1.000)	269	270	275	264	234	214	232	227	210	211

I. Zaken totaal in duizendtallen. Bron: OMDATA/RACmin, WODC.

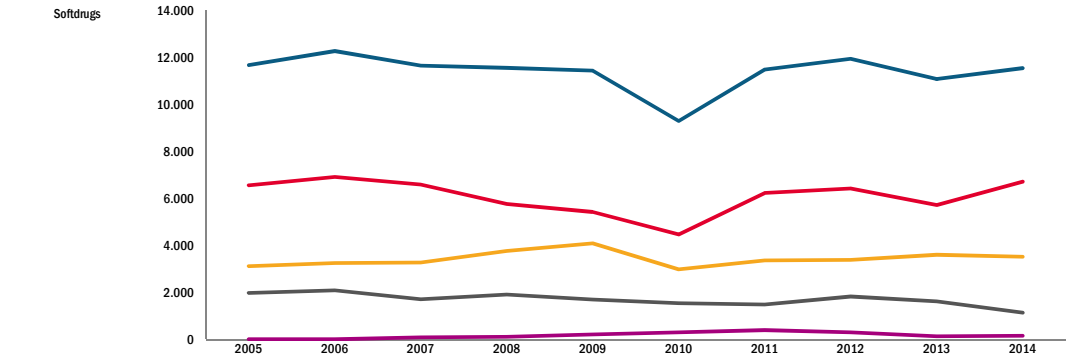
Figuur 12.6 laat de instroom van Opiumwetdelicten bij het OM zien voor harddrugs en softdrugs, onderverdeeld naar vervaardigen, in- , uit- en vervoer en handel, en aanwezig hebben, in de periode 2005-2014.

- Bij de harddrugsdelicten gaat het in 2014 meestal – in 64% van de gevallen - om het 'aanwezig hebben' van harddrugs. In 34% van de gevallen gaat het om 'in-, uit- en vervoer en handel'. 5% betreft het 'vervaardigen' van harddrugs (figuur 12.6 - harddrugs).
- Het aantal ingestroomde harddrugsdelicten dat het 'aanwezig hebben' betreft is in 2014 gestegen ten opzichte van 2013. Tussen 2008 en 2010 was er een daling, maar sindsdien is de trend stijgend.
- Het aantal harddrugsdelicten voor 'in- en uitvoer, vervoer en handel' laat een continue daling zien naar minder dan 3.500 in 2014. Dit is een zeer brede categorie die op basis van het registratiesysteem van het OM niet verder te specificeren valt. Een mogelijke verklaring zou zijn dat de politie verdachten van 'handel' arresteert die uiteindelijk te kleine hoeveelheden drugs op zak blijken te hebben om ze als zodanig te classificeren; deze delicten worden dan als 'aanwezig hebben' geboekstaafd. Dit zou betekenen dat er meer kleine handelaren opgepakt worden, die weinig drugs bij zich dragen. In het licht van de prioriteit die politie en justitie zouden moeten geven aan de bestrijding van invoer en doorvoer van cocaïne en heroïne en uitvoer van synthetische drugs is de daling opmerkelijk.

Figuur 12.6 Instroom van hard- en softdrugsdelicten bij het Openbaar Ministerie, naar vervaardigen, in-, uit-, vervoer en handel, aanwezig hebben, 2005-2014, in absolute aantallen



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Harddrugs totaal	12.637	12.849	12.092	11.384	9.403	8.693	9.392	9.449	9.191	9.707
Vervaardigen	8	14	4	7	12	14	16	19	33	52
In-, uit-, en vervoer; handel	6.948	6.443	5.624	5.080	4.382	3.905	3.769	3.704	3.582	3.335
Aanwezig hebben	5.678	6.388	6.459	6.295	5.006	4.766	5.603	5.718	5.571	6.256
Overig / onbekend	3	4	5	2	3	8	4	8	5	64



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Softdrugs totaal	11.674	12.270	11.657	11.557	11.441	9.296	11.483	11.942	11.084	11.545
Vervaardigen	6.562	6.912	6.586	5.766	5.427	4.466	6.227	6.428	5.719	6.718
In-, uit-, en vervoer; handel	1.979	2.092	1.709	1.909	1.707	1.541	1.490	1.825	1.619	1.140
Aanwezig hebben	3.124	3.256	3.271	3.768	4.088	2.986	3.366	3.386	3.607	3.524
Overig / onbekend	9	10	91	114	219	303	400	303	139	163

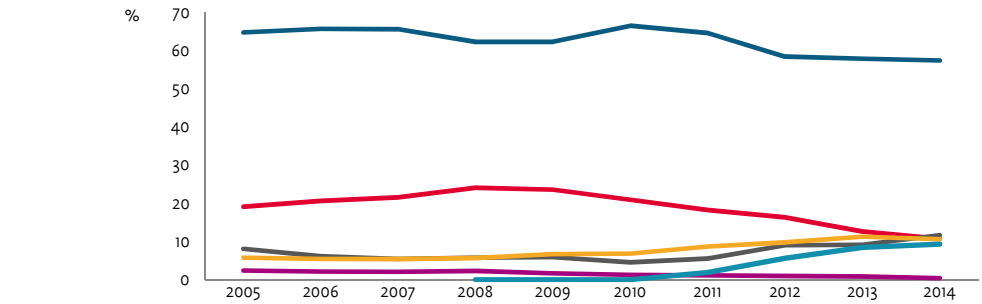
- Het aantal ingestroomde harddrugsdelicten in de categorie 'vervaardigen' is laag. Het aantal schommelde tussen 2005 en 2011 tussen de 7 en 14, met een dip van 4 in 2007. Vanaf 2010 is een stijging waarneembaar naar ruim 50 in 2014. Afgaande op andere cijfers in dit hoofdstuk (§ 12.3 en boven in § 12.4) gaat het hier om de productie van synthetische drugs. Deze productie is weer aangetrokken.
- Bij de ingestroomde softdrugsdelicten gaat het in 2014 in een derde van de gevallen om het 'aanwezig hebben' van softdrugs. In 10% gaat het om 'in- en uitvoer, vervoer, handel'. In ruim de helft van de gevallen (58%) betreft het delict het 'vervaardigen' van softdrugs – lees: het telen van nederwiet – (figuur 12.6 - softdrugs).
- Het aandeel van het delict 'aanwezig hebben van softdrugs' schommelt ruwweg rond de 30% en komt daar in 2014 ook op uit.
- De delicten in de categorie 'vervaardigen van softdrugs' daalden tussen 2005 en 2010. In het jaar daarna stijgt dit aantal scherp naar ruim 6.000. In 2013 was er een dip, met 5.700 delicten. In 2014 gaat het om 6.700 delicten.

- Het aantal softdrugsdelicten in de categorie 'in- en uitvoer, vervoer en handel' was in 2014 lager dan in 2013 en vertoont over de hele linie een dalende trend. Dit is opvallend, daar zowel in 2012 als in recent onderzoek uit 2014 geschat is dat het overgrote deel van de in Nederland geproduceerde cannabis de grens overgaat (Jansen, 2012; Van der Giessen, Moolenaar en Van Ooyen-Houben, 2014). Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat de politie zich in toenemende mate concentreert op het opsporen en ruimen van hennepkwekerijen.
- Het aandeel voor in- en uitvoer, vervoer en handel van softdrugsdelicten daalt van 17% in 2005 naar 10% in 2014. Tenslotte bedraagt het aandeel voor vervaardigen van softdrugs geregistreerde delicten in nagenoeg de gehele periode (2009 en 2010 liggen iets lager) minimaal de helft met 58% in 2014.

Beslissingen door het Openbaar Ministerie in Opiumwetzaken

- De meeste verdachten van een Opiumwetdelict worden door het OM voor de rechter gebracht, ofwel: gedagvaard (figuur 12.7). In 2014 geldt dit voor 57% van het totaal aantal afgedane zaken. Dit verschilt nauwelijks van 2013, toen het 58% was. Het aandeel daalt sinds 2010. Dit heeft mogelijk te maken met het gegeven dat het OM meer zaken zelf sanctioneert met een strafbeschikking.
- Het aandeel transacties bedraagt in 2014 11%. Dit aandeel daalt. Het kan hierbij gaan om financiële transacties (ofwel "geldsom transacties"), maar ook om vergoeding van schade en taakstraffen. Het grootste deel van de OM-transacties bestaat uit financiële transacties. In 2014 waren dit er bijna 1.100, in 2013 waren het er nog 1.500.
- In 2014 komt het aandeel beleidssepots uit op 12%, waar dit in 2013 nog 9% was. In recente voorafgaande jaren is het aantal en aandeel beleidssepots gestegen (was 5% in 2010).
- Het aandeel technische sepots stijgt en komt in 2014, evenals 2013, uit op 11%. In 2011 en 2012 was dit aandeel gestegen naar 9-10%. In 2010 kwam dit nog voor in 7% van de Opiumwetzaken. Voegingen komen weinig voor.
- Het OM kan sinds de invoering van de wet OM afdoening zelf een sanctie opleggen in de vorm van een strafbeschikking. Een strafbeschikking kan bijvoorbeeld een geldsom of een taakstraf zijn. In 2014 stijgt het aandeel van strafbeschikkingen naar 9% van de zaken. De strafbeschikkingen komen deels in de plaats van de transacties. In 2011 komen de eerste strafbeschikkingen bij Opiumwetdelicten in beeld. Het aandeel van de strafbeschikkingen was toen 2%.

Figuur 12.7 Afdoening Openbaar Ministerie in Opiumwetzaken, 2005-2014[1], in %



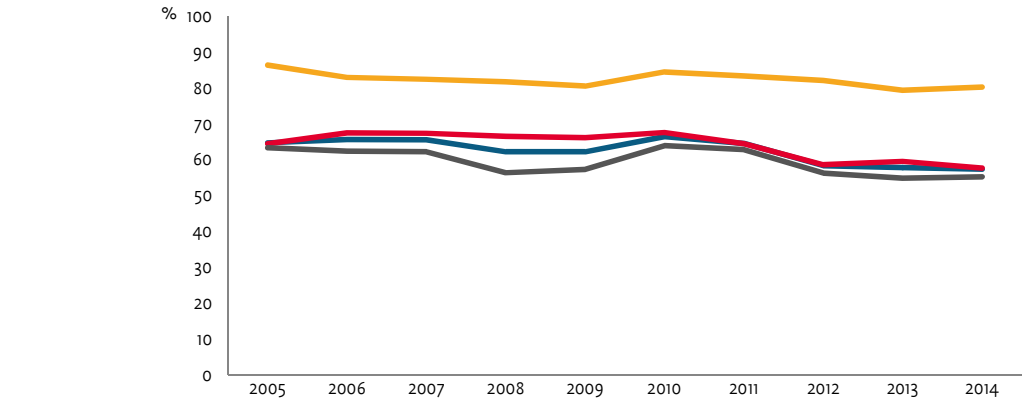
N=	2005 19.826	2006 20.521	2007 18.532	2008 18.789	2009 17.135	2010 19.826	2011 14.959	2012 17.151	2013 17.051	2014 17.599
% Dagvaarding	65	66	66	62	62	66	65	58	58	57
% Transactie	19	21	22	24	24	21	18	16	13	11
% Beleidssepot	8	6	5	6	6	5	6	9	9	12
% Technisch sepot	6	5	5	6	7	7	9	10	11	11
% Voeging	2	2	2	2	2	1	1	1	1	0
% Strafbeschikking				0	0	0	2	6	8	9

I. De totale aantallen (N) zijn exclusief administratieve sepots en overdrachten. Bron: OMDATA/RACmin, WODC.

Er zijn verschillen in afdoening door het OM tussen harddrugszaken, softdrugszaken en zaken met zowel hard- als softdrugs (figuur 12.8):

- Harddrugszaken (58%) worden vaker gedagvaard dan softdrugszaken (55%). Het aandeel dagvaardingen is echter het hoogst als het gaat om zaken met een combinatie van hard- én softdrugs (80%).
- In 2014 is het aandeel strafbeschikkingen het hoogst bij harddrugszaken (12%). Bij softdrugszaken is dit 7% en bij gecombineerde drugszaken 3% (niet in figuur).
- Het aandeel beleidssepots is in 2014 het hoogst bij softdrugszaken (12%), direct gevolgd door harddrugszaken (11%). Bij gecombineerde drugszaken is dit 6%. Technische sepots komen in recente jaren het meest voor in softdrugszaken. In 2014 is dit aandeel 13%, evenals in 2013, waar het bij harddrugszaken 8% is (was 9% in 2013) en bij zaken met hard- en softdrugs 7% is (was 8% in 2013; niet in figuur).

Figuur 12.8 Aandeel dagvaardingen in Opiumwetzaken Openbaar Ministerie, naar harddrugs, softdrugs en hard- en softdrugs[1], 2005-2014, in %



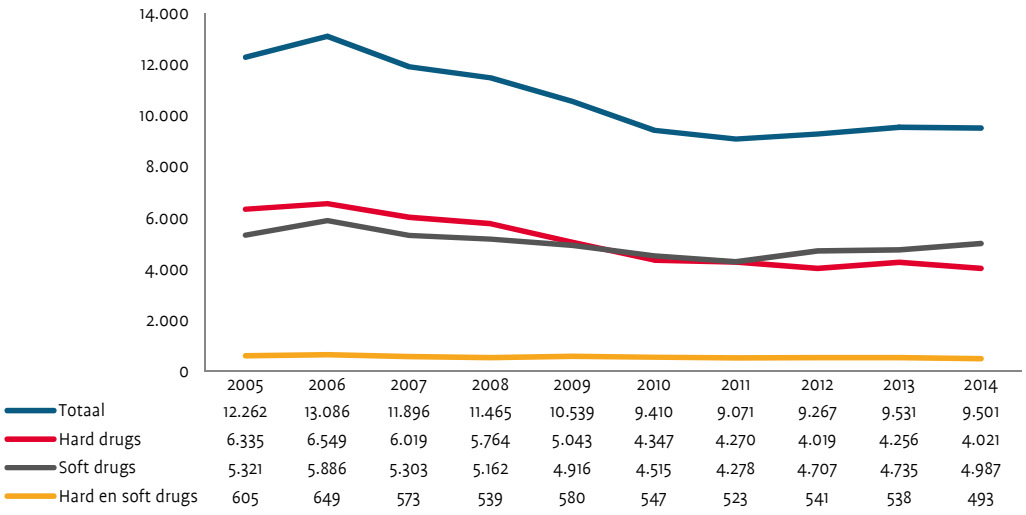
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
% Totaal	65	66	66	62	62	66	65	58	58	57
% Harddrugs	64	67	67	66	66	68	64	59	60	58
% Softdrugs	63	62	62	56	57	64	63	56	55	55
% Hard- en Softdrugs	86	83	82	82	80	85	83	82	79	80

1. 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 is in 2014 ongeveer hetzelfde als in 2013 (figuur 12.9). De dalende lijn die tussen 2006 en 2010 te zien was, is veranderd in een vrij constant aantal van tussen de 9.000 en 9.500.
- Binnen de Opiumwetzaken is er een daling bij de harddrugs- en combinatiezaken en een toename bij de softdrugszaken (figuur 12.11).
- In 2014 is 52% een softdrugszaak en 42% een harddrugszaak (figuur 12.11). Een klein deel betreft de gecombineerde hard- en softdrugszaken. Deze percentages verschillen nauwelijks van 2013. 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 12.9 Door de rechter afgedane Opiumwetzaken in eerste aanleg, naar hard- en softdrugs, 2005-2014[I], aantallen en %



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Totaal	12.262	13.086	11.896	11.465	10.539	9.410	9.071	9.267	9.531	9.501
Hard drugs	6.335	6.549	6.019	5.764	5.043	4.347	4.270	4.019	4.256	4.021
Soft drugs	5.321	5.886	5.303	5.162	4.916	4.515	4.278	4.707	4.735	4.987
Hard en soft drugs	605	649	573	539	580	547	523	541	538	493

I. Per verdachte kan meer dan een zaak geregistreerd zijn. Bron: OMDATA/RACmin, WODC.

- In 2014 vormen Opiumwetzaken 9% van het totale aantal door de rechter in eerste aanleg afgedane zaken (niet alleen Opiumwet maar alle zaken), evenals in 2013 (tabel 12.9). Vanaf 2009 stijgt het aandeel, na een daling in de voorafgaande jaren. De stijging komt voornamelijk voor rekening van softdrugszaken.

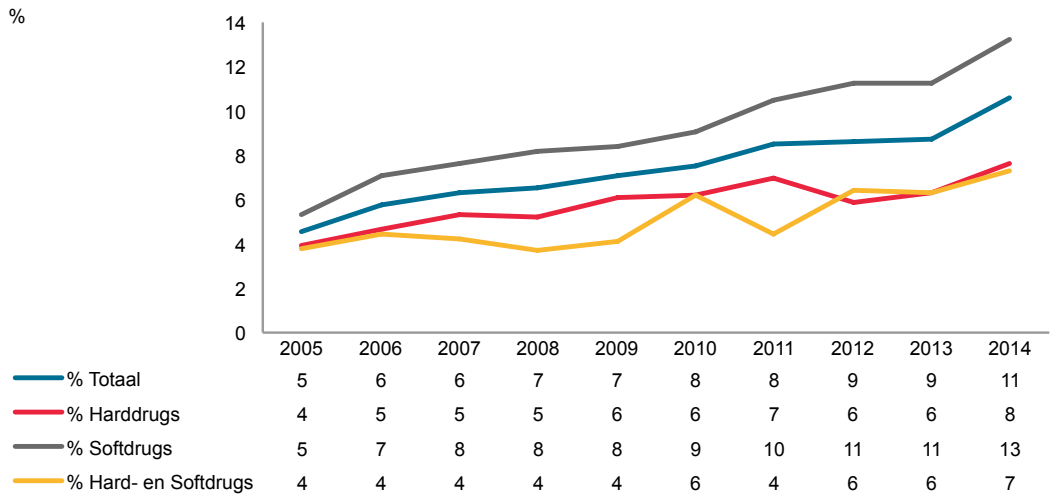
Tabel 12.9 Aandeel (%) van door de rechter afgedane Opiumwetzaken, 2005-2014[I]

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
% Opiumwet	8,4	8,9	8,5	8,1	7,6	7,8	7,8	8,5	8,8	8,9
Zaken totaal (afgerond, *1.000)	145	147	139	140	139	119	116	109	109	107

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 stijgt (figuur 12.10). Dit bedraagt 11% in 2014 en vertoont een stijgende lijn, die bij zowel harddrugs-, softdrugszaken als combinatiezaken te zien is. Het aandeel vrijspraken voor alle misdrijven is in 2014 gelijk aan die bij de Opiumwetzaken (11%). Ook het aandeel vrijspraak bij alle misdrijfzaken stijgt, analoog aan die bij de Opiumwetzaken, maar komt in de jaren voor 2014 nagenoeg steeds iets hoger uit (hier gehanteerde bron voor vrijspraak alle misdrijfzaken: Kalidien en de Heer – de Lange, 2015).
- Het aandeel vrijspraken stijgt het sterkst en is het hoogst voor softdrugszaken. In 2014 beslist de rechter in eerste aanleg in 13% van de gevallen tot een vrijspraak. In 2005 was dit nog 5%. Het aandeel vrijspraken in harddrugszaken was 4% in 2005 en stijgt naar 8% in 2014. Het aandeel vrijspraken is gemiddeld het laagst bij de gecombineerde hard- en softdrugszaken. Dit aandeel stijgt van 4% naar 7%.

Figuur 12.10 Aandeel vrijspraak in eerste aanleg naar soort Opiumwetdelict, 2005-2014[1]



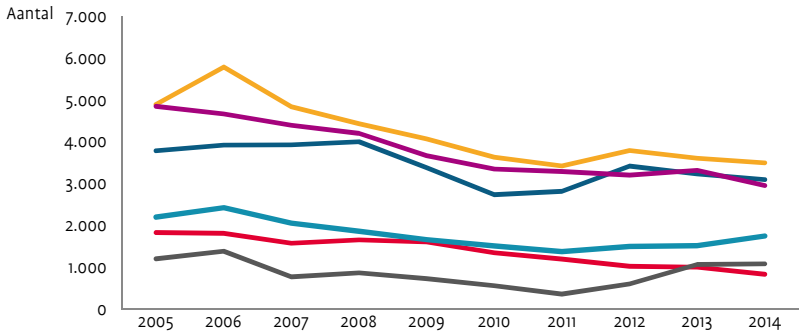
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
% Totaal	5	6	6	7	7	8	8	9	9	11
% Harddrugs	4	5	5	5	6	6	7	6	6	8
% Softdrugs	5	7	8	8	8	9	10	11	11	13
% Hard- en Softdrugs	4	4	4	4	4	6	4	6	6	7

1. Inclusief een aantal van totaal 100 ontslagen van rechtsvervolging over de gehele periode 2005-2014.

Sancties OM en rechter

Figuur 12.11 laat zien in hoeveel Opiumwetzaken een bepaald type sanctie is opgelegd en figuur 12.12 laat zien 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 strafbeschikkingen); "Rechter – Geldboete" (waarin de zaken met (deels) onvoorwaardelijke geldboetes zijn geteld); verder de zaken met een "Taakstraf – OM" en "Taakstraf – Rechter". Tenslotte 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 12.11 Opiumwetzaken naar sanctietype OM of rechter in eerste aanleg, 2005-2014, in aantal en %[1]



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
OM - Financieel (i)	3.789	3.925	3.927	4.002	3.388	2.738	2.818	3.421	3.232	3.098
Rechter - Geldboete (ii)	1.833	1.815	1.583	1.659	1.610	1.348	1.199	1.027	1.009	838
Taakstraf - OM (iii)	1.210	1.389	776	872	734	560	364	604	1.072	1.083
Taakstraf - Rechter	4.896	5.788	4.841	4.432	4.069	3.636	3.425	3.791	3.604	3.496
Vrijheidsstraf onvoorwaardelijk (iv)	4.848	4.664	4.397	4.199	3.668	3.346	3.288	3.207	3.320	2.959
Vrijheidsstraf voorwaardelijk	2.202	2.428	2.057	1.867	1.667	1.512	1.380	1.500	1.520	1.750
% OM - Financieel (i)	19	19	21	21	20	19	19	20	19	18
% Rechter - Geldboete (ii)	16	15	15	16	17	16	15	13	12	11
% Taakstraf - OM (iii)	6	7	4	5	4	4	2	4	6	6
% Taakstraf - Rechter	43	49	45	43	43	43	43	47	43	44
% Vrijheidsstraf onvoorwaardelijk (iv)	43	39	41	41	39	40	41	39	40	37
% Vrijheidsstraf voorwaardelijk	19	20	19	18	18	18	17	18	18	22

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.

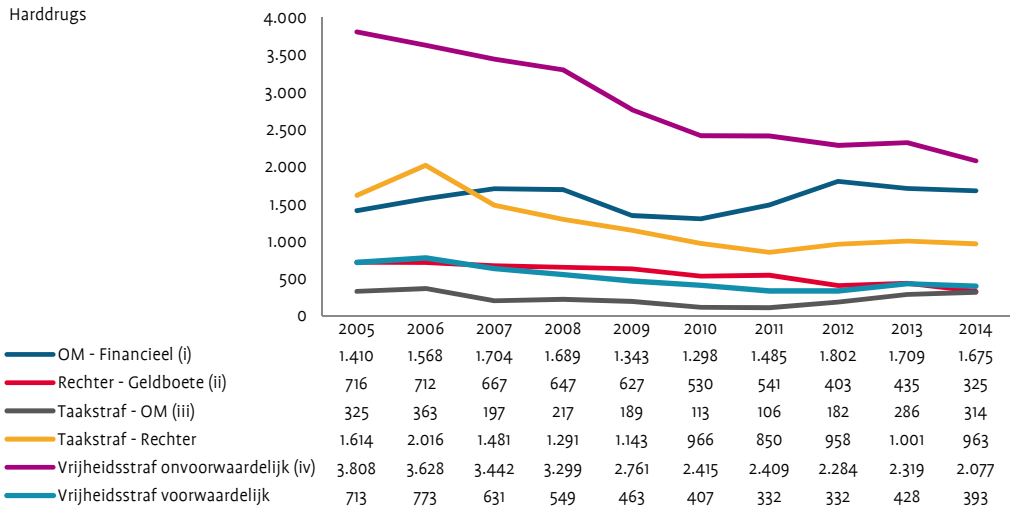
- Taakstraffen worden het vaakst opgelegd. Daarna volgen financiële sancties door het OM en (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen.
- Het aantal zaken waarin een taakstraf is opgelegd door de rechter daalde sinds 2006, maar lijkt vanaf 2010 te stabiliseren. Vanaf dit jaar schommelt het aantal zaken waarin een taakstraf is opgelegd rond de 3.500.
- In 2014 beslist het OM in ruim 3.000 zaken tot een financiële sanctie. Tussen 2005 en 2008 lag het aantal zaken met een financiële sanctie op een niveau van 4.000. In 2009 daalde dit naar ruim 3.000. Daarna schommelt het rond de 3.000.
- Het aantal zaken waarin het OM tot een taakstraf beslist daalt tot en met 2011 naar minder dan 400 en neemt daarna weer toe naar bijna 1.100 in 2014. Deze stijging komt waarschijnlijk voornamelijk voor rekening van de strafbeschikking, maar ook de zaken met een als transactie aangeboden taakstraf nemen enigszins toe.
- In 2014 zijn in bijna 3.000 Opiumwetzaken (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen opgelegd. Sinds 2005 is dit aantal in grote lijn afgenomen. Het aantal zaken waarin (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen opgelegd zijn lijkt te stabiliseren op een niveau van rond de 3.000.
- In 2014 is in ruim 800 zaken een geldboete opgelegd door de rechter. Dit aantal is de afgelopen jaren steeds gedaald, vanaf ruim 1.800 in 2005.

Wanneer gekeken wordt naar het aandeel – in %, figuur 12.11 – geven de cijfers het volgende beeld:

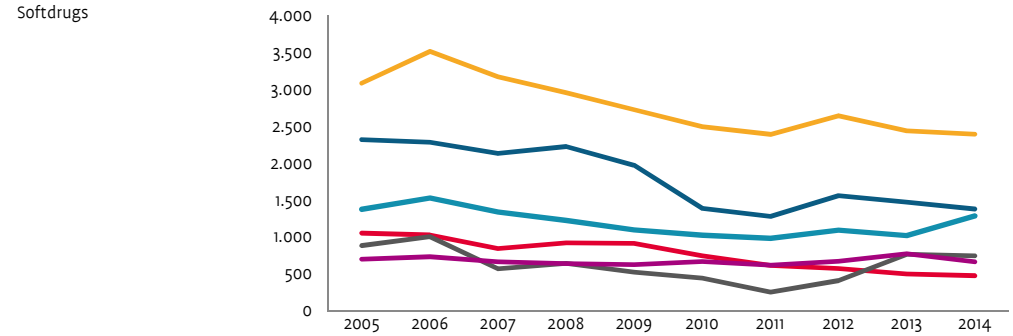
- Het aandeel zaken waarin het OM besluit tot een financiële sanctie schommelt in de hele periode rond de 20%, terwijl het aandeel zaken waarin de rechter een geldboete oplegt daalt, van 16% naar 11% in 2014.

- Het aandeel zaken waarin het OM besluit tot een taakstraf ligt in de eerste twee jaren op 6 à 7% en tussen 2007 en 2012 ligt dit aandeel lager. In de meest recente jaren komt dit aandeel weer uit op 6%. Het aandeel zaken waarin de rechter een taakstraf oplegt komt in de gehele periode niet onder de 43%. In 2014 is dit 44%.
- Het aandeel zaken waarin de rechter een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf oplegt schommelt in de hele periode ruwweg rond de 40%.
- Taakstraffen worden vooral opgelegd in softdrugszaken, onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen vooral in harddrugszaken (figuur 12.12). Voorwaardelijke vrijheidsstraffen worden voornamelijk aangetroffen bij softdrugszaken en in mindere mate bij harddrugszaken. In 2014 zijn meer voorwaardelijke vrijheidsstraffen opgelegd in softdrugszaken dan in 2013. De laatste jaren (sinds 2010) is hier een toename in te zien.

Figuur 12.12 Type sanctie in eerste aanleg in harddrugs- en softdrugszaken, 2005-2014, absolute aantallen



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
OM - Financieel (i)	1.410	1.568	1.704	1.689	1.343	1.298	1.485	1.802	1.709	1.675
Rechter - Geldboete (ii)	716	712	667	647	627	530	541	403	435	325
Taakstraf - OM (iii)	325	363	197	217	189	113	106	182	286	314
Taakstraf - Rechter	1.614	2.016	1.481	1.291	1.143	966	850	958	1.001	963
Vrijheidsstraf onvoorwaardelijk (iv)	3.808	3.628	3.442	3.299	2.761	2.415	2.409	2.284	2.319	2.077
Vrijheidsstraf voorwaardelijk	713	773	631	549	463	407	332	332	428	393



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
OM - Financieel (i)	2.316	2.278	2.128	2.221	1.968	1.383	1.277	1.557	1.469	1.374
Rechter - Geldboete (ii)	1.050	1.023	839	920	910	742	610	572	498	473
Taakstraf - OM (iii)	880	1.001	566	642	522	438	250	408	764	743
Taakstraf - Rechter	3.080	3.512	3.167	2.950	2.722	2.491	2.387	2.640	2.436	2.392
Vrijheidsstraf onvoorwaardelijk (iv)	699	732	659	636	623	664	615	667	770	662
Vrijheidsstraf voorwaardelijk	1.373	1.525	1.335	1.222	1.095	1.020	979	1.091	1.015	1.281

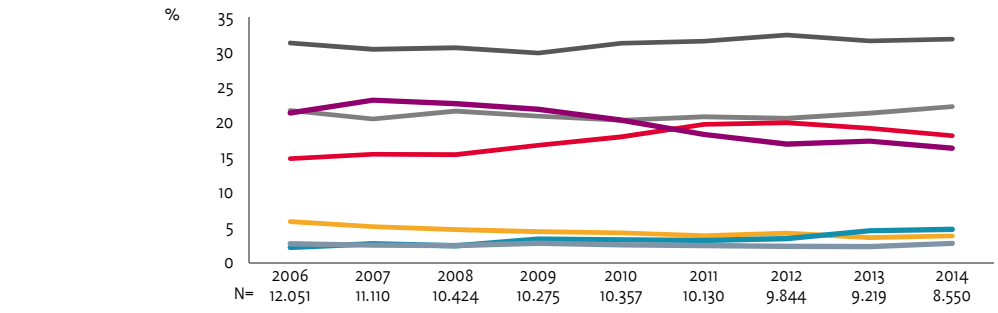
I. OM: Financieel (transactie en strafbeschikking). II. Rechter: Geldboete (deels) onvoorwaardelijk. III.Taakstraf - OM (f transactie en strafbeschikking). VI. Vrijheidsstraf (deels) onvoorwaardelijk. Bron: OMDATA/RACmin, bewerking WODC.

- Recent onderzoek naar de relatie tussen daderkenmerken en straftoemeting laat zien dat daders van Opiumwetdelicten in vergelijking met andere daders relatief zwaar worden bestraft met onvoorwaardelijke en voorwaardelijke gevangenisstraffen van langere duur en relatief weinig korte voorwaardelijke taakstraffen (Van Wingerden en Van Wilsem, 2014).

Opiumwetdelinquenten in de Nederlandse gevangenissen

- Van de personen die op 30 september 2014 in het gevangeniswezen verbleven, zat 16% daar vanwege een Opiumwetdelict (figuur 12.13). In 2012 en 2013 was het 17%, daarvóór lag het percentage hoger. Over de langere termijn bezien is 16% laag.
- Het absolute aantal personen dat gedetineerd is vanwege een Opiumwetdelict daalt in de periode 2006 tot en met 2014 in aanzienlijke mate (-46%). In 2006 bedroeg dit aantal nog ruim 2.500, in 2014 komt het uit op bijna 1.400 (niet in figuur; zie ook Linckens en De Loof, 2015). Een daling (zij het in mindere mate) is ook waarneembaar bij de andere onderscheiden categorieën delicten, te weten geweldsdelicten en vermogensdelicten (met geweld – met name in de recentste drie jaren - en zonder geweld), vernieling en openbare orde. Alleen bij verkeersdelicten stijgt het aantal gedetineerden.
- De meeste Opiumwetgedetineerden zijn man (90%). Bij de vrouwelijke gedetineerden gaat het vaker om een Opiumwetdelict dan om andere delicten (Linckens en De Loof, 2015).
- Oudere gedetineerden (50 plus) zitten relatief vaak vast voor een Opiumwetdelict, bij jongere gedetineerden (30 min) gaat het vaker om diefstal met geweld en afpersing.

Figuur 12.13 Aandeel[I] Opiumwetdelinquenten in het gevangeniswezen[II] (in %) vergeleken met vijf andere delictgroepen. Peildatum 30 september, 2006 - 2014



	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
N=	12.051	11.110	10.424	10.275	10.357	10.130	9.844	9.219	8.550
Vermogen zonder geweld	22	20	22	21	20	21	21	21	22
Vermogen met geweld	15	15	15	17	18	20	20	19	18
Geweldsmisdrijven	31	30	31	30	31	32	32	32	32
Vernieling-openbare orde	6	5	5	4	4	4	4	4	4
Opiumwet	21	23	23	22	20	18	17	17	16
Verkeer	2	3	2	3	3	3	3	5	5
Overig	3	3	2	3	3	2	2	2	3

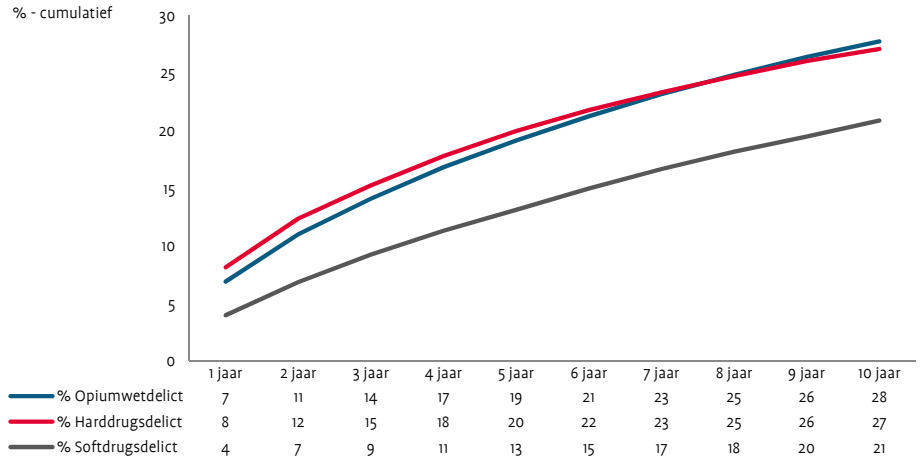
I. Berekening percentages zonder de categorie 'onbekend'. II. Inclusief extramuraal geplaatste justitiabelen. Extramuraal verblijvenden in het kader van elektronische detentie en penitentiair programma zijn meegeteld evenals door drugskoeriers en illegale vreemdelingen bezette plaatsen van de Directie Bijzondere Voorzieningen. Bron: Databestand Monitor Criminaliteit en Rechtshandhaving, Kalidien en de Heer – de Lange, 2015.

12.5 Stafrechtelijke recidive van Opiumwetdelinquenten

Een deel van de Opiumwetovertreders komt na de eerste vervolging of veroordeling weer opnieuw voor een drugsdelict in aanraking met politie en justitie. Figuur 12.14 laat zien hoeveel daders (in cumulatieve %) van een Opiumwetdelict na een observatieperiode van één tot tien jaar opnieuw een Opiumwetdelict plegen en hoeveel daders van een hard- dan wel softdrugsdelict opnieuw een hard- of softdrugsdelict plegen. De cijfers zijn berekend volgens de standaard werkwijze van de Recidivemonitor; de recidive wordt berekend over twee jaar na uitstroom (Wartna, Blom en Tollenaar, 2011). Het betreft daders die in de jaren 1997 tot en met 2011 hun oorspronkelijke Opiumwetdelict hebben gepleegd. Voor personen die een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf kregen opgelegd voor het oorspronkelijke Opiumwetdelict, vormt de geschatte datum van invrijheidstelling het startpunt van de observatieperiode. Voor de anderen was dat de inschrijfdatum van de uitgangszaak. Het tijdstip van de recidive is bepaald aan de hand van de pleegdatum van het nieuwe delict.

De uitkomsten over eerdere jaren verschillen een fractie van die van vorig jaar. Dit heeft te maken met wijzigingen in de brondata (OBJD), bijvoorbeeld omdat een strafzaak intussen een andere afdoeningsdatum heeft gekregen ('data-evolutie'). De gegevens zijn onder meer gecorrigeerd voor tijd in detentie.

Figuur 12.14 Daders van Opiumwetdelicten c.q. harddrugs- of softdrugsdelicten die binnen 1-10 jaar[1] opnieuw een Opiumwetdelict c.q. harddrugs- of softdrugsdelict plegen, cohorten 1997-2011, in % (cumulatief)



	1 jaar	2 jaar	3 jaar	4 jaar	5 jaar	6 jaar	7 jaar	8 jaar	9 jaar	10 jaar
% Opiumwetdelict	7	11	14	17	19	21	23	25	26	28
% Harddrugsdelict	8	12	15	18	20	22	23	25	26	27
% Softdrugsdelict	4	7	9	11	13	15	17	18	20	21

1. Voor de cohorten vanaf 2005 is de observatieperiode korter dan tien jaar. Bron: WODC-Recidivemonitor/2014.

- Het percentage Opiumwetovertreders dat opnieuw voor een Opiumwetdelict wordt opgepakt loopt op naarmate de tijd verstrijkt. Na een jaar komt gemiddeld (over alle jaarcohorten van 1997 tot en met 2011) 7% opnieuw voor een Opiumwetdelict in aanraking met politie en justitie, na tien jaar loopt dit op tot gemiddeld 28% (figuur 12.14).
- Vergeleken met andere daders is de speciale recidive (recidive met eenzelfde soort delict) van Opiumwetovertreders relatief laag. Van vergelijkbare jaarcohorten van daders van een vermogensdelict zonder geweld recidiveert gemiddeld 18% binnen een jaar en 42% binnen tien jaar. Van de daders van een verkeersdelict recidiveert 9% binnen een jaar en 36% binnen tien jaar. Ook daders van een geweldsdelict recidiveren vaker (8% binnen een jaar en 42% binnen tien jaar). Daders van vermogensdelicten met geweld en overtreders van de openbare orde recidiveren minder vaak (5% binnen een jaar en 27% binnen tien jaar).

- Het valt op dat de speciale recidive van Opiumwetovertreders over het geheel genomen gedaald is. In het cohort uit 1997 kwam 8% binnen een jaar weer opnieuw voor een Opiumwetdelict in aanraking met politie en justitie, in het cohort uit 2010 is dat 5%. De daling zette ongeveer in vanaf het cohort uit 2003. Bij het dadercohort van 2011 lijkt deze daling echter gestopt. De daling in de criminele recidive geldt niet alleen voor Opiumwetdelinquenten, maar ook voor andere dadergroepen (Wartna et al., 2014). Wartna et al. (2014) benoemen meerdere factoren die aan de algemene daling in recidive bijgedragen zouden kunnen hebben. De belangrijkste verklarende factoren op macro-niveau zijn de toegenomen sociale cohesie, de filterwerking van het politie- en justitieapparaat en de implementatie van het dadergerichte beleid. Daarnaast spelen individuele factoren een rol, zoals het hebben van werk of een uitkering na detentie.
- Daders van een harddrugsdelict komen vaker terug met een harddrugsdelict dan daders van een softdrugsdelict terugkomen met een softdrugsdelict (figuur 12.10).

Als gekeken wordt naar de nieuwe justitiecontacten naar aanleiding van enig misdrijf, ongeacht de aard en ernst van de gepleegde delicten (de 'algemene recidive'), en naar de ernstige recidive (dit zijn misdrijven met een wettelijke strafdreiging van minstens vier jaar; zie Wartna et al., 2011), dan zijn verschillen waarneembaar tussen daders van een harddrugsdelict en daders van een softdrugsdelict (tabel 12.10).

- De algemene recidive is bij harddrugsdaders consequent hoger. Na tien jaar loopt de algemene recidive bij harddrugsdaders op tot 60%, terwijl het dan bij softdrugsdaders op 51% ligt.
- De prevalentie van ernstige recidive is eveneens hoger bij harddrugsdaders. Na tien jaar heeft 52% van de harddrugsdaders met een ernstig delict gerecidiveerd. Van de softdrugsdaders is dit 41%.
- Dit wijst erop dat een groter deel van de harddrugsdaders opnieuw met politie en justitie in aanraking komt voor delicten van andere aard en ook voor meer ernstige delicten dan bij de softdrugsdaders het geval is.
- De Dienst Justitiële Inrichtingen heeft ook de detentierecidive berekend: hoeveel daders komen binnen twee jaar terug in detentie. Dit blijkt te gelden voor 13% van de Opiumwetdelinquenten. In vergelijking met andere delicten is dit laag (Linckens en De Looff, 2015).

Tabel 12.10 Percentage (cumulatief) daders van een hard- of softdrugsdelict dat recidiveert voor enig delict (algemene recidive) of voor een ernstig delict, cohorten 2003-2010, naar observatieperiode (1 tot 10 jaar)

Observatieperiode in jaren	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Algemene recidive										
- Harddrugsdaders	26,1	36,2	42,4	47	50,7	53,4	55,6	57,3	59	60,3
- Softdrugsdaders	16,6	25,8	31,8	36,4	39,9	43,1	45,8	48,1	49,9	51,3
Ernstige recidive										
- Harddrugsdaders	20	28,4	33,6	38,7	42,1	44,7	46,8	48,7	50,4	51,9
- Softdrugsdaders	11,4	18,2	23	26,9	29,9	32,6	35	37,2	39	40,5

Bron: WODC-Recidivemonitor/2014.

13. Delicten gepleegd door alcohol- en drugsgebruikers

13.1 Laatste feiten en trends ▶ pagina 324

13.2 Alcohol- en drugsgerelateerde criminaliteit ▶ pagina 325

13.3 Alcohol- en drugsgerelateerde overlast ▶ pagina 331

13.4 Interventies voor middelengebruikers in het strafrechtelijk systeem ▶ pagina 333

13. Delicten gepleegd door alcohol- en drugsgebruikers

Dit hoofdstuk gaat over delicten die gebruikers van alcohol en drugs plegen. Sommige strafbare feiten worden begaan onder invloed van alcohol of drugs (de 'psychofarmacologische criminaliteit'), of worden begaan om geld (of drugs) te bemachtigen om het gebruik voort te kunnen zetten (de 'economisch-dwangmatige criminaliteit'). Ook kunnen alcohol- en drugsgebruikers overlast veroorzaken.
In dit hoofdstuk wordt ook beschreven welke interventies en sancties in 2014, voor zover bekend, op deze delicten zijn gevolgd. Het beleid is beschreven in § 2.4.2.

De gegevens zijn afkomstig uit registratiesystemen van politie, verslavingsreclassering, de Dienst Justitiële Inrichtingen en uit recent onderzoek zoals de Veiligheidsmonitor. De registratiesystemen bevatten echter slechts fragmentarische informatie over middelengebruik bij verdachten of daders. Dit wordt niet systematisch nagevraagd, noch door de politie, noch door het Openbaar Ministerie of het gevangeniswezen. Een onbekend deel blijft daardoor buiten de statistieken en het zicht op de groep (problematische) middelengebruikers onder de justitiabelen is beperkt.

Paragraaf 13.1 geeft een overzicht van de bevindingen in 2014. Paragraaf 13.2 beschrijft wat bekend is over delicten die gerelateerd zijn aan middelengebruik. Paragraaf 13.3 gaat in op overlast. Paragraaf 13.4 geeft een overzicht van de interventies en maatregelen die zijn toegepast bij alcohol en drugsgebruikers die zich in het strafrechtelijk systeem bevinden.

13.1 Laatste feiten en trends

- De bij de politie bekende "alcoholgebruikende" en "drugsgebruikende" verdachten zijn al jaren voornamelijk mannen van gemiddeld 43-45 jaar, van wie de meerderheid een aanzienlijke criminele historie heeft. Zij worden vooral opgepakt vanwege vermogensdelicten (zonder geweld) en geweldsdelicten (tegen personen) (§ 13.2).
- Het aantal bestuurders dat met een alcoholconcentratie van 0,5 promille of meer wordt aangehouden daalt. Het aandeel nuchtere bestuurders of bestuurders met zeer weinig alcohol op neemt toe (§ 13.2).
- Meestal wordt de Educatieve Maatregel Alcohol en verkeer (de EMA) opgelegd aan bestuurders met een te hoge bloedalcoholconcentratie (§ 13.2).
- Ongeveer 2% van de Nederlandse bestuurders test positief op drugsgebruik, vooral op cannabis en cocaïne (§ 13.2).
- Overlast door drugshandel of drugsgebruik komt volgens 24% van de Nederlandse bevolking wel eens voor in de eigen buurt, maar slechts een beperkt deel heeft er veel overlast van. Overlast van dronken mensen komt bij 27% wel eens voor en ook daarvan heeft slechts een beperkt deel veel overlast (§ 13.3).
- In ruim de helft van de coffeeshopgemeenten is in 2014 geen overlast in relatie tot coffeeshops. Waar die er wel is gaat het meestal om verkeers- en parkeerproblemen en rondhangende jongeren in toch al drukke buurten. Deze overlast is het grootst in de zuidelijke provincies. Een derde van de omwonenden van coffeeshops in de zuidelijke provincies ervoer eind 2013 ook overlast van dealactiviteiten op straat (§ 13.3).

- De verslavingsreclassering heeft eind 2014 minder cliënten dan in 2013. De belangrijkste activiteit is het houden van toezicht op personen die veroordeeld zijn tot een (deels) voorwaardelijke gevangenisstraf, waarbij verplicht reclasseringstoezicht is opgelegd (§ 13.4).
- 95% van de personen die de maatregel tot plaatsing in een Inrichting voor Stelselmatige Daders door de rechter opgelegd hebben gekregen heeft verslavingsproblemen. De meesten nemen in de loop van de maatregel deel aan gedragsinterventies in de inrichting of participeren in forensische zorgtrajecten buiten de inrichting. De maatregel is onderzocht en effectief gebleken in het terugdringen van criminele recidive (§ 13.4).

13.2 Alcohol- en drugsgerelateerde criminaliteit

Bij de politie bekende middelengebruikers

In het Herkenningsdienstsysteem (HKS) van de politie kan aangegeven worden of een verdachte "alcoholgebruiker" of "drugsgebruiker" is. Deze classificatie - het gaat om een gevarenclassificatie - wordt gebruikt als er aanwijzingen zijn dat een verdachte door zijn alcohol- of drugsgebruik een gevaar kan opleveren voor de verbalisant. Ook kan dit gebeuren op aangeven van de verdachte zelf, bijvoorbeeld als hij/zij zelf aangeeft problemen te hebben met het gebruik van alcohol of drugs, of als hij/zij om methadon vraagt. De kans bestaat dat een verdachte wel (problematisch) alcohol- of drugsgebruiker is, maar niet als zodanig wordt herkend door de politie en dus niet als gebruiker in het HKS wordt geregistreerd. We hebben te maken met een onderschatting (zie Bruinsma, Balogh en De Muijnck, 2008). De omvang van de onderschatting is niet bekend. Er bestaan ook regionale verschillen in de registratie van deze categorie. De registratie wordt bovendien niet systematisch ververst, waardoor de classificatie, als die eenmaal aan een verdachte gegeven is, in het systeem blijft staan.

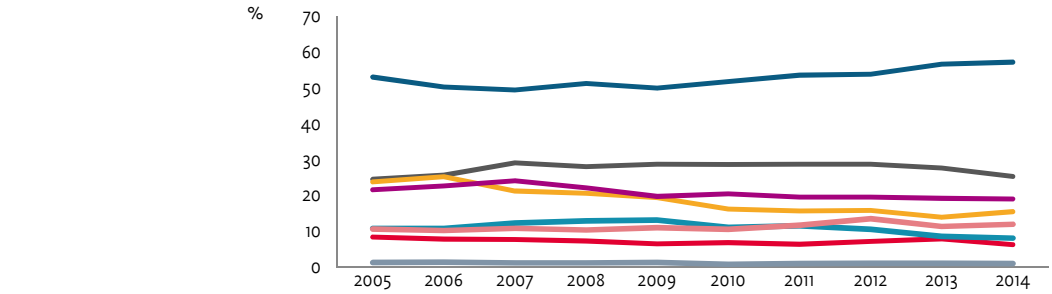
In 2014 zijn er 1.505 verdachten met de classificatie "alcoholgebruiker". Het profiel verschilt nauwelijks van voorgaande jaren.
- De meerderheid is man (92%). In 2014 is de gemiddelde leeftijd 45 jaar.
- Ze hebben vaak meerdere antecedenten. Dit verschilt niet wezenlijk van eerdere jaren.
- Ze worden in 2014 vooral verdacht van vermogensmisdrijven (56%), geweldsmisdrijven (overig geweld tegen personen, 30%; seksueel geweld, 2%) en vernieling of delicten tegen de openbare orde (26%). In 10% van de gevallen ging het om een verkeersdelict. Verder komen Opiumwetdelicten voor (6%) en diefstal met geweld of afpersing (5%; omdat het per verdachte om meerdere delicten kan gaan tellen deze percentages op tot boven de 100%).

De verdachten met de door de politie geregistreerde classificatie "drugsgebruiker" hebben in 2014 het volgende profiel. Het profiel is nauwelijks anders dan in 2013.
- Het merendeel is man (92%). De gemiddelde leeftijd is 43 jaar (in 2014).
- De meesten hebben tien of meer criminele antecedenten (eerdere strafbare feiten): 82%. Een groep van 28% was meer dan 50 keer eerder verdacht van een strafbaar feit.
- Het totale aantal verdachten dat de politie categoriseert als "drugsgebruiker" nam in 2014 af. Er is hier sprake van een dalende lijn in de registratie: in 2005 werden er 9.633 verdachten als zodanig gecategoriseerd en in 2014 5.317.

In 2014 maakt de politie tegen als "drugsgebruiker" geregistreerde verdachten, in vergelijking tot het jaar ervoor, minder vaak een proces-verbaal op wegens diefstal met geweld / afpersing en overig geweld (bedreiging, mishandeling). Wanneer over een langere termijn wordt gekeken (2005-2014), zijn bij een aantal typen misdrijven de hierna beschreven trends waar te nemen (figuur 13.1; percentages tellen op tot boven de 100% omdat meerdere delicten tegelijk kunnen voorkomen).

- Veruit de meeste drugsgebruikende verdachten worden geverbaliseerd voor vermogensmisdrijven. Dit is ook in 2014 het geval. Er was sinds 2009 een stijgende lijn. In 2009 was dit aandeel bij vermogensdelicten 50%, in 2014 is het 57%, even hoog als in 2013.
- Een dalende lijn is te zien bij wegens Opiumwetdelicten, vernieling, openbare orde en gezagsdelicten, en verkeersdelicten geverbaliseerde drugsgebruikende verdachten. In 2014 stijgt dit aandeel bij de Opiumwetdelicten echter (ten opzichte van 2013: van 14 naar 15%).
- Het aandeel bij voor diefstal met geweld of afpersing geverbaliseerde drugsgebruikende verdachten schommelt sinds 2005 tussen 6% en 8%. In 2014 is het 6% (was 8% in 2013).
- In 2014 wordt 25% van de drugsgebruikende verdachten verdacht van overige geweldsdelicten (tegen personen). Dit aandeel was sinds 2007 min of meer stabiel. Vanaf 2012 is een dalende trend waarneembaar.
- Voor de overige delicten die zijn weergegeven in figuur 13.1 is geen relevante verandering in het aandeel in de loop van de tijd te observeren.

Figuur 13.1 Type delict waarvan personen worden verdacht die door de politie als "drugsgebruiker" zijn geclassificeerd, 2005-2014[1]



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
% Vermogensmisdrijven	53	50	49	51	50	52	54	54	57	57
% Diefstal geweld/afpersing	8	8	8	7	7	7	6	7	8	6
% Overig geweld	25	26	29	28	29	29	29	29	28	25
% Opiumwet	24	25	21	21	19	16	16	16	14	15
% Vernieling/openbare orde/gezag	22	23	24	22	20	20	20	20	19	19
% Verkeer	11	11	12	13	13	11	12	11	9	8
% Seksueel geweld	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
% Overige misdrijven	11	10	11	10	11	11	12	14	11	12

I. Verdachten kunnen verdacht worden van meer dan een type delict. De percentages tellen daarom op tot meer dan 100%. Bron: HKS, KLPD/DNRI, extractie uit de WODC Datamart Drugs, 2015.

Alcohol en drugs en uitgaansgeweld

- Veel gemeenten (ongeveer 83%) hebben in enigerlei mate last van uitgaansgeweld (Lemmers en Van Hasselt, 2014). Het gaat vooral om vernielingen, vandalisme en vechtpartijen.
- Alcohol- of drugsgebruik zijn vaak in het spel bij dit uitgaansgeweld (Van Egmond en Nauta, 2014). De relatie tussen gebruik en agressief of gewelddadig gedrag is echter niet één op één causaal. Het gedrag resulteert uit een interactie tussen het middel, de persoon en de omgeving.
- Een groot deel van de daders (de meerderheid) is onder invloed van alcohol. Dit geldt ook voor de slachtoffers. Uit regionale onderzoeken blijkt dat het aandeel daders van uitgaansgeweld dat onder invloed was ten tijde van het delict mogelijk zelfs kan oplopen tot 100% (De Groot en Van der Land, 2012).
- Naast alcohol kan volgens een expertgroep onder leiding van het NFI ook van cocaïne, amfetamine en methamfetamine een relatie met geweld worden aangenomen. Vooral de combinatie van alcohol en cocaïne, amfetamine en methamfetamine leidt tot hogere risico's op gewelddadig gedrag (Nederlands Forensisch Instituut, 2012).

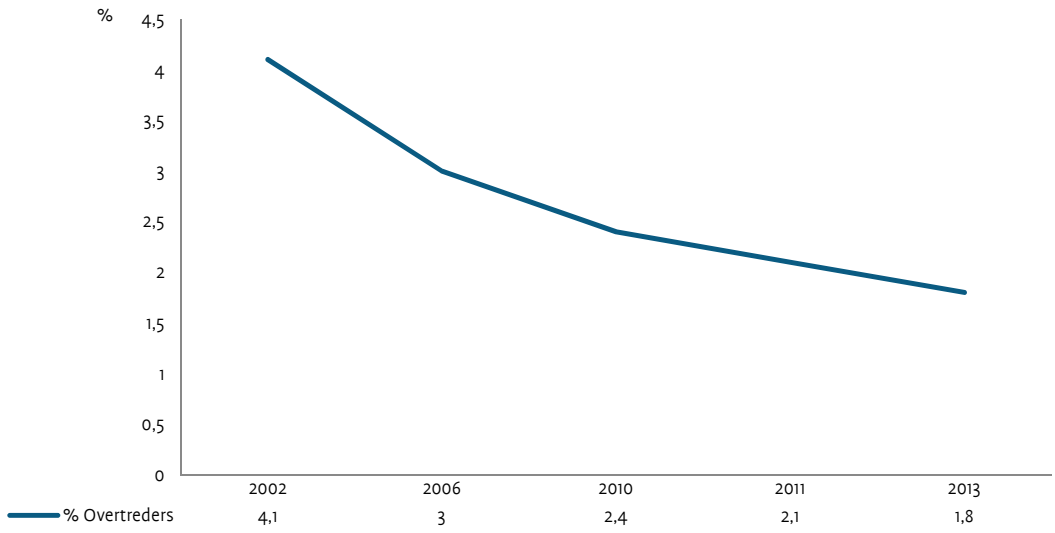
Rijden onder invloed

Rijden onder invloed van alcohol

In Nederland is het rijden met een alcoholconcentratie in het bloed (BAC) van 0,5‰ of hoger strafbaar. Voor beginnende bestuurders (minder dan 5 jaar in bezit van een rijbewijs) ligt de grens sinds 2006 lager, zij zijn strafbaar vanaf een promillage van 0,2. Tussen 1999 en 2008 voerde Rijkswaterstaat Water, Verkeer en Leefomgeving (WVL) jaarlijks onderzoek uit naar het rijden onder invloed van alcohol. In 2010, 2011 en 2013 zijn nieuwe metingen gedaan volgens dezelfde opzet als voorheen maar door een andere uitvoerder (De Wit, 2014). Voor het onderzoek worden in samenwerking met de politie jaarlijks alcoholcontroles uitgevoerd in een aselecte steekproef onder minimaal 2.000 automobilisten die op vrijdagnacht of zaterdagnacht tussen 22.00 en 4.00 uur aan het verkeer deelnemen. Bij iedere automobilist wordt een ademtest afgenomen, en wanneer daarbij de alcohollimiet van 0,5‰ (ervaren bestuurder) of 0,2‰ (beginnende bestuurder) wordt overschreden, volgt een ademanalyse test.

- De belangrijkste bevinding is dat sinds 2002 een trendmatige daling wordt gezien in het percentage overtreders, van 4% in 2002 naar 2% in 2013 (figuur 13.2). De daling doet zich voor in alle categorieën alcoholpromillages (tabel 13.1). Het percentage nuchtere bestuurders of bestuurders met zeer weinig alcohol op is in dezelfde periode toegenomen van 91% in 2002 naar 95% in 2013.
- Meer mannen dan vrouwen rijden terwijl zij onder invloed zijn. Zowel onder mannen daalt het percentage overtreders (van 5% in 2002 naar 2% in 2013) als onder vrouwen (van 2% naar 1%). In 2013 werd het hoogste overtredingspercentage gevonden onder mannen tussen 25 en 49 jaar (2%) en onder vrouwen tussen 25 en 34 jaar (1%).
- In 2011 en 2013 werden de meeste overtredingen geconstateerd in Zeeland, Noord-Brabant en Noord-Holland. In de noordelijke provincies is het percentage overtreders het laagst. De meeste overtreders hadden in een horecagelegenheid alcohol gedronken (45% in 2013) of bij vrienden, kennissen of familie (29%). In 2013 waren, evenals in andere jaren, alleenrijders (2,0% in 2013) iets vaker in overtreding dan samenrijders (1,5%).
- Onder beginnende bestuurders heeft tussen 2011 en 2013 een daling plaatsgevonden van het percentage overtreders, van 4% in 2011 naar 3% in 2013.

Figuur 13.2 Percentage bestuurders met een bloedalcoholgehalte van 0,5 promille of hoger, peiljaren 2002-2013



Bron: De Wit, 2014.

Tabel 13.1 Bestuurders naar alcohol promillage, peiljaren 2002-2013, in %

	2002	2006	2010	2011	2013
< 0,2‰	91,1	92,6	93,8	94,5	94,9
0,2-0,49‰	4,8	4,4	3,8	3,6	3,3
0,5-0,79‰	2,3	1,6	1,2	1,1	1,0
0,8-1,29‰	1,3	1,1	0,8	0,7	0,6
≥1,3‰	0,5	0,4	0,4	0,3	0,2
Overtreders	4,1	3,0	2,4	2,1	1,8

Bron: De Wit, 2014.

Rijden onder invloed van drugs

Het meest recente onderzoek naar rijden onder invloed van drugs is dat van Houwing en Hagenzieker (2013). Deze studie maakte onderdeel uit van het Europese DRUID-project (Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines). In de periode 2007-2009 zijn in 6 politieregio's in Nederland metingen uitgevoerd, waarbij op verschillende dagen en tijdstippen van de week tijdens alcoholcontroles ruim vijfduizend willekeurig geselecteerde autobestuurders verzocht is om een bloed- en/of speekselmonster af te staan en om een aantal vragen over het gebruik van psychoactieve stoffen te beantwoorden. Ruim 95% van de geselecteerde autobestuurders verleende hieraan hun medewerking. In 12 andere Europese landen is op een vergelijkbare manier onderzoek gedaan. Uit de studie bleek het volgende.

- Van de Nederlandse bestuurders in het Nederlandse verkeer bleek 2,2% drugspositief. Dit ligt net iets boven het Europees gemiddelde van 1,9%.
- Cannabis komt het vaakst voor (1,7% van de bestuurders). Ook dit ligt in Nederland iets boven het Europees gemiddelde van 1,3%.
- Cocaïne is de tweede meest voorkomende drug in het Europese én het Nederlandse verkeer. Van de Nederlandse bestuurders test 0,3% positief op cocaïne. Dit is onder het Europese gemiddelde van 0,4%.
- Amfetamines en ecstasy komen minder voor in Europa, maar in Nederland relatief vaak: bij 0,2% van de bestuurders.
- Opiaten – hieronder wordt met name heroïne verstaan – komen slechts sporadisch voor in het verkeer in Europa en in Nederland.
- Het gebruik van rijgevaarlijke geneesmiddelen in het Nederlandse verkeer wordt geschat op 1,2%.
- Benzodiazepines komen bij 0,4% van de bestuurders in Nederland voor. Dit is lager dan in de meeste andere Europese landen. Andere geneesmiddelen komen minder voor in Nederland.
- Als sprake is van combinaties van drugs met andere drugs, geneesmiddelen of alcohol, dan gaat het meestal om de combinatie cocaïne-cannabis-alcohol of cocaïne met alcohol. Daarnaast komen ook combinaties voor van drugs met slaap- en kalmeringsmiddelen.

Maatregelen en straffen

Rijden onder invloed wordt met bestuursrechtelijke en strafrechtelijke interventies aangepakt (zie § 2.4.2). Tabel 13.2 laat zien hoe vaak een besluit is genomen tot een bestuursrechtelijke maatregel sinds december 2011, toen het alcoholslotprogramma werd ingevoerd.

- Het aantal Lichte Educatieve Maatregelen Alcohol en verkeer (LEMA's) is toegenomen doordat niet meer alleen beginnende bestuurders, maar ook ervaren bestuurders deze opgelegd kunnen krijgen. De LEMA is in 2014 onderzocht (Blom, 2014). Het percentage deelnemers dat binnen twee jaar recidiveert met een verkeersdelict blijkt 10-11% lager te zijn dan in de vergelijkingsgroep.
- De Educatieve Maatregel Alcohol en verkeer is het vaakst opgelegd, maar het aantal daalt doordat de EMA deels is vervangen door het alcoholslotprogramma.
- Het aantal onderzoeken van de rijgeschiktheid daalt doordat dit alleen nog wordt opgelegd bij personen bij wie met grote zekerheid is vast te stellen dat ze alcoholafhankelijk zijn. 71% van de onderzochten is ongeschikt bevonden (Evaluatie alcoholslotprogramma, 2014).
- Het aantal besluiten tot een alcoholslotprogramma is na september 2012 gedaald. Dit heeft waarschijnlijk te maken met het feit dat bromfietsers en niet-ingezetenen niet meer instromen als gevolg van een wijziging in de regeling.
- Het totaal aantal bestuursrechtelijke maatregelen nam af tussen 2012 en 2013 (van 16.757 naar 15.063). Dit hangt samen met de terugloop van het totaal aantal geconstateerde overtredingen.

Tabel 13.2 Aantal bestuursrechtelijke maatregelen volgend op rijden onder invloed van alcohol, 2011-2014

	dec 2011-nov 2012	dec 2012-nov 2013	dec 2013-juli 2014
Lichte Educatieve Maatregel Alcohol en verkeer (LEMA)	2.783	3.288	2.189
Educatieve Maatregel Alcohol en verkeer (EMA)	5.967	5.057	3.195
Onderzoek rijgeschiktheid	3.830	2.891	1.768
Alcoholslotprogramma	4.177	3.827	2.532

Bron: Evaluatie Alcoholslotprogramma, 2014.

Het alcoholslotprogramma is in 2014 geëvalueerd (Rijkswaterstaat, 2014).

- Vanaf de start op 1 december 2011 tot en met juli 2014 zijn 10.536 besluiten genomen tot oplegging van het programma.
- De meeste bestuurders die het betreft zijn mannen (86%) van tussen de 18 en 29 jaar (41%).
- Tot en met juli 2014 had 86% het programma met goed gevolg afgerond.
- In de evaluatie wordt geconcludeerd dat de betrokken instanties erin zijn geslaagd het alcoholslotprogramma in de praktijk goed tot uitvoering te brengen. De hoge kosten, de lange minimale duur, de storende invloed van andere stoffen op het blaasresultaat, storingen met het alcoholslot, het afgeleid zijn van het verkeer bij gebruik van het slot tijdens het rijden (hetgeen 95% van de deelnemers doet) en de toegenomen werklast bij betrokken instanties worden genoemd als aandachtspunten.
- Vanaf begin maart 2015 wordt het alcoholslotprogramma niet meer opgelegd. Het bleek juridisch niet houdbaar (zie § 2.4.2).

Bij politie en justitie is een dalende lijn in het aantal gevallen van rijden onder invloed waarneembaar. Het aantal geregistreerde verdachten (bestuurders die een proces-verbaal krijgen) neemt duidelijk af.

- De politie registreerde in 2014 ruim 31 duizend verdachten van rijden onder invloed (statline.cbs.nl). In 2013 waren het er ruim 33 duizend, in 2012 bijna 39 duizend en in 2011 rond 45 duizend.
- Er worden ook steeds minder zaken strafrechtelijk doorgeleid: het Openbaar Ministerie registreerde ruim 30 duizend zaken in december 2011-november 2012, ruim 25 duizend in dezelfde periode in 2013 en ruim 15 duizend in 2014 (Rijkswaterstaat, 2014).
- Het aantal OM-afdoeningen is eveneens substantieel gedaald sinds 2010 (statline.cbs.nl).
- De rechter legde in de meeste gevallen van rijden onder invloed een geldboete op, meestal is dat een onvoorwaardelijke (statline.cbs.nl). Daarna volgt de werkstraf (11% in 2013). Als bijkomende straf wordt vaak (in 40% van de gevallen in 2013) een ontzegging van de rijbevoegdheid opgelegd (onvoorwaardelijk, gedeeltelijk voorwaardelijk of voorwaardelijk).
- Ook het aandeel zware alcoholovertreders is de laatste jaren gedaald (SWOV Factsheet, 2015). De SWOV schat dat in 2014 nog 11%-24% van het aantal doden in het verkeer het gevolg is van alcoholgebruik, terwijl dat aandeel in 2009 nog tussen de 20%-30% lag.
- De (strafrechtelijke) recidiveregeling alcohol is onlangs onderzocht. Het gaat om een procesevaluatie van deze regeling, die in het najaar van 2015 openbaar wordt.

13.3 Alcohol- en drugsgerelateerde overlast

Allerlei gedragingen en fenomenen kunnen aanleiding geven tot overlast, zoals rondhangen, het roken van cannabis (waarbij bijvoorbeeld de geur van cannabis als stank kan worden ervaren), lawaai maken, hard praten en roken in portieken, veel verkeer en parkeren bijvoorbeeld bij coffeeshops, of samenscholende jongeren. Overlast die is gerelateerd aan alcohol of drugs kan veroorzaakt worden door alcohol- en drugsgebruikers, maar ook door drugsdealers en drugsrunners.

Overlast volgens de Veiligheidsmonitor

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 privéhuishouden leven) onder andere wordt gevraagd of zij in hun buurt overlast ervaren van drugsgebruik of drugshandel of van dronken mensen op straat. In 2014 vond de zevende meting plaats. Gegevens zijn afkomstig van ruim 86.000 personen, van wie 48% de vragenlijst via internet invulde en 52% schriftelijk. De respons is bijna 39%.

In 2012 zijn de opzet en de vragenlijst van de monitor grondig herzien (CBS, 2013; 2014, 2015). Drugsoverlast en openbare dronkenschap vallen nu onder "sociale overlast" en die rubriek 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". De vormen van drugsoverlast zijn niet gespecificeerd.

De cijfers van na 2012 zijn door de veranderingen in methode niet vergelijkbaar met die uit 2008-2011. Uit de periode 2008-2011 is het volgende bekend:

- Van de ondervraagden gaf rond 5% aan dat drugsoverlast een probleem vormde en iets minder dan 3% vond drugsoverlast het belangrijkste probleem in hun buurt. Drugsoverlast scoorde op dit punt vrij laag in vergelijking met andere problemen (CBS, 2012).
- De ervaren drugsoverlast was significant hoger in Limburg-Zuid, Amsterdam en Rotterdam.
- Overlast van dronken mensen op straat was een groter probleem in de buurt van de respondenten: 6-7% van de bevraagden gaf dit aan. Voor 1-2% was dit het belangrijkste probleem in de buurt.
- Tabel 13.2 geeft de bevindingen van de recente jaren 2012, 2013 en 2014. Tussen deze jaren deden zich geen significante veranderingen voor in de overlast in algemene zin.
- Van drugshandel of drugsgebruik en dronken mensen op straat geeft rond 24% en 27% aan dat dit wel eens voorkomt in de eigen buurt. Dit 'wel eens' overlast ervaren is niet veranderd.
- Rond 4% en 3% heeft in 2014 veel overlast van drugsgebruik of drugshandel of dronken mensen op straat.
- Er zijn in 2014 lichte veranderingen ten opzichte van 2013: het percentage mensen dat veel overlast heeft van drugshandel of drugsgebruik of van dronken mensen op straat is licht gedaald.
- Personen die overlast ervaren van dronken mensen op straat of van drugsgebruik en drugshandel scoren hun woonbuurt ook laag op leefbaarheid en ze voelen zich ook onveilig in de buurt.
- Het grootste overlastprobleem in de sociale sfeer in 2014 zijn rondhangende jongeren (rond 40% geeft aan dat dit wel eens voorkomt in de buurt; 6% ervaart hier zelf veel overlast van). Dit probleem was in 2012 iets groter dan in 2014 (42%), maar er is nagenoeg geen verschil met 2013.

Tabel 13.3 Burgers die alcohol- of drugsgerelateerde overlast in de eigen buurt ervaren, 2012-2014, in %

	2012	2013	2014
Overlast van drugsgebruik of drugshandel komt wel eens voor	24,1 (+ 0,4)	24,0 (+ 0,3)	24,4 (+ 0,4)
Veel overlast van drugsgebruik of drugshandel	3,7 (+ 0,2)	3,8 (+ 0,1)	3,5 (+ 0,1)
Overlast van dronken mensen op straat komt wel eens voor	27,2 (+ 0,4)	26,9 (+ 0,3)	26,6 (+ 0,4)
Veel overlast van dronken mensen op straat	3,1 (+ 0,2)	3,1 (+ 0,2)	2,7 (+ 0,2)

Bron: Veiligheidsmonitor, CBS, 2015.

Overlast volgens onderzoek in coffeeshopgemeenten

Informatie over drugsgerelateerde overlast komt ook uit onderzoek onder omwonenden van 32 coffeeshops in 14 coffeeshopgebieden in 14 gemeenten (Snippe en Bieleman, 2014). Deze onderzoekers namen enquêtes af onder personen die binnen 100 meter van een coffeeshop wonen, van wie ongeveer de helft binnen 50 meter afstand woont. Aan de omwonenden werd gevraagd of ze overlast ervoeren en waar die overlast volgens hen vandaan kwam. Eind 2013 was de overlast als volgt:

- De omwonenden van coffeeshops (n=714) ervaren verschillende vormen van overlast die ze relateren aan softdrugs: overlast van (buitenlandse) coffeeshopbezoekers, van dealactiviteiten, van drugstoeristen en van rondhangen rondom de coffeeshops. De meeste overlast wordt ervaren van coffeeshopbezoekers (door 43% genoemd).
- Omwonenden in de steekproefgebieden in de drie zuidelijke provincies rapporteren meer van dergelijke overlast dan omwonenden in de overige provincies.
- In de zuidelijke provincies gaf 20% van de omwonenden eind 2013 aan dat ze overlast ervoeren van coffeeshopbezoekers. Dit was meer dan eind 2012, toen het 11% was en minder dan begin 2012, toen het 43% was. In de overige provincies had 7% last van coffeeshopbezoekers. Dit verschilde niet van 2012.
- In de zuidelijke provincies rapporteerde 35% van de omwonenden in 2013 overlast van dealactiviteiten op straat. Dit was iets minder dan eind 2012 (toen rapporteerde 39% dit), maar meer dan begin 2012, toen het genoemd werd door 14%. In de overige provincies rapporteerde 10% van de omwonenden overlast van dealactitiviteiten op straat. In het zuiden had 1% overlast van drugsgebruikers/'junks', in de overige provincies kwam dit voor bij 15%.

Over de drugsgerelateerde overlast in 2014 is eveneens informatie uit onderzoek beschikbaar. Benschop, Wouters en Korf (2015) verzamelden cijfers uit de registraties van de politie en interviewden 78 lokale experts in 31 coffeeshopgemeenten.

- In 2014 registreerde de politie landelijk 24.807 overlastincidenten (hiertoe horen ook incidenten rond alcohol en harddrugs) en 5.663 softdrugsincidenten. De meeste softdrugsincidenten hadden betrekking op bezit van softdrugs (ruim 4.000 keer), terwijl het 1.656 keer ging om handel in softdrugs.
- De algemene overlastincidenten vertonen een patroon dat duidt op een seizoenseffect: lage aantallen in de wintermaanden, hoge aantallen tussen maart en oktober en een piek in de zomer.
- De softdrugsincidenten bij de politie en de softdrugsfeiten bij het OM laten door het jaar heen min of meer hetzelfde beeld zien.
- In de meeste regio's volgen de cijfers over 2014 de landelijke trends. Uitzonderingen zijn Amsterdam en Limburg. Amsterdam valt op door het ietwat grilliger patroon van de incidenten met pieken in augustus en oktober. Limburg valt op door de dalende trend in overlastincidenten in de loop van het jaar 2014. Deze trend wordt ook gerapporteerd door Van der Torre et al. (2015) in onderzoek in Maastricht. De burgers daar hebben in 2014 wel nog steeds last van (softdrugs)handel.

- Limburg heeft de meeste geregistreerde overlastincidenten per hoofd van de bevolking. Zeeland-West-Brabant heeft de meeste softdrugsincidenten. De andere zuidelijke grensregio, Oost-Brabant, laat géén bovengemiddelde cijfers zien. Ook is er weinig verschil tussen grensgemeenten en niet-grensgemeenten in Oost-Nederland. In Amsterdam (stad) heeft de politie in 2014 het laagste aantal overlastincidenten geregistreerd.
- In ruim de helft van de gemeenten (19 van de 31) wordt geen coffeeshopoverlast gerapporteerd. In negen gemeenten is sprake van matige coffeeshopoverlast, vooral bestaand uit parkeer- en verkeersproblemen en rondhangende jongeren. In twee gemeenten – in Limburg en Oost-Brabant - is veel tot ernstige coffeeshopoverlast.
- Daar waar sprake is van coffeeshopoverlast bestaat die voornamelijk uit verkeers- en parkeerproblemen en uit rondhangende jongeren in toch al drukke buurten. De overlast wordt veroorzaakt door klanten van coffeeshops, maar ook door niet-klanten.
- De mate van coffeeshopoverlast is volgens de lokale experts in 2014 vergelijkbaar met 2013.

13.4 Interventies voor middelengebruikers in het strafrechtelijk systeem

Voor problematische middelengebruikers in het strafrechtelijk systeem bestaan, naast straffen, verschillende interventies (zie § 2.4.2). In deze paragraaf worden de beschikbare cijfers gegeven.

Veiligheidshuizen

Veiligheidshuizen zijn (regionale) samenwerkingsverbanden van gemeente, politie, Openbaar Ministerie, Raad voor de Kinderbescherming, reclassering, welzijnsorganisaties en soms nog andere organisaties zoals de verslavingszorg (www.hetccv.nl). Justitiabelen met complexe problematiek – vaak justitiabelen met (ook) verslavingsproblematiek – worden er besproken en er worden passende trajecten voor ze uitgezet.

- In mei 2014 waren er 33 Veiligheidshuizen, minder dan in februari 2013, toen het er 38 waren en ook minder dan in 2012, toe het er nog 40 waren (www.hetccv.nl). Het aantal wordt teruggebracht. De bedoeling is dat in elk van de 25 veiligheidsregio's uiteindelijk minimaal een Veiligheidshuis zal zijn. Door de schaalvergroting wordt de lokale verbondenheid van de Veiligheidshuizen geringer (Broekhuizen et al., 2015).

Verslavingsreclassering

- Eind december 2014 stonden bij de verslavingsreclassering 20.954 cliënten geregistreerd. Dit is minder dan in 2013, toen het er 21.062 waren, maar meer dan in 2012, toen het er 17.752 waren (www.svg.nl).
- De gemiddelde leeftijd in 2014 is 36,8 jaar. Dit verschilt niet veel van 2013 (36,5 jaar) of 2012 (37,5 jaar).
- De meerderheid is man (93%). Ook dit is niet veranderd ten opzichte van 2013.
- De meesten (74%) zijn in Nederland geboren.
- Bijna negen op de tien cliënten gebruiken drugs (87%). Bij 75% is sprake van problematisch gebruik van harddrugs, terwijl 8% problematisch softdrugsgebruiker is. Bij 13% is geen sprake van problematisch gebruik.
- Bij 45% is sprake van problematisch alcoholgebruik. Negenentwintig procent kampt met meervoudige verslavingsproblematiek en bij 15% is er een indicatie van een verstandelijke beperking.
- Veel cliënten van de verslavingsreclassering kampen ook met schulden (Jungmann et al., 2014).

De verslavingsreclassering voerde in 2014 verschillende activiteiten uit. Deze activiteiten vinden plaats in het kader van een bepaald reclasseringsproduct. Een product zoals "toeleiding zorg" bestaat bijvoorbeeld uit een samenstel van activiteiten dat leidt tot het plaatsen en/of realiseren van behandeling van een cliënt in een (poli)kliniek of een organisatie voor maatschappelijke opvang (zie www.svg.nl). Door veranderingen in definities en telwijzen zijn de cijfers niet 100% vergelijkbaar over de jaren heen.

- Het houden van toezicht op justitiabelen en het uitbrengen van advies zijn in 2014, net als in eerdere jaren, het vaakst uitgevoerd (tabel 13.4).
- Ruim 2.500 maal is in 2014 een activiteit in het kader van vroeghulp uitgevoerd. Dit is meer dan in 2013 en voorgaande jaren.
- De plaatsingen naar forensische zorg zijn over de jaren heen moeilijk te vergelijken door verschillen in tellingswijze en definities. In 2014 zijn ruim 7.300 maal activiteiten in dit kader uitgevoerd. Dit is meer dan in 2013. Toeleiding naar zorg in plaats van detentie is al lange tijd een belangrijk element in de aanpak van justitiabele middelengebruikers. Ook de nieuwe wet Forensische Zorg (zie § 2.4.2) faciliteert het toeleiden naar zorg.
- Ruim 400 keer voerde de reclassering een activiteit uit in het kader van een gedragsinterventie. Meestal gaat het om de Korte leefstijltraining of de Leefstijltraining voor justitiabelen (beide erkend in 2009, maar de erkenning is niet verlengd in 2014), in mindere mate om de gedragsinterventie Alcohol en Geweld (erkend in 2012).
- Justitieel casemanagement is ruim 1.300 maal geteld.

Tabel 13.4 Aantal maal dat de verslavingsreclassering activiteiten heeft uitgevoerd in het kader van de reclasseringsproducten, 2010-2014[I]

Product waarbinnen activiteit plaatsvindt	2010	2011	2012	2013	2014
Vroeghulp		2.049	1.754	1.917	2.573
Reclasseringsadvies[II]	10.522	10.722	12.226	13.766	12.490
Plaatsing forensische zorg/toeleiding zorg	5.046	7.311[III]	1.183[III]	5.913	7.384
Toezicht	10.954	11.168	26.646[IV]	12.687	13.642[IV]
Gedragsinterventie	686	542	634	541	402
Werkstraf	4.888	3.510	3.087	2.742	-[V]
Leerstraf[V]	123	-	-	-	-
Justitieel casemanagement[VI]	-	623	897	1.445	1.320

I. Geen cijfers op cliëntniveau of gespecificeerd naar alcohol/drugs/gokken. II. Inclusief milieu/tripelrapportages. III. Plaatsingen geïnitieerd binnen toezichttrajecten. Het aantal is in 2011 exclusief 1.186 toeleidingen die daarbuiten hebben plaatsgevonden. In 2012 zijn het alleen deze toeleidingen; 2012 is niet vergelijkbaar met de eerdere jaren. IV. Het product "toezicht" is in 2012 breder gedefinieerd. In 2014 is de telwijze veranderd (een eenheid is 30 dagen toezicht). V. Werkstraffen zijn in 2014 door de SVG niet uitgevoerd. VI. Leerstraffen worden vanaf 2011 als gedragsinterventie geregistreerd. VII. Nieuw in 2011. Bron: SVG (www.svg.nl).

Forensische zorg

Forensische zorg is bedoeld voor mensen met een psychische of psychiatrische stoornis, verslaving en/of verstandelijke beperking die een strafbaar feit hebben gepleegd en bij wie het risico hoog is dat zij opnieuw een strafbaar feit gaan plegen. Het gaat om geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg of verstandelijk gehandicaptenzorg buiten de penitentiaire inrichting in strafrechtelijk kader (Nederlandse Zorgautoriteit, 2015). Binnen het gevangeniswezen kan de doelgroep geplaatst worden in een van de vijf Penitentiaire Psychiatrische Centra. Sinds 2007 loopt het programma Vernieuwing Forensische zorg (zie § 2.4.2).

- Het aantal aanbieders van forensische zorg is vanaf 2010 gestegen van 89 naar 122 in 2013 (Nederlandse Zorgautoriteit, 2015). De grootste groei zit in het segment van de GGZ-begeleiding. Toetreding op de forensische zorgmarkt wordt echter moeilijker. De forensische zorg is qua opbrengsten een relatief klein specialisme binnen zorgaanbieders (het gewogen gemiddelde is 7%). Hoewel er méér zorg wordt geleverd in de loop van de tijd, is er sprake van structurele onderproductie, dat wil zeggen: de realisatie van zorg is kleiner dan de inkoopafspraken.
- In de forensische zorg is in 2013 in 24% van de gevallen sprake van een hoofddiagnose middelenafhankelijkheid (Nederlandse Zorgautoriteit, 2015).

De Inrichting voor Stelselmatige Daders

De maatregel ISD is bedoeld voor zeer actieve veelplegers van 18 jaar en ouder. De rechter legt de maatregel op. De maatregel duurt maximaal twee jaar. Er zijn in totaal 405 ISD-plaatsen in het gevangeniswezen op negen locaties. De meerderheid van de ISD'ers heeft bij aanvang van de maatregel ernstige verslavingsproblemen. In de laatste fase van de maatregel kunnen ISD'ers deelnemen aan trajecten in de forensische zorg buiten de inrichting. Er wordt nazorg geboden op vijf leefgebieden (zie § 2.4.2). Iemand kan meerdere keren een ISD-maatregel opgelegd krijgen. Dit komt ook voor (Van Zutphen, Goderie en Janssen, 2014).

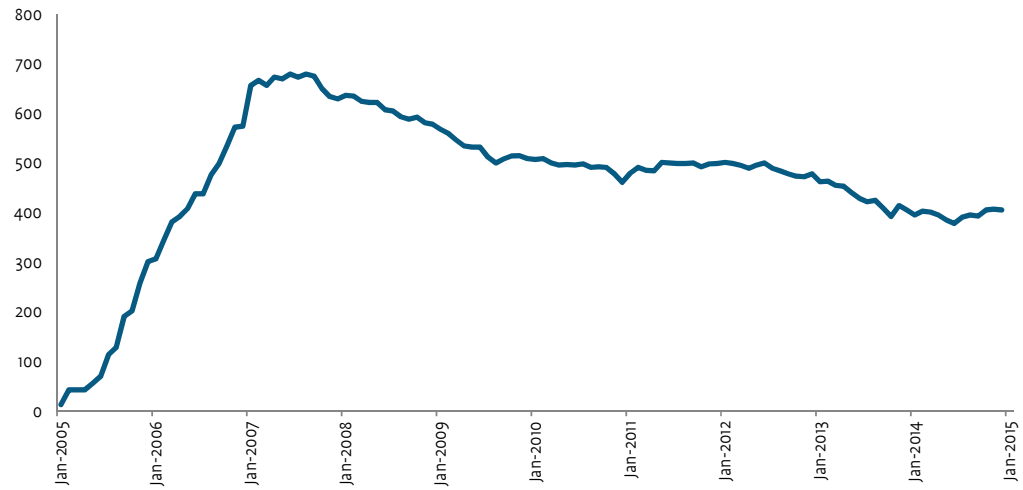
- In 2013 was de bezetting van de maatregel ISD tussen 392 en 463 personen per maand, gemiddeld 431 per maand (figuur 13.3). Dit was minder dan in de periode 2007-2012. In 2014 ligt het aantal nog lager: tussen 378 en 407 per maand, gemiddeld 396.
- In 2014 stromen per maand 14 tot 28 nieuwe ISD'ers in, gemiddeld 20 per maand. Dit is wel weer meer dan in 2013; toen was de instroom 10 tot 22 per maand, 16 gemiddeld.
- In 2014 heeft 4% van de gedetineerdenpopulatie de maatregel ISD. Dit is niet veranderd ten opzichte van 2010 en 2012 (Linckens en De Looff, 2015). Het percentage is sinds 2007 min of meer stabiel.
- Slechts 8% van de zeer actieve veelplegers van 25 jaar en ouder en 2% van de jongvolwassen zeer actieve veelplegers (18-24 jaar) kreeg in 2011 de maatregel opgelegd (Pröpper et al., 2014). Het aantal opgelegde ISD-maatregelen bij jongvolwassen zeer actieve veelplegers daalde tussen 2009 en 2013 van 13 naar 7.
- Gemiddeld zijn ISD'ers bijna 40 jaar als ze de maatregel krijgen opgelegd, met gemiddeld ongeveer 60 eerdere strafzaken. Dit is gemeten bij ruim duizend ISD'ers die uitstroomden tot 2010 (Tollenaar, Van der Laan en Beijerbergen, 2014).
- In 2014 is onderzoek gedaan naar 43 ISD'ers die aan het einde van de maatregel zaten (dossieronderzoek en 93 gesprekken met betrokken begeleiders en behandelaren in de ISD en daarbuiten; Van Zutphen et al., 2014).
    - Deze ISD'ers pleegden overwegend vermogensdelicten, maar er zijn grote verschillen in delictpatronen. Rond een kwart pleegde uitsluitend vermogensdelicten, 49% had ook geweldsdelicten gepleegd en 28% maakte zich ook schuldig aan vernieling en vandalisme.
    - 95% was bij de start van de maatregel verslaafd aan ofwel alcohol (vier van de 43), ofwel drugs (16 van de 43), of aan zowel alcohol als drugs (21, dit is 49%).
    - De verslaving is veelal ernstig, in de zin dat sprake is van zes of meer in de DSM-V genoemde symptomen.
    - Alle ISD'ers in de onderzoeksgroep kampen met psychische problematiek en iets meer dan de helft met een verstandelijke beperking. In veel gevallen is sprake van comorbiditeit.

- Volgens behandelaren en in vergelijking met eerder onderzoek is de zwaarte van de problematiek en in het bijzonder de complexiteit van de comorbiditeit toegenomen ten opzichte van 2009.
- Daarnaast spelen hulpvragen op het gebied van werk, opleiding en wonen (bij 65% en 60%).

- De ernstige meervoudige problematiek wordt ook gerapporteerd voor jongvolwassen zeer actieve veelplegers en ISD'ers (Pröpper et al., 2014).
- ISD'ers kunnen verblijven in regulier regime (=in een penitentiaire inrichting zonder gedragsinterventies), trajectregime (=ze participeren in gedragsinterventies in detentie of krijgen een individuele interventie), of extramuraal (=ze participeren in forensische trajecten buiten detentie), meestal volgtijdelijk. In 2014 verblijft 7% van de ISD'ers in een Penitentiair Psychiatrisch Centrum, waar zorg wordt geboden.
- In 2014 verblijft gemiddeld 22% in regulier regime in detentie. Dat was 15% in 2013. In 2012 ging het om 16%. Dit aandeel is dus toegenomen in 2014.
- 40% van de ISD'ers participeert in 2014 in interventies in een trajectregime in detentie. Dit is lager dan in 2013, toen het om 47% ging.
- 63% van de dagen van de ISD-maatregel werden door de 43 ISD'ers in het onderzoek van Van Zutphen et al. (2014) intramuraal (binnen de penitentiaire inrichting) doorgebracht – van wie 11% in een Penitentiair Psychiatrisch Centrum – en 37% van de dagen zaten ze buiten in forensische zorgtrajecten. De intramurale fase zit vooral in het begin van de maatregel. In de loop van de maatregel stromen steeds meer ISD'ers uit naar forensische zorg. 10% van de ISD'ers in het onderzoek van Van Zutphen zat geen dag extramuraal.
- In 2014 verblijft gemiddeld 38% van de ISD'ers in extramurale trajecten. In 2013 was dit ook 38% (tabel 13.5). Het kan gaan om een GGZ-instelling of een instelling voor verslavingszorg, een opvanghuis of (incidenteel) een Regionale Instelling voor Beschermd Wonen (Linckens en De Looff, 2015). Meestal wordt een extramuraal traject gevolgd in de laatste fase van de ISD (Van Zutphen et al., 2014).

Binnen de penitentiaire inrichtingen is dus in 2014 een zekere omslag waarneembaar: meer ISD'ers verblijven in regulier regime, minder in trajectregime. In totaal participeert de overgrote meerderheid (78%) evenwel in gedragsinterventies of zorgtrajecten.

Figuur 13.3 Aantal ISD'ers, bezetting per maand, januari 2005 tot en met december 2014



Bron: DJI, 2015.

- Het percentage ISD'ers dat recidiveert is hoog. 74% komt binnen twee jaar na uitstroom uit de ISD opnieuw met justitie in aanraking wegens een strafbaar feit (Tollenaar et al., 2014).
- De ISD heeft effect op de criminele recidive (Tollenaar et al., 2014). Die was twee jaar na uitstroom lager dan die van een controlegroep met een standaard gevangenisstraf (resp. 74% en 83-85%). Ook de gemiddelde frequentie van de recidive ging omlaag door de ISD, terwijl door het opleggen van de ISD-maatregel gemiddeld 5,7 strafzaken en gemiddeld minimaal 9,2 delicten voorkomen zijn. Na zes jaar was het verschil in het voorkomen van recidive kleiner: nog 8% (resp. 84,7% en 92,7%).
- Ook ISD'ers met forensische zorg en voorwaardelijke ISD'ers die zijn toegeleid naar forensische zorg (op papier) laten hoge recidivepercentages zien (Boonmann et al., 2015). De algemene recidive is respectievelijk 73% en 86%, de ernstige recidive 70% en 84%, en de zeer ernstige recidive 17% en 10%. Maar ISD'ers die vanuit extramurale zorg naar vrijheid uitstromen recidiveren minder vaak dan ISD'ers die de laatste fase in een penitentiaire inrichting doorbrengen en van daaruit uitstromen. Dit indiceert volgens de onderzoekers dat wanneer (de extramurale fase van) het ISD-traject goed wordt doorlopen, de kans op strafrechtelijke recidive afneemt. Maar mogelijk speelt hier een selectie-effect (Boonmann et al., 2015; Linckens en De Looff, 2015).

Tabel 13.5 ISD'ers in verschillende regimes, 2009-2014, in percentages

Regime	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Traject buiten penitentiaire inrichting	24	30	32	33	38	38
Traject binnen penitentiaire inrichting	57	55	52	51	47	40
Regulier detentieregime	19	15	16	16	15	22
N totaal	528	493	494	488	431	396

Bron: DJI, 2015.

14. Bijlagen

A	14.1 Verklaring van begrippen	▶ pagina 339
B	14.2 Verklaring van ICD-9 en ICD-10 codes	▶ pagina 349
C	14.3 Drugsgebruik in enkele 'nieuwe' EU-lidstaten	▶ pagina 352
D	14.4 Toelichting op de kernindicatoren	▶ pagina 353
E	14.5 Lijst van afkortingen	▶ pagina 356
F	14.6 Verklaring van tekens	▶ pagina 361
G	14.7 Deelname aan het LADIS	▶ pagina 362

14. Bijlagen

A 14.1 Verklaring van begrippen

Deze bijlage bestaat uit twee delen. In het eerste deel worden begrippen verklaard op het terrein van middelengebruik en verslaving. In het tweede deel worden begrippen verklaard op het terrein van de drugscriminaliteit.

I. Middelengebruik en verslaving

Actueel gebruik
Het gebruik van een middel in de afgelopen maand, ongeacht de frequentie (van eenmalig tot dagelijks). Actuele gebruikers tellen automatisch mee met de recente gebruikers (gebruik afgelopen jaar), die weer automatisch meetellen met de ooitgebruikers (gebruik ooit in het leven).

Afhankelijkheid
Zie: Verslaving.

Allochtoon, buitenlands, etnisch
Door verschillen in definities zijn cijfers over allochtonen niet altijd met elkaar vergelijkbaar. Enkele definities zijn:

Volgens het Ministerie van Binnenlandse Zaken, de VNG, het Peilstationsonderzoek scholieren, de Antenne-monitor en meestal gehanteerd in dit Jaarbericht (tenzij anders aangegeven): "allochtoon" is een inwoner van Nederland die in het buitenland is geboren, of een inwoner van wie minimaal één van de ouders in het buitenland is geboren.

Volgens het CBS: "allochtoon" is een inwoner van Nederland van wie minimaal één van de ouders in het buitenland is geboren, ongeacht het geboorteland van de persoon zelf.

Volgens de GGD Amsterdam: "buitenlander" is een inwoner die zelf in het buitenland is geboren. Volgens het LADIS: "allochtoon" is een cliënt die volgens de eigen beleving een culturele herkomst heeft van buiten Nederland.

Ambulante verslavingszorg
Verslavingszorg waarbij de cliënt niet wordt opgenomen in een instelling. Bij intramurale verslavingszorg wordt de cliënt wel opgenomen in een instelling.

Armoedecoke
Zie: Boerencoke.

Autochtoon
Volgens het Ministerie van Binnenlandse Zaken, de VNG, het Peilstationsonderzoek scholieren, de Antennemonitor 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.

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.

Boerencoke
Anders dan de naam suggereert, is 'boerencoke' of 'armoedecoke' géén vorm van coke, dat wil zeggen cocaïne. Boerencoke is speed, dat wil zeggen amfetamine. De uitdrukking 'boerencoke' is ontstaan uit het gebruik van amfetamine door plattelandsjongeren als een goedkoper vervangingsmiddel voor de duurdere cocaïne. Amfetamine die op deze manier wordt gebruikt werd daarom aanvankelijk betiteld als 'de boerenkool van de coke'. Deze uitdrukking is vervolgens verkort tot de nu gangbare uitdrukking 'boerencoke'.

Buprenorfine
Net als methadon is buprenorfine een vervangingsmiddel voor heroïne en wordt het als medicijn gebruikt voor de behandeling van heroïneverslaving. Vergeleken met methadon heeft buprenorfine als voordeel dat er minder risico's zijn verbonden aan een overdosis, er minder ontwenningsverschijnselen zijn na het stoppen met gebruik en het risico op misbruik en verslaving lager is.

Chinezen
Het roken van heroïne vanaf folie.

Cliënt LADIS
Cliënt van de 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, worden automatisch uitgeschreven en tellen niet meer mee met het aantal cliënten. Binnen het LADIS wordt gecorrigeerd op dubbeltellingen. Dezelfde persoon telt maar één keer mee bij de bepaling van het aantal cliënten.

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.

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.

DSM
DSM staat voor Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. De DSM is een handleiding om te bepalen welke psychische stoornis iemand heeft. Verslaving is volgens de DSM één van de psychische stoornissen. De DSM-III-r is de derde gewijzigde (revised) versie en de DSM-IV is de vierde versie. De DSM-V is de vijfde versie.

Gebruik
Het gebruik van een middel ooit in het leven (ooitgebruik), in het afgelopen jaar (recent gebruik), of in de afgelopen maand (actueel gebruik). Actuele gebruikers tellen automatisch mee met de recente gebruikers, die weer automatisch meetellen met de ooitgebruikers.

Gemakszaken
Zie: Tabaks- en gemakszaken.

Hallucinatie
Gewaarwording (zien, horen of voelen) die iemand heeft, maar die andere mensen niet hebben. Hallucinaties kunnen een symptoom zijn van een psychische stoornis, maar worden door sommige mensen bewust opgeroepen via hallucinogenen.

Hallucinogenen
Middelen die hallucinaties oproepen zoals paddo's en LSD. Ook wel psychodysleptica genoemd. Ook cannabis kan soms hallucinaties veroorzaken.

Hardcore
Harde vorm van muziek op houseparty's.

Harddrugs
Drugs op lijst I van de Opiumwet. Deze drugs vormen een onaanvaardbaar risico voor de volksgezondheid. Tot de harddrugs horen bijvoorbeeld heroïne, cocaïne, crack, ecstasy en amfetamine.

Hepatitis
Een besmettelijke ziekte waarbij de lever wordt aangetast door het hepatitis virus. Het hepatitis virus komt voor in verschillende vormen: onder andere het hepatitis A, het hepatitis B (HBV) en het hepatitis C (HCV) virus.

Hoofddiagnose
De belangrijkste ziekte waarvoor iemand in het ziekenhuis wordt opgenomen.

ICD
International Classification of Diseases. De ICD is het diagnostisch classificatiesysteem van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) voor lichamelijke ziektes, ongevallen en psychische stoornissen. Ook doodsoorzaken worden in ICD-codes geregistreerd. De ICD-9 is de negende en de ICD-10 is de tiende versie. Zie ook bijlage C.

Incident
Een drugsgerelateerde acute stoornis waarvoor medische hulp wordt gezocht. Hieronder vallen zowel de lichamelijke en psychische effecten van intoxicaties, inclusief acute onthoudingsverschijnselen, als trauma's zoals ongevallen, suïcides en mishandeling die plaatsvinden terwijl het slachtoffer onder invloed van een "drug" is. Een verband met drugsgebruik wordt vermoed op basis van het klinisch beeld en de anamnese, bij de patiënt zelf of diens omgeving. Meestal vindt geen verificatie plaats door analyse van bloed of urine. Onderrapportage, door het niet herkennen van signalen van drugs (of alcohol)gebruik, kan voorkomen.

Intramurale verslavingszorg
Verslavingszorg waarbij de cliënt wordt opgenomen in een instelling.

Klinische opname
Opname in een ziekenhuis waarbij de patiënt één of meer nachten in het ziekenhuis verblijft.

Misbruik
Een vorm van problematisch gebruik van een middel waarbij (nog) geen sprake is van verslaving. Misbruik wordt vastgesteld via diagnostische classificatiesystemen zoals de DSM en de ICD. Kenmerken van misbruik zijn: verplichtingen thuis op school of op het werk niet nakomen, gebruik in gevaarlijke situaties (bijvoorbeeld autorijden onder invloed), in aanraking komen met justitie en doorgaan met het gebruik ondanks de problemen die daardoor ontstaan.

Nederwiet
Wiet (een cannabisproduct) die in Nederland wordt geproduceerd.

Nevendiagnose
Een aanvullende of onderliggende ziekte waarvoor iemand, naast de belangrijkste ziekte (de hoofddiagnose), in het ziekenhuis wordt opgenomen.

NPS
Zie: Designerdrugs.

Ooitgebruik
Het gebruik van een middel ooit in het leven, ongeacht de frequentie (van éénmalig tot dagelijks). Het ooitgebruik zegt nog niets over het recent of het actueel gebruik. Iemand die al lang geleden eens met een middel experimenteerde dat voor de toenmalige generatie populair was, blijft de rest van zijn of haar leven meetellen met de ooitgebruikers.

Parkstad Limburg
Het samenwerkingsverband tussen de Zuid-Limburgse gemeenten Brunssum, Heerlen, Kerkrade, Landgraaf, Nuth, Onderbanken, Simpelveld en Voerendaal. (De gemeente Nuth heeft zich inmiddels onttrokken aan het samenwerkingsverband.)

Partydrugs
Drugs die door sommige feestgangers worden gebruikt op feesten, zoals ecstasy, amfetamine, cannabis, GHB en LSD.

Polydrugsgebruik
Het gebruik van meerdere drugs door elkaar, bijvoorbeeld heroïne en cocaïne.

Primair probleem
Heeft iemand problemen met twee (of meer) middelen, dan is het primaire probleem het middel dat de grootste problemen veroorzaakt. Het andere middel is dan het secundaire probleem.

Primaire doodsoorzaak
De directe oorzaak van iemands overlijden. Overlijdt iemand direct door een overdosis drugs, dan is dat de primaire doodsoorzaak. Overlijdt iemand door een ongeval dat plaatsvond onder de invloed van een drug, dan is het ongeval de primaire doodsoorzaak. De drug is dan een secundaire doodsoorzaak.

Problematisch gebruik
Het gebruik van een middel op zo'n manier dat hierdoor lichamelijke, psychische of sociale problemen ontstaan, of op zo'n manier dat maatschappelijke overlast ontstaat. Problematisch gebruik is niet altijd verslaving. "Misbruik" is een vorm van problematisch gebruik waarbij geen sprake is van verslaving.

Psychonauten
Een "psychonaut" is letterlijk iemand die op reis gaat in de geest. Als psychonauten drugs gebruiken, dan doen ze dat om hun mentale ontdekkingsreis te stimuleren. Sommige psychonauten gebruiken alleen natuurlijke drugs zoals paddo's en cactussen. Andere psychonauten gebruiken ook synthetische drugs als mentaal vervoersmiddel. Op de website psychonaut.com wisselen psychonauten hun ervaringen uit.

Psychose
Psychische stoornis waarbij iemand hallucinaties heeft, dat wil zeggen dingen ziet, hoort of voelt die door andere mensen niet worden waargenomen. Duurt de stoornis niet langer dan één maand, dan spreekt men van een kortdurende psychotische stoornis.

Recent gebruik
Het gebruik van een middel in het afgelopen jaar, ongeacht de frequentie (van eenmalig tot dagelijks). Recente gebruikers tellen automatisch mee met de ooitgebruikers (gebruik ooit in het leven).

Recreatief gebruik
Gebruik van een middel (doorgaans in de vrije tijd) waarbij van het middel wordt genoten zonder dat er sprake is van problematisch gebruik (misbruik of verslaving).

Schizofrenie
Psychische stoornis waarbij iemand hallucinaties heeft, dat wil zeggen dingen ziet, hoort of voelt die door andere mensen niet worden waargenomen. Door de stoornis functioneert men slechter op school, werk en in het gezin. Men spreekt pas van schizofrenie als de stoornis minimaal zes maanden duurt.

Secundair probleem
Heeft iemand problemen met twee (of meer) middelen, dan is het secundaire probleem het middel dat relatief de minste problemen veroorzaakt. Het andere middel is dan het primaire probleem.

Secundaire doodsoorzaak
Een oorzaak die indirect heeft bijgedragen aan het overlijden. Overlijdt iemand door een ongeval dat plaatsvond terwijl hij/zij onder de invloed was van een drug, dan is de drug een secundaire doodsoorzaak.

Softdrugs
Drugs op lijst II van de Opiumwet, met name cannabis. Drugs waarvan het risico voor de volksgezondheid als minder groot wordt ingeschat dan het risico van de harddrugs op lijst I van de Opiumwet.

Speciaal onderwijs
Onderwijs aan kinderen die extra begeleiding ontvangen op een Regionaal Expertise Centrum (REC), in het praktijkonderwijs (pro), of in het leerwegondersteunend onderwijs (lwoo).

Startleeftijd
Leeftijd waarop iemand voor het eerst een middel heeft gebruikt. De startleeftijd kan worden bepaald voor de ooitgebruikers (gebruik ooit in het leven), de recente gebruikers (gebruik in het afgelopen jaar) en de actuele gebruikers (gebruik in de afgelopen maand). Ook kan de startleeftijd worden bepaald voor verschillende leeftijdsgroepen. De startleeftijd hangt af van de groep waarvoor deze wordt berekend. Zo lag in 2005 voor de ooitgebruikers van cannabis de startleeftijd in de leeftijdsgroep van 15 tot en met 24 jaar op gemiddeld 16,4 jaar en in de leeftijdsgroep van 15 tot en met 64 jaar op gemiddeld 19,6 jaar. De gemiddelde startleeftijd kan in een jonge leeftijdsgroep lager zijn dan in een brede leeftijdgroep doordat eventuele 'late starters' van een middel niet worden meegenomen in de berekeningen. Op hogere leeftijd kunnen echter vertekeningen optreden in de herinnering van de leeftijd waarop men voor het eerst een middel gebruikte. Gegevens over startleeftijd moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd.

Tabaks- en gemakszaken
Winkels waarin doorgaans producten worden verkocht zoals tabaksproducten (sigaretten, sigaren, shag), rokersbenodigdheden (pijpen, aanstekers), tijdschriften, kranten, wenskaarten, snacks, zoetwaren en loten (staatsloten, lottoformulieren, krasloten).

THC
Tetrahydrocannabinol, het belangrijkste psychoactieve bestanddeel van cannabis.

Verslaving
Problematisch gebruik van een middel waarbij sprake is van afhankelijkheid. Doorgaans verstaat dit Jaarbericht onder "verslaving" de klinische diagnose van afhankelijkheid. Voor justitiële monitors is het echter niet mogelijk om klinische diagnoses te stellen. Justitiële monitors registreren bijvoorbeeld extra gevaar vanwege drugsgebruik of 'duidelijke aanwijzingen voor verslaving'. De klinische diagnose van afhankelijkheid wordt vastgesteld via classificatiesystemen als de DSM en de ICD. Kenmerken van afhankelijkheid zijn: vaak in grote hoeveelheden of langere tijd gebruiken, steeds meer van het middel nodig hebben voor het gewenste effect (gewenning), onthoudingsverschijnselen, het middel gebruiken tegen onthoudingsverschijnselen, willen stoppen terwijl dat niet lukt, veel tijd besteden om aan het middel te komen of om er van te herstellen, opgeven van belangrijke bezigheden thuis, op school, op het werk, of de vrije tijd en doorgaan met het gebruik ondanks het besef dat dit veel problemen oplevert.

II. Drugscriminaliteit[1]

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).

Drang
Bij drang probeert men een gebruiker, die zich in het strafrechtelijk systeem bevindt vanwege een zoveelste delict, in de richting van een zorgtraject te 'duwen'. De gebruiker krijgt de keuze tussen een zorgtraject of een strafrechtelijke sanctie. De keuze wordt beïnvloed: als de gebruiker kiest voor een zorgtraject kan hij niet alleen zijn situatie verbeteren, maar worden ook de verdere vervolging en straf geschorst of opgeschort. Doet hij dat niet, of houdt hij zich niet aan de voorwaarden van justitie, dan volgt tenuitvoerlegging van de strafrechtelijke sanctie.

Dwang
Bij dwang heeft de gebruiker in tegenstelling tot "drang" geen keuze. Hij kan worden opgenomen en/of behandeld zonder zijn instemming. Zie ook: Drang.

Eerste aanleg, (in -)
Primaire rechterlijke instantie waar een zaak wordt behandeld.

Gevangenisstraf
Vrijheidsstraf, levenslang of tijdelijk met een strafduur van ten hoogste dertig jaar, in de regel ondergaan in een gevangenis.

Zie ook: Hechtenis.

Gewone strafzaak rechtbanken
Strafzaak die in eerste aanleg tot de competentie van de rechtbank behoort, met uitzondering van fiscale en economische delicten.

1 Bron van begrippenlijst: Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg/Heerlen, 2003; Bewerking WODC.

Hechtenis
Principale: vrijheidsstraf met een strafduur van maximaal 1 jaar en 4 maanden, van lichtere aard dan gevangenisstraf en in de regel ondergaan in een huis van bewaring.
Subsidiaire: vrijheidsstraf vanwege niet of niet volledige betaling van geldboete of het niet uitvoeren van een opgelegde taakstraf.

Inverzekeringstelling
Vrijheidsbeneming gedurende ten hoogste vier dagen op bevel van de (hulp)officier van justitie, wanneer de tijd dat een verdachte voor verhoor mag worden opgehouden (zes uur) niet voldoende is.

Meerderjarige verdachte
Degene die ten tijde van begaan van een strafbaar feit 18 jaar of ouder is.

Minderjarige verdachte
Degene die ten tijde van begaan van een strafbaar feit jonger is dan 18 jaar. Afhandeling van (jeugd)zaken van eenvoudige aard gebeurt veelal via Halt(bureaus).

NB. Niemand kan strafrechtelijk worden vervolgd voor een feit begaan voordat hij de leeftijd van 12 jaar heeft bereikt.

Misdrijf
Strafbaar feit van de zware soort, als zodanig aangeduid in de strafwetten; indeling van strafbare feiten in misdrijven en overtredingen is van belang bij het procesrecht (absolute competentie en rechtsmiddelen) en de strafbaarstelling; berechting in eerste aanleg gebeurt in de meeste gevallen door de rechtbank.
Zie ook: Overtreding.

Niet-ontvankelijkheid
Eindbeslissing waarbij de rechter het Openbaar Ministerie het recht te vervolgen ontzegt, op grond van procedurefouten of 'undue delay'.

Onherroepelijke uitspraak
Beslissing van de rechter waartegen geen (gewoon) rechtsmiddel meer openstaat.

Ontslag van (alle) rechtsvervolging
Beslissing van de rechter, waarbij hij het door de officier van justitie ten laste gelegde feit wel bewezen acht maar van oordeel is dat het feit of de verdachte niet strafbaar is.
Zie ook: Schuldigverklaring, Vrijspraak.

Openbaar Ministerie (OM)
Overheidsorgaan met als taken: wetten te handhaven, strafbare feiten op te sporen en te vervolgen, strafvonnissen ten uitvoer te leggen en de rechter te informeren voor zover de wet dat voorschrijft.

Opgehelderd misdrijf
Misdrijf waarbij tenminste één verdachte bij de politie bekend werd, ook al is hij voortvluchtig of ontkent hij het (strafbare) feit te hebben gepleegd.

Ophelderingspercentage
Het totaal aantal in een bepaalde periode opgehelderde misdrijven in relatie tot het totaal aantal in dezelfde periode door de politie opgemaakte processen-verbaal terzake van gelijk(soortig)e misdrijven, uitgedrukt in procenten.

Overtreding
Strafbaar feit van de lichte soort, als zodanig aangeduid in de strafwetten; indeling van strafbare feiten is van belang bij het procesrecht (absolute competentie en rechtsmiddelen) en de strafbaarstelling; afdoening veelal met een schikking/transactie via het Openbaar Ministerie of berechting in eerste aanleg door de rechtbank sector kanton.

Zie ook: Misdrijf.

Proces-verbaal
Op schrift gestelde verklaring van een opsporingsambtenaar over door hem waargenomen feiten of omstandigheden.

Rechtbank
Rechtscollege dat in eerste aanleg kennis neemt van alle zaken waarvoor niet een andere rechter is aangewezen. Er zijn 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 Afdoening door Openbaar Ministerie.

Voeging ter zitting
Het samenvoegen, door de rechter, van onder verschillende parketnummers ingeschreven strafzaken, met het doel deze zaken als één strafzaak te behandelen.
Zie Afdoening door de rechter.

Vonnis
Gemotiveerde bindende uitspraak van de rechter in een voor hem gevoerd rechtsgeding.

Voorlopige hechtenis
Vrijheidsbeneming in een huis van bewaring voorafgaand aan behandeling ter terechtzitting, in het algemeen toegepast bij verdenking van een ernstig delict (misdrijf waarop een gevangenisstraf van vier jaren of meer is gesteld), op grond van ernstig vluchtgevaar en/of een gewichtige reden van maatschappelijke veiligheid, bij voorbeeld vrees voor herhaling.

Vrijspraak
Uitspraak, door de rechter, waarbij hij niet bewezen acht dat het door de officier van justitie ten laste gelegde feit door de verdachte is gepleegd.

14.2 Verklaring van ICD-9 en ICD-10 codes

Verklaring van ICD-9 codes	
ICD-9 code	Verklaring
162	Kwaadaardige nieuwvormingen van trachea, brochus 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

* Alleen opgenomen indien als compilatie 980.0-1 vermeld is.

Verklaring van ICD-9 codes	
ICD-9 code	Verklaring
E855.2	Accidentele vergiftiging door lokale anesthetica (waaronder cocaïne)
E860.0-2	Niet opzettelijke vergiftiging door alcoholische dranken (ethanol/methanol)
E950.9*	Suïcide door vergiftiging door vaste stoffen of vloeistoffen
E980.9*	Vergiftiging door vaste stoffen of vloeistoffen, waarvan niet vastgesteld is of deze met opzet of niet met opzet heeft plaatsgevonden

* Alleen opgenomen indien als complicatie 980.0-1 vermeld is.

Verklaring van ICD-10 codes	
ICD-10 code	Verklaring
C33	Kwaadaardige nieuwvormingen van trachea
C34	Kwaadaardige nieuwvormingen van bronchus en long
F10	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van alcohol
F11	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van opiaten
F12	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van cannabis
F13	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van sedativa en hypnotica
F14	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van cocaïne
F15	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van overige stimulerende middelen
F18	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van vluchtige oplosmiddelen
F19	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van meerdere drugs en andere psychoactieve middelen
G31.2	Degeneratie van zenuwstelsel door alcoholgebruik
G62.1	Alcoholische polyneuropathie
I42.6	Alcoholische cardiomyopathie
K29.2	Alcoholische gastritis
K70.0	Alcoholische vetlever
K70.1	Alcoholische hepatitis
K70.2	Alcoholische leverfibrose en leversclerose
K70.3	Alcoholische levercirrose
K70.4	Alcoholische leverinsufficiëntie
K70.9	Alcoholische leverziekten, ongespecificeerd
K86.0	Alcoholische pancreasontsteking
T40.0	Vergiftiging door opium
T40.1	Vergiftiging door heroïne
T40.2	Vergiftiging door overige opiaten (codeïne, morfine)
T40.3	Vergiftiging door methadon
T40.4	Vergiftiging door overige synthetische drugs (pethidine)
T40.5	Vergiftiging door cocaïne

Verklaring van ICD-10 codes	
ICD-10 code	Verklaring
T40.6	Vergiftiging door overige en niet gespecificeerde drugs
T40.7	Vergiftiging door cannabis(derivaten)
T40.8	Vergiftiging door lysergide (LSD)
T40.9	Vergiftiging door overige en niet gespecificeerde psychodysleptica (hallucinogenen, mescaline, psilocine, psilocybine)
T43.6	Vergiftiging door psychostimulantia met mogelijkheid tot misbruik (met uitzondering van cocaïne, zie T40.5)
T51.0-1	Toxisch gevolg van alcohol, ethanol en methanol (alleen als secundaire code)
X41 + T43.6	Accidentele vergiftiging door psychostimulantia
X42	Accidentele vergiftiging door narcotica en psychodysleptica (hallucinogenen) niet elders geclassificeerd
X42 + T40.5	Accidentele vergiftiging door cocaïne
X45*	Onopzettelijke vergiftiging door en blootstelling aan alcohol
X61 + T43.6	Suïcide door psychostimulantia
X65*	Opzettelijke auto-intoxicatie door alcohol
Y11 + T43.6	Vergiftiging door psychostimulantia waarvan niet vastgesteld is of deze met opzet of niet met opzet heeft plaatsgevonden
Y15*	Vergiftiging door en blootstelling aan alcohol- opzet niet bepaald

*Alleen opgenomen indien als complicatie T51.0-1 vermeld is.

C 14.3 Drugsgebruik in enkele 'nieuwe' EU-lidstaten

Consumptie van cannabis, cocaïne, ecstasy en amfetamine onder de algemene bevolking van enkele 'nieuwe' lidstaten van de Europese Unie

Lidstaat	Jaar	Leeftijd (jaar)[1]	Cannabis		Cocaïne		Ecstasy		Amfetamine	
			Ooit	Recent	Ooit	Recent	Ooit	Recent	Ooit	Recent
Tsjechië	2012	15 - 64	27,9%	9,2%	2,3%	0,4%	3,6%	0,6%	2,5%	0,4%
Slowakije	2010	15 - 64	10,5%	3,6%	0,6%	0,2%	1,9%	0,5%	0,5%	0,1%
Letland	2011	15 - 64	12,5%	4,0%	1,5%	0,2%	2,7%	0,2%	2,2%	0,3%
Litouwen	2012	15 - 64	10,5%	2,3%	0,9%	0,2%	1,3%	0,2%	1,2%	0,2%
Polen	2012	15 - 64	12,2%	3,8%	0,9%	0,2%	1,1%	0,1%	2,9%	0,6%
Kroatië	2012	15 - 64	15,6%	5,0%	2,3%	0,5%	2,5%	0,4%	2,6%	0,8%
Hongarije	2007	18 - 54	8,5%	2,3%	0,9%	0,2%	2,4%	0,5%	1,8%	0,5%
Cyprus	2012	15 - 64	9,9%	2,2%	1,3%	0,3%	0,9%	0,3%	0,7%	0,3%
Bulgarije	2012	15 - 64	7,5%	3,5%	0,9%	0,2%	2,0%	1,2%	1,2%	0,6%
Malta	2001	18 - 64	3,5%	0,8%	0,4%	0,3%	0,7%	0,2%	0,4%	0,0%
Roemenië	2010	15 - 64	1,6%	0,3%	0,3%	0,1%	0,7%	0,2%	0,1%	0,0%
Estland	2008	15 - 64	-	6,0%	-	0,7%	-	1,2%	-	1,1%
Slovenië	2012	15 - 64	15,8%	4,4%	2,1%	0,5%	2,1%	0,3%	0,9%	0,3%

Percentage gebruikers ooit in het leven en recent (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 14.4 Toelichting op de kernindicatoren

Wat betekenen de epidemiologische kernindicatoren?

De kernindicatoren van het EMCDDA zijn bedoeld om de stand van de drugsproblematiek weer te geven en ontwikkelingen te kunnen monitoren. Ook dienen zij bij te dragen aan een bredere analyse van beleidsuitkomsten, al kleven hier veel haken en ogen aan (Van Laar en Van Ooyen, 2009). Het EMCDDA heeft voor vijf drugsindicatoren protocollen ontwikkeld, die de EU-lidstaten moeten gebruiken bij de gegevensverzameling (EMCDDA, 2009). Doel is dat op Europees niveau gegevens over drugsgebruik en de gevolgen daarvan tussen landen (beter) vergelijkbaar zijn. Ondanks duidelijke vooruitgang is dit einddoel nog niet bereikt. Verschillen tussen landen, zeker als deze klein zijn, moeten daarom nog steeds voorzichtig worden geïnterpreteerd. In dit Jaarbericht wordt de situatie rondom de consumptie van alcohol en tabak ook aan de hand van deze indicatoren beschreven; deze gegevens zijn op een paar uitzonderingen na niet op een internationaal gestandaardiseerde wijze verzameld.

Middelengebruik in de algemene bevolking (en scholieren)

Bevolkingsonderzoeken naar middelengebruik geven zicht op de omvang van het gebruik en risicogroepen en indien periodiek uitgevoerd volgens de zelfde methode – ontwikkelingen hierin. Bij de beschrijving van het gebruik van alcohol en drugs worden doorgaans verschillende groepen gebruikers onderscheiden. De grootste groep bestaat uit mensen die ooit in hun leven één of meer keer alcohol en/of drugs hebben geconsumeerd (ooitgebruik), al is dat jaren geleden. Een betere indicator van actuele ontwikkelingen vormt het percentage mensen dat pas nog, in het laatste jaar of maand, een middel heeft gebruikt (recent en actueel gebruik).

De wijze waarop de vragen worden gesteld (bijv. schriftelijk, telefonisch of 'face-to-face') en de interviewomstandigheden (bijv. aanwezigheid van een ouder) kunnen van invloed zijn op de geneigdheid om middelengebruik 'toe te geven'. Gezien het relatief liberale klimaat in Nederland ten aanzien van drugsgebruik, vooral van cannabis, zal onderrapportage van drugsgebruik in Nederland minder voorkomen dan in landen met een repressief beleid waar wettelijke en/of sociale sancties staan op het gebruik van drugs. Toch suggereren de doorgaans lagere prevalenties van drugsgebruik verkregen via face-to-face interviews vergeleken met die verkregen via minder directe, meer anonieme, methoden, dat ook in Nederland illegaal drugsgebruik blijkbaar een gevoelig onderwerp is (Rodenburg et al., 2007; CBS, K. Knoops, persoonlijke communicatie).

Van belang is verder de mate waarin de aangezochte 'respondenten' daadwerkelijk aan de peiling meedoen. Dat kan uiteenlopen van minder dan 50 tot bijna 100 procent. Een lage 'respons' doet twijfelen aan de betrouwbaarheid van de bevindingen.

Trends in de prevalentie van middelengebruik zijn vaak lastig te duiden vanwege tal van op elkaar inwerkende factoren die hier op van invloed kunnen zijn. Voorbeelden van zulke factoren zijn nationaal en internationaal beleid; effectieve interventies; productie, beschikbaarheid en toegankelijkheid van drugs en andere middelen; economische factoren (zoals inkomen); waargenomen risico's van gebruik; de sociale omgeving; en cultuur, leefstijl en modes, en de rol die het middelengebruik hierbij speelt.

Problematisch middelengebruik

Er is geen algemeen geldende definitie van 'problematisch gebruik'. Het EMCDDA hanteert voor problematisch drugsgebruik de volgende definitie: 'injecterend drugsgebruik of langdurig/regelmatig gebruik van opiaten, cocaïne en/of amfetamines'. Dit is een brede definitie waarin ook harddrugsgebruikers die bijvoorbeeld methadon ontvangen en sociaal goed functioneren worden meegerekend. In Nederland worden op lokaal en nationaal niveau uiteenlopende definities gebruikt en vergelijkingen moeten derhalve met grote voorzichtigheid worden gemaakt. Voor andere middelen, zoals cannabis en alcohol, worden vaak de criteria van misbruik en afhankelijkheid volgens internationale classificatiesystemen gebruikt, zoals de DSM of ICD.

In onderzoek naar middelengebruik in de algemene bevolking worden respondenten doorgaans geselecteerd op basis een willekeurige steekproef uit het bevolkingsregister. Gemarginaliseerde groepen, zoals chronische harddrugsgebruikers, die geregeld in instellingen verblijven of geen vast woonadres hebben, zijn dus sterk ondervertegenwoordigd in dit type onderzoek. Voor het schatten van de omvang van de groep probleemgebruikers van harddrugs zijn daarom tal van speciale technieken ontwikkeld. Voorbeelden zijn de capture-recapture methode en de 'multiplier' methode. Deze methoden zijn er op gebaseerd dat een deel van de drugsgebruikers in het vizier is van de hulpverlening en/of de politie en als zodanig zijn geregistreerd. Een ander deel komt niet in contact met deze registrerende instellingen, de zogenaamde 'verborgen' populatie. Dit deel kan worden bijgeschat met bepaalde statistische technieken om tot een totaalschatting van de groep probleemgebruikers te komen. Bedacht moet worden dat dergelijke prevalentie schattingen doorgaans een behoorlijke foutenmarge kennen en weinig nauwkeurig zijn.

Hulpvraag

Een deel van de probleemgebruikers van alcohol of drugs zoekt hulp bij een instelling voor verslavingszorg of wordt opgenomen in een ziekenhuis. Gegevens over de omvang van aantallen cliënten en cliëntprofielen geven informatie over (trends) in de hulpvraag en dragen bij aan het plannen en evalueren van de zorg aan alcohol- en drugsgebruikers. Ook kunnen deze gegevens een indirecte indicator zijn van trends in het probleemgebruik maar andere factoren, zoals de omvang en kwaliteit van het behandelaanbod, registratieproblemen, of veranderingen in het doorverwijzen (bijv. meer via de eerstelijnszorg), kunnen echter evenzeer van invloed zijn op het aantal geregistreerde cliënten. Ook moet worden bedacht dat mensen die bij de hulpverlening komen in zekere zin 'atypisch' zijn voor de totale groep mensen met een 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.

Drugsgerelateerde infectieziekten

Het EMCDDA focust op het monitoren van de prevalentie van infecties met hiv en hepatitis B en C onder injecterende drugsgebruikers. Deze gegevens zijn belangrijk voor het vaststellen van prioriteiten voor preventie, het inschatten van de (toekomstige) ziektelast en maatschappelijke kosten, en het monitoren van de effecten van preventieve interventies. Deze indicator is het minst gestandaardiseerd. De bronnen die beschikbaar zijn in de lidstaten lopen sterk uiteen, namelijk van steekproeven van drugsgebruikers (de gouden standaard), gegevens van screeningen van drugsgebruikers in behandeling of in gevangenissen, case reports en meldingen van gediagnosticeerde gevallen van hiv en hepatitis. Bovendien zijn er grote verschillen in dekkingsgraad (lokaal, regionaal, nationaal). In absolute zin zijn de gegevens tussen landen derhalve niet goed vergelijkbaar. Wel geven zij doorgaans een indicatie van ontwikkelingen in besmettingsgraad. Ook in Nederland zijn de gegevens gefragmenteerd, maar kunnen op basis van verschillende bronnen wel voorzichtig uitspraken worden gedaan over trends in de problematiek.

Sterfte gerelateerd aan drugs, alcohol en roken

Sterfte door overdosis of andere oorzaken die samenhangen met middelengebruik worden gezien als meest ernstige en extreme gevolg van middelengebruik. Gegevens over omvang en aard van de sterfgevallen zijn bruikbaar om trends in probleemgebruik en risicogedrag (injecteren, polydrugsgebruik) te monitoren. In veel landen vormt de algemene doodsoorzakenstatistiek de bron voor acute drugssterfte ('overdosis'). Volgens het EMCDDA protocol voor het verzamelen en rapporteren over de drugsgerelateerde sterfte gebeurt dit door gevallen te selecteren volgens een vastgestelde selectie van ICD-9 of ICD-10 codes, die betrekking hebben op de aard van de sterfte (accidenteel, opzettelijk, opzet onbekend) en soorten drugs. Er zijn verschillen tussen landen in de procedures om de doodsoorzaak vast te stellen, met name de aard van het postmortem onderzoek (bijv. wel of geen toxicologische analyses). In landen waar bij vermoeden van een onnatuurlijke doodsoorzaak standaard postmortem onderzoek wordt verricht is de kans op het ontdekken van een drugssterfgeval groter dan in landen waar dat niet gebeurt en/of waar de doodsoorzaak alleen op basis van uiterlijke kenmerken en omstandigheden wordt vastgesteld. Ook indien toxicologische gegevens beschikbaar zijn wordt deze informatie lang niet altijd gebruikt voor het coderen van de sterfte in de doodsoorzakenstatistiek. Dergelijke verschillen kunnen hun weerslag hebben op de vergelijkbaarheid van gegevens tussen landen. Drugsgebruikers kunnen ook door andere oorzaken dan een overdosis overlijden. Deze oorzaken kunnen los staan van het drugsgebruik (bijvoorbeeld ouderdom) of hieraan gerelateerd zijn (zoals een uitputtende leefstijl, infectieziekten door injecteren). Deze algehele sterfte onder drugsgebruikers wordt in kaart gebracht in cohort onderzoek waarin drugsgebruikers over de jaren heen worden 'gevolgd'.

Voor de alcoholgerelateerde sterfte is geen internationaal geaccepteerd 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). Deze codes worden in dit Jaarbericht gebruikt indien alcoholgebruik expliciet als oorzaak staat genoemd. De cijfers weerspiegelen vrijwel zeker een onderschatting van de totale alcoholsterfte omdat de rol van alcoholgebruik bij de sterfte niet altijd herkend wordt.

In tegenstelling tot bij alcoholgebruik wordt er in de doodsoorzakenstatistiek geen gebruik gemaakt van ICD-codes om sterfte door roken rechtstreeks te registreren. Voor het inschatten van aan roken gerelateerde sterfte wordt een Populatie Attributief Risico (PAR) berekend, zoals het RIVM jaarlijks doet voor een aantal ziekten waarvoor roken een belangrijke risicofactor is. De PAR is een maat voor het gezondheidsverlies in een populatie dat is toe te schrijven aan een risicofactor, en dus de theoretisch te behalen gezondheidswinst met het wegnemen van die risicofactor. In dit geval geeft de PAR een schatting van de sterfte die direct kan worden toegeschreven aan tabaksgebruik in Nederland: een PAR van 0,9 voor longkanker bij mannen in 2013 houdt bijvoorbeeld in dat 90% van de sterfte aan longkanker bij mannen in 2013 toe te wijzen is aan roken (volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/roken/cijfers-context/gezondheidsgevolgen#methode--node-sterfte-door-roken).

E 14.5 Lijst van afkortingen

2C-B	4-bromo2,5dimethoxyphenethylamine
4,4′-DMAR	4-methyl-5-(4-methylphenyl)-4,5-dihydrooxazol-2-amine
4-MA	4-methylamfetamine
4-MTA	4-methylthioamfetamine
5-APB	Benzo Fury
5-IT	5-(2-aminopropyl)indool
6-APB	Benzo Fury
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
ANR	Alliantie Nederland Rookvrij
APAAN	Alfa-fenylacetoacetonitil
APV	Algemene Plaatselijke Verordening
Asp	Alcoholslotprogramma
ATC	Anatomical Therapeutic Chemical
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BAG	Bloedalcoholgehalte
BEGJ	Bureau Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie
Bibob	Wet bevordering integriteitsbeoordelingen door het openbaar bestuur
BIG	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
BMK	Benzylmethylketon
BO	Basis Onderwijs
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
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
CVA	Cerebraal Vasculaire Aandoening (beroerte)
CVS	Cliënt Volg Systeem
CVZ	College voor zorgverzekeringen
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-dimethoxy4bromoamfetamine
DRUID	Driving under the Influence of Drugs, Alcohol, and Medicines
DSM	Diagnostic and Statistical Manual
EC	Europese Commissie/European Commission
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
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 Survey Project on Alcohol and Other Drugs
EU	Europese Unie/European Union
EWDD	Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving (in het Engels: EMCDDA)
EWS	Early Warning System
EZ	Ministerie van Economische Zaken
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	Gammabutyrolacton
GE	Gezondheidsenquête CBS
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GG&GD	Gemeentelijke Geneeskundige & Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GHB	Gammahydroxyboterzuur
GIP	Genees en hulpmiddelen Informatie Project
GW	Geneesmiddelenwet
HAART	Highly Active Anti-Retroviral Treatment

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
HDLC	High density lipoprotein cholesterol
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
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 Jeugdinrichting
KLPD	Korps Landelijke Politie Diensten
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
LEMA	Lichte Educatieve Maatregel Alcohol en verkeer
LFO	Landelijke Faciliteit Ondersteuning Ontmantelen
LIEC	Landelijk Informatie en Expertise Centrum
LINH	Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg
LMIG	Landelijke Monitor Intramurale GGZ
LMR	Landelijke Medische Registratie
LO	Lager Onderwijs
LSD	d-Lysergzuur-diethylamide
LUMC	Leids Universitair Medisch Centrum
LVO	Lager Voortgezet Onderwijs
LWOO	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 Drugs Incidenten
MDMA	3,4-methyleendioxy-methamfetamine

MDPV	3,4-methyleendioxy-pyrovaleron
MGC	Monitor Georganiseerde Criminaliteit
MKBA	Maatschappelijke Kosten en Baten Analyse
MMO	Monitor Maatschappelijke Opvang
MND	Meldpunt Nieuwe Drugs
MO/VBregio	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
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
NIGZ	Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
NIP	Nederlands Instituut van Psychologen
NISPA	Nijmegen Institute for Scientist-Practioners in Addiction
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NMG	Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid
NOC*NSF	Nederlands Olympisch Comité*Nederlandse Sport Federatie
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
OM	Openbaar Ministerie
OPS	Opsporingsregister
PAAZ	Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis
PBW	Penitentiaire Beginselenwet
PenH-plan	Preventie- en Handhavingsplan
PGB	Persoonsgebonden budget
PMA	Paramethoxyamfetamine
PMK	Piperonyl-methyl-keton
PMMA	Paramethoxymethylamfetamine
POHGGZ	Praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg bij de huisarts
POLS	Permanent Onderzoek Leefsituatie
PPC	Penitentiair Psychiatrisch Centrum
PRO	Praktijkonderwijs
PY	Persoonsjaren
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 opleidingencentrum
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
SEH	Spoedeisende Eerste Hulp
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
STAP	Nederlands Instituut voor Alcoholbeleid
STIVA	Stichting Verantwoord Alcoholgebruik
Sv	Wetboek van Strafvordering
SVG	Stichting Verslavingsreclassering van de Geestelijke Gezondheidszorg Nederland
SSI	Stichting Sigarettenindustrie
SWOV	Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid
TBS	Terbeschikkingstelling
TCS	Tobacco Control Scale
TDP	Tabaksproductenrichtlijn EU
THC	Tetrahydrocannabinol
TK	Tweede Kamer
TNS NIPO	Nederlands Instituut voor de Publieke Opinie en het Marktonderzoek
TPD	Tabaksproductenrichtlijn
TULP	Ten UitvoerLegging van vrijheidsbenemende maatregelen in Penitentiaire inrichtingen
UT	Universiteit Twente
UvA	Universiteit van Amsterdam
VMBO	Voorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs
VMBO-p	Voorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs – praktijkgerichte leerweg
VMBO-t	Voorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs – theoretische leerweg
VN	Verenigde Naties
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VPN	Verslavingspreventie Nederland
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenningen
VWO	Voorbereidend Wetenschappelijk Onderwijs
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WAP	Weighted Average Price (gewogen gemiddelde prijs)
WHO	World Health Organisation (Wereld Gezondheidsorganisatie)
Wlz	Wet langdurige zorg
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning

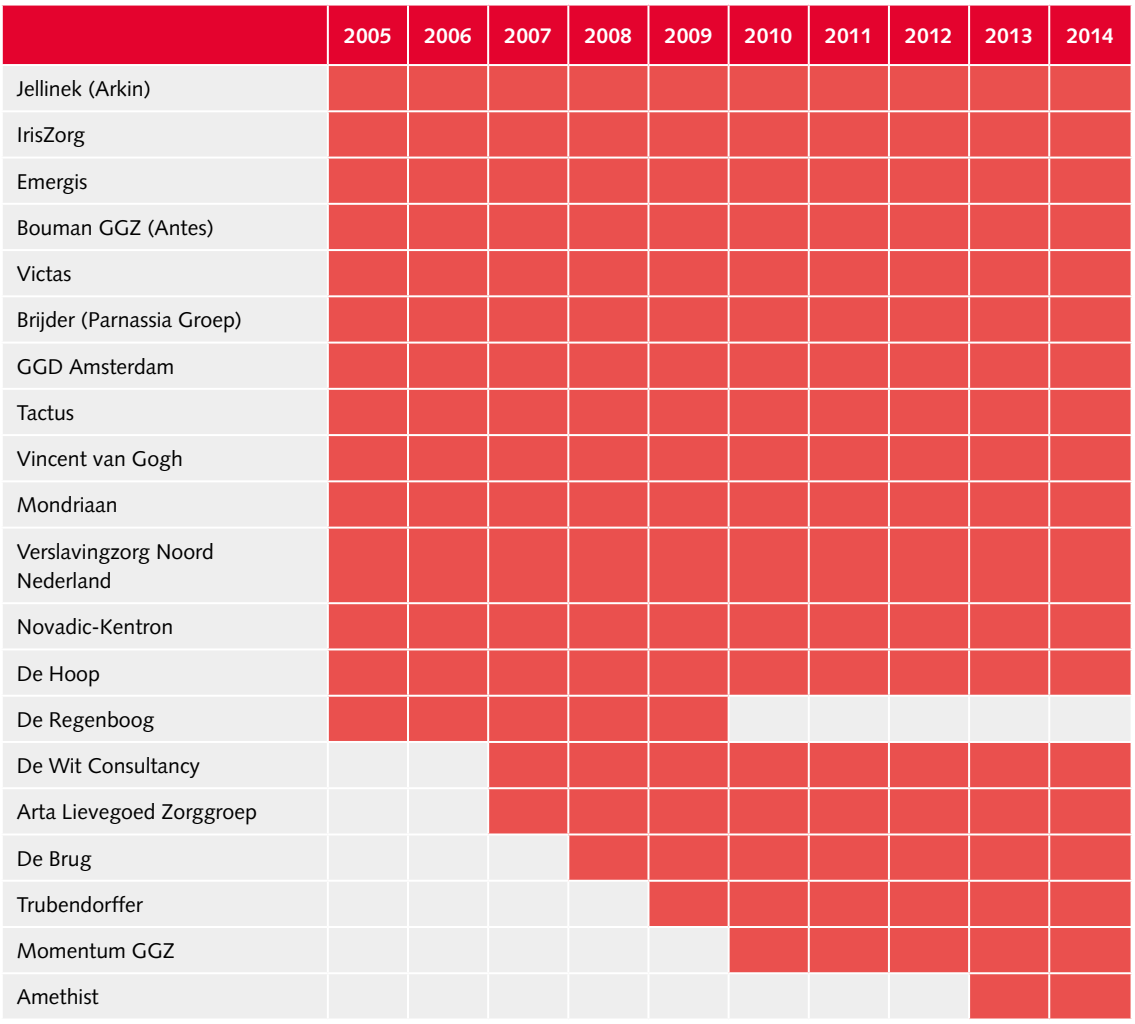
WO	Wetenschappelijk Onderwijs
WPG	Wet Publieke Gezondheid
WVL	Rijkswaterstaat Water, Verkeer en Leefomgeving
WVMC	Wet Voorkoming Misbruik Chemicaliën
WvS	Wetboek van Strafrecht
ZonMw	Zorgonderzoek Nederland Medische Wetenschappen
Zvw	Zorgverzekeringswet

F 14.6 Verklaring van tekens

- 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%"

G 14.7 Deelname aan het LADIS

Onderstaande instellingen voor verslavingszorg hebben geanonimiseerde gegevens aangeleverd aan het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) van 2005 tot en met 2014. Een nadere analyse wijst uit dat de wisselingen in de instellingen slechts een beperkte invloed hebben gehad op het landelijk aantal geregistreerde cliënten en de trends niet noemenswaardig hebben beïnvloed.



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
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	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
De Regenboog	■	■	■	■	■					
De Wit Consultancy			■	■	■	■	■	■	■	■
Arta Lievegoed Zorggroep			■	■	■	■	■	■	■	■
De Brug				■	■	■	■	■	■	■
Trubendorffer					■	■	■	■	■	■
Momentum GGZ						■	■	■	■	■
Amethist									■	■

Bron: LADIS, IVZ.

15. Referenties

15. Referenties

Adviescommissie Analytische Grenswaarden (2014). Advies analytische grenswaarden voor drugs in het kader van de voorgenomen wetswijziging van de Wegenverkeerswet 1994. NFI: Den Haag.

Alsamarrai, A., Das, S.L., Windsor, J.A., Petrov, M.S. (2014). Factors that affect risk for pancreatic disease in the general population: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. Clin Gastroenterol Hepatol 12 (10): 1635-1644.

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.

ANP (2015). Aanpak growshops per regio verschillend [persbericht: 15 april 2015].

Asbridge, M., Hayden, J.A., Cartwright, J.L. (2012). Acute cannabis consumption and motor vehicle collision risk: systematic review of observational studies and meta-analysis. BMJ 344:e536.

Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) (2014). National Drug Strategy Household Survey detailed report 2013. AIHW: Canberra.

Bagnardi, V., Rota, M., Botteri, E., Tramacere, I., Islami, F., Fedirko, V. et al. (2013). Light alcohol drinking and cancer: a meta-analysis. Ann Oncol 24 (2): 301-308.

Bagnardi, V., Rota, M., Botteri, E., Tramacere, I., Islami, F., Fedirko, V. et al. (2015). Alcohol consumption and site-specific cancer risk: a comprehensive dose-response meta-analysis. Br J Cancer 112 (3): 580-593.

Baliunas, D.O., Taylor, B.J., Irving, H., Roerecke, M., Patra, J., Mohapatra, S. et al. (2009). Alcohol as a risk factor for type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. Diabetes Care 32 (11): 2123-2132.

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.

Batalla, A., Bhattacharyya, S., Yucel, M., Fusar-Poli, P., Crippa, J.A., Nogue, S. et al. (2013). Structural and functional imaging studies in chronic cannabis users: a systematic review of adolescent and adult findings. PLoS ONE 8 (2): e55821.

Battistella, G., Fornari, E., Annoni, J.M., Chtioui, H., Dao, K., Fabritius, M. et al. (2014). Long-term effects of cannabis on brain structure. Neuropsychopharmacology 39 (9): 2041-2048.

Been, J.V., Nurmatov, U.B., Cox, B., Nawrot, T.S., Van Schayck, C.P., Sheikh, A. (2014). Effect of smoke-free legislation on perinatal and child health: a systematic review and meta-analysis. Lancet 383 (9928): 1549-1560.

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.

Bennett, T.H., Holloway, K.R., Brookman, F., Parry, O., Gorden, C. (2014). Explaining prescription drug misuse among students from a widening access university: The role of techniques of neutralization. Drugs: Education, Prevention & Policy 21 (3): 189-196.

Benschop, A., Nabben, T., Korf, D. (2009). Antenne 2008: trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Rozenberg Publishers: Amsterdam.

Benschop, A., Nabben, T., Korf, D.J. (2011). Antenne 2010: trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Rozenberg Publishers: Amsterdam.

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.

Benschop, A., Wouters, M., Korf, D.J. (2014). Coffeeshops, toerisme, overlast en illegale verkoop van softdrugs, 2014. Rozenberg Publishers: Amsterdam.

Benschop, A., Wouters, M., Korf, D.J. (2014). Coffeeshops, toerisme, overlast en illegale verkoop van softdrugs, 2014. Rozenberg Publishers: Amsterdam.

Beurmanjer, H., De Weert, G. (2013). Tendens: Trends in Wonen, Werken en Middelengebruik 2012-2013: een update. IrisZorg: Arnhem.

Bieleman, B., Kruize, A., Mennes, R. (2015a). Plannen in kaart: inventarisatie preventie- en handhavingsplannen Drank- en Horecawet 2015. Intraval: Groningen-Rotterdam.

Bieleman, B., Mennes, R., Sijtstra, M. (2015). Coffeeshops in Nederland: aantallen coffeeshops en gemeentelijk beleid 1999-2014. Intraval: Groningen-Rotterdam.

Bieleman, B., Nijkamp, R., Sijtstra, M. (2011). Monitor coffeeshopbeleid Rotterdam: 0-, 1- en 2-meting. Intraval: Groningen-Rotterdam.

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., Van Laar, M. (2013). Interventies stoppen met roken voor jongeren [fact sheet]. Trimbos-instituut: Utrecht.

Boelema, S. (2015). Alcohol use in adolescence: a longitudinal study of its effects on cognitive functioning. Universitiet Utrecht: Utrecht.

Boendermaker, M., Bieleman, B. (2013). Monitor regionaal kompas Oost-Veluwe: metingen 2009 tot en met 2012. Intraval: Groningen.

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.

Boonmann, C., Wartna, B.S.J., Bregman, I.M., Schapers, C.E., Beijersbergen, K.A. (2015). Recidive na forensische zorg: Een eerste stap in de ontwikkeling van een recidivemonitor voor de sector Forensische Zorg. WODC: Den Haag.

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.

Broekhuizen, K., Post, R., Van der Schier, M., Van Zutphen, M. (2015). KANS: de ISD-maatregel: perspectief voor de veelpleger en een veiliger samenleving [magazine]. Ministerie van Veiligheid en Justitie: Den Haag.

Broekhuizen, L. (2014). Gevallen door oxazepam. Huisarts & Wetenschap 57 (1): 3.

Bruinsma, M.Y., Balogh, L.D., De Muijnck, J.A. (2008). Geweld onder invloed: evaluatie van een nieuwe werkwijze van de politie gericht op versterking van de informatiepositie ten aanzien van alcohol- en drugsgebruik door geweldplegers. IVA: Tilburg.

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., 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.

Buisman, R., Croes, E. (2014). Factsheet Elektronische Sigaretten (E-sigaretten). Trimbos-instituut: Utrecht.

Buster, M., Van Brussel, G. (2011). De GGD Amsterdam en de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg: OGGZ-monitor 2010. GGD Amsterdam: Amsterdam.

Cain, M.A., Bornick, P., Whiteman, V. (2013). The maternal, fetal, and neonatal effects of cocaine exposure in pregnancy. Clin Obstet Gynecol 56 (1): 124-132.

Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey (CADUMS) (2012). Summary of Results for 2011. Health Canada: Ottowa, Ontario.

Carpentier, P.J. (2014). Verslaving in ontwikkelingsperspectief: de rol van antisociale gedragsstoornis en ADHD in de ontwikkeling van problematisch middelengebruik. Tijdschrift voor psychiatrie 56 (2): 95-105.

Casati, A., Sedefov, R., Pfeiffer-Gerschel, T. (2012). Misuse of Medicines in the European Union: A Systematic Review of the Literature. European Addiction Research 18 (5): 228-245.

Caspi, A., Moffitt, T.E., Cannon, M., McClay, J., Murray, R., Harrington, H. et al. (2005). Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the catechol-O-methyltransferase gene: longitudinal evidence of a gene X environment interaction. Biol. Psychiatry 57 (10): 1117-1127.

CBS (2011). StatLine: gezondheid en welzijn: zelfgerapporteerde leefstijl: zware rokers onder rokers. CBS: Voorburg/Heerlen.

CBS (2012). Statline: Leefstijl, preventief onderzoek; persoonskenmerken: alcoholgebruik, 12 jaar of ouder. CBS: Den Haag/Heerlen.

CBS (2013). Veiligheidsmonitor 2012.: Den Haag/Heerlen CBS.

CBS i.s.m.RIVM en Trimbos-instituut (2014). 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.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2015). Today's Heroin Epidemic: more people at risk, multiple drugs abused. CDC: Atlanta.

Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) (2012). Integrale Veiligheidsmonitor 2011: landelijke rapportage. CBS: Den Haag/Heerlen.

Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) (2014). Veiligheidsmonitor 2013. CBS: Den Haag/Heerlen.

Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) (2015). Veiligheidsmonitor 2014. CBS: Den Haag/Heerlen.

Chadwick, B., Miller, M.L., Hurd, Y.L. (2013). Cannabis Use during Adolescent Development: Susceptibility to Psychiatric Illness. Front Psychiatry 4:129.

Chagas, M.H., Eckeli, A.L., Zuardi, A.W., Pena-Pereira, M.A., Sobreira-Neto, M.A., Sobreira, E.T. et al. (2014). Cannabidiol can improve complex sleep-related behaviours associated with rapid eye movement sleep behaviour disorder in Parkinson's disease patients: a case series. J Clin Pharm Ther 39 (5): 564-566.

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.

Cheng, G.L., Zeng, H., Leung, M.K., Zhang, H.J., Lau, B.W., Liu, Y.P. et al. (2013). Heroin abuse accelerates biological aging: a novel insight from telomerase and brain imaging interaction. Transl Psychiatry 3:e260.

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.

Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs (CAM) (2008). Risicoschatting cannabis 2008. RIVM: Bilthoven.

Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs (CAM) (2011). Risicoschatting gamma-hydroxyboterzuur 2011. CAM: Bilthoven.

Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs (CAM) (2013). CAM Quick Scan rapportage gamma-butyrolacton (GBL). 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) (2015). CAM Quick Scan rapportage van 4-fluoramfetamine (4-FA). RIVM: Bilthoven.

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., De Josselin de Jong, S. (2014). Roken en zwangerschap: overzicht van de stand van zaken uit de literatuur. Trimbos-instituut: Utrecht.

Croes, E., Wijers, L., Van der Putten, N., Vogels, N., Van der Pol, P. (2015). Monitor Drugsincidenten: factsheet 2014. Trimbos-instituut: Utrecht.

Crul, B.V.M. (2006). Dokter als drugspusher: ontwenningscampagne voor benzodiazepinen gewenst. Medisch Contact 61 (35): 1374-1375.

Cruts, A.A.N., Feenstra, T.L., Van Laar, M.W. (2008). Ziekte door roken in Nederland: naar schatting 90 duizend klinische ziekenhuisopnamen in 2005. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 152 (26): 1469-1472.

Cruts, A.A.N., Van Laar, M., Buster, M. (2013). Aantal en kenmerken van problematische opiatengebruikers in Nederland. Trimbos-instituut: Utrecht.

Cruz, O. (2015). Nonproblematic Illegal Drug Use Drug Use Management Strategies in a Portuguese Sample. Journal of Drug Issues 45 (2): 133-150.

Da Silva, D.D., Silva, E., Carmo, H. (2014). Combination effects of amphetamines under hyperthermia - the role played by oxidative stress. J Appl Toxicol. 34 (6): 637-650.

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.

Danielsson, A.K., Falkstedt, D., Hemmingsson, T., Allebeck, P., Agardh, E. (2015). Cannabis use among Swedish men in adolescence and the risk of adverse life course outcomes: results from a 20 year-follow-up study. Addiction 110 (11): 1794-1802.

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., Franken, F., Van Dalen, W.E. (2014). Gemeentelijke uitvoering van de Drank- en Horecawet: analyse stand van zaken 2014. STAP: Utrecht.

De Groot, I., Van der Land, M. (2012). Ingenomen en uitgehaald: alcohol en geweld in Amsterdamse uitgaansettings. Vrije Universiteit: Amsterdam.

De Heer-De Lange, N.E., Kalidien, S.N. (2014). Criminaliteit en Rechtshandhaving 2013: ontwikkelingen en samenhangen. CBS/WODC: Den Haag.

De Jong, B., Van Vuren, A.J., Niesink, R.J.M., Brunt, T.M. (2014). Dissociatieve psychose door methoxetamine. Ned Tijdschr Geneeskd. 158:A7358.

De Jong, M., Poelmans, I., Linck, H., Ernst, M. (2008). Tendens 2008: alcohol- en drugsgebruik bij jongeren en jongvolwassenen in Gelderland. IrisZorg: Arnhem.

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 Mello Schier, A.R., de Oliveira Ribeiro, N.P., Coutinho, D.S., Machado, S., Arias-Carrion, O., Nardi, A.E. et al. (2014). Antidepressant-Like and Anxiolytic-Like Effects of Cannabidiol: A Chemical Compound of Cannabis Sativa. CNS Neurol Disord Drug Targets

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 ecstacy: causality, course, and clinical relevance. Universiteit van Amsterdam: Amsterdam.

De Wit, M. (2014). Rijden onder invloed in Nederland in 2002-2013: ontwikkeling van het alcoholgebruik van automobilisten in weekendnachten. Ministerie van Infrastructuur & Milieu: Den Haag.

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.

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.

Devinsky, O., Cilio, M.R., Cross, H., Fernandez-Ruiz, J., French, J., Hill, C. et al. (2014). Cannabidiol: pharmacology and potential therapeutic role in epilepsy and other neuropsychiatric disorders. Epilepsia 55 (6): 791-802.

Di Forti, M., Sallis, H., Allegri, F., Trotta, A., Ferraro, L., Stilo, S.A. et al. (2014). Daily Use, Especially of High-Potency Cannabis, Drives the Earlier Onset of Psychosis in Cannabis Users. Schizophr Bull

DIMS (2015). Concept Rapportage DIMS 2014: resultaten 2014. Trimbos-instituut: Utrecht.

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.

Donaldson, C.D., Nakawaki, B., Crano, W.D. (2015). Variations in parental monitoring and predictions of adolescent prescription opioid and stimulant misuse. Addict Behav 45:14-21.

Dumont, G.H.J. (2009). Cognitive and physiological effects of 3,4-methylenedioxydemethamphetamine (MDMA or 'ecstasy') in combination with alcohol or cannabis in humans. Radboud Universiteit Nijmegen: Nijmegen.

E.K.32398-E.Eerste Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2012-2013 publicatienummer 32398 nr.E (2013). Vaststelling van een Wet forensische zorg en daarmee verband houdende wijzigingen in diverse andere wetten (Wet forensische zorg). Sdu Uitgevers: Den Haag.

E.K.32398-F.Eerste Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2012-2013 publicatienummer 32398 nr.F (2013). Vaststelling van een Wet forensische zorg en daarmee verband houdende wijzigingen in diverse andere wetten (Wet forensische zorg). Sdu Uitgevers: Den Haag.

E.K.32398-G.Eerste Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2013-2014 publicatienummer 32398 nr.G (2013). Vaststelling van een Wet forensische zorg en daarmee verband houdende wijzigingen in diverse andere wetten (Wet forensische zorg); Brief inzake weigerende observandi. Eerste Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

E.K.32398-H.Eerste Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2013-2014 publicatienummer 32398 nr.H. (2013). Vaststelling van een Wet forensische zorg en daarmee verband houdende wijzigingen in diverse andere wetten (Wet forensische zorg); Nader voorlopig verslag. Eerste Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

E.K.32398-I.Eerste Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2013-2014 publicatienummer 32398 nr.I (2014). Vaststelling van een Wet forensische zorg en daarmee verband houdende wijzigingen in diverse andere wetten (Wet forensische zorg): nadere memorie van antwoord. Sdu Uitgevers: Den Haag.

E.K.32398-J.Eerste Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2013-2014 publicatienummer 32398 nr.J (2014). Vaststelling van een Wet forensische zorg en daarmee verband houdende wijzigingen in diverse andere wetten (Wet forensische zorg). Sdu Uitgevers: Den Haag.

E.K.32398-K.Eerste Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2014-2015 publicatienummer 32398 nr.K (2014). Vaststelling van een Wet forensische zorg en daarmee verband houdende wijzigingen in diverse andere wetten (Wet forensische zorg); Brief inzake eerste termijn plenaire behandeling wetsvoorstel Wet forensische zorg (32 398). Eerste Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

E.K.32398-L.Eerste Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2014-2015 publicatienummer 32398 nr.L (2015). Vaststelling van een Wet forensische zorg en daarmee verband houdende wijzigingen in diverse andere wetten (Wet forensische zorg); Verslag van een schriftelijk overleg inzake de eerste termijn van de plenaire behandeling van het wetsvoorstel Wet forensische zorg. Eerste Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

E.K.32398-M.Eerste Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2014-2015 publicatienummer 32398 nr.M. (2015). Vaststelling van een Wet forensische zorg en daarmee verband houdende wijzigingen in diverse andere wetten (Wet forensische zorg); Brief inzake gezamenlijke behandeling van de wetsvoorstellen 32398. 31996 en 32399. Eerste Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

Elofson, J., Gongvatana, W., Carey, K.B. (2013). Alcohol use and cerebral white matter compromise in adolescence. Addict Behav 38 (7): 2295-2305.

EMCDDA (2015a). Hepatitis C treatment for injecting drug users: perspectives on drugs. EMCDDA: Lisbon.

Englund, A., Morrison, P.D., Nottage, J., Hague, D., Kane, F., Bonaccorso, S. et al. (2013). Cannabidiol inhibits THC-elicited paranoid symptoms and hippocampal-dependent memory impairment. Journal of Psychopharmacology 27 (1): 19-27.

Ernst, A.A., Weiss, S.J., Enright-Smith, S., Hilton, E., Byrd, E.C. (2008). Perpetrators of intimate partner violence use significantly more methamphetamine, cocaine, and alcohol than victims: a report by victims. American Journal of Emergency Medicine 26:592-596.

Estrada, G., Fatjo-Vilas, M., Munoz, M.J., Pulido, G., Minano, M.J., Toledo, E. et al. (2011). Cannabis use and age at onset of psychosis: further evidence of interaction with COMT Val158Met polymorphism. Acta Psychiatr Scand 123 (6): 485-492.

European Commission (2010). EU citizens' attitudes towards alcohol: special Eurobarometer 331. European Commission: Brussel.

European Commission (2015). Attitudes of Europeans towards Tobacco and Electronic Cigarettes: Special Eurobarometer 429. European Union: Brussels.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2015). Europees Drugsrapport: trends en ontwikkelingen. EMCDDA: Lisbon.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2014). European Drug Report 2014: trends and developments. EMCDDA: Lisbon.

European Parliament (2015). European Parliament resolution of 29 April 2015 on Alcohol Strategy (2015/2543(RSP)). European Parliament: Strasbourg.

Farmer, R.F., Seeley, J.R., Kosty, D.B., Gau, J.M., Duncan, S.C., Lynskey, M.T. et al. (2015). Internalizing and externalizing psychopathology as predictors of cannabis use disorder onset during adolescence and early adulthood. Psychol Addict Behav 29 (3): 541-551.

Fergusson, D.M., Boden, J.M., Horwood, L.J. (2015). Psychosocial sequelae of cannabis use and implications for policy: findings from the Christchurch Health and Development Study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 50 (9): 1317-1326.

Fernandez-Sola, J. (2015). Cardiovascular risks and benefits of moderate and heavy alcohol consumption. Nat Rev Cardiol 12 (10): 576-587.

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.

Flak, A.L., Su, S., Bertrand, J., Denny, C.H., Kesmodel, U.S., Cogswell, M.E. (2014). The association of mild, moderate, and binge prenatal alcohol exposure and child neuropsychological outcomes: a meta-analysis. Alcohol Clin Exp Res 38 (1): 214-226.

Freeman, T.P., Morgan, C.J., Hindocha, C., Schafer, G., Das, R.K., Curran, H.V. (2014). Just say 'know': how do cannabinoid concentrations influence users' estimates of cannabis potency and the amount they roll in joints? Addiction 109 (10): 1686-1694.

Ganpat, S., Kleinjan, M., Van de Mheen, D. (2009). Oneigenlijk medicijngebruik onder Nederlandse jongeren: aard en omvang. IVO: Rotterdam.

Gates, P., Jaffe, A., Copeland, J. (2014). Cannabis smoking and respiratory health: consideration of the literature. Respirology 19 (5): 655-662.

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 (2014). In de nesten: analyse van de voorgeschiedenis van een groep jongvolwassen gewelddadige veelplegers uit Amsterdam. GGD Amsterdam: Amsterdam.

Goosens, F.X., Frijns, T., Van Hasselt, N.E., Van Laar, M.W. (2013). Het Grote Uitgaansonderzoek 2013: uitgaanspatronen, middelengebruik en risicogedrag onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Trimbos-instituut: 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.

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.

Grewal, P., Viswanathen, V.A. (2012). Liver cancer and alcohol. Clin Liver Dis 16 (4): 839-850.

Griens, A.M.G.F., Janssen, J.M., Kroon, J.D.L., Lukaart, J.S., Van der Vaart, R.J. (2014). Data en feiten 2014: het jaar 2013 in cijfers. SFK: Den Haag.

Griffith-Lendering, M.F., Wigman, J.T., Pince van Leeuwen, A., Huijbregts, S.C., Huizink, A.C., Ormel, J. et al. (2013). Cannabis use and vulnerability for psychosis in early adolescence--a TRAILS study. Addiction 108 (4): 733-740.

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.

Hall, W., Degenhardt, L. (2014). The adverse health effects of chronic cannabis use. Drug Test Anal 6 (1-2): 39-45.

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.

Hamerlijnck, D. (2013). Factsheet accijns 2013. Hartstichting: Den Haag.

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.

Hartung, B., Kauferstein, S., Ritz-Timme, S., Daldrup, T. (2014). Sudden unexpected death under acute influence of cannabis. Forensic Sci Int 237:e11-e13.

Hasin, D.S., Wall, M., Keyes, K.M., Cerda, M., Schulenberg, J., O'Malley, P.M. et al. (2015). Medical marijuana laws and adolescent marijuana use in the USA from 1991 to 2014: results from annual, repeated cross-sectional surveys. Lancet Psychiatry 2 (7): 601-608.

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.

Hedegaard, H., Chen, L.H., Warner, M. (2015). Drug-poisoning Deaths Involving Heroin: United States, 2000-2013. National Center for Health Statistics: Hyattsville, MD.

Heijndijk, S.M., Willemsen, M.C. (2015). Dutch Tobacco Control: Moving Towards the Right Track? FCTC Shadow Report 2014. Alliantie Nederland Rookvrij: Den Haag.

Hermens, D.F., Lagopoulos, J., Tobias-Webb, J., De, R.T., Dore, G., Juckes, L. et al. (2013). Pathways to alcohol-induced brain impairment in young people: a review. Cortex 49 (1): 3-17.

Herreros-Villanueva, M., Hijona, E., Banales, J.M., Cosme, A., Bujanda, L. (2013). Alcohol consumption on pancreatic diseases. World J Gastroenterol 19 (5): 638-647.

Hibell, B., Andersson, B. (2008). Patterns of cannabis use among students in Europe, In A cannabis reader: global issues and local experiences: perspectives on cannabis controversies, treatment and regulation in Europe [volume II]. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, (ed.), pp. 59-79. EMCDDA, Lisbon

Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T. (2000). The 1999 ESPAD Report: European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD): alcohol and other drug use among students in 30 European countries. CAN: Stockholm.

Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, A. et al. (2004). The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 european countries. CAN: Stockholm.

Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A. et al. (2012). The 2011 ESPAD report: substance use among students in 36 European countries. CAN: Stockholm.

Hickman, M., Vickerman, P., Macleod, J., Lewis, G., Zammit, S., Kirkbride, J. et al. (2009). If cannabis caused schizophrenia--how many cannabis users may need to be prevented in order to prevent one case of schizophrenia? England and Wales calculations. Addiction 104 (11): 1856-1861.

Hindocha, C., Freeman, T.P., Schafer, G., Gardener, C., Das, R.K., Morgan, C.J. et al. (2015). Acute effects of delta-9-tetrahydrocannabinol, cannabidiol and their combination on facial emotion recognition: a randomised, double-blind, placebo-controlled study in cannabis users. Eur Neuropsychopharmacol 25 (3): 325-334.

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.

Hofhuis, W., Merkus, P.J.F.M. (2005). Passief roken: schadelijke effecten bij kinderen, In Tabaksgebruik: gevolgen en bestrijding.K. Knol et al., (eds.), pp. 246-254. Lemma, Utrecht

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.

Hooper, S.R., Woolley, D., De Bellis, M.D. (2014). Intellectual, neurocognitive, and academic achievement in abstinent adolescents with cannabis use disorder. Psychopharmacology (Berl) 231 (8): 1467-1477.

Horjus, S., Van Goor, M. (2011). Preventieve aanpakken rond GHB-gebruik: Do's en don'ts bij preventie. Trimbos-instituut: Utrecht.

Houwing, S., Bijleveld, F.D., Commandeur, J.J.F., Vissers, L. (2014). Het werkelijk aandeel verkeersdoden als gevolg van alcohol: aanpassing schattingsmethodiek. SWOV: Den Haag.

Houwing, S., Hagenzieker, M.P. (2013). Geneesmiddelen en drugs in het verkeer: resultaten van het Europese onderzoeksproject DRUID die relevant zijn voor het Nederlandse verkeersveiligheidsbeleid. SWOV: Leidschendam.

Huizink, A.C. (2014). Prenatal cannabis exposure and infant outcomes: overview of studies. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 52:45-52.

Hunault, C.C., Bocker, K.B., Stellato, R.K., Kenemans, J.L., de, V., I, Meulenbelt, J. (2014). Acute subjective effects after smoking joints containing up to 69 mg Delta9-tetrahydrocannabinol in recreational users: a randomized, crossover clinical trial. Psychopharmacology (Berl)

IMS Health (2015). Antirook-Trimbos 29-07-2015 [speadsheet]. IMS Health: Den Haag.

Intraval (2010). Inventarisatie hokken en keten: Nederland 2009. Intraval: Groningen.

Intraval/nVWA (2014). Inventarisatie naleefniveau rookvrije horeca najaar 2014. Intraval/nVWA: Groningen/Den Haag.

Intraval/nVWA (2015). Inventarisatie naleefniveau rookvrije horeca voorjaar 2015. Intraval/nVWA: Groningen/Utrecht.

Iseger, T.A., Bossong, M.G. (2015). A systematic review of the antipsychotic properties of cannabidiol in humans. Schizophr Res 162 (1-3): 153-161.

Jager, G. (2006). Functional MRI studies in human ecstasy and cannabis users. Universiteit Utrecht: Utrecht.

Jansen, F. (2012). De rol van Nederland in de internationale hasjhandel: Quickscan ten behoeve van het Nationaal Dreigingsbeeld zware of georganiseerde criminaliteit. KLPD/DNR: Driebergen.

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. (2011). The Tobacco Control Scale 2010 in Europe. Association of the European Cancer Leagues: Brussels.

Joossens, L., Raw, M. (2013). The Tobacco Control Scale 2013 in Europe. Association of European Cancer Leagues: Brussels.

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.

Kalidien, S.N., De Heer-De Lange, N.E. (2015). Criminaliteit en Rechtshandhaving 2014: ontwikkelingen en samenhangen. WODC/CBS/Boom: Den Haag.

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. (2015a). 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. (2015b). Baclofen as relapse prevention in the treatment of Gamma- Hydroxybutyrate (GHB) dependence: an open label study. BMC Psychiatry 15:91.

Kamal, R.M., van, I.S., Dijkstra, B.A., De Jong, C.A. (2014). Decision rules for GHB (gamma-hydroxybutyric acid) detoxification: a vignette study. Drug Alcohol Depend 135:146-151.

Kepper, A., Van Dorsselaer, S., Monshouwer, K., Vollebergh, W. (2009a). Experimenteel en problematisch genotmiddelengebruik door jongeren in het Speciaal Onderwijs en de Residentiële Jeugdzorg (EXPLORE): resultaten meting oktober - december 2008. Trimbos-instituut: Utrecht.

Kepper, A., Veen, V., Monshouwer, K., Stevens, G., Drost, W., De Vroome, T. et al. (2009b). Middelengebruik bij jongens in Justitiële Jeugdinrichtingen: het gebruik van tabak, alcohol, cannabis en harddrugs bij jongens met en zonder PIJ-maatregel. Universiteit Utrecht: Utrecht.

Ketelaars, T., Croes, E. (2015). Effecten van accijns en prijs op het gebruik van tabaksproducten [fact sheet]. Trimbos-instituut: Utrecht.

Klijs, B., Mackenbach, J.P., Kunst, A.E. (2011). Obesity, smoking, alcohol consumption and years lived with disability: a Sullivan life table approach. BMC Public Health 11:378.

Klomp, A., den, H.B., de, B.K., Booij, J., Reneman, L. (2012). The effects of ecstasy (MDMA) on brain serotonin transporters are dependent on age-of-first exposure in recreational users and animals. PLoS ONE 7 (10): e47524.

Knispel, A., Hulsbosch, L., Van Hoof, F. (2015). Landelijke Monitor Intramurale GGZ: tweede meting - 2013. Trimbos-instituut: Utrecht.

Knoops, K., Moonen, L. (2015). Preventie en tegengaan van roken en overgewicht: een taak van de overheid? CBS: Den Haag/Heerlen.

Kollen, B.J., Van der Veen, W.J., Groenhof, F., Donker, G.A., Van der Meer, K. (2012). Discontinuation of reimbursement of benzodiazepines in the Netherlands: does it make a difference? BMC Family Practice 13 (111)

Koning, I.M. (2011). Prevention of alcohol use in early adolescents: A joint venture of schools and parents. Utrecht University: Utrecht.

Koning, R., Niesink, R. (2013). Nieuwe Psychoactieve Stoffen (NPS): niets nieuws onder de zon. Verslaving: tijdschrift over verslavingsproblematiek 9 (1): 47-59.

Korf, D.J., Benschop, A., Nabben, T., Wouters, M. (2014). De illegale gebruikersmarkt, In Coffeeshops, toeristen en lokale markt. Evaluatie van het Besloten club-en het Ingezetenencriterium voor coffeeshops: eindrapport.M. Van Ooyen-Houben, B Bieleman, and D J Korf, (eds.), pp. 133-186. WODC, Den Haag

Korf, D.J., Nabben, T., Benschop, A., Ribbink, K., Van Amsterdam, J.G. (2014). Risk factors of gamma-hydroxybutyrate overdosing. Eur Addict Res 20 (2): 66-74.

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 (2015). Monitor generalistische basis GGZ: periode: jan 2011 – dec 2014. KPMG: Amstelveen.

KPMG Bureau voor Economische Argumentatie (2001). Kosten en baten van alcoholzorg en -preventie: eindrapport. KPMG: Hoofddorp.

Kramers, P.G.N., Van den Berg, M., Van den Brink, C.L., Achterberg, P.W., Harbers, M.M., Van Oers, J.A.M. (2012). Monitoring van leefstijl in Nederland: een traject voor verbetering. RIVM: Bilthoven.

Kruize, A., Bieleman, B. (2013). Monitor daklоosheid en chronische verslavingsproblematiek Twente 2013: metingen 2007-2012. Intraval: Groningen.

Kruize, A., Bieleman, B. (2015). Onderzoek kopen tabak door jongeren: meting 2014. Intraval: Groningen-Rotterdam.

Kruize, P., Gruter, P. (2014). Drugsdelicten beschouwd: over aard & omvang van Opiumwetfeiten in 2012 geregistreerd bij politie en Koninklijke Marechaussee. WODC: Den Haag.

Kuepper, R., Van Winkel R., Henquet, C. (2013). Cannabis als risicofactor voor psychose: een update. Tijdschr Psychiatr 55 (11): 867-872.

Kuiken, A. (2010). Ghb bedreigt veiligheid in verkeer. Trouw (11 december 2010)

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.

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (2009). Richtlijn behandeling van tabaksverslaving: herziening 2009. Partnership Stop met Roken: Den Haag.

Lader, M. (2014). Benzodiazepine harm: how can it be reduced? Br J Clin Pharmacol 77 (2): 295-301.

Landelijk Bureau BIBOB (2015). Jaarverslag 2014. Landelijk Bureau Bibob: Den Haag.

Lansbergen, M.M., Dumont, G.J., van Gerven, J.M., Buitelaar, J.K., Verkes, R.J. (2011). Acute effects of MDMA (3,4-methylenedioxymethamphetamine) on EEG oscillations: alone and in combination with ethanol or THC (delta-9-tetrahydrocannabinol). Psychopharmacology (Berl) 213 (4): 745-756.

Lanting, C.I., Van Wouwe, J.P., Van Dommelen, P., Van der Pal-De Bruin, K.M., De Josselin de Jong, S., Kleinjan, M. et al. (2015). Roken tijdens de zwangerschap: percentages over de periode 2001-2015. TNO: Leiden.

Lauer, M.S., Sorlie, P. (2009). Alcohol, cardiovascular disease, and cancer: treat with caution. Journal of the National Cancer Institute 101 (5): 282-283.

Lee, S.S., Humphreys, K.L., Flory, K., Liu, R., Glass, K. (2011). Prospective association of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and substance use and abuse/dependence: a meta-analytic review. Clin Psychol Rev 31 (3): 328-341.

Legemaate, J., Ploem, M.C., Uit Beijerse, J., Mevis, P.A.M., Van der Wolf, M.J.F., Akerboom, C.P.M. et al. (2014). Thematische wetsevaluatie: Gedwongen zorg. ZonMw: Den Haag.

Lemmers, L., Van Hasselt, N. (2014). Alcohol en uitgaansgeweld: de stand van zaken. Trimbos-instituut: 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.

Lew, J.Q., Chow, W.H., Hollenbeck, A.R., Schatzkin, A., Park, Y. (2011). Alcohol consumption and risk of renal cell cancer: the NIH-AARP diet and health study. Br J Cancer 104 (3): 537-541.

Liebregts, N. (2015). Cannabis changes: understanding dynamics of use and dependence. UvA: Amsterdam.

Liebregts, N., Van der Pol, P., Van Laar, M., De Graaf, R., Van den Brink, W. (2013). The role of parents peers and partners in cannabis use and dependence trajectories among young adult frequent cannabis users. Contemporary Drug Problems In press

Liebregts, N., Van der Pol, P., van, L.M., de, G.R., Van den Brink, W., Korf, D.J. (2013a). The Role of Study and Work in Cannabis Use and Dependence Trajectories among Young Adult Frequent Cannabis Users. Front Psychiatry 4:85.

Liebregts, N., Van der Pol, P., van, L.M., de, G.R., Van den Brink, W., Korf, D.J. (2015). The role of leisure and delinquency in frequent cannabis use and dependence trajectories among young adults. Int J Drug Policy 26 (2): 143-152.

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.

Linckens, P., De Looff, J. (2015). Gevangeniswezen in getal: 2010-2014. DJI: Den Haag.

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.

Lucas, B.R., Latimer, J., Pinto, R.Z., Ferreira, M.L., Doney, R., Lau, M. et al. (2014). Gross motor deficits in children prenatally exposed to alcohol: a meta-analysis. Pediatrics 134 (1): e192-e209.

Maasland, D.H., Van den Brandt, P.A., Kremer, B., Goldbohm, R.A., Schouten, L.J. (2014). Alcohol consumption, cigarette smoking and the risk of subtypes of head-neck cancer: results from the Netherlands Cohort Study. BMC Cancer 14:187.

Malmberg, M., Overbeek, G., Monshouwer, K., Lammers, J., Vollebergh, W.A., Engels, R.C. (2010). Substance use risk profiles and associations with early substance use in adolescence. J Behav Med 33 (6): 474-485.

Manthey, L., Van 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.

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.

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.

Meier, M.H., Caspi, A., Ambler, A., Harrington, H., Houts, R., Keefe, R.S. et al. (2012). Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. Proc Natl Acad Sci U S A 109 (40): E2657-E2664.

Meijer, R.F., Grapendaal, M., Van Ooyen, M.M.J., Wartna, B.S.J., Brouwers, M., Essers, A.A.M. (2003). Geregistreerde drugcriminaliteit in cijfers: achtergrondstudie bij het Justitieonderdeel van de Nationale Drugmonitor; jaarbericht 2002. Boom Juridische uitgevers: Den Haag.

Mensinga, Tj., De Vries, I.K.M., Hunault, C.C., Van den Hengel-Koot, I.S., Fijen, J.W., Leenders, M.E.C. et al. (2006). Dubbel-blind, gerandomiseerd, placebogecontroleerd, 4-weg gekruist onderzoek naar de farmacokinetiek en effecten van cannabis. RIVM: Bilthoven.

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 Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) (2009). Factsheet vergoeding benzodiazepinen. VWS: Den Haag.

Mol, T., Wisselink, J., Kuijpers, W., Dijkstra, B. (2014). GHB: recidive op eenzame hoogte. Verslaving 10 (3): 69-79.

Monshouwer, K., Van Dorsselaer, S., Verdurmen, J., Ter Bogt, T., De Graaf, R., Vollebergh, W. (2006). Cannabis use and mental health in secondary school children: findings from a Dutch survey. British Journal of Psychiatry 188 (2): 148-153.

Monshouwer, K., Verdurmen, J., Van Dorsselaer, S., Smit, E., Gorter, A., Vollebergh, W. (2008). Jeugd en riskant gedrag 2007: kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek scholieren: roken, drinken, drugsgebruik en gokken onder scholieren vanaf tien jaar. Trimbos-instituut: Utrecht.

Moore, K., Dargan, P.I., Wood, D.M., Measham, F. (2013). Do novel psychoactive substances displace established club drugs, supplement them or act as drugs of initiation? The relationship between mephedrone, ecstasy and cocaine. Eur Addict Res 19 (5): 276-282.

Moore, T.H., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T.R., Jones, P.B., Burke, M. et al. (2007). Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. Lancet 370 (9584): 319-328.

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, J. (2015). Model Preventie- en Handhavingsplan voor de uitvoering van de Drank- en Horecawet: versie 3.0. Trimbos-instituut: Utrecht.

Mulder-Spijkerboer, H.N., Kan, A.A., Van Velzen, A.G., Van Riel, A.J.H.P., Meulenbelt, J., De Vries, I. (2015). Acute vergiftigingen bij mens en dier: NVIC jaaroverzicht 2014. 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. (2010). Antenne 2009: 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.

Nagelhout, G.E., Van den Putte, B., Allwright, S., Mons, U., McNeill, A., Guignard, R. et al. (2014). Socioeconomic and country variations in cross-border cigarette purchasing as tobacco tax avoidance strategy. Findings from the ITC Europe Surveys. Tob Control 23 Suppl 1:i30-i38.

Nederlands Forensisch Instituut (2012). Advies expertgroep "middelen en geweld". NFI: Den Haag.

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 (2015). Forensische zorg in strafrechtelijk kader 2014: weergave van de markt 2010-2013: marktscan en beleidsbrief. NZa: 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.

Nelemans, S.A., Hale, W.W., Raaijmakers, Q.A., Branje, S.J., van Lier, P.A., Meeus, W.H. (2015). Longitudinal associations between social anxiety symptoms and cannabis use throughout adolescence: the role of peer involvement. Eur Child Adolesc Psychiatry

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.

Niesink, R., Rigter, S., Hoek, J., Goldschmidt, H. (2007). THC-concentraties in wiet, nederwiet en hasj in Nederlandse coffeeshops (2006-2007). Trimbos-instituut: Utrecht.

Niesink, R., Van Laar, M. (2012). THC, CBD en gezondheidseffecten van wiet en hasj: recente inzichten. Trimbos-instituut: Utrecht.

Niesink, R.J., Van Laar, M.W. (2013). Does Cannabidiol Protect Against Adverse Psychological Effects of THC? Front Psychiatry 4:130.

Niesink, R.J.M., Brunt, T.M., Croes, E.A. (2015). Ecstasy: PMMA, MDMA en hooggedoseerde pillen. Verslaving: tijdschrift over verslavingsproblematiek 11 (2): 89-102.

Nijkamp, R., Mennes, R., Bieleman, B. (2014). Coffeeshopbezoek, In Coffeeshops, toeristen en lokale markt. Evaluatie van het Besloten club-en het Ingezetenencriterium voor coffeeshops: eindrapport. M. Van Ooyen-Houben, B Bieleman, and D J Korf, (eds.), pp. 97-130. WODC, Den Haag

NISPA (2013). GHB monitor: GHB detoxificatie met farmaceutische GHB. NISPA: Nijmegen.

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.

Nuijten, M., Blanken, P., Van den Brink, W., Hendriks, V. (2015). Modafinil in the treatment of crack-cocaine dependence in the Netherlands: Results of an open-label randomised controlled feasibility trial. J Psychopharmacol 29 (6): 678-687.

NVWA (2015). Factsheet Handhaving leeftijdsgrens Tabak 2014. 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.

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.

Oudejans, S., Spits, M. (2013). Investeren in verslavingspreventie: beschrijving van Nederlandse programma's voor jeugd en jongeren. Stichting Resultaten Scoren/Mark Bench: Amersfoort.

Oyesanmi, O., Snyder, D., Sullivan, N., Reston, J., Treadwell, J., Schoelles, K.M. (2010). Alcohol consumption and cancer risk: understanding possible causal mechanisms for breast and colorectal cancers. Evid Rep Technol Assess (Full.Rep) (197): 1-151.

Parrott, A.C. (2013). Human psychobiology of MDMA or 'Ecstasy': an overview of 25 years of empirical research. Hum Psychopharmacol 28 (4): 289-307.

Parry, C.D., Patra, J., Rehm, J. (2011). Alcohol consumption and non-communicable diseases: epidemiology and policy implications. Addiction 106 (10): 1718-1724.

Patel, M.M., Belson, M.G., Longwater, A.B., Olson, K.R., Miller, M.A. (2005). Methylenedioxymethamphetamine (ecstasy)-related hyperthermia. J Emerg Med 29 (4): 451-454.

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.

Pingault, J.B., Cote, S.M., Galera, C., Genolini, C., Falissard, B., Vitaro, F. et al. (2013). Childhood trajectories of inattention, hyperactivity and oppositional behaviors and prediction of substance abuse/dependence: a 15-year longitudinal population-based study. Mol Psychiatry 18 (7): 806-812.

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.

Polman, P.I., Visser, E.C.M. (2014). Verslavingszorg in beeld: alcohol en drugs. Zorginstituut Nederland: Den Haag.

Poortvliet, P., Vonkeman-Karaca, C. (2014). Voorstudie Alles is Gezondheid. Bosman en Vos: Rijswijk.

Power, R.A., Verweij, K.J., Zuhair, M., Montgomery, G.W., Henders, A.K., Heath, A.C. et al. (2014). Genetic predisposition to schizophrenia associated with increased use of cannabis. Mol Psychiatry

Prince van Leeuwen A., Creemers, H.E., Verhulst, F.C., Vollebergh, W.A., Ormel, J. 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.

Pröpper, I., Plaisier, J., Mol, M., Rouw, M. (2014). De maatregel 'Inrichting Stelselmatige Daders' voor jongvolwassen veelplegers: de uitvoeringspraktijk en lessen voor de toekomst. Partners+Pröpper/Impact: Vught/Amsterdam.

Radhakrishnan, R., Wilkinson, S.T., D'Souza, D.C. (2014). Gone to Pot - A Review of the Association between Cannabis and Psychosis. Front Psychiatry 5:54.

Ravera, S., Van Rein, N., De Gier, J.J., De Jong-Van den Berg, L.T.W. (2012). Road traffic accidents and psychotropic medication use in the Netherlands: a case-control study. British Journal of Clinical Pharmacology 72 (3): 505-513.

Rehm, J., Baliunas, D., Borges, G.L., Graham, K., Irving, H., Kehoe, T. et al. (2010). The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. Addiction 105 (5): 817-843.

Rehm, J., Shield, K.D. (2013). Global alcohol-attributable deaths from cancer, liver cirrhosis, and injury in 2010. Alcohol Res 35 (2): 174-183.

Ricaurte, G.A., DeLanney, L.E., Irwin, I., Langston, J.W. (1988). Toxic effects of MDMA on central serotonergic neurons in the primate: importance of route and frequency of drug administration. Brain Res 446 (1): 165-168.

Ridley, N.J., Draper, B., Withall, A. (2013). Alcohol-related dementia: an update of the evidence. Alzheimers Res Ther 5 (1): 3.

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. (2015). THC-concentraties in wiet, nederwiet en hasj in Nederlandse coffeeshops (2014-2015). Trimbos-instituut: Utrecht.

Rijksoverheid (2015). Jaarevaluatie campagnes Rijksoverheid 2014. Rijksoverheid: Den Haag.

Rijkswaterstaat (2014). Evaluatie alcoholslotprogramma: hoofdrapport (fase 3). Ministerie van Infrastructuur en Milieu/Rijkswaterstaat: Delft.

RIVM (2014). Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. RIVM: Bilthoven.

Rocchetti, M., Crescini, A., Borgwardt, S., Caverzasi, E., Politi, P., Atakan, Z. et al. (2013). Is cannabis neurotoxic for the healthy brain? A meta-analytical review of structural brain alterations in non-psychotic users. Psychiatry Clin.Neurosci. 67 (7): 483-492.

Rodenburg, G., Spijkerman, R., Van den Eijnden, R., Van de Mheen, D. (2007). Nationaal prevalentieonderzoek middelengebruik 2005. IVO: Rotterdam.

Roerecke, M., Rehm, J. (2010). Irregular heavy drinking occasions and risk of ischemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. Am J Epidemiol 171 (6): 633-644.

Roerecke, M., Rehm, J. (2014). Cause-specific mortality risk in alcohol use disorder treatment patients: a systematic review and meta-analysis. Int J Epidemiol 43 (3): 906-919.

Rogeberg, O. (2013). Correlations between cannabis use and IQ change in the Dunedin cohort are consistent with confounding from socioeconomic status. Proc Natl Acad Sci U S A 110 (11): 4251-4254.

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.

Roodbeen, R., Joe Lie, K., Schelleman-Offermans, K. (2014). Alcoholverkoop aan jongeren 2013: ontwikkeling in de landelijke naleving van de leeftijdsgrenzen. Nuchter Kenniscentrum Leeftijdsgrenzen: Nijmegen.

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.

Scheenstra, R.J., Van Buren, M., Koopman, J.P. (2007). Een patiënt met neusseptumdestructie door cocaïne en antistoffen tegen cytoplastische antigenen van neutrofiele granulocyten (ANCA); mogelijke verwarring met de ziekte van Wegener. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 151 (43): 2395-2399.

Schelleman-Offermans, K., Kuntsche, E., Knibbe, R.A. (2011). Associations between drinking motives and changes in adolescents' alcohol consumption: a full cross-lagged panel study. Addiction 106 (7): 1270-1278.

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. Universiteit van Amsterdam: Amsterdam.

Schrieks, I.C., Heil, A.L., Hendriks, H.F., Mukamal, K.J., Beulens, J.W. (2015). The effect of alcohol consumption on insulin sensitivity and glycemic status: a systematic review and meta-analysis of intervention studies. Diabetes Care 38 (4): 723-732.

Schrijvers, C.T.M., Schoemaker, C.G. (2008). Spelen met gezondheid: leefstijl en psychische gezondheid van de Nederlandse jeugd. RIVM: Bilthoven.

Schutze, M., Boeing, H., Pischon, T., Rehm, J., Kehoe, T., Gmel, G. et al. (2011). Alcohol attributable burden of incidence of cancer in eight European countries based on results from prospective cohort study. BMJ 342:d1584.

Shield, K.D., Parry, C., Rehm, J. (2013). Chronic diseases and conditions related to alcohol use. Alcohol Res 35 (2): 155-173.

Smerecnik, C., Grispen, J.E., Quaak, M. (2012). Effectiveness of testing for genetic susceptibility to smoking-related diseases on smoking cessation outcomes: a systematic review and meta-analysis. Tob Control 21 (3): 347-354.

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.

Snippe, J., Bieleman, B. (2014). Ervaringen omwonenden, In Coffeeshops, toeristen en lokale markt. Evaluatie van het Besloten club-en het Ingezetenencriterium voor coffeeshops: eindrapport.M. Van Ooyen-Houben, B Bieleman, and D J Korf, (eds.), pp. 81-96. WODC, Den Haag

Snippe, J., Hoogeveen, C., Bieleman, B. (2000). Monitor drugproblematiek justitie, definitiestudie en ontwikkeltraject. Intraval: Groningen.

Soeters, M., Verhoeks, G. (2015). Financiering van preventie: analyse van knelpunten en inventarisatie van nieuwe oplossingen. Zorgmarkt Advies: Wassenaar.

STAP (2010). Factsheet: De maatschappelijke kosten en schade van alcoholgebruik. STAP: Utrecht.

Staten-Generaal 33564 A-1.Eerste en Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2012-2013 nr.33564 A-1. (2013). Besluit, houdende wijziging van lijst I, behorende bij de Opiumwet, in verband met plaatsing op deze lijst van het middel 4-methylamfetamine (4-MA); Brief regering; Aanbieding ontwerpbesluit, houdende wijziging van lijst I, behorende bij de Opiumwet, in verband met plaatsing op deze lijst van het middel 4-methylamfetamine (4-MA). Sdu Uitgevers: Den Haag.

Staten-Generaal 33564-1.Eerste en Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2012-2013 nr.33564-1 (2013). Bijlage bij Kamerstuk 33564 nr. 1: Besluit en Nota van toelichting. Sdu Uitgevers: Den Haag.

Staten-Generaal-33593 A-Nr.1.Eerste en Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2012-2013 publicatienummer 33593 A-1 (2013). Besluit, houdende wijziging van lijst I, behorende bij de Opiumwet, in verband met plaatsing op deze lijst van hasjiesj en hennep met een gehalte aan tetrahydrocannabinol (THC) van 15 procent of meer. Sdu Uitgevers: Den Haag.

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 2013-380.Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden jaargang 2013 nr 380 (2013). Wet van 1 oktober 2013, houdende wijziging van de Drank- en Horecawet teneinde enkele leeftijdsgrenzen te verhogen van 16 naar 18 jaar en de preventie en handhaving te verankeren. Sdu Uitgevers: Den Haag.

Stb 2013-457.Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden jaargang 2013 nr 457 (2013). Besluit van 7 november 2013, houdende vaststelling van het tijdstip van inwerkingtreding van de Wet van 1 oktober 2013, houdende wijziging van de Drank- en Horecawet teneinde enkele leeftijdsgrenzen te verhogen van 16 naar 18 jaar en de preventie en handhaving te verankeren (Stb. 2013, 380). Sdu Uitgevers: Den Haag.

Stb 2013-473.Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden jaargang 2013 nr 473 (2013). Wet van 25 november 2013 tot wijziging van de Tabakswet ter verhoging van de minimumleeftijd van 16 jaar naar 18 jaar van personen aan wie tabaksproducten mogen worden verkocht (Verhoging minimumleeftijd verkoop tabaksproducten). Sdu Uitgevers: Den Haag.

Stb 2013-526.Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden jaargang 2013 nr 526 (2013). Besluit van 3 december 2013, houdende vaststelling van het tijdstip van inwerkingtreding van de Wet van 25 november 2013, houdende wijziging van de Tabakswet ter verhoging van de minimumleeftijd van 16 jaar naar 18 jaar van personen aan wie tabaksproducten mogen worden verkocht (Verhoging minimumleeftijd verkoop tabaksproducten) (Stb. 2013, 473). Sdu Uitgevers: Den Haag.

Stb 2014-15.Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden jaargang 2014 nr 15 (2014). Besluit van 6 januari 2014, houdende een wijziging van twee algemene maatregelen van bestuur onder de Drank- en Horecawet en van een algemene maatregel van bestuur onder de Tabakswet. Sdu Uitgevers: Den Haag.

Stb 2014-456.Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden jaargang 2014 nr.456 (2014). Tijdelijk warenwetbesluit elektronische sigaret. Rijksoverheid: Den Haag.

Stb 2015-237.Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden jaargang 2015, nr.2. (2015). Besluit van 4 juni 2015, houdende wijziging van lijst I, behorende bij de Opiumwet, in verband met plaatsing op deze lijst van de middelen 25I- NBOMe, 4,4'-DMAR, 5-IT, AH-7921, MDPV, methoxetamine en MT-45. Rijksoverheid: Den Haag.

Stb 2015-91.Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden jaargang 2015 nr.91 (2015). Wet van 11 februari 2015 tot wijziging van de Tabakswet (verhoging strafmaximum overtreding rookverbod en leeftijdsgrens verkoop tabaksproducten). Rijksoverheid: Den Haag.

Stb.2014-444.Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden jaargang 2014, nr.4. (2014). Wet van 12 november 2014 tot wijziging van de Opiumwet in verband met de strafbaarstelling van handelingen ter voorbereiding of vergemakkelijking van illegale hennepteelt. Rijksoverheid: 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 hennepteelt (Stb. 2014, 444). 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 2015-4953.Staatscourant van 6 maart 2015 nr.m 4953 (2015). Richtlijn voor strafvordering opiumwet, harddrugs. Rijksoverheid: Den Haag.

Stc 2015-4954.Staatscourant van 25 februari 2015 nr.4953 (2015). Richtlijn voor strafvordering Opiumwet, softdrugs. Rijksoverheid: Den Haag.

Stc 2015-5391.Staatscourant van 27 februari 2015 nr.5391 (2015). Aanwijzing Opiumwet [2015A003]. Rijksoverheid: Den Haag.

Stc 2015-8472.Staatscourant van 30 maart 2015 nr.8472 (2015). Richtlijn voor strafvordering rijden onder invloed van alcohol en/of drugs en rijden tijdens een rijverbod. Rijksoverheid: Den Haag.

Steketee, M., Jonkman, H., Berten, H., Vettenburg, N. (2013). Alcohol use among adolescents in Europe. Environmental Research and Preventive Actions. Verwey Jonker instituut: Utrecht.

Stephenson, G., Richardson, A. (2014). New Psychoactive Substances in England: a review of the evidence. Home Office: London.

Stichting Alcohol Research (SAR) (2010). Gezondheidseffecten van matige alcoholconsumptie: resultaten van 30 jaar wetenschappelijk onderzoek. SAR: Den Haag.

Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) (2012). Data en feiten 2012: het jaar 2011 in cijfers. SFK: Den Haag.

Stichting Mainline (2008). Cocaïneinfo.nl. Stichting Mainline: Amsterdam.

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) (2015). Alcoholslot: SWOV Factsheet. SWOV: Den Haag.

Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid (SWOV) (2011). SWOV-Factsheet: rijden onder invloed van drugs en geneesmiddelen. SWOV: Leidschendam.

Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid (SWOV) (2015). Alcoholslot: SWOV Factsheet. SWOV: Den Haag.

Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling GGZ (2011). Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen (tweede revisie): versie 1.0. Trimbos-instituut: Utrecht.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2014). Results from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings. SAMSHA: Rockville, MD.

T.K. Aanhangsel-1060.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2014-2015 Aanhangsel van de Handelingen nr.1060 (2015). Antwoord op vragen van het lid Berndsen-Jansen over het verwijt van de burgemeester van Maastricht dat er onvoldoende steun uit Den Haag komt in de strijd tegen criminaliteit. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K. Aanhangsel-1267.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2013-2014 Aanhangsel van de Handelingen nr.1267 (2014). Antwoord op vragen van de leden Jacobi en Rebel over handhaving dumping drugsafval in de natuur. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K. Aanhangsel-2300.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2014-2015 Aanhangsel van de Handelingen nr.2300 (2015). Antwoord op vragen van het lid Oskam over het bericht 'Willekeur aanpak growshops'. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K. Aanhangsel-343.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2014-2015 Aanhangsel van de Handelingen nr.343 (2014). Antwoord op vragen van de leden Smaling en Kooiman naar aanleiding van het bericht in de Gelderlander dat de gemeente Neder-Betuwe dumping van drugsafval hard gaat aanpakken. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K. Aanhangsel-540.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2014-2015 Aanhangsel van de Handelingen nr.540 (2014). Antwoord op vragen van het lid Rebel over het verhalen van de kosten van het opruimen van drugsafval op de daders. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K. Handelingen 2014-2015, 15-39. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2014-2015 vergadernummer 15-39,16 oktober 2014. (2014). Stemmingen moties Coffeeshopbeleid. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K. Handelingen 2014-2015, 58-3. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2014-2015 vergadernummer 58-3,3 maart 2015. (2015). Vragenuur: Vragen van het lid Van Toorenburg aan de minister van Veiligheid en Justitie over het bericht "Justitie gaat hennepteelt harder aanpakken". Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K. Handelingen 2014-2015, 84-9. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2014-2015 vergadernummer 84-9,19 mei 2015. (2015). Stemming motie Georganiseerde criminaliteit. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.24077-315.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2013-2014 publicatienummer 24077 nr.315 (2014). Drugbeleid; Brief regering; Manifest Joint Regulation. Sdu Uitgevers: Den Haag.

T.K.24077-316.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2012-2013 publicatienummer 24077 nr.316 (2014). Drugbeleid; Brief regering; Toezeggingen Algmeen Overleg coffeeshopbeleid en aanbieding rapport 'Internationaal recht en cannabis'. Sdu Uitgevers: Den Haag.

T.K.24077-321.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2013-2014 publicatienummer 24077 nr 321 (2014). Drugbeleid; Brief regering; Toezeggingen ter zake het Algemeen Overleg Coffeeshopbeleid over de aanpak van hennepteelt. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.24077-331.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2014-2015 publicatienummer 24077 nr.331 (2014). Drugbeleid; Motie; Motie van het lid Helder c.s. over zorgen dat gemeenten die coffeeshops binnen hun grondgebied hebben het ingezetenencriterium in hun beleid opnemen. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.24077-336.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2014-2015 publicatienummer 24077 nr.336 (2014). Drugbeleid; Verslag van een algemeen overleg; Verslag van een algemeen overleg, gehouden op 16 oktober 2014, over Coffeeshopbeleid (tweede termijn). Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.24077-339.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2014-2015 publicatienummer 24077 nr.339 (2014). Drugbeleid; Brief regering; Aanbieding rapport `De export van in Nederland geteelde cannabis`. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.24077-343.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2014-2015 publicatienummer 24077 nr.343 (2015). Drugbeleid; Brief regering; Uitgaansdrugs, GHB en preventie in de coffeeshop. Tweede Kamer der Staten-Generaal: 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.24077-346.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2014-2015 publicatienummer 24077 nr.346 (2015). Drugbeleid; Brief regering; Uitvoering van de motie van het lid Oskam over gereguleerde wietteelt. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.24077-347.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2014-2015 publicatienummer 24077 nr.347 (2015). Drugbeleid; Motie; Motie van de leden Oskam en Segers over de inzet van Kroonvernietiging bij onwettige besluiten van gemeenten. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.24077-350.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2014-2015 publicatienummer 24077 nr.350 (2015). Drugbeleid; Motie; Motie van de leden Kooiman en Berndsen-Jansen over in gesprek gaan met onder meer Haarlem en Amsterdam over regulering van "de achterdeur". Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.24077-352.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2014-2015 publicatienummer 24077 nr.352, G (2015). Drugbeleid; Motie; Motie van de leden Rebel en Berndsen-Jansen over de vraag in hoeverre de overheid verantwoordelijk is voor de productkwaliteit van cannabis. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.24077-353.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2014-2015 publicatienummer 24077 nr.353 (2015). Drugbeleid; Motie; Motie van de leden Rebel en Kooiman over een initiatief in Zwijndrecht om de verkoop van cannabis beter te reguleren. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.24077-355.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2014-2015 publicatienummer 24077 nr.355 (2015). Drugsbeleid; Brief regering; Coffeeshopbeleid. 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.27565-131.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2014-2015 publicatienummer 27565 nr.131 (2014). Alcoholbeleid; Verslag van een algemeen overleg; Verslag van een algemeen overleg, gehouden op 9 oktober 2014, over Alcoholbeleid. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.27565-133.Twede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2014-2015 publicatienummer 27565 nr.133 (2015). Alcoholbeleid; Brief regering; Aanbieding uitkomsten onderzoek preventie- en handhavingsplannen DHW 2015. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.27565-135.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2014-2015 publicatienummer 27565 nr.135 (2015). Alcoholbeleid; Brief regering; Voortgangsbrief alcoholbeleid en nalevingscijfers leeftijdsgrens alcohol en tabak. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.29350-10: Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2010-2011 publicatienummer 29350 nr.10 (2011). ICT bij politie: rapport 2010. Sdu Uitgevers: Den Haag.

T.K.29398-459.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2014-2015 publicatienummer 29398 nr.459 (2015). Maatregelen verkeersveiligheid; Brief regering; Reactie op verzoek van het lid Van Helvert, gedaan tijdens de regeling van werkzaamheden d.d. 4 maart 2015, over de uitspraak van de Hoge Raad inzake het alcoholslot. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.29477-314.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2014-2015 publicatienummer 29477 nr.314 (2015). Geneesmiddelenbeleid; Brief regering; Reactie op motie van het lid Leijten over een meldpunt vervalste geneesmiddelen. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.29911-104.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2014-2015 publicatienummer 29911 nr.104 (2015). Bestrijding georganiseerde criminaliteit; Motie; Motie van het lid Oskam over gemeenten geen ruimte bieden voor gereguleerde wietteelt. 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.29911-93.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2014-2015 publicatienummer 29911 nr.93 (2014). Bestrijding georganiseerde criminaliteit; Brief regering; Intensivering aanpak ondermijnende en georganiseerde criminaliteit Zuid-Nederland. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.29911-97.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2014-2015 publicatienummer 29911 nr.97 (2014). Bestrijding georganiseerde criminaliteit; Verslag van een algemeen overleg; Verslag van een algemeen overleg, gehouden op 30 oktober 2014, over georganiseerde criminaliteit. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.29911-99.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2014-2015 publicatienummer 29911 nr.99 (2015). Bestrijding georganiseerde criminaliteit; Verslag van een algemeen overleg; Verslag van een algemeen overleg, gehouden op 12 februari 2015, over georganiseerde criminaliteit. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.31110-15.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2013-2014 publicatienummer 311110 nr.15 (2014). Justitieel Verslavingsbeleid; Brief regering; Aanpak veelplegers en aanbieding factsheets "Veelplegersmonitor 2013" en "Veelplegers specialisten of niet". Sdu Uitgevers: Den Haag.

T.K.31110-16.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2014-2015 publicatienummer 31110 nr.16 (2014). Justitieel Verslavingsbeleid; Brief regering; Aanbieding onderzoeksrapporten over de maatregel Inrichting Stelselmatige Daders. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.31110-17.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2014-2015 publicatienummer 31110 nr.17 (2014). Justitieel Verslavingsbeleid; Brief regering; Eindrapportage onderzoek verkenning uitvoeringspraktijk. Tweede Kamer der Staten-Generaal: 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.32011-34.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2014-2015 publicatienummer 32011 nr.34 (2015). Tabaksbeleid; Brief regering; Tabaksontmoediging. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.32398-3.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2009-2010 publicatienummer 32398 nr.3 (2010). Vaststelling van een Wet forensische zorg en daarmee verband houdende wijzigingen in diverse andere wetten (Wet forensische zorg); Memorie van toelichting. Sdu Uitgevers: Den Haag.

T.K.32793-169.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2014-2015 publicatienumer 32793 nr.169 (2015). Preventief gezondheidsbeleid; Brief regering; Beleidsreactie op het onderzoek van de NVWA en de RIVM naar de e-sigaret. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.32793-172.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2014-2015 publicatienummer 32793 nr.172 (2015). Preventief gezondheidsbeleid; Brief regering; Verslag van de tweede conferentie Alles is gezondheid op 4 februari 2015 te Oegstgeest. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.32859-16.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2014-2015 publicatienummer 32859 nr.16 (2014). Wijziging van de Wegenverkeerswet 1994 in verband met het verbeteren van de aanpak van het rijden onder invloed van drugs; Brief regering; Aanbieding rapport "Analytische grenswaarden voor drugs" bij het wetsvoorstel houdende wijziging van de Wegenverkeerswet 1994 in verband met het verbeteren van de aanpak van het rijden onder invloed van drugs. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.32859-17.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2014-2015 publicatienummer 32859 nr.17 (2015). Wijziging van de Wegenverkeerswet 1994 in verband met het verbeteren van de aanpak van het rijden onder invloed van drugs; Brief regering; Wet die het testen op drugs in het verkeer beter mogelijk moet maken. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.33791-3.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2013-2014 publicatienummer 33791 nr.3 (2013). Verduidelijking van de rookverboden in de Tabakswet, met inbegrip van een algemeen rookverbod in de horeca; Memorie van toelichting; Memorie van toelichting. Sdu Uitgevers: Den Haag.

T.K.33791-5.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2013-2014 publicatienummer 33799 nr.5 (2014). Verduidelijking van de rookverboden in de Tabakswet, met inbegrip van een algemeen rookverbod in de horeca; Nota n.a.v. het (nader, tweede nader, enz.) verslag; Nota naar aanleiding van het verslag. Sdu Uitgevers: Den Haag.

T.K.33799-1.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2013-2014 publicatienummer 33799 nr.1 (2013). Wijziging van het Wetboek van Strafvordering in verband met het terugdringen van geweld onder invloed van middelen; Koninklijke boodschap. Sdu Uitgevers: Den Haag.

T.K.33799-2.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2013-2014 publicatienummer 33799 nr.2 (2013). Wijziging van het Wetboek van Strafvordering in verband met het terugdringen van geweld onder invloed van middelen; Voorstel van wet; Voorstel van wet. Sdu Uitgevers: Den Haag.

T.K.33799-3.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2013-2014 publicatienummer 33799 nr.3 (2014). Wijziging van het Wetboek van Strafvordering in verband met het terugdringen van geweld onder invloed van middelen; Memorie van toelichting; Memorie van toelichting. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.33799-4.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2013-2014 publicatienummer 33799 nr.4 (2013). Wijziging van het Wetboek van Strafvordering in verband met het terugdringen van geweld onder invloed van middelen; Advies Afdeling advisering Raad van State en Nader rapport; Advies Afdeling advisering Raad van State en Nader rapport https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-33799-4.pdf. Sdu Uitgevers: Den Haag.

T.K.33799-5.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2013-2014 publicatienummer 33799 nr.5 (2013). Wijziging van het Wetboek van Strafvordering in verband met het terugdringen van geweld onder invloed van middelen; Verslag (nader, tweede nader etc.); Verslag. Sdu Uitgevers: Den Haag.

T.K.33799-6 herdruk.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2014-2015 publicatienummer 33799 nr.6 herdruk (2015). Wijziging van het Wetboek van Strafvordering in verband met het terugdringen van geweld onder invloed van middelen, Nota naar aanleiding van het verslag. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.33799-7.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2014-2015 publicatienummer 33799 nr.7 (2015). Wijziging van het Wetboek van Strafvordering in verband met de introductie van de bevoegdheid tot het bevelen van een middelenonderzoek bij geweldplegers en enige daarmee samenhangende wijzigingen van de Wegenverkeerswet 1994. 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 Berndsen-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 Berndsen-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 Berndsen-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.Aanhangsel-1635.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2014-2015 Aanhangsel van de Handelingen nr.1635 (2015). Antwoord op vragen van het lid Bergkamp over VGP bericht: 'Chemopatiënten kweken stiekem cannabis'. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.Aanhangsel-2627.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2014-2015 Aanhangsel van de Handelingen nr.2627 (2015). Antwoord op vragen van de leden Smaling en Kooiman over het bericht dat drugsafval het riool overspoelt. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.Aanhangsel-2941.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2013-2014 Aanhangsel van de Handelingen nr.2941 (2014). Antwoord op vragen van de leden Oskam en Van Toorenburg over het bericht 'Nu al even veel drugsafval gedumpt als in heel 2013'. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.Aanhangsel-343.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2014-2015 Aanhangsel van de Handelingen nr.343 (2014). Antwoord op vragen van de leden Smaling en Kooiman naar aanleiding van het bericht in de Gelderlander dat de gemeente Neder-Betuwe dumping van drugsafval hard gaat aanpakken. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

Tang, Y.L., Kranzler, H.R., Gelernter, J., Farrer, L.A., Pearson, D., Cubells, J.F. (2009). Transient Cocaine-Associated Behavioral Symptoms Rated with a New Instrument, the Scale for Assessment of Positive Symptoms for Cocaine-Induced Psychosis (SAPS-CIP). American Journal on Addictions 18:339-345.

Tannenbaum, C., Martin, P., Tamblyn, R., Benedetti, A., Ahmed, S. (2014). Reduction of Inappropriate Benzodiazepine Prescriptions Among Older Adults Through Direct Patient Education: The EMPOWER Cluster Randomized Trial. JAMA Intern Med 174 (6): 890-898.

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.

Ter Bogt, T., Van Lieshout, M., Doornwaard, S., Eijkemans, Y. (2009). Middelengebruik en voortijdig schoolverlaten: twee onderzoeken naar de actuele en gepercipieerde rol van alcohol en cannabis in relatie tot spijbelen, schoolprestaties, motivatie en uitval. Trimbos-instituut: Utrecht.

Ter Bogt, T.F., De Looze, M., Molcho, M., Godeau, E., Hublet, A., Kokkevi, A. et al. (2014). Do societal wealth, family affluence and gender account for trends in adolescent cannabis use? A 30 country cross-national study. Addiction 109 (2): 273-283.

Ter Weijde, W., Croes, E., Verdurmen, J., Monshouwer, K. (2015). Factsheet meeroken. Trimbos-instituut: Utrecht.

Theunissen, M.J., Jansen, M., Van Gestel, A. (2011). Are mental health and binge drinking associated in Dutch adolescents? Cross-sectional public health study. BMC Res Notes 4:100.

Thomas, G., Kloner, R.A., Rezkalla, S. (2014). Adverse cardiovascular, cerebrovascular, and peripheral vascular effects of marijuana inhalation: what cardiologists need to know. Am J Cardiol 113 (1): 187-190.

Tollenaar, N., Van der Laan, A.M. (2013). Monitor veelplegers 2013: trends in de populatie zeer actieve veelplegers uit de periode 2003-2011. WODC: Den Haag.

Tollenaar, N., Van der Laan, A.M., Beijersbergen, K.A. (2014). Korte- en langetermijneffecten van de ISD-maatregel. WODC: Den Haag.

Tuithof, M. (2015). Drinking Distilled: onset, course and treatment of alcohol use disorders in the general population. Universiteit van Amsterdam: Amsterdam.

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. (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.

U.S.Department of Health and Human Services (DHHS) (2015). The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General.: Atlanta USDHHS.

UNODC (2013). The challenge of new psychoactive substances: a Report from the Global SMART Programme. UNODC: Vienna.

Van Amsterdam, J., Nutt, D., Phillips, L., Van den Brink, W. (2015). European rating of drug harms. J Psychopharmacol 29 (6): 655-660.

Van Amsterdam, J., Opperhuizen, A., Koeter, M., Van den Brink, W. (2010). Ranking the harm of alcohol, tobacco and illicit drugs for the individual and the population. Eur Addict Res 16 (4): 202-207.

Van Amsterdam, J., Van den Kieboom, M., Cremers, H., De Rooij, B., Opperhuizen, A. (2012). Determination of pesticides in hemp plants. RIVM: Bilthoven.

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 Amsterdam, J.G.C., Van Marle, J., Van Dijk, P., Niesink, R., Opperhuizen, A. (2007). Electronenmicroscopisch onderzoek van vervuilde wietmonsters. RIVM: Bilthoven.

Van den Eijnden, R., Mheen, D., Vet, R., Vermulst, A. (2011). Alcohol-specific parenting and adolescents' alcohol-related problems: the interacting role of alcohol availability at home and parental rules. J Stud Alcohol Drugs 72 (3): 408-417.

Van der 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. (2015). Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS): jaarbericht 2014. Trimbos-instituut: Utrecht.

Van der Knaap, N., Grady, B.P., Schim van der Loeff, M.F., Heijman, T., Speksnijder, A., Geskus, R. et al. (2013). Drug users in Amsterdam: are they still at risk for HIV? PLoS ONE 8 (3): e59125.

Van der Laak, L. (2012). Dement door benzodiazepines? Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 156 (43): C1509.

Van der Laan, J., Van Straaten, B., Boersma, S., Schrijvers, C., Van de Mheen, D., Wolf, J. (2013). Daklozenprofielen in de vier grote steden en veranderingen in wonen, kwaliteit van leven en hulpbehoeften: Resultaten uit de tweede meting van Coda-G4. IVO-UMC St Radboud: Rotterdam-Nijmegen.

Van der Lely, N., Van Hoof, J.J., Franken, F., Van Dalen, W. (2015). Factsheet alcoholintoxicaties 2007 tot en met 2014. Reinier de Graaf Gasthuis/Universiteit Twente/STAP/NSCK: 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. Trimbos-instituut/Bonger Instituut: Utrecht/Amsterdam.

Van der Pol, P., Liebregts, N., Brunt, T., Van Amsterdam, J., de, G.R., Korf, D.J. et al. (2014). Cross-sectional and prospective relation of cannabis potency, dosing and smoking behaviour with cannabis dependence: an ecological study. Addiction 109 (7): 1101-1109.

Van der Pol, P., Liebregts, N., De Graaf, R., Ten Have, M., Korf, D.J., Van den Brink, W. et al. (2013a). Mental health differences between frequent cannabis users with and without cannabis dependence and the general population. Addiction 108 (8): 1459-1469.

Van der Pol, P., Liebregts, N., de, G.R., Korf, D.J., Van den Brink, W., Van Laar, M. (2013b). Predicting the transition from frequent cannabis use to cannabis dependence: A three-year prospective study. Drug Alcohol Depend 133 (2): 352-359.

Van der Pol, P., Liebregts, N., de, G.R., Korf, D.J., Van den Brink, W., Van Laar, M. (2013c). Facilitators and barriers in treatment seeking for cannabis dependence. Drug Alcohol Depend 133 (2): 776-780.

Van der Pol, P., Van Laar, M. (2015). Kerncijfers drugsgebruik 2014. Trimbos-instituut: Utrecht.

Van der Torre, E.J., Schaap, L., Gieling, M., Tops, P.W. (2015). Softdrugsbeleid in Maastricht: de tweede tussenbalans. Politieacademie: Apeldoorn.

Van der Vorst, H., Engels, R.C., Burk, W.J. (2010). Do parents and best friends influence the normative increase in adolescents' alcohol use at home and outside the home? J Stud Alcohol Drugs 71 (1): 105-114.

Van Dijk, 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 Dorsselaer, S., De Looze, M., Vermeulen-Smit, E., De Roos, S., Verdurmen, J., Ter Bogt, T. et al. (2010). HBSC 2009: gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland. Trimbos-instituut: Utrecht.

Van Egmond, P., Nauta, O. (2014). Uitgaansgeweld: een landelijke definitie. DSP groep: Amsterdam.

Van Gastel, W.A., Tempelaar, W., Bun, C., Schubart, C.D., Kahn, R.S., Plevier, C. et al. (2013). Cannabis use as an indicator of risk for mental health problems in adolescents: a population-based study at secondary schools. Psychological Medicine 43 (9): 1849-1856.

Van Gastel, W.A., Vreeker, A., Schubart, C.D., MacCabe, J.H., Kahn, R.S., Boks, M.P. (2014). Change in cannabis use in the general population: a longitudinal study on the impact on psychotic experiences. Schizophr Res 157 (1-3): 266-270.

Van Geffen, K., Van Boheemen, C., Van Dijk, L., Van Hulten, R., Bouvy, M. (2009). Slechts 1 op 10 stopt na benzomaatregel: afschaffing vergoeding heeft beperkt effect. Pharmaceutisch Weekblad 144 (49): 28-31.

Van Hoof, J.J., Gosselt, J.F., De Jong, M.D.T. (2015a). Alcohol nog steeds volop beschikbaar voor minderjarigen in de supermarkt. Universiteit Twente: Enschede.

Van Hoof, J.J., Gosselt, J.F., De Jong, M.D.T. (2015b). Werking en effectiviteit van ID-scanners bij handhaving leeftijdsgrens bij verkoop van leeftijdsgebonden producten. Univeristeit Twente: Enschede.

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 Laar, M., Frijns, T., Trautmann, F., Lombi, L. (2013). Sizing the cannabis market: a demand-side and user-specific approach in seven European countries. Curr Drug Abuse Rev 6 (2): 152-164.

Van Laar, M., Van der Pol, P., Niesink, R. (2015). Grenzen aan gedogen: uitgangspunten 15% THC-maatregel nader beschouwd. Verslaving 11 (1): 44-56.

Van Laar, M., Van Dorsselaer, S., Monshouwer, K., De Graaf, R. (2007). Cannabisgebruikers kampen vaak met psychische stoornissen. Verslaving: tijdschrift over verslavingsproblematiek 3 (2): 3-14.

Van Laar, M.W., Cruts, A.A.N., Van Ooyen-Houben, M.M.J., Meijer, R.F., Croes, E.A., Ketelaars, A.P.M. (2012). Nationale Drug Monitor: jaarbericht 2011. Trimbos-instituut: Utrecht.

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. (2014). Nationale Drug Monitor: jaarbericht 2013/2014. Trimbos-instituut/WODC: Utrecht/Den Haag.

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., Van Dongen, L.C., Zitman, F.G., Vergouwen, T.A. (2009). Gamma-hydroxybutyrate withdrawal syndrome: dangerous but not well-known. Gen Hosp Psychiatry 31 (4): 394-396.

Van Oeffelen, A.A.M., Van Aar, F., Van den Broek, I.V.F., Op de Coul, E.L.M., Woestenberg, P.J., Heijne, J.C.M. et al. (2015). Sexually transmitted infections, including HIV, in the Netherlands in 2014. RIVM: Bilthoven.

Van Ooyen-Houben, M., Bieleman, B., Korf, D.J. (2014). Coffeeshops, toeristen en lokale markt: evaluatie van het Besloten club- en het Ingezetenencriterium voor coffeeshops: eindrapport. WODC: Den Haag.

Van Ooyen-Houben, M., Van der Giessen, M. (2014). De implementatie van het Ingezetenencriterium volgens de betrokken actoren, In Coffeeshops, toeristen en lokale markt: evaluatie van het Besloten club- en het Ingezetenencriterium voor coffeeshops: eindrapport. M. Van Ooyen-Houben, B Bieleman, and D J Korf, (eds.), pp. 49-78. WODC, Den Haag

Van Rijn, A.J. (2014). LFO: Voortgangsrapportage 1-1-2013 tm 30-6-2014. Politie: Amsterdam.

Van Rooij, A.J., Schoenmakers, T.M., Van de Mheen, D. (2011). Nationaal Prevalentie Onderzoek Middelengebruik 2009: kerncijfers 2009. IVO: Rotterdam.

Van Rooijen, S., Croes, E., Van Wamel, A., Van Vught, M. (2014). Prevalentie, zorgaanbod, effectiviteit en trends in de verslavingszorg: achtergrondstudie in opdracht van het College voor Zorgverzekeringen. Trimbos-instituut: Utrecht.

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 Zutphen, F., Goderie, M., Janssen, J. (2014). De maatregel Inrichting Stelselmatige Daders (ISD): maatschappelijke kosten-batenanalyse van een eventuele verlenging: eindrapport. Van Zutphen Economisch Advies: Rotterdam.

Van Zutphen, F., Goderie, M., Janssen, J. (2014). De maatregel Inrichting Stelselmatige Daders (ISD): maatschappelijke kosten-batenanalyse van een eventuele verlenging: eindrapport. Van Zutphen Economisch Advies: Rotterdam.

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., Liefting-Kluft, I. (2010). Levensbedreigende onthoudingsverschijnselen door gammahydroxyboterzuur. Tijdschr Psychiatr 52 (6): 411-416.

VeiligheidNL (2014). Alcoholvergiftigingen en ongevallen met alcohol: ongevalscijfers. VeiligheidNL: Amsterdam.

Venhuis, B., De Hon, O., Puiman, J. (2014). Meer schade door internetpillen: melden moet. Medisch Contact (18-19): 946-948.

Verbiest, M.E., Crone, M.R., Scharloo, M., Chavannes, N.H., Van der Meer, V., Kaptein, A.A. et al. (2014). One-hour training for general practitioners in reducing the implementation gap of smoking cessation care: a cluster-randomized controlled trial. Nicotine Tob Res 16 (1): 1-10.

Verdurmen, J., Monshouwer, K., Van Dorsselaer, S., Ter Bogt, T., Vollebergh, W. (2005). Alcohol use and mental health in adolescents: Interactions with age and gender-findings from the Dutch 2001 Health Behaviour in School-Aged Children survey. Journal of Studies on Alcohol 66 (5): 605-609.

Verdurmen, J., Monshouwer, K., Van Dorsselaer, S., 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., Monshouwer, K., Van Dorsselaer, S., Vollebergh, W. (2005). Cannabisgebruik onder adolescenten: gebruikspatronen, achtergrondfactoren en psychosociale problemen. Trimbos-instituut: Utrecht.

Verdurmen, J., Monshouwer, K., Van Laar, M. (2014). Roken Jeugd Monitor 2013. Trimbos-instituut: Utrecht.

Verdurmen, J., Monshouwer, K., Van Laar, M. (2015). Factsheet Continu Onderzoek Rookgewoonten 2014. Trimbos-instituut: Utrecht.

Verdurmen, J., Vermeulen-Smit, E., Van Dorsselaer, S., Monshouwer, K., Schulten, I. (2012). Ouders over opvoeding ten aanzien van roken, alcohol, cannabis en internet 2011: kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek Ouders. 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.

Verweij, K.J., Huizink, A.C., Agrawal, A., Martin, N.G., Lynskey, M.T. (2013). Is the relationship between early-onset cannabis use and educational attainment causal or due to common liability? Drug Alcohol Depend 133 (2): 580-586.

Visser, W., Geraets, L., Klerx, W., Hernandez, L., Croes, E., Schwillens, P. et al. (2015). De gezondheidsrisico's van het gebruik van e-sigaretten. RIVM: Bilthoven.

Voorham, L., Buitenhuis, S. (2012). GHB-gebruik(ers) in beeld: een typering van de GHB-gebruiker en hun bereikbaarheid. Trimbos-instituut: Utrecht.

Vriend, H.J., Van Veen, M.G., Prins, M., Urbanus, A.T., Boot, H.J., Op de Coul, E.L. (2013). Hepatitis C virus prevalence in The Netherlands: migrants account for most infections. Epidemiol Infect 141 (6): 1310-1317.

Wartna, B.S.J., Blom, M., Tollenaar, N. (2011). De WODC-Recidivemonitor: 4e, herziene versie. WODC: Den Haag.

Weenink, D. (2011). Delinquent behavior of Dutch rural adolescents. J Youth Adolesc 40 (9): 1132-1146.

WHO Expert Committee on Drug Dependence (2014). Gamma-butyrolactone (GBL): 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.

Wiers, R. (2014). Wel bewijs voor effecten alcohol op puberhersenen. De Volkskrant 6 december 2014

Wisselink, D.J., Kuijpers, W.G.T., Mol, A. (2015). Kerncijfers Verslavingszorg 2014: Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS). SIVZ: Houten.

Wisselink, D.J., Mol, A. (2013). GHB hulpvraag in Nederland: Belangrijkste ontwikkelingen van de hulpvraag voor GHB problematiek in de verslavingszorg 2007-2012. Stichting Informatie Voorziening Zorg (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) (2015). WHO report on the global tobacco epidemic 2015: raising taxes on tobacco. WHO: Geneva.

Zvosec, D.L., Smith, S.W., Porrata, T., Strobl, A.Q., Dyer, J.E. (2011). Case series of 226 gamma-hydroxybutyrate-associated deaths: lethal toxicity and trauma. Am J Emerg Med 29 (3): 319-332.