Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum
Ministerie van Veiligheid en Justitie

Trimbos instituut

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Nationale Drug Monitor

Jaarbericht 2016

2016

Nationale Drug Monitor

Voorwoord

Steeds minder scholieren drinken alcohol. Deze neerwaartse trend is al een paar jaar gaande, vooral onder de leerlingen in de laagste klassen van het voortgezet onderwijs. Daar komt nu voor het eerst een daling onder de 15- en 16-jarigen bij. Ook het aantal bingedrinkers, die per gelegenheid 5 of meer glazen alcohol drinken, gaat omlaag. Onder studenten van het MBO en HBO (16-18 jaar) wordt echter fors gedronken: veertien procent van de drinkende studenten nuttigt in het weekend meer dan 20 glazen alcohol.

Bij scholieren in het voortgezet onderwijs zet ook de dalende trend in roken verder door. Misschien draagt dit er ook aan bij dat de scholieren van 2015 minder dan die van 2011 ooit weleens cannabis hebben gebruikt. Dat is een gunstige ontwikkeling. Toch valt er nog wel winst te behalen. Ook al heeft 'slechts' krap vijf procent in de afgelopen maand cannabis gebruikt, bijna de helft hiervan blowt weleens onder schooltijd. Dat is op z'n zachtst gezegd niet goed voor hun schoolprestaties, want cannabisgebruik heeft negatieve effecten op de concentratie en het geheugen.

Met de beschikbare cijfers kunnen voor de meeste harddrugs geen trends in gebruik door de volwassen bevolking vastgesteld worden. Dat komt doordat de onderzoeksmethode een aantal keer is gewijzigd. Er zijn wel aanwijzingen dat onder volwassenen het aantal ecstasygebruikers is toegenomen en ook ligt het percentage ecstasygebruikers in het afgelopen jaar in Nederland ruimschoots boven het EU-gemiddelde.

Een duidelijk stijging is er ook in het gebruik van het nieuwe middel 4-FA. Onder uitgaande jongvolwassenen is het gebruik hiervan binnen een paar jaar in rap tempo toegenomen en is 4-FA nu met stip de meest populaire nieuwe psychoactieve stof (NPS). Gebruikers beschouwen deze drug nogal eens als een mildere variant van ecstasy ('ecstasy light'). Het onschuldige imago staat in schril contrast met de toename van gezondheidsincidenten na gebruik van 4-FA, waaronder ook zeer ernstige gevallen. Dat is een zorgwekkende ontwikkeling, die vraagt om goede voorlichting en preventie. Om deze snel en adequaat op poten te zetten is op korte termijn nader onderzoek nodig naar gebruikers, hun gebruiksmotieven en de gevaren van 4-FA.

Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum
Ministerie van Veiligheid en Justitie

Trimbos instituut
Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Over het geheel genomen is het aantal cliënten bij de verslavingszorg in de afgelopen jaren stabiel gebleven en voor sommige middelen zelfs omlaaggegaan. Alleen voor ecstasy en GHB lijkt er een lichte stijging te zijn, maar dat zijn middelen waaraan maar een heel klein deel van alle hulpvragers verslaafd is (samen ongeveer één procent). Bijna de helft van de cliënten in de verslavingszorg bestaat uit mensen met alcohol als primair verslavingsprobleem.

Bij de opsporingsonderzoeken naar georganiseerde ondermijnende criminaliteit door politie en Openbaar Ministerie vormen in 2015 illegale drugs het voornaamste aandachtsgebied. Daarbij gaat het vooral om cocaïne, heroïne, synthetische drugs en grootschalige hennepteelt. Bij de synthetische drugs zijn er meer meldingen van ontmantelde productieplaatsen, opslagplaatsen en afvaldumpingen. In combinatie met het toegenomen gebruik, de hoge zuiverheid en de stabiele prijs van ecstasy indiceren deze meldingen dat de productie in Nederland zich na de dip op de ecstasymarkt (2008-2009) krachtig heeft weten te herpakken.

Met de aanscherping van het Nederlandse cannabisbeleid ging het aandeel in de strafrechtsketen geregistreerde softdrugsdelicten omhoog. In 2015 is, net als in voorgaande jaren, het aandeel sofdrugsdelicten in 2015 groter dan dat van harddrugsdelicten. Overlast van coffeeshops verschilt sterk van gemeente tot gemeente. In de meeste gemeenten komt deze overlast in 2015 niet of nauwelijks voor en is die ook minder geworden dan in 2014.

Deze cijfers en trends zijn slechts een kleine greep uit de schat aan informatie in het Jaarbericht 2016. De gegevens komen van tal van onderzoekers en instellingen uit het hele land en zijn per thema en per middel zorgvuldig bijeengebracht door medewerkers van het Bureau van de Nationale Drug Monitor (NDM) en het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) van het Ministerie van Veiligheid en Justitie. Daarvoor is de Wetenschappelijke Raad van de NDM hen zeer erkentelijk.

Prof. dr. Dirk J. Korf
Voorzitter Wetenschappelijke Raad van de Nationale Drug Monitor

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]

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 978-90-5253-765-8
- *Deze uitgave is te downloaden via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer AF1486*
- *Of surf naar www.wodc.nl.*

Trimbos-instituut: Da Costakade 45
Postbus 725, 3500 AS Utrecht
T: 030 297 11 00

WODC: Tuftmarkt 147
2511 DP Den Haag
T: 070 370 6561

Leden van de Wetenschappelijke Raad van de NDM

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

© 2016, Trimbos-instituut, Utrecht/WODC, Den Haag. Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut of het WODC.

Inhoud

0. Samenvatting/Summary ▶ pagina 006

1. Inleiding ▶ pagina 038

2. Wetgeving en beleid: recente ontwikkelingen ▶ pagina 045

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

3. Cannabis ▶ pagina 078

4. Cocaïne ▶ pagina 110

5. Opiaten ▶ pagina 134

6. Ecstasy ▶ pagina 158

7. Amfetamine ▶ pagina 183

8. Nieuwe psychoactieve en andere stoffen ▶ pagina 203

9. GHB ▶ pagina 223

10. Slaap- en kalmeringsmiddelen en andere psychoactieve medicijnen ▶ pagina 241

11. Alcohol ▶ pagina 259

12. Tabak en rookwaren ▶ pagina 292

Alcohol- en drugsgerelateerde criminaliteit

13. Illegale handel, productie en bezit van drugs ▶ pagina 322

14. Criminaliteit en overlast door alcohol- en drugsgebruikers ▶ pagina 349

15. Bijlagen ▶ pagina 361

16. Referenties ▶ pagina 391

0. Samenvatting/Summary

Samenvatting

0.1 Ontwikkelingen in wetgeving en beleid ▶ pagina 007

0.2 Opiumwetmiddelen ▶ pagina 010

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

0.1 Developments in Legislation and Policy ▶ pagina 023

0.2 Opium Act Substances ▶ pagina 026

0.3 Alcohol and Tobacco ▶ pagina 031

0.4 Alcohol and Drug-related Crime ▶ pagina 033

0.5 Table 1a, part 1 Key Figures Substance Use: Opium Act Substances ▶ pagina 035

0.6 Table 1a, part 2 Key Figures Substance Use: Alcohol and Tobacco ▶ pagina 036

0.7 Table 1b Key Figures Drug Crime: Opium Act Offences in the Criminal Justice System ▶ pagina 037

0. Samenvatting

Hieronder volgt een beschrijving van de laatste ontwikkelingen uit het Jaarbericht 2016. 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

Voorbereidingshandelingen voor cannabisteelt strafbaar

Sinds maart 2015 zijn handelingen die illegale hennepteelt voorbereiden of faciliteren strafbaar. De wetswijziging is met name gericht op growshops, maar ook op elektriciens die helpen bij het opzetten van een plantage of verhuurders van panden waarin cannabis wordt geteeld. In het eerste jaar van de strafbaarstelling zijn ruim 250 zaken bij justitie ingestroomd, waarvan 70% voor de rechter is gebracht. De rechter legde in ongeveer 80% van de zaken een straf op, vooral voorwaardelijke gevangenisstraffen in combinatie met geldboetes en taakstraffen.

Het College van Procureurs-Generaal van het Openbaar Ministerie heeft ook de Aanwijzing Opiumwet en de Richtlijn voor strafvordering Opiumwet op de nieuwe strafbaarstelling aangepast. Als uitgangspunt voor de strafmaat geldt nu een gevangenisstraf van drie maanden.

Strafbaarstelling van qat heeft gevolgen

Qat is begin 2013 op lijst II (softdrugs) van de Opiumwet geplaatst. Na het verbod gingen de handhavingsinstanties over tot inbeslagnemingen, met name op Schiphol. Sinds het verbod is de handel in qat onoverzichtelijker geworden en vrijwel geheel uit het zicht verdwenen. Qat is moeilijker te krijgen voor gebruikers en slechter van kwaliteit. Het verbod heeft weinig gevolgen gehad voor de overlast, de veiligheid en de openbare orde. Er waren al weinig problemen vóór het verbod, en waar overlast en handel waren zijn daar weinig klachten meer over in 2015. Het lijkt erop dat minder mensen qat gebruiken, maar dat de problematische gebruikers nog steeds gebruiken.

'Blowverbod' mag

Volgens de Hoge Raad is het 'blowverbod' in de Algemene Plaatselijke Verordening in Rotterdam verbindend, omdat het gericht is op de handhaving van de openbare orde en dus een ander doel heeft dan de Opiumwet. Het blowverbod 'bijt' zodoende niet met de Opiumwet.

Lokaal coffeeshopbeleid: niet-ingezetenen kunnen meestal terecht in coffeeshops

De meeste gemeenten met coffeeshops (25 van de 31 steekproefgemeenten in onderzoek) hebben het Ingezetenencriterium in hun lokale coffeeshopbeleid opgenomen, met een handhavingsplan. In een minderheid (6 van de 25) wordt het ook daadwerkelijk door de lokale autoriteiten gehandhaafd.

Overlast rond coffeeshops relatief beperkt en sterk lokaal bepaald

Overlast rond coffeeshops varieert zeer van gemeente tot gemeente. Deze overlast, die veroorzaakt wordt door klanten en niet-klanten zoals dealers of drugsrunners, komt in 2015 in de meeste gemeenten (21 van de 31 steekproefgemeenten in onderzoek) niet of nauwelijks voor en is minder geworden vergeleken met 2014. Gemeenten met veel tot ernstige overlast van coffeeshops zijn er in 2015 niet. In 10 gemeenten is de overlast volgens experts matig.

Rijden onder invloed van alcohol én drugs

Rijden onder invloed van te veel alcohol is een veel voorkomend strafbaar feit. Duizenden bestuurders zijn er in 2015 voor geverbaliseerd. Het aantal daalt in de loop van de tijd, maar 2015 verschilt niet van 2013. Voor rijden onder invloed van drugs is recent een apart verbod in de Wegenverkeerswet opgenomen met grenswaarden voor een aantal drugs. Dit zal vanaf medio 2017 geïmplementeerd worden.

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

In Zuid-Nederland is de bestrijding van ondermijnende en georganiseerde criminaliteit rond met name synthetische drugs en cannabisteelt eind 2014 geïntensiveerd. Dit was voor twee jaar. Er zal een vervolg aan worden gegeven. De handhavingsinstanties willen onder andere meer inzetten op een informatie gestuurde strategische brede inzet, maar ook de korte interventies (zoals snelle ontmantelingen) doorzetten.

Drugsdumpingen bestreden

Er wordt in 2015 en 2016 veel aandacht gegeven aan de bestrijding van drugsdumpingen. Onder andere is de capaciteit tot ontmantelen verdubbeld. Het aantal afvaldumpingen van drugs nam in 2015 substantieel toe.

Ontwikkelingen in het tabaksbeleid

Per 20 mei 2016 is de Europese Tabaksproductenrichtlijn (TPD) in Nederland geïmplementeerd en heet de Tabakswet voortaan Tabaks- en rookwarenwet, omdat ook nicotinehoudende elektronische sigaretten onder die wet zijn gaan vallen. De leeftijdsgrens van 18 jaar, die vanaf 1 januari 2014 gold voor de verkoop van tabaksproducten, geldt nu ook voor de verkoop van elektronische sigaretten met nicotine en navulverpakkingen. De nieuwe tabaksverpakkingen, uitgezonderd die van grote sigaren en elektronische sigaretten, krijgen een verplichte waarschuwing met een (afschrikwekkende) foto met bijpassende tekst waarin wordt gewaarschuwd voor de gezondheidsgevaren van roken. Deze waarschuwing moet minimaal 65% van de voor- en achterkant van de verpakking beslaan. Voorts worden additieven in sigaretten en shag die een kenmerkend aroma hebben ook verboden, zoals vanille en vanaf 2020 wordt ook menthol verboden.

In 2015 legde de NVWA op 20% van de verkooplocaties waar inspecties werden uitgevoerd naar overtredingen van de leeftijdsgrens, een maatregel op.

In twee Kamerbrieven heeft de regering aangegeven dat er zwaar zal worden ingezet op de preventie van (mee)roken. Daarbij is er extra aandacht om het roken onder jongeren en zwangere vrouwen te ontmoedigen. Zo is op initiatief van negen beroepsverenigingen in de zorg, drie partners en het Ministerie van VWS de Taskforce Rookvrije Start gelanceerd. De door de Alliantie Nederland Rookvrij gestarte campagne 'Samen op weg naar een rookvrije generatie' wordt door de overheid gesteund.

Ontwikkelingen in het alcoholbeleid

Preventie van schadelijk alcoholgebruik vormt één van de speerpunten van het volksgezondheidsbeleid. Op nationaal niveau zijn de belangrijkste beleidsinstrumenten voor het alcoholbeleid: de Drank- en Horecawet; de regulering van alcoholreclame en –marketing; straffen voor rijden onder invloed van alcohol; accijnsheffing; preventie en voorlichting; behandeling van probleemgebruik.

Per 2013 is het toezicht op de handhaving van de Drank- en Horecawet overgedragen aan de gemeenten, waardoor ze de feitelijke uitvoerders van het alcoholbeleid zijn geworden.

Ondanks dat het nalevingspercentage voor de verkoop van alcohol door verstrekkers in 2016 is gestegen, is de naleving van de leeftijdsgrens, die vanaf 2014 op 18 jaar ligt, nog steeds laag. Voor jongeren is de sociale omgeving (vrienden, ouders, anderen) echter de meest belangrijke bron om alcohol te verkrijgen. Hoewel verboden door de Drank- en Horecawet, zoeken vele gemeenten naar mogelijkheden om retail- en horecafuncties te vermengen (ook wel 'blurring' genoemd). De Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) faciliteert een proef waarbij winkels ook alcohol mogen schenken.
Begin 2017 wordt de evaluatie van de Drank- en Horecawet verwacht, met als hoofdthema's: decentralisatie van bevoegdheden naar gemeenten; verhoging van de leeftijdsgrens van 16 naar 18 jaar; blurring; technische eisen rondom verkoop.

Beleidsontwikkelingen op het gebied van preventie

Centraal in het Nationaal Programma Preventie (2014-2016) 'Alles is Gezondheid' staan zes speerpunten: diabetes, ernstig overgewicht, roken, overmatig alcoholgebruik, depressie en weinig bewegen. In het eerste jaar lag de nadruk op verbinding van maatschappelijke partijen aan het NPP, het tweede jaar op innovatie en in het derde jaar (2016) wordt een verdiepingsslag gemaakt en worden de echt effectieve initiatieven breed ingevoerd en structureel verankerd.
De regering heeft gekozen voor een nieuwe aanpak om preventie beter te kunnen borgen. Sociale wijkteams zijn een belangrijk onderdeel van het nieuwe zorgstelsel. In theorie vormen ze een veelbelovende setting voor verslavingspreventie: tijdige signalering en interventie bij problematisch gebruik van alcohol en drugs. Deze functie hebben de teams nog niet voldoende ontwikkeld.
Kern van het nieuwe preventiebeleid voor uitgaansdrugs is het aanpakken van de normalisering van het drugsgebruik bij met name jongeren en jongvolwassenen. De regering wil actie op verschillende terreinen en wil uitdrukkelijk samenwerken met ouders, gemeenten, scholen, professionals, eigenaars van clubs en organisatoren van evenementen.
Na drie jaar campagne voeren laat evaluatieonderzoek van de meerjarige massamediale campagne NIX<18 zien dat de acceptatie van de sociale norm 'niet roken en niet drinken onder de achttien' is toegenomen.

Beleidsontwikkelingen op het gebied van verslavingszorg

Voor de GGZ, inclusief de verslavingszorg, zijn sinds 1 januari 2015 enkele nieuwe wetten van belang. De langdurige zorg van de AWBZ is overgegaan naar vier wetten: De Wlz: voor intensieve 24-uurs zorg (zorg met verblijf). De Zvw: voor persoonlijke verzorging en verpleging (zorg zonder verblijf). De Wmo 2015: ondersteunende zorg, zoals begeleiding of beschermd wonen. De Jeugdwet: langdurige zorg voor jeugdigen is naar de gemeenten gegaan.
Per 1 januari 2014 heeft de GGZ, inclusief de verslavingszorg, drie nieuwe echelons: de POH-GGZ in de huisartsenpraktijk, de Generalistische Basis GGZ (GB-GGZ) en de gespecialiseerde GGZ. Een van de doelen van de nieuwe wetgeving en nieuwe indeling van de GGZ-sector is het afbouwen van de intramurale capaciteit. In 2014 is de intramurale capaciteit inderdaad verder afgenomen.
Er worden drie nieuwe zorgstandaarden voor de verslavingszorg ontwikkeld. In het voorjaar van 2016 is besloten dat er in 2019 een volledig nieuwe productstructuur en bekostigingssystematiek voor de GGZ zal worden ingevoerd.

0.2 Opiumwetmiddelen

Cannabis

Ruim een kwart van de actuele cannabisgebruikers blowt (bijna) dagelijks

In 2015 hebben naar schatting 2,8 miljoen Nederlanders van 18 jaar of ouder ooit in het leven cannabis gebruikt (21,1% van deze leeftijdsgroep). Het actueel gebruik (in de afgelopen maand) ligt op 4,2% en is vergeleken met 2014 iets hoger[1], hetgeen is toe te schrijven aan een stijging onder de 20-24-jarigen. Meer dan een kwart (28,8%) van de actuele gebruikers blowt (bijna) dagelijks.

Het percentage recente cannabisgebruikers onder Nederlandse volwassenen van 15-64 jaar (de Europese standaard leeftijdsgroep) ligt met 8,7% boven het EU-gemiddelde van 6,6%. Dit percentage loopt echter sterk uiteen tussen de EU-28 landen en de kandidaat-lidstaten waarvoor gegevens beschikbaar zijn, variërend van <1% in Turkije en Malta tot 9,2% in Italië en Spanje.

Gebruik cannabis onder scholieren daalt

Het percentage Nederlandse scholieren van het voortgezet onderwijs van 12-16 jaar dat ooit cannabis heeft gerookt, daalt van 16,5% in 2003, na een stabilisatie rond 14% in 2007 en 2011, naar 9,7% in 2015.

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

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

Stabilisering hulpvraag cannabis

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

THC-gehalte: populairste nederwiet stabiel, stijging sterkste nederwiet

THC is het belangrijkste werkzame bestanddeel van cannabis. Het gemiddelde THC-gehalte in nederwiet (de *meest populaire* cannabisvariant) lag in 2016 op 16,1% en is sinds 2014 redelijk stabiel. De THC-concentratie in de als *meest sterk* verkochte nederwiet is sinds 2014 wel gestegen en lag op 18,7% in 2016. Ook het THC-gehalte in geïmporteerde hasj stijgt de laatste jaren licht, maar is in 2016 met 19,3% niet sterker dan in 2015.

Nederwiet bevat weinig cannabidiol (CBD), een ander bestanddeel van cannabis dat mogelijk sommige effecten van THC tegen gaat. In 2016 lag de mediaan van het CBD-gehalte in de nederwiet op 0,4%, in de geïmporteerde wiet op 0,5% en in de geïmporteerde hasj op 7,8%.

De gemiddelde prijs van een gram nederwiet (meest populaire variant) steeg geleidelijk van 6,20 euro in 2006 naar 10,23 euro in 2016, maar was in 2016 vergelijkbaar met 2015. De prijs van als 'sterkste nederwiet' verkochte variant was in 2016 (12,58 euro) hoger dan in 2015. De prijs voor geïmporteerde hasj schommelde wat meer en was in 2016 per gram (9,16 euro) vergelijkbaar met het voorgaande jaar.

1 Vergelijking tussen 2014 en 2015 op basis van gegevens over 15-64-jarigen voor wie in beide jaargangen data beschikbaar was in de Leefstijlmonitor/ Gezondheidsenquête 2015, CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut.

Cocaïne

Cocaïne in het uitgaansleven minder populair dan amfetamine en ecstasy

In 2015 had naar schatting één op de vijfentwintig Nederlanders van 18 jaar en ouder ooit cocaïne gebruikt (4,3%). Omgerekend naar de hele bevolking ging het (afgerond op tienduizendtallen) om ongeveer 570 duizend personen. Onder scholieren van 12-16 jaar van het voortgezet onderwijs daalde tussen 2003 en 2015 het percentage dat ervaring had met cocaïne van 2,0% naar 1,3%.

Cocaïnegebruik, vooral in de snuifbare poedervorm, komt nog steeds relatief veel voor onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen, maar is qua populariteit ingehaald door amfetamine, terwijl ecstasy de meest populaire uitgaansdrug is gebleven. In een landelijke survey in 2016 onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 15-35 jaar had 25% in het afgelopen jaar ecstasy gebruikt en 12% deed dit nog in de afgelopen maand.

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

Geleidelijke daling cocaïnehulpvraag bij de verslavingszorg

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

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 2015 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 2015. Gebruik van levamisol door mensen is in de Verenigde Staten in verband gebracht met gevallen van ernstige bloed- en huidziekten. In Nederland zijn tot nu toe twee gevallen gerapporteerd.

Desondanks is de zuiverheid (concentratie cocaïne) hoog. Het gemiddelde gehalte cocaïne steeg van 49% in 2011 naar 64% (gewichtsprocenten) in 2015 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 2015 gemiddeld 51 euro per gram. De mediaan lag van 2008 tot en met 2015 op 50 euro per gram.

Opiaten

Gestage daling aantal opiaatgebruikers in de verslavingszorg; toenemende veroudering

In de algemene bevolking komt heroïnegebruik weinig voor. In 2015 rapporteerde 0,5% van de bevolking van 18 jaar en ouder ooit in het leven heroïne te hebben gebruikt. Heroïne is ook niet populair onder jongeren. Problematische gebruikers van heroïne zijn in bevolkingsonderzoek echter ondervertegenwoordigd. De omvang van deze groep werd in 2012 via een andere methode dan bevolkingsonderzoek geschat op circa 14.000. Dat is minder dan de schatting van ongeveer 18.000 problematische opiaatgebruikers in 2008.

Het aantal opiaatcliënten bij de verslavingszorg is het afgelopen decennium eveneens gedaald. Tussen 2006 en 2015 daalde het aantal cliënten met een primair opiaatprobleem met 32% naar 9.093 cliënten. De groep opiaatcliënten veroudert: de gemiddelde leeftijd steeg van 42 jaar in 2006 naar 48 jaar in 2015. In 2015 was nog maar 4% van de opiaatcliënten jonger dan 30 jaar.

Geringe aanwas nieuwe gevallen van hiv en hepatitis B en C onder injecterende drugsgebruikers
Het aantal nieuwe en gemelde gevallen van hiv en hepatitis B en C onder injecterende drugsgebruikers is al jaren laag. Het aantal nieuw gediagnosticeerde hiv-gevallen onder injecterende drugsgebruikers per miljoen inwoners (0,0 in 2014) behoort tot de laagste in de EU-15. 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.
In 2014 registreerde de Doodsoorzakenstatistiek 123 sterfgevallen door een overdosis drugs, waarbij ongeveer een op de drie overdosisgevallen primair aan opiaten was 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

Percentage ecstasygebruikers relatief hoog en stijgende trend
In 2015 had naar schatting één op de veertien Nederlanders van 18 jaar en ouder ooit ecstasy gebruikt (7,0%). Omgerekend naar de hele bevolking ging het (afgerond op tienduizendtallen) om ongeveer 930 duizend personen. Het gebruik van ecstasy in het afgelopen jaar lag op 2,8%, ongeveer 380 duizend personen.
Er zijn aanwijzingen dat het ecstasygebruik sinds 2009 is gestegen. De hogere percentages recente en actuele ecstasygebruikers in 2015 vergeleken met 2014 kunnen wijzen op een voortzetting van deze trend. Het ecstasygebruik ligt in Nederland ruim boven het Europees gemiddelde. In de leeftijdsgroep 15-34 jaar wordt het Europese gemiddelde van het recent gebruik geschat op 1,7%, vergeleken met 6,6% voor Nederland.
Er waren al eerder signalen uit het uitgaansleven over een toename in het ecstasygebruik. In een landelijke online survey in 2016 had iets meer dan de helft (55%) van de uitgaande jongeren en jongvolwassenen ooit ecstasy gebruikt. De percentages ecstasygebruikers in het afgelopen jaar en de afgelopen maand waren respectievelijk 46% en 22%.

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

Toename aandeel sterke ecstasypillen zet zich voort
In 2015 is de gemiddelde concentratie MDMA in ecstasypillen verder gestegen tot 148 mg MDMA en het aandeel hoog gedoseerde ecstasypillen (met meer dan 105 mg MDMA) is gestegen tot 80%. 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. Het aandeel matige en ernstige intoxicaties op EHBO-posten steeg van 7% in 2009 naar 28% in 2014. Ook in 2015 bleef het aandeel hoog met 28%.
Psychostimulantia zoals ecstasy 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 Nederlands Forensisch Instituut (NFI) over sterfgevallen in 2015, werd MDMA in 8 gevallen aangetroffen. Over een langere periode bezien (2006-2015), ging het in totaal om 47 gevallen waarbij gebruik van MDMA, al dan niet in combinatie met andere middelen, de doodsoorzaak was.

Amfetamine

Amfetaminegebruikers relatief vaak mannen

In 2015 rapporteerde 1 op de 25 Nederlanders van 18 jaar en ouder ooit amfetamine te hebben gebruikt (4,0%), ongeveer een half miljoen volwassenen. Een tiende daarvan had amfetamine in de afgelopen maand gebruikt (0,4%).

Vergeleken met het Europees gemiddelde (0,5%) is het percentage 15-64-jarigen dat in het afgelopen jaar amfetamine heeft gebruikt in Nederland hoog (1,3%).

In het uitgaansleven lijkt de eerdere stijging van de populariteit van amfetamine af te nemen. Toch bleek uit een online landelijke survey in 2016 dat een derde van de uitgaanders ervaring had met amfetamine, een kwart had het in het afgelopen jaar gebruikt en een op de acht nog in de afgelopen maand.

Daling amfetaminegebruik onder scholieren

Tussen 2003 en 2015 halveerde het percentage scholieren van 12-16 jaar dat ervaring had met amfetamine naar 1,1%. Het gebruik in de afgelopen maand lag op 0,6%. Internationaal vergeleken zit het ooitgebruik van amfetamine onder Nederlandse 15- en 16-jarigen in de middenmoot.

Signalen voor toename methamfetaminegebruik in de subgroep mannen die seks hebben met mannen

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

Hulpvraag amfetamine gestegen in het afgelopen decennium

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

Nieuwe Psychoactieve Stoffen (NPS)

Gebruik NPS in de algemene bevolking

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

Er is weinig bekend over het gebruik van NPS in de algemene bevolking. De schaarse cijfers suggereren dat het gebruik beperkt is. Onder schoolgaande jongeren van 15-16 jaar rapporteert 2% in 2015 ooit een NPS gebruikt te hebben; dit is onder het Europees gemiddelde in 34 landen (4%). Ook in een online survey onder een risicogroep van uitgaande jongeren en jongvolwassenen (Het Grote Uitgaansonderzoek 2016), is het ooitgebruik van de meeste NPS relatief laag (1%-4%). Een paar middelen springen er echter uit. Bijna een kwart (24,5%) van de uitgaanders had in het afgelopen jaar 4-fluoramfetamine (4-FA, zie beneden) gebruikt en bijna een op de tien (9,5%) was een recente gebruiker van 2C-B, een middel dat sinds 1997 op lijst I van de Opiumwet staat.

Toename 4-fluoramfetaminegebruik en -incidenten

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

Met een toename in het gebruik (in bepaalde groepen) neemt ook het risico op (soms fatale) gevolgen voor de volksgezondheid toe. In 2015 registreerde de Monitor Drugsincidenten (MDI) 187 meldingen van 4-FA gerelateerde incidenten, hetgeen hoger is dan de drie voorgaande jaren bij elkaar. De meeste patiënten met een vermoedelijke 4-FA intoxicatie zochten hulp op de EHBO-post van een feest en waren relatief jong. Ze hadden naast 4-FA vaak ook een andere drug gebruikt, hetgeen met zwaardere intoxicaties gepaard gaat. Incidenten met andere NPS komen nauwelijks voor in de MDI. Ook het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) zag een stijging in het aantal 4-FA informatieverzoeken. Buiten 2C-B werden andere NPS weinig geregistreerd.

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 2015 had 1,6% van de bevolking van 18 jaar en ouder ooit GHB gebruikt, naar schatting 210 duizend mensen. Actueel gebruik (in de afgelopen maand) lag op 0,2%, een lager percentage dan voor ecstasy (1,0%), cocaïne (0,7%) en amfetamine (0,4%).

Van de 12-16-jarige scholieren in het voortgezet onderwijs had 0,4% in 2015 ooit in het leven GHB gebruikt.

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

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

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

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

Acute GHB-incidenten vaak ernstig

GHB is lastig te doseren en het risico op een overdosering is groot. Gezien de beperkte omvang van het GHB-gebruik in de bevolking, is het aantal incidenten met GHB hoog. Opvallend is ook het relatief grote aandeel patiënten met een ernstige intoxicatie na GHB-gebruik. Het aandeel van matige en ernstige GHB-intoxicaties op de EHBO-posten steeg van 34% in 2009 naar 73% in 2015.

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 2015 registreerde het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) 2 gevallen waarin GHB mogelijk een rol had gespeeld bij het overlijden.

GHB is goedkoop

Consumenten betaalden in 2015 circa 35-40 euro voor een kwart liter GHB. Voor zelfgemaakte GHB betaalt een gebruiker naar schatting niet meer dan 10 euro per kwart liter.

GBL (gamma-butyrolacton, een van de ingrediënten van GHB) is in pure vorm nog sterker dan GHB. De risico's van GBL worden vergelijkbaar geacht met de risico's van GHB, maar het gebruik van GBL 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 10,1% procent van de algemene Nederlandse bevolking van 15-64 jaar in het afgelopen jaar slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt; 5,9% 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 18-64 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

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

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

Alcoholgebruik onder volwassenen

In 2015 heeft 81% van de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder het afgelopen jaar wel eens alcohol gedronken. Dat is vergelijkbaar met 2014. Vanwege een methodebreuk in de cijfers van het CBS is geen vergelijking mogelijk met de jaren daarvoor.

Een derde van de Nederlanders van 18 jaar of ouder voldeed in 2015 niet aan de nieuwe norm van de Gezondheidsraad om maximaal 1 glas alcohol per dag te drinken. Mannen voldeden veel vaker niet aan de norm (bijna de helft) dan vrouwen. Precies één op de tien Nederlanders van 18 jaar en ouder was in 2015 een 'zware drinker' (minstens één keer per week drinken van 6 of meer glazen alcohol op één dag voor mannen of 4 glazen voor vrouwen).

Alcoholgebruik onder jongeren verder gedaald

Waar in eerdere jaren alleen een daling zichtbaar was in de jongere leeftijdsgroepen van 12-14/15-jarigen, is er tussen 2011 en 2015 nu ook een duidelijke daling te zien van het alcoholgebruik onder scholieren van 15 en 16 jaar. Onder 12-16-jarigen dronk 25,5% nog in de afgelopen maand (actuele drinker) en dat was in 2011 nog 37,8%. Ook het percentage 'binge drinkers' daalde (drinken van vijf of meer glazen bij één gelegenheid; 17,5% in 2015). Internationaal gezien ligt het alcoholgebruik onder Nederlandse 15/16-jarige scholieren, ondanks een forse daling, nog steeds boven het gemiddelde van 34 Europese landen.

Het wettelijk verbod om jongeren alcoholhoudende dranken te verkopen wordt volgens een peiling in 2016 beter nageleefd (36% van de aankooppogingen) dan in 2015 (22%). Dat betekent wel dat de meerderheid van de aankooppogingen door minderjarigen nog steeds slaagt. De sociale omgeving (vrienden, ouders, anderen) is voor minderjarige jongeren echter veruit de belangrijkste bron om aan drank te komen.

Aantal jongeren dat in een ziekenhuis wordt opgenomen wegens alcoholgebruik blijft stijgen

Het aantal cliënten in de verslavingszorg met een primair alcoholprobleem schommelde tussen 2006 en 2015 rond ongeveer 32.000 cliënten. Wel lijkt zich sinds 2010 een daling af te tekenen. Alcoholverslaafden blijven nog steeds de grootste groep binnen de verslavingszorg. In 2015 was 46% van alle verzoeken om hulp bij de verslavingszorg gerelateerd aan alcoholproblematiek. Het aandeel van 55-plussers steeg van 20% in 2006 naar 28% in 2015.

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

In 2015 werden volgens het Nederlands Signaleringscentrum voor Kindergeneeskunde (NSCK) 931 jongeren tot 18 jaar na overmatig alcoholgebruik in een ziekenhuis opgenomen, ongeveer een vijfde meer dan in 2014. Ook het aantal SEH-behandelingen wegens een alcoholvergiftiging is in tien jaar tijd bijna verdubbeld, tot ongeveer 6.100 in 2015.

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

Meer dan een kwart van de Nederlanders rookt (wel eens)

In 2015 rookte 26,3% van de Nederlanders van 18 jaar en ouder wel eens – dat zijn 3,5 miljoen mensen – en rookte 19,5% dagelijks. Over de afgelopen 10 jaar is een dalende trend in de prevalentie van roken waarneembaar. Er lijkt zich een afvlakking van deze trend voor te doen, maar vanwege methodebreuken kunnen geen recente trends wordt vastgesteld.

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

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

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

Over de langere termijn bezien daalt de omzet van sigaretten en shag, met af en toe een piek omhoog door verschillende tijdelijke invloeden. In 2015 werden 15,8 miljard sigaretten en shagjes verkocht. In 2002 waren dat er 30,1 miljard.

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

In 2015 deed 37% van de rokers van 18 jaar en ouder in de afgelopen 12 maanden een stoppoging. Van deze 'stoppers' heeft 86% het langer dan 24 uur volgehouden om niet te roken. In 2014 en 2015 is in Nederland de campagne 'Stoptober, 28 dagen niet roken!' gehouden, die zich ten doel stelt om rokers te stimuleren om voor 28 dagen te stoppen met roken en daarvoor massale steun te organiseren. In totaal hebben er 120.000 rokers aan deelgenomen en heeft 74% van de deelnemers volgens zelfrapportage 28 dagen niet gerookt.

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

Van de totale ziektelast kan 13,1% aan roken worden toegeschreven. Roken blijft de belangrijkste oorzaak van voortijdige sterfte. In 2014 overleden in Nederland ongeveer 19.200 mensen van 20 jaar en ouder aan de directe gevolgen van roken (voorlopig cijfer tot voorjaar 2017), ongeveer evenveel als in 2013. 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 (meeroken) niet is verdisconteerd.

0.4 Alcohol- en drugsgerelateerde criminaliteit

Delicten tegen de Opiumwet

Synthetische drugs

Het aantal gemelde ontmantelde productielocaties, opslagplaatsen en afvaldumpingen van de productie van synthetische drugs neemt toe. De Landelijke Faciliteit Ondersteuning Ontmantelen (LFO) signaleert sinds 2012 de (her)introductie van (nieuwe) productieprocessen, (pre)precursoren en de productie en bewerking van nieuwe psychoactieve stoffen. In 2016 zijn er ook signalen van productie van mefedron. Er zijn in 2015 vele verschillende chemicaliën voor de productie van synthetische drugs in beslag genomen, onder andere PMK en BMK, de belangrijkste chemicaliën voor het maken van ecstasy en amfetamine.

Hennepteelt

Er zijn in 2015 bijna 6.000 hennepkwekerijen geruimd, minder dan in 2014. De meeste zijn geruimd in Oost-Nederland, Limburg en Rotterdam.

Drugshandel via internet

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

Opsporingsonderzoeken naar georganiseerde drugscriminaliteit

In 2015 zijn 341 opsporingsonderzoeken uitgevoerd naar georganiseerde ondermijnende criminaliteit waarbij illegale drugs het voornaamste aandachtsgebied vormden. In 37% van de gevallen betrof het cocaïne of heroïne, in 34% ging het om grootschalige hennepteelt en in 30% waren synthetische drugs in het spel.

De Nationale Politie en het Openbaar Ministerie signaleren een trend dat de georganiseerde drugscriminaliteit regelmatig gecombineerd wordt met witwassen en wapenhandel en dat vaker verschillende soorten verdovende middelen tegelijk worden verhandeld. Risico's worden steeds vaker gespreid.

Instroom van Opiumwetdelicten bij het Openbaar Ministerie

In 2015 daalt de instroom van Opiumwetzaken bij het Openbaar Ministerie (OM). Soft- en harddrugszaken dalen even hard, maar het aantal van gecombineerde hard- en softdrugszaken stijgt. Het aandeel Opiumwetzaken bij OM stijgt en dat van de rechter is min of meer gelijk aan 2014. Het aandeel softdrugsdelicten blijft dat van harddrugsdelicten overstijgen. De meeste harddrugsdelicten hebben betrekking op het aanwezig hebben (bezit) van een harddrug. Bij de softdrugs ligt dit heel anders: daar gaat het meestal om cannabisteelt.

Sancties voor Opiumwetdelicten

Het Openbaar Ministerie (OM) brengt de meeste Opiumwetzaken voor de rechter. Daar eindigt 10% in een vrijspraak, vooral en in toenemende mate bij softdrugszaken. De taakstraf en de (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraf zijn de meest voorkomende sancties in Opiumwetzaken. Daarna volgen de financiële sancties door het OM. Taakstraffen worden vooral opgelegd in softdrugszaken, onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen vooral in harddrugszaken, dit patroon verandert niet in 2015.

In 2015 zit 18% van de gedetineerden in de gevangenis vanwege een Opiumwetdelict. Een deel van de Opiumwetovertreders komt na de eerste vervolging of veroordeling weer opnieuw voor een drugsdelict in aanraking met politie en justitie. Na een jaar geldt dit voor 6%, na tien jaar voor ruim een kwart. In vergelijking met andere delicten is dit laag. Harddrugsdaders recidiveren vaker voor enig delict en ook vaker voor ernstige delicten dan softdrugsdaders.

Delicten gepleegd door alcohol- en drugsgebruikers

Gebruikers plegen vooral vermogensdelicten

De alcohol- en drugsgebruikers die als zodanig in het politiesysteem staan geregistreerd plegen voornamelijk vermogensdelicten. In de Inrichting voor Stelselmatige Daders (ISD), een zware maatregel, bestaat de meerderheid uit problematische middelengebruikers, en vermogensdelicten staan ook daar bovenaan de lijst van delicten die ze vaak hebben gepleegd.

Hulp naast straf

De verslavingsreclassering wordt ingeschakeld bij rond de 20.000 justitiabelen per jaar en voert verschillende activiteiten voor ze uit. Het vaakst worden adviezen gegeven aan het Openbaar Ministerie (OM), de rechter en het gevangeniswezen en wordt toezicht gehouden op justitiabelen.
Gevangenissen moeten meer aan 'case finding' gaan doen en gevangenen met verslavingsproblemen doorgeleiden naar zorginstellingen. Ze moeten ook meer gaan samenwerken met de verslavingszorg en de verslavingsreclassering. Stappen daartoe zijn in de laatste jaren gezet.

Overlast veroorzaakt door alcohol- en drugsgebruikers

Overlast is niet veranderd in 2015

Rond 25% van de Nederlandse bevolking heeft in 2015 wel eens overlast van drugshandel of drugsgebruik in de eigen buurt; 4% heeft er veel overlast van. Rond 27% heeft wel eens overlast van dronken mensen op straat; 3% heeft hier veel overlast van. Vergeleken met 2014 zijn er geen verschillen in ervaren overlast door alcohol- of drugsgebruikers.

0.5 Tabel 1a, deel 1 Kerncijfers middelengebruik: Opiumwetmiddelen

	Cannabis	Cocaïne	Opiaten[I]	Ecstasy	Amfetamine	GHB	Slaap- en kalmerings-middelen
GEBRUIK ALGEMENE BEVOLKING (2015)							
- Percentage actuele gebruikers, 18+[II]	4,2%	0,7%	<0,1%	1,0%	0,4%	0,2%	5,9% (2009, 15-64 jaar)
- Percentage recente gebruikers, 18+[II]	6,7%	1,6%	0,1%	2,8%	1,3%	0,5%	10,1% (2009, 15-64 jaar)
- In 2015 vergeleken met 2014 (15-64)[III]	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Stijging	Gelijk	-	-
- Internationale vergelijking[IV]	Boven gemiddelde	Gemiddeld	Laag	Boven gemiddelde, hoogste in EU	Boven gemiddelde	Onbekend	-
GEBRUIK JONGEREN, SCHOLIEREN (2015)							
- Percentage actuele gebruikers, 12-16 jaar	4,9%	0,5%	0,3%	0,6%	0,6%	0,2%	-
- Trend (2003-2015)	Daling	Daling	Daling	Daling	Daling	-	-
- Internationale vergelijking, 15/16 jaar (2015)[V]	Boven gemiddelde	Gemiddeld	Gemiddeld	Boven gemiddelde	Gemiddeld	Gemiddeld	Boven gemiddelde
AANTAL PROBLEEMGEBRUIKERS	**2007-2009**		**2012**				**2007-2009**
	29.300 (afhankelijk) 40.200 (misbruik)	Onbekend[VI]	± 14.000	Onbekend	Onbekend	Onbekend	22.000 (afhankelijk) 35.000 (misbruik)
AANTAL CLIËNTEN VERSLAVINGSZORG (2015)[VII]							
- Middel als primair probleem	10.816	7.295	9.093	122	1.794	837	581
- Middel als secundair probleem	4.501	6.138	2.053	359	742	167	803
- Trend (2006-2015)	Na stijging stabiel sinds 2011	Daling	Daling	Daling	Stijging	Stijging	Daling
AANTAL ZIEKENHUISOPNAMES (2014)				**Psychostimulantia**			
- Middelenstoornis/vergifitiging (hoofddiagnose)	100	150	146	339		Onbekend	1.741
- Middelenstoornis/vergiftiging (nevendiagnose)	995	813	906	388		Onbekend	1.210
GEREGISTREERDE STERFTE (2014)[VIII]				**Psychostimulantia**			
	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. In komende jaarberichten zullen cijfers in het kader van de landelijke Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor voor de algemene bevolking standaard worden weergegeven voor leeftijdsgroep 18 jaar en ouder. III. Onder 15-64 jarigen in 2014 en 2015. Geen cijfers beschikbaar voor voorgaande peilingen vanwege methodebreuken (zie bijlage D.2: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor). IV. Ten opzichte van het gewogen gemiddelde recent gebruik in lidstaten van de Europese Unie (EMCDDA). V. Ten opzichte van het ongewogen gemiddelde in 34 Europese landen (ESPAD). VI. 0,5% in de 3 grootste steden is crackverslaafd. VII. Verslavingszorg zoals anoniem geregistreerd in het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS). Voor de deelnemende instellingen aan het LADIS, zie bijlage D.5. VII. Dedefinities en schattingsmethoden voor de sterfte voor drugs, alcohol en tabak verschillen en deze categoriën zijn onderling niet vergelijkbaar. Primaire sterfte: middel als primaire (onderliggende) doodsoorzaak. Secundaire sterfte: middel als secundaire doodsoorzaak (bijdragende factor of complicatie). Zie bijlage B.1 voor een toelichting.

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

	Alcohol	Tabak
GEBRUIK ALGEMENE BEVOLKING (2015)		
- Percentage recente gebruikers 18 jaar en ouder	80,8%	26,3%[I]
- Trend in gebruik	Tussen 2014-2015: stabiel. Vergelijking met eerdere jaren niet mogelijk	Tussen 2014-2015: stabiel. In de jaren daarvoor: daling
- Internationale vergelijking	Boven gemiddelde	Beneden gemiddelde
GEBRUIK JONGEREN, SCHOLIEREN (2015)		
- Percentage actuele gebruikers, 12-16 jaar[II]	25,5%	3,1% (dagelijks)
- Trend (2003-2015)	Daling	Daling
- Internationale vergelijking, 15/16 jaar (2015)[III]	Boven gemiddelde	Gemiddeld
AANTAL PROBLEEMGEBRUIKERS	**2007-2009**	**2015**
	82.400 (afhankelijk) 395.600 (misbruik)	±540.000[IV]
AANTAL CLIËNTEN VERSLAVINGSZORG (2015)		
- Middel als primair probleem - Middel als secundair probleem	29.374 4.575	809 3.136
- Trend (2006-2015)	Stabiel	Stijging
AANTAL ZIEKENHUISOPNAMES (2014)		
- Middelenstoornis/vergifitiging (hoofddiagnose)	4.682	Onbekend
- Middelenstoornis/vergiftiging (nevendiagnose)	17.368	
GEREGISTREERDE STERFTE (2014)[V]		
	882 (primair)[VI]	19.594 (2013) (direct gevolg van roken)[VII]

I. Weergegeven is het percentage rokers volgens de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor van het CBS. II. Er zijn geen gegevens over actueel roken onder scholieren in 2015 beschikbaar. Weergegeven in deze tabel is het percentage dagelijkse rokers onder scholieren. III. Ten opzichte van het ongewogen gemiddelde in 36 Europese landen (ESPAD). Vergelijking voor roken betreft het percentage actuele rokers (30%). IV. Gebaseerd op de zware rokers (20 of meer sigaretten per dag) in de bevolking van 18 jaar en ouder. V. Primaire sterfte: middel als primaire (onderliggende) doodsoorzaak. Secundaire sterfte: middel als secundaire doodsoorzaak (bijdragende factor of complicatie). VI. Hierbij is de sterfte aan verkeersongevallen en sterfte geassocieerd met kanker niet meegerekend. Cijfers over het aantal sterfgevallen waarbij alcoholgerelateerde aandoeningen als secundaire doodsoorzaak staat geregistreerd zijn niet beschikbaar voor 2014. VII. Zie bijlage D.1 voor de wijze van schatten van de sterfte gerelateerd aan roken.

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[I]					
- Totaal	193 (2012: 222)	17.675 (2013: 18.849)	17.538 (2014: 18.618)	9.708 (2014: 9.447)	1.362 (2014: 1.397)
- Harddrugs	34% (alleen harddrugs)	7.454 (2013: 7.766)	7.439 (2014: 7.910)	4.067 (2014: 4.012)	Onbekend
- Softdrugs	24% (alleen softdrugs)	9.001 (2013: 9.251)	9.313 (2014: 9.952)	5.083 (2014: 4.945)	Onbekend
- Beide	42% (hard+soft)	1.214 (2013: 1.830)	784 (2014: 756)	558 (2014: 490)	Onbekend
- **Ontwikkeling recentste t.o.v. voorgaande jaar absoluut**	2013-2014: onbekend 2012-2013: daling	Daling (waarschijnlijk als gevolg van voorlopig karakter data)	Daling	Stijging (3%)	Constant
- **Globale trend 2005-2014/2015**	2006-2008 hoger in aantallen dan daarna, dalende trend in 2011-2013	Daling tot en met 2010, daarna stijgend/ stabiel, daling in 2014	Daling tot en met 2010, daarna schommeling (rond 18.000)	Daling tot en met 2011, daarna stijging	Daling[IV]
% Opiumwet op totaal	72%	8,7%	9,2%	8,9%	18%
- **Ontwikkeling 2013/2014-2015** % Opiumwet	2013-2014 onbekend 2012-2013: Stijging (69%→72%)	Stijging (8,2%→8,7 %)	Stijging (8,8%→9,2 %)	Stabiel (8,9%→8,9%)	Daling (17%→18%)

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

0. Summary

Below follows a report of the latest developments from the 2016 Annual Report. Tables 1a and 1b provide an overview of the latest figures on substance use and drug crime. Recent users used a substance in the past year and current users did so in the past month.

0.1 Developments in Legislation and Policy

Prepatory acts for cannabis cultivation punishable by law

Since March 2015, all acts either in preparation of or facilitating illegal cannabis cultivation are punishable by law. The legislative change is particularly directed towards growshops, but also towards electricians who help set up plantations or people letting buildings where cannabis is cultivated. In the first year of this penalization over 250 cases were registered with the judicial authorities, 70% of which were taken to court. In approximately 80% of the cases the judges imposed penalties, in most cases suspended sentences, combined with fines and community service.

The Board of Attorneys-General of the Public Prosecution Service have also readjusted the Opium Act Directive and the Criminal Procedure Drugs Act Guideline in accordance with the new penalization. Now, punishment is a prison sentence of three months.

Penalization of khat has consequences

Early 2013, khat was placed on list II (soft drugs) of the Opium Act. After the prohibition, the enforcement authorities started to seize the drug, especially at Schiphol Airport. Prohibition has obscured the khat trafficking and it has since virtually disappeared from sight. Khat is harder to obtain and of poorer quality. Prohibition has only very slightly affected nuisance, safety and public order. Before prohibition, there were only minor problems, and where there was some nuisenace and dealing, hardly any complaints were filed in 2015. It appears that fewer people use khat, but the problem users keep using.

Ban on cannabis use in public space is allowed

According to the Supreme Court the ban on cannabis use in the public space in the Rotterdam General By-law is binding, because it is aimed at enforcing public order and, therefore, has a different objective than the Opium Act. This means that the ban on cannabis use in public space does not clash with the Opium Act.

Local coffee shop policy: non-residents are mostly allowed in coffee shops

Most municipalities with coffee shops (25 out of 31 random-checked municipalities under investigation) have included the resident requirement in their local coffee shop policy, together with an enforcement plan. However, only in a minority (6 out of 25) of municipalities, the local authorities actually enforce this policy.

Nuisance around coffee shops relatively small and highly locally determined

Nuisance around coffee shops differs greatly between municipalities. In 2015, the incidence of this type of nuisance caused by customers and non-customers such as dealers or drugs runners, is non-existent or

uncommon in most municipalities (21 out of 31 random-checked municipalities under investigation) and has decreased, compared to 2014. In 2015, there are no municipalities with high to serious coffee shop nuisance. Experts say that 10 municipalities have been dealing with moderate nuisance.

Driving under the influence of alcohol ánd drugs

Driving under the influence of too much alcohol is a common offence. In 2015, thousands of drivers were booked on account of this. The numbers have dropped in the course of time, but 2015 is not different from 2013. For driving under the influence of drugs a separate ban has recentely been included in the Road Traffic Act with limit values for a number of drugs. This ban will be implemented by mid-2017.

Stepping up on the fight against synthetic drugs and cannabis cultivation in the south of the Netherlands

Combating the subversive and organised crime especially surrounding synthetic drugs and cannabis cultivation in the south of the Netherlands, was intensified at the end of 2014 for a period of two years and will be continued. The enforcement authorities intend to focus on an information-driven broad strategic approach, but will also continue the short interventions (such as quick dismantlings).

Counteracting drugs dumpings

In 2015 and 2016 high priority was given to counteracting drugs dumpings. In addition to other measures the dismantling capacity was doubled. In 2015, the number of drugs waste dumps increased substantially.

Developments in tobacco policy

As of 20 May 2016 the European Tobacco Products Directive (TPD) has been implemented in the Netherlands and the Tobacco Act has since been called the Tobacco and Smoking Materials Act, because electronic cigarettes containing nicotine are also included. The age limit of 18 years, which as of 1 January 2014 has applied to the sales of tobacco products, now also applies to the sales of electronic cigarettes containing nicotine, and refill packs. The new tobacco packages, with the exception of those containing large cigars and electronic cigarettes, will display mandatory warnings together with a (deterring) picture and texts to match, warning against the health risks involved in smoking. The warning must cover at least 65% of the front and back of the package. Furthermore, additives in cigarettes and in rolling tobacco with a specific aroma -such as vanilla and as of 2020 also menthol- will be banned.

In 2015, the Netherlands Food and Consumer Product Safety Authority (NVWA) imposed measures on 20% of the sales locations where inspections had been carried out into violations of the age limit.

In two letters to the House of Representatives the Government expressed its intention to strongly focus on the prevention of (passive) smoking. Extra attention is paid to discouraging smoking among young people and pregnant women. The Taskforce Smoke-free Start was initiated by nine professional health care organisations, three partners and the Ministry of Health, Welfare an Sport (VWS). The Government supports the campaign 'Together towards a smoke-free generation' which was initiated by the Netherlands Smoke-free Alliance.

Developments in alcohol policy

The prevention of harmful consumption of alcohol is one of the health care policy spearheads. On a national level the major policy instruments to support the alcohol policy are: the Licensing and Catering Act; control of alcohol marketing and advertisement; penalties for driving under the influence of alcohol; excise duty; prevention and education; treatment of problem use.

As of 2013 supervision of the enforcement of the Licensing and Catering Act has been delegated to the municipalities, making them responsible for implementing alcohol policy.

Despite the fact that the compliance rate for the sale of alcohol by suppliers went up in 2016, compliance of the age limit, which as of 2014 is 18 years, is still relatively low. However, for young people, their social environment (friends, parents, others) for the most part determines their access to alcohol.

Although banned by the Licensing and Catering Act, many municipalities are looking for opportunities to combine retail and catering functions (als called 'blurring'). The Association of Municipalities of the Netherlands (VNG) facilitates an experiment in which shops are also allowed to serve alcohol.
The evaluation of the Licensing and Catering Act is expected early 2017, with as main themes: decentralization of powers to local authorities; increasing the age limit from 16 to 18 years; blurring; formal requirements regarding sale.

Policy development in the field of prevention

The National Prevention Programme (2014-2016) 'Health is Everything' contains six spearheads: diabetes, obesity, smoking, excessive use of alcohol, depression and lack of exercise. In the first year, the emphasis was on connecting social parties to the NPP, the second year on innovation and the third year (2016) is dedicated to deepening and widely implementing and structurally embedding effective initiatives.
The Government has opted for a new approach to more successfully ensure prevention. Social district teams have become an important part of the care system. They provide a promising setting for addiction prevention: early warning and intervention of alcohol and drug-related problems. However, as yet these teams have not sufficiently developed this function.
Key to the new prevention policy on recreational drugs is counteracting the normalization of drug use, especially with adolescents and young adults. The Government wants to take action on several fields and expressly wants to cooperate with parents, municipalities, schools, professionals, club owners and organisers of events.
After three years of campaigning, an evaluation study of the long-term mass-media campaign NIX<18 shows that acceptance of the social norm that it is not right to smoke and drink under 18 has increased.

Policy developments in the field of addiction care

Since 1 January 2015, the mental health care sector, including the addiction care services, has been faced with new legislation. Long-term care, which was formely regulated by the EMEA (AWBZ), has been transferred to 4 different laws: the Chronic Care Act (Wlz) for 24-hour (residential) care. The Health Insurance Act (Zvw): for non-residential nursing and care. The Community Support Act 2015 (Wmo 2015): covering supporting care, such as sheltered living. The Child and Adolescent Act: long-term care for juveniles has been delegated to the municipalities.
Since 1 January 2014, the mental health care sector, including the addiction care services, 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 classification of the mental health care sector is to reduce inpatient capacity. In 2014 inpatient capacity indeed decreased.
Three new addiction care systems are being developed. Early 2016 it was decided that in 2019 a completely new product structure and financing system for the mental health care sector will be introduced.

Cannabis

More than one quarter of current cannabis users smokes dope (almost) daily

In 2015, approximately 2.8 million Dutch of 18 years and older had used cannabis at some time in their lives (21.1% of this age group). Current use (in the past month) was 6.7% and is slightly higher compared to 2014[2], which can be attributed to an increase of the 20-24 years old. More than one quarter (28.8%) of the current users smoked dope (almost) daily.

The percentage of recent cannabis users among Dutch adults of 15-64 years (the European standard age group) is 8.7%, which is higher than the 6.6% EU average. However, this percentage varies strongly between the 28 EU countries for which data is available, varying from <1% in Turkey and Malta to 9.2% in Italy and Spain.

The use of cannabis among pupils is decreasing

The percentage of Dutch secondary school pupils of 12-16 years who have ever smoked cannabis went down from 16.5% in 2003, after a stabilization around 14% in 2007 and 2011, to 9.7% in 2015.

One in twenty pupils (4.9%) smoked dope in the past month, almost half of which (45%) did so during school hours (free hours or breaks). Calculated as a percentage of all pupils who used cannabis in the past month, this is 2.5% of all pupils; in 2011 this was 3.0% of all pupils. Of all the pupils who used cannabis in the past month, 15% indicated to have bought the cannabis themselves at a coffee shop in the past year; more boys (18%) than girls (11%).

The use of cannabis among Dutch pupils of 15 and 16 years, despite the decrease, is above the average of their age bracket in 34 European countries (ever use 22% in the Netherlands against 16% in Europe; recent use 20% in the Netherlands against 13% in Europe).

Stabilization of cannabis-related request for help

After a steady increase since the late nineties, as of 2010 the number of cannabis clients in addiction care has stabilized. In 2015, 10,816 people were registered with primary cannabis problems. The number of clients with a secondary cannabis problem also stabilized. In 2015, there were 4,501 people.

THC levels: stable in most popular Dutch-grown weed, increase in most potent variety

THC is the major active ingredient of cannabis. The average THC level of Dutch-grown weed (the most popular variety of cannabis) was 16.1% in 2016 and has remained relatively stable since 2014. However, the THC concentration in Dutch-grown weed sold as the most potent type has gone up since 2014 and was 18.7% in 2016.

The THC level of imported hashish has also risen slightly in the last few years but with 19.3% in 2016 not stronger than in 2015.

Dutch-grown weed contains little cannabidiol (CBD), another constituent of cannabis that possibly counteracts some of the effects of THC. In 2016 the median of the CBD content in Dutch-grown weed was 0.4%, and 0.5% in imported weed, and 7.8% in imported hashish. The average price of one gram of Dutch-grown weed (the most popular variety) gradually increased from 6.20 euros in 2006 to 10.23 euros in 2016, but in 2015 was equal to 2016. The price of the most potent Dutch-grown weed was higher in 2016 (12.58 euros) than in 2015. The price of imported hashish fluctuated and in 2016 (9.16 euros) was equal to the previous year.

2 Comparison between 2014 and 2015 based on data on people of 15-64 years from whom data was available in both years in the Lifestyle Monitor/ Health Survey 2015, Statistics Netherlands (CBS) together with National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) and Trimbos Institute, Netherlands Institute of Mental Health and Addiction.

Cocaine

Cocaine in nightlife less popular than amphetamine and ecstasy

In 2015, an estimated one in twenty five Dutch of 18 years and older had ever used cocaine (4.3%). Converted to the entire population this means (rounded off to the nearest ten thousand) approximately 570 thousand people. Among secondary school pupils of 12-16 years the percentage of those with any experience with cocaine went down from 2.0% to 1.3% between 2003 and 2015.

The use of cocaine, especially in powder form for snorting, is still relatively common in nightlife among adolescents and young adults, but it has been surpassed in popularity by amphetamine, yet ecstasy has remained the most popular nightlife drug by far. In 2016, a national nightlife survey among adolescents and young adults of 15-35 years showed that 25% had used ecstasy in the past year and 12% had done so in the past month.

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

Gradual decrease of request for cocaine-related addiction care

Between 2006 and 2015 the number of primary cocaine clients in addiction care decreased from 8,736 to 7,295 clients and the number of secondary cocaine clients decreased from 7,488 to 6,138 clients. For almost half (45%) of the clients with a primary cocaine problem, smoking (crack) was the main method of use and for slightly more than half (54%) it was snorting. Only 1% injected cocaine.

In 2014, one in five registered deaths on account of drug intoxication was primarily attributed to cocaine (24 instances in 2014).

Cocaine still often adulterated with medicines

Most cocaine powders are adulterated with other substances. In 2015, 71% of the cocaine powders of consumers contained levamisole (a dewormer for animals), while the average percentage of levimasole increased from 7% in 2012 to 11% in 2015. In the United States, human consumption of levimasole was linked to severe cases of hematologic and skin disorders. Up to now, two cases have been reported in the Netherlands.

Nevertheless, the purity (cocaine content) is high. The average content of cocaine went up from 49% in 2011 to 64% (weight percentage) in 2015 and it is very pure compared to previous years and also compared to other European countries. However, the price remained the same. In 2015, the price of cocaine was an average 51 euros per gram. The median was 50 euros per gram from 2008 up to and including 2015.

Opiates

Steady decrease in number of opiate users in addiction care; ageing increases

Heroin use is uncommon with the general population. In 2015, 0.5% of the population of 18 years and older stated to have ever used heroin. Heroin is unpopular among young people.

However, problem users of heroin are underrepresented in population studies. In 2012, the size of this group was estimated at 14,000, which was based on a different research method than a regular population study, which is fewer than the estimated 18,000 problem opiate users in 2008.

In the past decade, the number of opiate clients in addiction care has gone down as well. Between 2006 and 2015 the number of clients with primary opiate problems went down by 32% to 9,093 clients. The group of opiate users is ageing: the average age rose from 42 years in 2006 to 48 years in 2015. In 2015 only 4% of opiate users were under 30 years.

Minor increase of new cases of HIV and hepatitis B and C among injecting drug users

The number of new and reported cases of HIV and hepatitis B and C among injecting drug users has been low for years. The number of newly diagnosed HIV cases among injecting drug users per million inhabitants (0.0 in 2014) is one of the lowest in the EU-15. However, the number of existing hepatitis C infections is high in cities that keep records. Nationally, an estimated 7,752 ever-injecting drug users could be infected with hepatitis C.

In 2014, the Causes of Death Statistics registered 123 deaths by drug overdose, where one in three overdose cases was primarily attributed to opiates (40 cases). The age at death is going up. In the early nineties, 60% of the opiate users who died were younger than 35 years, compared to only 12% in the period from 2013 to 2015.

Ecstasy

Percentage of ecstasy users relatively high and rising trend

In 2015, an estimated one in fourteen Dutch of 18 years and older had ever used ecstasy (7.0%). Converted to the entire population (rounded off to the nearest ten thousand) this means approximately 930 thousand people. In the past year the use of ecstasy was 2.8%, i.e. approximately 380 thousand people.

There are indications that the use of ecstasy has increased since 2009. The higher percentages of recent and current ecstasy users in 2015 compared to 2014 could indicate a continuation of this trend.

Ecstasy use in the Netherlands is well above the European average. As to the age group of 15-34 years, the European average of recent use is estimated at 1.7%, compared to 6.6% in the Netherlands.

There have been earlier indications of an increase in ecstasy use in nightlife. In 2016, a national online survey showed that a little over half (55%) of the adolescents and young adults have ever used ecstasy in nightlife. The percentages of ecstasy users in the past year and the past month were 46% and 22%, respectively.

Request for addiction care with ecstay users is small

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

Increase in proportion of highly potent ecstasy pills

In 2015, the average MDMA content in ecstasy pills further increased to 148 mg MDMA and the proportion of highly dosed ecstasy pills (containing more than 105 mg MDMA) increased to 80%. Not only the MDMA content of ecstasy pills went up, but also the prevalence of ecstasy use increased. This may have contributed, partly due to an underestimation of the health risks involved, to an increase in the gravity of ecstasy-related intoxication incidents at big events. The proportion of moderate and serious ecstasy intoxications at first-aid posts increased from 7% in 2009 to 28% in 2014. Also in 2015 this proportion remained high at 28%.

Psychostimulants such as ecstasy play a minor role in drug-related mortality, although the exact number of deaths by these substances is unknown. Data of the Netherlands Forensic Institute (NFI) on deaths in 2015 indicate that MDMA was found in 8 cases. Over a prolonged period of time (2006-2015), the total number of deaths involving MDMA, whether or not in combination with other substances, is 47.

Amphetamine

Amphetamine users relatively often male

In 2015, 1 in 25 Dutch of 18 years and older indicated to have ever used amphetamine (4.0%), approximately half a million adults. One tenth of these had used amphetamine in the past month (0.4%). Compared to the European average (0.5%) the percentage of 15-64 years old in the Netherlands that had used amphetamine in the past year is high (1.3%).

The earlier rise in popularity of amphetamine as a nightlife drug appears to decline. Yet an online national survey in 2016 showed that one third of the people in the nightlife scene had had any experience with amphetamine, one quarter had used it in the past year and one in eight even in the past month.

Decrease in amphetamine use among pupils

Between 2003 and 2015 the percentage of pupils of 12-16 years that had had any experience with amphetamine halved to 1.1%. Use in the past month was 0.6%. International comparison indicates that ever use of amphetamine among Dutch of 15 and 16 years old is in the middle bracket.

Signs of increase of methamphetamine use in the subgroup of men who have sex with men

Although the use of methamphetamine (a highly potent variety of amphetamine) in the Netherlands is a niche activity, there are signs of an increase in the use of this substance in a small group of men who have sex with men, in a sexual setting (chemsex). Sometimes the substance is injected ('slamming'). This is conducive to sexually hazardous behaviour and the transmission of infectious diseases. However, national figures are not available.

Amphetamine-related request for help increased in the past decade

In 2015, over 2,500 people were treated by the addiction care services on account of a primary or secondary amphetamine problem. The number of people that were primarily treated for amphetamine problems between 2006 and 2014 increased by 67% and did not rise further in 2015. However, the proportion of amphetamine in all requests for help combined remained small, despite an increase of 4% in 2005 to 6% in 2015.

New Psychoactive Substances (NPS)

Use of NPS in general population

'New Psychoactive Substances' (NPS) is a collective term for substances which are similar in effect to the 'traditional' illegal drugs, but which are not (yet) included in drugs legislation and are in most cases produced for this purpose. Little is known about he risks of most NPS. Often these are substances that – after a few years' absence – once again appear on the drugs market.

Little is known about the use of NPS by the general population. The figures that are available suggest that use of NPS is limited. Among secondary school pupils of 15-16 years, 2% indicated in 2015 to have ever used an NPS; this is below the European average in 34 countries (4%). An online nightlife survey among a high risk group of adolescents and young adults (The Great Nightlife Survey 2016), also shows that ever use of most NPS is relatively low (1%-4%). A few substances are an exception. Almost one quarter (24.5%) of the adolescents and young adults who go out at night had used 4-fluoramphetamine (4-FA, see below) in the past year and almost one in ten (9.5%) was a recent user of 2C-B, a substance that has been on List I of the Opium Act since 1997.

Increase in 4-fluoramphetamine use and incidents

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

An increase in use (among certain groups) also increases (sometimes fatal) public health risks. In 2015, the Monitor drug-related emergencies (MDI) registered 187 4-FA-related incidents, which is higher than in the three previous years combined. Most patients who sought help at the first-aid post at parties on account of possible 4-FA intoxication were relatively young. In many cases, they had also used another drug in addition to 4-FA, which resulted in more serious intoxications. Incidents with other NPS hardly appear in the MDI. The National Poisons Information Centre (NVIC) also noted an increase in the number of 4-FA information requests. Except for 2C-B, few other NPS were registered.

GHB

GHB used by various groups

The use of gamma hydroxybutyrate (GHB) is relatively uncommon with the general population and among secondary school pupils. In 2015, 1.6% of the population of 18 years and older had ever used GHB, an estimated 210 thousand people. Current use (in the past month) was 0.2%, a lower percentage than that of ecstasy (1.0%), cocaine (0.7%) and amphetamine (0.4%).
In 2015, 0.4% of the 12-16 years old secondary school pupils, had ever used GHB.

GHB is relatively often used by adolescents and young adults who go out. According to a national survey in 2016, 14% of the people of 15-35 years who go out at night had had any experience with GHB or GBL, gamma butyrolactone, one of the ingredients of GHB. In Amsterdam the image of GHB appears to deteriorate, because of the negative connotation of 'swooning' and a growing awareness of the addiction risks, although the substance remains firmly rooted in nightlife.
GHB is also used outside the nightlife scene. It is for instance also used by marginalized groups, such as teenage loiterers and 'home users' who use the drug together with friends at 'home parties', or who use GHB on their own, when taking the drug no longer is a social affair. There are regional differences in the Netherlands in the prevalence of (problem) use, request for help and health incidents.

Minor and stable request for GHB-related help, but risk of relapse considerable

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 a primary GHB problem increased from 60 clients in 2007 to 837 clients in 2015. Most clients (78%) were already known with the addiction care services and were registered already. The risk op relapse after treatment is considerable. Within three months after detoxification, 70% are already reveiving treatment again.

Acute GHB incidents often serious

Dosing GHB is difficult and the risk of overdose is high. Considering that GHB use is small within the total population, the number of GHB incidents is high. Notably, there is a relatively large number of patients with serious intoxication after the use of GHB. The proportion of moderate and serious GHB intoxications at first-aid posts increased from 34% in 2009 to 73% in 2015.
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 2015 the Netherlands Forensic Institute (NFI) registered 2 deaths with which GHB may have been involved.

GHB is cheap

Consumers paid approximately 35-40 euros for a quarter of a litre of GHB in 2015. For homemade GHB a user approximately pays no more than 10 euros per quarter of a litre.
GBL (gamma butyrolactone, one of the ingredients of GHB) is even more potent than GHB in its pure form. The risks of GBL are comparable to those of GHB, but the use of GBL appears to be more limited as yet.

Sedatives and Tranquillizers and other Psychoactive Medicines

Use of benzodiazepines relatively high among women and elderly

Not only alcohol and drugs can lead to addiction, but also chronic use of sedatives and tranquillizers 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, 10.1% of the general Dutch population of 15-64 years had used sedatives or tranquillizers in the past year; 5.9% were current users (use in the past month). Converted to the total population at the time that means 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 were older than 65 years. This means that this age group is over-represented.

In 2007-2009, 0.3% of the population of 18-64 years were diagnosed with abuse and 0.2% were diagnosed with dependency of sedatives or tranquillizers. These disorders are more common among women than among men. Converted to the population this means abuse for 35 thousand people and dependency of sedatives and tranquillizers for approximately 22 thousand people.

Request for help with sedatives and tranquillizers remains small

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

In 2014, 79 deaths of overdose by these medicines were registered, 20 of which by benzodiazepines, 8 of which by (other) sedatives and 51 cases by barbiturates. Most of these cases were suicides. The development in time (from 2005 up to and including 2012) was erratic and without any clear trend. Between 2013 and 2014 the number of barbiturate cases increased from 31 to 51.

0.3 Alcohol and Tobacco

Alcohol

Alcohol use among adults

In 2015, 81% of the Dutch population of 18 years and older had drunk alcohol at one time or other in the past year. That is comparable with 2014. Because of a breach of method in the figures of Statistics Netherlands (CBS), no comparison can be made to previous years.

In 2015, one third of the Dutch of 18 years and older did not comply with the new norm of the Health Council of the Netherlands of drinking a maximum of 1 glass of alcohol per day. Men (almost half of them) more often did not comply with the norm than women. In 2015, exactly one in ten Dutch of 18 years and older was a 'heavy drinker' (men drinking 6 glasses of alcohol at one day at least once a week; women 4 glasses).

Alcohol use among young people decreased further

Where in previous years only a decrease was evident in the younger age groups of 12-14/15 years old, between 2011 and 2015 a clear trend is visible of a decrease of the intake of alcohol among pupils of 15 and 16 years old. Among 12-16 year old, only 25.5% had consumed alcohol in the past month (current drinkers), while in 2011 that was still 37.8%. Also the percentage of 'binge drinkers' decreased (drinking five glasses or more at one time; 17.5% in 2015). International comparison shows that the use of alcohol among 15/16 years old Dutch pupils, despite a sharp fall, still remains above the average in 34 European countries. According to a survey, compliance with the legal ban on selling alcoholic beverages to young people improved in 2016 (36% of all purchase attempt) compared to 2015 (22%). However, this still means

that the majority of purchase attempts by minors succeeds. For minors, the social environment (friends, parents, others) still offers by far the main opportunity of accessing alcohol.

The number of alcohol-related hospital admissions keeps rising

The number of clients in addiction care with a primary alcohol problem between 2006 and 2015 fluctuated around 32,000 clients. Alcohol addicts still are the largest group with the addiction care services. In 2015, 46% of all requests for help with the addiction care services were alcohol-related. The proportion of people over 55 increased from 20% in 2006 to 28% in 2015.

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

In 2015, according to the Netherlands Research Centre for Paediatrics (NSCK), 931 young people up to 18 years were admitted into hospital on account of excessive use of alcohol, approximately one fifth more than in 2014. The number of A & E treatments on account of alcohol intoxication has also almost doubled in ten years' time, to about 6,100 in 2015.

In 2013, 844 deaths were directly attributed to alcohol-related disorders and 882 in 2014. With respect to alcohol as secondary cause of death, no reliable figures are available as of 2013. According to an estimation, in 2013 the number of alcohol-related traffic deaths was between 60 and 135.

Tobacco

More than one quarter of Dutch smoke (at some time or other)

In 2015, 26.3% of the Dutch of 18 years and older smoked at some time or other, i.e. 3.5 milion people, and 19.5% smoked every day. In the past ten years a downward trend in the prevalence of smoking is discernible. However, this trend appears to level out, but because of breaches of method, no recent trends can be ascertained.

The percentage of daily smokers among highly educated people is still lower than among lower educated people.

The percentage of smokers among young people has been declining steadily. Between 2011 and 2015, the number of secondary school pupils of 12-16 years who had ever smoked went down from 33% to 23% and the number of daily smokers halved from 6% to 3%. Only 6% of the 16 years old were daily smokers. Lower secondary school (VMBO) pupils smoke the most, and higher secondary school (pre-university) pupils smoke the least.

Total compliance with the age limit for the sales of tobacco increased from 27.4% in 2015 to 43.1% in 2016. Yet, the main source of accessing tobacco products for minors is their social environment.

In the long term the sales of cigarettes and rolling tobacco has been decreasing, with an occasional peak on account of various temporary influences. In 2015, 15.8 billion cigarettes and rollies were sold. In 2002 that were 30.1 billion.

Many smokers intend to quit, but only an minority make an attempt

In 2015, 37% of the smokers of 18 years and older had made an attempt to quit in the past 12 months, 86% of which quit smoking for longer than 24 hours. In 2014 an 2015 the campaign 'Stoptober, 28 days without smoking!' was launched, aimed at encouraging smokers to stop smoking for 28 days and to rally mass support for this. A total of 120,000 smokers participated and 74% of the participants, based on self-reports, did not smoke for 28 days.

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

Of the total burden of disease 13.1% can be attributed to smoking. Smoking remains the number one cause of premature death. In 2014, approximately 19,200 people of 20 years and older in the Netherlands died of the immediate effects of smoking (preliminary figure up to early 2017), approximately the same as in 2013. Lung cancer is the main immediately smoking-related cause of death. Actual smoking-related mortality is higher, because the effects of passive smoking have not been discounted.

0.4 Alcohol and Drug-related Crime

Opium Act Offences

Synthetic drugs

The number of reported dismantled production sites, warehouses and waste dumps connected with the manufacture of synthetic drugs has been increasing. Since 2012, the National Facility Supporting Dismantling (LFO) notices the (re)introduction of (new) production processes, (pre)precursors and the production and processing of new psychoactive substances. In 2016, there are also signs of the production of mephedrone. In 2015, several chemicals used for the production of synthetic drugs were seized, for instance PMK and BMK, the major chemical ingredients for the manufacture of ecstasy and amphetamine.

Hemp cultivation

In 2015, almost 6,000 hemp nurseries were cleared, fewer than in 2014. Most were cleared in the east of the Netherlands, Limburg and Rotterdam.

Online drug trafficking

Online drug traficking via the 'dark net' on the internet increases. Especially cannabis, stimulants and ecstasy are sold. However, compared to offline traficking, this type of trafficking is not considerable.

Criminal investigation into organised drug crime

In 2015, 341 criminal investigations were carried out into disruptive organised crime in which illegal drugs were especially targeted. In 37% of the cases cocaine or heroin was involved, in 34% of the cases it was mass hemp cultivation and in 30% of the cases it was synthetic drugs.

The National Police Forces and the Public Prosecution Service observe a trend that organised crime is often combined with money laundering and arms trafficking and that more often more than one type of drug is trafficked at the same time. The risks appear to be increasingly spread.

Intake of Opium Act offences with the Public Prosecution Service

In 2015, the intake of Opium Act offences with the Public Prosecution Service (OM) decreased. Soft drug and hard drug cases dropped equally, but the number of soft and hard drug cases combined is increasing. The proportion of Opium Act cases with the Public Prosecution Service and the courts is more or less the same as in 2014. The proportion of soft drug offences still exceeds that of hard drug offences. Most hard drug offences involve the possession of a hard drug. This is different from soft drug offences, which usually involves cannabis cultivation.

Sanctions for Opium Act offences

The Public Prosecution Service (OM) brings most Opium Act cases to court, 10% of which end in acquittal, especially and increasingly so in soft drug cases. Community service orders and (partly) unconditional prison sentences are the most common sanctions with Opium Act cases, followed by financial penalties imposed by the Public Prosecution Service. In 2015, the proportion of (partly) unconditional prison sentences and financial penalties imposed by the Public Prosecution Service was relatively low. Community

service orders are mostly imposed in soft drug cases, unconditional prison sentences are mostly imposed in hard drug cases, this pattern does not change in 2015.
In 2015, 18% of all inmates were imprisoned on account of Opium Act offences. A proportion of the Opium Act offenders again comes into contact with the law because of drug offences after their first prosecution or conviction. After one year this is 6%, after ten years over one quarter. This is low compared to other offences. Hard drug offenders more often reoffend and mostly for more serious offences than soft drug offenders.

Offences Committed by Alcohol and Drug Users

Users most often commit offences against property
The alcohol and drug users who are registered in police files mostly commit offences against property. In the Institution for Prolific Offenders (ISD), a severe legal measure, most inmates are problem substance users and offences against property is on top of the list of the offences most often committed.

Help and punishment
The addiction probation services are called in with approximately 20,000 offenders per year and they conduct various activities on behalf of them. In most cases they advise the Public Prosecution Service (OM), the courts and the prison services and they supervise offenders.
Prisons are required to conduct more case findings and refer prisoners with addiction problems to care facilities. They also need to cooperate more with the addiction care services and the addiction probation services. Steps into that direction have been made the last few years.

Drug and Alcohol-related Nuisance

Nuisance unchanged in 2015
In 2015, approximately 25% of the Dutch population experienced some nuisance on account of drug dealing or drug use in their own neighbourhoods; 4% experienced serious nuisance. Around 27% sometimes experienced nuisance on account of drunk people in the streets; 3% experienced serious nuisance. Compared to 2014, there are no differences in the nuisance experienced on account of alcohol or drug users.

0.5 Table 1a, part 1 Key Figures Substance Use: Opium Act Substances

	Cannabis	Cocaine	Opiates[I]	Ecstasy	Amphetamine	GHB	Sedatives and tranquillizers
USE GENERAL POPULATION (2015)							
- Percentage current users, 18+[II]	4.2%	0.7%	<0.1%	1.0%	0.4%	0.2%	5.9% (2009, 15-64 years)
- Percentage recent users, 18+[II]	6.7%	1.6%	0.1%	2.8%	1.3%	0.5%	10.1% (2009, 15-64 years)
- In 2015 compared to 2014 (15-64)[III]	Equal	Equal	Equal	Increase	Equal	-	-
- International comparison[IV]	Above average	Average	Low	Above average, highest in EU	Above average	Unknown	-
USE OF YOUNG PEOPLE, PUPILS (2015)							
- Percentage current users, 12-16 years	4.9%	0.5%	0.3%	0.6%	0.6%	0.2%	-
- Trend (2003-2015)	Decrease	Decrease	Decrease	Decrease	Decrease	-	-
- International comparison, 15/16 years (2015)[V]	Above average	Average	Average	Above average	Average	Average	Above average
NUMBER OF PROBLEM USERS	**2007-2009**		**2012**				**2007-2009**
	29,300 (dependent) 40,200 (abuse)	Unknown[VI]	± 14,000	Unknown	Unknown	Unknown	22,000 (dependent) 35,000 (abuse)
NUMBER OF ADDICTION CARE CLIENTS (2015)[VII]							
- Substance as primary problem - Substance as secondary problem	10,816 4,501	7,295 6,138	9,093 2,053	122 359	1,794 742	837 167	581 803
- Trend (2006-2015)	After increase stable since 2011	Decrease	Decrease	Decrease	Increase	Increase	Decrease
NUMBER OF HOSPITAL ADMISSIONS (2014)				**Psychostimulants**			
- Substance disorder/intoxication (primary diagnosis)	100	150	146	339		Unknown	1,741
- Substance disorder/intoxication (secondary diagnosis)	995	813	906	388		Unknown	1,210
REGISTERED DEATHS (2014)[VIII]				**Psychostimulants**			
	Almost no primary mortality	24 (primary)	40 (primary)	14		4	79

I. Mainly heroin (and methadone). II. Recent use is use in the last year, current use is use in the last month. In future annual reports figures for the general population in the context of the National Health Survey/Lifestyle Monitor will be rendered for the age group of 18 years and older. III. Among 15-64 year's old in 2014 and 2015. No figures are available for previous surveys on account of breaches of method (see appendix D.2: Health Survey/Lifestyle Monitor). IV. Compared to the weighted average of recent use in European Union member states (EMCDDA). V. Compared to the unweighted average in 34 European countries (ESPAD). VI. 0.5% in the 3 largest cities is addicted to crack. VII. Addiction care as registered anonymously in the National Alcohol and Drugs Information System (LADIS). For an overview of all institutions participating in LADIS, see appendix D.5. VIII. The definitions and estimation methods for drugs, alcohol and tobacco-related deaths differ and these categories cannot be compared. Primary death: substance as primary (underlying) cause of death. Secondary death: substance as secondary cause of death (contributing factor or complication). See appendix B.1 for an explanation.

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

	Alcohol	Tobacco
USE GENERAL POPULATION (2015)		
- Percentage recent users of 18 years and older	80.8%	26.3%[I]
- Trend in use	Between 2014-2015: stable. Comparison to previous years not possible	Between 2014-2015: stable. In previous years: decrease
- International comparison	Above average	Below average
USE OF YOUNG PEOPLE, PUPILS (2015)		
- Percentage current users, 12-16 years[II]	25.5%	3.1% (daily)
- Trend (2003-2015)	Decrease	Decrease
- International comparison, 15/16 years (2015)[III]	Above average	Average
NUMBER OF PROBLEM USERS	**2007-2009**	**2015**
	82,400 (dependency) 395,600 (abuse)	±540,000[IV]
NUMBER OF CLIENTS ADDICTION CARE (2015)		
- Substance as primary problem - Substance as secondary problem	29,374 4,575	809 3,136
- Trend (2006-2015)	Stable	Increase
NUMBER OF HOSPITAL ADMISSIONS (2014)		
- Substance disorder/intoxication (primary diagnosis)	4,682	Unknown
- Substance disorder/intoxication (secondary diagnosis)	17,368	
REGISTERED DEATHS (2014)[V]		
	882 (primary)[VI]	19,594 (2013) (directly caused by smoking)[VII]

I. This is the percentage of smokers according to the Statistics Netherlands (CBS) Health Survey/ Lifestyle Monitor. II. No data on current smoking among pupils in 2015 are available. This table represents 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 cigarettes or more per day) in the population of 18 years and older. V. Primary death: substance as primary (underlying) cause of death. Secondary death: substance as secondary cause of death (contributing factor or complication). VI. Deaths caused by traffick accidents and cancer-related deaths are not included here. Figures on the number of deaths for which alcohol-related diseases are registered as secondary cause of death are not available for 2014. VII. See appendix D.1 for the estimation method of smoking-related mortality.

0.7 Table 1b Key Figures Drug Crime: Opium Act Offences in the Criminal Justice System

Stage	Criminal investigation of the more serious forms of organised crime[I]	Number of suspects police/ RNLM[II]	Number of cases Public Prosecution Service (OM) Intake	Settlements by judge in the 1e instance	Detainees[III]
Number Opium Act[I]					
- Total	193 (2012: 222)	17,675 (2013: 18,849)	17,538 (2014: 18,618)	9,708 (2014: 9,447)	1,362 (2014: 1,397)
- Hard drugs	34% (exclusively hard drugs)	7,454 (2013: 7,766)	7,439 (2014: 7,910)	4,067 (2014: 4,012)	Unknown
- Soft drugs	24% (exclusively soft drugs)	9,001 (2013: 9,251)	9,313 (2014: 9,952)	5,083 (2014: 4,945)	Unknown
- Both	42% (hard+soft)	1,214 (2013: 1,830)	784 (2014: 756)	558 (2014: 490)	Unknown
- **Development most recent compared to previous year absolute**	2013-2014: unknown 2012-2013: decrease	Decrease (probably due to the provisional nature of the data)	Decrease	Increase (3%)	Constant
- **Overall trend 2005-2014/2015**	2006-2008 higher in numbers than period afterwards, downward trend in 2011-2013	Decrease up to 2010, then increasing/ stable, decrease in 2014	Decrease up to 2010, then fluctuation (around 18,000)	Decrease up to and including 2011, then increase	Decrease[IV]
% Opium Act on total	72%	8.7%	9.2%	8.9%	18%
- **Development 2013/2014-2015** % Opium Act	2013-2014: unknown 2012-2013: increase (69%→72%)	Increase (8.2%→8.7 %)	Increase (8.8%→9.2 %)	Stable (8.9%→8.9%)	Increase (17%→18%)

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

1. Inleiding

1.1 De Nationale Drug Monitor ▶ pagina 039

1.2 Samenwerkingsverband ▶ pagina 040

1.3 Jaarbericht 2016 ▶ pagina 040

1. Inleiding

1.1 De Nationale Drug Monitor

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

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

De NDM is in 1999 opgericht. Dat gebeurde op initiatief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Drugsbeleid kent echter niet alleen volksgezondheidsaspecten, maar ook aspecten van criminaliteit en overlast. Sinds 2002 ondersteunt ook het Ministerie van Veiligheid en Justitie de NDM.

De NDM behartigt de volgende functies:

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

In de NDM 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 het Jaarbericht 2015 (Van Laar et al., 2015; bijlage D).

Voor zover beschikbaar zijn ook gegevens opgenomen over aanbod en markt, zoals de prijs en kwaliteit van drugs. De NDM rapporteert ook over de geregistreerde drugscriminaliteit en de strafrechtelijke reactie hierop. Dit gebeurt eveneens volgens een serie met het Ministerie van Veiligheid en Justitie overeengekomen indicatoren, waarvoor het WODC gegevens verzamelt (Meijer et al., 2003; Snippe et al., 2000). De Datamart Drugs van het WODC integreert hiertoe cijfers uit registratiesystemen van politie, Openbaar Ministerie en justitiële documentatie.

1.2 Samenwerkingsverband

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

De kwaliteit van de publicaties wordt gewaarborgd door de Wetenschappelijke Raad van de NDM. Deze Raad beoordeelt alle conceptteksten en adviseert over de kwaliteit van de monitoringgegevens. De Werkgroep Prevalentieschattingen van problematisch middelengebruik en de Werkgroep 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 2016

Het Jaarbericht 2016 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. Daarnaast zijn er de zogenaamde 'Nieuwe Pyschoactieve Stoffen' (NPS). Dit zijn stoffen met vergelijkbare effecten en risico's als de bestaande illegale drugs, maar ze vallen niet onder het regiem van de Opiumwet[1]. 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

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 hierop een uitzondering.

toegenomen en ook in Nederland is voor sommige middelen een aparte gebruikersmarkt ontstaan, reden voor een apart hoofdstuk NPS. Tegelijk zijn er aparte hoofdstukken voor ecstasy en amfetamine opgesteld, in plaats van deze middelen in één hoofdstuk te integreren. Gebruikersgroepen en markten voor deze middelen overlappen (zie bijvoorbeeld figuur 15.1) maar zijn tegelijkertijd divers genoeg om hierover apart te rapporteren.

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

In hoofdstuk 2 van dit Jaarbericht wordt een overzicht gegeven van de recente ontwikkelingen in wetgeving en beleid, eerst voor de wettelijke kaders van opiumwetmiddelen (§ 2.1), daarna voor de wettelijke kaders voor het reguleren van alcohol en tabak (§ 2.2), de beleidsontwikkelingen in preventie en de hulpverlening (§ 2.3), gevolgd door het beleid ter bestrijding van alcohol- en drugsgerelateerde criminaliteit (§ 2.4). De wettelijke kaders worden behandeld voor de Opiumwetmiddelen, de slaap- en kalmeringsmiddelen en voor alcohol en tabak. Bij de ontwikkelingen in preventie en hulpverlening worden de verschillende middelen gezamenlijk behandeld. Dit NDM Jaarbericht geeft een overzicht van de beleidsontwikkelingen tot 1 juli 2016.

De hoofdstukken 3 tot en met 9 geven een overzicht van de ontwikkelingen in het gebruik van Opiumwetmiddelen: cannabis (hoofdstuk 3), cocaïne (hoofdstuk 4), de opiaten (hoofdstuk 5), ecstasy (hoofdstuk 6) en amfetamine (hoofdstuk 7), Nieuwe Psychoactieve Stoffen (hoofdstuk 8), GHB (hoofdstuk 9) en de slaap- en kalmeringsmiddelen (en oneigenlijk gebruik van psychoactieve medicijnen; hoofdstuk 10). Hoofdstuk 11 behandelt het gebruik van alcohol en hoofdstuk 12 het gebruik van tabak. 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 13 beschrijft trends in de handel, de productie en het bezit van illegale drugs en hoofdstuk 14 geeft een overzicht van delicten gepleegd door alcohol- en drugsgebruikers en de interventies die daarbij zijn toegepast. Cijfers over middelengebruik en drugscriminaliteit kunnen op verschillende manieren worden verzameld en weergegeven. Bijlage A geeft informatie over de terminologie.

Monitoringperikelen

In de afgelopen jaren hebben zich voor een aantal registratie- en monitoringsystemen wijzigingen voorgedaan in de methoden van gegevensverzameling en/of -verwerking. Hoewel niet elke methodenwijziging een trendbreuk teweeg hoeft te brengen, is voor een aantal bronnen uit nadere analyses gebleken dat cijfers voor en na de methodeverandering niet vergelijkbaar zijn, en het derhalve niet mogelijk is om uitspraken over recente trends te doen. Wij zullen dit expliciet benoemen in de betreffende paragrafen (zie voor een aantal bronnen ook bijlage D). Conclusies over *recente trends* zijn – onder andere – niet mogelijk voor het middelengebruik in de algemene bevolking, aan middelengebruik gerelateerde ziekenhuisopnames en sterfgevallen door drugs-, alcohol-, en tabaksgebruik.

Zo vond in 2014 een 'herontwerp' plaats van de Gezondheidsenquête van het Centraal Bureau voor de Statistiek. Een analyse liet zien dat deze wijzigingen vermoedelijk tot wijzigingen in gebruikscijfers voor alcohol, roken en drugs hebben geleid (zie bijlage D.2). Voor drugs ontbreken al langer trendgegevens. Het drugsgebruik in de algemene bevolking werd tot 2014 niet jaarlijks in kaart gebracht en de methode

van de voorlaatste peiling in 2009 was ook gewijzigd vergeleken met die uit 2005. Een tweede opmerking betreft de leeftijdsgroepen. Conform de kerncijfers voor het beleid van de Staat van Volksgezondheid en Zorg (Staat van V en Z; zie: www.staatvenz.nl), zullen gegevens standaard worden weergegeven voor de leeftijdsgroep 18 jaar en ouder. In voorgaande Jaarberichten rapporteerden wij voor drugs voor de bevolking van 15-64 jaar, en voor alcohol en roken voor de bevolking van 12 jaar en ouder. Voor jongeren zullen kerncijfers voor scholieren van het voortgezet onderwijs in de leeftijdsgroep van 12-16 jaar worden gepresenteerd. Als aanvulling hierop zijn gegevens opgenomen van het middelengebruik onder 16-18-jarige studenten van het MBO en HBO, afkomstig van een in 2015 voor het eerst uitgevoerde landelijke peiling (Verdurmen et al., 2016).

Een tweede bron waarvoor een trendbreuk is geconstateerd, betreft de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ; voorheen Landelijke Medische Registratie, LMR), met gegevens over middelen-gerelateerde de opnames in algemene ziekenhuizen. In 2013 is de LBZ overgegaan van de 9e editie van de International Classification of Diseases (ICD-9) naar de 10e editie (ICD-10). Door het niet volledig matchen van ICD-9 en ICD-10 codes is een trendbreuk mogelijk. Omdat in dit jaar bovendien vanwege het ontbreken van te veel gegevens geen betrouwbare 'bijschatting' kon worden gemaakt, wordt in het Jaarbericht 2016 primair voor registratiejaar 2014 gerapporteerd (zie bijlage D.4).

Vanwege een overgang in 2013 naar het automatisch coderen van doodsoorzaken in de Doodsoorzakenstatistiek, zijn gegevens over de sterfte gerelateerd aan alcohol, drugs en roken van voor 2013 niet vergelijkbaar met cijfers vanaf dit jaar. Bovendien is het (voorlopig) niet mogelijk om secundaire doodsoorzaken te selecteren, zoals voorheen altijd werd gerapporteerd voor alcohol (zie bijlage D.1).

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

- Zo zijn er over 2015 slechts beperkte landelijke cijfers beschikbaar gekomen over hoeveelheden in beslag genomen drugs. Hierdoor kan niet gerapporteerd worden hoeveel drugs in Nederland in beslag zijn genomen.
- Landelijke cijfers over in beslag genomen (pre-)precursoren, ontmantelde productielocaties en geruimde hennepkwekerijen zijn er wel, maar het is niet geheel duidelijk in hoeverre die een volledig beeld geven.
- Over drugsgebruikers in het strafrechtelijk systeem is weinig bekend; niemand weet hoeveel drugsgebruikers er binnenkomen en hoe vaak behandeling aangewezen zou zijn met het oog op het voorkomen van recidive.

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

Innovatie in monitoring: rioolwateranalyses

In afgelopen jaren verschenen in de media en in wetenschappelijke tijdschriften in toenemende mate berichten over een nieuwe manier om het drugsgebruik in de bevolking te meten (EMCDDA, 2016). Deze nieuwe manier werkt niet via vragenlijstonderzoeken in een representatieve steekproef van in het bevolkingsregister ingeschreven respondenten, maar via het analyseren van monsters uit rioolwater in een bepaalde tijdsperiode (vaak een week) en geografisch gebied.

Voordeel van rioolwateranalyse is dat deze methode een beter beeld kan geven van de totale hoeveelheid geconsumeerde drugs, vergeleken met schattingsmethoden gebaseerd op vragenlijstonderzoek en zelfrapportage (bijv. Beens et al., 2016). Bij laatstgenoemde 'traditionele' methode kan een onderschatting optreden vanwege non-response (bijvoorbeeld dat de zwaarste gebruikers zijn ondervertegenwoordigd),

geheugenbias (niet meer herinneren welke drugs, en hoeveel en vaak, in een bepaalde periode zijn gebruikt), en onderrapportage, omdat mensen hun drugsgebruik niet durven of willen toegeven. Ook kunnen met rioolwateranalyses snelle ontwikkelingen op de markten worden gemonitord, zoals voor de NPS, waarbij gebruikers geregeld middelen consumeren waarvan zij zich niet bewust zijn. In Nederland, waar via het DIMS continu een actueel beeld van de drugsmarkt op gebruikersniveau wordt verkregen (o.a. § 6.8, § 8.8), zal dat minder urgent zijn.

Maar er zijn ook nadelen verbonden aan monitoring via rioolwateranalyses. Afgezien van knelpunten en onnauwkeurigheden in het terugrekenen van de concentraties drugs in het rioolwater naar oorspronkelijke gebruikshoeveelheden, is het niet mogelijk om een koppeling te leggen tussen de geschatte hoeveelheid drugs en het aantal gebruikers en hun kenmerken, en de sterkte en zuiverheid van drugs. Er wordt bij de omrekening naar de bevolking ook geen rekening gehouden met bezoekers (die niet tot de bevolking behoren), zoals toeristen en uitgaanders. Zo kan met rioolwateranalyses niet worden vastgesteld of een klein aantal oudere (verslaafde) personen dagelijks forse hoeveelheden crack consumeert, of veel jonge personen (al dan niet uit het buitenland of andere gemeenten) elk weekend recreatief snuiven. Dit geldt ook voor andere risicofactoren, die wel in gebruikersonderzoeken kunnen worden uitgevraagd. Voor middelen waarvan geen afbraakproduct gemeten kan worden, maar alleen de oorspronkelijke stof, zoals voor MDMA en amfetamine, is het ook lastig om onderscheid te maken tussen menselijke consumptie en dumpingen van deze middelen (bijvoorbeeld een partij ecstasypillen die door het toilet worden gespoeld bij een inval). Dit zou voor Eindhoven de zeer hoge MDMA loads in 2012-2014, en de hoge load voor amfetamine in 2013 kunnen verklaren (Ort et al., 2014, zie ook EMCDDA[2]). Vooralsnog, en in afwachting van nieuwe wetenschappelijke inzichten, zijn deze knelpunten ten aanzien van de betrouwbaarheid en interpretatie van gegevens over rioolwateranalyses reden om deze niet structureel in de drugshoofdstukken van het NDM Jaarbericht 2016 te rapporteren. In het kader staan in grote lijnen de resultaten van de studie in 2015.

Rioolwateranalyses naar drugsgebruik

In een grootschalige Europese studie in 2015 van het Europees netwerk SCORE ("Sewage analysis CORe"; score-cost.eu/) werden monsters uit rioolwaterzuiveringsinstallaties verzameld en chemisch geanalyseerd in 27 landen en 67 steden. De monsters werden gedurende 24 uur in een week in de maand maart verzameld. Het EMCDDA analyseerde gegevens van 44 steden in 18 EU landen (EMCDDA, 2016a; www.emcdda.europa.eu/topics/pods/waste-water-analysis). Voor 16 steden werden vergelijkingen gemaakt met jaarlijkse peilingen vanaf 2011. Deze, en andere studies, laten in het algemeen kenmerkende temporele en geografische patronen zien: hogere 'loads' van stimulantia, zoals amfetamine en cocaïne, in het weekend, dan doordeweeks, en verschillen tussen steden, zoals ook verwacht zou worden op grond van prevalentieonderzoek.

- Amsterdam stond op nummer twee (na Londen) voor de gemiddelde dagelijkse cocaïne load (of 'vracht' in mg per 1.000 inwoners per dag), op de voet gevolgd door Antwerpen. Eindhoven stond op 12e plaats (met twee keer lagere loads dan in Amsterdam), en Utrecht stond op nummer 24.
- Amsterdam stond van 44 steden ruimschoots op de eerste plaats voor de gemiddelde dagelijkse MDMA load, op de voet gevolgd door Eindhoven. Maar Eindhoven sprong er van 44 steden uit wat betreft de MDMA load in het weekend. Daarna volgden Antwerpen en Utrecht met loads die ongeveer 2,5 keer lager waren dan die in Amsterdam.
- Voor amfetamine waren de gemiddelde loads het hoogst in drie Belgische steden (Antwerpen-Zuid, Geraardsbergen, Oostende). Amsterdam kwam op de 16e plaats met circa vier keer lagere loads dan voor Antwerpen-Zuid. Utrecht stond op de 21e plaats en Eindhoven was niet meegenomen. Methamfetamine werd amper in Nederlandse steden aangetroffen.
- Jaarlijkse monitoringgegevens voor 2011-2015 lieten zien dat de hoogste MDMA loads consistent werden gevonden in de Belgische en Nederlandse steden, en dat in de meeste steden de loads hoger waren in 2015 dan in 2011. Volgens het EMCDDA zou dit onder andere verklaard kunnen worden door een toename in de beschikbaarheid van MDMA en een toegenomen sterkte (zuiverheid) van ecstasy.

2 www.emcdda.europa.eu/topics/pods/waste-water-analysis

Middel-gebonden indeling

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

De hoofdstukindeling per middel gaat echter voorbij aan het feit dat mensen vaak meer dan één middel – al dan niet gelijktijdig – gebruiken en dat gezondheidsrisico's ook sterk samenhangen met het al dan niet gecombineerd gebruik van middelen. In een aantal paragrafen wordt hier wel naar verwezen, maar de lezer dient hier op bedacht te zijn. Ter illustratie wordt in Bijlage D2 de overlap in het gebruik van cocaïne, ecstasy en amfetamine onder de Nederlandse bevolking nader toegelicht.

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: recente ontwikkelingen

2.1 Wettelijke kaders: Opiumwetmiddelen ▶ pagina 046

2.1.1 De Opiumwet ▶ pagina 046

2.1.2 De Aanwijzing Opiumwet en de Richtlijn voor strafvordering Opiumwet ▶ pagina 048

2.1.3 Coffeeshops ▶ pagina 049

2.1.4 Illegale hennepteelt ▶ pagina 052

2.1.5 Wetsvoorstel Middelenonderzoek bij geweldplegers ▶ pagina 053

2.1.6 De Wet forensische zorg ▶ pagina 054

2.2 Wettelijke kaders voor het reguleren van alcohol en tabak ▶ pagina 055

2.2.1 Ontwikkelingen in het tabaksbeleid ▶ pagina 055

2.2.2 Ontwikkelingen in het alcoholbeleid ▶ pagina 061

2.3 Beleidsontwikkelingen in preventie en de hulpverlening ▶ pagina 065

2.3.1 Preventie ▶ pagina 065

2.3.2 Verslavingszorg ▶ pagina 069

2.4 Beleid ter bestrijding van alcohol- en drugsgerelateerde criminaliteit ▶ pagina 073

2.4.1 De bestrijding van drugsdelicten ▶ pagina 073

2.4.2 Beleid ten aanzien van drugsgebruik en -gebruikers bij justitie ▶ pagina 076

2. Wetgeving en beleid: recente ontwikkelingen

De hoofdlijnen van wetgeving en beleid ten aanzien van alcohol, drugs en tabak zijn uitgebreid beschreven in het NDM Jaarbericht 2012. In het onderhavige Jaarbericht wordt primair informatie gerapporteerd die beschikbaar is gekomen tussen medio 2015 en medio 2016.

2.1 Wettelijke kaders: Opiumwetmiddelen

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

2.1.1 De Opiumwet

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

- Per 1 januari 2016 zijn de volgende nieuwe middelen op Lijst I van de Opiumwet geplaatst: 25B-NBOMe, 25C-NBOMe, JWH-018, AM-2201 en methylon (Stb. 2015-429). Dit is gebeurd naar aanleiding van een beoordeling door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) van de therapeutische eigenschappen en de mogelijkheid tot misbruik en afhankelijkheid van deze stoffen. Voor deze stoffen zijn er fatale en niet-fatale incidenten bekend en beoordeelde de WHO dat er ernstige risico's zijn voor de volksgezondheid en voor schade voor de samenleving.
- Vanaf 1 maart 2015 zijn ook handelingen ter voorbereiding of vergemakkelijking van illegale hennepteelt als zelfstandig delict strafbaar gesteld in de Opiumwet (artikel 11a; Stb. 2014, 489). Deze handelingen worden gericht opgespoord als het gaat om beroeps- of bedrijfsmatige teelt. Onder andere growshops moeten als gevolg van dit nieuwe artikel hun activiteiten voor de hennepteelt staken. Handelingen die productie van of handel in harddrugs faciliteren of voorbereiden waren al strafbaar (in artikel 10a Opiumwet).

- Er komen telkens nieuwe grondstoffen voor het vervaardigen van synthetische drugs op die (nog) niet onder de Wet voorkoming misbruik chemicaliën (Wvmc) vallen (zie ook § 13.2). Een wijziging van de Opiumwet wordt op dit moment niet opportuun geacht om het misbruik van deze stoffen voor illegale drugsproductie op generieke wijze strafbaar te stellen (T.K. 24077-371, 2016). Volgens de politie en het Openbaar Ministerie biedt artikel 10a van de Opiumwet, dat faciliterende en voorbereidende handelingen voor productie van harddrugs strafbaar stelt, vooralsnog in de meeste gevallen voldoende mogelijkheden. Bovendien is de termijn voor het plaatsen van een (pre)precursor op de lijst van Europese geregistreerde stoffen inmiddels verkort zodat mogelijk misbruik sneller via de Wvmc aangepakt kan worden (T.K. 24077-371, 2016). De Minister van Veiligheid en Justitie zal de aanpak van de productie van synthetische drugs wel blijven monitoren en daarbij de (toekomstige) wensen voor nieuwe (juridische) instrumenten voor de bestrijding meenemen (T.K. 24077-371, 2016).

Gevolgen van de strafbaarstelling van qat in de Opiumwet

Begin 2013 is qat (als plant) op lijst II ('softdrugs') van de Opiumwet geplaatst. Nederland was het 15e Europese land met een qat verbod. In 2014 volgde het Verenigd Koninkrijk. Het verbod had tot doel de sociale en gezondheidsschade door het gebruik van qat en de overlast als gevolg van gebruik, transport en handel in qat te verminderen. De strafrechtelijke handhavingscapaciteit werd vooral ingezet op het tegengaan van de in- en uitvoer, de handel en de distributie van qat. Qat wordt in Nederland vooral gebruikt in de Somalische gemeenschap. De verse qat werd voornamelijk aangevoerd via Schiphol (vooral vanuit Kenia) en in de nabijheid van de luchthaven verkocht aan (tussen)handelaren en gebruikers.
Het verbod is in onderzoek geëvalueerd (Korf et al., 2015). Het onderzoek is in de periode mei-oktober 2015 uitgevoerd in 11 gemeenten met een substantiële Somalische bevolkingsgroep. Eerder onderzoek van het Trimbos-instituut uit 2011 is gebruikt als 'nulmeting'. Het onderzoek laat het volgende zien:

- Meteen na het verbod is gehandhaafd door politie, douane, Koninklijke Marechaussee en het Hit And Run Cargo team. Het aantal inbeslagnemingen van qat nam toe, met name op Schiphol. De qat die arriveerde was steeds vaker gedroogd in plaats van vers en de handel werd onoverzichtelijker en minder zichtbaar. Vooral telefonisch bestellen en thuis laten bezorgen nam fors toe, maar deze verschuiving was al waarneembaar vóór het verbod. Gebruikers geven aan dat qat sinds het verbod moeilijker te krijgen is en duurder is geworden; de kwaliteit is verslechterd.
- Het lijkt erop (maar er is geen hard bewijs) dat het aantal gebruikers dankzij het verbod is gedaald. Aannemelijk is dat het aandeel 'gewone' gebruikers kleiner is geworden, terwijl de 'problematische' gebruikers zijn doorgegaan met gebruik.
- Het verbod heeft weinig gevolgen gehad voor de overlast, de veiligheid en de openbare orde. Er waren al weinig problemen in 2011, en waar overlast en handel waren zijn daar door stringent optreden van de politie weinig klachten meer over in 2015. De handel in qat is vrijwel geheel uit het zicht verdwenen.
- De Staatssecretaris van VWS concludeert op basis hiervan dat de plaatsing van qat op lijst II tot overwegend positieve resultaten heeft geleid (T.K. 33255-5, 2016).

De Opiumwet en het 'blowverbod'

Hoewel gebruik van drugs niet strafbaar is gesteld in de Opiumwet, geldt in een aantal gemeenten wel een 'blowverbod'. In de Algemene Plaatselijke Verordening (APV) is dan vastgelegd dat in de openbare ruimte of in voor het publiek toegankelijke plaatsen geen drugs (hard- en softdrugs) gebruikt mogen worden.

- De Hoge Raad heeft in 2015 geoordeeld dat het 'blowverbod' in Rotterdam verbindend is, omdat dit het belang van de handhaving van de openbare orde dient - en dus een ander doel heeft dan de Opiumwet (ECLI:NL:HR:2015:3031 en 3328).

2.1.2 De Aanwijzing Opiumwet en de Richtlijn voor strafvordering Opiumwet

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

- De Aanwijzing Opiumwet is met ingang van 1 maart 2015 aangepast aan het nieuwe artikel 11a van de Opiumwet (zie § 2.1.1; Stc. 2015-5391).
- Wat betreft de frase in de Opiumwet die zegt dat degene strafbaar is die "weet of ernstige reden heeft om te vermoeden" dat de voorbereidingsmiddelen, waar hij/zij aan meewerkt, bestemd zijn voor de illegale hennepteelt, geeft de Aanwijzing een specificatie. De Officier van Justitie dient bij de interpretatie van die "ernstige reden om te vermoeden" in overweging te nemen dat het gaat om situaties waarin het niet anders kan zijn dan dat de strafbare voorbereidingshandelingen zijn begaan terwijl betrokkene zich bewust is geweest van de criminele bestemming van de genoemde voorbereidingsmiddelen. Het moet dus minimaal gaan om grove nalatigheid.
- De Richtlijn voor strafvordering is per 1 juni 2016 definitief aangepast aan het nieuwe wetsartikel 11a. Als uitgangspunt voor de strafmaat geldt een gevangenisstraf van drie maanden. Tot nu toe legde de rechter vooral voorwaardelijke gevangenisstraffen in combinatie met geldboetes of taakstraffen op. De verwachting is dat in de toekomst zwaardere straffen zullen worden opgelegd (T.K. 24077-368, 2016).

'Vijfpillenbeleid' bij vervolging bij het Amsterdam Dance Event

- Bij het Amsterdam Dance Event in oktober 2015 week het Openbaar Ministerie in Amsterdam op basis van het expliciete 'Amsterdams beleidskader dance events' af van de landelijke Richtlijn voor strafvordering Opiumwet: de norm voor vervolging was door de Hoofdofficier van Justitie in Amsterdam op maximaal 5 pillen (of 0,5 gram) gesteld, in plaats van de norm van één pil in de Richtlijn. Dit ruimere vervolgingsbeleid was vastgesteld in het lokale overleg van betrokken instanties. Bij meer dan 5 pillen werd ervan uitgegaan dat sprake is van een indicatie van drugshandel, en men wilde handelaren ontmoedigen en straffen, terwijl recreatief gebruik van harddrugs geen opsporingsprioriteit oplevert. Ook was het doel om de handhaving voor de politie tijdens dit soort grootschalige evenementen werkbaar te houden (T.K. Aanhangsel Handelingen-702, 2015).
- Van de 170 verdachten die tijdens het Event zijn aangehouden vanwege drugsbezit, had de meerderheid (131) een hoeveelheid bij zich onder de ruimere vervolgingsnorm; 39 hadden meer bij zich en zijn vervolgd; 19 van hen betaalden direct een boete, de overige 20 zaken zijn richting parket gegaan.
- In antwoord op Kamervragen hierover geeft de Minister van Veiligheid en Justitie aan dat gemotiveerd afgeweken kan worden van de landelijke Richtlijnen en dat daarvan in dit geval sprake is geweest; de gekozen grenzen passen in het bestaande beleid dat is gericht op de aanpak van handel in harddrugs (T.K.13, Vragenuur, 2015; T.K. Aanhangsel Handelingen-702 en 703, 2015).

Rechtsbijstand binnen de ZSM-werkwijze[1]

- In 2015 is een burgerinitiatief met de titel 'Eén pil te veel maakt geen crimineel' in behandeling genomen door de Tweede Kamer (T.K. 34028-17, 2015; T.K. 34433-1, 2015). Het initiatief was aangezwengeld door het BNN-VARA programma 'Spuiten en slikken' en (digitaal) ondertekend door ruim 40 duizend Nederlanders. Het initiatief tekent bezwaar aan tegen de 'ZSM' werkwijze van het Openbaar Ministerie, in dit geval bij aanhouding van personen wegens bezit van een kleine hoeveelheid (party)drugs op festivals en evenementen in het hele land.

1 ZSM staat voor het snel, betekenisvol en zorgvuldig afhandelen van een strafzaak, om doelmatiger en effectiever te kunnen optreden tegen veelvoorkomende criminaliteit (Thomas et al., 2016).

- Wie betrapt wordt op het bezit of gebruik van drugs tijdens het festival, wordt meegenomen naar de 'wasstraat'[2], waar hij/zij zich moet identificeren, wordt gefouilleerd en, als de aangetroffen pillen of poeders inderdaad verboden middelen zijn, wordt verhoord door de recherche. Voorafgaand aan dit verhoor wordt hij/zij gewezen op zijn recht op rechtsbijstand, maar omdat dit tijd kost – vanwege de afwezigheid van advocaten ter plekke – zagen de meeste festivalgangers hiervan af. Zij gaan dan door naar de dienstdoende Officier van Justitie, die meteen besluit tot een sepot, een dagvaarding of een strafbeschikking. Als de strafbeschikking bestaat uit een geldboete kan deze meteen gepind worden, waarna de verdachte op vrije voeten wordt gesteld (en weer kan deelnemen aan het festival).
- Voorheen kwam het voor dat betrokkenen er niet van de op hoogte werden gesteld dat met het betalen van de boete afstand werd gedaan van verzet en dat een aantekening in het Justitieel Documentatieregister (een 'strafblad') hierop volgt. Later zou dit problemen kunnen geven met het verkrijgen van een Verklaring Omtrent Gedrag (VOG). Dit vond het burgerinitiatief een vérstrekkend en disproportioneel gevolg van de 'kleinste overtreding van de Opiumwet'. Het initiatief riep het kabinet en het parlement dan ook op om het beleid bij de afgifte van de VOG zodanig te wijzigen of te verduidelijken dat een eerste veroordeling voor het in bezit hebben van een kleine hoeveelheid drugs voor eigen gebruik bij een festival of feest geen belemmering oplevert bij het verkrijgen van een VOG.
- De Vaste Kamercommissie voor Veiligheid en Justitie heeft het burgerinitiatief behandeld (T.K. 34433-1, 2015). Op verzoek van deze commissie hebben de Minister van Veiligheid en Justitie en de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport erop gereageerd (T.K. 24077-356, 2015; T.K. 34433-2, 2015). Zij geven aan dat het kabinet de trend van normalisering van harddrugsgebruik wil ombuigen en dat een versoepeling van het optreden tegen drugsbezit niet past bij dit ontmoedigingsbeleid. Verder wijzen ze erop dat bij het afgeven van een VOG altijd rekening gehouden wordt met het doel (een drugsdelict op een festival hoeft een VOG niet in de weg te staan). Het burgerinitiatief vormde geen aanleiding tot wijziging van het beleid.
- De werkwijze van het Openbaar Ministerie is per 1 oktober 2015 feitelijk aangepast. Er worden sindsdien binnen de ZSM-werkwijze geen boetes meer geïnd in het kader van een strafbeschikking als er geen rechtsbijstand is (T.K. 24077-356, 2015; T.K. 34433-2, 2015). Zo is in augustus 2015 bij Lowlands – en ook bij andere festivals in 2015 – de 'wasstraat' mede ingericht met strafrechtadvocaten (Thomas et al., 2016). In maart 2016 zijn nieuwe regels inzake rechtsbijstand ingegaan (College van Procureurs-Generaal, Beleidsbrief, 2016; ECLI:HR:2015:3608).

2.1.3 Coffeeshops

Handhaving van de gedoogcriteria

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

2 Een speciaal ingerichte locatie op het festivalterrein waar enkele containers of tenten achter elkaar zijn geplaatst met daarin vertegenwoordigers van de strafrechtsketen (politie, Openbaar Ministerie).

- Onderzoek laat zien dat overtredingen van het harddrugs- en het jeugdcriterium in de gemeenten het strengst bestraft worden (Bieleman, Mennes en Sijtstra, 2015). De burgemeester gaat bij overtreding van een van deze twee criteria doorgaans direct over tot het sluiten van een coffeeshop voor bepaalde tijd, terwijl bij overtreding van de andere criteria meestal eerst een formele waarschuwing volgt. Bij een volgende overtreding van het harddrugscriterium volgt in de meeste gemeenten een intrekking van de gedoogverklaring. Bij het jeugdcriterium volgt bij volgende overtredingen meestal wederom een sluiting voor bepaalde tijd, soms bij een derde keer ook intrekking van de gedoogverklaring.
- In een arrest van de Hoge Raad is in 2015 in een aantal zaken van in Maastricht gevestigde coffeeshops geconcludeerd dat het Ingezetenencriterium niet onrechtmatig is (zie ECLI:NL:HR:2015:2815).
- Het Ingezetenencriterium kan zo nodig gefaseerd gehandhaafd worden. Of het actief gehandhaafd wordt, wordt op lokaal niveau afgewogen. Uit onderzoek in 31 coffeeshopgemeenten komt naar voren dat de meeste van deze gemeenten (25) het criterium in 2015 in hun lokale coffeeshopbeleid hebben opgenomen (Mennes et al., 2016). Dat zijn er 3 meer dan in 2014 (Benschop et al., 2015). In een minderheid (6 gemeenten) wordt het ook actief gehandhaafd, in 4 gemeenten met lage prioriteit, in 2 met hoge prioriteit. Daarnaast is er één gemeente die het criterium zelf niet handhaaft, maar waar coffeeshops ervoor kiezen het zelf na te leven. Daarmee komt het aantal onderzoeksgemeenten waar niet-ingezetenen in 2015 formeel worden geweerd uit coffeeshops in totaal op 7. Dat zijn er 2 minder dan in 2014.
- Zowel het wél als het niet actief handhaven van het Ingezetenencriterium door het lokale bestuur kunnen tot een positief resultaat leiden (Mennes et al., 2016).
- In zijn reactie zegt de Minister van Veiligheid en Justitie dat de doelen van het coffeeshopbeleid (coffeeshops kleiner en beheersbaar maken, de aantrekkingskracht op drugstoeristen verminderen en de overlast beperken) het best gerealiseerd worden als er lokaal afspraken gemaakt worden. De afweging voor de handhaving van het Ingezetenencriterium wordt daarom ook in de lokale driehoek gemaakt, waar lokale omstandigheden en overige maatregelen de handhaving kunnen bepalen. Wel is het essentieel dat het Ingezetenencriterium in alle coffeeshopgemeenten in het lokale coffeeshopbeleid wordt opgenomen, zodat het kan worden gehandhaafd (T.K. 24077-373, 2016).

Lokaal afstandscriterium

- Veel coffeeshopgemeenten (95 van de 103 in 2014, ofwel 92%) hebben ten minste één lokaal vestigingscriterium in hun coffeeshopbeleid opgenomen. Meestal is dat een afstandscriterium, waarbij een minimale afstand (vaak 250 meter) is vastgesteld tussen een coffeeshop en een onderwijsinstelling (Bieleman et al., 2015a).
- Amsterdam heeft in 2014 een afstandscriterium van 250 meter ingevoerd. Door het afstandscriterium zouden 26 coffeeshops hun gedoogverklaring verliezen (één coffeeshop kan blijven bestaan omdat de school in kwestie gaat verhuizen). De invoering gebeurt gefaseerd. Om te beginnen zijn de openingstijden van de betrokken coffeeshops in januari 2014 beperkt. Tot januari 2016 zijn de gedoogverklaringen van eerst 8 en daarna nog eens 3 coffeeshops vervallen. In januari 2016 zouden de gedoogverklaringen van de overige 15 coffeeshops vervallen, maar dit is opgeschort in afwachting van een uitspraak van de Hoge Raad over het Ingezetenencriterium, dat in Amsterdam samenhangt met de invoering van het Afstandscriterium (Burgemeester van Amsterdam, oktober 2015; T.K. 95, 2015).

Lokale overlast door coffeeshops

- De gemeente Amsterdam biedt in een tweejarige pilot de mogelijkheid om coffeeshops (maximaal vijf, onder andere coffeeshops die met sluiting worden bedreigd) onder nieuwe voorwaarden te verplaatsen naar een andere locatie in de stad, buiten het centrum (Gemeente Amsterdam, 2012). De resultaten van de eerste verplaatsing van een overlastgevende coffeeshop zijn in 2015 bekend geworden. Deze verplaatsing leidde niet tot meer overlast of onveiligheid op de nieuwe locatie. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de coffeeshopeigenaar zich zichtbaar inspant om te voorkomen dat zijn bezoekers overlast veroorzaken, onder andere door een portier aan te stellen (Bieleman et al., 2015c). Omwonenden van de nieuwe locatie waren na de verplaatsing zelfs tevredener over het wonen in de buurt dan ervoor.
- Landelijk onderzoek over de jaren 2014 en 2015 laat zien dat de (beleving van) overlast rond coffeeshops zeer varieert per gemeente en duidelijk een lokaal karakter heeft. Overlast in de buurt van coffeeshops komt in de meeste gemeenten niet of nauwelijks voor en over het geheel genomen is de overlastsituatie stabiel (Benschop et al., 2015; Nabben et al., 2015; Mennes et al., 2016; zie § 3.8 en § 14.3). Het lokale karakter van de overlast ondersteunt volgens de Minister van Veiligheid en Justitie het belang van lokaal maatwerk voor het coffeeshopbeleid. De drugsrunnerproblematiek, die in het onderzoek gesignaleerd wordt, pakken politie en Openbaar Ministerie integraal, bovenregionaal en ook grensoverschrijdend aan. De situatie rond coffeeshops wordt verder gemonitord in 2016 en 2017 (T.K. 24077-362, 2016).

Bestrijding van criminele praktijken in relatie tot coffeeshops

De wet Bibob (Wet bevordering integriteitsbeoordelingen door het openbaar bestuur) biedt overheidsorganen de mogelijkheid om de achtergrond van een persoon of bedrijf te laten screenen in het kader van een vergunning- of subsidieverlening. Zo kan voorkomen worden dat de overheid door het verlenen of in stand houden van vergunningen onverhoopt meewerkt aan het ontstaan of voortbestaan van criminele praktijken. Als het gevaar bestaat dat de coffeeshophouder (of zijn zakelijke omgeving) crimineel vermogen aanwendt of andere strafbare feiten gaat plegen in het licht van zijn bedrijfsvoering, kan de burgemeester weigeren om met hem in zee te gaan.

- Tussen 2011 en 2015 liep het Project Landelijke Screening Coffeeshops, dat was opgezet door het kabinet in het kader van het terugdringen van de criminaliteit rond de handel in verdovende middelen. Een van de manieren was om de bestuurlijke aanpak te intensiveren. In 2011 riep de Minister van Veiligheid en Justitie alle burgemeesters in een brief op om de coffeeshops binnen hun gemeente aan een Bibob-toets te onderwerpen. Het Landelijk Bureau Bibob coördineerde het project en kreeg daar extra capaciteit voor tot 2015 (www.ccv.nl).
- Het Landelijk Bureau Bibob heeft in de jaren daarna meer adviezen uitgebracht over coffeeshops. In 2012 waren het er 71, en in 2013 en 2014 respectievelijk 39 en 27. In 2015 nam het aantal af naar 14 adviezen; dit is 5,5% van het totale aantal adviezen (Jaarverslag Bibob, 2016). Het stimuleringsproject liep af en bestuursorganen (gemeenten) kunnen sinds 2013 ook zelf politie- en justitiële informatie raadplegen in het kader van een Bibob-onderzoek en beter afwegen of ze een advies aanvragen bij het Bureau Bibob.
- De coffeeshopbranche behoort samen met de horeca en de seksbranche tot de 'traditionele' Bibob-sectoren (Jaarverslag Bibob, 2016). Het leeuwendeel van de adviezen betreft de horeca. De Bibob-jaarverslagen melden niet hoe vaak bij de coffeeshops sprake was van 'ernstig gevaar' of een 'mindere mate van gevaar'. Wel is uit ander onderzoek bekend dat de Bibob-screening er in een (niet nader benoemd) aantal gevallen toe heeft geleid dat de burgemeester de vergunning aan een coffeeshop heeft geweigerd (Bieleman et al., 2015a).

2.1.4 Illegale hennepteelt

Illegale teelt is strafbaar volgens artikel 3, onder B, van de Opiumwet. Politie en Openbaar Ministerie geven hoge prioriteit aan de opsporing en vervolging van de grootschalige en beroeps- of bedrijfsmatige teelt. Andere teelt, die niet beroeps- of bedrijfsmatig is en een geringe hoeveelheid voor eigen gebruik betreft, heeft geen prioriteit in de opsporing en vervolging (Aanwijzing Opiumwet, 2015). Of de teelt beroeps- of bedrijfsmatig is wordt afgemeten aan indicatoren zoals de schaalgrootte (bij 5 planten of minder wordt in beginsel aangenomen dat er geen sprake is van beroeps- of bedrijfsmatig handelen), de mate van professionaliteit (zoals de belichting in de teeltruimte, het type voeding, de aanwezigheid van afscherming, de ventilatie, het plantmateriaal of de aanwezigheid van CO_2-suppletie) en het doel van de teelt (als geteeld wordt voor geldelijk gewin wordt, ongeacht de hoeveelheid planten, aangenomen dat er sprake is van beroeps- of bedrijfsmatig handelen; Aanwijzing Opiumwet, 2015).
Over de vraag of regulering van hennepteelt voor recreatief gebruik dan wel ten behoeve van coffeeshops mogelijk en wenselijk is, wordt al langere tijd gedebatteerd (zie bijvoorbeeld T.K. Aanhangsel Handelingen-653, 2015; T.K. Handelingen-31-5, 2015; T.K. Aanhangsel Handelingen-1682, 2016).

- Volgens juridisch onderzoek uit 2014 is het legaliseren, decriminaliseren, beleidsmatig gedogen en/of anderszins reguleren van cannabisteelt voor de recreatieve gebruikersmarkt niet toelaatbaar onder de VN-drugsverdragen en onder het Europees recht (Van Kempen en Fedorova, 2014). De Minister van Veiligheid en Justitie concludeerde dat deze 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. 24077-316, 2014).
- De Tweede Kamer heeft het kabinet in mei 2015 via een aangenomen motie verzocht om geen ruimte te bieden voor gereguleerde wietteelt (T.K. 29911-104, 2015; T.K. Handelingen-84-9, 2015). In zijn reactie hierop gaf de Minister onder andere aan dat het gemeenten niet is toegestaan over te gaan tot het experimenteren met gereguleerde hennepteelt en dat hij ervan uitgaat dat, indien er sprake is van strafbare feiten, het Openbaar Ministerie in voorkomende gevallen tot vervolging overgaat (T.K. 24077-346, 2015). De Minister zegt ook dat gemeenten hebben aangegeven slechts tot uitvoering van hun plannen over te gaan als daar landelijk ruimte voor wordt geboden. Dat is niet het geval.
- De 'bestuurlijke werkgroep cannabisbeleid' van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) pleit intussen voor een strikt gereguleerde cannabisketen, waarbij georganiseerde criminaliteit bestreden wordt en bonafide en kleinschalige verkooppunten worden gecreëerd. In een beperkt aantal experimenten zou onder landelijke regie gezocht kunnen worden naar de beste inrichting van een nieuw systeem. Dit zou volgens de werkgroep verankerd moeten worden in een cannabiswet, die landelijke kaders geeft voor het lokale cannabisbeleid (Meesters, 2015).

- In 2016 is opnieuw een juridisch onderzoek uitgevoerd, deze keer in opdracht van de gemeenten Utrecht, Eindhoven en Heerlen (Van Kempen en Fedorova, 2016). Dit onderzoek kijkt vanuit het perspectief van de internationale mensenrechtenverdragen.
    - Op de vraag in hoeverre het gereguleerd toestaan van cannabisteelt en -handel voor recreatief gebruik omwille van belangen van gezondheid, veiligheid en criminaliteitsbestrijding kan steunen op positieve verplichtingen die voortvloeien uit internationale mensenrechtenverdragen, komen de onderzoekers tot een (gekwalificeerd) positief antwoord.
    - Ook wordt geconcludeerd dat aan de positieve verplichtingen voortvloeiend uit mensenrechtenverdragen ingevolge het internationaal recht prioriteit toekomt boven de verplichtingen uit de VN-drugsverdragen ingeval deze met elkaar interfereren.
    - Dit betekent dat staten – voor zover de bovengenoemde steun er is – volkenrechtelijk voldoende ruimte hebben om tot het gereguleerd toestaan over te gaan, in weerwil van de verplichtingen onder de drugsverdragen.
    - Om te kunnen spreken van op positieve verplichtingen gebaseerde ruimte moet wel voldaan zijn aan bepaalde voorwaarden. Zo moeten staten aannemelijk kunnen maken dat regulering de mensenrechten beter beschermt dan een benadering waarin teelt en handel zijn verboden en worden bestreden. Ook moet er sprake zijn van maatschappelijk draagvlak en nationaal democratische besluitvorming en mag de regulering geen nadeel opleveren voor het buitenland. Staten moeten ook altijd een beleid ter ontmoediging, beperking en risicobewustzijn van cannabisgebruik voeren.
- De Minister van Veiligheid en Justitie stelt in antwoord op Kamervragen over dit onderzoek dat onzeker is of invulling gegeven kan worden aan de voorwaarden die het onderzoek noemt of dat deze niet vervuld worden (met name de voorwaarde van nationaal democratische besluitvorming) en dat dus op dit moment geen sprake kan zijn van een "op positieve mensenrechten gebaseerde ruimte" noch van het eventueel prevaleren boven de drugsverdragen (T.K. Aanhangsel Handelingen-838, 2016).
- De gemeenten Utrecht, Eindhoven, Heerlen en Breda hebben in juni 2016 in een brief aan de Kamercommissies van Gezondheid en van Veiligheid en Justitie opgeroepen tot een heropening van de discussie over gereguleerde teelt en handel van cannabis voor recreatief gebruik.

Geen van de rapporten of initiatieven heeft tot nu toe geleid tot een wijziging van beleid.

2.1.5 Wetsvoorstel Middelenonderzoek bij geweldplegers

Volgens het wetsvoorstel 'Middelentesten bij geweld' mogen opsporingsambtenaren aangehouden verdachten van geweldsdelicten (tegen personen, goederen en dieren) bevelen om mee te werken aan een test naar middelengebruik bij het plegen van het delict. In het Wetboek van Strafvordering worden daartoe twee nieuwe artikelen toegevoegd. Het gaat in principe om ernstiger delicten waar voorlopige hechtenis op van toepassing is (door een amendement van de Tweede Kamer zijn ook enkele andere delicten toegevoegd).

- Het wetsvoorstel is in januari 2016 aangenomen door de Tweede Kamer en onlangs (september 2016) ook door de Eerste Kamer (T.K. Handelingen, 43-16, 2016; E.K. 33799-A-G, 2016).
- De 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) en, als de voorlopige middelentesten de aanwijzing van middelengebruik bevestigen, een vervolgonderzoek van adem door de politie of bloed door het Nederlands Forensisch Instituut. Het voorlopig onderzoek mag alleen worden ingezet bij een aanwijzing van middelengebruik. Bij het vervolgonderzoek wordt nauwkeurig vastgesteld of er daadwerkelijk sprake is van middelengebruik en in welke mate dat het geval is (T.K. 33799-1; 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 kan 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. Voorafgaand aan de implementatie zal een voorlichtingscampagne aan het wetsvoorstel worden gekoppeld.
- Bij algemene maatregel van bestuur worden naast alcohol drie soorten drugs aangewezen die onder de wet gaan vallen, omdat ze volgens een expertgroep onder leiding van het NFI het risico op geweld kunnen vergroten: amfetamine, methamfetamine en cocaïne. De expertgroep heeft ook grenswaarden aanbevolen: 0,8 mg alcohol per ml bloed en 0,05 mg per ml bloed voor cocaïne, amfetamine en methamfetamine (Advies expertgroep 'middelen en geweld', 2013). Nader onderzoek naar de empirische onderbouwing van de aangenomen samenhangen tussen middelengebruik en geweld en de grenswaarden waarboven het risico op geweld toeneemt, is in augustus 2016 door het Ministerie van Veiligheid en Justitie toegezonden aan de Eerste Kamer (zie § 14.2).

2.1.6 De Wet forensische zorg

In het strafrechtelijk systeem bevinden zich justitiabelen met problemen verslavingsproblemen, psychische problemen of een licht verstandelijke handicap. Voor deze groep is forensische zorg beschikbaar: zorg in strafrechtelijk kader, maar gegeven door een instelling van buiten (een kliniek, een instelling voor beschermd wonen, ambulante zorg). Het beleidsuitgangspunt is 'GGZ tenzij': de problematische justitiabelen moeten naar zorginstellingen buiten detentie worden doorgeleid, tenzij er contra-indicaties zijn. Hun herstel en re-integratie wordt daardoor namelijk gestimuleerd en op die manier wordt hun criminele recidive teruggedrongen (T.K. 32398-3, 2010). De zorg wordt onder beveiligde omstandigheden geboden en de focus ligt op het tegengaan van recidive (Marktscan Forensische zorg, 2016). Het strafrechtelijke vonnis en de onafhankelijke indicatiestelling (op basis van Diagnose Behandel- en Beveiligings Combinaties, DBBC's) bepalen het type forensische zorg dat een persoon zal ontvangen.
De Minister van Veiligheid en Justitie is verantwoordelijk voor de forensische zorg. De zorg wordt ingekocht door het gevangeniswezen. De zorginkoper heeft de wettelijke plicht om voldoende forensische zorg in te kopen.

- Voor verbetering van de forensische zorg is een nieuwe wet in behandeling: de Wet forensische zorg. De wet is in december 2012 aangenomen door de Tweede Kamer en sinds februari 2013 aanhangig bij de Eerste Kamer (E.K. 32398-E tot en met M, 2013; 2014). De behandeling is aangehouden, zodat een aantal wetsvoorstellen voor onvrijwillige zorg gezamenlijk behandeld kunnen worden (E.K. 32398-L-M, 2015). In 2007 is al een stelselwijziging ingezet die ervoor moet zorgen dat de juiste patiënt op de juiste plaats terechtkomt, dat er voldoende forensische zorg is, van goede kwaliteit en gericht op de veiligheid van de samenleving, en dat er een goede aansluiting is van justitie, forensische zorg en curatieve zorg. De nieuwe wet moet daaraan bijdragen.
- Op dit moment wordt gewerkt op basis van het Interimbesluit Forensische Zorg.
- De forensische zorg is sterk in beweging, ook in 2016 (Nederlandse Zorgautoriteit, 2016). Onderdelen van de wet zijn al in uitvoering. De zorg is per 2016 overgegaan naar prestatiebekostiging (Marktscan Forensische zorg, 2016). In 2017 worden de regels inzake tarieven en Diagnose Behandel- en Beveiligings Combinaties (DBBC's, die de basis vormen voor de bekostiging) verder aangepast, waarbij onder andere de DSM-V zal worden gebruikt voor het vaststellen van de diagnose.

- Het beleid is dat patiënten bij gebleken goede behandelresultaten doorstromen naar een (goedkoper) regime met meer vrijheden c.q. minder restricties. Doordat is ingezet op het stimuleren van deze doorstroom, is in 2015 een verschuiving naar meer ambulante, laag beveiligde en minder hoog beveiligde klinische zorgvormen zichtbaar (Marktscan Forensische zorg, 2016).

2.2 Wettelijke kaders voor het reguleren van alcohol en tabak

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

2.2.1 Ontwikkelingen in het tabaksbeleid

Tabaksontmoediging is een van de speerpunten van het volksgezondheidsbeleid. De belangrijkste doelstellingen van het tabaksontmoedigingsbeleid zijn: het aantal rokers omlaag brengen, voorkomen dat jongeren gaan roken, de schade door meeroken beperken en het stoppen met roken stimuleren (T.K. 34234-6). In de periode juli 2015 tot juli 2016 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.

Tabaksproductenrichtlijn (TPD)

Per 20 mei 2016 is de Europese Tabaksproductenrichtlijn (TPD) in Nederland geïmplementeerd en heet de Tabakswet voortaan Tabaks- en rookwarenwet, omdat ook nicotinehoudende elektronische sigaretten onder die wet zijn gaan vallen[3]. De volgende nieuwe beleidsmaatregelen gelden sinds 20 mei 2016 (Stb. 2016-175/176):

- De leeftijdsgrens van 18 jaar, die vanaf 1 januari 2014 gold voor de verkoop van tabaksproducten, geldt nu ook voor de verkoop van elektronische sigaretten met nicotine en navulverpakkingen. Volgens de Tabaks- en rookwarenwet is het verboden om tabaksproducten, elektronische sigaretten of navulverpakkingen aan een persoon te verstrekken waarvan niet is vastgesteld dat deze de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt. Die vaststelling blijft achterwege als het een persoon betreft die *onmiskenbaar* de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt (Tabaks- en rokenwarenwet, art. 20). De verkoper heeft dus een vergewisplicht. Als wettig identiteitsbewijs zijn erkend: een geldig paspoort, identiteitskaart, of rijbewijs (Wet op de identificatieplicht art. 1). Om op safe te spelen heeft het Centraal Bureau Levensmiddelenhandel (CBL) besloten dat in Nederlandse supermarkten aan iedereen, die jonger is dan 25 jaar en alcohol of tabak wil kopen, om zijn of haar legitimatie wordt gevraagd[4]. Deze maatregel houdt onder andere concreet in dat wanneer een jongere onder de 25 jaar zijn of haar legitimatie niet laat zien, de tabak (of alcohol) niet meegegeven mag worden.

3 wetten.overheid.nl/id/BWBR0004302/2016-05-20/0?g=2016-06-17&z=2016-06-17
4 www.cbl.nl/activiteiten/wetgeving/verantwoorde-alcoholverkoop/legitimatieleeftijd-25-jaar/

- De nieuwe tabaksverpakkingen, uitgezonderd die van grote sigaren en elektronische sigaretten, krijgen een verplichte waarschuwing met een (afschrikwekkende) foto met bijpassende tekst waarin wordt gewaarschuwd voor de gezondheidsgevaren van roken. Deze waarschuwing moet minimaal 65% van de voor- en achterkant van de verpakking beslaan en moet ook een verwijzing naar de website 'ikstopnu.nl' en de 'stoplijn' 0800-1995 bevatten. Wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat waarschuwende afbeeldingen op tabaksverpakkingen effectiever zijn dan alleen tekstuele waarschuwingen (Croes et al., 2016). Volgens de regering zijn de afschrikwekkende afbeeldingen in de eerste plaats bedoeld om te voorkomen dat jongeren beginnen met roken (E.K. 34234-E). Het is verplicht om afwisseling in de gecombineerde gezondheidswaarschuwingen aan te brengen. Producten met oude verpakkingen mogen nog tot 20 mei 2017 verkocht worden.
- Alle tabaks- en rookwarenproducten moeten in de winkels met de gezondheidswaarschuwing naar voren en in de juiste leesrichting worden uitgestald. De verplichte algemene waarschuwing op tabaksproducten wordt: 'Roken is dodelijk – stop nu'. Bij elektronische sigaretten en navulverpakkingen wordt dat: 'Dit product bevat de zeer verslavende stof nicotine. Het gebruik ervan wordt afgeraden voor niet-rokers'. Op voor roken bestemde kruidenproducten moet de waarschuwing 'Het roken van dit product schaadt uw gezondheid' geplaatst worden.
- Voor alle tabaksproducten, e-sigaretten, navulverpakkingen en kruidenrookproducten geldt dat daar geen misleidende teksten zoals 'biologisch' of 'light' op gedrukt mogen worden. Een pakje sigaretten moet minimaal twintig sigaretten bevatten.
- Additieven in sigaretten en shag die een kenmerkend aroma hebben, zoals vanille en vanaf 2020 ook menthol, worden verboden. De clicksigaret wordt ook verboden. De clicksigaret is een filtersigaret met een bolletje in de filter, dat meestal menthol bevat. Filters, papier, capsules en verpakkingen van tabaksproducten mogen geen smaak- en geurstoffen meer bevatten. Producenten worden verplicht om informatie over eventuele nieuwe tabaksproducten eerst bij de overheid en de Europese Commissie te melden.
- Om illegale handel tegen te gaan dienen alle verpakkingseenheden van tabaksproducten, na een overgangstermijn, voorzien te zijn van een unieke identiteitsmarkering (volg- en traceersysteem) en veiligheidskenmerken. De regels met betrekking tot het track- en tracesysteem moeten volgens de Tabaksproductenrichtlijn in mei 2019 zijn geïmplementeerd voor sigaretten en shagtabak. Voor andere tabaksproducten ligt deze implementatietermijn op 20 mei 2024. Voor deze bepalingen wordt te zijner tijd een apart traject in gang gezet (T.K. 34234-3; T.K. 34234-6).
- De sancties die gelden voor overtredingen van het reclame- en sponsorverbod en van de leeftijdsgrens voor de verkoop van tabaksproducten, gelden nu ook voor navulbare elektronische sigaretten en navulverpakkingen (T.K. 34234-6).
- Op voorstel van de Tweede Kamer is gelijktijdig met de implementatie van de TPD een amendement aangenomen waarbij besloten is dat per 1 januari 2020 alle schoolpleinen in Nederland rookvrij moeten zijn (T.K. 34234-30).

Accijnsverhoging per 1 april 2016

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

Wetsontwerp e-sigaret zonder nicotine

Omdat de Tabaksproductenrichtlijn (TPD) geen eisen stelt aan de Elektronische sigaretten Zonder Nicotine (EZN) moet er een apart wetgevingstraject in de Tabaks- en rookwarenwet worden afgelegd om regels hiervoor te stellen. Omdat uit een rapport van het RIVM bleek dat er gezondheidsrisico's aan het dampen van EZN kleven, adviseerde de NVWA om specifieke regels vast te stellen. Ook de voor roken bestemde kruidenproducten worden hierin meegenomen (T.K. 34470-3).

Alle navulbare dampapparaten vallen onder de definitie van een elektronische sigaret en zijn met de implementatie van de Tabaksproductenrichtlijn in de Tabaks- en rookwarenwet gereguleerd (T.K. 34470-3). Onder EZN worden alleen wegwerpproducten verstaan die net als elektronische sigaretten gebruikt kunnen worden voor de consumptie van damp via een mondstuk en waarvan de vloeistof geen nicotine bevat. EZN kunnen niet worden nagevuld. Een voorbeeld van EZN zijn shisha-pennen. Dit zijn dampwaren die doorgaans geen nicotine bevatten, maar gekleurde dampwaren met smaken als aardbei, ananas en cola die aantrekkelijk zijn voor kinderen. Als een shisha-pen toch nicotine bevat, wordt dit product volgens de wet beschouwd als een elektronische sigaret (T.K. 34470-3). Uit EZN kunnen schadelijke hoeveelheden dampconcentraties van glycerol en propyleenglycol komen. Voor EZN en de voor roken bestemde kruidenproducten komen de volgende regels:

- De leeftijdsgrens voor de verkoop van EZN gaat naar 18 jaar.
- De reclame- en sponsorregels worden aangescherpt: er komt een algeheel reclame- en sponsorverbod, behalve op de verkooppunten.
- Er komen verpakkingseisen: een gezondheidswaarschuwing op de verpakking wordt waarschijnlijk verplicht.
- Er komen producteisen die in lijn liggen met de eisen die gelden voor de e-sigaret.

Dit wetsontwerp ter wijziging van de Tabaks- en rookwarenwet wordt in de Tweede Kamer behandeld (situatie medio juli 2016).

Het Nederlandse tabaksbeleid: thema's en beleidsdiscussies

Om nader invulling te geven aan het tabaksontmoedigingsbeleid wordt de Tweede Kamer op de hoogte gesteld van de maatregelen van de regering door middel van Kamerbrieven en overleggen tussen de leden van de Vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de Staatssecretaris van VWS.

Verduidelijking invulling artikel 5.3 WHO-Kaderverdrag

Mede naar aanleiding van een gerechtelijke procedure van de Stichting Rookpreventie Jeugd tegen de Staat, vanwege vermeende nauwe contacten tussen de overheid en de tabaksindustrie, is er onder verantwoordelijkheid van de Ministeries van VWS en Financiën een document opgesteld om tot een verdere verduidelijking te komen van artikel 5, derde lid, van het WHO-Kaderverdrag inzake tabaksontmoediging.

- Op grond van dat artikel moet de Nederlandse overheid zeer terughoudend zijn met contacten met de tabaksindustrie om te voorkomen dat de tabaksindustrie invloed kan uitoefenen op het tabaksbeleid (T.K. 32011-47).
- Elk ministerie, gemeente en provincie heeft een brief gekregen waarin staat dat niet-noodzakelijke contacten met de tabaksindustrie verboden zijn. Ook zijn ze geïnformeerd over de bekende lobbytechnieken van de tabaksindustrie (T.K. 32011-50).

De ministeries gaan de verslagen van toegestaan overleg en andere schriftelijke documenten, waaronder correspondentie met de tabaksindustrie actief openbaar maken, volgens de wettelijke regels. De documenten staan op: www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/roken/inhoud/transparant-over-contact-tabaksindustrie.

Er is een protocol opgesteld voor alle ambtenaren werkzaam bij de ministeries en andere overheden. In dit protocol staat informatie over de omgang met de tabaksindustrie. Hierin staat wat wel of niet is toegestaan wanneer er contact is met de tabaksindustrie.

Display ban en plain packaging

- Tabaksdisplays op verkooppunten zijn een belangrijk reclamemiddel voor tabaksproducenten. Uit onderzoek komt naar voren dat een display ban (uitstalverbod) op de lange termijn kan bijdragen aan de afname van het aantal rokers in de bevolking (Monshouwer et al., 2015). In het voorjaar van 2016 gold er in 17 landen een geheel of beperkt verbod op het tonen van tabaksproducten op verkooppunten (o.a. Canada, IJsland, Verenigd Koninkrijk en Australië). De Nederlandse regering staat achter elk initiatief waardoor tabaksproducten uit het zicht verdwijnen en heeft de supermarkten tot 1 juli 2016 de tijd gegeven om een convenant te sluiten over een display ban voor tabaksproducten (T.K. Aanhangsel 2015-2016 nr. 2968). Een belangrijke voorwaarde voor de supermarkten is de betrokkenheid van o.a. de tabaks- en gemakszaken bij het convenant (T.K. 32011-48). Het Ministerie van VWS voert gesprekken over de display ban met het Centraal Bureau Levensmiddelenhandel (CBL) en de brancheorganisatie(s) van tabaksspeciaalzaken, tankstations, horeca en automaten (T.K. Aanhangsel 2015-2016, nr. 2333).
- Uit onderzoek blijkt dat generieke verpakkingen (*plain packaging)* de intentie om tabaksproducten te kopen vermindert, mogelijk omdat merkpakjes een grotere trek in roken opwekken dan generieke pakjes (Buisman et al., 2015). Plain packaging is ingevoerd in Australië (2012), Engeland (2016), Frankrijk (2016) en Ierland (2016). De Staatssecretaris van VWS heeft aangegeven dat hij plain packaging pas wil gaan overwegen als er meer zekerheid is over de effectiviteit van de maatregel en de juridische haalbaarheid ervan (T.K. Handelingen 2015-2016, 48-11).

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

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

- In 2015 bleek dat op 20% van de verkooplocaties waar inspecties werden uitgevoerd naar overtredingen van de leeftijdsgrens, de NVWA een maatregel moest opleggen (T.K.32011-49).
- Daarnaast onderzoekt onderzoeksbureau Intraval twee maal per jaar de naleving van het rookverbod in de horeca (T.K. 32011-49) en doet Nuchter Kenniscentrum Leeftijdsgrenzen elk jaar een landelijk representatief onderzoek naar de naleving van de leeftijdsgrens voor de Drank- en Horecawet en de Tabaks- en rookwarenwet (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. Een punt van aandacht is de significante groei van rookruimtes in cafés en discotheken (T.K. 32011-49).
- Uit onderzoek naar kooppogingen door 16-17-jarigen in 2015 blijkt deze groep nog makkelijk aan tabaksproducten te kunnen komen (Intraval/Nuchter, 2015). Voor minderjarigen is de sociale omgeving nog steeds de belangrijkste bron om aan tabak te komen.
- Bij het bepalen van de toezichtlocaties houdt de NVWA rekening met de verwachting dat ondernemers de regels naleven. Zo worden ondernemers waarbij een overtreding is geconstateerd vaker opnieuw geïnspecteerd, dan ondernemers die de regels naleven. Ook besteedt de NVWA prioriteit aan het afgaan op meldingen of klachten over vermeende overtredingen. Op die manier wordt er risicogericht toezicht gehouden (T.K. 32011-49).
- In 2015 is er een inventarisatie van het aantal shisha-lounges, cafés waar klanten tegen betaling waterpijpen kunnen roken, uitgevoerd. In Nederland zijn er naar schatting 156 shisha-lounges en 170 horecagelegenheden met een shisha-functie. De NVWA gaat in 2016 ook in de shisha-lounges inspecteren of de Tabaks- en rookwarenwet wordt nageleefd (T.K. 32011-49).
- Met de implementatie van de Tabaksproductenrichtlijn zijn de toezichtstaken van de NVWA uitgebreid, met onder meer het toezicht op de leeftijdsgrens en het reclameverbod voor de e-sigaret.

(Massamediale) campagnes en preventieprogramma's

In twee Kamerbrieven heeft de regering aangegeven dat er zwaar zal worden ingezet op de preventie van (mee)roken. Daarbij is er extra aandacht om het roken onder jongeren en zwangere vrouwen te ontmoedigen (T.K. 320111-34; T.K. 32011-48).

- De overheid richt zich in 2016 voornamelijk op jongeren in de eerste en tweede klassen van het VMBO en het MBO, omdat jongeren van deze schooltypes relatief vaak roken[5]. Hiervoor werd al langer van het lespakket 'Gezonde school en genotsmiddelen' gebruik gemaakt. Het lespakket moet jongeren bewust maken van de risico's voor de gezondheid. Voor de brugklas is een nieuw programma ontwikkeld: 'Frisse Start'. De uitgangpunten zijn het stellen van een sociale norm en het versterken van het probleemoplossend vermogen. 'Frisse Start' sluit daarnaast aan op de overgang van de basisschool naar het voortgezet onderwijs. Het lesprogramma bevat vier lessen[6].
- Verder is er een niet-rokenwedstrijd voor middelbare scholieren. Deze *Smoke Free Challenge* (hiervoor Actie Tegengif) is een landelijke wedstrijd tussen schoolklassen, specifiek gericht op het VMBO. Leerlingen spreken met elkaar af om een half jaar niet te roken. Dit is een wedstrijd waarbij scholen op regionaal niveau de strijd aangaan. De klas die wint, ontvangt een prijs.

In het kader van de Gezonde-School aanpak, stimuleert de overheid 'rookvrije scholen'. Op deze scholen mag er bijvoorbeeld niet gerookt worden op het schoolplein. Veel jongeren krijgen hun eerste sigaret namelijk van een klasgenoot op het schoolplein.

Op sociale media voert NIX18 een jongerencampagne. Deze campagne wil voorkomen dat jongeren gaan roken, onder het mom 'steek elkaar niet aan'. NIX18 geeft onder andere voorlichting aan jongeren en scholen. De campagne wil bereiken dat iedereen het normaal vindt dat jongeren onder de 18 niet roken of drinken. Om professionals hierbij te ondersteunen heeft het Trimbos-instituut de website *naar18jaar.nl* ontwikkeld.

Ter voorbereiding van het vervolg van de NIX18 jongerencampagne is er op basis van wetenschappelijke literatuur een strategische verkenning uitgevoerd naar de manieren waarop jongeren in het kader van voorlichting over gezondheidsrisico's en de preventie van roken het meest effectief bereikt kunnen worden (Bommelé et al., 2016). Daaruit komt naar voren welke randvoorwaarden voor communicatie met jongeren gehanteerd moeten worden (o.a. focussen op algemene sociale vaardigheden en het omgaan met sociale invloeden), hoe boodschappen binnen een campagne weergegeven kunnen worden (o.a. positieve frames gebruiken). Ook worden enkele campagnevormen geadviseerd (o.a. feitelijke informatie met verhalende boodschappen combineren en peer educatie inzetten).

In een rapport van de Raad voor Strafrechttoepassing en Jeugdbescherming (RSJ), naar de rol van de overheid bij de prenatale kinderbescherming, wordt geconstateerd dat interventie-instrumenten om te voorkomen dat zwangere vrouwen roken en drinken (zoals de V-MIS) in de praktijk weinig of niet op de juiste wijze worden toegepast. De Raad adviseert om effectieve programma's te implementeren (T.K. 29323-97).

De overheid is in januari 2016 gestart met een campagne om roken voor, tijdens en na de zwangerschap tegen te gaan. Naast kennis over de gevaren staat ook de sociale norm centraal: 'Roken terwijl je zwanger bent of wil worden, dat doe je gewoon nooit'. De sociale omgeving van zwangeren zal worden aangespoord om mee te helpen[7].

Op 29 juni 2016 is op initiatief van negen beroepsverenigingen in de zorg, drie partners en het Ministerie van VWS de Taskforce Rookvrije Start gelanceerd. De Taskforce bestaat uit vertegenwoordigers van alle professionals die te maken hebben met rokende (aanstaande) ouders. Zij willen met elkaar bereiken dat kinderen een rookvrije start krijgen door gerichte voorlichting en persoonlijke begeleiding van aanstaande ouders en hun naasten. De eerste concrete actie van de Taskforce was de productie en implementatie van een zogenaamde wachtkamerfilm[8].

5 www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/roken/inhoud/jongeren-ontmoedigen-om-te-beginnen-met-roken
6 www.trimbos.nl/actueel/nieuws/bericht/?bericht=1582
7 www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2016/01/28/van-rijn-rookvrij-opgroeien-start-in-de-buik
8 www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2016/06/29/professionals-slaan-handen-ineen-geen-sigaret-voor-tijdens-en-na-zwangerschap

De door de Alliantie Nederland Rookvrij gestarte campagne 'Samen op weg naar een rookvrije generatie' wordt door de overheid gesteund. Ook Stoptober wordt door de overheid gesteund. Stoptober daagt rokers uit om 28 dagen niet te roken. Tijdens deze 28 dagen biedt Stoptober hulp en ondersteuning, onder andere met een app en tips via Facebook, Twitter en e-mail. Tijdens Stoptober hebben de stoppers steun aan andere mensen die ook proberen te stoppen. Daardoor slagen veel mensen erin te stoppen[9].

Lokaal tabaksbeleid

Vier grote gemeenten, samenwerkend in de G4, hebben aangegeven het gedachtengoed van de Rookvrije Generatie te omarmen. Per gemeente wordt gekeken welke kansen er liggen[10]. Ook andere landelijke organisaties hebben een standpunt in genomen over (aspecten van) het tabaksontmoedigingsbeleid.

- De Gemeente Amsterdam heeft als eerste gemeente zich aangesloten bij de Alliantie Nederland Rookvrij. Ook heeft Amsterdam een beleidsnotitie geschreven waarin wordt aangegeven welke specifieke tabaksontmoedigingsmaatregelen de gemeente in de periode 2016-2019 gaat nemen. Amsterdam is de eerste gemeente met een eigen lokaal tabaksbeleid. De gemeente gaat bijdragen aan het minder toegankelijk maken van tabakswaren en gaat maatregelen treffen die bijdragen aan denormalisatie van roken in de directe leefomgeving van jongeren. De gemeente stelt dat, als het om roken gaat, de opvoeders ondersteunende en aanvullende maatregelen vanuit de (lokale) overheid nodig hebben. Het belang dat jongeren vrij en gezond kunnen opgroeien, weegt zwaarder dan een eventueel ervaren inperking van de vrijheid om ongezond te leven. De twee speerpunten van het beleid zijn: het voorkómen dat jongeren gaan roken en het stimuleren dat mensen stoppen met roken (Gemeente Amsterdam, 2015).

Internationale ontwikkelingen

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

- Het Framework Convention on Tobacco Control (FCTC)-verdrag van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) 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 2016 vroeg de WHO extra aandacht voor het invoeren van generieke verpakkingen (plain packaging) voor tabaksproducten (). Volgens de WHO is er voldoende empirisch bewijs om de invoering van plain packaging te rechtvaardigen[11]. Het meest 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" en riep op om de accijnzen op tabaksproducten te verhogen (WHO, 2013).

In oktober 2015 kwam de Europese Ombudsman, Emily O'Reilly, met de verklaring dat de Europese Commissie zich niet houdt aan de voorwaarde uit het FCTC-verdrag om transparant te zijn in de omgang met de tabaksindustrie[12]. Tot zover heeft de Europese Commissie nog geen gehoor gegeven aan de oproep om de verslagen van bijeenkomsten met de vertegenwoordigers van de tabaksindustrie te publiceren[13].

Op 23 december 2015 heeft de Advocaat Generaal van het Europese Hof van Justitie geoordeeld dat alle maatregelen uit de TPD wettig zijn. Dit geldt met name voor de afschrikwekkende plaatjes die op de sigarettenpakjes komen, plain packaging (o.a. Frankrijk en Groot-Brittannië gaan dit invoeren), het verbod op mentholsigaretten (vanaf 2020) en de speciale regels voor de e-sigaretten[14].

9 www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/roken/vraag-en-antwoord/kan-ik-hulp-krijgen-als-ik-wil-stoppen-met-roken
10 www.alliantienederlandrookvrij.nl/wp-content/uploads/2016/04/Nieuwsbrief-NLRookvrij-apr16.pdf
11 apps.who.int/iris/bitstream/10665/207478/1/9789241565226_eng.pdf
12 www.ombudsman.europa.eu/en/press/release.faces/en/61027/html.bookmark
13 www.ombudsman.europa.eu/en/press/release.faces/en/63655/html.bookmark
14 curia.europa.eu/jcms/upload/docs/application/pdf/2015-12/cp150154en.pdf

2.2.2 Ontwikkelingen in het alcoholbeleid

Preventie van schadelijk alcoholgebruik vormt één van de speerpunten van het volksgezondheidsbeleid. Op nationaal niveau zijn de belangrijkste beleidsinstrumenten voor het alcoholbeleid: de Drank- en Horecawet; de regulering van alcoholreclame en –marketing; straffen voor rijden onder invloed van alcohol (Wegenverkeerswet, art. 8 en 9) (zie ook § 2.1); accijnsheffing; preventie en voorlichting; behandeling van probleemgebruik (www.stap.nl).
De Drank- en Horecawet (DHW) reguleert de verkoop van alcoholhoudende dranken. De DHW werd in 2013 en 2014 gewijzigd.

- In 2013 kregen de gemeenten een grotere rol in het alcoholbeleid. Het toezicht op de handhaving van de Drank- en Horecawet is overgedragen van de Nederlandse Voedsel en Warenautoriteit (NVWA) naar de gemeenten.
- Een belangrijke wijziging van de DHW op 1 januari 2014 betrof het ophogen van de minimumleeftijd voor de verkoop van zwakalcoholhoudende dranken naar 18 jaar, de leeftijd die al gold voor sterke drank. Vanaf 1 januari 2014 zijn jongeren onder de 18 jaar (was 16 jaar in 2013) strafbaar als ze alcohol in hun bezit hebben die direct geconsumeerd kan worden in de openbare ruimte. Gemeenten hebben de plaatselijke regels rond alcoholgebruik in lokale verordeningen vastgelegd. Zij moeten periodiek een preventie- en handhavingsplan vaststellen.
- Door deze wijzigingen zijn de gemeentes de feitelijke uitvoerders van het alcoholbeleid geworden.
- De accijnzen op alle alcoholhoudende dranken zijn voor het laatst in 2014 verhoogd met 5,75%. In 2015 en 2016 (tot juli) zijn er geen accijnsverhogingen op alcoholische dranken meer geweest (zie verder § 11.8).

Implementatie en naleving van de nieuwe Drank- en Horecawet door gemeenten (tot juli 2016)
Vanaf 1 januari 2014 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. Die leeftijd (18 jaar) gold al voor sterke drank. 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. 2013-380; Stb. 2013-457; Stb. 2014-15). 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 (STAP, 2014).

In opdracht van het Ministerie van VWS is onderzocht 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.

- Medio 2015 hadden van alle 393 Nederlandse gemeenten 316 gemeenten (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).

De gemeenten die nog geen PenH-plan hebben, of een PenH-plan van mindere kwaliteit hebben, hebben een brief gekregen 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; T.K. 344475-XVI-7). 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). In 2016 wordt een nieuwe inventarisatie en (kwaliteits)beoordeling van de gemeentelijke PenH-plannen verwacht.

Naleving van de Drank- en Horecawet door verstrekkers (tot augustus 2016)

Alhoewel het nalevingspercentage voor de verkoop van alcohol in 2016 is gestegen, is de naleving nog steeds laag (Roodbeen, 2016).

- Landelijk representatief onderzoek van Nuchter Kenniscentrum Leeftijdsgrenzen in opdracht van het Ministerie van VWS liet zien dat 17-jarige jongeren in 2015 nog gemakkelijk aan alcohol kunnen komen (voor meer informatie zie § 11.8). De totale gewogen naleving van de leeftijdsgrens 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). Bij de vervolgmeting uit 2016 was het totale gewogen nalevingspercentage significant gestegen naar 36% (Roodbeen, 2016).
- Zelfregulering heeft tot nu toe niet het gewenste resultaat 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 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 (T.K. 27565-135; voor meer informatie over nalevingsonderzoeken, zie § 11.8).

Blurring

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 inventariseert samen met het Ministerie van EZ 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).

De Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) faciliteert een proef waarbij winkels ook alcohol mogen schenken, hoewel dit dus volgens de DHW verboden is. De pilot loopt van 1 januari 2016 tot 1 januari 2017. Het eindrapport wordt in het eerste kwartaal van 2017 opgeleverd. Naast deze proef lopen er in veel gemeenten ook andere experimenten waarbij het schenken van alcohol gedoogd wordt[15,16].

De Slijtersunie had een rechtszaak tegen de gemeente Zwolle aangespannen vanwege het feit dat de gemeente weigerde handhavend op te treden tegen een boekhandel die, in strijd met de DHW, alcoholhoudende drank verkocht. De Rechtbank Overijssel heeft de Slijtersunie op 30 maart 2016 in het gelijk gesteld: de gemeente heeft op onjuiste gronden besloten om van handhaving af te zien.

15 vng.nl/onderwerpenindex/veiligheid/drank-en-horecawet/nieuws/vng-start-pilot-mengvormen-winkelhoreca
16 binnenland.eenvandaag.nl/tv-items/67467/drank_bij_de_tandarts_een_goede_zaak_

De Staatssecretaris van VWS heeft alle gemeenten die soortgelijke plannen hebben, opgeroepen om deze uitspraak te bestuderen (T.K. 27565-143).

Evaluatie van de Drank- en Horecawet

De evaluatie van de Drank- en Horecawet wordt eind 2016-begin 2017 verwacht en richt zich op vier hoofdthema's:

- decentralisatie van bevoegdheden naar gemeenten;
- verhoging van de leeftijdsgrens van 16 naar 18 jaar;
- mengvormen van alcohol en detailhandel ('blurring');
- technische eisen rondom verkoop.

- Bij de evaluatie zullen de resultaten van een aantal in 2016 uit te voeren onderzoeken worden benut, zoals het Peilstationsonderzoek scholieren (Trimbos-instituut), onderzoek naar de stand van zaken van het lokale toezicht en de lokale preventie- en handhavingsplannen (een update van het onderzoek uit 2015) en het onderzoek van Nuchter naar de naleving van de leeftijdsgrens door verstrekkers van alcohol (een update van het onderzoek uit 2015) (T.K. 27565-141).
- Ook de bevindingen van het STAP-rapport naar sluitingstijden van cafés, discotheken en voetbalkantines in Nederlandse gemeenten zullen in de evaluatie worden meegenomen (T.K. 27565-136; Van Dalen et al., 2015). Uit dat rapport komt naar voren dat horecasluitingstijden primair worden ingesteld vanuit het lokale veiligheidsbeleid, maar ook dat 40% van de gemeenten kiezen voor het vaststellen van sluitingstijden mede op grond van gezondheidsargumenten, zoals het terugdringen van alcoholgebruik onder jongeren. Toch geven veel gemeenten de plaatselijke horeca behoorlijk wat ruimte wat betreft de verplichte sluitingstijd. De Gemeentewet en de DHW maken het mogelijk om leeftijdsgebonden toelatingstijden vast te stellen. In de praktijk wordt dat door vier gemeenten toegepast (Van Dalen et al., 2015).
- De spoedeisende hulpartsen hebben naar buiten gebracht veel overlast te ondervinden van dronken patiënten op de Spoedeisende Eerste Hulp (SEH). De Staatssecretaris van VWS heeft aangegeven die signalen serieus te nemen en te betrekken bij de evaluatie van de DHW (T.K. 27565-144).

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 resultaten van het onderzoek zullen in de loop van 2016 worden opgeleverd (T.K. 27565-135).
- De Zweedse STAD-aanpak[17] zal ook voor de Nederlandse context worden ontwikkeld. Het doel van STAD is om via een community interventie de uitgaansagressie te reduceren. De kern van STAD is een uitbreiding en een verscherpte handhaving van het alcoholbeleid en richt zich op *alle* stakeholders die betrokken zijn bij zowel het handhaven van de openbare orde als de alcoholverstrekking. De interventies worden ontwikkeld en geïmplementeerd in nauwe samenwerking tussen onderzoekers en de stakeholders. STAD kent drie componenten: training van barpersoneel en portiers van uitgaanscentra; de politie gaat én strenger én preventiever handhaven; er wordt bij een breed publiek draagvlak voor de nieuwe aanpak gecreëerd[18].

17 STAD staat voor: STockholm prevents Alcohol and other Drugs-project.
18 www.lokaalmiddelenbeleid.nl/alcohol/lokaal-alcoholbeleid/effectieve-aanpak-van-alcohol-drugs-en-geweld-zweden.html

- Om te kunnen controleren of klanten die in de supermarkt (of op andere verkoopplaatsen) alcoholhoudende dranken of tabaksproducten willen kopen al 18 jaar of ouder zijn, worden er leeftijdsverificatiesystemen bij o.a. kassa's gebruikt. Naar aanleiding van een uitspraak van de Autoriteit Persoonsgegevens waarbij het uitwisselen van gegevens uit ID-scanners over 'lastpakken' door cafés werd verboden, werden er Kamervragen gesteld over het gebruik van ID-scanners door supermarkten. De Autoriteit Persoonsgegevens heeft gemeld dat niet alle ID-scanners automatisch in strijd zijn met de Wet bescherming persoonsgegevens. Het gaat erom welke gegevens worden gescand en hoe de scanner wordt toegepast (T.K. Aanhangsel 2015-2016-1493).
- In het kader van het Programma Gezonde en Veilige Horeca en Evenementenbeleid is er een leidraad voor gemeenten ontwikkeld om medewerkers van gemeenten en organisatoren van evenementen waarbij alcohol- en/of drugsgebruik een rol spelen te ondersteunen (De Greeff et al., 2016). Deze leidraad biedt achtergrondinformatie over maatregelen die ingezet kunnen worden om ervoor te zorgen dat de DHW en de Opiumwet bij evenementen nageleefd en gehandhaafd worden en dat de gezondheids- en veiligheidsrisico's door of als gevolg van (overmatig) alcohol- en drugsgebruik op evenementen voorkomen kunnen worden.

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 Regional Office for Europe, 2012; STAP: www.stap.nl).

De Europese Alcohol Strategie werd in 2006 ingesteld om de nationale regeringen te helpen alcoholgerelateerde schade te beperken. Om de strategie te ondersteunen werden opgericht:

- Committee on National Alcohol Policy and Action (CNAPA): bestaat uit vertegenwoordigers van nationale regeringen; in het CNAPA wordt kennis, ervaringen en good practices uitgewisseld.
- European Alcohol and Health Forum (EAHF): een platform waarin instellingen die op Europees niveau functioneren met elkaar in debat gaan en benaderingen van beleidsproblemen uitwisselen.

In 2009 en 2013 werd de strategie geëvalueerd. Toen bleek dat de meeste lidstaten hun alcoholbeleid hadden versterkt. De trends en ontwikkelingen op het gebeid van alcoholconsumptie en alcoholgerelateerde schade wordt gemonitord door het European Union Information System on Alcohol and Health (EUSAH). EUSAH wordt gefinancierd door de Europese Commissie en de WHO in het kader van de Europese openbare gezondheidsprogramma's.

Om de lidstaten te ondersteunen de alcoholproblematiek en de daarmee samenhangende schade aan te pakken, financiert de EU de Joint Action on Reducing Alcohol Related Harm (RARHA), die loopt van 2014 tot en met 2016[19]. De lidstaten worden gestimuleerd eenzelfde survey methode in te voeren naar het opsporen van de schade als gevolg van alcoholgebruik waardoor de data tussen de landen onderling vergelijkbaar worden. Ook zal een tool-kit met *good practices* op het gebied van de disseminatie van informatie actief onder de aandacht van de lidstaten gebracht worden.

In april 2015 heeft het Europese Parlement een resolutie aangenomen over het Europese alcoholbeleid: de resolutie van 29 april 2015 over de alcoholstrategie (2015/2543 RSP).

- Het Parlement roept de Commissie op uiterlijk eind 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.

19 ec.europa.eu/health/alcohol/policy/index_en.htm

- 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 te vermelden tegen rijden onder invloed en alcoholgebruik tijdens de zwangerschap (European Parliament, 2015).

2.3 Beleidsontwikkelingen in preventie en de hulpverlening

2.3.1 Preventie

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 sporen20. In het overheidsbeleid worden er verschillende vormen van preventie onderscheiden naar doelgroep: universele preventie (richt zich op de gehele bevolking); selectieve preventie (richt zich op groepen met een verhoogd risico op het ontstaan van ziektes); geïndiceerde preventie (richt zich op individuen die nog geen ziekte hebben maar daar wel een verhoogd risico op lopen); 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:

- Het afremmen van de sterke toename van het aantal mensen met één of meerdere chronische ziekten.
- Het stabiliseren of terugbrengen van gezondheidsverschillen tussen laag- en hoog opgeleiden (T.K. 32793-210).

AiG richt zich op vijf domeinen: school, werk, wijk, zorg en gezondheidsbescherming. Centraal in het programma staan zes speerpunten die leiden tot de grootste ziektelast in Nederland: diabetes, (ernstig) overgewicht, roken, overmatig alcoholgebruik, depressie en weinig bewegen. De ambitie is om voor elk van deze speerpunten in 2030 een substantiële verbetering te realiseren ten opzichte van de situatie in 2014 (T.K. 32793-164). 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.

20 www.nationaalkompas.nl/preventie/wat-is-preventie/

Een organisatie die een 'pledge' heeft getekend mag zich 'partner' van het programma noemen. Een pledge kan meerdere domeinen bestrijken. Eind 2014 waren er in totaal 165 pledges ondertekend en waren 590 partners aan het programma verbonden. Eind 2015 stond de teller op in totaal 264 pledges met 1.265 organisaties die aan het programma verbonden waren. Van die pledges waren er 16 specifiek op roken en 24 specifiek op alcohol gericht (AiG, 2016).

- 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) stond innovatie centraal. De integrale aanpak heeft meer handen en voeten gekregen. Er is meer samenwerking tot stand gekomen tussen de verschillende domeinen en er is een start gemaakt met het opschalen van de activiteiten. Uitgangspunt is de vierjaarlijkse Landelijke nota gezondheidsbeleid (2016-2019) die in december 2015 is gepubliceerd. Kern van die nota is dat het beleid zoals dat in de vorige landelijke nota (Gezondheid dichtbij) was geformuleerd wordt voortgezet (T.K. 32793-204).
- In het derde jaar (2016) wordt een verdiepingsslag gemaakt 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. 32793-210; T.K. 32793-204). In 2016 wordt er een besluit genomen over het vervolg van het NPP.

Nieuwe preventie-aanpak

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

- De regering gaat gemeenten en zorgverzekeraars stimuleren preventie voor risicogroepen voortvarend ter hand te nemen;
- 'Eerste hulp bij preventie' zal worden ingericht; die bestaat uit een digitaal loket en een preventieteam dat concrete ondersteuning biedt aan gemeenten en zorgverzekeraars bij het vormgeven van gezamenlijke preventieactiviteiten voor risicogroepen;
- De regering gaat het sluiten van "preventiecoalities" faciliteren waarbij gemeenten en zorgverzekeraars bij een gezamenlijk plan ondersteuning van de samenwerking kunnen aanvragen op basis van cofinanciering;
- In 2019 zullen bovenstaande maatregelen geëvalueerd worden (T.K. 32793-213).

Verslavingspreventie

Verslavingspreventie omvat beleidsmatige en professionele activiteiten gericht op (lokale) risicoanalyse, voorlichting en bewustzijn creëren, tijdig signaleren van problematisch gebruik van alcohol en drugs, korte interventies uitvoeren en terugval voorkomen.

- *Universele en selectieve* verslavingspreventie worden vooral door gemeenten opgezet op grond van de Wet Publieke Gezondheid (WPG) en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Het gaat hier veelal om interventies voor scholieren en het uitgaanspubliek en interventies in de jeugdhulpverlening. Een onderdeel van de verslavingspreventie is het geven van deskundigheidsbevordering aan docenten, jeugdhulpverleners, huisartsen en horecapersoneel, gericht op vroegsignalering van middelenproblematiek.

- Vanaf 1 januari 2014 is *geïndiceerde* preventie (zoals tijdige onderkenning en behandeling van problematisch alcoholgebruik) een taak voor de huisarts en de POH-GGZ. Zorggerelateerde preventie blijft als curatieve geestelijke gezondheidszorg onderdeel uitmaken van de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg.
- In de nieuwe ordening van de GGZ is er binnen GGZ-instellingen, inclusief de verslavingszorg, steeds minder plaats voor aparte preventieafdelingen. Overheid, zorgaanbieders en financiers streven naar een verbreding van preventieve GGZ en verslavingszorg naar wijkteams (universele en selectieve preventie), huisartsenzorg (vooral geïndiceerde preventie) en geestelijke gezondheidszorg (zorggerelateerde preventie) (Ruiter et al., 2014). Er is nog geen zicht op de aard en omvang van preventie in deze settings. In de sociale wijkteams komt verslavingspreventie nogal moeizaam van de grond (zie beneden in deze paragraaf) (Bransen et al., 2016).
- Gemeenten werken met sociale (wijk)teams aan een integrale aanpak van problematiek en hulpvragen. Sociale (wijk)teams kernmerken zich door korte lijnen en een snelle afstemming tussen diverse hulpverleners. Het doel is om de hulpverlening zo dicht mogelijk bij de burgers te organiseren en om vroegtijdig te kunnen optreden en/of ingrijpen en daarmee escalatie van problemen te voorkomen, en om proactief hulpbehoevenden te benaderen. Vooral de G4-gemeenten en de G32-gemeenten omarmen de sociale (wijk)teams. Bijna alle grotere gemeenten werken met sociale (wijk)teams. In de meeste sociale wijkteams zitten een maatschappelijk werker, een WMO-consulent, een MEE-consulent, een wijkverpleegkundige en een jeugdhulpverlener (Van Arum en Schoorl, 2016).

Effectieve interventies

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) heeft een preventiemodel ontwikkeld dat een overzicht geeft van verschillende vormen van preventie en de niveaus voor verslavingspreventie, waaronder de preventie van (schadelijk) drugsgebruik (Oudejans en Spits, 2013). Voor meer informatie: zie NDM Jaarbericht 2015 (Van Laar et al., 2015).
- In de Interventiedatabank van het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL) staan actuele leefstijlinterventies die door een erkenningscommissie zijn beoordeeld op theoretische onderbouwing en/of effectiviteit. Er worden drie niveaus van effectiviteit onderscheiden: eerste aanwijzingen van effectiviteit, goede aanwijzingen van effectiviteit en sterke aanwijzingen van effectiviteit.

Medio juli 2016 zijn er 42 interventies op het thema preventie van middelengebruik in de Interventiedatabank opgenomen. Daarvan zijn er 11 'goed beschreven', 24 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 (www.loketgezondleven.nl).

Sociale wijkteams

Sociale wijkteams zijn een belangrijk onderdeel van het nieuwe zorgstelsel. In theorie vormen ze een veelbelovende setting voor verslavingspreventie: tijdige signalering en interventie bij problematisch gebruik van alcohol en drugs.

- Uit een strategische verkenning van de mate waarin sociale wijkteams deze rol op zich hebben genomen blijkt dat verslavingspreventie door die teams nog niet voldoende ontwikkeld is (Bransen et al., 2016).

- De teams zoeken nog naar hun invulling van preventief werken. Verder blijkt er ook een tekort aan kennis en vaardigheden rondom preventief werken, signalering en interventie bij problematisch gebruik en verslaving. De sociale wijkteams zouden meer kunnen bijdragen aan verslavingspreventie als de kennis en vaardigheden op dit gebied worden verbeterd, er meer contact komt tussen de sociale wijkteams en de preventiewerkers van de verslavingszorg en de bestaande expertise op het gebied van preventie meer wordt benut.

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). Voor meer informatie zie het NDM Jaarbericht 2015 (Van Laar et al., 2015).

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. Kern van de nieuwe beleidsvisie drugspreventie is het aanpakken van de normalisering van het drugsgebruik bij met name jongeren en jongvolwassen (T.K. 24077-357). De regering wil actie op verschillende terreinen en wil uitdrukkelijk samenwerken met ouders, gemeenten, scholen, professionals, eigenaars van clubs en organisatoren van evenementen.

- Actie gericht op *ouders*: er komt onder andere een website voor ouders waar ze meer kennis over ecstasy kunnen opdoen en kunnen leren hoe ze met hun kinderen over drugsgebruik in gesprek kunnen gaan. De website uwkindenuitgaandrugs.nl is in april 2016 door de Staatssecretaris van VWS gelanceerd.
- Actie gericht op *jongeren*: er komt een nieuwe aanpak van voorlichting over middelengebruik in het onderwijs; de voorlichting zal beter worden afgestemd op de verschillende doelgroepen; het Trimbos-instituut en Unity ontwikkelen een model om de risicocommunicatie aan gebruikers over het gebruik van drugs te verbeteren; in Brabant is een innovatieve pilot over GHB-preventie uitgezet.
- Actie gericht op *gemeenten*: gemeenten kunnen in hun vergunningverlening veel doen om gezondheidsincidenten te voorkomen, daarom is in opdracht van het Ministerie van VWS een handreiking drugs en alcohol op evenementen ontwikkeld; door de verslavingszorg en GGD'en wordt er gewerkt aan een uniform basispakket aan preventieactiveiten waar elke gemeente mee kan werken.
- Actie gericht op *organisatoren en eigenaren*: financieel ondersteund door VWS heeft ID&T, een organisator van feesten en festivals, samen met Unity de campagne Celebrate Safe ontwikkeld. Deze campagne richt zich op het voorlichten van bezoekers van feesten en festivals en het creëren van bewustzijn rondom diverse thema's op het gebied van bewust en veilig feesten (drugs, alcohol, veilige seks, voorkomen gehoorschade).
- Actie gericht op *gezondheidsprofessionals*: in de eerstelijn worden de preventiefunctie en vroegsignalering met betrekking tot drugsgebruik versterkt; in 2016 worden er drie pilots uitgevoerd bij afdelingen Spoed Eisende Hulp van ziekenhuizen (SEH) en EHBO-diensten om te kijken hoe de preventie van recidive, bij cliënten die na een drugsincident binnenkomen, verbeterd kan worden; de testcapaciteit van het DIMS-bureau wordt uitgebreid (T.K. 24077-357).

GGZ Nederland heeft aangegeven de beleidsvisie over drugspreventie te onderschrijven, maar geeft tevens aan dat de inkoop van verslavingspreventie door gemeenten dreigt 'onder te sneeuwen' in de huidige prioriteitstelling bij de gemeenten vanwege de transformaties die spelen in het sociale domein (GGZ Nederland, 2016).

Evaluatie van de campagne 'Verhoging leeftijdsgrens alcohol en tabak' (NIX<18)

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' (NIX<18). De NIX<18-campagne is een initiatief van het Ministerie van VWS en een groot aantal partners, waaronder Koninklijke

Horeca Nederland, KWF, Longfonds, Trimbos-instituut, NOC*NSF, supermarkten en GGD'en. De 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 in dat jaar op het versterken van de sociale norm en het ondersteunen van het NIX<18-merk. Daarnaast werd er speciale aandacht gegeven aan de legitimatieplicht: jongeren onder de 25 jaar moeten zich legitimeren als ze alcohol of tabak willen kopen. In 2015 is de campagne daarbij gericht op het activeren van de ouders om de NIX-afspraak te maken. De NIX-afspraak is een afspraak die met jongeren wordt gemaakt om niet te gaan roken of drinken voordat ze 18 jaar zijn (Rijksoverheid, 2016).
Na drie jaar campagne voeren laat evaluatieonderzoek zien dat de acceptatie van de sociale norm 'niet roken en niet drinken onder de achttien' is toegenomen (Rijksoverheid, 2015; Rijksoverheid, 2016), ook al waren effecten pas op langere termijn beoogd.

- Steeds meer ouders vinden het normaal dat jongeren onder de 18 jaar niet roken en niet drinken: dit aandeel steeg van 64% van de ouders in 2013 naar 73% in 2016. Onder jongeren steeg dat percentage van 56% in 2015 naar 61% in 2016 (Rijksoverheid, 2016).
- Daarnaast vinden steeds meer ouders en jongeren het onacceptabel om voor het 18e levensjaar te drinken en vinden steeds meer jongeren roken onder de 18 onacceptabel.
- Tussen 2013 en 2015 is het aandeel jongeren dat aangeeft niet te drinken gestegen van 56% naar 64%. Het aandeel van de jongeren dat aangeeft niet te roken is stabiel hoog op 89%.
- Een toenemend aandeel onder alle doelgroepen staat positief tegenover het maken van de afspraak om niet te roken en te drinken onder de 18 jaar.
- De gewijzigde houding onder ouders uit zich ook in steeds meer ouders die daadwerkelijk afspraken maken met hun kinderen: in 2015 maakte 37% van de ouders de NIX-afspraak met hun kinderen voor zowel roken als drinken tegenover 30% in 2014.
- Het aandeel jongeren dat positief staat tegenover het maken van de NIX-afspraak is gestegen van 42% in 2014 naar 48% in 2015.
- Niet roken en drinken onder de 18 jaar is bij een meerderheid een gespreksonderwerp: 61% van de jongeren en 75% van de ouders praat er over. Ten opzichte van 2014 is dit iets gedaald, maar het is nog steeds bovengemiddeld in vergelijking met andere overheidscampagnes (Rijksoverheid, 2016).

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. Een andere transitie, die al eerder is ingezet, betreft de ambulantisering van de GGZ.
De langdurige zorg van de AWBZ is overgegaan naar vier wetten: De Wlz: voor intensieve 24-uurs zorg (zorg met verblijf). De Zvw: voor persoonlijke verzorging en verpleging (zorg zonder verblijf). De WMO 2015: ondersteunende zorg, zoals begeleiding of beschermd wonen. De Jeugdwet: langdurige zorg voor jeugdigen is naar de gemeenten gegaan. Voor meer informatie zie het NDM Jaarbericht 2015 (Van Laar et al., 2015).
(Nieuwe) wetsvoorstellen die ook voor de doelgroepen van de verslavingszorg van belang zijn:

- Wet forensische zorg: forensische zorg vindt plaats in strafrechtelijk kader, maar buiten de penitentiaire inrichting. Deze wet moet de door- en uitstroom richting GGZ verbeteren. De wet ligt al enige jaren bij de Eerste Kamer (voor meer informatie: zie § 2.1.9).

- Wet verplichte GGZ: deze wet maakt verplichte behandeling van mensen met ernstige psychische problemen mogelijk. Momenteel is slechts gedwongen opname mogelijk (Wet Bopz). Deze gedwongen behandeling kan ook – anders dan nu het geval is – bij de cliënt thuis plaatsvinden. De Wet verplichte GGZ maakt het ook mogelijk mensen met psychische problemen al in een eerder stadium gedwongen te behandelen. Dit wetsvoorstel ligt sinds medio juli 2016 bij de Raad van State voor advies.

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 tweedelijns zorg. Vanaf 2014 werden dat de volgende echelons: POH-GGZ, GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ.

- De GB-GGZ heeft als doel om ervoor te zorgen dat patiënten GGZ-zorg tijdig en op de juiste plek krijgen (*matched care*) en niet onnodig in de gespecialiseerde GGZ terechtkomen of blijven. Met de invoering van deze maatregelen verwacht het kabinet dat er een verschuiving van patiënten (en daarmee gepaard budget) gaat optreden binnen de GGZ-keten van duurdere gespecialiseerde zorg naar goedkopere zorg dichter bij huis. Dit moet bijdragen aan een betaalbare, voor iedereen toegankelijke en kwalitatief hoogwaardige GGZ.
- In de GB-GGZ komen verschillende patiëntengroepen samen: een deel van de patiënten die tot 2014 binnen de EPZ werden gezien en (een deel van) de patiënten met lichte en milde problematiek uit de tweedelijns GGZ. Voor behandeling in de GB-GGZ geldt de eis dat er sprake moet zijn van een diagnose volgens de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Dit gold niet voor behandeling in de EPZ. De problematiek van de populatie in de GB-GGZ is daarmee gemiddeld genomen zwaarder dan voorheen in de EPZ.
- Binnen de GB-GGZ worden vier producten onderscheiden (GB-GGZ Kort, -Middel, -Intensief en -Chronisch). Patiënten die enige tijd stabiel en niet meer crisisgevoelig zijn, zouden van de tweede lijn 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 2016 komen de volgende ontwikkelingen naar voren (KPMG, 2016):

- Het totaal aantal patiënten bij de POH-GGZ, de EPZ/GB-GGZ en de tweedelijns/gespecialiseerde GGZ is tussen het tweede halfjaar van 2012 en 2014 toegenomen van 840.000 naar 895.000 patiënten. Het aantal patiënten in zorg bij de POH-GGZ en in de GB-GGZ neemt toe en het aantal patiënten in de gespecialiseerde GGZ neemt af. Dit sluit aan bij substitutiedoelstellingen, de bredere doelgroep die de GB-GGZ bedient en de toename van zorg die door de POH-GGZ wordt geleverd.
- De procentuele verdeling van patiënten over de echelons laat zien dat het echelon tweedelijns/gespecialiseerde GGZ het grootst is. Na de introductie van de GB-GGZ in 2014, neemt het aandeel patiënten in de gespecialiseerde GGZ echter af (van 78% in 2012 naar 63% in 2014). Het aandeel EPZ/GB-GGZ blijft redelijk stabiel rond de 16%, en het aandeel patiënten bij de POH-GGZ neemt verder toe (van 6% in 2012 naar 21% in 2014).
- In de KPMG Plexus monitor worden geen aparte data over stoornissen in het middelengebruik (alcohol, drugs) gerapporteerd.

De ontwikkelingen van de ambulantisering en de hervormingen van de langdurige GGZ, waarvan de voorzieningen gedeeltelijk onder de gespecialiseerde GGZ en gedeeltelijk onder de WMO vallen, worden door het Trimbos-instituut gemonitord (Van Hoof et al., 2015). In het kader van de ambulantisering is in 2012 afgesproken dat de beddencapaciteit in 2020 met 33% gereduceerd moet zijn ten opzichte van het peiljaar 2008.

- Per saldo nam tussen 2000 en 2010 het totale aantal opnameplaatsen en verblijfs- en woonvoorzieningen in de GGZ nog met ruim een derde toe van circa 26.500 tot circa 36.500 plaatsen, met name in de vorm van voorzieningen voor beschermd wonen. De verblijfspsychiatrie moet van 8.000 naar 6.000 plaatsen worden afgebouwd. Met de overheveling van het beschermd wonen naar de WMO behoort het strikt genomen niet meer bij het gezondheidszorgdomein of de GGZ-sector, maar tot het 'sociale domein'.
- In 2014 waren er naar schatting ruim 10.000 opnameplaatsen (Zvw) (afname van 13% ten opzichte van 2008), ruim 7.000 verblijfplaatsen (afname van 8%) en ruim 17.000 plaatsen voor beschermd wonen (afname van 4%).
- Uit de Monitor Voortgang WMO van GGZ Nederland blijkt dat de meeste gemeenten de beschermde woonvormen vooralsnog als doelgroepspecifieke voorziening in stand willen houden. Daar staat tegenover dat drie kwart van de gemeenten voor andere GGZ-voorzieningen (zoals dagbestedings- en inloopvoorzieningen) geen apart doelgroepenbeleid voor mensen met een psychische kwetsbaarheid willen gaan voeren (Van Hoof et al.,2016).

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). 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 bijlage bij het rapport is gevoegd. De Minister wil dat de behandelingen die daarin genoemd worden tot het basispakket van de Zorgverzekeringswet gaan behoren (T.K. 24077-344; Van Rooyen et al., 2014). De Minister ondersteunt ook de verdere ontwikkeling van richtlijnen en zorgstandaarden. Voor meer informatie zie het NDM Jaarbericht 2015 (Van Laar et al., 2015).

Zorgstandaarden

Het eind 2013 opgerichte *Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz* is een samenwerkingsverband van de beroepsverenigingen van psychiaters (NVvP) en psychologen (NIP) en het Landelijk Platform GGz (LPGGz), waarin ook GGZ Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en een groot aantal andere relevante beroepsorganisaties participeren. Het Netwerk heeft opdracht gegeven om 40 nieuwe kwaliteitsstandaarden te ontwikkelen. Voor de verslavingszorg zijn met name de Zorgstandaard Alcohol, de Zorgstandaard Opiaatverslaving en de Multidisciplinaire richtlijn 'niet-opioïde drugs' van belang. Bij laatstgenoemde richtlijn zal het Addendum stoornissen in middelengebruik in combinatie met andere psychiatrische stoornissen ontwikkeld worden. Deze standaarden zullen begin 2017 worden opgeleverd (www.resultatenscoren.nl).

Nieuwe bekostigingssystematiek GGZ

Het Zorginstituut adviseerde in 2014 om de DSM-5, de meest recente versie van het Amerikaanse diagnostische handboek voor psychische stoornissen, leidend te maken bij het duiden van de verzekerde aanspraken en in de bekostiging van de GGZ. Volgens de Minister van VWS was de beschikbare informatie echter onvoldoende om er zeker van te zijn dat de toepassing van de DSM-5 niet tot onvoorziene kostenstijgingen zou leiden. Daarom bleef de DSM-IV in 2016 leidend voor de aanspraken op verzekerde GGZ (T.K. 24077-344). In het voorjaar van 2016 is besloten dat er in 2019 een volledig nieuwe productstructuur en bekostigingssystematiek voor de GGZ zal worden ingevoerd (het 'Engelse model'). Daarbij is de zorginhoud het uitgangspunt. De bekostiging zal beter aansluiten op de zorgzwaarte en de zorgbehoefte van de patiënten. Omdat de auteursrechthebbende van de DSM-IV niet bereid is de huidige

licentie voor het gebruik van de DSM-IV in de bekostiging te verlengen, is besloten dat per 1 januari 2017 de verzekerde aanspraken geneeskundige GGZ door het Zorginstituut op grond van DSM-5 zullen worden geduid en uitgelegd. Om de impact in de bekostiging tot een minimum te beperken, worden DSM-5 classificaties via een conversietabel 'vertaald' in DSM-IV-classificaties (T.K. 25424-309).

Verwarde personen

Tussen 2011 en 2015 steeg het aantal incidenten, waarbij volgens de politieregistratie verwarde personen betrokken zijn, met gemiddeld 13% per jaar. Daarom is er in september 2015 een *Aanjaagteam verwarde personen* aangesteld door het Ministerie van VWS, het Ministerie van VenJ en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG). Het gaat om een toename van het aantal registraties van incidenten en niet zonder meer om een toename van het aantal verwarde personen. De Minister heeft aangekondigd een handvat te laten ontwikkelen dat verzekeraars en gemeenten kunnen gebruiken om meer inzicht te krijgen in de lokale behoefte aan zorg (T.K. Aanhangsel 2015-2016-2252). Het Aanjaagteam heeft geconstateerd dat het om personen gaat met (ernstige) psychische stoornissen, veelal gecombineerd met verslavingsproblematiek, die niet in staat zijn zich zelfstandig te redden in de maatschappij (Aanjaagteam verwarde personen, 2016).

GGZ/Verslavingszorg in cijfers

- Volgens de Zorgprisma Publiek kostte de GGZ in 2013 €4,3 miljard verdeeld over tweedelijns GGZ (€3,9 miljard), eerstelijns GGZ (€100 miljoen), POH-GGZ (€47 miljoen) en GGZ-gerelateerde geneesmiddelen (€208 miljoen). Deze Vektis-cijfers hebben alleen betrekking op zorg die volgens de Zorgverzekeringswet wordt vergoed (Zorgprisma publiek Vektis, 2016). Volgens GGZ Nederland waren de uitgaven voor de totale GGZ in 2014 6,6 miljard euro (dit bedrag is inclusief de kosten voor beschermd wonen)[21].
- In totaal werden er in 2013 bijna 1,3 miljoen mensen in de GGZ behandeld. Hiervan werd 24% van de patiënten in de eerstelijns GGZ behandeld, 70% in de tweedelijns GGZ en 15% door een praktijkondersteuner GGZ bij de huisarts. Van de patiënten was 22% jonger dan 18 jaar en 9% van de patiënten was 65 jaar of ouder (Zorgprisma publiek Vektis, 2016).
- In 2013 werden in de GGZ voor de aandoening verslaving de meeste patiënten intramuraal behandeld (ruim 13.000 patiënten). Dit is 22% van het totaal aantal opgenomen patiënten in de GGZ. Daarna volgt schizofrenie met 9.800 patiënten (16%) en depressie met 9.600 patiënten (16%) (Zorgprisma publiek Vektis, 2016).
- In 2013 werden 792.000 patiënten behandeld zonder opname in de tweedelijns GGZ. Dit is 92% van het totaal aantal patiënten in de tweedelijns GGZ. De overige 8% patiënten werden één of meerdere nachten opgenomen (Zorgprisma publiek Vektis, 2016).

21 www.nza.nl/zorgonderwerpen/zorgonderwerpen/ggz/cijfers-en-feiten

2.4 Beleid ter bestrijding van alcohol- en drugsgerelateerde criminaliteit

2.4.1 De bestrijding van drugsdelicten

De illegale productie, smokkel, handel en bezit van stoffen die op lijst I of lijst II van de Opiumwet staan wordt met een integrale aanpak en primair op regionaal niveau bestreden.

- Er is geen intentie om het Nederlandse beleid in dezen te veranderen (T.K. Aanhangsel Handelingen-2481, 2016). Wel wordt toenemende aandacht gegeven aan de bestrijding van de 'ondermijnende criminaliteit', die een bedreiging vormt voor de integriteit van onze samenleving en waarbij vaak verwevenheid is van de onderwereld met de bovenwereld (Veiligheidsagenda 2015-2018, 2014).
- Politie en justitie geven bij de opsporing en vervolging van Opiumwetdelicten prioriteit aan de grootschalige en georganiseerde drugsproductie en –handel. Deze criminaliteit in relatie tot heroïne, cocaïne, synthetische drugs en cannabis/hennepteelt geldt in 2016 nog steeds als prioriteit in de opsporing en vervolging (T.K. 29911-79, 2013).

Integrale en regionale aanpak

- Bij de bestrijding van (georganiseerde) drugscriminaliteit wordt een brede geïntegreerde aanpak gevolgd met zowel strafrechtelijke opsporing en vervolging als bestuurlijke sancties en fiscale en privaatrechtelijke maatregelen. De handhavers proberen barrières op te werpen om het criminelen moeilijk of onmogelijk te maken hun werkwijze voort te zetten. Ook probeert men steeds meer om crimineel vermogen af te pakken.
- De bestrijding vindt primair op regionaal niveau plaats. Verschillende instanties – 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 – werken samen en worden ondersteund door tien Regionale Informatie- en Expertisecentra (RIECs), die op hun beurt ondersteund worden door het LIEC, het Landelijk Informatie en Expertise Centrum. Het RIEC-netwerk is landelijk dekkend.
- In Zuid-Nederland (Zeeland, Brabant, Limburg) is de aanpak van de ondermijnende en georganiseerde criminaliteit rond met name synthetische drugs en hennepteelt eind 2014 geïntensiveerd ('Intensivering Zuid-Nederland'). Er is gelabelde capaciteit van 125 personen bij de politie vrijgemaakt, plus 15 fte bij het Openbaar Ministerie, die werken in vijf 'ondermijningsteams', die samenwerken met andere partners, zoals het precursorenteam van de FIOD (Jaarbericht Intensivering, 2016). Er is in het eerste jaar vooral gewerkt met kortdurende snelle interventies, waaromheen in beginsel altijd publiciteit werd gecreëerd.
- In Brabant-Zeeland is tevens een Taskforce actief met verschillende partners, die ook samenwerkt met de Duitse en Belgische politie en justitie (Voortgangsrapportage Taskforce, 2016).
- Eind 2016 eindigen de Taskforce en de Intensivering Zuid-Nederland van politie en Openbaar Ministerie. Een vervolg wordt echter nodig geacht (T.K. 29911-126, 2016). De betrokken diensten gaan een vervolgplan maken. In de toekomst wil men onder andere meer inzetten op informatie gestuurde strategische integrale inzet, maar tegelijkertijd ook de korte interventies doorzetten (Jaarbericht Intensivering, 2016; Voortgangsrapportage Taskforce, 2016). Men wil de vervolging versnellen ('fast lane'), het afpakken van crimineel vermogen stimuleren en bij de hennepteelt wil men meer focussen op de voorkant van de productieketen: op voorbereidingshandelingen, elektriciens en toeleveranciers van stekken.

De aanpak van drugsdumpingen

Er wordt in 2016 veel aandacht gegeven aan het bestrijden van dumpingen van synthetisch drugsafval (zie onder andere T.K. Aanhangsel Handelingen-1762, 2016).

- De capaciteit bij de Landelijke Faciliteit Ondersteuning Ontmantelen (LFO), die bij veel (maar niet alle) ontmantelingen en ruimingen van drugsafval betrokken is, is sinds januari 2015 verdubbeld (T.K. Aanhangsel Handelingen - 2627, 2015). Dit team verricht zeer specialistische werkzaamheden op het terrein van het ontmantelen van drugslaboratoria en bestaat in juni 2016 uit 8 fte (T.K. Aanhangsel Handelingen-298, 2015; T.K. Aanhangsel Handelingen-2750, 2016).
- De schade als gevolg van het dumpen van drugsafval dient ten laste te komen van de dader. Het lukt echter vaak niet om de veroorzaker, c.q. de dader, hierop aan te spreken (T.K. Aanhangsel Handelingen-1792, 2016). Het opruimen valt dan onder de verantwoordelijkheid van de perceeleigenaar. Het is aan de gemeente om hier toezicht op te houden.
- In een in december 2015 afgesloten convenant tussen het Ministerie van Infrastructuur en Milieu en de provincies zijn afspraken gemaakt over het in 2015, 2016 en 2017 door het Rijk jaarlijks beschikbaar stellen van 1 miljoen euro voor de kosten van het opruimen van gedumpt drugsafval. Daarna worden mogelijkheden verkend voor een duurzame financieringsoplossing (T.K. Aanhangsel Handelingen-1792 en 2481, 2016).
- In Noord-Brabant bestaat een projectgroep 'Samen Sterk Tegen Dumpen' van onder andere Rijk, provincie, waterschappen en gemeenten, politie, Nederlands Forensisch Instituut (NFI), Taskforce Brabant Zeeland, Landelijke Faciliteit Ondersteuning Ontmantelen (LFO) en (chemisch) afvalmanagement (T.K. Aanhangsel-1762 en 2482, 2016). Een van de doelen van deze samenwerking is het op een uniforme manier snel en veilig opruimen van drugsafval. De provincie Noord-Brabant laat oriënterend onderzoek uitvoeren naar de effecten van bodemverontreiniging als gevolg van dumpingen in de natuur en de wijze van aanpak. Ook wordt in deze regio gewerkt met 'geurkaarten' om drugslaboratoria op te sporen (T.K. Aanhangsel Handelingen-2750, 2016). In Limburg is het masterplan 'Limburg Drugslab-vrij' ontwikkeld (T.K. Aanhangsel Handelingen-2355; 2482, 2016).

De handel in drugs via het internet

Recent onderzoek laat zien dat de handel in drugs via het internet toeneemt. De traditionele handel neemt echter nog steeds een grotere plaats in (Kruithof et al., 2016). De handel vindt vaak plaats via het 'dark net', het deel van het internet dat opzettelijk verborgen is voor zoekmachines en alleen met speciale software te benaderen is (zie § 13.2). Het onderzoek is in augustus 2016 aan de Kamer gestuurd met een brief van de minister van Veiligheid en Justitie. Hij kondigt daarin aan dat politie en Openbaar Ministerie de aanpak van drugshandel via internet met versterkte opsporings- en digitale expertise en het opzetten van publiek-private samenwerkingsverbanden met post- en pakketdiensten gaan intensiveren. Ook wordt internationaal samengewerkt, onder andere in het project 'Illegal Trade on Online Marketplaces' (ITOM). Het kabinet blijft de ontwikkelingen op het gebied van door internet gefaciliteerde misdaad nauwgezet volgen (T.K. 24077-375, 2016).

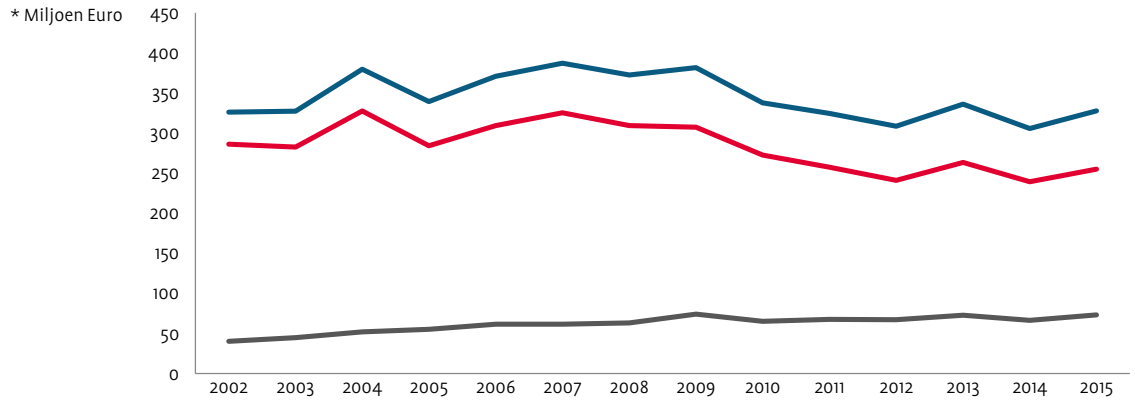
Uitgaven aan Opiumwetdelicten

In 2015 is in totaal 384 miljoen euro uitgegeven aan de bestrijding van Opiumwetdelicten. Dit is het nominale bedrag, afgemeten aan veiligheidszorgrekeningen (Moolenaar et al., in voorbereiding). Berekend zijn daarbij de uitgaven voor alle activiteiten (preventie, opsporing, vervolging, berechting en tenuitvoerlegging van straffen) die tot doel hebben criminaliteit, verloedering en overlast in relatie tot Opiumwetdelicten (smokkel, handel, productie en bezit van drugs) te voorkomen of te bestraffen en onveiligheidsgevoelens weg te nemen. Zowel activiteiten van de overheid (rijk, provincies, gemeenten, douane) als van de particuliere sector (particulieren en bedrijven, ook de speciale beveiligings- en opsporingsbedrijven) worden meegenomen. Aan preventie wordt door verschillende partijen geld uitgegeven, bij opsporing gaat het vooral om uitgaven aan de politie, bij vervolging is het Openbaar Ministerie 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 (DJI) verantwoordelijk is voor het grootste deel van de uitgaven aan tenuitvoerlegging van vrijheidsstraffen, die een flink deel van de totale uitgaven opslokken.

- De uitgaven aan Opiumwetdelicten vormen 2,7% van de totale (nominale) uitgaven aan veiligheid in 2015. Deze delicten zijn hiermee een kleine kostenpost in vergelijking met vermogensmisdrijven (50,5%), vernieling en misdrijven tegen de openbare orde (21,2%) en gewelds- en seksuele misdrijven (15,3%). De bestrijding van verkeersmisdrijven kostte iets meer dan die van drugsmisdrijven (3,4%).
- Bij de Opiumwetdelicten is veel meer geld uitgegeven aan de bestrijding van harddrugsmisdrijven dan aan de bestrijding van softdrugsmisdrijven (78% tegenover 22%).
- Om een beeld te krijgen van de trend in de uitgaven zijn in figuur 2.1 de bedragen opgenomen die gecorrigeerd zijn voor loon- en prijsstijgingen (prijzen van 2005). Dan is te zien dat de totale uitgaven voor Opiumwetdelicten en ook die voor harddrugsmisdrijven globaal dalen sinds 2009, waarbij in 2015 iets meer is uitgegeven dan in 2014 (figuur 2.1). De uitgaven voor softdrugsmisdrijven stabiliseren min of meer. Ze vormen steeds slechts een fractie van de uitgaven voor harddrugsmisdrijven.

Figuur 2.1 Uitgaven aan Opiumwetdelicten 2002-2015[I] in miljoen euro gecorrigeerd voor loon- en prijsstijgingen (niet nominaal), prijzen van 2005

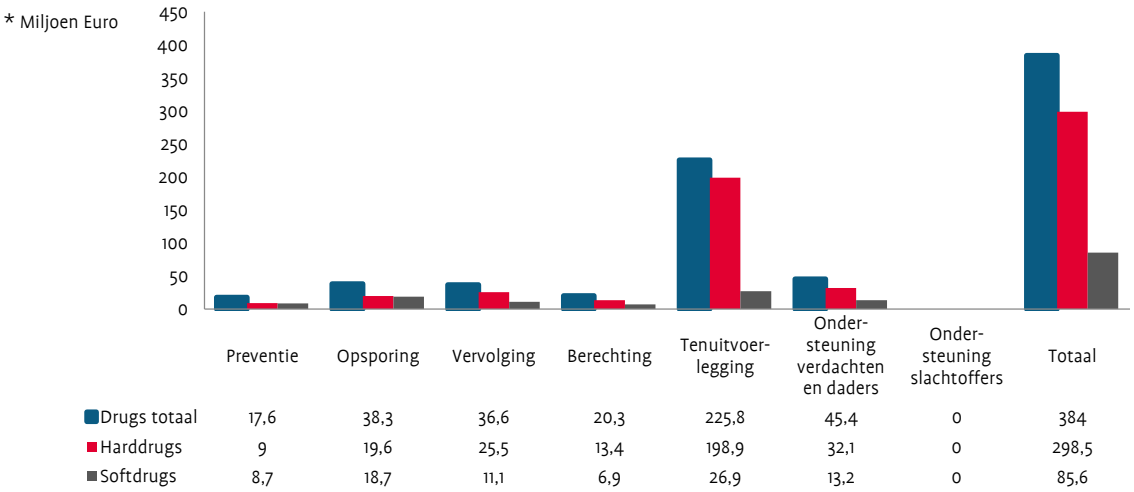


	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Drugs totaal	326,2	327,5	379,6	339,4	370,8	387,2	372,6	381,6	337,8	324,6	308,4	336,2	305,7	327,9
Harddrugs	286,1	282,6	327,6	284,2	309,4	325,5	309,5	307,4	272,6	257,2	241,2	263,5	239,3	254,9
Softdrugs	40,2	44,9	52	55,2	61,4	61,7	63	74,1	65,2	67,4	67,2	72,7	66,4	73,1

I. Cijfers 2014 en 2015 zijn voorlopig. Bron: Moolenaar, Vlemmings, Van Tulder en De Winter (2016).

- Bij de Opiumwetdelicten is het meeste geld uitgegeven aan de tenuitvoerlegging van straffen voor harddrugsmisdrijven (figuur 2.2). De uitgaven in 2015 wijken hierin niet af van die in eerdere jaren. Aan preventie is weinig uitgegeven. Opiumwetdelicten zijn meestal slachtofferloze delicten; er zijn dan ook geen kosten geweest voor ondersteuning van slachtoffers.
- Opiumwetdelicten maken 7,7% van de totale kosten van tenuitvoerlegging uit en staan bij de kostenposten op de derde plaats. Bij andere misdrijven dan drugsmisdrijven wordt meer uitgegeven aan preventie, opsporing, vervolging en berechting en aan ondersteuning van slachtoffers.
- 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 de screeningsautoriteit JUSTIS, buitenlandse boetes en bestuurlijke boetes. Deze zijn niet gespecificeerd naar type delict.

Figuur 2.2 Uitgaven in miljoen euro voor Opiumwetdelicten, naar activiteit, nominaal, 2015



	Preventie	Opsporing	Vervolging	Berechting	Tenuitvoerlegging	Ondersteuning verdachten en daders	Ondersteuning slachtoffers	Totaal
Drugs totaal	17,6	38,3	36,6	20,3	225,8	45,4	0	384
Harddrugs	9	19,6	25,5	13,4	198,9	32,1	0	298,5
Softdrugs	8,7	18,7	11,1	6,9	26,9	13,2	0	85,6

Bron: Moolenaar et al., in voorbereiding.

2.4.2 Beleid ten aanzien van drugsgebruik en -gebruikers bij justitie

Het beleid ten aanzien van problematische gebruikers in het strafrechtssysteem gaat uit van het principe dat problematische gebruikers niet alleen bestraft moeten worden, maar ook en vooral zorg nodig hebben, wil criminele recidive voorkomen worden. De Wet forensische zorg (zie § 2.1.6) beoogt bij te dragen aan doorverwijzingen vanuit justitie naar zorg. Ook zijn er in de 25 veiligheidsregio's Veiligheidshuizen waar verschillende instellingen, waaronder de politie, het Openbaar Ministerie (OM), de reclassering, de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) en soms nog andere organisaties zoals de verslavingszorg, bijeenkomen om tot een integrale aanpak te komen van criminele of ernstige overlast veroorzakende personen, waarachter een complexe problematiek – vaak (ook) verslavingsproblematiek – schuilgaat. De verslavingsreclassering kan worden ingeschakeld voor voorlichtende, ondersteunende en toezichthoudende taken.
In de Nederlandse penitentiaire inrichtingen wordt een drugsontmoedigingsbeleid gevolgd. Om te voorkomen dat drugs de inrichting binnenkomen, bevat het drugsontmoedigingsbeleid zowel preventieve als repressieve maatregelen. Zo wordt bij een geconstateerd strafbaar feit altijd aangifte gedaan. Ook wordt ingezet op gedragsverandering.

Het beleid gaat ervan uit dat invoer en gebruik van drugs en handel in drugs verboden zijn en altijd gesanctioneerd worden bij ontdekking (www.dji.nl; T.K. 24587-607, 2014). Het beleid omvat maatregelen zoals toegangscontrole bij iedereen die een inrichting binnenkomt, celinspecties, fouillering, visitatie en de inzet van drugshonden, urinecontroles en een zodanige inrichting van bezoekersruimten van gesloten inrichtingen dat er goed toezicht is op de justitiabele en het bezoek.

Het drugsontmoedigingsbeleid is recent bijgesteld en geïmplementeerd in de penitentiaire inrichtingen.
Een recent probleem waar politie en justitie mee te maken krijgen zijn GHB-gebruikers. Er is de afgelopen jaren bij de politie op het platteland kennis en ervaring opgebouwd inzake het omgaan met deze gebruikers (Nabben en Korf, 2016).

- Standaard schakelt de politie de GGD of een forensische arts in. In de politiecellencomplexen is men beter ingesteld geraakt op verwarde of verslaafde GHB-gebruikers. De politie werkt samen met de verslavingszorg. In enkele Huizen van Bewaring zijn speciale 'bedden' gekomen voor de opvang en behandeling van GHB-verslaafden (Nabben en Korf, 2016).

- In zware gevallen met veel criminele recidive wordt gekozen voor hulpverlening of, als dat niet lukt, voor een strafrechtelijke benadering. Binnen die laatste benadering worden incidenten 'gestapeld' om daarmee een verblijf in de Inrichting voor Stelselmatige Daders (ISD) mogelijk te maken. De politie onderhoudt ook contact met de ouders (Nabben en Korf, 2016).
- De aanpak wordt verder uitgewerkt door het 'Aanjaagteam verwarde personen' thans 'Schakelteam' (T.K. 24077-361, 2016; zie § 2.3.2).
- Bij arrestanten in penitentiaire inrichtingen wordt gelet op gebruik van GHB en GHB-verslaving. Een probleem met GHB wordt in een kort programma behandeld met benzodiazepinen (diazepam), of de gebruiker wordt doorgeleid naar een instelling met detoxificatieprogramma's voor GHB-verslaafden.

In de penitentiaire inrichtingen is (geestelijke) gezondheidszorg en op verslaving gerichte zorg beschikbaar. De zorg voor verslaafden krijgt recent meer aandacht.

- Penitentiaire inrichtingen moeten meer gaan bijdragen aan de bereidheid en de motivatie van verslaafde gedetineerden om hulp te gaan zoeken bij hun verslavingsproblemen en doorgeleid te worden naar zorginstellingen. Gebruik en verslaving moeten beter herkend worden ('case-finding'; T.K. 24587-607, 2014). Daarom krijgt het uitvoerend personeel in de basisopleiding informatie over drugsgebruik en verslavingsgedrag.
- De inrichtingen moeten ook samenwerken met de verslavingszorg en de verslavingsreclassering (T.K. 24587-607, 2014). Onder andere moeten deze instanties toegang hebben tot de inrichting en zoveel mogelijk ondersteund worden in het voorbereiden van zorg na detentie (Van der Poel et al., 2016).
- De Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) heeft samen met de verslavingszorg en de verslavingsreclassering congressen georganiseerd en bijgewoond om de 'kloof' tussen zorg en justitie te dichten en er zijn contactpersonen Middelen en Verslaving aangesteld in de penitentiaire inrichtingen. De Gezondheidszorg van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) is sinds medio 2014 aangesloten bij het Netwerk Infectieziekten en Harm Reduction, een netwerk van instellingen voor verslavingszorg, de GGD'en van Amsterdam en Rotterdam en Mainline (Van der Poel et al., 2016).

3. Cannabis

3.1	Laatste feiten en trends	▶ pagina 079
3.2	Gebruik: algemene bevolking	▶ pagina 080
3.3	Gebruik: jongeren	▶ pagina 084
3.4	Problematisch gebruik	▶ pagina 092
3.5	Gebruik: internationale vergelijking	▶ pagina 095
3.6	Hulpvraag en incidenten	▶ pagina 099
3.7	Ziekte en sterfte	▶ pagina 104
3.8	Aanbod en markt	▶ pagina 106

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 worden gerookt via een verdamper, via elektronische sigaretten geïnhaleerd worden, of gegeten in de vorm van spacecake, maar dat komt minder voor. Consumenten ervaren cannabis meestal als rustgevend, ontspannend en geestverruimend. In een hoge dosis kan cannabis angst, paniek en psychotische symptomen veroorzaken. THC (tetrahydrocannabinol) is het belangrijkste psychoactieve bestanddeel van cannabis. De werking van THC wordt mogelijk beïnvloed door een ander bestanddeel: cannabidiol (CBD) (zie § 3.7 en § 3.8). Nederwiet bevat nauwelijks CBD, hasj uit het buitenland bevat meer CBD.

Dit hoofdstuk gaat 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 (zie § 2.1.4). 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 8).

Cannabis staat op lijst II van de Opiumwet; hennepolie staat op lijst I. De laatste jaren is de wetgeving rond cannabis aangescherpt met het Ingezetenencriterium (2013) en de strafbaarstelling van voorbereidingshandelingen (2015) (zie § 2.1.2 en § 2.1.3).

3.1 Laatste feiten en trends

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

- In 2015 had een vijfde van de volwassen bevolking van 18 jaar en ouder ooit in het leven cannabis gebruikt en een op de vijftien inwoners was een recente cannabisgebruiker (§ 3.2).
- Het percentage recente gebruikers van cannabis in Nederland ligt boven het gemiddelde in de Europese Unie (§ 3.5).
- Tussen 2011 en 2015 daalde het percentage scholieren van 12-16 jaar van het voortgezet onderwijs dat ervaring heeft met cannabis (§ 3.3).
- Het percentage recente en actuele cannabisgebruikers onder 15-16-jarige scholieren ligt in 2015, evenals in 2011, boven het Europese gemiddelde (§ 3.5).
- Het aantal primaire cannabiscliënten in de verslavingszorg stijgt tot 2011 en is tot 2015 gestabiliseerd (§ 3.6).
- Cannabisgerelateerde gezondheidsincidenten zijn meestal licht van 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).
- Ten opzichte van 2014 is de omvang van het coffeeshoptoerisme enigszins toegenomen. Toeristen komen vooral naar gemeenten in het oosten en zuiden van het land die langs de grens liggen (§ 3.8).

- De THC-concentratie in nederwiet (die als *meest populair* wordt verkocht) verschilde in 2016 niet van 2015. De gemiddelde concentratie THC in de als *meest sterk* verkochte nederwiet steeg van 2015 naar 2016 en is in tegenstelling tot voorgaande jaren hoger dan de meest populaire variant. Het THC-gehalte in geïmporteerde hasj stijgt de laatste jaren licht maar is in 2016 niet sterker dan in 2015 (§ 3.8).
- Sinds 2007 stijgt de gemiddelde prijs van een gram nederwiet (meest populaire variant) geleidelijk, hoewel in 2016 de prijs ongeveer gelijk was aan 2015. De prijs van de (verondersteld) sterkste nederwiet is in 2016 wel hoger dan in 2015. De prijs van een gram geïmporteerde hasj schommelt door de jaren en is in 2016 vergelijkbaar met het voorgaande jaar (§ 3.8).

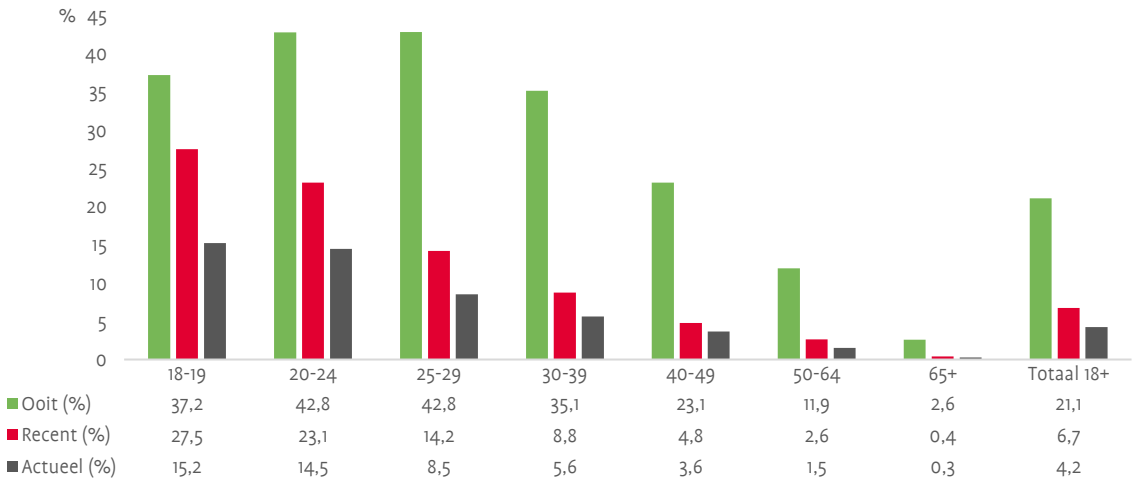
3.2 Gebruik: algemene bevolking

In het afgelopen decennium is het drugsgebruik in de algemene bevolking herhaaldelijk gemeten. Vanaf 2014 worden jaarlijks vergelijkbare cijfers verzameld in de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor uitgevoerd door het CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut (zie bijlage D.2). Vanwege wijzigingen in onderzoeksmethoden zijn deze cijfers niet vergelijkbaar met die uit eerdere peilingen. In dit hoofdstuk beschrijven wij gegevens voor de volwassen bevolking van 18 jaar en ouder. Omdat voor 2014 alleen gegevens beschikbaar zijn voor 15-64-jarigen, wordt aan het einde van deze paragraaf binnen deze leeftijdsgroep een vergelijking gemaakt tussen 2014 en 2015. Cijfers voor drugsgebruik onder jongeren worden in paragraaf 3.3 op basis van scholierenonderzoeken gerapporteerd.

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

- Een vijfde (21,1%) van de bevolking van 18 jaar en ouder rapporteerde in 2015 ooit in het leven wel eens cannabis (hasj of wiet) te hebben gebruikt (figuur 3.1). Omgerekend naar de bevolking (afgerond op tienduizendtallen) bedroeg het aantal ooitgebruikers van cannabis ongeveer 2,79 miljoen ooitgebruikers (95% betrouwbaarheidsinterval 2,65 – 2,93 miljoen).
- Het recent en actueel gebruik liggen beduidend lager:
  - Van de respondenten heeft 6,7% in het jaar voor de peiling cannabis geconsumeerd (recent gebruik). Dat is ongeveer een derde van de ooitgebruikers. Omgerekend naar de bevolking (afgerond op tienduizendtallen) bedroeg het aantal recente gebruikers ongeveer 890 duizend recente gebruikers (95% betrouwbaarheidsinterval 800-980 duizend).
  - Een op de vierentwintig respondenten (4,2%) heeft in de afgelopen maand (actueel) gebruikt. Omgerekend naar de bevolking (afgerond op tienduizendtallen) bedroeg in 2015 het aantal actuele gebruikers van cannabis 560 duizend gebruikers (95% betrouwbaarheidsinterval 490-630 duizend).
  - Ongeveer één op de tachtig volwassenen (1,2%) gebruikt dagelijks of bijna dagelijks cannabis. Omgerekend naar de bevolking (afgerond op tienduizendtallen) bedroeg het aantal (bijna) dagelijks gebruikers ongeveer 160 duizend (95% betrouwbaarheidsinterval 120-200 duizend).

Figuur 3.1 Cannabisgebruikers in Nederland per leeftijdsgroep en voor de totale bevolking van 18 jaar en ouder, peiljaar 2015



	18-19	20-24	25-29	30-39	40-49	50-64	65+	Totaal 18+
Ooit (%)	37,2	42,8	42,8	35,1	23,1	11,9	2,6	21,1
Recent (%)	27,5	23,1	14,2	8,8	4,8	2,6	0,4	6,7
Actueel (%)	15,2	14,5	8,5	5,6	3,6	1,5	0,3	4,2

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

Leeftijd en geslacht

Meer mannen dan vrouwen gebruiken cannabis. Dit verschil komt vooral tot uiting in regelmatigere gebruikspatronen.

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

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

- In de hogere leeftijdsgroepen heeft een steeds groter deel wel ooit, maar niet in het afgelopen jaar gebruikt. Dat betekent dat een groot deel van degenen die cannabis hebben gebruikt daar op latere leeftijd mee stoppen.
- Twintigers hebben het vaakst ervaring met cannabis (42,8% onder 20-24-jarigen en 25-29-jarigen), gevolgd door 18-19-jarigen (37,2%) en dertigers (35,1%) (figuur 3.1).
- Het recent gebruik is het hoogst onder 18-19-jarigen (27,5%), gevolgd door 20-24-jarigen (23,1%), en is lager onder 25-29-jarigen (14,2%) (figuur 3.1). De gemiddelde leeftijd van recente gebruikers is 31,7 jaar.
- Een vergelijkbaar patroon zien we voor het actueel gebruik in deze leeftijdsgroepen, met 15,2% onder de 18-19-jarigen, 14,5% onder de 20-24-jarigen en 8,5% onder de 25-29-jarigen.
- In de meeste leeftijdsgroepen gebruikte ongeveer twee derde van de recente gebruikers nog in de afgelopen maand.
- Onder de hogere leeftijdsgroepen gebruiken naar verhouding nog maar weinig mensen cannabis. Van de 50-64-jarigen is 2,6% een recente- en 1,5% een actuele gebruiker, en onder 65-plussers is dat minder dan een half procent.

Opleidingsniveau en stedelijkheid

Minder laag opgeleiden dan hoog opgeleiden gebruiken cannabis, maar als laag opgeleiden gebruiken doen zij dat vaker frequent (bijna dagelijks).

- Hoog opgeleide personen (30,0%) hebben drie keer zo vaak ervaring met cannabisgebruik dan laag opgeleiden (10,8%). Middelbaar opgeleiden zitten daar met 21,9% tussenin (tabel 3.1).
- Het percentage recente en actuele cannabisgebruikers is eveneens het laagst onder laag opgeleiden, maar middelbaar en hoog opgeleiden verschillen weinig op deze maten van gebruik (tabel 3.1).
- Hoewel het actueel gebruik het laagst is onder laag opgeleiden, gebruikt de helft (50%) van hen dagelijks of bijna dagelijks cannabis, vergeleken met 31% van de middelbaar- en 14% van de hoog opgeleide actuele gebruikers. Van de totale volwassen bevolking is 1,4% van de laag-, 1,6% van de middelbaar- en 0,6% van de hoog opgeleiden een (bijna) dagelijks blower.

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

- In zeer stedelijke gebieden ligt het percentage ooit-, recente- en actuele gebruikers ongeveer 1,5 tot 2,5 keer hoger dan in de rest van Nederland.
- Op het platteland is het percentage cannabisgebruikers het laagst. Zo heeft in (zeer) stedelijke gebieden een kwart (26,1%) van alle inwoners ervaring met cannabisgebruik, tegenover 14,8% in de weinig tot niet-stedelijke gebieden.
- Het percentage actuele gebruikers in (zeer) stedelijke gebieden (5,6%) ligt 1,6 keer hoger dan in matig stedelijke gebieden (3,5%) en 2,5 keer hoger dan op het platteland (2,2%).

Tabel 3.1 Gebruik van cannabis naar opleidingsniveau en stedelijkheid, peiljaar 2015

(18 jaar en ouder)	Ooit (%)	Recent (%)	Actueel (%)
Opleidingsniveau[I]			
Laagopgeleid	10,8	3,9	2,9
Middelbaaropgeleid	21,9	8,0	5,2
Hoogopgeleid	30,0	8,0	4,5
Stedelijkheid[II]			
(Zeer) sterk stedelijk	26,1	8,8	5,6
Matig stedelijk	16,5	5,6	3,5
Weinig/niet stedelijk	14,8	3,8	2,2

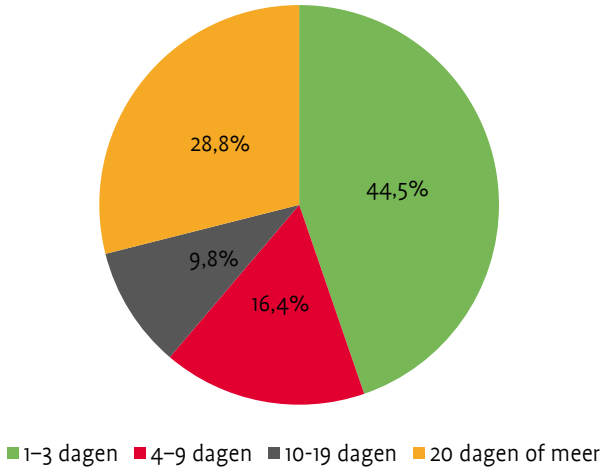
Percentage gebruikers ooit in het leven, recent (laatste jaar) en actueel (laatste maand). I. Opleidingsniveau: 18-24 jaar hoogst gevolgd niveau, 25 en ouder hoogst behaald niveau: Laag opgeleid = basisonderwijs, LBO, MAVO, VMBO; Middelbaar opgeleid = MBO, HAVO, VWO; Hoog opgeleid = HBO of universiteit. II. Stedelijkheid gecategoriseerd naar aantal adressen per vierkante kilometer in de woongemeente van de respondent: (zeer) sterk = 1.500 of meer adressen; matig = 1.000 – 1.500 adressen; weinig = minder dan 1.000 adressen. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2015.

Mate van consumptie

- (Bijna) dagelijks gebruik kwam voor onder 28,8% van de actuele gebruikers, oftewel 1,2% van de volwassen bevolking. Dagelijks gebruik is een risicofactor voor problematisch cannabisgebruik, zoals cannabisverslaving.
- Cannabis wordt doorgaans met tabak gerookt in joints (blowen). Bijna twee derde (61,7%) van de actuele gebruikers nam niet meer dan 1 joint op een 'typische blowdag', 20,0% rookte 2 joints, 10,8% rookte 3 joints en 7,5% gebruikte meer dan 3 joints.
- Wiet is veruit de meest favoriete cannabisvariant. Ruim twee derde (69,6%) van de actuele gebruikers rookt meestal wiet, 19,8% meestal hasj en 9,1% geeft aan beide even vaak te gebruiken.

- Uit eerder Europees onderzoek, waaraan ook Nederlandse cannabisgebruikers deelnamen, 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).

Figuur 3.2 Frequentie cannabisgebruik in de afgelopen maand. Peiljaar 2015



Percentage van de actuele gebruikers van 18 jaar en ouder naar frequentie van gebruik (dagen in afgelopen maand). Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2015.

Trends

In de peiljaren tot en met 2014 werd het cannabisgebruik gemeten in de bevolking van 15-64 jaar. Om het cannabisgebruik in 2015 te kunnen vergelijken met het gebruik in 2014 wordt daarom een selectie gemaakt van respondenten van 15-64 jaar in 2015. De cijfers kunnen daarom verschillen van de cijfers in de paragrafen hiervoor. Vanwege de methodeverandering in 2009 en 2014 (zie begin deze paragraaf) is er over voorgaande jaren geen trend te bepalen. Toekomstige metingen zullen moeten uitwijzen of de verschillen tussen 2014 en 2015 zich ontwikkelen tot een trend.

- Het cannabisgebruik onder 15-64-jarigen lag in 2015 iets hoger dan in 2014, maar alleen voor het actueel gebruik was dit verschil statistisch significant (tabel 3.2). Het verschil in actueel gebruik is toe te schrijven aan de groep 20-24-jarigen waar het actueel gebruik toenam van 10,3% naar 14,5%; in de andere groepen was het verschil maximaal 1,2 procentpunt en niet statistisch significant.
- Ook voor de onderverdeling naar geslacht waren de kleine verschillen tussen 2014 en 2015 niet statistisch significant (tabel 3.2).
- In 2015 was onder middelbaar opgeleiden het recent gebruik 2 procentpunten hoger dan in 2014 (van 7,7% naar 9,7%), en het actueel gebruik was 1,2 procentpunt hoger (van 4,9% naar 6,1%). Het gebruik onder laag- en hoog opgeleiden verschilde niet tussen 2014 en 2015.
- De frequentie van gebruik verschilde tussen 2014 en 2015 niet onder 15-64-jarige actuele gebruikers.

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

Tabel 3.2 Gebruik van cannabis in Nederland onder mensen van 15-64 jaar. Peiljaren 2005, 2009[I], 2014[I] en 2015

	2005	Wijziging methode[I]	2009[I] (%)	Wijziging methode[I]	2014[I] (%)	2015[I] (%)
Ooitgebruik	22,6	…	25,7	…	24,1	25,6
• Mannen	29,1		32,9		29,2	30,7
• Vrouwen	16,1		18,4		18,9	20,4
Recent gebruik[II]	5,4	…	7,0	…	7,7	8,7
• Mannen	7,8		9,8		10,2	11,6
• Vrouwen	3,1		4,2		5,3	5,7
Actueel gebruik[III]	3,3	…	4,2	…	4,5	5,3
• Mannen	5,2		6,3		6,8	7,8
• Vrouwen	1,5		2,0		2,2	2,9

Aantal respondenten: 4.516 (2005), 5.769 (2009), 5.867 (2014) 7.238van 18 jaar en ouder en 5.882 tussen 15-64 (2015). … = 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) en Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2015.

3.3 Gebruik: jongeren

Scholieren van het regulier onderwijs

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

Trends

Het cannabisgebruik onder scholieren van 12-16 jaar daalde sinds het begin van deze eeuw heel geleidelijk en leek tussen 2007 en 2011 te stabiliseren. In 2015 was een verdere daling waarneembaar.

- Tussen 2011 en 2015 ging het om een afname in het ooitgebruik van 13,8% naar 9,7% (figuur 3.3).
- De maandprevalentie is tussen 1996 en 2015 gehalveerd. De lichte daling van 6,4% in 2011 naar 4,9% in 2015 is niet statistisch significant (Van Dorsselaer et al., 2016).

Figuur 3.3 Gebruik van cannabis onder scholieren van het voortgezet onderwijs van 12-16 jaar, vanaf 2003

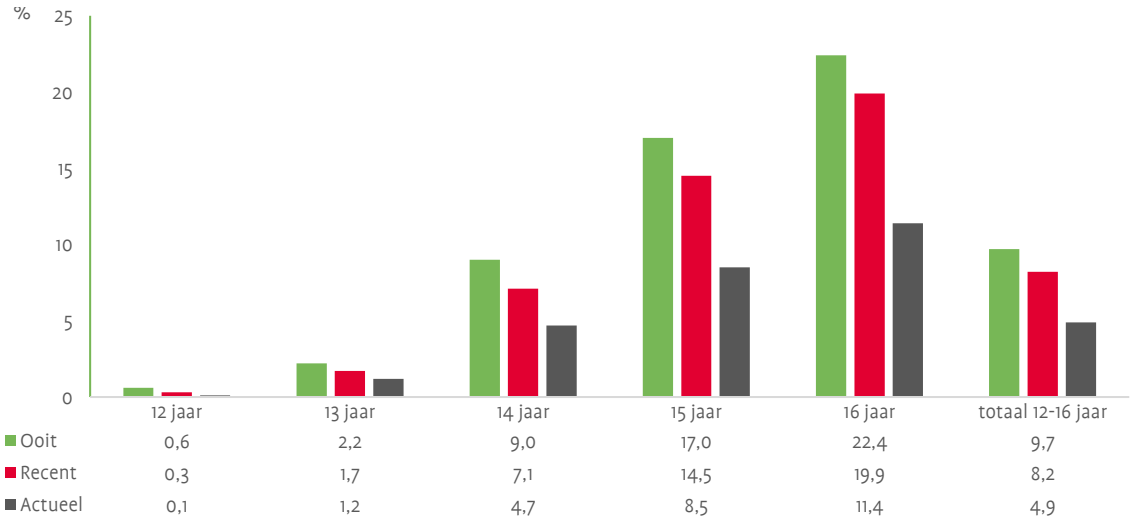
	Ooit				Recent				Actueel			
	2003	2007	2011	2015	2003	2007	2011	2015	2003	2007	2011	2015
Jongens	17,4	15,6	16,8	11,6	13,9	12,2	14,2	9,7	8,9	7,7	8,5	6,3
Meisjes	15,4	12,7	10,7	7,8	12,2	10,2	9,1	6,7	6,7	6,0	4,2	3,5
Totaal	16,5	14,2	13,8	9,7	13,1	11,2	11,7	8,2	7,8	6,9	6,4	4,9

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

Leeftijd

- Bij scholieren neemt het gebruik van cannabis toe met de leeftijd (figuur 3.4). Maar weinig leerlingen van 12 jaar hadden in 2015 ervaring met cannabis (0,6%). Op 16-jarige leeftijd had ruim een op de vijf scholieren wel eens cannabis gebruikt (22,4%). Ongeveer een op de negen zestienjarigen was in 2015 een actuele gebruiker (11,4%). Het percentage actuele gebruikers is met 17,1% het hoogst onder 17-18-jarigen (24,7% van de jongens en 7,9% van de meisjes), maar deze cijfers zijn alleen beschikbaar voor HAVO en VWO.
- Tussen 2011 en 2015 doet de daling in het percentage scholieren tussen 12 en 16 jaar dat ervaring heeft met cannabis zich vooral voor onder 13-jarigen en 16-jarige jongens.
- De daling in actueel gebruik was voor de hele steekproef niet significant, maar wel (alleen) voor de 13-jarigen (van 2,9% in 2011 naar 1,2% in 2015).
- Het percentage scholieren dat op zeer jonge leeftijd (14 jaar) al ervaring heeft met cannabis halveerde van 18,8% in 2003 naar 9,0% in 2015. De gemiddelde startleeftijd onder 12-16-jarige scholieren die ervaring hebben met cannabis steeg in deze periode van 13,7 jaar naar 14,1 jaar.
- Een vroege startleeftijd van cannabisgebruik wordt in verband gebracht met een verhoogd risico op het later ontwikkelen van psychische stoornissen, afhankelijkheid, het gebruik van harddrugs en mogelijk cognitieve stoornissen (CAM, 2008; Chadwick et al., 2013). Welke mechanismen hierbij een rol spelen (bijv. effecten van cannabis op het ontwikkelend brein, aanleg, en/of sociale processen) is niet precies bekend.
- Ook een vroege startleeftijd van het roken van tabak wordt bij adolescenten in verband gebracht met een verhoogd risico op het ontstaan van cannabismisbruik en cannabisafhankelijkheid (Prince van Leeuwen et al., 2014).

Figuur 3.4 Gebruik van cannabis onder scholieren van 12-16 jaar van het voortgezet onderwijs naar leeftijd. Peiljaar 2015



	12 jaar	13 jaar	14 jaar	15 jaar	16 jaar	totaal 12-16 jaar
Ooit	0,6	2,2	9,0	17,0	22,4	9,7
Recent	0,3	1,7	7,1	14,5	19,9	8,2
Actueel	0,1	1,2	4,7	8,5	11,4	4,9

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

Blowen onder schooltijd

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

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

Mate van consumptie

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

Schoolniveau en etnische afkomst

Er zijn weinig verschillen tussen de schoolniveaus in de prevalentie van cannabisgebruik onder scholieren van 12-16 jaar.

- In 2015 ligt onder scholieren van de HAVO (ooit 11,5%, actueel 6,0%) en het VMBO-b (ooit 11,4%, actueel 5,9%) het gebruik iets hoger dan op het VMBO-t (ooit 7,7%, actueel 3,7%) en het VWO (ooit 8,9%, actueel 4,3%) (Van Dorsselaer et al., 2016).
- Hoewel prevalenties weinig verschillen tussen schoolniveaus, zijn blowende scholieren van het VWO het meest gematigd in hun gebruik: zij roken minder vaak en minder joints per keer dan scholieren van de andere schoolniveaus.

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

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

Wijze van verkrijgen

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

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

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

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

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

Opvattingen van ouders

Resultaten uit de oudermodule van het Peilstationsonderzoek 2015 komen naar verwachting eind 2016 beschikbaar. In de HBSC-studie van 2013 zijn ook de opvattingen van ouders over blowen 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 jaar helemaal geen cannabis mogen gebruiken. Toch is 11% van de ouders het tegelijkertijd (helemaal) eens met een tegengestelde stelling dat jongeren onder de 16 jaar 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%).

Cannabisgebruik en probleemgedrag

Verschillende Nederlandse studies laten zien dat cannabisgebruik in de adolescentie samenhangt met gevoelens van hopeloosheid, 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; Malmberg et al., 2010; Van Gastel et al., 2012; Van Gastel et al., 2012).
De oorzakelijkheid van deze verbanden is niet duidelijk (zie § 3.4).

Gebruik onder studenten van het MBO en HBO

In 2015 is het gebruik van cannabis ook gemeten onder 16-18-jarige studenten van het MBO en HBO (Verdurmen et al., 2016).

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

Speciale groepen jongeren en jongvolwassenen

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

Uitgaande jongeren en jongvolwassenen

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

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

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

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

- Sinds 2013 signaleren sleutelfiguren dat blowen in het Amsterdamse uitgaansleven op zijn retour is, met name in clubs, maar niet op urban (hiphop, rap en r&b) feesten. Dit hangt mogelijk samen met een strenger rookbeleid (Nabben et al., 2013; Benschop et al., 2015; Nabben et al., 2016). In het urbanmilieu is cannabis, naast alcohol, vaak het enige andere middel.
- Over het algemeen wordt overwegend thuis geblowd, na het werk, en soms op afterfeesten, feesten en festivals, maar weinig in een coffeeshop (Nabben et al., 2016).
- Op raves (door verschillende organisaties en (vrienden)groepen georganiseerde (quasi)-illegale feesten op alternatieve locaties), buitenfestivals en in de populaire parken en stadstranden gaan meer joints rond dan in clubs en cafés (Nabben et al., 2014).
- De eerder gesignaleerde overstap van joint-rokers op geavanceerde pijpjes en vaporizers, waarmee cannabis zonder tabak wordt gebruikt, is in 2015 echter afgenomen of zelfs helemaal verdwenen.
- In voorgaande survey onderzoeken van de Antenne-monitor daalde het percentage dat *tijdens* het uitgaan blowde zowel onder clubbers en ravers tussen 1995 en 2013 (Nabben et al., 2014) als onder de Amsterdamse cafébezoekers tussen 2000 en 2014 (Benschop et al., 2015).

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

- In dit panel werden in 2014 waterpijp en verdampers om cannabis te 'roken/inhaleren' genoemd als nieuwe ontwikkeling, hetgeen destijds ook in Amsterdam het geval was (Benschop et al., 2015).
- Redenen om te blowen varieerden van verveling, het lekkere gevoel, vluchten voor de werkelijkheid of het onderdrukken of bevorderen van de effecten van stimulerende drugs.
- In de survey met 1.309 deelnemers tussen 12-35 jaar op vier Haagse uitgaanslocaties had 83% ooit hasj of wiet gebruikt. Vier op de tien (42%) had in de afgelopen maand gebruikt; 50% van de mannen en 30% van de vrouwen.
- De gemiddelde leeftijd waarop deelnemers voor het eerst hasj of wiet gebruikten was 17 jaar. Bij mannen was de mediane leeftijd met 14 jaar lager dan bij vrouwen (16 jaar).
- Actuele gebruikers rookten gemiddeld 1,5-2 joints op een 'blowdag', de mediaan was 1.

Coffeeshopbezoekers

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

- In 2015 had 91% procent van de coffeeshopbezoekers in de afgelopen maand geblowd (Nabben et al., 2016). Van deze groep gebruikt 44% dagelijks of bijna dagelijks; 15% 1-2 dagen per week, 21% 3-4 dagen en 12% 5-6 dagen.
- Gemiddeld blowen zij 3 joints per typische gebruiksdag; 44% rookt maximaal 1 à 2 joints op een dag, 20% rookt er minstens 5.
- Hoewel 97% van de actuele gebruikers meestal cannabis rookt in een joint, had 76% ervaring met andere gebruiksmethoden, zoals waterpijp (64%), eten of drinken (60%), chillum (45%), vaporizer (34%) en e-smoker (15%). Ruim een kwart (28%) van de actuele gebruikers paste deze alternatieve methoden in de laatste maand nog toe. Er is nog weinig bekend over de gezondheidsschade bij het gebruik van e-smokers (Giroud et al., 2015).
- Een meerderheid van de coffeeshopbezoekers (58%) heeft nooit van synthetische cannabis gehoord, een op de tien heeft er ervaring mee (zie § 8.3).

- Net als in de algemene bevolking (§ 3.2) geeft de meerderheid van de actueel gebruikende coffeeshopbezoekers (57%) de voorkeur aan wiet; hoewel een groter deel (30%) hasj prefereert en het is 13% om het even.
- Meer dan de helft van de coffeeshopbezoekers prefereert de sterkere cannabissoorten: 37% gebruikt meestal 'sterke' wiet of hasj en 19% meestal 'erg sterke'. Degenen die juist (erg) milde soorten gebruiken, zijn in de minderheid (7%). Er bestaat twijfel over hoe goed (frequent) gebruikers de sterkte van hun cannabis in kunnen schatten (Van der Pol et al., 2013a).
- Negen op de tien recente cannabisgebruikers (90%) mengt hun cannabis met tabak. De helft van de niet-mengers is een roker (van sigaretten, shag of sigaren), de andere helft rookt wel, maar blowt zonder tabak.
- Personen die vaak en langdurig coffeeshops bezoeken hadden een grotere kans om voor het onderzoek te worden benaderd. Dit heeft vermoedelijk geleid tot een oververtegenwoordiging van frequente blowers.

Probleemgroepen

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). Recente studies ontbreken echter.

- In de jeugdzorg in Amsterdam daalde het percentage actuele blowers van 45% in 2006 naar 29% in 2012 (Benschop et al., 2013).
- In een ouder landelijk onderzoek (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 13-14-jarigen, 62% versus 14% onder de 15-16-jarigen en 70% versus 29% onder de 17-18-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 (G4) 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 1 op de 10 feitelijk daklozen (bijna) dagelijks cannabis, volgens enquêtes onder daklozen in de opvang tijdens de winterkouderegeling 2014/2015 (Jenner et al., 2015).
- 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.

Tabel 3.4 Actueel gebruik van cannabis in speciale groepen

	Locatie	Peiljaar	Gemiddelde Leeftijd (jaar)	Actueel gebruik (%)
Uitgaande jongeren en jongvolwassenen				
Bezoekers van party's, festivals en clubs[I]	Landelijk	2016	22	32
Cafébezoekers[II]	Amsterdam	2014	27	30
Bezoekers van clubs en raves[III]	Amsterdam	2013	24	48
Uitgaanders	Den Haag	2014	24	42
Coffeeshopbezoekers	Amsterdam	2015	25	91
Probleemgroepen				
Jongeren in de residentiële jeugdzorg	Landelijk	2008	15	34
Jongeren (alleen jongens) in justitiële jeugdinrichtingen[IV]	Landelijk	2009	16	65
Dakloze jongeren	G4	2011	20	63
(Voormalig) dakloze jongeren	G4	2013	22	54
Jongeren in de jeugdzorg	Amsterdam	2012	16	29
Kwetsbare jongeren[V]	Rotterdam	2009	Range: 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 facebook, online community's, websites en fora over feesten, party's en festivals. II. Jongeren en jongvolwassenen uit mainstream-, hippe-, studenten-, en gay cafés. Dus niet representatief voor alle cafébezoekers. III. Clubs 40%, raves bijna 60%. Raves zijn "door verschillende organisaties en (vrienden)groepen georganiseerde (quasi-) illegale feesten op alternatieve locaties" (Nabben et al., 2014). 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 2016, Monshouwer et al., 2016; Antenne 2013 (Nabben et al., 2014), Antenne 2014 (Benschop et al., 2015), Antenne 2015 (Nabben et al., 2016); Het Haags Uitgaansonderzoek 2014, GGD Haaglanden (Van Dijk en Reinerie, 2015); EXPLORE, Trimbos-instituut (Kepper et al., 2009a, Kepper et al., 2009b); Coda-G4 (Van Straaten et al., 2012; Van Straaten et al., 2014), GGD Amsterdam, 2014; Intraval (Bieleman et al., 2010b).

3.4 Problematisch gebruik

Problematisch cannabisgebruik kent geen uniforme definitie, maar is in het afgelopen decennium geoperationaliseerd volgens criteria voor afhankelijkheid en misbruik van het internationaal psychiatrisch classificatiesysteem DSM-IV (zie bijlage A). Vanaf 1 januari is de DSM-5 leidend voor de klinische praktijk, waarbij de DSM-IV-diagnosen 'misbruik' en 'afhankelijkheid' zijn samengevoegd tot één nieuwe DSM-5-diagnose: 'stoornis in het gebruik van middelen' met drie ernstniveaus. Gegevens over het vóórkomen van cannabisstoornissen zijn vooralsnog alleen beschikbaar op basis van de DSM-IV.
Cannabis is minder verslavend dan heroïne, cocaïne en nicotine (Van Amsterdam et al., 2015). Het risico van afhankelijkheid neemt echter toe bij langdurig frequent gebruik en gaat vaak samen met afhankelijkheid van andere middelen (Hall en Degenhardt, 2014). Ongeveer een op de tien ooitgebruikers wordt afhankelijk van cannabis; deze kans is een op zes wanneer men als tiener startte met gebruik (Anthony et al., 2006; Hall, 2015). Jongeren zijn dus waarschijnlijk kwetsbaarder voor cannabisafhankelijkheid dan ouderen (CAM, 2008; Chen et al., 2009; Chadwick et al., 2013).

Cannabis en probleemgedrag in de adolescentie

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

- Cannabisgebruik op jonge leeftijd verhoogt niet alleen het risico op afhankelijkheid, maar ook het risico op schoolverlaten, verminderde schoolprestaties, werkloosheid (Sillins et al., 2014; Fergusson et al., 2015; Danielsson et al., 2015; Curran et al., 2016; Stiby et al., 2015) en beïnvloedt mogelijk de cognitieve ontwikkeling en hersenontwikkeling (Hall, 2015; Volkow et al., 2016).
- Andersom gaan gedragsproblemen vaak vooraf aan het cannabisgebruik. Gedragsproblemen op jonge leeftijd voorspellen cannabisgebruik in de adolescentie (Griffith Lendering, 2015). Echter, psychische problemen, zoals teruggetrokken gedrag, angstklachten en depressie voorspellen niet of jongeren later cannabis gaan gebruiken (Griffith Lendering, 2015). Jongeren met sociale angst hebben zelfs minder kans cannabis te gaan gebruiken, omdat ze minder omgaan met leeftijdsgenoten (Nelemans et al., 2015).
- Ook lopen niet alle jongeren hetzelfde risico op *afhankelijkheid*. Uit een studie die 816 personen van hun 16e tot hun 30e jaar volgde, bleek dat adolescenten met een 'externaliserende' stoornis in de kindertijd meer kans hebben op een cannabisstoornis. Dit was voor 'internaliserende' stoornissen niet het geval (Farmer et al., 2015).
- Daarnaast is er een overlap van risicofactoren, die zowel het risico op cannabisgebruik als probleemgedrag kunnen vergroten (CAM, 2008; Verweij et al., 2013) en beide kunnen onderdeel zijn van een breder patroon van afwijkend gedrag (Lee et al., 2011; Pingault et al., 2012).
    - Erfelijke aanleg speelt in dit verband tussen gedragsproblemen en cannabisgebruik in de adolescentie voor jongens een belangrijkere rol dan voor meisjes, bij wie omgeving het belangrijkst lijkt (Verweij et al., 2016).

Problematisch cannabisgebruik onder volwassenen

Vóórkomen afhankelijkheid en misbruik

Er zijn geen recente schattingen hoe vaak een stoornis in het gebruik van cannabis in Nederland voorkomt. De meest recente gegevens over cannabismisbruik en –afhankelijkheid onder de volwassen Nederlandse bevolking dateren uit 2007-2009.

- Volgens gegevens van het NEMESIS-2-onderzoek uit 2007-2009 voldeed op jaarbasis naar schatting tussen 0,1% en 0,5% van de bevolking van 18-64 jaar aan de diagnose cannabisafhankelijkheid (DSM-IV gewijzigde editie). Naar schatting 0,2% tot 0,6% van de respondenten voldeed aan 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 cannabismisbruik of -afhankelijkheid. Deze stoornissen komen vaker voor onder mannen dan vrouwen (zie tabel 3.5).
- Omgerekend naar de bevolking ging het om naar schatting 29.300 mensen met cannabisafhankelijkheid en 40.200 mensen met cannabismisbruik. In dit bevolkingsonderzoek ontbraken jongeren onder de 18 jaar, mensen die de Nederlandse taal niet voldoende machtig zijn en mensen die dakloos zijn, of langere tijd in een instelling verblijven. In hoeverre dit de gegevens heeft beïnvloed is niet bekend.
- Drie jaar na de eerste NEMESIS-2-meting werd een tweede meting uitgevoerd (De Graaf et al., 2012). Op deze manier kon worden onderzocht hoeveel mensen die nog nooit een cannabisprobleem hadden gehad, binnen de periode van een jaar alsnog een cannabisprobleem kregen. Binnen de periode van een jaar kreeg 0,12% voor het eerst last van cannabismisbruik en kreeg nog eens 0,09% voor het eerst last van cannabisafhankelijkheid.

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

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

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

Beloop cannabisstoornissen en samenhang met andere problemen

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

- Zowel frequent cannabisgebruik mét en zónder afhankelijkheid hangt samen met gedragsstoornissen en ADHD. Angststoornissen en depressie komen echter alleen vaker voor bij degenen die ook afhankelijk zijn, blijkt uit een vergelijking tussen frequente cannabisgebruikers van 18-30 jaar die op minstens 3 dagen per week blowen (met en zonder cannabisafhankelijkheid) en leeftijdsgenoten uit de algemene bevolking die niet (frequent) blowen (Van der Pol et al., 2013).
  - Bij 37% van de frequent cannabisgebruikers die aan het begin van de studie nooit afhankelijk waren geweest, ontwikkelde zich cannabisafhankelijkheid gedurende het onderzoek en van degenen die bij de start afhankelijk waren, bleef 28% dat gedurende drie jaar (Van der Pol et al., 2013b; Van der Pol et al., 2015). Er werd geen duidelijk verband gevonden tussen de mate (aantal dagen, aantal joints, dosis, sterkte) van frequent cannabisgebruik en afhankelijkheid. Huidige problemen, cannabisgebruik om problemen te vergeten (coping motieven) en eerdere symptomen van een cannabisstoornis kwamen wel vaker voor bij mensen die afhankelijk raakten of bleven.
  - Bij het merendeel van de afhankelijke gebruikers in dit onderzoek ging de afhankelijkheid voorbij zonder professionele hulp. De afhankelijke gebruikers die geen hulp zochten functioneerden beter en hadden minder psychische problemen dan patiënten in de verslavingszorg (Van der Pol et al., 2013c).
- In een aanverwante kwalitatieve studie onder 48 jongvolwassen frequente cannabisgebruikers blijken zowel het cannabisgebruik en -afhankelijkheid, als de levens van frequent blowende jongvolwassenen erg dynamisch te zijn: 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).
  - 'Agency' (zelfredzaamheid, vermogen tot reflectie, gevoel van controle over het eigen leven) blijkt essentieel voor het veranderen/verminderen van cannabisgebruik en voor herstel van afhankelijkheid (Liebregts et al., 2015). Personen waarbij het stoppen niet lukte hielden externe factoren verantwoordelijk voor hun levensloop en mislukte stoppogingen.
- Een recente Amerikaanse studie vergeleek de overgang van eerste gebruik naar afhankelijkheid voor cannabis met cocaïne. Na één maand was minder dan 1% van cannabisgebruikers afhankelijk, vergeleken met 2%-4% bij cocaïne. Bij aanhoudend gebruik was het percentage vergelijkbaar: 10%-23% voor cannabis en 12%-17% voor cocaïne (Vsevolozhskaya en Anthony, 2016).

3.5 Gebruik: internationale vergelijking

Algemene bevolking

Gegevens over het drugsgebruik in de lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen en kandidaat-lidstaat Turkije worden verzameld door het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA, 2016). 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, 2015), de Canadian Tobacco, Alcohol and Drugs Survey (CTADS, 2013) 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 (15-64 jaar en 15-34 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 heeft gebruikt lopen uiteen van 9,4% in Portugal tot 44,2% in de Verenigde Staten (tabellen 3.6a en 3.6b). Het gewogen gemiddelde in de lidstaten van de Europese Unie is 24,8%[2] (EMCDDA, 2016), waarbij Frankrijk met 40,9% aan kop gaat en Nederland met 25,6% rond het gemiddelde ligt.
- Het percentage recente gebruikers in de bevolking van 15-64 jaar is in Nederland (8,7%) wel hoger dan het Europese gemiddelde van 6,6% (oftewel 22,1 miljoen mensen in de Europese Unie). Dit percentage recente gebruikers loopt echter sterk uiteen tussen de EU-28 landen waarvoor gegevens beschikbaar zijn, variërend van <1% in Turkije en Malta, tot 9,2% in Italië en Spanje.
- Het gebruik van cannabis is doorgaans het hoogst onder jongvolwassenen. Recent cannabisgebruik onder 15-34-jarigen is in de Europese Unie geschat op gemiddeld 13,3%, oftewel 16,6 miljoen mensen. In Nederland lag dat percentage in 2015 hoger, namelijk op 16,1%. Ook dit percentage loopt sterk uiteen tussen de EU-28 landen en de kandidaat-lidstaten waarvoor gegevens beschikbaar zijn, variërend van 0,4% in Turkije en 3,2% in Griekenland tot 22,1% in Frankrijk en 23,9% in Tsjechië.
- De hoogste percentages actuele gebruikers van cannabis onder volwassenen zijn gerapporteerd in de Verenigde Staten (8,4%), Frankrijk (6,6%) en Spanje (6,6%); de laagste percentages (<1%) zijn gevonden in Griekenland (0,9%), Litouwen (0,7%), Zweden (0,7%), Malta (0,4%) en Turkije (0,2%).
- Ongeveer 1% van de bevolking in de EU van 15-64 jaar gebruikt cannabis (bijna) dagelijks (ten minste 20 dagen in de afgelopen maand), 60% van hen is jonger dan 35 jaar. In Nederland gebruikt 1,5% van de 15-64-jarigen (bijna) dagelijks cannabis, waarvan 66% jonger is dan 35 jaar.

2 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 2015 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	2015	25,6	8,7	5,3	1,5	36,0	16,1	9,4	2,2
Noorwegen	2014	21,9	4,2	1,6	0,3	27,6	8,6	3,0	0,3
Finland	2014	21,7	6,8	2,5	0,3	31,0	13,5	4,9	0,6
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. Tabel is geordend op percentage ooitgebruikers (15-64 jaar). 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 de Verenigde Staten, Canada en Australië en enkele lidstaten van de EU-15: overige leeftijdsgroepen[I]

Land	Jaar	Leeftijd (jaar)	Ooitgebruik (%)	Recent gebruik (%)	Actueel gebruik (%)
Verenigde Staten	2014	12 en ouder	44,2	13,2	8,4
Canada	2013	15 en ouder	41,2	10,6	-
Denemarken	2013	16 – 64	35,6	6,9	2,7
Australië	2013	14 en ouder	34,8	10,2	-
Italië	2014	18 – 64	31,9	9,2	4,4
Verenigd Koninkrijk[II]	2014	16 – 59	29,2	6,7	3,7
Duitsland	2012	18 – 64	23,1	4,5	2,3

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen. Tabel is geordend op percentage ooitgebruikers. 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, CTADS, AIHW.

Trends

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

- Voor zover gegevens beschikbaar zijn, divergeren trends in recent cannabisgebruik in de bevolking van 15-34 jaar van een aantal EU-landen. In het afgelopen decennium is in Duitsland, Spanje en het Verenigd Koninkrijk het percentage recente cannabisgebruikers (15-34 jaar) gedaald of stabiel gebleven, terwijl dit percentage steeg in Frankrijk, Finland en Zweden (EMCDDA, 2016).
- In de Verenigde Staten nam het cannabisgebruik toe in de algemene bevolking van 12 jaar en ouder. Tussen 2006 en 2014 steeg het percentage actuele gebruikers van cannabis van 6,0% naar 8,4% (SAMHSA, 2015).
- 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 is de Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey (CADUMS) vervangen door de Canadian Tobacco, Alcohol and Drugs Survey (CTADS), waardoor geen trend te bepalen is.

Jongeren

Beter vergelijkbaar zijn de cijfers van de ESPAD, het European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. In 2003, 2007, 2011 en 2015 werden peilingen uitgevoerd onder 15- en 16-jarige scholieren van het middelbaar onderwijs (Hibell et al., 2004, 2009, 2012; Kraus et al., 2016). In 2015 deden 35 landen mee aan het onderzoek. Tabel 3.7 toont het gebruik van cannabis in een aantal landen van de EU, Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde Staten. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD maar voerden wel vergelijkbaar onderzoek uit.

- Het percentage scholieren dat in 2015 ooit cannabis had gebruikt, was het hoogst in Frankrijk, gevolgd door Spanje en Italië. Nederlandse scholieren staan met 22% op de vierde positie en boven het (ongewogen) Europese gemiddelde van 16% (tabel 3.7). Ook het recent gebruik was onder Nederlandse scholieren met 20% hoger dan het ongewogen gemiddelde van 13%.
- Bij het actueel gebruik ging Frankrijk eveneens aan kop, ook nu gevolgd door Italië en Spanje. Nederlandse scholieren staan ook 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 Denemarken, Finland, Zweden en Noorwegen en was het hoogst in Frankrijk, gevolgd door Italië, Spanje, Ierland, Nederland en Australië (tabel 3.7).
- Het percentage actuele cannabisgebruikers lag in Nederland hoger dan het (ongewogen) gemiddelde van de 34 onderling vergelijkbare Europese landen (12% versus 7%). Nederland stond in de rangorde van de 34 onderling vergelijkbare Europese landen op de vierde plaats, samen met Bulgarije, Monaco en Slovenië.

Trends

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

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

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

Percentage gebruikers ooit in het leven, actueel (laatste maand) en zes maal of meer in de laatste maand. Tabel is geordend op percentage ooitgebruikers in 2011. - = Niet gemeten. I. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD, maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit. II. De gegevens voor Denemarken en Spanje zijn minder representatief, Denemarken vanaf 2015 weer representatief. III. België in 2007, 2011 en 2015 alleen voor Vlaanderen. IV. Duitsland in 2007 voor 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 2015 hebben in totaal 21 gespecialiseerde instellingen voor verslavingszorg geanonimiseerde gegevens over de hulpverlening aangeleverd aan het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS, Wisselink et al., 2016) (Zie in bijlage A: Cliënt LADIS). De wisselingen die zich in de afgelopen tien jaar hebben voorgedaan in de aanleverende instellingen zijn weergegeven in bijlage D.5. Een nadere analyse wijst uit dat deze wisselingen slechts een beperkte invloed hebben gehad op het landelijk aantal geregistreerde cliënten en de trends niet noemenswaardig hebben beïnvloed.

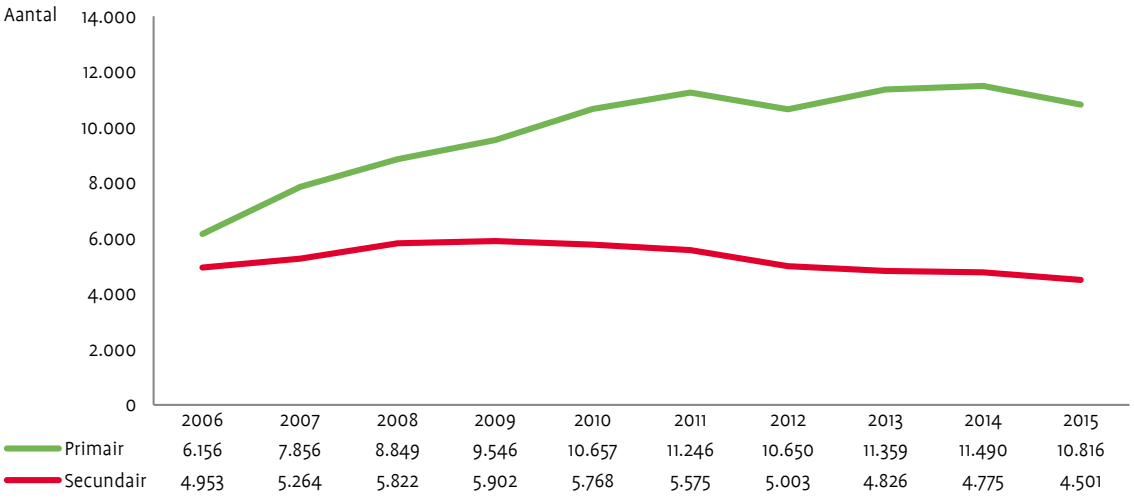
- Het aantal cliënten dat ingeschreven stond wegens een primair cannabisprobleem is tussen 2006 en 2011 bijna twee keer zo groot geworden (figuur 3.5). Tussen 2011 en 2016 stabiliseerde het aantal primaire cannabiscliënten op ongeveer 11.000 cannabiscliënten.
- Per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder steeg het aantal primaire cannabiscliënten van 46 in 2006 naar 82 in 2011 en dit aantal is sindsdien vrij stabiel (77 in 2015).
- Het aandeel van cannabis in alle verzoeken om hulp vanwege drugs nam eveneens toe, van 20% in 2006 naar 32% in 2011 en ook dit is sindsdien vrij stabiel (35% in 2015).
- In 2015 was 31% van de primaire cannabiscliënten een nieuwkomer. Deze nieuwkomers werden ingeschreven in 2015 en stonden niet eerder ingeschreven bij de verslavingszorg. Vergeleken met andere middelen is dit aandeel nieuwkomers vrij hoog.
- Van de 10.816 primaire cannabiscliënten uit 2015 stond bij 3.927 cliënten (36%) óók een secundaire problematiek geregistreerd. Voor deze groep was het andere middel alcohol (36%), cocaïne of crack (18%), nicotine (17%), amfetamine of een ander stimulerend middel (7%), medicijnen (4%), gokken (3%), of ecstasy (3%).
- In 2015 noemden 4.501 cliënten van de verslavingszorg cannabis als secundair probleem; dat is een kwart minder dan in 2009 (5.902 cliënten) en 10% lager dan in 2006 (4.953 cliënten). Voor de secundaire cannabiscliënten was in 2015 het primaire probleem alcohol (53%), cocaïne of crack (20%), heroïne (9%), of amfetamine (8%).

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

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

- Hoewel het behandelaanbod binnen Europa sterk verschilt tussen landen, is in Europa een toename in de hulpvraag voor cannabis waarneembaar: tussen 2006 en 2014 is het aantal nieuwe aanmeldingen bij de (verslavings)zorg gestegen van 45.000 naar 75.000 (EMCDDA, 2016).

Figuur 3.5 Aantal cliënten bij de verslavingszorg met primaire of secundaire cannabisproblematiek, vanaf 2006



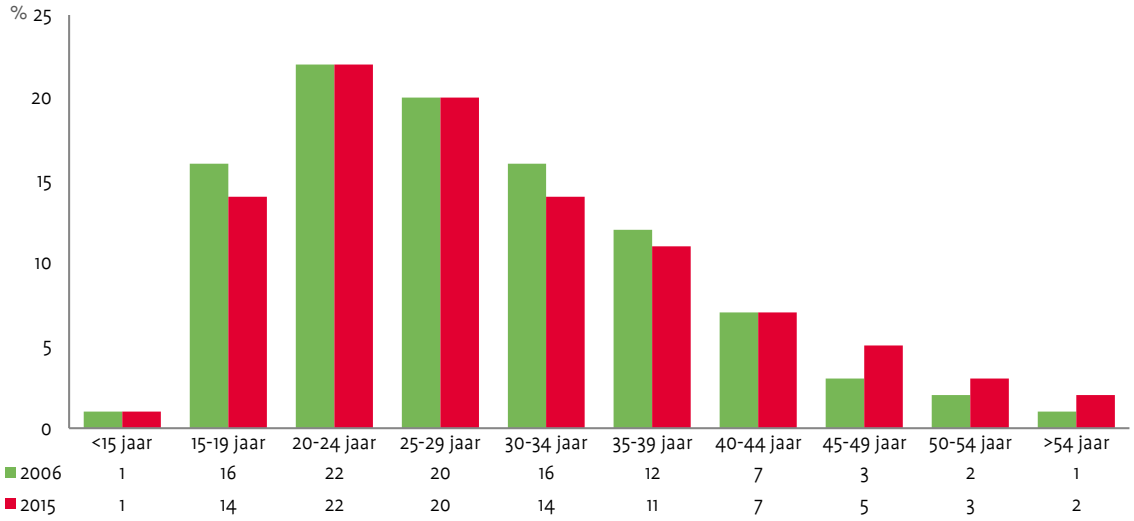
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Primair	6.156	7.856	8.849	9.546	10.657	11.246	10.650	11.359	11.490	10.816
Secundair	4.953	5.264	5.822	5.902	5.768	5.575	5.003	4.826	4.775	4.501

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

Leeftijd, geslacht en opleidingsniveau

- In 2015 was het merendeel van de primaire cannabiscliënten man (79%). Het aandeel vrouwen schommelde in de periode van 2006 tot en met 2015 tussen 20% en 22%.
- In 2015 waren ongeveer 6 van de 10 cannabiscliënten 25 jaar of ouder (62%). De gemiddelde leeftijd in 2015 was 30 jaar, ongeveer gelijk aan 2006 toen de gemiddelde leeftijd op 29 jaar lag. De piek lag zowel in 2006 als in 2015 in de leeftijdsgroep van 20-24 jaar (figuur 3.6).
- Tussen 2006 en 2015 daalde het aandeel van de 30-39-jarigen van 28% naar 25% en steeg het aandeel van de 45-plussers van 6% naar 10% (figuur 3.6).
- In 2015 had van de primaire cannabiscliënten 44% geen opleiding afgerond of een lagere opleiding afgerond, had 40% een middelbare opleiding afgerond en had 16% een hogere opleiding afgerond. (Voor de verklaring van lagere, middelbare en hogere opleiding, zie bijlage A onder: Cliënt LADIS.)
- Onder cannabiscliënten zijn hoog opgeleiden dus ondervertegenwoordigd, terwijl in de algemene bevolking het (ooit en recent) cannabisgebruik juist hoger is onder hoog opgeleiden. Wel komt frequent cannabisgebruik vaker voor onder laag opgeleiden (zie § 3.2).

Figuur 3.6 Leeftijdsverdeling van de primaire cannabiscliënten bij de verslavingszorg, in 2006 en 2015



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

Algemene ziekenhuizen

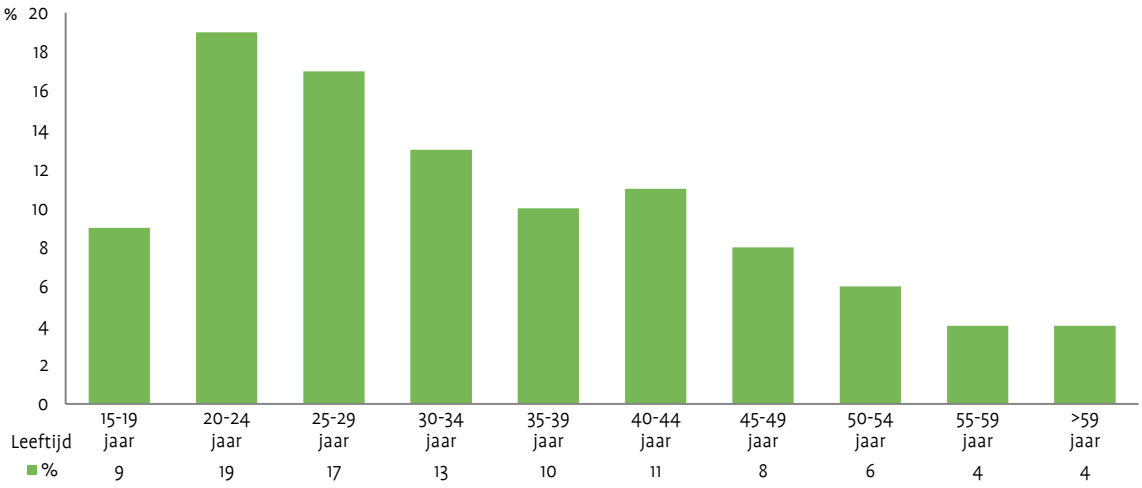
De Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ; voorheen Landelijke Medische Registratie, LMR) bevat gegevens over de opnames in algemene ziekenhuizen, waarbij middelengebruik als hoofddiagnose of als nevendiagnose kan zijn geregistreerd. In 2013 wijzigde zowel de registratiemethode als de bijschattingsmethode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

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

Dezelfde persoon kan meer dan één keer per jaar worden opgenomen. Bovendien kan er per opname meer dan één nevendiagnose worden gesteld.

- Gecorrigeerd voor dubbeltellingen ging het in 2014 naar schatting om 910 personen. Zij werden in dat jaar minstens één keer opgenomen met een probleem gerelateerd aan cannabis.
- Hun gemiddelde leeftijd was 34 jaar; 72% was man. Het percentage cannabispatiënten was het hoogst in de leeftijdsgroepen 20-24 jaar en 25-29 jaar (figuur 3.7).

Figuur 3.7 Leeftijdsverdeling van de cannabispatiënten in de klinische ziekenhuiszorg (hoofd- of nevendiagnose), 2014



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

Incidenten

Sinds 2009 houdt de Monitor Drugsincidenten (MDI, zie bijlage D.6) actuele gegevens bij over de aard en omvang van acute drugsgerelateerde gezondheidsincidenten gerapporteerd door verschillende gezondheidsdiensten in acht peilstationregio's in Nederland (Wijers et al., 2016). Daarbij wordt ook gebruikgemaakt van het Letsel Informatie Systeem (LIS), dat gegevens bevat van de Spoedeisende Hulpafdelingen (SEHs) van een steekproef van ziekenhuizen.

- In 2015 werden in totaal 4.661 drugsincidenten gemeld. Bij 862 meldingen (18%) was cannabis betrokken; hiervan was in 626 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 2009-2015. Vanwege verschillen tussen de medische diensten worden gegevens uitgesplitst naar type dienst. In deze periode werden in totaal 23.403 unieke drugsincidenten bij de MDI gemeld en 3.891 bij het LIS, waarvan 5.389 incidenten (20%) met cannabis als enige drug. Cannabis wordt relatief weinig gecombineerd met andere drugs. Deze gevallen worden hier niet verder beschreven (tenzij anders aangegeven).

- Met name bij de ambulances en de spoedeisende hulp in ziekenhuizen is de bijdrage van cannabis aan het geheel aan drugsgerelateerde incidenten groot; ongeveer een 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 2015 was bijna de helft (46%) van de drugsincidenten bij de Amsterdamse ambulance, de spoedeisende hulp en de politieartsen gerelateerd aan cannabis (al dan niet in combinatie met andere drugs).
- Cannabisgebruik leidt tot relatief weinig incidenten bij de EHBO's op grootschalige evenementen, die door het hele land gegevens verzamelen. Bij 7% van de drugsincidenten op EHBO's speelt cannabis als enige drug een rol.

Kenmerken patiënten en incidenten gerelateerd aan cannabis

- Bijna drie kwart van de cannabis-incidenten vindt plaats onder mannen. Dat aandeel is tijdens de registratieperiode 2009-2015 niet veranderd.
- Van de patiënten met een cannabis-intoxicatie die een EHBO-post op een grootschalig evenement bezochten was 6% jonger dan 18 jaar. Dit percentage ligt iets hoger in vergelijking met de andere typen drugs (bijv. ecstasy, GHB en amfetamine: 2%-4%).
- De mate van intoxicatie na gebruik van cannabis als enige drug is overwegend van lichte of matige aard, waarbij de symptomen variëren van misselijkheid tot (lichte) angstklachten.

Tabel 3.8 Incidenten met cannabis als enige drug geregistreerd door de Monitor Drugsincidenten (MDI), 2009-2015

	Ambulances	SEH-MDI-ziekenhuizen	SEH-LIS-ziekenhuizen	Politieartsen	EHBO
Aantal incidenten (% van het totaal binnen de dienst)	2.139 (29)	1.297 (34)	881 (21)	334 (18)	738 (7)
Man (%)	70	72	71	88	64
Leeftijd: <25 jaar (%)	43	42	51	43	61
Mate van intoxicatie*					
Licht (%)[I]	63	66	-	45	85
Matig (%)[II]	31	26	-	44	14
Ernstig (%)[III]	6	9	-	11	1

*Percentages berekend op de bekende aantallen. Vanwege afronding tellen de percentages niet overal exact op tot 100%. I. Licht: goed aanspreekbaar, gebruik merkbaar in gedrag. II. Matig: onvoldoende aanspreekbaar, duidelijk onder invloed. III. Ernstig: niet aanspreekbaar vanwege (sub)comateuze toestand of geagiteerd/agressief gedrag, eventueel in combinatie met gestoorde vitale parameters (zoals hartslag, bloeddruk en ademhalingsfrequentie). Bron: MDI, Trimbos-instituut (Wijers et al., 2016).

3.7 Ziekte en sterfte

Ziekte

Cannabisgebruik kan leiden tot afhankelijkheid en wordt in verband gebracht met psychische en cognitieve problemen.

- 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).
- Chronisch cannabisgebruik kan psychose triggeren bij personen met een bestaande kwetsbaarheid en dit verband is sterker bij grotere blootstelling (Moore et al., 2007; Niesink en Van Laar, 2012; Radhakrishnan et al., 2014; James et al., 2013; Van Gastel et al., 2014; Di Forti et al., 2015; Sach et al., 2015). Mogelijk spelen genetische factoren hierbij een rol (Caspi et al., 2005; Estrada et al., 2011; Kuepper et al., 2013; Power et al., 2014). Of dit verband oorzakelijk is blijft onderwerp voor discussie en nader onderzoek (Sachs et al., 2015; Ksirl en Hart, 2016).
    - Van alle nieuwe jaarlijkse gevallen van psychotische stoornissen zou naar schatting tussen 6% en 10% toe te schrijven zijn aan cannabisgebruik. Om één geval van een psychotische stoornis te voorkomen zouden duizenden mensen moeten worden weerhouden van cannabisgebruik (Hickman et al., 2009).
- De rol van cannabisgebruik in het ontstaan van andere psychische problemen, zoals angststoornissen en depressie is nog steeds wetenschappelijk omstreden (Moore et al., 2007; Niesink en Van Laar, 2012; Leite et al., 2015; zie ook § 3.4). Ook het verband tussen cannabisgebruik en een daling van het IQ is nog steeds wetenschappelijk omstreden (Meier et al., 2012; Rogeberg, 2013; Battistella et al., 2014; Hooper et al., 2014; Hall, 2015; Curran et al., 2016).

Chronisch en zwaar gebruik van cannabis is geassocieerd met lichamelijke gezondheidsrisico's en rijden onder invloed van cannabis verhoogt de kans op verkeersongelukken.

- Cannabisgebruik heeft een dosis-afhankelijk negatief effect op de rijvaardigheid en het verhoogt de kans op ongevallen, met name dodelijke aanrijdingen (Asbridge et al., 2012; Hall, 2014).
- De acute effecten van cannabis zijn onder andere een toename van de hartslag, daling van de bloeddruk en afname van cognitieve functies en motoriek. Deze effecten zijn sterker naarmate de dosis THC hoger is (Mensinga et al., 2006; Hunault et al., 2014). Gezonde jonge mensen kunnen deze effecten doorgaans zonder complicaties voor de gezondheid verdragen. Mensen met een hart- of vaatziekte lopen een risico (Hall, 2014; Sachs et al., 2016).
    - Epidemiologische studies hebben tot nu toe geen aanwijzing gegeven voor een blijvend verhoogd risico van cannabisgebruik op hart- en vaatziekten (CAM, 2008; Thomas et al., 2014).
- Aanwijzingen voor nadelige effecten op de hersenen worden alleen gevonden in associatie met 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 (Volkow et al., 2016).
- Zwaar chronisch cannabisgebruik verhoogt het risico op luchtwegklachten. Over het risico op verschillende soorten kanker zijn tegenstrijdige onderzoeksbevindingen gevonden, mogelijk vanwege het verstorende effect van (al dan niet gelijktijdig) roken van tabak (Hall, Sachs et al., 2016).
    - 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.

- Cannabis heeft via verschillende mechanismen effect op het immuunsysteem, maar een verhoogde infectiekans lijkt alleen aan de orde te zijn bij blowers met een al slecht functionerend immuunsysteem.
- Tot nu toe is niet aangetoond dat cannabisgebruik tijdens de zwangerschap ernstige aangeboren afwijkingen veroorzaakt. Voor zover er afwijkingen gevonden zijn, gaat het om subtiele effecten op de cognitieve ontwikkeling van het kind op latere leeftijd (Huizink, 2014). Prenataal blootgestelde kinderen hebben een lager geboortegewicht en hebben vaker neonatale intensive care nodig, maar de invloed van het gebruik van alcohol, tabak of andere middelen kan hierbij niet uitgesloten worden (Gunn et al., 2016). Een recente studie vond geen verband tussen prenataal cannabisgebruik en cannabisstoornissen bij het nageslacht op 20-jarige leeftijd; maar wel een indirect effect via een verhoogd risico op depressie en het op jongere leeftijd starten met cannabisgebruik (Sonon et al., 2016).

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

- In nederwiet zit in tegenstelling tot geïmporteerde hasj vrijwel geen cannabidiol (CBD). CBD 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). Mogelijk zijn de risico's op een psychose groter bij gebruik van cannabis met een hoog THC-gehalte en laag CBD-gehalte, maar het onderzoek hiernaar is nog beperkt (Di Forti et al., 2009; Niesink en Van Laar, 2012).
- Het is nog niet aangetoond dat in de praktijk het gebruik van hasj minder schadelijk zou zijn dan het gebruik van nederwiet (zie ook § 3.8). Het gebruik van cannabis met een hoger THC-gehalte leidt niet automatisch tot meer acute en lange termijn gevolgen. Dit hangt ook af van de hoeveelheid cannabis die iemand gebruikt en uiteindelijk binnenkrijgt. Wanneer ervaren gebruikers een sterke joint roken, lijken zij daar gedeeltelijk voor te compenseren door minder rook te inhaleren (Van der Pol et al., 2014a), of minder cannabis in een joint te stoppen (Freeman et al., 2014).
- Momenteel wordt onderzoek uitgevoerd naar de therapeutische toepassing van CBD (bijv. Chagas et al., 2014; De Mello Schier et al., 2014; Devinsky et al., 2014; Iseger en Bossong, 2015).

Sterfte

De giftigheid van cannabis is gering. Het merendeel van de intoxicaties met cannabis kent een mild verloop (Dines et al., 2015). 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 in het kader van een strafrechtelijk onderzoek, doet het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) nader (toxicologisch) onderzoek naar drugs bij een overlijdensgeval. 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 casus 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 door verkeersongevallen onder invloed van cannabis (Asbridge et al., 2012), is onbekend.

3.8 Aanbod en markt

Cannabis wordt het meest gekocht in coffeeshops, de gedoogde verkooppunten. In 2014 is het marktaandeel van coffeeshops geschat op 55%-70% (Van der Giessen et al., 2014). Cannabis is ook beschikbaar via illegale verkooppunten, zoals thuisdealers, straatdealers, 'onder- de-toonbank' dealers in horecagelegenheden, en via thuisbezorging na telefonische bestellingen (06-dealers) (Korf et al., 2014).

Coffeeshops en overige verkooppunten

- Eind maart 2015 telde Nederland 582 officieel gedoogde coffeeshops. Eind 2014 waren dat er 591, waarvan de helft (50%) zich bevond in steden met meer dan 200.000 inwoners (Bieleman et al., 2015a).
- 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).
- In 2014 was er géén coffeeshop in 300 van de 403 gemeenten (74%) (Bieleman et al., 2015a).
- 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., 2015b).

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., 2015a).

In 2014 en 2015 is in 31 gemeenten onderzoek gedaan naar de ontwikkelingen in coffeeshop- en softdrugstoerisme, softdrugsgerelateerde overlast, drugsrunnen en verkoop van cannabis aan gebruikers buiten de coffeeshop, en naar de geografische spreiding van deze fenomenen (Benschop et al., 2015; Mennes et al., 2016; zie ook § 2.3.1 en § 14.3.3). Aanvullend is in 2015 verdiepend veldonderzoek uitgevoerd in vijf gemeenten (Nabben et al., 2015).

- In meer dan de helft van de steekproefgemeenten (18 van de 31) is sprake van coffeeshoptoerisme (dit is het kopen van softdrugs in coffeeshops door niet-ingezetenen van Nederland). De experts geven aan dat het hierbij gaat om "een aantal tot (zeer) veel" coffeeshoptoeristen.
  - Deze toeristen komen vooral naar gemeenten in het oosten en zuiden van het land die langs de grens liggen.
  - Ten opzichte van 2014 is de omvang van het coffeeshoptoerisme enigszins toegenomen. In 8 van de 31 gemeenten rapporteren de experts een toename van coffeeshoptoerisme, terwijl in één gemeente sprake zou zijn van een afname. Sinds de invoering van het Ingezetenencriterium en de handhaving ervan vanaf 1 mei 2012, is in deze ene gemeente in de regio Zeeland-West-Brabant een daling van het coffeeshoptoerisme ingezet die zich in 2015 verder heeft doorgezet.
- Het fenomeen softdrugstoerisme (dit is het kopen van softdrugs buiten de coffeeshops door niet-ingezetenen van Nederland) komt op basis van wat de experts zeggen in minder gemeenten voor dan coffeeshoptoerisme. In meer dan de helft van de gemeenten (17 van de 31) is hier niet of nauwelijks sprake van. In de 14 gemeenten waar dit wel voorkomt, zijn het voornamelijk Belgen en Duitsers die softdrugs buiten de coffeeshop kopen.
- In vrijwel alle gemeenten komt illegale verkoop van softdrugs voor en worden verschillende vormen hiervan gemeld (drugsrunners, straatdealers, 06-dealers, thuisdealers, winkel- en horecadealers).

Voor meer informatie zie hoofdstuk 2.

Productie, consumptie en export van in Nederland geteelde cannabis

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

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

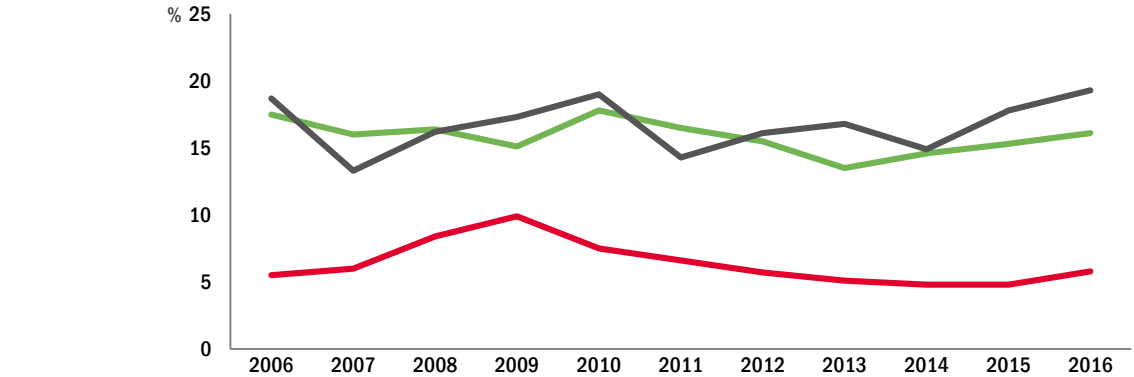
Kwaliteit en prijs

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,

2016). In 2016 werden in 50 van de 582 coffeeshops (Bieleman et al., 2015a) cannabismonsters verzameld.

- De THC-concentratie in nederwiet verdubbelde aanvankelijk tussen 2000 en 2004 van 8,6% naar 20,4%, daalde daarna licht en schommelde tussen 2005 en 2016 tussen ongeveer 15% en 17% (figuur 3.8) (Rigter en Niesink, 2016; Niesink et al., 2015).
- In 2016 was het gemiddelde THC-gehalte van de meest populaire nederwiet in de coffeeshops 16,1%; dit is niet statistisch significant verschillend van de 15,3% in 2015.
- Naast de meest populaire wiet, weergegeven in figuur 3.8, worden jaarlijks wietmonsters getest die als het 'sterkste' worden beschouwd. Voorheen kwam het THC-gehalte overeen met de meest populaire wiet (Niesink et al., 2001). Echter, het gemiddelde THC-gehalte in nederwiet-samples die als sterkst waren aangekocht steeg van 15,3% in 2014 naar 17,1% in 2015 en 18,7% in 2016. Daarmee is (net als in 2015) het gemiddelde THC-percentage in de als sterkst verkochte nederwiet hoger dan dat van de meest populaire nederwiet (18,7% versus 16,1% in 2016). Dit zou kunnen duiden op een toename in de voorkeur voor mildere soorten, maar nader onderzoek onder gebruikers zou dit moeten uitwijzen.
- In alle peilingen bevatte de Nederlandse wiet gemiddeld meer THC dan de wiet die werd geïmporteerd uit het buitenland. In de geïmporteerde wiet halveerde het gemiddelde THC-gehalte van 10% in 2009 naar 5% in 2013, en het bleef daarna stabiel. Geïmporteerde wiet is slechts in een beperkt aantal coffeeshops verkrijgbaar; in 2016 werden 8 geïmporteerde wietsamples verzameld (17 samples in 2015) met een gemiddelde THC-concentratie van 5,8%.
- Door de jaren heen was de geïmporteerde hasj ongeveer even sterk als de nederwiet. Het percentage THC in geïmporteerde hasj schommelde sinds 2007 tussen 13,3% en 19,3% (figuur 3.8) en het steeg de laatste jaren licht van 14,9% in 2014 naar 17,8% in 2015. De gemiddelde concentratie (19,3%) in 2016 is niet statistisch significant hoger dan in 2015.

Figuur 3.8 Gemiddeld percentage THC in cannabisproducten, vanaf 2006



	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nederwiet	17,5	16,0	16,4	15,1	17,8	16,5	15,5	13,5	14,6	15,3	16,1
Geïmporteerde wiet	5,5	6,0	8,4	9,9	7,5	6,6	5,7	5,1	4,8	4,8	5,8
Geïmporteerde hasj	18,7	13,3	16,2	17,3	19,0	14,3	16,1	16,8	14,9	17,8	19,3

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, 2016).

Ook de concentratie van een ander bestanddeel van cannabis, cannabidiol (CBD), wordt gemeten (Rigter en Niesink, 2016). Het percentage CBD wordt uitgedrukt in de mediaan (vanwege de niet normale verdeling), de middelste waarde van alle gemeten percentages in de cannabismonsters.

- De CBD-gehaltes zijn in de verschillende cannabisproducten al jaren stabiel. In 2016 lag de mediaan van het CBD-gehalte in de nederwiet op 0,4%, in geïmporteerde wiet op 0,5% en in de geïmporteerde hasj op 7,8%.

- 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, zie § 3.7). Vooral de verhouding tussen THC en CBD lijkt belangrijk te zijn. De nederwiet bevat relatief veel THC en weinig CBD. Voor buitenlandse hasj is deze verhouding 'gunstiger'.
- Er is echter nog onvoldoende epidemiologisch onderzoek verricht 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 2015 blijkt (net als in 2014) dat het merendeel (69%) van de actuele Nederlandse gebruikers van 18 jaar en ouder een voorkeur heeft voor wiet, waarin doorgaans nauwelijks CBD zit (zie ook § 3.2).

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

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

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

- Sinds 2007 stijgt de gemiddelde prijs van een gram nederwiet (meest populaire variant) geleidelijk van 6,20 euro in 2006 naar 10,23 euro in 2016. Daarvoor was geen sprake van (systematische) prijsstijgingen. In 2016 was de prijs van nederwiet ongeveer gelijk aan 2015 (tabel 3.10), hoewel de prijs van de nederwiet die beschouwd wordt als *sterkste* nederwiet in 2016 met 12,58 euro wel hoger is dan in 2015 (11,34 euro).
- De gemiddelde prijs van een gram geïmporteerde wiet schommelde tussen 2007 en 2016 rond de 4,80 euro. Voor geïmporteerde hasj schommelde de prijs in die periode rond de 8,80 euro. In 2016 was de prijs met 9,16 euro niet statistisch significant verschillend ten opzichte van 2015 (tabel 3.10).
- Prijs en sterkte hangen samen: hoe meer THC een cannabismonster bevat, hoe hoger de prijs.
- De cannabisprijzen liggen in Amsterdam over het algemeen wat hoger dan in de rest van het land, maar in 2016 was alleen de verondersteld sterkste wiet in Amsterdam statistisch significant duurder (14,25 euro) dan in de rest van het land (11,85 euro).

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

Cannabis product	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nederwiet[1]	7,30	7,67	8,12	8,13	8,30	9,28	9,59	9,53	9,81	10,23
Geïmporteerde wiet	4,30	5,16	4,88	4,57	4,24	5,88	5,29	4,51	4,67	4,92
Geïmporteerde hasj	7,70	8,09	8,70	9,07	7,79	9,71	9,86	9,72	8,91	9,16

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, 2016).

4. Cocaïne

4.1	Laatste feiten en trends	▶ pagina 111
4.2	Gebruik: algemene bevolking	▶ pagina 112
4.3	Gebruik: jongeren	▶ pagina 115
4.4	Problematisch gebruik	▶ pagina 120
4.5	Gebruik: internationale vergelijking	▶ pagina 121
4.6	Hulpvraag en incidenten	▶ pagina 124
4.7	Ziekte en sterfte	▶ pagina 129
4.8	Aanbod en markt	▶ pagina 131

4. Cocaïne

Inleiding

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

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., 2016).

Onder probleemgebruikers van harddrugs is vooral de basevorm van cocaïne populair. Deze vorm van cocaïne wordt 'basecoke', 'freebase', 'gekookte coke', of 'crack' 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. Bij het gebruik van basecoke is het risico op verslaving groter dan bij het gebruik van snuifcocaïne.

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 heeft 1 op de 25 Nederlanders van 18 jaar en ouder ooit cocaïne gebruikt (4,3%), en heeft 1 op de 60 Nederlanders van 18 jaar en ouder (1,6%) in het afgelopen jaar nog cocaïne gebruikt (§ 4.2).
- Het percentage ooit- en recente gebruikers van cocaïne ligt in Nederland op het Europese gemiddelde (§ 4.5).
- Onder scholieren van 12-16 jaar van het voortgezet onderwijs daalde het ooitgebruik en actueel gebruik tussen 2003 en 2015 geleidelijk. Tussen 2011 en 2015 werden geen statistisch significante verschillen gevonden (§ 4.3).

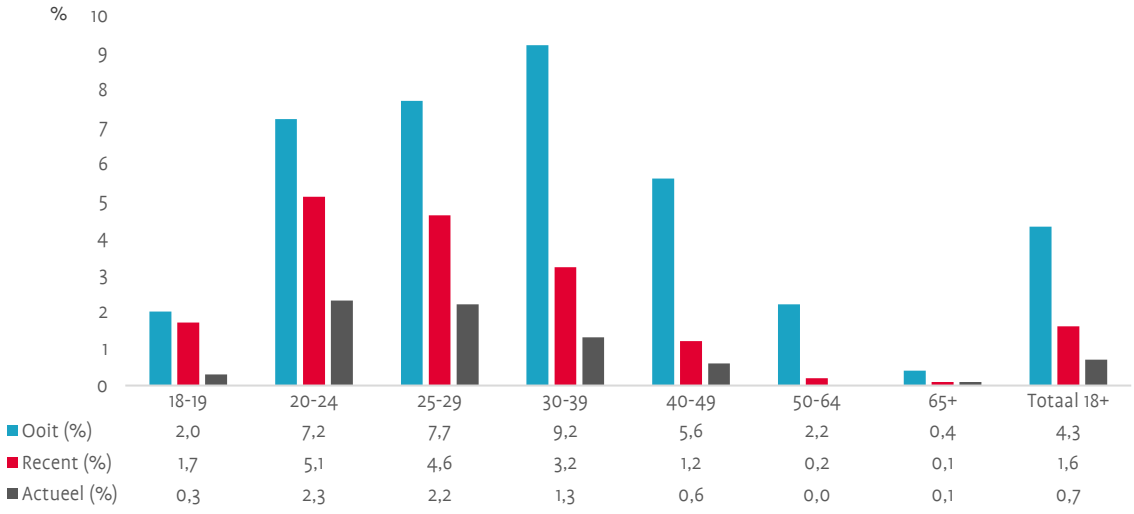
- In vergelijking met hun Europese leeftijdgenoten, ligt het ooitgebruik onder Nederlandse scholieren van 15 en 16 jaar rond het gemiddelde, maar verschillen tussen landen zijn klein.
- In bepaalde groepen uitgaande jongeren en jongvolwassenen wordt cocaïne relatief vaak gebruikt, maar onder sommige uitgaanders is het middel qua populariteit ingehaald door amfetamine (§ 4.3).
- Ongeveer 1 op de 200 inwoners van de drie grootste steden van Nederland is verslaafd aan crack (§ 4.4).
- Het aantal cliënten in de verslavingszorg met cocaïne als primair of secundair probleem is de afgelopen jaren gedaald (§ 4.6).
- Cocaïnegebruik leidt bij de grootschalige evenementen zelden tot een gezondheidsincident; daarentegen melden politieartsen ten opzichte van andere drugs relatief vaak een cocaïnegerelateerd incident (§ 4.6).
- Volgens de Nederlandse Doodsoorzakenstatistiek is 1 op de 5 acute drugsgerelateerde sterfgevallen primair toe te schrijven aan cocaïnegebruik (§ 4.7).
- De meeste cocaïnepoeders zijn versneden met andere stoffen. Sinds 2009 bevat (meer dan) twee derde van de cocaïnepoeders van consumenten levamisol; dit geldt ook voor 2015. Desondanks is de concentratie cocaïne (zuiverheid) hoog (§ 4.8).
- Het gemiddelde gehalte cocaïne in cocaïnepoeders is sinds 2011 gestegen en was in 2015 hoger dan in 2014. De prijs is in de afgelopen jaren desondanks weinig veranderd (§ 4.8).

4.2 Gebruik: algemene bevolking

In het afgelopen decennium is het drugsgebruik in de algemene bevolking herhaaldelijk gemeten. Vanaf 2014 worden jaarlijks vergelijkbare cijfers verzameld in de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor uitgevoerd door het CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut (zie bijlage D.2). Vanwege wijzigingen in onderzoeksmethode zijn deze cijfers niet vergelijkbaar met die uit eerdere peilingen. In dit hoofdstuk beschrijven wij gegevens voor de volwassen bevolking van 18 jaar en ouder. Omdat voor 2014 alleen gegevens beschikbaar zijn voor 15-64-jarigen, wordt aan het einde van deze paragraaf voor het cocaïnegebruik binnen deze leeftijdsgroep een vergelijking gemaakt tussen 2014 en 2015. Cijfers voor cocaïnegebruik onder jongeren worden in paragraaf 4.3 op basis van scholierenonderzoeken gerapporteerd.

- In 2015 had naar schatting 1 op de 25 Nederlanders van 18 jaar en ouder ooit cocaïne gebruikt (4,3%, figuur 4.1). Omgerekend naar de hele bevolking ging het (afgerond op tienduizendtallen) om ongeveer 570 duizend personen (95% betrouwbaarheidsinterval 500-640 duizend).
- Recent gebruik (in het afgelopen jaar) lag op 1,6%. Omgerekend naar de hele bevolking ging het (afgerond op tienduizendtallen) om ongeveer 210 duizend personen (95% betrouwbaarheidsinterval 170-260 duizend).
- Actueel gebruik (in de afgelopen maand) lag op 0,7%. Omgerekend naar de hele bevolking ging het (afgerond op tienduizendtallen) om ongeveer 90 duizend personen (95% betrouwbaarheidsinterval 60-120 duizend).

Figuur 4.1 **Cocaïnegebruikers in Nederland per leeftijdsgroep en voor de totale bevolking van 18 jaar en ouder, peiljaar 2015**



	18-19	20-24	25-29	30-39	40-49	50-64	65+	Totaal 18+
Ooit (%)	2,0	7,2	7,7	9,2	5,6	2,2	0,4	4,3
Recent (%)	1,7	5,1	4,6	3,2	1,2	0,2	0,1	1,6
Actueel (%)	0,3	2,3	2,2	1,3	0,6	0,0	0,1	0,7

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

Leeftijd en geslacht

Cocaïnegebruik onder mensen van 18 jaar en ouder komt bijna drie keer zo vaak voor onder mannen dan vrouwen.

- Het ooitgebruik van cocaïne lag in 2015 op 6,2% onder mannen vergeleken met 2,4% onder vrouwen. Voor recent gebruik was dit respectievelijk 2,4% onder mannen versus 0,9% onder vrouwen en voor actueel gebruik was dit 1,0% onder mannen versus 0,4% onder vrouwen.
- De pieken van het recent cocaïnegebruik liggen in oudere leeftijdsgroepen dan bij cannabis, namelijk in de leeftijdsgroepen 20-24 jaar (5,1%) en 25-29 jaar (4,6%). Daarna volgt de leeftijdsgroep 30-39 jaar (3,2%) (figuur 4.1). De gemiddelde leeftijd van de recente cocaïnegebruikers was 31 jaar.

Opleidingsniveau

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

- Voor recent gebruik gaat het om bijna een factor drie: 2,6% van hbo- en wo opgeleiden hebben recent gebruikt versus 1,0% van de laag opgeleiden (basisonderwijs, LBO, MAVO, VMBO).
- Voor het actueel gebruik is er een factor twee verschil met 1,0% voor de hoog opgeleiden versus 0,5% voor de laag opgeleiden.

Grote steden

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

- Mensen die in (zeer) stedelijke gebieden wonen hebben twee keer vaker ervaring met cocaïnegebruik dan mensen in minder stedelijke gebieden en zijn twee tot drie keer vaker recent of actueel cocaïnegebruiker.

Tabel 4.1 Gebruik van cocaïne naar opleidingsniveau en stedelijkheid, peiljaar 2015

(18 jaar en ouder)	Ooit (%)	Recent (%)	Actueel (%)
Opleidingsniveau[I]			
Laag opgeleid	3,2	1,0	0,5
Middelbaar opgeleid	4,7	1,3	0,6
Hoog opgeleid	5,1	2,6	1,0
Stedelijkheid[II]			
(Zeer) sterk stedelijk	5,4	2,3	1,0
Matig stedelijk	3,3	1,0	0,4
Weinig/niet stedelijk	2,8	0,7	0,4

Percentage gebruikers ooit in het leven, recent (laatste jaar) en actueel (laatste maand). I. Opleidingsniveau: 18-24 jaar hoogst gevolgd niveau, 25 en ouder hoogst behaald niveau: Laag opgeleid = basisonderwijs, LBO, MAVO, VMBO; Middelbaar opgeleid = MBO, HAVO, VWO; Hoog opgeleid = HBO of universiteit. II. Stedelijkheid gecategoriseerd naar aantal adressen per vierkante kilometer in de woongemeente van de respondent: (zeer) sterk = 1.500 of meer adressen; matig = 1.000 – 1.500 adressen; weinig = minder dan 1.000 adressen. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2015.

Trends

In de peiljaren tot en met 2014 werd het gebruik van cocaïne gemeten in de bevolking van 15-64 jaar. Om het cocaïnegebruik in 2015 te kunnen vergelijken met het gebruik in 2014 en de jaren daarvoor, wordt daarom een selectie gemaakt van respondenten van 15-64 jaar. De cijfers verschillen daarom van de cijfers in de paragrafen hiervoor. Vanwege de methodeverandering in 2009 en 2014 (zie hierboven) is er over voorgaande jaren geen trend te bepalen. Toekomstige metingen moeten uitwijzen of eventuele verschillen tussen 2014 en 2015 zich zullen ontwikkelen tot een daadwerkelijke trend.

- Tussen 2014 en 2015 zijn voor de leeftijdsgroep van 15-64 jaar geen statistisch significante verschillen gevonden voor de percentages ooitgebruik, recent gebruik en actueel gebruik van cocaïne (tabel 4.2).
- In beide jaren lag het ooitgebruik van cocaïne in deze leeftijdsgroep op ongeveer 5%, het recent gebruik rond 2% en lag het actueel gebruik rond 1%.

Tabel 4.2 Gebruik van cocaïne in Nederland onder mensen van 15-64 jaar. Peiljaren 2005, 2009[I], 2014[I] en 2015

	2005 (%)	Wijziging methode[I]	2009[I] (%)	Wijziging methode[I]	2014[I] (%)	2015 (%)
Ooitgebruik (%)	3,4	…	5,2	…	5,3	5,1
Recent gebruik (%)[II]	0,6	…	1,2	…	1,6	1,9
Actueel gebruik (%)[III]	0,3	…	0,5	…	0,6	0,8

Aantal respondenten: 4.516 (2005), 5.769 (2009), 5.867 (2014) 7.238 van 18 jaar en ouder en 5.882 tussen 15-64 jaar (2015). … = Wijziging methode. 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) en Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2015.

Speciale groepen

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

- Tijdens de winterkouderegeling wordt in Amsterdam, voor alle daklozen die zich aanmelden, een gratis plek gecreëerd in de nachtopvang. De winteropvang werd opengesteld van 18 december 2014 tot 15 maart 2015. Het middelengebruik werd in deze periode onderzocht onder 119 daklozen die gebruik hadden gemaakt van de winteropvang (Jenner et al., 2015). Hun gemiddelde leeftijd was 39 jaar, 97% was man. Cocaïne was in de afgelopen maand voor 4,2% van deze daklozen het 'zwaarste' middel dat werd gebruikt. In de vorige winter van 2012-2013 werd een zelfde percentage gevonden (4,1%).
- In Den Haag is in de winter van 2014-2015 de winterregeling in totaal 22 dagen van kracht geweest, met een bezetting van gemiddeld 159 personen per nacht (GGD Haaglanden, 2015). Het middelengebruik werd in januari 2015 nagevraagd bij 95 daklozen, hun gemiddelde leeftijd was 39 jaar en 83% was man. Van de ondervraagde daklozen had 10% in de afgelopen maand cocaïne gebruikt.
- 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 (Van Dorsselaer et al., 2016, zie bijlage D.7).

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

Leeftijd en geslacht

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

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

Schoolniveau en etnische afkomst

Hoe lager het schoolniveau hoe hoger het percentage cocaïnegebruikers.

- In 2015 lag onder scholieren van 12-16 jaar het percentage dat ervaring had met cocaïne het laagst op het VWO (0,3%) en het hoogst op het VMBO-b (2,7%). Op de HAVO lag dit percentage op 1,0% en op het VMBO-t op 1,4%. Ook het percentage scholieren dat in de afgelopen maand nog cocaïne had gebruikt, lag het laagst op het VWO (0,1%) en het hoogst op het VMBO-b (1,0%). Op de HAVO lag dit percentage op 0,6% en op het VMBO-t op 0,4%.
- Het ooitgebruik van cocaïne lag het hoogst onder scholieren van Surinaamse herkomst (3,9%) en het laagst onder leerlingen van autochtoon Nederlandse afkomst (1,1%).[1]

Figuur 4.2 Gebruik van cocaïne onder scholieren van het voortgezet onderwijs van 12-16 jaar, vanaf 2003

	Ooit				Recent				Actueel			
	2003	2007	2011	2015	2003	2007	2011	2015	2003	2007	2011	2015
Jongens	2,4	1,7	1,7	1,4	1,9	1,4	1,4	1,0	1,1	0,9	0,8	0,7
Meisjes	1,6	1,3	1,0	1,2	1,1	1,0	0,8	0,7	0,4	0,4	0,5	0,4
Totaal	2,0	1,5	1,4	1,3	1,5	1,2	1,1	0,9	0,8	0,7	0,6	0,5

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

Gebruik onder studenten van het MBO en HBO

In 2015 is het gebruik van cocaïne ook gemeten onder 16-18-jarige studenten van het MBO en HBO (Verdurmen et al., 2016).

- Van de studenten heeft 3% ooit cocaïne gebruikt en 1% deed dit in de afgelopen maand.
- Het verschil in ooitgebruik van cocaïne tussen jongens (4%) en meisjes (3%) was niet statistisch significant.

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

Speciale groepen jongeren en jongvolwassenen

In bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen komt de consumptie van cocaïne vrij vaak voor. Tabel 4.3 vat de resultaten samen van diverse, vaak lokale, studies. De cijfers zijn onderling niet goed vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. Bovendien zijn de responspercentages in onderzoek onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen vaak laag (tussen 15% en 25%) en zijn zij 'op locatie' of online geworven in plaats van via een representatieve steekproef uit de bevolking, waardoor een vertekening van de resultaten kan optreden. De uitkomsten geven wel een indicatie van verschillen tussen (risico)groepen jongeren en jongvolwassenen.

Uitgaande jongeren en jongvolwassenen

Cocaïne is relatief populair in het uitgaansleven. Dit blijkt uit zowel landelijke surveys als lokale studies, maar het gebruik van het middel vindt ook vaak in privésettingen plaats. Het gaat daarbij vooral om het snuiven van cocaïne. In de afgelopen jaren is cocaïne wat populariteit betreft in bepaalde groepen uitgaanders ingehaald door amfetamine, maar ecstasy gaat nog steeds onverminderd aan kop. Landelijke en lokale onderzoeken suggereren dat tussen de 10% en 20% van de uitgaanders een actuele cocaïnegebruiker is, vergeleken met 1,6% van de 15-34-jarigen in de algemene bevolking.

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

- Drie op de tien party- en clubgangers (33%) had in 2016 ooit cocaïne gebruikt, een kwart (25%) had in het afgelopen jaar gebruikt en 12% deed dit nog in de afgelopen maand. Het merendeel is een 'incidentele snuiver'.
- Twee derde (66%) van de recente gebruikers in dit onderzoek had in het afgelopen jaar één keer of een paar keer cocaïne gebruikt; 12% deed dat eens per maand, 15% een paar keer per maand, 5% eens per week, 2% een paar keer per week. (Bijna) dagelijks gebruik kwam niet voor.
- Cocaïne is, minder dan ecstasy, een typische partydrug. Op de vraag waar recente cocaïnegebruikers tijdens het uitgaan het meest gebruiken noemde ongeveer de helft (51%) een festival, en iets minder een club (44%), thuis (44%), of een feestje (12%). Een poppodium (3%) of café (2%) werden zelden genoemd. Respondenten konden maximaal 3 locaties aangeven.

De licht dalende trend in cocaïnegebruik, zoals gesignaleerd door sleutelfiguren in het Amsterdamse uitgaansleven sinds 2012 zet niet verder door (Nabben et al., 2016). Eerder werd gesignaleerd dat cocaïne onder trendsetters wat op de achtergrond was geraakt, onder andere door de verjonging van deze groep, de economische crisis en de opmars van amfetamine; hoewel onder 25-plussers cocaïne echter onverminderd populair bleef (Nabben et al., 2014). Het middel wordt vaak in groepsverband genomen, en op zowel feestjes als tijdens andere activiteiten (film of voetbal kijken) en in de kroeg. In 2014 constateerden de sleutelfiguren dat iedereen regelmatig cocaïne gebruikte, met uitzondering van maar één netwerk (Benschop et al., 2015), terwijl er in 2015 geen enkel netwerk was zonder een regelmatig cocaïne gebruiker (Nabben et al., 2016).

- In 2015 had van de Amsterdamse coffeeshopbezoekers 34% ooit cocaïne gebruikt en 9% had in de afgelopen maand nog cocaïne gebruikt (Nabben et al., 2016). Er werd geen statistisch significant verschil gevonden tussen 2009 en 2015 in deze percentages.

- In 2014 had 12% van de Amsterdamse cafébezoekers in de afgelopen maand cocaïne gebruikt en dit verschilde niet statistisch significant van de 14% in 2010 (Benschop et al., 2015). In 2014 had 1,5% van de cafébezoekers cocaïne gebruikt *tijdens* het uitgaan. De stijging in het percentage *crackgebruikers* was wel statistisch significant. Tussen 2010 en 2014 steeg het percentage ooitgebruikers van crack van 3% naar 7% en steeg het percentage actuele gebruikers van crack van 0,3% naar 1,7%.
- Uit een survey in Amsterdam in 2014 onder 633 *clubbers* en *ravers* van gemiddeld 24 jaar bleek dat 47% ooit cocaïne had gebruikt en dat 19% in de afgelopen maand nog cocaïne had gebruikt. Onder clubbers bleef het actuele gebruik stabiel tussen 2008 en 2013 (14% in beide jaren).
    - Actueel cocaïnegebruik lag hoger onder werkenden dan onder studenten (24% versus 17%), onder mannen dan vrouwen (24% versus 14%), onder twintigers en dertigers vergeleken met clubbers en ravers onder de twintig jaar (22% versus 8%) en onder Amsterdammers vergeleken met niet-Amsterdammers (23% versus 13%).

In 2014 is in Den Haag een survey gehouden onder 1.317 uitgaanders in de leeftijd van 12-35 jaar (Van Dijk en Reinerie, 2015).

- Het bleek dat 35% ooit cocaïne had gebruikt en dat 11% in de afgelopen maand nog cocaïne had gebruikt. Van de mannen had in de afgelopen maand 15% cocaïne gebruikt en van de vrouwen 6%. Op 18-jarige leeftijd had ruim 16% al een keer cocaïne gebruikt. Gebruikers gaven aan cocaïne te gebruiken om zo lang mogelijk te kunnen doorgaan met feesten.

Probleemjongeren

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

- Volgens wat ouder landelijk onderzoek uit 2008 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 had 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 2011 startte de Cohortstudie naar Daklozen in de vier grote steden (Coda-G4). Deze cohortstudie volgt 513 daklozen vanaf het moment dat ze zich in 2011 hebben gemeld bij de maatschappelijke opvang in een van de vier grote steden (Van Straaten et al., 2012, 2014, 2016). De groep van 513 daklozen bestond voor 20% uit jongvolwassenen van 18-22 jaar. Van deze jongvolwassenen was 60% man en 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 leeftijdsgenoten in de algemene bevolking. De percentages actueel gebruik zijn niettemin laag (tabel 4.3).

Tabel 4.3 Gebruik van cocaïne[I] in speciale groepen

	Locatie	Peiljaar	Gemiddelde leeftijd (jaar)	Ooit-gebruik (%)	Actueel gebruik (%)
Uitgaande jongeren en jongvolwassenen					
Bezoekers van party's, festivals en clubs[II]	Landelijk	2013	23	41	13
Bezoekers van trendy clubs	Amsterdam	2008	25	33	14
Coffeeshopbezoekers	Amsterdam	2009	28	34	5
		2015	25	34	9
Cafébezoekers	Amsterdam[III]	2010	27	34	12
				3[IV]	0,3[IV]
		2014	27	42	15
				7[IV]	1,7[IV]
Bezoekers van clubs en raves[V]	Amsterdam	2013	24	47	19
Uitgaande jongeren en jongvolwassenen	Den Haag	2014	24	35	11
Probleemjongeren					
Jongeren in de residentiële	Landelijk	2008	15	18	4
jeugdzorg				5[IV]	1[IV]
Jongeren (alleen jongens) in justitiële jeugdinrichtingen[VI]	Landelijk	2009	16	18 2[IV]	6 1[IV]
Dakloze jongeren	G4	2012/2013	22	-	2
Jongeren in de jeugdzorg[VII]	Amsterdam	2012	16	5	1

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), Antenne 2015 (Nabben et al., 2016); 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 kant-en-klare rookbare vorm crack.
  - In 2013 werd er een veldonderzoek uitgevoerd onder 401 problematische opiatengebruikers in de steden Amsterdam, Rotterdam, Utrecht, Eindhoven en Haarlem (Cruts et al., 2013). 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 snuifcocaïne 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 15-35 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 alsook degenen die opiaten gebruiken) zijn er schattingen beschikbaar gekomen voor de drie grootste steden van Nederland: Amsterdam, Rotterdam en Den Haag (Oteo Pérez et al., 2013).
  - Voor de drie grootste steden wordt het aantal crackverslaafden geschat op 6.659, waarvan 2.524 in Amsterdam (in 2009), 2.362 in Rotterdam (in 2010) en 1.773 crackverslaafden in Den Haag (in 2010).
  - Dit komt neer op 0,5% crackverslaafden in de drie grootste steden onder de bevolking van 15-64 jaar (1 op de 200 inwoners). Per stad komt dit neer op 0,5% in Amsterdam (in 2009), 0,6% in Rotterdam (in 2010) en 0,5% crackverslaafden in de bevolking van Den Haag (in 2010).
  - Van de crackverslaafden is 77% man, 13% is jonger dan 35 jaar.
- Er is geen schatting van het aantal problematische gebruikers van snuifcocaïne.

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

Algemene bevolking

In de algemene bevolking van westerse landen is het aantal mensen dat harddrugs zoals cocaïne gebruikt, aanzienlijk lager dan het aantal mensen dat cannabis gebruikt (EMCDDA, 2016). Welke stimulerende drug het meeste gebruikt wordt, verschilt weer per regio binnen Europa. Het gebruik van cocaïne ligt hoger in het Westen en het Zuiden van Europa, terwijl amfetaminen meer gebruikt worden in het Noorden en het Oosten van Europa. Voor het vergelijken van verschillende landen en regio's beperkt dit Jaarbericht zich tot de resultaten van bevolkingsonderzoeken en wordt nog geen gebruikgemaakt van de analyses van afvalwater. Voor de analyses van afvalwater is nog onduidelijk in hoeverre deze een goede vergelijking mogelijk maken tussen de mate van drugsgebruik in verschillende landen en regio's (Castiglioni et al., 2013).

- Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking. Van invloed is onder andere de leeftijdsgroep. Het gebruik van cocaïne komt doorgaans vaker voor onder jongeren en jongvolwassenen en daardoor worden in de leeftijdsgroep van 15-34 jaar hogere prevalenties gevonden dan in de leeftijdsgroep van 15-64 jaar. Tabel 4.4a geeft gebruikscijfers die zijn (her)berekend volgens de standaard leeftijdsgroepen van het EMCDDA (15-64 jaar en 15-34 jaar). Gegevens voor de overige landen staan in tabel 4.4b. Voor Europa zijn alleen landen uit de EU-15 en Noorwegen opgenomen. Voor zover beschikbaar zijn gegevens voor andere EU-lidstaten in bijlage C vermeld.
- Het percentage mensen in de bevolking tot de leeftijd van 60 of 70 jaar dat ervaring heeft met cocaïne is veruit het grootst in de Verenigde Staten, alhoewel de Verenigde Staten weer niet aan kop gaan in het percentage recent gebruik.
- In de EU-15 en Noorwegen varieert het percentage ooitgebruikers in de leeftijdsgroep van 15-64 jaar van 1,2% in Portugal tot 10,3% in Spanje. Van alle EU-lidstaten ligt het percentage ooitgebruikers het laagst in Malta (0,5%). In 2015 had in Nederland 5,1% van de bevolking van 15-64 jaar ervaring met cocaïne. Dat komt overeen met het Europese gemiddelde van 5,1% volgens de meest recente surveys (EMCDDA, 2016).[3]
- Het Europese gemiddelde voor het recent gebruik lag op 1,9% (EMCDDA, 2016). In 2015 had eveneens 1,9% van de bevolking van 15-64 jaar in Nederland in het afgelopen jaar nog cocaïne gebruikt. Slechts in vijf andere landen van de EU-28 en Noorwegen heeft meer dan 1% van de inwoners in het afgelopen jaar nog cocaïne gebruikt. Deze vijf andere landen zijn Frankrijk (1,1%), Italië (1,1%), 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 Canada (1,1%), Australië (2,1%) en de Verenigde Staten (1,7%).

3 Het Europese gemiddelde zoals berekend door het EMCDDA is een schatting die is gewogen op basis van de bevolkingsomvang. Landen met veel inwoners tellen daardoor zwaarder mee.

Tabel 4.4a 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	2015	5,1	1,9	5,8	3,6
Noorwegen	2014	5,0	1,0	7,8	2,3
Zweden	2008	3,3	0,5	-	-
Oostenrijk	2008	2,2	0,9	2,8	1,2
Finland	2014	1,9	0,5	2,9	1,0
Portugal	2012	1,2	0,2	1,4	0,4

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen. Percentage gebruikers ooit in het leven en recent (laatste jaar). - = Geen cijfers voor deze leeftijdsgroepen beschikbaar. Bronnen: EMCDDA; Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2015.

Tabel 4.4b Consumptie van cocaïne onder de algemene bevolking van enkele EU-15 lidstaten, de Verenigde Staten, Canada en Australië: overige leeftijdsgroepen[1]

Land	Jaar	Leeftijd (jaar)	Ooitgebruik (%)	Recent gebruik (%)
Verenigde Staten	2014	12 en ouder	14,8	1,7
Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales)	2014	16 - 59	9,8	2,4
Australië	2013	14 en ouder	8,1	2,1
Italië	2014	18 - 64	7,6	1,1
Canada	2012	15 en ouder	7,3	1,1
Denemarken	2013	16 en ouder	5,2	0,9
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). 1. Drugsgebruik is naar verhouding laag in de jongste (12-15 jaar) en de oudere leeftijdsgroepen (>64 jaar). Gebruikscijfers in studies met respondenten die jonger en/of ouder zijn dan de EMCDDA-standaard zullen mogelijk lager uitvallen dan cijfers in studies die de EMCDDA-standaard toepassen. Voor studies met een meer beperkt leeftijdsbereik geldt het omgekeerde. Bronnen: EMCDDA, SAMHSA, CADUMS, AIHW.

Jongeren

In de ESPAD-peilingen onder 15- en 16-jarige scholieren in Europa werd in 2003, 2007, 2011 en 2015 gevraagd naar het ooitgebruik van cocaïne (Hibell et al., 2004, 2009, 2012; Kraus et al., 2016). In 2003 is ook gevraagd naar het recent gebruik en in 2015 is apart gevraagd naar (snuif)cocaïne en crack. De cijfers uit de ESPAD zijn beter vergelijkbaar dan de cijfers uit onderzoeken onder de algemene bevolking.

- Tabel 4.5 toont het gebruik van cocaïne onder scholieren in een aantal landen van de EU, Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde Staten. Dit laatste land deed niet mee aan de ESPAD maar voerde wel vergelijkbaar onderzoek uit.
- Het hoogste percentage ooitgebruik van (snuif)cocaïne werd in 2015 gevonden in Frankrijk (4%), gevolgd door Italië (3%), Ierland (3%) en België. Het ooitgebruik van crack lag eveneens het hoogst in Frankrijk (3%) en Italië (3%) (tabel 4.5).
- Nederland neemt met 2% voor (snuif)cocaïne een middenpositie in en scoort met 1% voor crack relatief laag, maar de verschillen met de andere landen zijn klein (tabel 4.5).
- Het gemiddelde van 34 onderling vergelijkbare Europese landen lag eveneens op 2% voor (snuif) cocaïne en op 1% voor crack.

Tabel 4.5 Consumptie van cocaïne onder scholieren van 15 en 16 jaar in een aantal lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde Staten.[I] Peiljaren 2003, 2007, 2011 en 2015

Land	2003	2007		2011	2015	
	Ooit-gebruik (%)	Recent gebruik (%)	Ooit-gebruik (%)	Ooit-gebruik (%)	Ooit-gebruik cocaïne (%)	Ooit-gebruik crack (%)
Frankrijk	3	-	5	4	4	3
Italië	4	3	5	3	3	3
Ierland	3	1	4	3	3	2
België[II]	3	1	4	4	3	1
Spanje[IV]	6	5	4	2	2	3
Portugal	3	2	2	3	2	1
Nederland	3	1	3	2	2	1
Denemarken[IV]	2	2	3	2	2	-
Zweden	1	0	2	1	2	-
Griekenland	1	1	1	1	1	1
Noorwegen	1	1	1	1	1	1
Finland	0	0	1	1	1	-
Verenigde Staten[I]	5	3	5	3	-	-
Duitsland[III]	2	2	3	3	-	-
Verenigd Koninkrijk[V]	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 en 2015 alleen voor Vlaanderen. III. Duitsland in 2007 voor 6 en in 2011 voor 5 van de 16 deelstaten. IV. De gegevens voor Spanje en Denemarken zijn minder representatief, Denemarken vanaf 2015 weer representatief. V. Verenigd Koninkrijk niet voor 2011 vanwege te lage respons (slechts 6% van de scholen). Bron: ESPAD.

4.6 Hulpvraag en incidenten

Verslavingszorg

De verslavingszorg is het onderdeel van de gezondheidszorg dat hulp biedt aan mensen die verslaafd zijn geraakt aan drugs, alcohol, medicijnen, gokken of andere gedragsverslavingen. Behandeling van cocaïneverslaving is echter lastig. Effectieve farmacotherapie, zoals voor verslaving aan opiaten of alcohol, is nog niet beschikbaar gekomen voor verslaving aan cocaïne. De werking van mogelijke medicijnen tegen crackverslaving wordt onderzocht in het Nederlandse CATCH onderzoek. Het gebruik van modafinil (geneesmiddel tegen narcolepsie) en topiramaat (geneesmiddel tegen epilepsie), toegevoegd als medicijn aan cognitieve gedragstherapie, bleek echter teleurstellend. Deze potentiële medicijnen bleken weinig meerwaarde te hebben en leidden niet tot meer gunstige uitkomsten, zoals het volhouden van de behandeling en minder gebruik van cocaïne en andere drugs (Nuijten et al., 2011, 2014, 2015, 2016). Wel zijn er in de Verenigde Staten indicaties gevonden dat modafinil een gunstig effect kan hebben op de nachtrust van cocaïneverslaafden (Morgan et al., 2016). Of cannabinoïden als medicijn kunnen worden ingezet tegen crackverslaving, moet nog worden onderzocht (Fischer et al., 2015). Een veelbelovend ander medicijn is dexamfetamine met een vertraagde afgifte (Nuijten et al., 2016a). Er zijn indicaties gevonden dat dit medicijn het gebruik van crack kan terugdringen.

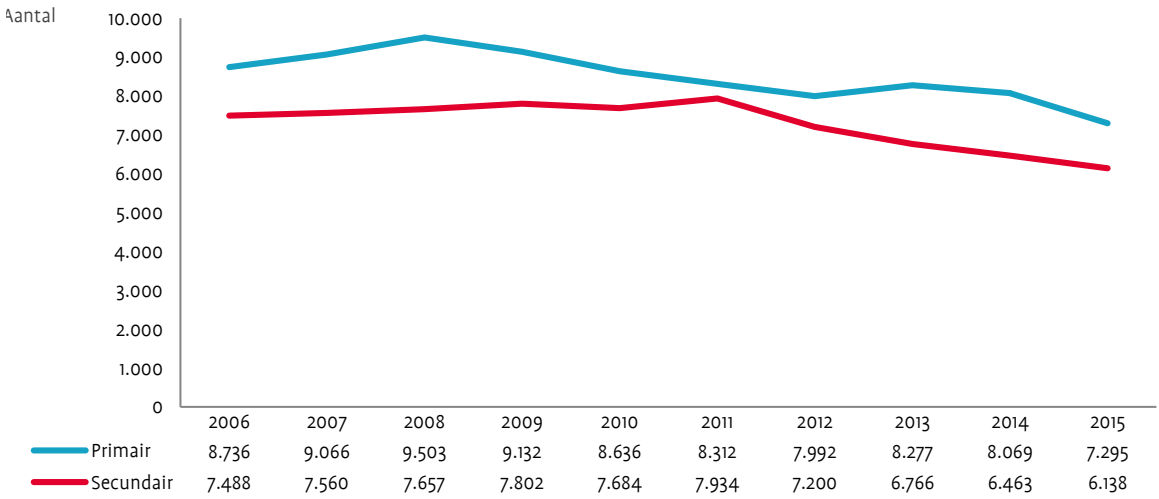
Bij cocaïneverslaving is 'contingency management', waarbij beloningen worden gegeven (zoals tegoedbonnen) voor het niet meer gebruiken van cocaïne, tot nu toe het meest effectief gebleken (Schierenberg et al., 2012). Er is voldoende bewijs voor de effectiviteit van een breed opgezet interventiepakket volgens de principes van de Community Reinforcement Approach (CRA), waarvan 'contingency management' vaak onderdeel is (Roozen et al., 2006).

In 2015 hebben in totaal 21 gespecialiseerde instellingen voor verslavingszorg geanonimiseerde gegevens over de hulpverlening aangeleverd aan het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS, Wisselink et al., 2016) (zie in bijlage A: Cliënt LADIS). De wisselingen die zich in de afgelopen tien jaar hebben voorgedaan in de aanleverende instellingen zijn weergegeven in bijlage D.5. Een nadere analyse wijst uit dat deze wisselingen slechts een beperkte invloed hebben gehad op het landelijk aantal geregistreerde cliënten en de trends niet noemenswaardig hebben beïnvloed.

- Het aantal cliënten met cocaïne als primair probleem is sinds 2008, met wat schommelingen, gedaald (figuur 4.3). Tussen 2014 en 2015 vond er nog een daling plaats met 10%.
- Per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder daalde het aantal primaire cocaïnecliënten van 65 in 2006 naar 52 in 2015.
- Het aandeel van de primaire cocaïnecliënten in alle cliënten met een drugsprobleem lag in 2006 op 28% en lag in 2015 op 23%.
- Voor bijna de helft van de primaire cocaïnecliënten (45%) was in 2015 roken (crack) de belangrijkste wijze van gebruik en voor iets meer dan de helft (54%) snuiven. Slechts 1% injecteerde de cocaïne. Ook in 2006 lag het percentage injecteerders op 1%, maar in dat jaar lag het percentage rokers hoger (52%) en lag het percentage snuivers lager (47%).
- In 2015 was 16% van de primaire cocaïnecliënten een nieuwkomer. Deze nieuwkomers werden ingeschreven in 2015 en stonden niet eerder ingeschreven bij de verslavingszorg voor een drugsverslaving, een alcoholverslaving of een andere verslaving. In 2006 lag het percentage nieuwkomers op 21%.

- Van de 7.295 primaire cocaïnecliënten in 2015 stond bij 4.557 cliënten (62%) zowel een primaire als een secundaire problematiek geregistreerd. Bij deze cliënten ging het vooral om alcohol (33%), opiaten (28%) en cannabis (19%). In 4% van de gevallen ging het om een primaire verslaving aan crack en een secundaire verslaving aan snuifcocaïne en ging het omgekeerd in 1% van de gevallen om een primaire verslaving aan snuifcocaïne en een secundaire verslaving aan crack.
- Cocaïne werd ook vaak als secundair probleem genoemd (figuur 4.3). Ook het aantal cliënten met cocaïne als secundair probleem is de afgelopen jaren gedaald. Voor deze groep was in 2015 het primaire probleem vooral opiaten (46%), gevolgd door alcohol (36%) en cannabis (11%).

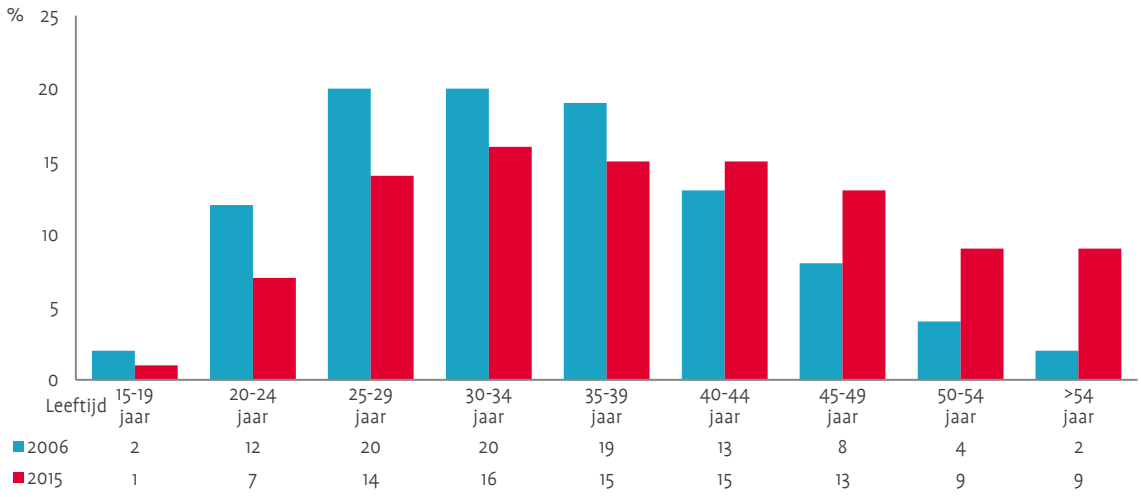
Figuur 4.3 Aantal cliënten bij de verslavingszorg met primaire of secundaire cocaïneproblematiek, vanaf 2006



	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Primair	8.736	9.066	9.503	9.132	8.636	8.312	7.992	8.277	8.069	7.295
Secundair	7.488	7.560	7.657	7.802	7.684	7.934	7.200	6.766	6.463	6.138

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

Figuur 4.4 Leeftijdsverdeling van de primaire cocaïnecliënten bij de verslavingszorg, in 2006 en 2015



Leeftijd	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
2006	2	12	20	20	19	13	8	4	2
2015	1	7	14	16	15	15	13	9	9

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

Leeftijd, geslacht en opleiding

- In 2015 waren 8 van de 10 primaire cocaïnecliënten man (82%).
- De gemiddelde leeftijd in 2015 was 39 jaar, vergeleken met 34 jaar in 2006. Daarmee zijn de primaire cocaïnecliënten jonger dan de opiaat-, en alcoholcliënten maar ouder dan de cannabis-, ecstasy-, amfetamine- en GHB-cliënten.
- Figuur 4.4 laat zien dat 60% van de primaire cocaïnecliënten in 2015 tussen de 25 en 44 jaar was. Het aandeel jonge cocaïnecliënten van 15-34 jaar is gedaald van 54% in 2006 naar 38% in 2015. Het aandeel van de cocaïnecliënten van 40 jaar en ouder is gestegen van 27% in 2006 naar 46% in 2015.
- Deze veroudering komt grotendeels op conto van de crackverslaafden, waarvan een deel ook problemen met opiaten heeft (zie § 5.6).
- In 2015 had van de primaire cocaïnecliënten 48% geen opleiding afgerond of een lagere opleiding afgerond, had 39% een middelbare opleiding afgerond en had 13% een hogere opleiding afgerond. (Voor de verklaring van lagere, middelbare en hogere opleiding, zie in bijlage A onder: Cliënt LADIS.)
- Hierboven (§ 4.2) werd er op gewezen dat in de algemene bevolking hoger opgeleiden meer ervaring hebben met cocaïne dan lager opgeleiden. Dit in tegenstelling tot het gegeven dat onder de cocaïnecliënten in de verslavingszorg slechts 13% hoger is opgeleid en 48% lager is opgeleid.

Algemene ziekenhuizen

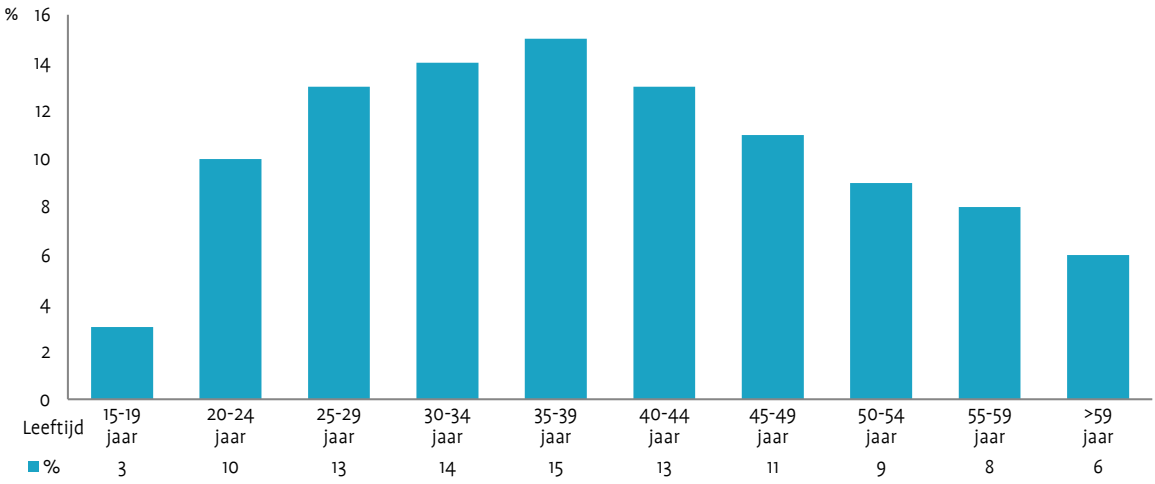
De Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ; voorheen Landelijke Medische Registratie, LMR) bevat gegevens over de opnames in algemene ziekenhuizen, waarbij middelengebruik als hoofddiagnose of als nevendiagnose kan zijn geregistreerd. In 2013 wijzigde zowel de registratiemethode als de bijschattingsmethode (zie bijlage D.4: LBZ). Vanwege deze wijzigingen worden hier primair gegevens gerapporteerd over 2014. Van 2009 tot en met 2013 werden per jaar rond de twee miljoen klinische opnames in algemene ziekenhuizen geregistreerd (DHD, 2015). Problemen gerelateerd aan cocaïne spelen hierbij nauwelijks een rol.

- Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van cocaïne (ICD-10 code F14) en vergiftiging door cocaïne (ICD-10 code T40.5) worden niet vaak als hoofddiagnose geregistreerd bij klinische opnames in de algemene ziekenhuizen. In 2014 ging het naar schatting om 150 gevallen, waarvan 58% vanwege psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van cocaïne en waarvan 42% vanwege vergiftiging door cocaïne. Daarvan is 1% bijgeschat (148 feitelijk geregistreerde opnames, zie bijlage D.4).
- Vóór de methodewijzigingen steeg het aantal klinische ziekenhuisopnames met een nevendiagnose gerelateerd aan cocaïne van 377 in 2000 naar 800 in 2011, waarna er weer een daling plaatsvond naar 774 in 2012 (Van Laar et al., 2015).
- Cocaïneproblemen worden vaker geregistreerd als nevendiagnose, mede vanwege het gegeven dat ziekenhuispatiënten primair worden behandeld voor lichamelijke ziekten en niet primair voor een verslaving. In 2014 ging het naar schatting om 813 gevallen. Daarvan is 2% bijgeschat (795 feitelijk geregistreerde opnames, zie bijlage D.4).
- De meest voorkomende categorieën hoofddiagnoses die in 2014 stonden geregistreerd bij problemen met cocaïne als nevendiagnose waren:
  - letsel, vergiftiging en bepaalde andere gevolgen van uitwendige oorzaken (29%);
  - ziekten van het hart en het vaatstelsel (15%);
  - ziekten van het ademhalingsstelsel (12%);
  - symptomen, afwijkende klinische bevindingen en laboratoriumuitslagen (10%);
  - psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van psychoactieve middelen (9%, alcohol 4%);
  - ziekten van het spijsverteringsstelsel (5%).

Dezelfde persoon kan meer dan één keer per jaar worden opgenomen. Bovendien kan er per opname meer dan één nevendiagnose worden gesteld.

- Gecorrigeerd voor dubbeltellingen ging het in 2014 om naar schatting 812 personen. Zij werden in dat jaar minstens één keer opgenomen met een probleem gerelateerd aan cocaïne als hoofd- of nevendiagnose.
- Hun gemiddelde leeftijd was 39 jaar; 76% was man. De piek lag in de leeftijdsgroep van 35-39 jaar (figuur 4.5).

Figuur 4.5 Leeftijdsverdeling van de cocaïnepatiënten in de klinische ziekenhuiszorg (hoofd- of nevendiagnose), 2014



Percentage patiënten per leeftijdsgroep voor de klinische opnames met cocaïne als hoofd- of nevendiagnose (unieke patiënten gecorrigeerd voor dubbeltellingen van personen). ICD-10 codes: F14, T40.5 (bijlage B). Bron: LBZ, DHD.

Incidenten

Sinds 2009 houdt de Monitor Drugsincidenten (MDI, zie bijlage D.6) actuele gegevens bij over de aard en omvang van drugsgerelateerde gezondheidsincidenten in Nederland (Wijers et al., 2016). Daarbij wordt ook gebruikgemaakt van het Letsel Informatie Systeem (LIS), dat gegevens bevat van de Spoedeisende Hulpafdelingen (SEHs) van een steekproef van ziekenhuizen. Het aantal incidenten met cocaïnebase (basecoke, crack) was te klein om als aparte groep te bespreken. Tussen 2009 en 2015 werden 115 incidenten gemeld, waarin cocaïnebase als enige drug was gebruikt. De gegevens hieronder hebben daarom uitsluitend betrekking op incidenten waarbij cocaïne-HCl (cocaïnepoeder of snuifcoke) was gebruikt (tenzij anders aangegeven). In 2015 werden in totaal 4.661 drugsincidenten gemeld. Bij 520 meldingen was cocaïne-HCl betrokken; hiervan was in 240 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 (als enige drug) samengevat over de periode 2009-2015. Vanwege verschillen tussen de medische diensten worden gegevens uitgesplitst naar type dienst.

- Politieartsen zien relatief vaak acute gezondheidsincidenten met snuifcoke: één op de vijf drugsincidenten is bij hen gerelateerd aan het gebruik van cocaïne als enige drug, terwijl de andere medische diensten hier in mindere mate mee te maken krijgen (2%-11%).

Kenmerken patiënten en incidenten gerelateerd aan cocaïne

- Vergeleken met de andere drugs zijn patiënten met een gezondheidsincident na cocaïnegebruik vaker man en ouder: bijna 80% van de populatie bij de ambulance, de spoedeisende hulp en de politieartsen is 25 jaar of ouder.
- In bijna 60% van de snuifcoke-incidenten heeft de patiënt ook alcohol gebruikt.
- Alle incidenten zijn ingedeeld in een lichte, matige of ernstige mate van intoxicatie. Behalve bij de EHBO-posten op evenementen, is de mate van de cocaïne-intoxicatie bij meer dan de helft van de gevallen matig of ernstig. Daarin speelt ongetwijfeld een rol dat meer dan de helft van de patiënten ook alcohol heeft gedronken en dat is meer dan bij andere drugs.
- Bij de incidenten met cocaïne (niet opgenomen in tabel 4.6) zijn vaak ook andere drugs gebruikt. Een veel gemelde combinatie is die met ecstasy (34%) en/of GHB (32%).

Tabel 4.6 Incidenten met cocaïne-HCl als enige drug geregistreerd door de Monitor Drugsincidenten (MDI), 2009-2015

	Ambulances	SEH-MDI-ziekenhuizen	SEH-LIS-ziekenhuizen	Politieartsen	EHBO
Aantal incidenten (% van het totaal binnen de dienst)	631 (9)	267 (7)	438 (10)	372 (20)	198 (2)
Man (%)	78	81	77	90	71
Leeftijd: <25 jaar (%)	20	22	19	21	58
Mate van intoxicatie*					
Licht (%)[I]	35	47	-	41	82
Matig (%)[II]	51	37	-	49	15
Ernstig (%)[III]	15	16	-	11	3

*Percentages berekend op de bekende aantallen. Vanwege afronding tellen de percentages niet overal exact op tot 100%. I. Licht: goed aanspreekbaar, gebruik merkbaar in gedrag. II. Matig: onvoldoende aanspreekbaar, duidelijk onder invloed. III. Ernstig: niet aanspreekbaar vanwege (sub)comateuze toestand of geagiteerd/agressief gedrag, eventueel in combinatie met gestoorde vitale parameters (zoals hartslag, bloeddruk en ademhalingsfrequentie). Bron: MDI, Trimbos-instituut (Wijers et al., 2016).

Rijden onder invloed

Aan het rijden onder invloed van cocaïne zijn risico's verbonden (Roncero et al., 2016; zie ook § 14.2).

- Het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) voert analyses uit van bloedmonsters die door de politie zijn afgenomen van verkeersdeelnemers die worden verdacht van het gebruik van drugs of medicijnen. Het NFI let daarbij ook op cocaïne.
  - In 2013, 2014 en 2015 werden achtereenvolgens 928, 978 en 966 bloedmonsters onderzocht. Cocaïne werd aangetroffen in respectievelijk 131, 156 en 181 bloedmonsters.

4.7 Ziekte en sterfte

Ziekte

- Gezondheidsproblemen, vooral door het frequent roken van crack, zijn longcomplicaties ('coke longen'), hartaanvallen, hersenbloedingen, nierinfarcten, epileptische aanvallen, uitputting en weerstandsvermindering, rusteloosheid, geïrriteerdheid, neerslachtigheid, depressies, angsten, psychose en paranoia (Van Wilgenburg, 2006).
- Zware cokegebruikers hebben ook meer moeite hun agressie onder controle te houden (Ernst et al., 2008; Ferwerda et al., 2012). Cocaïne kan daardoor een rol spelen bij huiselijk geweld (Choenni et al., 2015). Ontstaat er een 'excited delirium', 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). Voor Nederlandse crackgebruikers werd gevonden dat ze eerder crimineel gedrag zullen vertonen als ze jonger zijn, dakloos zijn, zwaarder gebruiken en al een criminele voorgeschiedenis hebben (Oteo Pérez et al., 2015).
- Bij jongeren en jongvolwassenen in het uitgaansleven die excessief en langdurig cocaïne gebruiken, wordt opgefokt, paranoïde en egoïstisch gedrag gesignaleerd en een in zich zelf gekeerd zijn, doordat cocaïne "ego-verdikkend" werkt, hetgeen de nodige irritatie kan oproepen bij omstanders (Nabben et al., 2010; Nabben et al., 2016). Ook structurele vermoeidheid als gevolg van frequent cokegebruik wordt genoemd. Verder kan door het frequent snuiven van cocaïne het tussenneusschot beschadigd raken (Stichting Mainline, 2008; Scheenstra et al., 2007). Ook kan het gebruik van cocaïne leiden tot riskant seksueel gedrag (Ritchwood et al., 2016).
- Het gebruik van cocaïne tijdens de zwangerschap kan, in combinatie met andere factoren, leiden tot schade bij het (ongeboren) kind in de vorm van beschadigingen aan de placenta, vertraagde groei, vroeggeboorte, taalachterstand en leerproblemen (Cain et al., 2013; Cressman et al., 2014).

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 3 fataal. In Nederland zijn tot op heden 2 casussen bekend. Verder ontving het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) tot op heden 3 meldingen van een vermoedelijke levamisol-intoxicatie bij cocaïnegebruikers. In Italië zijn 2 gevallen gerapporteerd van sterfte na het gebruik van met levamisol verontreinigde cocaïne (Indorato et al., 2016).

Sterfte

Volgens de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS sterven er in Nederland naar verhouding maar weinig mensen aan de directe gevolgen van cocaïnegebruik. Hierbij dient wel te worden aangetekend dat de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS niet specifiek is toegerust op het registreren van drugsgerelateerde sterfte. Vrijwel zeker zijn de cijfers over de drugssterfte een onderrapportage, maar de mate waarin verschilt vermoedelijk per drug (zie bijlage D.1). Vanaf 2013 is de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS overgegaan op automatische codering van de 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).

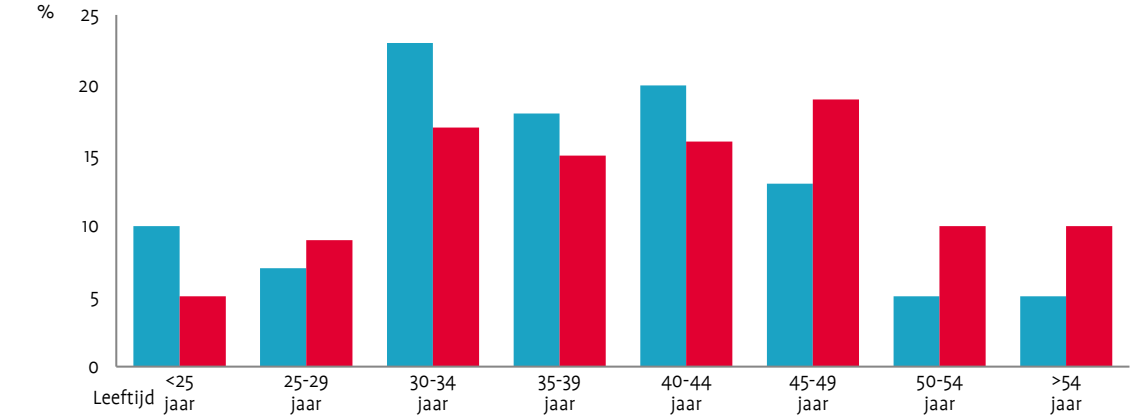
- Tussen 2005 en 2012 schommelde het aantal gevallen waarbij een cocaïnestoornis of -vergiftiging expliciet als onderliggende doodsoorzaak is geregistreerd (voor zover herkend) rond de 22 per jaar. In 2013 ging het om 24 gevallen, 17% van het totaal. Ook in 2014 ging het om 24 gevallen, 20% van het totaal (zie figuur 5.7 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 8 van de 10 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 3 tot 8 gevallen (7 in 2006). In 2007 werd slechts 1 geval geregistreerd, in 2008 waren er 5 gevallen en in 2009 was er 1 (vermoedelijk) geval. In 2010 waren er 3 gevallen en in 2011 waren er 4 gevallen.

Alleen wanneer er een strafrechtelijk onderzoek plaatsvindt of wanneer de nabestaanden daarom vragen, onderzoekt het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) een overlijdensgeval op drugs.

- In de overlijdensgevallen die in 2015 door het NFI werden onderzocht op drugsgebruik, werd in 3 gevallen cocaïne aangewezen als de oorzaak van het overlijden. Hierbij dient te worden opgemerkt dat het totaal aantal gerechtelijke secties door het NFI de afgelopen jaren is gedaald van 338 in 2013 naar 319 in 2014 en 285 in 2015. Het aantal waarbij toxicologisch onderzoek plaatsvond daalde van 250 in 2013 naar 228 in 2014 en 205 in 2015.
- Deze aantallen van het NFI kunnen overlappen met de cijfers van het CBS. De aantallen uit deze bronnen kunnen daarom niet bij elkaar worden opgeteld.

Vanwege combinatiegebruik kunnen de aantallen sterfgevallen in de verschillende hoofdstukken van dit Jaarbericht niet zonder meer bij elkaar worden opgeteld.

Figuur 4.6 Leeftijdsverdeling van de cocaïnesterfgevallen van 2005-2009 en van 2010-2014



Leeftijd	<25 jaar	25-29 jaar	30-34 jaar	35-39 jaar	40-44 jaar	45-49 jaar	50-54 jaar	>54 jaar
2005-2009	10	7	23	18	20	13	5	5
2010-2014	5	9	17	15	16	19	10	10

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 (2016) lijkt acute sterfte door cocaïnegebruik 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 het Verenigd Koninkrijk steeg tussen 2013 en 2014 het aantal aan cocaïne gerelateerde sterftegevallen van 169 naar 247. In Spanje bleef cocaïne de drug die op één na het vaakst werd genoemd in gevallen van een dodelijke overdosis, 236 gevallen gerelateerd aan cocaïne in 2013 (EMCDDA, 2016).
- In Denemarken is gevonden dat de kans op sterfte onder problematische cocaïnegebruikers ongeveer 6 keer zo groot is, vergeleken met hun leeftijdsgenoten in de algemene bevolking. In Spanje werd een 5 keer zo grote sterftekans gevonden (EMCDDA, 2015). Het risico op sterfte ligt onder problematische cocaïnegebruikers daarmee in dezelfde orde van grootte als onder de problematische opiatengebruikers. Onder problematische opiatengebruikers is de sterfte namelijk 5 tot 10 keer hoger dan de verwachte basissterfte in de algemene bevolking (EMCDDA, 2016). Een 5 keer zo grote sterftekans voor problematische cocaïnegebruikers betekent dat, van de problematische cocaïnegebruikers die kwamen te overlijden, 4 van de 5 (80%) kwamen te overlijden door oorzaken gerelateerd aan het problematische cocaïnegebruik (Lam et al., 2015).

4.8 Aanbod en markt

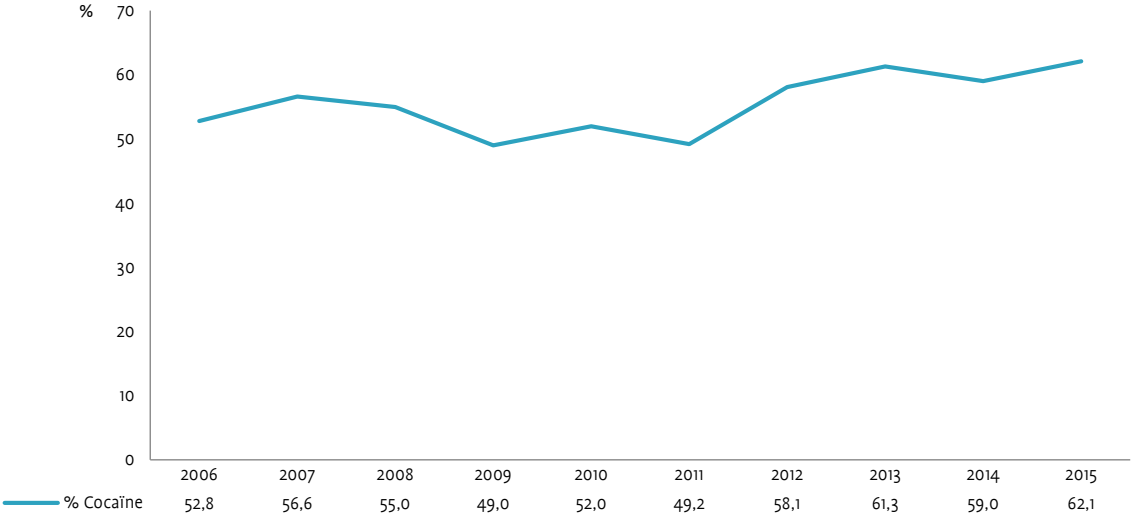
Samenstelling van cocaïnemonsters

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) monitort de markt van illegale drugs (Van der Gouwe en Rigter, 2016). Daarvoor wordt gebruikgemaakt 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 2015 werden 1.341 poeders doorgestuurd naar het laboratorium die door de consument als cocaïne waren aangekocht.

- Het merendeel van deze poeders (95,4%) bevatte daadwerkelijk cocaïne. Van deze poeders die werden verkocht als cocaïne, bevatte 3,7% géén cocaïne maar wel één of meerdere andere psychoactieve stoffen, terwijl de resterende 1% geen enkel psychoactief bestanddeel bevatte.
- Het gemiddelde gehalte cocaïne vertoont de laatste jaren een opvallende stijging van 49,2% in 2011 naar 61,3% (gewichtsprocenten) in 2013, 59,0% in 2014 en 62,1% in 2015 (figuur 4.7). De cocaïne is daarmee zeer zuiver, ook vergeleken met andere Europese landen (EMCDDA, 2016).

Figuur 4.7 Percentage cocaïne[1] in poeders gekocht als cocaïne, vanaf 2006

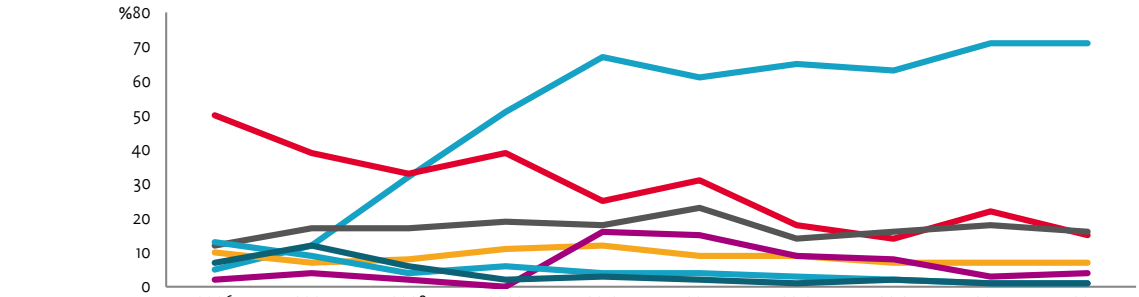


I. Percentage cocaïne in gewichtsprocenten. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

De afgelopen jaren bevatten poeders die als cocaïne zijn verkocht relatief vaak (ook) geneesmiddelen (figuur 4.8).

- Vooral het versnijdingsmiddel levamisol laat tussen 2007 en 2010 een sterk stijgende trend zien en het aandeel cocaïnemonsters waarin dit middel zat bleef 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 antiwormenmiddel. Onbekend is waarom dit middel aan cocaïne wordt toegevoegd.
- In 2015, net als in 2014, bevatte 71% van de als cocaïne gekochte poeders levamisol, tegenover 12% in 2007. Wat betreft het gehalte aan levamisol is het gemiddelde percentage levamisol in deze cocaïnepoeders toegenomen van 7% in 2012 naar 10% in 2013 en 11% in 2014 en 2015.
- Frequente gebruikers van cocaïne lopen het risico op ernstige bloed- en huidziekten (zie § 4.7).
- In 2015 bevatte 4% van de cocaïnemonsters hydroxyzine, een middel dat tot 2010 amper werd aangetroffen en sinds 2010 weer steeds minder wordt gezien. Hydroxyzine wordt onder andere toegepast bij spanningen en (jeukende) huidaandoeningen.
- In 2006 bevatte nog de helft van de als cocaïne gekochte poeders fenacetine. In 2015 was dit aandeel gedaald tot 15%. Fenacetine was tot 1984 als pijnstiller geregistreerd, maar het middel is vanwege mogelijk kankerverwekkende eigenschappen uit de handel genomen. De doseringen fenacetine die worden gebruikt als versnijdingsmiddel zijn echter vele malen geringer dan de therapeutische doseringen waarbij schadelijke effecten optreden.

Figuur 4.8 Percentage als cocaïne gekochte poeders met versnijdingsmiddelen[1], vanaf 2006



	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Levamisol	5	12	32	51	67	61	65	63	71	71
Fenacetine	50	39	33	39	25	31	18	14	22	15
Cafeïne	12	17	17	19	18	23	14	16	18	16
Lidocaïne	10	7	8	11	12	9	9	7	7	7
Hydroxyzine	2	4	2	0	16	15	9	8	3	4
Procaïne	13	9	4	6	4	4	3	2	1	1
Diltiazem	7	12	6	2	3	2	1	2	1	1

1. In een poeder komen soms meerdere versnijdingsmiddelen voor, waardoor de percentages optellen tot meer dan 100%. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

Prijzen

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

- De prijs voor een gram cocaïne kent een brede range. Consumenten die in 2015 hun cocaïnemonster hebben aangeleverd bij het DIMS-project betaalden voor een gram cocaïnepoeder tussen 10 en 130 euro (gemiddeld 51 euro) (tabel 4.7, DIMS, 2015).
- Ondanks de toegenomen zuiverheid is de prijs van cocaïne niet gestegen, maar schommelt de gemiddelde prijs van cocaïnepoeders al sinds 2008 rond 51 euro per gram. De mediaan lag elk jaar op 50 euro (tabel 4.7). In 2013 hanteerde DIMS een nieuwe rapportagemethode waarbij non-respons werd gereduceerd. Door de nieuwe rapportagemethode ontstond een bredere range in de minimum- en maximumprijs van een gram cocaïne, maar dit heeft geen invloed gehad op de mediaan.
- In 2015 kostte in Amsterdam volgens de Antenne-monitor een gram cocaïne tussen de 50 en 70 euro (Nabben et al., 2016). In 2014 kostte een gram cocaïne tussen de 40 en 70 euro en lag de meest gangbare prijs tussen de 50 en 60 euro (Benschop et al., 2015), net als in 2013 (Nabben et al., 2014) en 2012 (Benschop et al., 2013).

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

	2008	2009	2010	2011	2012	2013[1]	2014	2015
Aantal monsters (n)	637	780	979	679	401	1.178	1.204	1.300
Gemiddelde (€)	50	50	45	52	53	52	53	51
Mediaan (€)	50	50	50	50	50	50	50	50
Minimum – maximum (€)	25-70	20-80	30-75	25-80	18-80	10-120	20-100	10-130

1. In 2013 hanteerde DIMS een nieuwe rapportagemethode waarbij non-respons werd gereduceerd. Door de nieuwe rapportagemethode ontstond bovendien een bredere range in de minimum- en maximumprijs van een gram cocaïne. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

5. Opiaten

5.1	Laatste feiten en trends	▶ pagina 135
5.2	Gebruik: algemene bevolking	▶ pagina 136
5.3	Gebruik: jongeren	▶ pagina 136
5.4	Problematisch gebruik	▶ pagina 139
5.5	Gebruik: internationale vergelijking	▶ pagina 140
5.6	Hulpvraag en incidenten	▶ pagina 142
5.7	Ziekte en sterfte	▶ pagina 147
5.8	Aanbod markt	▶ pagina 157

5. Opiaten

Inleiding

De klasse van de opiaten telt vele middelen. Sommige opiaten staan bekend om het illegale gebruik ervan, zoals heroïne. Andere opiaten zijn vervangers van heroïne, zoals methadon en buprenorfine, of worden (ook) anderszins toegepast in de geneeskunde: morfine, codeïne en dergelijke. Verschillende opiaten zijn in eenzelfde mate verslavend (Monwell et al., 2016). Het gaat in dit hoofdstuk vooral om heroïne en methadon.

Heroïne wordt in verschillende vormen toegediend. De meest gangbare gebruikswijze in Nederland is roken ('chinezen', roken van folie). In Nederland wordt heroïne nauwelijks meer geïnjecteerd. Gebruik van (illegale) opiaten vindt overwegend plaats door meer of minder problematische drugsgebruikers. Incidenteel en 'recreatief' gebruik van heroïne is gerapporteerd (Korf et al., 2010; Caiata-Zufferey, 2012), maar komt vermoedelijk sporadisch voor. Mensen bij wie het gebruik van opiaten uit de hand is gelopen nemen vaak ook andere middelen (polydrugsgebruik) op een manier die niet goed valt in te passen in een 'regulier' bestaan. Waar in dit hoofdstuk gesproken wordt over de verzamelterm 'harddrugs' is meestal minstens één opiaat in het geding en verder vooral cocaïne.

De afgelopen jaren is er veel geïnvesteerd in de behandeling van en de zorg voor problematische opiaatgebruikers. Voorbeelden hiervan zijn de reguliere behandeling met methadon, de medische heroïneverstrekking, harm reduction via gebruikersruimten en spuitomruil en dagopvang, nachtopvang, hostels, beschermd wonen, Flexible Assertive Community Treatment (F-ACT, Delespaul et al., 2016) en sociale wijkteams (Bransen et al., 2016). Speciaal voor justitiabele opiaatgebruikers is de forensische zorg uitgebreid (zie hoofdstuk 2).

5.1 Laatste feiten en trends

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

- Heroïnegebruik komt nog steeds weinig voor in de algemene bevolking (§ 5.2) en onder scholieren (§ 5.3).
- Het aantal probleemgebruikers van opiaten is in het afgelopen decennium gedaald (§ 5.4).
- Vergeleken met andere landen in de Europese Unie heeft Nederland een laag aantal probleemgebruikers van opiaten (§ 5.5).
- Het aantal cliënten in de verslavingszorg met een primaire opiaatproblematiek daalde gestaag tussen 2006 en 2015. Nog maar weinig opiaatcliënten zijn jonger dan 30 jaar (§ 5.6).
- Acute gezondheidsincidenten door heroïne of methadon worden door ambulances, ziekenhuizen en politieartsen gemeld, maar komen op grootschalige evenementen nagenoeg niet voor (§ 5.6).
- Het aantal nieuwe en gemelde gevallen van hiv en hepatitis B en C onder injecterende drugsgebruikers is al jaren laag. Het aantal bestaande besmettingen met hepatitis C is in sommige steden hoog (§ 5.7).
- Tussen 2006 en 2014 schommelde het aantal sterfgevallen door opiaten rond gemiddeld 40 gevallen per jaar. De gemiddelde leeftijd van overlijden blijft stijgen (§ 5.7).

5.2 Gebruik: algemene bevolking

In het afgelopen decennium is het drugsgebruik in de algemene bevolking herhaaldelijk gemeten. Vanaf 2014 worden jaarlijks vergelijkbare cijfers verzameld in de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor uitgevoerd door het CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut (zie bijlage D.2). Vanwege wijzigingen in onderzoeksmethode zijn deze cijfers niet vergelijkbaar met die uit eerdere peilingen. In dit hoofdstuk beschrijven wij gegevens voor de volwassen bevolking van 18 jaar en ouder. Cijfers voor drugsgebruik onder jongeren worden in paragraaf 5.3 op basis van scholierenonderzoeken gerapporteerd.

- In 2015 rapporteerde 0,5% van de bevolking van 18 jaar en ouder ooit heroïne te hebben gebruikt. Omgerekend naar de hele bevolking ging het (afgerond op tienduizendtallen) om ongeveer 60 duizend personen (95% betrouwbaarheidsinterval 40-90 duizend). Er waren vrijwel geen recente en actuele gebruikers van heroïne.
- Dit cijfer is vermoedelijk een onderschatting, omdat (probleem)gebruikers van harddrugs in bevolkingsonderzoek ondervertegenwoordigd zijn. Mensen die illegaal opiaten gebruiken en methadoncliënten komen in mindere mate terecht in steekproeven uit de algemene bevolking doordat zij rondzwerven, in een (justitiële) instelling verblijven, of anderszins uit beeld zijn. Komen zij wel terecht in steekproeven uit de algemene bevolking, dan zullen zij in een bevolkingsenquête niet altijd hun drugsgebruik rapporteren. Deze groep kan in kaart worden gebracht via andere methoden van onderzoek (zie § 5.3 en § 5.4).

5.3 Gebruik: jongeren

Onder scholieren op middelbare scholen van het regulier onderwijs is heroïne niet populair (tabel 5.1). Maar ook bij lage prevalenties kan de vraag worden gesteld hoe betrouwbaar het is als jongeren rapporteren ervaring te hebben met heroïne. Er zijn namelijk geen signalen dat heroïnegebruik voorkomt in zulke jonge leeftijdsgroepen.

- Op landelijk niveau in 2015 rapporteerde 0,4% van de leerlingen van 12-16 jaar ervaring te hebben met heroïne. De afgelopen maand zou 0,3% nog heroïne hebben gebruikt (Van Dorsselaer et al., 2016).
- Het percentage scholieren dat heroïnegebruik rapporteert is in alle peiljaren gering en vertoont een licht dalende trend sinds 2003 (tabel 5.1).
- Onder scholieren van het voortgezet onderwijs in Amsterdam in 2011 rapporteerde niemand ooit heroïne te hebben gebruikt (0%; Nabben et al., 2012).

Tabel 5.1 Gebruik van heroïne onder scholieren van het regulier voortgezet onderwijs van 12-16 jaar, vanaf 2003

Gebruik	2003 (%)	2007 (%)	2011 (%)	2015 (%)
Ooit	1,1	0,8	0,6	0,4
Actueel (laatste maand)	0,5	0,3	0,2	0,3

Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand). Bron: Van Dorsselaer et al., 2016; Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM, 2015.

Speciale groepen jongeren en jongvolwassenen

Bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen hebben iets vaker ervaring met heroïne dan hun 'doorsnee' leeftijdsgenoten, 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

Voor zover het gebruik in kaart is gebracht, wordt heroïne 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.

- 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 van heroïne 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 in 2015 het percentage ooitgebruikers van heroïne op 0,9% (Nabben et al., 2016).

Er zijn geen recente gegevens beschikbaar over het gebruik van heroïne onder uitgaanders. In 2008/2009 is het middelengebruik onderzocht onder bezoekers van 11 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 leeftijdsgenoten, maar recente landelijke gegevens zijn niet beschikbaar.

- Volgens wat ouder onderzoek uit 2008 onder 14- en 15-jarige jongeren in de residentiële jeugdzorg had 5% ervaring met heroïne. In de totale leeftijdsgroep van 12-18 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 'drop-outs' 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). Ook voor het observatiejaar 2015 rapporteren sleutelfiguren niet over heroïnegebruik onder Amsterdamse buurtjongeren (Nabben et al., 2016).

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	Gemiddelde leeftijd (jaar)	Ooit-gebruik (%)	Actueel gebruik (%)
Uitgaande jongeren en jongvolwassenen					
Bezoekers van party's en festivals	Landelijk	2008/2009	24	1	0,1
Bezoekers van clubs en discotheken	Landelijk	2008/2009	22	1	0,1
Bezoekers van trendy clubs	Amsterdam	2008	25	1	<0,1
Coffeeshopbezoekers	Amsterdam	2009	28	3	<0,1
Cafébezoekers[I]	Amsterdam	2010	27	1,2	<0,1
		2014	27	0,8	0,2
Bezoekers van clubs en raves[II]	Amsterdam	2013	24	<0,1	0
Probleemgroepen					
Jongeren in de residentiële jeugdzorg	Landelijk	2008	15	4	2
Jongeren in de jeugdzorg[III]	Amsterdam	2012	16	1	-
Jongeren (alleen jongens) in justitiële jeugdinrichtingen[IV]	Landelijk	2009	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 uit 2012 bedraagt het aantal problematische opiaatgebruikers in Nederland ongeveer 14.000 (Cruts et al., 2013).
- Tussen 2008/2009 en 2012 is het aantal problematische opiaatgebruikers in Nederland gedaald met ruim 20% van ongeveer 17.700 naar ongeveer 14.000.
- Per 10.000 inwoners van 15-64 jaar waren er in 2012 in Nederland ongeveer 13 probleemgebruikers van opiaten (0,13%).

De populatie heroïnegebruikers veroudert, zoals blijkt uit cijfers van de verslavingszorg (zie § 5.6) en cijfers over de sterfte onder opiaatgebruikers (zie § 5.7).

- In Amsterdam werd gesignaleerd dat de 'overblijvende' groep opiaatgebruikers in 2010 maatschappelijk gezien minder problematisch was vergeleken met 2004. Dit bleek uit het dalend percentage methadoncliënten bij de GGD Amsterdam met een politiecontact (30% in 2004 tegenover 14% in 2010), de daling van het percentage spuiters en de toegenomen therapietrouw van methadoncliënten (Buster en Van Brussel, 2011; Nabben et al., 2016).
- 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 15-64 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	2013	275	25
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; Kruize en Bieleman, 2014).

5.5 Gebruik: internationale vergelijking

Gebruik scholieren

Volgens de ESPAD-peiling van 2015 lag in Nederland het percentage ooitgebruikers van heroïne onder 15- en 16-jarige scholieren op het Europese gemiddelde van 1% (Kraus et al., 2016). Maar ook bij deze lage prevalentie kan de vraag worden gesteld hoe betrouwbaar het is als jongeren rapporteren ervaring te hebben met heroïne. Er zijn namelijk geen andere signalen dat heroïnegebruik daadwerkelijk voorkomt in deze jonge leeftijdsgroepen.

In 2013 werd de validiteit van de ESPAD-peiling onderzocht op een steekproef van jongeren uit vier landen, namelijk IJsland, Italië, Moldavië en Oekraïne (Kraus et al., 2015). De vragen over drugs bleken over het algemeen valide te zijn, behalve voor sommige Nieuwe Psychoactieve Stoffen (NPS, zie hoofdstuk 8). Er wordt niet specifiek gerapporteerd over de validiteit van de vragen over het gebruik van heroïne.

Probleemgebruik

De Europese Unie en Noorwegen samengenomen telden in 2014 naar schatting 1,3 miljoen probleemgebruikers van opiaten (EMCDDA, 2016). Dat zijn er circa 38 per 10.000 inwoners van 15-64 jaar. 'Probleemgebruik' is daarbij gedefinieerd als regelmatig gebruik waarbij schade wordt toegebracht aan de gebruiker. Daarbij gaat het om afhankelijkheid, maar ook om andere schade aan de lichamelijke of de psychische gezondheid en ook om sociale schade. 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 15-64 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[I]
Verenigd Koninkrijk	2010/2011	81	79 - 84
Luxemburg[II]	2007	59	50 - 76
Frankrijk[III]	2013/2014	52	44 - 74
Italië[IV]	2014	52	46 - 58
Oostenrijk[V]	2013	50	49 - 51
Finland	2012	41	38 - 45
Duitsland[VI]	2013	-	27 - 32
Noorwegen[VII]	2013	27	20 - 42
Griekenland[VIII]	2014	24	21 - 28
Spanje[IX]	2013	21	16 - 25
Nederland[X]	2012	13	12 - 15

Vanwege verschillen in methodes dienen de gegevens voorzichtig te worden geïnterpreteerd. - = Gegevens ontbreken. I. Uiterste waarden op basis van 95% betrouwbaarheidsintervallen of sensitiviteitsanalyse. II. Luxemburg: probleemgebruikers van heroïne. III. Frankrijk: probleemgebruikers van heroïne, methadon, buprenorfine, illegale fentanyl en overige opiaten. IV. Italië: probleemgebruikers van heroïne. V. Oostenrijk: polydrugsgebruikers, overwegend problematische gebruikers van opiaten. VI. Duitsland: problematische gebruikers van heroïne, methadon, buprenorfine, of overige opiaten. VII. Noorwegen: problematische gebruikers van heroïne, methadon, of overige opiaten. VIII. Griekenland: voornamelijk problematische gebruikers van heroïne. IX. Spanje: problematische gebruikers van heroïne. X. Nederland: gebruiker die in de afgelopen maand op minimaal drie dagen in de week opiaten heeft gebruikt, waarbij tevens sprake is van minimaal één van de volgende problemen: criminele activiteiten, een psychiatrisch ziektebeeld, een overlastgevende levensstijl, of een instabiele woonsituatie. Bronnen: EMCDDA, Trimbos-instituut (Cruts et al., 2013).

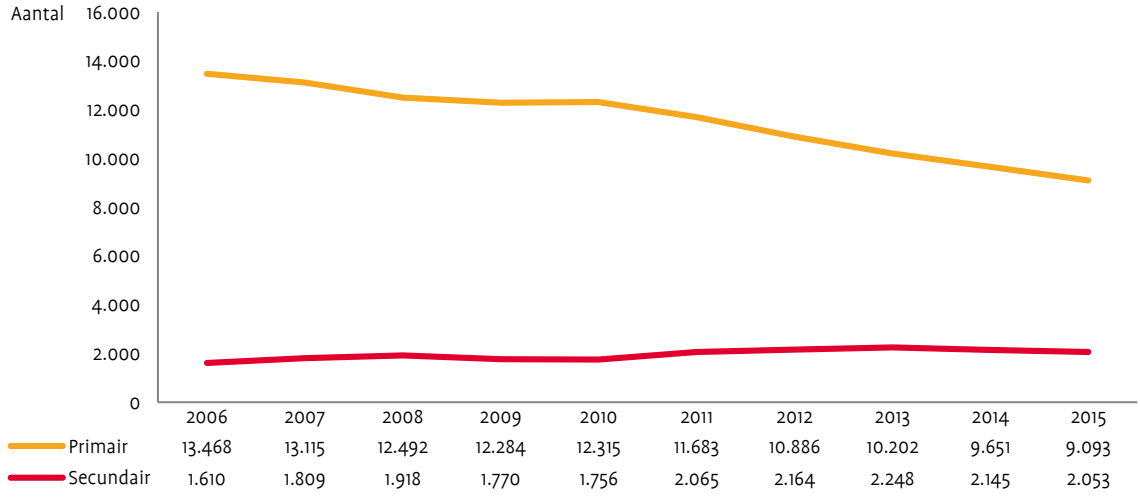
5.6 Hulpvraag en incidenten

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 2015 hebben in totaal 21 gespecialiseerde instellingen voor verslavingszorg geanonimiseerde gegevens over de hulpverlening aangeleverd aan het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS, Wisselink et al., 2016) (zie in bijlage A: Cliënt LADIS). De wisselingen die zich in de afgelopen tien jaar hebben voorgedaan in de aanleverende instellingen zijn weergegeven in bijlage D.5. Een nadere analyse wijst uit dat deze wisselingen slechts een beperkte invloed hebben gehad op het landelijk aantal geregistreerde cliënten en de trends niet noemenswaardig hebben beïnvloed.

- Er is een gestage daling waarneembaar van het aantal primaire opiaatcliënten. Hun aantal daalde met 32% van 13.468 primaire opiaatcliënten in 2006 naar 9.093 primaire opiaatcliënten in 2015 (figuur 5.1).
- Het *aandeel* van opiaten in alle verzoeken om hulp vanwege drugs daalde van 44% in 2006 naar 29% in 2015. Dit komt mede door de groei in de afgelopen jaren van het aantal cliënten met een ander drugsprobleem, zoals cannabis.
- De meeste opiaatcliënten waren al eerder in behandeling bij de verslavingszorg. Slechts 3% werd ingeschreven in 2015 en stond niet eerder ingeschreven. In 2006 lag het percentage nieuwkomers op 5%.
- In 2015 rookte een meerderheid van de primaire opiaatcliënten de opiaten (72%). In mindere mate werden de opiaten geslikt of gedronken (16%), gespoten (8%), of gesnoven (3%). In 2006 ging het om 77% rokers, 9% slikkers of drinkers, 11% spuiters en 4% snuivers.
- Van de 9.093 primaire opiaatcliënten in 2015 stond bij 5.954 cliënten (65%) zowel een primaire als een secundaire problematiek geregistreerd. Onder deze cliënten waren er 1.005 cliënten (17%) die een primair probleem hadden met heroïne en een secundair probleem met methadon. De overige cliënten in deze groep hadden naast een primair probleem met opiaten vooral een secundair probleem met cocaïne of crack (47%), alcohol (13%), of cannabis (8%). Van de primaire opiaatcliënten rapporteerde 35% geen problemen met het gebruik van een ander middel.
- Opiaten worden minder vaak als secundair probleem genoemd (figuur 5.1). Voor deze groep was in 2015 het primaire probleem voornamelijk cocaïne of crack (62%), alcohol (26%), medicijnen (4%), of cannabis (3%).
- In sommige gevallen is het arbitrair of opiaten als primaire of als secundaire problematiek worden geregistreerd. Dit wordt niet systematisch voor elke opiaatcliënt bijgehouden. Daarbij lijkt er een geringe verschuiving te zijn opgetreden van de registratie als primaire problematiek naar de registratie als secundaire problematiek. Echter, bij elkaar opgeteld daalt het totaal aantal primaire en secundaire opiaatcliënten met 26% van 15.078 opiaatcliënten in 2006 naar 11.146 opiaatcliënten in 2015.

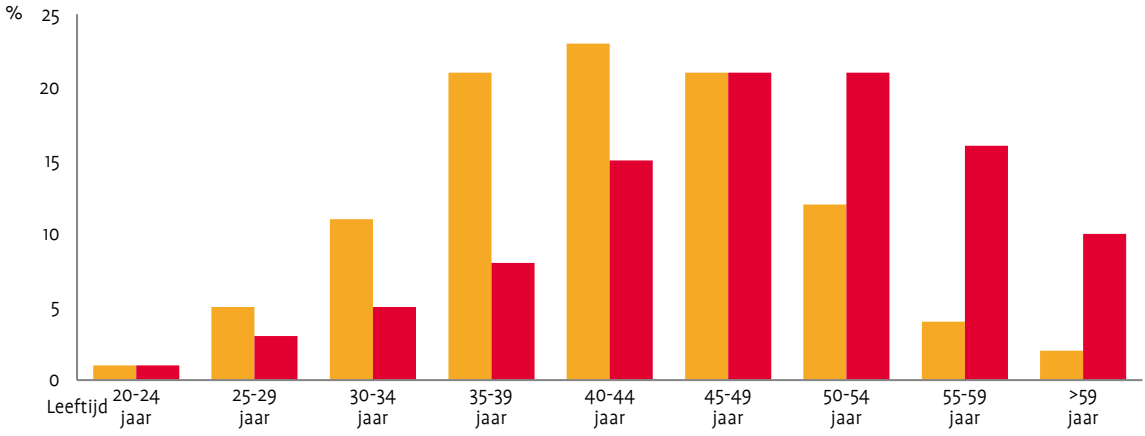
Figuur 5.1 Aantal cliënten bij de verslavingszorg met primaire of secundaire opiaatproblematiek, vanaf 2006



	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Primair	13.468	13.115	12.492	12.284	12.315	11.683	10.886	10.202	9.651	9.093
Secundair	1.610	1.809	1.918	1.770	1.756	2.065	2.164	2.248	2.145	2.053

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

Figuur 5.2 Leeftijdsverdeling van de primaire opiaatcliënten bij de verslavingszorg, in 2006 en 2015



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
2006	1	5	11	21	23	21	12	4	2
2015	1	3	5	8	15	21	21	16	10

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

Leeftijd, geslacht en opleiding

- In 2015 was 81% van de primaire opiaatcliënten man.
- De gemiddelde leeftijd van de opiaatcliënten steeg van 42 jaar in 2006 naar 48 jaar in 2015. In 2015 was 68% van de opiaatcliënten ouder dan 44 jaar. In 2006 was dit nog maar 39% (figuur 5.2).
- Het aandeel van de jonge opiaatcliënten (20-34 jaar) daalde van 17% in 2006 naar 9% in 2015 (figuur 5.2). Nog maar 4% van de opiaatcliënten was in 2015 jonger dan 30 jaar.
- In 2015 had van de primaire opiaatcliënten 55% geen opleiding afgerond of een lagere opleiding afgerond, had 34% een middelbare opleiding afgerond en had 11% een hogere opleiding afgerond. Het percentage hoger opgeleiden lag hoger bij de alcoholcliënten (27%) en de ecstasycliënten (20%). (Voor de verklaring van lagere, middelbare en hogere opleiding, zie in bijlage A onder: Cliënt LADIS.)

Algemene ziekenhuizen

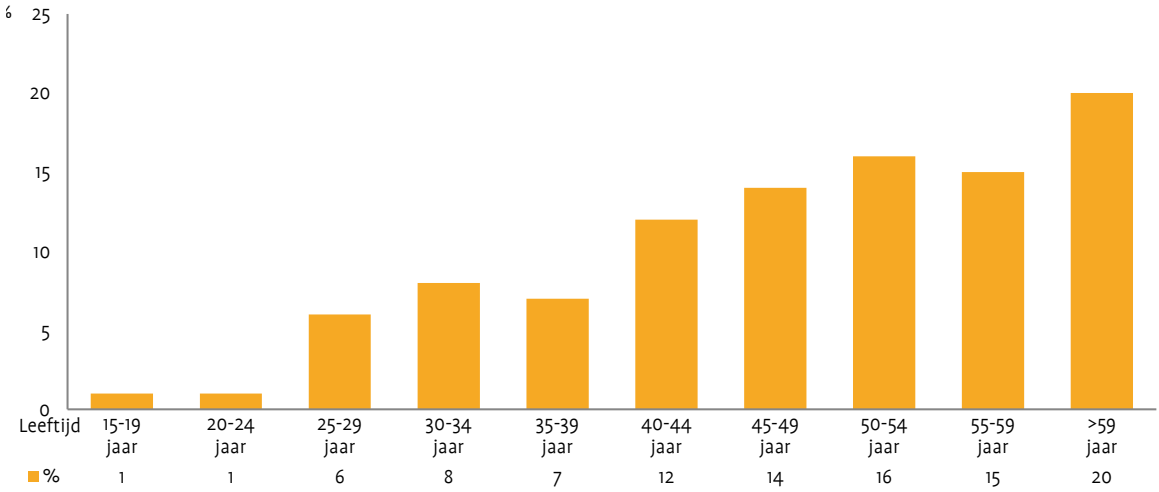
De Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ; voorheen Landelijke Medische Registratie, LMR) bevat gegevens over de opnames in algemene ziekenhuizen, waarbij middelengebruik als hoofddiagnose of als nevendiagnose kan zijn geregistreerd. In 2013 wijzigde zowel de registratiemethode als de bijschattingsmethode (zie bijlage D.4: LBZ). Vanwege deze wijzigingen worden hier alleen gegevens gerapporteerd over 2014. De afgelopen jaren werden per jaar bijna twee miljoen klinische opnames in algemene ziekenhuizen geregistreerd (DHD, 2015). Problemen gerelateerd aan opiaten spelen een beperkte rol. Het gaat hier om psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van opiaten (ICD-10 code F11) en vergiftiging door heroïne (ICD-10 code T40.1), of methadon (ICD-10 code T40.3).

- Vóór de methodewijzigingen steeg tussen 2006 en 2010 het aantal klinische opnames waarbij opiaatmisbruik en –afhankelijkheid een rol speelde van 476 nevendiagnoses in 2006 naar 676 nevendiagnoses in 2010, waarna dit aantal stabiliseerde op 663 in 2012 (Van Laar et al., 2015).
- Problemen gerelateerd aan opiaten worden niet vaak als hoofddiagnose geregistreerd bij klinische opnames in de algemene ziekenhuizen. In 2014 ging het naar schatting om 146 gevallen, waarvan 57% vanwege psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van opiaten en waarvan 43% vanwege vergiftiging door heroïne of methadon. Daarvan is 1% bijgeschat (144 feitelijk geregistreerde opnames, zie bijlage D.4).
- Problemen met opiaten spelen vaker een rol als nevendiagnose. In 2014 ging het naar schatting om 906 gevallen. Daarvan is 2% bijgeschat (890 feitelijk geregistreerde opnames, zie bijlage D.4).
- De hoofddiagnoses bij deze nevendiagnoses lopen sterk uiteen. Het meest vielen in 2014 op:
  - ziekten van het ademhalingsstelsel (23%);
  - ziekten van het spijsverteringsstelsel (12%);
  - vergiftiging (10%);
  - symptomen, afwijkende klinische bevindingen en laboratoriumuitslagen (9%);
  - letsel (8%);
  - psychische stoornissen en gedragsstoornissen (7%);
  - ziekten van het hart en het vaatstelsel (7%);
  - nieuwvormingen (5%).
- Bij de ziekten van het ademhalingsstelsel gaat het onder andere om Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) door het roken van heroïne ('chinezen'), maar ook door het roken van tabak.

Dezelfde persoon kan meer dan één keer per jaar worden opgenomen. Bovendien kan er per opname meer dan één nevendiagnose worden gesteld.

- Gecorrigeerd voor dubbeltellingen ging het in 2014 om naar schatting 751 personen. Zij werden in dat jaar minstens één keer klinisch opgenomen met een hoofddiagnose of nevendiagnose gerelateerd aan opiaten.
- Hun gemiddelde leeftijd was 48 jaar, 67% was man. De piek lag in de leeftijdsgroep ouder dan 59 jaar (figuur 5.3).

Figuur 5.3 Leeftijdsverdeling van de opiatenpatiënten in de klinische ziekenhuiszorg (hoofd- of nevendiagnose), 2014



Percentage patiënten per leeftijdsgroep voor de klinische opnames met opiaten als hoofd- of nevendiagnose (unieke patiënten gecorrigeerd voor dubbeltellingen van personen). ICD-10 codes: F11, T40.1, T40.3 (bijlage B). Bron: LBZ, DHD.

Incidenten

Sinds 2009 houdt de Monitor Drugsincidenten (MDI, zie bijlage D.6) actuele gegevens bij over de aard en omvang van acute drugsgerelateerde gezondheidsincidenten in Nederland (Wijers et al., 2016). Daarbij wordt ook gebruikgemaakt van het Letsel Informatie Systeem (LIS), dat gegevens bevat van de Spoedeisende Hulpafdelingen (SEHs) van een steekproef van ziekenhuizen. Het blijkt dat het aantal meldingen van incidenten met heroïne of methadon relatief klein is. In 2015 werden in totaal 4.661 drugsincidenten gemeld, waarvan 153 incidenten waarbij heroïne/methadon betrokken was en 96 incidenten met heroïne/methadon als enige drug. De gegevens over de gebruikte drugs zijn grotendeels afkomstig van zelfrapportage.

In tabel 5.5 worden de heroïne- en methadonincidenten samengevat over de periode 2009-2015. Vanwege verschillen tussen de medische diensten worden gegevens uitgesplitst naar type dienst.

- In deze periode werden in totaal 23.403 unieke drugsincidenten gemeld bij de MDI en 3.891 bij het LIS, waarvan 645 incidenten met heroïne of methadon (of de combinatie) als enige drug(s).

Tabel 5.5 Incidenten met heroïne of methadon als enige drug geregistreerd door de Monitor Drugsincidenten (MDI), 2009-2015

	Ambulances	SEH-MDI-ziekenhuizen	SEH-LIS-ziekenhuizen	Politieartsen	EHBO
Aantal incidenten (% van het totaal binnen de dienst)	346 (5)	89 (2)	63 (2)	146 (8)	1 (<1)
Man (%)	75	89	78	89	100
Leeftijd: <25 jaar (%)	4	4	11	3	100
Mate van intoxicatie*					
Licht (%)[I]	23	43	-	60	100
Matig (%)[II]	50	21	-	29	0
Ernstig (%)[III]	26	36	-	11	0

*Percentages berekend op de bekende aantallen. Vanwege afronding tellen de percentages niet overal exact op tot 100%. I. Licht: goed aanspreekbaar, gebruik merkbaar in gedrag. II. Matig: onvoldoende aanspreekbaar, duidelijk onder invloed. III. Ernstig: niet aanspreekbaar vanwege (sub)comateuze toestand of geagiteerd/agressief gedrag, eventueel in combinatie met gestoorde vitale parameters (zoals hartslag, bloeddruk en ademhalingsfrequentie). Bron: MDI, Trimbos-instituut (Wijers et al., 2016).

Kenmerken patiënten en incidenten gerelateerd aan heroïne en methadon

- 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.

Rijden onder invloed

Aan het rijden onder invloed van opiaten zijn risico's verbonden (zie ook § 14.2).

- Het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) voert analyses uit van bloedmonsters die door de politie zijn afgenomen van verkeersdeelnemers die worden verdacht van het gebruik van drugs of medicijnen. Het NFI let daarbij ook op opiaten.
- In 2013, 2014 en 2015 werden achtereenvolgens 928, 978 en 966 bloedmonsters onderzocht. Morfine werd aangetroffen in respectievelijk 43, 30 en 30 bloedmonsters.

5.7 Ziekte en sterfte

Drugsgebruik en de leefwijze die hier mee gepaard gaat, 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. Het gaat om enkele gevallen in Noorwegen, Schotland en Duitsland (EMCDDA, 2015c). In het Verenigd Koninkrijk is wondbotulisme onder drugsgebruikers al 15 jaar een probleem (met 227 gevallen tussen 2000 en 2015). In 2016 werden opnieuw vier gevallen gevonden.

In Nederland is geen wondbotulisme onder injecterende drugsgebruikers gemeld en zijn hiv, aids, en hepatitis B en C nog steeds de belangrijkste drugsgerelateerde 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 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 (SHM) verzamelt longitudinale gegevens van alle met hiv geïnfecteerde personen die worden aangemeld in de hiv-behandelcentra. Uit gegevens van de Stichting HIV Monitoring blijkt dat van alle *geregistreerde* nieuwe hiv-infecties in Nederland nog maar minder dan 1% jaarlijks is toe te schrijven aan injecterend drugsgebruik.

- In 2015 werden, net als in 2014, geen personen aangemeld bij de SHM bij wie injecterend drugsgebruik de meest waarschijnlijke oorzaak van hiv-besmetting was (tabel 5.6) (Van den Broek et al., 2016).
- Tot en met 2015 was van de totale groep van 23.944 geregistreerde hiv-geïnfecteerde personen bij 765 personen (3,2%) 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.

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

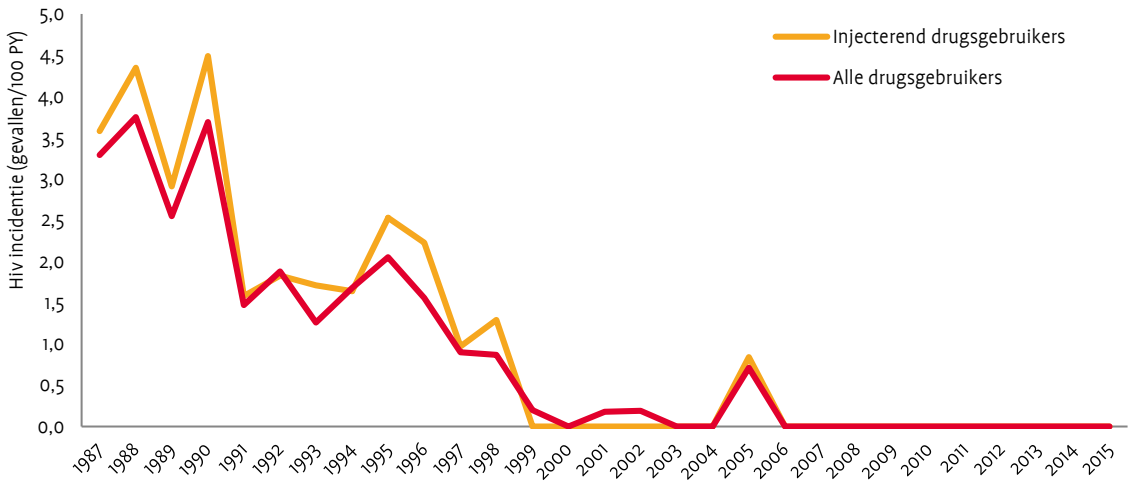
Transmissiegroep	Hiv gevallen gediagnosticeerd in 2015 (%)	Totaal aantal <1985-2015 (% van het totaal)
Totaal (aantal)	696	23.944
Injecterende drugsgebruikers	0 (0%)	765 (3,2%)
Mannen die seks hebben met mannen	452 (64,9%)	13.850 (57,8%)
Heteroseksueel contact	201 (28,9%)	7.316 (30,6%)
Overige categorieën[1]	43 (6,1%)	2.013 (8,4%)

1. Inclusief ontvangers van bloedproducten, prikaccidenten, moeder-kind overdracht en overige/onbekende oorzaken. De aantallen worden voortdurend aangepast wegens vertraagde meldingen. Bron: RIVM (Van den Broek et al., 2016).

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, speciaal 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 2015 werden alleen twee gevallen vastgesteld in 2005 (Van den Broek et al., 2016) (figuur 5.4). Sinds 2006 zijn er geen nieuwe hiv-gevallen in injecterende en niet-injecterende drugsgebruikers binnen de Amsterdamse Cohort Studies gevonden.
- Uit analyses blijkt dat, sinds de start van de studie in 1985, zowel het injecteren, het delen van spuiten en naalden, als seksueel risicogedrag daalde (Van der Knaap et al., 2013). Onbeschermd seksueel contact vond vooral plaats bij deelnemers met een vaste partner. Deelnemers met een hiv-besmetting rapporteerden minder vaak onbeschermde seks. 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 hiv-incidentie onder injecterende drugsgebruikers en alle drugsgebruikers in de Amsterdamse Cohort Studies, 1986-2015



PY = persoonsjaren. Bron: Amsterdamse Cohort Studies (Van den Broek et al., 2016).

Overige bronnen

- In Amsterdam worden de meeste methadonbehandelcentra gecoördineerd door de GGD. Als onderdeel van de methadonbehandeling worden patiënten regelmatig getest op drugsgerelateerde infectieziekten. Al jaren blijkt dat er vrijwel geen hiv-antistoffen worden gevonden bij ooit-injecterende drugsgebruikers (bron: M. de Wit, GGD Amsterdam).

In 2012/2013 werd een inventarisatie uitgevoerd onder harddrugsgebruikers en verslavingszorglocaties naar het aantal hiv-testen volgens zelfrapportage van de drugsgebruiker en volgens de registratie van de locatie (Laghaei en van der Poel, 2014).

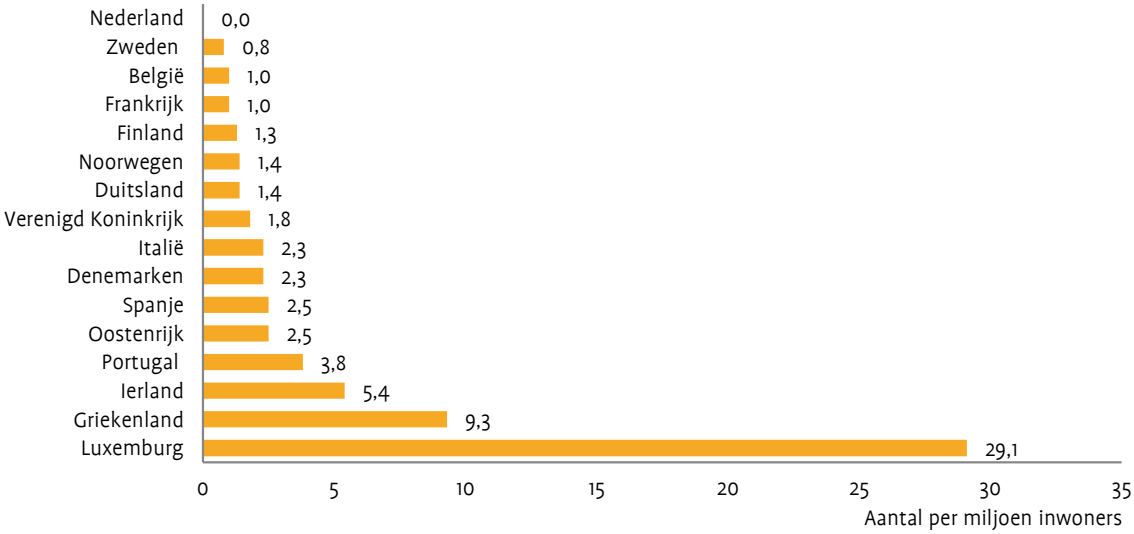
- Van de 204 ondervraagde drugsgebruikers rapporteerden 147 gebruikers (72%) ooit op hiv te zijn getest en van de 182 die zich konden herinneren wanneer die test was afgenomen rapporteerde 45% dat het in de afgelopen twee jaar was. Van 133 drugsgebruikers uit de steekproef waren ook registratiegegevens van de verslavingszorglocatie beschikbaar.
- De cijfers tonen aan dat een aanzienlijk deel van de drugsgebruikers niet weet dat zij zijn getest, dat de registratie op de locaties vermoedelijk niet compleet is en dat er ook drugsgebruikers in zorg zijn die nog helemaal niet op hiv zijn getest. In hoeverre deze data representatief zijn voor heel Nederland is niet bekend.

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, 2016). 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 jaren blijft in de meeste landen van de Europese Unie het aantal nieuwe hiv-infecties gerelateerd aan injecterend drugsgebruik laag. Van alle geregistreerde hiv-gevallen in Europa met een bekende besmettingsroute is minder dan 8% geassocieerd met injecterend drugsgebruik (EMCDDA, 2016). In 2014 werd zelfs het laagste aantal nieuwe hiv-diagnoses onder injecterende drugsgebruikers in tien jaar tijd gemeld, 1.236 gevallen. Dat komt neer op 2,4 gevallen per miljoen inwoners voor de hele EU. 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.
- Injecterend drugsgebruik is nog wel een belangrijke besmettingsroute voor hiv in Litouwen (32% van alle nieuwe hiv-gevallen door injecterend drugsgebruik), Letland (31%), Estland (28%) en Roemenië (25%). In Griekenland en Roemenië zijn de hiv-uitbraken onder injecterende drugsgebruikers sinds 2012 weer op hun retour (EMCDDA, 2016).
- In 2015 zijn er in enkele West-Europese landen plaatselijke uitbraken geweest, waaronder Ierland, het Verenigd Koninkrijk en Luxemburg (EMCDDA, 2015a). Hier speelt waarschijnlijk een veranderd drugsgebruikerspatroon een rol in de vorm van het gebruik van stimulerende, nieuwe psychoactieve drugs, die vele malen op een dag geïnjecteerd moeten worden, naast een hoge mate van sociale marginalisatie.
- In de EU-15 heeft Nederland 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 de landen van de EU-15[1] en Noorwegen, peiljaar 2014



I. In Ierland, het Verenigd Koninkrijk en Luxemburg speelt waarschijnlijk een veranderd drugsgebruikerspatroon een rol in de vorm van het gebruik van stimulerende, nieuwe psychoactieve drugs die vele malen op een dag geïnjecteerd moeten worden, naast een hoge mate van sociale marginalisatie. Bronnen: EMCDDA/ECDC Statistical bulletin 2016, Eurostat, bewerking Trimbos-instituut.

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 127 gevallen in 2015 (Van den Broek et al., 2016). Deze daling komt onder meer door het op de markt komen van effectieve anti-retrovirale geneesmiddelen (HAART). Door het gebruik van HAART leidt besmetting met hiv minder vaak 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 2015 werd aids bij vier injecterende drugsgebruikers geregistreerd (Van den Broek et al., 2016).
- Onder de 9.583 aids patiënten die tussen 1988 en 2015 zijn geregistreerd, zijn 741 injecterende drugsgebruikers (7,7%). Dat betekent dat de bijdrage van injecterend drugsgebruik aan het ontwikkelen van aids gemiddeld hoger is dan bij het oplopen van hiv. Mogelijk komen drugsgebruikers later dan gemiddeld in zorg.
- 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 2015 overleden 112 geregistreerde aids patiënten, en 10 van hen (8,9%) waren besmet geraakt door injecterend drugsgebruik (Van den Broek et al., 2016).

Internationale vergelijking

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

- In 2014 zijn er in Europa 590 nieuwe aids gevallen als gevolg van injecterend drugsgebruik gerapporteerd, 15% van alle nieuwe aids gevallen in Europa. Dit is iets meer dan een kwart van het aantal dat 10 jaar geleden werd gerapporteerd (EMCDDA, 2016).
- De aantallen nieuwe diagnoses zijn relatief hoog in Griekenland, Letland en Roemenië, waar aids preventie en hiv-behandelingen onvoldoende lijken te zijn.

Hepatitis B en C

Een chronische infectie met het hepatitis B of hepatitis C virus kan ernstige vormen van leverontsteking veroorzaken. Met name hepatitis C, maar ook hepatitis B infecties, zijn naar alle waarschijnlijkheid verantwoordelijk voor een toenemend aantal gevallen van cirrose, leverkanker en sterfgevallen onder injecterende drugsgebruikers en deze gevallen worden vaak nog verergerd door zwaar alcoholgebruik. Het hepatitis B virus wordt overgedragen door bloed-bloedcontact of door onveilig seksueel contact. Hepatitis C kan vrijwel alleen worden overgedragen door direct bloed-bloedcontact. 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. 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.

- Hepatitis B en C komen in de algemene Nederlandse bevolking niet veel voor: naar schatting 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 in de hepatitis schattingen "verstopt" in de categorie "overig" waar ongeveer 7.000 personen onder zouden vallen (Vriend et al., 2013).

Schattingen van 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 (Breemer et al., 2009; Lindenburg et al., 2011; Schreuder en Van Veen, 2010; Schreuder et al., 2010; Leemrijse et al., 2010; Gras et al., 2009; Haverkate, 2010).

Een chronische hepatitis B infectie kan met behandeling worden onderdrukt, maar is niet te genezen. Hepatitis C kan met een goede behandeling wel genezen. De afgelopen jaren zijn voor zowel B als C nieuwe middelen op de markt gekomen die veel effectiever zijn dan de oude medicatie. Voor hepatitis C geldt dat met de nieuwe (dure) medicatie, de zogeheten Direct Acting Antivirals (DAAs), de genezingskans voor alle typen patiënten hoger is dan 90%-95%. Nederland is bovendien een van de eerste landen die deze middelen beschikbaar stellen voor alle hepatitis C patiënten, ongeacht de mate van hun leverschade. Daarom is het nu van belang patiënten op te sporen en in behandeling te brengen. De afgelopen jaren zijn in verschillende projecten (waaronder de "Doorbraakprojecten hepatitis C in de verslavingszorg") zorgpaden ontwikkeld waarin verslavingszorginstellingen en lokale ziekenhuizen hebben vastgelegd hoe zij de behandeling en begeleiding van drugsgebruikers met hepatitis C organiseren (Van der Poel et al., 2015).

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 den Broek et al., 2016). Daarmee vormen drugsgebruikers al jaren hooguit één tot enkele procenten van deze meldingen.
- Sinds 1 januari 2012 worden drugsgebruikers niet meer aangemerkt als een hoogrisicogroep die in aanmerking komt voor een gratis hepatitis B vaccinatie vanuit het nationale hepatitis B vaccinatieprogramma. Verslavingszorginstellingen zijn nu aangewezen om drugsgebruikers die bij hen in zorg zijn en risico lopen op het oplopen van een besmetting met hepatitis B een vaccinatiereeks aan te bieden.

Internationale vergelijking

Gegevens over hepatitis B en C zijn niet goed vergelijkbaar tussen landen vanwege verschillen in bronnen en methoden. Zij geven slechts een indicatie van de besmettingsgraad. De gegevens bevestigen wel dat injecterend drugsgebruik in Europa nog een belangrijke bron is voor de verspreiding van hepatitis B en C.

- Cijfers van het EMCDDA geven aan dat, net als in Nederland, in de lidstaten van de EU besmetting met hepatitis C zeer frequent voorkomt onder injecterende drugsgebruikers (EMCDDA, 2016).
- De HCV-antilichaamspiegels in nationale steekproeven onder injecterende drugsgebruikers in 2013-2014 variëren van 15% tot 84%, waarbij 6 van de 13 landen die over nationale gegevens beschikken melden dat meer dan 50% van de onderzochte drugsgebruikers is besmet (EMCDDA, 2016).
- Van de landen met landelijke trendgegevens voor de periode 2006-2014 werd in 5 landen een stijgende HCV-prevalentie bij injecterende drugsgebruikers gerapporteerd en in 2 landen een dalende trend.

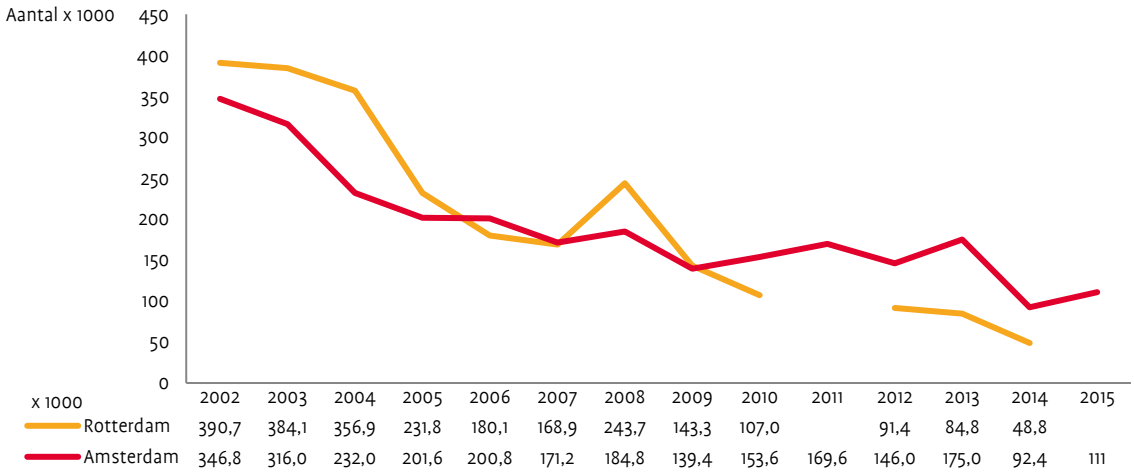
Risicogedrag

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

- In 2015 was injecteren voor 8% van de opiaatcliënten in de verslavingszorg de gangbare wijze van gebruik (LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut). In 2001 lag dit percentage nog op 12% en in 2006 op 10% (Ouwehand et al., 2007).
- Ook een veldstudie in 2012 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. Gebruikmakend 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, voor zover er injecteerders zijn overgebleven, de meeste injecteerders gebruik maken van spuitomruilprogramma's (Van der Knaap et al., 2013).

- Vanwege de daling in het aantal injecteerders is het 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. 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 deed zich een (onverwacht) zeer forse daling voor: in Amsterdam van 175.000 naar 92.400 en in Rotterdam van 84.800 naar 48.800 omgeruilde spuiten. In 2015 werden in Amsterdam 111.000 spuiten omgeruild. De data van Rotterdam zijn nog niet beschikbaar.

Figuur 5.6 Aantal omgeruilde spuiten in Amsterdam en Rotterdam[1], 2002-2015



x 1000	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
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	111

I. Voor Rotterdam ontbreken cijfers van 2011 vanwege een verandering in het registratiesysteem en is 2015 nog niet beschikbaar. Bronnen: GGD Amsterdam, GGD Rotterdam-Rijnmond.

Sterfte

Bij cijfers over de sterfte gerelateerd aan drugsgebruik wordt doorgaans een onderscheid gemaakt tussen de 'directe sterfte' en de 'indirecte sterfte'. De directe sterfte is de sterfte door het binnen krijgen van een dodelijke hoeveelheid drugs, ook wel 'acute sterfte', 'vergiftiging', of 'overdosis' genoemd. Daarnaast is er de sterfte die indirect samenhangt met het drugsgebruik, zoals de leefstijl (uitputting, geweld, suïcide) of wijze van gebruik (injecteren) en ongevallen onder invloed van drugs. Voor gegevens over de directe sterfte wordt in de meeste landen gebruik gemaakt van algemene doodsoorzakenstatistieken. In deze paragraaf gaat het vooral over de directe sterfte.

Directe sterfte

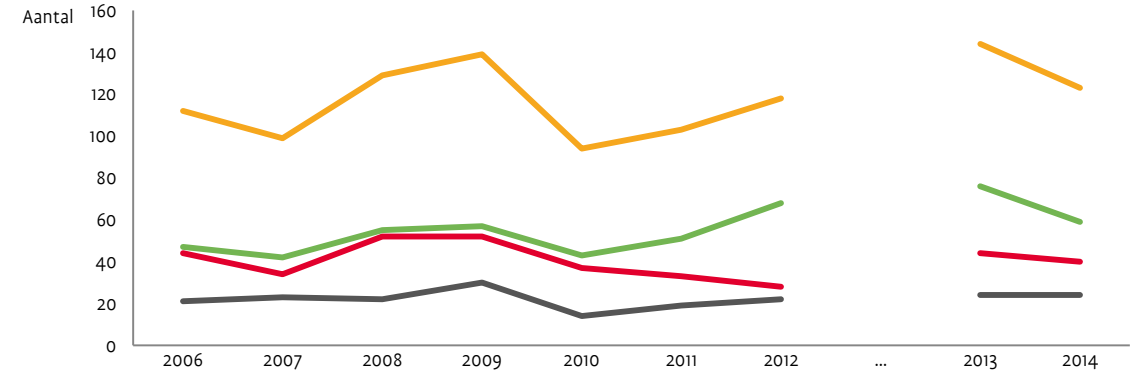
Volgens de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS sterven er in Nederland naar verhouding maar weinig mensen aan de directe gevolgen van opiaatgebruik. Hierbij dient wel te worden aangetekend dat de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS niet specifiek is toegerust op het registreren van drugsgerelateerde sterfte (voor een toelichting, zie bijlage D.1). Vrijwel zeker zijn de cijfers over de drugssterfte een onderrapportage, maar de mate waarin verschilt vermoedelijk per drug. Van belang is verder dat vanaf 2013 het CBS is 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).

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).

- In 2013 werden in totaal 144 drugssterfgevallen geregistreerd, waaronder 44 sterfgevallen waarvoor kon worden vastgesteld dat gebruik van opiaten de onderliggende doodsoorzaak was. Bij 24 sterfgevallen ging het om cocaïne. In 2014 werden in totaal 123 sterfgevallen geregistreerd, waaronder 40 sterfgevallen door opiaten en 24 sterfgevallen door cocaïne (figuur 5.7). Tussen 2006 en 2014 schommelde het aantal sterfgevallen door opiaten rond de 40.
- Overigens is naar verhouding een groot deel van de gevallen geregistreerd onder de categorie 'Overig', 76 gevallen in 2013 en 59 gevallen in 2014 (figuur 5.7). In deze gevallen kunnen ook opiaten of andere harddrugs, soms in diverse combinaties, een rol hebben gespeeld, maar is niet duidelijk welk middel de doodsoorzaak was.

Figuur 5.7 Sterfgevallen door overdosering van drugs in Nederland, vanaf 2006



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

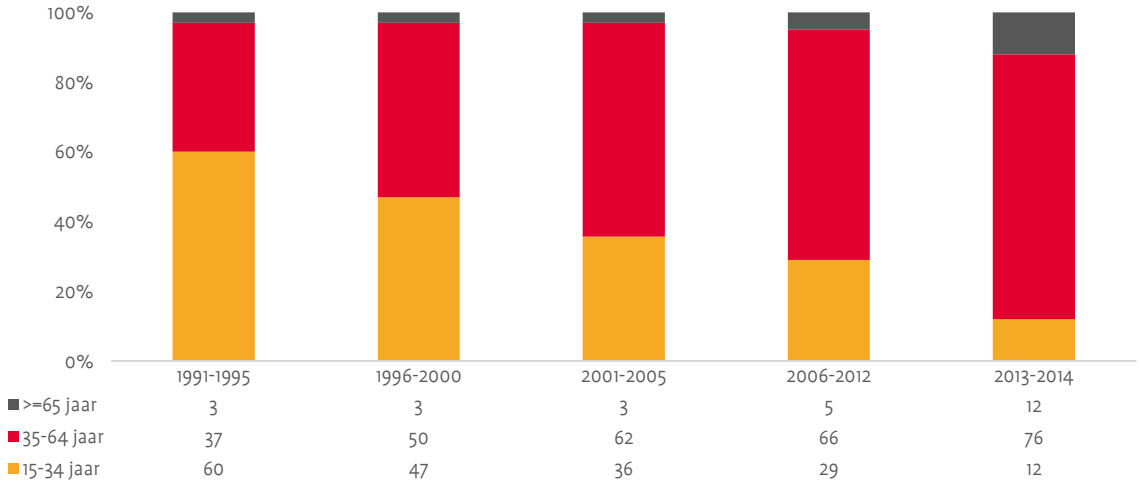
Aantal sterfgevallen. Volgens ICD-10 codes: F11-F12, F14-F16, F19, X42**, X41**, X62**, X61**, Y12**, Y11** (**In combinatie met de T-codes T40.0-9, T43.6). Voor een verklaring van de codes: zie bijlage B. Vanaf 2013 is de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS overgegaan op automatische codering van de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

- In 2013 werd methadon 8 maal als primaire doodsoorzaak geregistreerd en in 2014 waren er 10 methadongevallen. Tussen 2006 en 2014 waren er gemiddeld 7 gevallen per jaar, variërend van 4 gevallen in 2007 tot 10 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 gemiddeld steeds ouder. Het aandeel van de jonge opiaatgebruikers in de sterfte daalt. In de periode van 1991 tot en met 1995 was nog 60% jonger dan 35 jaar, vergeleken met nog maar 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 2006 en 2014 schommelde het percentage mannen tussen 59% en 82% en schommelde het percentage vrouwen tussen 18% en 41%. Er is geen verklaring bekend voor deze schommeling. Mogelijk gaat het hier om een toevalsfluctuatie vanwege kleine aantallen.

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, bewerking Trimbos-instituut.

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.

- Van 2011 tot en met (september) 2015 werden in Amsterdam achtereenvolgens per jaar in totaal 18, 18, 25, 25 en 17 gevallen geconstateerd. Opiaten of cocaïne speelden daarbij een rol in respectievelijk 6, 9, 6, 8 en 11 gevallen. Het aantal van 18 gevallen in 2011 was daarbij het laagste aantal sinds 1978.
- Van zelfdoding met drugs was sprake in achtereenvolgens 8, 3, 7, 2 en 1 gevallen.
- Uitgaansdrugs, in de ruime zin van het woord, speelden een rol in respectievelijk 4, 6, 12, 15 en 5 gevallen.

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 2015 door het NFI werden onderzocht via sectie en toxicologisch onderzoek, werden in 17 gevallen opiaten aangewezen als één van de doodsoorzaken. Het ging daarbij om methadon, morfine, heroïne, tramadol, of codeïne, waarbij niet bekend is of het ging om medisch gebruik of om illegaal drugsgebruik. In de meeste van deze gevallen speelden meerdere middelen een rol bij het overlijden. In de gevallen waarin geen sectie werd verricht, maar alleen toxicologisch onderzoek plaatsvond, werden nog eens in 4 gevallen opiaten aangewezen als één van de doodsoorzaken.
- Hierbij dient te worden opgemerkt dat het totaal aantal gerechtelijke secties door het NFI de afgelopen jaren is gedaald van 338 in 2013 naar 319 in 2014 en 285 in 2015. Het aantal waarbij toxicologisch onderzoek plaatsvond daalde van 250 in 2013 naar 228 in 2014 en 205 in 2015.
- Deze aantallen van het NFI kunnen overlappen met de cijfers van het CBS. De aantallen uit deze bronnen kunnen daarom niet bij elkaar worden opgeteld.

Internationale vergelijking

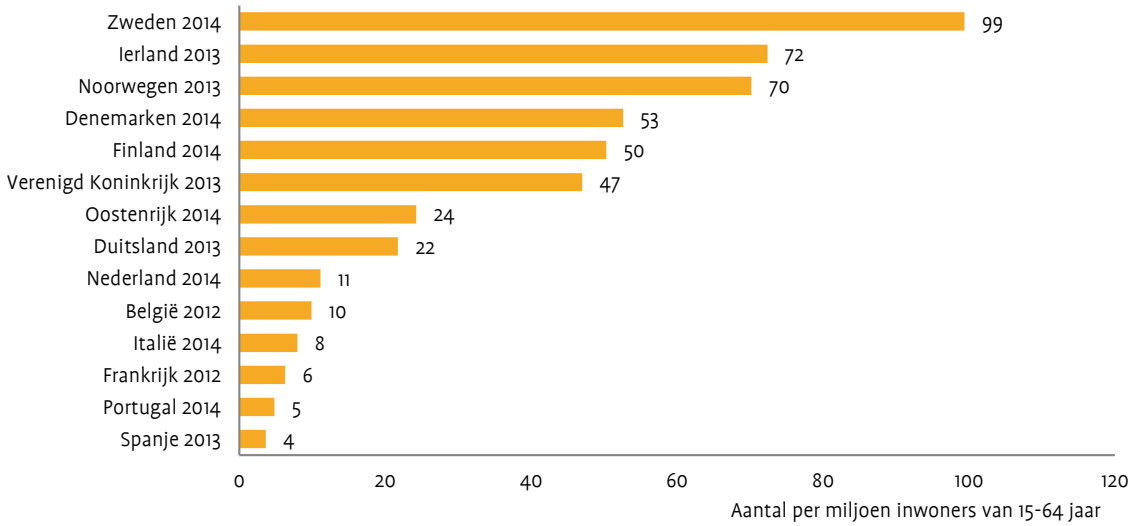
Europa

Volgens het EMCDDA (2016) blijkt uit cohortstudies dat per jaar 1%-2% van de problematische harddrugsgebruikers komt te overlijden. Onder problematische opiatengebruikers is de sterfte 5 tot 10 keer hoger dan de verwachte basissterfte in de algemene bevolking. Dit betekent dat, van de problematische drugsgebruikers die komen te overlijden, 80% tot 90% komt te overlijden door oorzaken gerelateerd aan het problematische drugsgebruik (Lam et al., 2015). Het gaat hier niet alleen om fatale overdoseringen, maar ook om de indirecte aan drugsgebruik gerelateerde doodsoorzaken, zoals ongevallen, infectieziekten, geweld en suïcide.

De meeste 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, of een specifieke selectie uit forensische registers.

- In 2014 ging het in de Europese Unie om minimaal 6.800 gevallen van acute drugssterfte, ongeveer 19 sterfgevallen per miljoen inwoners van 15-64 jaar, een stijging ten opzichte van 2013 (EMCDDA, 2016). Dit aantal is vermoedelijk een ondergrens omdat niet alle gevallen van drugssterfte worden geregistreerd of te traceren zijn. In 78% van de gevallen was het overdosisslachtoffer een man.
- De stijging tussen 2013 en 2014 in de acute drugssterfte heeft zich met name voorgedaan in Ierland, Litouwen, Zweden en het Verenigd Koninkrijk (EMCDDA, 2016).
- Figuur 5.9 toont voor een aantal landen van de EU-15 en Noorwegen het aantal door drugs geïnduceerde sterfgevallen per miljoen inwoners van 15-64 jaar voor het meest recente jaar waarvoor gegevens beschikbaar zijn. Het gaat hier om opiaten en andere drugs. In Zweden, Ierland en Noorwegen ligt de drugssterfte relatief hoog. In Spanje, Portugal, Frankrijk, Italië, België en Nederland ligt de drugssterfte relatief laag.

Figuur 5.9 Aantal door opiaten en andere drugs geïnduceerde sterfgevallen per miljoen inwoners van 15-64 jaar in een aantal landen van de EU-15 en Noorwegen voor het meest recente jaar[1]



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

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 (inclusief psychoactieve geneesmiddelen) 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 in de VS is een al bestaande verslaving aan medicinale opioïde pijnstillers.

Tussen 2013 en 2014 steeg het aantal sterfgevallen gerelateerd aan heroïne nog eens met 26% naar meer dan 10.500 gevallen (www.cdc.gov, 14-03-2016). Het nationale beleid is om de sterfte terug te dringen door een combinatie van volksgezondheidsbeleid en veiligheidsbeleid (www.whitehouse.gov/blog, 29-03-2016).

5.8 Aanbod en markt

De illegale markt voor heroïne, methadon en andere opiaten wordt niet systematisch gemonitord. Trendgegevens over deze markt zijn niet beschikbaar.

6. Ecstasy

6.1	Laatste feiten en trends	▶ pagina 159
6.2	Gebruik: algemene bevolking	▶ pagina 160
6.3	Gebruik: jongeren	▶ pagina 163
6.4	Problematisch gebruik	▶ pagina 167
6.5	Gebruik: internationale vergelijking	▶ pagina 168
6.6	Hulpvraag en incidenten	▶ pagina 170
6.7	Ziekte en sterfte	▶ pagina 175
6.8	Aanbod en markt	▶ pagina 178

6. Ecstasy

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

Ecstasy heeft een stimulerende en een entactogene werking. Door de entactogene werking van ecstasy voelen mensen zich verbonden met elkaar en leggen ze gemakkelijk contact. Deze combinatie van eigenschappen draagt bij aan de reputatie van ecstasy als party- of dansdrug. De verslavende werking is vermoedelijk gering. Ecstasy wordt doorgaans geslikt in de vorm van pillen. Soms wordt het in een vloeitje of capsule gedaan en met wat drinken ingenomen. Ook kan de MDMA opgelost worden in een drankje of gesnoven worden, maar dit gebeurt relatief weinig.

De toegenomen concentratie van MDMA in ecstasypillen en de aanwezigheid van andere riskante stoffen, zoals 4-methylamfetamine (4-MA) en paramethoxymethylamfetamine (PMMA), in ecstasy 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. In 2015 werd in januari/februari massamediaal gewaarschuwd voor een pil met 173 mg PMMA, werd in juni van dat jaar regionaal gewaarschuwd in Noord-Limburg voor een pil met PMMA en werd van september tot en met december landelijk gewaarschuwd voor breed verspreide pillen met een hoge dosering MDMA.

6.1 Laatste feiten en trends

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

- Na cannabis is ecstasy de meest gebruikte drug in Nederland. In 2015 had naar schatting 1 op de 14 Nederlanders van 18 jaar en ouder ooit ecstasy gebruikt (7,0%); recent gebruik (in het afgelopen jaar) lag op 2,8% (§ 6.2). Het percentage ecstasygebruikers is het hoogst onder inwoners van (zeer) stedelijke gebieden en hoog opgeleiden.
- Tussen 2014 en 2015 is het gebruik van ecstasy gestegen (§ 6.2). Tussen 2009 en 2014 deed zich vermoedelijk ook een toename voor.
- Onder leerlingen van 12-16 jaar in het voortgezet onderwijs deed zich tussen 2003 en 2007 een (statistisch niet significante) daling voor in het ooitgebruik van ecstasy, die tussen 2007 en 2015 stabiliseerde (§ 6.3).
- In het uitgaansleven is ecstasy de belangrijkste drug en er zijn aanwijzingen dat het middel vooral onder frequente party- en festivalbezoekers in de afgelopen jaren in populariteit is gestegen (§ 6.3).
- In de EU zijn Nederland en het Verenigd Koninkrijk koplopers in het ooitgebruik en het recent gebruik van ecstasy (§ 6.5).

- Ondanks het relatief hoge percentage gebruikers melden maar weinig mensen zich bij de verslavingszorg vanwege hun ecstasygebruik. Hun aantal is sinds 2006 gedaald en bleef in de afgelopen jaren stabiel laag. Minder dan 1% van de drugscliënten had de afgelopen jaren een primair ecstasyprobleem (§ 6.6).
- Op de EHBO-posten steeg het aandeel van de matige en ernstige ecstasy-intoxicaties onder de drugsincidenten tussen 2009 en 2014 en het nam niet verder toe in 2015 (§ 6.6).
- Er is geen goed zicht op het aantal sterfgevallen waarbij ecstasy een rol speelt (§ 6.7). Tussen 2006 en 2015 registreerde het Nederlands Forensisch Instituut 47 sterfgevallen waarbij MDMA (alleen of in combinatie met andere middelen) de doodsoorzaak was. Dit aantal is vrijwel zeker een onderschatting.
- De toename in het gemiddelde gehalte MDMA in ecstasypillen vanaf 2010 heeft zich voortgezet tot in 2015 (§ 6.8).

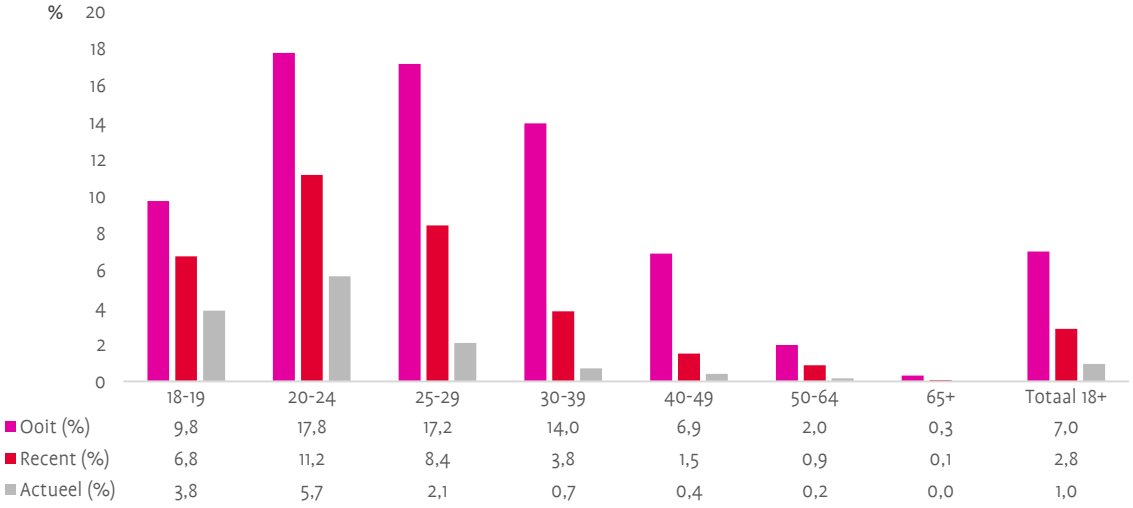
6.2 Gebruik: algemene bevolking

In het afgelopen decennium is het drugsgebruik in de algemene bevolking herhaaldelijk gemeten. Vanaf 2014 worden jaarlijks vergelijkbare cijfers verzameld in de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor uitgevoerd door het CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut (zie bijlage D.2). Vanwege wijzigingen in onderzoeksmethode zijn deze cijfers niet vergelijkbaar met die uit eerdere peilingen. In dit hoofdstuk beschrijven wij gegevens voor de volwassen bevolking van 18 jaar en ouder. Omdat voor 2014 alleen gegevens beschikbaar zijn voor 15-64-jarigen, wordt aan het einde van deze paragraaf binnen deze leeftijdsgroep een vergelijking gemaakt tussen 2014 en 2015. Cijfers voor drugsgebruik onder jongeren worden in paragraaf 6.3 op basis van scholierenonderzoeken gerapporteerd.

Na cannabis is ecstasy de meest gebruikte drug in Nederland.

- In 2015 had naar schatting 1 op de 14 Nederlanders van 18 jaar en ouder ooit ecstasy gebruikt (7,0%, figuur 6.1). Omgerekend naar de hele bevolking ging het (afgerond op tienduizendtallen) om ongeveer 930 duizend personen (95% betrouwbaarheidsinterval 840-1.102 duizend).
- Recent gebruik (in het afgelopen jaar) lag op 2,8%. Omgerekend naar de hele bevolking ging het (afgerond op tienduizendtallen) om ongeveer 380 duizend personen (95% betrouwbaarheidsinterval 320-430 duizend).
- Actueel gebruik (in de afgelopen maand) lag op 1,0%. Omgerekend naar de hele bevolking ging het (afgerond op tienduizendtallen) om ongeveer 130 duizend personen (95% betrouwbaarheidsinterval 90-160 duizend).

Figuur 6.1 Ecstasygebruikers in Nederland per leeftijdsgroep en de totale bevolking van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2015



	18-19	20-24	25-29	30-39	40-49	50-64	65+	Totaal 18+
Ooit (%)	9,8	17,8	17,2	14,0	6,9	2,0	0,3	7,0
Recent (%)	6,8	11,2	8,4	3,8	1,5	0,9	0,1	2,8
Actueel (%)	3,8	5,7	2,1	0,7	0,4	0,2	0,0	1,0

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

Leeftijd en geslacht

Het gebruik van ecstasy onder mensen van 18 jaar en ouder komt bijna twee keer zo vaak voor onder mannen dan vrouwen.

- Bijna twee keer meer mannen (9,1%) hebben ervaring met ecstasy dan vrouwen (5,0%). Voor recent gebruik was dit respectievelijk 3,8% onder de mannen versus 1,9% onder de vrouwen en voor actueel gebruik was dit 1,2% onder de mannen versus 0,8% onder de vrouwen.
- De piek van het recent ecstasygebruik ligt in de leeftijdsgroep 20-24 jaar (11,2%), een oudere leeftijdsgroep vergeleken met cannabis. Daarna volgt de leeftijdsgroep 25-29 jaar (8,4%) (figuur 6.1). De gemiddelde leeftijd lag op 30 jaar.

Opleidingsniveau

Hoog opgeleiden gebruiken vaker ecstasy dan lager opgeleiden (tabel 6.1).

- Voor recent gebruik gaat het om een factor zes: 5,1% van HBO- en WO opgeleiden hebben recent gebruikt versus 0,8% van de laag opgeleiden (basisonderwijs, LBO, MAVO, VMBO).
- Voor actueel gebruik zijn de verschillen nog groter, bijna een factor tien, met 1,9% voor de hoog opgeleiden versus 0,2% voor de laag opgeleiden.

Grote steden

Ecstasygebruik komt het meest voor onder mensen die in (zeer) stedelijke gebieden wonen.

- Mensen die in (zeer) stedelijke gebieden wonen hebben ruim twee keer vaker ervaring met ecstasy dan mensen in minder stedelijke gebieden (tabel 6.1). Het recent gebruik lag in (zeer) sterk stedelijke gebieden bijna vier maal zo hoog als in weinig/niet stedelijke gebieden (4,0% versus 1,1%).

Tabel 6.1 Gebruik van ecstasy naar opleidingsniveau en stedelijkheid, peiljaar 2015

(18 jaar en ouder)	Ooit (%)	Recent (%)	Actueel (%)
Opleidingsniveau[I]			
Laag opgeleid	3,8	0,8	0,2
Middelbaar opgeleid	7,4	2,6	0,8
Hoog opgeleid	9,8	5,1	1,9
Stedelijkheid[II]			
(Zeer) sterk stedelijk	9,0	4,0	1,3
Matig stedelijk	5,9	2,1	0,8
Weinig/niet stedelijk	4,1	1,1	0,4

Percentage gebruikers ooit in het leven, recent (laatste jaar) en actueel (laatste maand). I. Opleidingsniveau: 18-24 jaar hoogst gevolgd niveau, 25 en ouder hoogst behaald niveau: Laag opgeleid = basisonderwijs, LBO, MAVO, VMBO; Middelbaar opgeleid = MBO, HAVO, VWO; Hoog opgeleid = HBO of universiteit. II. Stedelijkheid gecategoriseerd naar aantal adressen per vierkante kilometer in de woongemeente van de respondent: (zeer) sterk = 1.500 of meer adressen; matig = 1.000 – 1.500 adressen; weinig = minder dan 1.000 adressen. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2015.

Trends

In de peiljaren tot en met 2014 werd het gebruik van ecstasy gemeten in de bevolking van 15-64 jaar. Om het gebruik in 2015 te kunnen vergelijken met het gebruik in 2014 en de jaren daarvoor, wordt daarom een selectie gemaakt van respondenten van 15-64 jaar. De cijfers verschillen daarom van de cijfers in de paragrafen hiervoor. Vanwege de methodeverandering in 2009 en 2014 (zie hierboven) is er over voorgaande jaren geen trend te bepalen. Toekomstige metingen moeten uitwijzen of de verschillen tussen 2014 en 2015 zich zullen ontwikkelen tot een daadwerkelijke trend.

- Tussen 2014 en 2015 zijn voor de leeftijdsgroep van 15-64 jaar statistisch significante verschillen gevonden voor de percentages recent gebruik en actueel gebruik van ecstasy (tabel 6.2). Het recent gebruik steeg in deze periode van 2,4% naar 3,4% en het actueel gebruik steeg van 0,7% naar 1,2%.
- Vanwege de veranderde onderzoeksmethode kan niet met zekerheid vastgesteld worden hoe het gebruik van drugs in 2014 zich verhoudt tot de peiling in 2009. De percentages ecstasygebruikers in 2014 zijn echter zodanig hoger vergeleken met 2009 (tabel 6.2), dat een toename van het gebruik aannemelijk is. Hoe groot deze toename in werkelijkheid is kan niet precies worden vastgesteld.

Tabel 6.2 Gebruik van ecstasy in Nederland onder mensen van 15-64 jaar. Peiljaren 2005, 2009[I], 2014[I] en 2015

	2005 (%)	Wijziging methode[I]	2009[I] (%)	Wijziging methode[I]	2014[I] (%)	2015 (%)
Ooitgebruik	4,3	…	6,2	…	7,4	8,4
Recent gebruik[II]	1,2	…	1,4	…	2,4	3,4
Actueel gebruik[III]	0,4	…	0,4	…	0,7	1,2

Aantal respondenten: 4.516 (2005), 5.769 (2009), 5.867 (2014), 7.238 van 18 jaar en ouder en 5.882 tussen 15-64 jaar (2015). … = Wijziging methode. 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) en Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2015.

6.3 Gebruik: jongeren

Scholieren

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

- Tussen 2003 en 2007 daalde het percentage leerlingen van 12-16 jaar dat ervaring had met ecstasy van 2,4% naar 1,9%, en bleef het rond dit niveau tot 2015 (figuur 6.2). Verschillen tussen 2003 en 2015 waren echter niet statistisch significant (Van Dorsselaer et al., 2016).
- De trend voor het percentage leerlingen dat in de afgelopen maand nog ecstasy had gebruikt vertoonde hetzelfde patroon en daalde (statistisch niet significant) van 1,0% in 2003 naar 0,7% in 2007 en 0,6% in 2015 (figuur 6.2).

Figuur 6.2 Gebruik van ecstasy onder scholieren van het voortgezet onderwijs van 12-16 jaar, vanaf 2003

	Ooit				Recent				Actueel			
	2003	2007	2011	2015	2003	2007	2011	2015	2003	2007	2011	2015
Jongens	2,8	1,9	2,3	2,1	2,1	1,5	1,9	1,6	1,3	0,8	1,1	0,8
Meisjes	2,0	1,9	1,7	1,7	1,4	1,3	1,3	1,3	0,7	0,5	0,6	0,5
Totaal	2,4	1,9	2,0	1,9	1,8	1,4	1,6	1,5	1,0	0,7	0,8	0,6

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

Leeftijd, geslacht en opleiding

- In 2015 hadden ongeveer evenveel jongens (2,1%) als meisjes (1,7%) ervaring met ecstasy. Het gebruik steeg met de leeftijd. Van de 12-jarigen had 0,2% ervaring met ecstasy, van de 16-jarigen had 4,5% ervaring met ecstasy (Van Dorsselaer et al., 2016).
- Evenals voor andere harddrugs het geval is, hebben scholieren van het VMBO-b (3,5%) vaker ervaring met ecstasy dan scholieren van het VWO (1,1%). De percentages ooitgebruikers voor het VMBO-t en HAVO liggen hier tussen in.

Gebruik onder studenten van het MBO en HBO

In 2015 is het gebruik van ecstasy ook gemeten onder 16-18-jarige studenten van het MBO en HBO (Verdurmen et al., 2016).

- Ecstasy is onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO de meest gebruikte harddrug: 9% heeft ooit ecstasy gebruikt; het verschil tussen jongens (11%) en meisjes (8%) is niet statistisch significant. Het gebruik van ecstasy ooit in het leven stijgt van 4% op 16-jarige leeftijd naar 12% op 18-jarige leeftijd. Deze stijging is zichtbaar bij zowel jongens als meisjes, maar lijkt bij jongens iets sterker.
- Van de MBO- en HBO-studenten heeft 3% in de afgelopen maand ecstasy gebruikt. Bij meisjes stijgt het gebruik in de afgelopen maand van 0,6% op 16-jarige leeftijd naar 3,9% op 18-jarige leeftijd. Bij jongens is er ook een stijging met de leeftijd, maar deze is niet significant.
- Het gebruik van ecstasy ooit in het leven lijkt bij 17-jarige studenten op het HBO (5%) iets lager dan op het VO (7%) en MBO (8%), maar het verschil is niet significant. In het gebruik van ecstasy in de afgelopen maand zijn er nauwelijks verschillen tussen de schoolniveaus.

Speciale groepen jongeren en jongvolwassenen

In bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen bevinden zich naar verhouding meer gebruikers van ecstasy. Tabel 6.3 vat de resultaten samen van uiteenlopende studies. De cijfers zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. Bovendien zijn de responspercentages in onderzoek onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen vaak laag (tussen 15% en 25%) en zijn zij 'op locatie' of online geworven in plaats van via een representatieve steekproef uit de bevolking, waardoor een vertekening van de resultaten kan optreden. De uitkomsten geven wel een indicatie van verschillen tussen (risico)groepen jongeren en jongvolwassenen.

Uitgaande jongeren en jongvolwassenen

Uit diverse onderzoeken, zowel landelijk als lokaal, blijkt dat ecstasy veruit de belangrijkste drug blijft in het uitgaanscircuit, vooral de dance scenes. Er zijn signalen voor een toegenomen populariteit van ecstasy, al lijkt het middel concurrentie te hebben gekregen van 4-fluoramfetamine (4-FA, zie hoofdstuk 8).

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

- Iets meer dan de helft van de uitgaanders in dit onderzoek (55%) had ooit ecstasy gebruikt; 46% gebruikte in het afgelopen jaar en een op de vijf deed dit nog in de afgelopen maand (22%).
- Van de deelnemers die ecstasy in het afgelopen jaar hadden gebruikt, nam 18% het één keer, 53% nam het middel een paar keer per jaar en 19% eens per maand. Negen procent nam ecstasy een paar keer per maand, 1,1% eens per week en 0,3% een paar keer per week. Dagelijks of bijna dagelijks gebruik van ecstasy kwam niet voor.
- Ecstasy is een typische partydrug. Op de vraag waar recente ecstasygebruikers tijdens het uitgaan het meest gebruiken noemde 92% een festival, op afstand gevolgd door een club (31%), thuis (29%) of een feestje (22%). Een poppodium (3%) of café (1%) werd zelden als meest favoriete locatie genoemd. Respondenten konden maximaal 3 locaties aangeven.

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 en in 2015 werd bevestigd dat in elk netwerk van het panel en in elke scene iedereen regelmatig ecstasy gebruikte (Benschop et al., 2015; Nabben et al., 2016).

- De Antenne-survey in 2013 onder clubbers en ravers liet een forse toename zien van het percentage gebruikers van ecstasy vergeleken met 2008. Deze stijging kwam 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 was iets gedaald: 1,3 in 2013 versus 1,6 in 2008, maar gezien de (bijna) verdubbeling van de gemiddelde hoeveelheid MDMA in een pil kregen 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).
- Onder coffeeshopbezoekers in Amsterdam steeg tussen 2009 en 2015 het percentage ooitgebruikers van ecstasy van 41% naar 52% en steeg het percentage actuele gebruikers van 6% naar 11% (Nabben et al., 2016).

Ook het uitgaansonderzoek van GGD Haaglanden combineert panelinterviews met een survey onder jongeren (Van Dijk en Reinerie, 2015). Het gebruik in de survey met 1.309 deelnemers van 12-35 jaar op vier Haagse locaties was lager dan onder de party- en clubbezoekers van de Antenne-survey en Het Grote Uitgaansonderzoek (zie hierboven). In Den Haag zijn echter geen (dance) party's en clubs, waar over het algemeen vaker ecstasy wordt gebruikt. Uitgaanders van het Haagse panel gaan wel regelmatig naar party's en clubs buiten Den Haag en gebruiken daar regelmatig ecstasy (en cocaïne).

- Het ooitgebruik van ecstasy lag in de Haagse survey op 48%. Het gebruik in de afgelopen maand lag op 16% (mannen 20%, vrouwen 12%). De gemiddelde leeftijd waarop voor het eerst ecstasy werd gebruikt was 19 jaar.
- De uitgaanders dachten heel verschillend over wat een 'goede' dosering is. Aan 84 actuele ecstasygebruikers werd gevraagd of ze 130 mg MDMA in één pil veel vinden (zie ook § 6.7 en § 6.8). Een kwart (26%) had geen idee of 130 mg MDMA veel is, 35% vond die hoeveelheid goed, 24% vond het te weinig. Slechts 16% vond 130 mg MDMA te veel. Informatie over de sterkte van de pillen kwam vaak van de dealer, en men vertrouwde erop als deze zegt de pillen te hebben laten testen. Het is overigens niet bekend of dit daadwerkelijk het geval is; de testservice is bestemd voor gebruikers, niet voor dealers. Een op de acht (13%) 'test' ecstasypillen zelf, via de testservice (zie § 6.8) of via pillreports.com.
- Uit het panel kwam naar voren dat voor sommigen ecstasy onlosmakelijk verbonden is met uitgaan en dat ook 'brave mainstream alto's' met een verder gezonde leefstijl wel eens drie zware pillen achter elkaar nemen en daarmee een hoge dosering MDMA kunnen binnenkrijgen van 500 mg.

Probleemjongeren

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

- Uit 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).

Tabel 6.3 Gebruik van ecstasy in speciale groepen

	Locatie	Peiljaar	Gemiddelde leeftijd (jaar)	Ooit (%)	Actueel (%)
Uitgaande jongeren en jongvolwassenen					
Bezoekers van party's, festivals en clubs[I]	Landelijk	2013	23	70	35
		2016	22	55	22
Coffeeshopbezoekers	Amsterdam	2009	28	41	6
		2015	25	52	11
Bezoekers van cafés	Amsterdam	2010	27	46	13
		2014	27	63	25
Bezoekers van clubs en raves[II]	Amsterdam	2013	24	79	55
Uitgaanders	Den Haag	2014	24	48	16
Probleemjongeren					
Dakloze jongeren	G4	2011	20	-	5
(Voormalig) dakloze jongeren[III]	G4	2013	22	-	8
Jongeren in de jeugdzorg	Amsterdam	2012	16	12	4

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. 70% respons rate; onder respondenten van de follow-up meting gebruikte 7% ecstasy in 2011.

Bronnen: Het Grote Uitgaansonderzoek 2013 (Goossens et al., 2013), Het Grote Uitgaansonderzoek 2016 (Monshouwer et al., 2016); Bonger Instituut voor Criminologie, UvA: Antenne 2009 (Nabben et al., 2010), Antenne 2010 (Benschop et al., 2011), Antenne 2012 (Benschop et al., 2013), Antenne 2013 (Nabben et al., 2014), Antenne 2014 (Benschop et al., 2015); Het Haags Uitgaansonderzoek 2014, GGD Haaglanden (Van Dijk en Reinerie, 2015); EXPLORE, Trimbos-instituut (Kepper et al., 2009a;b); Coda-G4 (Van Straaten et al., 2012; Van Straaten et al., 2014), IVO, UMC St Radboud.

6.4 Problematisch gebruik

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

- Chronisch ecstasygebruik kan leiden tot afhankelijkheid, hoewel het optreden van een onttrekkingssyndroom bij ecstasy ter discussie staat (Degenhardt et al., 2010; Leung en Cottler, 2008). De na-effecten van ecstasy na een weekend fors gebruik worden soms ten onrechte aangezien voor onttrekkingsverschijnselen (McKetin et al., 2014).
- In een vragenlijstonderzoek uit 2008/2009 naar het middelengebruik op party's en festivals en in clubs en discotheken (Van der Poel et al., 2010) voldeed van de recente ecstasygebruikers 11% (partybezoekers) en 13% (clubbezoekers) aan de criteria voor probleemgebruiker. Probleemgebruik werd hier 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. Of deze gegevens nog 'geldig' zijn gezien de ontwikkelingen in het gebruik en de ontwikkelingen in de ecstasymarkt (toegenomen doseringen) is niet bekend.
- Het aantal hulpvragen bij de verslavingszorg voor ecstasy is gering (zie ook § 6.6). Onbekend is of dit samenhangt met een geringe omvang van het probleemgebruik, de aard en ernst van de klachten, of andere factoren.

Ecstasygebruik is in verband gebracht met een (langdurige) verstoring van hersenfuncties, met name het geheugen, het concentratievermogen en de stemming bij zowel gebruikers als ex-gebruikers van ecstasy (§ 6.7). Recent is ecstasygebruik ook in verband gebracht met visuele waarnemingsstoornissen. Onbekend is hoeveel gebruikers hier mee te kampen hebben.

- Gebruikers van ecstasy en andere partydrugs 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 de afgelopen jaren is ecstasygebruik in verband gebracht met persisterende waarnemingsstoornis. Patiënten met deze stoornis noemen onder andere 'zwevende vormpjes' en 'spikkeltjes' in het gezichtsveld ('visual snow') (Hanck en Schellekens, 2013). Deze symptomen zijn eerder beschreven voor 'klassieke' hallucinogenen, zoals ayahuasca, LSD en mescaline (Litjens et al., 2014). Deze stoornis, ook wel in het Engels 'hallucinogen persisting perception disorder' genoemd, komt vermoedelijk weinig voor maar cijfers ontbreken.

6.5 Gebruik: internationale vergelijking

Algemene bevolking

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

- Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking. Van invloed is vooral de leeftijdsgroep. Tabel 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, 9,2%) de kroon. Daarna volgen Nederland (8,4%), Ierland (6,9%) en de Verenigde Staten (6,6%). In Portugal ligt het percentage ooitgebruikers onder de 2% (1,3%).
- Het percentage recente consumenten van ecstasy is het hoogst in Nederland (3,4%) en Australië (2,5%). In de andere landen varieert het recent gebruik van ecstasy van 0,1% tot 1,7%.
- Het ecstasygebruik ligt in Nederland boven het Europees gemiddelde. In de leeftijdsgroep 15-34 jaar wordt het Europese gemiddelde van het recent gebruik geschat op 1,7% (EMCDDA, 2016b), versus 6,6% voor Nederland.

Tabel 6.4a Consumptie van ecstasy onder de algemene bevolking van enkele lidstaten van de EU-15 en Noorwegen: leeftijdsgroepen 15-64 jaar en 15-34 jaar

Land		15-64 jaar		15-34 jaar	
		Ooit (%)	Recent (%)	Ooit (%)	Recent (%)
Nederland	2015	8,4	3,4	13,0	6,6
Ierland	2011	6,9	0,5	10,9	0,9
Spanje	2013	4,3	0,7	6,2	1,5
Frankrijk	2014	4,2	0,9	6,9	2,3
Finland	2014	3,0	1,1	5,6	2,5
Oostenrijk	2008	2,3	0,5	3,3	1,0
Noorwegen	2014	2,3	0,1	3,4	0,4
Zweden	2008	2,1	0,1	-	-
Portugal	2012	1,3	0,3	2,3	0,6

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen. Tabel is geordend op percentage ooitgebruikers (15-64 jaar). Percentage gebruikers ooit in het leven en recent (laatste jaar). - = Gegevens ontbreken. Bronnen: EMCDDA; Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2015.

Tabel 6.4b Consumptie van ecstasy onder de algemene bevolking van Australië, de Verenigde Staten en Canada en enkele lidstaten van de EU-15: overige leeftijdsgroepen[I]

Land	Jaar	Leeftijd	Ooit (%)	Recent (%)
Australië	2013	14 en ouder	10,9	2,5
Verenigde Staten	2014	12 en ouder	6,6	0,9
Canada	2012	15 en ouder	4,4	0,6
Verenigd Koninkrijk[I]	2014	16 - 59	9,2	1,7
Italië	2014	18 - 64	3,1	0,4
Duitsland	2012	18 - 64	2,7	0,4
Denemarken	2013	16 - 64	2,3	0,2

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

Jongeren

Beter vergelijkbaar zijn de gegevens van het ESPAD-onderzoek onder scholieren van 15 en 16 jaar in Europese landen. Tabel 6.5 toont het gebruik van ecstasy in een aantal landen van de EU, Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde Staten. Dit laatste land deed niet mee aan de ESPAD maar voerde vergelijkbaar onderzoek uit (Hibell et al., 2004, 2009, 2012; Kraus et al., 2016).

- Het percentage leerlingen dat in 2015 wel eens ecstasy heeft geprobeerd was het laagst in Griekenland, Zweden, Spanje, Denemarken, Finland en Noorwegen (1%). Ierland ging aan kop met 4% gevolgd door België, Nederland en Italië met 3%. Het (ongewogen) gemiddelde van 34 onderling vergelijkbare landen lag op 2%.
- Het percentage recente gebruikers van ecstasy in 2011 varieerde van 1% in Duitsland, Griekenland, Zweden, Spanje, Denemarken, Finland en Noorwegen tot 5% in de Verenigde Staten.

Tabel 6.5 **Consumptie van ecstasy onder scholieren van 15 en 16 jaar in een aantal lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde Staten[I]. Peiljaren 2003, 2007, 2011 en 2015**

	2003 (%)		2007 (%)		2011 (%)		2015 (%)
Land	Ooit	Recent	Ooit	Recent	Ooit	Recent	Ooit
Ierland	5	2	4	3	2	2	4
België[II]	4	3	5	4	4	3	3
Nederland	5	3	4	3	4	3	3
Italië	3	2	3	2	2	2	3
Portugal	4	2	2	1	3	3	2
Frankrijk	4	-	4	2	3	2	2
Oostenrijk	3	2	3	2	-	-	2
Griekenland	2	2	2	2	2	1	1
Zweden	2	1	2	2	2	1	1
Spanje[IV]	5	3	3	2	2	1	1
Denemarken[IV]	2	2	5	2	1	1	1
Finland	1	1	2	1	1	1	1
Noorwegen	2	1	1	1	1	1	1
Verenigde Staten[I]	6	3	5	3	7	5	-
Duitsland[III]	3	2	3	2	2	1	-
Verenigd Koninkrijk[V]	5	3	4	3	-	-	-
Zwitserland	2	1	2	2	-	-	-

Percentage gebruikers ooit in het leven en in het laatste jaar (recent). Tabel is geordend op percentage ooitgebruikers in 2015. - = Niet gemeten. I. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit. II. België in 2007, 2011 en 2015 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, Denemarken vanaf 2015 weer representatief. V. Verenigd Koninkrijk niet voor 2011 vanwege te lage respons (slechts 6% van de scholen). Bron: ESPAD.

6.6 Hulpvraag en incidenten

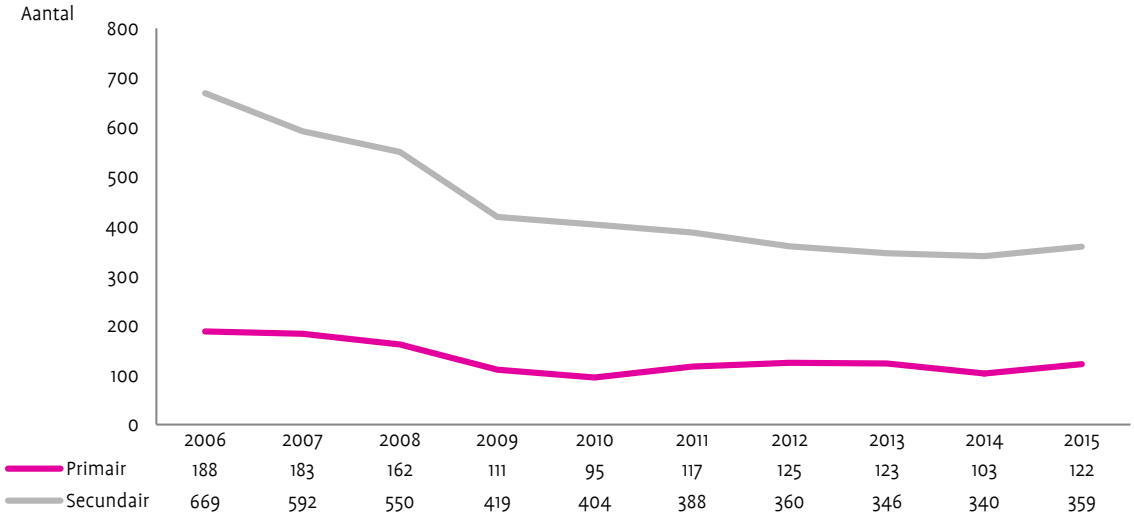
Verslavingszorg

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 2015 hebben in totaal 21 gespecialiseerde instellingen voor verslavingszorg geanonimiseerde gegevens over de hulpverlening aangeleverd aan het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS, Wisselink et al., 2016) (zie in bijlage A: Cliënt LADIS). De wisselingen die zich in de afgelopen tien jaar hebben voorgedaan in de aanleverende instellingen zijn weergegeven in bijlage D.5. Een nadere analyse wijst uit dat deze wisselingen slechts een beperkte invloed hebben gehad op het landelijk aantal geregistreerde cliënten en de trends niet noemenswaardig hebben beïnvloed.

- Het aantal cliënten in de verslavingszorg met ecstasy als primair probleem halveerde tussen 2006 en 2010 en bleef sindsdien stabiel op ongeveer 110 cliënten per jaar (figuur 6.3).

- Per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder registreerde het LADIS in 2015 slechts één primaire ecstasycliënt, aanzienlijk minder dan voor de meeste andere drugs (77 voor cannabis, 52 voor cocaïne en 65 voor opiaten).
- Het aandeel van ecstasy in alle hulpvragen voor drugsproblematiek bleef in de afgelopen jaren gering: minder dan 1%.
- In 2015 was bijna de helft van alle primaire ecstasycliënten een nieuwkomer (48%). Deze nieuwkomers werden ingeschreven in 2015 en stonden niet eerder ingeschreven bij de verslavingszorg.
- Van de 122 primaire ecstasycliënten in 2015 waren er 75 cliënten (61%) waarbij naast hun primaire ecstasyproblematiek ook nog een secundaire problematiek geregistreerd stond. Bij deze cliënten ging het bij de secundaire problematiek vooral om cannabis (27%), amfetamine of overige opwekkende middelen (23%), alcohol (20%), cocaïne of crack (16%) en GHB (5%).
- Er zijn meer cliënten die ecstasy als secundair dan als primair probleem noemen (figuur 6.3).
- Ook het aantal secundaire ecstasycliënten halveerde bijna tussen 2006 en 2010. Daarna zette de daling zich minder sterk voort. Voor de secundaire ecstasycliënten in 2015 was het primaire probleem vooral cannabis (34%), amfetamine (24%), cocaïne of crack (17%), alcohol (16%), of GHB (4%).

Figuur 6.3 Aantal cliënten bij de verslavingszorg met primaire of secundaire ecstasyproblematiek, vanaf 2006



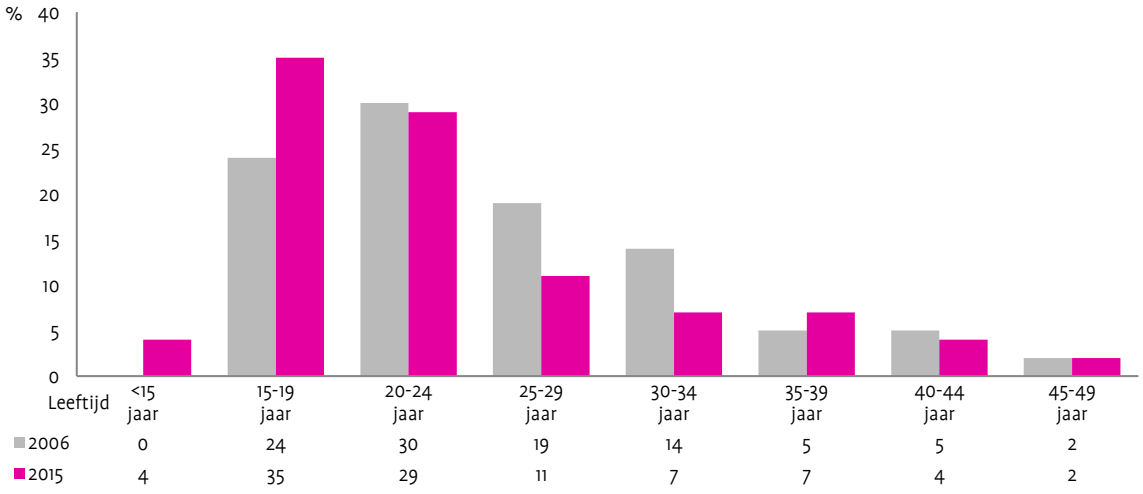
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Primair	188	183	162	111	95	117	125	123	103	122
Secundair	669	592	550	419	404	388	360	346	340	359

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

Leeftijd, geslacht en opleiding

- In 2015 waren 6 van de 10 primaire ecstasycliënten man (61%) en 4 van de 10 waren vrouw (39%). Het percentage vrouwen lag alleen hoger bij de medicijncliënten (45%), maar lag lager bij de GHB-cliënten (32%), de alcoholcliënten (28%), de amfetaminecliënten (23%), de cannabiscliënten (21%), de opiatencliënten (19%) en de cocaïnecliënten (18%).
- De gemiddelde leeftijd van de primaire ecstasycliënten was 24 jaar. Daarmee zijn zij gemiddeld het jongst van alle drugscliënten. De piek lag in 2015 in de leeftijdsgroep 15-19 jaar (figuur 6.4). De ecstasycliënten zijn de afgelopen jaren jonger geworden. Tussen 2006 en 2015 is de piek verlaagd van de leeftijdsgroep 20-24 jaar naar de leeftijdsgroep 15-19 jaar.
- In 2015 had van de primaire ecstasycliënten 37% geen opleiding afgerond of een lagere opleiding afgerond, had 43% een middelbare opleiding afgerond en had 20% een hogere opleiding afgerond. (Voor de verklaring van lagere, middelbare en hogere opleiding, zie in bijlage A onder: Cliënt LADIS.)

Figuur 6.4 Leeftijdsverdeling van de primaire ecstasycliënten bij de verslavingszorg, in 2006 en 2015



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

Algemene ziekenhuizen

De Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ; voorheen Landelijke Medische Registratie, LMR) bevat gegevens over de opnames in algemene ziekenhuizen, waarbij middelengebruik als hoofddiagnose of als nevendiagnose kan zijn geregistreerd. In 2013 wijzigde zowel de registratiemethode als de bijschattingsmethode (zie bijlage D.4: LBZ). Vanwege deze wijzigingen worden hier primair gegevens gerapporteerd over 2014 en kunnen geen recente trends worden vastgesteld.

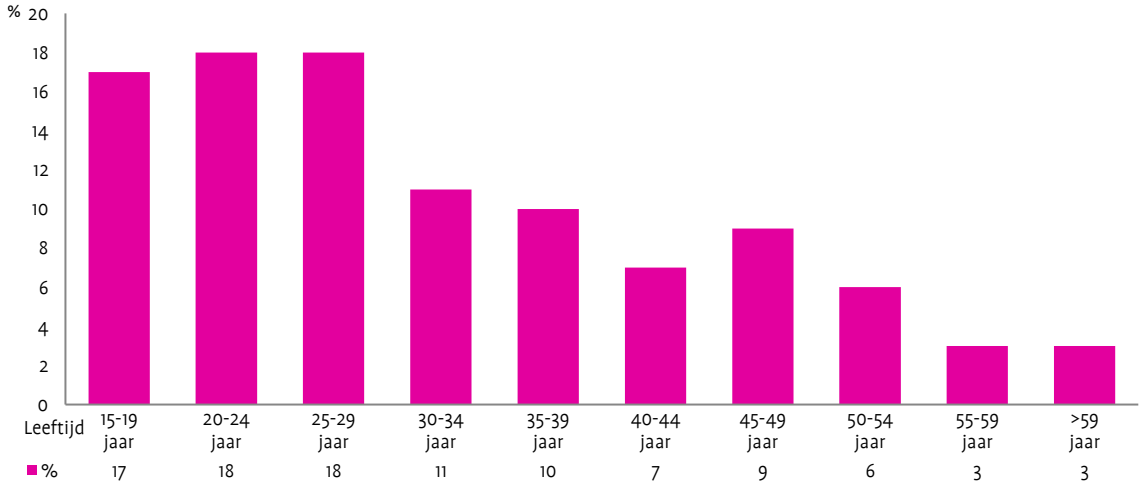
De afgelopen jaren werden per jaar bijna twee miljoen klinische opnames in algemene ziekenhuizen geregistreerd (DHD, 2015). Drugsproblemen spelen nauwelijks een rol. In deze paragraaf worden ziekenhuisopnames gerelateerd aan "Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van overige stimulerende middelen, en vergiftigingen door psychostimulantia" behandeld. Het gaat hier om ecstasy, maar ook om andere psychostimulantia zoals amfetaminen.

- Vóór de methodewijzigingen steeg het aantal klinische ziekenhuisopnames gerelateerd aan psychostimulantia, waaronder ecstasy, maar deze stijging zette zich in 2012 niet voort (Van Laar et al., 2015). Tussen 2006 en 2010 steeg het aantal hoofddiagnoses van 39 naar 85 en steeg het aantal nevendiagnoses van 88 naar 200.
- In 2014 ging het naar schatting om 339 hoofddiagnoses. Daarvan is 3% bijgeschat (329 feitelijk geregistreerde opnames, zie bijlage D.4).
- Iets vaker werden deze aandoeningen als nevendiagnose gesteld, naar schatting 388 maal in 2014. Daarvan is eveneens 3% bijgeschat (375 feitelijk geregistreerde opnames, zie bijlage D.4). De hoofdziektes of hoofdstoornissen die bij deze nevendiagnoses werden gesteld, liepen sterk uiteen. De meest voorkomende hoofddiagnoses bij deze nevendiagnoses waren:
  - vergiftiging (33%);
  - psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van psychoactieve middelen (15%);
  - letsel (14%);
  - ziekten van het hart en het vaatstelsel (9%);
  - symptomen, afwijkende klinische bevindingen en laboratoriumuitslagen (6%).

Dezelfde persoon kan meer dan één keer per jaar worden opgenomen. Bovendien kan er per opname meer dan één nevendiagnose worden gesteld.

- Gecorrigeerd voor dubbeltellingen ging het in 2014 om naar schatting 637 personen. Zij werden in dat jaar minstens één keer opgenomen met een probleem gerelateerd aan psychostimulantia.
- Hun gemiddelde leeftijd was 31 jaar; 63% was man en 37% was vrouw. De pieken lagen in de leeftijdsgroepen van 20-24 jaar en 25-29 jaar (figuur 6.5).
- Het aandeel van 37% vrouwen lag alleen hoger bij de patiënten die in het ziekenhuis werden opgenomen voor een probleem gerelateerd aan slaap- en kalmeringsmiddelen (65%). Het percentage vrouwen lag lager bij de opiatenpatiënten (33%), de alcoholpatiënten (29%), de cannabispatiënten (28%) en de cocaïnepatiënten (24%). Een overeenkomstig patroon voor het percentage vrouwen onder de verschillende middelenproblematieken werd hierboven geconstateerd voor de cliënten in de verslavingszorg.

Figuur 6.5 Leeftijdsverdeling van de patiënten met een probleem gerelateerd aan psychostimulantia in de klinische ziekenhuiszorg (hoofd- of nevendiagnose), 2014



Percentage patiënten per leeftijdsgroep voor de klinische opnames met psychostimulantia als hoofd- of nevendiagnose (unieke patiënten gecorrigeerd voor dubbeltellingen van personen). ICD-10 codes: F15, T43.6 (bijlage B). Bron: LBZ, DHD.

Incidenten

Sinds 2009 houdt de Monitor Drugsincidenten (MDI, zie bijlage D.6) actuele gegevens bij over de aard en omvang van drugsgerelateerde gezondheidsincidenten in Nederland (Wijers et al., 2016). Daarbij wordt ook gebruikgemaakt van het Letsel Informatie Systeem (LIS), dat gegevens bevat van de Spoedeisende Hulpafdelingen (SEHs) van een steekproef van ziekenhuizen. Hieruit blijkt dat in 2015 in totaal 4.661 drugsincidenten werden gemeld. Bij 1.877 meldingen was ecstasy betrokken; hiervan was in 1.390 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 ecstasy-incidenten samengevat over de periode 2009-2015. Vanwege verschillen tussen de medische diensten worden gegevens uitgesplitst naar type dienst.

- In deze periode werden in totaal 23.403 unieke drugsincidenten bij de MDI gemeld en 3.891 bij het LIS, waarvan 6.689 incidenten met ecstasy als enige drug. Van de gemelde incidenten met ecstasy als enige drug in de MDI was 85% afkomstig van de EHBO's op grootschalige evenementen.
- Tussen 2009 en 2013 nam het aandeel ecstasy-intoxicaties op EHBO-posten toe, van 39% in 2009 naar 62% in 2013. In 2014 (56%) en 2015 (51%) daalde dit aandeel weer. Binnen de andere diensten fluctueerde het aandeel ecstasy-incidenten over de jaren en schommelde tussen 3% en 12%.

Kenmerken patiënten en incidenten gerelateerd aan ecstasy

- Patiënten met een ernstige ecstasy-intoxicatie zijn relatief vaker man, zijn vaker toerist en hebben vaker ook alcohol gebruikt dan patiënten met een lichte ecstasy-intoxicatie.
- Vergeleken met andere drugs ligt het percentage vrouwen hoger bij de ecstasy-patiënten (40%) en de 4-FA-patiënten (40%). Qua werking lijkt 4-FA op ecstasy, maar vergeleken met ecstasy heeft 4-FA een meer stimulerende werking en een minder entactogene werking en leidt het in mindere mate tot euforie (CAM, 2015a; Linsen et al., 2015). Bij de cannabispatiënten ligt het percentage vrouwen op 29%, bij de amfetaminepatiënten op 27%, bij de GHB-patiënten op 27% en bij de cocaïnepatiënten ligt het percentage vrouwen op 20%.
- 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 drie kwart van de patiënten onder invloed van ecstasy (als enige drug) matig of ernstig. Er zijn fluctuaties over de jaren, die erop wijzen dat 2012 een dieptepunt was waarna de mate van intoxicatie weer zeer geleidelijk minder ernstig wordt.
- De afgelopen jaren is een opvallende toename in de ernst van de ecstasy-intoxicaties op EHBO-posten gesignaleerd. Het aandeel matige en ernstige intoxicaties steeg van 7% in 2009 naar 28% in 2014. In 2015 bleef het aandeel hoog met 28%.

Tabel 6.6 Incidenten met ecstasy als enige drug geregistreerd door de Monitor Drugincidenten (MDI), 2009-2015

	Ambulances	SEH-MDI-ziekenhuizen	SEH-LIS-ziekenhuizen	Politieartsen	EHBO
Aantal incidenten (% van het totaal binnen de dienst)	339 (5)	242 (6)	297 (7)	122 (6)	5.689 (55)
Man (%)	63	68	63	88	59
Leeftijd: <25 jaar (%)	55	62	61	50	67
Mate van intoxicatie*					
Licht (%)[I]	24	28	-	57	79
Matig (%)[II]	53	49	-	37	18
Ernstig (%)[III]	24	23	-	7	3

*Percentages berekend op de bekende aantallen. Vanwege afronding tellen de percentages niet overal exact op tot 100%. I. Licht: goed aanspreekbaar, gebruik merkbaar in gedrag. II. Matig: onvoldoende aanspreekbaar, duidelijk onder invloed. III. Ernstig: niet aanspreekbaar vanwege (sub)comateuze toestand of geagiteerd/agressief gedrag, eventueel in combinatie met gestoorde vitale parameters (zoals hartslag, bloeddruk en ademhalingsfrequentie). Bron: MDI, Trimbos-instituut (Wijers et al., 2016).

Rijden onder invloed

Aan het rijden onder invloed van ecstasy zijn risico's verbonden.

- Het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) voert analyses uit van bloedmonsters die door de politie zijn afgenomen van verkeersdeelnemers die worden verdacht van het gebruik van drugs of medicijnen. Het NFI let daarbij ook op ecstasy, c.q. MDMA, MDA en MDEA.
    - In 2013, 2014 en 2015 werden achtereenvolgens 928, 978 en 966 bloedmonsters onderzocht. MDMA werd aangetroffen in respectievelijk 92, 109 en 103 bloedmonsters. MDA werd aangetroffen in respectievelijk 80, 83 en 65 bloedmonsters. MDEA werd in deze periode alleen aangetroffen in 1 bloedmonster in 2013.

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.

- De lichamelijke effecten zijn: verhoogde hartslag, verhoogde bloeddruk, spierspanning, knarsetanden (bruxisme), verhoogde lichaamstemperatuur (hyperthermie), 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., 2015a; Niesink, 2016).
- Psychische complicaties zijn flashbacks, angst, slaapstoornissen, paniekaanvallen, psychosen slaperigheid, depressie en prikkelbaarheid (Ricaurte en McCann, 2005; Parrott, 2013). De negatieve effecten die kunnen optreden nadat de ecstasy is uitgewerkt, worden ook wel de 'comedown' genoemd (Niesink, 2016). Deze klachten kunnen langere tijd aanhouden (zie beneden: lange termijn risico's).

De meest voorkomende acute lichamelijke complicaties door gebruik van ecstasy zijn oververhitting (lichaamstemperatuur boven 40 °C 'hyperthermie'), verstoorde zoutbalans (te weinig natriumionen (zout) in het bloed 'hyponatriëmie'), een slecht of niet functioneren van de lever (leverinsufficiëntie), en hartproblemen zoals ritmestoornissen.

- MDMA verstoort de temperatuurregulatie in de hersenen, terwijl de verhoogde spieractiviteit en de hitteproductie door het 'marathondansen' in een warme omgeving leiden tot een verhoging van de lichaamstemperatuur (Parrott, 2012). De kans op hyperthermie is groter bij hogere doses MDMA, maar de ernst hangt niet altijd af van de ingenomen dosis. Het is mogelijk dat sommige gebruikers genetisch gevoeliger zijn voor hyperthermie, of dat bij hen een afwijking in de afbraak van MDMA de oorzaak is van de acute hyperthermie.
- Hyperthermie wordt relatief vaak gerapporteerd bij sterfgevallen waarbij alleen MDMA is gebruikt en geen andere middelen zijn gebruikt (Niesink, 2016; Vreeker et al., 2016). Een Europese registratie van drugsincidenten bij de spoedeisende hulpafdelingen in ziekenhuizen liet ook zien dat, bij de 3% van de ecstasygerelateerde gevallen waarbij een lichaamstemperatuur van 39 °C of hoger werd geregistreerd, het beloop en klinisch beeld ongunstiger was dan voor de andere gevallen (Dines et al., 2015a; Wood et al., 2016).
- Begin jaren negentig werd geadviseerd om oververhitting te voorkomen door veel koud water te drinken, om zo af te koelen en uitdroging te voorkomen. Hoewel dit inderdaad kan helpen om af te koelen, kan te veel water drinken onder invloed van MDMA leiden tot een tekort aan natrium in het bloed (hyponatriëmie) (Traub et al., 2002; Gowing et al., 2002). Dit natriumtekort (of watervergiftiging) komt vermoedelijk weinig voor, maar kan dodelijk zijn wanneer het niet tijdig wordt behandeld (Niesink, 2016). Mogelijk lopen vrouwen een verhoogd risico (Van Dijken et al., 2013).
- Leverschade door ecstasy kan ernstige gevolgen hebben en zelfs een levertransplantatie noodzakelijk maken. Ook nierfalen door ecstasygebruik komt voor, veelal als gevolg van de afbraak van spierweefsel. De afbraak van spierweefsel kan ook oververhitting veroorzaken.
- Het effect van MDMA op de hartslag en de bloeddruk verhoogt het risico op hersenbloedingen en infarcten, hartritmestoornissen, hartfalen en longoedeem. 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 zelfgerapporteerde 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 80% van de ecstasytabletten die door het DIMS werden getest meer dan 105 mg MDMA (zie § 6.8).
- Mensen verschillen echter sterk van elkaar: de een krijgt al bijwerkingen bij lage doseringen, een ander ervaart bij dezelfde doseringen nog helemaal geen effect. Mogelijke verklaringen voor verschillen in deze gevoeligheid zijn genetische verschillen, bijvoorbeeld in afbraaksnelheid (Haufroid et al., 2015). De effecten van ecstasy kunnen ook van keer tot keer verschillen, mogelijk spelen het gebruikspatroon en de omgeving een rol (Rietjens et al., 2012; Ferré et al., 2015).
- Hoewel de kans op bijwerkingen toeneemt met hogere doseringen, kunnen zich ook ernstige incidenten voordoen die niet te koppelen zijn aan een hoge dosering. Plasmaconcentraties van MDMA bij fatale incidenten overlappen deels met de waarden die bereikt worden met een (lage) recreatieve dosering. Het ontstaan van ernstige bijwerkingen na ecstasygebruik is daardoor onvoorspelbaar (Kalant, 2001; Patel et al., 2005; Niesink, 2016).

Ecstasygebruikers combineren de inname van ecstasy vaak met andere middelen (alcohol) of andere drugs, zoals amfetamine, cocaïne, 4-fluoramfetamine en GHB.

- De effecten van dergelijke combinaties zijn moeilijk vooraf voorspelbaar. Doorgaans is de ernst van acute gezondheidsincidenten ernstiger indien ecstasy wordt gecombineerd met andere middelen (Niesink, 2016; Wijers et al., 2016).

Lange termijn risico's

Ondanks ruim twintig jaar onderzoek is nog steeds niet duidelijk hoe schadelijk ecstasy precies is. De laatste stand van wetenschap wijst op een (langdurige) verstoring van hersenfuncties, met name het geheugen, het concentratievermogen en de stemming in zowel gebruikers als ex-gebruikers van ecstasy (Kalechstein et al., 2007; Rogers et al., 2009; Schilt, 2009; De Win, 2007; Jager, 2006; 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). Recent is ook het gebruik van ecstasy in verband gebracht met het optreden van visuele waarnemingsstoornissen, zoals voor (andere) hallucinogenen (zie § 6.4).
- De gerapporteerde effecten zijn doorgaans klein, met uitzondering van de afname van het verbale geheugen en het werkgeheugen, en vallen binnen de 'normale marge'. Ook bij het ontstaan van de gevonden afwijkingen kan niet met zekerheid worden vastgesteld wat de rol is geweest van andere factoren, zoals het gebruik van andere drugs of al aanwezige ziekten en kenmerken, omgevingsfactoren en een risicovolle leefstijl (Rogers et al., 2009; Halpern et al., 2011).
- De veranderingen hangen waarschijnlijk samen met afwijkingen aan serotonerge zenuwen in de hersenen. Bij proefdieren neemt de kans op hersenschade toe met een stijging van de lichaamstemperatuur na gebruik van MDMA. Bij de mens werkt dit waarschijnlijk ook zo. De kans op oververhitting en daardoor (langdurige) hersenschade neemt toe als een consument grotere hoeveelheden MDMA gebruikt in een warme omgeving (boven 18-20 graden).
- Onderzoek onder wat oudere ecstasygebruikers (40-55 jaar) laat zien dat de negatieve effecten van ecstasy op het verbale geheugen 'optellen' bij de normale leeftijdsgerelateerde achteruitgang van het geheugen (Schilt, 2009). Of ecstasygebruik op nog latere leeftijd (65+) het cognitieve verouderingsproces versnelt, is niet bekend. De hersenen van jonge gebruikers zijn nog in ontwikkeling en daardoor zijn jongeren mogelijk kwetsbaarder dan volwassenen (Klop et al., 2012).

- Misschien is er ook sprake van een genetische kwetsbaarheid voor de effecten van ecstasy op het verbale geheugen (Schilt, 2009).

De precieze dosering die tot schade leidt is niet bekend.

- Resultaten van onderzoeken uitgevoerd door de Universiteit van Amsterdam en de Universiteit Utrecht laten niet zien dat kortdurend of incidenteel gebruik van ecstasy (gemiddeld 1,8 tot 6 ecstasypillen) aanleiding geeft tot ernstige hersenschade en vermindering van hersenfuncties op langere termijn (De Win, 2007; Jager, 2006; Schilt, 2009). Toch kan niet zonder meer worden geconcludeerd dat een lage dosis ecstasy veilig is.

Sterfte

Het precieze aantal sterfgevallen door het gebruik van ecstasy is niet bekend. Er bestaat geen landelijke of verplichte registratie specifiek voor drugsgerelateerde sterfgevallen. De gegevens uit de Doodsoorzakenstatistiek geven waarschijnlijk een onderrapportage van het aantal sterfgevallen dat direct of indirect samenhangt met drugsgebruik, hoewel de omvang ervan niet bekend is (zie bijlage D.1). Ten eerste omdat drugsgebruik niet altijd wordt vermoed, of wanneer dat wel het geval is er niet altijd forensisch (post-mortem) onderzoek plaatsvindt om het gebruik te bevestigen. Ten tweede kunnen sterfgevallen na drugsgebruik ook geregistreerd worden onder de directe consequentie van het drugsgebruik, zoals acuut leverfalen of multi-orgaanfalen, of in een ongespecificeerde categorie voor polydrugsgebruik. De omvang van de onderrapportage is niet bekend. Bovendien vallen sterfgevallen na ecstasy- en amfetaminegebruik in de Doodsoorzakenstatistiek allebei onder code T43.6 (vergiftiging door psychostimulantia met mogelijkheid tot misbruik, met uitzondering van cocaïne), dezelfde code als voor andere stimulerende middelen, zoals cafeïne, efedrine en khat.

- Het totaal aantal geregistreerde sterfgevallen in deze categorie, volgens de strikte EMCDDA-definitie, 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, volgens de strikte EMCDDA-definitie, 4 gevallen. In 2014 werden 14 gevallen geregistreerd, op een na waren dit *accidentele* vergiftigingen, terwijl in 2013 geen enkel geval accidenteel was (er was sprake van suïcide of het was niet vastgesteld of de vergiftiging met opzet of niet met opzet had plaatsgevonden).

Meer gegevens over de aard en omstandigheden van ecstasy-gerelateerde sterfgevallen zijn afkomstig van het Nederlands Forensisch Instituut (NFI). Van belang is dat deze gegevens (eveneens) geen representatief en landelijk dekkend beeld geven. Het NFI onderzoekt alleen een selectie van de sterfgevallen, namelijk wanneer er een strafrechtelijk onderzoek plaatsvindt, of de nabestaanden daarom vragen. Bovendien daalde het totaal aantal gerechtelijke secties door het NFI (van 338 in 2013 naar 285 in 2015) en daalde ook het aantal waarbij toxicologisch onderzoek plaatsvond (van 250 in 2013 naar 205 in 2015).

In een recente analyse van sterfgevallen die werden onderzocht door het NFI in de periode van 2006-2015 werd in totaal bij 77 sterfgevallen ecstasy aangetroffen in het bloed of ander lichaamsmateriaal (Vreeker et al., 2016). De rol van ecstasy bij het overlijden was in deze 77 gevallen als volgt:

- in 21 gevallen was MDMA de primaire doodsoorzaak (het overlijden kon door gebruik van MDMA verklaard worden);
- in 26 gevallen was MDMA in combinatie met alcohol of andere drugs de primaire doodsoorzaak;
- in 6 gevallen was MDMA (al dan niet in combinatie met andere middelen) *mogelijk* een primaire doodsoorzaak;

- in 10 gevallen was MDMA een secundaire doodsoorzaak en in 5 gevallen was MDMA *mogelijk* de secundaire doodsoorzaak (de MDMA-gebruikers overleden primair door geweld, verdrinking, of andere drugs, maar hadden wel een werkzame concentratie MDMA in hun bloed ten tijde van het overlijden, waardoor mogelijk hun gedrag is beïnvloed);
- in de resterende 9 gevallen speelde MDMA vermoedelijk geen rol bij het overlijden.

Onbekend is of de toename in het gebruik van ecstasy (zie § 6.2) en de toename in het aandeel hoog gedoseerde ecstasypillen op de markt (zie § 6.8) geassocieerd is met een hoger aantal sterfgevallen.

- Wel lijkt er de laatste jaren sprake van een toename van sterfgevallen door MDMA die bij het NFI werden onderzocht, maar het gaat slechts om kleine aantallen en een selecte groep sterfgevallen. Tussen 2009-2012 werden jaarlijks een of twee MDMA-gevallen gezien. In 2013 waren er 9 gevallen waarbij MDMA werd aangewezen als middel dat een rol kan hebben gespeeld bij het overlijden. In 2014 was MDMA in 7 gevallen betrokken en in 2015 bij 8 gevallen (Vreeker et al., 2016).
- Mede vanwege de kleine aantallen sterfgevallen per jaar en de doorgaans (onbekende) tijdspanne tussen ecstasygebruik en bloedafname, is het bovendien lastig om een conclusie te trekken over de rol van de toegenomen doseringen MDMA in ecstasypillen (zie § 6.8) en de sterfte. De beschikbare gegevens laten geen hogere (mediane) MDMA-concentraties in het bloed zien voor de periode 2006-2015 vergeleken met de mediane concentratie in de periode 1999-2004 (Vreeker et al., 2016; Verschraagen et al., 2007).

Ecstasy speelt ook in andere Europese landen een ondergeschikte rol in de drugssterfte, althans voor zover hierover gegevens beschikbaar zijn (EMCDDA, 2016b).

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 2015 boden consumenten in totaal 6.428 pillen aan bij het DIMS, ongeveer evenveel als in 2014 (6.459) (Van der Gouwe en Rigter, 2016).

- Het totaal aantal aangeleverde ecstasy- en MDMA-samples lag in 2015 op 7.175, meer dan een verdubbeling vergeleken met 2005 (3.269 samples). Mogelijk hebben waarschuwingsacties geleid tot een stijging van het aantal aangeleverde samples.
- Van de in 2015 aangeboden pillen werd ruim de helft (3.761 of 54,2%) herkend door de instelling. Het merendeel van deze herkende pillen (93,8%) bevatte MDMA, soms in combinatie met andere middelen. Van de 2.411 naar het laboratorium doorgestuurde pillen waren er 2.237 (92,8%) door de consument gekocht als 'ecstasy'.

Tabel 6.7 geeft het percentage van de in het laboratorium geanalyseerde 'ecstasypillen' die MDMA en/of een andere stof bevatten. Weergegeven zijn alleen die pillen die door de consument zijn gekocht als ecstasypil, ongeacht de daadwerkelijke samenstelling.

- In 2015 bevatte 78,1% van de pillen *alleen* een MDMA-achtige stof (MDMA, MDA, of MDEA). Tussen 2006 en 2015 bereikte dit percentage de laagste waarde in 2009 (58,0%) en de hoogste waarde in 2012 (91,9%).

- Het gaat hier doorgaans alléén om MDMA. MDA en MDEA worden sporadisch nog wel aangetroffen (ook vaak in combinatie met MDMA).
- In 2009 werd een piek bereikt in het aandeel ecstasypillen waarin MDMA was vervangen door allerlei andere stoffen (21%). Het ging daarbij vaak om meta-Chloor-Phenyl-Piperazine (mCPP), maar ook werden voor het eerst 'nieuwe' stoffen, zoals 4-fluoramfetamine en mefedron, aangetroffen (zie hoofdstuk 8).
- In 2010 zette het 'herstel' van de ecstasymarkt in en in 2012 bevatte nog maar 3% van de ecstasypillen alleen een andere farmacologisch actieve stof. Tussen 2013 en 2015 lag dit percentage tussen 4% en 5%. Onder deze stoffen bevonden zich PMMA en 'nieuwe psychoactieve stoffen', zoals 4-fluoramfetamine (zie ook hoofdstuk 8).
- Het aandeel pillen dat als ecstasy is verkocht en *geen* MDMA-achtige, maar wel (meth)amfetamine bevatte, was het hoogst in 2009 (5,1%) en daalde vervolgens naar 1,8% in 2012. In 2013 ging het om 2,6% van als ecstasy verkochte pillen en in 2014 om 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 8). In 2014 is een sterfgeval na het gebruik van PMMA door het NFI gerapporteerd (zie § 6.7).
- PMMA werd in 2015 in 0,8% (19 pillen) van de als ecstasy gekochte pillen aangetroffen, een lager percentage dan in de voorafgaande jaren. In 2011 lag dit percentage op 1,3% (28 pillen), in 2012 op 1,4% (26 pillen), in 2013 op 2,5% (47 pillen) en in 2014 op 1,9% (40 pillen).
- De gemiddelde hoeveelheid PMMA in deze tabletten lag in 2015 op 58,4 mg, hoger dan in 2014 toen dit gemiddelde gehalte aan PMMA op 31 mg lag.
- Stoffen zoals DOB, MBDB, 4-MTA, strychnine, atropine, 4-fluormethamfetamine en BZP werden eerder in ecstasytabletten aangetroffen, maar komen de laatste jaren niet of nauwelijks nog op de Nederlandse markt voor.

Tabel 6.7 Aantal en samenstelling (%) van bij het DIMS aangeleverde 'ecstasy'pillen die in het laboratorium zijn geanalyseerd, vanaf 2006

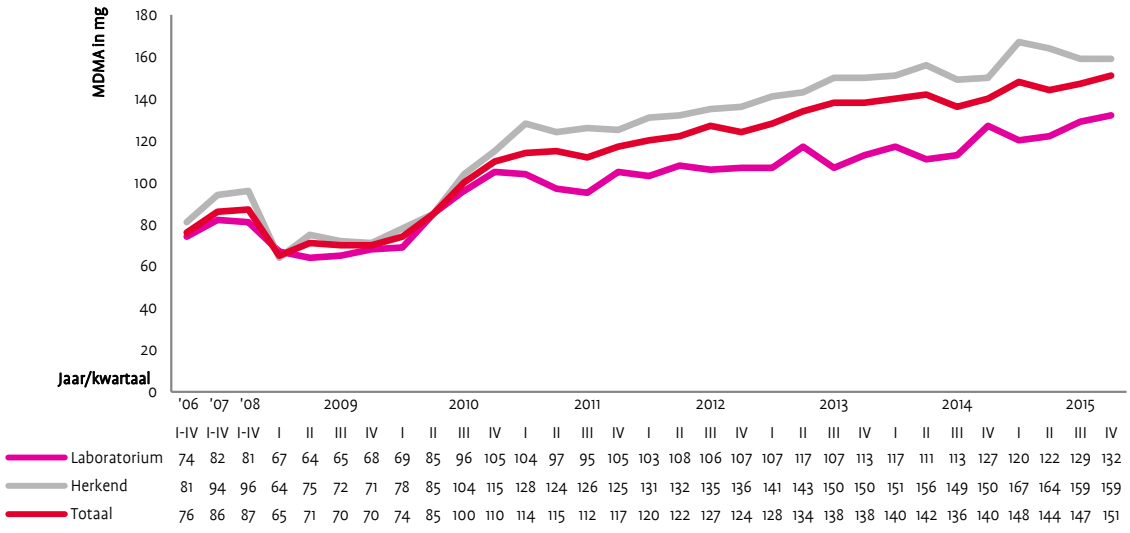
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Aantal geanalyseerde pillen	2.523	2.319	2.185	2.182	2.359	2.183	1.848	1.833	2.055	2.237
Alleen MDMA-achtigen[I] (%)	76,8	80,1	70,6	58,0	82,4	83,9	91,9	84,6	86,0	78,1
Combinatie MDMA-achtigen + andere actieve stof[II] (%)	13,0	11,0	9,4	13,9	2,4	10,4	1,7	6,7	4,9	12,6
(Meth)amfetamine (%)	0,9	0,4	0,5	4,9	2,6	0,6	0,4	2,1	1,9	0,6
(Meth)amfetamine + overige stof (%)	0,9	0,3	0,9	0,2	0,3	1,3	1,4	0,8	1,1	0,0
Andere farmacologisch actieve stof (%)	7,1	7,3	15,3	20,5	10,9	2,7	3,2	4,9	4,7	4,4
Geen farmacologisch actieve stof (%)	1,2	0,8	3,3	2,5	1,4	1,1	1,4	0,9	1,4	0,6

Percentage pillen dat een bepaalde stof of combinatie van stoffen bevat. Categorieën sluiten elkaar uit en tellen op tot 100%. I. Onder MDMA-achtigen wordt hier verstaan: MDMA en/of MDEA en/of MDA en/of MBDB. II. Farmacologisch actieve stoffen, zoals methylone en mCPP. Cafeïne en paracetamol zijn niet meegeteld. Bron: DIMS, Trimbos- instituut.

De stijging in de gemiddelde hoeveelheid MDMA in ecstasypillen vanaf 2010 heeft zich tot en met 2015 voortgezet (figuur 6.6).

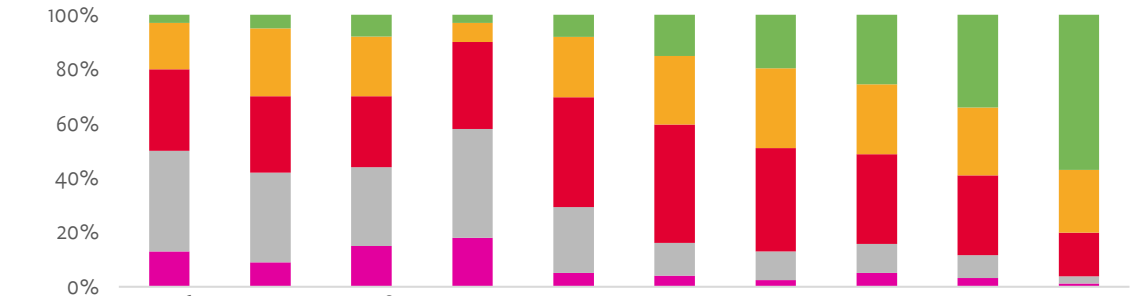
- In 2015 bevatte een in het laboratorium geanalyseerde ecstasypil gemiddeld 126 mg MDMA, vergeleken met gemiddeld 118 mg MDMA in 2014.
- De gemiddelde hoeveelheid MDMA in *alle* aangeleverde ecstasypillen was in 2015 nog hoger (148 mg), aangezien de gemiddelde dosering in de bij de testservices herkende (en niet in het laboratorium geanalyseerde) pillen 161 mg was (figuur 6.6).
- Vanaf 106 mg MDMA is er sprake van een hoog gedoseerde ecstasypil. Na een dip in 2009, is het aandeel hoog gedoseerde ecstasypillen gestegen tot 80% in 2015 (figuur 6.7).
- De stijging van het MDMA-gehalte in de ecstasypillen suggereert dat, na een tijdelijk tekort in 2009, de grondstoffen voor de productie van MDMA in de laatste jaren weer ruimschoots beschikbaar zijn.
- De toename in het aandeel hoog gedoseerde pillen ging gepaard met een toename van het aandeel matige tot ernstige acute gezondheidsverstoringen, vooral op grootschalige evenementen (§ 6.6). De hoge en gestegen prevalentie van gebruik (vooral onder partybezoekers), 'roekelozer gebruik' en onderschatting van de gezondheidsrisico's, vooral onder jonge gebruikers, kunnen hier debet aan zijn (Goossens en Van Hasselt, 2015). Gebruik van een hoge dosis verhoogt de kans op overdosering, waardoor oververhitting, acute psychotische verschijnselen, hartritmestoornissen en leverfalen kunnen optreden (§ 6.7).

Figuur 6.6 Trend in het gemiddelde gehalte (mg) MDMA in ecstasypillen die in het laboratorium zijn geanalyseerd of werden herkend via de herkenningslijsten en het totaal, vanaf 2006



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 2006-2008 en per kwartaal vanaf 2009. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

Figuur 6.7 Concentratie (mg) van MDMA in ecstasypillen aangeleverd bij DIMS, vanaf 2006



	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
>140 mg	3	5	8	3	8	15	20	26	34	57
106-140	17	25	22	7	22	25	29	26	25	23
71-105 mg	30	28	26	32	40	43	38	33	29	16
36-70 mg	37	33	29	40	24	12	11	11	8	3
1-35 mg	13	9	15	18	5	4	3	5	3	1

Percentage pillen die als ecstasy zijn verkocht met een bepaalde hoeveelheid MDMA. Het gaat om het totaal van de pillen, dus zowel het gehalte in pillen die in het laboratorium werden getest en minstens 1 mg MDMA bevatten en pillen die werden herkend via de herkenningslijsten. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

Prijzen

De Amsterdamse Antenne-monitor en het DIMS-project geven een indicatie van de prijs die een consument betaalt voor een ecstasypil. De aankoopprijs is de afgelopen jaren gestegen. Vaak zijn drugs in Amsterdam en andere grootstedelijke gebieden duurder dan in andere delen van Nederland.

- Consumenten die ecstasypillen bij DIMS lieten testen betaalden in 2015 gemiddeld 4 euro per ecstasypil (uiteenlopend van 0,5-10 euro). Dat is ongeveer vergelijkbaar met voorgaande jaren, hoewel in 2012 en 2013 maximaal 20 euro gerapporteerd werd. Net als het gemiddelde lag de mediaan in 2013, 2014 en 2015 op 4 euro.
- 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 varieerde de prijs van gemiddeld 3,5 euro bij een dealer thuis tot 4,8 euro in het uitgaansleven. Dat was significant meer dan in 2008 (respectievelijk 2,7 euro en 3,6 euro). Hoog gedoseerde pillen waren duurder dan laag gedoseerde pillen. Er werd destijds 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). In 2015 bleef de prijs van een ecstasypil stabiel op tussen de 4 en 6 euro per pil (Nabben et al., 2016). MDMA poeder kostte in 2015 tussen de 20 en 25 euro.

Tabel 6.8 Prijzen in euro[I] op consumentenniveau van ecstasy, vanaf 2008[II]

	2008	2009	2010	2011	2012	Wijziging methode[II]	2013[II]	2014	2015
Aantal monsters (n)	1.766	1.561	1.994	1.855	1.611	…	3.872	4.368	5.354
Gemiddelde (€)	2	3	4	4	4	…	4	4	4
Mediaan (€)	2	3	3	3	2	…	4	4	4
Minimum – maximum (€)	1-10	1-10	1-10	1-16	0,50-20	…	0,50-20	0,50-15	0,50-10

… = Wijziging methode. I. Prijs per ecstasypil. II. In 2013 hanteerde DIMS een nieuwe rapportagemethode waarbij de prijs als continu in plaats van categoriaal werd uitgevraagd, hetgeen weinig impact heeft op de gemiddelde prijs en mediaan, maar wel de range van de prijs wijder maakte en non-respons reduceerde.
Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

7. Amfetamine

7.1	Laatste feiten en trends	▶ pagina 184
7.2	Gebruik: algemene bevolking	▶ pagina 185
7.3	Gebruik: jongeren	▶ pagina 187
7.4	Problematisch gebruik	▶ pagina 192
7.5	Gebruik: internationale vergelijking	▶ pagina 192
7.6	Hulpvraag en incidenten	▶ pagina 195
7.7	Ziekte en sterfte	▶ pagina 197
7.8	Aanbod en markt	▶ pagina 200

7. Amfetamine

Inleiding

Amfetamine werkt stimulerend, sterker dan ecstasy, en heeft geen entactogene werking (zie hoofdstuk 6). Amfetamine wordt in het uitgaansleven gebruikt, in thuis of werkgerelateerde settings als prestatieverhogend middel of om wakker te blijven, 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 doorgaans versneden met cafeïne. In afgelopen jaren werd ook geregeld 4-fluoramfetamine (4-FA) gevonden in monsters verkocht als amfetamine, maar dit middel kent nu ook een aparte gebruikersmarkt (zie ook hoofdstuk 8).

Amfetamine wordt in Nederland meestal geslikt of gesnoven en soms geïnjecteerd. Methamfetamine (crystal meth, ice, tina) wordt gesnoven of gerookt (gebased), maar kan ook worden geïnjecteerd. Gebruik ervan in Nederland is sporadisch, en beperkt tot enkele groepen, zoals mannen die seks hebben met mannen. Dit hoofdstuk gaat met name over de 'gewone' amfetamine.

7.1 Laatste feiten en trends

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

- Rond 1 op de 25 Nederlanders van 18 jaar en ouder gebruikte ooit amfetamine, minder dan een derde van hen gebruikte het in het afgelopen jaar (§ 7.2).
- Amfetamine is in de algemene bevolking en onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen minder populair dan ecstasy (§ 7.2, § 7.3).
- In het uitgaansleven is het gebruik wel gestegen sinds 2006, althans in Amsterdam, maar zijn er signalen voor een stabilisering (§ 7.3).
- Het gebruik van amfetamine onder scholieren van het voortgezet onderwijs is tussen 2003 en 2015 gehalveerd (§ 7.3).
- Er zijn signalen dat gebruik van *meth*amfetamine en het injecteren van drugs onder bepaalde groepen mannen die seks hebben met mannen toeneemt. Landelijke cijfers ontbreken en deskundigen schatten in dat de groep gebruikers klein is (§ 7.3).
- Het aantal amfetaminecliënten in de verslavingszorg steeg tussen 2006 en 2014, en bleef in 2015 op hetzelfde niveau (§ 7.6). Het aandeel in de verslavingszorg blijft relatief beperkt.
- Gezondheidsincidenten na (alleen) amfetaminegebruik worden relatief weinig gemeld (§ 7.6).
- Het gehalte amfetamine in poeders aangekocht als amfetamine steeg tussen 2012 en 2013 en bleef in 2014 en 2015 stabiel hoog (§ 7.8).

7.2 Gebruik: algemene bevolking

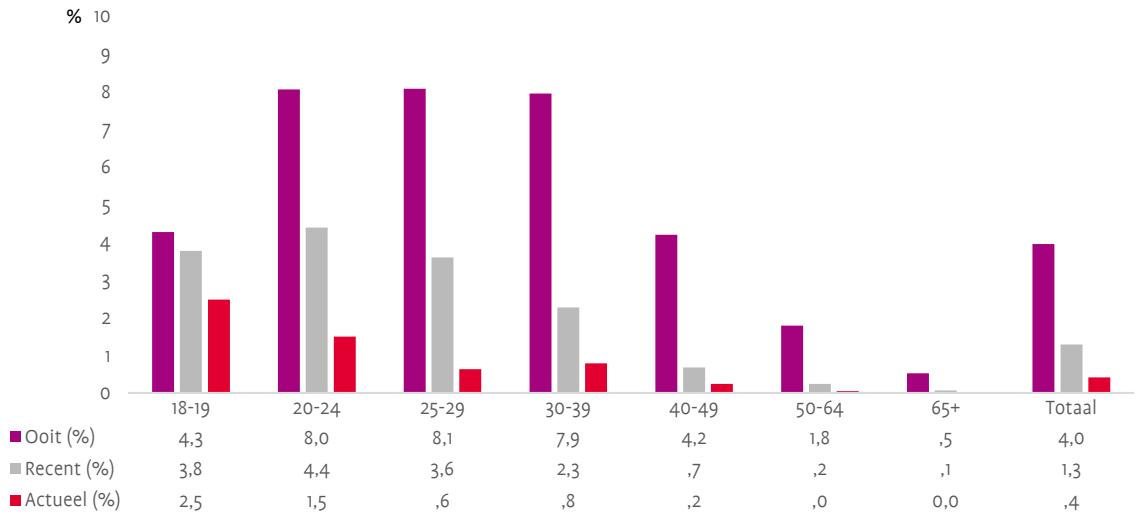
In het afgelopen decennium is het drugsgebruik in de algemene bevolking herhaaldelijk gemeten. Vanaf 2014 worden jaarlijks vergelijkbare cijfers verzameld in de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor uitgevoerd door het CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut (zie bijlage D.2). Vanwege wijzigingen in onderzoeksmethode zijn deze cijfers niet vergelijkbaar met die uit eerdere peilingen. In dit hoofdstuk beschrijven wij gegevens voor de volwassen bevolking van 18 jaar en ouder. Omdat voor 2014 alleen gegevens beschikbaar zijn voor 15-64-jarigen, wordt aan het einde van deze paragraaf binnen deze leeftijdsgroep een vergelijking gemaakt tussen 2014 en 2015. Cijfers voor drugsgebruik onder jongeren worden in paragraaf 3.3 op basis van scholierenonderzoeken gerapporteerd.

- Vergeleken met ecstasy hebben veel minder mensen ooit of recent amfetamine gebruikt. Het percentage amfetaminegebruikers ligt net onder dat van cocaïne (zie § 4.2).
- 4,0% van de volwassenen heeft ooit wel eens amfetamine gebruikt, 1,3% deed dit nog in het afgelopen jaar (recent gebruik), 0,4% de afgelopen maand (actueel gebruik). Dat komt (afgerond op tienduizendtallen) neer op respectievelijk:
  - 520 duizend ooitgebruikers (95% betrouwbaarheidsinterval 460 duizend – 590 duizend);
  - 170 duizend volwassenen die het afgelopen jaar amfetamine gebruikten (95% betrouwbaarheidsinterval 130 duizend – 210 duizend);
  - 50 duizend gebruikers in de afgelopen maand (95% betrouwbaarheidsinterval 40 duizend – 80 duizend).

Leeftijd en geslacht

- Voor amfetamine is het percentage gebruikers hoger onder mannen dan vrouwen. Voor amfetamine is het ooitgebruik 6,5% onder mannen en 2,8% onder vrouwen, recent gebruik ligt op 2,0% versus 1,1%, en actueel gebruik op 0,7% onder mannen en 0,3% onder vrouwen.
- Figuur 7.1 laat zien dat in de leeftijdsgroepen 20-24 jaar, 25-29 jaar en 30-39 jaar het ooitgebruik van amfetamine ongeveer 8% is (7,9%-8,1%). Recent en actueel gebruik zijn het hoogst onder 18-24-jarigen.
- De gemiddelde leeftijd van volwassenen die afgelopen jaar amfetamine gebruikten is 30 jaar.

Figuur 7.1 Amfetaminegebruikers in Nederland per leeftijdsgroep. Peiljaar 2015



	18-19	20-24	25-29	30-39	40-49	50-64	65+	Totaal
Ooit (%)	4,3	8,0	8,1	7,9	4,2	1,8	,5	4,0
Recent (%)	3,8	4,4	3,6	2,3	,7	,2	,1	1,3
Actueel (%)	2,5	1,5	,6	,8	,2	,0	0,0	,4

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

Opleidingsniveau

- Hoog opgeleiden hebben meer ervaring met amfetaminegebruik dan lager opgeleiden (tabel 7.1).
- Voor amfetamine zijn de verschillen het grootst tussen de hoog en laag opgeleiden in recent gebruik (2,1% versus 0,6%) en actueel gebruik (0,6% versus 0,2%).

Grote steden

- Mensen die in (zeer) stedelijke gebieden wonen hebben ongeveer 1,5 keer vaker amfetamine gebruikt (4,6%) dan mensen in weinig stedelijke gebieden (2,8%); dit verschil is groter bij recent gebruik. Matig en (zeer) sterk stedelijke gebieden verschillen minder van elkaar in amfetaminegebruik.

Tabel 7.1 Amfetaminegebruik in de bevolking van 18 jaar en ouder naar opleidingsniveau en stedelijkheid. Peiljaar 2015

	Ooit (%)	Recent (%)	Actueel (%)
Totaal	4,6	1,3	0,5
Opleidingsniveau[I]			
Laag opgeleid	2,5	0,6	0,2
Middelbaar opgeleid	4,3	1,2	0,4
Hoog opgeleid	5,0	2,1	0,6
Stedelijkheid[II]			
(Zeer) sterk stedelijk	4,6	1,8	0,5
Matig stedelijk	4,0	1,3	0,5
Weinig/niet stedelijk	2,8	0,4	0,3

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: Laag opgeleid = basisonderwijs, LBO, MAVO, VMBO; Middelbaar opgeleid = MBO, HAVO, VWO; Hoog opgeleid = HBO of universiteit. II. Stedelijkheid gecategoriseerd naar aantal adressen per vierkante kilometer: (zeer) sterk = 1.500 of meer adressen; matig = 1.000 – 1.500 adressen; weinig = minder dan 1.000 adressen. III. In het afgelopen jaar. IV. In de afgelopen maand. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2015.

Trends

In de peiljaren tot en met 2014 werd het amfetaminegebruik gemeten in de bevolking van 15-64 jaar. Om het amfetaminegebruik in 2015 te kunnen vergelijken met het gebruik in 2014 wordt daarom een selectie gemaakt van respondenten van 15-64 jaar in 2015. De cijfers kunnen daarom verschillen van de cijfers in de paragrafen hiervoor. Vanwege de methodeverandering in 2009 en 2014 (zie begin deze paragraaf) is er over voorgaande jaren geen trend te bepalen. Toekomstige metingen zullen moeten uitwijzen of de verschillen tussen 2014 en 2015 zich ontwikkelen tot een trend.

- Hoewel het geschatte ooit en recente amfetaminegebruik onder 15-64-jarigen in 2015 iets hoger ligt dan in 2014, is dit verschil niet statistisch significant.

Tabel 7.2 Gebruik van amfetamine in Nederland onder mensen van 15-64 jaar. Peiljaren 2005, 2009[I], 2014[I] en 2015

	2005 (%)	Wijziging methode[I]	2009[I] (%)	Wijziging methode[I]	2014[I] (%)	2015 (%)
Ooitgebruik	2,1	…	3,1	…	4,6	4,7
Recent gebruik[II]	0,3	…	0,4	…	1,3	1,6
Actueel gebruik[III]	0,2	…	0,2	…	0,5	0,5

Aantal respondenten: 17.590 (1997), 2.312 (2001), 4.516 (2005), 5.769 (2009), 5.867 (2014), 7.238 van 18 jaar en ouder en 5.882 van 15-64 jaar (2015). … = Wijziging methode. 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, 2015.

7.3 Gebruik: jongeren

Scholieren

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

- Tussen 2003 en 2015 halveerde het percentage scholieren van 12-16 jaar dat ervaring had met amfetamine van 2,0% naar 1,1% (figuur 7.2). De daling tussen 2011 en 2015 was echter niet statistisch significant (Van Dorsselaer et al., 2016).
- Evenals voor andere harddrugs het geval is, bleef het percentage actuele amfetaminegebruikers onder scholieren in alle jaren laag. In 2015 had 0,6% in de afgelopen maand nog amfetamine gebruikt (figuur 7.2).

Figuur 7.2 Gebruik van amfetamine onder scholieren van het voortgezet onderwijs van 12-16 jaar, vanaf 2003

	Ooit				Recent				Actueel			
	2003	2007	2011	2015	2003	2007	2011	2015	2003	2007	2011	2015
Jongens	2,2	2,1	1,9	1,4	1,5	1,7	1,4	1,1	0,8	1,1	0,6	0,7
Meisjes	1,8	1,4	1,1	0,8	1,2	0,9	0,8	0,6	0,6	0,4	0,4	0,4
Totaal	2,0	1,8	1,5	1,1	1,4	1,3	1,1	0,9	0,7	0,8	0,5	0,6

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

Leeftijd en geslacht

- In 2015 had van de jongens 1,4% ervaring met amfetamine, van de meisjes 0,8% (figuur 7.2).
- In 2015 had op 12-jarige leeftijd 0,1% van de leerlingen ooit amfetamine geprobeerd en op 16-jarige leeftijd was dat 2,2% (Van Dorsselaer et al., 2016).

Studenten van het MBO en HBO

- In 2015 is het gebruik van amfetamine ook gemeten onder 16-18-jarige studenten van het MBO en HBO (Verdurmen et al., 2016): 4% heeft ooit amfetamine gebruikt, en 1% deed dit in de afgelopen maand.
- Het verschil in ooitgebruik van amfetamine tussen jongens (5%) en meisjes (3%) was niet statistisch significant.

Speciale groepen jongeren en (jong)volwassenen

In bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen bevinden zich naar verhouding meer gebruikers van amfetamine. Tabel 7.3 vat de resultaten samen van uiteenlopende studies. De cijfers zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. Bovendien zijn de responspercentages in onderzoek onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen vaak laag (tussen 15% en 25%) en zijn zij 'op locatie' of online geworven in plaats van via een representatieve steekproef uit de bevolking, waardoor een vertekening van de resultaten kan optreden. De uitkomsten geven wel een indicatie van verschillen tussen (risico)groepen jongeren en jongvolwassenen.

Uitgaande jongeren en jongvolwassenen

Amfetamine wordt vaker gebruikt door jongeren en jongvolwassenen die veel uitgaan dan door jongeren die niet uitgaan. Amfetamine wordt minder vaak gebruikt dan ecstasy. Dit blijkt uit zowel landelijke surveys als lokale studies.

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

- Een op de drie uitgaanders in dit onderzoek (33%) had ervaring met amfetamine, een kwart (25%) had het in het afgelopen jaar gebruikt en een op de acht deed dit in de afgelopen maand (12%).
- Voor de meerderheid (66%) van de recente gebruikers in dit onderzoek bleef het amfetaminegebruik beperkt tot één keer (28%) of een paar keer per jaar (38%). Ongeveer evenveel gebruikers namen amfetamine eens per maand (12%) en een paar keer per maand (13%). Vier procent rapporteerde eens per week te gebruiken, 3% een paar keer per week en 1% (bijna) dagelijks.
- Amfetamine is evenals ecstasy een typische partydrug. Op de vraag waar recente amfetaminegebruikers tijdens het uitgaan het meest gebruiken noemde 81% een festival, op afstand gevolgd door een club (37%), feestje (32%), thuis (29%), of een café (12%). Een poppodium (2%) werd zelden genoemd. Respondenten konden maximaal 3 locaties aangeven.

Surveys in het Amsterdamse uitgaansleven lieten sinds 2006 onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen een toename van het gebruik van amfetamine zien. Sinds 2013 signaleren sleutelfiguren echter een stabilisering van de populariteit van amfetamine (Nabben et al., 2016).

- Het amfetaminegebruik zit volgens observaties van sleutelfiguren in het uitgaanscircuit in Amsterdam nu op hetzelfde piekniveau als midden jaren negentig. Zij verwachten echter de komende jaren een afname in het gebruik vanwege minder raves, de krimp van feestcollectieven en de economische opleving (waardoor duurdere middelen dan het relatief goedkope amfetamine weer binnen het budget passen) (Nabben et al., 2016).
- Amfetamine lijkt vooral populair bij jongere stapgroepen, in het dancemilieu, en in het extremere uitgaanssegment. Enkele sleutelfiguren zien dat amfetamine ook buiten de context van het uitgaan wordt gebruikt, "voor wat extra energie door de week" (Nabben et al., 2016). Ruim de helft gebruikt amfetamine maandelijks en een derde (bijna) wekelijks. Dagelijks gebruik is zeer beperkt.
- De Antenne-survey in 2015 onder coffeeshopbezoekers laat daarentegen zien dat van stabilisering van het gebruik onder coffeeshopbezoekers nog geen sprake is. Het recente (laatste jaar) gebruik steeg in deze groep van 5% in 2009 naar 15% in 2015 (Nabben et al., 2016). Het actuele (laatste maand) gebruik lag in 2015 op 5% en 30% had ooit amfetamine gebruikt, iets minder dan het ooit-cocaïnegebruik (34%). Twee derde (64%) van de amfetaminegebruikende coffeeshopbezoekers gebruikte het middel 1 of 2 keer in hun leven en 21% deed dit 10 keer of vaker.
- Ook de eerdere survey in 2013 onder clubbers en ravers zag nog een stijging. Hier steeg het actuele (laatste maand) amfetaminegebruik van 6% in 2008 naar 23% in 2013 (14% onder de clubbers en 34% onder de ravers) (Nabben et al., 2014). Onder Amsterdamse cafébezoekers steeg tussen 2010 en 2014 het percentage ooitgebruikers van amfetamine van 18% naar 34% en steeg het percentage actuele gebruikers van 2% naar 9% (Benschop et al., 2015).

In het Haagse Uitgaansonderzoek heeft een kwart (26%) van de respondenten ooit amfetamine gebruikt, het recente gebruik is 15% (Van Dijk en Reinerie, 2015). 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 werd gebruikt is 19 jaar. 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.

Methamfetaminegebruikers

In tegenstelling tot de Verenigde Staten, Zuidoost-Azië en een aantal EU-landen (Tsjechië, Slowakije) wordt methamfetamine in Nederland slechts sporadisch gebruikt.

- Van de coffeeshopbezoekers in de Amsterdamse Antenne-survey uit 2015 had 3,1% ooit methamfetamine gebruikt, 0,4% nog in het afgelopen jaar en niemand in de laatste maand (Nabben et al., 2016). De Antenne-survey onder clubbers en ravers uit 2013 liet zien dat 1,4% ooit met dit middel had geëxperimenteerd. Het recent en actueel gebruik lagen op respectievelijk 0,5% en 0,2% (Nabben et al., 2014).
- Er zijn signalen dat in underground gayscenes het gebruik van methamfetamine (crystal meth, 'tina') en het injecteren van deze en andere drugs ('slamming') in opkomst is (Knoops et al., 2015). Dit speelt zich meestal af in een seksuele setting (chemsex). Actuele cijfers over de omvang hiervan in Nederland ontbreken en deskundigen gaan ervan uit dat het slechts een kleine groep mannen betreft die seks hebben met mannen (MSM). Omdat de gebruikte drugs en de attributen die nodig zijn voor het injecteren veelal online worden aangeschaft, is de omvang niet te schatten op basis van gegevens van de reguliere spuitomruilprogramma's en andere bronnen uit de verslavingszorg (Knoops et al., 2015).
- Een groot, online, Europees gedragsonderzoek onder 180.000 MSM (de EMIS-studie) liet zien dat Amsterdam op de 4e plaats stond (na de Engelse steden Brighton, Manchester en Londen) van 44 grote Europese steden waar chemsex plaatsvindt (Schmidt et al., 2016). Chemsex was daarbij gedefinieerd als seks onder invloed van ketamine, GHB/GBL, mefedron, crystal meth, of een combinatie van deze middelen. Onder de ongeveer 1.000 Amsterdamse respondenten was het actuele methamfetaminegebruik (in de 4 weken voorafgaand aan het onderzoek) 2% en het recente methamfetaminegebruik (afgelopen 12 maanden) was 5%.
- De Amsterdamse Cohort Studies (ACS) verzamelen sinds 1984 prospectief gegevens van MSM (grotendeels hoog opgeleide, witte homomannen, gemiddeld 41 jaar). De meest recent beschikbare cijfers over het gebruik van methamfetamine tijdens seks stammen uit 2012. Toen antwoordde 1,9% van de 433 respondenten dat zij in de afgelopen zes maanden methamfetamine hadden gebruikt en in alle gevallen was dat tijdens seks (Knoops et al., 2015).
- Drugsgebruik in het kader van (langdurige) seks kan gepaard gaan met seksueel risicogedrag. In Londen is sprake van een groeiende groep MSM die slammen en hiv en hepatitis C oplopen. Deskundigen verwachten dat deze ontwikkeling ook in Nederland zal plaatsvinden (Knoops et al., 2015; zie verder § 7.7).
- Bovenstaande cijfers onderschrijven dat het gebruik van methamfetamine door MSM niet omvangrijk is. Cijfers van het DIMS (zie § 7.8) suggereren eveneens dat het gebruik van methamfetamine in Nederland beperkt is. Echter, eerder bleken MSM trendsettend in het gebruik van onder andere ecstasy en GHB, en daarom is goede monitoring gewenst.

Probleemjongeren

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

- Volgens oudere cijfers uit 2009 gebruiken jongens in justitiële jeugdinrichtingen beduidend vaker amfetamine, voorafgaand aan hun detentie, dan hun leeftijdsgenoten 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 16% in 2008 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 3% van de dakloze jongeren (18-23 jaar) in de afgelopen maand amfetamine gebruikt (Van Straaten et al., 2012). Van hen deed 70% mee aan de vervolgmeting in 2013. Het middelengebruik was onder deze deelnemers wat hoger: op beide meetmomenten gebruikte 5% amfetamine. In 2013 was slechts 3% nog dakloos; 43% was gehuisvest en 11% 'marginaal' gehuisvest (bijvoorbeeld tijdelijk bij familie of vrienden).

Tabel 7.3 Gebruik van amfetamine in speciale groepen

	Locatie	Peiljaar	Gemiddelde leeftijd (jaar)	Ooit (%)	Actueel (%)
Uitgaande jongeren en jongvolwassenen					
Bezoekers van party's, festivals en clubs[I]	Landelijk	2016	22	33	12
Bezoekers van trendy clubs	Amsterdam	2008	25	24	6
Coffeeshopbezoekers	Amsterdam	2015	25	30	5
Bezoekers van cafés	Amsterdam	2010	27	18	2
		2014	27	34	9
Bezoekers van clubs en raves[II]	Amsterdam	2013	24	43	23
Uitgaanders	Den Haag	2014	24	26	9
Probleemjongeren					
Jongeren in de residentiële jeugdzorg	Landelijk	2008	15	16	3
Jongeren (alleen jongens) in justitiële jeugdinrichtingen[III]	Landelijk	2009	16	9	5
Dakloze jongeren	G4	2011	20	-	3
(Voormalig) dakloze jongeren[IV]	G4	2013	22	-	5
Jongeren in de jeugdzorg	Amsterdam	2012	16	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.

7.4 Problematisch gebruik

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

- Chronisch amfetaminegebruik kan leiden tot afhankelijkheid.
- 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 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* die het afgelopen jaar amfetamine hadden gebruikt, was 19% een probleemgebruiker.
  - Van de *clubbezoekers* die het afgelopen jaar amfetamine hadden gebruikt, was 21% een probleemgebruiker.

7.5 Gebruik: internationale vergelijking

Algemene bevolking

Tabel 7.4a en 7.4b presenteren gegevens over het gebruik van amfetamine in een aantal EU-lidstaten, Noorwegen, de Verenigde Staten, Australië en Canada.

In de meeste landen wordt geen onderscheid gemaakt tussen amfetamine en methamfetamine. In de EU speelt methamfetamine van oorsprong vooral een rol in Tsjechië en Slowakije, in sommige andere landen is het in opkomst (EMCDDA, 2016).

- In 2014 had in Nederland 4,4% van de bevolking van 15-64 jaar ervaring met amfetamine. Het percentage mensen dat ooit amfetamine heeft gebruikt loopt uiteen van minder dan 1% in Portugal tot 10,3% in het Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales). De schatting van 8,5% in de Verenigde Staten includeert ook het oneigenlijk gebruik van medicinale amfetaminen.
- Het percentage recente amfetaminegebruikers varieert van minder dan 0,1% in Portugal tot 2,1% in Australië.
- Het gebruik van amfetamine ligt in Nederland boven het Europees gemiddelde. In de leeftijdsgroep 15-64 jaar ligt het EU-gemiddelde op 0,5% recente gebruikers versus 1,3% in Nederland (EMCDDA, 2016).

Tabel 7.4a Consumptie van amfetamine onder de algemene bevolking van enkele lidstaten van de EU-15 en Noorwegen: leeftijdsgroepen 15-64 jaar en 15-34 jaar

Land		15-64 jaar		15-34 jaar	
		Ooit (%)	Recent (%)	Ooit (%)	Recent (%)
Zweden	2008	5,0	0,8	-	-
Ierland	2011	4,5	0,4	6,4	0,8
Nederland	2014	4,4	1,3	6,8	2,9
Noorwegen	2014	4,1	0,6	5,1	1,1
Spanje	2013	3,8	0,6	4,9	1,2
Finland	2014	3,4	1,1	5,7	2,4
Oostenrijk	2008	2,5	0,5	3,1	0,9
Frankrijk	2014	2,2	0,3	2,9	0,7
Portugal	2012	0,5	<0,1	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). Tabel is geordend op percentage ooitgebruikers (15-64 jaar). - = Gegevens ontbreken. Bron: EMCDDA.

Tabel 7.4b Consumptie van amfetamine onder de algemene bevolking van de Verenigde Staten, Australië en Canada en enkele lidstaten van de EU-15: overige leeftijdsgroepen[1]

Land	Jaar	Leeftijd	Ooit (%)	Recent (%)
Verenigde Staten	2014	12 en ouder	8,5	1,4
Australië	2013	14 en ouder	7,0	2,1
Canada	2012	15 en ouder	4,1	-
Verenigd Koninkrijk[1]	2014	16 - 59	10,3	0,6
Denemarken	2013	16 - 64	6,6	0,6
Duitsland	2012	18 - 64	3,1	0,7
Italië	2014	18 - 64	2,8	0,2

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen. Percentage gebruikers ooit in het leven en recent (laatste jaar). 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. 1. Verenigd Koningrijk: Engeland en Wales. 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 7.5 toont het gebruik van amfetamine in een aantal landen van de EU, Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde Staten. Dit laatste land deed niet mee aan de ESPAD maar voerde vergelijkbaar onderzoek uit (Hibell et al., 2004, 2009, 2012; Kraus et al., 2016).

- Van de in tabel 7.5 genoemde landen was in 2015 het ooitgebruik van amfetamine het hoogst in Ierland en Oostenrijk (3%). Nederland nam met 2% een middenpositie in, maar de verschillen tussen landen zijn klein.
- Voor 34 onderling vergelijkbare Europese landen kwam het (ongewogen) gemiddelde van het percentage ooitgebruikers op 2%.

Tabel 7.5 Consumptie van amfetamine onder scholieren van 15 en 16 jaar in een aantal lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde Staten[I]. Peiljaren 2003, 2007, 2011 en 2015

	2003 (%)		2007 (%)		2011 (%)		2015 (%)
Land	Ooit	Recent	Ooit	Recent	Ooit	Recent	Ooit
Ierland	1	0	3	2	2	2	3
Oostenrijk	4	4	8	-	-	-	3
België[II]	2	1	5	5	4	3	2
Frankrijk	3	-	4	4	4	3	2
Italië	3	2	4	2	2	2	2
Griekenland	0	0	3	2	2	1	2
Nederland	1	1	2	1	1	1	2
Portugal	3	2	2	3	3	2	1
Denemarken[IV]	4	3	5	2	2	1	1
Zweden	1	1	2	1	2	1	1
Spanje[IV]	4	3	3	1	2	1	1
Noorwegen	2	1	1	1	1	1	1
Finland	1	0	1	1	1	1	1
Verenigde Staten[I]	13	9	11	9	7	5	-
Duitsland[III]	5	3	5	4	3	3	-
Verenigd Koninkrijk[V]	3	2	2	-	-	-	-
Zwitserland	3	2	3	-	-	-	-

Percentage gebruikers ooit in het leven en recent (in het laatste jaar). Tabel is geordend op percentage ooitgebruikers in 2015. - = 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, Denemarken vanaf 2015 weer representatief. V. Verenigd Koninkrijk niet voor 2011 vanwege te lage respons (slechts 6% van de scholen). Bron: ESPAD.

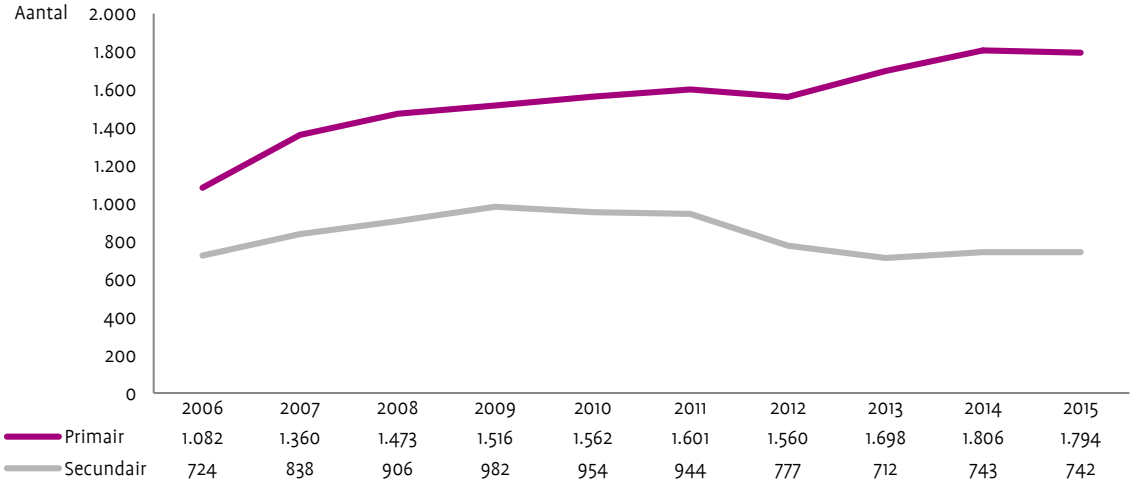
7.6 Hulpvraag en incidenten

Verslavingszorg

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

- Het aantal cliënten met amfetamine als primair probleem steeg tussen 2006 en 2014 naar 1.806 (+67%), en bleef in 2015 op dit niveau (figuur 7.3).
- Het aandeel van amfetamine in alle hulpvragen voor drugsproblematiek bleef relatief beperkt, maar steeg tussen 2006 en 2014 van 4% naar 5% en steeg verder naar 6% in 2015.
- Per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder steeg het aantal primaire amfetaminecliënten van 8 in 2006 naar 13 in 2014 en 2015.
- In 2015 was ongeveer 1 op de 4 primaire amfetaminecliënten een nieuwkomer (23%). Deze nieuwkomers werden ingeschreven in 2015 en stonden niet eerder ingeschreven bij de verslavingszorg.
- Van de 1.794 primaire amfetaminecliënten stond bij 1.010 cliënten (56%) naast hun primaire problematiek ook een secundaire problematiek geregistreerd. Bij de secundaire problematiek ging het om cannabis (35%), alcohol (20%), cocaïne of crack (13%), ecstasy (9%), GHB (5%), slaap- en kalmeringsmiddelen (5%), of nicotine (3%).
- Voor 742 cliënten was amfetamine in 2015 een secundair probleem. Voor deze groep was het primaire probleem cannabis (35%), alcohol (28%), cocaïne of crack (13%), GHB (9%), of heroïne (7%).

Figuur 7.3 Aantal cliënten bij de verslavingszorg met primaire of secundaire amfetamineproblematiek, vanaf 2006



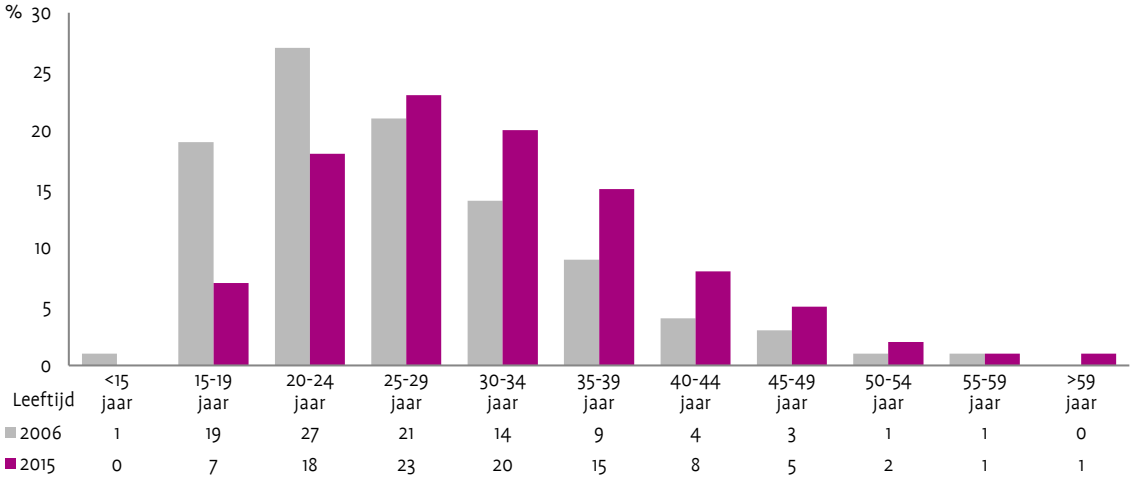
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Primair	1.082	1.360	1.473	1.516	1.562	1.601	1.560	1.698	1.806	1.794
Secundair	724	838	906	982	954	944	777	712	743	742

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

Leeftijd, geslacht en opleiding

- In 2015 waren bijna 8 van de 10 primaire amfetaminecliënten man (77%).
- De gemiddelde leeftijd was 31 jaar, iets hoger dan in 2006 (27 jaar). In 2015 lag de piek in de leeftijdsgroep 25-29 jaar; in 2006 lag de piek in de leeftijdsgroep 20-24 jaar (figuur 7.4).
- In 2015 had 49% van de primaire amfetaminecliënten geen opleiding afgerond of een lagere opleiding afgerond, 40% had een middelbare opleiding en 11% had een hogere opleiding afgerond. (Voor de verklaring van lagere, middelbare en hogere opleiding, zie in bijlage A onder: Cliënt LADIS.)

Figuur 7.4 Leeftijdsverdeling van de primaire amfetaminecliënten bij de verslavingszorg, in 2006 en 2015



Leeftijd	<15 jaar	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	>59 jaar
2006	1	19	27	21	14	9	4	3	1	1	0
2015	0	7	18	23	20	15	8	5	2	1	1

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

Algemene ziekenhuizen

De Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ; voorheen Landelijke Medische Registratie, LMR) bevat gegevens over de opnames in algemene ziekenhuizen, waarbij middelengebruik als hoofddiagnose of als nevendiagnose kan zijn geregistreerd. In 2013 wijzigde zowel de registratiemethode als de bijschattingsmethode (zie bijlage D.4: LBZ). In de LBZ worden de opnames anoniem geregistreerd in ICD-9 codes (tot 2013) en in ICD-10 codes (vanaf 2013). Net als de ICD-9 codering maakt de ICD-10 codering binnen de psychostimulantia geen onderscheid tussen amfetamine, ecstasy en andere psychostimulantia. Voor de ziekenhuisopnames zijn daarom de patiënten met een amfetamineprobleem samengenomen met de patiënten met een ecstasyprobleem. Zie voor deze gegevens hoofdstuk 6.

Incidenten

Sinds 2009 houdt de Monitor Drugsincidenten MDI (zie bijlage D.6) actuele gegevens bij over de aard en omvang van drugsgerelateerde gezondheidsincidenten in Nederland (Wijers et al., 2016). Sinds dit jaar worden ook de cijfers vermeld over SEH-behandelingen voor drugs in de ziekenhuizen uit het Letsel Informatie Systeem (LIS) van VeiligheidNL.

- In 2015 werden in de peilstations in totaal 4.661 drugsincidenten gemeld, waarvan 445 incidenten waarbij amfetamine betrokken was en 119 incidenten met amfetamine als enige drug.

- In tabel 7.6 worden de amfetamine-incidenten samengevat over de periode 2009-2015. In deze periode werden in totaal 23.403 unieke drugsincidenten gemeld bij de MDI en 3.891 bij het LIS, waarvan 772 incidenten met amfetamine als enige drug.
- 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. 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.
- De cijfers schommelen licht over de jaren en laten geen duidelijke trend zien.

Tabel 7.6 Incidenten met amfetamine als enige drug geregistreerd door de Monitor Drugsincidenten (MDI), 2009-2015

	Ambulances	SEH-MDI-ziekenhuizen	SEH-LIS-ziekenhuizen	Politieartsen	EHBO
Aantal incidenten (% van het totaal binnen de dienst)	161 (2)	105 (3)	135 (3)	97 (5)	274 (3)
Man (%)	74	71	75	87	68
Leeftijd: <25 jaar (%)	36	41	42	23	72
Mate van intoxicatie*					
Licht (%)[I]	30	42	-	50	87
Matig (%)[II]	58	39	-	36	11
Ernstig (%)[III]	12	19	-	14	3

*Percentages berekend op de bekende aantallen. Vanwege afronding tellen de percentages niet overal exact op tot 100%. I. Licht: goed aanspreekbaar, gebruik merkbaar in gedrag. II. Matig: onvoldoende aanspreekbaar, duidelijk onder invloed. III. Ernstig: niet aanspreekbaar vanwege (sub)comateuze toestand of geagiteerd/agressief gedrag, eventueel in combinatie met gestoorde vitale parameters (zoals hartslag, bloeddruk en ademhalingsfrequentie). Bron: MDI, Trimbos-instituut (Wijers et al., 2016).

7.7 Ziekte en sterfte

Ziekte

De risico's van amfetaminegebruik zijn onder te verdelen in acute en chronische risico's en kunnen van lichamelijke of psychische aard zijn. Daarnaast kan het gebruik grote sociaalmaatschappelijke gevolgen hebben.

Lichamelijke risico's van amfetaminegebruik

In het acute (direct na gebruik) en subacute (binnen enkele dagen na gebruik) stadium van amfetaminegebruik zijn lichamelijke complicaties over het algemeen mild, al kunnen levensbedreigende ontregelingen van organen (hart, hersenen, lever, nieren) en systemen (zoals bloedcirculatie en temperatuurregulatie) ontstaan. De complicaties zijn niet altijd gerelateerd aan de dosis; ook individuele aanleg en omgevingsfactoren kunnen een rol spelen. Beruchte complicaties op lange termijn zijn uitputting, gewichtsverlies en ondervoeding en schade aan hart en vaten, zenuwstelsel en longen.

- Net als bij ecstasygebruik is hyperthermie (oververhitting) een zeer bedreigend acuut risico van amfetaminegebruik met kans op dodelijke afloop (zie § 6.7).

- Zowel na eenmalig als bij chronisch gebruik kan amfetamine leiden tot een versnelde hartslag, hartritmestoornissen, een verhoogde bloeddruk, een hart- of herseninfarct, een verminderde pompfunctie van het hart en andere stoornissen aan hart en vaten. Bij grote lichamelijke inspanning kan een plotselinge hartdood optreden (Carvalho et al., 2012).
- Leverfalen kan variëren van milde vormen van geelzucht tot het massaal afsterven van levercellen. Soms is een levertransplantatie noodzakelijk of is de leverschade fataal (Selim en Kaplowitz, 1999).
- Na langdurig gebruik van amfetamine kunnen ernstige oververmoeidheid, lichamelijke uitputting, verminderde conditie en gewichtsverlies ontstaan. Door verminderde weerstand en een tekort aan voedingsstoffen gaan nagels afbrokkelen en tanden loszitten (Iversen, 2008).
- Als gevolg van dwangmatige bewegingen, zoals tandenknarsen of kauwbewegingen, kunnen amfetaminegebruikers een slecht gebit krijgen en wonden krijgen op hun tong en wangslijmvlies door de constante irritatie.
- Regelmatig snuiven van amfetamine geeft beschadiging van het neusslijmvlies en chronische verkoudheid, recidiverende bloedneuzen en verlies van reukvermogen. Roken (basen) van amfetamine veroorzaakt schade aan longen en ademhalingsproblemen. Injecteren verhoogt de kans op bloedoverdraagbare infecties, zoals hiv en hepatitis B en C. Roken en injecteren van amfetamine komt in Nederland echter zelden voor (zie hierna, en § 7.3).

Methamfetamine en infectieziekten

Gegevens uit de *MSM Observational Study of Acute Infection with hepatitis C* (MOSAIC studie) uit Amsterdam, Utrecht en Rotterdam suggereren een verband tussen methamfetaminegebruik en een acute hepatitis C infectie.

- Van 213 deelnemers tussen 2009 en 2014 (82 hiv-positieve MSM met een acute hepatitis C infectie en 131 zonder hepatitis C) gebruikten 15 personen (7%) methamfetamine in de voorgaande zes maanden voor of tijdens seks (Knoops et al., 2015). Veertien van hen hadden een acute hepatitis C infectie opgelopen en 1 niet. Van deze 15 personen rookten 9 de drug, 4 snoven deze, 2 injecteerden en 4 brachten het middel anaal in (enkele personen gebruikten verschillende toedieningsroutes).
- Of de overdracht van het hepatitis C virus heeft plaatsgevonden via het drugsgebruik of door seksueel risicogedrag, is niet vast te stellen.

Vice versa zijn er signalen dat hiv-positieve mannen vaker methamfetamine en andere drugs gebruiken dan hiv-negatieve mannen.

- Het *MSM Screening project* (MS2-project) van GGD Amsterdam, dat onder andere het effect van drugsgebruik op soa- en hiv-overdracht onder hoogrisico MSM onderzoekt, vond onder de deelnemers relatief veel chemsex (Achterbergh, 2015).
- Van de 148 deelnemers tussen januari 2014 en april 2015 (72 hiv-negatief, 76 hiv-positief, mediane leeftijd respectievelijk 37 en 45 jaar; twee derde universitair opleidingsniveau) gaf 70% aan harddrugs te gebruiken en bij 90% van hen was dat tijdens seks. Gebruik van methamfetamine in de afgelopen zes maanden werd bij het eerste bezoek aan de studie door 13% gemeld en in 95% van deze gevallen was dat tijdens seks.
- Hiv-positieve MSM (17%) hadden vaker methamfetamine gebruikt dan hiv-negatieve MSM (9%). Bij 53% van de methamfetamine-gebruikers werden een of meer soa-diagnoses gesteld, opvallend hoger dan de 28% soa-diagnoses bij MSM die geen methamfetamine gebruiken. Deze cijfers moeten echter voorzichtig worden geïnterpreteerd vanwege het kleine aantal methamfetamine-gebruikers (19).

Psychische risico's van amfetaminegebruik

Amfetaminegebruik kan leiden tot afhankelijkheid en misbruik en kan volgens de DSM de oorzaak zijn van angst- en stemmingsstoornissen, psychotische stoornissen, delirium en slaap- en seksuele stoornissen. Ontwenning van amfetamine kan psychiatrische verschijnselen veroorzaken. Amfetaminegebruik kan bovendien bestaande psychiatrische ziekten uitlokken.

- Bij regelmatig amfetaminegebruik neemt de gevoeligheid voor het ontwikkelen van een psychose toe (Iversen, 2008). Het ontwikkelen van een psychose lijkt samen te hangen met de totale hoeveelheid gebruikte amfetamine en het aantal malen dat men amfetamine heeft gebruikt (Shoptaw et al., 2008). Bij een chronisch 'binge'-patroon (in korte tijd hoge doseringen), zoals bij injecterend gebruik, kan een psychose zich in enkele maanden ontwikkelen.
- De relatie tussen amfetaminegebruik en psychose is echter complex en nog niet volledig opgehelderd. Verschillende genen lijken de gevoeligheid voor zowel schizofrenie als een amfetamine-psychose te vergroten en er lijkt sprake van een gemeenschappelijke kwetsbaarheid (Bramness et al., 2012).
- Chronisch amfetaminegebruik zou mogelijk ook schade kunnen veroorzaken in het transport van de neurotransmitter dopamine, waardoor chronische amfetaminegebruikers een verhoogd risico hebben op depressie. Het is onduidelijk wat de omvang van deze schade bij mensen is en of deze onomkeerbaar is (Iversen, 2008).

Sterfte

Het precieze aantal sterfgevallen door het gebruik van amfetamine is niet bekend. Er bestaat geen landelijke of verplichte registratie specifiek voor drugsgerelateerde sterfgevallen en de bestaande registraties zullen vrijwel zeker een onderschatting geven van het werkelijke aantal (zie bijlage D.1). Sterfgevallen na amfetaminegebruik in de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS vallen onder dezelfde code als andere stimulerende middelen, zoals ecstasy, cafeïne, efedrine en khat.

- Het totaal aantal geregistreerde sterfgevallen in deze verzamelcategorie varieerde tussen 2004 en 2012, volgens de strikte EMCDDA-definitie, van 1 tot 5 per jaar. Vanwege de overgang in 2013 naar automatische codering, kan het aantal van 2013 niet rechtstreeks vergeleken worden met de aantallen uit de voorafgaande jaren.
- In 2013 registreerde het CBS, volgens de strikte EMCDDA-definitie, 4 gevallen. In 2014 werden 14 gevallen binnen deze verzamelcategorie 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 had plaatsgevonden). Zoals genoemd kan het hier gaan om zowel amfetamine, ecstasy (MDMA), of andere stimulantia (cocaïne uitgezonderd).

Alleen wanneer er een strafrechtelijk onderzoek plaatsvindt, of de nabestaanden daarom vragen, onderzoekt het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) een overlijdensgeval op alcohol, drugs, geneesmiddelen en bestrijdingsmiddelen.

- In de overlijdensgevallen waarbij gerechtelijke sectie en toxicologisch onderzoek heeft plaatsgevonden, is amfetamine zowel in 2012 en 2013 in 3 gevallen aangewezen. In 2014 was amfetamine in geen enkel geval aangewezen als middel dat een rol kan hebben gespeeld bij het overlijden. In 2015 werd amfetamine aangewezen in 5 gevallen en werd in 1 geval methamfetamine aangewezen. 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 totaal aantal gerechtelijke secties door het NFI daalde (van 338 in 2013 naar 285 in 2015), alsook het aantal waarbij toxicologisch onderzoek plaatsvond (van 250 in 2013 naar 205 in 2015).

Amfetamine speelt ook in andere Europese landen een ondergeschikte rol in de drugssterfte, althans voor zover hierover gegevens beschikbaar zijn (EMCDDA, 2015).

7.8 Aanbod en markt

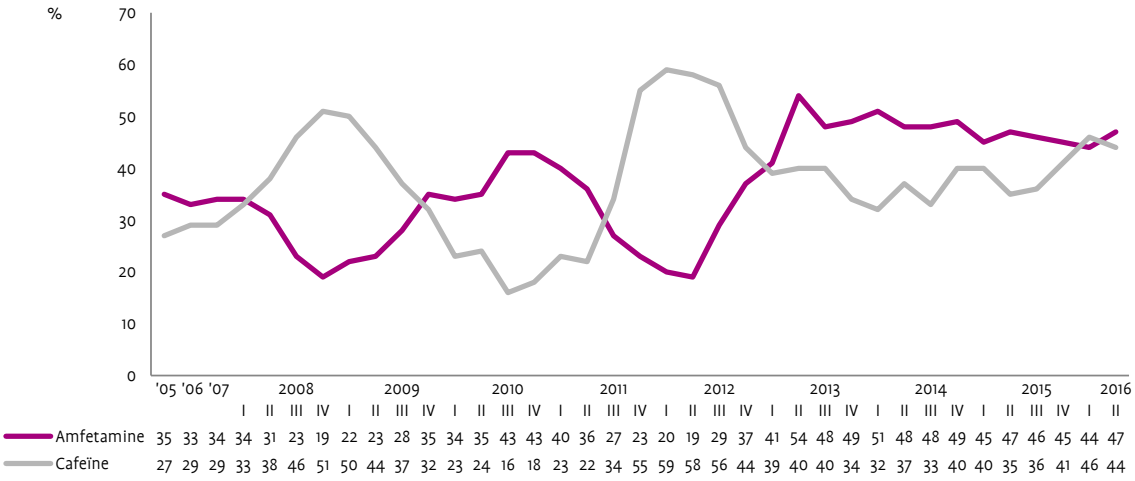
Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) onderzoekt welke stoffen aanwezig zijn in drugsmonsters die bij instellingen voor verslavingszorg worden ingeleverd (Van der Gouwe en Rigter, 2016). Een deel van deze monsters (pillen) wordt op basis van bepaalde kenmerken, zoals logo, gewicht en diameter, herkend bij de instellingen zelf. Monsters met onbekende samenstelling en alle monsters in poedervorm worden doorgestuurd naar het laboratorium voor chemische analyse.

Samenstelling 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 2015 werden 924 poeders die als amfetamine zijn gekocht in het laboratorium geanalyseerd.

- Het overgrote deel (96%) bevatte in 2015 amfetamine (zonder methamfetamine), ongeveer net zo veel als de afgelopen vier 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 bevatten zes als 'amfetamine' gekochte poeders (ook) methamfetamine, waarvan vijf uitsluitend methamfetamine bevatten.
- Cafeïne wordt vaak als versnijdingsmiddel aan de amfetamine toegevoegd om het te verzwaren en de effecten van amfetamine te simuleren. Versnijding met dit middel is vanwege de veel lagere prijs, vergeleken met amfetamine, veel lucratiever. In 2015 bevatte 49% van de amfetaminepoeders (ook) het versnijdingsmiddel cafeïne, meer dan in 2014 (39%) en 2013 (42%), maar veel minder dan in 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 7.5). 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 2015 bedroeg de concentratie amfetamine gemiddeld 46%. Dit komt overeen met de 49% in 2014 en 47% in 2013, maar is een stuk hoger dan in 2010 (39%), 2011 (30%) en 2012 (27%). In figuur 7.5 is duidelijk te zien dat de amfetaminemarkt aan fluctuaties onderhevig was en de laatste jaren een stabiel hoge zuiverheid laat zien.

Figuur 7.5 Gehalte amfetamine en cafeïne in speedpoeders, vanaf 2005



Percentage amfetamine en het versnijdingsmiddel cafeïne in speedpoeders die zowel amfetamine als cafeïne bevatten. Data zijn weergegeven per jaar van 2005-2007 en per kwartaal van 2008-2015. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

- Sinds 2009 wordt er geregeld 4-fluoramfetamine (4-FA) gevonden in monsters verkocht als amfetamine. In 2012 was dat nog 46 keer, maar de jaren daarna daalde het tot 3 keer in 2015 (zie ook onder 'Overige stoffen'). Echter, in 2015 werden 310 poeders bij het DIMS ter analyse aangeboden die *specifiek* verkocht zijn als 4-FA, en niet als 'vervuiling' van amfetamine of een andere drug (Linsen et al., 2015). Er lijkt een toename in het gebruik en gezondheidsincidenten te zijn vanwege dit middel (zie hoofdstuk 8).
- Vanaf 2010 werd de stof 4-methylamfetamine (4-MA) in toenemende mate in amfetaminemonsters aangetroffen met een piek van 191 keer in 2012 (in totaal 199 samples met 4-MA), soms ook als hoofdstof (zie hoofdstuk 8). Sinds 4-MA vanwege gezondheidsincidenten via een spoedprocedure op lijst I van de Opiumwet geplaatst werd in 2012, is ook het aantal keer dat deze stof werd aangetroffen gedaald. In 2015 werd het middel in totaal 13 keer aangetroffen, waarvan 12 keer in monsters aangekocht als amfetaminepoeder, maar altijd in geringe hoeveelheden.

Prijzen

De Amsterdamse Antenne-monitor en het DIMS-project geven een indicatie van de prijs die een consument betaalt voor een gram amfetamine. De aankoopprijzen van amfetamine zijn de afgelopen jaren gestegen. Vaak zijn drugs in Amsterdam en andere grootstedelijke gebieden duurder dan in andere delen van Nederland.

- Consumenten die bij DIMS hun drugsmonster lieten testen betaalden in 2015 tussen de 1 en 50 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 was en het gehalte cafeïne hoog was (figuur 7.5). Hoewel een veranderde rapportagemethode in 2013 een vergelijking bemoeilijkt, is er sindsdien mogelijk een prijsdaling opgetreden van amfetaminemonsters (tabel 7.7).
- Volgens sleutelfiguren in het Amsterdamse uitgaansleven kostte een gram amfetamine in 2015 tussen de 5 en 20 euro en werd meestal rond de 10 euro betaald, gelijk aan 2014 (Nabben et al., 2016). In 2013 lag de prijs van amfetamine tussen de 10 en 15 euro (Nabben et al., 2014).
- Volgens de Antenne-monitor werd in 2015 in de gayscene tussen de 100 en 150 euro betaald voor een gram methamfetamine (Nabben et al., 2016).

Tabel 7.7 Prijzen[I] op consumentenniveau van amfetamine, vanaf 2008[II]

	2008	2009	2010	2011	2012	Wijziging methode[II]	2013[II]	2014	2015
Aantal monsters (n)	843	973	969	843	650	…	1.077	904	929
Gemiddelde (€)	6	8	6	8	9	…	8	7	7
Mediaan (€)	5	6	6	5	11	…	8	6	6
Minimum – maximum (€)	5-15	1-25	2-15	3-17	3-30	…	1-35	1-30	1-50

… = Wijziging methode. I. Prijs per gram amfetamine. II. In 2013 hanteerde DIMS een nieuwe rapportagemethode waarbij de prijs als continu in plaats van categoriaal werd uitgevraagd, hetgeen weinig impact heeft op de gemiddelde prijs en mediaan, maar wel de range van de prijs wijder maakt en non- respons reduceert. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

8. Nieuwe psychoactieve en andere stoffen

8.1	Laatste feiten en trends	▶ pagina 206
8.2	Gebruik: algemene bevolking	▶ pagina 206
8.3	Gebruik: jongeren	▶ pagina 206
8.4	Problematisch gebruik	▶ pagina 211
8.5	Gebruik: internationale vergelijking	▶ pagina 211
8.6	Hulpvraag en incidenten	▶ pagina 213
8.7	Ziekte en sterfte	▶ pagina 216
8.8	Aanbod en markt	▶ pagina 218

8. Nieuwe psychoactieve en andere stoffen

Inleiding

Geregeld verschijnen er stoffen op de (Europese) markt die qua werking vergelijkbaar zijn met de 'traditionele' illegale drugs, maar (nog) niet onder de drugswetgeving vallen en vaak worden geproduceerd om deze te omzeilen (Koning en Niesink, 2013). Voorheen werden deze stoffen aangeduid als 'legal highs', 'research chemicals' of 'designer drugs', en tegenwoordig met de term Nieuwe Psychoactieve Stoffen (NPS, zie § 15.1). 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. Doorgaans is weinig bekend over het gebruik en de risico's van NPS.

Op dit moment staan 560 NPS geregistreerd in het Europese Early Warning System van het EMCDDA, waarvan 98 nieuwe registraties in 2015. Meestal blijft het gebruik van NPS beperkt tot een kleine gebruikersgroep en is het een tijdelijk fenomeen. Slechts van een enkel middel lijkt het gebruik wat bestendiger. Desondanks is de NPS markt de afgelopen jaren sterk toegenomen en daarmee het risico op (soms fatale) gevolgen voor de volksgezondheid. Het gebruik lijkt onder bepaalde risicogroepen, zoals uitgaande jongeren, mannen die seks hebben met mannen, injecterend drugsgebruikers en gevangenen, relatief hoog te zijn. Internationaal worden interventies geïnitieerd om gezondheidsschade in deze risicogroepen te beperken. Op geleide van signalen voor schade voor de volksgezondheid zijn in de afgelopen jaren op Europees niveau of door de Verenigde Naties voor een aantal middelen risicobeoordelingen uitgevoerd. Deze hebben geleid tot een advies voor het onder controle brengen van deze middelen onder de nationale drugswetgeving (EMCDDA, 2016). Zo zijn naar aanleiding van risicobeoordelingen door de Wereldgezondheidsorganisatie per 1 januari 2016 de volgende middelen op lijst I van de Nederlandse Opiumwet geplaatst: 25B-NBOMe, 25C-NBOMe, JWH-018, AM-2201 en methylon (§ 2.1). In 2015 zijn alleen 25B-NBOMe (5 keer) en methylon (8 keer) op de Nederlandse gebruikersmarkt aangetroffen (§ 8.8).

Vanwege het in rap tempo verschijnen en verdwijnen van stoffen en veranderingen in (inter)nationale wetgeving is NPS een fluïde begrip. In dit hoofdstuk wordt de NPS definitie van het Meldpunt Nieuwe Drugs (zie Bijlage A) gehanteerd: synthetische stoffen met een psychoactieve werking die pas sinds kort op de drugsmarkt worden aangetroffen en nog niet onder de Opiumwet vallen (zoals 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, mefedron en methylon) worden in dit hoofdstuk beschreven (zie ook tabel 8.1). Deze middelen blijven ook op de lijst van middelen van het EMCDDA voor permanente monitoring.

Dit hoofdstuk vat gegevens samen voor een aantal (relatief) veel in Nederland voorkomende NPS, ingedeeld op grond van hun chemische structuur of farmacologische werking zoals dat internationaal (EMCDDA, UNODC) gebruikelijk is (zie tabel 8.1) (Koning en Niesink, 2013). Aangezien NPS een scala aan middelen aanduidt, loopt ook de werking uiteen. In Nederland is 4-FA tegenwoordig de meest gebruikte NPS; qua werking lijkt het middel op MDMA (ecstasy), maar heeft sterkere stimulerende- en minder entactogene/euforigene effecten (CAM, 2015; Linsen et al., 2015).

Tabel 8.1 NPS indeling met in Nederland voorkomende voorbeelden

NPS soort	Kenmerk	Voorbeelden[I]	Op lijst I NL Opiumwet
Fenylethylaminen	Lijken wat betreft structuur en werking op MDMA (ecstasy) en amfetamine.	2C-B	Sinds 1997
		4-Fluoramfetamine (4-FA)	Nee[II], wel in andere EU-landen
		6-APB	Nee[II]
		25I-NBOMe 25B- NBOMe, 25C- NBOMe	Sinds 1 juli 2015 Sinds 1 januari 2016
		4-methylamfetamine (4-MA)	Sinds 15 juni 2012 (spoedprocedure)
Tryptaminen	Hebben veelal een hallucinogeen effect en lijken op tryptaminen die in de natuur voorkomen, zoals psilocybine in paddo's.	DMT	Sinds 1966
		5-MeO-DMT	Nee[II]
Synthetische cathinonen	Zijn wat betreft werking vergelijkbaar met amfetamine (naam komt van 'cathinon', bestanddeel van de khatplant).	Mefedron (4-MMC/meow meow)	Sinds 9 mei 2012
		Methylon	Sinds 1 januari 2016
		α-PVP (flakka), 4-MEC	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 bijvoorbeeld 'Spice'	JWH-018 en AM-2201 sinds 1 januari 2016, andere 'spice' niet[II]
Piperazinen	Vormen een groep psychoactieve stoffen die voor het eerst werden aangetroffen op de ecstasymarkt en als zodanig werden verkocht.	mCPP	Nee[II]
		MT-45	Sinds 1 juli 2015
Overig	Onder andere obsolete geneesmiddelen en stoffen die van geneesmiddelen zijn afgeleid (bijvoorbeeld structuurvarianten van ketamine).	Methoxetamine (MXE)	Sinds 1 juli 2015

I. Onderstreepte middelen worden in dit hoofdstuk in meer detail besproken II. Deze stoffen vallen in Nederland niet onder de Opiumwet; het Europese Hooggerechtshof heeft bepaald dat NPS niet onder de Geneesmiddelenwetwet vallen (tenzij het een werkzame stof uit een geneesmiddel betreft, zoals ketamine) en daarmee vallen deze middelen nu onder de Warenwet.

8.1 Laatste feiten en trends

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

- Er zijn geen betrouwbare gegevens over het gebruik van NPS in de algemene bevolking in Nederland (§ 8.2).
- Een Europees onderzoek in 2015 onder scholieren van 15-16 jaar suggereert dat het gebruik van enige NPS onder Nederlandse scholieren op het niveau ligt van dat van harddrugs, zoals cocaïne en amfetamine (§ 8.3), en lager is dan het Europees gemiddelde (§ 8.5).
- Ook onder uitgaanders ligt het ooitgebruik van de meeste NPS op enkele procenten. Uitzonderingen daarop zijn 4-fluoramfetamine (4-FA) dat een plek onder de uitgaansdrugs lijkt te hebben ingenomen, en middelen zoals 2C-B en 4-MEC die qua gebruik tussen 4-FA en andere NPS in liggen (§ 8.3).
- De Monitor Drugsincidenten ziet weinig incidenten met NPS anders dan 4-FA. Het aandeel van 4-FA-incidenten is toegenomen in 2015. Het merendeel van de gebruikers had naast 4-FA ook een andere drug gebruikt, hetgeen met zwaardere intoxicaties gepaard gaat.
- Op gebruikersniveau is het aandeel NPS van alle drugsmonsters bij het DIMS in de afgelopen jaren toegenomen (§ 8.7). Van deze NPS wordt 4-fluoramfetamine (4-FA) het meest aangetroffen op de Nederlandse drugsmarkt, in 2009 als surrogaat van ecstasy en amfetamine, tegenwoordig als '*drug of choice*'.
- Via het DIMS worden steeds vaker monsters aangeleverd die via het internet zijn gekocht, het gaat dan vooral om NPS (§ 8.7).

8.2 Gebruik: algemene bevolking

Er zijn nog geen bevolkingscijfers beschikbaar over het gebruik van NPS in Nederland. Deze middelen worden in het kader van de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor 2016 meegenomen. In 2017 zullen hierover voor het eerst prevalentiecijfers beschikbaar zijn.

8.3 Gebruik: jongeren

Scholieren van het regulier onderwijs

In 2015 zijn voor het eerst vragen over het gebruik van NPS meegenomen in scholierenonderzoek naar middelengebruik in het Europese ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) onderzoek (zie ook § 8.5). Aan 15- en 16-jarige scholieren is gevraagd of ze ooit NPS hebben gebruikt. Hierbij moet worden opgemerkt dat het definiëren van NPS erg lastig is in surveys. NPS is in ESPAD als volgt beschreven: "Je kunt tegenwoordig soms ook 'nieuwe middelen' kopen die een zelfde soort effect hebben als wiet, hasj of ecstasy. Ze worden ook wel 'nieuwe psychoactieve stoffen', 'legal highs' of 'research chemicals' genoemd. Ze zijn er in verschillende soorten, zoals kruidenmengsel, drankjes, poeders, pillen of kristallen" (Kraus et al., 2016).

- Van de Nederlandse 15-16 jarige scholieren rapporteert 2% ooit een NPS gebruikt te hebben. Dit is voor jongens 3% en voor meisjes 2%, dit verschil is niet statistisch significant. Daarnaast weet 4% het antwoord niet (evenveel jongens als meisjes).
- Recent gebruik (in het laatste jaar) van NPS is 1% (1% voor jongens, 0% voor meisjes).
- Het gebruik ligt hiermee op het niveau van dat van cocaïne en amfetamine, maar lager dan voor ecstasy.

- Een andere studie in 2013 in 4 landen (Italië, Oekraïne, Montenegro en IJsland) naar de betrouwbaarheid van de antwoorden op de vraag naar NPS-gebruik liet zien dat gemiddeld ruim een kwart (28%) van de scholieren de vraag op een of andere wijze verkeerd interpreteerde (Hibell et al., 2015). Hoewel in Nederland de bekendheid met NPS (inmiddels) mogelijk groter is, suggereert deze studie dat de cijfers over het gebruik van NPS voorzichtig dienen te worden geïnterpreteerd.

Speciale groepen jongeren en jongvolwassenen

Hoewel er geen representatieve onderzoeken beschikbaar zijn over NPS gebruik onder de Nederlandse bevolking en onder Nederlandse uitgaande jongeren en jongvolwassenen, zijn in de afgelopen jaren wel kwantitatieve en kwalitatieve gegevens over het gebruik van NPS beschikbaar gekomen uit lokale onderzoeken en nationale web-surveys. Deze studies geven geen prevalentiecijfers van hét NPS gebruik onder Nederlandse uitgaande jongeren, maar brengen wel nieuwe trends in een moeilijk te bereiken populatie in meer detail in kaart.

Landelijke gegevens over het gebruik van NPS

In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2016 is via een websurvey het middelengebruik van 4.905 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 15-35 jaar in kaart gebracht. Twee vijfde (39%) van de deelnemers bezocht maandelijks een club en nog eens een vijfde (18%) deed dit wekelijks. Party's werden minder vaak bezocht; 60% deed dit in het afgelopen jaar minder dan maandelijks (Monshouwer et al., 2016). De respondenten van deze onderzoeken vormen geen representatieve steekproef van alle uitgaande jongeren en jongvolwassenen, en er zijn verschillen in de steekproeven van 2013 en 2016.

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

- In 2016 zijn vragen over het gebruik van 8 NPS opgenomen. De meest opmerkelijke bevinding was dat 3 van de 10 respondenten (29,2%) aangaf ervaring te hebben met 4-FA (tabel 8.2). Dit is fors hoger dan 9,9% in 2013. Ook het recent en actueel 4-FA-gebruik ligt in 2016 hoger dan in 2013, terwijl het gebruik van traditionele drugs zoals ecstasy en amfetamine juist lager ligt. Samen met de signaleringen in het Amsterdamse uitgaansleven (hier onder), de stijging in het aandeel 4-FA gerelateerde gezondheidsincidenten (§ 8.6) en als 4-FA aangekochte drugsmonsters (§ 8.8), suggereert dit resultaat een toename in 4-FA gebruik onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen.
- Het gebruik van 2C-B (14,8% ooitgebruik) ligt tussen dat van 4-FA en andere NPS in, ongeveer op het niveau van meer 'reguliere' middelen zoals GHB (13,8%, zie § 9.3).
- Zowel in 2013 als in 2016 is het percentage uitgaanders dat ooit, recent of actueel een van de andere NPS heeft gebruikt (respectievelijk ≤3,2%, ≤1,4% en ≤0,5%) vergeleken met 4-FA, 2C-B en traditionele drugs relatief laag.
- 4-FA lijkt evenals ecstasy een typische partydrug te zijn. Op de vraag waar recente 4-FA gebruikers tijdens het uitgaan het meest gebruiken noemde 90% een festival, op afstand gevolgd door een club (38%), thuis (12%) of een feestje (12%). Een poppodium (3%) of café (2%) werd zelden genoemd. Respondenten konden maximaal 3 locaties aan geven.

Tabel 8.2 Gebruik van NPS in Nederland door (frequente) bezoekers van party's, festivals en clubs van 15-35 jaar. Peiljaar 2016

		2016[11]	
	Ooit (%)	Recent (%)	Actueel (%)
2C-B	14,8	9,5	2,7
4-Fluoramfetamine	29,2	24,5	9,9
Mefedron	2,1	1,0	0,2
Methylon	1,5	0,9	0,2
Methoxetamine	2,2	1,4	0,3
6-APB (benzofury)	3,2	2,0	0,5
Spice	1,4	0,7	0,2
4-MEC	0,7	0,4	0,2

Percentage gebruikers ooit, recent (laatste jaar) en actueel (laatste maand). Zie tabel 8.1 voor een classificatie van deze NPS. Respondenten zijn primair geworven via websites voor uitgaanders en social media op basis van zelfselectie. Bron: Het Grote Uitgaansonderzoek 2016 (Monshouwer et al., 2016).

Lokale gegevens over het gebruik van NPS: Amsterdam

Op lokaal niveau zijn alleen gegevens beschikbaar van de Amsterdamse Antenne-monitor, waarin jaarlijks surveys onder wisselende groepen uitgaanders worden gehouden aangevuld met kwalitatieve gegevens van een panel van sleutelfiguren uit het uitgaansleven. In de meest recente rapportage uit 2015 signaleren deze sleutelfiguren dat 4-FA een vaste plek lijkt te hebben veroverd en dat de opmars uit 2013 lijkt door te zetten, terwijl het middel daarvoor vrijwel niet bekend was (Nabben et al., 2016). Buiten 4-FA blijft de belangstelling voor NPS, die in 2015 wel is toegenomen, ver achter bij traditionele middelen.

- Volgens sleutelfiguren vindt een deel van de gebruikers 4-FA een goed alternatief voor – of aanvulling op – ecstasy, terwijl anderen het een 'flauw aftreksel' vinden. Gebruikers zeggen dat 'je er niet zo lelijk of stoned van uit gaat zien als bij ecstasy', ze sneller herstellen na het gebruik en sommigen geloven dat een mildere high veiliger is. Enkele panelleden zeggen dat de huidige hoge dosering van ecstasy voor sommigen een reden is om over te stappen op het mildere 4-FA.
- Het tripmiddel 2C-B, dat qua werking tussen ecstasy en LSD ligt, wordt al sinds de jaren '90 genoemd in het Antennepanel, maar was in 2015 nieuw voor sommige panelnetwerken.
- De middelen 5-APB en 6-APB zijn minder bekend, nog niet van de Amsterdamse markt verdwenen, maar lijken ook niet populairder geworden.
- Mefedron is het meest bekende synthetische cathinon, dat in 2008-2009 op de markt kwam toen de ecstasymarkt onstabiel was (zie § 6.8 over deze schaarste aan ecstasy grondstoffen en lage dosering). Sinds 2013 werd het in nog maar enkele netwerken gesignaleerd, na een piek in 2011[1]. Methylon was een korte periode vóór mefedron populair, maar is sinds 2013 nagenoeg verdwenen.
- Methoxetamine lijkt op ketamine maar werkt volgens gebruikers langer, is sterker en heeft meer hallucinogene en eufore effecten. In 2013 vonden gebruikers het al een ongeschikte uitgaansdrug, met een grotere kans op paniekaanvallen en 'alles wat niet chill is aan ketamine wordt met methoxetamine uitvergroot'. In 2015 blijft de aanhang klein.

1 Mefedron werd op 9 mei 2012 op lijst I van de Opiumwet geplaatst.

De Antenne-monitor omvat jaarlijks een survey naar middelengebruik, waaronder NPS, onder wisselende groepen in het Amsterdamse uitgaansleven (tabel 8.3). In 2013 ging het om clubbers en ravers, in 2014 om cafébezoekers en in 2015 om coffeeshopbezoekers. Aangezien de markt voor NPS sterk veranderlijk is, is niet uitgesloten dat gegevens voor 2013 niet meer representatief zijn voor de huidige situatie. Verschillen tussen groepen uitgaanders zijn daarom lastig te duiden. Wel laten de gegevens in tabel 8.3 zien dat 2C-B en 4-FA van de geïnventariseerde NPS het meest populair zijn.

- De meest recente survey onder coffeeshopbezoekers laat zien dat in 2015 in totaal 18% van de coffeeshopbezoekers ooit een NPS (uit tabel 8.3) heeft gebruikt; 15% had recent gebruikt en 4% was een actuele gebruiker.
  - Meer dan de helft (58%) heeft nog nooit van synthetische cannabinoïden gehoord, 10% heeft het ooit gebruikt, 6% in het afgelopen jaar en 2% nog in de afgelopen maand. De helft van de ooitgebruikers kocht synthetische cannabis via een smartshop of headshop (50%), een kwart (27%) via internet.
  - Het gebruik van 4-FA komt vaker voor onder jongere coffeeshopbezoekers en bezoekers met Westerse achtergrond.
  - 2C-B lijkt iets minder populair dan 4-FA, maar het recent gebruik steeg van 2% in 2009 tot 8% in 2015.
- In 2014 had een vergelijkbaar aandeel (19%) van de cafébezoekers weleens één of meer NPS (uit tabel 8.3) gebruikt.
  - Onder jongeren en jongvolwassenen die Amsterdamse mainstream-, hippe-, studenten-, en gaycafés bezoeken, steeg tussen 2010 en 2014 het ooitgebruik van 2C-B van 5% naar 10% en van mefedron van 2% naar 5% (Benschop et al., 2015).
  - Zowel het ooit gebruik als recent gebruik van 4-FA was in 2014 12% en huidig gebruik 5%.
- Clubbers en ravers hadden in 2013 ook het meest ervaring met 4-FA en 2C-B.
  - Het actueel gebruik van 2C-B lag echter hoger dan voor 4-FA. Voor de meeste NPS in tabel 8.3 werd gevonden dat ravers vaker ervaring hadden met deze middelen dan clubbezoekers (geen statistisch significant verschil voor 6-APB en methylon). Een beperkte groep clubbers en ravers (3% tot 5%) heeft elk van de middelen in tabel 8.3 ooit gebruikt
  - Ooitgebruik van 4-FA kwam vaker voor onder studenten, nauwelijks onder 30-plussers en minder vaak onder niet-westerse personen.

Tabel 8.3 Gebruik van NPS in speciale groepen in Amsterdam. Peiljaren 2013, 2014, 2015

	Coffeeshopbezoekers Amsterdam 2015[I]			Cafébezoekers Amsterdam 2014[II]			Clubbers en ravers Amsterdam 2013[III]		
	Ooit (%)	Recent (%)	Actueel (%)	Ooit (%)	Recent (%)	Actueel (%)	Ooit (%)	Recent (%)	Actueel (%)
2C-B	12,4	8,4	1,3	10,3	5,5	1,5	18,6	13,6	6,0
4-Fluoramfetamine	12,8	11,5	3,1	12,4	11,5	5,4	15,2	8,8	1,4
Mefedron	2,7	1,8	0	5,4	1,9	0,6	9,3	2,4	0,6
2/3/4-FMC	0,4	0,4	0,4	1,0	0,6	0,2	-	-	-
Methylon	0,4	0	0	2,1	0,8	0,2	4,4	1,7	0,6
Methoxetamine	2,7	1,3	0	2,9	1,7	0,2	3,2	1,9	0,3
6-APB (benzofury)	0,9	0,9	0	2,9	1,9	0,4	5,1	3,8	0,6

Percentage gebruikers ooit, recent (laatste jaar) en actueel (laatste maand). I. 227 coffeeshop bezoekers van gemiddeld 25 jaar (18 tot en met 47 jaar). II. 523 Cafébezoekers van gemiddeld 27 jaar (14 tot en met 55 jaar). II. 663 clubbers en ravers van gemiddeld 24 jaar (16 tot en met 55 jaar) Antenne 2015 (Nabben et al., 2016); Antenne 2014 (Benschop et al., 2015) Antenne 2013, (Nabben et al., 2014), Bonger Instituut voor Criminologie, UvA.

In een wat oudere 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 voor 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. Een voorkeur voor stimulerende effecten ging samen met een sociale component (verbonden voelen, communicatief, niet individueel) en het effect moest beheersbaar zijn en niet 'te hard gaan'. Deze sociale component was minder belangrijk voor degenen met een voorkeur voor 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 populair lijkt in Nederland.
- 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; ze 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 et al., 2015).

In een websurvey in 2014 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. Voor de meerderheid (77%) waren de specifieke effecten de belangrijkste reden van 4-FA gebruik, slechts 18% gebruikte het vanwege de legale status.

- 4-FA werd meestal gebruikt tijdens het uitgaan, namelijk op festivals (33%), danceparty's (28%), clubs (16%) of afterparty's (11%).
- De meerderheid verkreeg 4-FA via vrienden (45%), 28% kocht het online, de rest via een andere weg.

Er is vrij weinig bekend over de effecten en risico's van 4-FA in mensen. Dierexperimenteel onderzoek suggereert dat 4-FA minder stimulerend en verslavend is in vergelijking met amfetamine (Marona-Lewicka et al., 1995; Negus et al., 2007), en mogelijk minder neurotoxisch is volgens recent celkweekonderzoek (Hondebrink et al., 2016). Humaan onderzoek ontbreekt vooralsnog.

8.4 Problematisch gebruik

Net als het totaal aantal gebruikers van NPS in Nederland, is het onbekend hoeveel probleemgebruikers van NPS er zijn, dus mensen die in hun dagelijks functioneren last krijgen van hun drugsgebruik of zelfs verslaafd raken. De enige indicaties die we vooralsnog hebben worden beschreven in § 8.6. Deze wijzen op een toename van geregistreerde acute gezondheidsincidenten gerelateerd aan 4- FA in de Monitor Drugsincidenten (MDI) en een beperkt (maar gestegen) aantal informatieverzoeken over 4-FA intoxicaties bij het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC).

8.5 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) (Lader, 2015).

Jongeren en jongvolwassenen

De ESPAD studie peilde in 2015 voor het eerst het gebruik van NPS onder 15- en 16-jarige scholieren van het middelbaar onderwijs (Kraus et al., 2016) (zie § 8.3). Tabel 8.4 toont het gebruik van NPS in een aantal landen van de EU. Zoals genoemd in paragraaf 8.3 moeten de cijfers voorzichtig worden geïnterpreteerd. Jongeren hebben mogelijk de vraag naar NPS niet opgevat zoals bedoeld.

- Het gemiddelde ooitgebruik van NPS lag in de deelnemende ESPAD-landen op 4%. Onder jongens (5%) lag dit iets hoger dan onder meisjes (4%), maar binnen de ESPAD-landen waren de verschillen tussen jongens en meisjes te verwaarlozen.
- In Nederland rapporteerde 2% van de scholieren ervaring te hebben met NPS. In Estland en Polen was het gebruik met 10% het hoogst, in België, Denemarken, Finland, Noorwegen en Portugal met 1% het laagst.
- Recent gebruik lag gemiddeld op 2% en was in Estland, Polen, Kroatië, Bulgarije, Ierland en Italië (5–8%) het hoogst en in Nederland met 1% het laagst, samen met onder andere Finland, Portugal, Macedonië, Noorwegen, Denemarken en België.

Tabel 8.4 Consumptie van NPS onder scholieren van 15 en 16 jaar in enkele lidstaten van de Europese Unie. Peiljaar 2015

	Ooit (%)			Recent (%)		
	Totaal	Jongens	Meisjes	Totaal	Jongens	Meisjes
Oostenrijk	3	4	3	2	3	2
België	1	1	0	1	1	0
Denemarken	1	2	1	1	1	1
Finland	1	2	1	1	2	1
Frankrijk	4	5	4	4	5	4
Griekenland	3	4	2	2	2	1
Ierland	7	8	5	5	6	4
Italië	6	6	5	5	5	5
Nederland	2	3	2	1	1	0
Noorwegen	1	2	1	1	1	1
Portugal	1	1	1	1	1	1
Zweden	4	3	4	2	2	2
Ongewogen EU gemiddelde	4	5	4	3	3	3

Percentage gebruikers ooit in het leven en recent (laatste jaar). Weergegeven is het percentage scholieren dat 'ja' heeft geantwoord; weet niet en missende antwoorden zijn niet meegenomen in deze tabel. De gegevens voor Spanje zijn minder representatief. België alleen voor Vlaanderen. Bron: ESPAD.

Ook in de Flash Eurobarometer survey is in 2014 aan 13.128 Europese 15-24 jarigen gevraagd of ze ooit NPS hadden gebruikt, hier gedefinieerd als "substanties die het effect van illegale middelen imiteren".

- Het ooitgebruik van NPS in Europa was gestegen van 5% in 2011 naar 8% in 2014, maar varieerde sterk tussen landen van 0% tot 22%. In Nederland lag het ooitgebruik van NPS met 6% onder het Europese gemiddelde.
- Actueel gebruik werd geschat op 1% (variërend tussen landen van 0% tot 5%) (Eurobarometer 2011, 2014). In Nederland was dit eveneens 1%. Dit is gebaseerd op ongeveer 500 deelnemers per land, hetgeen deze schattingen onzeker maakt.

Speciale groepen

Naast de beperkte informatie over NPS gebruik in de algemene bevolking, is een aantal internationale studies naar NPS-gebruik in specifieke groepen beschikbaar, veelal onder frequent uitgaande jongvolwassenen.

De Global Drug Survey 2016 (GDS2016) is een internationale online survey waar relatief veel uitgaanders en drugsgebruikers aan deelnamen. De GDS2016 werd afgenomen in november 2015 en januari 2016 onder honderdduizend deelnemers uit 50 landen, waarvan 5058 Nederlanders (globaldrugsurvey.com).

- Wereldwijd geven respondenten aan NPS te gebruiken vanwege de wettelijke status, de gemakkelijke online verkrijgbaarheid en de prijs. Het idee dat deze veiliger zijn dan andere, illegale, drugs was de minst belangrijke factor, hetgeen suggereert dat gebruikers niet denken dat NPS minder riskant zijn dan illegale drugs.
- Volgens de Global Drug Survey komt in Nederland het gebruik van synthetische cannabinoïden bijna niet voor: 2% van de respondenten had deze middelen ooit gebruikt en 0% in de laatste maand. Dit is in lijn met andere studies (Van Amsterdam et al., 2015) en gegevens van het DIMS (§ 8.8).

- Synthetische cannabinoïden leiden volgens de GDS2016 wereldwijd bij een groter deel van de gebruikers tot EHBO bezoek dan andere drugs. Bijna 4% van de synthetische cannabinoïdegebruikers zocht in het afgelopen jaar medische hulp na gebruik, dit was bijna 3% voor 'enigerlei NPS', vergeleken met ruim 1% voor cannabis en minder dan 1% voor ecstasy. In deze studie is geen onderscheid gemaakt naar gebruiksfrequentie en kenmerken van de gebruikers.
    - Een studie naar informatieverzoeken bij het vergiftigingen informatiecentrum in New York laat een stijging zien in het aantal informatieverzoeken over NPS tussen 2011-2014 (van 7% naar-13% van alle informatieverzoeken vanwege drugs); met name het aantal verzoeken over synthetische cannabinoïden steeg in het laatste jaar (Palamar et al., 2016).

8.6 Hulpvraag en incidenten

Er zijn geen gegevens over het aantal mensen dat vanwege het gebruik van NPS hulp zoekt bij de verslavingszorg of wordt opgenomen in algemene ziekenhuizen.

In dit jaarbericht zijn wel gegevens opgenomen van bronnen die informatie verschaffen over gezondheidsincidenten in relatie tot NPS gebruik. De eerste is de Monitor Drugsincidenten (MDI, zie ook Bijlage G en Bijlage A onder 'Incidenten') met meldingen van drugsgerelateerde gezondheidsverstoringen door diverse gezondheidsdiensten. De tweede betreft informatieverzoeken van artsen en andere medisch professionals bij het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC). Incidenten 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 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 informatieverzoeken bij het NVIC over NPS in 2013 (Hondebrink et al., 2014). Uit de studie blijkt dat sommige NPS in Nederland in 2013 een 'drug of choice' zijn geworden (zoals 4-FA), en dat de beschikbaarheid toeneemt (zie § 8.8). Tussen 2013 en 2015 is het aantal informatieverzoeken over NPS meer dan verdubbeld. Het aantal informatieverzoeken van medische professionals over NPS bij het NVIC is toegenomen van 36 in 2013, 77 in 2014 en 94 in 2015 (Mulder-Spijkerboer et al., 2016). De meeste verzoeken betreffen het gebruik van 4-FA of 2C-B, meestal in combinatie met andere middelen.

- Sinds 2013 is het aantal raadplegingen bij het NVIC voor 4-FA vervijfvoudigd van 8 in 2013, naar 24 in 2014, en 44 in 2015.
- Voor 2C-B steeg het aantal raadplegingen van 3 in 2013 naar 22 in 2014 is met 14 raadplegingen weer lager in 2015.
- Daarnaast zijn in 2015 bij het NVIC ook onder andere informatieverzoeken binnengekomen over: 5/6-APB (3), mefedron (4), synthetische cannabinoïden (3) en methoxetamine (3).
- In tegenstelling tot 2014 waren er in 2015 geen raadplegingen over NBOMe's, PMA en methylon, en iets minder raadplegingen over methoxetamine (9 in 2014).
- Neurologische en psychologische symptomen (agitatie en hallucinaties) komen het vaakst voor bij NPS-informatieverzoeken, als ook cardiovasculaire symptomen zoals hoge bloeddruk en te snelle hartslag (Hondebrink et al., 2014).

De Monitor Drugsincidenten (zie Bijlage G) monitort sinds 2009 de aard en omvang van drugsgerelateerde gezondheidsincidenten. Met ingang van 2015 is 4-FA structureel opgenomen in de MDI, in voorgaande jaren kon het als "overige drugs" nader gespecificeerd worden in een vrij veld (Wijers et al., 2016). Het

Letsel Informatiesysteem (LIS) van VeiligheidNL, waarover gerapporteerd wordt in andere hoofdstukken, verzamelt geen informatie over 4-FA of andere NPS.

In 2015 werden in totaal 4.661 drugsincidenten gemeld. Bij 184 meldingen was 4-FA betrokken; hiervan was in 50 gevallen 4-FA als enige drug gemeld (met of zonder alcohol). De gegevens over de gebruikte drugs zijn grotendeels afkomstig van zelfrapportage.

- Het aandeel van 4-FA-incidenten is met 184 meldingen toegenomen tot 3,9% van alle geregistreerde drugsincidenten in 2015. In 2012 werden voor het eerst 4-FA-incidenten gemeld. Toen werd 4-FA drie keer in de categorie "overige drugs" geregistreerd. In 2013 gebeurde dit 18 keer en in 2014 gebeurde dit 55 keer.
- Bijna driekwart van alle geregistreerde 4-FA-gebruikers in 2015 had naast 4-FA ook een andere drug gebruikt, meestal ecstasy (60%), amfetamine (19%) en/of GHB (18%).
- Hoewel in 2015 de meeste intoxicaties na gebruik van 4-FA als enige drug licht van aard waren (67%), kwamen matige (24%) en ernstige (8%) intoxicaties ook voor.
- Het merendeel van de 4-FA-incidenten in 2015 werd geregistreerd door de EHBO-posten (n=164); 4-FA gerelateerde incidenten vormden daarmee 6,8% van alle incidenten op EHBO-posten. Bij 1,7% van de incidenten was 4-FA de enige gebruikte drug.
- De MDI-ziekenhuizen worden ook steeds vaker geconfronteerd met patiënten met een 4-FA-intoxicatie: in totaal was bij 1,8% van de incidenten 4-FA gebruikt in 2015.
- Naast 4-FA zijn in 2015 bij de MDI ook onder andere meldingen binnengekomen over: 2C-B (8), mefedron (8), 5/6-APB (2) methoxetamine (2).

In tabel 8.5 worden de 4-FA-incidenten geregistreerd door EHBO-posten op grootschalige evenementen samengevat over de gehele periode 2009-2015. Vanwege het lage aantal geregistreerde incidenten bij de andere medische diensten worden gegevens uit deze diensten niet gepresenteerd.

- Bijna 40% van de patiënten die een EHBO-post bezochten vanwege problemen na gebruik van 4-FA was vrouw. Dit is vergelijkbaar met de groep patiënten met een ecstasyintoxicatie als enige drug op een EHBO-post, maar is relatief hoog vergeleken met andere typen drugs.
- Ongeveer 80% van de 4-FA incidenten bij EHBO-posten betrof een persoon jonger dan 25 jaar. Hiermee zijn de 4-FA-patiënten jonger dan patiënten op EHBO-posten die andere drugs gebruikten (variërend van 67% jonger dan 25 jaar van de ecstasypatiënten, tot 49% van de GHB-patiënten).
- De mate van intoxicatie is zwaarder bij patiënten die naast 4-FA ook een andere drug hebben gebruikt. Na combigebruik heeft 55% een matige of ernstige intoxicatie. Dit is 21% met 4-FA als enige drug; evenveel als het aandeel matige/ernstige ecstasyintoxicaties op EHBO's (21%, zie § 6.6).

Tabel 8.5 Incidenten met 4-FA geregistreerd door de Monitor Drugs Incidenten (MDI) op EHBO-posten van grootschalige evenementen. Peiljaren 2012-2015

Incidenten op EHBO posten van grootschalige evenementen	4-FA als enige drug	4-FA in combinatie met andere drugs
Aantal incidenten	65	165
Man (%)	62%	61%
Leeftijd: <25 jaar (%)	78%	84%
Mate van intoxicatie*		
Licht (%)I	80%	62%
Matig (%)II	16%	31%
Ernstig (%)III	5%	24%

*Percentages berekend op de bekende aantallen. Vanwege afronding tellen de percentages niet overal exact op tot 100. I. Licht: goed aanspreekbaar, gebruik merkbaar in gedrag. II. Matig: onvoldoende aanspreekbaar, duidelijk onder invloed. III. Ernstig: niet aanspreekbaar vanwege (sub)comateuze toestand of geagiteerd/agressief gedrag, eventueel in combinatie met gestoorde vitale parameters (zoals hartslag, bloeddruk en ademhalingsfrequentie). Bron: MDI, Trimbos-instituut (Wijers et al., 2016).

Internationaal worden juist cathinonen zoals mefedron en methylon gezien op de spoedeisende hulp in een monitoring studie naar drugsgebruik onder patiënten in ziekenhuizen in 10 EU-landen: European Drug Emergencies Network (Euro-DEN) (Dines et al., 2015; EMCDDA, 2016).

- In Denemarken, Estonia, Frankrijk, Duitsland, Ierland, Noorwegen, Polen, Spanje, Zwitserland en het Verenigd Koninkrijk werden tussen oktober 2013 en september 2015 in totaal 10.956 drugsgerelateerde patiënten geregistreerd, die in totaal 16.986 drugs hadden gebruikt.
  - NPS waren door 11% van de patiënten gebruikt en maakten 7% uit van het totaal aantal gerapporteerde drugs. Dit percentage steeg van 5,6% van alle drugs in 2013/2014 naar 8,5% in 2014/2015.
  - Twee derde van de NPS waren cathinonen, mefedron was met driekwart de meest voorkomende cathinon.
  - In 2013/2014 was 0,3% van alle drugs een synthetische cannabinoïde (Dines et al., 2015), hetgeen hoger was in het tweede jaar (het exacte percentage werd niet gerapporteerd in EMCDDA, 2016).
  - Euro-Den geeft geen landelijk representatief beeld, maar observeert trends en verschillen tussen landen. Meer dan de helft van de registraties kwamen uit Oslo (3149) en Londen (2730).

8.7 Ziekte en sterfte

Het in kaart brengen van de gezondheidsschade vanwege NPS is lastig vanwege het grote aantal NPS en de beperkt beschikbare informatie, maar de evidentie voor het verband tussen NPS en spoedeisende hulp opnames en acute gezondheidsincidenten groeit (EMCDDA, 2016). Ook zijn enkele sterfgevallen geregistreerd (vaak na combinatiegebruik met andere middelen), hoewel het aantal lager blijft dan voor andere (traditionele) drugs, vermoedelijk omdat NPS minder gebruikt worden (EMCDDA, 2016). Over lange termijn effecten van NPS is nagenoeg niks bekend.

Het precieze aantal incidenten en sterfgevallen door het gebruik van NPS in Nederland is niet bekend. In de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS zijn deze sterfgevallen niet of moeilijke te traceren. Specifieke codes om deze stoffen te registreren ontbreken, voor zover het gebruik al als bijdragend of onderliggende doodsoorzaak is geïdentificeerd. Alleen wanneer er een strafrechtelijk onderzoek plaatsvindt, onderzoekt het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) een overlijdensgeval op alcohol, drugs, geneesmiddelen en bestrijdingsmiddelen. In 2010 is een sterfgeval na mefedrongebruik gerapporteerd (Lusthof et al., 2011, zie hier onder), 4-MT werd gereguleerd na vier sterfgevallen in 2011 (CAM, 2012), en in 2014 was PMMA in 1 geval aangewezen als middel dat een rol kan hebben gespeeld bij het overlijden (ook andere drugs kunnen hierbij een rol hebben, zie § 6.7).

Fenylethylaminen: 2C-B, 4-fluoramfetamine, 6-APB

Net als bij ecstasy, zijn ook bij andere fenylethylaminen snelle hartslag, hoge bloeddruk, hyperthermie, agitatie, trillen, vergrote pupillen typische effecten. Naast deze overeenkomstige effecten zijn er ook belangrijke verschillen: 2C-B en 6-APB kunnen ernstige psychische effecten zoals hallucinaties en psychosen veroorzaken, hetgeen niet gerapporteerd is voor 4-FA. Daarnaast zijn 5- en 6-APB geassocieerd met meer dan tien sterfgevallen, terwijl de internationale literatuur 1 4-FA sterfgeval en geen enkel 2C-B geval beschrijft (Nugteren et al., 2015).

- Over de toxiciteit van 2C-B is weinig bekend. Hoewel 'excited delirium syndroom' gekenmerkt door extreem agressief gedrag is beschreven na 2C-B gebruik, is dit niet toxicologisch bevestigd (Dean et al., 2013). Het risico op verslaving is zoals bij andere hallucinogenen matig, de veranderde gemoedstoestand vormt 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) (Nugteren et al., 2015). Het aantal incidenten met 4-FA is in Nederland toegenomen (§ 8.6): bij de MDI gemelde symptomen zijn onder andere ernstige hoofdpijn, tintelingen, hyperventilatie en verhoogde hartslag. Daarnaast zijn braken, hoge bloeddruk, misselijkheid, verwijde pupillen en agitatie gemeld bij het NVIC. Sinds 2009 zijn er in Nederland geen fatale incidenten na 4-FA gebruik gerapporteerd, maar mogelijk is er sprake van onderrapportage.
- Er zijn weinig gegevens over de risico's en incidenten beschikbaar voor 6-APB. In Nederland zijn geen fatale incidenten gemeld, in het Verenigd Koninkrijk wel twee in 2012. NVIC informatieverzoeken over 6-APB gaan meestal over combinatiegebruik met andere middelen. In 2013 was er slechts een mono-intoxicatie met 5-APB/6-APB met hoge bloeddruk, agressie, verwardheid en hallucinaties.

Cathinonen: mefedron & methylon

De effecten van cathinonen lijken op die van amfetamine. Van een breed scala aan negatieve effecten, geven hart-, neurologische en psychiatrische klachten het vaakst aanleiding tot medische hulp (Karila et al., 2015).

- Mefedron is een stimulerende stof met op amfetamine en MDMA gelijkende effecten. De verslavende werking is vermoedelijk groter dan die van MDMA (Brunt et al., 2011). Symptomen van intoxicatie lijken ook op die van andere stimulerende middelen, maar er zijn ook symptomen gerapporteerd die atypisch zijn voor stimulantia (WHO, 2014; Karila et al., 2015).
    - In Nederland rapporteerde het NFI in 2010 een geval van extreme agitatie en zelfverwonding met dodelijke afloop na het gebruik van mefedron in combinatie met amfetamine (Lusthof et al., 2011). Ook in het buitenland zijn tientallen sterfgevallen na mefedrongebruik beschreven (White 2016, Loi et al., 2015; Busardo et al., 2015; WHO, 2014).
- Er is een aantal gevallen van ernstige complicaties na methylongebruik beschreven (WHO, 2014) en ook zijn er enkele fatale incidenten beschreven in de Verenigde Staten en een in Frankrijk (Barrios et al., 2016).
- Over alfa-PVP zijn 32 fatale incidenten beschreven in de wetenschappelijke literatuur, en nog eens 101 geregistreerd door het EMCDDA (in onder andere Finland, Hongarije, Polen, Zweden; EMCDDA, 2015), naast tientallen niet-fatale incidenten (WHO, 2015).

Synthetische cannabinoïden

- Synthetische cannabinoïden kunnen vaker en ernstiger bijwerkingen veroorzaken dan natuurlijke cannabis. De verschillende synthetische cannabinoïden kunnen op onvoorspelbare manier met elkaar interacteren en versnijdingsproducten bevatten (Mills et al., 2015).
- Het EMCDDA waarschuwde in februari 2016 voor MDMB-CHMICA, dat in verband werd gebracht met 13 sterfgevallen en 23 niet-fatale incidenten in 8 landen. Deze stof werd in verschillende kruidenmengsels gevonden; meestal weten gebruikers niet welke stoffen in de mengsels zitten.
- Synthetische cannabinoïden zijn ook in verband gebracht met herseninfarcten, lever- en nierschade en het verergeren van psychiatrische klachten (Castaneto et al., 2014; Papanti et al., 2013). Buiten cathinonen, lijken synthetische cannabinoïden vaker tot ziekenhuisopnames te leiden dan andere NPS (Dines et al., 2015). De meest voorkomende bijwerkingen zijn: snelle hartslag, agitatie, sufheid, 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 § 3.7).
- Naast de acute effecten, kan stoppen met dagelijks gebruik van synthetische cannabinoïden leiden tot ernstige onttrekkingsverschijnselen zoals terugkerende insulten, snelle hartslag, pijn op de borst, hartkloppingen en ademhalingsproblemen. Mildere symptomen zijn *craving* (hunkerig), hoofdpijn, ernstige angst, slapeloosheid, misselijkheid, braken, geen eetlust, en zweten (Cooper, 2016). Patiënten die zich in Nieuw Zeeland meldden bij de verslavingszorg vanwege gebruik van synthetische cannabinoïden noemden onttrekkingsverschijnselen als belangrijkste reden om hulp te zoeken (Macfarlance et al., 2015).
- In Nederland lijkt het gebruik van synthetische cannabis beperkt (zie § 8.3). Verondersteld wordt dat vanwege de goede kwaliteit en ruime beschikbaarheid van cannabis, en omdat cannabisgebruik niet strafbaar is, synthetische cannabinoïden in Nederland weinig voorkomen in de traditionele harddrugsscene of onder het uitgaanspubliek (Van Amsterdam et al., 2015).

Overig: methoxetamine

- In Nederland is één ernstige intoxicatie na methoxetaminegebruik gerapporteerd in 2014. Deze patiënt ontwikkelde een dissociatieve psychose en misselijkheid (De Jong et al., 2014). In een risicoschatting van het EMCDDA worden 20 fatale incidenten genoemd (waarvan 15 in het Verenigd Koninkrijk) en 120 niet-fatale incidenten (waarvan 90 in Zweden) (EMCDDA, 2014). De symptomen van methoxetamine-intoxicatie lijken op die van een ketamine-intoxicatie.

8.8 Aanbod en markt

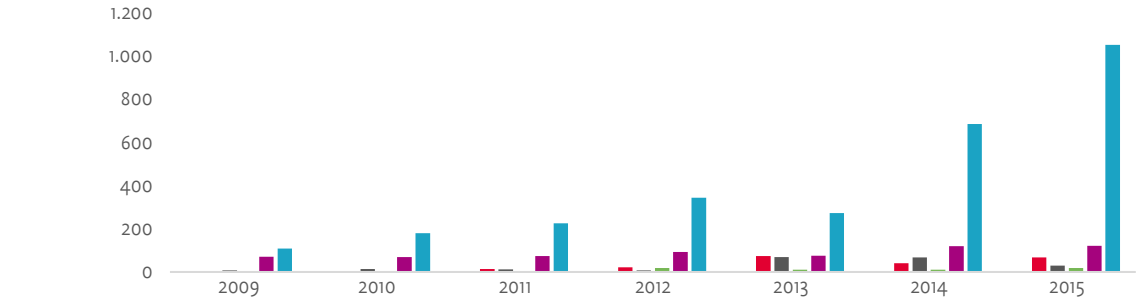
Veel NPS worden geproduceerd in China en (in mindere mate in) India en in bulk ingevlogen naar Europa. Daar worden ze soms vermengd, in kleine hoeveelheden verpakt en doorverkocht aan consumenten (EMCDDA, 2016). De NPS worden vaak online verkocht, aangezien ze veelal (nog) niet onder de Opiumwet zijn gebracht (Koning et al., 2013; Soska and Christin, 2015). In een internationale online survey uit 2014 onder recent NPS-gebruikers in Nederland, Frankrijk, Polen, en Tsjechië kocht de helft van de deelnemers wel eens zelf NPS online (55% in het laatste jaar), 24% kreeg het van vrienden, 15% kocht het van vrienden en 12% kocht het bij een dealer (I-TREND; OFTD, 2016).

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) monitort de markt van illegale drugs (Van der Gouwe en Rigter, 2016). Daarvoor wordt gebruik gemaakt van de analyse van stoffen die aanwezig zijn in drugsmonsters die consumenten bij instellingen voor verslavingszorg inleveren. Een deel van deze monsters wordt herkend bij de instelling zelf. Monsters met onbekende samenstelling en alle monsters in poedervorm, zoals cocaïne, worden doorgestuurd naar het laboratorium voor chemische analyse.

Al sinds het begin van het DIMS worden er stoffen aangeleverd die nog niet eerder als drug werden gebruikt. Met de opkomst van het fenomeen NPS in Europa worden ook bij het DIMS geregeld nieuwe stoffen aangeleverd, die steeds vaker via internet zijn aangekocht (Ah-tk-20132014-2427). Deze NPS worden door het DIMS actief gemonitord (zie Bijlage A voor de gehanteerde definitie van NPS).

- Figuur 8.1 laat een toename in het aantal NPS zien die de afgelopen jaren zijn aangetroffen door het DIMS van 187 in 2009 tot 1278 in 2015. 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 het aantal 4-FA monsters.
- In de periode vanaf 2008/2009, tijdens de 'dip' in de ecstasymarkt (zie §6.8) kwamen NPS vooral voor als versnijding of vervanging in klassieke drugs. Sinds 2012 is het aantal monsters dat specifiek als NPS werd aangekocht toegenomen (Hondebrink et al., 2015). Dit suggereert dat er een specifieke markt voor NPS is ontstaan ('drug of choice', met name voor 4-FA zie ook § 8.3 en § 8.6).

Figuur 8.1 Aantal door het DIMS aangetroffen NPS, vanaf 2009



	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Cannabinoïden	0	0	0	0	0	4	1
Overige NPS	0	0	13	21	74	40	67
Piperazinen	7	13	12	7	69	68	30
Tryptaminen	1	2	4	19	10	10	18
Cathinonen	71	69	74	92	75	120	121
Fenyletylaminen	108	179	225	344	273	684	1.050

Bron: DIMS 2015

Tabel 8.6 geeft een overzicht van alle monsters die sinds 2005 in het laboratorium geanalyseerd zijn (zowel pillen, poeders, vloeistoffen, of anderszins). Er is een selectie gemaakt van NPS die in dit hoofdstuk zijn uitgelicht en stoffen die in het kader van het Europees Early Warning System (EWS) worden gemonitord of anderszins een mogelijk gevaar voor de volksgezondheid vormen.

Deze stoffen kunnen dus zijn aangetroffen in monsters die zijn gekocht als ecstasy of MDMA (pil of poeder), speedpoeder, cocaïnepoeder, of 'anderszins'. Naast het monitoren van de stoffen die daadwerkelijk worden aangetroffen in de drugssamples, geeft deze categorie als 'anderszins' aangekochte drugs een indruk van wat de gebruiker denkt te hebben gekocht.

- Van de 'anderszins' aangekochte monsters waren in 2015 238 monsters aangeleverd (en dus bewust door de consument aangekocht) als 2C-B, 601 als 4-FA (4-fluoramfetamine, 4-FMP), 38 als 5/6-APB, 29 als mefedron (meowmeow) 14 als methylon, 18 als methoxetamine, 7 als 25I- NBOMe (inclusief 'benzofury'), 2 als 'boze rook' en 328 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.
- Hoewel het totaal aantal bij het DIMS binnengekomen consumentenmonsters tussen 2014 en 2015 met 12% is toegenomen van 10.624 tot 11.914, verdubbelde het aantal als 2-CB (110 in 2014) en als 4-FA (303 in 2014) aangeleverde monsters, en waren er 1,4 keer meer ketamine monsters (230 in 2014). In tegensteling tot 2015 werd in 2014 geen enkel monster aangekocht als mefedron of synthetische cannabinoïde.
- Er zijn geen monsters aangeleverd die waren gekocht als PMA/(PMMA), mCPP, of 4-MA. 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 2015 238 monsters aangeboden die waren gekocht als 2C-B, waarvan 111 werden 'herkend' en niet door het laboratorium geanalyseerd. In totaal trof het DIMS laboratorium in 114 drugsmonsters 2C-B aan, vergeleken met in totaal 170 keer in 2014 en 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: tussen 2013 en 2014 verviervoudigde het aantal monsters waarin het DIMS 4-FA aantrof, in 2015 steeg het aantal geleidelijk verder (tabel 8.6). Aangezien in 2014 nog 303 monsters waren aangekocht als 4-FA vergeleken met 601 monsters in 2015, is er in Nederland duidelijk sprake van een groeiende groep gebruikers met interesse voor 4-FA (zie ook § 8.3 en § 8.6).
- 6-APB wordt met enige regelmaat bij het DIMS aangeleverd. In 2015 zijn 37 monsters aangeleverd die waren aangekocht als 6-APB (eenmaal 5-APB); in totaal waren er 38 monsters, in verschillende verschijningsvormen, die 6-APB bevatten.

Cathinonen: mefedron & methylon

- Mefedron wordt sinds 2009 door het DIMS aangetroffen. In 2015 werd mefedron vaker bewust als drug aangekocht, in plaats van een 'vervuiling' in ecstasytabletten zoals de jaren daarvoor.
    - Gelijktijdig met het herstel van de ecstasymarkt verdween mefedron tussen 2012 en 2014 nagenoeg uit de als ecstasy verkochte tabletten; in 2015 werd het in 6 als ecstasy verkochte tabletten aangetroffen (zie § 6.8).
    - In 2015 bevatten in totaal 42 drugsmonsters mefedron, vergeleken met 15 in 2014. Er waren 29 monsters als mefedron aangekocht (meestal in poedervorm), hetgeen in 2014 geen enkele keer gebeurde.

- Methylon werd in 2015 (14 monsters) ongeveer even vaak als in 2014 (15 monsters) als dusdanig gekocht en ingeleverd bij het DIMS, maar het totaal aantal drugsmonsters waarin het DIMS methylon aantrof was in 2015 (8) lager dan in 2013 (26) en 2014 (23).

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 2015 werd bij het DIMS 1 synthetische cannabinoïde aangetroffen en 2 monsters aangekocht als 'boze rook' aangeleverd. In 2014 werd in 4 monsters een synthetische cannabinoïde aangetroffen en daarvoor geen enkele.

Overig: methoxetamine en andere NPS

- Het aantal monsters met methoxetamine was met 41 DIMS-monsters in 2015 ongeveer even hoog als in 2014 (36). In 2015 waren 18 monsters als methoxetamine aangekocht.
- De zogeheten NBOMe's zijn fenylethylaminen die in opkomst lijken te zijn op de Europese drugsmarkt. In 2015 werd door het DIMS 9 keer 25I-NBOMe (tabel 8.6) en 5 keer 25B-NBOMe (en geen 25C-NBOMe) gezien, voornamelijk in drugmonsters die zijn aangekocht als LSD. Juist bij de ernstige en dodelijke NBOMe incidenten in een recente literatuur review, dacht de gebruiker LSD in te nemen (Kyriakou et al., 2015).
- Zoals beschreven in hoofdstuk 6 komt PMMA vooral voor als vervuiling in ecstasy: 28 van de 29 drugsmonsters met PMMA in 2015 waren aangekocht als ecstasy. De gemiddelde hoeveelheid PMMA in deze ecstasy tabletten stijgt (zie hoofdstuk 6). In Nederland voerde het CAM in 2003 een risicoschatting uit voor PMMA en de WHO in 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 13 keer in 2015 (zie ook hoofdstuk 7). In 2014 werd 1 monster aangekocht als 4-MA, in 2015 geen enkele.
- Ketamine wordt veelvuldig bij het DIMS aangeboden hetgeen erop duidt dat er in Nederland een aanzienlijke groep gebruikers bestaat voor dit middel, iets wat door ander bronnen wordt bevestigd (Nabben e.a., 2016; Monshouwer at al., 2016). Hoewel ketamine misschien niet zozeer als nieuwe psychoactieve stof kan worden aangeduid, wordt het hier toch vermeld, omdat het middel in het kader van de Europese Joint Action wordt gemonitord.
    - Na een terugval in 2014 zet de stijging in het aantal monsters met ketamine in 2015 voort (tabel 8.6).
    - Van de 327 als ketamine gekochte poeders bevatten er 217 (66%) daadwerkelijk ketamine met een gemiddeld gehalte van 77,1%. De overige poeders bevatten stoffen zoals methoxetamine, lidocaïne, deschloorketamine.
- 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 2015 werd in 23 drugsmonsters mCPP aangetroffen, voornamelijk in tabletten die verkocht werden als ecstasy of MDMA.

Tabel 8.6 Aantal in het laboratorium geanalyseerde monsters met een NPS, vanaf 2006

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Totaal aantal monsters	4.580	4.727	4.671	5.086	5.735	5.783	5.985	5.705	5.906	6.389
2C-B	18	21	75	81	79	61	78	76	170	114
4-FA	-	-	6	89	50	74	95	105	406	478
6-APB	-	-	-	-	-	8	10	18	43	38
Mefedron	-	-	-	63	62	42	14	9	15	42
Methylon	5	2	4	6	5	16	22	26	23	8
Synthetische cannabinoïden	-	-	-	-	-	-	0	1	4	2
Methoxetamine	-	-	-	-	-	13	21	64	36	41
25I-NBOMe	-	-	-	-	-	-	*1*	*12*	15	9
PMA/(PMMA)[I]	0	0	0	0	40	46	37	66	47	29
4-MA	-	-	-	4	109	117	199	87	48	13
Ketamine	50	80	65	66	126	96	147	166	149	243
mCPP	256	323	331	423	209	114	115	63	53	23

Gegevens over 2005-2015 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

In het Trans European Drug Information project (TEDI) werkt het DIMS samen met drugtestservices in Spanje, Zwitserland, België, Oostenrijk en Portugal. Er waren veel overeenkomsten in de drugsmarkten, maar ook opvallende internationale verschillen. Tussen 2008 en 2013 nam in alle landen het aantal samples dat NPS bevatte aanzienlijk toe, en sinds 2011 nam ook de variëteit aan NPS toe (Brunt et al., 2016). Alleen in Nederland kwam 4-FA voor als versnijdingsmiddel in ecstasytabletten. Dit gold ook voor 5-APB en 6-APB, PMMA en PMA, terwijl 4-MEC alleen in Zwitserland, Spanje en Oostenrijk, werd gevonden.

Het Europese Early Warning System (EWS) monitort deze gegevens over de drugsmarkt op gebruikersniveau samen met inbeslagname data van andere landen. Daarbij wordt een nieuwe psychoactieve stof (NPS) gedefinieerd als een stof die niet voorkomt in een van de VN-verdragen betreffende drugsbestrijding (1961, 1971) en als het gevaar voor de volksgezondheid vergelijkbaar is met dat van stoffen die wel in de verdragen genoemd worden.

- Jaarlijks stijgt het aantal nieuwe middelen dat aan het Early Warning Systeem wordt gerapporteerd. In 2005 werden 14 nieuwe psychoactieve stoffen gerapporteerd, in 2015 98 nieuwe stoffen, het totaal aantal gemonitorde stoffen in 560; waarvan synthetische cannabinoïden (meer dan 60%) de grootste groep vormen (EMCDDA, 2016). Het EMCDDA signaleert een toename in opioïde NPS (EMCDDA, 2016).
- 4-FA is in een aantal Europese landen verboden, maar in Nederland valt het niet onder de Opiumwet. Het CAM adviseerde vorig jaar het 4-FA gebruik te blijven monitoren (CAM, 2015). Na een risicoschatting van de WHO (WHO, 2015), besloot de Commission on Narcotic Drugs (CND) 4-FA te blijven monitoren maar niet op te nemen in de VN-verdragen.

Wanneer EMCDDA/Europol een Joint Report willen schrijven over een stof, moeten alle lidstaten aan het EMCDDA en Europol informatie verstrekken over handel, productie en gebruik van het middel. Na een risicobeoordeling kan de Europese Commissie besluiten dat het middel in alle lidstaten van de Europese

Unie wordt gecontroleerd. Het EMCDDA bracht in totaal 12 risicobeoordelingen uit (emcdda.europa.eu/themes/new-drugs/early-warning), de meest recent daarvan zijn:

- **25I-NBOMe** is een hallucinogeen dat (soms) verkocht werd als LSD.
- **AH-7921** is een opioïde vergelijkbaar met morfine.
- **MDPV** is een stimulerend middel dat als 'legal high' en als cocaïne werd verkocht en geïnjecteerd door problematisch drugsgebruikers.
- **methoxetamine** wordt verkocht als legaal alternatief van het narcosemiddel ketamine.
- **4,4'-DMAR** is een stimulerend middel dat als 'research chemical' wordt verkocht en ook in ecstasytabletten voorkwam.
- **MT-45** is een opioïde verkocht als 'research chemical'.
- **α-PVP** is een synthetisch cathinon met sterk stimulerende werking, vergelijkbaar met MDPV.

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.

Al deze stoffen vallen inmiddels onder de nationale drugswetgeving (lijst I van de Opiumwet in Nederland).

De Expert Committee on Drug Dependence (ECDD) van de WHO heeft in 2015 'critical reviews' over 32 NPS uitgebracht (WHO 2015a, WHO 2015b) en adviseerde in december 2015 om acetylfentanyl, MT-45, PMMA, α-PVP, 4,4'-DMAR, methoxetamine en phenazepam te reguleren, hetgeen in maart 2016 in werking is getreden nadat het advies door de United Nations Commission on Narcotic Drugs (CND) werd overgenomen (UNODC, 2016). De ECDD adviseerde daarnaast etizolam te herevalueren en 4-FA te monitoren.

Prijs

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 2015 (afgerond) gemiddeld (Van der Gouwe en Rigter, 2016):

- 2C-B: €4 per pil, €53 per gram
- 4-FA : €4 per pil, €9 per capsule, €14 per gram
- Ketamine: €27 per gram

In het Antenne-onderzoek 2015 (Nabben et al., 2016) werden vergelijkbare prijzen door sleutelfiguren in het Amsterdamse uitgaansleven genoemd:

- 2C-B: €2,50-5 per pil of capsule
- 4-FA: €4-5 per pil, €10-15 per gram
- 6-APB: €10 per pil, €60-70 per gram
- Ketamine varieert tussen €15-60, meestal €25-30 per gram

Daarnaast rapporteert Antenne 2015 de gemiddelde prijs van drugsmonsters die zijn aangeleverd bij de Amsterdamse testservice:

- 2-CB: €4 per pil
- 4-FA: €4 per pil, €14 per gram poeder
- Ketamine €29 per gram poeder

9. GHB

9.1	Laatste feiten en trends	▶ pagina 225
9.2	Gebruik: algemene bevolking	▶ pagina 225
9.3	Gebruik: jongeren	▶ pagina 226
9.4	Problematisch gebruik	▶ pagina 229
9.5	Gebruik: internationale vergelijking	▶ pagina 231
9.6	Hulpvraag en incidenten	▶ pagina 232
9.7	Ziekte en sterfte	▶ pagina 238
9.8	Aanbod en markt	▶ pagina 239

9. GHB

Inleiding

GHB staat voor gammahydroxyboterzuur en is een dempend middel dat vroeger werd gebruikt als slaapmiddel en narcosemiddel. Het wordt doorgaans verkocht in de vorm van een vloeistof. Evenals alcohol veroorzaakt GHB een lichte roes, maar het kan ook hallucinaties veroorzaken en een stimulerende werking hebben. GHB kan bij de 'gewone' recreatieve doseringen ook ongewenste effecten hebben zoals vermoeidheid, vergeetachtigheid, misselijkheid, overgeven en stuiptrekkingen. Bij een hogere dosering (overdosering) kan de gebruiker in coma raken. Het verschil tussen de 'recreatieve' dosering en overdosering is vaak klein. Bij het ontwaken uit een coma voelt de persoon zich wakker en alert, maar soms ook gedesoriënteerd of agressief. GHB staat in de media ook wel bekend als 'rape drug', maar de link tussen het gebruik van GHB en seksueel misbruik is slechts in enkele gevallen vastgesteld (§ 9.6). GHB-gebruik komt voor in verschillende groepen mensen zoals uitgaanders, 'hangjongeren', gemarginaliseerde groepen en thuisgebruikers. Problemen met GHB kennen een sterke regionale variatie en er is sprake van typische 'brandhaarden' (Nabben en Korf, 2016).

GHB is een middel dat al na enkele weken dagelijks gebruik tot verslaving kan leiden. Acute onthouding kan riskant zijn. De ingrediënten voor GHB, zoals GBL (gamma-butyrolacton) en natronloog (gootsteenontstopper), zijn eenvoudig te verkrijgen. GBL is een schoonmaakmiddel dat via internet kan worden besteld. Ook het recept om zelf thuis GHB te maken staat op internet. Het brouwen van GHB is daarmee voor sommigen een "doe-het-zelf project" geworden (Benschop et al., 2011). In pure vorm is GBL nog sterker dan GHB en gebruik is gevaarlijk: in onverdunde vorm kan GBL irritatie en ernstige beschadiging van de slokdarm en de maag veroorzaken. Het 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., 2012). Het risico van GBL wordt even groot geacht als dat van GHB, maar gezien de signalen dat gebruik van GBL in Nederland slechts op beperkte schaal voorkomt, is er vooralsnog geen sprake van een omvangrijk volksgezondheidsprobleem (CAM, 2013). GBL wordt in het lichaam snel omgezet in GHB en is daarmee net zo verslavend als GHB. Ook andere klinische effecten komen overeen tussen beide producten (WHO, ECDD, 2014). De WHO Expert Committee on Drug Dependence (ECDD) concludeerde in haar risicoschatting van GBL in 2014 dat de volksgezondheidsrisico's vanwege misbruik van GBL ernstig zijn. Gelet op het feit dat GBL omgezet wordt in GHB (een middel op lijst II van het Psychotropenverdrag uit 1971) en bovendien geen therapeutisch nut heeft, werd geadviseerd om GBL op lijst I te plaatsen (bestemd voor middelen met een afhankelijkheidsrisico die geen therapeutische toepassing hebben). Echter, vanwege het wijdverbreide industriële gebruik van GBL heeft de Commissie voor Narcotische drugs van de VN besloten GBL niet onder het verdrag te laten vallen (UN Commission on Narcotic Drugs, 2015).

Aangezien GBL meestal niet apart wordt geregistreerd of uitgevraagd in onderzoek, hebben de cijfers in dit hoofdstuk betrekking op GHB/GBL, tenzij anders aangegeven.

GHB is op 9 mei 2012 verplaatst van lijst II naar lijst I van de Opiumwet (zie § 2.1). Met deze wijziging is een signaal over de risico's aan (potentiële) consumenten gegeven en is tevens de handel in precursoren, zoals GBL en 1,4-BD, gericht op de productie van GHB, als voorbereidingshandeling strafbaar geworden.

9.1 Laatste feiten en trends

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

- In de algemene bevolking was in 2015 het percentage actuele GHB-gebruikers lager dan dat van ecstasy, cocaïne en amfetamine (§ 9.2).
- Scholieren van het regulier onderwijs hadden in 2015 net zo weinig ervaring met GHB als met heroïne en crack (§ 9.3).
- GHB kent een uiteenlopend gebruikerspubliek, variërend van uitgaande jongeren en jongvolwassenen tot thuisgebruikers en gemarginaliseerde groepen (§ 9.3 en § 9.4).
- De hulpvraag vanwege GHB-verslaving bij de instellingen voor verslavingszorg nam toe tussen 2007 en 2012 en heeft zich tot en met 2015 gestabiliseerd (§ 9.6). Het aandeel van GHB in de totale verslavingszorg bleef echter klein. Het aandeel van de jongere cliënten is afgenomen.
- GHB-verslaving gaat vaak samen met andere psychische stoornissen en de terugval na klinische detoxificatie is aanzienlijk (§ 9.6).
- Gezien de relatief beperkte omvang van GHB-gebruik in de algemene bevolking, is het aantal incidenten met GHB hoog. Opvallend is ook het relatief grote aandeel patiënten met een ernstige intoxicatie na GHB-gebruik (§ 9.6).
- Er is geen zicht op het aantal sterfgevallen waarbij GHB betrokken is (§ 9.7).
- GHB blijft een relatief goedkope drug (§ 9.8).

9.2 Gebruik: algemene bevolking

In het afgelopen decennium is het drugsgebruik in de algemene bevolking herhaaldelijk gemeten, waarbij het gebruik van GHB voor het eerst werd gemeten in 2009 (Van Rooij et al., 2011). Vanaf 2014 worden jaarlijks vergelijkbare cijfers verzameld in de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor uitgevoerd door het CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut (zie bijlage D.2). In deze paragraaf beschrijven wij gegevens voor de volwassen bevolking van 18 jaar en ouder. Omdat voor 2014 alleen gegevens beschikbaar zijn voor 15-64-jarigen, wordt binnen deze leeftijdsgroep een vergelijking gemaakt tussen 2014 en 2015. Cijfers voor drugsgebruik onder jongeren worden in paragraaf 9.3 op basis van scholierenonderzoeken gerapporteerd.

- In 2015 had 1,6% van de bevolking van 18 jaar en ouder ooit GHB gebruikt (tabel 9.1).
- Meer mannen (2,2%) dan vrouwen (0,9%) hadden ervaring met GHB (tabel 9.1).
- Recent (in het afgelopen jaar) had 0,5% GHB gebruikt en actueel (in de afgelopen maand) had 0,2% GHB gebruikt (tabel 9.1), een lager percentage dan voor ecstasy (1,0%), cocaïne (0,7%) en amfetamine (0,4%).
- Het aantal gebruikers van GHB is te laag om een uitsplitsing te maken naar leeftijdsgroepen en opleidingsniveau.
- Omgerekend naar absolute aantallen hebben naar schatting (afgerond op tienduizendtallen) 210 duizend mensen ervaring met GHB (95% betrouwbaarheidsinterval 170-250 duizend). Zij hebben het middel tenminste een keer in hun leven gebruikt.
- Het aantal recente GHB-gebruikers (in het afgelopen jaar) is naar schatting 70 duizend mensen (95% betrouwbaarheidsinterval 50-100 duizend, afgerond op tienduizendtallen).
- Het aantal actuele GHB-gebruikers (in de afgelopen maand) is naar schatting 30 duizend mensen (95% betrouwbaarheidsinterval 10-50 duizend, afgerond op tienduizendtallen).

Tabel 9.1 Gebruik van GHB in Nederland onder mensen van 18 jaar en ouder, naar geslacht en totaal. Peiljaar 2015

	Mannen (%)	Vrouwen (%)	Totaal (%)
Ooitgebruik (%)	2,2	0,9	1,6
Recent gebruik (%)[I]	0,7	0,4	0,5
Actueel gebruik (%)[II]	0,3	0,1	0,2

Aantal respondenten: 7.238 van 18 jaar en ouder (2015). I. In het afgelopen jaar. II. In de afgelopen maand.

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

Tussen 2014 en 2015 tekent zich een stijging af in het percentage mensen van 15-64 jaar dat GHB gebruikt (tabel 9.2). In deze leeftijdsgroep steeg het percentage dat in de afgelopen maand nog GHB had gebruikt van 0,1% in 2014 naar 0,3% in 2015.

Tabel 9.2 Gebruik van GHB in Nederland onder mensen van 15-64 jaar. Peiljaren 2009[I], 2014[I] en 2015

	2009[I] (%)	Wijziging methode[I]	2014[I] (%)	2015 (%)
Ooitgebruik (%)	1,3	…	1,5	1,9
Recent gebruik (%)[II]	0,4	…	0,4	0,6
Actueel gebruik (%)[III]	0,2	…	0,1	0,3

Aantal respondenten: 5.769 (2009), 5.867 (2014), 5.882 (15-64 jaar, 2015). … = Wijziging methode. 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. Bronnen: NPO, IVO/CBS (Van Rooij et al., 2011); Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2014 (Van der Pol en Van Laar, 2015); Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2015.

9.3 Gebruik: jongeren

Scholieren

Vergeleken met andere drugs hebben scholieren van het regulier voortgezet onderwijs net zo weinig ervaring met het gebruik van GHB als met het gebruik van heroïne en crack.

- Volgens het Peilstationsonderzoek in 2015 had van de 12-16-jarige scholieren in het voortgezet onderwijs 0,4% ooit in het leven GHB gebruikt. Er was geen statistisch significant verschil tussen jongens (0,3%) en meisjes (0,5%).
- In de afgelopen maand had 0,2% GHB gebruikt. Ook hier waren geen statistisch significante verschillen zichtbaar tussen jongens (0,2%) en meisjes (0,3%) (Van Dorsselaer et al., 2016; bijlage D.7).

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.

Het gebruik van GHB komt voor onder uitgaanders die GHB nemen voorafgaand, tijdens of na het uitgaan; onder gemarginaliseerde groepen en onder 'thuisgebruikers', die om verschillende redenen samen met vrienden en kennissen in de context van 'huisfeesten' (in plaats van of na afloop van reguliere feesten) GHB gebruiken (Horjus en Van Goor, 2011; Voorham en Buitenhuis, 2012; Korf et al., 2012). In 2014 is specifiek onderzoek gedaan naar problematische GHB-gebruikers die in aanraking komen met de politie (Nabben en Korf, 2016). Op grond hiervan blijkt problematisch GHB-gebruik voor te komen onder globaal vier verschillende groepen:

- klassieke verslaafden;
- straatjongeren;
- uitgaanders;
- thuisgebruikers.

Tabel 9.3 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. De uitkomsten geven wel een indicatie van verschillen tussen (risico)groepen jongeren en jongvolwassenen.

Uitgaanders

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

- In 2016 had 1 op de 7 uitgaanders in dit onderzoek (14%) ervaring met GHB of GBL; 8% had in het afgelopen jaar gebruikt en 3% in de afgelopen maand (tabel 9.3). Het gaat hier om het gebruik onder uitgaanders, niet altijd om het gebruik *tijdens* het uitgaan.
- Van de deelnemers die in het afgelopen jaar GHB/GBL hadden gebruikt, gebruikte ongeveer een derde (35%) één keer, 40% een paar keer per jaar, 10% eens per maand, eveneens 10% een paar keer per maand en 5% een (paar) keer per week. Bijna niemand gebruikte (bijna) elke dag.
- De meerderheid van de recente GHB/GBL-gebruikers (82%) gebruikte altijd of meestal GHB. Ongeveer 3% gaf aan soms GBL en soms GHB te gebruiken, maar bijna niemand gebruikte altijd of meestal GBL, terwijl 15% aangaf het niet te weten.
- GHB is niet, zoals ecstasy en amfetamine, een typische partydrug. Op de vraag waar recente GHB-gebruikers tijdens het uitgaan het meest gebruiken noemde twee derde (67%) 'thuis'. Daarna volgden een festival (43%), feestje (33%) en club (22%). Een café (7%) of poppodium (2%) werd het minst genoemd. Respondenten konden maximaal 3 locaties aangeven.

Kwalitatief onderzoek 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) die zich in 2015 heeft gestabiliseerd (Nabben et al., 2016).

- Als mogelijke verklaringen voor deze daling in het Amsterdamse uitgaansleven worden genoemd: strengere controles in het uitgaansleven, onderlinge kritiek op 'out gaan' en bewustwording van het verslavingsrisico, niet alleen door de aandacht in de media voor problematische GHB-gebruikers, maar ook door het ontdekken van GHB-verslaafden in het eigen netwerk (Nabben et al., 2014; Benschop et al., 2015; Nabben et al., 2016).
- De Amsterdamse Antenne-survey onder clubbers en ravers liet tussen 2008 en 2013 (nog) wel een stijging in het gebruik zien (Nabben et al., 2014):
  - Het percentage 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 5 gebruikers was 'out' gegaan op GHB in het jaar voor de survey.
- Ook onder jongeren en jongvolwassenen die in Amsterdam mainstream-, hippe-, studenten-, en gay cafés bezoeken, steeg het percentage gebruikers van GHB. Tussen 2010 en 2014 steeg in deze groep het percentage ooitgebruikers van 11% naar 19% en steeg het percentage actuele gebruikers van 2% naar 4% (Benschop et al., 2015).
- Onder bezoekers van coffeeshops in Amsterdam werden tussen 2009 en 2015 geen statistisch significante verschillen gevonden in het percentage dat ooit, in het afgelopen jaar, of in de afgelopen maand GHB had gebruikt (Nabben et al., 2016). In 2015 had van de coffeeshopbezoekers 11% ooit GHB gebruikt, maar had niemand in de afgelopen maand nog GHB gebruikt (0%).
- In 2014 is in Den Haag een survey gehouden onder 1.317 uitgaanders in de leeftijd van 12-35 jaar (Van Dijk en Reinerie, 2015). De gemiddelde leeftijd was 24 jaar. Het bleek dat 10% ooit GHB had gebruikt en dat 0,6% in de afgelopen maand nog GHB had gebruikt. GHB wordt gebruikt voor "de dronkenschap zonder alcohol".

Probleemjongeren

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

- In een landelijk onderzoek uit 2008 had 8% van de jongeren van 13-18 jaar in de residentiële jeugdzorg ervaring met GHB en had 1% in de afgelopen maand nog GHB gebruikt.
- Onder jongens in justitiële jeugdinrichtingen was dat respectievelijk 5% (ooitgebruik) en 3% (gebruik in de maand voorafgaand aan hun verblijf in de inrichting).
- Zes procent van de 15-16-jarige jongeren uit de residentiële jeugdzorg en eveneens 6% van de 15-16-jarige jongens uit justitiële jeugdinrichtingen had ooit GHB gebruikt. Onder hun leeftijdsgenoten 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 (tabel 9.3, Benschop et al., 2013).
- In de vier grote steden Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht had 2% van de dakloze jongeren (18-23 jaar) in 2011 in de afgelopen maand GHB gebruikt (Van Straaten et al., 2012).

Tabel 9.3 Gebruik van GHB in speciale groepen

	Locatie	Jaar	Gemiddelde leeftijd (jaar)	Ooit (%)	Actueel (%)
Uitgaande jongeren en jongvolwassenen[I]	Landelijk[I]	2013	23	22	5
		2016	22	14	3
Bezoekers van coffeeshops	Amsterdam	2009	28	13	2
		2015	25	11	0
Cafébezoekers	Amsterdam[II]	2010	27	11	2
		2014	27	19	4
Bezoekers van clubs	Amsterdam	2013	24	19	8
Bezoekers van raves	Amsterdam	2013	25	32	12
Uitgaande jongeren en jongvolwassenen	Den Haag	2014	24	10	1
Probleemjongeren					
Dakloze jongeren	G4	2011	20	-	2
Jongeren in de jeugdzorg	Amsterdam	2012	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. Frequente bezoekers van party's en clubs geworven via online community's, websites en fora over feesten, party's en festivals. Vanwege methodologische verschillen zijn deze gegevens niet vergelijkbaar met die van het landelijke onderzoek onder bezoekers van clubs, discotheken, party's en festivals. II. Jongeren en jongvolwassenen uit mainstream-, hippe-, studenten-, en gay cafés. Dus niet representatief voor alle cafébezoekers.

Bronnen: Uitgaansonderzoek, Trimbos-instituut/UvA (Van der Poel et al., 2010); Het Grote Uitgaansonderzoek 2013 (Goossens et al., 2013); Het Grote Uitgaansonderzoek 2016 (Monshouwer et al., 2016), Bonger Instituut voor Criminologie, UvA: Antenne 2010 (Benschop et al., 2011), Antenne 2012 (Benschop et al., 2013), Antenne 2013 (Nabben et al., 2014), Antenne 2014 (Benschop et al., 2015), Antenne 2015 (Nabben et al., 2016); Haags Uitgaans Onderzoek, GGD Haaglanden (Van Dijk en Reinerie, 2015); Coda-G4 (Van Straaten et al., 2012), IVO, UMC St Radboud.

9.4 Problematisch gebruik

Zelfs bij personen die slechts gedurende een korte periode, bijvoorbeeld enkele weken, frequent GHB hebben gebruikt, kan zich afhankelijkheid ontwikkelen (Perez et al., 2006; Brunt et al., 2014).

- Vanwege de korte werkingsduur nemen intensieve gebruikers vaak dag en nacht elke twee tot vier uur een dosis om onthoudingsverschijnselen tegen te gaan (Van Noorden et al., 2010). Abrupt stoppen met GHB kan leiden tot symptomen zoals overvloedig zweten, plotselinge angstaanvallen en snelle hartslag (Van Noorden et al., 2009). De ernst van dit onthoudingssyndroom kan variëren, maar levensbedreigende complicaties zijn beschreven, met delirium, toevallen, verhoogde bloeddruk en hallucinaties (Veerman et al., 2010; Brunt et al., 2014; Van Noorden en Van Dijken, 2014). De symptomen beginnen doorgaans binnen 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 door toediening van medicinale GHB (Van Noorden et al., 2010; Van Noorden et al., 2015). In 2010 is onderzoek gestart om de veiligheid en doeltreffendheid van deze methode in kaart te brengen (NISPA, 2013). Daartoe zijn 229 GHB-cliënten van zes instellingen voor verslavingszorg behandeld en gedurende een langere periode gevolgd (zie § 9.6). Het gecontroleerd afbouwen met medicinale GHB hoeft niet altijd in een klinische setting plaats te vinden, maar kan in sommige gevallen ook veilig genoeg in een ambulante setting plaatsvinden (Kamal et al., 2014). Inmiddels zijn er indicaties dat ook het spierverslappende middel *baclofen* kan worden ingezet als ondersteunend medicijn tegen GHB-verslaving, maar onderzoek naar de effectiviteit is nog gaande (Kamal et al., 2015; Kamal et al., 2015a; Kamal et al., 2015b; Beurmanjer et al., 2016).

Cijfers over het aantal probleemgebruikers van GHB in Nederland ontbreken.

- Diverse organisaties op het gebied van uitgaan en verslaving signaleerden in de afgelopen jaren een verandering in de houding van bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen ten opzichte van GHB-gebruik. Het gebruik leek normaler te worden gevonden (zie § 9.3), maar in het Amsterdamse uitgaansleven lijkt hierin een kentering te zijn gekomen (Nabben et al., 2016).
- GHB wordt gezien als een goedkoop alternatief voor alcohol en andere drugs. 'Out gaan' (comateuze toestand) wordt door gebruikers vaak gezien als een relatief onschuldig bijeffect van GHB, hoewel er ook signalen zijn over onderlinge kritiek van uitgaanders op 'out gaan' en toegenomen bewustwording van het verslavingsrisico (zie § 9.3) (Nabben et al., 2016).
- Mogelijk zijn er (lange termijn) risico's verbonden aan het herhaaldelijk 'out gaan' na GHB-gebruik, maar gedegen onderzoek hiernaar ontbreekt tot nu toe (Van Amsterdam et al., 2012). Het AMC en het RIVM doen hier momenteel onderzoek naar.

In 2014 is door Mainline een onderzoek naar thuisgebruik gestart en in september 2015 is een *overdosispreventie tool* gereed gekomen waarmee thuisgebruikers kunnen voorkomen dat ze door GHB hun bewustzijn verliezen (mainline.nl/posts/show/7234).

Hoewel het gebruik van GHB in het uitgaansleven vermoedelijk, evenals voor veel andere middelen, het hoogst is in de Randstad, zijn er signalen dat het probleemgebruik zich vooral voordoet in een aantal andere regio's.

- Volgens cijfers van de verslavingszorg (LADIS) deed de GHB-hulpvraag zich in 2007 vooral voor in delen van Noord-Brabant en Friesland. In 2014 had de hulpvraag zich inmiddels verspreid naar regio's in bijna alle provincies. Wel lijken er binnen de provincies typische 'hotspots' te zijn (§ 9.6).
- In het voorafgaande (zie § 9.3) werd gewezen op vier soorten problematische GHB-gebruikers: de klassieke verslaafden, de straatjongeren, de uitgaanders en de thuisgebruikers (Nabben en Korf, 2016). GHB-gebruikende klassieke verslaafden komen voor in het hele land, meestal in meer stedelijke gebieden. Straatjongeren vormen de meerderheid van de GHB-gebruikers in plattelandsdorpen en delen van de provincies Overijssel, Gelderland, Brabant, Zuid-Holland en Zeeland. Uitgaanders die GHB gebruiken worden door de politie vooral aangetroffen in de stedelijke delen van Overijssel, Gelderland, Noord-Holland en Limburg. Thuisgebruikers van GHB worden door de politie vrijwel uitsluitend in delen van de noordelijke en oostelijke provincies gesignaleerd. Dit wijst erop dat de GHB-markt een lokaal karakter heeft.

9.5 Gebruik: internationale vergelijking

Algemene bevolking

Er zijn weinig monitoringgegevens beschikbaar over het gebruik van GHB onder de algemene bevolking of scholieren in andere landen. Het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) rapporteert niet systematisch over het gebruik van GHB. Voor enkele landen zijn gegevens beschikbaar.

- In Noorwegen had 0,1% van de bevolking van 16-64 jaar in het afgelopen jaar GHB gebruikt (EMCDDA, 2016). 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).

Jongeren en jongvolwassenen

In de ESPAD-peilingen onder 15- en 16-jarige scholieren in Europa werd in 2015 gevraagd naar het ooitgebruik van GHB. De cijfers uit dit onderzoek zijn internationaal beter vergelijkbaar dan de cijfers uit onderzoeken onder de algemene bevolking (Kraus et al., 2016).

- Het gebruik van GHB onder scholieren is laag. Het (ongewogen) gemiddelde van het ooitgebruik lag in 34 onderling vergelijkbare landen op 1%. In Nederland lag het ooitgebruik op het Europese gemiddelde van 1%. Het ooitgebruik lag met 3% het hoogst in Bulgarije.

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

- Overwegend lokale enquêtes zijn tussen 2005 en 2009 gehouden onder speciale groepen in België, Tsjechië en het Verenigd Koninkrijk. Het ooitgebruik in deze speciale groepen varieerde in deze landen van 4% tot 15% en de hoogste maandprevalentie lag op 5%.
- Het gaat hier echter om methodologisch uiteenlopende studies en verschillen tussen landen moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd (Van der Poel et al., 2010; EMCDDA, 2011; Dick en Torrance, 2010; EMCDDA, 2014). De cijfers zijn bovendien weinig recent.

De Global Drug Survey 2015 (GDS2015) is een internationale online survey waar relatief veel uitgaanders aan deelgenomen hebben. De GDS2015 werd afgenomen in november en december 2014 (www.globaldrugsurvey.com). De resultaten suggereren dat GHB in Nederland vaker wordt gebruikt dan in andere landen, al laat de methode een precieze vergelijking tussen landen niet toe. De werving van deelnemers, op basis van zelfselectie, verliep via verschillende media partners, zoals Spuiten en Slikken, Zeit Online en Huffington Post.

- De meeste deelnemers waren twintigers en dertigers. In het afgelopen jaar had 60% een drug gebruikt en de helft was ten minste vier keer in een club geweest.
- Alleen in Nederland hoorde GHB, met 7% actueel gebruik, bij de 20 meest gebruikte drugs, hetgeen niet het geval was in de andere participerende landen: de Verenigde Staten, het Verenigd Koninkrijk, Australië, Duitsland, Frankrijk, Ierland, Schotland, België, Denemarken, Nieuw Zeeland, Hongarije, Spanje, Portugal, Zwitserland, Mexico, Slovenië en Brazilië.

9.6 Hulpvraag en incidenten

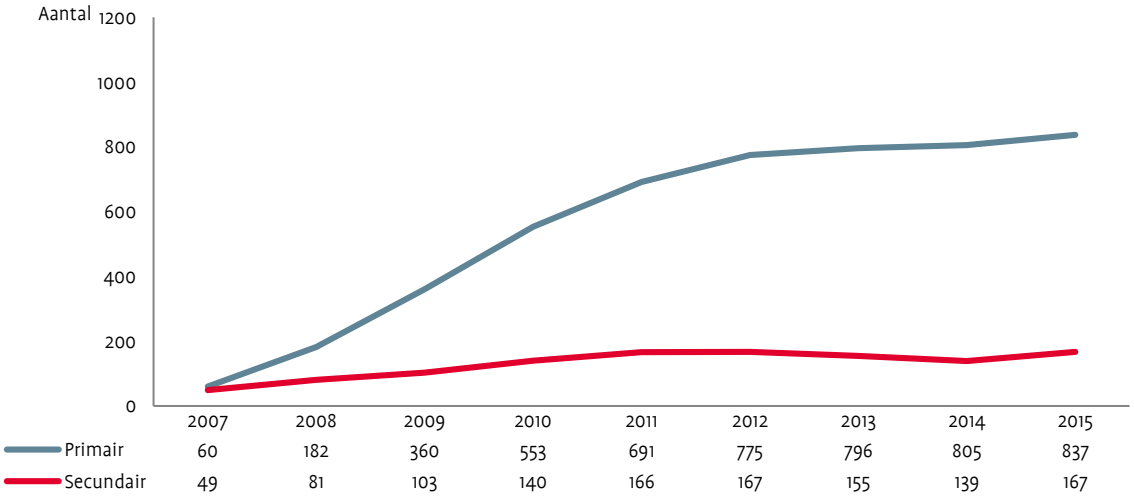
Verslavingszorg

De verslavingszorg is het onderdeel van de gezondheidszorg dat hulp biedt aan mensen die verslaafd zijn geraakt aan drugs, alcohol, medicijnen, gokken, of andere gedragsverslavingen. In 2013 is een practice-based behandelprotocol voor detoxificatie met medicinale GHB verschenen (Stichting Resultaten Scoren en NISPA, 2013) en onderzocht (De Weert-van Oene et al., 2013). De recidive (terugval naar GHB-gebruik) na detoxificatie is echter groot. Onderzoek is gaande naar de effectiviteit van baclofen (een spierverslapper voor behandeling van spierspasmen) bij de preventie van terugval (Kamal et al., 2015; Kamal et al., 2015a; Kamal et al., 2015b; Beurmanjer et al., 2016).

In 2015 hebben in totaal 21 gespecialiseerde instellingen voor verslavingszorg geanonimiseerde gegevens over de hulpverlening aangeleverd aan het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS, Wisselink et al., 2016) (Zie in bijlage A: Cliënt LADIS). De wisselingen die zich in de afgelopen tien jaar hebben voorgedaan in de aanleverende instellingen zijn weergegeven in bijlage D.5. Een nadere analyse wijst uit dat deze wisselingen slechts een beperkte invloed hebben gehad op het landelijk aantal geregistreerde cliënten en de trends niet noemenswaardig hebben beïnvloed. GHB wordt pas vanaf 2007 als apart middel geregistreerd in het LADIS.

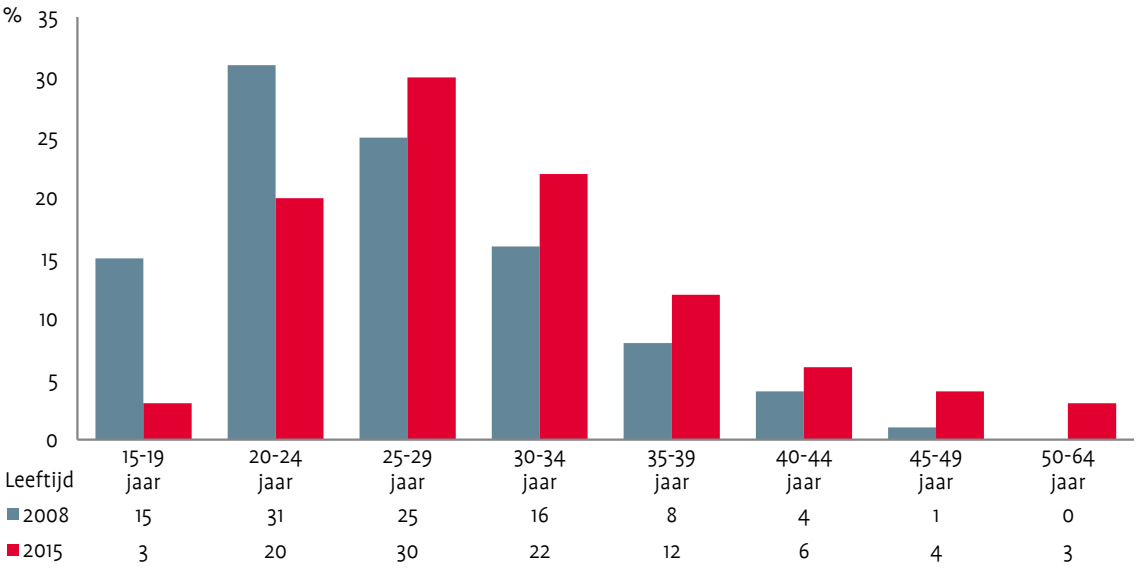
- In 2015 werden 837 personen behandeld voor een primaire GHB-problematiek, ongeveer evenveel als in 2014 (figuur 9.1). Dit is inclusief 17 personen in 2015 voor een primaire GBL-problematiek. De eerder gesignaleerde groei van het aantal hulpvragers vanaf 2007 lijkt zich vanaf 2012 te stabiliseren. Per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder steeg het aantal primaire GHB-cliënten van 0,4 in 2007 naar 6 in 2015. Het aandeel van GHB in de verslavingszorg bleef klein, maar steeg van 0,1% in 2007 naar 1% in 2015.
- GHB wordt minder vaak als secundaire problematiek genoemd (figuur 9.1). Het aantal secundaire GHB-cliënten steeg tussen 2007 en 2011 en schommelde tussen 2012 en 2015 rond een gemiddelde van 157 secundaire GHB-cliënten.
- Van de 837 primaire GHB-cliënten stond er bij 502 cliënten (60%) ook een secundaire problematiek geregistreerd. De secundaire problematiek was er vooral met amfetamine en overige opwekkende middelen (35%), cocaïne of crack (22%), alcohol (15%), cannabis (12%), benzodiazepinen en sedativa (7%), ecstasy (3%) en nicotine (3%).
- In 2015 was ongeveer 1 van de 5 primaire GHB-cliënten (22%) een nieuwkomer. De overige 4 van de 5 primaire GHB-cliënten (78%) stonden al een keer eerder ingeschreven bij de verslavingszorg.

Figuur 9.1 Aantal cliënten bij de verslavingszorg met primaire of secundaire GHB-problematiek, vanaf 2007



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

Figuur 9.2 Leeftijdsverdeling van de primaire GHB-cliënten, 2008 en 2015



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

Leeftijd, geslacht en opleiding

- Van de primaire GHB-cliënten in 2015 was een meerderheid van 68% man. Hoewel vrouwen in de minderheid waren, is 32% vrouwen een hoog aandeel vergeleken met andere middelen.
- De gemiddelde leeftijd van de primaire GHB-cliënten nam toe van 26 jaar in 2008 naar 30 jaar in 2015 (figuur 9.2). Het aandeel van de cliënten van 25 jaar en ouder steeg in deze periode van 54% naar 77%. Ten dele zal dit het gevolg zijn geweest van ouder wordende cliënten die, na een terugval, opnieuw voor een probleem met GHB hulp zoeken bij de verslavingszorg.
- De gemiddelde leeftijd waarop de GHB-cliënten voor het eerst GHB gingen gebruiken was 23 jaar in 2012. De gemiddelde 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).

- In 2007 was de GHB-hulpvraag geconcentreerd in delen van Noord-Brabant en Friesland. In 2014 was de hulpvraag in deze regio's toegenomen en verspreid naar andere regio's (Wisselink et al., 2015).
- GHB-hulpvragers keren vaak terug in de verslavingszorg en ook duurt hun behandeltraject vaak lang. Van de GHB-cliënten die tussen 2007 en 2009 in behandeling kwamen, had in 2012 meer dan de helft (57%) al meerdere behandeltrajecten doorlopen. Bij 4 van de 5 hulpvragers neemt de behandeling meer dan een jaar in beslag (Wisselink en Mol, 2013; Mol et al., 2014).
- In 2015 had van de primaire GHB-cliënten 39% geen opleiding afgerond of een lagere opleiding afgerond, had 48% een middelbare opleiding afgerond en had 13% een hogere opleiding afgerond. Het percentage met geen opleiding of een lagere opleiding lag ongeveer gelijk bij de alcoholcliënten (36%) en de ecstasycliënten (37%) en lag hoger bij de cannabiscliënten (44%), de cocaïnecliënten (48%), de amfetaminecliënten (49%) en de opiatencliënten (55%). (Voor de verklaring van lagere, middelbare en hogere opleiding, zie bijlage A onder: Cliënt LADIS.)

Intramurale detoxificatie

In 2013 is een practice-based behandelprotocol voor detoxificatie met medicinale GHB verschenen (Stichting Resultaten Scoren en NISPA, 2013) en onderzocht (De Weert-van Oene et al., 2013). Het behandelprotocol is gebaseerd op de GHB-monitor van het Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction (NISPA). Het NISPA monitort cliënten in de verslavingszorg die een intramurale detoxificatie hebben ondergaan. Deze cliënten krijgen als eerste stap een gecontroleerde afbouw met medicinale GHB, om daarna definitief te stoppen met GHB-gebruik (NISPA, 2013; De Jong et al., 2012). Zes instellingen voor verslavingszorg participeren in deze monitor.

- In totaal werden 229 patiënten behandeld en gevolgd in het kader van dit onderzoek (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 het gebruik van GHB en slaapklachten werden door de meeste patiënten genoemd op het moment van hun opname.
- Opvallend veel patiënten hadden, naast hun GHB-verslaving, ook last van andere psychische klachten, zo scoorde 38% van de patiënten boven de drempelwaarde voor depressie, 52% voor angst en 38% voor stress. Vergeleken met een poliklinische groep is dit bovengemiddeld hoog.
- 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.

Terugvalpreventie

- Vanwege de grote terugval na detoxificatie van GHB is het NISPA in 2014 een vervolgstudie gestart naar terugvalpreventie met baclofen. Dit middel is een 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 bij 37 patiënten met baclofen-ondersteuning, na gecontroleerde afbouw met medicinale GHB, suggereert een mogelijk effect in de vorm van minder zucht naar GHB, minder onrust en minder angst- en stemmingsklachten (Kamal et al., 2015; Kamal et al., 2015a; Kamal et al., 2015b; Beurmanjer et al., 2016). Voor een optimale behandeling is het gewenst dat de verslavingszorg de ketenzorg rondom de GHB-patiënten gaat organiseren. Een goede ketenzorg komt neer op "afstemming tussen de verschillende partners die betrokken zijn bij de zorgketen rond GHB-problematiek, zoals verslavingszorginstellingen, politie, ziekenhuizen en gemeenten" (Otte et al., 2016).

Algemene ziekenhuizen

De algemene ziekenhuizen stuurden tot en met het registratiejaar 2012 geanonimiseerde gegevens over de opnames naar de Landelijke Medische Registratie (LMR). Vanaf 2013 is de LMR voortgezet in de vorm van de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ). In de LMR werden de opnames anoniem geregistreerd in ICD-9 codes. In de LBZ worden vanaf 2013 de opnames anoniem geregistreerd in ICD-10 codes (zie bijlage B en bijlage D.4). Net als in de ICD-9 codering, is er in de ICD-10 codering geen aparte code voorhanden om een opname voor een probleem met GHB te registreren. Daardoor kunnen er uit de LMR en de LBZ geen cijfers worden gepresenteerd over ziekenhuisopnames gerelateerd aan GHB.

Incidenten

Sinds 2009 houdt de Monitor Drugsincidenten (MDI, zie bijlage D.6) actuele gegevens bij over de aard en omvang van drugsgerelateerde gezondheidsincidenten in Nederland (Wijers et al., 2016). Daarbij wordt ook gebruikgemaakt van het Letsel Informatie Systeem (LIS), dat gegevens bevat van de Spoedeisende Hulpafdelingen (SEHs) van een steekproef van ziekenhuizen.

- In 2015 werden in totaal 4.661 drugsincidenten gemeld. Bij 1.057 meldingen was GHB betrokken (23%); hiervan was in 693 gevallen GHB als enige drug gemeld (met of zonder alcohol). De gegevens over de gebruikte drugs zijn grotendeels afkomstig van zelfrapportage.

In tabel 9.4 worden de incidenten na gebruik van GHB als enige drug samengevat over de periode 2009-2015. Vanwege verschillen tussen de medische diensten worden gegevens uitgesplitst naar type dienst.

Tabel 9.4 Incidenten met GHB *als enige drug* geregistreerd door de Monitor Drugsincidenten (MDI), 2009-2015

	Ambulances	SEH-MDI-ziekenhuizen	SEH-LIS-ziekenhuizen	Politieartsen	EHBO
Aantal incidenten (% van het totaal binnen de dienst)	1.451 (20)	493 (13)	804 (19)	208 (11)	1.211 (12)
Man (%)	72	75	74	87	71
Leeftijd: <25 jaar (%)	37	31	36	23	49
Mate van intoxicatie*					
Licht (%)[I]	11	14	-	60	39
Matig (%)[II]	49	32	-	29	41
Ernstig (%)[III]	39	54	-	11	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 (Wijers et al., 2016).

- In deze periode werden in totaal 23.403 unieke drugsincidenten gemeld bij de MDI en 3.891 bij het LIS, waarvan 4.167 incidenten met GHB als enige drug. In bijna de helft van de gevallen was er sprake van combinatiegebruik van GHB met een andere drug. Deze gevallen worden hier niet verder beschreven (tenzij anders aangegeven).
- Het aandeel incidenten na GHB-gebruik verschilt tussen de regio's. In de Randstad (Amsterdam en Rotterdam) is het aandeel GHB-intoxicaties lager dan in regio's buiten de Randstad (Brabant-zuid, Gelderland-Midden en Enschede).
- Opvallend is dat het aandeel patiënten met een lichte GHB-intoxicatie bij politieartsen relatief hoger is (60%) dan bij de andere diensten.

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 oudere groep. Een ruime meerderheid is 25 jaar of ouder.
- Een groot deel van de patiënten heeft een ernstige intoxicatie na GHB-gebruik. Opvallend is de toename van het aandeel van matige en ernstige GHB-intoxicaties op de EHBO-posten van 34% in 2009 tot 73% in 2015. Binnen de andere diensten zijn er fluctuaties in de mate van GHB-intoxicatie over de jaren.
- In vergelijking met andere (uitgaans)drugs, zoals ecstasy, amfetamine en snuifcoke, hebben relatief weinig patiënten met een GHB-intoxicatie, voor zover bekend en geregistreerd, ook alcohol gebruikt.

Internationale vergelijking

Op Europees niveau worden de drugsgerelateerde incidenten gemonitord door het European drug emergencies network (Euro-DEN; Dines et al., 2015a; Wood et al., 2016). De mate waarin GHB/GBL een rol speelt in deze incidenten blijkt binnen Europa per regio te verschillen. GHB/GBL speelde in meer dan 20% van de gevallen een rol in Londen, Oslo en Barcelona. In minder dan 2% van de gevallen daarentegen speelde GHB/GBL een rol in Gdansk (Polen), Basel, Dublin, Mallorca, Drogheda (Ierland) en York. Dit gegeven suggereert dat niet alleen binnen Nederland maar ook binnen Europa het gebruik van GHB/GBL verschilt per regio.

Rijden onder invloed

Het rijden onder invloed van GHB is zeer riskant (CAM, 2011). Recente cijfers over rijden onder invloed van GHB ontbreken, zowel in Nederland als elders (EMCDDA, 2014b).

- Van mei tot en met september 2014 werd een survey gehouden onder 78 ervaren GHB-gebruikers die in hun leven vaker dan 25 keer GHB hadden gebruikt en minstens 10 keer GHB hadden gebruikt in de afgelopen 12 maanden (Nabben en Korf, 2016). Van deze ervaren GHB-gebruikers rapporteerden er 56 dat ze wel eens waren aangehouden. Bij 9% van deze aanhoudingen ging het om rijden onder invloed.
- In 2013 gaf 27% van de party- en clubgangers uit het Grote Uitgaansonderzoek aan (zie § 9.3) in de afgelopen 12 maanden wel eens onder invloed van drugs een auto te hebben bestuurd. Van deze groep gaf 1% 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 worden verdacht van het gebruik van drugs of medicijnen. Het NFI let daarbij ook op GHB.
    - In 2013, 2014 en 2015 werden achtereenvolgens 928, 978 en 966 bloedmonsters onderzocht. Het gebruik van GHB, of het gebruik van een stof waaruit GHB gevormd kan worden, werd aangetroffen in respectievelijk 202, 213 en 231 bloedmonsters.
- De Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid (SWOV) heeft het gebruik van GHB onderzocht onder ernstig gewonde autobestuurders die werden opgenomen in het ziekenhuis (Houwing, 2011). Het onderzoek werd uitgevoerd onder 180 ernstig gewonden die tussen 2007 en 2009 werden opgenomen in een ziekenhuis in Enschede, Tilburg en Nijmegen.
    - Vijf van de 180 ernstig gewonde bestuurders (3%) bleken GHB te hebben gebruikt.
    - Vergeleken met andere drugs is het aandeel van GHB groot.

Incidenten seksueel misbruik

Sinds GHB werd beschreven als 'uitgaansdrug' zijn er berichten verschenen over verkrachtingen waarbij GHB werd gebruikt om het slachtoffer te verdoven. Zo eiste in 2009 het Openbaar Ministerie (OM) gevangenisstraffen tegen twee mannen die ervan werden verdacht een 14-jarig meisje een glas drinken met daarin GHB te hebben gegeven (www.om.nl, 02-11-2009). In 2012 eiste het OM gevangenisstraf tegen een man die ervan werd verdacht een meisje dat nog geen 12 jaar was te hebben gedrogeerd met GHB (www.om.nl, 07-03-2012).

- Een internationale overzichtsstudie heeft geprobeerd te achterhalen bij hoeveel van de wetenschappelijk beschreven verkrachtingsincidenten er daadwerkelijk sprake was van bewezen GHB-intoxicatie (Németh et al., 2010). In 0,2% tot 4% van alle beschreven gevallen van seksueel misbruik werd GHB gedetecteerd.
- In 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. Ook dient te worden opgemerkt dat door het gebruik van andere drugs dan GHB en door het gebruik van alcohol iemand risico kan lopen op seksueel misbruik.
- Knelpunt bij deze studies is dat GHB betrekkelijk kort detecteerbaar is: maximaal 5 uur in het bloed en 12 uur in de urine (Verstraete, 2004). Van de meeste studies is slechts bekend dat het bloed- of urinemonster 'binnen 24 uur na het incident' was verzameld. Onderrapportage is dus mogelijk.
- Er is geen zicht op het aantal gevallen in Nederland waarbij het gebruik van GHB in verkrachtingszaken een rol heeft gespeeld.

9.7 Ziekte en sterfte

Ziekte

De dosis-effect relatie van GHB is zeer steil en het verschil in dosis tussen een 'gewenst' en een 'ongewenst' effect is zeer klein. Hierboven werd er al op gewezen dat er mogelijk (lange termijn) risico's verbonden zijn aan het herhaaldelijk 'out gaan' na GHB-gebruik en dat het AMC en het RIVM hier momenteel onderzoek naar doen.

- Door de steile dosis-effect relatie is de kans op overdosering groot. Een overdosis GHB is gevaarlijk omdat de mogelijkheid bestaat dat de ademhaling wordt onderdrukt. Ook kan de gebruiker bewusteloos raken of zelfs in coma raken (Moser en Purssell, 2000). De gevolgen voor de ademhaling kunnen variëren van een milde ademhalingsverstoring tot ademstilstand. De risico's hierop zijn groter als GHB wordt gebruikt in combinatie met alcohol of andere dempende stoffen zoals benzodiazepinen. Door GHB-gebruik kan ook een catatone stupor ontstaan, waarbij de patiënt bewegingsloos in dezelfde houding blijft liggen en niet meer reageert op externe prikkels (Claussen et al., 2014).
- Tolerantie na frequent gebruik kan er toe leiden dat gebruikers steeds meer consumeren om hetzelfde effect te bereiken. Er komen dan vaker symptomen voor zoals misselijkheid, braken en onrustig en agressief gedrag (Van Noorden en Van Dijken, 2014), duizeligheid, te langzame hartslag en onderkoeling. Bij hogere doseringen overheerst een algemeen ziektegevoel (Van Sassenbroeck et al., 2007).
- Frequent gebruik van GHB kan snel tot afhankelijkheid leiden. Bij abrupt stopzetten van het GHB-gebruik kunnen ernstige, soms levensbedreigende onthoudingsverschijnselen optreden (zie § 9.4).

Sterfte

De sterfte door het gebruik van GHB is lastig vast te stellen. GHB wordt snel afgebroken in het lichaam en is daardoor slechts kort aantoonbaar in bloed of urine (Corkery et al., 2015; Jones et al., 2009; Verstraete, 2004). Afgezien daarvan zegt de aanwezigheid van GHB niet alles, omdat er grote verschillen in tolerantie kunnen zijn. Ook kan GHB na het overlijden in het lichaam zelf worden gevormd, ook als er geen GHB werd gebruikt. Door al deze factoren kan de bijdrage van GHB-gebruik aan het overlijden moeilijk vast te stellen zijn. Een andere complicerende factor is dat de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS geen specifieke code kent waarmee GHB-sterfgevallen kunnen worden geregistreerd (zie ook bijlage D.1).

- In 2013 stond GHB vermeld op 8 doodsoorzakenformulieren van het CBS, waarbij op 1 doodsoorzakenformulier naast GHB ook GBL stond vermeld. Daarnaast was er 1 doodsoorzakenformulier waarop alleen GBL stond vermeld en geen GHB. Het gaat daarbij zowel om ingezetenen als niet ingezetenen van Nederland. In 2014 stond GHB vermeld op 4 doodsoorzakenformulieren van het CBS. Onbekend is of GHB (of GBL) bij deze gevallen de oorzaak was van het overlijden of heeft bijgedragen aan het overlijden.
- Alleen wanneer er een strafrechtelijk onderzoek plaatsvindt of de nabestaanden daarom vragen, onderzoekt het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) een overlijdensgeval op alcohol, drugs, geneesmiddelen en bestrijdingsmiddelen. Van de overlijdensgevallen waarbij gerechtelijke sectie en toxicologisch onderzoek heeft plaatsgevonden in 2015, was er 1 geval waarin GHB in combinatie met andere middelen een rol had gespeeld bij het overlijden. In 2014 ging het om 4 gevallen. In de gevallen in 2015 waarin geen sectie werd verricht maar alleen toxicologisch onderzoek plaatsvond, werd eveneens in 1 geval GHB aangewezen als de doodsoorzaak. Vanwege combinatiegebruik kunnen de aantallen sterfgevallen in de verschillende hoofdstukken van dit Jaarbericht niet zonder meer bij elkaar worden opgeteld.

- Hierbij dient te worden opgemerkt dat het totaal aantal gerechtelijke secties door het NFI de afgelopen jaren is gedaald van 338 in 2013 naar 319 in 2014 en 285 in 2015. Het aantal waarbij toxicologisch onderzoek plaatsvond daalde van 250 in 2013 naar 228 in 2014 en 205 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 omgekeerd zijn er gevallen die bekend zijn bij het NFI maar niet bij het CBS.
- In 2010 waren er wereldwijd ongeveer 400 sterfgevallen gerelateerd aan GHB in de klinische literatuur beschreven (Zvosec et al., 2010).

9.8 Aanbod en markt

Samenstelling van GHB

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) monitort de markt van illegale drugs (Van der Gouwe en Rigter, 2016). Daarvoor wordt gebruikgemaakt van de analyse van stoffen die aanwezig zijn in drugsmonsters die consumenten bij instellingen voor verslavingszorg inleveren. Vloeistoffen, waaronder GHB/GBL, worden meestal doorgestuurd naar het laboratorium voor chemische analyse. Tabel 9.5 toont het aantal monsters met GHB/GBL vanaf 2006.

Tabel 9.5 Aantal monsters met GHB/GBL, vanaf 2006

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013[I]	2014	2015
Totaal aantal geanalyseerde monsters	4.580	4.727	4.671	5.086	5.735	5.783	5.985	5.705	5.895	6.389
GHB/GBL	142	203	234	61	139	141	148	19[I]	36	62 (GHB) 3 (GBL)

I. DIMS heeft vanaf 2013 minder GHB/GBL monsters geanalyseerd vanwege stabiele uitkomsten en capaciteitslimiet. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

- Van de 99 in het laboratorium geanalyseerde vloeistoffen waren er 63 gekocht als GHB en daarvan bleken 55 vloeistoffen inderdaad GHB te bevatten. Nog 7 andere vloeistoffen, die niet als GHB waren gekocht, bleken ook GHB te bevatten. Het totaal aantal vloeistoffen met GHB kwam daarmee op 62. In 3 vloeistoffen werd GBL aangetroffen.
- De 62 vloeistoffen met GHB bevatten gemiddeld 376,9 milligram GHB per milliliter vloeistof. GHB wordt vaak verkocht in buisjes van 5 milliliter, wat bij deze concentratie overeen zou komen met gemiddeld bijna twee gram per buisje. Voor de meeste mensen is dit een forse dosering.

Prijzen

- De Amsterdamse Antenne-monitor en het landelijke DIMS geven een indicatie van de prijs die een consument betaalt voor een enkele dosis GHB, een kwart liter, een halve liter, of een hele liter van dit middel. Tabel 9.6 geeft een overzicht van de prijsontwikkeling vanaf 2001. Vanaf 2013 zijn gegevens over de prijzen van GHB uit het DIMS niet meer beschikbaar vanwege een te laag aantal GHB-monsters.

In 2014 vond er een stijging plaats in de prijs van GHB (tabel 9.6). De prijs voor een hele liter GHB verdubbelde bijna tussen 2011 en 2014 (Benschop et al., 2015). Omstreeks november 2013 kregen ruim 20 handelaren die via internet de drugsgrondstof GBL aanboden voor de bereiding van GHB, een brief van het Openbaar Ministerie (OM) met het verzoek de verkoop te staken (Nabben et al., 2014). In december 2013 constateerde het OM dat vrijwel alle grote handelaren die via internet de drugsgrondstof GBL hadden aangeboden, daarmee waren gestopt (www.om.nl; 09-12-2013). Het OM constateerde bovendien dat hierdoor de prijs van een liter GHB met tientallen procenten was gestegen (zie ook § 13.2).

Tabel 9.6 Prijsontwikkeling in euro's[1] van verschillende hoeveelheden GHB volgens de Amsterdamse Antenne-monitor en het landelijke DIMS, vanaf 2011

Bron	Hoeveelheid	2011	2012	2013	2014	2015
Amsterdamse Antenne-monitor	1 dosis van 5 milliliter	5-10 (5)	5-10 (5)	-	-	-
	kwart liter	25-45	25-45	25-45 (30-40)	35-60 (45-50)	daling van 50 naar 35-40
	halve liter	45	40-75	-	-	70-80
	hele liter	ongeveer 100	80-125	80-125	200	100-130
Landelijke DIMS	1 dosis van 5 milliliter	6	4	-	-	-
	hele liter	-	50-180 mediaan 120	-	-	-

1. Tussen haakjes de meest gangbare prijsklasse. - = Gegevens niet beschikbaar. Bronnen: Antenne 2011 (Nabben et al., 2012); Antenne 2012 (Benschop et al., 2013); Antenne 2013 (Nabben et al., 2014); Antenne 2014 (Benschop et al., 2015); Antenne 2015 (Nabben et al., 2016); DIMS, Trimbos-instituut.

Wijze van verkrijgen

GHB kan worden gekocht van een dealer, via internet of kan zelf thuis worden bereid uit grondstoffen volgens recepten die op internet staan.

- In 2015 heeft de Amsterdamse Antenne-monitor onder coffeeshopbezoekers die GHB gebruiken nagevraagd hoe zij aan de GHB komen (Nabben et al., 2016). Van de coffeeshopbezoekers die het afgelopen jaar nog GHB hadden gebruikt, had 33% de GHB gekocht in het uitgaansleven, had 11% het gekocht van een 06-dealer, 11% van een dealer thuis en had 11% de GHB zelf gemaakt.
- In het voorafgaande (zie § 9.6) werd reeds gewezen op de survey die in 2014 werd gehouden onder 78 ervaren GHB-gebruikers (Nabben en Korf, 2016). Onder deze ervaren GHB-gebruikers is nagevraagd hoe zij doorgaans aan de GHB komen. De GHB werd vaak of altijd gekocht door 32% van de ervaren gebruikers, 23% kreeg het vaak of altijd van anderen, 13% maakte het vaak of altijd zelf, maar niemand van de ervaren gebruikers bestelde de GHB vaak of altijd via internet (0%).

10. Slaap- en kalmeringsmiddelen en andere psychoactieve medicijnen

10.1	Laatste feiten en trends	▶ pagina 243
10.2	Gebruik: algemene bevolking	▶ pagina 243
10.3	Gebruik: jongeren	▶ pagina 247
10.4	Problematisch gebruik	▶ pagina 249
10.5	Gebruik: internationale vergelijking	▶ pagina 251
10.6	Hulpvraag en incidenten	▶ pagina 253
10.7	Ziekte en sterfte	▶ pagina 256
10.8	Aanbod en markt	▶ pagina 258

10. 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 (Baggio et al., 2014). 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.

10.1 Laatste feiten en trends

De belangrijkste feiten en cijfers over slaap- en kalmeringsmiddelen in dit hoofdstuk zijn:

- In 2009 had 1 op de 10 mensen in de algemene Nederlandse bevolking van 15-64 jaar in het afgelopen jaar slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt. Het aandeel recente gebruikers was twee keer hoger onder vrouwen dan mannen (§ 10.2).
- Ouderen van boven de 65 jaar zijn oververtegenwoordigd onder de gebruikers van benzodiazepinen (§ 10.2).
- Er zijn indicaties dat van de gebruikers van slaapmedicatie 62% langer dan twee jaar had gebruikt (§ 10.4).
- Het percentage 15-16 jarige scholieren dat ooit slaap- en kalmeringsmiddelen had gebruikt zonder recept van een arts, lag in 2015 in Nederland boven het Europees gemiddelde (§ 10.5).
- Het aantal cliënten dat ingeschreven stond bij de verslavingszorg wegens een primair probleem met benzodiazepinen, barbituraten, of overige psychofarmaca steeg tot 2010 en is tot en met 2015 gestabiliseerd (§ 10.6). Tussen 2009 en 2015 deed zich een opvallende daling voor in het aantal cliënten met een secundair psychofarmaca-probleem.
- Tussen 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 met behulp van barbituraten (§ 10.7).
- De vergoeding van benzodiazepinen via de basisverzekering is per 1 januari 2009 sterk ingeperkt. Vermoedelijk is in samenhang hiermee het gebruik van benzodiazepinen gedaald (§ 10.2, § 10.8).

10.2 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).

Recente gegevens uit bevolkingsonderzoek ontbreken. 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. De cijfers zijn daarom niet vergelijkbaar en er kunnen geen trends voor deze periode worden bepaald. In 2016 worden vragen over slaap- en kalmeringsmiddelen 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 10,1% van de algemene Nederlandse bevolking van 15-64 jaar in het afgelopen jaar slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt (Van Rooij et al., 2011) (tabel 10.1).

Tabel 10.1 Gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen in Nederland onder mensen van 15-64 jaar. Peiljaren 2001, 2005 en 2009[I]

	2001 (%)	2005 (%)	Wijziging methode[I]	2009[I] (%)
Ooitgebruik	26,6	-	…	-
Recent gebruik[II]	11,1	9,3	…	10,1
Actueel gebruik[III]	6,3	5,0	…	5,9
Heeft voor het eerst in het afgelopen jaar gebruikt	2,7 (S) 2,5 (K)	2,8	…	2,9
Gemiddelde leeftijd van de recente[II] gebruikers	44,3 jaar (S) 40,7 jaar (K)	43,1 jaar	…	-

Aantal respondenten: 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 5,9% 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; Bakker, 2015).
- Tussen 2001 en 2005 daalde het percentage recente en actuele gebruikers (tabel 10.1). 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% (www.sfk.nl, 17-09-2013). 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 § 10.8).

Leeftijd en geslacht

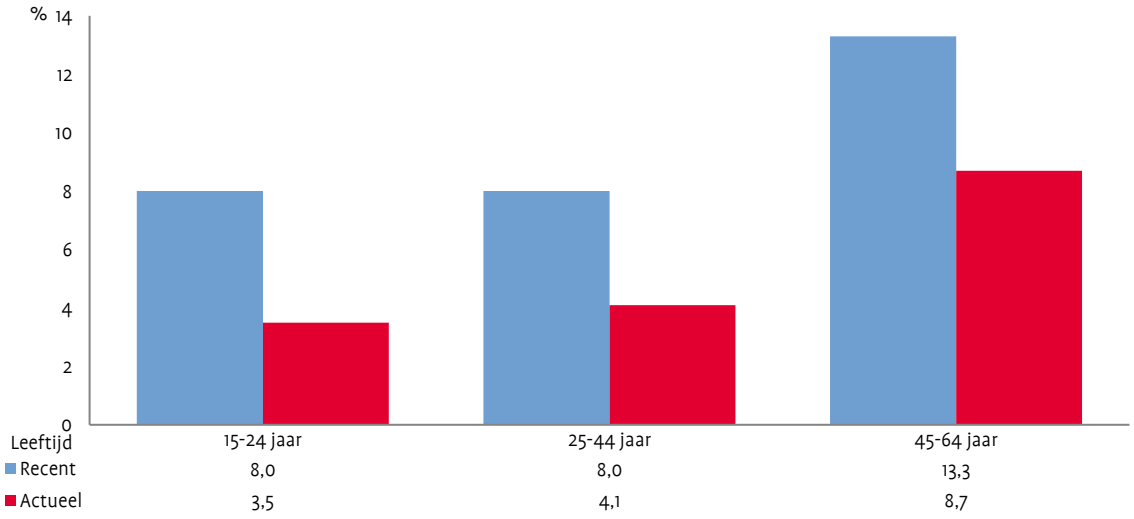
Volgens het NPO gebruikten in 2009 ongeveer twee keer meer vrouwen dan mannen slaap- en kalmeringsmiddelen (Van Rooij et al., 2011).

- 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 10.1).
- In 2009 had in het afgelopen jaar 8% van de 15-24 en 25-44 jarigen slaap- en kalmeringsmiddelen gebruikt, tegenover 13,3% van de 45-64 jarigen. Er zijn 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 10.1 Gebruikers van slaap- en kalmeringsmiddelen per leeftijdsgroep. Peiljaar 2009



Leeftijd	15-24 jaar	25-44 jaar	45-64 jaar
Recent	8,0	8,0	13,3
Actueel	3,5	4,1	8,7

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 bleek dat 9% vaak of altijd slaaptabletten gebruikt om in slaap te vallen. Nog eens 27% deed dit soms of zelden (NSWO, 2014). Het is niet duidelijk hoe deze gegevens gerelateerd kunnen worden aan een percentage 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, www.sfk.nl, 06-09-2012). Van 2008 naar 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 keer 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 (www.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 in 2009 werden per kwartaal gemiddeld 52 miljoen standaarddagdoseringen verstrekt. In het derde kwartaal van 2014 daalde het aantal verstrekte standaarddagdoseringen naar 42 miljoen (www.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 (www.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.
- Patiënten-educatie over de risico's van benzodiazepinen kan het gebruik terugdringen. In Canada bleek dat het gebruik bij meer dan een derde van de ouderen kon worden teruggedrongen via patiënten-educatie (Tannenbaum et al., 2014). In Australië is een speciaal protocol ontwikkeld om bij ouderen in vijf stappen het gebruik van teveel medicijnen terug te dringen (Reeve et al., 2014). Het Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving (IVO) onderzoekt van november 2015 tot en met november 2016 bij acht huisartsenpraktijken in Nederland hoe de Praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg bij de huisarts (POH-GGZ) chronische gebruikers van benzodiazepinen kan stimuleren om het gebruik te minderen of te stoppen (www.ivo.nl/?id=1113).

10.3 Gebruik: jongeren

Het IVO heeft in 2009 via een onlinevragenlijst onderzoek gedaan naar het oneigenlijk gebruik van medicijnen door Nederlandse jongeren van 14-17 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 gebruikgemaakt van receptgeneesmiddelen. Inclusief de zelfzorgmedicijnen lag het percentage oneigenlijk gebruik van medicijnen op 13% (tabel 10.2).
- 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%).
- 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%).

Tabel 10.2 Oneigenlijk gebruik van medicijnen door jongeren van 14-17 jaar. Peiljaar 2009

Medicijn	Ooit (%)	Recent (%)	Actueel (%)
Zelfzorgmedicijnen	10	7	3
Receptpijnstillers[I]	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). I. Bij de pijnstillers op recept gaat het om middelen zoals codeïne, methadon, morfine, diclofenac, tramadol, oxycodon en fentanyl. Bron: IVO (Ganpat et al., 2009).

Het Bonger Instituut voor Criminologie van de Universiteit van Amsterdam monitort via de *Antenne* het gebruik van alcohol en drugs onder scholieren van het voortgezet onderwijs in Amsterdam. Het gaat daarbij om brugklassers, derdeklassers en oudere leerlingen. De Antenne volgt daarbij ook het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen (Nabben et al., 2012).

- De brugklassers waren gemiddeld 12,9 jaar. Van de brugklassers had 4% in het afgelopen jaar en had 2% in de afgelopen maand slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt.
- De derdeklassers waren gemiddeld 14,3 jaar. Van de derdeklassers had 8% slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt in het afgelopen jaar en 4% in de afgelopen maand. Het gebruik zonder recept kwam voor bij 4% van de derdeklassers in het afgelopen jaar en bij 2% in de afgelopen maand.
- De oudere leerlingen waren gemiddeld 15,1 jaar. Van de oudere leerlingen had 7% slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt in het afgelopen jaar en 3% in de afgelopen maand. Het gebruik zonder recept kwam voor bij 3% van de oudere leerlingen in het afgelopen jaar en 1% in de afgelopen maand.

Precieze vergelijkingen zijn moeilijk te maken, maar 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.
Zie ook § 10.5 voor het gebruik onder 15-16-jarige scholieren.

Speciale groepen jongeren en jongvolwassenen

Uitgaanders

In de Antenne-monitor is het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen, behalve onder scholieren, ook gepeild onder groepen jongeren en jongvolwassenen in het Amsterdamse uitgaansleven (tabel 10.3). Er wordt daarbij geen onderscheid gemaakt tussen gebruik op recept en oneigenlijk gebruik. Voor zover vergelijkbaar lijkt het gebruik niet zo veel af te wijken van dat in de algemene bevolking. Gebruik van een slaapmiddel op kleine schaal wordt vooral genoemd om de na-effecten van het gebruik van stimulerende middelen tegen te gaan.

- In 2010 werd het middelengebruik onder Amsterdamse cafébezoekers onderzocht (Benschop et al., 2011). Hun leeftijd varieerde van 16-56 jaar, hun gemiddelde leeftijd was 27 jaar, 51% was man en 49% was vrouw.
  - Van de cafébezoekers had 19% ooit slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt, 11% had ze het afgelopen jaar gebruikt en 4% had deze middelen de afgelopen maand nog gebruikt.
  - Bij de vrouwen lag het ooitgebruik hoger dan bij de mannen (23% tegenover 16%).
- Onder coffeeshopbezoekers in Amsterdam steeg het actueel gebruik van slaapmiddelen van 1% in 2009 naar 4% in 2015 (Nabben et al., 2016, tabel 10.3).

Tabel 10.3 Gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen in Amsterdam

	Locatie	Peiljaar	Gemiddelde leeftijd (jaar)	Ooit (%)	Actueel (%)
Bezoekers van trendy clubs	Amsterdam	2008	25	17	3
Coffeeshopbezoekers	Amsterdam	2009	28	12	1
		2015	25	16	4
Bezoekers van cafés	Amsterdam	2010	27	19	4

Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand) per groep. De uitgaanders die deelnemen aan onderzoek zijn niet representatief voor alle uitgaanders. Bron: Bonger Instituut voor Criminologie, UvA: Antenne 2010 (Benschop et al., 2011), Antenne 2015 (Nabben et al., 2016).

De Tendens monitort het gebruik van alcohol en drugs onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen in Gelderland. Net als in de voorafgaande jaren speelden in 2010 slaap- en kalmeringsmiddelen een marginale rol in het middelengebruik van de Gelderse jongeren die door de Tendens worden gemonitord (De Jong et al., 2011). Evenals in de Amsterdamse Antenne-monitor werden slaap- en kalmeringsmiddelen genoemd als een handig middel om in slaap te komen na een zwaar weekend stappen, met name na het gebruik van stimulerende middelen.

Probleemgroepen

In 2012 heeft de Antenne-monitor het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen onderzocht onder jongeren in de jeugdzorg in Amsterdam (Benschop et al., 2013).

- Het bleek dat 13% van de jongeren in de jeugdzorg deze middelen wel eens had gebruikt, waarvan 10% met een doktersvoorschrift en 5% (ook) zonder doktersvoorschrift. In de afgelopen maand had 3% van de jongeren in de Amsterdamse jeugdzorg nog slaap- en kalmeringsmiddelen gebruikt.

De *Coda-G4* is een cohortstudie onder daklozen in de vier grote steden Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht (Van Straaten et al., 2012). In 2011 heeft de *Coda-G4* voor het eerst het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen onderzocht onder dakloze jongvolwassenen in deze vier grote steden.

- Het ging om dakloze jongvolwassenen van 18-22 jaar met een gemiddelde leeftijd van 20 jaar. In 2011 had 3% van deze dakloze jongeren in de afgelopen maand slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt.
- De derde meting van de Coda-G4 vond plaats tussen juli 2012 en juni 2013, anderhalf jaar na de instroom van de daklozen in de maatschappelijke opvang in 2011 (Van Straaten et al., 2014). Bij deze derde meting bleek dat 8% van de dakloze jongvolwassenen in de afgelopen maand slaap- of kalmeringsmiddelen had gebruikt.

10.4 Problematisch gebruik

Problematisch gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen omvat naast acute problemen zoals verkeersongevallen, valincidenten en verslechtering van geheugen en concentratievermogen (zie § 10.7), ook misbruik en afhankelijkheid.

Verslaving aan slaap- en kalmeringsmiddelen is veelal een 'verborgen verslaving'. Gebruikers kunnen verslaafd zijn geraakt, zonder dat zelf te beseffen. In de regel worden deze middelen voorgeschreven door een arts. Dit kan voor sommige 'patiënten' versluieren dat ook deze middelen verslavend kunnen zijn, net zoals alcohol, drugs en tabak (Crul, 2006; Bakker, 2015). Verslaving kan al optreden na drie tot zes weken gebruik. De richtlijn van de GGZ voor angststoornissen schrijft daarom voor dat de arts de patiënt over de bijwerkingen en het risico op afhankelijkheid uitgebreid dient te informeren (Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling GGZ, 2011). Deze richtlijn voor angststoornissen adviseert om eerst cognitieve gedragstherapie en/of andere medicijnen te proberen en pas als dit niet aanslaat benzodiazepinen voor te schrijven. Ook is er een richtlijn van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG, www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-slaapproblemen-en-slaapmiddelen).

Voor het behandelen van verslaving aan benzodiazepinen onderzoekt het Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction (NISPA) momenteel het geneesmiddel flumazenil. Mogelijk maakt flumazenil het bij een verslaving makkelijker om te stoppen met benzodiazepinen (www.nispa.nl).

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 (www.trosradar.nl, 14-04-2014).

Algemene bevolking

Recente cijfers over het aantal problematische gebruikers van slaap- en kalmeringsmiddelen zijn niet beschikbaar. In het NEMESIS-onderzoek uit 2007-2009 is onder andere onderzocht hoeveel procent van de Nederlandse bevolking van 18-64 jaar, op jaarbasis, voldeed aan de diagnose voor misbruik of afhankelijkheid van slaap- en kalmeringsmiddelen (DSM 4e gewijzigde editie) (De Graaf et al., 2010).

- In het afgelopen jaar voldeed 0,3% van de bevolking aan de diagnose 'misbruik' en voldeed 0,2% aan de diagnose 'afhankelijkheid' van slaap- of kalmeringsmiddelen. Het totaal in de algemene bevolking voor misbruik en afhankelijkheid kwam daarmee op 0,5% (tabel 10.4).
- 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 35.000 mensen met 'misbruik' en om ongeveer 22.000 mensen met 'afhankelijkheid' van slaap- of kalmeringsmiddelen.

Tabel 10.4 Jaarprevalentie van misbruik en afhankelijkheid van slaap- en kalmeringsmiddelen, naar stoornis en geslacht in de bevolking van 18-64 jaar. Peiljaar 2007-2009

	Jaarprevalentie (%)
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).

Het gebruik van benzodiazepinen kan chronisch worden.

- Volwassenen die benzodiazepinen gebruiken, nemen gemiddeld één *Doorsnee Dag Dosis (DDD)* per dag. Het aantal DDD's verschilt sterk per benzodiazepine. Een milligram van de benzodiazepine *oxazepam* bevat slechts 0,02 DDD, terwijl een milligram van de benzodiazepine *brotizolam* 4 DDD's bevat, 200 keer zoveel (www.benzodebaas.nl).
- 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 afhankelijk te raken als zij leden aan slapeloosheid, antidepressiva gebruikten, of al leden aan een alcoholverslaving (Manthey et al., 2012).

10.5 Gebruik: internationale vergelijking

Algemene bevolking

Cijfers over het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen zijn lastig 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

Het European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) 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 (Kraus et al., 2016).

In het ESPAD onderzoek is in 2003, 2007, 2011 en 2015 nagevraagd of de scholieren ooit in hun leven slaap- of kalmeringsmiddelen hebben gebruikt zonder een recept van een arts (tabel 10.5).

- In 2015 gingen Frankrijk (10%), Nederland (8%) en Zweden (7%) aan kop. De laagste percentages werden gevonden in Ierland (3%) en Denemarken (2%).
- Het (ongewogen) gemiddelde van 34 onderling vergelijkbare Europese landen lag in 2015 op 6%. Nederland lag met 8% boven het Europese gemiddelde.
- Doorgaans hebben meisjes meer ervaring met het gebruik van deze middelen dan jongens. Voor de 34 onderling vergelijkbare Europese landen lag het (ongewogen) gemiddelde bij de meisjes op 8% en bij de jongens op 5%.

Tabel 10.5 Percentage scholieren van 15 en 16 jaar in enkele lidstaten van de Europese Unie en Noorwegen dat ooit in het leven slaap- of kalmeringsmiddelen heeft gebruikt zonder een recept van een arts, naar geslacht. Peiljaren 2003, 2007, 2011 en 2015

Land	2003			2007			2011			2015		
	J (%)	M (%)	T (%)	J (%)	M (%)	T (%)	J (%)	M (%)	T (%)	J (%)	M (%)	T (%)
Frankrijk	10	15	13	12	18	15	8	15	11	8	12	10
Nederland	7	10	8	6	8	7	6	11	9	5	11	8
Zweden	5	7	6	6	9	7	7	9	8	5	9	7
België[I]	10	10	10	6	11	9	7	8	8	4	9	6
Finland	4	9	7	4	9	7	5	9	7	4	8	6
Noorwegen	3	3	3	3	5	4	3	4	4	5	7	6
Portugal	4	7	5	4	9	6	7	7	7	2	8	5
Italië	5	7	6	7	13	10	8	12	10	5	6	5
Oostenrijk	1	2	2	2	2	2	-	-	-	3	5	4
Griekenland	3	5	4	4	5	4	9	10	9	4	4	4
Ierland	2	2	2	2	4	3	3	3	3	3	3	3
Denemarken[II]	4	5	4	-	-	-	4	5	4	2	3	2
Duitsland[III]	1	2	2	2	3	3	3	2	2	-	-	-
Verenigd Koninkrijk[IV]	2	1	2	2	1	2	-	-	-	-	-	-

Percentage gebruikers zonder recept ooit in het leven. Tabel is geordend op het totale percentage ooitgebruikers in 2015. J = jongens, M = meisjes, T = totaal, - = niet gemeten. I. België in 2007, 2011 en 2015 alleen voor Vlaanderen. II. De gegevens voor Denemarken zijn minder representatief. III. Duitsland alleen voor zes deelstaten in 2007 en vijf deelstaten in 2011. IV. Verenigd Koninkrijk niet voor 2011 vanwege te lage respons (slechts 6% van de scholen). Bron: ESPAD.

Enkele internationale studies

In 2013 had 13,1% van de studenten van een universiteit in het Midwesten van de Verenigde Staten in het afgelopen jaar een receptmedicijn oneigenlijk gebruikt (McCabe et al., 2014).

- Van de studenten had 9,3% in het afgelopen jaar een stimulerend medicijn oneigenlijk gebruikt, 4,5% pijnstillers, 3,0% sedativa/angstmedicatie en 2,3% had slaappillen oneigenlijk gebruikt.
- De opvoedstijl van ouders bleek van invloed te zijn op het oneigenlijk gebruik van medicijnen door adolescenten. Ouders die hoge eisen stellen aan hun adolescente kinderen, zonder hen emotionele warmte te geven, lopen een hogere kans dat hun kinderen medicijnen gaan misbruiken (Donaldson et al., 2015). Naarmate studenten meer vrienden hebben die medicijnen misbruiken, lopen zij een grotere kans ook zelf medicijnen te gaan misbruiken (Watkinsa, 2016; Watkins, 2016a).
- Zoals eerder werd gevonden voor het gebruik van alcohol en cannabis, bleek ook voor het misbruik van medicijnen dat studenten dit eerder zullen doen naarmate ze denken dat anderen dat ook doen en naarmate ze denken dat goede vrienden en hun ouders het zullen goedkeuren (Silvestri en Correia, 2016). In hoeverre deze gegevens van toepassing zijn op Nederland is nog onbekend.

Op een universiteit in Wales bleek in 2011-2012 dat 30% van de vrouwelijke studenten en 32% van de mannelijke studenten ooit in het leven een receptmedicijn oneigenlijk had gebruikt (Bennett et al., 2014).

- De studenten die medicijnen oneigenlijk gebruikten brachten de volgende redenen naar voren voor hun niet-medisch gebruik: "ik heb het nu eenmaal nodig", "ik ben een ervaren gebruiker", "ik kon niet op tijd een arts bereiken", "zo bespaar ik tijd voor de arts", "ik zorg voor goed gebruik", "ik vertrouw degene van wie ik het krijg", "iedereen doet het", "het kan geen kwaad", "artsen weigeren mij de goede medicatie te geven", "het hoort bij de andere middelen die ik gebruik", "ik wist niet dat het niet mocht" en "ik wist niet dat dit een receptmedicijn is".

Uit een overzichtsstudie blijkt dat de motieven van jongvolwassenen om medicijnen te misbruiken doorgaans verschillen per medicijn (Drazdowski, 2016).

- Medicijnen met een stimulerende werking worden gebruikt om de concentratie te verhogen, maar ook om er 'high' van te worden.
- Opiaten worden misbruikt om pijn te verzachten, maar ook voor het plezier, om 'high' te worden en uit nieuwsgierigheid.
- Kalmeringsmiddelen worden misbruikt om zich prettiger te voelen, uit nieuwsgierigheid en om beter te presteren op school.
- Methylfenidaat is een medicijn voor de behandeling van aandachtstekort met hyperactiviteit en werkt stimulerend bij mensen die deze klachten niet hebben. In IJsland is onder problematische drugsgebruikers die in behandeling zijn intraveneus misbruik geconstateerd van methylfenidaat vanwege de euforie en de 'high' die het geeft vergelijkbaar met cocaïne (Bjarnadottir et al., 2016).

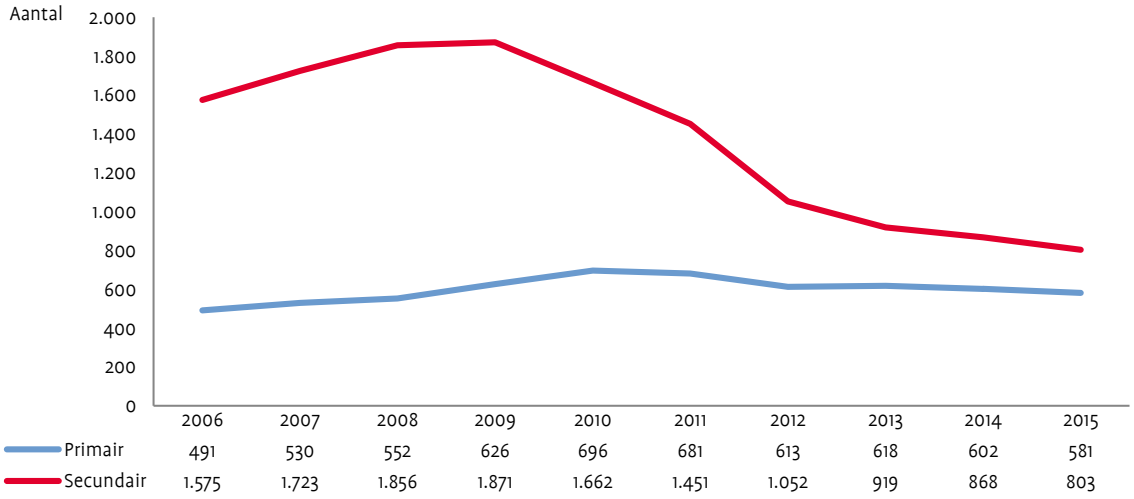
10.6 Hulpvraag en incidenten

Verslavingszorg

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

- Het aantal cliënten dat ingeschreven stond wegens een primair probleem met benzodiazepinen, barbituraten, of overige psychofarmaca steeg tot 2010 en is daarna gestabiliseerd (figuur 10.2). Het ging hier voornamelijk om benzodiazepinen. Het aantal cliënten met een primair probleem met benzodiazepinen steeg met 52% van 425 cliënten in 2006 naar 645 cliënten in 2010.
- Per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder lag het aantal primaire cliënten zowel in 2006 als in 2015 op 4. Het aandeel van deze primaire cliënten in het totaal aantal primaire drugscliënten bleef met 2% laag in deze periode.
- Het aantal cliënten van de verslavingszorg dat benzodiazepinen, barbituraten, of overige psychofarmaca als secundair probleem noemde, was tot 2009 vele malen groter, maar daalde sindsdien opvallend scherp (figuur 10.2).
- Tussen 2009 en 2015 daalde het aantal secundaire cliënten met 57%. Voor deze groep was in 2015 het primaire probleem alcohol (58%), heroïne (16%), cocaïne of crack (6%), cannabis (6%), of methadon (4%). Het aantal primaire en secundaire cliënten samengenomen daalde met 33% van 2.066 cliënten in 2006 naar 1.384 cliënten in 2015.

Figuur 10.2 Aantal cliënten bij de verslavingszorg met primaire of secundaire problematiek voor benzodiazepinen, barbituraten, of overige psychofarmaca[1], vanaf 2006



	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Primair	491	530	552	626	696	681	613	618	602	581
Secundair	1.575	1.723	1.856	1.871	1.662	1.451	1.052	919	868	803

Aantal cliënten. 1. Het betreft hier gemiddeld per jaar voor 91% benzodiazepineproblematiek. Voor de aanleverende instellingen, zie bijlage G. Bron: LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut.

Algemene ziekenhuizen

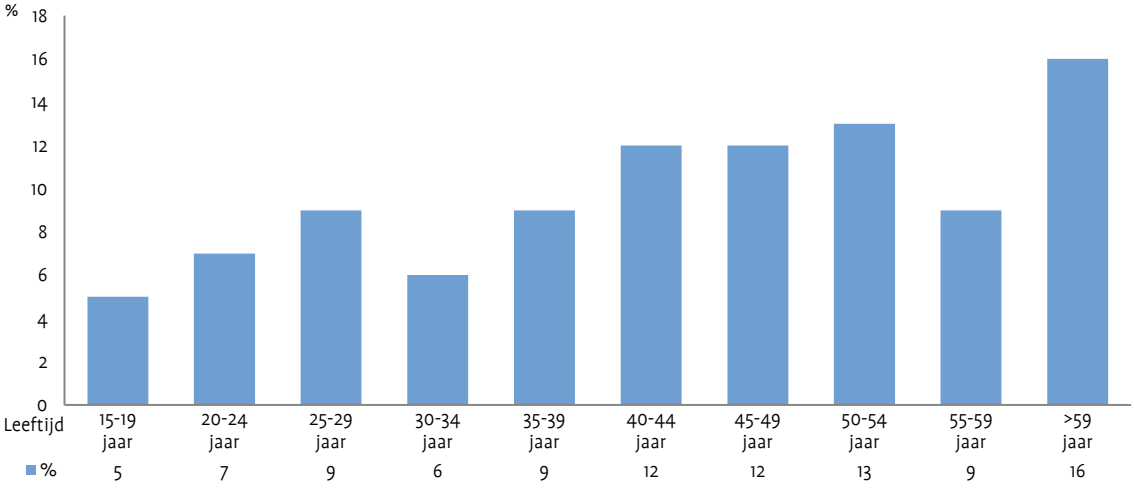
De Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ; voorheen Landelijke Medische Registratie, LMR) bevat gegevens over de opnames in algemene ziekenhuizen, waarbij middelengebruik als hoofddiagnose of als nevendiagnose kan zijn geregistreerd. In 2013 wijzigde zowel de registratiemethode als de bijschattingmethode (zie bijlage G: LBZ). Vanwege deze wijzigingen worden hier gegevens gerapporteerd over 2014 en kunnen geen recente trends worden genoemd. De afgelopen jaren werden per jaar bijna twee miljoen klinische opnames in algemene ziekenhuizen geregistreerd (DHD, 2015). Middelenproblemen spelen nauwelijks een rol.

- Vóór de methodewijzigingen steeg vanaf 2004 het aantal klinische opnames gerelateerd aan een probleem met sedativa en hypnotica (benzodiazepinen en barbituraten) (Van Laar et al., 2015). Tussen 2006 en 2011 steeg het aantal nevendiagnoses met 131% van 99 naar 229 nevendiagnoses en steeg het aantal hoofddiagnoses met 65% van 60 naar 99. De oorspronkelijke barbituraten worden tegenwoordig nog maar weinig voorgeschreven. In de praktijk zal het bij deze middelen vooral gaan om benzodiazepinen.
- In 2014 ging het naar schatting om 1.741 hoofddiagnoses. Daarvan is 2% bijgeschat (1.702 feitelijk geregistreerde opnames, zie bijlage G). Bij deze hoofddiagnoses ging het in 8% van de gevallen om psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van sedativa en hypnotica, ging het in 0,5% van de gevallen om vergiftiging door barbituraten en ging het in 92% van de gevallen om vergiftiging door benzodiazepinen.
- In 2014 ging het naar schatting om 1.210 nevendiagnoses. Daarvan is 2% bijgeschat (1.183 feitelijk geregistreerde opnames, zie bijlage G). Bij deze nevendiagnoses ging het bij de bijbehorende hoofddiagnoses voornamelijk om:
  - vergiftiging en toxische gevolgen (68%);
  - psychische stoornissen en gedragsstoornissen (10%, waarbij 6% psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van psychoactieve middelen).

Dezelfde persoon kan meer dan een keer per jaar worden opgenomen. Bovendien kan er per opname meer dan een nevendiagnose worden gesteld.

- Gecorrigeerd voor dubbeltellingen ging het in 2014 om 2.427 personen. Zij werden in dat jaar minstens een keer opgenomen met een probleem met slaap- en kalmeringsmiddelen als hoofd- of nevendiagnose.
- Hun gemiddelde leeftijd was 43 jaar; een meerderheid van 65% was vrouw. De piek lag in de leeftijdsgroep ouder dan 59 jaar (figuur 10.3).

Figuur 10.3 Leeftijdsverdeling van de patiënten met een probleem gerelateerd aan slaap- en kalmeringsmiddelen in de klinische ziekenhuiszorg (hoofd- of nevendiagnose). Peiljaar 2014



Percentage patiënten per leeftijdsgroep voor de klinische opnames met slaap- en kalmeringsmiddelen als hoofd- of nevendiagnose (unieke patiënten gecorrigeerd voor dubbeltellingen van personen). ICD-10 codes: F13, T42.3, T42.4 (bijlage B). Bron: LBZ, DHD.

Rijden onder invloed

In Europa is in de periode 2007-2009 onderzoek gedaan naar het rijden onder invloed van alcohol, drugs en medicijnen (SWOV, 2011).

- Het percentage bestuurders waarbij 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 www.rijveiligmetmedicijnen.nl ontwikkeld. Het doel van deze website is om de bewustwording te vergroten over de risico's van medicijnen in het verkeer.

10.7 Ziekte en sterfte

Ziekte

Niet alleen bij niet-medisch gebruik, misbruik en verslaving zijn er bijwerkingen en risico's verbonden aan slaap- en kalmeringsmiddelen. Ook aan het (acuut) gebruik op zich en aan het gebruik in combinatie met bijvoorbeeld alcohol zijn bijwerkingen en risico's verbonden.

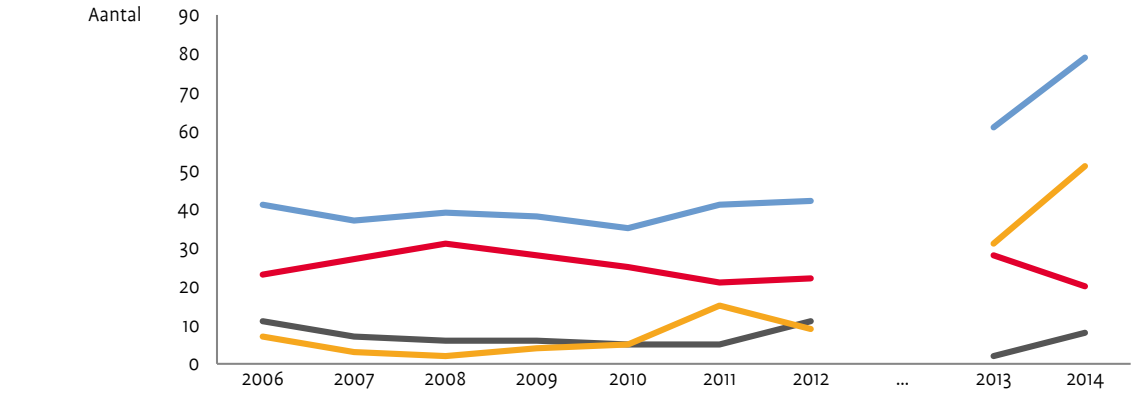
- De bijwerkingen zijn onder andere "sedatie met een zwaar gevoel", evenwichtsstoornissen, trage spraak, desoriëntatie en geheugenstoornissen, het verlies van initiatief, trager reageren, geheugen- en concentratieproblemen, emotionele en relationele vervlakking, het niet verwerken van pijnlijke ervaringen en verminderde kwaliteit van de slaap, waardoor men overdag suf of moe is (Lader, 2014; www.farmacotherapeutischkompas.nl).
- De risico's zijn onder andere valincidenten, met name bij ouderen (Broekhuizen, 2014), verkeersongelukken (Amarasuriya et al., 2012; Lader, 2014; Leufkens et al., 2014; Tjäderborn et al., 2016; zie ook § 10.6) en andere ongevallen. Van de automobilisten die slaapmedicatie gebruiken, neemt ruim 20% wel eens deel aan het verkeer terwijl de slaapmedicatie nog niet is uitgewerkt (NSWO, 2015).
- Bij het stoppen of afbouwen van het chronisch gebruik kunnen de oorspronkelijke klachten verergeren.
- Ook zijn er aanwijzingen dat het gebruik van benzodiazepinen door ouderen de kans op dementie verhoogt (Van der Laak, 2012) 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 10.4). Het betreft hier alleen het aantal gevallen waarin deze middelen als de onderliggende doodsoorzaak zijn geregistreerd. Daarnaast is er nog een onbekend aantal gevallen waarin deze middelen, vaak in combinatie met andere middelen, een bijdrage hebben geleverd aan het overlijden. Vanwege de overgang naar automatische codering in 2013 kunnen de gegevens vanaf 2013 niet rechtstreeks vergeleken worden met de gegevens van de voorafgaande jaren. Voor middelengebruik zijn de cijfers afkomstig uit de Doodsoorzakenstatistiek vermoedelijk een onderschatting van het werkelijk aantal sterfgevallen (zie bijlage D.1)

- Tussen 2006 en 2012 schommelde het aantal gevallen rond gemiddeld 39 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 10.4 Sterfgevallen door overdosering van slaap- en kalmeringsmiddelen in Nederland, vanaf 2006



	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	...	2013	2014
Totaal	41	37	39	38	35	41	42		61	79
Benzodiazepinen	23	27	31	28	25	21	22		28	20
Sedativa	11	7	6	6	5	5	11		2	8
Barbituraten	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 2015, waren er 9 gevallen waarin benzodiazepinen een rol hadden gespeeld bij het overlijden. In al deze gevallen speelden ook andere middelen nog een rol bij het overlijden. In de gevallen waarin geen sectie werd verricht maar alleen toxicologisch onderzoek plaatsvond, werd in 2 gevallen een barbituraat aangewezen als de doodsoorzaak.
- Vanwege combinatiegebruik kunnen de aantallen sterfgevallen in de verschillende hoofdstukken van dit Jaarbericht niet zonder meer bij elkaar worden opgeteld.

10.8 Aanbod en markt

Benzodiazepinen 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 (www.sfk.nl, 06-09-2012).
- 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 (www.sfk.nl, 06-09-2012, 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 (www.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 (www.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 (www.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, www.igz.nl). De Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) heeft de afgelopen jaren gewaarschuwd voor vervalste recepten voor het slaapmiddel zolpidem (www.knmp.nl, 24-04-2013); methylfenidaat, een middel voor de behandeling van aandachtstekort met hyperactiviteit (www.knmp.nl, 23-02-2016); alprazolam, een benzodiazepine (www.knmp.nl, 14-04-2014); tramadol, een morfine-achtige pijnstiller (www.knmp.nl, 12-08-2015) en oxycodon, een sterke opiaatachtige pijnstiller (www.knmp.nl, 17-12-2015). Er zijn geen cijfers over het aantal vervalste recepten.

Een andere manier om aan medicijnen te komen, is het kopen van medicijnen via internet.

- Het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) wijst in dit verband op het gevaar van 'nepmedicijnen' die via internet worden verkocht (www.medicijngebruik.nl). 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). Op 10 mei 2016 heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een publiekscampagne gelanceerd om te wijzen op de gevaren van vervalste medicijnen. De campagne geeft handvatten om de betrouwbaarheid van online aanbieders van medicijnen te controleren (www.echt-of-nep.nl).
- Midden 2015 heeft de Nederlandse douane opgetreden tegen de internethandel in illegale geneesmiddelen. Er werden 100 pakketten met in totaal ruim 155.000 potentieel gevaarlijke illegale geneesmiddelen in beslag genomen (www.igz.nl, 18-06-2015). Het ging vooral om erectiepillen, afslankmiddelen en slaapmiddelen.

11. Alcohol

11.1	Laatste feiten en trends	▶ pagina 261
11.2	Gebruik: algemene bevolking	▶ pagina 261
11.3	Gebruik: jongeren	▶ pagina 266
11.4	Problematisch gebruik	▶ pagina 275
11.5	Gebruik: internationale vergelijking	▶ pagina 277
11.6	Hulpvraag en incidenten	▶ pagina 279
11.7	Ziekte en sterfte	▶ pagina 285
11.8	Aanbod en markt	▶ pagina 289

11. Alcohol

Alcohol ontstaat uit het vergisten van granen en vruchten. Alcohol wordt gedronken in de vorm van bier, wijn of gedistilleerd. Een standaard glas bier (25 cl), een glas wijn (10 cl) en een borrel sterke gedistilleerde drank (3,5 cl) bevatten allemaal ongeveer 10 gram alcohol. De meeste glazen bevatten echter meer dan de standaard.

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 treedt gewenning op en tolerantie.

Alcoholgebruik behoort wereldwijd tot de belangrijkste risicofactoren voor ziekte en sterfte. Ook de maatschappelijke en sociale schade door alcoholgebruik zijn groot. Alcoholgebruik brengt maatschappelijke kosten met zich mee die betrekking hebben op werk (productiviteitsverlies door werkverzuim, ziekte, slechtere prestaties), misdrijven en overtredingen (vernielingen, verkeersongevallen en justitiële kosten van politie, rechtspraak), verslavingszorg en gezondheidszorg.

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. In 2013 startte de overheid tevens 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. Bovendien zijn vanaf 1 januari 2014 jongeren onder de 18 jaar strafbaar als ze alcohol in hun bezit hebben die direct geconsumeerd kan worden in de openbare ruimte. Zie § 2.2.2 voor meer informatie over het alcoholbeleid.

11.1 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 (§ 11.2).
- Een derde van de Nederlanders van 18 jaar of ouder voldeed in 2015 niet aan de nieuwe norm van de Gezondheidsraad om maximaal 1 glas alcohol per dag te drinken. Mannen voldeden vaker niet aan de norm dan vrouwen.
- Zwaar drinken komt het meest voor onder jongvolwassenen tot 30 jaar. Dit is minstens een keer per week drinken van 6 of meer glazen alcohol op één dag voor mannen of 4 glazen voor vrouwen (§ 11.2).
- Volgens verkoopcijfers is er de afgelopen jaren een daling zichtbaar in de consumptie van alcohol per hoofd van de bevolking (§ 11.2).
- Onder 12 -16 jarige scholieren van het reguliere voortgezet onderwijs deed zich tussen 2011 en 2015 een verdere daling voor in het alcoholgebruik. Dit gold voor zowel het gebruik ooit in het leven, het actueel gebruik (laatste maand) en het 'binge drinken' (5 of meer glazen bij een gelegenheid) (§ 11.3).
- Van de 16-18 jarige studenten van MBO en HBO had tweederde in de voorgaande maand alcohol gedronken, en van hen dronk 14% in het weekend meer dan 20 glazen alcohol (§ 11.3).
- De naleving van de leeftijdsgrens voor de verkoop van alcoholhoudende dranken is tussen 2015 en 2016 verbeterd. Desondanks slaagden in 2016 nog steeds de meeste aankooppogingen van minderjarigen (§ 11.8).
- De sociale omgeving (vrienden, ouders, anderen) is voor minderjarige jongeren echter de belangrijkste bron om aan drank te komen (§ 11. 3).
- Internationaal gezien ligt het alcoholgebruik onder Nederlandse 15/16-jarige scholieren boven het gemiddelde van 34 Europese landen. Het aandeel Nederlandse 15/16-jarigen dat het gemakkelijk vindt om aan alcohol te komen ligt echter op het Europees gemiddelde (§ 11.5).
- Het aantal cliënten bij de verslavingszorg met een primair alcoholprobleem schommelt de afgelopen tien jaar rond hetzelfde niveau. Het aandeel van personen ouder dan 55 jaar stijgt (§ 11.6).
- In 2014 werden ongeveer 22 duizend personen opgenomen in algemene ziekenhuizen met als hoofd- of nevendiagnose een alcoholprobleem (§ 11.6).
- Het aantal jongeren dat wegens overmatig alcoholgebruik door een kinderarts in een ziekenhuis werd opgenomen is in 2015 met een vijfde gestegen ten opzichte van 2014 (§ 11.6).
- Ook het aantal SEH-behandelingen wegens een alcoholvergiftiging is in tien jaar tijd bijna verdubbeld (§ 11.6).

11.2 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. Voor 2014 en 2015 zijn vergelijkbare cijfers beschikbaar uit de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor uitgevoerd door het CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut (zie bijlage D.2). Door een methodebreuk in 2014 zijn de alcoholvariabelen ongeschikt om trends vast te stellen tussen de eerdere jaren en de metingen sinds 2014. De kerncijfers voor het beleid, zoals gepresenteerd in de Staat van Volksgezondheid en Zorg (www.staatvenz.nl) zijn voor volwassenen vastgesteld voor de bevolking van 18 jaar en ouder en om die reden gebruiken wij deze leeftijdsgroep voor de beschrijving

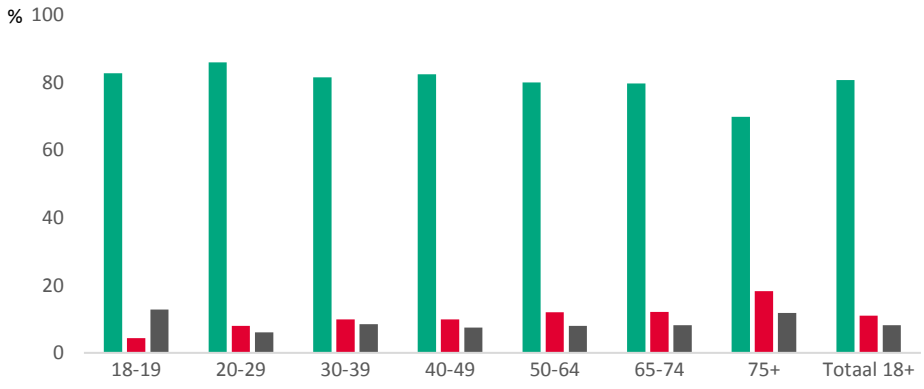
van de algemene bevolking. Cijfers voor alcoholgebruik onder jongeren worden in §11.3 op basis van scholierenonderzoeken gerapporteerd.

- In 2015 had 80,8% van de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder het afgelopen jaar wel eens alcohol gedronken (figuur 11.1). Dat is omgerekend naar de bevolking ongeveer 10,7 miljoen volwassenen (95% betrouwbaarheidsinterval 10,6-10,8 miljoen). In 2014 dronk 81,3% van de 18-plussers wel eens alcohol, dat is niet statistisch significant anders dan in 2015.
- In 2015 had 19,2% van de volwassenen in het afgelopen jaar geen alcohol gedronken, 8,2% had nog nooit alcohol gedronken en 11,0% had langer dan een jaar geleden alcohol gedronken.
- In de periode 2010-2013 schommelde het percentage alcoholgebruikers (vanaf 12 jaar) rond 80%. Deze cijfers zijn niet vergelijkbaar met 2014 en 2015.

Leeftijd en geslacht

- Meer mannen dan vrouwen drinken alcohol. In 2015 dronk 86,3% van de mannen van 18 jaar en ouder wel eens alcohol en 75,5% van de vrouwen.
- Ook zijn er verschillen tussen leeftijdsgroepen. Onder de 20-24-jarigen is het hoogste percentage drinkers: 87,1%. Van de ouderen boven 75 jaar drinkt 69,9% alcohol (figuur 11.1).

Figuur 11.1 Alcoholgebruikers in Nederland per leeftijdsgroep in de totale bevolking van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2015



	18-19	20-29	30-39	40-49	50-64	65-74	75+	Totaal 18+
Laatste jaar (%)	82,8	86,0	81,6	82,5	80,1	79,8	69,9	80,8
Ooit maar niet laatste jaar (%)	4,4	8,0	9,9	9,9	12,0	12,1	18,3	11,0
Nooit (%)	12,8	6,1	8,5	7,5	8,0	8,2	11,8	8,2

Percentage van de totale bevolking van 18 jaar en ouder per leeftijdsgroep dat ooit in de afgelopen 12 maanden alcohol dronk, ooit maar niet het afgelopen jaar en nooit. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2015.

Opleidingsniveau en stedelijkheid

Alcoholgebruik komt vaker voor onder hoog opgeleiden dan onder laag opgeleiden[1].

- In 2015 gaf 89,4% van de hoog opgeleiden aan wel eens alcohol te drinken, tegen 70,0% van de laag opgeleiden. Middelbaar opgeleiden (83,0%) zitten daar tussenin. Van de laag opgeleiden heeft 13,8% nog nooit alcohol gedronken; bij de hoog opgeleiden is dit 4,1%.
- Stedelijkheid heeft geen invloed op het percentage alcoholgebruikers. In (zeer) stedelijke gemeenten heeft 80,0% de afgelopen 12 maanden gedronken, vergelijkbaar met de niet-stedelijke gebieden (82,2%).

1 Cijfers naar opleidingsniveau in dit hoofdstuk kunnen afwijken van de cijfers gerapporteerd in de Staat van Volksgezondheid en Zorg, vanwege consistentie met de definitie van opleidingsniveau voor cijfers over andere middelen in dit Jaarbericht (zie bijlage D.2).

Mate van consumptie

Het gemiddeld aantal glazen alcohol per dag per drinker van 18 jaar of ouder was 1,3 in 2015 en 1,4 in 2014.

- Mannen dronken in 2015 gemiddeld meer glazen (1,7) per dag dan vrouwen (1,0).
- Ouderen tussen 65 en 75 jaar dronken gemiddeld het meest (1,6 glazen per dag); 30-40 jarigen en 40-50 jarigen drinken gemiddeld het minst aantal glazen per dag (1,1).
- De Richtlijn Goede Voeding van de Gezondheidsraad (Gezondheidsraad, 2015) adviseert om geen alcohol te drinken of in ieder geval niet meer dan één glas per dag. In 2015 voldeed 67,2% van de totale bevolking van 18 jaar of ouder aan dat advies; 55,3% van de mannen en 78,8% van de vrouwen dronk niet meer dan 1 glas alcohol op een dag waarop zij alcohol consumeerden.

Zwaar drinken

Volgens het CBS zijn "zware drinkers" mannen die minstens één keer per week 6 of meer glazen alcohol op een dag drinken, of vrouwen die minimaal 4 glazen op een dag drinken (CBS, 2012).

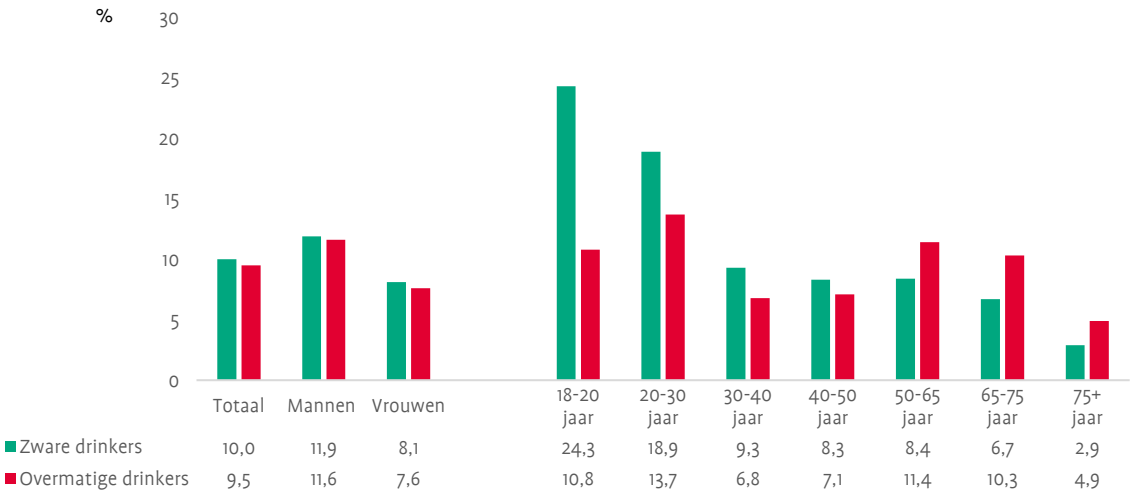
- In 2015 was 10,0% van de bevolking van 18 jaar en ouder een zware drinker, 11,9% van de mannen en 8,1% van de vrouwen.
- Jongvolwassenen van 18 en 19 jaar (24,3%) en van 20-24 (24,2%) scoren het hoogst op deze maat (figuur 11.2).
- Hoger opgeleiden zijn vaker een zware drinker (12,0%) dan laag opgeleide personen (7,8%).

Overmatig drinken

Naast zwaar drinken is ook "overmatig drinken" risicovol. Overmatig drinken wordt gedefinieerd als meer dan 21 glazen per week voor mannen en meer dan 14 glazen per week voor vrouwen. Een drinker kan aan beide definities, zwaar drinken en overmatig drinken, tegelijk voldoen.

- Op jonge leeftijd (tot 30 jaar) overheerst een patroon van zwaar drinken (minimaal een dag in de week veel drinken). Voor overmatig drinken zijn verschillen tussen leeftijdsgroepen minder opvallend. Overmatig drinken komt wat vaker voor op jonge leeftijd (tot 30 jaar) en op oudere leeftijd (50-75 jaar) (figuur 11.2).
- Hoog opgeleiden zijn vaker een overmatige drinker (10,5% van de volwassenen) dan personen met een laag opleidingsniveau (8,0%). Van de middelbaar opgeleiden dronk in 2015 10,0% wel eens overmatig.
- Tussen 2014 en 2015 bleef het percentage overmatige drinkers stabiel (9,9% in 2014 en 9,5% in 2015). Tussen 2010 en 2013 was er een toename van het percentage overmatige drinkers (van 7,6% in 2010 naar 9,2% in 2012 en 8,8% in 2013). Deze cijfers zijn vanwege de eerder genoemde methodebreuk niet vergelijkbaar met 2014 en 2015. In de jaren daarvoor was er een afname van het percentage overmatige drinkers, van 12,4% in 2001 tot 9,0% in 2009. Ook deze cijfers zijn niet vergelijkbaar met de cijfers van de hierop volgende jaren.

Figuur 11.2 Zware drinkers en overmatige drinkers van alcohol naar geslacht en leeftijd onder mensen van 18 jaar en ouder. Peiljaar 2015



	Totaal	Mannen	Vrouwen	18-20 jaar	20-30 jaar	30-40 jaar	40-50 jaar	50-65 jaar	65-75 jaar	75+ jaar
Zware drinkers	10,0	11,9	8,1	24,3	18,9	9,3	8,3	8,4	6,7	2,9
Overmatige drinkers	9,5	11,6	7,6	10,8	13,7	6,8	7,1	11,4	10,3	4,9

Percentages zware drinkers en overmatige drinkers in de bevolking van 18 jaar of ouder. Zware drinkers: mannen die minstens één keer per week 6 of meer glazen alcohol op één dag drinken, of vrouwen die minimaal één keer per week 4 glazen op een dag drinken. Overmatige drinkers: meer dan 21 glazen per week (mannen) of meer dan 14 glazen per week (vrouwen). Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2015.

Verkoopcijfers

Verkoopcijfers geven een indicatie van de hoeveelheid alcohol die jaarlijks per hoofd van de bevolking wordt geconsumeerd (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 11.1).
- Per hoofd van de bevolking (let op: vanaf 0 jaar) werd in 2015 64 liter bier, 19 liter wijn en 3,3 liter gedistilleerd geconsumeerd. Dat is bij elkaar 6,7 liter pure alcohol (www.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 65 liter nu. De consumptie van wijn is in dezelfde periode langzaam toegenomen, en lijkt in recente jaren weer licht te dalen onder de 20 liter. Na een sterke daling vanaf 1975 is ook de consumptie van gedistilleerde dranken de laatste jaren stabiel.

Tabel 11.1 Bier, wijn en gedistilleerd per hoofd van de hele bevolking (in liters pure alcohol), vanaf 1960

Jaar	Bier	Wijn	Gedistilleerd	Totaal
1960	1,2	0,2	1,1	2,6
1965	1,9	0,5	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	1,1	7,1
2014	3,2	2,5	1,1	6,7
2015	3,2	2,4	1,1	6,7

In liters pure alcohol. Omrekenfactor percentage alcohol per liter: bier: 5%; wijn: 12,5%; gedistilleerd: 35%. Bronnen: Stap.nl, Centraal Bureau voor de Statistiek. Productschap Dranken, Productschap Wijn, Nederlandse Brouwers, Ministerie van Financiën.

11.3 Gebruik: jongeren

Scholieren van het regulier voortgezet onderwijs

Verschillende landelijke onderzoeken monitoren het drinkgedrag van jongeren. Het Peilstationsonderzoek scholieren wordt elke vier jaar door het Trimbos-instituut uitgevoerd en verzamelt sinds 1992 cijfers over middelengebruik (o.a. alcoholgebruik) van leerlingen in groep 7/8 van het basisonderwijs en op reguliere middelbare scholen. De laatste meting was in 2015 (Van Dorsselaer et al., 2016). In dit Jaarbericht worden de gegevens gepresenteerd voor de scholieren van 12-16 jaar (zie bijlage D.7).

Trends

Het gebruik van alcohol is onder scholieren van 12-16 jaar tussen 2003 en 2015 grofweg gehalveerd (Van Dorsselaer et al., 2016) (figuur 11.3).

- Het percentage scholieren dat ooit alcohol had gedronken daalde in deze periode van 83,7% naar 45,4%. Het percentage dat het afgelopen jaar had gedronken daalde van 76,4% naar 38,5% en het percentage dat in de afgelopen maand nog had gedronken daalde van 56,2% in 2003 naar 25,5% in 2015 (figuur 11.3).
- De dalingen tussen 2011 en 2015 waren groter dan die in voorgaande peilingen.
- Van de basisscholieren in groep 7/8 had in 2015 13,2% al eens alcohol gedronken; jongens (17,8%) vaker dan meisjes (8,4%). Ook dat is een substantiële daling ten opzichte van 2003, toen 50,1% wel eens alcohol had gedronken (56,1% van de jongens en 43,8% van de meisjes). Het percentage leerlingen uit groep 7/8 dat in de afgelopen maand nog had gedronken decimeerde, van 18,9% in 2003 naar 1,8% in 2015.

Figuur 11.3 Gebruik van alcohol onder scholieren van 12-16 jaar, vanaf 2003

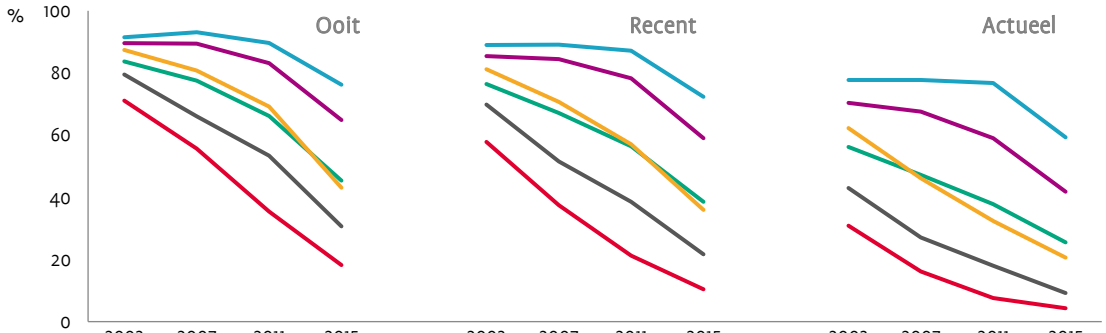
	2003	2007	2011	2015	2003	2007	2011	2015	2003	2007	2011	2015
Jongens	84,8	79,6	68,9	48,1	77,7	68,9	58,5	40,3	57,5	48,0	38,6	26,3
Meisjes	82,5	75,2	63,4	42,7	75,1	65,3	54,1	36,7	54,8	46,5	37,1	24,7
Totaal	83,7	77,5	66,2	45,4	76,4	67,1	56,4	38,5	56,2	47,2	37,8	25,5

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

Leeftijd en geslacht

- Het percentage van de scholieren dat ervaring heeft met alcohol stijgt sterk met de leeftijd. In 2015 had 18,2% van de 12-jarigen ervaring met alcohol, bij de 16-jarigen lag dit op 76,2% (figuur 11.4). Het percentage dat in de afgelopen maand dronken was geweest steeg van 1,0% onder de 12-jarigen naar 32,6% onder de 16-jarigen (Van Dorsselaer et al., 2016).
- De eerder genoemde daling in het ooitgebruik en actueel gebruik van alcohol in het voortgezet onderwijs sinds 2003 deed zich voor onder jongeren van alle leeftijden (figuur 11.4). In 2015 had op 12-jarige leeftijd minder dan een vijfde (18,2%) van de scholieren ooit een glas alcohol gedronken. In 2003 lag dat percentage ongeveer vier keer zo hoog (71,1%). Van de 14-jarigen in 2015 had 43,1% ooit alcohol gebruikt en dat is ongeveer de helft van 2003 (87,4%) (figuur 11.4). De daling onder scholieren van 15-16 jaar heeft zich later ingezet en was vooral tussen 2011 en 2015 groot.
- Jongens en meisjes in het voortgezet onderwijs verschillen niet significant in ooit of actueel drinken (figuur 11.4) (Van Dorsselaer et al., 2016).

Figuur 11.4 Trends in het gebruik van alcohol naar leeftijd, vanaf 2003



	Ooit				Recent				Actueel			
	2003	2007	2011	2015	2003	2007	2011	2015	2003	2007	2011	2015
Totaal	83,7	77,5	66,2	45,4	76,4	67,1	56,4	38,5	56,2	47,2	37,8	25,5
12 jaar	71,1	55,7	35,4	18,2	57,8	37,5	21,2	10,4	30,9	16,1	7,6	4,3
13 jaar	79,5	66,1	53,4	30,6	69,8	51,5	38,6	21,7	43,0	27,1	18,0	9,2
14 jaar	87,4	80,8	69,2	43,1	81,2	70,7	57,1	35,9	62,3	46,1	32,4	20,6
15 jaar	89,6	89,4	83,1	64,9	85,4	84,5	78,3	59,0	70,4	67,6	59,0	41,8
16 jaar	91,5	93,1	89,7	76,2	89,0	89,1	87,2	72,3	77,7	77,7	76,8	59,3

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

Schoolniveau en etnische afkomst

- Alcoholgebruik neemt toe naarmate het schoolniveau lager is. In 2015 was het verschil in actueel alcoholgebruik, binge drinken en het drinken van meer dan 10 glazen het grootst tussen VWO-leerlingen en VMBO-b-leerlingen (tabel 11.2).
- Van de autochtone jongeren van 12-16 jaar dronk 28,8% in de afgelopen maand alcohol, tegenover 20,4% van de jongeren van Surinaamse afkomst, 12,4% van de jongeren van Antilliaans/Arubaanse afkomst, 4,1% van de jongeren van Turkse afkomst en 1,5% van de jongeren van Marokkaanse afkomst (Van Dorsselaer et al., 2016). Het lagere percentage drinkers onder jongeren van Turkse en Marokkaanse afkomst kan voor een deel worden verklaard door hun islamitische achtergrond.

Tabel 11.2 Alcoholgebruik naar schoolniveau onder scholieren van 12-16 jaar van het voortgezet onderwijs. Peiljaar 2015

	Actueel gebruik (%)	Binge drinken onder actuele drinkers (%)	> 10 glazen in het weekend onder actuele gebruikers (%)
VMBO-b	31,1	79,1	26,1
VMBO-t	23,1	70,7	22,7
HAVO	27,7	69,5	20,2
VWO	21,7	56,9	12,3

Binge drinken: vijf glazen of meer alcohol drinken bij één gelegenheid in de afgelopen maand. Actueel gebruik = in de laatste maand. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM, 2015.

Binge drinken

Binge drinken wordt in het Peilstationsonderzoek gedefinieerd als het drinken van vijf of meer glazen alcohol bij één gelegenheid. Binge drinken is geassocieerd met tal van medische aandoeningen en vergroot het risico op ongevallen, onafhankelijk van de totale dagelijkse alcoholconsumptie (Roerecke en Rehm, 2010; Petit et al., 2014).

- Het percentage scholieren van 12-16 jaar dat in de afgelopen maand minimaal één keer was gaan binge drinken daalde van 39,9% in 2003 naar 17,8% in 2015 (Van Dorsselaer et al., 2016).
- Jongens en meisjes in het voortgezet onderwijs verschillen niet significant in binge drinken. Wel is het percentage binge drinkers hoger onder oudere scholieren. In 2015 had 2,2% van de 12-jarigen en 44,2% van de 16-jarigen meer dan vijf glazen op een gelegenheid gedronken (Van Dorsselaer et al., 2016).
- In de afgelopen jaren daalde het percentage binge drinkers: onder 12-jarigen van 17,5% in 2003 naar 2,2% in 2015; onder 14-jarigen van 38,8% in 2003 naar 12,6% in 2015 (Van Dorsselaer et al., 2016).
- Een minderheid (5,4%) van de scholieren van 12-16 jaar die in de afgelopen maand alcohol hadden gedronken nam in 2015 meer dan 10 glazen op een dag in het weekend. Deze hoeveelheid kan als risicovol worden gezien, zeker op deze jonge leeftijd. Bij de meisjes lag dit percentage op 4,3%, bij de jongens op 6,5% (Van Dorsselaer et al., 2016).

Studenten van het MBO en HBO

In 2015 is het gebruik van alcohol ook gemeten onder 16-18-jarige studenten van het MBO en HBO (Verdurmen et al., 2016).

- Ruim acht op de tien studenten (16-18 jaar op het MBO en HBO) hebben ooit alcohol gedronken en ruim tweederde heeft dit in de afgelopen maand nog gedaan.
- Van de studenten die alcohol drinken, drinkt 14% in het weekend meer dan 20 glazen alcohol, jongens (21%) beduidend vaker dan meisjes (7%).
- Van de 17-jarige HBO-ers heeft 80% de afgelopen maand alcohol gedronken; dit is significant hoger dan op het MBO en VO, waar bijna tweederde van de 17-jarigen de afgelopen maand alcohol heeft gedronken.
- Bij 17-jarige studenten is er tussen de schoolniveaus (VO, MBO en HBO) geen verschil in het aantal glazen dat in het weekend wordt gedronken. Ruim een kwart van de 17-jarigen die drinken, drinkt in het weekend meer dan 10 glazen alcohol.

Alcohol en probleemgedrag

- Uit oudere 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).
- Vice versa is bekend dat alcoholgebruik ook veel voor komt onder bepaalde groepen probleemjongeren. Jongeren met leer- of opvoedingsproblemen en jongeren in de jeugdzorg hebben vaak een combinatie van risicofactoren voor middelengebruik, waaronder ernstige gedragsproblemen, emotionele stoornissen, leerproblemen en een kwetsbare familieachtergrond zoals een gebroken gezin of (een geschiedenis van) huiselijk geweld en misbruik. Recente landelijke cijfers ontbreken. Uit de al wat oudere cijfers onder jongeren in de (residentiële) jeugdzorg en in Justitiële 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.
- 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 een vroege start van het 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.

Wijze van verkrijgen

Voor minderjarige jongeren is de sociale omgeving de belangrijkste bron om aan alcohol te komen. Dit blijkt uit het Peilstationsonderzoek 2015 onder scholieren van het voortgezet onderwijs (Van Dorsselaer et al., 2016).

- Van de jongeren van 12-16 jaar die in de afgelopen maand alcohol hebben gebruikt, zegt 10% het meestal zelf te kopen (tabel 11.3). Dit percentage stijgt met de leeftijd van 2% onder de 12-13-jarigen naar 11% onder de 15-jarigen en 12% onder de 16-jarigen.
- De meerderheid van de jongeren van 12-16 jaar die in de afgelopen maand alcohol hebben gebruikt koopt het niet zelf, maar krijgt het via anderen. Van de actuele jonge drinkers krijgt 33% de alcohol meestal van vrienden, 26% meestal van de ouders en 17% laat de alcohol door anderen kopen.
- In de studie onder studenten op MBO en HBO geeft bijna vier op de tien 16-jarige en de helft van de 17-jarige studenten aan wel eens zelf alcohol te kopen (Verdurmen et al., 2016).

Tabel 11.3 Wijze van verkrijgen van alcohol door scholieren van 12-16 jaar die in de afgelopen maand alcohol hebben gebruikt, naar leeftijdsgroep, geslacht en totaal. Peiljaar 2015

Wijze van verkrijgen van alcohol[1]	Leeftijd (jaar)				Geslacht		Totaal
	12-13 (%)	14 (%)	15 (%)	16j (%)	J (%)	M (%)	12-16 jaar
Koopt het meestal zelf	2	9	11	12	13	7	10
Laat het anderen kopen	6	13	17	22	16	18	17
Meestal van vrienden	30	33	35	32	30	36	33
Meestal van ouders	37	27	24	24	27	26	26
Meestal van broer of zus	5	7	4	2	3	4	4
Meestal van anderen	9	9	7	6	7	7	7

Wijze van verkrijgen van de leerlingen van 12-16 jaar van middelbare scholen die in de afgelopen maand alcohol hadden gebruikt (actuele gebruikers). 1. Een deel van de scholieren die de afgelopen maand alcohol hadden gebruikt, antwoordde op de vraag "Hoe kom je aan je alcohol" dat ze geen alcohol drinken. De percentages tellen daardoor niet op tot 100%. J = jongens, M = meisjes. Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM, 2015.

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. 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. De laatste gegevens zijn afkomstig van de HBSC studie in 2013 (De Looze et al., 2014). Gegevens van de oudermodule van het Peilstationsonderzoek 2015 komen later beschikbaar.

- 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 1 op de 5 ouders (22%) (De Looze et al., 2014). In 2011 vond echter nog maar 1 op de 8 ouders van 16-jarigen (13%) dat een glas alcohol drinken wanneer de ouders thuis zijn zeker niet mag (Verdurmen et al., 2012).

- In 2013 ondersteunden ruim 4 van de 5 ouders (83%) het verhogen van de leeftijdgrens 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., 2012).

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 3 glazen rapporteerden. Echter, in 2011 was de onderschatting groter: toen rapporteerden ouders nog een half glas, terwijl de scholieren zelf 6 glazen aangaven (Verdurmen et al., 2012).

Uit de jaarevaluatie van de NIX18 campagne van de Rijksoverheid blijkt dat 82% van de ouders in 2015 weet dat alcohol schadelijk is voor jongeren. Ouders maken in 2015 vaker dan in 2014 de NIX-afspraak (over niet-roken en geen alcoholgebruik) met hun kinderen (37% in 2015 versus 30% in 2014). Het aandeel jongeren dat aangeeft niet te drinken is gestegen van 56% in 2013 naar 64% in 2015 (Van den Berg et al., 2016).

Speciale groepen jongeren en (jong)volwassenen

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 en zijn zij 'op locatie' of online geworven in plaats van via een representatieve steekproef uit de bevolking, waardoor een vertekening van de resultaten kan optreden. De uitkomsten geven wel een indicatie van verschillen tussen (risico)groepen jongeren en jongvolwassenen.

Uitgaande jongeren en jongvolwassenen

Vrijwel alle jongeren en jongvolwassenen drinken tijdens het uitgaan (tabel 11.3) (Nabben et al., 2016; Benschop et al., 2015; Goossens et al., 2014; Beurmanjer en de Weert, 2013). Hoewel in bijna elk uitgaansnetwerk alcohol wordt gedronken, hangt de mate van drinken samen met de uitgaanslocatie en soort muziek.

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

- In 2016 had 99% van de uitgaande jongeren en jongvolwassenen in het onderzoek ooit alcohol gebruikt, 98% in het afgelopen jaar en 96% in de afgelopen maand. Dat is meer dan in de algemene bevolking (zie § 11.2). Van degenen die in het afgelopen jaar alcohol hadden gedronken, deed 5% dat (bijna) dagelijks.

- De hoeveelheid alcohol die tijdens het uitgaan werd gebruikt is fors: gemiddeld dronken mannen 8,5 glazen en vrouwen 6,4. Vóór het uitgaan werd nog ingedronken: mannen vooraf 5,4 glazen en vrouwen 4,5 glazen.

De Antenne-monitor onder groepen uitgaande jongeren en jongvolwassenen in Amsterdam laat al jaren zien dat in de meeste netwerken alcohol regelmatig wordt gebruikt (tabel 11.4). Er wordt wel een forse variatie gesignaleerd, het aantal glazen loopt sterk uiteen: "van een paar tot uitschieters van 20 glazen per gelegenheid", waarbij vooral in het weekend meer wordt gedronken (Nabben et al., 2014, Benschop et al., 2015, Nabben et al., 2016).

- Recente trends die worden gerapporteerd voor Amsterdam zijn een verlies van marktaandeel van pils en een toename van speciale bieren met doorgaans een hoog alcoholpromillage (passend in de trend van "kleinschalig, authentiek, smaakvol en puur vakmanschap"). Ook werd een toename van de populariteit van witte wijn gesignaleerd, een verminderde voorkeur voor rosé, en een ongewijzigde populariteit van gin&tonic, wodka, whisky en rum (Nabben et al., 2016).
- In 2013 bleek van de 'clubbers en ravers' nagenoeg iedereen tijdens het uitgaan te drinken (Nabben et al., 2014; tabel 11.4). Op dance festivals wordt daarentegen, vergeleken met urban festivals, minder alcohol gedronken, maar wel meer ecstasy gebruikt, hetgeen de behoefte aan alcohol zou temperen.
- Ook coffeeshopbezoekers in 2015 hadden bijna allemaal ooit alcohol gedronken (97%) en 88% was een huidige drinker (Nabben et al., 2016). Van hen drinkt een derde minder dan eens per week en 6% dagelijks. Gemiddeld drinken zij op een drinkdag 5 glazen alcohol. Meer dan een kwart vindt zelf dat ze te veel of te vaak drinken. Dat is meer dan volgens de definitie van riskante drinker die in de Antenne wordt gehanteerd (dagelijks drinken ongeacht de hoeveelheid; meerdere dagen per week meer dan 3 glazen (tot 19 jaar) of meer dan 4 glazen (vanaf 19 jaar) alcohol), waar 7% aan voldoet.
- Tussen 2001 en 2009 daalde het aandeel actuele alcoholdrinkers onder de coffeeshopbezoekers, maar dat was in 2015 weer terug op het niveau van 2001 (88%). De percentages dagelijkse drinkers in 2009 en 2015 (5%) bleven lager dan in 2001 (16%) en dat geldt ook voor de percentages riskante drinkers (6% in 2009 en 2015; 30% in 2001).

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 drinkers (88%) is ook hoog vergeleken met de algemene bevolking in Den Haag (19-35 jaar), 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 11.4 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	2016	Gemiddeld 22	Afgelopen jaar Afgelopen maand Afgelopen week Aantal glazen tijdens uitgaan (excl. indrinken)	98% 96% 77% 8,5 (man) 6,4 (vrouw)
Uitgaande jongeren	Landelijk	2009	13-17	Aantal glazen tijdens uitgaan	5
Uitgaande jongeren	Den Haag	2014	19-35	Afgelopen jaar Afgelopen maand	98% 98%
Clubbers en ravers[III]	Amsterdam	2013	Gemiddeld 24	Afgelopen jaar Afgelopen maand Riskant drinken[I] Aantal glazen per drinkdag	99% 98% 23% 5
Uitgaande jongeren en jongvolwassenen	Gelderland (zes steden)	2012	Gemiddeld 20	Afgelopen maand Aantal glazen in het weekend	90% 9
Cafébezoekers	Amsterdam	2010	Gemiddeld 27	Afgelopen jaar Afgelopen maand Riskant drinken[I] Binge drinken[I]	100% 99% 27% 65%
		2014	Gemiddeld 27	Afgelopen jaar Afgelopen maand Riskant drinken[I]	99% 99% 23%
Coffeeshopbezoekers	Amsterdam	2015	Gemiddeld 25	Afgelopen jaar Afgelopen maand Riskant drinken[I] Binge drinken[I]	93% 88% 7% 80%
Bezoekers van trendy clubs	Amsterdam	2008	Gemiddeld 25	Afgelopen jaar Afgelopen maand Riskant drinken[I] Binge drinken[I]	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 binge 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 afgelopen maand, onder de huidige drinkers. II. Frequente bezoekers van party's en clubs geworven via facebook, online community's, websites en fora over feesten, party's en festivals. III. Raves zijn "door verschillende organisaties en (vrienden)groepen georganiseerde (quasi-)illegale feesten op alternatieve locaties" (Nabben et al., 2014).
Bronnen: Het Grote Uitgaansonderzoek 2016, Monshouwer et al., 2016; Monitor alcoholverstrekking, Intraval; Antenne, Bonger Instituut voor Criminologie, UvA (Nabben et al., 2016; Benschop et al., 2015); Uitgaansonderzoek Den Haag, GGD Den Haag; Tendens, Iriszorg.

Keten

Enkele jaren geleden was er veel aandacht voor alcoholgebruik door jongeren in *keten*. "Keten" of "hokken" zijn semi-particuliere (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 semi-commerciële 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.

In het Peilstationsonderzoek 2015 onder scholieren van 12-16 jaar van het voortgezet onderwijs noemt een kwart (24%) van de actuele drinkers een 'hok, schuur of keet' als locatie waar in de afgelopen maand een of meer keer alcohol is gedronken (Van Dorsselaer et al., 2016). Het meest frequent werd 'bij anderen thuis' genoemd (46%).

Er is de afgelopen jaren verder weinig nieuw onderzoek in Nederland verschenen over hokken en keten (zie voor meer informatie het NDM Jaarbericht 2013/2014).

Zwangeren

Eind 2014 en begin 2015 verzamelde TNO in een peiling naar melkvoeding van zuigelingen ook gegevens over het alcoholgebruik van de moeder tijdens de zwangerschap (Lanting et al., 2016). De landelijke peilingen werden eerder gehouden in 2007 en 2010. In de peiling van 2015 konden 1.740 van de bijna 17.000 verstuurde vragenlijsten worden gebruikt voor de analyses. Er zijn meerdere kanttekeningen bij het onderzoek te plaatsen en de cijfers moeten voorzichtig worden geïnterpreteerd.

- Van de respondenten dronk 41,0% in de laatste zes maanden voor de zwangerschap, 33,0% in de maanden direct na de zwangerschap en 24,6% in de periode dat borstvoeding werd gegeven.
- 8,9% van de respondenten dronk alcohol tijdens de zwangerschap; 6,9% in de eerste 3 maanden en 3,2% ook nog vanaf de derde maand. Deze cijfers zijn echter gebaseerd op de antwoorden van een klein aantal zwangere vrouwen (153 totaal).
- Vergeleken met 2007 en 2010 is het percentage vrouwen dat alcohol dronk in de zwangerschap gedaald, van 22,4% in 2007, naar 19,2% in 2010 en 8,9% in 2015.
- Voor alle drie de peilingen geldt dat prevalentie van drinken lager is onder laag opgeleide zwangeren dan onder midden en hoog opgeleide zwangeren.
- Van belang is dat zelfs licht alcoholgebruik tijdens de zwangerschap gevolgen kan hebben voor het ongeboren kind en het verloop van de zwangerschap. De risico's nemen toe naarmate het gemiddelde alcoholgebruik en het aantal glazen per gelegenheid hoger is. De kans op miskramen, foetale sterfte en vroeggeboorte nemen toe, de psychomotorische ontwikkeling van het kind kan worden vertraagd en bij hogere consumptie kunnen aangeboren afwijkingen en het foetaal alcoholsyndroom (FAS) optreden (Lanting et al., 2016).

In een promotie-onderzoek uit 2016 werd het effect van verschillende interventies geëvalueerd om alcoholgebruik tijdens de zwangerschap te verminderen (Van der Wulp, 2016). Een interventie op basis van computer tailoring kwam als het meest effectief naar voren.

11.4 Problematisch gebruik

De omvang van de alcoholproblematiek hangt af van de gehanteerde definitie. In onderzoek wordt onderscheid gemaakt tussen zwaar drinken, overmatig drinken, en afhankelijkheid of misbruik van alcohol. Zwaar en/of overmatig drinken zijn niet vereist voor een diagnose alcoholmisbruik of -afhankelijkheid. Hoewel het logisch lijkt dat excessief drinken een vereiste is voor een diagnose van een stoornis in het gebruik van alcohol, blijkt uit een recente studie op basis van het bevolkingsonderzoek NEMESIS-2 dat er slechts een zwakke samenhang is (Tuithof et al., 2014):

- Slechts 18% van de volwassen Nederlanders met alcoholmisbruik of -afhankelijkheid in dit onderzoek dronk ook zwaar en overmatig. Excessief drinken werd in deze studie vrij streng gedefinieerd als zowel een hoge gemiddelde consumptie als frequent binge drinken (5 of meer drankjes bij één gelegenheid). Maar ook met minder strenge definities was een vergelijkbare beperkte samenhang zichtbaar.
- Andersom had 25% van de zware en overmatige drinkers een alcoholstoornis (misbruik of afhankelijkheid).
- Om deze beperkte samenhang beter te begrijpen, werden in de studie drie groepen problematische drinkers (alléén excessief drinken, alléén alcoholstoornis, beide) vergeleken met niet-problematische drinkers. In alle drie de groepen problematische drinkers werd meer klinisch relevante pathologie (depressie, angst en drugverslaving; ADHD in de kindertijd en een verminderd functioneren) gevonden. Degenen bij wie beide aspecten van problematisch alcoholgebruik aanwezig zijn (excessief drinken en een alcoholstoornis) lijken het meest kwetsbaar en zij hebben het vaakst een angststoornis, 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 § 11.2.

Alcoholmisbruik en –afhankelijkheid

Er zijn geen recente schattingen hoe vaak een stoornis in het gebruik van alcohol in Nederland voorkomt. De meest recente gegevens over alcoholmisbruik en –afhankelijkheid onder de volwassen Nederlandse bevolking dateren uit 2007-2009.

- Volgens gegevens van het NEMESIS-2-onderzoek uit 2007-2009 voldeed op jaarbasis naar schatting tussen 0,3 en 1,2% van de bevolking van 18-64 jaar aan de diagnose alcoholafhankelijkheid (DSM 4^{e} gewijzigde editie). Naar schatting 2,9% - 4,5% van de respondenten voldeed aan de diagnose alcoholmisbruik.
- Alcoholstoornissen komen vaker voor onder mannen dan vrouwen (tabel 11.5).
- Omgerekend naar de bevolking van 18-64 jaar ging het om naar schatting 82.400 mensen met alcoholafhankelijkheid. Het aantal mensen met alcoholmisbruik is bijna vijf keer hoger (395.600).
- In dit bevolkingsonderzoek ontbraken jongeren onder 18 jaar, ouderen boven de 65 jaar, mensen die de Nederlandse taal niet voldoende machtig zijn en mensen die dakloos zijn of langere tijd in een instelling verblijven. In hoeverre dit de gegevens heeft beïnvloed is niet bekend.

Tabel 11.5 Jaarprevalentie en aantallen mensen met een alcoholstoornis, naar geslacht. Peiljaar 2007-2009

Stoornis	Mannen (%)	Vrouwen (%)	Totaal (%)	Totaal aantal
Alcoholmisbruik	5,6 (4,2 – 6,9)	1,8 (1,1 – 2,6)	3,7 (2,9 – 4,5)	395.600
Alcoholafhankelijkheid	1,0 (0,3 – 1,7)	0,5 (0,0 – 0,9)	0,7 (0,3 – 1,2)	82.400

Tussen haakjes: 95% betrouwbaarheidsintervallen. Bron: Nemesis-2 2007-2009 (De Graaf et al., 2010).

Bovengenoemde eerste meting van het NEMESIS-2-onderzoek werd uitgevoerd tussen 2007 en 2009. Drie jaar later, tussen 2010 en 2012, werd een tweede meting uitgevoerd (De Graaf et al., 2012). Op deze manier kon worden onderzocht hoeveel mensen die nog nooit een alcoholprobleem hadden gehad, binnen de periode van een jaar alsnog een alcoholprobleem kregen (incidentie).

- Binnen de periode van een jaar kreeg 0,73% voor het eerst te maken met alcoholmisbruik en 0,15% met alcoholafhankelijkheid. Omgerekend naar aantallen gaat het jaarlijks om 66.000 nieuwe gevallen van alcoholmisbruik en 15.300 nieuwe gevallen van alcoholafhankelijkheid.

Alcoholstoornissen hangen samen met andere psychische stoornissen.

- Mensen met een angststoornis of een depressie krijgen in hun leven vaker te kampen met alcoholafhankelijkheid dan mensen zonder deze stoornissen (Boschloo et al., 2011).
- Ook is de aanwezigheid van ADHD geassocieerd met het vaker optreden van alcoholstoornissen. Vermoedelijk komt dit doordat ADHD vaak voorafgaat aan een gedragsstoornis, die vervolgens het risico op een alcoholstoornis vergroot (Tuithof et al., 2012).

Het beloop van alcoholstoornissen blijkt in de algemene bevolking veel gunstiger dan op basis van klinische studies werd verwacht: 70% herstelt binnen 3 jaar, toch drinkt meer dan een derde nog steeds substantieel (meer dan 7 glazen alcohol per week voor vrouwen of meer dan 14 glazen alcohol per week voor mannen) (Tuithof et al., 2013).

- Een chronisch beloop komt vaker voor bij mensen met meer symptomen van misbruik of afhankelijkheid, bij meer alcoholgebruik, meer beperkingen ten gevolge van de stoornis of een gelijktijdige angststoornis.
- Sociaal demografische kenmerken, roken, een gelijktijdige depressie, drugsverslaving en kwetsbaarheidsfactoren (ouderlijke psychopathologie, traumatisering als kind) blijken géén voorspellers te zijn van een chronisch beloop.

Ook terugval blijkt zeldzaam in de algemene bevolking, althans op relatief korte termijn: slechts 12% van de personen die klinisch zijn hersteld ontwikkelt binnen 3 jaar opnieuw een alcoholstoornis (Tuithof et al., 2014).

- De kans op terugval is vooral groot bij personen die veel symptomen van misbruik of afhankelijkheid hadden en die na herstel opnieuw overmatig zijn gaan drinken.
- De onderzoekers concluderen dat aandacht voor drinkpatronen tijdens de periode waarin herstel is opgetreden van belang is voor behandeling en terugvalpreventie. Met name mensen met een geschiedenis van ernstige alcoholproblematiek hebben mogelijk baat bij volledige onthouding van alcohol of een erg laag niveau van alcoholgebruik. Gecontroleerd drinken op een hoger niveau lijkt alleen mogelijk voor personen zonder een geschiedenis van ernstige problematiek.

11.5 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 15 jaar en ouder in de landen van de EU-27 gebruikte in 2009 ongeveer drie kwart (76%) van de inwoners in de afgelopen 12 maanden alcohol, vergelijkbaar met het percentage in 2006 (75%). Er zijn grote verschillen tussen landen. Nederland (88%) behoorde tot de landen met de hoogste percentages inwoners dat het afgelopen jaar dronk.
- De meeste EU inwoners dronken naar eigen zeggen gematigd (in de afgelopen maand dronk 69% twee glazen of minder op een dag dat zij dronken). Tien procent dronk per keer 5 of meer glazen. Nederland nam een middenpositie in met 13% van de drinkers in de afgelopen maand die per gelegenheid dat ze drinken 5 of meer glazen alcohol gebruiken.

Jongeren

Het ESPAD-onderzoek, het European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, werd in 2003, 2007, 2011 en 2015 uitgevoerd onder 15/16-jarige scholieren van het middelbaar onderwijs (Hibell et al., 2004, 2009, 2012; Kraus et al., 2016). Tabel 11.6 toont het alcoholgebruik in een aantal landen van de EU en Noorwegen. De Verenigde Staten deden niet mee aan ESPAD maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit. In het ESPAD-onderzoek is gevraagd naar het gebruik van alcohol en de frequentie van dronkenschap.

- In 2015 lag Nederland met 19% boven het gemiddelde op de maat "veertig keer of meer alcohol gedronken in het hele leven". Het (ongewogen) gemiddelde voor 34 onderling vergelijkbare Europese landen lag op 16%. Wel halveerde in Nederland dit percentage van 45% in 2003 naar 19% in 2015.
- Op de maat "minstens tien keer alcohol drinken in de maand voorafgaand aan de peiling" stond Nederland in 2015 binnen de landen uit tabel 11.6 met 10% op de vierde plaats, voorafgegaan door België (13%), Oostenrijk (12%) en Denemarken (11%). Het (ongewogen) gemiddelde van 34 onderling vergelijkbare Europese landen stond in 2015 op 7%. Met 10% lag Nederland daarmee boven het gemiddelde. Wel halveerde dit percentage voor Nederland van 25% in 2003 naar 10% in 2015.
- Op de maat 'dronkenschap' scoorden Nederlandse scholieren minder hoog in 2015. Slechts 2% gaf aan in het hele levens minstens twintig keer dronken te zijn geweest.

De ESPAD-studie laat verder zien dat 78% van de Nederlandse 15/16-jarigen het redelijk tot zeer gemakkelijk vindt om aan alcohol te komen. Het Europese (ongewogen) gemiddelde van 34 onderling vergelijkbare landen lag eveneens op 78% (Kraus et al., 2016).

Tabel 11.6 Consumptie van alcohol en dronkenschap bij leerlingen van 15/16 jaar in een aantal lidstaten van de EU, Noorwegen en de Verenigde Staten.[I] Peiljaren 2003, 2007, 2011 en 2015

Land	Consumptie: 40 keer of meer in het leven (%)				Consumptie: 10 keer of meer in de laatste maand (%)				Dronken: 20 keer of meer in het leven (%)[VI]	
	2003	2007	2011	2015	2003	2007	2011	2015	2011	2015
Denemarken[II]	50	49	37	28	13	12	12	11	11	5
Oostenrijk	48	52	-	27	21	30	-	12	-	3
België[III]	36	34	33	22	20	17	16	13	1	1
Frankrijk	22	30	32	21	7	13	14	8	5	2
Griekenland	35	28	29	21	13	11	12	8	1	1
Nederland	45	40	33	19	25	24	20	10	3	2
Italië	24	23	20	14	12	13	12	9	2	2
Portugal	14	21	14	10	7	13	7	4	2	1
Ierland	39	23	16	9	16	10	6	3	6	3
Finland	20	16	13	7	2	1	2	1	6	3
Zweden	17	14	9	6	1	1	1	1	3	2
Noorwegen	15	11	6	4	3	1	1	1	1	1
Duitsland[IV]	37	41	35	-	11	18	15	-	4	-
Verenigde Staten	12	11	8	-	4	5	3	-	5	-
Verenigd Koninkrijk[V]	43	39	-	-	17	14	-	-	-	-

Percentage van de leerlingen. Tabel is geordend op het percentage '40 keer of meer in het leven' in peiljaar 2015. - = Niet gemeten. I. De Verenigde Staten participeerden niet in de ESPAD, maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit. II. De gegevens voor Denemarken zijn minder vergelijkbaar, Denemarken vanaf 2015 weer representatief. III. België in 2007, 2011 en 2015 alleen voor Vlaanderen. IV. Duitsland in 2007 alleen voor zeven deelstaten en in 2011 alleen voor vijf deelstaten. V. Verenigd Koninkrijk niet voor 2011 vanwege te lage respons (slechts 6% van de scholen). VI. Vanwege een wijziging in vraagstelling zijn er geen vergelijkbare cijfers voor 2003 en 2007 voor dronkenschap. Bron: ESPAD.

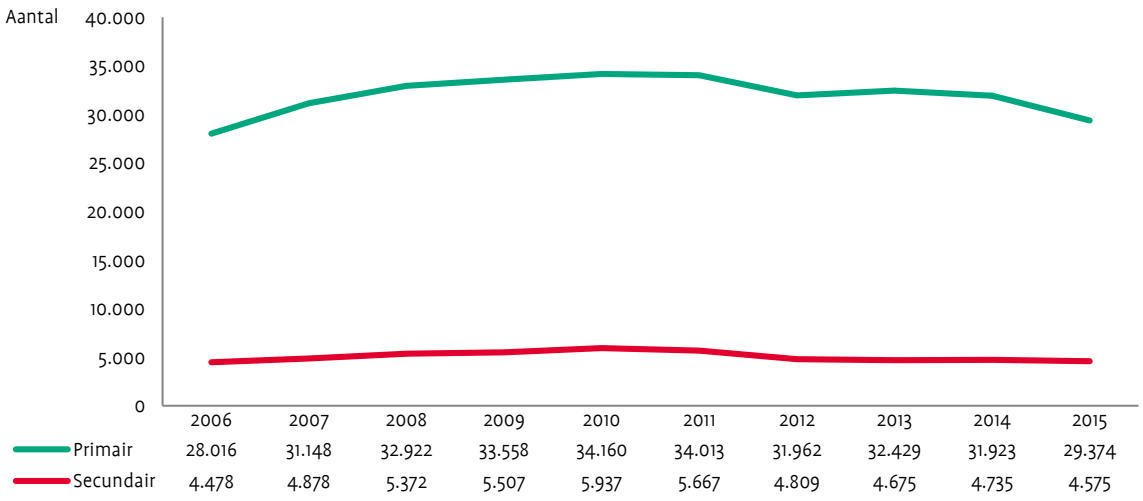
11.6 Hulpvraag en incidenten

Verslavingszorg

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

- In Nederland stonden in 2015 in totaal 29.374 personen geregistreerd bij de verslavingszorg met als primaire problematiek alcoholgebruik.
- Na een stijging tot 2010 lijkt zich een geringe daling af te tekenen (figuur 11.5; zie ook Jaarbericht 2013-2014). Komende jaren zullen uitwijzen of deze daling zich voortzet.
- In 2015 waren er per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder 209 primaire alcoholcliënten.
- Het aandeel van alcohol in alle verzoeken om hulp bij de verslavingszorg schommelde tussen 2006 en 2015 rond de 46%.
- In 2015 was 1 van de 5 primaire alcoholcliënten (21%) een nieuwkomer. Zij stonden niet eerder ingeschreven bij de verslavingszorg.
- Van de 29.374 primaire alcoholcliënten uit 2015 stond bij 9.426 cliënten (32%) naast hun primaire alcoholproblematiek ook nog een secundaire problematiek geregistreerd. In deze groep ging het voornamelijk om cannabis (25%), nicotine (21%), cocaïne/crack (23%), of medicijnen (11%).
- Het aantal cliënten van de verslavingszorg dat alcohol als secundair probleem noemde, schommelde tussen 2006 en 2015 rond 5.063 (figuur 11.5). De secundaire alcoholcliënten hebben voornamelijk een primair probleem met cocaïne of crack (33%), cannabis (31%), heroïne (15%), nicotine (5%), gokken (4%) en amfetamine (4%).

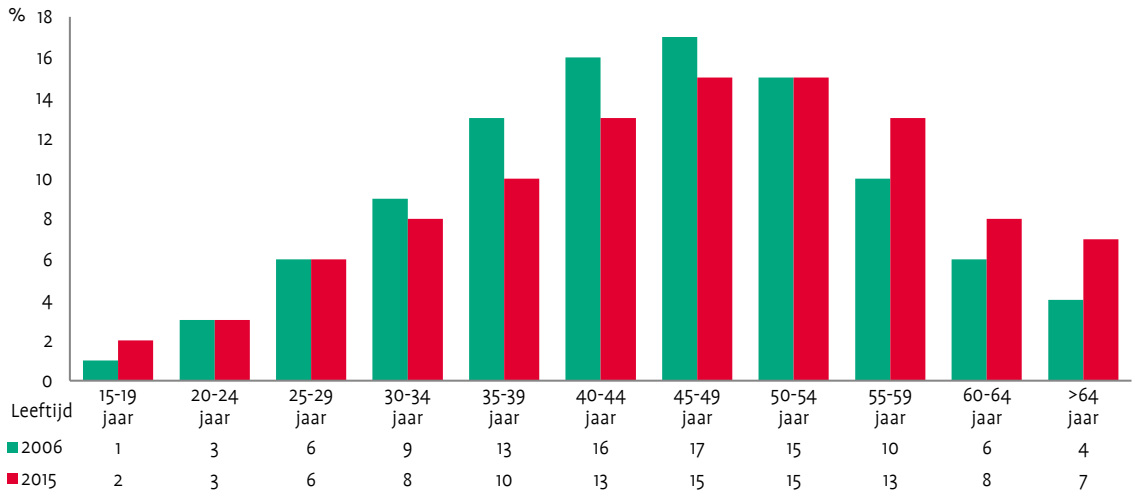
Figuur 11.5 Aantal cliënten bij de verslavingszorg met primaire of secundaire alcoholproblematiek, vanaf 2006



	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Primair	28.016	31.148	32.922	33.558	34.160	34.013	31.962	32.429	31.923	29.374
Secundair	4.478	4.878	5.372	5.507	5.937	5.667	4.809	4.675	4.735	4.575

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

Figuur 11.6 Leeftijdsverdeling van de primaire alcoholcliënten bij de verslavingszorg. Registratiejaren 2006 en 2015



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
2006	1	3	6	9	13	16	17	15	10	6	4
2015	2	3	6	8	10	13	15	15	13	8	7

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

Leeftijd, geslacht en opleiding

- In 2015 was het merendeel van de primaire alcoholcliënten man (72%). Het aandeel vrouwen schommelde tussen 2006 en 2015 tussen 27% en 28%.
- De gemiddelde leeftijd in 2015 was 46 jaar, ongeveer gelijk aan 2006 (45 jaar). De piek lag in 2015 in de leeftijdsgroep 45-54 jaar (figuur 11.6).
- Het aandeel van 55-plussers steeg van 20% in 2006 naar 28% in 2015 (figuur 11.6).
- In 2015 had van de primaire alcoholcliënten 36% geen opleiding afgerond of een lagere opleiding afgerond, 37% een middelbare opleiding en had 27% een hogere opleiding afgerond. (Voor een uitleg van lagere, middelbare en hogere opleiding, zie in bijlage A onder: Cliënt LADIS.)

Behandelkloof

Lang niet alle mensen in de Nederlandse bevolking die voldoen aan een diagnose alcoholmisbruik of -afhankelijkheid zoeken hulp in de verslavingszorg. Grofweg 7-8% zoekt hulp bij de verslavingszorg. Dit percentage is gebaseerd op het geschatte aantal Nederlanders met een alcoholstoornis (478 duizend, tabel 11.6) gedeeld door het aantal cliënten in de verslavingszorg (tussen 35 en 40 duizend sinds 2007, figuur 11.4). Deze cijfers suggereren het bestaan van een aanzienlijke 'behandelkloof'.

- In het landelijke onderzoek NEMESIS-2 (zie § 11.4) bleek dat slechts 10% van de mensen met een alcoholstoornis in de algemene bevolking binnen een periode van vier jaar hulp had gezocht voor hun alcoholproblemen. Daarnaast zocht 35% hulp voor andere emotionele of drugsproblemen. Meer dan de helft zocht of kreeg dus geen professionele hulp (Tuithof, 2015).

Het onderzoek suggereert echter dat deze 'behandelkloof' minder problematisch is dan vaak wordt verondersteld, en dat mensen die de zorg het meest nodig hebben de weg naar de verslavingszorg redelijk goed vinden (Tuithof, 2015). Degenen die géén zorg krijgen hebben namelijk milde problemen en een gunstig beloop:

- Mensen die geen hulp zochten voor hun alcoholproblemen hadden gemiddeld minder symptomen en minder beperkingen als gevolg van de alcoholstoornis en minder vaak een gelijktijdige stemmings- of angststoornis dan degenen die wel hulp zochten bij de verslavingszorg.

- Daarnaast herstelt 78% van de niet-hulpzoekers en dat is hoog vergeleken met de herstelpercentages van degenen die wel hulp zochten bij de verslavingszorg voor hun alcoholstoornis (slechts 29% herstel).
- Daarbij functioneerden degenen met een alcoholstoornis die helemaal geen zorg hadden ontvangen na drie jaar vergelijkbaar met een gezonde vergelijkingsgroep. De '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. Deze bronnen wijzen op een toename van alcoholgerelateerde behandelingen en opnames.

De Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ; voorheen Landelijke Medische Registratie, LMR) bevat gegevens over de opnames in algemene ziekenhuizen, waarbij middelengebruik als hoofddiagnose of als nevendiagnose kan zijn geregistreerd. In 2013 wijzigde zowel de registratiemethode als de bijschattingmethode (zie bijlage D.4). Vanwege deze wijzigingen worden hier primair gegevens gerapporteerd over 2014 en kunnen geen recente trends worden vastgesteld. De afgelopen jaren werden per jaar bijna twee miljoen klinische opnames in algemene ziekenhuizen geregistreerd (DHD, 2015).

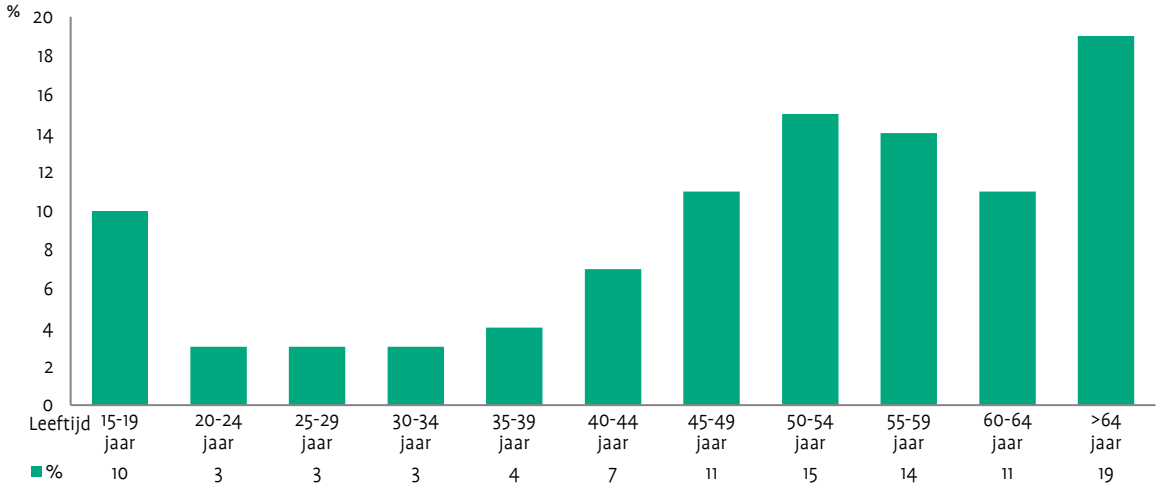
- Tussen 2006 en 2012 steeg het aantal klinische opnames met een hoofddiagnose gerelateerd aan alcohol met 31% van 4.855 opnames naar 6.362 opnames. Het aantal nevendiagnoses steeg in deze periode met 45% van 11.689 naar 16.899 opnames (Van Laar et al., 2015).
- In 2014 vonden er naar schatting 4.682 opnames plaats met een alcoholaandoening als hoofddiagnose (figuur 11.7). Daarvan is 2% bijgeschat (4.602 feitelijk geregistreerde opnames). De meest voorkomende diagnoses betroffen:
  - psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van alcohol (47%);
  - alcoholische leverziekten (36%);
  - alcoholische alvleesklierontsteking (10%);
  - toxisch gevolg van alcohol, ethanol en methanol (4%).
- In 2014 werden er naast de klinische opnames ook nog eens naar schatting 553 dagopnames geregistreerd vanwege een hoofddiagnose voor alcohol.
- Alcoholproblematiek wordt veel vaker als nevendiagnose gesteld. In 2014 waren er naar schatting 17.368 alcoholgerelateerde nevendiagnoses. Daarvan is eveneens 2% bijgeschat (17.027 feitelijk geregistreerde opnames). Hoofddiagnoses bij deze nevendiagnoses waren in 2014:
  - letsel (20%);
  - ziekten van het spijsverteringsstelsel (16%);
  - ziekten van hart en vaatstelsel (14%);
  - symptomen, afwijkende klinische bevindingen en laboratoriumuitslagen (10%);
  - ziekten van het ademhalingsstelsel (6%);
  - vergiftiging (6%);
  - nieuwvormingen (5%);
  - endocriene ziekten en voedings- en stofwisselingsstoornissen (5%).
- Van de naar schatting 17.368 alcoholgerelateerde nevendiagnoses in 2014 had 4% van de nevendiagnoses betrekking op jongeren van 25 jaar of jonger en had 74% van de nevendiagnoses 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 de helft van de gevallen om letsel (51%), vergeleken met een op de zes bij de ouderen (17%). Ook gaat het bij de jongeren vaker om vergiftiging: 18% bij de jongeren vergeleken met 3% bij de ouderen.
- Ouderen worden vaker geconfronteerd met alcoholgerelateerde chronische ziekten zoals ziekten van het spijsverteringsstelsel (16% bij ouderen versus 4% bij jongeren), ziekten van hart en vaatstelsel (16% versus 1%) en ziekten en symptomen van het ademhalingsstelsel (8% versus 2%).

Dezelfde persoon kan meer dan een keer per jaar worden opgenomen. Bovendien kan er per opname meer dan een nevendiagnose worden gesteld.

- Gecorrigeerd voor dubbeltellingen ging het in 2014 om naar schatting 16.030 personen. Zij werden in dat jaar minstens één keer opgenomen met een alcoholprobleem als hoofd- of nevendiagnose.
- Hun gemiddelde leeftijd was 54 jaar; 71% was man.
- Er is hier waarschijnlijk sprake van een onderschatting, omdat men in ziekenhuizen lang niet altijd de rol van alcohol als oorzaak van ziekte herkent en registreert.
- In 2014 vonden er naar schatting 538 opnames plaats onder jongeren van 16 jaar of jonger vanwege een aan alcohol gerelateerde problematiek. Van deze opnames vonden er naar schatting 267 opnames plaats onder de jongens (50%) en naar schatting 271 opnames onder de meisjes (50%).
- In 2014 lag het aandeel van de ouderen van 55 jaar en ouder onder de primaire alcoholpatiënten op 44% (figuur 11.7).

Figuur 11.7 Leeftijdsverdeling van de primaire alcoholpatiënten in de klinische ziekenhuiszorg. Registratiejaar 2014



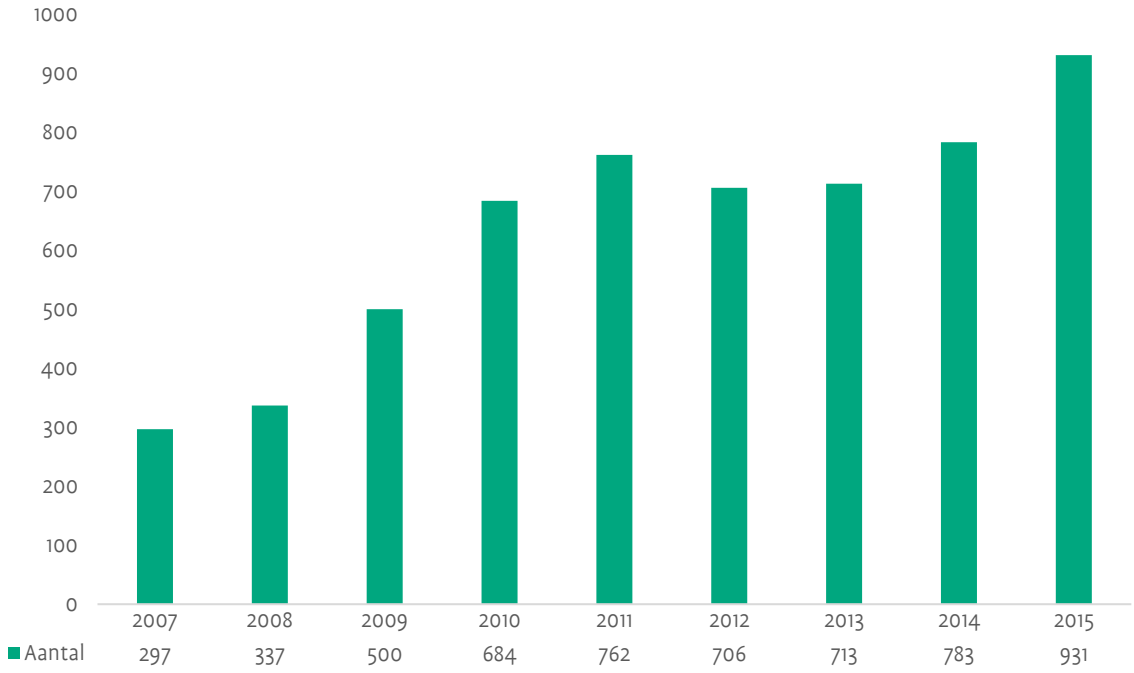
Percentage patiënten per leeftijdsgroep voor de klinische opnames met alcohol als hoofd- of nevendiagnose (unieke patiënten gecorrigeerd voor dubbeltellingen van personen). ICD-10 codes: E24.4, F10, G31.2, G62.1, G72.1, I42.6, K29.2, K70.0, K70.1, K70.2, K70.3, K70.4, K70.9, K86.0, O35.4, P04.3, T51.0, T51.1, Z72.1. Voor een verklaring van de codes: zie Bijlage B. Bron: LBZ (2014), DHD.

Het Nederlands Signaleringscentrum voor Kindergeneeskunde (NSCK) inventariseert onder kinderartsen van Nederlandse ziekenhuizen een variërend aantal aandoeningen, afwijkingen en syndromen, waaronder sinds 2007 alcoholintoxicatie. Na een digitale melding door een van de Nederlandse kinderartsen ontvangt hij/zij een digitale vragenlijst. Daarnaast wordt ook gebruikt gemaakt van papieren vragenlijsten. Het aantal kinderartsen dat meedoet is stabiel en ligt rond 95% (Van der Lely et al., 2016). Er is overlap met de hierboven beschreven Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ).

- In 2015 werden volgens dit onderzoek 931 jongeren tot 18 jaar na overmatig alcoholgebruik in een ziekenhuis opgenomen.

- Dat is opnieuw een stijging (met 19%) vergeleken met 2014 (783 jongeren). Tussen 2013 en 2014 steeg het aantal gemelde jongeren dat als gevolg van alcoholgebruik werd opgenomen in een ziekenhuis met 10%. Alleen tussen 2011 en 2012 werd een lichte daling gemeld (figuur 11.8).
- 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.
- Er zijn in 2015 meer jongens (53%) dan meisjes (47%) opgenomen, zoals ook in de meeste voorgaande jaren. Hun gemiddelde leeftijd was 15,4 jaar (range: 10-17 jaar).
- Het gemiddelde alcoholpromillage (bloedalcoholconcentratie of ethanolspiegel) bij deze jongeren was 1,94 promille, vergelijkbaar met 2014 (1,96 promille) en hoger dan in de voorgaande jaren (gemiddeld tussen 1,81 en 1,89). Het alcoholpromillage hangt af van de hoeveelheid alcohol, de snelheid van drinken en het lichaamsgewicht.
- De meeste jongeren kwamen in het ziekenhuis met een alcoholcoma (verminderd bewustzijn) of dreigend alcoholcoma en bleven gemiddeld 3 uur en 5 minuten buiten bewustzijn (jongens 3 uur en 17 minuten en meisjes 2 uur en 50 minuten).
- Twee derde (64%) van de jongeren kwam uit een 'traditioneel' gezin met twee ouders en 88% was van Nederlandse komaf. Meer dan de helft van de jongeren zat op het vmbo of mbo; 25% op de havo en 20% op het vwo.
- De regio's met de meeste opnames zijn Noord- en Zuid-Holland en Noord-Brabant.

Figuur 11.8 Aantal jongeren 10-17 jaar dat door een kinderarts in een ziekenhuis is opgenomen wegens overmatig alcoholgebruik, 2007-2015



Bron: NSCK, RdGG, STAP, TNO, UT (Van der Lely et al., 2016).

Alcoholgerelateerde ongevallen bij de spoedeisende hulpafdelingen

Het Letsel Informatiesysteem (LIS) van VeiligheidNL houdt in een steekproef van spoedeisende hulpafdelingen (SEHs) van ziekenhuizen het aantal en aard van letsels door ongevallen bij (Nijman en Valkenberg, 2016). Voor alcohol worden gegevens verzameld over behandelingen wegens een alcoholvergiftiging, wegens letsels na een ongeval of geweld bij een patiënt die onder invloed van alcohol verkeert en wegens letsel door zelfbeschadiging waarbij alcohol betrokken is. De cijfers worden geëxtrapoleerd naar heel Nederland. Het aantal is een indicatie.

- Het aantal SEH-behandelingen is in tien jaar tijd bijna verdubbeld: in 2006 werden naar schatting 3.500 patiënten op een SEH-afdeling gezien wegens een alcoholvergiftiging. In 2015 zijn naar schatting 6.100 personen behandeld wegens een alcoholvergiftiging (marges: 5.200 – 7.000).
- Bijna zes op de tien patiënten in 2015 was jonger dan 25 jaar. Er waren onder de patiënten meer mannen (57%) dan vrouwen (43%).
- In ruim een vijfde deel (21%) van de gevallen was bekend dat gebruik van alcohol was gecombineerd met drugs. Combinatiegebruik was het hoogst onder 15-29-jarigen, twee derde van de patiënten die zowel alcohol als drugs gebruikt hadden was in die leeftijdscategorie.
- Opname in het ziekenhuis voor verdere behandeling was geïndiceerd bij 40% van de patiënten met een alcoholvergiftiging.
- In 2015 werden naar schatting nog eens 15.200 personen op een SEH behandeld voor een letsel na een ongeval of geweld terwijl zij onder invloed van alcohol verkeerden (marges: 13.300 – 17.100).
- Tussen 2003 en 2012 was een forse stijging van 8.700 behandelingen naar ongeveer 15.000
- behandelingen per jaar. Na een korte daling tot 13.000, lijkt het aantal ongevallen waarbij alcohol betrokken was in 2015 met 15.200 SEH-behandelingen weer op het niveau van 2012.
- De genoemde aantallen zullen een onderschatting zijn van het werkelijke aantal ongevallen omdat voor de behandeling van het letsel het alcoholgebruik van de patiënt vaak van ondergeschikt belang is. Ook letsels die zijn veroorzaakt door een derde die onder invloed van alcohol verkeerde, zijn niet meegerekend. Aanvullend onderzoek van VeiligheidNL maakt aannemelijk dat het werkelijk aantal patiënten met een letsel onder invloed van alcohol op de SEH zes keer zo hoog ligt.
- Drie kwart van de patiënten met een aan alcoholgerelateerd letsel in 2015 was man en 34% 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 10% van de patiënten was er sprake van geweldpleging (slag, klap of stomp).
- Tussen 2011 en 2015 werden jaarlijks gemiddeld 2.700 (marges: 2.300-3.000) personen behandeld op een SEH wegens letsel door zelfbeschadiging waarbij alcohol betrokken was. In 85% van deze gevallen was er sprake van een vergiftiging.

11.7 Ziekte en sterfte

Ziekte

Alcohol kan op drie wijzen (lichamelijke) schade veroorzaken: via acute vergiftiging, via chronische 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, het drinkpatroon en het type alcohol. Verspreid over de week 10 glazen alcohol drinken geeft een ander risico dan één avond per week binge drinken. 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 (zwaar drinkende ouders hebben een grotere kans dat hun kinderen ook een risicovol drinkpatroon ontwikkelen) kwetsbaarheidsfactoren een rol.
- Tenslotte is de lichamelijke gezondheid medebepalend voor de mate waarin alcohol schade aanricht (WHO, 2014).

In de Richtlijnen goede voeding uit 2015 heeft de Gezondheidsraad de aanbeveling uit 2006 over alcoholgebruik herzien.

- De nieuwe richtlijn adviseert geen alcohol te drinken, of in ieder geval niet meer dan één glas per dag. In de oude richtlijn voor gezonde volwassenen tot 55 jaar gold voor mannen het advies om niet meer dan twee standaard glazen alcohol per dag te drinken en voor vrouwen niet meer dan één standaardglas, op hooguit vijf dagen per week en de andere twee dagen geen alcohol, en uitsluitend in veilige situaties.
- Die nieuwe aanbeveling is gebaseerd op onderzoek naar de effecten van hoog alcoholgebruik (meer dan 15 gram per dag ofwel anderhalf standaardglas), matig alcoholgebruik (tot 15 gram per dag) en ten aanzien van sterfte. De gevolgen van zeer hoog alcoholgebruik zijn door de commissie niet meegenomen (Gezondheidsraad 2015).

De Gezondheidsraad concludeert ten aanzien van *hoog alcoholgebruik* (meer dan anderhalf standaardglas per dag) ten opzichte van geen alcoholgebruik het volgende:

- een hoog alcoholgebruik verhoogt het risico op beroerte, op borstkanker en op darmkanker;
- hoge inname van bier en sterke drank zijn geassocieerd met longkanker;
- binge drinken (6 glazen of meer per gelegenheid) verhoogt het risico op coronaire hartziekten.

De Gezondheidsraad concludeert over *matig alcoholgebruik* (maximaal anderhalf standaardglas per dag) ten opzichte van geen alcoholgebruik dat er zowel gunstige als ongunstige verbanden zijn tussen alcoholconsumptie en risico's op chronische ziekten:

- het is aannemelijk dat matig alcoholgebruik samenhangt met een lager risico op hart- en vaatziekten, diabetes en dementie.
- matig gebruik van bier en wijn hangt samen met een lager risico op longkanker.
- echter, matig gebruik van bier door mannen en sterke drank door vrouwen hangt samen met een hoger risico op diabetes.

- het is aannemelijk dat ook het risico op borstkanker bij matig gebruik van alcohol al is verhoogd.
- de gevonden gunstige verbanden geven geen aanleiding om mensen die niet drinken aan te raden om vanwege gezondheidsredenen wel alcohol te gaan gebruiken.

Ten aanzien van sterfte (ongeacht de doodsoorzaak) luiden de conclusies:
- zowel een matige als hoge consumptie van bier en een hoge consumptie van wijn hangen samen met een hogere sterfte.
- een lage consumptie van wijn hangt samen met een lagere sterfte.
- drinken van een glas alcohol per twee dagen houdt verband met een 15% lager risico op sterfte.

Naast de beschreven chronische ziekten noemt de Gezondheidsraad ook de verhoogde risico's van alcoholgebruik op onder meer ongelukken, verslaving, psychosociale problematiek, levercirrose en hoofd- en halstumoren. Voor vrouwen die zwanger willen worden, zwanger zijn of borstvoeding geven, luidt de aanbeveling om helemaal geen alcohol te drinken (Gezondheidsraad 2015).

Ook volgens de Wereldgezondheidsorganisatie is alcoholgebruik een oorzakelijke factor in meer dan tweehonderd ziekten en soorten letsels (WHO, 2014). Voor de meeste aandoeningen geldt dat het risico toeneemt naarmate men meer alcohol drinkt (Shield et al., 2013).
- 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 (VTV 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%).

Een recente overzichtsstudie concludeert dat er sterk bewijs is voor een oorzakelijke relatie van alcoholgebruik en kanker in mond- en keelholte, strottenhoofd, slokdarm, lever, dikke darm en borstkanker (Connor, 2016). Wereldwijd zou volgens een recente schatting 5,8% van alle sterfte door kanker te wijten zijn aan alcoholgebruik (Connor, 2016).

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, Witteman, 2014).
- Een enkele bingedrink sessie kan al onmiddellijke negatieve effecten op de hersenen van jongeren laten zien en regelmatig binge drinken over een langere periode verstoort de ontwikkeling van de witte stof (Witteman, 2014).
- Uit neuro imaging onderzoek blijkt dat binge drinken subtiele verstoringen van het werkgeheugen en de responscontrole kunnen geven en een vertraging van de prikkelverwerking van het ontwikkelend brein, waarbij van belang is dat de ontwikkeling van de hersenen doorgaat tot ongeveer het 24e, en waarschijnlijk zelfs tot het 30e levensjaar.
- Grotere studies naar chronisch binge drinken tonen ook lagere scores op cognitieve tests, met name op het gebied van het werkgeheugen, de aandacht en het verbaal geheugen (Witteman, 2014). Naar aanleiding van een Nederlands proefschrift is in 2015 de discussie over de functionele consequenties van alcoholgebruik door jongeren 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 (Boelema, 2015). 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.

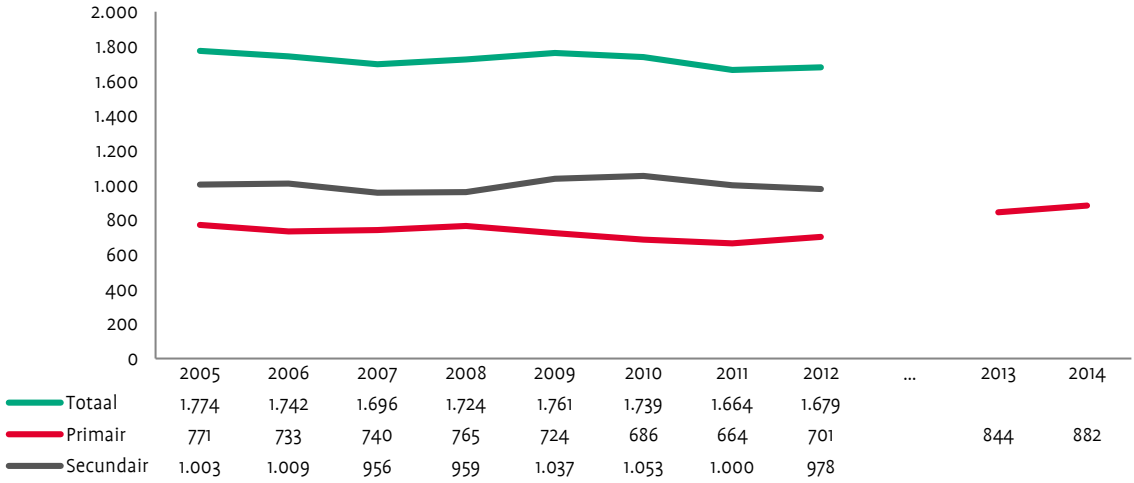
- Er werden wel significant meer aandachtproblemen gerapporteerd door meisjes die zwaar dronken en jongeren met alcoholmisbruik vertoonden meer probleemgedrag, zoals vandalisme en agressie (Boelema, 2015).
- Er zijn echter verschillende kanttekeningen bij dit onderzoek te plaatsen (Wiers, 2015). De hersenfuncties 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 11.9). In deze periode lag de secundaire sterfte steeds hoger dan de primaire sterfte. In 2013 is de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS overgegaan op automatische codering van de doodsoorzaken, waardoor de primaire alcoholsterfte vanaf 2013 niet rechtstreeks vergeleken kan worden met de primaire alcoholsterfte uit de voorgaande jaren. Door de automatische codering is de alcoholsterfte meer zichtbaar geworden in de primaire alcoholsterfte (Harteloh, 2014; Harteloh et al., 2014). Voor de secundaire alcoholsterfte kunnen vanaf 2013 geen betrouwbare gegevens meer worden gerapporteerd (CBS, persoonlijke communicatie, 26-02-2015; bijlage D.1).

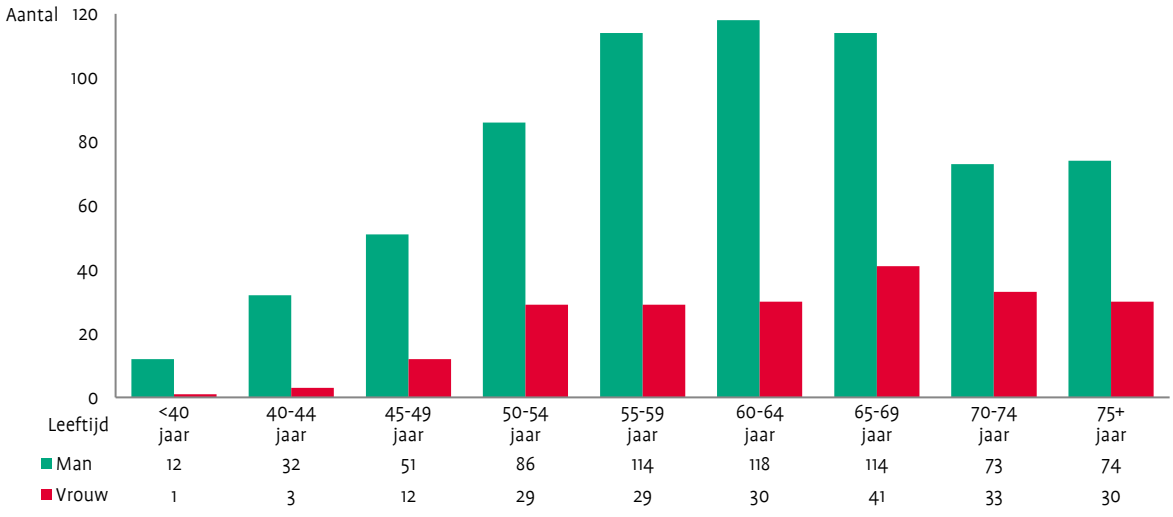
- Volgens de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS stierven in 2014 in totaal 882 mensen door alcohol als primaire doodsoorzaak. In 2013 ging het om 844 gevallen met alcohol als primaire doodsoorzaak.
- Bij alcohol als primaire doodsoorzaak ging het. In 2014 ging het in 17% van de gevallen om schadelijk gebruik, in 22% van de gevallen om afhankelijkheid in 46% van de gevallen om leverziekten. in 2013 betrof 20% van de gevallen schadelijk gebruik, 23% afhankelijkheid en 42% leverziekten.
- De primaire alcoholsterfte kwam het meest voor in de leeftijdsgroep van 55 tot en met 69 jaar (figuur 11.10). De meeste overledenen waren man (76%).
- De bijdrage van alcoholgebruik aan de sterfte wordt niet altijd herkend. Bovenstaande cijfers geven daardoor een onderschatting van het werkelijke aantal.

Figuur 11.9 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 11.10 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 is geschat voor het jaar 2013. Er is gekozen voor twee schattingsvarianten: een voorzichtige schatting die uitgaat van de aanname dat ook bij lagere BAGs het risico op ongevallen is verhoogd en een variant die ervan uitgaat dat bij een lagere BAG het risico op een ernstig auto-ongeval sterk daalt. Deze twee varianten zijn gebaseerd op de wetenschap dat het aandeel ernstig gewonde autobestuurders in grote mate bepaald wordt door de kleine groep zware alcoholovertreders (BAG 1,3 g/ℓ en hoger).

- Volgens de voorzichtige schatting was het aandeel alcoholdoden onder alle verkeersdeelnemers ongeveer 16-24%, en dat zijn 90-135 verkeersdoden als gevolg van alcoholgebruik in het verkeer in 2013.
- De tweede variant geeft een uitkomst van 11-18%, ongeveer 60-100 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.

11.8 Aanbod en markt

Onderzoek van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) toont aan dat schade door alcohol kan worden teruggedrongen door de prijs van alcoholische dranken te verhogen en de verkrijgbaarheid te verminderen (WHO, 2014).

- Alcohol is in Nederland wijd verkrijgbaar in levensmiddelenzaken, slijterijen en de horeca.
- Op 1 januari 2014 is de leeftijdsgrens voor de verstrekking van alle alcoholhoudende drank verhoogd naar 18 jaar. De verkoper is bij twijfel over de leeftijd verplicht de leeftijd van de aspirant-koper vast te stellen door het controleren van een identiteitsbewijs.
- Tot 2014 mochten volgens de Drank- en Horecawet aan jongeren van 16 jaar en ouder zwak-alcoholhoudende dranken worden verkocht. Voor sterke drank gold in Nederland al een grens van 18 jaar.
- Met de ophoging van de leeftijdsgrens loopt Nederland weer in de pas met de rest van Europa. Een inventarisatie 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 (www.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. Daarbij moet wel worden bedacht dat de sociale omgeving veel belangrijker is voor minderjarige jongeren om aan alcohol te komen dan commerciële bronnen (zie § 11.3).

- In 2016 is het tweede nalevingsonderzoek gedaan naar de effecten van de leeftijdsverhoging naar 18 jaar voor de verstrekking van alcohol (Roodbeen en Schelleman-Offermans, 2016). Het is een vervolg op eerder onderzoek uit 2011 en 2013 naar de naleving van de leeftijdsgrens voor alcohol.
- In een a-selecte en representatieve steekproef in de eerste helft van 2016 hebben 17-jarige "mysterykids" 1.389 aankooppogingen gedaan in cafetaria, horecagelegenheden, slijterijen, sportkantines, supermarkten, thuisbezorgkanalen en overige verkooppunten (zoals avondwinkels) door het land.
- In 2016 was het gewogen totale nalevingscijfer (excl. thuisbezorgkanalen) voor de verkoop van alcohol 36%. Tabel 11.7 geeft een overzicht van de naleving van de leeftijdsgrens in verschillende verkoopkanalen van alcohol in 2011, 2013, 2015 en 2016. Merk op dat in 2011 en 2013 voor de aankoop van zwak alcoholhoudende dranken nog een minimumleeftijd van 16 jaar gold en voor sterk alcoholische dranken 18 jaar. In 2015 en 2016 zijn de resultaten uit het onderzoek statistisch gecorrigeerd om ervoor te zorgen dat de verkoopkanalen een even groot aandeel in het onderzoek innemen als hun aandeel in de nationale verkoop van alcohol is. Deze statistische correctie levert het "gewogen gemiddelde" op in tabel 11.7.
- In vergelijking met het gewogen nalevingspercentage uit 2015 (22%) is het nalevingspercentage in 2016 (36%) significant gestegen. Deze stijging is waarschijnlijk toe te schrijven aan een significante stijging in de naleving bij slijterijen, cafetaria's, ketensupermarkten en horecagelegenheden (Roodbeen en Schelleman-Offermans, 2016).

- De correcte naleving in 2016 was het hoogst in supermarkten en slijterijen (zie tabel 11.7), gevolgd door cafetaria's, horecagelegenheden, alcoholverkoopkanalen uit de categorie overige (zoals zelfstandige supermarkten en avondwinkels) en sportkantines. De slechtste naleving werd geconstateerd bij thuisbezorgkanalen.
- Uit het onderzoek blijkt ook dat (met uitzondering van de supermarktketens en slijterijen) in het merendeel van de aankopen de leeftijd van de aspirant koper niet door de verkoper is vastgesteld door te vragen naar zijn/haar ID. Als de verkoper wel het identiteitsbewijs van de jongere controleert, levert dit volgens het onderzoek een hogere naleving op. Echter, in een deel van de gevallen waar wel adequaat de leeftijd is gecontroleerd, wordt alsnog aan de 17-jarigen de alcohol verstrekt.
- Hoewel in 2016 het nalevingspercentage voor de verkoop van alcohol significant is gestegen ten opzichte van 2015, is de naleving nog steeds laag; het merendeel van de 17-jarige Mystery Kids kon nog steeds zelfstandig alcohol aankopen (Roodbeen en Schelleman-Offermans, 2016).

Tabel 11.7 Naleving leeftijdsgrenzen alcohol per verkoopkanaal. Peiljaren 2011, 2013, 2015 en 2016

Verkooppunt	2011	2013	2015	2016
Cafetaria	15	15	10	29
Horecagelegenheden	11	36	16	27
Slijterij (zwakalcoholhoudend)[I]	40	63	33	62
Slijterij (sterke drank)[II]	62	73		
Sportkantine	4	15	9	17
Ketensupermarkt	30	55	53	63
Thuisbezorgkanalen	0	0	9	2
Totaal gemiddelde	28	47	30	
Totaal gewogen gemiddelde			22	36

In percentages niet- geslaagde aankooppogingen. In 2011 en 2013 gold voor de aankoop van zwakalcoholhoudende dranken een minimum leeftijd van 16 jaar en voor sterk alcoholische dranken 18 jaar. Sinds 2015 is voor alle alcoholische dranken de leeftijdsgrens 18 jaar. * sinds 2015 is "slijterij" één categorie omdat onderscheid in leeftijdsgrens voor zwak alcoholische drank en sterke drank is opgeheven. Bron: Nuchter Kenniscentrum Leeftijdsgrenzen, 2016

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.

- In Nederland bedraagt de accijns op peildatum 1 januari 2016 voor een liter gedistilleerd (35% alcohol) 5,90 euro, voor een liter "stille" wijn 88 eurocent en voor een liter bier 38 eurocent (11- <15° Plato).
- Voor een glas bier van 25 cl betekent dit 9,5 eurocent accijns, voor een glas wijn van 10 cl 8,8 eurocent en voor een glas gedistilleerd van 3,5 cl 20,6 eurocent.

- Lidstaten van de EU voeren een verschillend accijnsbeleid (tabel 11.8). De tarieven lopen sterk uiteen. Verschillende wijnproducerende landen heffen in het geheel geen accijns op wijn. De Nederlandse accijnstarieven voor wijn en gedistilleerd behoren tot de middenmoot; voor bier is het lastig om de landen binnen Europa te vergelijken vanwege verschillende methoden om de heffing te bepalen. In tabel 11.8 zijn alle verschillende methoden omgerekend naar een vergelijkbare maat (12° Plato of 4,8% alcohol). De Nederlandse accijns op bier ligt in deze vergelijking tussen 15 EU landen in de middenmoot.

Tabel 11.8 Accijnstarieven op bier, wijn en gedistilleerd in 15 lidstaten van de Europese Unie. Peildatum januari 2016

Lidstaat	Bier[I]	Wijn[II]	Gedistilleerd[III]
Zweden	99	268	1.909
Finland	154	339	1.594
Ierland	108	425	1.490
Verenigd Koninkrijk	120	371	1.314
België	24	75	1047
Griekenland	31	20	858
Denemarken	36	156	704
Frankrijk	36	4	608
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 (2016).

12. Tabak en rookwaren

12.1	Laatste feiten en trends	▶ pagina 294
12.2	Gebruik: algemene bevolking	▶ pagina 294
12.3	Gebruik: jongeren	▶ pagina 301
12.4	Gebruik: internationale vergelijking	▶ pagina 306
12.5	Hulpvraag	▶ pagina 309
12.6	Ziekte en sterfte	▶ pagina 311
12.7	Aanbod en markt	▶ pagina 315

12. Tabak en rookwaren

Tabak wordt gemaakt uit de gedroogde bladeren van de tabaksplant (Nicotiana tabacum). Tabak wordt doorgaans gerookt in een sigaret, sigaar, pijp, waterpijp en zelden gesnoven of gepruimd, voornamelijk voor de effecten van nicotine. Nicotine kan ook via vullingen met een elektronische sigaret gedampt worden.

Consumenten ervaren tabak als stimulerend (verbetering concentratievermogen) en rustgevend. Nicotine, het belangrijkste psychoactieve bestanddeel van tabak, is een verslavende stof. Bij het inhaleren van tabaksrook komen ook veel andere stoffen vrij, zoals teer en koolmonoxide en tal van (verbrandings-) producten die schadelijk zijn voor de gezondheid. Additieven in tabaksproducten vergroten de aantrekkelijkheid en sommige maken het product ook verslavender. Van veel additieven is de schadelijkheid wel bekend bij orale inname, maar niet bij verbranding. In 2013 werden in totaal 673 verschillende soorten additieven in Nederlandse tabaksproducten aangetroffen. Uit onderzoek van het RIVM blijkt dat er per productsoort een stijging is te zien in het totaal aantal verschillende additieven; dit geldt vooral voor sigaren en pijptabak (Schenk et al., 2014).

De afgelopen jaren heeft de elektronische sigaret aan terrein gewonnen, een elektronisch apparaat dat nicotine kan afleveren zonder de schadelijke verbranding van tabak (Buisman en Croes, 2014). Maar ook damp van elektronische sigaretten bevat een aantal ingrediënten en chemische onzuiverheden in hoeveelheden die schadelijk kunnen zijn voor de gezondheid, zoals propyleenglycol en glycerol (Visser et al., 2015). Internationaal is er discussie over de vraag of e-sigaretten effectief zijn als stoppen met roken hulpmiddel en of e-sigaretten voor jongeren en niet-rokers als eventuele opstap naar het gebruik van gewone sigaretten kunnen fungeren (Green et al., 2016).

Wereldwijd en ook in Nederland lijkt het roken van waterpijp (shisha, hookah) steeds meer in zwang te komen (Buisman en Van Laar, 2015). Als rookwaar kunnen in de waterpijp gebruikt worden: tabak(sbladeren), kruiden en vruchtenmengsels. Eén van de risico's van het roken van een waterpijp is het vrijkomen van koolmonoxide (CO). Dat kan alleen gebeuren als voor de verhitting houtskool of natuurkool gebruikt wordt (RIVM, 2016).

Gebruik van tabak leidt vrij snel tot gewenning en lichamelijke en geestelijke afhankelijkheid. Er zijn grote risico's op korte en met name de lange termijn, zowel voor de roker als de meeroker.

Voor de verkoop van tabak geldt sinds 1 januari 2014 een leeftijdsgrens van 18 jaar. Voor e-sigaretten met nicotinehoudende vullingen geldt dezelfde leeftijdsgrens vanaf 20 mei 2016 (§ 2.2). Aan de verkoop en het gebruik van tabaksproducten en andere rookwaren zijn ook verschillende andere wettelijke verplichtingen en beperkingen verbonden, die onder andere betrekking hebben op de producteisen, waarschuwingsteksten op de verpakking, rookverboden en reclame en sponsoring. Zie § 2.2 voor meer informatie over ontwikkelingen in het tabaksontmoedigingsbeleid.

12.1 Laatste feiten en trends

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

- Volgens de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut uit 2015 rookt 26,3% van de Nederlanders ouder dan 18 jaar wel eens (§ 12.2).
- Over lange termijn bezien daalt de omzet van sigaretten en shag sinds 2002, met af en toe een piek omhoog door tijdelijke invloeden (§ 12.2).
- Onder hoog opgeleiden is het percentage rokers lager dan onder laag- en middelbaar opgeleiden (§ 12.2). Onder laag opgeleide volwassenen komt zwaar roken het meeste voor.
- Tussen 2011 en 2015 trad een verdere daling op in het percentage scholieren van 12-16 jaar dat ooit en in de afgelopen maand gerookt heeft. Het percentage dagelijkse rokers halveerde in deze periode (§ 12.3).
- Er zijn nog steeds forse verschillen tussen schoolniveaus. Scholieren van het VMBO roken het meest en scholieren van het VWO het minst (§ 12.3).
- Meer scholieren van 12-16 jaar hebben ervaring met een e-sigaret dan een gewone sigaret (§ 12.3).
- Het percentage rokers onder scholieren van 15-16 jaar in Nederland ligt onder het (ongewogen) gemiddelde van 34 Europese landen (§ 12.4).
- In 2014 lag het percentage rokers in Nederland onder het EU-28-gemiddelde (§ 12.4).
- In Nederland is circa een achtste van de totale ziektelast aan roken toe te schrijven (§ 12.6).
- Het aantal mensen dat jaarlijks overlijdt aan een direct aan roken gerelateerde aandoening blijft al jaren constant (§ 12.6).
- In het najaar van 2015 werd in 98% van alle horecagelegenheden niemand rokend aangetroffen (exclusief de rookruimtes). Dit is een stijging van 3% sinds het najaar van 2014 (§ 12.7).
- Per 1 januari 2014 mag tabak alleen verkocht worden aan personen van 18 jaar en ouder. In 2015 bleek de totale naleving van de verkoop van tabak 27,4% te zijn. In 2016 was het totale nalevingscijfer significant gestegen tot 43,1% (§ 12.7).

12.2 Gebruik: algemene bevolking

In de jaren zestig en zeventig van de 20e eeuw was roken gebruikelijk, vooral onder mannen. Vanaf eind jaren zestig tot begin jaren negentig nam het percentage rokers flink af. De daling is daarna afgezwakt. Diverse peilingen meten het percentage rokers in de bevolking.

De Gezondheidsenquête van het CBS verzamelt jaarlijks kerngegevens onder de bevolking vanaf 12 jaar. Vanaf 2014 is deze peiling onderdeel van de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. het RIVM en het Trimbos-instituut. De Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor wordt vanaf 2015 als primaire bron voor de rookprevalenties in Nederland gehanteerd. Sinds 2005 zijn er in de gegevensverzameling van de Gezondheidsenquête echter twee methodebreuken geweest (in 2010 en in 2014), waardoor het methodologisch niet verantwoord is uitspraken te doen over trends (Morren en Willems, 2015).

In deze paragraaf worden de rookprevalenties voor volwassenen van 18 jaar en ouder van de Gezondheidsenquête gerapporteerd. Cijfers voor het rookgedrag onder jongeren worden in § 12.3 op basis van scholierenonderzoeken gerapporteerd.

Regionale cijfers over rookgedrag zijn afkomstig van de Gezondheidsmonitor van de GGD-en, samen met het CBS en RIVM. Deze monitor is in 2012 gestart en wordt vierjaarlijks uitgevoerd in de bevolking vanaf 19 jaar.

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 beïnvloedt is niet bekend. Het merendeel van de e-sigaretten gebruikers rookt ook tabaksproducten.

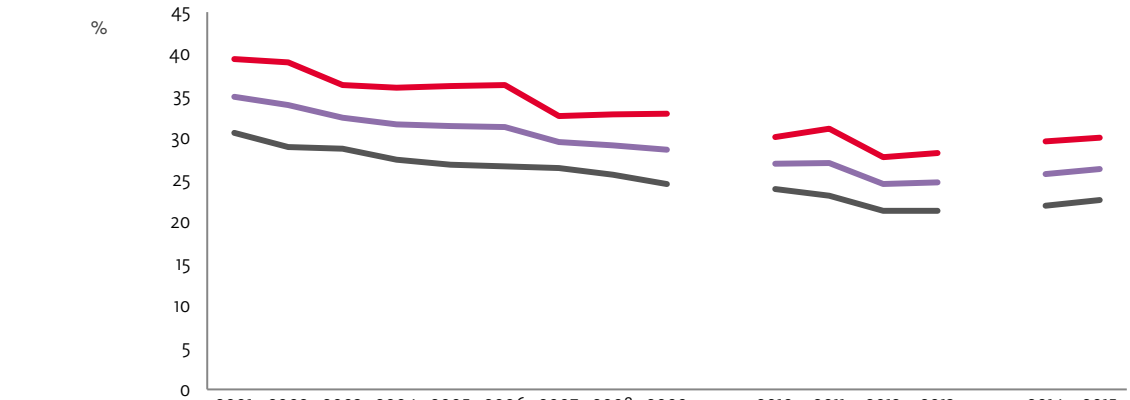
Trends in roken

- Volgens de Gezondheidsenquête van het CBS daalde het percentage mensen dat wel eens rookt in de bevolking van 18 jaar en ouder tussen 2001 en 2009 van 34,9% naar 28,6%. Na de methodebreuk van 2009 werd een percentage van 26,9% gevonden. Dat daalde tot 24,7% in 2013.
- Na de tweede methodebreuk werd in de meting van 2014 gevonden dat 25,7% van de Nederlanders boven de 18 jaar wel eens rookt. In 2015 werd een percentage van 26,3% gemeten, maar dit is geen statistisch significante toename (zie figuur 12.1).
- 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 deze daling lijkt te zijn afgevlakt.
- In 2015 was van de Nederlanders van 18 jaar en ouder 31% een ex-roker en had 43% nog nooit gerookt (Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2015).
- Omgerekend naar de bevolking van 18 jaar en ouder waren er in 2015 in totaal 3,5 miljoen mensen die rookten.

Leeftijd en geslacht

- In 2015 rookte 30% van de mannen en 22,6% van de vrouwen wel eens.
- In de leeftijdsgroep 20-30 jaar was het percentage rokers het hoogst, gevolgd door de leeftijdsgroep 18-19 jaar en de leeftijdsgroep 50-55 jaar (figuur 12.3). Voor de rookcijfers van de jongeren tot 18 jaar kunnen de cijfers van het Peilstationsonderzoek 2015 in de volgende paragraaf geraadpleegd worden.

Figuur 12.1 Percentage rokers ('rookt wel eens') in Nederland onder mannen en vrouwen van 18 jaar en ouder vanaf 2001, methodebreuken tussen 2009 en 2010 en tussen 2013 en 2014



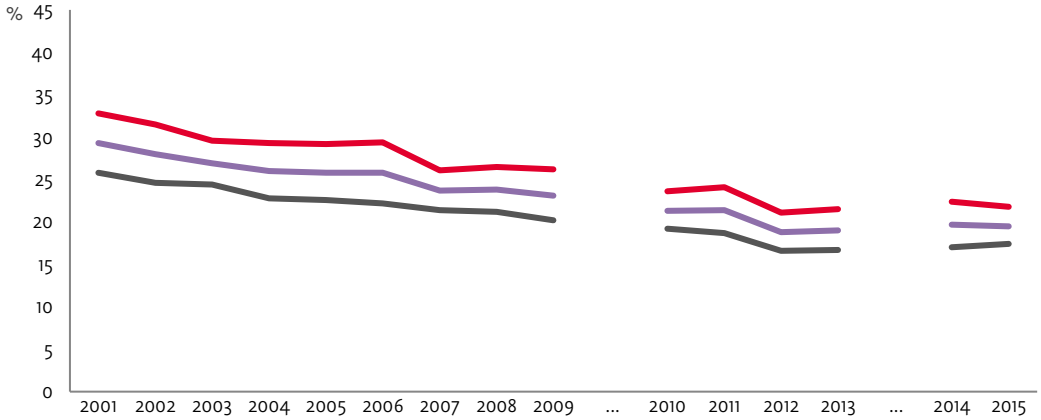
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	...	2010	2011	2012	2013	...	2014	2015
Rokers Totaal 18+	34,9	33,9	32,4	31,6	31,4	31,3	29,5	29,1	28,6		26,9	27,0	24,5	24,7		25,7	26,3
Mannen 18+	39,4	39,0	36,3	36,0	36,2	36,3	32,6	32,8	32,9		30,1	31,1	27,7	28,2		29,6	30,0
Vrouwen 18+	30,6	28,9	28,7	27,4	26,8	26,6	26,4	25,6	24,5		23,9	23,1	21,3	21,3		21,9	22,6

Percentage volwassenen dat 'wel eens rookt'. Bronnen: Gezondheidsenquête CBS (tot en met 2013); Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2015.

Dagelijks roken

- Vanuit volksgezondheidsperspectief is het aantal dagelijkse rokers van groot belang, omdat dagelijkse rokers veel meer bloot staan aan tabaksrook dan degenen die 'wel eens roken' en meer risico lopen op aan roken gerelateerde ziektes.
- Volgens de Gezondheidsenquête van het CBS daalde het percentage mensen dat dagelijks rookt in de bevolking van 18 jaar en ouder tussen 2001 en 2009 van 29,3% naar 23,1%. Na de methodebreuk van 2009 werd een percentage van 21,3% gevonden. Dat daalde tot 19% in 2013. Na de tweede methodebreuk werd in de meting van 2014 gevonden dat 19,7% van de Nederlanders boven de 18 jaar dagelijks rookt. In 2015 werd een percentage van 19,5% gemeten, maar dit is geen statistisch significant verschil (zie figuur 12.2). In 2015 rookte 21,8% van de mannen dagelijks, bij de vrouwen lag dat percentage op 17,4%.
- Ook voor dagelijks roken geldt dat er een dalende trend in de prevalentie is waar te nemen, maar dat de daling lijkt af te vlakken.
- In 2015 ligt de piek in het roken bij de leeftijdsgroep 20-29-jarigen, waarvan 38% wel eens rookt en 23% dagelijks rookt (figuur 12.3).

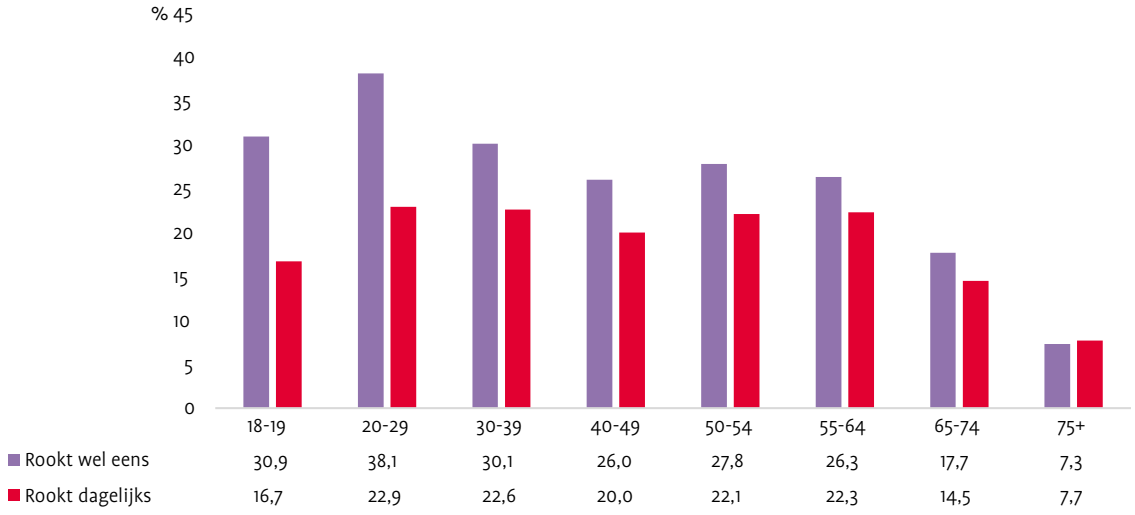
Figuur 12.2 Percentage *dagelijkse* rokers in Nederland onder mannen en vrouwen van 18 jaar en ouder naar 'rookt dagelijks' vanaf 2001, methodebreuken tussen 2009 en 2010 en tussen 2013 en 2014



	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	...	2010	2011	2012	2013	...	2014	2015
Totaal 18+	29,3	28,0	26,9	26,0	25,8	25,8	23,7	23,8	23,1		21,3	21,4	18,8	19,0		19,7	19,5
Mannen 18+	32,8	31,5	29,6	29,3	29,2	29,4	26,1	26,5	26,2		23,6	24,1	21,1	21,5		22,4	21,8
Vrouwen 18+	25,8	24,6	24,4	22,8	22,6	22,2	21,4	21,2	20,2		19,2	18,7	16,6	16,7		17,0	17,4

Bronnen: Gezondheidsenquête CBS (tot en met 2013); Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2015.

Figuur 12.3 Percentage rokers en dagelijkse rokers naar leeftijdsgroep, 18+. Peiljaar 2015



	18-19	20-29	30-39	40-49	50-54	55-64	65-74	75+
Rookt wel eens	30,9	38,1	30,1	26,0	27,8	26,3	17,7	7,3
Rookt dagelijks	16,7	22,9	22,6	20,0	22,1	22,3	14,5	7,7

Percentage personen dat 'wel eens' en dagelijks rookt. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2015.

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.

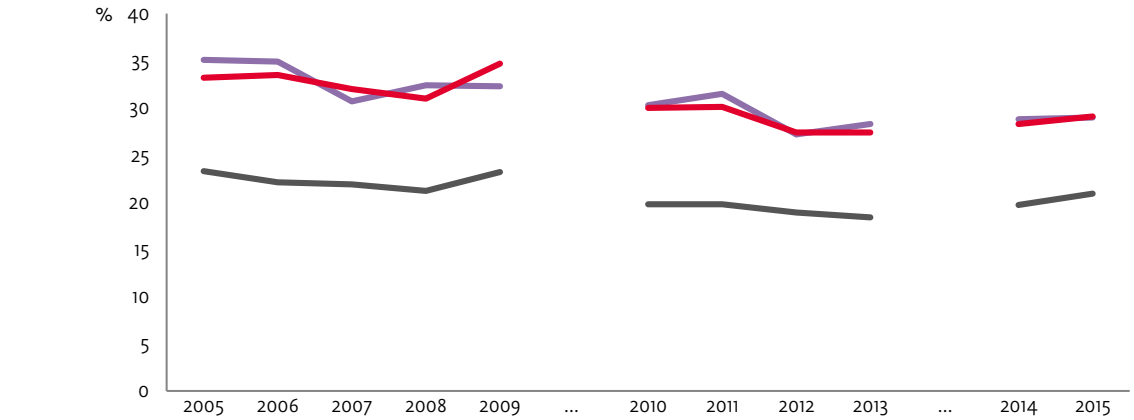
- In 2015 rookte 3,8% van de bevolking van 18 jaar en ouder 20 of meer sigaretten per dag, 4,3% van de mannen en 3,2% van de vrouwen. Omgerekend naar de bevolking van 18 jaar en ouder komt dit neer op naar schatting 540 duizend zware rokers (95% betrouwbaarheidsinterval 480 tot 610 duizend, afgerond op tienduizendtallen). Het gaat om naar schatting 310 duizend mannen en 230 duizend vrouwen. In 2001 lag het percentage zware rokers op 9,8% (Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2015).
- In 2015 was het percentage zware rokers het hoogst in de leeftijdsgroep van 50–54 jaar (6,5%).
- Onder de rokers lag in 2015 het percentage zware rokers op 15,3%. In dit 2009 was 23% en in 2000 was 35% van de rokers een zware roker. Hoewel de gegevens uit 2015, 2009 en 2001 niet direct met elkaar vergeleken mogen worden vanwege de methodebreuken, lijkt het er wel op dat het fenomeen 'kettingroken' steeds minder voorkomt (Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2015).
- Zwaar roken komt het meest voor onder laag opgeleiden: 23% van de laag opgeleide rokers is een zware roker. Onder middelbaar opgeleiden ligt dit op 16% en onder hoog opgeleiden op 11%.

Verschillen in rookgedrag tussen opleidingsniveaus

Hoog opgeleiden roken minder vaak dan laag- en middelbaar opgeleiden.

- In 2015 had 21% van de hoog opgeleide volwassenen wel eens gerookt. Onder laag- en middelbaar opgeleiden was dit 29% (figuur 12.4).
- In alle peiljaren was het percentage rokers onder laag- en middelbaar opgeleiden beduidend hoger dan onder hoog opgeleide rokers. Tussen middelbaar- en laag opgeleiden zijn nauwelijks of geen verschillen in percentage rokers.
- Wel lijkt tussen 2005 en 2009 de daling in rokers zich vooral onder laag opgeleiden voor te doen.
- Het verschil in roken vormt een belangrijke oorzaak van sociaaleconomische gezondheidsverschillen (Verdurmen et al., 2015).

Figuur 12.4 Percentage rokers naar opleidingsniveau in de bevolking van 18 jaar en ouder, naar 'rookt wel eens', vanaf 2005, methodebreuken tussen 2009 en 2010 en tussen 2013 en 2014



	2005	2006	2007	2008	2009	...	2010	2011	2012	2013	...	2014	2015
Laag	35,1	34,9	30,7	32,4	32,3		30,3	31,5	27,2	28,3		28,8	29,0
Middelbaar	33,2	33,5	32,0	31,0	34,7		30,0	30,1	27,4	27,4		28,3	29,1
Hoog	23,3	22,1	21,9	21,2	23,2		19,8	19,8	18,9	18,4		19,7	20,9

Laag opgeleid = basisonderwijs, LBO, MAVO, VMBO; Middelbaar opgeleid = MBO, HAVO, VWO; Hoog opgeleid = HBO of universiteit. Van 18 t/m 24 jaar: gevolgd opleidingsniveau en vanaf 25 jaar: voltooid opleidingsniveau. Bronnen: Gezondheidsenquête CBS (tot en met 2013); Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 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.

Elektronische sigaretten (e-sigaret)

Een e-sigaret is een apparaat dat werkt via verhitting van een zogenaamde 'e-vloeistof' in plaats van verbranding van tabak. Het 'roken' van een e-sigaret noemt men *vapen* of *dampen.* In Nederland valt de e-sigaret met nicotine vanaf 20 mei 2016 onder de Tabaks- en rookwarenwet en is er een wetsontwerp ingediend om de elektronische sigaret zonder nicotine (EZN) te reguleren (zie § 2.2).

- Gegevens over het gebruik van e-sigaretten zijn voor het eerst in 2016 in de Leefstijlmonitor (LSM) opgenomen en komen pas in 2017 beschikbaar. Een ander bevolkingsonderzoek, het Continue Onderzoek Rookgewoonten (COR), dat in 2014 voor het laatst is uitgevoerd, laat zien dat in 2014 4,1% van de Nederlandse bevolking van 15 jaar en ouder in 2014 (wel eens) e-sigaretten gebruikte (Verdurmen et al., 2015). Dit is een stijging in vergelijking met 2013 (2,5%). Het aandeel e-sigaret gebruikers dat dagelijks gebruikt steeg van 29% in 2013 naar 44% in 2014.
- De International Tobacco Control (ITC) Netherlands survey is een longitudinale studie onder een representatieve steekproef van 2.200 Nederlandse *rokers en ex-rokers van 15 jaar en ouder*. In 2015 gaf 37% van de ITC-respondenten aan ooit een e-sigaret gebruikt te hebben en 2,4% van de respondenten gebruikte de e-sigaret dagelijks (persoonlijke communicatie).

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 vrijgegeven doorgegeven. In tabel 12.1 is op basis van de uitgiftecijfers van kilo's shag het aantal shagjes geschat.
- Sinds 2002 worden er minder tabaksproducten verkocht, met af en toe moeilijk te duiden fluctuaties.
- In 2002 werden er in totaal 30,1 miljard sigaretten en shagjes verkocht; in 2013 waren dat er 16,2 miljard, terwijl in 2014 dat aantal weer steeg naar 19,2 miljard, om in 2015 te dalen tot 15,8 miljard (tabel 12.1).
- De (tijdelijke) stijging in 2014 is lastig te duiden. Een toename in tabaksconsumptie is niet in de prevalentiecijfers gevonden (Verdurmen et al., 2015). Het kan er ook op duiden dat er minder in het buitenland en/of minder illegaal gekocht werd en/of dat er voor accijnsverhogingen meer zegels door de fabrikanten zijn aangevraagd. Een andere mogelijke duiding is dat de scherpe daling van 2013 atypisch was, waardoor in feite geen sprake is van een toename maar over langere termijn een zich voortzettende daling. Dit wordt door de daling van 2015 bevestigd.

Tabel 12.1 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
2015	9,3	6,5	15,8

1. Onder aanname: 1 gram shag per shagje. Bronnen: STIVORO (www.stivoro.nl), CBS, Ministerie van Financiën; cijfers vanaf 2002: Europese Unie: Releases for consumption in EU 28 (2016).

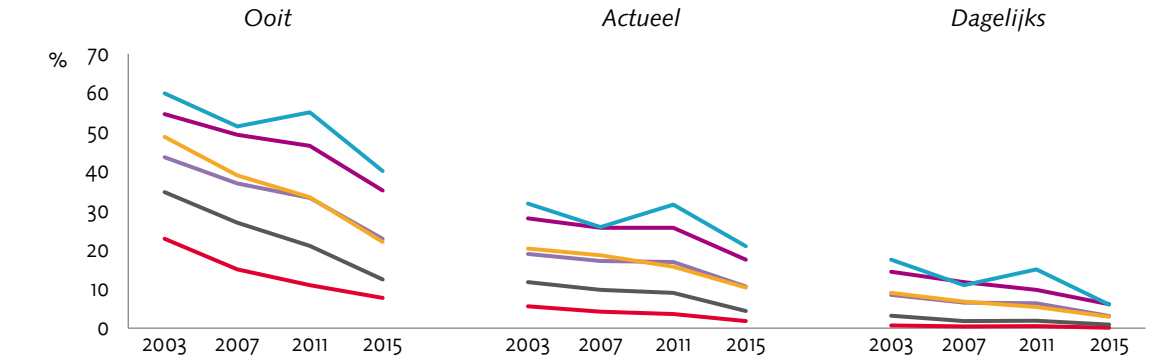
12.3 Gebruik: jongeren

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

Trends

- Het (dagelijks) roken onder jongeren steeg sinds eind jaren tachtig tot midden jaren negentig en vertoont sindsdien een dalende trend. Tussen 2007 en 2011 stagneerde echter het percentage actuele en dagelijkse rokers onder de 16-jarigen (figuur 12.5). Figuur 12.5 laat zien dat de dalende trend onder scholieren van 12-16 jaar zich tussen 2011 en 2015 voortzet (Van Dorsselaer et al., 2016). De daling tussen 2011 en 2015 was statistisch significant.
- Het aantal scholieren tussen 12 en 16 jaar dat de afgelopen maand heeft gerookt is tussen 2011 en 2015 verder gedaald van 17% naar 11%.
- Tussen 2003 en 2015 vond er bijna een halvering plaats van het percentage scholieren dat ooit gerookt had: van 44% naar 23%. Het percentage *dagelijkse* rokers halveerde binnen een kortere periode, namelijk tussen 2011 en 2015.

Figuur 12.5 Roken onder scholieren van 12-16 jaar, ooit, actueel en dagelijks, 2003-2015



	Ooit				Actueel				Dagelijks			
	2003	2007	2011	2015	2003	2007	2011	2015	2003	2007	2011	2015
Totaal	43,6	36,9	33,2	22,8	18,9	17,1	16,9	10,6	8,5	6,5	6,3	3,1
12 jaar	22,8	15,0	11,0	7,7	5,6	4,2	3,6	1,8	0,7	0,4	0,5	0,1
13 jaar	34,7	26,9	21,0	12,4	11,7	9,8	9,0	4,4	3,2	1,8	1,9	0,9
14 jaar	48,8	39,0	33,4	22,0	20,3	18,6	15,7	10,4	9,0	6,8	5,4	2,9
15 jaar	54,6	49,3	46,5	35,1	28,0	25,6	25,6	17,5	14,4	11,7	9,8	6,1
16 jaar	59,9	51,5	55,1	40,1	31,8	25,8	31,5	20,9	17,5	11,0	15,0	6,0

Percentage rokers ooit, laatste maand (=actueel) en dagelijks. Bronnen: Peilstationsonderzoek scholieren (2003, 2007, 2011); Peilstationsonderzoek Scholieren/ Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM, 2015. Voor de trends zijn scholieren van 12-16 jaar in de eerste tot en met vierde klas van het voortgezet onderwijs geselecteerd.

Leeftijd, geslacht, 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 12.5).
- De grootste stijging van jongeren die beginnen met roken, en regelmatig, maar niet dagelijks, roken, lijkt tussen het 14de en 16de levensjaar te liggen. Het percentage dagelijkse rokers lijkt rond het 16de jaar niet veel meer te stijgen (figuur 12.5).
- De daling tussen 2011 en 2015 in het percentage ooit en actuele rokers deed zich in alle leeftijdsgroepen voor[1]. In 2015 rookte nog maar 6% van de 16-jarige scholieren dagelijks. In 2011 rookte nog 15% van de 16-jarigen (figuur 12.5).
- Jongens en meisjes verschillen niet wat betreft dagelijks roken. Dit geldt ook voor roken ooit in het leven of in de laatste maand (Van Dorsselaer et al., 2016).
- Het percentage scholieren dat ooit of in de afgelopen maand heeft gerookt is het laagst onder Marokkaanse scholieren. Verschillen tussen de andere groepen scholieren zijn verder relatief klein.
- Er zijn verschillen in rookgedrag tussen jongeren van de verschillende schoolniveaus. In het Peilstationsonderzoek van 2015 werden de grootste verschillen gevonden tussen VWO-leerlingen (0,8% dagelijkse rokers) en VMBO-b leerlingen (6,5% dagelijkse rokers). HAVO-scholieren zitten hier met 2,8% tussen in (tabel 12.2).
- Er zijn ook duidelijke verschillen naar schoolniveau tussen het rookgedrag van jongens en meisjes. Meisjes op het VMBO-b roken het meest van allemaal (7,5% dagelijks), terwijl bijna geen enkel VWO-meisje dagelijks rookt (0,1%). Bij de jongens wordt ook door VMBO-b scholieren het meest dagelijks gerookt (5,8%), maar is het verschil met VWO'ers kleiner (1,4%).

Tabel 12.2 Dagelijks roken naar schoolniveau en geslacht, 12-16 jaar. Peiljaar 2015

	Jongens	Meisjes	Totaal
VMBO-b	5,8%	7,5%	6,5%
VMBO-t	4,0%	2,4%	3,2%
HAVO	3,3%	2,3%	2,8%
VWO	1,4%	0,1%	0,8%

Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM, 2015.

Elektronische sigaret en waterpijp

- In 2015 gaf in het basisonderwijs al 10% van de leerlingen aan wel eens met de e-sigaret geëxperimenteerd te hebben (Van Dorsselaer et al., 2016).
- Meer jongeren hadden in 2015 ervaring met een e-sigaret dan een gewone sigaret. In 2015 gaf 34% van de 12-16-jarige scholieren aan ooit in het leven een e-sigaret te hebben gebruikt. Meer jongens (40%) dan meisjes (29%) hebben de e-sigaret gebruikt (tabel 12.3).
- Het experimenteren met de e-sigaret stijgt snel met de leeftijd. 43% van de 15-jarigen had wel eens een e-sigaret gebruikt. Daarna lijkt het gebruik bij meisjes iets af te nemen, maar de verschillen tussen de leeftijdsgroepen zijn niet significant (Van Dorsselaer et al., 2016).

1 Verschillen voor 12-jarigen zijn niet statistisch significant hetgeen met de kleine aantallen rokers in deze leeftijdsgroep kan samenhangen.

- Maar weinig jongeren gebruiken de e-sigaret met regelmaat. Van de scholieren die wel eens een e-sigaret hebben gebruikt, gebruikt 2% de e-sigaret dagelijks en 3% wekelijks.
- Van de e-sigaret dampende scholieren geeft 24% aan meestal of altijd een e-sigaret met nicotine te gebruiken, 23% doet dat soms.

Tabel 12.3 Ooitgebruik (%) van elektronische sigaretten door 12-16-jarige scholieren, naar leeftijd en geslacht. Peiljaar 2015

	Jongens	Meisjes	Totaal
12 jaar	27,3%	15,3%	21,0%
13 jaar	35,7%	23,4%	29,9%
14 jaar	45,4%	31,1%	38,5%
15 jaar	45,4%	40,8%	43,2%
16 jaar	45,0%	32,0%	38,6%
Totaal 12-16 jaar	39,9%	28,5%	34,3%

Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM, 2015.

- Ongeveer evenveel scholieren (23%) hebben ervaring hebben met het roken van een waterpijp als gewoon roken van sigaretten (Van Dorsselaer et al., 2016).
- In de maand voorafgaand aan het onderzoek had 7% van de 12-16-jarige scholieren waterpijp gerookt, meer jongens (9%) dan meisjes (5%) (tabel 12.4).
- Niet gemeten is hoe vaak (en hoeveel per keer) de scholieren waterpijp roken.

Tabel 12.4 Gebruik van waterpijp in de afgelopen maand door 12-16-jarige scholieren, naar leeftijd en geslacht. Peiljaar 2015

	Jongens	Meisjes	Totaal
12 jaar	2,0%	0,4%	1,2%
13 jaar	3,4%	3,4%	3,4%
14 jaar	8,7%	6,3%	7,5%
15 jaar	14,2%	8,2%	11,3%
16 jaar	16,0%	7,5%	11,8%
Totaal 12-16 jaar	8,6%	5,1%	6,9%

Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM, 2015.

- Tussen de schoolniveaus zijn er duidelijke verschillen in het waterpijp roken: op het VWO heeft 15% van de 12-16-jarigen ooit de waterpijp geprobeerd, terwijl VMBO-t'ers er meer dan twee keer zoveel ervaring ermee hebben (33%). In het gebruik in de afgelopen maand zijn er vergelijkbare verschillen: VMBO-b scholieren scoren 11% tegenover 3% op het VWO.

Opvattingen van ouders

Resultaten uit de oudermodule van het Peilstationsonderzoek 2015 komen naar verwachting eind 2016 beschikbaar. In de HBSC-studie van 2013 zijn ook de opvattingen van ouders over roken onderzocht (De Looze et al., 2014). Resultaten van dit onderzoek geven het volgende beeld:

- 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% en 77,7%).
- De verhoging van de leeftijdsgrens voor het kopen van tabak naar 18 jaar per 1 januari 2014 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 92% 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.

Studenten van het MBO en HBO

In 2015 is het gebruik van tabaksproducten en andere rookwaar ook gemeten onder 16-18-jarige studenten van het MBO en HBO (Verdurmen et al., 2016).

- In 2015 heeft ruim de helft van de 16-18-jarige MBO en HBO studenten ooit gerookt, een derde heeft de afgelopen maand nog gerookt en bijna één op de vijf (18%) rookte dagelijks.
- De studenten die roken (afgelopen maand gerookt), roken gemiddeld zeven sigaretten per dag.
- De helft van de 16- en 17-jarige studenten die roken, geeft aan zelf wel eens sigaretten te kopen.
- MBO-studenten van 17 jaar hebben vaker de afgelopen maand gerookt (33%) dan hun leeftijdsgenoten op VO (25%) en HBO (23%). Dagelijks roken komt onder 17-jarigen op het MBO (20%) ruim twee keer zo veel voor als bij 17-jarigen op het VO (9%) en HBO (8%).
- Vier op de tien 16-18-jarige MBO en HBO studenten hebben ooit een e-sigaret gebruikt, één op de twaalf (8%) gebruikt nog steeds een e-sigaret en 2% gebruikt het (bijna) dagelijks.
- Ruim de helft van de studenten heeft ooit een waterpijp gerookt en één op de acht (12%) heeft dit de afgelopen maand nog gedaan.

Speciale groepen jongeren en jongvolwassenen

In bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen wordt naar verhouding meer gerookt dan in de gemiddelde bevolking of onder scholieren van het reguliere onderwijs. Behalve om jongeren in het speciaal onderwijs (zie hierna) gaat het om speciale groepen zoals uitgaande jongeren, jongeren in de jeugdzorg en jongeren in justitiële inrichtingen. De cijfers uit deze (landelijke en lokale) studies zijn onderling niet goed vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. Bovendien zijn de responspercentages in onderzoek onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen vaak laag (tussen 15% en 25%) en zijn zij 'op locatie' of online geworven in plaats van via een representatieve steekproef uit de bevolking, waardoor een vertekening van de resultaten kan optreden. De uitkomsten geven wel een indicatie van verschillen tussen (risico)groepen jongeren en jongvolwassenen.

Uitgaande jongeren en jongvolwassenen

In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2016 is via een web-survey het middelengebruik van 4.905 uitgaande jongeren en jongvolwassenen van 15-35 jaar in kaart gebracht. Twee vijfde (39%) van de deelnemers bezocht maandelijks een club en nog eens een vijfde (18%) deed dit wekelijks. Party's werden minder vaak bezocht; 60% deed dit in het afgelopen jaar minder dan maandelijks (Monshouwer et al., 2016). De respondenten van deze onderzoeken vormen geen representatieve steekproef van alle

uitgaande jongeren en jongvolwassenen, en er zijn verschillen in de steekproeven van 2013 en 2016 (zoal uitgaansfrequentie of muziekvoorkeur). De (voorlopige) resultaten zijn daarom niet rechtstreeks te vergelijken met die van een peiling in 2013 (zie bijlage D.3).

- In 2016 had 80% van de uitgaande jongeren en jongvolwassenen ooit gerookt, 68% rookte nog in het afgelopen jaar en meer dan de helft van de HGU2016 deelnemers (58%) is een actueel roker. Bijna de helft (44%) van de recente gebruikers in dit onderzoek had in het afgelopen jaar dagelijks of bijna dagelijks gerookt, 16% rookte (een paar keer) per week; 14% rookte (een paar keer) per maand, 19% rookte een (paar) keer en 7% was inmiddels gestopt.
- Drie kwart (75%) van de deelnemers had ervaring met het roken van een waterpijp, een derde rookte in het afgelopen jaar nog waterpijp en 7% in de afgelopen maand. Bijna de helft van de recente waterpijproker (45%) rookte één keer, 42% rookte enkele keren en 13% rookte maandelijks of vaker waterpijp.
- Ongeveer een kwart (24%) had ooit wel eens een e-sigaret gebruikt; een op de tien (11%) in het afgelopen jaar en 4% in de afgelopen maand.

De Amsterdamse Antenne-monitor peilt (bijna) jaarlijks het rookgedrag onder verschillende groepen uitgaande jongeren en jongvolwassenen.

- In 2013 had 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).
  - Bijna twee derde is een actuele roker (d.w.z. heeft in de afgelopen maand gerookt) (64,1%), ravers (70,5%) vaker dan clubbers (58,6%).
  - Ongeveer een kwart van de actuele rokers (27%) zegt zelden, af en toe, of alleen in het weekend te roken, en 38% rookt dagelijks. Van de totale groep rookt 24% dagelijks. Dat is boven het landelijk gemiddelde (zie tabel 12.1), 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.
- Onder jongeren en jongvolwassenen die mainstream-, hippe-, studenten-, en gay cafés bezoeken in Amsterdam had 60% in de afgelopen maand gerookt (Benschop et al., 2015). De peiling in 2015 liet nog hogere percentages zien onder coffeeshopbezoekers (Nabben et al., 2016). Van deze coffeeshopbezoekers rookte 74% wel eens tabak en van deze groep rookte 60% dagelijks. De e-sigaret werd door 9% van de coffeeshopbezoekers in de afgelopen maand en door 27% in het afgelopen jaar gebruikt.
- In 2014 werd reeds in veel panelnetwerken gesignaleerd dat de populariteit van de e-sigaret over het hoogtepunt heen is, omdat de e-sigaret net zo ongezond wordt gevonden als gewoon roken en geen goed imago heeft (Benschop et al., 2015). Ook het shisha-roken blijkt minder populair te zijn geworden, maar komt nog het meeste voor in de urbannetwerken.

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.

- Onder de 14-15-jarigen in de jeugdzorg had 55% ooit gerookt, vergeleken met 26% van de scholieren. In de jeugdzorg was 34% een actuele roker, vergeleken met 11% onder de scholieren. Deze verschillen zijn significant.

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).

12.4 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 (n=27.801). 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 12.5) (European Commission, 2015). De cijfers wijken geregeld af van nationale surveys. De kleine aantallen per land 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 middenmoot.
- Tussen 2009 en 2014 daalde het percentage rokers in alle EU-15 landen met uitzondering van Duitsland en Portugal. In Frankrijk en Nederland was de daling minder dan 1%, de grootste daling was te zien in Ierland (-10%) en Oostenrijk (-8%).
- 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%.
- Een secundaire analyse van de data van Special Eurobarometer 429 naar het gebruik van elektronische sigaretten komt tot de conclusie dat de e-sigaret bijna alleen door gewone sigaretten rokers en ex-rokers wordt gebruikt. Slechts 0,8% van de deelnemers die ooit tabaksproducten had gebruikt rapporteerde dat men de e-sigaret eerder gebruikte dan een conventionele sigaret. Naar schatting 48,5 miljoen Europese burgers hebben ooit de e-sigaret geprobeerd (Farsalinos et al., 2016).

Tabel 12.5 Percentage rokers, ex-rokers en nooit-rokers van 15 jaar en ouder in de EU-15, geordend op percentage rokers in 2014. 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
Frankrijk	33	28	32	26	24	22	41	48	46
Spanje	35	33	29	21	22	19	44	45	52
Duitsland	25	26	27	26	26	22	49	48	50
Oostenrijk	34	33	26	23	20	17	43	47	57
België	30	27	25	21	20	19	49	52	56
Portugal	23	23	25	13	15	12	64	62	63
Denemarken	29	26	23	31	31	30	40	43	47
Nederland	24	24	23	33	31	31	43	45	46
Verenigd Koninkrijk	28	27	22	25	26	19	47	47	59
Ierland	31	29	21	20	19	19	49	52	59
Italië	26	24	21	16	13	16	57	62	63
Luxemburg	25	27	21	22	22	22	53	50	57
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

De European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD)-onderzoeken maken een lange termijn vergelijking mogelijk van het rookgedrag van vijftien- en zestienjarige scholieren in het middelbaar onderwijs in Europa. In 2003, 2007, 2011 en 2015 werden peilingen uitgevoerd onder 15- en 16-jarige scholieren van het middelbaar onderwijs (Hibell et al., 2004, 2009, 2012; Kraus et al., 2016). In 2015 deden 34 landen mee aan het onderzoek. Tabel 12.6 toont het percentage actuele, recente en dagelijkse rokers in vijftien landen van de EU, Noorwegen en de Verenigde Staten. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD maar voerden wel vergelijkbaar onderzoek uit.

- Tussen 2003 en 2015 is in alle in tabel 12.6 genoemde Europese landen het percentage scholieren dat ooit heeft gerookt afgenomen. In sommige landen (Zweden, België, Noorwegen) was deze daling veel sterker dan in andere landen (Italië, Frankrijk, Polen).
- In 2015 telt van de vergeleken landen Italië (21%) de meeste en Noorwegen (2%) de minste dagelijkse rokers onder de 15-16-jarige scholieren van het middelbaar onderwijs (tabel 12.6).
- Nederland scoort op het gemiddelde van 11% dagelijkse rokers. In 2011 was in Nederland nog 18% dagelijkse roker. De meeste landen zien, net als Nederland, een flinke daling in het aantal dagelijkse rokers tussen 2011 en 2015.
- Tussen 2011 en 2015 is het percentage scholieren dat wel eens gerookt heeft van gemiddeld 50% tot gemiddeld 40% afgenomen in de 13 Europese landen waarvan gegevens zijn gerapporteerd. Nederland zit op dat gemiddelde (39%). Gemiddeld genomen is, evenals in Nederland, een stagnering in de daling waarneembaar tussen 2007 en 2011.

Tabel 12.6 **Roken door leerlingen van 15 en 16 jaar in een aantal lidstaten van de EU, Noorwegen en de Verenigde Staten, geordend op ooit gerookt in 2015. Peiljaren 2003, 2007, 2011 en 2015**

	Ooit gerookt (%)				Actueel gerookt (afgelopen 30 dagen) (%)				Dagelijks roken (%)			
Land	2003	2007	2011	2015	2003	2007	2011	2015	2003	2007	2011	2015
Italië	64	61	59	58	38	37	36	37	22	24	22	21
Frankrijk	68	60	63	55	33	30	38	26	23	17	23	16
Polen	67	56	56	55	31	21	29	25	21	11	16	13
Oostenrijk	80	75	-	53	49	45	-	28	36	31	-	18
Finland	70	60	60	47	38	30	34	22	25	20	20	11
Denemarken	64	-	51	39	30	-	24	19	19	-	15	9
Griekenland	50	45	45	39	28	22	21	19	19	14	13	11
Nederland	57	46	52	39	31	30	29	21	22	21	18	11
Portugal	62	52	43	37	28	19	29	19	21	8	15	9
Spanje	59	46	35	37	27	26	19	22	26	26	19	8
Zweden	60	51	48	33	23	21	21	13	11	10	12	6
België	61	47	47	31	32	23	26	15	22	14	14	9
Noorwegen	62	46	37	28	28	19	14	10	19	10	5	2
Duitsland	77	69	61	-	45	33	33	-	33	23	19	-
UK	58	52	47	-	29	22	23	-	19	14	13	-
USA	-	35	30	-	-	14	12	-	-	8	6	-
Gemiddelde[1]	64	51	50	40	33	27	25	21	23	17	16	11

1. Ongewogen gemiddelde in 34 Europese landen. Bron: ESPAD.

12.5 Hulpvraag

In tegenstelling tot verslaving aan andere middelen, wordt voor tabaksverslaving bijna geen beroep op de verslavingszorg gedaan. De meeste rokers stoppen op eigen kracht of met zelfhulpmaterialen. Daarnaast wordt voor hulpvragen onder meer een beroep gedaan op huisartsen, particuliere aanbieders van stopondersteuning en rookstoppoli's van ziekenhuizen.

- 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 overzicht van bewezen effectieve stopondersteuning. Eind 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 beheert een kwaliteitsregister waarin geaccrediteerde stoppen met roken interventies en gekwalificeerde stoppen-met-roken begeleiders staan. Dit zijn professionals (zorgverleners) die speciaal zijn opgeleid en ervaring hebben om mensen intensief te begeleiden bij het stoppen met roken. Het Kwaliteitsregister maakt duidelijk welke professionals intensieve stoppen-met-rokeninterventies aanbieden waarvan bewezen is dat deze effectief zijn. Het aantal in het Kwaliteitsregister opgenomen hulpverleners lag in juni 2016 op 1.849 en er zijn 12 interventies geaccrediteerd[2].
- In 2007 werd de door het Nederlands Huisartsen Genootschap ontwikkelde Stoppen met Roken standaard in de huisartsenpraktijk ingevoerd. Ook deze huisartsenstandaard wordt in 2016 herzien, in nauwe samenwerking met de update van de richtlijn Behandeling van Tabaksverslaving en stoppen met roken begeleiding.
- In 2015 werden in de reguliere verslavingszorg 809 personen behandeld voor een nicotineverslaving als primair probleem. Dat is 1,25% van het totaal aantal personen dat in 2015 in de verslavingszorg werd behandeld (Wisselink et al., 2016). In 2014 ging het om 478 cliënten. Als secundaire problematiek wordt bij 3.136 (in 2015) cliënten in de verslavingszorg een nicotineverslaving geregistreerd.
- De verslavingszorg biedt soms (online) stopprogramma's aan, maar niet op grote schaal. Vanuit de verslavingszorg is er een initiatief gestart om behandellocaties rookvrij te krijgen[3].

Stoppogingen, stopondersteuning en hulpmiddelen

Vanaf 2015 worden gegevens over rookgedrag en stoppen met roken verzameld via de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor van het CBS en niet meer door het Continue Onderzoek Rookgewoonten (Verdurmen et al., 2015). Door deze wijziging treedt een breuk op in de uitkomsten en zijn deze niet (eenvoudig) te vergelijken (Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2016).

- Uit de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor 2015 komt naar voren dat van de rokers van 18 jaar en ouder in de afgelopen 12 maanden 37% één of meer stoppogingen heeft ondernomen. Van de stoppers heeft 86% het langer dan 24 uur volgehouden om niet te roken.
- 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-roken geneesmiddelen heeft gebruikt. In 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.

2 www.kwaliteitsregisterstopmetroken.nl/geaccrediteerde-activiteiten/interventies/
3 www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/verslavingsarts-robert-van-de-graaf-ik-wil-instellingen-rookvrij-maken.htm

- 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).
- In 2014 en 2015 is in Nederland de campagne Stoptober, 28 dagen niet roken! georganiseerd, een campagne die zich ten doel stelt om rokers te stimuleren om voor 28 dagen te stoppen met roken en daarvoor massale steun te organiseren. In 2015 bleek dat 67% van de deelnemers twee maanden na Stoptober nog steeds was gestopt. Degenen die wel weer rookten, rookten minder: van gemiddeld 17,1 naar 10,1 sigaretten per dag. Daarnaast waren de positieve overtuigingen ten aanzien van roken gedaald en de negatieve overtuigingen toegenomen[4].
- Uit een Cochrane review van 53 studies met meer dan 25 duizend rokers blijkt dat een combinatie van gedragsondersteuning (30-300 minuten) en farmacotherapie (meestal nicotine vervangende medicatie) een bijna twee keer zo grote kans geeft om na 6 maanden nog steeds gestopt te zijn met roken dan standaardzorg, een kort advies of minder intensieve gedragsondersteuning (Stead et al., 2016).
- Mensen uit Nederlandse achterstandswijken slagen er minder vaak in te stoppen met roken. Ook zijn er in deze groep meer mensen verslaafd aan roken. Volgens de onderzoekers moeten deze groepen beter bereikt worden met maatregelen tegen roken waarvan bewezen is dat ze de stopkans aanzienlijk vergroten, zoals individuele counseling. En dat moet gecombineerd worden met de aanpak van sociale acceptatie van het roken onder deze groepen (Benson, 2016).

Het gebruik van ontwenningsmiddelen is in 2015 toegenomen

- De markt van de nicotinevervangers – pleisters, kauwgom en tabletten – nam in het kalenderjaar 2015 met meer dan 3% toe ten opzichte van 2014 en kwam uit op ongeveer 18,5 miljoen euro. De verkoop van kauwgum, pleisters en overige nicotinevervangers ging omhoog, terwijl de omzet van tabletten afnam (IMS Health, 2015).
- De meest gebruikte stoppen-met-roken medicijnen zijn bupropion en varenicline. Volgens de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) is het gebruik van bupropion de afgelopen jaren iets afgenomen (in 2011 32 duizend en in 2014 28 duizend gebruikers), dat van varenicline is duidelijk afgenomen (van 263 duizend gebruikers in 2011 naar 92 duizend gebruikers in 2014), maar varenicline heeft nog steeds een veel groter marktaandeel (SFK, persoonlijke communicatie). Deze cijfers zijn exclusief de recepten die via de online apotheek 'De Nationale Apotheek' worden geleverd. Die dalingen zouden te maken kunnen hebben met een toename van verstrekkingen door de Nationale Apotheek.

Risicogroepen

Jongeren. De helft van de huidige rokende jongeren heeft in het verleden een niet geslaagde stoppoging gedaan (Blankers en Van Laar, 2013).

- Uit een meta-analyse blijkt dat het percentage jongeren dat succesvol stopt door deel te nemen aan een interventie gemiddeld stijgt van 6% zonder interventie naar 9% met interventie (Blankers en Van Laar, 2013).
- Er is nog te weinig wetenschappelijk bewijs om één of meerdere typen interventies op grote schaal te implementeren voor jongere rokers. Interventies die samengesteld zijn uit meerdere theoretische modellen/therapeutische benaderingen zijn het meest waarschijnlijk effectief (Blankers en Van Laar, 2013).
- 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).

4 www.rokeninfo.nl/professionals/stoptober/evaluatie-2015

Psychiatrische patiënten. 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 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). Ook voor personen met een ernstige psychische aandoening zijn varenicline en bupropion effectieve en verdraaglijke farmacotherapeutische stoppen met roken medicijnen, blijkt uit een systematische review (Roberts et al., 2016).

Zwangeren. Sinds 2010 moet in iedere verloskundigenpraktijk één verloskundige werken die een training V-MIS (Minimale Interventiestrategie Stoppen met roken voor de Verloskundigenpraktijk) heeft gevolgd. De V-MIS is een effectieve stoppen-met-rokeninterventie waarbij via een zeven-stappen-plan wordt aangesloten bij de motivatie van de zwangere vrouw en eventueel haar rokende partner (Springvloet et al., 2016).

- Recent onderzoek laat echter zien dat de V-MIS minder effectief is dan verwacht, deels door een niet volledige of niet correcte implementatie van de interventie. Van de zwangere vrouwen blijkt nog 8,6% dagelijks te roken, met een hoger percentage (22,1%) onder laag opgeleide zwangere vrouwen (Lanting et al., 2015). Het aantal laag opgeleide vrouwen in de steekproef was echter klein en vervolgonderzoek moet uitsluitsel geven over het precieze percentage rokers in deze groep.
- In 2016 is een nieuwe interventie, die aansluit bij de V-MIS, voor zwangere vrouwen ontwikkeld: PROMISE. PROMISE is een integrale, op het individu afgestemde, stoppen-met-roken interventie met o.a. aandacht voor de directe omgeving van de zwangere vrouw, beperkte gezondheidsvaardigheden en stressvolle levensfactoren (Springvloet et al., 2016).
- Een recente meta-analyse laat zien dat van de vrouwen die tijdens de zwangerschap gestopt waren 43% binnen 6 maanden toch weer terugviel (Jones et al., 2016). Als oorzaak voor het terugvallen komt uit onderzoeken naar voren: veel vrouwen stoppen alleen voor de gezondheid van de foetus, ze zien roken als een manier om met stress om te gaan, als de partner nog rookt vinden ze het moeilijk om na de bevalling rookvrij te blijven (Notley et al., 2015).

12.6 Ziekte en sterfte

Ziekte

Blootstelling aan tabaksrook heeft onder andere invloed op het ontstaan van kanker, longziekten en hart- en vaatziekten.

- Volgens de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014 is roken nog steeds de belangrijkste oorzaak van ziekte en sterfte in Nederland: 13,1% van de totale ziektelast komt door roken (RIVM, 2014).
- Van de vele vermijdbare risico's die invloed hebben op de gezondheid, heeft roken de meeste doden tot gevolg (Danaei et al., 2009).
- Roken is de belangrijkste oorzaak voor longkanker, COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease), slokdarmkanker, strottenhoofdkanker en mondholtekanker. In 2013 kon 90% van de sterfte door longkanker bij mannen en 78% van de sterfte door longkanker bij vrouwen worden toegewezen aan roken (tabel 12.6).

- Roken is ook geassocieerd met veel andere aandoeningen, waaronder ademhalings- en luchtwegproblemen, aandoeningen aan hart- en vaatstelsel, suikerziekte en ongunstig beloop van chronische ziekten.
- Er is ook een associatie tussen roken en enkele psychische stoornissen (depressie, schizofrenie en angststoornissen). Uit een recente systematische review kwam naar voren dat er verbanden bestaan tussen roken enerzijds en depressie en angst anderzijds, maar dat over de causaliteit nog geen duidelijke uitspraken gedaan kunnen worden (Fluharty et al., 2016).

Roken en zwangerschap

Roken tijdens de zwangerschap is geassocieerd met verminderde foetale groei en verhoogt het risico op een laag geboortegewicht, vroeggeboorte, aangeboren afwijkingen en sterfte rond de geboorte.

- De kans dat het kind van een rokende zwangere met een laag geboortegewicht wordt geboren, is bijna drie keer zo hoog in vergelijking met niet-rooksters. Voor vroeggeboorte is dit relatieve risico bijna twee keer zo hoog. Uit een recent onderzoek bleek dat één op de 12 zwangere vrouwen tijdens de hele zwangerschap rookte, met beduidend hogere prevalenties onder laag opgeleide vrouwen (Lanting et al., 2015).
- Op lange termijn is roken geassocieerd met onder andere een verhoogde kans op astma, overgewicht en een verminderde vruchtbaarheid van het kind zelf.
- In een Nederlandse studie werd geconcludeerd dat beleidsmaatregelen, zoals de verplichte rookvrije werkplek en horeca, accijnsverhogingen en mediacampagnes, wel hebben bijgedragen aan minder te kleine baby's, maar niet aan het aantal vroeggeboortes of de perinatale sterfte (Peelen et al., 2016).

Meeroken

Omgevingstabaksrook is een mengsel van rook afkomstig van het smeulen van tabak, rook die wordt uitgeblazen door rokers en rook die direct door het omhulsel van de sigaret trekt (Ter Weijde et al., 2015). Meeroken kan diverse ziekten veroorzaken.

Uit de Gezondheidsenquête 2015 komt naar voren dat van de niet-rokende respondenten 83% nooit of bijna nooit aan de tabaksrook van anderen binnen wordt blootgesteld. Een klein deel (5%) van de niet-rokende respondenten wordt één uur of meer per dag aan rook van anderen blootgesteld (Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2015).

- 'Meeroken' is het inademen van tabaksrook uit de omgeving door niet-rokers, ook wel 'passief roken' genoemd. Omgevingstabaksrook is een mengsel van vele verschillende stoffen, waarvan er honderden schadelijk zijn voor de gezondheid (Ter Weijde et al., 2015).
- Mensen die zelf niet roken, maar regelmatig meeroken met een rokende partner of anderszins, hebben een verhoogde kans op longkanker, hart- en vaatziekten, hersenbloedingen en luchtwegklachten (Gezondheidsraad, 2003; CDC, 2014; USDHHS, 2014; Peters, 2007). Meeroken is ook een risicofactor voor het ontwikkelen van dementie (Chen et al., 2013).
- De kans op een acuut hartinfarct neemt met 15% toe door meer dan één uur per week passief mee te roken (Teo et al., 2006). Uit internationaal onderzoek blijkt dat in regio's waar een rookverbod wordt ingesteld in de publieke ruimten, al na één jaar het aantal acute hartinfarcten door passief roken met 17% is afgenomen (Meyers et al., 2009; Lightwood en Glantz, 2009).
- Meeroken kan ook ernstige gezondheidsproblemen bij kinderen veroorzaken. Kinderen die meeroken hebben meer kans op wiegendood, luchtwegklachten en verminderde longfunctie, astma en andere lage luchtwegziekten en oorontsteking (Ter Weijde et al., 2015).
- Een grootschalige meta-analyse heeft de relatie aangetoond tussen het instellen van rookverboden en een vermindering van vroeggeboortes én ernstige astmaklachten (Been et al., 2014). 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).
- Een kwart van de gebruikers van e-sigaretten zijn op dit product overgestapt om omstanders te ontzien (meeroken). Toch worden ook bij het gebruik van e-sigaretten schadelijke stoffen uitgeademd, zoals propyleenglycol, nicotine en nitrosamines. De hoeveelheid die wordt uitgeademd is sterk afhankelijk van de samenstelling van de gebruikte vloeistof, de intensiteit van het dampen (frequentie en inhalatie), en de ventilatie en afmetingen van de ruimte waarin wordt gedampt. Dit bepaalt ook in hoeverre gezondheidsrisico's kunnen optreden (RIVM, 2016).

Roken en genetica

Er zijn verschillende genetische varianten geïdentificeerd die het risico van rokers op bepaalde aandoeningen en op de vatbaarheid voor roken zelf verhogen (Smerecnik et al., 2012):

- 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.

In een meta-analyse van 13 geboortecohorten is bewijs gevonden dat het DNA van pasgeboren baby's is veranderd als de moeder tijdens de zwangerschap rookte. De DNA-veranderingen zijn onder meer aangetoond in genen die een rol spelen in bijvoorbeeld een hazenlip en astma, aandoeningen die ook zijn geassocieerd met roken door de moeder. Epigenetische mechanismen spelen waarschijnlijk een rol. (Joubert et al., 2016).

Sterfte

Roken is in Nederland de belangrijkste oorzaak van voortijdige sterfte.

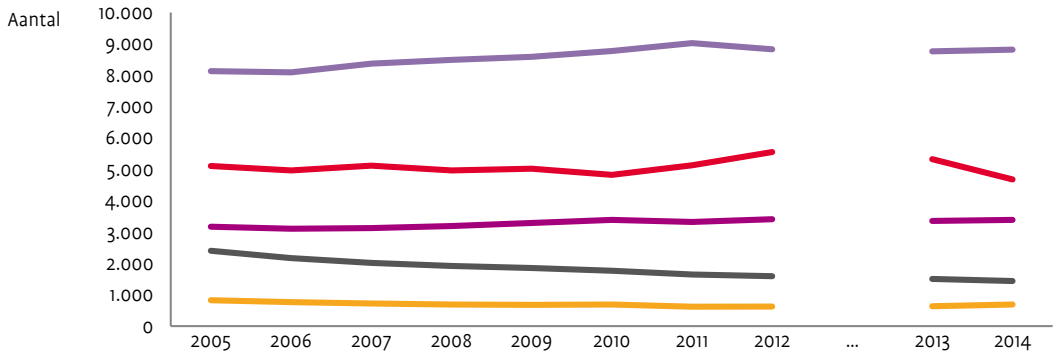
- In 2014 overleden in Nederland ongeveer 19.200 mensen van twintig jaar en ouder aan de directe gevolgen van roken (voorlopig cijfer) (zie tabel 12.7).
- De werkelijke sterfte die gerelateerd is aan roken ligt hoger, omdat het effect van meeroken nog niet is verdisconteerd. De jaarlijkse sterfte door 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 duizend niet-rokers aan de gevolgen van meeroken (Öberg et al., 2010; WHO, 2013). De sterfte ontstaat vooral door hartziekten, luchtweginfecties, astma en longkanker.
- Door een forse daling van het aantal rokers onder mannen in de periode 1960-1990 is het aantal nieuwe gevallen van longkanker onder mannen vanaf het midden van de jaren tachtig gedaald. Deze daling bij mannen heeft zich in de periode 1990-2015 voortgezet. Bij vrouwen stijgt het aantal nieuwe gevallen van longkanker al sinds 1960. Deze stijging heeft zich in de periode 1990-2014 voortgezet, hoewel deze stijging sinds 2008 is afgezwakt. Vrouwen zijn in tegenstelling tot mannen vanaf de jaren zestig meer gaan roken. Vanaf de jaren tachtig gingen vrouwen geleidelijk minder roken. In absolute getallen is het aantal vrouwen dat jaarlijks longkanker krijgt nog steeds kleiner dan het aantal mannen dat jaarlijks longkanker krijgt. De sterfte aan coronaire hartziekten (vanwege afwijkingen in de kransslagaders) door roken daalt bij mannen en vrouwen (zie figuur 12.6).

Tabel 12.7 Sterfgevallen onder mannen en vrouwen van 20 jaar en ouder, die toe te wijzen zijn aan roken, uitgaande van twaalf 'aan roken gerelateerde aandoeningen' (*voorlopige cijfers).* Peiljaar 2014[I]

Aandoening (ICD-10 code)	Totale sterfte		Sterfte door roken	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
Longkanker (C34)[II]	6.179	4.178	5.561 (90%)	3.259 (78%)
Strottenhoofdkanker (C32)	182	47	157 (86%)	39 (82%)
COPD (J40-J44)	3.067	2.718	2.638 (86%)	2.039 (75%)
Mondholtekanker (C00-C08)	186	141	121 (65%)	78 (55%)
Slokdarmkanker (C15)	1.295	464	738 (57%)	223 (48%)
Blaaskanker (C67)	803	345	257 (32%)	90 (26%)
Nierkanker (C64)	598	344	126 (21%)	58 (17%)
Coronaire hartziekten (I20-I25)	5.137	3.736	1.027 (20%)	411 (11%)
Alvleesklierkanker (C25)	1.325	1.359	252 (19%)	190 (14%)
Hartfalen (I50)	2.909	4.204	495 (17%	378 (9%)
Beroerte (CVA) (I60-I69)	3.716	5.615	409 (11%)	281 (5%)
Diabetes (E10-E14)	1.231	1.529	98 (8%)	92 (6%)

I. Percentages geven het aandeel van roken aan de sterfte weer. Op basis van CBS Doodsoorzakenstatistiek en de PAR's voor de verschillende ziektes door het RIVM voor het jaar 2013 berekend. Deze berekening: Trimbos-instituut. Bron: RIVM. II. De aandoeningen hebben de volgende ICD-10 codes: longkanker C34; strottenhoofdkanker C32; COPD J40-J44, J47; mondholtekanker C00-C08; slokdarmkanker C15; blaaskanker C67; nierkanker C64; coronaire hartziekten I20-I25; alvleesklierkanker C25; hartfalen I50; beroerte I60-I69; diabetes E10-E14; +1% van andere aandoeningen.

Figuur 12.6 Sterfte door roken voor enkele aandoeningen onder mensen van 20 jaar en ouder, vanaf 2005, voor 2014 voorlopige cijfers



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	...	2013	2014
Longkanker	8.130	8.092	8.373	8.488	8.583	8.774	9.024	8.827		8.767	8.820
COPD	5.109	4.969	5.122	4.962	5.023	4.824	5.125	5.551		5.328	4.677
Coronaire hartziekten	2.402	2.168	2.019	1.914	1.849	1.761	1.642	1.595		1.505	1.438
Beroerte (CVA)	825	768	726	688	681	687	619	624		638	690
Overig	3.166	3.105	3.126	3.188	3.285	3.388	3.318	3.409		3.356	3.392

Aantal sterfgevallen door roken. Overige aandoeningen zijn onder meer mondholtekanker, strottehoofdkanker, slokdarmkanker en hartfalen. Voor de gebruikte methode zie www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/leefstijl/roken/achtergrondinformatie-berekening-sterfte-door-roken. De cijfers voor 2014 op basis van CBS Doodsoorzakenstatistiek 2014 en de PAR's voor de verschillende ziektes door het RIVM voor het jaar 2013 berekend. Deze berekening: Trimbos-instituut. Bron: RIVM, CBS. Vanaf 2013 is het CBS overgegaan op automatische codering van de doodsoorzaken voor de Doodsoorzakenstatistiek, waardoor de gegevens vanaf 2013 niet rechtstreeks vergeleken kunnen worden met de voorafgaande jaren. Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS.

- Uit Britse, Amerikaanse en Japanse grootschalige bevolkingsonderzoeken komt naar voren dat rokers gemiddeld ongeveer tien jaar eerder sterven dan niet-rokers. Het gaat hierbij om jarenlang, onafgebroken roken. Stoppen met roken zorgt voor een geleidelijk herstel in de levensverwachting (USDHHS, 2014; Doll et al., 2004; Jha et al., 2013; Sakata et al., 2012). Soortgelijke onderzoeken zijn er niet voor Nederland.
- In een grootschalige Australische cohortstudie werd bevestigd dat rokers gemiddeld 10 jaar eerder stierven dan niet-rokers. Bij twee derde deel van de rokers die overleden waren kon de doodsoorzaak aan roken worden toegeschreven (Banks et al., 2015).

12.7 Aanbod en markt

Verkrijgbaarheid van tabak

Rookwaren worden verkocht via verschillende kanalen, zoals "tabaks- en gemakszaken", supermarkten, pompshops en via de horeca. Het marktaandeel van deze verkoopkanalen verschilt voor sigaretten, sigaren en shag en pijptabak (tabel 12.8).

Tabel 12.8 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[I]	15	
Tabaks- en gemakszaak	18	31	20	23
Horeca + overig	5	-	3	8
Totaal	100	100	100	

Marktaandeel in percentage. I. Voor sigaren alleen cijfers over pompshop en overig samen; daarom geen totaalcijfers voor pompshop en horeca en overig.
Bron: NSO, www.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 duizend sigarettenautomaten (Gerritsen et al., 2014).
- Volgens een schatting in 2014 vindt ruim 95% van de verkoop van tabak plaats bij ruim 23 duizend verkooppunten, in te delen in vier typen verkoopkanalen zoals genoemd in tabel 12.7: 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%).

Controle en handhaving van de leeftijdsgrens voor de verkoop van tabaksproducten

Sinds 1 januari 2014 is het verboden tabaksproducten te verkopen aan jongeren onder de 18 jaar. Uit verschillende onderzoeken komt naar voren dat de naleving van het verbod van de verkoop van tabaksproducten aan minderjarigen nog voor verbetering vatbaar is.

In 2015 hebben de jonge toezichthouders van het flexteam van de NVWA wederom 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. Bij overtreding van de Tabaks- en rookwarenwet is de NVWA bevoegd een interventie te doen, een maatregel op te leggen. Bij ernstige overtredingen wordt direct een Rapport van Bevindingen (RvB) of een Proces-verbaal (PV) opgemaakt. Geringe overtredingen worden afgehandeld met een Schriftelijke Waarschuwing (SW). De NVWA kan bij overtredingen ook een waarschuwing geven (NVWA, 2016b).

- In 2015 zijn er 3.305 daadwerkelijke inspecties (observaties) uitgevoerd.
- Bij 37% van die inspecties werd een kooppoging van tabak waargenomen van een jongere die niet onmiskenbaar de leeftijd van 18 jaar had bereikt. In gemiddeld 20% van deze kooppogingen werd een maatregel opgelegd aan de verkoper (T.K. 32011-49). Dat is bijna even hoog als in 2014 (22%).
- Van de verschillende verkoopkanalen wordt in de horeca het vaakst de leeftijdsgrens overtreden. Bij de horeca werd bij 38% van de kooppogingen een maatregel opgelegd. Van de 61 maatregelen bij horecabedrijven betrof het 26 maal een verkoop aan iemand jonger dan 18 jaar via een tabaksautomaat. Het grootste deel van de inspecties in de horeca is uitgevoerd bij cafetaria's (NVWA, 2016).
- Als een bedrijf 3 keer in 12 maanden een overtreding van de leeftijdsgrens begaat, kan de verkoop van tabak worden stilgelegd. Deze zogenaamde three-strikes-out maatregel is in 2015 11 keer opgelegd.

In 2015 en 2016 werden bij landelijke onderzoeken aankooppogingen voor tabak door 17-jarigen met behulp van de mysteryshop methode gedaan. De naleving blijkt verbeterd.

- In 2015 bleek na weging de totale naleving van de verkoop van tabak 27,4% te zijn. In 2016 was het gewogen totale nalevingscijfer significant gestegen tot 43,1%. Bij de tankstations was de stijging in naleving het grootst (Schelleman-Offermans en Roodbeen, 2015; Roodbeen en Schelleman-Offermans, 2016).
- Gebruik in supermarkten van Leeftijdsverificatiesystemen (LVS), die uitrekenen en bevestigen of een klant een legale koopleeftijd (voor tabak) heeft bereikt, vergroten de kans op het correct naleven van de leeftijdsgrens bij tabaksaankopen van 17-jarigen. Caissières die naar legitimatie vragen en gebruik maken van een LVS leven de wet 12 tot 13 keer vaker na dan caissières die geen LVS gebruiken (Roodbeen et al., 2016).
- Onderzoek naar het kopen en verkopen van tabaksproducten door en aan jongeren laat zien dat slechts een klein deel (4%) van de 14/15-jarigen wel eens tabaksproducten koopt (Bieleman en Kruize, 2015; zie ook § 12.3). Bij de 16/17-jarigen ligt dit met 14% hoger. Deze jongeren kopen hun tabaksproducten met name in horecagelegenheden (55%). Voor de overige gelegenheden liggen deze percentages lager.
- In een ander onderzoek is een schatting gemaakt van het aantal geslaagde kooppogingen door de kleine groep 16-17-jarigen, die pogingen doen om tabak te kopen. In 2015 ging het om in totaal meer dan 2,5 miljoen geslaagde kooppogingen (zie tabel 12.9).
- Volgens de onderzoekers is de meeste gezondheidswinst te behalen door meer (gerichte) handhaving in te zetten bij de verkoopkanalen horecagelegenheden en tankstations (Kruize et al., 2015).

Tabel 12.9 Schatting van geslaagde kooppogingen van tabak door 16-17-jarigen. Afgeronde aantallen en percentages. Peiljaar 2015

Verkoop-kanaal	Gemiddeld aantal kooppogingen per jongere per jaar	Slaag-kans in %	Gemiddeld aantal geslaagde kooppogingen per jongere per jaar	Geschatte aantal geslaagde aankooppogingen door 16/17-jarigen in NL (14% van n=401.214 = 56.170)*	Rangorde
Horecagele-genheden	18	84	15	842.550	1
Tankstations	18	82	14	808.848	2
Tabakswinkels	16	64	10	578.551	3
Supermarkten	15	42	6	353.871	4
Totaal				2.583.821	

* Totaal aantal 16/17-jarigen van 401.214 is gebaseerd op gegevens van CBS (juli 2015). 14% slaagkans gebaseerd op onderzoek van Bieleman en Kruize, 2015. Voorbeeld berekening: tankstations: 14,4 (=gemiddeld aantal geslaagde kooppogingen per koper) x 56.170 = 808.848. Bron: Kruize et al., 2015.

Controle en handhaving van het rookverbod in de horeca

Per 1 juli 2008 werd er binnen de horeca het rookverbod ingevoerd. Van juli 2011 tot januari 2015 was er een uitzondering op dit rookverbod voor kleine cafés (< 70 m²) zonder personeel (Stb. 2011-337). Binnen de horeca worden zes categorieën onderscheiden: cafés en discotheken; restaurants; cafetaria's en snackbars; sportkantines; kunst en cultuur (theaters, bioscopen en musea); hotel en recreatie.

- De naleving van het rookverbod in de horeca wordt sinds 2009 elk najaar geïnventariseerd. In 25 gemeenten worden ruim 600 aselect gekozen horecagelegenheden geobserveerd.
- In het najaar van 2015 werd in 98% van alle horecagelegenheden niemand rokend aangetroffen (exclusief de rookruimtes). Dit is een stijging van 3% sinds het najaar van 2014 (tabel 12.10). Deze stijging in het percentage horecagelegenheden zonder rokers komt voornamelijk door een afname van het aantal rokers in cafés en discotheken (T.K. 32011-49).
- Daar staat tegenover dat het aantal cafés en discotheken dat speciale rookruimtes heeft ingericht van 19% in 2014 naar 25% in 2015 is toegenomen. Dat is een significante groei. Bij de andere horeca-categorieën zijn er geen of weinig rookruimtes.

Tabel 12.10 Afwezigheid rokers (%) per horecacategorie, najaar 2009 najaar 2015

Jaar	Café & discotheek[1]	Restaurant	Cafetaria	Sportkantine	Kunst & cultuur	Hotel & recreatie	Totaal
2009	73	100	100	100	100	98	95
2010	49	99	99	98	100	98	90
2011	57	100	100	97	99	95	91
2012	61	99	100	99	99	97	93
2013	71	99	99	98	100	96	94
2014	74	98	97	97	100	100	95
2015	93	98	100	99	100	99	98

Percentage horecagelegenheden zonder rokers. 1. Inclusief rookcafés; exclusief rookruimtes. Bron: Intraval/NVWA.

Ook in 2015 heeft de NVWA inspecties uitgevoerd naar de naleving van het rookverbod in de horeca (T.K. 32011-49).

- In de horeca met een café of discotheekfunctie (vallend onder de 'risicogerichte controles horeca') moeten nog redelijk vaak boetes worden uitgedeeld, terwijl in de bereidende horeca het rookverbod bijna nooit wordt overtreden. Net als in 2014 werd in 2015 bij een kwart van de inspecties in de "natte horeca" een maatregel opgelegd.
- Onder inspecties bij 'andere bedrijfscategorieën' vallen, onder andere, inspecties naar aanleiding van klachten over roken op de werkplek.
- In 2015 zijn er 202 inspecties uitgevoerd bij shishalounges en horecagelegenheden met een shishafunctie. In deze categorieën zijn er in totaal 94 maatregelen opgelegd (47%) (T.K. 32011-49).

Sinds het Besluit uitvoering rookvrije werkplek, horeca en andere ruimten (2008) van kracht is, zijn alle horecagelegenheden verplicht een zichtbare aanduiding van het rookverbod te hebben voor de ruimtes waarvoor dit geldt.

- Gemiddeld heeft in het najaar van 2015 iets meer dan een kwart (28%) van alle horecagelegenheden een verplichte aanduiding van het rookverbod.
- Tussen het najaar van 2009 en het najaar van 2015 is er sprake van een daling in het percentage horecagelegenheden met een aanduiding van 57% naar 28%. De daling in het najaar van 2015 ten opzichte van het najaar van 2009 doet zich voor bij alle afzonderlijke categorieën, maar het meest bij de categorie Kunst en Cultuur. Bij de andere categorieën is er sprake van stabilisering (Intraval/ NVWA, 2015).

Accijns

De prijs van tabaksproducten is opgebouwd uit productiekosten, accijnzen, andere belastingen (zoals BTW) en winst. In veel landen bestaat de helft tot drie kwart van de verkoopprijs uit belastingen. Door de Nederlandse overheid worden accijnzen primair gezien als een bron van inkomsten. Daarnaast speelt accijnsverhoging een rol in het tabaksontmoedigingsbeleid (Ketelaars en Croes, 2015). Een stapsgewijze verhoging van de prijs van tabaksproducten wordt in de wetenschappelijke literatuur beschouwd als de meest effectieve beleidsmaatregel om het aantal rokers en het aantal gerookte sigaretten (bij rokers die doorgaan met roken) te verlagen (Ketelaars en Croes, 2015; De Kinderen et al., 2016).

- De EU stelt dat de EU-landen de berekening van accijnzen op basis van de gemiddelde kleinhandelsprijs (WAP) in plaats van de meest gevraagde prijsklasse (MPPC) moeten uitvoeren. Het doel van deze verandering was om "een neutraal mededingingsklimaat voor de tabaksfabrikanten te scheppen, de fragmentering van tabaksmarkten terug te dringen en meer gewicht te geven aan gezondheidsdoelen" (Richtlijn 2010/12/EU artikel 3).
- Nederland is in 2011 overgegaan naar de WAP-berekening van de accijnzen (Hamerlijnck, 2013). De trend is dat de gemiddelde belastingdruk op sigaretten toeneemt, hoewel in 2016 de totale belastingdruk iets is afgenomen ten opzichte van 2014 en 2013 (tabel 12.11). De laatste accijnsverhoging was op 1 april 2016, toen met name de accijns op shag werd verhoogd (zie voor meer informatie: § 2.2).
- In Nederland was in januari 2016 de gemiddelde gewogen kleinhandelsprijs van een pakje van 20 sigaretten 5,94 euro, waarvan 3,63 euro accijns en 1,03 euro BTW. Qua verkoopprijzen van sigaretten staat Nederland boven in de lijst, maar qua totale belastingdruk op sigaretten is Nederland in de EU een middenmoter (tabel 12.12). Per 20 mei 2016 moet een pakje sigaretten minimaal 20 sigaretten bevatten (zie ook hoofdstuk 2).

Tabel 12.11 Prijzen en belastingdruk op sigaretten in Nederland, vanaf 1975. Peildatum januari 2016

Jaar	Prijs	Belastingdruk	Belastingdruk (%)
1975	1,02	0,68	67
1980	1,36	0,98	72
1985	1,88	1,35	72
1990	1,97	1,37	70
1995	2,56	1,84	72
1996	2,61	1,87	72
1997	2,79	2,01	72
1998	2,93	2,11	72
1999	3,04	2,19	72
2000	3,15	2,27	72
2001	3,43	2,50	73
2002	3,54	2,58	73
2003	3,54	2,63	74
2004	4,60	3,36	73
2005	4,60	3,36	73
2006	5,00	3,65	73
2007	5,00	3,65	73
2009	6,05	4,42	73
2010	6,32	4,62	73
2011	6,84	4,99	73
2012	6,84	4,99	73
2013	6,29	5,48	87
2014	6,62	5,55	84
2016	7,43	5,83	79

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 12.12 Gemiddelde prijzen en belastingdruk op sigaretten in 15 lidstaten van de Europese Unie. Peildatum januari 2016, gesorteerd op prijs

Land	Gemiddelde prijs per 20 sigaretten	Accijns	BTW	Accijns+ BTW	Belasting-druk (%)	Minimum accijns per 1.000 sigaretten
Verenigd Koninkrijk	10,09	6,81	1,68	8.49	84,10%	n/a
Ierland	9,28	6,29	1,74	8,03	86,51%	307,61
Frankrijk	6,75	4,33	1,13	5,46	80,82%	210
Nederland	5,94	3,63	1,03	4,66	78,52%	181,53
Zweden	5,59	3,28	1,12	4,40	78,22%	n/a
België	5,51	3,32	0,96	4,28	76,33%	161,46
Denemarken	5,49	3,23	1,10	4,33	78,89%	n/a
Finland	5,47	3,59	1,06	4,65	85,07%	188,50
Duitsland	5,34	3,12	0,85	3,97	74,44%	157,10
Italië	4,66	2,74	0,84	3,58	76,73%	170,00
Spanje	4,44	2,75	0,75	3,50	78,82%	128,65
Luxemburg	4,36	2,40	0,74	3,14	69,61%	113,95
Oostenrijk	4,33	2,63	0,72	3,35	77,53%	128,97
Portugal	4,13	2,47	0,77	3,24	78,08%	127,97
Griekenland	3,71	2,39	0,69	3,08	83,20%	117,50

Gemiddelde prijs, accijns en BTW in euro per pakje van 20 sigaretten (op basis van gewogen gemiddelde kleinhandelsprijzen over de periode 1 januari 2015 - 31 december 2015). N/a=niet beschikbaar. Bron: European Commission, 2016.

Kosten-batenanalyse

In opdracht van de Alliantie Nederland Rookvrij is een scenariostudie uitgevoerd naar de maatschappelijke kosten en baten van aan roken gerelateerde interventies (De Kinderen et al., 2016). Op macro-economisch niveau werden alle relevante kosten en baten van roken in beeld gebracht en uitgedrukt in geld. De volgende beleidsscenario's werden met elkaar vergeleken:

1. Continuering van het beleid in 2015 zonder veranderingen in de toekomst;
2 en 3. Jaarlijkse accijnsverhoging van respectievelijk 5% óf 10%;
4. Jaarlijkse massa mediale campagne;
5. en 6. Invoering pakket maatregelen zoals door WHO gedefinieerd in de MPOWER-maatregelen, inclusief jaarlijkse accijnsverhoging van respectievelijk 5% óf 10%;
7. Situatie waarin Nederland over 35 jaar rookvrij is;
8. Situatie waarin niemand meer begint met roken in 2017.

Alle scenario's leiden tot een daling in de prevalentie.

- Bij gelijkblijvend overheidsbeleid (scenario 1) daalt de prevalentie van roken met 2,3 procentpunt tot 17,5% in 2050. Uitgangspunt was een prevalentie van 19,8% gerekend over de gehele bevolking.
- Scenario's 2 en 3 hebben de potentie om de prevalentie met respectievelijk 4,7 en 7,1 procentpunt te laten dalen, waardoor de uiteindelijke prevalentie daalt naar 15,1% en 12,7% in 2050.
- Bij scenario 4 kunnen massamediacampagnes leiden tot een daling van 7,3 procentpunt tot een percentage rokers van 12,5% in 2050.

- Voor scenario 5 en 6 worden naar schatting de grootste prevalentiedalingen bereikt, van respectievelijk 12,1 procentpunt (bij 5% accijnsverhoging) en 14,2 procentpunt (10% accijnsverhoging) tot een prevalentie van 7,7% en 5,6% in 2050.
- Bij scenario 7 is alleen gekeken naar de kosten en baten. De prevalentie van roken daalt in scenario 8 tot 4,8% in 2050.
- De interventiekosten zijn in alle scenario's gering als over de hele tijdshorizon wordt gekeken.
- In alle scenario's wordt een positief saldo behaald, ook op de lange termijn, al worden de baten bij verschillende stakeholders behaald, afhankelijk van het scenario.
    - Bij scenario's waarin de prevalentie vooral daalt als gevolg van campagnes, zijn de baten het grootst voor de consumenten en de werkgevers.
    - In de scenario's waarin de nadruk op stijging van de accijnzen ligt, zijn de baten het grootst voor de overheid.
    - Bij gemengde maatregelenpakketten worden de baten meer gelijk verdeeld over consumenten, werkgevers en overheid.

Internationale vergelijking

De belastingdruk op tabaksproducten verschilt sterk tussen de lidstaten van de Europese Unie.

- In de EU-15 ligt de accijns het hoogst in het Verenigd Koninkrijk en het laagst in Luxemburg (tabel 12.19). In Nederland ligt de tabaksaccijns boven het gemiddelde.

De Tobacco Control Scale (TCS) poogt op landelijk niveau met behulp van zes beleidsindicatoren de inspanningen van landen te meten om het gebruik van tabak te ontmoedigen. De TCS is ontwikkeld door de Association of European Cancer Leagues. Er wordt gebruikgemaakt van objectieve indicatoren en inschattingen van experts. De indicatoren zijn:

1. de prijs van tabaksartikelen;
2. rookverboden in openbare ruimten en werkplekken;
3. hoogte van landelijke budgetten voor tabaksontmoedigingsbeleid;
4. verbod op rookreclame;
5. waarschuwingen op rookwaren;
6. toegankelijkheid van stoppen-met-roken programma's.

- In 2007 stond Nederland van de dertig Europese landen die op de TCS werden gescoord op de gedeelde veertiende plaats.
- In 2010 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 samen hangen met een lagere prevalentie van dagelijks roken onder jongeren in 13 Europese landen (Kuipers et al., 2015).

13. Illegale handel, productie en bezit van drugs

13.1	Laatste feiten en trends	▶ pagina 324
13.2	Opsporingsonderzoeken naar georganiseerde drugscriminaliteit	▶ pagina 324
13.3	Inbeslagnames van drugs en ontmantelingen van productielocaties	▶ pagina 325
13.4	Opiumwetdelicten in de strafrechtsketen	▶ pagina 332
13.5	Strafrechtelijke recidive van Opiumwetdelinquenten	▶ pagina 347

13. Illegale handel, productie en bezit van drugs

Inleiding

Dit hoofdstuk laat zien hoeveel delicten tegen de Opiumwet zijn geboekstaafd door politie en justitie, in monitoronderzoek of wetenschappelijk onderzoek. Het gaat om illegale handel, smokkel, productie en bezit van drugs die op de bij de Opiumwet behorende lijst I (harddrugs) of lijst II (softdrugs) zijn geplaatst. Bij harddrugs gaat het om heroïne, cocaïne, GHB, amfetamine, ecstasy, en andere drugs. Bij softdrugs gaat het overwegend om cannabis, maar soms ook om qat en hallucinogene paddenstoelen (zie ook hoofdstuk 1). Delicten tegen de Wet voorkoming misbruik chemicaliën worden hier als 'Opiumwetdelict' geteld. Deze wet gaat over chemicaliën die gebruikt worden bij de productie van drugs.

In § 13.1 worden de belangrijkste feiten en trends beschreven. In § 13.2 wordt gerapporteerd wat bekend is over inbeslagnames van drugs, ruimingen van hennepkwekerijen en ontmantelingen van productielocaties van synthetische drugs. § 13.3 beschrijft de Opiumwetdelicten in de strafrechtsketen en § 13.4 laat zien hoe vaak daders van Opiumwetdelicten opnieuw met justitie in aanraking komen.

De informatie komt uit landelijke registraties van politie en Openbaar Ministerie (OM), jaarverslagen van instanties die betrokken zijn bij de opsporing en tenuitvoerlegging van sancties, de Recidivemonitor van het WODC en onderzoek zoals de Veiligheidsmonitor. Bij de interpretatie van de gegevens is voorzichtigheid geboden. De registratiecijfers geven geen zicht op de totale drugscriminaliteit, omdat de criminaliteit die niet bekend wordt bij justitiële instanties en die (dus) niet geregistreerd wordt, buiten beeld blijft. Bovendien weerspiegelen de registratiecijfers altijd ook de opsporingsprioriteiten en de capaciteit van opsporingsdiensten. De registraties geven soms geen volledig landelijk beeld. 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), maar niet bekend is in welke mate dit van invloed is. 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. Delicten waarin harddrugs voorkomen tellen als harddrugsdelict; delicten waarin softdrugs voorkomen als softdrugsdelict en delicten waarin beide voorkomen tellen als hard- én softdrugsdelict.[1]

Registratiesystemen worden regelmatig aangepast en verbeterd. We rapporteren hier uit de meest recente updates. Door de aanpassingen kunnen de cijfers (in lichte mate) verschillen van eerder gerapporteerde cijfers. De meest recente cijfers hebben altijd een voorlopig karakter. De cijfers bestrijken in principe een periode van tien jaar, als dat kan de periode 2006-2015. Het komt echter voor dat er nog geen cijfers over 2015 beschikbaar zijn, of dat cijfers over eerdere jaren ontbreken. In dat geval volstaan we met de beschikbare cijfers.

Opiumwetdelicten worden voor een deel opgespoord en aangepakt op lokaal en regionaal niveau (zie hoofdstuk 2). Daarbij wordt gewerkt met een combinatie van strafrechtelijke, bestuursrechtelijke en andersoortige maatregelen. Voor zover het om strafrechtelijke opsporing en handhaving gaat

1 Voor deze wijze van telling is gekozen om ook de softdrugsdelicten goed zichtbaar te maken. Indien geteld zou worden op basis van het zwaarste delict zouden softdrugsdelicten vaak 'ondersneeuwen' onder de harddrugsdelicten.

(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.

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. Ook de bestrijding van de bedrijfsmatige hennepteelt hoort tot de prioriteiten van opsporingsinstanties (zie hoofdstuk 2).

13.1 Laatste feiten en trends

- Er zijn in 2015 veel verschillende chemicaliën voor de productie van synthetische drugs in beslag genomen. De Landelijke Faciliteit Ondersteuning Ontmantelen signaleert sinds 2012 de (her) introductie van (nieuwe) productieprocessen, (pre-)precursoren en de productie en bewerking van nieuwe psychoactieve stoffen (§ 13.2).
- Het aantal gemelde ontmantelde productielocaties, opslagplaatsen en afvaldumpingen van de productie van synthetische drugs neemt toe. Vooral het aantal afvaldumpingen is substantieel gestegen (§ 13.2).
- Er zijn in 2015 bijna 6 duizend hennepkwekerijen geruimd, minder dan in 2014 (§ 13.2).
- De handel in drugs via het 'dark net' op internet neemt toe, maar is beperkt vergeleken met de traditionele offline handel. Vooral cannabis, stimulantia en ecstasy worden er verhandeld. Nederlandse aanbieders bieden relatief vaak ecstasy aan (§ 13.2).
- Het aandeel van Opiumwetdelicten bij het Openbaar Ministerie is toegenomen, het aandeel bij de rechter is constant gebleven en dat in het gevangeniswezen is in 2015 toegenomen in vergelijking tot 2014. De totale instroom van Opiumwetzaken bij het Openbaar Ministerie daalde in 2015 wel, net als die van andere typen criminaliteit (§ 13.3).
- De verdeling van harddrugs- en softdrugsdelicten bij het Openbaar Ministerie is 42% tegen 53%. Softdrugsdelicten hebben ook in 2015 de overhand (§ 13.3).
- Bij de harddrugsdelicten gaat het meestal om het aanwezig hebben (bezit) van een harddrug, bij de softdrugs gaat het meestal om vervaardiging (lees: cannabisteelt) (§ 13.3).
- De meeste Opiumwetzaken brengt het Openbaar Ministerie voor de rechter. Daar eindigt 10% in een vrijspraak, vooral en in toenemende mate bij softdrugszaken (§ 13.3).
- De taakstraf en de (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraf zijn de meest voorkomende sancties in Opiumwetzaken (§ 13.3).
- Taakstraffen worden vooral opgelegd in softdrugszaken, onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen vooral in harddrugszaken; dit patroon verandert niet in 2015 (§ 13.3).

13.2 Opsporingsonderzoeken naar georganiseerde drugscriminaliteit

In 2015 zijn 341 opsporingsonderzoeken uitgevoerd naar georganiseerde ondermijnende criminaliteit waarbij drugs het eerste aandachtsgebied vormden (Rapportage aanpak, 2016).

- In 125 gevallen (37%) ging het om georganiseerde criminaliteit in relatie tot cocaïne en heroïne. In 115 gevallen (34%) betrof het een onderzoek naar grootschalige hennepteelt en 101 keer (30%) waren synthetische drugs in het spel.

- 119 keer werd in 2015 aan verdachten van ondermijningsonderzoeken door de rechter een vrijheidsstraf opgelegd en 69 keer een geldboete, terwijl voor in totaal € 143,5 miljoen aan crimineel vermogen is afgepakt.
- De Nationale Politie en het Openbaar Ministerie signaleren een trend dat de drugscriminaliteit regelmatig gecombineerd wordt met witwassen en wapenhandel. Ook worden vaker verschillende soorten verdovende middelen tegelijk verhandeld.
- Risico's worden steeds vaker gespreid, door productieprocessen (van synthetische drugs en cannabis) in stappen op te delen en die van elkaar te scheiden en ook door de productie geografisch te spreiden.
- Bij moorden in het criminele milieu was onenigheid in de drugswereld volgens de rapportage de dominante aanleiding (een voorbeeld van 'systemische drugscriminaliteit' volgens de definitie van het EMCDDA, 2007).

13.3 Inbeslagnames van drugs en ontmantelingen van productielocaties

In beslag genomen drugs

Politie-eenheden, Douane en KMar houden registraties bij over in beslag genomen drugs, maar het blijkt arbeidsintensief en lastig om die gegevens op landelijk niveau eenduidig bijeen te brengen. Omdat in 2015 zes (van de tien) eenheden landelijk geen gegevens hebben aangeleverd is op dit moment niet te zeggen hoeveel drugs in totaal in 2015 in Nederland in beslag zijn genomen.

- Wel is uit de cijfers af te leiden dat in 2015 minimaal 16 verschillende soorten drugs in beslag zijn genomen. Op de lijst staan opium, heroïne, cocaïne, GHB, amfetamine, mefedron, methamfetamine, ecstasy, mCCP, ketamine, LSD, methadon, qat, DMT, hasj en marihuana.
- Ook is bekend hoeveel drugs in 2015 door de Douane en het Rotterdamse Hit and Run Container team (HARC-team) in de havens in beslag zijn genomen. Daarbij gaat het vooral om cocaïne.
    - Het HARC-team deed 72 vangsten, waarbij 4.656 kilo cocaïne en 4.660 kilo marihuana in beslag werd genomen (T.K. 24077-369, 2016).
    - In de haven van Vlissingen werd volgens de registratie van de Douane 1.935 kilo cocaïne in beslag genomen, in de haven van Harlingen 800 kilo cocaïne en in de haven van Amsterdam 2 kilo (T.K. 24077-369, 2016).

In beslag genomen chemicaliën voor drugsproductie

Voor de productie van (synthetische) drugs zijn verschillende chemicaliën nodig. Er kan een onderscheid gemaakt worden tussen (pre)precursoren en andere chemicaliën. Precursoren zijn stoffen die in een chemische reactie kunnen worden omgezet in een drugssoort. BMK en PMK zijn bijvoorbeeld de belangrijkste precursoren voor amfetamine en MDMA/ecstasy. Pre-precursoren kunnen omgezet worden in een precursor. Daarnaast zijn andere chemicaliën nodig, om de synthese aan te gaan met de precursor of als hulpstof.

De chemicaliën kennen in het algemeen ook legale toepassingen, bijvoorbeeld voor het maken van medicijnen, cosmetica of plastics. Vanwege dit gevarieerde (en soms grootschalige) legaal gebruik kan de handel in deze stoffen niet helemaal verboden worden en is een controle- en opsporingsmechanisme van kracht om misbruik te bestrijden. Hiertoe dient de Wet voorkoming misbruik chemicaliën (Wvmc). Deze wet verplicht marktdeelnemers om de bevoegde instanties onverwijld in kennis te stellen van elk voorval dat wijst op mogelijk misbruik van geregistreerde stoffen voor de illegale vervaardiging van verdovende middelen of psychotrope stoffen. Bij de FIOD bevindt zich het 'Meldpunt Verdachte Transacties Chemicaliën', waar de meldingen binnenkomen, worden beoordeeld en vastgelegd.

Voor chemicaliën die niet geregistreerd zijn geldt een meldingsregeling op basis van vrijwilligheid. Sommige van deze stoffen staan op de 'EU Voluntary Monitoring List', een lijst met stoffen die internationaal bekend staan omdat ze veelvuldig worden misbruikt bij de productie van synthetische drugs.

- Volgens de informatie van de FIOD (die mogelijk niet compleet is) is in Nederland in 2015 door politie, FIOD en Douane 278 maal een inbeslagname geweest van 60 verschillende stoffen. Dit is substantieel meer dan in 2014, maar dit kan een registratie-effect zijn. Het Precursor Incidents Communication System (PICS) bij de FIOD wordt namelijk pas sinds 2014 als databestand gebruikt en er komt steeds meer informatie binnen. Het Openbaar Ministerie en de Nationale Politie rapporteren echter eveneens dat bij ontmantelingen van drugslabs grote hoeveelheden chemicaliën aangetroffen worden (Rapportage aanpak, 2016).
- Opvallend is dat veel van de gerapporteerde stoffen in 2015 behoren tot de niet-geregistreerde stoffen. Dit kan erop wijzen dat de drugsproducenten uitwijken naar stoffen waarop (nog) niet gehandhaafd kan worden op basis van de Wvmc.
- In 2015 zijn verschillende precursoren in beslag genomen, zoals PMK en BMK, 4-methoxy-BMK (een precursor voor PMMA of een amfetaminesoort) en GBL (zie tabel 13.1).
- In vergelijking met 2014 is meer BMK in beslag genomen en meer 4-methoxy-BMK, maar minder GBL. Er is in 2015, in tegenstelling tot 2014, geen pseudo-efedrine (precursor voor methamfetamine) in beslag genomen, wel enkele hulpstoffen voor de productie van methamfetamine. PMK kwam in het PICS overzicht van 2014 niet voor, in 2015 weer wel.
- Op de lijst van 2015 staan ook diverse (pre-)precursoren, zoals natriumzout van PMK glycidezuur, PMK glycidaat, piperonal en safrol (hier kan PMK mee gemaakt worden), en APAAN, BMK glycidezuur en benzyl cyanide (hier kan BMK mee gemaakt worden) (zie tabel 13.1).
- Vanaf eind 2015 nemen FIOD en Douane veel post- en koerierszendingen in beslag met pre-precursoren voor amfetamine en MDMA/ecstasy, in hoeveelheden variërend van een halve kilo tot enkele honderden kilo's. Ook zijn er enkele maritieme zendingen van enkele duizenden kilo's in beslag genomen.
- Verder zijn in 2015 andere stoffen in beslag genomen, zoals cafeïne, dat als tabletteerhulpstof dient (niet-geregistreerd), en citroenzuur (niet-geregistreerd) of zoutzuur (geregistreerd), die gebruikt worden bij de omzetting van pre-precursoren in PMK of BMK.
- Mefedron werd, voordat het in 2011 op Lijst I van de Opiumwet werd geplaatst, als NPS beschouwd (zie ook hoofdstuk 8) en vooral uit China geïmporteerd. In oktober 2015 zijn twee productieplaatsen voor mefedron ontdekt en begin 2016 is een mefedron-precursor (2-Bromo-4'-methylpropiophenone) in beslag genomen. De Nationale Politie meldt dat in 2015 (minimaal) 83 pillen mefedron in beslag zijn genomen.

Tabel 13.1 In beslag genomen (pre-)precursoren voor de productie van synthetische drugs, 2015

	Aantal inbeslagnames	Totale hoeveelheid
PMK	5	507 liter
BMK	6	571 liter
4-methoxy-BMK	2	2,1 liter
GBL	3	331 liter
natriumzout van PMK glycidezuur	1	716 kilo
APAAN	6	710 kilo
natriumzout van BMK glycidezuur	3	3.387 kilo
3,4-MDP-2-P methylglycidaat	2	290 kilo
benzyl cyanide	1	5 liter
piperonal	3	45 kilo
safrol	2	2 liter
3,4-(Methyldioxy)phenylacetonitrile	1	115 kilo

Bron: FIOD, Precursor Incidents Communication System, 2016.

Over 2014 en 2015 en de eerste vier maanden van 2016 is aanvullende informatie beschikbaar van de Landelijke Faciliteit Ondersteuning Ontmantelen (LFO). De informatie is afkomstig uit een eerdere Voortgangsrapportage (Van Rijn, 2014) en recente LFO-zaaksmappen (die door de LFO zelf zijn geanalyseerd en op basis waarvan teksten zijn aangeleverd aan het WODC).

- De LFO signaleert de (her)introductie van (nieuwe) productieprocessen, pre-precursoren en de productie en de bewerking van nieuwe psychoactieve stoffen.
- Volgens de LFO vindt steeds vaker import van precursoren voor PMK plaats. Ook treft de LFO sinds 2011 APAAN omzettingslaboratoria aan (voor BMK).

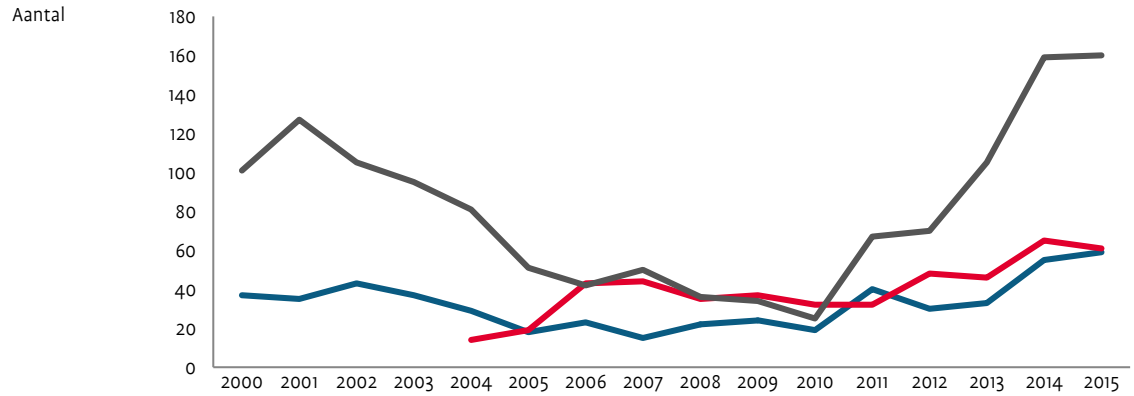
Ontmantelde productielocaties van synthetische drugs en drugsdumpingen

De afdeling Specialistische Ondersteuning van de Dienst Landelijke Recherche van de Landelijke Eenheid van de politie houdt meldingen bij over productielocaties, opslagplaatsen en dumpingen van synthetische drugs. Dit doet deze afdeling in het kader van het European Reporting on Illicit Synthetic Substance Production sites (ERISSP). Het eerste volledig ingevulde jaar was 2014. De cijfers zijn gebaseerd op die van de LFO, de Dienst Informatieknooppunt van de Landelijke Recherche, de eenheid Limburg en door de afdeling zelf vergaarde informatie. Deze cijfers worden (ook) doorgegeven aan Europol en het EMCDDA. Ze zijn mogelijk incompleet omdat niet alles wordt gemeld bij de politie en de politie niet alles meldt aan landelijke instanties. De afdeling stelt met nadruk dat het cijfers zijn van "dat wat zij weet". In een aantal gevallen heeft de afdeling Specialistische Ondersteuning aannames gedaan voor wat betreft dumpingen.

- Het aantal aangetroffen productieplaatsen, opslagplaatsen en dumpingen vertoont sinds 2011 een stijgende lijn. In 2014 en 2015 zijn de aantallen relatief hoog (figuur 13.1). In de eerste helft van 2016 zijn het er ook al relatief veel. Vooral het aantal afvaldumpingen is de laatste jaren zeer toegenomen.
- De LFO ziet een trend dat als gevolg van geoptimaliseerde processen en productieapparatuur hogere opbrengsten worden gerealiseerd. De zuiverheid van de thans geproduceerde MDMA-tabletten is hoog. Daarnaast neemt de LFO in 2015 en 2016 een toename waar van wereldwijde inbeslagnames van aan Nederland gerelateerde postpakketten.
- Er zijn 59 meldingen van ontmantelde productielocaties in Nederland in 2015. In 2014 waren het er 55. In de eerste helft van 2016 zijn het er (al) 36.

- Het merendeel van de ontmantelingen in 2015 en 2016 betreft volgens de LFO amfetaminelaboratoria. De LFO rapporteert echter ook een sterke toename van het aantal MDMA-gerelateerde productieplaatsen (waar ecstasy gesynthetiseerd en/of getabletteerd wordt), soms in combinatie met PMK-omzettingslaboratoria. De LFO is in 2015 enkele malen ingezet bij productieplaatsen en/of dumpingen waar materialen werden aangetroffen gerelateerd aan de productie van mefedron.
- De meeste meldingen komen in 2015 uit de provincie Noord-Brabant, Limburg en Zuid-Holland. In deze provincies was er een toename ten opzichte van 2014. In Gelderland, dat 10 meldingen had in 2014, zijn er in 2015 minder meldingen (4). Op de 59 locaties vonden 100 verschillende processen plaats. Er werd bijvoorbeeld zowel APAAN omgezet naar BMK als amfetamine geproduceerd uit BMK.
- In 2015 zijn 61 opslagplaatsen gemeld. Dit zijn er 4 minder dan in 2014. In de eerste helft van 2016 zijn het er 36.
- In de provincie Noord-Brabant zijn in 2015 verreweg de meeste opslagplaatsen geregistreerd (30), daarna volgt Limburg (15). In de andere provincies zijn het er (veel) minder. In Noord-Brabant is er een afname ten opzichte van 2014, in Limburg een toename.
- Het aantal geregistreerde dumpingen is in 2015 ongeveer gelijk aan 2014: 160 en 159 resp. (figuur 13.1). In de eerste helft van 2016 zijn er al 89 gemeld. Volgens de LFO worden vaker grote hoeveelheden tegelijk gedumpt.
- Dumpingen zijn in 2015 het vaakst gemeld in Limburg, daarna volgen Noord-Brabant en Gelderland (figuur 13.2). In Limburg en Gelderland stijgt het aantal, terwijl in Noord-Brabant sprake is van een daling. In de andere provincies is het aantal dumpingen (veel) lager. In enkele provincies is een toename te zien, maar dat betreft geringe aantallen.
- De dumpingen in Gelderland vonden plaats in het aan Noord-Brabant grenzende deel van de provincie (T.K. Aanhangsel-2481, 2016). De toename in Gelderland zou kunnen wijzen op een verplaatsing van dumplocaties als gevolg van de geïntensiveerde aanpak in het zuiden van het land (T.K. Aanhangsel-2481, 2016). Bij de cijfers moet aangetekend worden dat niet alle dumpingen bij de LFO gemeld worden. De provincies Limburg en Noord-Brabant melden zelf grotere aantallen: 106 en 63 respectievelijk in 2015 (T.K. Aanhangsel-2481, 2016; zie ook recent onderzoek van Schoenmakers et al. uit 2016, dat andere aantallen noemt).
- MDMA-resten van ecstasy-productie zijn ook aangetroffen in maïsplanten. De aangetroffen gehaltes vormen naar het oordeel van bureau risicobeoordeling van de Nederlandse Voedsel- en Waren Autoriteit geen gevaar voor de dier- en volksgezondheid (T.K. Aanhangsel 1762, 2016).

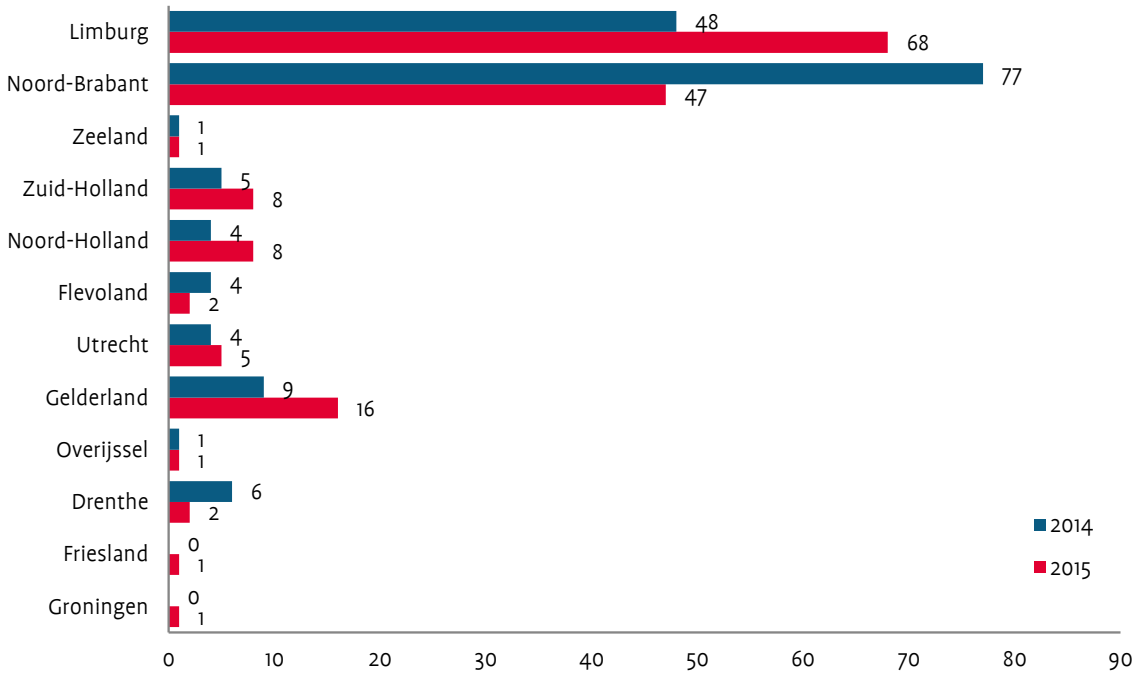
Figuur 13.1 **Aantal aan de Landelijke Eenheid gemelde ontmantelde productie- en opslaglocaties en afvaldumpingen van de productie van synthetische drugs, 2000-2015**



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Productielocaties	37	35	43	37	29	18	23	15	22	24	19	40	30	33	55	59
Opslagplaatsen					14	19	43	44	35	37	32	32	48	46	65	61
Afvaldumpingen	101	127	105	95	81	51	42	50	36	34	25	67	70	105	159	160

Bronnen: Jaarverslagen synthetische drugs en precursoren, 2010; 2012; voor 2010-2015: ERISSP meldingen 2014-2015 en eerste helft 2016, afdeling Specialistische Ondersteuning, Dienst Landelijke Recherche, 2016.

Figuur 13.2 Aantal aan de Landelijke Eenheid gemelde dumplocaties in 2014 en 2015, per provincie



Bron: ERISSP meldingen, afdeling Specialistische Ondersteuning, Dienst Landelijke Recherche, 2016.

GHB

- Uit recent onderzoek is gebleken dat de GHB-markt een sterk lokaal karakter heeft. Het onderzoek is uitgevoerd in vier plattelandsgebieden waar de meest opvallende 'brandhaarden' van GHB worden waargenomen (Nabben en Korf, 2016). GHB kwam daar rond het jaar 2000 op de markt. De onderzoekers rapporteren dat de sociale afstand tussen dealers en gebruikers klein is; ze kennen elkaar soms al lang en/of zijn familie van elkaar. De grondstof voor GHB is GBL. Toen er in de loop van de tijd (2006-2010) behalve GHB ook steeds meer GBL in omloop kwam via (bovenlokale) GBL-producenten, zijn meer gebruikers zelf thuis GHB gaan bereiden. Sommigen zijn zelf ook GHB gaan dealen. GHB werd ook goedkoper: de prijs daalde van € 200 naar € 100 per liter.
- Sinds GHB in 2012 op lijst I van de Opiumwet is geplaatst (en politie en justitie hun aanpak daardoor kunnen verstevigen), is de aanpak van producenten en dealers door de politie geïntensiveerd. Ook is bestuursrechtelijk opgetreden. Dit leidt soms tot kortstondige schaarste in het aanbod en paniek bij verslaafde gebruikers. In 2013 heeft het Openbaar Ministerie GBL-leveranciers per brief verzocht om de verkoop te staken. Hierna is GHB moeilijker verkrijgbaar geworden en de prijs weer gestegen naar circa € 200 (zie ook § 9.8). In 2014 lijkt de markt zich volgens de onderzoekers weer te herstellen. GBL wordt onder andere vanuit Duitsland aangevoerd en sommige leveranciers zijn weer actief via internet. Internet speelt voor de aanschaf van GBL een grotere rol dan bij GHB (Nabben en Korf, 2016).
- De GHB-markt op het niveau van ervaren gebruikers wordt beschreven als een mix van zelf maken, kopen, (door)verkopen, weggeven en gratis krijgen. Zelf bestellen via internet komt zelden voor (Nabben en Korf, 2016).

Geruimde hennepkwekerijen

De cijfers over aantallen geruimde kwekerijen zijn sinds 2012 completer dan die van de jaren daarvoor, al is niet zeker dat ze sindsdien geheel compleet zijn. De verbetering komt met name door een betere

registratie en doordat er nu 'eenheidscoördinatoren' van de politie sturen op dit proces. De cijfers over 2015 komen van de 10 regionale politie-eenheden en de Landelijke Eenheid.

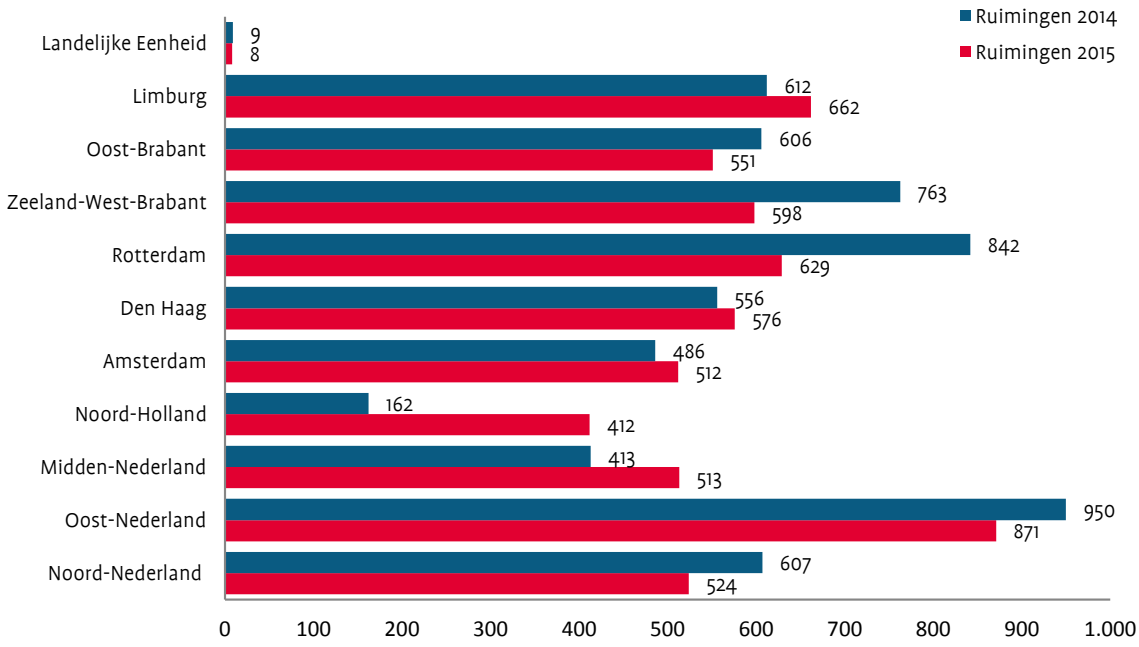
- In 2015 zijn volgens de registratie ruim 5.800 kwekerijen geruimd, minder dan in 2014 en 2013 (tabel 13.2).
- Bij de politie-eenheden Oost-Nederland, Limburg en Rotterdam vinden in 2015 de meeste ruimingen plaats (respectievelijk 871, 662 en 629; figuur 13.3). Hierbij moet aangetekend worden dat Oost-Nederland de grootste regionale eenheid van de politie is en bestaat uit 5 voormalige regio's.

Tabel 13.2 Aantal geruimde hennepkwekerijen, 2005-2015

	2005[I,II]	2006[I,II]	2007	2008[II]	2009[II]	2010	2011[III]	2012[III]	2013	2014	2015
Aantal	5.610	6.516	5.242	4.731	4.727	5.620	5.435	5.773	5.962	6.006	5.856

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: Politie, Landelijke Eenheid, Dienst Landelijke Informatieorganisatie, 2016.

Figuur 13.3 Aantal geruimde hennepkwekerijen in 2014 en 2015, naar politie-eenheid



Bron: Politie, Landelijke Eenheid, Dienst Landelijke Informatieorganisatie, 2016.

- Het overgrote deel betreft binnenkwekerijen (5.573), slechts een fractie betreft buitenteelt (283; dit is 5%). Buitenkwekerijen worden vooral in Limburg gerapporteerd (118 maal). De binnenkwekerijen worden aangetroffen in huurpanden, kooppanden en bedrijfspanden.
- In totaal zijn bij de ruimingen in 2015 ruim 994 duizend planten in beslag genomen, minder dan in 2014, toen het er 1.600.000 waren. In 2015 zijn het gemiddeld 170 planten per kwekerij (268 in 2014). Verder zijn ruim 12.500 moederplanten in beslag genomen (in 2014: 10.500), ruim 495.500 stekken (in 2014: 228.000) en ruim 1.900 kilo henneptoppen (in 2014: 2.000). De meeste planten, moederplanten, stekken en toppen zijn in Oost-Nederland geregistreerd.

- Alle ontmantelingen vinden op strafrechtelijke basis plaats. In een aantal gevallen is de ruiming gedaan door de gemeente, na constatering van een gevaarlijke situatie in een kwekerij. In de meeste gevallen is dat brandgevaar. Nadat strafrechtelijk is binnengetreden op grond van de Opiumwet wordt het ruimen van de kwekerij overgedragen aan de gemeente. De gemeente gaat dan "bestuurlijk ruimen".
- Het Openbaar Ministerie en de Nationale Politie rapporteren een trend dat het aantal grammen per plant behoorlijk is gestegen (omdat de toppen vele malen groter zijn dan voorheen) (Rapportage aanpak, 2016).

Prijzen van hennep

Het Coördinatiepunt Nationaal Netwerk Drugsexpertise houdt de drugsprijzen bij in een landelijk informatiesysteem. De politie-eenheden kunnen zelf hun informatie in dit systeem invoeren. Voor de meeste drugs is het aantal meldingen te klein om een betrouwbaar beeld te krijgen, maar voor hennep kunnen enkele prijzen gegeven worden voor de periode 2012-2014. Het gaat om prijzen op handelsniveau.

- De gemiddelde prijs voor een kilo droge hennep liep op van € 3.349 in 2012 naar € 3.820 in 2013 en € 4.111 in 2014 (dit is berekend over in totaal 74 meldingen). De droge hennep is duurder geworden, ook als rekening gehouden wordt met de algemene prijsindex. De gemiddelde prijs over de drie jaren is € 3.770.
- De gemiddelde prijs voor een kilo natte hennep was € 814 in 2012, € 875 in 2013 en € 864 in 2014 (hierover zijn slechts 16 meldingen beschikbaar; deze prijzen zijn dan ook niet meer dan een indicatie). Er is geen trend waarneembaar. De prijs stijgt in 2013, maar daalt in 2014. De gemiddelde prijs over de drie jaren is € 844.
- De gemiddelde prijs van hennepstekken in 2012 was € 3,03 per stuk, € 3,50 in 2013 en € 3,93 in 2014 per stuk (berekend op basis van 109 meldingen). De prijs voor een stek is gestegen, ook als de algemene prijsindex wordt verdisconteerd. De gemiddelde prijs over de drie jaren is € 3,39.

Drugshandel via internet

Tussen december 2015 en mei 2016 is onderzoek gedaan naar het internet als verkoopkanaal van drugs (Kruithof et al., 2016). Het onderzoek bestaat uit een literatuurstudie, interviews met experts, gegevensverzameling op de acht meest prominente marktplaatsen op het 'dark net' (het deel van het internet dat opzettelijk verborgen is voor zoekmachines en alleen met speciale software te benaderen is), en bestudering van justitiële dossiers van personen die zijn vervolgd voor online drugshandel.

- Zowel op het voor iedereen toegankelijke deel van het internet (het 'clear net') als op het 'dark net' worden drugs aangeboden. De handel in drugs via het internet neemt toe. Sinds 2013 is de omzet van drugshandel op de cryptomarkets van het 'dark net' verdubbeld en het aantal verkopers verzesvoudigd.
- De mondiale omzet van de drugshandel op het dark net is beperkt vergeleken met schattingen van de traditionele offline drugshandel (12,6 miljoen euro tegen twee miljard euro per maand). De volumes waarin wordt gehandeld zijn meestal klein. Bijna 95% van de transacties heeft een handelswaarde van onder de 500 euro. Toch zorgen bestellingen met een waarde van duizend euro of meer voor een fors deel van de omzet.
- Mondiaal wordt de meeste omzet gegenereerd door handel in cannabis (31%), ecstasy (16%) en andere stimulantia (24%).
- Ongeveer 8% van de totale maandelijkse omzet is te herleiden naar Nederlandse aanbieders. Nederland komt hiermee op de vijfde plaats (na de VS, het VK, Australië en Duitsland). Ecstasy wordt relatief vaak aangeboden door Nederlandse verkopers, in de cannabishandel spelen ze een enigszins beperkte rol.

- In 2014 waren er 19 Nederlandse websites op het 'clear net' waarop NPS te koop zijn en die zich op de Nederlandse markt richten. Dit is een relatief laag aantal. Maar er zijn aanwijzingen dat vanuit Nederland tientallen NPS webshops gehost worden die zich richten op het buitenland.
- Het vertrouwen tussen kopers en verkopers is gedaald sinds 2013. Dit komt door het oprollen van cryptomarkets door de overheid en door oplichtingspraktijken van verkopers, kopers en beheerders van cryptomarkets. Er zijn wel technologische innovaties die oplichting zouden kunnen voorkomen, maar mogelijk maken cryptomarkets die op een centrale server draaien ook plaats voor een peer-to-peer systeem dat stabieler is en waarop ingrijpen door de overheid lastiger wordt.

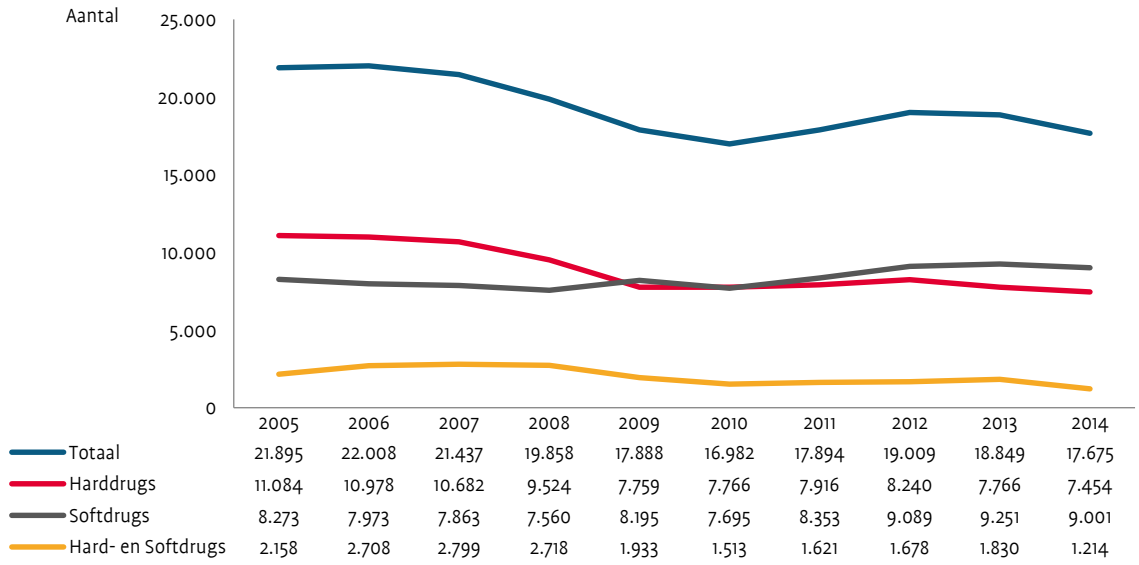
13.4 Opiumwetdelicten in de strafrechtsketen

Verdachten van Opiumwetdelicten bij de politie

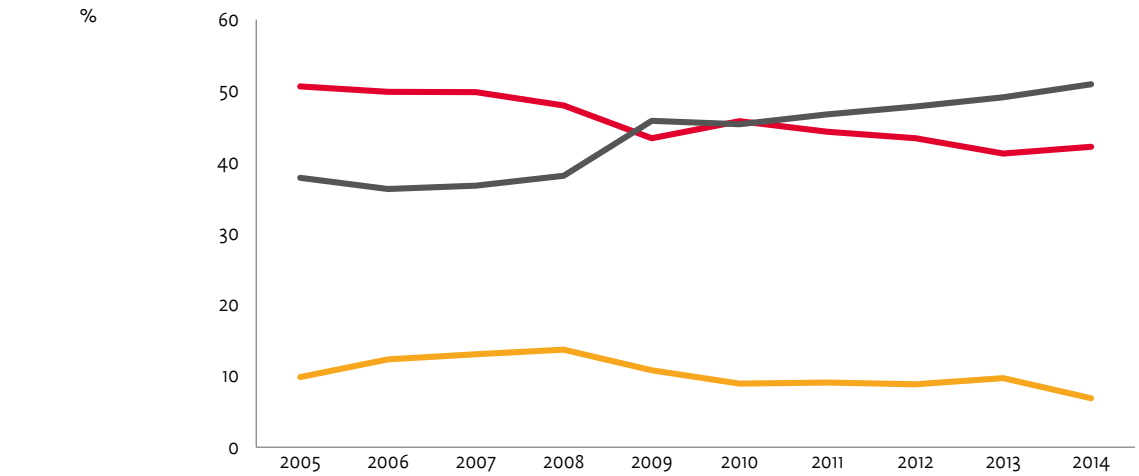
In alle voorgaande edities van de drugsmonitor is informatie over verdachten gehaald uit het HKS-systeem. Dit systeem wordt echter sinds 2015 niet meer gebruikt door de politie. In het andere politiesysteem BVI zijn vergelijkbare gegevens opgeslagen als in HKS. Het is echter niet haalbaar gebleken om voor dit onderzoek tijdig de overgang te maken naar BVI. Er is daarom geen nieuwe informatie gebruikt over verdachten bij de politie. In 2014 was het beeld als volgt:

- Het aantal verdachten van een Opiumwetdelict bij politie of Koninklijke Marechaussee bedroeg, volgens voorlopige cijfers, ruwweg 18 duizend en dat was minder dan in 2013 (figuur 13.4). De daling betrof vooral verdachten van gecombineerde hard- en softdrugsdelicten. Het aantal verdachten van harddrugsdelicten en van softdrugsdelicten daalde ook, maar minder.
- In 2014 werd 42% van de verdachten geverbaliseerd wegens een harddrugsdelict en 51% vanwege een softdrugsdelict. Het aandeel softdrugsverdachten was in 2014 al een aantal jaren hoger dan dat van harddrugsverdachten.
- Het aandeel verdachten van Opiumwetdelicten op alle verdachten nam in 2014 verder toe tot ruim 8,7%. De stijging (die er is sinds 2009) komt voornamelijk voor rekening van softdrugsverdachten.
- Verdachten van Opiumwetdelicten uit 2014 waren vooral mannen (tabel 13.3). Vrouwelijke verdachten worden vaker opgepakt voor softdrugsdelicten dan voor delicten met (ook) harddrugs. De verdachten zijn meestal tussen de 18 en 44 jaar.
- Voor 42% van de verdachten was het Opiumwetdelict uit 2014 het eerste geregistreerde delict. De rest is al eerder met de politie in aanraking geweest. Een derde heeft 5 of meer criminele antecedenten, 16% heeft er meer dan 10.

Figuur 13.4 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



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
% 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 13.3 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 criminele 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 een proces-verbaal is opgemaakt; het betreft antecedenten uit de totale criminele geschiedenis *inclusief* het huidige politiecontact. Bron: HKS, Landelijke Eenheid Politie, Dienst Landelijke Informatieorganisatie, 2015.

Voorbereidingshandelingen voor hennepteelt

Sinds maart 2015 zijn voorbereidingshandelingen voor de hennepteelt strafbaar op basis van artikel 11a van de Opiumwet (zie § 2.1.1).

- In het eerste jaar van het nieuwe artikel 11a zijn ruim 250 zaken ingestroomd in het strafrechtelijk systeem (T.K. 24077-368, 2016). Met name gaat het om growshophouders, maar ook om elektriciens en verhuurders van panden waarin hennep wordt geteeld.
- Bijna 70% van de zaken heeft het Openbaar Ministerie gedagvaard en ongeveer een kwart van deze zaken is inmiddels aan de rechter voorgelegd. Bij ongeveer 80% leidde de zaak tot een strafoplegging door de rechter.

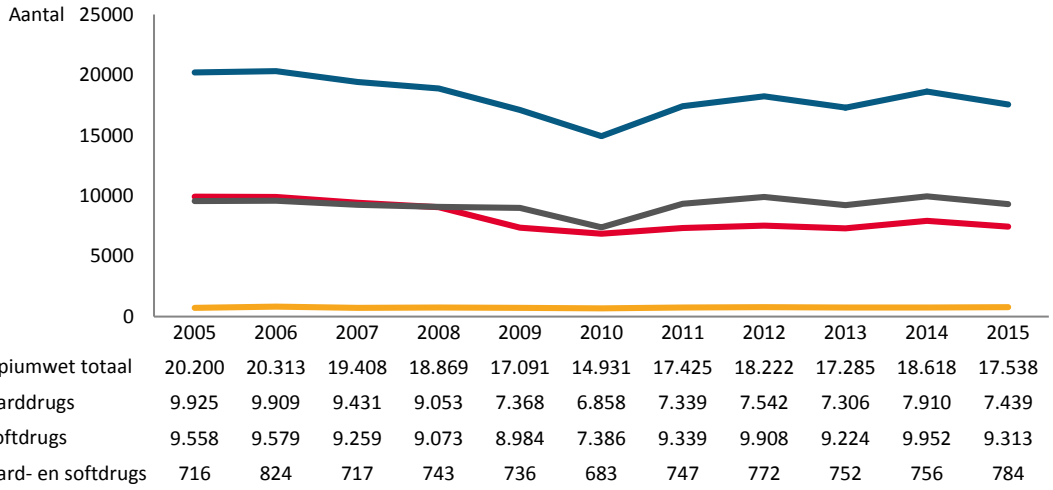
Instroom van Opiumwetzaken en -delicten bij het Openbaar Ministerie (OM)

Opiumwetdelicten worden conform de beleidsregels in de Aanwijzing Opiumwet van het Openbaar Ministerie 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.

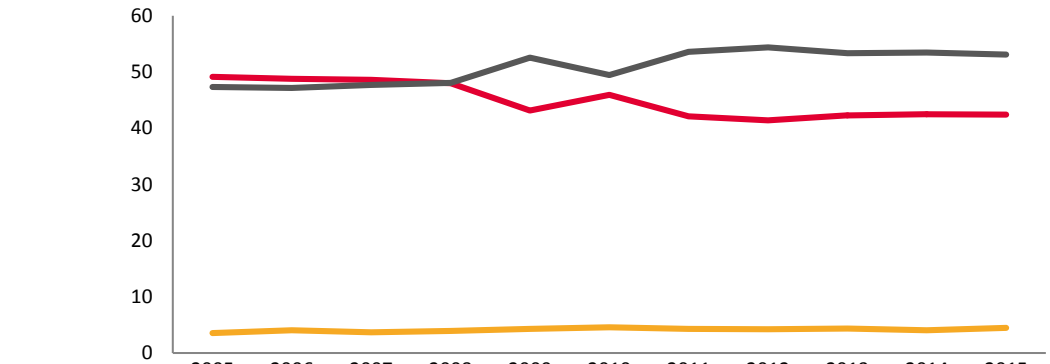
Figuur 13.5 laat zien hoeveel Opiumwetzaken in 2015 en in de periode 2005-2015 zijn ingestroomd bij het OM. De laatste cijfers wijzen op een daling van de totale instroom en een stabilisatie van de verhouding harddrugs- en softdrugszaken.

- In 2015 daalt de instroom met 6% naar 17.500. In 2014 was er een stijging ten opzichte van 2013; die is nu weer omgebogen. Soft- en harddrugszaken dalen even hard; het aantal van gecombineerde hard- en softdrugszaken stijgt (+4%).
- De zaken bij het OM betreffen vaker softdrugs (53%) dan harddrugs (42%; figuur 13.5). Deze verhouding bestaat ruwweg sinds 2009, daarvóór waren er nagenoeg evenveel (2008) of meer (2005-2008) harddrugszaken.
- Het aandeel Opiumwetzaken bij het OM op de totale instroom is in 2015 wel gegroeid tot ruim 9% (tabel 13.4). Dit komt doordat andere delicten naar verhouding meer zijn afgenomen. De stijging van dit aandeel door de jaren heen komt voornamelijk voor rekening van softdrugszaken.

Figuur 13.5 Opiumwetzaken[I] ingestroomd bij het Openbaar Ministerie, naar hard- en softdrugs[II], 2005-2015, in absolute aantallen en %



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Opiumwet totaal	20.200	20.313	19.408	18.869	17.091	14.931	17.425	18.222	17.285	18.618	17.538
Harddrugs	9.925	9.909	9.431	9.053	7.368	6.858	7.339	7.542	7.306	7.910	7.439
Softdrugs	9.558	9.579	9.259	9.073	8.984	7.386	9.339	9.908	9.224	9.952	9.313
Hard- en softdrugs	716	824	717	743	736	683	747	772	752	756	784



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
% Harddrugs	49	49	49	48	43	46	42	41	42	42	42
% Softdrugs	47	47	48	48	53	49	54	54	53	53	53
% Hard- en Softdrugs	4	4	4	4	4	5	4	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 13.4 Aandeel Opiumwetzaken op totale instroom OM, 2005-2015, in %[1]

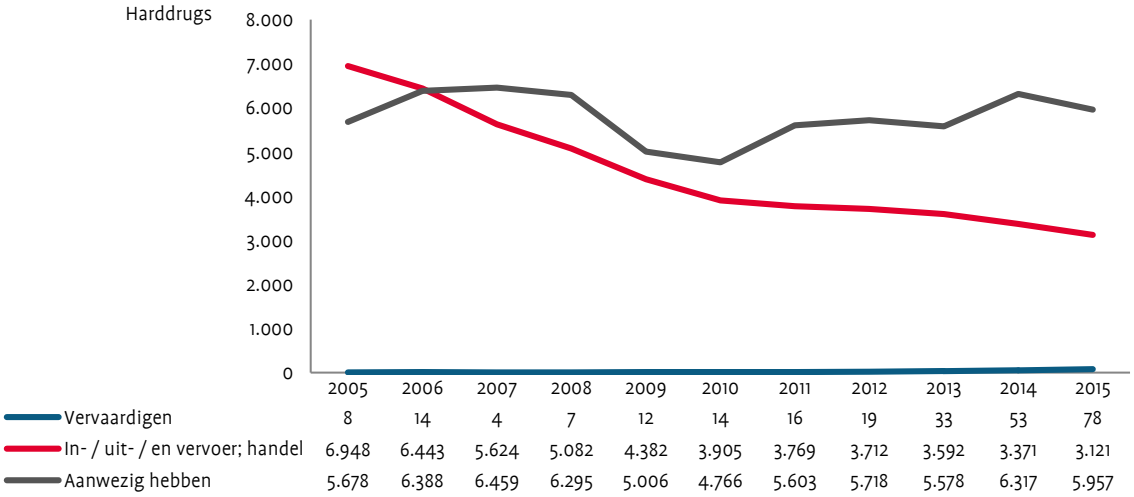
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
% Opiumwet	7,5%	7,5%	7,1%	7,1%	7,3%	7,0%	7,5%	8,0%	8,2%	8,8%	9,2%
Zaken totaal (afgerond, *1.000)	269	270	275	264	234	214	232	227	210	211	190

I. Zaken totaal in duizendtallen. Bron: OMDATA/RACmin, WODC.

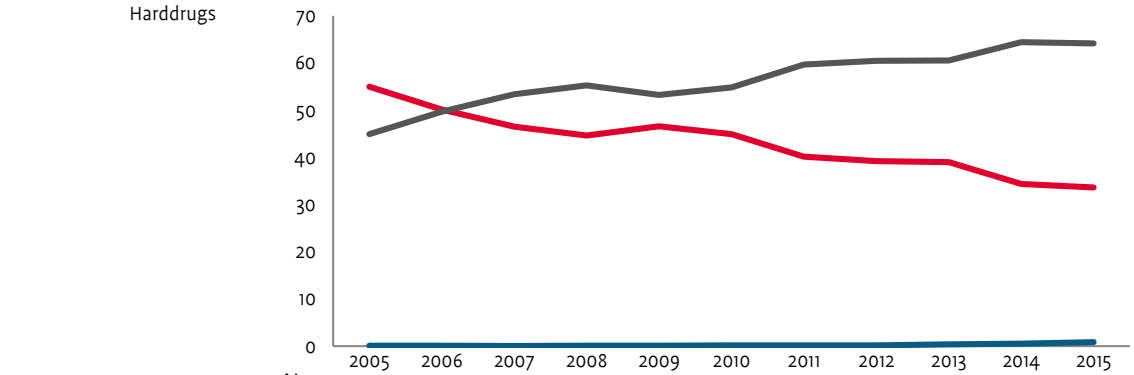
Figuur 13.6 laat de instroom van Opiumwetdelicten bij het OM zien voor harddrugs, onderverdeeld naar vervaardigen, in-, uit- en vervoer en handel, en aanwezig hebben, in de periode 2005-2015.

- Bij de harddrugsdelicten gaat het meestal – in 2015 in 64% van de gevallen – om het 'aanwezig hebben' (vrij vertaald: bezit) van harddrugs. Eerder onderzoek naar Opiumwetdelicten in de strafrechtsketen in 2012 liet zien dat het toen vooral ging om cocaïne en ecstasy/amfetamine (Kruize en Gruter, 2014; zie ook NDM Jaarbericht 2015). Het aantal 'bezitsdelicten' is in 2015 gedaald ten opzichte van 2014.
- In 34% van de gevallen gaat het om 'in-, uit- en vervoer en handel'. Het aantal harddrugsdelicten voor 'in- en uitvoer, vervoer en handel' laat een continue daling zien naar rond 3.100 in 2015. Dit is een brede categorie die op basis van het registratiesysteem van het OM niet verder te specificeren valt. In het eerdere onderzoek naar Opiumwetdelicten werd gevonden dat smokkel van harddrugs voor 95% betrekking had op cocaïne (Kruize en Gruter, 2014). Bij de overige typen handelsdelicten ging het ook meestal om cocaïne, met heroïne/opium op de tweede en synthetische drugs op de derde plaats. In 2015 betreft minder dan 1% het 'vervaardigen' (produceren) van harddrugs.
- Er worden weinig gevallen van 'vervaardigen' van harddrugs geregistreerd, maar het aantal neemt wel toe. Het aantal schommelde tussen 2005 en 2010 tussen de 7 en 14, met een minimum van 4 in 2007 (figuur 13.6). Vanaf 2010 is een stijging waarneembaar naar 53 in 2014. Dit aantal stijgt met ruim 50% naar 78 in 2015. Afgaande op andere cijfers in dit hoofdstuk (§ 13.2) en eerder onderzoek (Kruize en Gruter, 2014) gaat het hier om productie van synthetische drugs. Kruize en Gruter (2014) melden dat bij een ontmanteling van een productieplaats meestal geen drugs in beslag worden genomen, maar hardware of chemicaliën.

Figuur 13.6 Instroom van harddrugsdelicten bij het Openbaar Ministerie, naar vervaardigen, in-/uit- / vervoer en handel, aanwezig hebben, 2005-2015, in absolute aantallen en %



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Vervaardigen	8	14	4	7	12	14	16	19	33	53	78
In- / uit- / en vervoer; handel	6.948	6.443	5.624	5.082	4.382	3.905	3.769	3.712	3.592	3.371	3.121
Aanwezig hebben	5.678	6.388	6.459	6.295	5.006	4.766	5.603	5.718	5.578	6.317	5.957



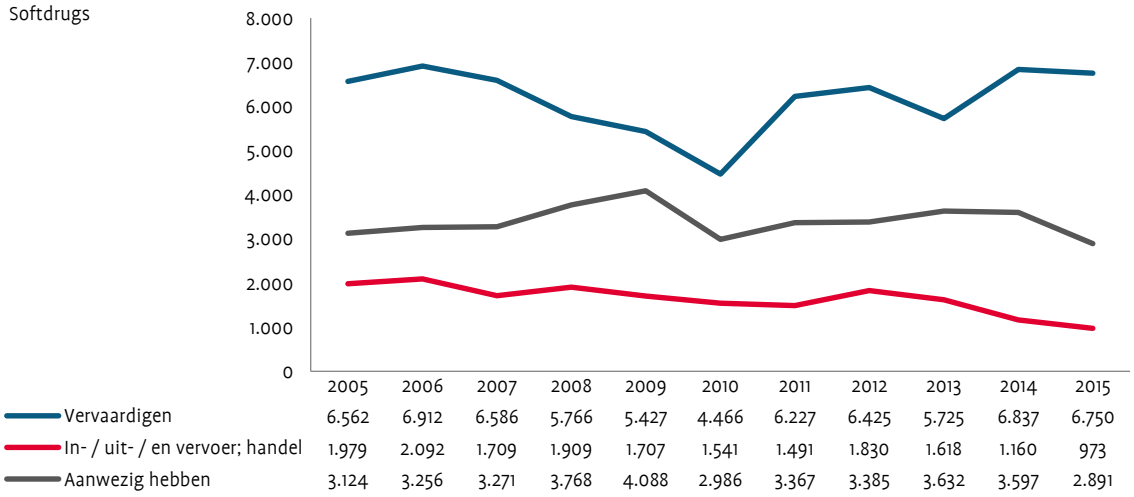
N=	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
	12.637	12.849	12.092	11.386	9.403	8.693	9.392	9.459	9.208	9.806	9.281
% Vervaardigen	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,4	0,5	0,8
% In- / uit- / en vervoer; handel	55	50	47	45	47	45	40	39	39	34	34
% Aanwezig hebben	45	50	53	55	53	55	60	60	61	64	64

Figuur 13.7 laat de instroom van Opiumwetdelicten bij het OM zien voor softdrugs, onderverdeeld naar vervaardigen, in-, uit- en vervoer en handel, en aanwezig hebben, in de periode 2005-2015. Kruize en Gruter (2014) lieten zien dat het bij de softdrugs in 2012 voor 97% ging om hasj of wiet. Andere softdrugs komen heel weinig voor bij het OM.

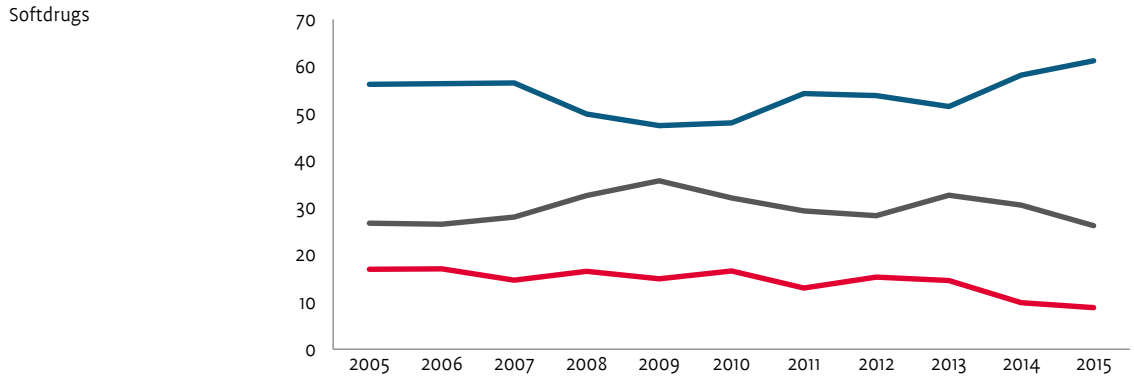
- Bij de softdrugsdelicten gaat het in 2015 in een kwart (26%) van de gevallen om het 'aanwezig hebben' (bezit) van softdrugs. In 9% gaat het om 'in- en uitvoer, vervoer, handel'. In de meeste gevallen (61%) gaat het om het 'vervaardigen' van softdrugs – lees: het telen van nederwiet (figuur 13.7).
- In 2015 vallen rond 6.800 delicten in de categorie 'vervaardigen van softdrugs', evenals in 2014. De delicten daalden na 2005, tot 2010. Daarna klimt het aantal omhoog naar ruim 6.000, met een dip in 2013.
- Het aantal softdrugsdelicten in de categorie 'in- en uitvoer, vervoer en handel' was in 2015 lager (-16%) dan in 2014 en vertoont door de jaren heen een dalende trend. Het aandeel voor in- en uitvoer, vervoer en handel van softdrugsdelicten daalt van 17% in 2005 naar 9% in 2015.
- Het absolute aantal delicten in de categorie 'aanwezig hebben' daalt in 2015 ten opzichte van 2014 met 20%. Het aandeel van het delict 'aanwezig hebben van softdrugs' schommelt ruwweg rond de 30% en komt in 2015 met 26% wat lager uit.

- 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 61% in 2015.

Figuur 13.7 Instroom van softdrugsdelicten bij het Openbaar Ministerie, naar vervaardigen, in-/uit- / vervoer en handel, aanwezig hebben, 2005-2015, in absolute aantallen en %



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Vervaardigen	6.562	6.912	6.586	5.766	5.427	4.466	6.227	6.425	5.725	6.837	6.750
In- / uit- / en vervoer; handel	1.979	2.092	1.709	1.909	1.707	1.541	1.491	1.830	1.618	1.160	973
Aanwezig hebben	3.124	3.256	3.271	3.768	4.088	2.986	3.367	3.385	3.632	3.597	2.891



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
N=	11.674	12.270	11.657	11.557	11.441	9.296	11.484	11.944	11.116	11.762	11.031
% Vervaardigen	56	56	56	50	47	48	54	54	52	58	61
% In- / uit- / en vervoer; handel	17	17	15	17	15	17	13	15	15	10	9
% Aanwezig hebben	27	27	28	33	36	32	29	28	33	31	26

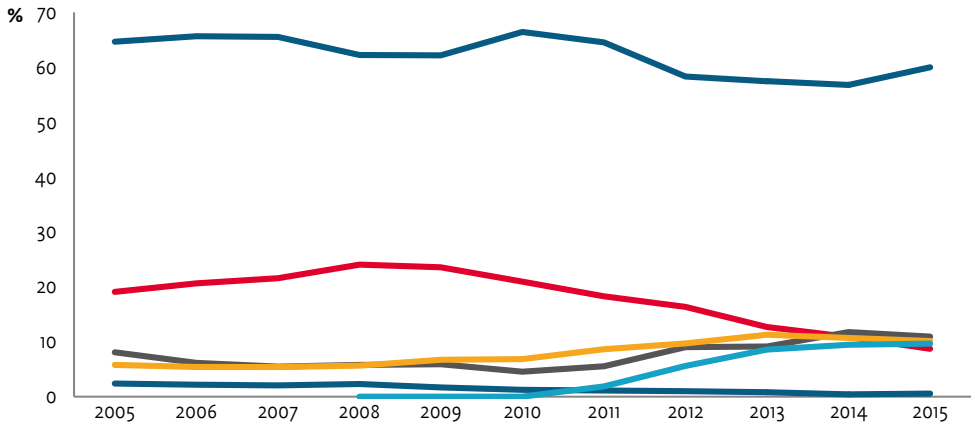
Beslissingen door het Openbaar Ministerie in Opiumwetzaken

De meeste verdachten van een Opiumwetdelict worden door het OM voor de rechter gebracht, ofwel: gedagvaard (figuur 13.8).

- In 2015 geldt dit voor 60% van het totaal aantal afgedane zaken. Dit is 3 procentpunten meer dan in 2014, toen het 57% was. Het aandeel daalde tussen 2010 en 2014, hetgeen mogelijk te maken heeft met het gegeven dat het OM meer zaken zelf sanctioneerde met een strafbeschikking.
- Het aandeel transacties bedraagt 9% in 2015, waar dit in 2014 nog 11% was. Dit aandeel daalt sinds jaren. Meestal gaat het hierbij om financiële transacties (ofwel "geldsom transacties"), maar ook vergoeding van schade en taakstraffen vallen hieronder. In 2015 waren er ruim 800 financiële transacties in Opiumwetzaken, in 2014 waren het er nog 1.100.
- In 2015 daalt het aandeel beleidssepots naar 11%. In 2014 kwam het uit op 12%. Sinds 2010 steeg het aandeel beleidssepots (was 5% in 2010). In 2015 is aan die stijging een einde gekomen.

- Het aandeel technische sepots daalt in 2015 naar 10%. Dit aandeel steeg de afgelopen jaren en kwam in 2014, evenals in 2013, nog uit op 11%. In 2010 kwam dit nog voor in 7% van de Opiumwetzaken. Voegingen komen weinig voor.
- In 2015 stijgt het aandeel van strafbeschikkingen naar 10% van de zaken. Dit was 9% in 2014 en in het jaar daarvoor. In 2011 kwamen de eerste strafbeschikkingen bij Opiumwetdelicten in beeld. Het aandeel van de strafbeschikkingen was toen bij de start 2%.

Figuur 13.8 Afdoening Openbaar Ministerie in Opiumwetzaken, 2005-2015[1], in %



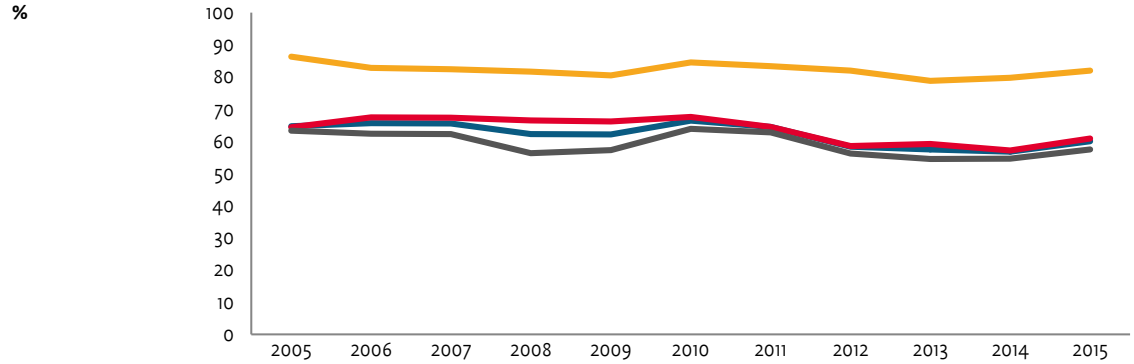
N=	2005 19.815	2006 20.516	2007 18.520	2008 18.785	2009 17.130	2010 19.815	2011 14.948	2012 17.113	2013 16.962	2014 17.339	2015 17.781
% Dagvaarding	65	66	66	62	62	66	65	58	57	57	60
% Transactie	19	21	22	24	24	21	18	16	13	11	9
% Beleidssepot	8	6	5	6	6	5	6	9	9	12	11
% Technisch sepot	6	5	5	6	7	7	9	10	11	11	10
% Voeging	2	2	2	2	2	1	1	1	1	0	1
% Strafbeschikking				0	0	0	2	6	9	9	10

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 13.9).

- Harddrugszaken worden in 2015 vaker gedagvaard dan softdrugszaken (61% tegen 57%). Het aandeel dagvaardingen is echter het hoogst als het gaat om zaken met een combinatie van hard- én softdrugs (82%).
- In 2015 is het aandeel strafbeschikkingen het hoogst bij harddrugszaken (12%). Bij softdrugszaken is dit 9% en bij gecombineerde drugszaken 4% (niet in figuur).
- Het aandeel beleidssepots is in 2015 het hoogst bij softdrugszaken (12%), direct gevolgd door harddrugszaken (11%). Bij gecombineerde drugszaken is dit 4%. Technische sepots komen in recente jaren het meest voor in softdrugszaken. In 2015 is dit aandeel 13%, evenals in 2014, waar het bij harddrugszaken 7% is (was 8% in 2014) en bij zaken met hard- en softdrugs 6% is (was 7% in 2014; niet in figuur).

Figuur 13.9 Aandeel dagvaardingen in Opiumwetzaken Openbaar Ministerie, naar harddrugs, softdrugs en hard- en softdrugs[1], 2005-2015, in %



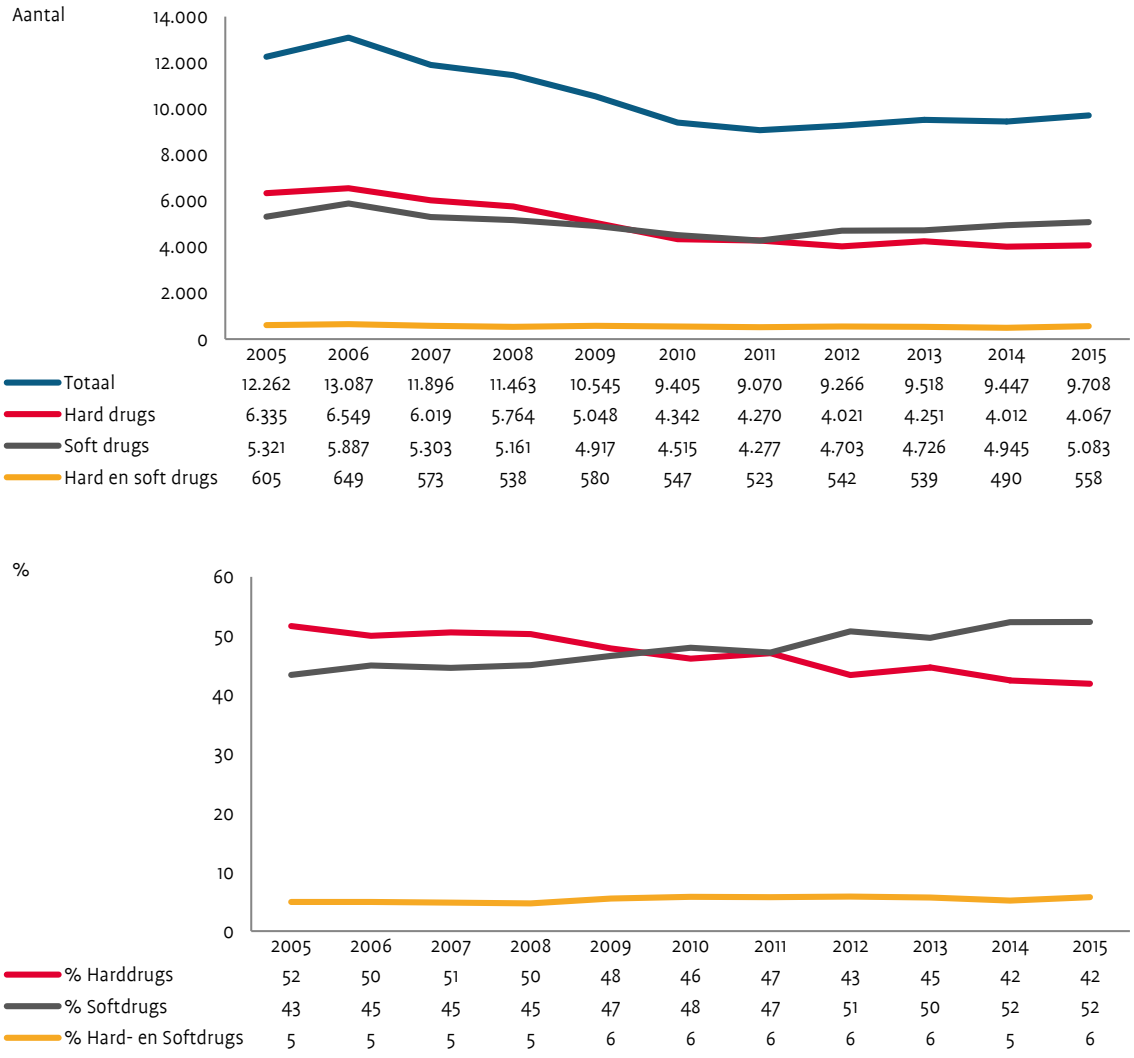
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
% Totaal	65	66	66	62	62	66	65	58	57	57	60
% Harddrugs	64	67	67	66	66	68	64	59	59	57	61
% Softdrugs	63	62	62	56	57	64	63	56	55	55	57
% Hard- en Softdrugs	86	83	82	82	80	85	83	82	79	80	82

I. De totale aantallen (N) zijn exclusief administratieve sepots en overdrachten. Bron: OMDATA/RACmin, WODC.

Afdoening door de rechter in eerste aanleg

- Het totaal aantal afdoeningen van Opiumwetzaken door de rechter is in 2015 met 3% gestegen ten opzichte van 2014 (figuur 13.10).
- In 2015 blijft het aantal harddrugszaken constant en is er een toename van de combinatiezaken. De eerder al geconstateerde toename bij de softdrugszaken wordt gecontinueerd (figuur 13.10).
- In 2015 is – evenals in 2014 – 52% een softdrugszaak en 42% een harddrugszaak (figuur 13.10). Een betrekkelijk klein deel – 6% in 2015, was 5% in 2014 – betreft de gecombineerde hard- en softdrugszaken. Op langere termijn laat het aandeel softdrugszaken een stijgende lijn zien, dat van harddrugszaken een dalende. De gecombineerde zaken blijven op een niveau van 5% à 6%.

Figuur 13.10 Door de rechter afgedane Opiumwetzaken in eerste aanleg, naar hard- en softdrugs, 2005-2015[I], aantallen en %



I. Per verdachte kan meer dan een zaak geregistreerd zijn. Bron: OMDATA/RACmin, WODC.

- In 2015 vormen Opiumwetzaken 9% van het totale aantal door de rechter in eerste aanleg afgedane zaken (niet alleen Opiumwet maar alle zaken), evenals in 2014 (tabel 13.5). Vanaf 2009 tot en met 2014 steeg het aandeel, na een daling in de voorafgaande jaren. De stijging komt voornamelijk voor rekening van softdrugszaken.

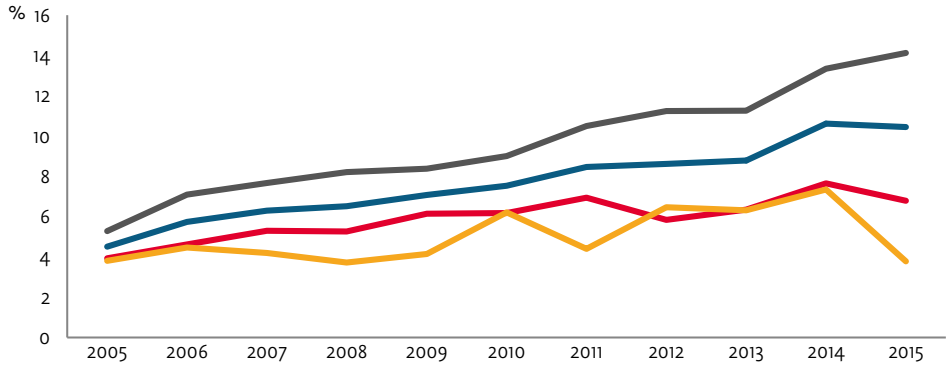
Tabel 13.5 Aandeel (%) van door de rechter afgedane Opiumwetzaken[I,II] 2005-2015

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
% Opiumwet	8,4%	8,9%	8,5%	8,1%	7,6%	7,8%	7,8%	8,5%	8,8%	8,9%	8,9%
Zaken totaal (afgerond, *1.000)	145	147	139	140	139	119	116	109	108	107	110

I. Zaken totaal in duizendtallen. II. Per verdachte kan meer dan een zaak geregistreerd zijn. Bron: OMDATA/RACmin, WODC.

- Het aandeel vrijspraken in Opiumwetzaken door de rechter in eerste aanleg daalt in 2015 naar 10% (figuur 13.11). Het nam tot en met 2014 toe tot 11%. Het aandeel vrijspraken voor Opiumwetzaken is in 2015 één procentpunt lager dan bij alle misdrijfzaken (10%). Ook het aandeel vrijspraken bij alle misdrijfzaken stijgt, analoog aan de Opiumwetzaken, maar komt in de beschouwde periode steeds iets hoger uit, met uitzondering van 2014, toen het aandeel vrijspraken in Opiumwetzaken wat hoger uitkwam (hier gehanteerde bron voor vrijspraak alle misdrijfzaken: Kalidien en De Heer – de Lange, 2015).
- Het aandeel vrijspraken stijgt in 2015 bij softdrugszaken: in 2015 beslist de rechter in eerste aanleg in 14% 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, om in 2015 (iets) te dalen naar 7%. Het aandeel vrijspraken is gemiddeld het laagst bij de gecombineerde hard- en softdrugszaken. Dit aandeel stijgt van 4% naar 7% in 2014 en daalt scherp in 2015, naar 4%.

Figuur 13.11 Aandeel vrijspraak in eerste aanleg naar soort Opiumwetdelict, 2005-2015[I]



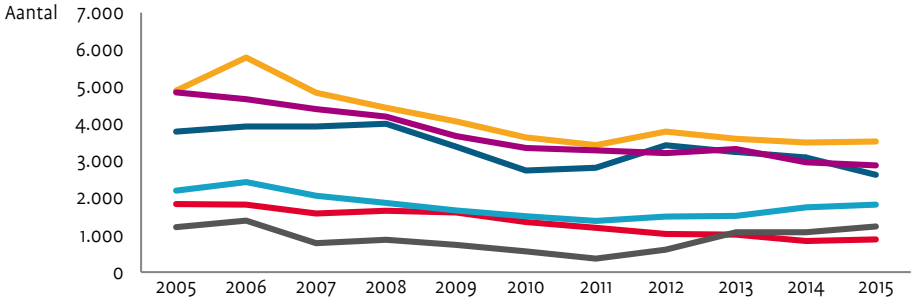
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
% Totaal	5	6	6	7	7	8	8	9	9	11	10
% Harddrugs	4	5	5	5	6	6	7	6	6	8	7
% Softdrugs	5	7	8	8	8	9	10	11	11	13	14
% Hard- en Softdrugs	4	4	4	4	4	6	4	6	6	7	4

I. Inclusief een aantal van totaal 100 ontslagen van rechtsvervolging over de gehele periode 2005-2015.

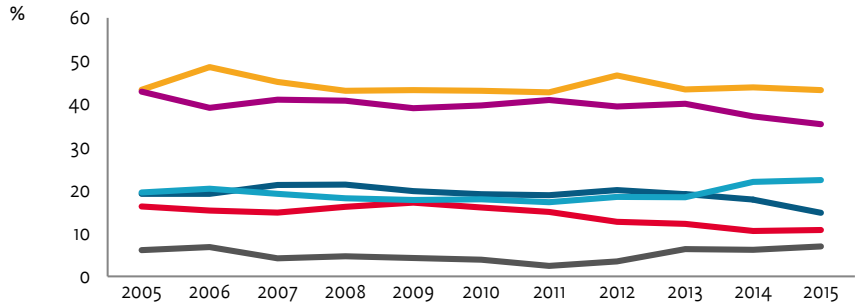
Sancties OM en rechter

Figuur 13.12 laat zien in hoeveel Opiumwetzaken een bepaald type sanctie is opgelegd en figuur 13.13 in hoeveel zaken die sancties zijn opgelegd voor hard- en softdrugszaken afzonderlijk. Zowel de zaken met sancties door het OM als de zaken met sancties die de rechter oplegt, zijn weergegeven. Een onderscheid wordt gemaakt in de sanctiecategorieën "OM Financieel" (bestaande uit de zaken met aangeboden financiële transacties en opgelegde financiële strafbeschikkingen); "Rechter – Geldboete" (waarin de zaken met (deels) onvoorwaardelijke geldboetes zijn geteld); verder de zaken met een "Taakstraf – OM" en "Taakstraf – Rechter". 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 13.12 Opiumwetzaken naar sanctietype OM of rechter in eerste aanleg, 2005-2015, in aantal en %[1]



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
OM - Financieel (i)	3.789	3.925	3.927	4.002	3.388	2.738	2.818	3.422	3.242	3.092	2.624
Rechter - Geldboete (ii)	1.836	1.816	1.584	1.659	1.611	1.349	1.199	1.027	1.012	839	879
Taakstraf - OM (iii)	1.210	1.389	776	872	734	560	364	602	1.071	1.074	1.236
Taakstraf - Rechter	4.896	5.789	4.841	4.432	4.069	3.637	3.426	3.791	3.600	3.494	3.522
Vrijheidsstraf onvoorwaardelijk (iv)	4.848	4.664	4.397	4.199	3.673	3.347	3.286	3.207	3.319	2.959	2.879
Vrijheidsstraf voorwaardelijk	2.202	2.429	2.057	1.867	1.667	1.511	1.381	1.501	1.521	1.748	1.822



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
% OM - Financieel (i)	19	19	21	21	20	19	19	20	19	18	15
% Rechter - Geldboete (ii)	16	15	15	16	17	16	15	13	12	11	11
% Taakstraf - OM (iii)	6	7	4	5	4	4	2	4	6	6	7
% Taakstraf - Rechter	43	49	45	43	43	43	43	47	43	44	43
% Vrijheidsstraf onvoorwaardelijk (iv)	43	39	41	41	39	40	41	39	40	37	35
% Vrijheidsstraf voorwaardelijk	19	20	19	18	18	18	17	18	18	22	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 in Opiumwetzaken. Daarna volgen (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen (opgelegd door de rechter) en financiële sancties door het Openbaar Ministerie.

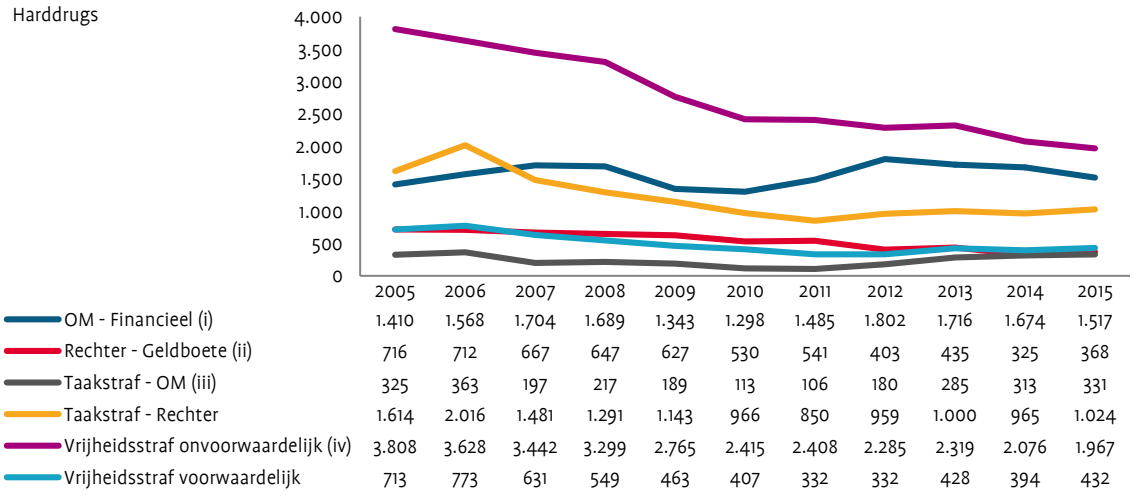
- Het aantal zaken waarin een taakstraf is opgelegd door de rechter stabiliseert de laatste jaren min of meer. Vanaf 2010 schommelt het aantal zaken waarin een taakstraf is opgelegd rond de 3.500. In 2015 legde de rechter ruim 3.500 taakstraffen op.
- In 2015 beslist het OM in 2.600 zaken tot een financiële 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. In 2015 is er een verdere daling.
- Het aantal zaken waarin het OM tot een taakstraf beslist neemt de afgelopen jaren toe. Ook in 2015 is er een toename; in 2014 waren het er bijna 1.000 en in 2015 ruim 1.200. De stijging van de afgelopen jaren komt voornamelijk voor rekening van de strafbeschikking, maar ook de zaken met een als transactie aangeboden taakstraf nemen enigszins toe.
- In 2015 zijn in bijna 2.900 Opiumwetzaken (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen opgelegd. Sinds 2005 is dit aantal in grote lijn afgenomen. Het aantal zaken waarin (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen opgelegd zijn daalt in de laatste twee jaren onder het niveau van 3.000.

- In 2015 komt het aantal door de rechter opgelegde geldboetes uit op minder dan 900, wat niet veel verschilt van 2014. Dit aantal is de afgelopen jaren steeds gedaald, vanaf ruim 1.800 in 2005. Die daling wordt in 2015 niet voortgezet.

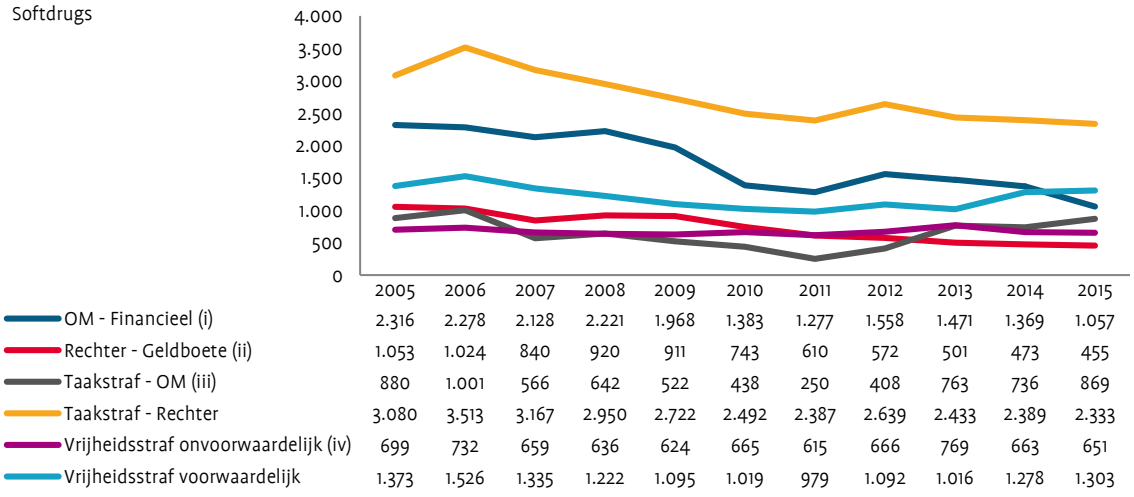
Wanneer gekeken wordt naar het aandeel (in %, zie figuur 13.12), dan geven de cijfers het volgende beeld:

- Het aandeel zaken waarin het OM besluit tot een financiële sanctie is 15% in 2015, minder dan in voorgaande jaren. Het aandeel zaken waarin de rechter een geldboete oplegt daalt eveneens, naar 11% in 2014 en 2015.
- Het aandeel zaken waarin het OM besluit tot een taakstraf is 7% in 2015, beduidend hoger dan de 6% in 2014. Dit aandeel stijgt de afgelopen jaren.
- Het aandeel zaken waarin de rechter een taakstraf oplegt, ligt tussen de 43% en 49%. In 2015 is dit 43%.
- Het aandeel zaken waarin de rechter een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf oplegt schommelt in de hele periode tot en met 2013 ruwweg rond de 40%, maar daalt in de recentste twee jaren naar 35% in 2015.
- Taakstraffen worden vooral opgelegd in softdrugszaken, onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen vooral in harddrugszaken (figuur 13.13). Voorwaardelijke vrijheidsstraffen worden voornamelijk aangetroffen bij softdrugszaken en in mindere mate bij harddrugszaken. In 2015 zijn meer voorwaardelijke vrijheidsstraffen opgelegd in softdrugszaken dan in 2014. De laatste jaren is hier een toename in te zien.

Figuur 13.13 Type sanctie in eerste aanleg in harddrugs- en softdrugszaken, 2005-2015, absolute aantallen



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
OM - Financieel (i)	1.410	1.568	1.704	1.689	1.343	1.298	1.485	1.802	1.716	1.674	1.517
Rechter - Geldboete (ii)	716	712	667	647	627	530	541	403	435	325	368
Taakstraf - OM (iii)	325	363	197	217	189	113	106	180	285	313	331
Taakstraf - Rechter	1.614	2.016	1.481	1.291	1.143	966	850	959	1.000	965	1.024
Vrijheidsstraf onvoorwaardelijk (iv)	3.808	3.628	3.442	3.299	2.765	2.415	2.408	2.285	2.319	2.076	1.967
Vrijheidsstraf voorwaardelijk	713	773	631	549	463	407	332	332	428	394	432



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
OM - Financieel (i)	2.316	2.278	2.128	2.221	1.968	1.383	1.277	1.558	1.471	1.369	1.057
Rechter - Geldboete (ii)	1.053	1.024	840	920	911	743	610	572	501	473	455
Taakstraf - OM (iii)	880	1.001	566	642	522	438	250	408	763	736	869
Taakstraf - Rechter	3.080	3.513	3.167	2.950	2.722	2.492	2.387	2.639	2.433	2.389	2.333
Vrijheidsstraf onvoorwaardelijk (iv)	699	732	659	636	624	665	615	666	769	663	651
Vrijheidsstraf voorwaardelijk	1.373	1.526	1.335	1.222	1.095	1.019	979	1.092	1.016	1.278	1.303

I. OM: Financieel (transactie en strafbeschikking). II. Rechter: Geldboete (deels) onvoorwaardelijk. III. Taakstraf - OM (f transactie en strafbeschikking). IV. Vrijheidsstraf (deels) onvoorwaardelijk. Bron: OMDATA/RACmin, bewerking WODC.

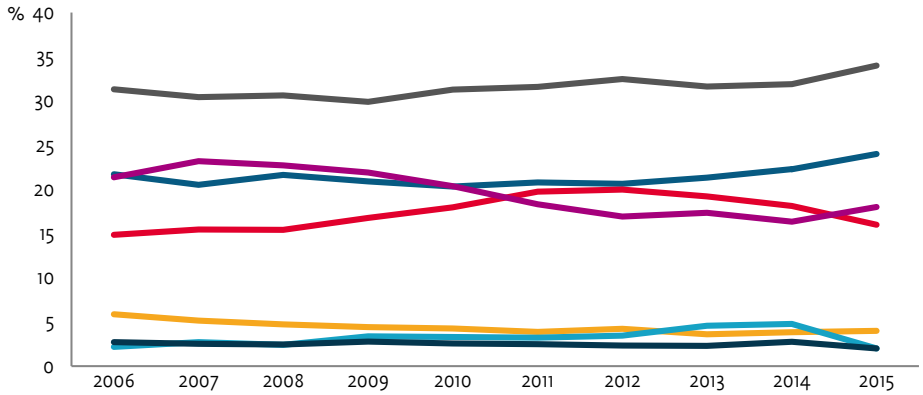
- Recent onderzoek naar de relatie tussen daderkenmerken en straftoemeting laat zien dat daders van Opiumwetdelicten in vergelijking met andere daders relatief zwaar worden bestraft met onvoorwaardelijke en voorwaardelijke gevangenisstraffen van langere duur en relatief weinig korte voorwaardelijke taakstraffen (Van Wingerden en Van Wilsem, 2014).

Opiumwetdelinquenten in de Nederlandse gevangenissen

- Van de bijna negen duizend personen die op 30 september 2015 in het gevangeniswezen verbleven, zat 18% daar vanwege een Opiumwetdelict (figuur 13.14). In 2014 was dit 16%. Tussen 2011 en 2013 was het 17%-18%, daarvóór lag het percentage hoger. De laatste jaren is het aandeel dus redelijk stabiel.
- Het absolute aantal personen dat gedetineerd is vanwege een Opiumwetdelict daalt in de periode 2006 tot en met 2015 aanzienlijk. In 2006 bedroeg dit aantal nog 2.574, in 2015 komt het uit op bijna 1.362 (niet in figuur; Van Rosmalen et al., 2011; Linckens et al., 2016). De daling doet zich ook voor bij de andere categorieën delicten en heeft dus niet specifiek met Opiumwetdelinquenten te maken.

- Oudere gedetineerden (50 plus) zitten relatief vaak vast voor een Opiumwetdelict. Ook bij vrouwelijke gedetineerden komen Opiumwetdelicten relatief vaak voor (Linckens et al., 2016).

Figuur 13.14 Aandeel[1] Opiumwetdelinquenten onder populatie in het gevangeniswezen (in %) vergeleken met vijf andere delictgroepen, peildatum 30 september, 2006 – 2015



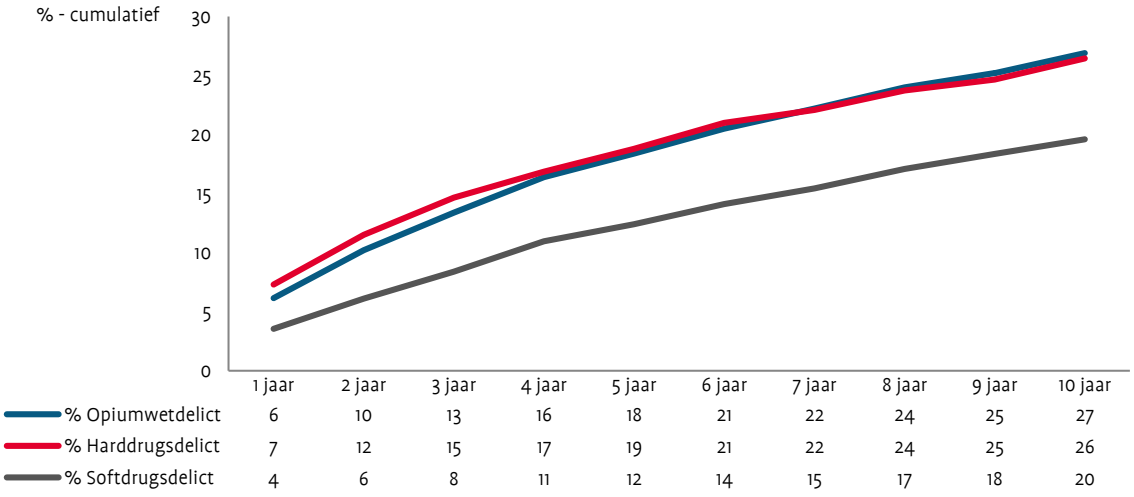
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
N=	12.051	11.110	10.424	10.275	10.357	10.130	9.844	9.219	8.550	7.719
Vermogen zonder geweld	22	20	22	21	20	21	21	21	22	24
Vermogen met geweld	15	15	15	17	18	20	20	19	18	16
Geweldsmisdrijven	31	30	31	30	31	32	32	32	32	34
Vernieling-openbare orde	6	5	5	4	4	4	4	4	4	4
Opiumwet	21	23	23	22	20	18	17	17	16	18
Verkeer	2	3	2	3	3	3	3	5	5	2
Overig	3	3	2	3	3	2	2	2	3	2

I. Berekening percentages zonder de categorie 'onbekend'. Geweldsmisdrijven is inclusief seksuele misdrijven. Verkeer is inclusief gijzelingen voor niet betaalde verkeersovertredingen. Indeling is gemaakt op basis van zwaarste delict. Bronnen: Van Rosmalen, Kalidien en De Heer – de Lange, 2011; Linckens, Valstar en Van Gemmert, 2016.

13.5 Stafrechtelijke recidive van Opiumwetdelinquenten

Opiumwetovertreders plegen na hun eerste vervolging of veroordeling naast Opiumwetdelicten ook andere delicten, waaronder ernstige. Figuur 13.15 laat zien hoeveel daders (in cumulatieve %) van een Opiumwetdelict na een observatieperiode van één tot tien jaar opnieuw een Opiumwetdelict plegen en hoe vaak ze opnieuw voor een hard- of softdrugsdelict worden gepakt. De figuur geeft de recidivepercentages voor daders die vervolgd werden in de periode 2000-2012. De uitkomsten over eerdere jaren verschillen een fractie van die van vorig jaar. Dit heeft te maken met 'data-evolutie'. De gegevens zijn onder meer gecorrigeerd voor tijd in detentie.

Figuur 13.15 Percentage (cumulatief) daders van Opiumwetdelicten c.q. harddrugs- of softdrugsdelicten dat opnieuw een Opiumwetdelict c.q. harddrugs- of softdrugsdelict pleegt (specifieke recidive), cohorten 2000-2012, naar observatieperiode (1-10 jaar[1])



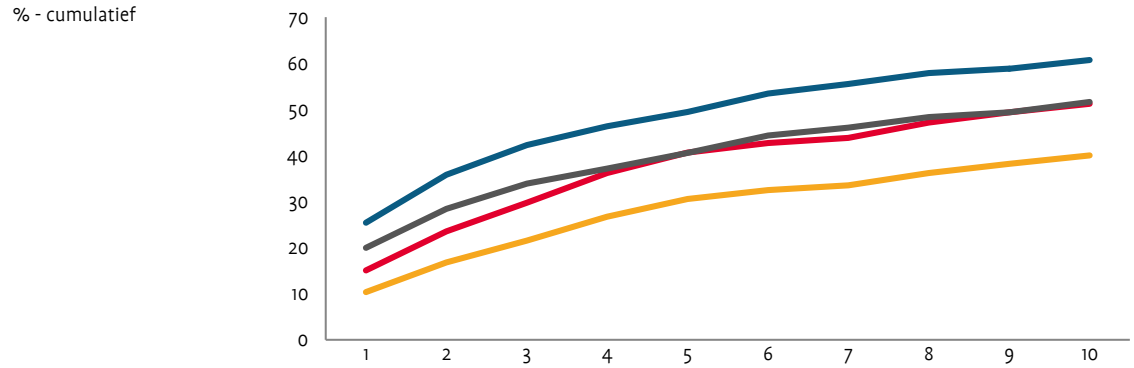
	1 jaar	2 jaar	3 jaar	4 jaar	5 jaar	6 jaar	7 jaar	8 jaar	9 jaar	10 jaar
% Opiumwetdelict	6	10	13	16	18	21	22	24	25	27
% Harddrugsdelict	7	12	15	17	19	21	22	24	25	26
% Softdrugsdelict	4	6	8	11	12	14	15	17	18	20

I. Voor de cohorten vanaf 2005 is de observatieperiode korter dan tien jaar. De cijfers zijn berekend volgens de standaard werkwijze van de Recidivemonitor en de recidive wordt berekend over twee jaar na uitstroom (zie Wartna, Blom en Tollenaar, 2011). Bron: WODC-Recidivemonitor/2015.

- Het percentage Opiumwetovertreders dat opnieuw voor een Opiumwetdelict wordt opgepakt, loopt op naarmate de tijd verstrijkt. Na een jaar komt gemiddeld (over alle jaarcohorten) 6% opnieuw voor een Opiumwetdelict in aanraking met politie en justitie; na tien jaar loopt dit op tot gemiddeld 27%.
- Vaker dan voor een Opiumwetdelict komen Opiumwetovertreders bij justitie terug voor een delict van welke aard dan ook. Binnen een jaar wordt 20% opnieuw gepakt en meer dan de helft binnen tien jaar. In vergelijking met de totale daderpopulatie zijn deze percentages laag (berekend voor daders in detentie: Linckens, Valstar en Van Gemmert, 2016).
- Opiumwetovertreders komen vaker terug voor een ernstig delict (dit zijn misdrijven met een wettelijke strafdreiging van minstens vier jaar) dan voor een Opiumwetdelict: 13%-18% van de Opiumwetovertreders pleegt binnen een jaar een ernstig nieuw delict en 43%-48% doet dat binnen tien jaar.
- Vergeleken met andere daders is de recidive met eenzelfde delict relatief laag. Alleen daders van vermogensdelicten met geweld en overtreders van de openbare orde recidiveren minder vaak. 13% van de Opiumwetdelinquenten komt binnen twee jaar weer terug in detentie; ook dit is laag in vergelijking met andere delicten (Linckens et al., 2016).

- Het valt op dat in de loop van de tijd minder Opiumwetovertreders opnieuw een Opiumwetdelict plegen. In het cohort uit 2000 kwam 7% binnen een jaar weer opnieuw voor een Opiumwetdelict in aanraking met politie en justitie, in het cohort uit 2012 is dat 5%. De daling zette ongeveer in vanaf het cohort uit 2003. Bij het dadercohort van 2011-2012 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; Linckens et al., 2016). Dit suggereert dat er meer algemene factoren aan ten grondslag liggen, die voor geregistreerde criminaliteit in het algemeen gelden en niet specifiek voor Opiumwetdelicten.
- Daders van een harddrugsdelict plegen vaker opnieuw een delict dan daders van een softdrugsdelict (figuur 13.16). Ze recidiveren ook vaker met een ernstig delict. Na tien jaar heeft 51% van de harddrugsdaders met een ernstig delict gerecidiveerd. Van de softdrugsdaders is dit 40%.

Figuur 13.16 Percentage (cumulatief) daders van een hard- of softdrugsdelict dat recidiveert voor enig delict of een ernstig delict, cohorten 2000-2012, naar observatieperiode (1-10 jaar[1])



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
harddrugsdaders enig delict	25	36	42	46	49	53	56	58	59	61
softdrugsdaders enig delict	15	24	30	36	41	43	44	47	49	51
harddrugsdaders ernstig delict	20	28	34	37	41	44	46	48	49	52
softdrugsdaders ernstig delict	10	17	22	27	31	33	34	36	38	40

I. Voor de cohorten vanaf 2005 is de observatieperiode korter dan tien jaar. Bron: WODC-Recidivemonitor/2015.

14. Criminaliteit en overlast door alcohol- en drugsgebruikers

14.1 Laatste feiten en trends ▶ pagina 351

14.2 Alcohol- en drugsgerelateerde criminaliteit ▶ pagina 351

14.3 Overlast die samenhangt met alcohol- of drugsgebruik ▶ pagina 358

14. Criminaliteit en overlast door alcohol- en drugsgebruikers

Inleiding

Dit hoofdstuk gaat over de criminaliteit die gepleegd wordt door alcohol- en drugsgebruikers. Hiertoe behoren strafbare feiten die worden gepleegd onder invloed van alcohol of drugs (de 'psychofarmacologische criminaliteit') en die worden begaan om geld (of drugs) te bemachtigen om het gebruik voort te kunnen zetten (de 'economisch-dwangmatige criminaliteit'; zie EMCDDA, 2007). Daarnaast wordt alcohol- en drugsgebruik in verband gebracht met overlast.

Het Nederlandse beleid is erop gericht om criminele problematische gebruikers niet alleen te straffen, maar ook – als er geen contra-indicaties zijn – door te leiden naar (gedrags)interventies en zorgtrajecten buiten detentie, met het doel de re-integratie in de maatschappij te bevorderen en de criminele recidive tegen te gaan (zie hoofdstuk 2).

De gegevens in dit hoofdstuk zijn afkomstig uit registratiesystemen van politie, verslavingsreclassering en de Dienst Justitiële Inrichtingen. Verder wordt geput uit de Veiligheidsmonitor, onderzoek en jaarverslagen. Het beeld is fragmentarisch omdat de informatie belangrijke lacunes kent:

- De politie screent verdachten niet systematisch op middelengebruik. We weten dus niet hoeveel (problematische) gebruikers in totaal bij justitie binnenkomen en welke delicten ze plegen.
- In het datasysteem van het Openbaar Ministerie is geen informatie te vinden over middelengebruik bij justitiabelen.
- Alle gedetineerden worden bij binnenkomst in een penitentiaire inrichting door de medische dienst bevraagd over middelenmisbruik, zodat de zorgbehoefte van deze gedetineerden kan worden vastgesteld en kan worden bepaald welke zorg noodzakelijk is. De landelijke registratie hiervan laat echter te wensen over en het is niet uit te sluiten dat een deel van de gebruikers 'onder de radar' blijft.
- Voor het bijhouden van gegevens over de instroom, doorstroom en uitstroom in de forensische zorg bestaat het IFZO (applicatie Informatievoorziening Forensische Zorg). Hierin worden echter (nog) niet alle gegevens goed bijgehouden (Nederlandse Zorgautoriteit, 2016).
- Over cliënten van de verslavingsreclassering zijn heel weinig achtergrondgegevens bekend. We weten bijvoorbeeld niet wat hun primaire middelenproblematiek is.
- Er wordt geen periodiek onderzoek gedaan naar (problematisch) middelengebruik in het strafrechtelijk systeem.

Paragraaf 14.1 geeft een overzicht van de laatste feiten en trends. Paragraaf 14.2 beschrijft wat bekend is over gebruikers in het strafrechtelijk systeem en over de interventies. Paragraaf 14.3 gaat in op overlast.

14.1 Laatste feiten en trends

Criminaliteit

- De alcohol- en drugsgebruikers die als zodanig in het politiesysteem staan, plegen voornamelijk vermogensdelicten. Ook geweldsdelicten (tegen personen), openbare orde delicten en Opiumwetdelicten komen regelmatig voor (§ 14.2).
- In de Inrichting voor Stelselmatige Daders (ISD), een zware maatregel, bestaat de meerderheid uit problematische middelengebruikers. Vermogensdelicten staan bovenaan de lijst van delicten die ze vaak hebben gepleegd (§ 14.2).
- Rijden onder invloed van alcohol is een veel voorkomend strafbaar feit. Duizenden bestuurders zijn er in 2015 voor geverbaliseerd, maar het aantal vertoont een dalende trend (§ 14.2).
- Rijden onder invloed van drugs kwam in 2007-2009 bij 2,2% van de bestuurders voor (§ 14.2).
- De verslavingsreclassering wordt ingeschakeld bij rond de 20 duizend justitiabelen per jaar en voert verschillende activiteiten voor ze uit. Het vaakst worden adviezen gegeven aan het Openbaar Ministerie, de rechter en het gevangeniswezen en wordt toezicht gehouden op justitiabelen (§ 14.2).

Overlast

- Ongeveer een kwart van de Nederlandse bevolking heeft in 2015 wel eens overlast ervaren van drugshandel of drugsgebruik in de eigen buurt. Een minderheid (4%) ervaart hier veel overlast van. Deze cijfers verschillen niet van 2014 (§ 14.3).
- Rond 27% heeft wel eens overlast van dronken mensen op straat; 3% heeft hier veel overlast van. Dit is niet veranderd ten opzichte van 2014 (§ 14.3).
- GHB-gebruikers veroorzaken overlast, die met name in bepaalde plattelandsgebieden in het oog springt. Het gaat onder andere om geluidsoverlast en agressie (§ 14.3).
- Coffeeshopoverlast (door klanten of niet-klanten) komt in 2015 in de meeste gemeenten niet of nauwelijks voor en is minder geworden vergeleken met 2014. Gemeenten met veel tot ernstige overlast van coffeeshops zijn er in 2015 niet (§ 14.3).

14.2 Alcohol- en drugsgerelateerde criminaliteit

Alcohol- en drugsgebruikers bij de politie

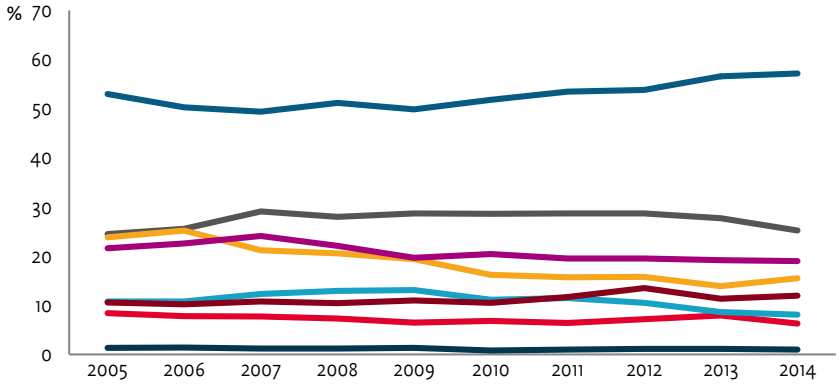
In het Herkenningsdienstsysteem (HKS) van de politie kan aangegeven worden of een verdachte 'alcoholgebruiker' of 'drugsgebruiker' is. Deze classificatie – het gaat om een gevarenclassificatie – wordt gebruikt als er aanwijzingen zijn dat een verdachte door zijn alcohol- of drugsgebruik een gevaar kan 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. Dit leidt tot een onderschatting (zie Bruinsma et al., 2008) van onbekende omvang. De registratie wordt niet systematisch ververst, waardoor de classificatie, als die eenmaal aan een verdachte gegeven is, in het systeem kan blijven staan. De gegevens zijn wel bruikbaar als indicatie voor kenmerken van de meer ernstige en herkenbare gebruikers die bij de politie binnenkomen.

In alle voorgaande edities van de drugsmonitor is informatie over verdachten gehaald uit het HKS-systeem. Dit systeem wordt echter sinds 2015 niet meer gebruikt door de politie. In het andere politiesysteem

BVI zijn vergelijkbare gegevens opgeslagen als in HKS. Het is echter niet haalbaar gebleken om voor dit onderzoek tijdig de overgang te maken naar BVI. Er is daarom geen nieuwe informatie gebruikt over verdachten bij de politie. Het meest recente beeld is dat van 2014 (zie ook NDM Jaarbericht 2015, Van Laar en Ooyen-Houben, 2015).

- Ruim 1.500 verdachten stonden in 2014 geclassificeerd als 'alcoholgebruiker'. Het waren vooral mannen van gemiddeld 45 jaar met vaak meerdere criminele antecedenten. Ze werden vooral verdacht van vermogensmisdrijven (56%), geweld tegen personen (anders dan diefstal met geweld of afpersing, 30%) en vernieling of delicten tegen de openbare orde (26%). Dit verschilde in 2014 niet van voorgaande jaren.
- De groep verdachten met de classificatie 'drugsgebruiker' bestond in 2014 uit ruim 5.000 personen, eveneens merendeels mannen, van wie de meesten tien of meer criminele antecedenten hadden. De gemiddelde leeftijd was 43 jaar. Het totale aantal 'drugsgebruikende verdachten' daalde tussen 2005 en 2014.
- Veruit de meeste drugsgebruikende verdachten werden geverbaliseerd voor vermogensmisdrijven (57%) en geweld tegen personen (anders dan diefstal met geweld of afpersing, 25%). In 19% van de gevallen ging het om vernieling of delicten tegen de openbare orde (figuur 14.1).
- Tussen 2005 en 2014 daalde het aandeel 'drugsgebruikers' dat van een Opiumwetdelict werd verdacht. Het percentage door de politie als drugsgebruiker geclassificeerde verdachten van vermogensmisdrijven lijkt tussen 2009 en 2014 licht te stijgen.

Figuur 14.1 Type delict waarvan als 'drugsgebruiker' geclassificeerde personen bij de politie worden verdacht, 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. Meer dan een type delict mogelijk. Bron: HKS, Nationale Politie, extractie uit de WODC-datamart drugs WODC, 2015.

GHB-gebruikers bij de politie

Onder de groep 'drugsgebruikers' bevinden zich ook GHB-gebruikers (zie ook hoofdstuk 9). Nabben en Korf (2016) deden onderzoek naar de GHB-problematiek waar de politie mee te maken krijgt. Ze onderzochten dit in vier plattelandsgebieden, waar frequent GHB-gebruik en verslaving vaker lijken voor te komen.

- De politie ziet zich daar geconfronteerd met gezondheidsproblemen, zoals bewustzijnsverlies bij gebruikers die een te hoge dosering genomen hebben en/of er andere drugs bij gebruikt hebben, en met gedragsproblemen zoals agressie en verwardheid bij onthouding. Ook veroorzaakt deze groep gebruikers problemen met de openbare orde en veiligheid, zoals overlast, verloedering, agressief gedrag, dealen en vermogenscriminaliteit.
- In 2011 kwamen 420 GHB-gebruikers één keer of vaker in een politiecel terecht; in 2010 waren het er 320 (Korf et al., 2012). Recentere cijfers zijn niet beschikbaar.
- Aanhouding door de politie is tamelijk gebruikelijk onder de gebruikers en een deel komt veelvuldig in aanraking met de politie. Niet alle aanhoudingen hebben echter (direct) te maken met GHB of GBL.
- Aanhouding gebeurt het vaakst in verband met de Opiumwet (bezit of kopen van GHB en/of andere drugs). Daarna volgen verkeersovertredingen en verkeersmisdrijven, openbare orde delicten en vandalisme, en ten slotte vermogensdelicten, geweldsdelicten en wapenbezit. Hierbij hoeft overigens geen direct verband te bestaan met de effecten van GHB.
- De groep bestaat uit 'klassieke verslaafden' (vaak polydrugsgebruikers met meervoudige problematiek), straatjongeren, uitgaanders en thuisgebruikers. De politie heeft vaak te maken met gebruikers die het stadium van recreatief gebruik gepasseerd zijn.
- Er is blijkens het onderzoek van Nabben en Korf (2016) sterke regionale variatie in omvang en aard van de problematiek.

Verslavingsproblematiek onder gedetineerden

- In recent onderzoek is van 50 gedetineerden in zes penitentiaire inrichtingen, bij wie een vermoeden was van problematiek, nagegaan wat de diagnose is. In 15 gevallen (30%) blijkt de dominante zorgvraag verslavingsproblematiek. Co-morbiditeit van persoonlijkheidsstoornissen, verslaving (alle middelen) en verstandelijke beperking komt vaak voor (Roorda en Buysse, 2016). De omvang van de steekproef in dit onderzoek is evenwel klein, waardoor het cijfer van 30% niet meer dan een indicatie kan zijn.
- Linckens et al., (2016) rapporteren diagnoses van justitiabelen die in 2015 in aanmerking komen voor forensische zorg. Daarbij wordt 4.000 keer (23%) 'aan een middel gebonden stoornissen' genoemd. Dit is de meest voorkomende problematiek. Dit aandeel is sinds 2011 vrij stabiel.
- In de Inrichting voor Stelselmatige Daders bevinden zich veel verslaafden: 81% tot 95% is verslaafd aan alcohol of (vaker) drugs of aan alcohol én drugs (Van Zutphen et al., 2014; Roorda en Buysse, 2016). De verslaving is meestal ernstig, in de zin dat sprake is van zes of meer in de DSM-5 genoemde symptomen. In veel gevallen is sprake van co-morbiditeit en bij een deel speelt een combinatie van verslaving, persoonlijkheidsstoornissen en een verstandelijke beperking.

Geweldsdelicten onder invloed

In 2014 registreerde de politie ruim 97 duizend gewelds- en seksuele misdrijven; dit is 9,4% van alle geregistreerde misdrijven (Kalidien en De Heer-de Lange, 2015). De waarschijnlijkheid van gewelddadig of agressief gedrag (tegen personen, goederen of dieren) kan worden vergroot door het gebruik van bepaalde middelen, aldus een recente literatuurstudie (Ramaekers et al., 2016).

- Gewelddadig of agressief gedrag kan volgens deze studie optreden als effect van het gebruik, als onderdeel van onthoudingsverschijnselen na gebruik, door verhoogde impulsiviteit als gevolg van zwaar gebruik of doordat de gebruikte middelen een psychose of manie veroorzaken, die dan weer kunnen leiden tot meer agressief gedrag. De effecten kunnen ook in verband worden gebracht met afgenomen gevoeligheid voor sociale signalen.
- Een causaal verband is gevonden voor alcohol, opiaten en bepaalde synthetische stimulerende middelen, maar voor elk middel werkt het anders.
    - Het aandeel van alcoholgerelateerd geweld in al het geweld in Nederland wordt geschat op 26%-43%. Geweldsdaders hebben vaak alcohol gedronken (37%-78%).
    - Bij opiaten maken vijandigheid en agressie onderdeel uit van de onthoudingsverschijnselen.
    - Bepaalde NPS (synthetische stimulerende middelen) hebben een effect op agressief gedrag, maar het lijkt dan vaak te gaan om hogere doses van gebruik.
- Het verband met geweld is minder duidelijk voor hallucinogenen, (meth)amfetamine en cocaïne. Voor MDMA, cannabis en GHB is geen verband gevonden.
- De specifieke effecten zijn verschillend per individu en afhankelijk van de interactie tussen biologische en persoonlijke kenmerken van een individu en de omgeving.
- Op grenswaarden bestaat nog weinig empirisch gefundeerd zicht. Alleen bij alcohol kon een significante toename van agressie worden gemeten bij een dosering van 0,75 g/kg en hoger.

Rijden onder invloed

Alcohol beïnvloedt het rijgedrag negatief. Het besturen gaat minder goed, de bestuurder gaat meer slingeren en de reactietijd neemt toe. Al vanaf 1 à 2 glazen alcohol is er een grotere kans op ongevallen (I&O Research, 2016). In Nederland is het rijden met een alcoholconcentratie in het bloed van 0,5‰ of hoger strafbaar (voor beginnende bestuurders geldt 0,2‰). In 2014 is rijden onder invloed van drugs in een apart artikel van de wet strafbaar gesteld, met grenswaarden voor een aantal drugs; dit wordt in 2017 geïmplementeerd.

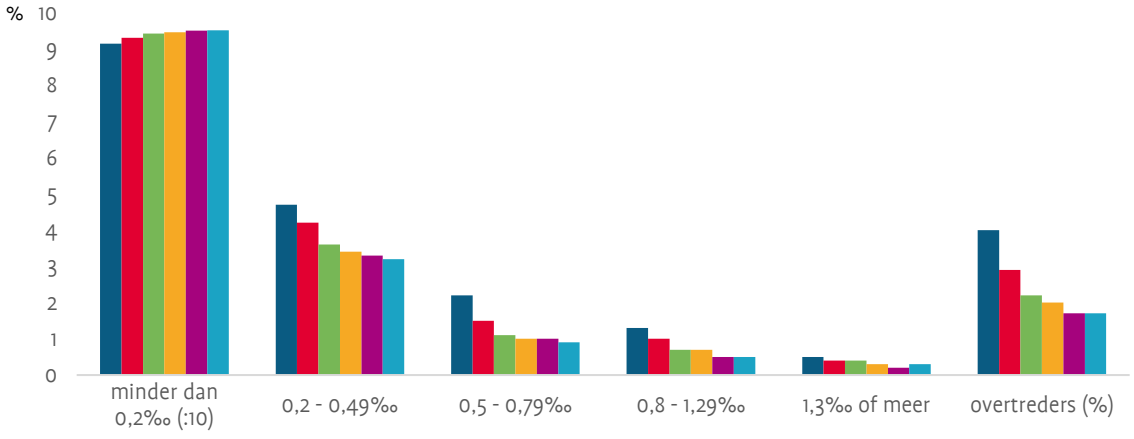
Rijden onder invloed van alcohol

Rijkswaterstaat Water, Verkeer en Leefomgeving (van het Ministerie van Infrastructuur en Milieu) laat periodiek (nu: tweejaarlijks) onderzoek uitvoeren naar rijden onder invloed van alcohol in Nederland. Het meest recente onderzoek betreft de periode 2002-2015 (I&O Research, 2016). In samenwerking met de politie zijn alcoholcontroles uitgevoerd in een aselecte steekproef van ruim 15 duizend staandehoudingen van automobilisten die op vrijdagnacht of zaterdagnacht tussen 22.00 en 4.00 uur in alle politieregio's aan het verkeer deelnamen (in 2013 waren het er ruim 25 duizend). Bij iedere automobilist is een ademtest afgenomen en wanneer daarbij de alcohollimiet was overschreden volgde een ademanalyse.

- Tussen 2002 en 2015 daalde het percentage bestuurders dat te veel heeft gedronken (0,5‰ of meer) van 4,1% naar 1,7% (figuur 14.2). Het bleef in 2015 gelijk aan 2013. Dit betekent dat na een jarenlange periode van daling in 2015 sprake is van een stabilisatie.
- Het percentage nuchtere bestuurders of bestuurders met zeer weinig alcohol op nam toe van 91% in 2002 naar 95% in 2013 (figuur 14.2).
- Het aandeel zware alcoholovertreders (1,3‰ of meer) nam toe in 2015, na een jarenlange dalende trend (figuur 14.2).

- De Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid 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 (SWOV Factsheet, 2015).
- Het percentage overtreders is het hoogst in de provincies Noord-Holland (3%) en Zeeland (2,8%) en het laagst in Drenthe (1%) (I&O Research, 2016).
- Mannen rijden vaker met te veel alcohol op dan vrouwen en overtreders vallen meestal in de leeftijdsgroep 25-34 jaar (I&O Research, 2016).

Figuur 14.2 Percentage bestuurders naar promillage bloed alcohol gehalte, 2002-2015[1]



	minder dan 0,2‰ (:10)	0,2 - 0,49‰	0,5 - 0,79‰	0,8 - 1,29‰	1,3‰ of meer	overtreders (%)
2002	9,14	4,7	2,2	1,3	0,5	4
2006	9,3	4,2	1,5	1	0,4	2,9
2010	9,42	3,6	1,1	0,7	0,4	2,2
2011	9,46	3,4	1	0,7	0,3	2
2013	9,5	3,3	1	0,5	0,2	1,7
2015	9,51	3,2	0,9	0,5	0,3	1,7

I. Het percentage bestuurders met minder dan 0,2‰ is om visuele redenen in de figuur door 10 gedeeld; 9,51% (in 2015) staat voor 95,1%. De overige percentages zijn conform bron. Bron: I&O Research, 2016.

Rijden onder invloed van drugs

Er zijn geen recente cijfers over de omvang (landelijk) van rijden onder invloed van drugs. Het meest recente onderzoek betreft de periode 2007-2009 (Houwing en Hagenzieker, 2013; zie NDM Jaarbericht 2015, Van Laar en Ooyen-Houben, 2015).

- Van de automobilisten in het Nederlandse verkeer testte 2,2% positief op drugs. De meesten (1,7%) hadden cannabis gebruikt, 0,3% cocaïne, 0,2% amfetamine en ecstasy, en 0,01% opiaten (hieronder wordt met name heroïne verstaan).
- Rijgevaarlijke geneesmiddelen werden aangetroffen bij 1,2% van de bestuurders, waarvan 0,4% benzodiazepinen betrof.
- Rijden onder invloed van GHB is een van de ernstige problemen rond GHB-gebruik die genoemd worden in het onderzoek naar GHB op het platteland (Nabben en Korf, 2016).
- De prevalentie van GHB onder 180 onderzochte ernstig gewonde autobestuurders in drie Nederlandse ziekenhuizen bleek in eerder onderzoek relatief hoog, 5 van de 180, 2,8% (Houwing, 2011).

Maatregelen en straffen bij rijden onder invloed

Bij rijden onder invloed volgt doorgaans zowel een strafrechtelijke als een bestuursrechtelijke reactie. De reactie is afhankelijk van het promillage in het bloed van de bestuurder. Bestuurlijke maatregelen worden opgelegd door het Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen (CBR). Strafrechtelijke afhandeling gebeurt door het OM of de rechter. Wanneer tevens sprake is van een verkeersongeval met letsel door schuld, liggen de straffen aanmerkelijk hoger.

- In 2015 registreert de politie 26.680 verdachten van rijden onder invloed. Het aantal neemt af. In 2014 waren het er nog ruim 31.000 en in 2011 nog veel meer, rond 45.000 (statline.cbs.nl). Het gaat hierbij (nog) voornamelijk om rijden onder invloed van alcohol.
- Een groot deel (ongeveer twee derde) is in 2014 (ook) doorgeleid naar het Openbaar Ministerie voor een strafrechtelijke afhandeling. Door de jaren heen trad een aanzienlijke daling van het aantal zaken van rijden onder invloed bij het OM op (statline.cbs.nl; nog geen cijfers 2015 gepubliceerd). Rond een tiende kreeg bij het OM een onvoorwaardelijk sepot. Bij de meesten paste het OM een strafbeschikking toe: 35% in 2014.
- Ongeveer de helft bracht het OM voor de rechter. Die legde in 2014 ruim 17 duizend sancties op. Die straf bestond in de meeste gevallen (48%) uit een geldboete, meestal (in 43%) (gedeeltelijk) onvoorwaardelijk. In 11% van de gevallen – de zwaardere gevallen- is (ook) een taakstraf/werkstraf opgelegd. Gevangenisstraffen werden in 4% van de gevallen opgelegd. In de helft van de gevallen is die (gedeeltelijk) onvoorwaardelijk, in de andere helft van de gevallen voorwaardelijk. Als bijkomende straf is regelmatig een ontzegging van de rijbevoegdheid opgelegd (in 37% van de gevallen), in de helft van de gevallen onvoorwaardelijk, in de andere helft (gedeeltelijk) voorwaardelijk.

Het CBR, dat de bestuursrechtelijke reactie uitvoert, kreeg in 2015 ruim 22 duizend 'mededelingen' (meldingen) van de politie inzake alcohol en verkeer; dit is meer dan in 2014.

- Ruim 10 duizend overtreders kregen in 2015 een (Lichte) Educatieve Maatregel Alcohol en verkeer (LEMA en EMA) opgelegd door het CBR.
- De EMA is in 2015 vaker opgelegd dan in 2014. Ook het aantal onderzoeken van de rijgeschiktheid vanwege alcoholmisbruik was hoger. Beide stijgingen zijn een rechtstreeks gevolg van het verbod op het alcoholslotprogramma (CBR Jaarverslag 2015; 2016). Overtreders die geen alcoholslotprogramma meer krijgen, komen namelijk wél nog in aanmerking voor een EMA of onderzoek alcohol.

Activiteiten van de verslavingsreclassering

Voor problematische middelengebruikers in het strafrechtelijk systeem bestaan, naast straffen, verschillende interventies, zie § 2.4.2. In deze paragraaf wordt ingegaan op de verslavingsreclassering. Die voert door de hele strafrechtelijke keten heen activiteiten uit voor justitiabelen. Dit gebeurt onder een strafrechtelijke titel (op het justitieel casemanagement na).

- Jaarlijks verwijst justitie ruim 20 duizend personen naar een van de tien lidinstellingen van de verslavingsreclassering. De cliënten zijn gemiddeld 36 jaar en 93% is man (Reclasseren met zorg, 2016).
- Het houden van toezicht (dit is een combinatie van toezicht en begeleiding) en het uitbrengen van adviezen over justitiabelen (aan het Openbaar Ministerie, de rechterlijke macht of het gevangeniswezen) zijn in 2015, net als in 2014, het vaakst uitgevoerd. Adviezen aan het Openbaar Ministerie worden steeds vaker uitgebracht in het kader van de ZSM-aanpak ('zorgvuldig, snel en op maat') voor de afhandeling van een strafzaak, vooral bij geweldsdelicten (www.svg.nl).
- Ruim 2.500 keer heeft de verslavingsreclassering in 2015 een activiteit in het kader van vroeghulp (dit is het bezoek aan een verslaafde arrestant in de politiecel of het arrestantencomplex) uitgevoerd. Dit is ongeveer even veel als in 2014 (tabel 14.1).

- Doorplaatsingen naar forensische zorg zijn over de jaren heen moeilijk te vergelijken door verschillen in tellingswijze en definities. In 2015 waren het er ruim 10 duizend. Dit lijkt een forse toename ten opzichte van eerdere jaren. Dit kan te maken hebben met de recente stimulering van deze doorplaatsingen (zie hoofdstuk 2). De reclassering indiceert voor en plaatst in ambulante zorg en instellingen voor beschermd wonen. Klinische zorg is elders belegd (Het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie indiceert en de Directie Individuele Zaken van de Dienst Justitiële Inrichtingen plaatst). Wel kan reclassering een klinische indicatie aanvragen bij het NIFP. Uit de beschikbare cijfers van het gevangeniswezen is op te maken dat in 2015 gemiddeld 192 bedden bezet waren in de Forensische Verslavingskliniek, de Forensische Verslavingsafdeling en de verslavingszorg. Dit zijn klinische plaatsingen. Hoeveel doorplaatsingen naar de ambulante verslavingszorg en naar voorzieningen voor beschermd wonen er waren voor de verslaafde doelgroep is niet uit de cijfers af te leiden.
- Gedragsinterventies zijn in 2015 minder vaak gerapporteerd dan in 2014. Het gaat om de Korte Leefstijltraining (182 keer), de Leefstijltraining (103 keer) en Alcohol en Geweld (62 keer). Waarom het er zoveel minder zijn dan in 2014 wordt bij de cijfers niet gemeld.
- Verder begeleidt de verslavingsreclassering werkstraffen van haar cliënten. In 2015 zijn hiervoor ongeveer 1.150 activiteiten geregistreerd, minder dan in de voorgaande jaren. Een activiteit in het kader van justitieel casemanagement komt in 2015 (en 2014) ruim 1.300 keer voor.

Tabel 14.1 Aantal keer dat de verslavingsreclassering activiteiten heeft uitgevoerd in het kader van onderscheiden reclasseringsproducten, 2010-2015[I]

Product waarbinnen activiteit plaatsvindt	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Vroeghulp	2.122	2.049	1.754	1.917	2.573	2.547
Reclasseringsadvies[II]	10.522	10.722	12.226	13.766	12.490	11.928
Plaatsing forensische zorg	5.046	7.311[III]	1.183[III]	5.913	7.384	10.226[III]
Toezicht (aantal cliënten)[IV]	10.954	11.168	26.646	12.687	13.642	11.555
Gedragsinterventies	686	542	634	541	402	347
Werkstraffen	4.888	3.510	3.087	2.742	-[V]	1.159
Leerstraf[VI]	123	-	-	-	-	
Justitieel casemanagement[VII]	-	623	897	1.445	1.320	1.325

I. Geen cijfers op cliëntniveau of gespecificeerd naar alcohol/drugs/gokken. Per cliënt kunnen meerdere activiteiten zijn uitgevoerd. 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. In 2015 is niet bekend welke toeleidingen zijn meegeteld. IV. Het product "toezicht" is in 2012 breder gedefinieerd. VI. Werkstraffen zijn in 2014 door de SVG niet uitgevoerd. VI. Leerstraffen worden vanaf 2011 als gedragsinterventie geregistreerd. VII. Nieuw in 2011. Bron: SVG, 2016.

Wat betreft forensische zorg is gebleken dat het beleidsuitgangspunt om zo mogelijk door te leiden naar zorg ('GGZ tenzij', zie ook hoofdstuk 2) niet voor alle problematische gedetineerden haalbaar is (Roorda en Buysse, 2016). Het lukt meestal wel om enige vorm van zorg in te zetten, maar dat is niet altijd de meest passende zorg en de zorg wordt niet altijd tijdig geleverd. Onder andere het strafrestant (te kort, te lang) werkt belemmerend. De procedures zijn complex en het zorgaanbod is niet altijd beschikbaar of up-to-date. Vooral bij gedetineerden met verslavingsproblematiek worden forensische zorgtrajecten vaak afgebroken (Roorda en Buysse, 2016).

Van de Inrichting voor Stelselmatige Daders (ISD), waar zich veel verslaafden bevinden, is bekend dat in 2015 gemiddeld 39% deelneemt aan zorgtrajecten buiten de penitentiaire inrichting, meestal in de laatste fase van de ISD (Van Zutphen, Goderie en Janssen, 2014). 90% was (in 2012) ooit in klinische zorg buiten de inrichting geplaatst. Het komt echter vrij vaak voor dat zorgtrajecten worden afgebroken en ISD'ers tijdelijk of definitief teruggeplaatst worden in de penitentiaire inrichting (Linckens et al., 2016; Roorda en Buysse, 2016). Aan het eind van de maatregel ISD is nog maar 50% in de zorg te vinden.

14.3 Overlast die samenhangt met alcohol- of drugsgebruik

De overlast kan verschillende vormen hebben, zoals het roken van cannabis in het openbaar (waarbij bijvoorbeeld de geur van cannabis als stank kan worden ervaren), rondhangende of lawaai makende gebruikers, gebruik van drugs in portieken, openbare dronkenschap, of druk verkeer en foutparkeren bij coffeeshops. De overlast kan ook te maken hebben met drugsrunners en drugsdealers, wier aanwezigheid als hinderlijk wordt ervaren.

Overlast gerelateerd aan alcohol en drugs

Alcohol- en drugsgerelateerde overlast wordt elk jaar gemeten in de Veiligheidsmonitor. Dit is een bevolkingsenquête waarin aan een omvangrijke groep respondenten (ingezetenen van Nederland van 15 jaar en ouder die in een privé-huishouden leven) onder andere wordt gevraagd of zij in hun buurt overlast ervaren van drugsgebruik of drugshandel of van dronken mensen op straat. Gegevens zijn afkomstig van ruim 111 duizend personen (37% respons). Zij vulden de vragenlijst in hetzij via internet, hetzij schriftelijk. Sinds 2012 vallen drugsoverlast en openbare dronkenschap in de Veiligheidsmonitor onder de rubriek "sociale overlast". Die omvat vijf vormen van overlast: "dronken mensen op straat", "drugsgebruik of drugshandel, bijvoorbeeld op straat of in coffeeshops", "overlast door buurtbewoners", "mensen die op straat worden lastiggevallen" en "rondhangende jongeren". In 2012 zijn de opzet en de vragenlijst van de Veiligheidsmonitor herzien (CBS, 2013). De cijfers vanaf 2012 zijn door de veranderingen in meetmethode niet vergelijkbaar met eerdere cijfers. Tabel 14.2 geeft de landelijke cijfers voor de periode 2012-2015.

- Van drugshandel of drugsgebruik en dronken mensen op straat geeft 24,5% en 26,5% van de respondenten aan dat dit *wel eens* voorkomt in de eigen buurt. Dit 'wel eens overlast ervaren' is niet veranderd ten opzichte van 2014.
- In 2015 heeft 3,6% en 2,7% *veel* overlast ervaren van drugsgebruik of drugshandel of dronken mensen op straat. Er zijn geen significante veranderingen ten opzichte van 2014. Wel is het percentage mensen dat veel overlast heeft van dronken mensen op straat in 2015 significant gedaald ten opzichte van 2012.
- Het grootste overlastprobleem in de sociale sfeer in 2015 (en ook in 2012-2014) zijn rondhangende jongeren. Rond 38% geeft aan dat dit wel eens voorkomt in de buurt; 5% ervaart hier veel overlast van. Daarna volgt overlast door buurtbewoners, die door 28% van de respondenten wel eens wordt ervaren. Alcohol- en drugsgerelateerde overlast volgen daarna. De minst voorkomende sociale overlast is dat mensen op straat worden lastiggevallen; 14% geeft aan dat dit wel eens voorkomt in hun buurt.
- In de politie-eenheden Rotterdam, Amsterdam en Limburg – met name in Heerlen en Maastricht – wordt meer dan gemiddelde totale sociale overlast ervaren, terwijl dit in Oost-Brabant, Oost-Nederland en Noord-Nederland minder dan gemiddeld voorkomt.

Tabel 14.2 Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat 'wel eens' of 'veel' alcohol- of drugsgerelateerde overlast in de eigen buurt ervaart. Peiljaren 2012-2015

	2012 (%)	2013 (%)	2014 (%)	2015 (%)
Overlast van drugsgebruik of drugshandel komt wel eens voor	24,1	24,0	24,4	24,5
Veel overlast van drugsgebruik of drugshandel	3,7	3,8	3,5	3,6
Overlast van dronken mensen op straat komt wel eens voor	27,2	26,9	26,6	26,5
Veel overlast van dronken mensen op straat	3,1	3,1	2,7	2,7

Bron: Veiligheidsmonitor, CBS, 2016.

Recent is alcohol- en drugsgerelateerde overlast ook onderzocht in 31 coffeeshopgemeenten (Benschop et al., 2015; Bieleman et al., 2016). Er zijn over 2014 en 2015 cijfers verzameld uit de registraties van de politie.

- Er zijn in 2015 ruim 25 duizend overlastincidenten geregistreerd die te maken hebben met alcohol of drugs. Dat zijn er rond 1.300 meer dan in 2014. Het aantal incidenten per tienduizend inwoners voor heel Nederland is in 2015 nagenoeg gelijk gebleven aan dat van 2014.
- Limburg is de regio met de meeste aan alcohol en/of drugs gerelateerde overlastincidenten, net als in 2014. Tweede is Noord-Nederland, zowel in 2014 als in 2015. Amsterdam scoort beide jaren het laagste aantal geregistreerde incidenten.

Nabben en Korf (2016) deden onderzoek naar GHB-gebruikers en hun contacten met de politie in vier plattelandsgebieden. De gebruikers hebben niet alleen gezondheidsproblemen, maar veroorzaken ook problemen met de openbare orde en veiligheid (zie ook § 14.2).

- De politie krijgt meldingen over GHB-gebruikers die verdwaasd over straat lopen en geluidsoverlast veroorzaken of delicten plegen. Het gebruik van GHB heeft zich in het afgelopen decennium vanuit de Randstad verspreid naar het platteland, waar frequent gebruik en verslaving vaker lijken voor te komen (zie § 14.2 en § 9.4). Overdosering is eerder regel dan uitzondering en vindt vooral plaats binnenshuis, maar ook wel in de openbare ruimte en in het verkeer.

Hard- en softdrugsoverlast en overlast rond coffeeshops

In het hierboven genoemde onderzoek is ook de specifieke overlast in relatie tot drugs en coffeeshops in kaart gebracht (Benschop et al., 2015; Bieleman et al., 2016). Er zijn cijfers verzameld uit de registraties van de politie en bij lokale experts in 31 coffeeshopgemeenten. Verder is in 2015 veldwerk verricht in vijf van de 31 gemeenten (Nabben et al., 2015). De onderzoeken maken deel uit van een driejarige monitor.

De overlast komt over het geheel genomen weinig voor en is in 2015 nog afgenomen in vergelijking met 2014.

- De politie registreerde in 2015 in totaal ruim 4.700 softdrugsincidenten, terwijl dit er in 2014 nog ruim 5.600 waren. In 2015 ligt het aantal softdrugsincidenten per tienduizend inwoners voor heel Nederland op 2,8. Dat is lager dan in 2014, toen dit 3,4 bedroeg. De afname geldt voor alle regio's.
- Het aantal harddrugsincidenten is tussen 2014 en 2015 nauwelijks veranderd. In totaal zijn er in 2015 bij de politie ruim 8.400 geregistreerd, terwijl het in 2014 om circa 8.600 ging. In heel Nederland zijn per 10.000 inwoners respectievelijk 5 en 5,1 harddrugsincidenten geregistreerd in 2015 en 2014.
- Het Openbaar Ministerie registreerde in 2015 ruim 4.000 feiten die te relateren zijn aan softdrugs (exclusief hennepteelt). Het aantal is lager dan in 2014, toen het er ruim 4.700 waren.

- In 21 (van de 31) gemeenten is in 2015 geen of weinig overlast van coffeeshops. De mate van overlast lijkt in vergelijking met 2014 iets te zijn verminderd. Gemeenten met veel tot ernstige overlast van coffeeshops zijn er in 2015 niet. In tien gemeenten beoordelen experts de overlast als matig.
- Als er coffeeshopoverlast is, is dit in de meeste gemeenten verkeer- en parkeeroverlast, vaak in combinatie met andere vormen van coffeeshopoverlast, zoals rondhangende gebruikers, het lastig vallen van voorbijgangers, (pogingen tot) verkoop van drugs en geluidsoverlast. Veroorzakers zijn klanten, niet-klanten (personen die niet tot de coffeeshop worden toegelaten zoals toeristen of minderjarigen), dealers en drugsrunners.
- De aard en de omvang van de overlast in de buurt van coffeeshops verschilt in 2015 zeer tussen gemeenten en tussen 'hotspots' van overlast (in het algemeen) in gemeenten. Op de meeste hotspots is er geen of nauwelijks overlast van coffeeshops, niet-ingezetenen of illegale verkoop van softdrugs.
- De softdrugsgerelateerde overlast concentreert zich vaak rond pleinen en doorgangsstraten die tegen het centrum aan schurken. Meestal zijn er een of meer coffeeshops gevestigd tussen een combinatie van woningen, winkels en andere horeca.
- Op de 'hotspots' van overlast is ook overlast die slechts zijdelings of helemaal niet softdrugsgerelateerd is. Er wordt bijvoorbeeld op straat geblowd, maar dit is onderdeel van een breder gedragspatroon van groepen die ook voor overlast en onveiligheidsgevoelens zorgen door schreeuwen, muziek luisteren of te snel rijden. Ook uitgaanders, daklozen en 'rondhangers' die geen softdrugs gebruiken veroorzaken overlast en ook anderen dan coffeeshopklanten veroorzaken verkeers- en parkeeroverlast.

15. Bijlagen

A 15.1 Bijlage A Verklaring van begrippen ▶ pagina 362

B 15.2 Bijlage B Verklaring van ICD-9 en ICD-10 codes ▶ pagina 373

C 15.3 Bijlage C Drugsgebruik in enkele 'nieuwe' EU-lidstaten ▶ pagina 376

D 15.4 Bijlage D Bronbestanden ▶ pagina 377

E 15.5 Bijlage E Lijst van afkortingen ▶ pagina 384

F 15.6 Bijlage F Verklaring van tekens ▶ pagina 390

15. Bijlagen

A 15.1 Bijlage A Verklaring van begrippen

Deze bijlage bestaat uit twee delen. In het eerste deel worden begrippen verklaard op het terrein van middelengebruik en verslaving. In het tweede deel worden begrippen verklaard op het terrein van de drugscriminaliteit.

I. Middelengebruik en verslaving

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 Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) is "allochtoon" in de verslavingszorg oorspronkelijk gespecificeerd als een cliënt die volgens de eigen beleving een culturele herkomst heeft van buiten Nederland. Sinds 2007 volgt LADIS de hierboven genoemde definitie zoals het Ministerie van Binnenlandse zaken.

Ambulante verslavingszorg
Verslavingszorg waarbij de cliënt niet wordt opgenomen in een instelling. Bij intramurale verslavingszorg wordt de cliënt wel opgenomen in een instelling.

Armoedecoke
Zie: Boerencoke.

Autochtoon
Volgens het Ministerie van Binnenlandse Zaken, de VNG, het Peilstationsonderzoek scholieren, de Antenne-monitor en meestal gehanteerd in dit Jaarbericht (tenzij anders aangegeven): "autochtoon" is een persoon die in Nederland is geboren én wiens beide ouders in Nederland zijn geboren.

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 aluminiumfolie.

Cliënt LADIS
Cliënt van de verslavingszorg waarvan enkele gegevens over diens achtergrond, hulpvraag en ontvangen hulp anoniem staan geregistreerd in het LADIS, het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem. Cliënten staan ingeschreven bij de verslavingszorg voor vele vormen van hulp variërend van een therapeutische behandeling tot hulp in de vorm van schuldsanering, methadonbehandeling, reclassering, of gecontroleerde toegang tot een gebruikersruimte. Cliënten die na enige tijd geen gebruik meer maken van de hulpverlening tellen niet meer mee met het aantal cliënten. Binnen het LADIS wordt gecorrigeerd op dubbeltellingen. Dezelfde persoon telt maar één keer mee bij de bepaling van het aantal cliënten.

Het opleidingsniveau dat in het LADIS staat geregistreerd verwijst naar de hoogste opleiding die een cliënt heeft afgerond. Onder een lagere opleiding vallen het Speciaal Basis Onderwijs (SBO), het Buitengewoon Onderwijs (BUO), het Basis Onderwijs (BO), het Lager Onderwijs (LO), het Lager Voortgezet Onderwijs (LVO), het Lager Beroeps Onderwijs (LBO) en het Voorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs – praktijkgerichte leerweg (VMBO-p). Onder een middelbare opleiding vallen het Middelbaar Voortgezet Onderwijs (MVO), het Middelbaar Beroeps Onderwijs (MBO) en het Voorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs – theoretische leerweg (VMBO-t). Onder een hogere opleiding vallen het Hoger Voortgezet Onderwijs (HVO), het Hoger Beroeps Onderwijs (HBO), het Voorbereidend Wetenschappelijk Onderwijs (VWO) en het Wetenschappelijk Onderwijs (WO).

Dagopname
Opname in een ziekenhuis voor maximaal één dag waarbij de patiënt niet overnacht in het ziekenhuis.

Designerdrugs
De term 'designerdrugs' stamt uit de jaren tachtig om gesynthetiseerde stoffen aan te duiden die de effecten van gecontroleerde drugs nabootsten. De chemische structuur was een beetje veranderd om (internationale) wetgeving te omzeilen. De bredere term 'legal high' wordt op eenzelfde manier gebruikt, maar kan ook op plantaardige stoffen duiden. 'Legal' is daarbij misleidend omdat het een vorm van schijnveiligheid suggereert en deze producten daarnaast soms toch stoffen bevatten die onder de drugs- of andere wetgeving vallen. Andere termen worden gebruikt om regels voor etikettering te omzeilen. De geneesmiddelen-, voedsel- en warenwetgeving vereist namelijk dat producten zijn voorzien van een etiket waarop de gebruikswijze en (gezondheids)risico's staan. Om voor te wenden dat stoffen niet voor consumptie bedoeld zijn worden namen gebruikt als 'research chemical', 'room odorizer', 'car perfume', 'badzout' of 'plantenvoeding'. In plaats van 'designerdrugs' wordt tegenwoordig doorgaans gesproken van 'Nieuwe Psychoactieve Stoffen (NPS)'.

Drugsgerelateerde sterfte
Bij de sterfte gerelateerd aan drugsgebruik wordt doorgaans een onderscheid gemaakt tussen de 'directe sterfte' en de 'indirecte sterfte'. De directe sterfte is de sterfte door het binnen krijgen van een dodelijke hoeveelheid drugs, ook wel 'acute sterfte', 'overdosis', of 'vergiftiging' genoemd. Een fatale vergiftiging kan per ongeluk zijn ontstaan (accidenteel), of met opzet (intentioneel). Daarnaast is er de sterfte die indirect samenhangt met het drugsgebruik. Het gaat daarbij om een risicovolle leefstijl die kan leiden tot uitputting, geweld, of suïcide; een extra risicovolle wijze van drugsgebruik zoals injecteren en om ongevallen onder invloed van drugs. De drugs zijn dan een 'contributieve factor' bij het overlijden. De 'directe sterfte' wordt ook wel de 'primaire sterfte' genoemd en de 'indirecte sterfte' wordt ook wel de 'secundaire sterfte' genoemd.

DSM
DSM staat voor Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. De DSM is een handleiding om te bepalen welke psychische stoornis iemand heeft. Verslaving is volgens de DSM één van de psychische stoornissen. De DSM-III-r is de derde gewijzigde (revised) versie, DSM-IV is de vierde versie en DSM-5 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 ecstasy, heroïne, cocaïne, crack 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 B.

Incident
Een drugsgerelateerde acute stoornis waarvoor medische hulp wordt gezocht. Hieronder vallen zowel de lichamelijke en psychische effecten van intoxicaties, inclusief acute onthoudingsverschijnselen, als trauma's zoals ongevallen, 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.

Meldpunt Nieuwe Drugs (MND)
Het Meldpunt Nieuwe Drugs (MND) combineert gegevens over Nieuwe Psychoactieve Stoffen (NPS) uit het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) met gegevens van het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) en het Douane Laboratorium, om het voorkomen van NPS in Nederland in kaart te brengen. Het MND rapporteert direct aan het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

Middel
Een stof met een psychoactieve werking, dat wil zeggen een stof die de gemoedstoestand verandert, de mate van actief of ontspannen zijn verandert, of een stof die de manier van denken, waarnemen en beleven verandert. Het effect dat een middel in de praktijk heeft, wordt niet alleen bepaald door de chemische samenstelling van dat middel, maar wordt ook in sterke mate bepaald door de gemoedstoestand en de persoonlijkheid van de gebruiker en door de situatie waarin het gebruik plaatsvindt. Middelen die een onaanvaardbaar risico voor de volksgezondheid met zich meebrengen worden aangeduid als 'harddrugs' en staan op lijst I van de Opiumwet. Harddrugs zijn bijvoorbeeld 'ecstasy', 'cocaïne' en 'heroïne'. De andere illegale middelen, naast de harddrugs, staan op lijst II van de Opiumwet. Dit zijn

middelen als 'cannabis', 'paddo's', 'qat' en 'slaap- en kalmeringsmiddelen'. De import, export, productie, teelt, het aanwezig hebben van en de handel in middelen op de Opiumwet is strafbaar, indien niet voldaan is aan strikte voorwaarden. Los van hun feitelijke risico voor de volksgezondheid, worden de middelen 'alcohol' en 'tabak' geregeld in aparte wetgevingen. Het middel 'alcohol' wordt geregeld in de Drank- en Horecawet en het middel 'tabak' wordt geregeld in de Tabakswet. Naast alcohol, tabak en illegale drugs, bestaan er tal van andere middelen die (nog) niet bij wet zijn geregeld. Dit zijn de zogenaamde 'designerdrugs' of 'Nieuwe Psychoactieve Stoffen (NPS)'.

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.

Nieuwe Psychoactieve Stoffen (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 www.psychonaut.com wisselen psychonauten hun ervaringen uit.

Psychose
Psychische stoornis waarbij iemand hallucinaties heeft, dat wil zeggen dingen ziet, hoort of voelt die 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.

Speciaal onderwijs
Onderwijs aan kinderen die extra begeleiding ontvangen op een Regionaal Expertise Centrum (REC), in het praktijkonderwijs (pro), of in het leerwegondersteunend onderwijs (lwoo).

Startleeftijd
Leeftijd waarop iemand voor het eerst een middel heeft gebruikt. De startleeftijd kan worden bepaald voor de ooitgebruikers (gebruik ooit in het leven), de recente gebruikers (gebruik in het afgelopen jaar) en de actuele gebruikers (gebruik in de afgelopen maand). Ook kan de startleeftijd worden bepaald voor verschillende leeftijdsgroepen. De startleeftijd hangt af van de groep waarvoor deze wordt berekend. Zo lag in 2005 voor de ooitgebruikers van cannabis de startleeftijd in de leeftijdsgroep van 15 tot en met 24 jaar op gemiddeld 16,4 jaar en in de leeftijdsgroep van 15 tot en met 64 jaar op gemiddeld 19,6 jaar. De gemiddelde startleeftijd kan in een jonge leeftijdsgroep lager zijn dan in een brede leeftijdsgroep doordat eventuele 'late starters' van een middel niet worden meegenomen in de berekeningen. Op hogere leeftijd kunnen echter vertekeningen optreden in de herinnering van de leeftijd waarop men voor het eerst een middel gebruikte. Gegevens over startleeftijd moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd.

Tabaks- en gemakszaken
Winkels waarin doorgaans producten worden verkocht zoals tabaksproducten (sigaretten, sigaren, shag), rokersbenodigdheden (pijpen, aanstekers), tijdschriften, kranten, wenskaarten, snacks, zoetwaren en loten (staatsloten, lottoformulieren, krasloten).

THC
Tetrahydrocannabinol, het belangrijkste psychoactieve bestanddeel van cannabis.

Verslaving
Problematisch gebruik van een middel waarbij sprake is van afhankelijkheid. Doorgaans verstaat dit Jaarbericht onder "verslaving" de klinische diagnose van afhankelijkheid. Voor justitiële monitors is het echter niet mogelijk om klinische diagnoses te stellen. Justitiële monitors registreren bijvoorbeeld extra gevaar vanwege drugsgebruik of 'duidelijke aanwijzingen voor verslaving'. 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.

Naast de verslaving aan een psychoactief middel komt het ook voor dat iemand verslaafd raakt aan bepaalde gedragingen. Dit zijn de zogenaamde 'gedragsverslavingen' of 'niet-middel-gebonden verslavingen'. Voorbeelden van gedragsverslavingen zijn 'gokverslaving', 'internetverslaving', 'gameverslaving', 'eetverslaving' en 'seksverslaving'. Gokverslaving, gameverslaving en seksverslaving kunnen daarbij plaatsvinden via het internet, waarbij deze gedragsverslavingen de achterliggende oorzaak kunnen zijn van een internetverslaving.

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 het de vervolging van een aan de opgeroepene ten laste gelegd strafbaar feit (strafprocesrecht).

Eerste aanleg, (in -)
Primaire rechterlijke instantie waar een zaak wordt behandeld.

Gevangenisstraf
Vrijheidsstraf, levenslang of tijdelijk met een strafduur van ten hoogste dertig jaar, in de regel ondergaan in een gevangenis.
Zie ook: Hechtenis.

Gewone strafzaak rechtbanken
Strafzaak die in eerste aanleg tot de competentie van de rechtbank behoort, met uitzondering van fiscale en economische delicten.

Hechtenis
Principale - : vrijheidsstraf met een strafduur van maximaal 1 jaar en 4 maanden, van lichtere aard dan gevangenisstraf en in de regel ondergaan in een huis van bewaring.
Subsidiaire - : vrijheidsstraf vanwege niet of niet volledige betaling van geldboete of het niet uitvoeren van een opgelegde taakstraf.

Inverzekeringstelling
Vrijheidsbeneming gedurende ten hoogste vier dagen op bevel van de (hulp-)officier van justitie, wanneer de tijd dat een verdachte voor verhoor mag worden opgehouden (zes uur) niet voldoende is.

Meerderjarige verdachte
Degene die ten tijde van begaan van een strafbaar feit 18 jaar of ouder is.

1 Bron van begrippenlijst: Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg/Heerlen, 2003; Bewerking WODC.

Minderjarige verdachte
Degene die ten tijde van begaan van een strafbaar feit jonger is dan 18 jaar. Afhandeling van (jeugd)zaken van eenvoudige aard gebeurt veelal via Halt(bureaus).
NB. Niemand kan strafrechtelijk worden vervolgd voor een feit begaan voordat hij de leeftijd van 12 jaar heeft bereikt.

Misdrijf
Strafbaar feit van de zware soort, als zodanig aangeduid in de strafwetten; indeling van strafbare feiten in misdrijven en overtredingen is van belang bij het procesrecht (absolute competentie en rechtsmiddelen) en de strafbaarstelling; berechting in eerste aanleg gebeurt in de meeste gevallen door de rechtbank.
Zie ook: Overtreding.

Niet-ontvankelijkheid
Eindbeslissing waarbij de rechter het Openbaar Ministerie het recht te vervolgen ontzegt, op grond van procedurefouten of 'undue delay'.

Onherroepelijke uitspraak
Beslissing van de rechter waartegen geen (gewoon) rechtsmiddel meer openstaat.

Ontslag van (alle) 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.

B 15.2 Bijlage B 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
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
E24.4	Pseudosyndroom van Cushing door alcohol
F10	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van alcohol
F11	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van opiaten
F12	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van cannabis
F13	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van sedativa en hypnotica
F14	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van cocaïne
F15	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van overige stimulerende middelen
F16	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van hallucinogenen
F17	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van tabak
F18	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van vluchtige oplosmiddelen
F19	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van meerdere drugs en andere psychoactieve middelen
G31.2	Degeneratie van zenuwstelsel door alcoholgebruik
G62.1	Alcoholische polyneuropathie
G72.1	Alcoholische myopathie
I42.6	Alcoholische cardiomyopathie
K29.2	Alcoholische gastritis
K70.0	Alcoholische vetlever
K70.1	Alcoholische hepatitis
K70.2	Alcoholische leverfibrose en leversclerose
K70.3	Alcoholische levercirrose
K70.4	Alcoholische leverinsufficiëntie
K70.9	Alcoholische leverziekten, ongespecificeerd
K86.0	Alcoholische pancreasontsteking
O35.4	(Vermoede) schade aan foetus door alcohol als indicatie voor zorg bij moeder
P04.3	Gevolgen voor foetus en pasgeborene door gebruik van alcohol door moeder
T40.0	Vergiftiging door opium
T40.1	Vergiftiging door heroïne
T40.2	Vergiftiging door overige opiaten (codeïne, morfine)
T40.3	Vergiftiging door methadon
T40.4	Vergiftiging door overige synthetische drugs (pethidine)
T40.5	Vergiftiging door cocaïne
T40.6	Vergiftiging door overige en niet gespecificeerde drugs
T40.7	Vergiftiging door cannabis(derivaten)
T40.8	Vergiftiging door lysergide (LSD)
T40.9	Vergiftiging door overige en niet gespecificeerde psychodysleptica (hallucinogenen, mescaline, psilocine, psilocybine)
T42.3	Vergiftiging door barbituraten
T42.4	Vergiftiging door benzodiazepinen

Verklaring van ICD-10 codes (vervolg)	
ICD-10 code	Verklaring
T43.6	Vergiftiging door psychostimulantia met mogelijkheid tot misbruik (met uitzondering van cocaïne, zie T40.5)
T51.0-1	Toxisch gevolg van alcohol, ethanol en methanol
X41 + T43.6	Accidentele vergiftiging door psychostimulantia
X42	Accidentele vergiftiging door narcotica en psychodysleptica (hallucinogenen) niet elders geclassificeerd
X42 + T40.5	Accidentele vergiftiging door cocaïne
X45 + T51.0-1	Onopzettelijke vergiftiging door en blootstelling aan alcohol
X61 + T43.6	Suïcide door psychostimulantia
X65 + T51.0-1	Opzettelijke auto-intoxicatie door alcohol
Y11 + T43.6	Vergiftiging door psychostimulantia waarvan niet vastgesteld is of deze met opzet of niet met opzet heeft plaatsgevonden
Y15 + T51.0-1	Vergiftiging door en blootstelling aan alcohol, opzet niet bepaald
Z72.1	Problemen verband houdend met levensstijl, alcoholgebruik

Consumptie van cannabis, cocaïne, ecstasy en amfetamine onder de algemene bevolking[1] 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	2014	15 - 64	28,7%	11,4%	0,9%	0,2%	6,0%	1,6%	2,6%	0,8%
Estland	2008	15 - 64	-	6,0%	-	0,7%	-	1,2%	-	1,1%
Polen	2014	15 - 64	16,2%	4,6%	1,3%	0,2%	1,6%	0,4%	1,7%	0,2%
Slovenië	2012	15 - 64	15,8%	4,4%	2,1%	0,5%	2,1%	0,3%	0,9%	0,3%
Kroatië	2012	15 - 64	15,6%	5,0%	2,3%	0,5%	2,5%	0,4%	2,6%	0,8%
Letland	2011	15 - 64	12,5%	4,0%	1,5%	0,2%	2,7%	0,4%	2,2%	0,3%
Litouwen	2012	15 - 64	10,5%	2,3%	0,9%	0,2%	1,3%	0,2%	1,2%	0,2%
Slowakije	2010	15 - 64	10,49%	3,6%	0,6%	0,2%	1,9%	0,46%	0,5%	0,1%
Cyprus	2012	15 - 64	9,9%	2,2%	1,3%	0,3%	0,9%	0,3%	0,7%	0,3%
Hongarije	2007	18 - 54	8,5%	2,3%	0,9%	0,2%	2,4%	0,5%	1,8%	0,5%
Bulgarije	2012	15 - 64	7,5%	3,5%	0,9%	0,2%	2,0%	1,2%	1,2%	0,6%
Roemenië	2013	15 - 64	4,6%	2,0%	0,8%	0,2%	0,9%	0,2%	0,3%	0,1%
Malta	2013	18 - 65	4,3%	0,9%	0,5%	-	0,7%	-	0,3%	-

Percentage gebruikers ooit in het leven en 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.1 Doodsoorzakenstatistiek

In het NDM Jaarbericht worden gegevens van de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS gebruikt om een indicatie te krijgen van de sterfte gerelateerd aan het middelengebruik. Voor drugs, alcohol en tabak gaat het om verschillende definities en schattingsmethoden van de sterfte. De definitie voor drugs omvat primair directe sterfgevallen ('overdosis'). Voor alcohol gaat het niet alleen om intoxicaties (en verslaving) maar alle *expliciet* aan alcohol gerelateerde ziekten die tot sterfte kunnen leiden. Voor tabak wordt de sterfte het meest volledig in kaart gebracht via een methode die een schatting maakt van alle (voor zover bekend) aan tabak *gerelateerde ziekten en sterfgevallen.*

Drugs

In veel landen vormt de algemene doodsoorzakenstatistiek de bron voor acute drugssterfte ('overdosis'). Volgens het protocol voor de 'Key Indicator Drug-related deaths' van het EMCDDA (2009) gebeurt dit door gevallen te selecteren volgens een vastgestelde selectie van ICD-9 of ICD-10 codes, die betrekking hebben op de aard van de sterfte. Alle gevallen worden meegeteld van niet-opzettelijke vergiftiging, opzettelijke vergiftiging (suïcide) en vergiftiging waarvan niet is vastgesteld of deze al dan niet met opzet heeft plaatsgevonden (EMCDDA, 2015a). De Doodsoorzakenstatistiek in Nederland geeft vermoedelijk een onderrapportage van de drugsgerelateerde sterfte (Van Laar et al., 2006). Er wordt niet standaard post-mortem (toxicologisch, sectie) onderzoek uitgevoerd bij (vermoeden van) een onnatuurlijke doodsoorzaak en indien dit wel gebeurt dan wordt deze informatie doorgaans niet gebruikt voor het coderen van de sterfte in de Doodsoorzakenstatistiek. Bovendien zijn de ICD codes vaak niet specifiek genoeg om uiteenlopende soorten drugs te kunnen registreren en identificeren. Zo is er geen specifieke code voor GHB en vallen ecstasy en amfetamine, samen met middelen zoals cafeïne en efedrine, onder dezelfde code voor psychostimulantia.

Drugsgebruikers kunnen ook door andere oorzaken dan een overdosis overlijden. Deze oorzaken kunnen los staan van het drugsgebruik (bijvoorbeeld ouderdom) of hieraan gerelateerd zijn (zoals een uitputtende leefstijl, infectieziekten door injecteren). Deze algehele sterfte onder drugsgebruikers kan in kaart worden gebracht in cohortonderzoek waarin drugsgebruikers over de jaren heen worden 'gevolgd'.

Alcohol

Voor de alcoholgerelateerde sterfte is geen standaardprotocol beschikbaar. In de internationale literatuur zijn wel ICD codes te traceren die worden gebruikt voor het bepalen van sterfte die gerelateerd is aan alcoholgebruik (WHO, 2000; Heale et al., 2002). In dit Jaarbericht worden codes gebruikt waarbij alcoholgebruik expliciet als doodsoorzaak staat genoemd. De cijfers weerspiegelen vrijwel zeker een onderschatting van de totale alcoholsterfte, omdat de rol van alcoholgebruik bij de sterfte niet altijd herkend wordt. Bovendien is het sinds de introductie van het automatisch coderen in 2013 niet meer mogelijk om de secundaire alcoholsterfte in kaart te brengen. Bij deze secundaire sterfte gaat het om gevallen waarbij alcoholgerelateerde ziekten een bijdrage hebben geleverd aan het overlijden, maar niet de primaire doodsoorzaak vormen (bijvoorbeeld een verkeersongeval waarbij alcoholmisbruik in het spel is) (zie onder Trends). In komende jaren zal daarom een schatting worden gemaakt van de totale alcoholgerelateerde sterfte op basis van 'populatie attributieve risico's'; net zoals dit ook voor tabak gebeurt (zie hieronder).

Tabak

Roken is een risicofactor waarvoor de aanwezige ICD-10 codes, zoals F17 (zie bijlage B), niet structureel worden toegepast. De bijdrage van roken aan het ontstaan van ziekten en sterfte wordt daarom geschat op basis van epidemiologisch onderzoek in combinatie met registratiegegevens. Daarvoor wordt als maat het 'populatie attributief risico'(PAR) gebruikt, dat de proportie van de sterfte aangeeft, die toegewezen kan worden aan roken. Een PAR van 0,9 voor longkanker (ICD-10 code C34) bij mannen in 2012 houdt bijvoorbeeld in dat 90% van de sterfte aan longkanker bij mannen in 2012 toe te wijzen is aan roken. Deze PARs worden voor 12 aan roken gerelateerde (klassen van) ziektes berekend op basis van rookprevalentiecijfers, sterftecijfers en bevolkingsaantallen voor datzelfde jaar en met Relatieve Risico's (RR's) voor aan roken gerelateerde ziektes.

Trends

Cijfers over de aan middelengebruik gerelateerde sterfte, zoals geregistreerd in de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS, kunnen vanaf 2013 niet meer worden vergeleken met die van vóór 2013. Dit komt vanwege een overgang van het handmatig coderen van 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.

D.2 Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor

Na een landelijk afstemmingstraject van leefstijlmonitoren (Kramers et al., 2012) zijn sinds 2014 jaarlijks cijfers over drugsgebruik in de algemene bevolking beschikbaar uit de Gezondheidsenquête/ Leefstijlmonitor uitgevoerd door het CBS i.s.m. het RIVM en het Trimbos-instituut.

Het gebruik van cannabis, cocaïne, heroïne, ecstasy, amfetamine, GHB, alcohol en tabak wordt geïnventariseerd in een representatieve aselecte steekproef van de bevolking. De vragenlijst wordt via internet of een persoonlijk interview afgenomen. In het geval van een persoonlijk interview kunnen respondenten de vragen over drugs zelf invullen. Subgroepen worden beschreven op basis van geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en stedelijkheid (gecategoriseerd naar aantal adressen per vierkante kilometer in de woongemeente van de respondent). Opleidingsniveau is gedefinieerd als het hoogst gevolgd niveau bij personen van 18-24 jaar, en het hoogst behaald niveau bij personen van 25 jaar en ouder (Laag opgeleid = basisonderwijs, LBO, MAVO,VMBO; Middelbaar opgeleid = MBO, HAVO, VWO; Hoog opgeleid = HBO of universiteit). Om ook het middelengebruik van personen jonger dan 25 jaar naar opleiding te kunnen rapporteren wijkt het Jaarbericht NDM hierin af van de CBS-definitie, die alleen gebaseerd zijn op het hoogst behaalde opleidingsniveau waarbij personen onder 25 jaar worden uitgesloten. Schattingen van het absolute aantal gebruikers van alcohol, drugs en tabak in Nederland zijn afgerond op tienduizendtallen.

De methode van gegevensverzameling, de vragenlijst en de wegingsmethode voor de peiling van 2014 verschillen van die van eerdere metingen (Morren en Willems, 2015). Dit herontwerp van de Gezondheidsenquête betrof onder andere wijzigingen in de methode van ondervragen: van een gemengde benadering via een internetvragenlijst, een persoonlijk interview of een telefonisch interview naar alleen een internetvragenlijst of persoonlijk interview. Tussen 2010 en 2013 werd de Gezondheidsenquête in twee delen afgenomen. Roken werd in het eerste deel uitgevraagd, maar alcoholgebruik was onderdeel van de vervolgmodule waardoor de respons in die jaren mogelijk lager en selectiever was. 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. Daarom moeten de prevalentieschattingen van 2014 gezien worden als een nieuwe nulmeting en kunnen geen vergelijkingen met voorgaande jaren worden gemaakt (Van Laar en Van Ooyen-Houben, 2014). Het is dus niet mogelijk om met zekerheid vast te stellen of het gebruik van drugs vergeleken met de voorgaande peiling in 2009 (het Nationaal Prevalentie Onderzoek (NPO) 2009) is toegenomen of afgenomen. Het NPO uit 2009 verschilde qua methode ook weer met de eerdere NPO peiling uit 2005 (Rodenburg et al., 2007; Van Rooij et al., 2011; Morren en Willems, 2015).

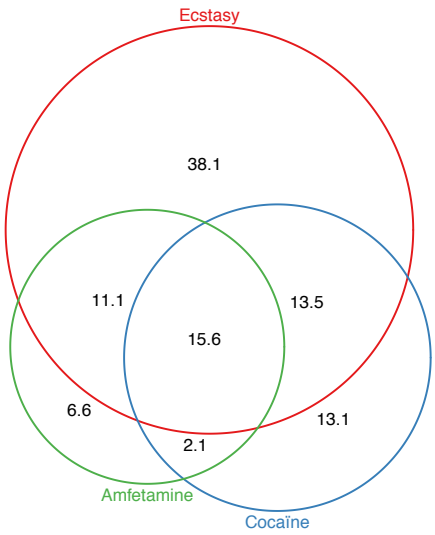
Vanaf 2015 is de leeftijdsrange van de drugskern uit de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor verbreed van aanvankelijk 15-64 jaar naar 12 jaar en ouder. De kerncijfers voor het beleid, zoals gepresenteerd in de Staat van Volksgezondheid en Zorg (www.staatvenz.nl), zijn voor volwassenen echter vastgesteld voor de bevolking van 18 jaar en ouder. Dit Jaarbericht zal daarom primair gegevens voor deze leeftijdsgroep beschrijven. Om een vergelijking mogelijk te maken tussen 2014 en 2015 zijn voor beide peilingen alleen drugscijfers geanalyseerd voor de 15-64-jarigen.

Overlap in middelengebruik

Zoals in de inleiding aangegeven, moet de lezer erop bedacht zijn dat de hoofdstukindeling per middel van het Jaarbericht voorbij gaat 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. Ter illustratie wordt de overlap in het gebruik van cocaïne, ecstasy en amfetamine nader toegelicht op basis van gegevens uit de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor 2015.

In totaal gebruikte 96,4% van de volwassen Nederlanders geen cocaïne, amfetamine of ecstasy in het afgelopen jaar. Figuur 15.1 geeft de mate van overlap weer onder de 3,6% van de volwassen Nederlanders die wel in het afgelopen jaar cocaïne, amfetamine en/of ecstasy gebruikten (telt dus op tot 100% voor deze subgroep). Van deze groep had 15,6% alle drie de middelen gebruikt. Ecstasygebruikers waren vaker mono-gebruiker dan cocaïne- en amfetaminegebruikers.

Figuur 15.1 Overlap in recent gebruik van cocaïne, ecstasy en amfetamine onder mensen van 18 jaar en ouder die tenminste één van deze middelen in het afgelopen jaar gebruikten. Peiljaar 2015[1]



Overlap in het percentage recent (laatste jaar) gebruik van cocaïne, ecstasy en amfetamine onder recent gebruikers van één of meer van deze middelen. Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2015.

D.3 Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU)

In Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU) 2013 is voor het eerst op landelijke schaal het gebruik van middelen onder een specifieke groep van 3.335 (frequente) bezoekers van party's, festivals en clubs van 15 tot en met 35 jaar bestudeerd via een online survey (Goossens et al., 2014). In HGU2016 is opnieuw het uitgaansleven van 4.905 frequent uitgaanders in kaart gebracht (Monshouwer et al., 2016).

Online surveys kunnen in korte tijd veel mensen uit moeilijk bereikbare groepen includeren. HGU onder uitgaande jongeren levert zo inzicht in middelengebruikspatronen, signaleert nieuwe trends en nieuwe drugs, en brengt belangrijke onderwerpen in een specifieke populatie in kaart. Echter, online surveys resulteren niet in een representatieve steekproef van alle uitgaande jongeren en jongvolwassenen. De resultaten kunnen dus indicatief zijn, maar de gevonden prevalenties van middelengebruik zijn niet representatief voor uitgaande jongeren in Nederland.

Vanwege de online onderzoeksmethode, moeten verschillen tussen HGU2013 en HG2016 zeer voorzichtig geïnterpreteerd worden. Er zijn verschillen tussen respondentkenmerken in beide onderzoeken populaties: op groepsniveau waren deelnemers aan HGU2016 jonger en hoger opgeleid, er waren minder frequent party/festival bezoekers en HGU2016 deelnemers hebben een meer mainstream muziekvoorkeur (zie tabel D.1). Deze verschillen worden vermoedelijk (deels) veroorzaakt door andere wervingsbronnen. In HGU2013 hing frequent party/festivalbezoek sterk samen met drugsgebruik onder jongeren en jongvolwassenen met een voorkeur voor techno en hardhouse was het actueel ecstasy, amfetamine en cocaïnegebruik het hoogst. Daarom valt het te verwachten dat in HGU2016 het middelengebruik lager ligt. Gezien de voorzichtigheid die geboden is bij het interpreteren van de resultaten van beide metingen, presenteert het Jaarbericht NDM alleen voorlopige cijfers uit het HGU2016, en rapporteren we in hoofdstuk 8 Nieuwe Psychoactieve Stoffen, waarvoor geen nationale cijfers beschikbaar zijn, alleen grote verschillen tussen HG2013 en HGU2016.

Tabel D.1 Vergelijking deelnemers Het Grote Uitgaansonderzoek, peiljaar 2013 en 2016

	HGU2013	HGU2016
Werving	63% Partyflock	72% Facebook
Gemiddelde leeftijd	22,9 jaar	21,7 jaar
Hoog opgeleid	44%	54%
Bij ouders wonend	40%	54%
Ten minste maandelijks party/festival	45%	35%
Top 40 muziek 'heel slecht'	24%	13%
Techno 'heel goed'	65%	45%

D.4 Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ)

De algemene ziekenhuizen stuurden tot en met het registratiejaar 2012 geanonimiseerde gegevens over de opnames naar de Landelijke Medische Registratie (LMR). Vanaf 2013 werd de LMR voortgezet in de vorm van de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ). Ook Universitair Medische Centra (UMCs) leveren gegevens aan de LBZ (www.dhd.nl). In de LMR werden de opnames anoniem geregistreerd in ICD-9 codes. In de LBZ worden vanaf 2013 de opnames anoniem geregistreerd in ICD-10 codes (zie bijlage B). In zoverre ziekenhuisgegevens ontbraken, werden de ontbrekende gegevens bijgeschat om tot

een schatting te komen van het totaal aantal ziekenhuisopnames. Voor het registratiejaar 2013 ontbraken echter teveel gegevens om tot een betrouwbare bijschatting te komen. Voor de hoofddiagnoses moest in 2013 per middel tussen de 17% en 25% worden bijgeschat en voor de nevendiagnoses moest per middel tussen de 18% en 28% worden bijgeschat. Voor 2014 waren er voldoende gegevens voorhanden en kon een nieuwe bijschattingsmethode worden toegepast. Voor het registratiejaar 2014 hebben 88 van de 94 ziekenhuizen data aangeleverd en waren over het algemeen genomen de data voor de klinische opnames voor 94% compleet en waren de data voor de dagopnames voor 76% compleet (DHD, 2016). Vanwege de overgang van ICD-9 codering naar ICD-10 codering en het ontbreken van voldoende gegevens voor het registratiejaar 2013, worden in dit Jaarbericht geen nieuwe trendgegevens gerapporteerd. Dit Jaarbericht beperkt zich tot de gegevens voor het registratiejaar 2014.

D.5 Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS)

Een deel van de probleemgebruikers van alcohol of drugs zoekt hulp bij een instelling voor verslavingszorg. Gegevens over de aantallen cliënten en cliëntprofielen geven informatie over (trends) in de hulpvraag en kunnen een indirecte indicator zijn van trends in het probleemgebruik. Daarbij moet worden bedacht dat mensen die bij de hulpverlening komen in zekere zin 'atypisch' zijn voor de totale groep mensen met een verslavingsprobleem. Er zijn indicaties dat verslaafden die hulp vragen er erger aan toe zijn dan verslaafden die dat nog niet doen. Zo komen (comorbide) psychische problemen doorgaans vaker voor bij cliënten van de verslavingszorg dan bij mensen die 'alleen' met een verslavingsprobleem kampen.

Factoren die, naast het voorkomen van probleemgebruik, evenzeer van invloed kunnen zijn op het aantal geregistreerde cliënten zijn bijvoorbeeld veranderingen in het hulpverleningsaanbod (zoals anonieme, en dus niet geregistreerde e-health interventies) of veranderingen in financieringsstromen; een toe- of afname in de bereidheid hulp te zoeken of in het doorverwijzen (bijv. meer hulp via de eerstelijnszorg).

Ook veranderingen in de registratie zouden een rol kunnen spelen. Zo veranderde het aantal instellingen voor verslavingszorg dat geanonimiseerde gegevens aanleverde aan het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) tussen 2006 tot en met 2015 (zie onderstaande tabel D.2). Een nadere analyse wijst echter uit dat deze wisselingen in de instellingen slechts een beperkte invloed hebben gehad op het landelijk aantal geregistreerde cliënten en de trends niet noemenswaardig hebben beïnvloed.

Tabel D.2 Instellingen voor verslavingszorg die deelnemen aan het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS), registratiejaren 2006-2015

Instelling voor verslavingszorg	Registratiejaar									
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Jellinek (Arkin)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
IrisZorg	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Emergis	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Bouman GGZ (Antes)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Victas	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Brijder (Parnassia Groep)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
GGD Amsterdam[1]	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Tactus	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Vincent van Gogh	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Mondriaan	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Verslavingzorg Noord Nederland	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Novadic-Kentron	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
De Hoop GGZ	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
De Regenboog	■	■	■	■						
De Wit Consultancy		■	■	■	■	■	■	■	■	
Arta Lievegoed Zorggroep		■	■	■	■	■	■	■	■	■
De Brug			■	■	■	■	■	■	■	■
Reclassering algemeen			■	■	■	■	■	■	■	■
Trubendorffer				■	■	■	■	■	■	■
Momentum GGZ					■	■	■	■	■	■
Amethist								■	■	■
Dimence								■	■	■
Castle Craig				■	■	■	■	■	■	■

I. GGD Amsterdam biedt hulpverlening voor opiaatverslaafden. Bron: LADIS, IVZ, bewerking Trimbos-instituut.

D.6 Monitor Drugsincidenten (MDI)

De belangrijkste bron voor informatie over gezondheidsverstoringen in verband met drugsgebruik is de Monitor Drugsincidenten (MDI) van het Trimbos-instituut. De MDI werkt nauw samen met het DIMS, dat de samenstelling van de drugs op de Nederlandse markt monitort. Sinds 2015 worden ook de gegevens gerapporteerd die sinds 2009 zijn verzameld in het Letsel Informatiesysteem (LIS) van VeiligheidNL. Aan de dataverzameling van het LIS dragen 14 spoedeisendehulpafdelingen van ziekenhuizen bij. De wijze van dataverzameling in de ziekenhuizen van de MDI en het LIS zijn niet hetzelfde en daarom worden de gegevens apart gerapporteerd. Ook is in het LIS geen informatie beschikbaar over de mate van intoxicatie.

In 2015 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 2015 waren 22 deelnemers actief in de MDI-registratie.

D.7 Peilstationsonderzoek scholieren, Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), European School Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD)

Sinds 1984 meet het Trimbos-instituut via het Peilstationsonderzoek scholieren om de vier jaar het gebruik van alcohol, drugs en tabak onder scholieren (Van Dorsselaer et al., 2016). Het Peilstationsonderzoek wordt sinds 2003 afgenomen op een *representatieve* steekproef van scholieren in groep 7 en 8 van de basisschool en scholieren van alle klassen van het regulier voortgezet onderwijs bestaande uit VMBO, HAVO en VWO. De representatieve steekproef wordt samengesteld via een random selectie van scholen (fase 1), gevolgd door een random selectie van klassen binnen die scholen (fase 2). Vanwege verschillen in het aantal klassen tussen het VMBO, de HAVO en het VWO, levert dit weliswaar geen representatieve steekproef op van 17-18-jarigen, maar wel een representatieve steekproef van 12-16-jarigen die regulier onderwijs volgen. De leeftijdsgroep van 12-16 jaar is tevens de leeftijdsgroep waar het volksgezondheidsbeleid zich op richt via de Staat van Volksgezondheid en Zorg (www.staatvenz.nl).

Via het Peilstationsonderzoek scholieren kunnen goede vergelijkingen worden gemaakt over de jaren heen, zodat de trends in het middelengebruik onder scholieren goed in kaart kunnen worden gebracht. Zodra nieuwe middelen in opkomst zijn, worden deze meegenomen. Vanaf 1992 werden gokken en ecstasy meegenomen, vanaf 1996 werden paddo's meegenomen, vanaf 2011 internet en energiedrankjes en vanaf 2015 worden voor het eerst de elektronische sigaret, de waterpijp en lachgas meegenomen. Ook worden vanaf 2015 voor het eerst in het voortgezet onderwijs de gegevens digitaal verzameld via internet.

Eveneens om de vier jaar wordt de Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) studie uitgevoerd door de Universiteit Utrecht, het Trimbos-instituut en het Sociaal en Cultureel Planbureau. De HBSC ondervraagt scholieren van 11-16 jaar naar uiteenlopende leefstijlgedragingen. Ook doet Nederland sinds 1999 mee aan het European School Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD) onder scholieren van 15 en 16 jaar. De verschillende monitors worden op elkaar afgestemd binnen het kader van de landelijke Leefstijlmonitor (LSM) gecoördineerd door het RIVM. In dit kader vindt er ook afstemming plaats met de Gezondheidsmonitor Jeugd van de GGD'en.

E 15.5 Bijlage E Lijst van afkortingen

1,4-BD	1,4-butaandiol
2C-B	4-bromo-2,5-dimethoxyphenethylamine
4,4o-DMAR	4-methyl-5-(4-methylphenyl)-4,5-dihydrooxazol-2-amine
4-FA	4-fluor(amfetamine)
4-MA	4-methylamfetamine
4-MTA	4-methylthioamfetamine
5-APB	Benzo Fury
5-IT	5-(2-aminopropyl)indool
6-APB	Benzo Fury
25B-NBOMe	2-(4-bromo-2,5-dimethoxyphenyl)-N-[(2-methoxyphenyl)methyl]ethanamine
25C-NBOMe	2-(4-chloro-2,5-dimethoxyphenyl)-N-[(2-methoxyphenyl)methyl]ethanamine
25I-NBOMe	4-jood-2,5-dimethoxy-N-(2-methoxybenzyl)fenethylamine
ACT	Assertive Community Treatment
AH-7921	3,4-dichloor-N-[[1-(dimethylamino)cyclohexyl]methyl]benzamide
Aids	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AiG	Alles is Gezondheid
AIHW	Australian Institute of Health and Welfare
AM-2201	1-[(5-Fluoropentyl)-1H-indol-3-yl]-(naphthalen-1-yl)methanone
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	Benzyl-methyl-keton
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
CATCH	Cocaine Addiction Treatments to improve Control and reduce Harm
CBD	Cannabidiol
CBO	Centraal Begeleidings Orgaan
CBR	Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CCV	Centrum voor Criminaliteitspreventie en Veiligheid
CDC	Centers for Disease Control and Prevention

CGL	RIVM Centrum Gezond Leven
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
CJIB	Centraal Justitieel Incasso Bureau
CMR	Centrale Methadon Registratie
Coda-G4	Cohortstudie naar Daklozen in de vier grote steden
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
COR	Continu Onderzoek Rookgewoonten
CPA	Centrale Post Ambulancevervoer
CQI	Consumer Quality Index
CSEW	Crime Survey for England and Wales
CSV	Crimineel Samenwerkings Verband
CVA	Cerebraal Vasculaire Aandoening (beroerte)
CVS	Cliënt Volg Systeem
CVZ	College voor zorgverzekeringen
DAAs	Direct Acting Antivirals
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DDD	Doorsnee Dag Dosis, standaarddagdosering
DEA	Drug Enforcement Administration
DHD	Dutch Hospital Data
DHW	Drank- en Horecawet
DIMS	Drugs Informatie en Monitoring Systeem
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
DNRI	Dienst Nationale Recherche Informatie
DOB	2,5-dimethoxy-4-bromoamfetamine
DSM	Diagnostic and Statistical Manual
EC	Europese Commissie/European Commission
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
ECDD	Expert Committee on Drug Dependence
EHBO	Eerste Hulp bij Ongelukken
EK	Eerste Kamer
EMA	Educatieve Maatregel Alcohol en verkeer
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (in het Nederlands: EWDD)
EPZ	Eerstelijns Psychologische Zorg
ERISSP	European Reporting on Illicit Synthetic Substance Production sites
ESPAD	European School Project on Alcohol and other Drugs
EU	Europese Unie/European Union
Euro-DEN	European drug emergencies network
EWDD	Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving (in het Engels: EMCDDA)
EWS	Early Warning System
EZ	Ministerie van Economische Zaken
FCTC	Framework Convention on Tobacco Control
FinEC	Financieel Economisch Opsporen Politie
FIOD	Fiscale Inlichtingen en Opsporings Dienst
FPD	Forensisch Psychiatrische Dienst
GB-GGZ	Generalistische Basis GGZ
GBA	Gemeentelijke Basisadministratie
GBL	Gamma-butyrolacton
GDS	Global Drug Survey

GE	Gezondheidsenquête CBS
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GG&GD	Gemeentelijke Geneeskundige & Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GHB	Gammahydroxyboterzuur
GIP	Genees- en hulpmiddelen Informatie Project
GW	Geneesmiddelenwet
HAART	Highly Active Anti-Retroviral Treatment
HARC-team	Hit and Run Container team
HAVO	Hoger Algemeen Voortgezet Onderwijs
HBO	Hoger Beroeps Onderwijs
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children (studie)
HBV	Hepatitis B virus
HCV	Hepatitis C virus
HDL-C	High density lipoprotein cholesterol
HGU	Het Grote Uitgaansonderzoek
Hiv	Humaan Immunodeficiëntie Virus
HKS	Herkenningsdienstsysteem
HUO	Haags Uitgaans Onderzoek
HVO	Hoger Voortgezet Onderwijs
ICD	International Classification of Diseases
ICPC	International Classification for Primary Care
IDG	Intraveneuze Drugsgebruiker
IFZO	Informatievoorziening Forensische Zorg
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IPOL	Dienst van het Korps Landelijke Politie Diensten (KLPD), coördineert onder andere politie- en rechtshulpinformatie
ISD	Inrichting voor Stelselmatige Daders
ITC	International Tobacco Control
IVM	Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik
IVO	Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving
IVRK	Internationaal Verdrag van de Rechten van het Kind
IVZ	Stichting Informatievoorziening Zorg
JJI	Justitiële Jeugdinrichting
JWH-018	1-pentyl-3-(1-naphthoyl)indole
KMar	Koninklijke Marechaussee
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
KWF	Koningin Wilhelmina Fonds Kankerbestrijding
LADIS	Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem
LASA	Longitudinal Aging Study Amsterdam
LBO	Lager Beroeps Onderwijs
LBZ	Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg
LEMA	Lichte Educatieve Maatregel Alcohol en verkeer
LFO	Landelijke Faciliteit Ondersteuning Ontmantelen
LIEC	Landelijk Informatie en Expertise Centrum
LINH	Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg
LIS	Letsel Informatie Systeem
LIV	levamisolgeïnduceerde vasculopathie
LMIG	Landelijke Monitor Intramurale GGZ
LMR	Landelijke Medische Registratie

LO	Lager Onderwijs
LSD	d-Lysergzuur-diethylamide
LSM	Leefstijlmonitor
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 Drugsincidenten
MDMA	3,4-methyleen-dioxymethamfetamine
MDPV	3,4-methyleendioxypyrovaleron
MGC	Monitor Georganiseerde Criminaliteit
MKBA	Maatschappelijke Kosten en Baten Analyse
MMO	Monitor Maatschappelijke Opvang
MND	Meldpunt Nieuwe Drugs
MO/VB-regio	Regio voor de Maatschappelijke Opvang en het Verslavingsbeleid
MPPC	Most Popular Price Category (meest populaire prijsklasse)
MSM	Mannen die sex hebben met mannen
MT-45	1-cyclohexyl-4-(1,2-diphenylethyl)piperazine
MVO	Middelbaar Voortgezet Onderwijs
MXE	Methoxetamine
NDM	Nationale Drug Monitor
NEMESIS	Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study
NFI	Nederlands Forensisch Instituut
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NICE	National Intensive Care Evaluation
NIFP	Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie
NIGZ	Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
NIP	Nederlands Instituut van Psychologen
NISPA	Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NMG	Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid
NOC*NSF	Nederlands Olympisch Comité*Nederlandse Sport Federatie
NP	Nationale Politie
NPO	Nationaal Prevalentie Onderzoek
NPP	Nationaal Programma Preventie
NPS	Nieuwe Psychoactieve Stoffen
NSCK	Nederlands Signaleringscentrum voor Kindergeneeskunde
NSWO	Nederlandse Vereniging voor Slaap- en Waak Onderzoek
NVIC	Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum
NVvP	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
NVWA	Nederlandse Voedsel en Warenautoriteit
NWO	Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek
OBJD	Onderzoeks- en Beleidsdatabase Justitiële Documentatie
OM	Openbaar Ministerie
OPS	Opsporingsregister

PAAZ	Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis
PBW	Penitentiaire Beginselenwet
PenH-plan	Preventie- en Handhavingsplan
PGB	Persoonsgebonden budget
PICS	Precursor Incidents Communication System
PMA	Paramethoxyamfetamine
PMK	Piperonyl-methyl-keton
PMMA	Paramethoxymethylamfetamine
POH-GGZ	Praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg bij de huisarts
POLS	Permanent Onderzoek Leefsituatie
PPC	Penitentiair Psychiatrisch Centrum
pro	Praktijkonderwijs
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(afdeling)
SFK	Stichting Farmaceutische Kengetallen
SHM	Stichting HIV Monitoring
SIVZ	zie: IVZ
SOA	Seksueel Overdraagbare Aandoening
SOCTA	European Serious and Organised Crime Threat Assessment
Sr	Wetboek van Strafrecht
STAP	Nederlands Instituut voor Alcoholbeleid
STIVA	Stichting Verantwoord Alcoholgebruik
Sv	Wetboek van Strafvordering
SVG	Stichting Verslavingsreclassering van de Geestelijke Gezondheidszorg Nederland
SSI	Stichting Sigarettenindustrie
STAD	STockholm prevents Alcohol and other Drugs
SWOV	Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid
TBS	Terbeschikkingstelling
TCS	Tobacco Control Scale
TDP	Tabaksproductenrichtlijn EU
THC	Tetrahydrocannabinol
TK	Tweede Kamer
TNS NIPO	Nederlands Instituut voor de Publieke Opinie en het Marktonderzoek
TPD	Tabaksproductenrichtlijn

TULP	TenUitvoerLegging van vrijheidsbenemende maatregelen in Penitentiaire inrichtingen
UMC	Universitair Medisch Centrum
UT	Universiteit Twente
UvA	Universiteit van Amsterdam
VMBO	Voorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs
VMBO-b	Voorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs – basisberoepsgerichte leerweg
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
WODC	Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum
WPG	Wet Publieke Gezondheid
WVL	Rijkswaterstaat Water, Verkeer en Leefomgeving
Wvmc	Wet voorkoming misbruik chemicaliën
WvS	Wetboek van Strafrecht
ZonMw	Zorgonderzoek Nederland Medische Wetenschappen
Zvw	Zorgverzekeringswet

F 15.6 Bijlage F 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%"

16. Referenties

R 16 Referenties ▶ pagina 392

16. Referenties

Aanjaagteam Verwarde Personen (2016). *Samen verder doorpakken: tweede tussenrapportage Aanjaagteam Verwarde Personen*. Aanjaagteam Verwarde Personen: Den Haag.

Achterbergh, R. (2015). *A case-holding initiative for the early detection of HIV and sexual transmitted infections in high risk MSM. [Oral poster Aids Impact; 28-31 juli 2015]*.

Alles is Gezondheid (AiG) (2016). *2 jaar Alles is gezondheid...:resultaten tot en met 2015*. AiG: Amersfoort.

Amarasuriya, U.K., Myles, P.R., Sanders, R.D. (2012). Long-term benzodiazepine use and mortality: are we doing the right studies? *Curr Drug Saf 7* (5): 367-371.

Anthony, J.C. (2006). The epidemiology of cannabis dependence, In *Cannabis dependence: its nature, consequences and treatment*. R.A. Roffman and R S Stephens, (eds.), pp. 58-105. Cambridge University: Cambridge

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.

Baggio, S., Deline, S., Studer, J., N'Goran, A., Mohler-Kuo, M., Daeppen, J.B. et al., (2014). Concurrent versus simultaneous use of alcohol and non-medical use of prescription drugs: is simultaneous use worse for mental, social, and health issues? *J Psychoactive Drugs 46* (4): 334-339.

Bakker, B. (2015). *Geluk uit een potje: waarom we te veel slikken*. Podium: Amsterdam.

Banks, E., Joshy, G., Weber, M.F., Liu, B., Grenfell, R., Egger, S. et al., (2015). Tobacco smoking and all-cause mortality in a large Australian cohort study: findings from a mature epidemic with current low smoking prevalence. *BMC Med 13:* 38.

Barrios, L., Grison-Hernando, H., Boels, D., Bouquie, R., Monteil-Ganiere, C., Clement, R. (2016). Death following ingestion of methylone. *Int J Legal Med 130* (2): 381-385.

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.

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., Wouters, M., Korf, D.J. (2014). *Coffeeshops, toerisme, overlast en illegale verkoop van softdrugs, 2014*. 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.

Benson, F.E., Nagelhout, G.E., Nierkens, V., Willemsen, M.C., Stronks, K. (2016). Inequalities in the Impact of National Reimbursement of Smoking Cessation Pharmacotherapy and the Influence of Injunctive Norms: An Explorative Study. *Subst Abuse 10:* 45-53.

Beurmanjer, H., Verbrugge, C.A.G., Schellekens, A.F.A., De Jong, C.A.J., Dijkstra, B.A.G. (2016). *Behandeling van GHB afhankelijkheid na detoxificatie: eindrapportage NISPA GHB monitor 2.0*. NISPA: Nijmegen.

Bieleman, B., Nijkamp, R., Schaap, F. (2010). *Monitor coffeeshopbeleid Rotterdam: 0- en 1-meting*. Intraval: Groningen-Rotterdam.

Bieleman, B., Kruize, A., Mennes, R. (2015). *Plannen in kaart: inventarisatie preventie- en handhavingsplannen Drank- en Horecawet 2015*. Intraval: Groningen-Rotterdam.

Bieleman, B., Mennes, R., Sijtstra, M. (2015a). *Coffeeshops in Nederland 2014: aantallen coffeeshops en gemeentelijk beleid 1999-2014*. Intraval: Groningen-Rotterdam.

Bieleman, B., Mennes, R., Sijtstra, M. (2015b). *Monitor afstandscriterium coffeeshops Amsterdam*. Intraval: Groningen-Rotterdam.

Bieleman, B., Mennes, R., Sijtstra, M. (2015c). *Monitor verplaatsing coffeeshop Amsterdam-Oost*. Intraval: Groningen-Rotterdam.

Bjarnadottir, G.D., Magnusson, A., Rafnar, B.O., Sigurdsson, E., Steingrimsson, S., Johannsson, M. et al., (2016). Intravenous Use of Prescription Psychostimulants; A Comparison of the Pattern and Subjective Experience between Different Methylphenidate Preparations, Amphetamine and Cocaine. *Eur Addict Res 22* (5): 259-267.

Blankers, M., Van Laar, M. (2013). *Interventies stoppen met roken voor jongeren [fact sheet]*. Trimbos-instituut: Utrecht.

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.

Blom, J.D. (2016). Alice in Wonderland syndrome: A systematic review. *Neurol Clin Pract 6* (3): 259-270.

Boelema, S. (2015). *Alcohol use in adolescence: a longitudinal study of its effects on cognitive functioning*. Universitiet Utrecht: Utrecht.

Bogdanovica, I., Godfrey, F., McNeill, A., Britton, J. (2011). Smoking prevalence in the European Union: a comparison of national and transnational prevalence survey methods and results. *Tob Control 20* (1): e4.

Bommelé, J., Van Laar, M., Kleinjan, M. (2016). *Strategische Verkenning: Communicatie naar jongeren in het kader van tabaksontmoediging*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Boschloo, L., Vogelzangs, N., Smit, J.H., Van den Brink, W., Veltman, D.J., Beekman, A.T. et al., (2011). Comorbidity and risk indicators for alcohol use disorders among persons with anxiety and/or depressive disorders: findings from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *J Affect Disord 131* (1-3): 233-242.

Bramness, J.G., Gundersen, O.H., Guterstam, J., Rognli, E.B., Konstenius, M., Loberg, E.M. et al., (2012). Amphetamine-induced psychosis-a separate diagnostic entity or primary psychosis triggered in the vulnerable? *BMC Psychiatry 12:* 221.

Bransen, E., Collard, P., Van der Poel, A., Boon, B. (2016). *Sociale wijkteams en verslavingspreventie: tijdige signalering en interventie bij problematisch gebruik van alcohol en drugs: strategische verkenning*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Breemer, J.N., De Jong, W.M., Krummacher, N., Wolter, R. (2009). *Pilotproject Actief Testen in de GGZ en maatschappelijke opvang 2007-2008: evaluatierapport*. GGD rotterdam-Rijnmond: Rotterdam.

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., 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., 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., 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.S.M., Mulder, J., Van Laar, M.W. (2014). *Leeftijdsverificatie in het vizier: een explorerend onderzoek naar leeftijdsverificatiehulpmiddelen en -systemen voor de verkoop van tabak*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Buisman, R., Croes, E., Springvloet, L., Van Laar, M. (2015). *Generieke tabaksverpakkingen (pain packaging): factsheet*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Buisman, R., Van Laar, M. (2015). *Waterpijp: factsheet*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Burgemeester van Amsterdam (2015). *Brief aan de gemeenteraad over de evaluatie van het afstandscriterium voor coffeeshops, 29 oktober 2015*. Gemeente Amsterdam: Amsterdam.

Busardo, F.P., Kyriakou, C., Napoletano, S., Marinelli, E., Zaami, S. (2015). Mephedrone related fatalities: a review. *Eur Rev Med Pharmacol Sci 19* (19): 3777-3790.

Caiata-Zufferey, M. (2012). From danger to risk: Categorising and valuing recreational heroin and cocaine use. *Health, Risk & Society 14* (5): 427-443.

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.

CAM (2012). *CAM Quick Scan rapportage van 4-methylamfetamine (4-MA)*. RIVM: Bilthoven.

Carvalho, M., Carmo, H., Costa, V.M., Capela, J.P., Pontes, H., Remião, F. et al., (2012). Toxicity of amphetamines: an update. *Archives of Toxicology 86* (8): 1167-1231.

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.

Castaneto, M.S., Gorelick, D.A., Desrosiers, N.A., Hartman, R.L., Pirard, S., Huestis, M.A. (2014). Synthetic cannabinoids: epidemiology, pharmacodynamics, and clinical implications. *Drug Alcohol Depend 144:* 12-41.

Castiglioni, S., Bijlsma, L., Covaci, A., Emke, E., Hernandez, F., Reid, M. et al., (2013). Evaluation of uncertainties associated with the determination of community drug use through the measurement of sewage drug biomarkers. *Environ Sci Technol 47* (3): 1452-1460.

CBR (2016). *Jaarverslag 2015*. CBR: Rijswijk.

CBS (2012). *Statline: Leefstijl, preventief onderzoek; persoonskenmerken: alcoholgebruik, 12 jaar of ouder*. CBS: Den Haag/Heerlen.

CBS (2013). *Veiligheidsmonitor 2012*. CBS: Den Haag/Heerlen.

CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut (2014). *Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor*. CBS: Den Haag/Bilthoven/Utrecht.

CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut (2015). *Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor*. CBS: Den Haag/Bilthoven/Utrecht.

CBS, GGD Nederland, RIVM (2013). *Gezondheidsmonitor 2012*. CBS/GGD Nederland/RIVM: Den Haag.

Center for Behavioral Health Statistics and Quality (2015). *Behaviorial health trends in the United States: results from the 2014 National Survey on Drug Use and Health*. SAMSHA: Rockville.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2014). *Secondhand Smoke Facts*. CDC: Atlanta.

Chadwick, B., Miller, M.L., Hurd, Y.L. (2013). Cannabis Use during Adolescent Development: Susceptibility to Psychiatric Illness. *Front Psychiatry 4:* 129.

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, C.Y., Storr, C.L., Anthony, J.C. (2009). Early-onset drug use and risk for drug dependence problems. *Addict Behav 34* (3): 319-322.

Chen, R., Wilson, K., Chen, Y., Zhang, D., Qin, X., He, M. et al., (2013). Association between environmental tobacco smoke exposure and dementia syndromes. *Occup Environ Med 70* (1): 63-69.

Choenni, V., Hammink, A., Van de Mheen, D. (2015). Association Between Substance Use and the Perpetration of Family Violence in Industrialized Countries: A Systematic Review. *Trauma Violence Abuse*

Claussen, M.C., Hassanpour, K., Jenewein, J., Boettger, S. (2014). Catatonic stupor secondary to gamma-hydroxy-butyric acid (GHB)-dependence and -withdrawal syndrome. *Psychiatr Danub 26* (4): 358-359.

College van Procureurs-Generaal (2016). *Brief aan de hoofden van de OM-onderdelen*. Openbaar Ministerie: Den Haag.

Connor, J. (2016). Alcohol consumption as a cause of cancer. *Addiction In press*

Cooper, Z.D. (2016). Adverse Effects of Synthetic Cannabinoids: Management of Acute Toxicity and Withdrawal. *Curr Psychiatry Rep 18* (5): 52.

Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs (CAM) (2008). *Risicoschatting cannabis 2008*. RIVM: Bilthoven.

Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs (CAM) (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) (2015a). *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., Bommelé, J., Nagelhout, G. (2016). *Waarschuwende afbeeldingen op tabaksverpakkingen: factsheet*. 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., Van Laar, M., Buster, M. (2013). *Aantal en kenmerken van problematische opiatengebruikers in Nederland*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Curran, H.V., Freeman, T.P., Mokrysz, C., Lewis, D.A., Morgan, C.J., Parsons, L.H. (2016). Keep off the grass? Cannabis, cognition and addiction. *Nat Rev Neurosci 17* (5): 293-306.

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., Van Dorsselaer, S. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking: NEMESIS-2: opzet en eerste resultaten*. Trimbos-instituut: Utrecht.

De Greeff, J., Goossens, F.X., Kooke, H., Sannen, A.M.L., Van Hasselt, N.E. (2016). *Alcohol en drugs bij evenementen: leidraad voor gemeenten*. Trimbos-instituut: Utrecht.

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, C.A.J., Kamal, R., Dijkstra, B.A.G., De Haan, H.A. (2012). Gamma-Hydroxybutyrate Detoxification by Titration and Tapering. *European Addiction Research 18* (1): 40-45.

De Jong, M., Poelmans, I., Ernst, M., Timmermans, P. (2011). *Tendens 2010: alcohol- en druggebruik bij jongeren en jongvolwassenen in Gelderland*. IrisZorg: Arnhem.

De Kinderen, R.J.A., Wijnen, B.F.M., Evers, S.M.A.A., Hiligsmann, M., Paulus, A.T.G., De Wit, G.A. et al., (2016). *Social cost-benefit analysis of tobacco control policies in the Netherlands [Maatschappelijke kosten baten analyse van tabaksontmoediging]*. Maastricht Universtity/RIVM/Trimbos-instituut: Maastricht/Bilthoven/Utrecht.

De Looze, M., Van Dorsselaer, S., De Roos, S., Verdurmen, J., Stevens, G., Gommans, R. et al., (2014). *HBSC 2013: gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland*. Universiteit Utrecht: Utrecht.

De 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 extacy: causality, course, and clinical relevance*. Universiteit van Amsterdam: Amsterdam.

Dean, B.V., Stellpflug, S.J., Burnett, A.M., Engebretsen, K.M. (2013). 2C or not 2C: phenethylamine designer drug review. *J Med Toxicol. 9* (2): 172-178.

Defrancesco, M., Marksteiner, J., Fleischhacker, W.W., Blasko, I. (2015). Use of Benzodiazepines in Alzheimer's Disease: A Systematic Review of Literature. *Int J Neuropsychopharmacol 18* (10)

Degenhardt, L., Bruno, R., Topp, L. (2010). Is ecstasy a drug of dependence? *Drug and Alcohol Dependence 107* (1): 1-10.

Delespaul, P., Milo, M., Schalken, F., Boevink, W., Van Os, J. (2016). *Goede GGZ! Nieuwe concepten, aangepaste taaal en betere organsiatie*. Diagnosis Uitgevers: Leusden.

Delforterie, M.J., Creemers, H.E., Huizink, A.C. (2014). Recent cannabis use among adolescent and young adult immigrants in the Netherlands-the roles of acculturation strategy and linguistic acculturation. *Drug Alcohol Depend 136:* 79-84.

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*

Dick, D., Torrance, C. (2010). MixMag Drugs Survey. *MixMag 225:* 44-53.

Dines, A.M., Wood, D.M., Galicia, M., Yates, C.M., Heyerdahl, F., Hovda, K.E. et al., (2015). Presentations to the Emergency Department Following Cannabis use-a Multi-Centre Case Series from Ten European Countries. *J Med Toxicol. 11* (4): 415-421.

Dines, A.M., Wood, D.M., Yates, C., Heyerdahl, F., Hovda, K.E., Giraudon, I. et al., (2015). Acute recreational drug and new psychoactive substance toxicity in Europe: 12 months data collection from the European Drug Emergencies Network (Euro-DEN). *Clin Toxicol.(Phila) 53* (9): 893-900.

Doll, R., Peto, R., Boreham, J., Sutherland, I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ 328* (7455): 1519.

Drazdowski, T.K. (2016). A systematic review of the motivations for the non-medical use of prescription drugs in young adults. *Drug Alcohol Depend 162:* 3-25.

Dutch Hospital Data (DHD) (2015). *Kengetallen Nederlandse Ziekenhuizen 2013*. DHD: Utrecht.

Dutch Hospital Data (DHD) (2016). *DHD Jaarbeeld 2015*. DHD: Utrecht.

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.33799-A.Eerste Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 publicatienummer 33799 nr A (2016). *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; Gewijzigd voorstel van wet*. Eerste Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

E.K.33799-B.Eerste Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 publicatienummer 33799 nr B (2016). *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; Voorlopig verslag*. Eerste Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

E.K.33799-C.Eerste Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 publicatienummer 33799 nr.C (2016). *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; Memorie van antwoord*. Eerste Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

E.K.34234-E.Eerste Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 publicatienummer 34234 nr.E (2016). *Wijziging van de Tabakswet ter implementatie van Richtlijn 2014/40/EU, inzake de productie, de presentatie en de verkoop van tabaks- en aanverwante producten; Nota naar aanleiding van het Verslag*. Eerste Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

Elliott, S., Evans, J. (2014). A 3-year review of new psychoactive substances in casework. *Forensic Sci Int 243:* 55-60.

EMCDDA (2015). *Hepatitis C treatment for injecting drug users: perspectives on drugs*. EMCDDA: Lisbon.

EMCDDA, Europol (2015). *α-PVP: EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: 1-phenyl-2-(1-pyrrolidinyl)-1-pentanone (α-PVP)*. 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 Commission Directorate General Taxation and Custom Union Tax Policy (2016). *Releases for consumption of cigarettes 2002-2015*. EC: Brussels.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2011). *Annual report 2011: the state of the drugs problem in Europe*. Publications Office of the European Union: Luxembourg.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2014). *European Drug Report 2014: trends and developments*. EMCDDA: Lisbon.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2016). *Health responses to new psychoactive substances*. EMCDDA: Lisbon.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2016). *Assessing illicit drugs in wastewater: advances in wastewater-based drug epidemiology*. EMCDDA: Lisbon.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2016). *Hospital emergency presentations and acute drug toxicity in Europe: update from the Euro-DEN Plus research group and the EMCDDA*. EMCDDA: Lisbon.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2016). *Recent changes in Europe's MDMA/ecstasy market*. EMCDDA: Lisbon.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2016). *European Drug Report 2016: 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.

Ferwerda, H., Van Hasselt, N., Van Ham, T., Voorham, L. (2012). *De juiste snaar? Professionals met een publieke taak en de omgang met overlast, agressie en geweld als gevolg van alcohol- en/of drugsgebruik*. WODC: Den Haag.

Fischer, B., Kuganesan, S., Gallassi, A., Malcher-Lopes, R., Van den Brink, W., Wood, E. (2015). Addressing the stimulant treatment gap: A call to investigate the therapeutic benefits potential of cannabinoids for crack-cocaine use. *Int J Drug Policy 26* (12): 1177-1182.

Fluharty, M., Taylor, A.E., Grabski, M., Munafo, M.R. (2016). The Association of Cigarette Smoking With Depression and Anxiety: A Systematic Review. *Nicotine Tob Res In press*

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.

Gemeente Amsterdam (2012). *Project 1012: voortgangsrapportage 2011*. Gemeente Amsterdam: Amsterdam.

Gemeente Amsterdam (2015). *Tabaksontmoedigingsbeleid 2016-2019*. Gemeente Amsterdam: Amsterdam.

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.

Gezondheidsraad (2015). *Alcohol: Achtergronddocument bij Richtlijnen goede voeding 2015*. Gezondheidsraad: Den Haag.

GGD Amsterdam (2014). *In de nesten: analyse van de voorgeschiedenis van een groep jongvolwassen gewelddadige veelplegers uit Amsterdam*. GGD Amsterdam: Amsterdam.

GGD Haaglanden (2015). *Winterkoudeonderzoek 2014/2015: rapportage Den Haag*. GGD Haaglanden: Den Haag.

GGZ Nederland (2016). *AO Drugs*. GGZ Nederland: Amersfoort.

Giroud, C., de, C.M., Berthet, A., Varlet, V., Concha-Lozano, N., Favrat, B. (2015). E-Cigarettes: A Review of New Trends in Cannabis Use. *Int J Environ Res Public Health 12* (8): 9988-10008.

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.

Gras, L., Van Sighem, A., Smit, C., Zaheri, S., Prins, M., De Wolf, F. (2010). *Monitoring of Human Immunodeficiency Virus (HIV) infection in the Netherlands: report 2010*. Stichting HIV Monitoring: Amsterdam.

Green, S.H., Bayer, R., Fairchild, A.L. (2016). Evidence, Policy, and E-Cigarettes-Will England Reframe the Debate? *N Engl J Med 374* (14): 1301-1303.

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.H. (2013). *Cannabis use, cognitive functioning and behaviour problems*. Universiteit Leiden: Leiden.

Gunn, J.K., Rosales, C.B., Center, K.E., Nunez, A., Gibson, S.J., Christ, C. et al., (2016). Prenatal exposure to cannabis and maternal and child health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open 6* (4): e009986.

Hagemann, C.T., Helland, A., Spigset, O., Espnes, K.A., Ormstad, K., Schei, B. (2013). Ethanol and drug findings in women consulting a Sexual Assault Center-associations with clinical characteristics and suspicions of drug-facilitated sexual assault. *J Forensic Leg.Med 20* (6): 777-784.

Hagstad, S., Bjerg, A., Ekerljung, L., Backman, H., Lindberg, A., Ronmark, E. et al., (2014). Passive smoking exposure is associated with increased Risk of COPD in never smokers. *Chest 145* (6): 1298-1304.

Hale, L., Guan, S. (2015). Screen time and sleep among school-aged children and adolescents: a systematic literature review. *Sleep Med Rev 21:* 50-58.

Hall, W., Degenhardt, L. (2014). The adverse health effects of chronic cannabis use. *Drug Test Anal 6* (1-2): 39-45.

Hall, W. (2015). What has research over the past two decades revealed about the adverse health effects of recreational cannabis use? *Addiction 110* (1): 19-35.

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.

Hasin, D.S., Kerridge, B.T., Saha, T.D., Huang, B., Pickering, R., Smith, S.M. et al., (2016). Prevalence and Correlates of DSM-5 Cannabis Use Disorder, 2012-2013: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. *Am J Psychiatry 173* (6): 588-599.

Haverkate, M. (2010). *Hepatitis B vaccinatie bij druggebruikers: adviesrapport*. RIVM: Bilthoven.

Health Canada (2014). *Canadian Tobacco, Alcohol and Drugs Survey (CTADS)*. Health Canada: Ottowa.

Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, A. et al., (2004). *The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 european countries*. CAN: Stockholm.

Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A. et al., (2009). *The 2007 ESPAD report: substance use among students in 35 European countries*. CAN: Stockholm.

Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A. et al., (2012). *The 2011 ESPAD report: substance use among students in 36 European countries*. CAN: Stockholm.

Hibell, B., Molinaro, S., Siciliano, V., Kraus, L. (2015). *The ESPAD validity study in four countries in 2013*. EMCDDA: Lisbon.

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.

Hondebrink, L., Verboven, A.H., Drega, W.S., Schmeink, S., de Groot, M.W., van Kleef, R.G. et al., (2016). Neurotoxicity screening of (illicit) drugs using novel methods for analysis of microelectrode array (MEA) recordings. *Neurotoxicology 55:* 1-9.

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. (2011). *GHB-gebruik onder ernstig gewonde autobestuurders opgenomen in het ziekenhuis*. SWOV: Leidschendam.

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.

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.

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 Vries, 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) 231 (24): 4723-33*

I&O Research (2016). *Rijden onder invloed in Nederland in 2002-2015: ontwikkeling van het alcoholgebruik van automobilisten in weekendnachten*. I&O Research: Enschede.

IMS Health (2016). *Antirook-Trimbos 07-06-2016 [speadsheet]*. IMS Health: Den Haag.

Indorato, F., Romano, G., Barbera, N. (2016). Levamisole-adulterated cocaine: Two fatal case reports and evaluation of possible cocaine toxicity potentiation. *Forensic Sci Int 265:* 103-106.

Intraval/Nuchter (2015). *Kopen en verkrijgen van tabak door jongeren: implicaties voor preventie, handhaving en naleving*. Intraval & Nuchter: Groningen/Nijmegen.

Intraval/nVWA (2016). *Inventarisatie naleefniveau rookvrije horeca najaar 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.

James, A., James, C., Thwaites, T. (2013). The brain effects of cannabis in healthy adolescents and in adolescents with schizophrenia: a systematic review. *Psychiatry Res 214* (3): 181-189.

Jenner, D., Buster, M., De Wit, M. (2015). *Winteropvang in Amsterdam, 2014-2015: Beschrijving van aantallen en kenmerken van daklozen die gebruik maken van de extra beschikbaar gestelde nachtopvang ten tijde van de winter(koude)regeling*. GGD Amsterdam: Amsterdam.

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.

Jones, M., Lewis, S., Parrott, S., Wormall, S., Coleman, T. (2016). Re-starting smoking in the postpartum period after receiving a smoking cessation intervention: a systematic review. *Addiction 111* (6): 981-990.

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.

Joubert, B.R., Felix, J.F., Yousefi, P., Bakulski, K.M., Just, A.C., Breton, C. et al., (2016). DNA Methylation in Newborns and Maternal Smoking in Pregnancy: Genome-wide Consortium Meta-analysis. *Am J Hum Genet. 98* (4): 680-696.

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., Van Iwaarden,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.

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.

Karila, L., Billieux, J., Benyamina, A., Lancon, C., Cottencin, O. (2016). The effects and risks associated to mephedrone and methylone in humans: A review of the preliminary evidences. *Brain Res Bull In press*

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.

Kepper, A. (2013). *Substance use among adolescents in special education and residential youth care: prevalence, onset and risk factors*. Universiteit Utrecht: Utrecht.

Ketelaars, T., Croes, E. (2015). *Effecten van accijns en prijs op het gebruik van tabaksproducten [fact sheet]*. Trimbos-instituut: Utrecht.

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.

Knoops, L., Bakker, I., Van Bodegom, R., Zantkuijl, P. (2015). *Tina & slammen: MSM, crystal meth-gebruik en het injecteren van drugs in een seksuele setting*. Mainline/Soa Aids Nederland: Amsterdam.

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., 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.

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., 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., Wouters, M. (2016). *Evaluatie Qatverbod*. Rozenberg Publishers: Amsterdam.

KPMG (2016). *Monitor Generalistische Basis GGZ: periode: jan 2011 - dec 2015*. KPMG: Amstelveen.

Kraus, L., Guttormsson, U., Leifman, H., Arpa, S., Molinaro, S., Monshouwer, K. et al., (2016). *The 2015 ESPAD Report: results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. IFT: Munich.

Kruithof, K., Aldridge, J., Décary-Hétu, D., Sim, M., Dusjo, E., Hoorens, S. (2016). *Internet-facilitated drugs trade: an analysis of the size, scope and the role of the Netherlands*. RAND Corporation: Santa Monica.

Kruize, P., Gruter, P. (2014). *Drugsdelicten beschouwd: over aard & omvang van Opiumwetfeiten in 2012 geregistreerd bij politie en Koninklijke Marechaussee*. WODC: Den Haag.

Ksir, C., Hart, C.L. (2016). Cannabis and Psychosis: a Critical Overview of the Relationship. *Curr Psychiatry Rep 18* (2): 12.

Kuipers, M.A., Brandhof, S.D., Monshouwer, K., Stronks, K., Kunst, A.E. (2016). Impact of laws restricting the sale of tobacco to minors on adolescent smoking and perceived obtainability of cigarettes: an intervention-control pre-post study of 19 EU countries. *Addiction*

Kuss, D.J., Lopez-Fernandez, O. (2016). Internet addiction and problematic Internet use: A systematic review of clinical research. *World J Psychiatry 6* (1): 143-176.

Kyriakou, C., Marinelli, E., Frati, P., Santurro, A., Afxentiou, M., Zaami, S. et al., (2015). NBOMe: new potent hallucinogens-pharmacology, analytical methods, toxicities, fatalities: a review. *Eur Rev Med Pharmacol Sci 19* (17): 3270-3281.

Lader, D. (2015). *Drug Misuse: Findings from the 2014/15 Crime Survey for England and Wales: second edition*. Home Office: Londen.

Lader, M. (2014). Benzodiazepine harm: how can it be reduced? *Br J Clin Pharmacol 77* (2): 295-301.

Laghaei, F., Van der Poel, A. (2014). *Wel of niet getest, en wat was de uitslag? Zelfgerapporteerde vs. geregistreerde infectieziektenstatus van harddrugsgebruikers in de verslavingszorg*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Landelijk Bureau BIBOB (2016). *Jaarverslag 2015*. Ministerie van Veiligheid en Justitie: Den Haag.

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.

Lanting, C.I., Van Wouwe, J.P., Van Dommelen, P., Van der Pal-De Bruin, K.M., De Josselin de Jong, S., Van Laar, M. (2016). *Alcoholgebruik tijdens zwangerschap en borstvoeding*. TNO/Trimbos-instituut: Leiden/Utrecht.

Lee, M.H., Hancox, R.J. (2011). Effects of smoking cannabis on lung function. *Expert Rev Respir Med 5* (4): 537-546.

Leemrijse, C.J., Bongers, M., Nielen, M., Devillé, W. (2010). *Hepatits C in penitentiaire inrichtingen: een onderzoek naar prevalentie*. NIVEL: Utrecht.

Leite, R.T., Nogueira, S.O., do Nascimento, J.P., de Lima, L.S., da Nobrega, T.B., Virginio, M.S. et al., (2015). The Use of Cannabis as a Predictor of Early Onset of Bipolar Disorder and Suicide Attempts. *Neural Plast 2015:* 434127.

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.

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 40: 531-568*

Liebregts, N., Van der Pol, P., Van Laar, 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., De Graaf, R., Van Laar, M., Van den Brink, W., Korf, D. (2014). Persistence and desistance in heavy cannabis use: the role of identity, agency, and life events. *Journal of Youth Studies 18* (5): 617-633.

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., Valstar, P., Van Gemmert, N. (2016). *DJI in getal 2011-2015*. Ministerie van Veiligheid en Justitie: Den Haag.

Lindenburg, C.E., Lambers, F.A., Urbanus, A.T., Schinkel, J., Jansen, P.L., Krol, A. et al., (2011). Hepatitis C testing and treatment among active drug users in Amsterdam: results from the DUTCH-C project. *Eur J Gastroenterol Hepatol. 23* (1): 23-31.

Linsen, F., Koning, R.P., van, L.M., Niesink, R.J., Koeter, M.W., Brunt, T.M. (2015). 4-Fluoroamphetamine in the Netherlands: more than a one-night stand. *Addiction 110* (7): 1138-1143.

Litjens, R.P., Brunt, T.M., Alderliefste, G.J., Westerink, R.H. (2014). Hallucinogen persisting perception disorder and the serotonergic system: a comprehensive review including new MDMA-related clinical cases. *Eur Neuropsychopharmacol 24* (8): 1309-1323.

Liu, J., Wang, L.N. (2013). Baclofen for alcohol withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev 2:* CD008502.

Loi, B., Corkery, J.M., Claridge, H., Goodair, C., Chiappini, S., Gimeno, C.C. et al., (2015). Deaths of individuals aged 16-24 years in the UK after using mephedrone. *Hum Psychopharmacol 30* (4): 225-232.

Lusthof, K.J., Oosting, R., Maes, A., Verschraagen, M., Dijkhuizen, A., Sprong, A.G. (2011). A case of extreme agitation and death after the use of mephedrone in The Netherlands. *Forensic Sci Int 206* (1-3): e93-e95.

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.

Manthey, L., Lohbeck, M., Giltay, E.J., Van Veen, T., Zitman, F.G., Penninx, B.W.J.H. (2012). Correlates of benzodiazepine dependence in the Netherlands Study of Depression and Anxiety. *Addiction 107* (12): 2173-2182.

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.

Meesters, M. (2016). *Het failliet van het gedogen. Op weg naar de cannabiswet*. VNG: Den Haag.

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., Aidala, R., Verrest, P.A.M., Van Panhuis, P., Essers, A.A.M. (2003). *Monitoring van Drugcriminaliteit; Werken aan kengetallen voor de Nationale Drugmonitor*. Ministerie van Justitie, WODC: Den Haag.

Mennes, R., Snippe, J., Sijtstra, M., Bieleman, B. (2016). *Monitor ontwikkelingen coffeeshopbeleid*. Intraval: Groningen-Rotterdam.

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 Veiligheid en Justitie (2014). *Veiligheidsagenda 2015-2018*. Ministerie van Veiligheid en Justitie: Den Haag.

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) (2009). *Factsheet vergoeding benzodiazepinen*. VWS: Den Haag.

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., Ketelaars, T., Van Laar, M.W. (2014). *Points of sale of tobacco products: Synthesis of scientific and practice-based knowledge on the impact of reducing the number of points of sale and restrictions on tobacco product displays*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Monshouwer, K., Verdurmen, J., Van Laar, M. (2015). *Display ban verkooppunten tabak: fact sheet*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Monshouwer, K., Van der Pol, P., Van Laar, M. (2016). *Het Grote Uitgaansonderzoek 2016*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Monwell, B., Bulow, P., Gerdner, A. (2016). Type of opioid dependence among patients seeking opioid substitution treatment: are there differences in background and severity of problems? *Subst Abuse Treat Prev Policy 11* (1): 23.

Moolenaar, D.E.G., Van Rosmalen, M.M., Vlemmings, M., Van Tulder, F.P. (2014). Kosten van criminaliteit, In *Criminaliteit en Rechtshandhaving 2013*. N.E. De Heer-De Lange and S N Kalidien (eds.), pp. 223-254. CBS/WODC/Raad voor de Rechtspraak: Den Haag

Moolenaar, D.E.G., Vlemmings, M., Van Tulder, F.P., De Winter, J. (2016). Kosten van criminaliteit, In *Criminaliteit en Rechtshandhaving 2015: Ontwikkelingen en samenhangen*. S.N. Kalidien (ed.), pp. 77-84. Boom: Den Haag

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.

Morgan, P.T., Angarita, G.A., Canavan, S., Pittman, B., Oberleitner, L., Malison, R.T. et al., (2016). Modafinil and sleep architecture in an inpatient-outpatient treatment study of cocaine dependence. *Drug Alcohol Depend 160:* 49-56.

Morren, M., Willems, R. (2015). *Gezondheidsenquête 2014: een analyse van de methodebreuk*. CBS: Heerlen.

Moser, M.S., Purssell, R.A. (2000). Gamma-hydroxybutyrate overdose and coma: a case report. *Canadian Journal of Emergency Medical Care 2* (3): 203-205.

Mulder, 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.J. (2012). *Antenne 2011: trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*. Rozenberg Publishers: Amsterdam.

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. (2016). *Antenne 2015: trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*. Rozenberg Publishers: Amsterdam.

Nabben, T., Korf, D.J. (2016). *Politie en GHB-problematiek op het platteland*. Politie & Wetenschap: Apeldoorn.

Nabben, T., Wouters, M., Benschop, A., Korf, D.J. (2015). *Coffeeshops, toerisme, overlast en illegale verkoop van softdrugs, 2014: verdiepende studie in vijf gemeenten*. Rozenberg Publishers: Amsterdam.

Nationale Politie, Openbaar Ministerie (2016). *Jaarbericht Intensivering aanpak ondermijning in Zuid-Nederland*. Nationale Politie: Den Haag.

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 (2016). *Marktscan Forensische zorg 2015*. Nederlandse Zorgautoriteit: Utrecht.

Negus, S.S., Mello, N.K., Blough, B.E., Baumann, M.H., Rothman, R.B. (2007). Monoamine releasers with varying selectivity for dopamine/norepinephrine versus serotonin release as candidate "agonist" medications for cocaine dependence: studies in assays of cocaine discrimination and cocaine self-administration in rhesus monkeys. *J Pharmacol Exp Ther 320* (2): 627-636.

Nelemans, S.A., Hale, W.W., III, 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.J.M., Planije, M., Rigter, S. (2001). *THC-concentraties in wiet, nederwiet en hasj in Nederlandse coffeeshops (2000-2001)*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Niesink, R., Van Laar, M. (2012). Cannabidiol: de nieuwe haarlemmerolie of een hype? *Verslaving 8* (2): 63-77.

Niesink, R.J., Rigter, S., Koeter, M.W., Brunt, T.M. (2015). Potency trends of Delta9-tetrahydrocannabinol, cannabidiol and cannabinol in cannabis in the Netherlands: 2005-15. *Addiction 110* (12): 1941-1950.

Niesink, R.J.M., Brunt, T.M., Croes, E.A. (2015a). Ecstasy: PMMA, MDMA en hooggedoseerde pillen. *Verslaving: tijdschrift over verslavingsproblematiek 11* (2): 89-102.

Niesink, R.J.M. (2016). *Acute effecten van ecstasy: een overzicht van de literatuur*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Nijman, S., Valkenberg, H. (2016). *Alcoholvergiftigingen en ongevallen met alcohol*. VeiligheidNL: Amsterdam.

NISPA (2013). *GHB monitor: GHB detoxificatie met farmaceutische GHB*. NISPA: Nijmegen.

Notley, C., Blyth, A., Craig, J., Edwards, A., Holland, R. (2015). Postpartum smoking relapse-a thematic synthesis of qualitative studies. *Addiction 110* (11): 1712-1723.

Nugteren-van Lonkhuyzen, J.J., van Riel, A.J., Brunt, T.M., Hondebrink, L. (2015). Pharmacokinetics, pharmacodynamics and toxicology of new psychoactive substances (NPS): 2C-B, 4-fluoroamphetamine and benzofurans. *Drug Alcohol Depend 157:* 18-27.

Nuijten, M., Blanken, P., Van 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., Goudriaan, A.E., Hendriks, V.M. (2016). Impulsivity and attentional bias as predictors of modafinil treatment outcome for retention and drug use in crack-cocaine dependent patients: Results of a randomised controlled trial. *J Psychopharmacol 30* (7): 616-626.

Nuijten, M., Blanken, P., van de Wetering, B., Nuijen, B., Van den Brink, W., Hendriks, V.M. (2016a). Sustained-release dexamfetamine in the treatment of chronic cocaine-dependent patients on heroin-assisted treatment: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet 387* (10034): 2226-2234.

Öberg, M., Jaakkola, M.S., Woodward, A., Peruga, A., Pruss-Ustun, A. (2011). Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. *Lancet 377* (9760): 139-146.

Oostveen, R., van der Galien, O.P., Smeets, H.M., Hollinga, A.P., Bosmans, J.E. (2015). Effectiveness of pharmacotherapy in behavioural therapeutic smoking cessation programmes. *Eur J Public Health 25* (2): 204-209.

Openbaar Ministerie, Nationale Politie (2016). *Rapportage aanpak georganiseerde ondermijnende criminaliteit 2015*. Openbaar Ministerie: Den Haag.

Ort, C., van Nuijs, A.L., Berset, J.D., Bijlsma, L., Castiglioni, S., Covaci, A. et al., (2014). Spatial differences and temporal changes in illicit drug use in Europe quantified by wastewater analysis. *Addiction 109* (8): 1338-1352.

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.

Oteo, P.A., Benschop, A., Blanken, P., Korf, D.J. (2015). Criminal involvement and crime specialization among crack users in the Netherlands. *Eur Addict Res 21* (2): 53-62.

Otte, R.A., Verbrugge, C.A.G., Dijkstra, B.A.G. (2016). *Aanbevelingen voor ketenzorg bij GHB-gerelateerde problemen*. NISPA: Nijmegen.

Ouwehand, A.W., Kuijpers, W.G.T., Wisselink, D.J., Van Delden, E.B.IVZ, editors (2007). *Kerncijfers Verslavingszorg 2006: Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS)*. IVZ: Houten.

Palamar, J.J., Su, M.K., Hoffman, R.S. (2016). Characteristics of novel psychoactive substance exposures reported to New York City Poison Center, 2011-2014. *Am J Drug Alcohol Abuse 42* (1): 39-47.

Papanti, D., Schifano, F., Botteon, G., Bertossi, F., Mannix, J., Vidoni, D. et al., (2013). "Spiceophrenia": a systematic overview of "spice"-related psychopathological issues and a case report. *Hum Psychopharmacol 28* (4): 379-389.

Parrott, A.C. (2013). Human psychobiology of MDMA or 'Ecstasy': an overview of 25 years of empirical research. *Hum Psychopharmacol 28* (4): 289-307.

Patel, M.M., Belson, M.G., Longwater, A.B., Olson, K.R., Miller, M.A. (2005). Methylenedioxymethamphetamine (ecstasy)-related hyperthermia. *J Emerg Med 29* (4): 451-454.

Peelen, M.J., Sheikh, A., Kok, M., Hajenius, P., Zimmermann, L.J., Kramer, B.W. et al., (2016). Tobacco control policies and perinatal health: a national quasi-experimental study. *Sci Rep 6:* 23907.

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.

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., van, O.F. et al., (2014). Legal substance use and the development of a DSM-IV cannabis use disorder during adolescence: the TRAILS study. *Addiction 109* (2): 303-311.

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.

Ramaekers, J.G., Verkes, R.J., Van Amsterdam, J.C.G., Van den Brink, W., Goudriaan, A.E., Kuypers, K.P.C. et al., (2016). *Middelengebruik en geweld: een literatuurstudie naar de relatie tussen alcohol, drugs en geweld*. Universiteit Maastricht/Radboud UMC/Universiteit van Amsterdam: Maastricht/Nijmegen/Amsterdam.

Ravera, S., Van Rein, N., De Gier, J.J., De Jong-Van den Berg, L.T.W. (2012). Road traffic accidents and psychotropic medication use in the Netherlands: a case-control study. *British Journal of Clinical Pharmacology 72* (3): 505-513.

Reeve, E., Shakib, S., Hendrix, I., Roberts, M.S., Wiese, M.D. (2014). Review of deprescribing processes and development of an evidence-based, patient-centred deprescribing process. *Br J Clin Pharmacol 78* (4): 738-747.

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.

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. (2016). *THC-concentraties in wiet, nederwiet en hasj in Nederlandse coffeeshops (2015-2016)*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) (2016). *Waterpijp: Risico op koolmonoxide-vergiftiging bij gebruik*. RIVM: Bilthoven.

Rijksoverheid (2015). *Jaarevaluatie campagnes Rijksoverheid 2014*. Rijksoverheid: Den Haag.

Rijksoverheid (2016). *Jaarevaluatie campagnes Rijksoverheid 2015*. Rijksoverheid: Den Haag.

Ritchwood, T.D., DeCoster, J., Metzger, I.W., Bolland, J.M., Danielson, C.K. (2016). Does it really matter which drug you choose? An examination of the influence of type of drug on type of risky sexual behavior. *Addict Behav 60:* 97-102.

RIVM (2014). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014*. RIVM: Bilthoven.

Roberts, E., Eden, E.A., McNeill, A., Robson, D. (2016). Efficacy and tolerability of pharmacotherapy for smoking cessation in adults with serious mental illness: a systematic review and network meta-analysis. *Addiction 111* (4): 599-612.

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. (2011). Ischemic heart disease mortality and morbidity rates in former drinkers: a meta-analysis. *Am J Epidemiol 173* (3): 245-258.

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.

Roncero, C., Rodriguez-Cintas, L., Daigre, C., Alvarez, J., Barral, C., Abad, A. et al., (2016). Risk factors for accidents among cocaine-dependent patient seeking treatment. *European Psychiatry 33:* s352-s353.

Roodbeen, R., Schelleman-Offermans, K. (2016). *Alcohol- en tabaksverkoop aan jongeren 2016: landelijke naleving van de leeftijdsgrens van 18 jaar voor de Drank- en Horecawet en Tabakswet*. Nuchter, Kenniscentrum Leeftijdsgrenzen: Nijmegen.

Roorda, W., Buysse, W. (2016). *Forensische zorgtrajecten in het gevangeniswezen: onderzoek in zes penitentiaire inrichtingen naar signalering, indicatiestelling en plaatsing*. DSP-groep: Amsterdam.

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.

Sachs, J., McGlade, E., Yurgelun-Todd, D. (2015). Safety and Toxicology of Cannabinoids. *Neurotherapeutics 12* (4): 735-746.

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.

Salmela-Aro, K., Upadyaya, K., Hakkarainen, K., Lonka, K., Alho, K. (2016). The Dark Side of Internet Use: Two Longitudinal Studies of Excessive Internet Use, Depressive Symptoms, School Burnout and Engagement Among Finnish Early and Late Adolescents. *J Youth Adolesc*

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., Kruize, A., Roodbeen, R., Bieleman, B. (2015). *Kopen en verkrijgen van alcohol door jongeren: implicaties voor preventie, handhaving en naleving*. Intraval/Nuchter: Groningen/ Nijmegen.

Schelleman-Offermans, K., Roodbeen, R. (2015). *Alcohol- en tabaksverkoop aan jongeren 2015: landelijke naleving van de leeftijdsgrens van 18 jaar voor de Drank- en Horecawet en Tabakswet*. Nuchter, Kenniscentrum Leeftijdsgrenzen: Nijmegen.

Schenk, E., Van de Nobelen, S., Pennings, J., Kienhuis, A., Talhout, R. (2015). *Additieven in Nederlandse tabaksproducten: trendanalyse gegevens 2010-2013*. RIVM: Bilthoven.

Scherphof, C.S., Van den Eijnden, R.J., Engels, R.C., Vollebergh, W.A. (2014). Long-term efficacy of nicotine replacement therapy for smoking cessation in adolescents: a randomized controlled trial. *Drug Alcohol Depend 140:* 217-220.

Schierenberg, A., van, A.J., Van den Brink, W., Goudriaan, A.E. (2012). Efficacy of contingency management for cocaine dependence treatment: a review of the evidence. *Curr Drug Abuse Rev 5* (4): 320-331.

Schilt, T. (2009). *Thinking of ecstasy. Neuropsychological aspects of ecstasy use*. University of Amsterdam: Amsterdam.

Schmidt, A.J. (2015). *Use of drugs associated with chemsex among gay and bisexual men across 44 cities: results from the European MSM Internet Survey (EMIS). [Oral presentation at the 9th International Conference on Nightlife, Substance Use and Related Health Issues. Lisbon 17-19 June 2015]*.

Schoenmakers, Y., Mehlbaum, S., Everartz, M. & Poelarends, C. (2016). *Elke dump is een plaats delict. Dumping en lozing van synthetisch drugsafval: verschijningsvormen en politieaanpak.* Apeldoorn/ Amsterdam: Politie & Wetenschap/Yvette Scoenmakers onderzoek en advies.

Schreuder, I., van der Sande, M.A., De Wit, M., Bongaerts, M., Boucher, C.A., Croes, E.A. et al., (2010). Seroprevalence of HIV, hepatitis b, and hepatitis c among opioid drug users on methadone treatment in the netherlands. *Harm Reduction Journal 7:* 25.

Schreuder, I., Van Veen, M.G. (2010). *Prevalentie van hiv, hepatitis B en hepatitis C bij mannen in detentie in Sittard, 2010*. RIVM: Bilthoven.

Selim, K., Kaplowitz, N. (1999). Hepatotoxicity of psychotropic drugs. *Hepatology 29* (5): 1347-1351.

Silins, E., Horwood, L.J., Patton, G.C., Fergusson, D.M., Olsson, C.A., Hutchinson, D.M. et al., (2014). Young adult sequelae of adolescent cannabis use: an integrative analysis. *Lancet Psychiatry 1* (4): 286-293.

Silvestri, M.M., Correia, C.J. (2016). Normative influences on the nonmedical use of prescription stimulants among college students. *Psychol Addict Behav 30* (4): 516-521.

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., Hoogeveen, C., Bieleman, B. (2000). *Monitor drugproblematiek justitie, definitiestudie en ontwikkeltraject*. Intraval: Groningen.

Sonon, K., Richardson, G.A., Cornelius, J., Kim, K.H., Day, N.L. (2016). Developmental pathways from prenatal marijuana exposure to Cannabis Use Disorder in young adulthood. *Neurotoxicol.Teratol.*

Soska, K., Christin, N. (2015). *Measuring the Longitudinal Evolution of the Online Anonymous Marketplace Ecosystem: Proceedings of the 24th USENIX Security Symposium*. USENIX: Washington.

Springvloet, L., Hopman, P., Kleinjan, M., De Josselin de Jong, S., Van Laar, M. (2016). *Effectiviteit van stoppen-met-roken interventies bij zwangere vrouwen: een literatuuroverzicht*. Trimbos-instituut: Utrecht.

STAP (2014). *Vandaag is gewijzigde Drank- en Horecawet in werking getreden [persbericht]*. STAP: Utrecht.

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 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.2014-489.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.

Stb.2015-429.Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden jaargang 2015 nr.429 (2015). *Besluit van 9 november 2015, houdende wijziging van lijst I, behorende bij de Opiumwet, in verband met plaatsing op deze lijst van de middelen 25B-NBOMe, 25C-NBOMe, JWH-018, AM-2201 en methylon*. Rijksoverheid: Den Haag.

Stb.2016-175.Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden jaargang 2016 nr.175 (2016). *Wet van 26 april 2016 tot wijziging van de Tabakswet ter implementatie van Richtlijn 2014/40/EU, inzake de productie, de presentatie en de verkoop van tabaks- en aanverwante producten*. Rijksoverheid: Den Haag.

Stb.2016-176.Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden jaargang 2016 nr.176 (2016). *Besluit van 4 mei 2016, houdende wijziging van het Besluit uitvoering Tabakswet en de bijlage bij de Tabaks- en rookwarenwet in verband met de implementatie van Richtlijn 2014/40/EU, inzake de productie, de presentatie en de verkoop van tabaks- en aanverwante producten*. Rijksoverheid: Den Haag.

Stc 2011-12328.Staatscourant 11 juli 2011 nr.12328 (2011). *Stoppen-met-Rokenprogramma, nadere regel NR/CU-706*. Sdu Uitgevers: Den Haag.

Stc 2015-5391.Staatscourant van 27 februari 2015 nr.5391 (2015). *Aanwijzing Opiumwet [2015A003]*. Rijksoverheid: Den Haag.

Stead, L.F., Koilpillai, P., Fanshawe, T.R., Lancaster, T. (2016). Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev 3:* CD008286.

Stiby, A.I., Hickman, M., Munafo, M.R., Heron, J., Yip, V.L., Macleod, J. (2015). Adolescent cannabis and tobacco use and educational outcomes at age 16: birth cohort study. *Addiction 110* (4): 658-668.

Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) (2012). *Data en feiten 2012: het jaar 2011 in cijfers*. SFK: Den Haag.

Stichting Resultaten Scoren, NISPA (2013). *Practice-based aanbevelingen voor GHB detoxificatie voor mensen met een stoornis in het gebruik van GHB*. Stichting Resultaten Scoren: Amersfoort.

Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid (SWOV) (2011). *SWOV-Factsheet: rijden onder invloed van drugs en geneesmiddelen*. SWOV: Leidschendam.

Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid (SWOV) (2015). *SWOV Factsheet: drugs- en geneesmiddelengebruik in het verkeer*. SWOV: Den Haag.

SVG Verslavingsreclassering (2016). *Reclasseren met zorg*. SVG Verslavingsreclassering: Amersfoort.

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.24077-344.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.24077-356.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 publicatienummer 24077 nr.356 (2016). *Drugbeleid; Brief regering; Reactie op het burgerinitiatief 'Eén pil teveel maakt geen crimineel'*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.24077-357.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 publicatienummer 24077 nr.357 (2016). *Drugbeleid; Brief regering; Beleidsvisie drugspreventie*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.24077-361.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 publicatienummer 24077 nr.361 (2016). *Drugbeleid; Brief regering; Onderzoek GHB-gebruik op het platteland en forensisch medische (arrestanten) zorg*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.24077-362.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 publicatienummer 24077 nr.362 (2016). *Drugbeleid; Brief regering; Aanbieding rapportage van de studie "Coffeeshops, toerisme, overlast en illegale verkoop van softdrugs, 2014. Verdiepende studie in 5 gemeenten"*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.24077-363.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 publicatienummer 24077 nr.363 (2016). *Drugbeleid; Lijst van vragen en antwoorden; Lijst van vragen en antwoorden over de reactie op verzoek van het lid Bruins Slot, gedaan tijdens de Regeling van werkzaamheden van 11 november 2015, over het bericht 'Slotervaart verdiende miljoenen met het maken van heroïne'*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.24077-364.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 publicatienummer 24077 nr.364 (2016). *Drugbeleid; Verslag van een algemeen overleg; Verslag van een algemeen overleg, gehouden op 28 januari 2016, over Drugs*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.24077-368.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 publicatienummer 24077 nr.368 (2016). *Drugbeleid; Brief regering; Stand van zaken na inwerkingtreding van het nieuwe artikel 11a Opiumwet*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.24077-369.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 publicatienummer 24077 nr.369 (2016). *Drugbeleid; Brief regering; Toezegging, gedaan tijdens het Mondeling Vragenuur van 16 februari 2016 over het bericht 'Kliklijn voor drugs'*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.24077-371.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 publicatienummer 24077 nr.371 (2016). *Drugbeleid; Brief regering; Stand van zaken over de uitwerking van voorstel van het lid Kooiman inzake aanpassing van de Opiumwet*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.24077-373.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 publicatienummer 24077 nr.373 (2016). *Drugbeleid; Brief regering; Rapport 'Monitoring ontwikkelingen coffeeshopbeleid 2015'*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.24077-375.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 publicatienummer 24077 nr.375 (2016). *Drugbeleid; Brief regering; Onderzoek 'Internet Facilitated Drugs Trade'*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.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.25424-309.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 publicatienummer 25424 nr.309 (2016). *Geestelijke gezondheidszorg; Brief regering; Toepassing DSM-5 voor het pakket en de bekostiging ggz*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.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.27565-136.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2014-2015 publicatienummer 27565 nr.136 (2016). *Alcoholbeleid; Brief regering; Reactie op het onderzoek van het Nederlands Instituut voor Alcoholbeleid STAP naar sluitingstijden in de horeca*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.27565-141.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 publicatienummer 27565 nr.141 (2016). *Alcoholbeleid; Brief regering; Voortgangsbrief alcohol januari 2016*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.27565-143.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 publicatienummer 27565 nr.143 (2016). *Alcoholbeleid; Brief regering; Reactie op verzoek commissie om reactie op uitspraak Rechtbank Zwolle inzake Blurring*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.27565-144.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 publicatienummer 27565 nr.144 (2016). *Alcoholbeleid; Brief regering; Reactie op verzoek van het lid Volp, gedaan tijdens de Regeling van Werkzaamheden van 26 april 2016 over het bericht 'Artsen: zet alcohol op een lijn met sigaretten'*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.29323-97.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 publicatienummer 29323 nr.97 (2015). *Prenatale screening; Brief regering; Reactie op het RSJ-advies 'Prenatale kinderbescherming en de rol van de overheid'*. 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.29911-126.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 publicatienummer 29911 nr.126 (2016). *Bestrijding georganiseerde criminaliteit; Brief regering; Aanpak ondermijnende criminaliteit in Zuid Nederland: rapportages van de Taskforce Brabant Zeeland en Intensivering Zuid Nederland*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.29911-79.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2012-2013 publicatienummer 29911 nr.79 (2013). *Bestrijding georganiseerde criminaliteit; Brief regering; Nationaal Dreigingsbeeld Georganiseerde Criminaliteit 2012 en Vierde rapportage op basis van de Monitor Georganiseerde Criminaliteit*. Sdu Uitgevers: Den Haag.

T.K.32011-28.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2013-2014 publicatienummer 32011 nr.28 (2015). *Tabaksbeleid; Brief regering; Nalevings- en handhavingscijfers rookverbod horeca*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.32011-34.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 publicatienummer 32011 nr.34 (2015). *Tabaksbeleid; Brief regering; Tabaksontmoediging*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.32011-47.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 publicatienummer 32011 nr.47 (2015). *Tabaksbeleid; Brief regering; Verduidelijking invulling artikel 5.3 WHO-Kaderverdrag inzake tabaksontmoediging*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.32011-48.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 publicatienummer 32011 nr.48 (2015). *Tabaksbeleid; Brief regering; Moties en toezeggingen tabaksontmoediging*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.32011-49.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 publicatienummer 32011 nr.49 (2016). *Tabaksbeleid; Brief regering; Nalevings- en handhavingscijfers rookverbod en leeftijdsgrens 2015*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.32398-3.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 publicatienummer 32398 nr.3 (2016). *Vaststelling van een Wet forensische zorg en daarmee verband houdende wijzigingen in diverse andere wetten (Wet forensische zorg); Memorie van toelichting; Memorie van toelichting*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.32793-164.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2014-2015 publicatienummer 32793 nr.164 (2015). *Preventief gezondheidsbeleid; Brief regering; Voortgang Nationaal Programma Preventie Alles is gezondheid.…* Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.32793-204.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 publicatienummer 32793 nr.204 (2016). *Preventief gezondheidsbeleid; Brief regering; Landelijke nota gezondheidsbeleid 2016-2019*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.32793-210.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 publicatienummer 32793 nr.210 (2016). *Preventief gezondheidsbeleid; Brief regering; Voortgang Nationaal Programma Preventie 2015*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.32793-213.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 publicatienummer 32793 nr.213 (2016). *Preventief gezondheidsbeleid; Brief regering; Preventie in het zorgstelsel: van goede bedoelingen naar het in de praktijk ontwikkelen van resultaten*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.33255-5.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 publicatienummer 33255 nr.5 (2016). *Besluit houdende wijziging van lijst II, behorende bij de Opiumwet, in verband met plaatsing op deze lijst van het middel Qat; Brief regering; Evaluatie qatverbod*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: 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.33799-5.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 publicateinummer 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.34028-17.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 publicatienummer 34028 nr.17 (2015). *Verslagen van de commissie voor de Verzoekschriften en de Burgerinitiatieven; Verslag commissie Verzoekschriften en de Burgerinitiatieven; Verslag over het burgerinitiatief 'Een pil teveel maakt geen crimineel'*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.34234-3.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 publicatienummer 34234 nr.3 (2015). *Wijziging van de Tabakswet ter implementatie van Richtlijn 2014/40/EU, inzake de productie, de presentatie en de verkoop van tabaks- en aanverwante producten; Memorie van toelichting; Memorie van toelichting*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.34234-30.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 publicatienummer 34234 nr.30 (2016). *Wijziging van de Tabakswet ter implementatie van Richtlijn 2014/40/EU, inzake de productie, de presentatie en de verkoop van tabaks- en aanverwante producten; Amendement; Gewijzigd amendement van het lid Dik-Faber ter vervanging van nr. 9 dat regelt dat schoolpleinen rookvrij worden gemaakt*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.34234-6.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 publicatienummer 34234 nr.6 (2015). *Wijziging van de Tabakswet ter implementatie van Richtlijn 2014/40/EU, inzake de productie, de presentatie en de verkoop van tabaks- en aanverwante producten; Nota n.a.v. het (nader, tweede nader, enz.) verslag; Nota naar aanleiding van het verslag*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.34433-1.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 publicatienummer 34433 nr.1 (2016). *Burgerinitiatief "Een pil teveel maakt geen crimineel"; Brief commissie; Voorstel van de vaste commissie voor Veiligheid en Justitie voor het behandelen van het Burgerinitiatief "Een pil teveel maakt geen crimineel"*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.34433-2.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 publicatienummer 34433 nr.2 (2016). *Burgerinitiatief "Een pil teveel maakt geen crimineel"; Brief regering; Kabinetsreactie op het Burgerinitiatief "Een pil teveel maakt geen crimineel"*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.344475-XVI-7.Tweede Kamer der Staten-Generaal 2015-2016 publicatienummer 344475 nr.7 (2016). *Jaarverslag en slotwet Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2015; Lijst van vragen en antwoorden; Lijst van vragen en antwoorden over het jaarverslag van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2015*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.Aanhangsel 2015-2016/1493.Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2015-2016, Aanhangsel van de Handelingen nr.1493 (2016). *Antwoord op vragen van de leden Van Gerven en Leijten over het bericht 'Inzet ID-scanners bij leeftijdscontrole tabak in strijd met Wet bescherming persoonsgegevens'*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.Aanhangsel 2015-2016/2252.Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2015-2016, Aanhangsel van de Handelingen nr.2252. (2016). *Antwoord op vragen van de leden Kooiman en Leijten over het bericht dat de overlast van verwarde personen de pan uit rijst*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.Aanhangsel 2015-2016/2333.Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2015-2016, Aanhangsel van de Handelingen nr.2333 (2016). *Antwoord op vragen van de leden Volp, Voordewind, Leijten en Van der Staaij over het supermarktkartel tegen leeftijdsverificatiesystemen voor de verkoop van alcohol en tabak*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.Aanhangsel 2015-2016/2968.Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2015-2016, Aanhangsel van de Handelingen nr.2968 (2016). *Antwoord op vragen van het lid Volp over het bericht Jumbo haalt sigaretten uit het zicht*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.Aanhangsel 2015-2016/5812.Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2015-2016, Aanhangsel van de Handelingen nr.5812 (2016). *Antwoord op vragen van het lid Volp over het bericht dat de risico's van de drug 4-FA groter zijn dan tot nu toe bekend*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.Aanhangsel-1762.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 Aanhangsel van de Handelingen nr 1762 (2016). *Antwoord op vragen van de leden Segers en Dik-Faber over drugsafval in landbouwakkers*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.Aanhangsel-2355.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 Aanhangsel van de Handelingen nr 2355 (2016). *Antwoord op vragen van de leden Amhaouch en Van Toorenburg over het bericht 'Kosten opruimen drugsafval Brabant in kaart gebracht'*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.Aanhangsel-2481.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 Aanhangsel van de Handelingen nr 2481 (2016). *Antwoord op vragen van de leden Dik-Faber en Segers over dumping van drugsafval in Gelderland*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.Aanhangsel-2482.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 Aanhangsel van de Handelingen nr 2482 (2016). *Antwoord op vragen van de leden Cegerek en Volp over de verschuiving van drugsdumpingen van Noord-Brabant naar Gelderland*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.Aanhangsel-2627.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 Aanhangsel van de Handelingen nr 2627 (2016). *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-2750.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 Aanhangsel van de Handelingen nr 2750 (2016). *Antwoord op vragen van de leden Kooiman, Smaling en Van Toorenburg over het bericht dat er door een drugs-lab giftige stoffen zijn vrij gekomen in een woonwijk in Tilburg*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.Aanhangsel-298.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 Aanhangsel van de Handelingen nr 298 (2015). *Antwoord op vragen van het lid Kooiman over het bericht "Politie die drugslabs ontruimde 'onverantwoord' ingezet"*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.Aanhangsel-653.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 Aanhangsel van de Handelingen nr 653 (2015). *Antwoord op vragen van de leden Bergkamp, Sjoerdsma, Volp en Servaes over de inzet van Nederland tijdens de United Nations General Assembly Special Session (UNGASS) on the World Drug Problem die in 2016 zal plaatsvinden*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.Aanhangsel-702.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 Aanhangsel van de Handelingen nr 702 (2015). *Antwoord op vragen van het lid Oskam over de toegestane hoeveelheid harddrugs tijdens het Amsterdam Dance Event*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.Aanhangsel-703.Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 Aanhangsel van de Handelingen nr 703 (2016). *Antwoord op vragen van het lid Segers over drugsgebruik op het Amsterdam Dance Event (ADE)*. 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.Handelingen 2015-2016, 13-3-1. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 vergadernummer 13-3-1,13 oktober 2015 (2015). *Vragenuur: Vragen van het lid Van Tongeren aan de minister van Veiligheid en Justitie over het drugsgedoogbeleid van de gemeente Amsterdam tijdens festivals zoals het Amsterdam Dance Festival*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.Handelingen 2015-2016, 31-5. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 vergadernummer 31-5,1 december 2015. (2015). *Vragenuur: Vragen van het lid Volp aan de minister van Veiligheid en Justitie over het bericht "Advies aan VNG: vergunningssysteem voor wietteelt"*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.Handelingen 2015-2016, 43-16. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 vergadernummer 43-12,19 januari 2016. (2016). *Stemmingen Middelenonderzoek bij geweldplegers*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.Handelingen 2015-2016, 48-11. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 vergadernummer 48-11,28 januari 2016. (2016). *Wijziging Tabakswet*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

T.K.Handelingen 2015-2016, 95-17. Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2015-2016 vergadernummer 95-17,11 juni 2015. (2015). *Gereguleerde wietteelt in steden*. Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.

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.

Taskforce Brabant-Zeeland (2016). *Voortgangsrapportage Taskforce BZ*. Taskforce Brabant-Zeeland: s.l.

Taylor, G., McNeill, A., Girling, A., Farley, A., Lindson-Hawley, N., Aveyard, P. (2014). Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ 348:* g1151.

Teo, K.K., Ounpuu, S., Hawken, S., Pandey, M.R., Valentin, V., Hunt, D. et al., (2006). Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study. *Lancet 368* (9536): 647-658.

Ter 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 Weijde, W., Croes, E., Verdurmen, J., Monshouwer, K. (2015). *Factsheet meeroken*. Trimbos-instituut: Utrecht.

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.

Thomas, M.S., Van Kampen, P., Van Lent, L., Schiffelers, M.J., Langbroek, P., Van Erp, J. (2016). *Snel, Betekenisvol en Zorgvuldig: een tussenevaluatie van de ZSM-werkwijze*. Universiteit Utrecht: Utrecht.

Tjaderborn, M., Jonsson, A.K., Sandstrom, T.Z., Ahlner, J., Hagg, S. (2016). Non-prescribed use of psychoactive prescription drugs among drug-impaired drivers in Sweden. *Drug Alcohol Depend 161:* 77-85.

Tuithof, M., Ten, H.M., Van den Brink, W., Vollebergh, W., de, G.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, G.R. (2014). Alcohol consumption and symptoms as predictors for relapse of DSM-5 alcohol use disorder. *Drug Alcohol Depend 140:* 85-91.

Tuithof, M. (2015). *Drinking Distilled: onset, course and treatment of alcohol use disorders in the general population*. Universiteit van Amsterdam: Amsterdam.

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.

United Nations Commission on Narcotic Drugs (2015). *Report on the fifty-eighth session (5 December 2014 and 9-17 March 2015)*. UN: New York.

United Nations Commission on Narcotic Drugs (2016). *Report on the fifty-ninth session (11 December 2015 and 14-22 March 2016): Official Records, 2016 Supplement No. 8*. UN: New York.

Van Amsterdam, J.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., Van den Kieboom, M., Cremers, H., De Rooij, B., Opperhuizen, A. (2012a). *Determination of pesticides in hemp plants*. RIVM: Bilthoven.

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.G., Nabben, T., Keiman, D., Haanschoten, G., Korf, D. (2015a). Exploring the Attractiveness of New Psychoactive Substances (NPS) among Experienced Drug Users. *J Psychoactive Drugs 47* (3): 177-181.

Van Arum, S., Schoorl, R. (2016). *Sociale (wijk)teams in beeld: stand van zaken na de decentralisaties (najaar 2015)*. Movisie: Utrecht.

Van Bijsterveld, M. (2016). *Landelijke leefstijlcampagnes: factsheet uitkomsten kwaliteitstraject: programma landelijke leefstijlcampagnes*. ZonMw: Den Haag.

Van Dalen, W.E., Van Ginneken, S.B., Lubbers, M.R.E. (2016). *Tot in de kleine uurtjes: slutingstijden in cafés, discotheken en voetbalkantines in Nederlandse gemeenten*. STAP: Utrecht.

Van den Broek, I.V.F., Van Aar, F., Van Oeffelen, A.A.M., Op de Coul, E.L.M., Woestenberg, P.J., Heijne, J.C.M. et al., (2016). *Sexually transmitted infections in the Netherlands in 2015*. 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., Rigter, S. (2016). *Jaarbericht 2015: Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS)*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Van der Knaap, N., Grady, B.P., Schim van der Loeff MF, 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., Schreurs, C., Van Hoof, J.J., Van Dalen, W.E. (2016). *Factsheet Alcoholopnames en alcoholintoxicaties van minderjarigen van 2007 tot en met 2015*. NSCK/ Reinier de Graaf Groep/ Universiteit Twente/ Nederlands Instituut voor Alcoholbeleid STAP: Delft/Enschede/Utrecht.
Van der Poel, A., Doekhie, J., Verdurmen, J., Wouters, M., Van Laar, M. (2010). *Feestmeter 2008-2009: uitgaan en middelengebruik onder bezoekers van party's en clubs [Party Monitor 2008-2009: going out and substances use among visitors of parties and clubs]*. Trimbos-instituut/Bonger Instituut: Utrecht/ Amsterdam.

Van der Poel, A., Sepers, R., Sanderman, A., De Gee, A. (2016). Penitentiaire inrichtingen, verslavingszorg en verslavingsreclassering. *Verslaving: tijdschrift over verslavingsproblematiek 12* (2): 140-144.

Van der Pol, P., Liebregts, N., De Graaf, R., Ten Have, M., Korf, D.J., Van den Brink, W. et al., (2013). 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 Graaf, R., Korf, D., Van den Brink, W., Van Laar, M. (2013a). Validation of self-reported cannabis dose and potency: an ecological study. *Addiction 108(10): 1801-1808*

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.M. (2014). *The Dynamics of Cannabis Use and Dependence*. Universiteit van Amsterdam: Amsterdam.

Van der Pol, P., Liebregts, N., de, G.R., Korf, D.J., Van den Brink, W., van, L.M. (2015). Three-Year Course of Cannabis Dependence and Prediction of Persistence. *Eur Addict Res 21* (6): 279-290.

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 der Wulp, N. (2016). *Zero for nine: reducing alcohol use during pregnancy via health counselling and Internet-based computer-tailored feedback*. Maastricht University: Maastricht.

Van Dijk, A., Reinerie, P. (2015). *HUO 2014: een onderzoek naar uitgaansgedrag van jongeren uit Den Haag en omstreken*. GGD Haaglanden: Den Haag.

Van Dorsselaer, S., Tuithof, M., Verdurmen, J., Spit, M., Van Laar, M., Monshouwer, K. (2016). *Jeugd en riskant gedrag 2015: kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek Scholieren*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Van 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, F., Knispel, A., Hulsbosch, L., Van Rooijen, S., Place, C., Michon, H. et al., (2016). *Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ 2015*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Van Hoof, J.J., Gosselt, J.F., De Jong, M.D.T. (2015). *Alcohol nog steeds volop beschikbaar voor minderjarigen in de supermarkt*. Universiteit 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 Kempen, P.H.P.H.M.C., Fedorova, M.I. (2016). *Internationaal recht en cannabis II. Regulering van cannabisteelt en -handel voor recreatief gebruik: positieve mensenrechtenverplichtingen versus VN-drugsverdragen*. Wolters Kluwer: Deventer.

Van Laar, M.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., Frijns, T., Trautmann, F., Lombi, L. (2013). Cannabis market: User types, availability and consumption estimates, In *Further insights into aspects of the EU illicit drugs market*. F. Trautmann, B Kilmer, and P Turnbull, (eds.), pp. 73-182. Publications Office of the European Union: Luxembourg

Van Laar, M.W., Van Ooyen-Houben, M.M.J., Cruts, A.A.N., Meijer, R.F., Croes, E.A., Ketelaars, A.P.M. et al., (2015). *Nationale Drug Monitor: jaarbericht 2015*. Trimbos-instituut/WODC: Utrecht/Den Haag.

Van 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 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., Van Dijken, T. (2014). GHB-intoxicaties en -onthouding in het algemeen ziekenhuis: diagnostiek en behandeling. *Verslaving: tijdschrift over verslavingsproblematiek 10* (3): 33-44.

Van Noorden, M.S., Kamal, R.M., Dijkstra, B.A., Mauritz, R., De Jong, C.A. (2015). A case series of pharmaceutical gamma-hydroxybutyrate in 3 patients with severe benzodiazepine-resistant gamma-hydroxybutyrate withdrawal in the hospital. *Psychosomatics 56* (4): 404-409.

Van 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 Rosmalen, M.M., Kalidien, S.N., De Heer-De Lange, N.E. (2012). *Criminaliteit en Rechtshandhaving 2011: ontwikkelingen en samenhangen*. WODC/CBS/Raad voor de Rechtspraak: Den Haag.

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 Wilgenburg, H. (2016). Farmacologie en neurotoxicologie van cocaïne. *Verslaving: tijdschrift over verslavingsproblematiek 2* (1): 34-37.

Van Wingerden, S.G.C., Van Wilsem, J.A., Moerings, M. (2014). Pre-sentence reports and punishment: a quasi-experiment assessing the effects of risk-based pre-sentence reports on sentencing. *European Journal of Criminology 11* (6): 723-744.

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.

Vektis (2016). *Zorgprisma Publiek: feiten en cijfers over de zorg en zorgverzekeringsmarkt*. Vektis: Zeist.

Venhuis, B.J., Van de Nobelen, S. (2015). *Cannabis contaminanten*. RIVM: Bilthoven.

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 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 Laar, M. (2015). *Factsheet Continu Onderzoek Rookgewoonten 2014*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Verdurmen, J., Van Dorsselaer, S., Monshouwer, K. (2016). *Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2015 [factsheet]*. Trimbos-instituut: Utrecht.

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., Creemers, H.E., Korhonen, T., Latvala, A., Dick, D.M., Rose, R.J. et al., (2016). Role of overlapping genetic and environmental factors in the relationship between early adolescent conduct problems and substance use in young adulthood. *Addiction 111* (6): 1036-1045.

Visser, W., Geraets, L., Bos, P., Ramlal, R., Fokkens, P., Klerx, W. et al., (2016). *De gezondheidsrisico's van e-sigaretten voor omstanders*. RIVM: Bilthoven.

Volkow, N.D., Swanson, J.M., Evins, A.E., DeLisi, L.E., Meier, M.H., Gonzalez, R. et al., (2016). Effects of Cannabis Use on Human Behavior, Including Cognition, Motivation, and Psychosis: A Review. *JAMA Psychiatry 73* (3): 292-297.

Voorham, L., Buitenhuis, S. (2012). *GHB-gebruik(ers) in beeld: een typering van de GHB-gebruiker en hun bereikbaarheid*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Vreeker, A., Croes, E., Brunt, T., Niesink, R., Van Laar, M., Schmink, B. et al., (2016). *MDMA-gerelateerde sterfgevallen en verkeerszaken onderzocht door het Nederlands Forensisch Instituut*. Trimbos-instituut: Utrecht.

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.

Vsevolozhskaya, O.A., Anthony, J.C. (2016). Estimated probability of becoming a case of drug dependence in relation to duration of drug-taking experience: a functional analysis approach. *Int J Methods Psychiatr Res*

Wagenaar, A.C., Toomey, T.L. (2002). Effects of minimum drinking age laws: review and analyses of the literature from 1960 to 2000. *J Stud Alcohol Suppl* (14): 206-225.

Wartna, B.S.J., Tollenaar, N., Verweij, S., Timmermans, M., Witvliet, M., Homburg, G.H.J. (2014). *Terugval in recidive: exploratie van de daling in de recidivecijfers van jeugdigen en ex-gedetineerden bestraft in de periode 2002-2010*. WODC: Den Haag.

Watkins, W.C. (2016). A Social Learning Approach to Prescription Drug Misuse Among College Students. *Deviant Behavior 37* (6): 601-614.

Watkins, W.C. (2016a). Prescription Drug Misuse Among College Students A Comparison of Motivational Typologies. *Journal of Drug Issues 46* (3): 216-233.

White, C.M. (2016). Mephedrone and 3,4-Methylenedioxypyrovalerone (MDPV): Synthetic Cathinones With Serious Health Implications. *J Clin Pharmacol*

WHO Expert Committee on Drug Dependence (2014). *Gamma-butyrolactone (GBL): Critical Review Report*. WHO: Geneva.

WHO Expert Committee on Drug Dependence (2015a). *4-Fluoroamphetamine (4-FA) Critical Review Report: Agenda item 5.4*. WHO: Geneva.

WHO Expert Committee on Drug Dependence (2015b). *Expert Peer Review No.1: Agenda item 5.3: α-PVP*. 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*

Wiersma, Tj., Cappers, P.R.A. (2016). Richtlijn 'Lijkschouw voor behandelend artsen': eindelijk gereed. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 160* (26 D344)

Wijers, L., Croes, E., Valkenberg, H. (2016). *Monitor drugsincidenten: factsheet 2015*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Wisselink, D.J., Kuijpers, W.G.T., Mol, A. (2016). *Kerncijfers Verslavingszorg 2015: Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS)*. Stichting IVZ: Houten.

Witteman, J. (2014). *De invloed van binge-drinken op de hersenen van jongeren: een literatuuroverzicht van humaan onderzoek*. STAP: Utrecht.

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). *December 2015 - World Health Organization: Expert Committee on Drug Dependence recommends 7 NPS for scheduling [nieuwsbericht]*. WHO: Geneva.

World Health Organization (WHO) (2015). *February 2015 - World Health Organization: Expert Committee on Drug Dependence recommends 12 NPS for scheduling [nieuwsbericht]*. WHO: Geneva.

World Health Organization (WHO) (2016). *June 2016 - UNODC: Commission on Narcotic Drugs decision on international control of acetylfentanyl and MT-45 enters into force [nieuwsbericht]*. 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.